

Program Studi

Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL TEORI

OBSTETRI

2019



Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

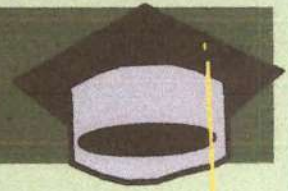
MODUL

OBSTETRI



PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA

KATA PENGANTAR



Segala puji bagi Allah Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayahNya sehingga penyusunan Modul ini dapat terselesaikan dengan baik. Modul Mata Kuliah "Obstetri" ini disusun dengan tujuan untuk media pembelajaran program studi D-IV kebidanan .

Modul ini dapat diselesaikan dengan baik berkat dukungan dari berbagai pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Dalam penyusunan modul ini masih banyak kekurangan oleh karena itu kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak untuk kesempurnaan modul obstetri ini.

Tim Penyusun



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	iii
PENDAHULUAN	1
BAB 1 LINGKUP KOMPLIKASI KEBIDANAN.....	2
A. Komplikasi kehamilan dan penatalaksanannya.....	3
B. Komplikasi persalinan dan penatalaksanannya	3
C. Komplikasi nifas dan penatalaksanannya	3
D. Kedaruratan obstetric dan penatalaksanannya.....	4
E. Tindakan operatif kebidanan.....	4
F. Gangguan psikologis dalam kebidanan dan penatalaksanaannya.....	4
Rangkuman.....	5
Tes formatif	6
Glosarium.....	7
Daftar Pustaka	8
BAB 2 KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PENATALAKSANAAN.....	9
A. Penyulit kehamilan trimester I dan II.....	10
B. Kehamilan dengan hipertensi	12
C. Perdarahan antepartum.....	14
D. Kelainan janin.....	17
E. Kelainan air ketuban.....	19
F. Kehamilan dengan kelainan letak.....	21
G. Kelainan lamanya kehamilan	23
H. Kehamilan disertai penyakit.....	26
I. Gangguan kesejahteraan janin	29
Rangkuman.....	32
Tes formatif	34
Glosarium.....	36
Daftar Pustaka	37
BAB 3 KOMPLIKASI PERSALINAN DAN PENATALAKSANAAN.....	38
A. Penyulit kala I dan II	39
B. Penyulit kala III dan IV.....	43

C. Menyiapkan dan mengobservasi klien yang sedang menjalani augmenta atau induksi persalinan	49
D. Pertolongan persalinan abnormal.....	52
E. Melakukan persiapan untuk kolaborasi dan tindakan operatif kebidanan	55
F. Mempersiapkan dan kolaborasi pada penjahitan ruptur perineum tingkat III dan IV	58
Rangkuman.....	61
Tes formatif	63
Glosarium.....	65
Daftar Pustaka	66
BAB 4 KOMPLIKASI NIFAS DAN PENATALAKSANAAN.....	67
A. Gangguan Kenyamanan.....	68
B. Infeksi Puerperalis	71
C. Kelainan payudara	72
D. Gangguan jalan lahir	74
E. Gangguan Tractus Urinarius.....	77
F. Perdarahan nifas sekunder.....	78
G. Erosi serviks post partum	79
Rangkuman.....	80
Tes formatif	81
Glosarium.....	83
Daftar Pustaka	84
BAB 5 KEGAWATDARURATAN OBSTETRIK ADA MASA KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS.....	85
A. Prinsip Dasar	86
B. Penilaian Awal	87
C. Penilaian Klinik Lengkap	88
D. Prinsip Umum Penanganan Syok Perdarahan	89
Rangkuman.....	93
Tes formatif	94
Glosarium.....	96
Daftar Pustaka	97
BAB 6 TINDAKAN OPERATIF KEBIDANAN	98
A. Indikasi untuk tindakan bedah	99
B. Persiapan Pra Beedah dan anastesi	100
C. Survey tindakan obstetrik (pemakaian klinis)	101

D. Tindakan Operatif Kebidanan.....	103
Rangkuman.....	109
Tes formatif.....	110
Glosarium.....	111
Daftar Pustaka	112
BAB 7 GANGGUAN PSIKOLOGIS DALAM KEBIDANAN DAN PENATALAKSANAANNYA	113
A. Depresi.....	114
B. Psikosa.....	119
C. Psikoneurosa.....	119
Rangkuman.....	120
Tes formatif.....	121
Glosarium.....	122
Daftar Pustaka	123



PENDAHULUAN



Modul yang Saudara baca saat ini membahas tentang Mata Kuliah Obstetri. Setelah mempelajari modul ini, Saudara diharapkan mampu memberikan asuhan berupa deteksi dini, melakukan penatalaksanaan awal dan melakukan kolaborasi serta rujukan pada ibu hamil yang mengalami komplikasi atau kegawat daruratan. Materi ini penting untuk saudara kuasai agar mampu mengelola kasus dengan tepat sehingga angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi dapat dicegah sejak dini.

Modul ini dibagi menjadi 14 kegiatan belajar (KB), meliputi menilai komplikasi kehamilan dan dapat melaksanakan asuhan kebidanan dalam komplikasi kehamilan, melaksanakan kegawat daruratan obstetric dan pelaksanaannya, melaksanakan persiapan tindakan operatif kebidanan, deteksi dini dan memberikan asuhan kebidanan pada gangguan psikologis dalam kebidanan.

Mahasiswa diharapkan Menguasai konsep teori bidang pengetahuan tertentu secara umum meliputi MKDU, ilmu sosial, ilmu kesehatan masyarakat, etik dan perundang undangan, manajemen serta ilmu khusus serta terkait mendalam meliputi : biologi reproduksi manusia, ilmu kebidanan, konsep kebidanan dan manajemen kebidanan, kebutuhan dasar manusia, serta mampu memformulasikan penyelesaian masalah praktik kebidanan procedural yang membentuk dasar dari asuhan kebidanan sesuai dengan budaya, untuk perempuan, bayi baru lahir dan keluarganya.

Penilaian :

1. TEORI

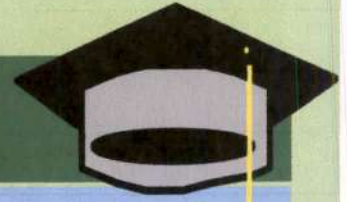
- Uts : 20%
- Uas : 20%

2. PRAKTIKUM

- Penugasan : 20%
- Seminar : 20%
- Simulasi / demonstrasi : 20%

Bab 1

Lingkup Komplikasi Kebidanan



⌚ 100 Menit



TUJUAN

Tujuan Umum :

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, Saudara diharapkan mengetahui lingkup komplikasi Kebidanan.

Tujuan Khusus :

Diharapkan setelah mempelajari modul ini mahasiswa dapat menguraikan lingkup komplikasi kebidanan sebagai berikut :

- A. Komplikasi kehamilan dan penatalaksanaanya
- B. Komplikasi persalinan dan penatalaksanaanya
- C. Komplikasi nifas dan penatalaksanaanya
- D. Kedaruratan obstetric dan penatalaksanaanya
- E. Tindakan operatif kebidanan
- F. Gangguan psikologis dalam kebidanan dan penatalaksanaanya.



URAIAN MATERI

A. Komplikasi Kehamilan dan Penatalaksanaannya

1. Penyulit kehamilan trimester I dan II : Abortus, molahidatidosa, KET, BO, hiperemesis gravidarum, anemia kehamilan.
2. Kehamilan dengan hipertensi :Hipertensi esensial, PIH, Pre eklampsia, Eklampsia.
3. Perdarahan antepartum : Solusio plasenta, plasenta previa, insersio velamentosa, ruptura sinus marginalis, plasenta sirkumvalata.
4. Kelainan janin : kehamilan ganda
5. Kelainan air ketuban KPD, KPSW, Polihidramnion, olihidramnion
6. Kehamilan dengan kelainan letak : letak sungsang, letak lintang
7. Kelainan lamanya kehamilan : preterm, Posterm/serotinus
8. Kehamilan disertai penyakit : kehamilan dengan penyakit DM, jantung, rubella, hepatitis, GO, sifilis, HIV/AIDS
9. Gangguan kesejahteraan janin : IUGR, Gerak janin berkurang, IUFD

B. Komplikasi persalinan dan penatalaksanaanya

1. Penyulit kala I dan II :
 - a. kala I memanjang
 - b. kelainan presentasi dan posisi : puncak, kepala, dahi, muka, POPP
 - c. distosia
 - d. power,passage, passenger
2. Penyulit kala III dan IV : atonia uteri, retensio plasenta, emboli air ketuban, robekan jalan lahir, inversion uteri, perdarahan primer, syok obstetric
3. Pertolongan Persalinan abnormal : letak sungsang, KPD, persalinan preterm, persalinan posterm.
4. Penyulit kala IV : ruptur perineum tingkat III dan IV.

C. Komplikasi nifas dan penatalaksanaanya :

1. Gangguan kenyamanan
2. Infeksi puerperalis
3. Kelainan pada payudara : mastitis, kelainan putting, galaktokel, kelainan sekresi ASI, penghentian laktasi.
4. Gangguan jalan lahir
5. Gangguan traktus urinaria
6. Kelainan pada uterus (subinvolusio)
7. Perdarahan nifas sekunder

8. Erosi serviks Post partum

D. Kedaruratan obstetric

1. Perdarahan pada Kehamilan trimester III
2. Eklampsia
3. Partus lama / macet
4. Perdarahan post partum primer
5. Perdarahan post partum sekunder
6. Sepsis puer peralis
7. Asfiksia neonatorum
8. Syok obstetric
9. Distosia bahu
10. Prolapse Tali pusat
11. Cepalo Pelvik Disproportion (CPD)
12. Persalinan macet
13. Ruptura Uterus
14. Komplikasi kala III

E. Tindakan operatif kebidanan

1. Indikasi tindakan bedah
2. Persiapan pra bedah
3. Survei tindakan Obstetric (pemakaian Klinis)
4. Tindakan Operatif Kebidanan : vakum ekstraksi, forcep, SC, Induksi persalinan, kuretase, Pertolongan Sungsang, embriotomi, tindakan dilatasi.

F. Gangguan psikologis dalam kebidanan, dan penatalaksanaanya : Depresi, Psikosa, psikoneurosa.





RANGKUMAN

Yang termasuk ke dalam ruang lingkup komplikasi kebidanan adalah sebagai berikut :

1. Komplikasi kehamilan dan penatalaksanaanya
2. Komplikasi persalinan dan penatalaksanaanya
3. Komplikasi nifas dan penatalaksanaanya
4. Kedaruratan obstetric dan penatalaksanaanya
5. Tindakan operatif kebidanan
6. Gangguan psikologis dalam kebidanan dan penatalaksanaanya



TES FORMATIF

1. Yang bukan termasuk ruang lingkup komplikasi kebidanan :
 - a. Komplikasi kehamilan dan penatalaksanaanya
 - b. Komplikasi persalinan dan penatalaksanaanya
 - c. Komplikasi nifas dan penatalaksanaanya
 - d. KB keadaan khusus
2. Yang termasuk komplikasi persalinan
 - a. Gangguan jalan lahir
 - b. Gangguan traktus urinaria
 - c. Kelainan pada uterus (subinvolisio)
 - d. Distosia
3. Yang termasuk komplikasi nifas
 - a. Persalinan macet
 - b. Ruptura Uterus
 - c. Erosi serviks
 - d. Komplikasi kala II
4. Yang bukan kegawat daruratan obstetric
 - a. Hiperemesis gravidarum
 - b. Eklamsi
 - c. Distosia
 - d. Rupture uterus
5. yang bukan gangguan psikologis dalam kebidanan adalah
 - a. Psikosa
 - b. Psikoneurosa
 - c. Stress
 - d. Depresi



GLOSARIUM

- Solusio plasenta :Lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum proses persalinan.
- plasenta previa : Plasenta yang tumbuh di bagian bawah dinding rahim.
- insersio velamentosa : Plasenta yang tidak berinsersi pada jaringan plasenta
- ruptura sinus marginalis : Bentuk dari solusio plasenta ringan
- plasenta sirkumvalata : Plasenta yang pada permukaan vetalis dekat dengan pinggir terdapat cincin putih
- Abortus : Keluarnya fetus sebelum memiliki kemampuan bertahan hidup
- Molahidatidosa : Kehamilan berupa tumor jinak akibat kegagalan pembentukan janin.
- KET : Kehamilan Ektopik Terganggu
- BO : Blightet Ovum
- Hiperemesisgravidarum : Mual muntah berlebihan saat awal kehamilan.
- Pre eklampsia & Eklampsia : Keracunan kehamilan



DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, Ida Bagus Gde . 1998 . Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC . ISBN
- Taber, Ben-zion . 1994 . Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri & Ginekologi . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC . ISBN
- Sinsin, Iis . 2008 . Seri Kesehatan Ibu & Anak: Masa Kehamilan dan Persalinan. Jakarta: Penerbit PT Elex Media Komputindo . ISBN

Bab 2

Komplikasi Kehamilan Dan Penatalaksanaannya



⌚ 100 Menit



TUJUAN

Tujuan Umum :

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, Saudara diharapkan mampu untuk menilai komplikasi kehamilan dan penatalaksanaannya.

Tujuan Khusus :

Diharapkan mahasiswa mengetahui komplikasi kebidanan yang meliputi :

- A. Penyulit Kehamilan Trimester I dan II
- B. Kehamilan dengan Hipertensi
- C. Perdarahan antepartum
- D. Kelainan Janin
- E. Kelainan air ketuban
- F. Kehamilan dengan kelainan letak
- G. Kelainan lamanya kehamilan
- H. Kehamilan disertai penyakit
- I. Gangguan Kesejahteraan janin



URAIAN MATERI

A. Penyulit Kehamilan Trimester I Dan II

No	Komplikasi	Etiologi/Faktor predisposisi	Tanda dan Gejala	Penatalaksanaan
	Abortus (Ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum hidup di luar kandungan usia kehamilan kurang < 20 atau bb janin < 500 g)	Janin : Kelainan Genetik Ibu : Infeksi, DM, malnutrisi, penggunaan obat-obatab, merokok, konsumsi alkohol Ayah: Kelainan Sperma	Perdarahan bercak hingga banyak, perut nyeri dan kaku, pengeluaran sebagian hasil konsepsi, serviks dapat tertutup/terbuka, dan ukuran uterus lebih kecil dari ukuran seharusnya.	Lakukan penilaian keadaan umum dan TTV. (2) Periksa tanda-tanda syok jika ada lakukan tatalaksana syok. (3) Bila terdapat tanda-tanda sepsis berikan kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam 48 jam (ampicillin 2 g/iv kemudian berikan 1 g setiap 6 jam, gentamicin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam, metrodinazol 500 mg IV setiap 8 jam) (4) Segera rujuk ke rumah sakit.
	Mola Hidatidosa (Bagian dari penyakit trofoblastik gestasional yang disebabkan oleh kelainan villi khorionik yang disebabkan oleh proliferasi trofoblastik dan edem	Usia kehamilan terlalu tua atau muda, riwayat kehamilan mola	Perdarahan bercak hingga berjumlah banyak, mual dan muntah hebat, ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan, tidak ditemukan janin intrauteri, nyeri perut, serviks terbuka, keluar jaringan seperti anggur, takikardi	Kasus ini tidak boleh ditatalaksanan pada fasilitas kesehatan dasar, ibu harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih legkap. Jika serviks tertutup pasang batalng laminaria selama 24 jam untuk mendilatasi serviks, siapkan darah untuk transfusi.

	Kehamilan Ektopik (kehamilan yang terjadi di luar rahim dapat terjadi di segmen tuba falopi, ovarium, ataurongga peritoneum .	Rieayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi pada tuba, riwayat menggunakan AKDR, Infertilitas, Riwayat inseminasi buatan, Riwayat infeksi saluran kemih, riwayat abortus, riwayat promiskuitas, riwayat sc.	Perdarahan pervaginam dari bercak hingga jumlah sedang, kesadaran menurun, pucat, hipertensi dan hipovolemia, nyeri abdomen dan pelvis, neyri goyang porsio, serviks tertutup	Restorasi cairan tubuh dengan cairan NaCl 0,9% atau RL (500 ml dalam 15 menit pertama) atau 2 L dalam 2 jam pertama. Segera rujuk ke rumah sakit.
	Blighted Ovum (kehamilan yang tidak mengandung embrio)	Kelainan kromosom pada fetus, pembelahan sel yang tidak sempurna, kualitas sel telur dan sperma	Pendarahan yang dapat menjadi tanda-tanda keguguran, kram pada daerah perut serta munculnya flek.	Dilatase dan kuretase.
	Heperemesis Gravidarum (mual dan muntah di masa kehamilan dengan frekuensi serta gejala yang jauh lebih parah daripada <u>morning sickness</u> .)	Pernah mengalami hiperemesis gravidarum di kehamilan sebelumnya. Memiliki keluarga dekat yang pernah menderita hiperemesis gravidarum, misalnya ibu, kakak, atau adik. Mengandung anak perempuan atau anak kembar. Menderita mola hidatidosa atau kegagalan pembentukan janin akibat kehamilan abnormal.	Mual dan muntah parah secara berkepanjangan. Pusing. Sakit kepala. Jantung berdebar. Sulit menelan makanan atau minuman. Mengeluarkan air liur secara berlebihan. Sangat sensitif terhadap aroma.	Berikan KIE seperti hindari diri dari aroma-aroma yang dapat memicu mual. Banyak istirahat dan kurangi gerak. Ketika merasa mual, minumlah air jahe atau air soda. Konsumsi kudapan kering, seperti biskuit, secara berkala. Jika gejala hiperemesis gravidarum belum terlalu parah, kemungkinan dokter akan meresepkan obat-obatan berikut ini untuk konsumsi di rumah Obat-obatan steroid,

				Vitamin B6 dan B12, Obat antiemetik atau antimual
	Anemia (Suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau hemoglobin)	Diet rendah zat besi, B12, dan asam folat, kelainan gastrointestinal, penyakit kronis.	Kadar Hb < 11 g/dl (pada trimester I dan III) atau < 10,5 g/dl (pada trimester II)	Lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah, bila tidak ada maka berikan suplemen besi dan asam folat (60 mg besi elemental 250 µg asam folat) diberikan 3 kali sehari. Jika dalam 90 hari muncul perbaikan lanjut pemberian tablet sampai 42 hari pascasalin, jika tidak ada perbaikan maka rujuk ke pusat pelayanan kesehatan yang tinggi.

B. Hipertensi dalam Kehamilan

Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan	Penatalaksanaan
Tekanan diastolik ≥ 90 mmHg pada kehamilan ≥ 20 minggu		Hipertensi kronik	
Tekanan diastolik 90-110 mmHg Proteinuria ++		Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsia ringan	

<p>Tekanan diastolik 90-110 mmHg (2 kali pengukuran dengan berjarak 4 jam) pada kehamilan ≥ 20 minggu atau 8 jam setelah kehamilan</p> <p>Proteinuria – (negatif)</p>		<p>Hipertensi dalam kehamilan</p>	
<p>Tekanan diastolik 90-110 mmHg (2 kali pengukuran dengan berjarak 4 jam) pada kehamilan ≥ 20 minggu</p> <p>Proteinuria sampai ++</p>		<p>Preeklamsi Ringan</p>	<p>*Ibu dianjurkan banyak istirahat (berbaring/tidur miring)</p> <p>* Konseling pengaturan asupan nutrisi: cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.</p> <p>* Kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan kehamilan pada ibu dengan preeklamsi ringan</p>
<p>Tekanan diastolik 90-110 mmHg pada kehamilan ≥ 20 minggu</p> <p>Proteinuria $\geq +++$</p>	<p><i>Hiperrefleksia</i></p> <p>Nyeri kepala (tidak hilang dengan analgetik biasa)</p> <p>Penglihatan kabur</p> <p>Oliguria (<400 ml / 24 jam)</p> <p>Nyeri abdomen atas (epigastrium)</p> <p>Edema paru</p>	<p>Preeklamsi Berat</p>	<p>Bila terdapat kasus tersebut di pelayanan primer, maka persiapkan rujukan dan lakukan penanganan awal.</p> <p>Penanganan awal preeklamsi berat yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infuse larutan ringier laktat • Pemberian MgSO₄ <p>Cara pemberian MgSO₄</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian melalui intravena secara kontinyu (dengan menggunakan infusio pump): • Dosis awal 4 gram (20 cc MgSO₄ 20 %)

			<p>dilarutkan ke dalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15 – 20 menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis pemeliharaan 10 gram (50 cc MgSO₄ 20 %) dalam 500 cc cairan RL, diberikan dengan kecepatan 1 – 2 gram/jam (20 – 30 tetes per menit)
<p>Kejang Tekanan diastolik \geq 90 mmHg pada kehamilan >20 minggu</p> <p>Proteinuria \geq ++</p>	<p>Koma Sama seperti preeklamsia berat</p>	Eklamsi	<p>Penanganan yang dilakukan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beri obat anti konvulsan • Perlengkapan untuk penanganan kejang (spatula, oksigen) • Lindungi pasien dari kemungkinan trauma • Aspirasi mulut dan tenggorokan • Baringkan pasien pada sisi kiri • Posisi trendelenburg untuk mengurangi risiko aspirasi • Beri oksigen 4 – 6 liter/menit

C. Perdarahan Antepartum

No.	Perdarahan Antepartum	Etiologi/Faktor Predisposisi	Tanda & Gejala	Penatalaksanaan
1.	Sulosio Plasenta (Terlepasnya Plasenta dari tempat)	Hipertensi Trauma abdomen Hindramnion	Perdarahan dan nyeri intermitten atau menetap, warna darah kehitaman dan cair, tetapi mungkin ada	Kasus ini tidak boleh ditatalaksanan pada fasilitas kesehatan dasar, ibu harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih legkap.

	implantasinya)	Gemelli Defisiensi zat besi	bekuan jika sulosisio relatif baru, syok, anemia berat, uterus tegang terus menerus dan nyeri	
2.	Plasenta Previa (Plasenta yang berimplantasi di atas atau mendekati ostium serviks interna)	Kehamilan dengan usia lanjut, multiparitas, riwayat sc	Perdarahan tanpa nyeri, usia kehamilan > 22 minggu, darah segar yang keluar dengan beratnya anemia, syok, tidak ada kontraksi uterus, bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul, tidak terjadi gawat janin	tidak dianjurkan untuk periksa dalam sebelum tersedia kesiapan sc Perbaiki kekurangan cairan/darah dengan infus cairan iv (NaCl 0,9% atau RL) Lakukan penilaian jumlah darah, jika perdarahan banyak persiapkan sc tanpa memperhitungkan usia kehamilan, jika perdarahan sedikit dan berhenti dan janin hidup tapi prematur pertimbangkan terapi ekspektatif.
3.	Inersiovelamentosa (tali pusat yang tidak berinsersi pada jaringan plasenta, tetapi pada selaput janin sehingga pembuluh darah umbilikus berjalan diantara amnion dan korion menuju plasenta)	Inersio velamentosa ini biasanya terjadi pada kehamilan ganda/ gemelli, karena pada kehamilan ganda sumber makanan yang ada pada plasenta akan menjadi rebutan oleh janin, sehingga dengan adanya rebutan tersebut akan mempengaruhi kepenanaman tali pusat/ insersi	Tanda dan gejalanya belum diketahui secara pasti, perdarahan pada insersi velamentosa ini terlihat jika telah terjadi vasa previa yaitu perdarahan segera setelah ketuban pecah dan karena perdarahan ini berasal dari anak dengan cepat bunyi jantung anak menjadi buruk. Bisa juga menyebabkan bayi itu meninggal	Bidan tidak memiliki kewenangan untuk menangani insersio velamentosa. Hanya melakukan diagnosa dan bila dicurigai bahwa ibu hamil mengalami kehamilan ganda segera lakukan USG. Dan apabila mengetahui ibu positif mengalami insersio velamentosa, lakukan rujukan pada Rumah Sakit

4.	<p>Ruptura Sinus Marginalis (adalah terlepasnya sebagian kecil plasenta yang tidak berdarah banyak, sama sekali tidak mempengaruhi adaan ibu ataupun janinnya. Ari-ari terlepas sebagian</p>	<p>Akibat dari lepasnya ari-ari termasuk berat. Ibu hamil maupun janin bisa meninggal dan darah akan membeku. Janin yang masih bisa diselamatkan hanya pada solusio plasenta ringa</p>	<p>Perasaan sakit yang tiba-tiba di perut, kadang-kadang pasien dapat menunjukkan tempat yang dirasa paling sakit; perdarahan pervaginam yang sifatnya dapat hebat dan sekonyong-konyong (non-recurrent) terdiri dari bekuan-bekuan darah yang berwarna kehitaman, pergerakan anak masih terasa dan bisa diraba, kepala terasa pusing, lemas, muntah, pucat, mata berkunang-kunang. Ibu terlihat anemis yang tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar pervaginam, kadang ibu dapat menceritakan trauma dan faktor kausal yang lain. eraba tinggi fundus uteri (TFU) tidak sesuai dengan tuanya kehamilan; uterus tegang dan keras seperti papan yang disebut uterus in bois (wooden uterus) baik waktu</p>	<p>Bila usia kehamilan kurang dari 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut tidak sakit, uterus tidak tegang, janin hidup) dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan. Bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus gejala solusio plasenta makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. Bila janin hidup, lakukan seksio sesaria, bila janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan</p>

			his maupun diluar his, nyeri tekan ditempat plasenta terlepas, bagian-bagian janin masih mudah diraba, walau perut (uterus) tegang.	
5.	<p>Plasenta Sirumvalata</p> <p>(laseta yang pada permukaan vetalis dekat pinggir terdapat cincin putih.)</p>	<p>Diduga chorion frondosum terlalu kecil dan untuk mencukupi kebutuhan vili menyerbu ke dalam desidua diluar permukaan frondosuin.</p>	<p>Plasenta sirkumvalata baru dapat ditegakan setelah plasenta lahir tetapi dapat diduga bila ada perdarahan intermiten atau hidrorea</p>	<p>Perbaiki keadaan umum ibu, evaluasi perdarahan dan kondisi kehamilan ibu, memantau jumlah perdarahan dan TTV ibu, dan kondisi kehamilan Atur posisi yang nyaman, anjurkan ibu istirahat, Ingatkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi, Jika sudah terjadi perdarahan akukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang berwenang dalam hal ini dokter obsgin untuk mencegah perdarahan yang dapat mengancam jiwa ibu. Jika mengakibatkan solutio plasenta lakukan penanganan seperti pasien solutio plasenta, jika terjadi perdarahan hebat (nyata atau tersembunyi) lakukan persalinan segera.</p>

D. Kelainan Janin

1. Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda adalah satu kehamilan dengan dua janin. Faktor-faktor yang mempengaruhi adalah Bangsa, umur, dan paritas, sering mempengaruhi kehamilan 2 telur. Berbagai faktor mempengaruhi frekuensi kehamilan kembar. Faktor umur, makin tua makin tinggi angka kejadian kehamilan kembar dan menurun lagi setelah umur 40 tahun. Faktor obat-obat induksi ovulasi yaitu profertil, clomid, dan hormon gonadotropin dapat menyebabkan kehamilan dizigotik dan kembar lebih dari dua, keturunan. Tanda

yang mengidentifikasi kehamilan kembar :

- a. Besarnya uterus melebihi lamanya amenorea.
- b. Uterus bertumbuh lebih cepat daripada biasanya pada pemeriksaan berulang
- c. Penambahan BB ibu yang mencolok yang tidak disebabkan oleh edema atau obesitas
- d. Terabanya 2 kepala, 2 bokong, dan satu/2 punggung
- e. Terdengar 2 denyut jantung yang letaknya berjauhan dengan perbedaan kecepatan paling sedikit 10 denyut per menit.
- f. Banyak bagian kecil teraba
- g. Pada umumnya D/ kehamilan triplet, kuadruplet, dan selebihnya hanya dapat ditentukan secara rontgenologik
- h. USG : dapat lebih diketahui.

Penataksanaan Kehamilan Kembar :

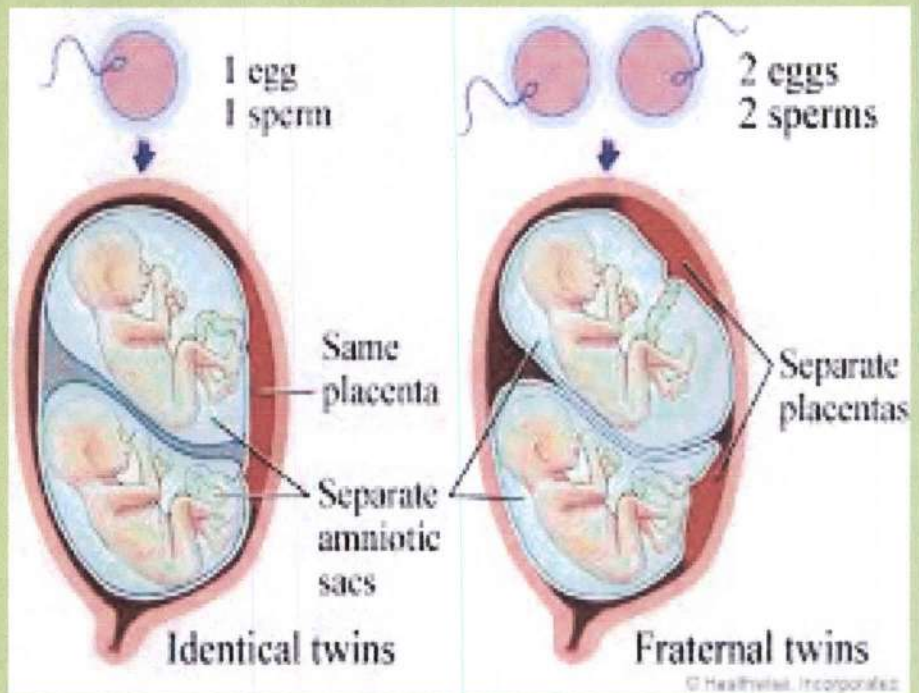
a. Penanganan dalam kehamilan

- 1) Perawatan prenatal yang baik untuk mengenal kehamilan kembar dan mencegah komplikasi yang timbul dan bila diagnosis telah ditegakkan pemeriksaan ulangan harus lebih sering x seminggu pada kehamilan lebih dari 32 minggu.
- 2) Setelah kehamilan 30 minggu, koitus dan perjalanan jauh lebih baik dihindari karena akan merangsang partus prematurus.
- 3) Pemakaian korset gurita yang tidak terlalu kuat diperbolehkan supaya terasa lebih ringan
- 4) Periksa darah lengkap Hb dan golongan darah.

b. Penanganan persalinan dalam hamil kembar

- 1) Karena penyulit kehamilan kembar terjadi kontraksi otot rahim, kelambatan persalinan dan pendarahan postpartum, dan bayi premature, maka persiapan darah ibu perlu dilakukan dan pertolongan bayi premature dengan lebih baik. Pada umumnya anak kedua lahir dalam waktu 10-15 menit. Bila kedudukan anak kedua membujur, dapat ditunggu sampai terjadi his, selanjutnya ketuban dipecahkan dan persalinan ditolong spontan belakang kepala atau pertolongan letak sungsang.
- 2) Apabila anak kedua letak lintang dapat dilakukan versi luar menjadi letak membujur seandainya letak lintang disertai gawat janin maka versi ekstrasi merupakan pilihan pertama. Indikasi lainnya untuk versi ekstrasi letak lintang adalah bila ketuban pecah disertai prolapsus funikuli atau solusio plasenta.
- 3) Dalam pertolongan persalinan hamil kembar dapat dilakukan operasi persalinan hamil kembar dapat dilakukan persalinan primer bila

berhadapan dengan hamil kembar dengan anak satu lintang, prolaksus funikuli, plasenta previa.



E. Kelainan air Ketuban

No.	Kelainan Air Ketuban	Etiologi/Faktor predisposisi	Tanda & Gejala	Penatalaksanaan
1.	Ketuban Pecah Dini (keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu)	Riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, infeksi traktus genital, perdarahan antepartum, merokok	Penderita merasa keluar cairan yang banyak secara tiba-tiba.	Berikan eritromisin 4 x 250 mg selama 10 hari Rujuk ke fasilitas yang memadai.

2.	Polihidramnion (penumpukan air ketuban yang berlebihan selama masa kehamilan)		<p>Selama masa kehamilan, tubuh sang ibu akan mengalami berbagai perubahan sehingga kondisi ini pun sulit dideteksi. Terutama polihidramnion ringan yang jarang menyebabkan gejala. Gejala tersebut meliputi: Kesulitan bernapas, misalnya tersengal-sengal atau napas pendek, persalinan yang terjadi lebih cepat dari perkiraan (prematuur), ukuran perut yang lebih besar dari batas normal, pembengkakan dinding perut, vulva, serta tubuh bagian bawah, produksi urine yang menurun.</p>	<p>Kondisi polihidramnion yang ringan umumnya akan hilang dengan sendirinya tanpa penanganan khusus. Anda biasanya akan disarankan untuk beristirahat sebanyak mungkin dan menjalani pemantauan yang lebih rutin.</p> <p>Sementara, kasus yang parah membutuhkan langkah penanganan tertentu berdasarkan penyebabnya. Contohnya adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polihidramnion akibat diabetes yang didap sang ibu akan ditangani dengan mengendalikan kadar gula darah secara akurat, misalnya dengan menjaga pola makan atau pemberian insulin.
----	---	--	---	---

3.	Oligohidramnion (Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc. Volume Air Ketuban) meningkat secara stabil saat kehamilan, volumenya sekitar 30 cc pada 10 minggu dan mencapai puncaknya 1 Liter pada 34-36 minggu, yang selanjutnya berkurang.)	Fetal Kromosom, Konginetal Hambatan pertumbuhan janin Maternal Dehidrasi Preeklamsia DM	Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotemen, ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak, sering berakhir dengan partus prematurus, bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas, persalinan lebih lama dari biasanya, Sewaktu his akan sakit sekali. Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.	Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramnion, oleh karena itu persalinan dengan sectio caesarea merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion. Selain itu, pertimbangan untuk melakukan SC
----	--	---	--	--

F. Kelainan Letak

1. Letak Sungsang

Letak sungsang adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25-30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu. Penyebab terjadinya presentasi bokong tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa faktor risiko selain prematuritas, yaitu abnormalitas struktural uterus, polihidramnion, plasenta previa, multiparitas, mioma uteri, kehamilan multipel, anomali janin (anensefali, hidrosefalus), dan riwayat presentasi bokong sebelumnya.

a) Bentuk-Bentuk Letak Sungsang

Bentuk-Bentuk Letak Sungsang Berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan bentuk letak sungsang sebagai berikut :

1) Letak Bokong Murni

Teraba bokong, teraba dua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi Kedua kaki bertindak sebagai spalk.

2) Letak Bokong Kaki Sempurna

Teraba bokong Kedua kaki berada di samping bokong

3) Letak Bokong Tak Sempurna

Teraba bokong

Disamping bokong teraba satu kaki

4) Letak Kaki

Bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut. Dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah ; letak bila lutut terendah.



b) Prinsip Dasar Persalinan Sungsang

Persalinan pervaginam

Persalinan spontan; janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini disebut Bracht : Manual aid (*partial breech extraction*); janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Ekstraksi sungsang (*total breech extraction*); janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong. Persalinan perabdominal (*sectio caesaria*). Presentasi bokong pada primigravida

Double footing breech

Pelvis yang kecil atau malpormasi

Janin yang sangat besar

Bekas sc dengan indikasi CPD

Kepala yang hiperekstensi atau defleski

2. Letak Lintang

Diagnosis :

Pemeriksaan abdominal :

Sumbu anjang janin teraba melintang, tidak teraba bagian pada pelvis inlet sehingga terasa kosong Pemeriksaan vaginal :

Sebelum inpartu tidak ada bagian terendah yang teraba di pelvis, sedangkan saat inpartu adalah bahu, siku atau tangan

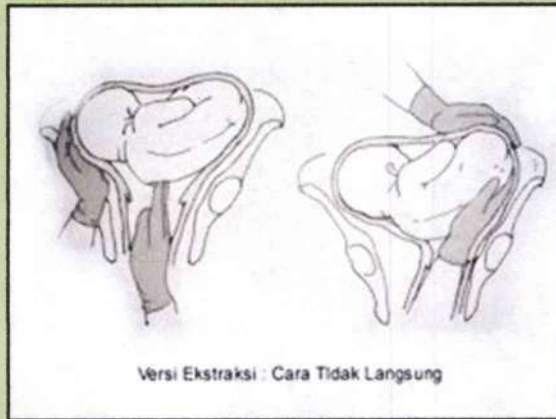
Tatalaksana :

Lakukan versi luar bila permulaan inpartu dan ketuban intak.

Bila ada kontraindikasi versi luar lakukan seksio saesarea.

Lakukan pengawasan adanya prolaps tali pusat.

Dapat terjadi ruptura uteri bila ibu tidak diawasi.



G Kelainan Lamanya Kehamilan.

1. Preterm

Persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 20-37 minggu dipertimbangkan sebagai persalinan prematur.

Etiologi

a. Faktor Maternal

Toksenia, hipertensi, malnutrisi / penyakit kronik, misalnya diabetes mellitus kelahiran premature ini berkaitan dengan adanya kondisi dimana uterus tidak mampu untuk menahan fetus, misalnya pada pemisahan premature, pelepasan plasenta dan infark dari plasenta

b. Faktor Fetal

Kelainan Kromosomal (misalnya trisomi autosomal), fetus multi ganda, cedera radiasi (Sacharin. 1996)

Tanda Dan Gejala

Tanda-tanda persalinan prematur, yaitu

- Kram seperti ketika datang bulan atau rasa sakit pada punggung.
- Kram perut, dengan atau tanpa diare.
- Kontraksi rahim yang teratur dengan jarak waktu sepuluh menit atau kurang dan kontraksi ini tidak harus terasa sakit.
- Rasa tertekan pada perut bagian bawah, terasa berat atau seperti bayi yang mendorong ke bawah. Keluar air atau cairan lainnya dari vagina.

Penatalaksanaan

- Coba hentikan kontraksi uterus / penundaan kelahiran.
- Persalinan berjalan terus dan siapkan penanganan selanjutnya .

c. Upaya menghentikan kontraksi uterus kemungkinan obat-obatan atau tokolitik hanya berhasil sebentar.

Tapi penting untuk memberikan kortikosteroid, intervensi ini bertujuan untuk menunda kelahiran sampai bayi cukup matang untuk lahir (37 minggu). Penundaan kehamilan dilakukan bila :

- a. Umur kehamilan 37 minggu
- b. Pembukaan serviks kurang dari 3 cm
- c. Tidak ada amnionitis, pre- eklamsi atau perdarahan yang aktif.
- d. Tidak ada gawat janin.

2. Postdate

Kehamilan post date adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap.

Etiologi

- a. Faktor plasenta
 - 1) Insufisiensi plasenta
 - 2) Infark plasenta
 - 3) Solusio plasenta
 - 4) Plasenta previa
- b. Faktor ibu
 - 1) Diabetes mellitus
 - 2) Preeklamsi dan eklamsi
 - 3) Nefritis kronis
 - 4) Polihidramnion dan oligohidramnion
 - 5) Sifilis
 - 6) Penyakit jantung
 - 7) Hipertensi
 - 8) Penyakit paru atau TBC
 - 9) Inkompatabilitas rhesus
 - 10) AIDS
- c. Faktor intrapartum
 - 1) Perdarahan antepartum
 - 2) Partus lama
 - 3) Anestesi
 - 4) Partus macet
 - 5) Persalinan presipitatus
 - 6) Persalinan sungsang
 - 7) Obat-obatan
- d. Faktor janin
 - 1) Prematuritas
 - 2) Postmaturitas
 - 3) Kelainan bawaan

- 4) Perdarahan otak
- 5) Faktor tali pusat
 - a) Prolapsus tali pusat
 - b) Lilitan tali pusat
 - c) Vassa previa
 - d) Tali pusat pendek
- e. Faktor Resiko
 1. Status sosial ekonomi rendah
 2. Tingkat pendidikan ibu yang rendah
 3. Usia ibu >30 tahun atau 28 minggu (late fetaldeath)
- f. Gejala dan Tanda
 1. Gerakan janin berkurang atau hilang, nyeri perut hilang timbul atau menetap, perdarahan pervaginam sesudah hamil 22 minggu.
 2. Gerakan Janin dan DJJ tidak ada, perdarahan dan nyeri hebat.
 3. Gerakan janin berkurang atau hilang, DJJ abnormal (180x/menit).
 4. Gerakan Janin/DJJ hilang.
 5. Syok, uterus tegang/kaku, gawat janin atau DJJ tidak terdengar.
 6. Syok, perut kembung/cairan bebas intra abdominal, kontur uterus abnormal, abdomen nyeri, bagian-bagian janin teraba, denyut nadi ibu cepat.
 7. Cairan ketuban bercampur mekoneum.
- g. Penatalaksanaan
 1. Periksa Tanda Vital.
 2. Ambil darah untuk pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan darah, golongan darah ABO dan Rhesus.
 3. Jelaskan seluruh prosedur pemeriksaan dan hasilnya serta rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarganya. Bila belum ada kepastian sebab kematian, hindari memberikan informasi yang tidak tepat.
 4. Dukungan mental emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaiknya pasien selalu didampingi oleh orang terdekatnya. Yakinkan bahwa besar kemungkinan dapat lahir pervaginam.
 5. Rencana persalinan pervaginam dengan cara induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya, sebelum keputusan diambil.
 6. Bila pilihan adalah pada ekspektatif : Tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, yakinkan bahwa 90% persalinan spontan akan terjadi komplikasi .
 7. Bila pilihan adalah manajemen aktif : induksi persalinan menggunakan oksitosin atau misoprostol. Seksio sesarea merupakan pilihan misalnya pada letak lintang.
 8. Berikan kesempatan kepada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan berbagai kegiatan ritual bagi janin yang meninggal tersebut.
 9. Pemeriksaan patologi plasenta akan mengungkapkan adanya patologi plasenta

dan infeksi.

3. Posterm

Pengertian

Kehamilan post matur adalah kehamilan yang berlangsung lebih lama dari 42 minggu, dihitung berdasarkan rumus naegle, dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Selain itu ada juga yang dihitung 42 minggu dari HPHT dan ada pula dihitung 42 minggu. Partusnya disebut partus postmaturus atau serotinus dan bayinya disebut postmaturitas atau serotinus.

Etiologi

Etiologi pasti belum diketahui. Tapi ada yang menyebabkan faktor penyebabnya adalah faktor hormonal, yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Faktor lain adalah faktor herediter, karena postmaturitas sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu.

Tanda-tanda bayi postmatur :

- a. Biasanya lebih berat dari bayi matur.
- b. Tulang dan sutura kepala lebih keras dari bayi matur
- c. Rambut lanugo hilang atau sangat kurang.
- d. Verniks kaseosa di badan kurang
- e. Kuku-kuku panjang
- f. Rambut kepala agak tebal
- g. Kulit agak pucat dengan desquamasi epitel

Penatalaksanaan

- a) Setelah usia kehamilan lebih dari 40-42 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik-baiknya.
- b) Apabila tidak ada tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
- c) Lakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan atau rujuk.

H. Kehamilan Disertai Penyakit

a. Diabetes gestasional

Kemungkinan terbesar terjadi pada:

- a. Umur penderita makin tua
- b. Pada multiparitas
- c. Penderita gemuk
- d. Kelainan anak lebih besar dari 4000gr
- e. Riwayat kehamilan yang mengalami:
 - 1) Sering meninggal dalam rahim
 - 2) Sering mengalami lahir mati

- 3) Sering mengalami keguguran
 - f. Bersifat keturunan
 - g. Terdapat gula dalam urine
- Pengaruh kehamilan, persalinan dan nifas terhadap penyakit gula:
- a. Pengaruh penyakit gula terhadap kehamilan
 - 1) Dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin
 - 2) Dapat terjadi hidramnion
 - 3) Dapat menimbulkan pre-eklamsia-eklamsia
 - b. Pengaruh penyakit gula terhadap persalinan
 - 1) Gangguan kontraksi otot rahim
 - 2) Janin besar sehingga perlu operasi
 - 3) Gangguan pembuluh darah plasenta
 - 4) Perdarahan postpartum
 - 5) Postpartum mudah terjadi infeksi
 - 6) Bayi mengalami hipoglisemia postpartum
 - c. Pengaruh penyakit gula terhadap masa nifas
 - 1) Mudah terjadi infeksi postpartum
 - 2) Luka lama sembuh dan infeksi mudah menyebar
 - d. Pengaruh penyakit gula terhadap janin
 - 1) Dapat terjadi keguguran, persalinan prematuritas, dan kematian janin dalam rahim
 - 2) Bayi dengan dismaturitas
 - 3) Bayi dengan cacat bawaan
 - 4) Bayi potensial mengalami kelainan saraf & jiwa
 - 5) Bayi potensial mengidap penyakit gula
 - e. Penyakit jantung
 - Gejala :
 - 1) Cepat merasa lelah
 - 2) Jantungnya berdebar-debar.
 - 3) Sesak napas apalagi disertai sianosis (kebiruan)
 - 4) Edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda
 - 5) Mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai Stadium klinis kehamilan dengan penyakit jantung
 - Klas I
 - 1) Tanpa gejala pada kegiatan biasa
 - 2) Tanpa batas gerak biasa
 - Klas II
 - 1) Waktu istirahat tidak terdapat gejala
 - 2) Gerak fisik terbatas
 - 3) Gejala payah jantung

Klas III

Gerakan sangat terbatas

Klas IV

- 1) Gejala payah jantung dalam keadaan istirahat
- 2) Puncak hemodilasi darah minggu 28–32
- 3) Pada saat inpartu
- 4) Pada saat plasenta lahir
- 5) Saat laktasi
- 6) Terjadi perdarahan postpartum
- 7) Mudah terjadi infeksi postpartum
- 8) Mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin
- 9) Dapat terjadi keguguran
- 10) Persalinan prematuritas
- 11) Kematian perinatal
- 12) Hambatan intelegensia atau fisik bayi
- 13) Penyakit infeksi pada kehamilan

f. Infeksi virus

Infeksi alat kelamin

- 1) Infeksi sipilis
- 2) Infeksi gonorhea

Infeksi bakteri

- 1) Tifus abdominalis
- 2) Kolera
- 3) Infeksi tetanus

Infeksi protozoa

- 1) Malaria
- 2) Toksoplasmosis
- 3) Trikomonas vaginalis

Infeksi ginjal dan saluran kemih

Infeksi kandida albikan

Infeksi virus

- 1) Rubela
- 2) Infeksi virus sitomegalovirus
- 3) Variola (cacar)
- 4) Hepatitis infeksiosa
- 5) Rubeola

Infeksi alat kelamin

- 1) Infeksi sipilis
- 2) Infeksi gonorhea

a) Penyebab: virus tipe A atau tipe B

- b) Pengaruh terhadap kehamilan :
 - (1) Keguguran
 - (2) Persalinan prematuritas
 - (3) Kematian janin dalam rahim
- c) Penyebab: virus tipe A atau tipe B
- d) Pengaruh terhadap kehamilan :
 - (1) Keguguran
 - (2) Persalinan prematuritas
 - (3) Kematian janin dalam rahim
- e) Penyebab: treponema pallidum
- f) Gejala
Ada perlukaan pada daerah genitalia, mulut
- g) Pengaruh terhadap kehamilan
 - (1) Persalinan prematuritas
 - (2) Kematian dalam rahim
 - (3) Infeksi bayi dalam bentuk lues kongenital
- g. Infeksi Gonorhea dalam kehamilan
Penyebab: neisseria gonorrhoea
Gejala klinis :
 - 1) Infeksi saluran kemih luar
 - 2) Nyeri saat miksi
 - 3) Infeksi mulut rahim
 - 4) Perlukaan sekitar alat genitalia bagian luar
 - 5) Keputihan yang berwarna
 - 6) Infeksi kelenjar bartholini
 - 7) Pengaruh terhadap janin : Infeksi mata konjunctivitas gonorrhoea neonatorium (blenorea neonati)

I. Gangguan Kesejahteraan Janin

1) IUFD

IUFD adalah kematian janin dalam rahim yang terjadi pada usia kehamilan > dari 22 minggu

1) Etiologi

- 1) Kesalahan genetic / kromosom
- 2) Infeksi
- 3) Diabetes mellitus
- 4) Kehamilan ganda
- 6) Kelainan organ reproduksi
- 7) RH isoimunisasi
- 8) Insufisiensi plasenta

- 9) Trauma fisik dan psikis (sangat sedikit)
- b. Diagnosa IUFD
 - Anamnesa
 - 1) Ibu tidak merasakan gerakan anak
 - 2) Kandungan / rahim tidak bertambah besar, malah makin mengecil
 - 3) Penurunan berat badan
 - 4) Perubahan pada payudara dan nafsu makan
 - c. Pemeriksaan fisik
 - 1) Fundus uteri tambah turun (rahim tidak tambah besar).
 - 2) Gerakan anak tidak dirasakan.
 - 3) Palpasi anak tidak jelas.
 - 4) Bunyi jantung anak tidak terdengar
 - d. Pemeriksaan penunjang
 - 1) USG
Gerak anak tidak ada, DJJ tidak pasti ada, Tampak bekuan darah pada ruang jantung janin
 - 2) Rontgen foto
Spalding sing (+)
Tulang tengorak janin saling menutupi, pencairan dari otak menyebabkan over laping dari tulang otak
Nanjouk's sing (+)
Tulang punggung janin sangat melengkung
Rorbet's sing (+)
Tampak gelembung –gelembung gas pada pembuluh darah besar janin ditemukan setelah janin mati paling kurang 12 jam
Sekali diagnosa IUFD ditegakkan pasien dan keluarga biasanya meminta dokter untuk mengakhiri kehamilan segera. Adalah penting untuk menyarankan kepada pasien bahwa tidak ada yang emergensi pada pasien IUFD
 - a. Jika uterus tidak lebih dari ukuran 12 mg kehamilan, pengosongkan uterus dilakukan dengan kuret suction.
 - b. Jika ukuran uterus antara 12 – 28 minggu prostaglandin E2 vaginan supositoria
 - c. jika kehamilan > 28 minggu, tidak dianjurkan pemakaian prostaglandin. Jika tidak ada his dalam 2 minggu anjurakan induksi dengan oksitosin
 - d. Tingkatan perubahan janin yang mati dalam rahim
 - e. Rigor mortis (berlangsung 2 ½ jam setelah mati kemudian lemas lagi)
 - f. Maserasi tingkat I (timbul lepuh – lepuh pada kulit, lepuh – lepuh ini mula – mula berisi cairan jernih berwarna merah, berlangsung sampai 48 jam setelah janin mati)
 - g. Maserasi tingkat 2 (lepuh – lepuh pecah dan mewarnai air ketuban merah coklat terjadi 48 jam setelah anak lahir).

- h. Maserasi tingkat 3 (terjadi kira – kira 3 minggu setelah janin mati, badan janin lemas, hubungan antara tulang sangat longgar, odema di bawah kulit).

2. IUGR

IUGR adalah pertumbuhan intra uterin yang terhambat (PIUT) dimana berat bayi kurang dari usia kehamilan

Faktor resiko :

- a. Nutrisi buruk
- b. Status social ekonomi lemah
- c. Pertumbuhan berat badan maternal buruk
- d. Berat badan prakehamilan < 45 kg
- e. Zat kimia yang teratogen
- f. Kelainan kromosom trisomi
- g. Infeksi virus / bakteri pada maternal
- h. Abnormalitas genetic
- i. Kehamilan ganda
- j. Riwayat kehamilan iugr terdahulu
- k. Ibu yang merokok / menggunakan narkotika / peminum alkohol
- l. Penyakit pada ibu Anemia, Dm, Preeklamsi , Penyakit jantung, Penyakit vaskuler maternal

Diagnosis :

TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, peningkatan berat badan ibu kurang / tidak ada,.

Pada pemeriksaan USG pada pengukuran biparietal, panjang paha janin, lingkaran abdomen

Wewenang bidan

Pada kehamilan

- a. Pengawasan kehamilan pada usia kehamilan < 34 minggu dan jumlah air ketuban cukup, jika dekat aterm persalinan disegerakan mungkin akan memberikan hasil jika benar dicurigai mengalami kelainan retardasi pertumbuhan
- b. Kolaborasi ke dr. OBGIN untuk pemeriksaan USG dan kesejahteraan janin
- c. Anjurkan ibu untuk tidak lagi merokok, menggunakan narkotika, / minum alkohol



RANGKUMAN

1. Abortus ditandai dengan perdarahan bercak hingga banyak, perut nyeri dan kaku, pengeluaran sebagian hasil konsepsi, serviks dapat tertutup/terbuka, dan ukuran uterus lebih kecil dari ukuran seharusnya.
2. Mola hidatidosa ditandai dengan perdarahan bercak hingga berjumlah banyak, mual dan muntah hebat, ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan, tidak ditemukan janin intrauteri, nyeri perut, serviks terbuka, keluar jaringan seperti anggur, takikardi dan Kasus ini tidak boleh ditatalaksanan pada fasilitas kesehatan dasar, ibu harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
3. Kehamilan ektopik muncul dengan gejala perdarahan pervaginam dari bercak hingga jumlah sedang, kesadaran menurun, pucat, hipertensi dan hipovolemia, nyeri abdomen dan pelvis, nyeri goyang porsio, serviks tertutup, penatalaksanaannya restorasi cairan tubuh dengan cairan NaCl 0,9% atau RL (500 ml dalam 15 menit pertama) atau 2 L dalam 2 jam pertama. Segera rujuk ke rumah sakit.
4. Blighted ovum ditandai Pendarahan, kram pada daerah perut serta munculnya flek penatalaksanaan khususnya yaitu dengan dilatase dan kuretase
5. Hiperemesis gravidarum mual dan muntah parah secara berkepanjangan dengan tanda pusing sakit kepala, jantung berdebar, sulit menelan makanan atau minuman, mengeluarkan air liur secara berlebihan, sangat sensitif terhadap aroma diberikan KIE seperti hindari diri dari aroma-aroma yang dapat memicu mual, banyak istirahat dan kurangi gerak, ketika merasa mual, minumlah air jahe atau air soda, konsumsi kudapan kering, seperti biskuit, secara berkala.
6. Pada Sulosio Plasenta tidak boleh ditatalaksanan pada fasilitas kesehatan dasar, ibu harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
7. Plasenta Previa tidak dianjurkan untuk periksa dalam sebelum tersedia kesiapan sc.
8. Pada Insersiovelamentosa bidan tidak memiliki kewenangan untuk menangani insersio velamentosa.
9. Ruptura Sinus Marginalis bila usia kehamilan kurang dari 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut tidak sakit, uterus tidak tegang, janin hidup) dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan. Bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus gejala solusio plasenta makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. Bila janin hidup, lakukan seksio sesaria, bila janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan.
10. Pada plasenta Sirumvalata penatalaksanaannya yaitu dengan memperbaiki keadaan umum ibu, evaluasi perdarahan dan kondisi kehamilan ibu, memantau jumlah

perdarahan dan TTV ibu, dan kondisi kehamilan. Atur posisi yang nyaman, anjurkan ibu istirahat, Ingatkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi.

11. Penanganan dalam kehamilan kembar
 - a) Perawatan prenatal yang baik untuk mengenal kehamilan kembar dan mencegah komplikasi yang timbul dan bila diagnosis telah ditegakkan pemeriksaan ulang harus lebih sering x seminggu pada kehamilan lebih dari 32 minggu.
 - b) Setelah kehamilan 30 minggu, koitus dan perjalanan jauh lebih baik dihindari karena akan merangsang partus prematurus.
 - c) Pemakaian korset gurita yang tidak terlalu kuat diperbolehkan supaya terasa lebih ringan.
 - d) Periksa darah lengkap Hb dan golongan darah
12. Kelainan pada air ketuban dapat berupa ketuban pecah dini, oligohidramnion, polihidramnion, dan oligohidramnion.
13. Kelainan letak terdiri dari letak sungsang, (Letak Bokong Murni, letak Bokong Kaki Sempurna, letak Bokong Tak Sempurna, letak Kaki) dan letak lintang
14. Prinsip dasar persalinan sungsang pada Persalinan spontan; janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini disebut Bracht, ekstraksi sungsang (*total breech extraction*); janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.
15. Pada letak lintang Lakukan versi luar bila permulaan inpartu dan ketuban intak. Bila ada kontraindikasi versi luar lakukan seksio saesarea.
16. Kelainan Lamanya Kehamilan yaitu Preterm (Persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 20-37 minggu dipertimbangkan sebagai persalinan prematur) dan posterm (kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap)
17. Gangguan Kesejahteraan Janin yaitu IUFD (kematian janin dalam rahim yang terjadi pada usia kehamilan > dari 22 minggu) dan IUGR (pertumbuhan intra uterin yang terhambat (PIUT) dimana berat bayi kurang dari usia kehamilan) elainan presentasi dan posisi meliputi



TES FORMATIF

1. Perdarahan bercak hingga berjumlah banyak, mual dan muntah hebat, ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan, tidak ditemukan janin intrauteri, nyeri perut, serviks terbuka, keluar jaringan seperti anggur, takikardi merupakan tanda dan gejala dari...
 - a. Abortus
 - b. Sulosio Plasenta
 - c. Blighted Ovum
 - d. Mola hidatidosa
 - e. Kehamilan ektopik

2. Yang bukan menjadi faktor disposisi dari sulosio plasenta adalah..
 - a. Hipertensi
 - b. Trauma abdomen
 - c. Hindamnion
 - d. Gemelli
 - e. Defisiensi asam folat

3. Penatalaksanaan pertama pada kehamilan preterm adalah...
 - a. Persalinan berjalan terus dan siapkan penanganan selanjutnya
 - b. Coba hentikan kontraksi uterus / penundaan kelahiran
 - c. Ambil darah untuk pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan darah, golongan darah ABO dan Rhesus.
 - d. Dukungan mental emosional perlu diberikan kepada pasien.
 - e. Rencana persalinan pervaginam dengan cara induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya, sebelum keputusan diambil.

4. Berikut adalah tanda dan gejala kehamilan posterm, *kecuali*..
 - a. Biasanya lebih berat dari bayi matur.
 - b. Tulang dan sutura kepala lebih keras dari bayi matur
 - c. Rambut lanugo hilang atau sangat kurang.
 - d. Verniks kaseosa di badan kurang
 - e. Gerakan Janin/DJJ hilang

5. Yang merupakan diganosa dari IUFD adalah...
 - a. Sumbu anjang janin teraba melintang, tidak teraba bagian pada pelvis inlet sehingga terasa kosong.
 - b. Rambut lanugo hilang atau sangat kurang
 - c. Tulang dan sutura kepala lebih keras dari bayi matur
 - d. Kuku-kuku panjang
 - e. Ibu tidak merasakan gerakan anak dan kandungan / rahim tidak bertambah besar, malah makin mengecil

A.
B.
C.

GLOSARIUM

Kehamilan ektopik : Janin tumbuh di luar kavum uteri

Hidramnion : Jumlah air ketuban diluar batas normal

Pelvis inlet : Pintu atas panggul

Konsepsi : Peristiwa bertemunya sel telur (ovum) dan sperma

Sepsis : Komplikasi yang jarang terjadi namun sangat berbahaya dari suatu penyakit

Hipovolemia : Keadaan tubuh kekurangan cairan di semua bagian ekstrasel.

Infertilitas : Kegagalan dari pasangan suami-istri untuk mengalami kehamilan setelah melakukan hubungan seksual, tanpa kontrasepsi, selama satu tahun

Peritoneum : Lembaran tipis kontinu jaringan, atau membran yang melapisi rongga perut dan panggul, dan mencakup permukaan organ yang ditemukan dalam. Ini menghasilkan cairan pelumas, yang disebut cairan serosa, yang memungkinkan keberanian untuk bergerak bebas melewati satu sama lain



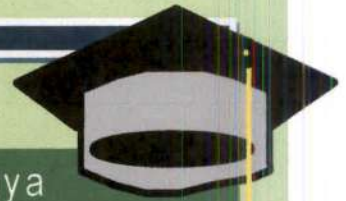
DAFTAR PUSTAKA

- Abdul,Bari saifudin,dkk.2006. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta : yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo
Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT.BPSP
Wiknjosastro H. Patologi Persalinan dan Penanganannya. Ilmu Kebidanan, edisi ke-3. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2005.

BAB 3

Komplikasi Persalinan dan Penatalaksanaannya

100 Menit



TUJUAN

Tujuan Umum :

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, Saudara diharapkan mampu untuk menilai komplikasi persalinan dan penatalaksanaannya.

Tujuan Khusus :

Diharapkan mahasiswa mengetahui komplikasi kebidanan pada persalinan yang meliputi :

- A. Penyulit Kala I dan II
 1. Konsep dasar kelainan presentasi dan posisi.
 2. Distosia Power, passage
 3. Passanger
- B. Penyulit Kala III dan IV
 4. Atonia Uteri
 5. Retensio Plasenta
 6. Emboli air ketuban
 7. Robekan jalan lahir
 8. Inversio uteri
 9. Perdarahan primer
 10. Syok Obstetrik
- C. menyiapkan pasien dengan augmentasi atau induksi persalinan
- D. pertolongan persalinan abnormal pada
 1. letak sungsang
 2. ketuban pecah dini tanpa infeksi
 3. persalinan preterm
 4. persalinan Posterm



URAIAN MATERI

A. Penyulit Kala I dan II

1. Kelainan Presentasi dan Posisi

a. Kepala dan Puncak

1) Pengertian

Suatu keadaan dimana dalam keadaan tertentu fleksi kepala tidak terjadi → kepala dalam keadaan defleksi. Dan Presentasi puncak kepala ini terjadi karena derajat defleksinya ringan → pada pemeriksaan dalam teraba UUB bagian yang terendah, dan UUB sudah berputar kedepan (1 % dari seluruh persalinan) pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan sementara → berubah → presentasi belakang kepala.

2) Etiologi

Kelainan panggul → kerusakan dasar panggul

Kepala berbentuk bundar

Anak kecil / mati

Perut gantung

Panggul sempit

3) Mekanisme persalinan

Biasanya UUB sejak permulaan sudah terletak lebih rendah dari UUK, makin turun kepala anak → makin sukar diraba, apabila kepala anak sampai di pertengahan jalan lahir → sumbu panggul melengkung ke depan maka tidak ada paksaan yang istimewa buat memutar UUB ke depan, jika punggung janin sebelah belakang → muka anak dan UUB → memutar ke depan, tetapi jika punggung anak terletak di sebelah depan → UUB memutar ke arah belakang → letak belakang kepala. Pada letak puncak yang menjadi hipomoklion adalah glabella (batas alis dan dahi) dibawah simpisis dan dengan fleksi kepala lahir dengan belakang kepala → melewati perineum → lahir seluruhnya

4) Komplikasi

Partus lama, robekan jalan lahir yang luas, molage hebat → mortalitas tinggi

5) Penanganan

Wewenang bidan dalam persalinan

a. Dalam memimpin partus → observasi → kira - kira 75 % dapat lahir spontan

b. Anjurkan ibu untuk miring ke arah punggung janin

c. Bila ada kemacetan → rujuk RS → indikasi ekstraksi forsep / Vacuum

b. Presentasi muka

1) Pengertian

Presentasi ini terjadi bila derajat defleksinya maksimal → sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka janin merupakan bagian yang terendah menghadap ke bawah. Angka kejadian 0,27 – 0,5 %, dimana presentasinya ditentukan oleh dagu

2) Diagnosis

- a) Pada pemeriksaan luar dada teraba seperti punggung
- b) Bagian kepala yang menonjol terdapat disebelah yang berlawanan dengan dada
- c) Pada bagian dada dapat teraba bagian kecil janin dan DJJ terdengar lebih jelas
- d) Pada pemeriksaan dalam → muka sudah masuk dalam rongga panggul → teraba → dagu, mulut, hidung dan pinggir orbita
- e) Pemeriksaan RO → kepala tampak menengadah

3) Etiologi

- a) Primer → terjadi sejak masa kehamilan karena (Ansefalus, hidrosefalus, congenital anomaly, congenital shortening of the cervical muscle, struma, kista leher, lilitan tali pusat pada leher beberapa kali)
- b) Sekunder → baru terjadi pada waktu persalinan karena : (panggul sempit, tangan menumbung disamping kepala, anak sangat besar, plasenta previa / plasenta letak rendah, grande multipara, pegerakan anak bebas pada hidramnion dan perut gantung, posisi uterus miring)

4) Patologi persalinan

Dagu dapat berputar ke depan (mento anterior 80 – 90 %) / kebelakang (mento posterior → jarang), bila mento posterior persisten → kepala tak mungkin lahir karena kepala sudah defleksi maksimal.

5) Prognosis

- a. Bagi ibu (Partus lama, mudah infeksi intra partum / nifas, perlukaan jalan lahir yang luas, mortalitas tinggi 3 %
- b. Bagi janin (Kaput di daerah muka → kepala seperti mulut babi (dolichocephal), perdarahan dalam otak, mortalitas kira – kira 15 %

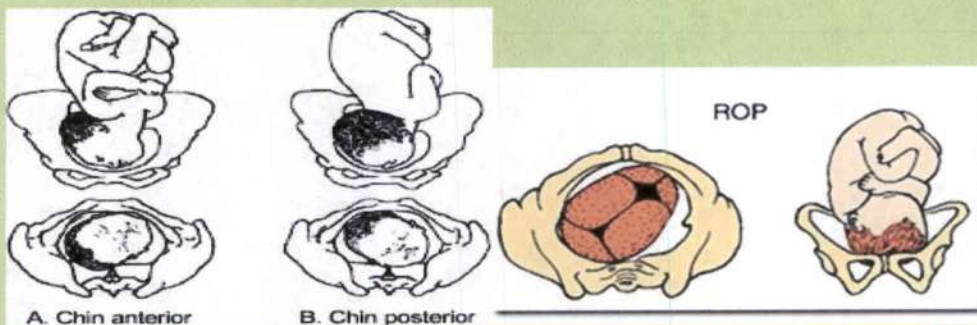
6) Penanganan

Wewenang bidan dalam persalinan

- a) Jika terdiagnosa letak muka pada saat periksa dalam → rujuk ke RS
- b) Di RS → observasi teliti → 80 – 90 % dapat lahir spontan
- c) Bila pembukaan masih kecil → Seksio sesaria
- d) Pada primigravida → Seksio sesaria
- e) Pada letak mento posterior → Seksio sesaria
- f) Usaha untuk merubah letak (reposisi mento posterior → mento anterior, cara schatz, cara zangemeister - thorn)

c. Presentasi dahi

- 1) Pengertian
Presentasi ini terjadi antara fleksi dan defleksi → dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan → dapat berubah → letak muka / belakang kepala
- 2) Etiologi
Anak kecil / sudah meninggal, penempatan dahi persisten, Seperti letak muka
- 3) Mekanisme persalinan
Kepala memasuki panggul biasanya dengan dahi melintang / miring. Pada waktu putaran paksi, dahi memutar ke depan. Maxilla (fossa canina) sebagai hipomoklion berada dibawah simpisis, kemudian terjadi fleksi untuk melahirkan kepala belakang melewati perineum → defleksi, maka lahirlah mulut, dagu, dibawah simpisis
- 4) Diagnosis
 - a) Palpasi
 - b) Bokong teraba di fundus, kepala dibawah
 - c) Benjolan kepala terdapat pada tempat punggung
 - d) Auskultasi → Diji paling jelas melewati dada
 - e) Pemeriksaan dalam (teraba sutura frontalis, bila diikuti pada ujung yang satu teraba UUB dan pada ujung yang lain teraba pangkal hidung dan lingkaran orbita)
- 5) Penanganan
Wewenang bidan dalam persalinan
 - a) Rujuk ke RS
 - b) Observasi kemajuan persalinan (di RS)
 - c) Reposisi menjadi letak LBK / letak muka → DR OBGYN
 - d) Bila ada indikasi dan syarat terpenuhi → ekstraksi vakum dan cunam → tidak dibolehkan lagi
 - e) Bila janin meninggal → embriotomi
 - f) Bila janin masih hidup ditambah indikasi lain → seksio sesaria
- 6) Prognosis
 - a) Ibu (partus menjadi lama, bisa terjadi robekan dan rupture uteri)
 - b) Janin (mortalitas lebih tinggi)



Gambar Presentasi Muka

Gambar Presentasi Occipito posterior

2. Distosia Power, Passage

a. Distosia Passage

Distosia kelainan jalan lahir.

1) Distosia karena kelainan panggul/bagian keras.

Penanganan :

- a) Seksio sesarea dapat dilakukan elektif atau primer yakni sebelum persalinan mulai atau pada awal persalinan berlangsung selama beberapa waktu. Seksio elektif dilakukan pada kehamilan cukup bulan dengan disproporsi sefalopelvik seksio sekunder dilakukan apabila percobaan persalinan dianggap gagal.
- b) Persalinan percobaan dengan syarat kehamilan tidak lebih dari 42 minggu.
- c) Simfisiotomi adalah tindakan untuk memisahkan tulang panggul kiri dari tulang panggul kanan pada simfisis supaya rongga panggul menjadi lebih luas.
- d) Kraniotomi

2) Kelainan jalan lahir lunak

a). Distosia Servisis

1) Servik kaku (rigid cervix)

Penanganan:

Bila setelah pemberian obat-obatan seperti valium dan petidin tidak merubah kekakuan, tindakan kita melakukan seksio sesaria.

Servik gantung (hanging cervix) pertolongan yang tepat adalah dengan seksio sesaria.

2) Servik konglomer (conglomer cervix). Penanganan tergantung pada keadaan turunnya kepala janin. Coba lebarkan pembukaan ostium uteri eksternum secara digital atau memakai dilators. Bila hal-hal diatas tidak berhasil atau tidak mungkin sebaiknya dilakukan seksio sesarea.

3) Edema servik. Bila syarat-syarat untuk ekstraksi vakum atau forseps tidak dipenuhi, lakukan seksio sesaria

3) Kelainan Vulva dan Vagina

a) Atresia vulva (tertutupnya vulva) ada yang bawaan dan ada yang diperoleh misalnya karena radang atau trauma. Atresia yang sempurna menyebabkan kemandulan dan yang menyebabkan distosia hanya atresia yang inkomplit.

b) Edema vulva

Hal itu mempersulit pemeriksaan dalam dan menghambat kemajuan persalinan yang akhirnya dapat menimbulkan kerusakan luas pada jalan lahir.

c) Stenosis vulva

Dapat diatasi dengan melakukan episiotomi yang cukup luas agar persalinan berjalan lancar. Penanganannya dengan melakukan sayatan median secukupnya

untuk melahirkan kepala janin.

d) Kista kelenjar bartholin

Pengobatan kista bartholin adalah dengan mengangkat seluruh kista dan marsivialisasi. Bidan dilapangan yang menemukan kista bartholin perlu merujuk ke rumah sakit sehingga mendapat pengobatan sebagaimana mestinya.

e) Stenosis vagina congenital

Pada stenosis vagina yang tetap kaku dalam kehamilan dan merupakan halangan untuk lahirnya janin, perlu dipertimbangkan seksio sesaria.

f) Kista vagina

Penanganan dalam kehamilan muda adalah di ekstripsi setelah kehamilan 3-4 bulan. dalam persalinan yaitu jika kista berukuran kecil maka tidak akan menghalangi turunya kepala dan tidak mengganggu persalinan. Setelah 3 bulan pasca persalinan dilakukan ekstripsi tumor. Tumor vagina. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor, perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau harus diselesaikan dengan seksio cesarea.

b. Distosia Passanger

Distosia passanger/janin ini sangat tergantung pada besar janin dan posisinya. Sebab berat janin melebihi kapasitas jalan lahir.

- 1) Pertumbuhan janin yang berlebihan (bayi besar). Janin besar adalah bila berat badan melebihi dari 4000 gram.
- 2) Hidrosefalus
Penimbunan cairan serebrospinal dalam ventrikel otak sehingga kepala menjadi besar serta ubun-ubun menjadi lebar.
- 3) Anensefalus atau hemifalus : badan ada tetapi pembentukan otak dan tengkorak kepala tidak ada atau terkebelakang
- 4) Kembar siam yaitu penyatuan dua janin kembar.
- 5) Gawat janin

B. Penyulit Kala III dan IV

1. Atonia Uteri

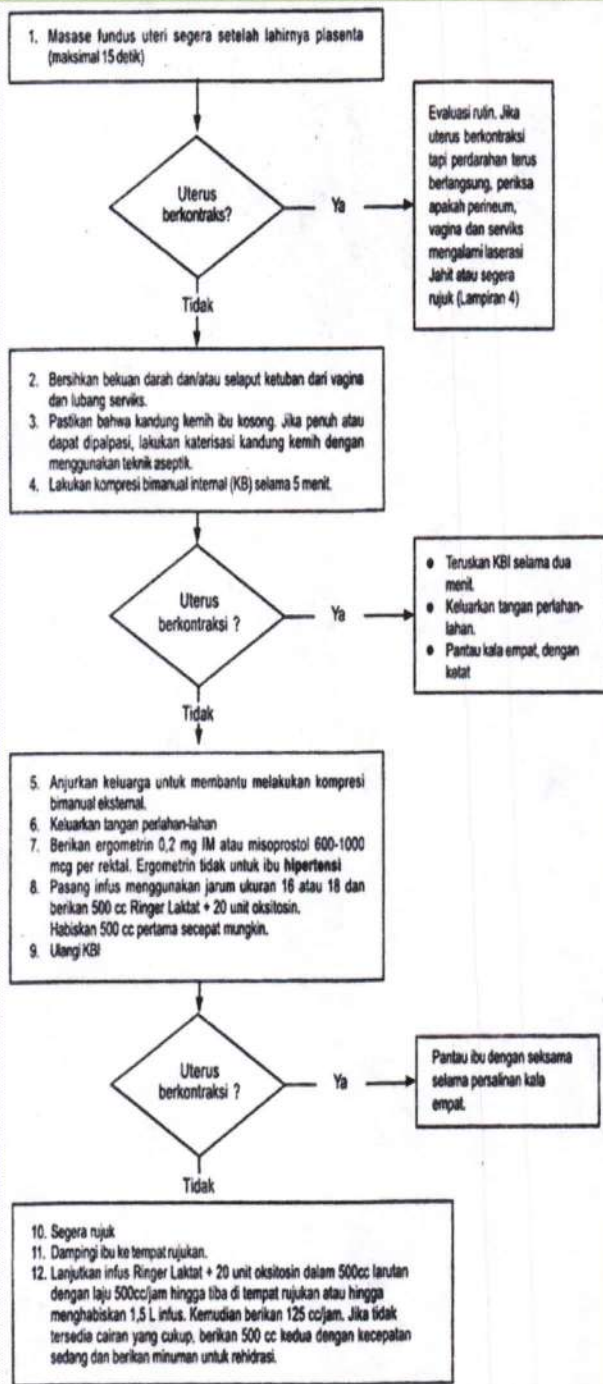
Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Atonia uteri adalah uterus yang tidak berkontraksi setelah janin dan plasenta lahir. Penyebab atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang) seperti overdistention uterus seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion, atau paritas tinggi, umur yang terlalu muda atau terlalu tua, multipara dengan jarak kelahiran pendek, partus lama / partus terlantar, malnutrisi, penanganan salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya plasenta belum terlepas dari dinding uterus. Gejala klinis uterus tidak berkontraksi dan lunak dan perdarahan segera setelah plasenta dan janin lahir (P3).

2. Retensio Plasenta

Retensio plasenta (placental retention) merupakan plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Sebab plasenta belum lahir bisa oleh karena plasenta belum lepas dari dinding uterus; atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Gejala klinis pada pemeriksaan pervaginam, plasenta tidak ditemukan di dalam kanalis servikalis tetapi secara parsial atau lengkap menempel di dalam uterus.

3. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya cairan ketuban beserta komponennya ke dalam sirkulasi darah ibu. Kejadian ditandai dengan kolaps, sianosis, dan sesak nafas berat. Pengobatan segera termasuk sebagai berikut oksigen pasang selang endotrakeal dan ventilasi tekanan positif dilakukan karena pasien pada umumnya tidak sadar berikan Aminofilin 0,5 g IV pelan-pelan untuk mengurangi bronkospasmus, Isoprenalin 0,1 g IV untuk meningkatkan aliran darah ke paru dan aktivitas jantung; digoksin dan atropine : jika CVP tinggi dan secret paru yang berlebih; hidrokortison 1 g IV diikuti dengan pemberian melalui infus pelan-pelan yang menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan perfusi jaringan larutan bikarbonat; jika ada asidosis respiratorik, dekstran berat molekul rendah menurunkan agregasi trombosit dalam organ vital, heparin untuk pengobatan DIC jika tidak ada perdarahan aktif. Persalinan pervaginam : lebih aman daripada seksio sesarea jika bayi belum lahir



CHECKLIST / FORMAT PENILAIAN MANUAL PLASENTA

NO	BUTIR YANG DINILAI
A. SIKAP	
1.	Menyambut klien dengan sopan dan ramah
2.	Memperkenalkan diri kepada klien
3.	Merespon terhadap reaksi klien
4.	Percaya diri
5.	Teruji menjaga privacy klien
SCORE A : 10	
B. CONTENT	
6.	Memposisikan klien dengan posisi litotomi/dorsal recumbent
7.	Menggunakan APD (celemek, topi, masker, alas kaki)
8.	Mencuci tangan
9.	Menggunakan sarung tangan pendek DTT/Steril pada kedua tangan
10.	Memastikan kandung kemih kosong *
11.	Memberikan analgetik per rectal
12.	Melepas sarung tangan pendek sebelah kanan dan mengenakan sarung tangan panjang DTT/Steril *
13.	Tangan kiri menegangkan tali pusat dengan klem, sejajar dengan lantai *
14.	Tangan kanan masuk ke dalam vagina secara obstetrik *
15.	Tangan kanan masuk ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat (punggung tangan menghadap ke bawah) *
16.	Setelah mencapai serviks, minta asisten untuk menegangkan klem tali pusat. Kemudian memindahkan tangan kiri untuk menahan fundus uteri *
17.	Sambil menahan fundus uteri, memasukkan tangan ke dalam kavum uteri sampai mencapai tempat implantasi plasenta *
18.	Membentangkan tangan obstetrik menjadi datar (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari lain saling merapat) *
19.	Menentukan implantasi plasenta dan menemukan bagian plasenta yang sudah lepas *
20.	Memasukkan ujung jari di antara plasenta dan dinding uterus *
21.	Memperluas pelepasan plasenta dengan menggeser tangan ke kanan dan ke kiri (dengan sisi ulna) sambil digeserkan ke atas (kranial ibu) sampai semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus *
22.	Sementara tangan kanan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal *
23.	Memindahkan tangan kiri dari fundus ke supra symphysis (menahan segmen bawah uterus)
24.	Menginstruksikan asisten untuk menarik tali pusat sambil tangan kanan membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah) *
25.	Melakukan penekanan uterus ke arah dorso kranial (dengan tangan kiri) *

Penatalaksanaan Atonia Uteri

Robekan perineum terjadi pada bagian semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Luka perineum adalah kerusakan yang terjadi akibat persalinan pada bagian perineum dimana muka muka menghadap. Robekan perineum yang melebihi tingkat satu harus dijahit. Pada robekan perineum tingkat dua, setelah di bed anestesi lokal otot-otot dia some propeneas dibersihkan di garis tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikat jahitan-jahitan di bawahnya. Marjinal robekan tingkat tiga harus dilakukan dengan teliti, mulai- mulai dinding depan rectum yang robek dijahit.

5. Robekan Vagina

Pada luka robekan yang kecil dan superficial, tidak diperuhkan perawatan. Khusus pada luka robek yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara lengkap-pulus atau jahit.

6. Robekan Serviks

Robek serviks uteri merupakan jahitan yang mudah mengalami kerusakan saat persalinan karena kerusakan itu pada vagina uteri pada seorang multipara terdapat menjadi di bagian dan belakang. Penatalaksanaan: tinjau kembali prinsip perawatan umum dan lakukan jahitan anti septik ke vagina dan serviks. Berikan dukungan dan pengutan emosional. Minta asisten membantu tekann pada fundus dengan jahit untuk membantu mendorong serviks ke bawah. Gunakan retractor vagina untuk membuka serviks. Jika perlu berikan serviks dengan forcep cincin atau forcep spons dengan hati-hati. Lakukan forcep pada kedua sisi robekan dan tarik dalam betahol. Setelah bedahan untuk melihat seluruh serviks. Mungkin terdapat beberapa robekan. Tutup robek serviks dengan jahitan-jahitan menggunakan benang catgut kromik atau polidoksin 0 yang dimulainya pada aspek (tepi atas robekan) yang seringkali menjadi sumber peradahan. Jika bagian bagian dijahit serviks robek, jahit dengan jahitan jahitan menggunakan benang catgut kromik atau polidoksin 0. Jika robek sulit dijahit dan dikist, berikan pengang robek dengan forcep atau forcep cincin. Perhatikan forcep tetap terpasang selama 4 jam. Jahitan terus berupaya mengikat termost peradahan karena upaya tersebut dapat membantu peradahan. Selanjutnya, setelah 4 jam, buka forcep sehingga jahitan dikawatirkan setelah 4 jam berikutnya. Perhatikan seluruh forcep.

Inversio Uteri

Inversio uteri adalah bagian atas uterus memasuki cavum uteri, sehingga fundus uteri adalah dalam menonjol ke dalam cavum uteri.

Klasifikasi prolapus uteri :

Tingkat I (uterus turun dengan serviks masih berada dalam introitus vagina tingkat II) (uterus sebagian besar keluar dari vagina), tingkat III (uterus keluar seluruhnya dan vagina yang disusul dengan inversio vagina).

Tanda dan gejala inversio uteri yang selalu ada

a. uteri tertolol

Utteri bisa terlihat sebagai tonjolan menggigit, merah lembayung di vagina



Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Luka perinium adalah perlukaan yang terjadi akibat persalinan pada bagian perinium dimana muka janin menghadap. Robekan perineum yang melebihi tingkat satu harus dijahit. Pada robekan perineum tingkat dua, setelah di beri anestesi local otot-otot diafragma urogenetalis dihubungkan di garis tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikutsertakan jaringan-jaringan di bawahnya. Menjahit robekan tingkat tiga harus dilakukan dengan teliti, mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit.

5. Robekan Vagina

Pada luka robekan yang kecil dan superfisal, tidak diperlukan penanganan khusus pada luka robek yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara terputus-putus atau jelujur.

6. Robekan Serviks

Bibir serviks uteri merupakan jaringan yang mudah mengalami perlukaan saat persalinan karena perlukaan itu portio vaginalis uteri pada seorang multipara terbagi menjadi bibir depan dan belakang. Penatalaksanaan tinjau kembali prinsip perawatan umum dan oleskan larutan anti septik ke vagina dan serviks. Berikan dukungan dan penguatan emosional. Minta asisten memberikan tekanan pada fundus dengan lembut untuk membantu mendorong serviks jadi terlihat. Gunakan retraktor vagina untuk membuka serviks, jika perlu pegang serviks dengan forcep cincin atau forcep spons dengan hati-hati. Letakkan forcep pada kedua sisi robekan dan tarik dalam berbagai arah secara perlahan untuk melihat seluruh serviks. Mungkin terdapat beberapa robekan. Tutup robekan serviks dengan jahitan jelujur menggunakan benang catgut kromik atau poliglukolik 0 yang dimulai pada apeks (tepi atas robekan) yang seringkali menjadi sumber pendarahan. Jika bagian panjang bibir serviks robek, jahit dengan jahitan jelujur menggunakan benang catgut kromik atau poliglukolik 0. Jika apeks sulit diraih dan diikat, pegang pegang apeks dengan forcep arteri atau forcep cincin. Pertahankan forcep tetap terpasang selama 4 jam. Jangan terus berupaya mengikat tempat pendarahan karena upaya tersebut dapat mempererat pendarahan. Selanjutnya, Setelah 4 jam, buka forcep sebagian tetapi jangan dikeluarkan, setelah 4 jam berikutnya, keluarkan seluruh forcep.

7. Inversio Uteri

Inversio uteri adalah bagian atas uterus memasuki cavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam cavum uteri.

Klasifikasi prolapsus uteri :

Tingkat I (Uterus turun dengan serviks paling rendah dalam introitus vagina), tingkat II (uterus sebagian besar keluar dari vagina), tingkat III (uterus keluar seluruhnya dari vagina yang disertai dengan inversio vagina).

Tanda dan gejala inversio uteri yang selalu ada

a. Uterus terlihat

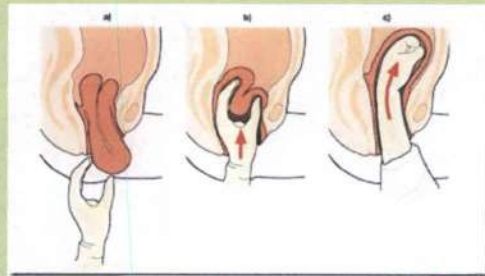
b. Uterus bisa terlihat sebagai tonjolan mengilat, merah lembayung di vagina.

- c. Plasenta mungkin masih melekat (tampak tali pusat).
- d. Perdarahan

Dalam memimpin persalinan harus dijaga kemungkinan timbulnya inversio uteri. Tarikan pada tali pusat sebelum plasenta benar-benar lepas, jangan dilakukan. Apabila terdapat inversio uteri dengan gejala-gejala syok, maka harus diatasi lebih dulu dengan infuse iv cairan elektrolit dan transfusi darah, segera sesudah itu dilakukan reposisi. Apabila reposisi pervaginam gagal, sebaiknya dilakukan pembedahan menurut Haultein (dikerjakan laparotomi, dinding belakang lingkaran konstiksi dibuka, sehingga memungkinkan penyelenggaraan reposisi uterus sedikit demi sedikit, kemudian luka di bawah uterus dijahit dan luka laparotomi ditutup).



Inversio Uteri



Reposisi Pervaginam

8. Perdarahan Primer

Pendarahan pasca persalinan (post partum) primer adalah pendarahan pervaginam 500 ml atau lebih sesudah anak lahir. Pendarahan pasca persalinan dapat disebabkan oleh atonia uteri, sisa plasenta, retensio plasenta, inversio uteri dan laserasi jalan lahir. Gejala klinis berupa pendarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain. Diagnosis perdarahan pascapersalinan dilakukan dengan :

- a. Palpasi uterus: bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
- b. Memeriksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak.
- c. Lakukan eksplorasi cavum uteri untuk mencari sisa plasenta atau selaput ketuban robekan rahim, plasenta suksenturiata

Penanganan perdarahan pasca persalinan pada prinsipnya adalah hentikan perdarahan, cegah/atasi syok, ganti darah yang hilang dengan diberi infus cairan (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, Dextran-L, dan sebagainya), transfusi darah, kalau perlu oksigen. Walaupun demikian, terapi terbaik adalah pencegahan.

9. Syok Obstetri

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan dan tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebab terjadinya syok dalam kebidanan yang terbanyak adalah perdarahan, kemudian neurologik, kardiogenik, endotoksik/septic, anafilaktik, dan penyebab syok yang lain seperti emboli, komplikasi anastesi, dan kombinasi. Gejala klinik syok pada umumnya sama yaitu tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, pucat, keringat dingin, sianosis jari-jari, sesak nafas, pengelihatn kabur, gelisah, dan akhirnya oliguria/anuria. Penanganan syok terdiri atas 3 garis utama, yaitu pengembalian fungsi sirkulasi darah, dan oksigenasi, eradikasi infeksi, serta koreksi cairan dan elektrolit. Jenis dan Etiologi

a. Syok Hemoragik

Adalah suatu syok yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak Akibat perdarahan pada kehamilan muda, misalnya abortus, kehamilan ektopik dan penyakit trofoblas (mola hidatidosa); perdarahan antepartum seperti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, dan perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri dan lacerasi jalan lahir.

b. Syok Neurogenik

Yaitu syok yang akan terjadi karena rasa sakit yang berat disebabkan oleh kehamilan ektopik yang terganggu, solusio plasenta, persalinan dengan forceps atau persalinan letak sungsang di mana pembukaan serviks belum lengkap, versi dalam yang kasar, firasat/tindakan crede, ruptura uteri, inversio uteri yang akut, pengosongan uterus yang terlalu cepat (pecah ketuban pada polihidramnion), dan penurunan tekanan tiba-tiba daerah splanknik seperti pengangkatan tiba-tiba tumor ovarium yang sangat besar.

c. Syok Kardiogenik

Yaitu syok yang terjadi karena kontraksi otot jantung yang tidak efektif yang disebabkan oleh infark otot jantung dan kegagalan jantung.

d. Syok Endotoksik/septic

merupakan suatu gangguan menyeluruh pembuluh darah disebabkan oleh lepasnya toksin

e. Syok Anafilatik

Yaitu syok yang sering terjadi akibat alergi /hipersensitif terhadap obat-obatan.

Penanganan Syok Dalam Kebidanan

Prinsip pertama dalam penanganan kedaruratan medic dalam kebidanan atau setiap kedaruratan adalah ABC yang terdiri atas menjaga saluran nafas (airway), pernafasan (Breathing), dan sirkulasi darah (Circulation).

C. Menyiapkan dan mengobservasi klien yang sedang menjalani augmentasi atau induksi persalinan

1. Definisi

Induksi persalinan adalah intervensi obstetri yang lazim dilakukan, terutama bila risiko lebih besar untuk ibu dan janin bila kehamilan dilanjutkan. Induksi persalinan dapat dilakukan atas indikasi medis atau indikasi obstetrik (seperti hipertensi, gangguan toleransi glukosa, masa kehamilan memanjang, keterbatasan perkembangan intrauterine), atau untuk kenyamanan ibu dan ahli obstetri. Literatur awal menyebutkan bahwa sejak tahun 1500an telah dilakukan induksi persalinan, dengan campuran buah beri juniper, kayu manis, dan minyak castor yang digunakan untuk mempercepat kelahiran. Dalam abah ke-18, konsep induksi persalinan digunakan untuk mempercepat kelahiran pada wanita dengan pelvis yang sempit, ditemani oleh bidan yang berpengalaman menggunakan ergot sebagai agen induksi. Ergot adalah agen fungal yang pada prinsipnya menyerang gandum dan padi-padian, namun bila dikonsumsi akan menyebabkan gangguan gastrointestinal. Hampir satu abad kemudian, Henry Dale meneliti sediaan dari jaringan pituitary sapi dapat menginisiasi kontraksi uterus pada kucing hamil,. Davis dan kawan-kawan mengekstraksi komponen aktif dari alkaloid ergot, memperlihatkan efek uterotoniknya (1935), diikuti oleh Du Vigneaud mengidentifikasi oksitosin dan vasopressin dari ekstrak pituitari, yang mengarahkan pada purifikasi sediaan sintesis Syntocinon pada tahun 1953. Pengembangan syntocinon menyediakan pilihan titrasi secara intravena untuk menghasilkan metode yang lebih efektif dan prediktif pada induksi persalinan. Pengertian induksi dan augmentasi persalinan sering disalah artikan dikarenakan kesamaan metodologinya. Induksi menyangkut memajukan waktu persalinan, seperti pada seksio sesaria elektif. Augmentasi persalinan adalah dimana proses persalinan, yang telah dimulai secara spontan, diakselerasi dengan pemberian agen oksitosin atau amniotomi. Hal ini lebih menyerupai keadaan sesaria emergensi dalam pengertian intervensi obstetrik.

Inti perbedaan antara induksi dan augmentasi terletak pada tujuan ahli obstetri dan penentuan waktu mula persalinan. Namun, tetap terdapat daerah abu-abu dimana penentuan waktu mula persalinan meragukan. Hal ini utamanya pada fase laten persalinan, persalinan palsu; fase laten terlambat dan induksi yg gagal. Pendekatan ahli obstetri lebih pada penentuan mkkapan seorang wanita (untuk induksi) butuh persalinan dalam waktu kedepan dan penggunaan ovytocin atau amniotomi dapat diklasifikasikan sebagai augmentasi. Dari filosofi ini, tindakan amniotomi dan pemberian oxytocin setelah pematangan serviks oleh prostaglandin

dianggap sebagai proses induksi, kecuali pada keadaan dimana fase aktif persalinan telah dimulai.

2. Induksi persalinan

Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan belum terdapat tanda – tanda persalinan/belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 28 minggu). Dengan induksi persalinan bayi sudah dapat hidup di luar kandungan, sebagai upaya untuk menyelamatkan janin dari pengaruh buruk apabila janin masih dalam kandungan. Induksi persalinan adalah pemberian inisiasi artifisial untuk kontraksi uterus lebih awal dari onset spontannya, yang mengarah pada dilatasi progresif dan penipisan serviks dan lahirnya bayi. Istilah ini hanya dapat digunakan pada usia kehamilan dimana memenuhi usia viabilitas bayi (24 minggu di UK). Rekomendasi medis untuk induksi persalinan hanya diberikan apabila resiko yang berhubungan dengan kehamilan ibu lebih rendah bila dilakukan induksi dibanding bila kehamilan dilanjutkan atau melalui seksio sesaria.

3. Indikasi

Indikasi induksi persalinan dapat ditinjau dari :

a) Indikasi dari ibu :

- 1) Berdasarkan penyakit yang diderita
 - (1) Penyakit ginjal
 - (2) Penyakit jantung
 - (3) Penyakit hipertensi
 - (4) Diabetes mellitus
 - (5) Keganasan mamma dan portio
- 2) Komplikasi kehamilan
 - (1) Pre-eklampsia
 - (2) Eklampsia
- 3) Berdasarkan kondisi fisik
 - (1) Kesempitan panggul
 - (2) Kelainan bentuk panggul
 - (3) Kelainan bentuk tulang belakang.

b) Indikasi dari janin

- 1) Kehamilan lewat waktu
- 2) Plasenta previa
- 3) Solusio plasenta
- 4) Kematian intrauteri
- 5) Kematian berulang dalam rahim

6) Kelainan kongenital

7) Ketuban pecah dini

Dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi obstetrik, kesempatan bagi induksi persalinan per vaginam semakin sempit, karena sebagian dilakukan langsung dengan seksio sesarea. Induksi persalinan pervaginam merupakan `antara` menuju ke tindakan seksio sesarea. Itulah sebabnya bahwa setiap induksi persalinan dilakukan, sebaiknya disertai pertimbangan bahwa kegagalan persalinan per vaginam akan dilanjutkan dengan tindakan seksio sesarea yang harus dilakukan di Rumah Sakit yang dilengkapi dengan fasilitas operasi.

4. Kontraindikasi induksi persalinan per vaginam

Maksud kontra indikasi pada induksi persalinan per vaginam yaitu, apabila tindakan induksi yang akan dilakukan lebih merugikan dibandingkan tindakan seksio langsung. Kontra indikasi tersebut adalah:

- a) Terdapat distosia persalinan :
 - (1) Panggul sempit atau disproporsi sefaopelvik
 - (2) Kelainan posisi kepala janin
 - (3) Terdapat kelainan letak janin dalam rahim
 - (4) Kesempitan panggul absolut ($CD < 5,5$ cm)
 - (5) Perkiraan bahwa berat janin > 4000 gr.
- b) Terdapat kedudukan ganda :
 - (1) Tangan bersama kepala
 - (2) Kaki bersama kepala
 - (3) Tali pusat menumbung terkemuka
- c) Terdapat `overdistensi` rahim :
 - (1) Kehamilan ganda
 - (2) Kehamilan dengan hidramnion
- d) Terdapat anamnesa :

perdarahan antepartum
- e) Terdapat bekas operasi pada otot rahim :
 - (1) Bekas seksio sesarea
 - (2) Bekas operasi mioma uteri
- f) Pada grandemultipara atau kehamilan & gt; 5 kali
- g) Terdapat tanda-tanda atau gejala intrauterine fetal distress.

5. Syarat Induksi Persalinan

- a) Janin mendekati aterm
- b) Tidak terdapat kesempitan panggul atau disproporsi sefalopelvik
- c) Memungkinkan untuk lahir pervaginam

d) Janin dalam presentasi belakang kepala

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Induksi Persalinan

Keberhasilan induksi persalinan per vaginam ditentukan oleh beberapa faktor :

- a. Kedudukan bagian terendah
Semakin rendah kedudukan bagian terendah janin, kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar, oleh karena dapat menekan pleksus Franken-haoser.
- b. Penempatan (presentasi)
Pada letak kepala, lebih berhasil dibandingkan dengan kedudukan bokong. Kepala lebih membantu pembukaan dibandingkan dengan bokong.
- c. Kondisi serviks
Serviks yang kaku, menjurus kebelakang sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus atau ke depan lebih berhasil dalam induksi.
- d. Paritas
Dibandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pembukaan.
- e. Umur penderita dan umur anak terkecil
Ibu dengan umur yang relatif tua (diatas 30-35 tahun) dan umur anak terakhir yang lebih dari lima tahun kurang berhasil. Kekakuan serviks menghalangi pembukaan, sehingga lebih banyak dikerjakan tindakan operasi.
- f. Umur kehamilan
Pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan per vaginam akan semakin berhasil.

D. Pertolongan persalinan abnormal pada:

1. Letak Sungsang

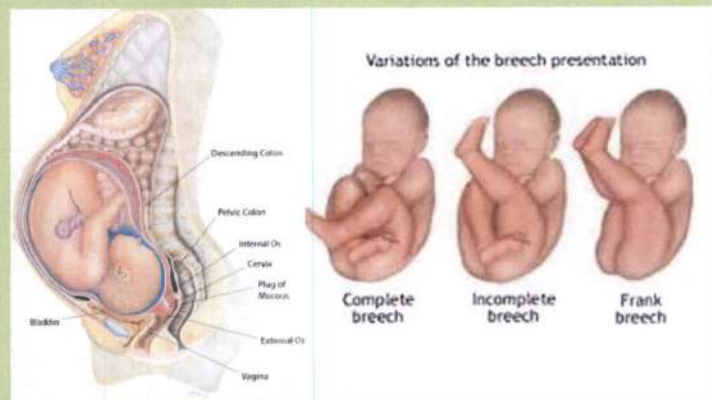
Letak sungsang adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25-30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu. Penyebab terjadinya presentasi bokong tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa faktor risiko selain prematuritas, yaitu abnormalitas struktural uterus, polihidramnion, plasenta

previa, multiparitas, mioma uteri, kehamilan multipel, anomali janin (anensefali, hidrosefalus), dan riwayat presentasi bokong sebelumnya.

a. Bentuk-Bentuk Letak Sungsang

Bentuk-Bentuk Letak Sungsang Berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan bentuk letak sungsang sebagai berikut :

- 1) Letak Bokong Murni
 - a) Teraba bokong
 - b) Kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi
 - c) Kedua kaki bertindak sebagai spalk
- 2) Letak Bokong Kaki Sempurna
 - a) Teraba bokong
 - b) Kedua kaki berada di samping bokong
- 3) Letak Bokong Tak Sempurna
 - a) Teraba bokong
 - b) Disamping bokong teraba satu kaki
- 4) Letak Kaki
 - a) Bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut
 - b) Dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah ; letak bila lutut terendah



b. Prinsip Dasar Persalinan Sungsang

1) Persalinan pervaginam

- a) Persalinan spontan; janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini disebut Bracht

- b) Manual aid (*partial breech extraction*); janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong.
- c) Ekstraksi sungsang (*total breech extraction*); janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.

2) Persalinan perabdominan (*sectio caesaria*).

2. Ketuban pecah dini tanpa infeksi

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD Preterm adalah KPD yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban merupakan hal yang penting dalam kehamilan karena ketuban memiliki fungsi seperti:

- a. Untuk proteksi janin.
- b. Untuk mencegah perlengketan janin dengan amnion.
- c. Agar janin dapat bergerak dengan bebas.
- d. Regulasi terhadap panas dan perubahan suhu.
- e. Meratakan tekanan intra-uterin dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah.

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra-uterin. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

3. Persalinan preterm

Persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan 20-37 minggu dihitung dari pertama haid terakhir (ACOD 1995). Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa bayi prematur adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau kurang. Persalinan preterm merupakan hal yang berbahaya karena potensial meningkatkan kematian perinatal sebesar 65%-75%, umumnya berkaitan dengan berat lahir rendah. Berat lahir rendah dapat disebabkan oleh kelahiran preterm dan pertumbuhan janin yang terhambat.

Keduanya sebaiknya harus dicegah karena dampaknya yang negatif; tidak hanya kematian perinatal tetapi juga morbiditas, potensi generasi akan datang, kelainan mental dan beban ekonomi bagi keluarga dan bangsa secara keseluruhan. Pada kebanyakan kasus, penyebab pasti persalinan preterm tidak diketahui.

Berbagai sebab dan faktor demografik diduga sebagai penyebab persalinan preterm, seperti: solusi plasenta, kehamilan ganda, kelainan

uterus, polihidramnion, kelainan kongenital janin, ketuban pecah dini dan lain-lain. Penyebab persalinan preterm bukan tunggal tetapi multikompleks, antara lain karena infeksi. Infeksi pada kehamilan akan menyebabkan suatu respon imunologik spesifik melalui aktivasi sel limfosit B dan T dengan hasil akhir zat-zat yang menginisiasi kontraksi uterus. Terdapat makin banyak bukti yang menunjukkan bahwa mungkin sepertiga kasus persalinan preterm berkaitan dengan infeksi membran korioamnion.

Himpunan Kedokteran fetomaternal POGI di Semarang tahun 2005 menetapkan bahwa persalinan preterm adalah persalinan yg terjadi pada usia kehamilan 22-37 minggu.

4. Persalinan posterm

Kehamilan yang berlangsung melebihi 42 minggu, antara lain kehamilan memanjang, kehamilan lewat setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (postdate) digunakan karena tidak menyatakan bulan, suatu kondisi antepartum, harus dibedakan dengan sindrom pasca maturitas, yang merupakan kondisi neonatal yang didiagnosis setelah pemeriksaan bayi baru lahir.

Definisi standar untuk kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin. (Varney Helen,2007)

Kehamilan post matur menurut Prawirohardjo adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap di hitung dari HPHT. Sedangkan menurut Manuaba kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melebihi waktu 42 minggu belum terjadi persalinan.

Keakuratan dalam memperkirakan usia kehamilan meningkat pesat sejak adanya USG yang mungkin banyak digunakan. Kisaran optimum variasi lama gestasi pada manusia belum diketahui hingga kini, Dan penetapan dua minggu melewati taksiran persalinan (TP) masih berubah-ubah. Meskipun insidensi kehamilan lewat bulan relatif rendah, beberapa studi menunjukkan bahwa sebagian besar induksi yang dijadwalkan dengan indikasi kehamilan lewat bulan faktanya kurang dari 42 minggu berdasarkan hitungan dengan USG. Akibatnya induksi yang menjadi bersifat relatif.

E. Melakukan persiapan untuk kolaborasi dan tindakan operatif kebidanan

1. Tindakan operatif kebidanan

a. Pengertian

Suatu keputusan yang diambil untuk menyelamatkan ibu dan janin dengan melakukan kolaborasi dan persiapan tindakan operatif kebidanan.

b. Tujuan:

- 1) Mengenal pasien, mengetahui masalah saat ini, mengetahui riwayat penyakit dahulu serta keadaan/masalah yang mungkin menyertai pada saat ini.
 - 2) Adanya hubungan kerja sama dalam tim pelayanan kebidanan.
 - 3) Menyusun rencana penatalaksanaan sebelum, selama dan sesudah anastesi/operasi
 - 4) Informed consent
- c. Prinsip:
- 1) Tiap tindakan pembedahan harus didasarkan atas indikasi yang tepat
 - 2) Perlu dipilih tindakan yang paling aman bagi ibu dan janin, mengingat kondisi mereka dan lingkungannya
 - 3) Tindakan harus diselenggarakan sedemikian rupa sehingga dapat mungkin tidak timbul komplikasi pada ibu dan bayi.
- d. Syarat yang perlu diperhatikan dalam tindakan operatif:
- 1) Persiapan preoperatif yang baik
 - 2) Asepsis dan antisepsis yang baik
 - 3) Anastesi/analgesia yang baik
 - 4) Tindakan/prosedur yang baik
 - 5) Evaluasi/penatalaksanaan postoperatif yang baik

2. Indikasi Ibu dan Janin pada Tindakan Operatif Kebidanan

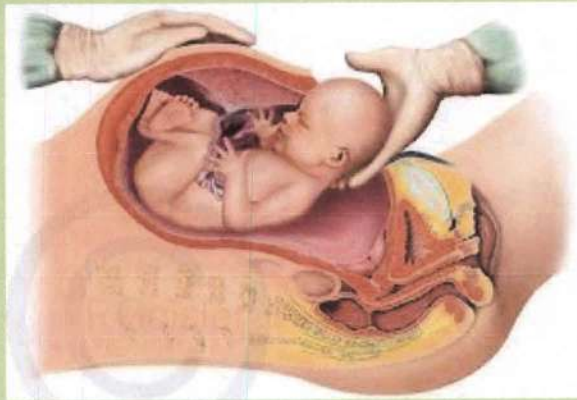
a. Vakum Ekstraksi



- 1) Indikasi Ibu
 - a) Kelelahan ibu
 - b) Partus tidak maju
 - c) Toksemia gravidarum
 - d) Ruptura uteri imminens
 - e) Ibu yang tidak boleh lama mendedan seperti; ibu yang menderita vatum kordis, anemia, TBC, asma bronkhial, dll.
- 2) Indikasi Janin

- a) Gawat janin; Djj menjadi cepat (takikardi), Djj menjadi lambat (bradikardi), adanya mekonium.

b. Sectio Cesarea



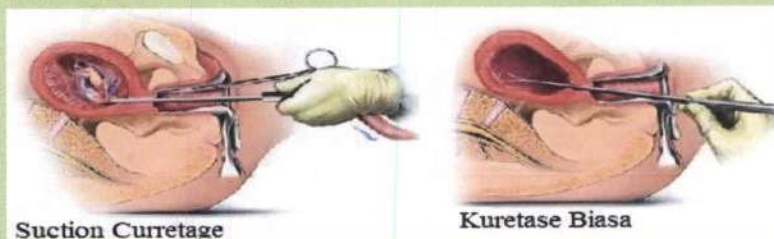
1) Indikasi Ibu

- a) Plasenta previa sentralis dan lateralis
- b) Panggul sempit
- c) Disproporsi sefalo-pelvik
- d) Ruptura uteri mengancam
- e) Partus lama
- f) Partus tak maju
- g) Distosia serviks
- h) Pre-eklamsi dan hipertensi.

3) Indikasi Janin

- a) Kelainan letak; Letak lintang, letak bokong, presentasi muka dan dahi, presentasi rangkap.
- b) Gemelli

3. Kuretase



1) Indikasi Ibu

- a) Abortus Inkomplitus

- b) Menometroragia
- c) Mola Hidatidosa
- 2) Indikasi Janin
 - a) Dead Conceptus
 - b) Blighted Ovum

F. Mempersiapkan dan kolaborasi pada penjahitan ruptur perineum tingkat III dan IV

1. Insiden

Sebanyak 85% dari perempuan yang melahirkan pervaginam akan mengalami trauma pada perineum(1) dan 3-12% akan mengenai otot sfingter ani. Robekan pada otot sfingter ani akan menyebabkan gangguan pada otot2 dasar panggul di kemudian hari.

2. Faktor risiko perlukaan jalan lahir :

- a. Kepala janin terlalu cepat lahir
- b. Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- c. Perineum kaku / banyak jaringan parut
- d. Persalinan distosia bahu
- e. Partus pervaginam dengan tindakan

3. Anatomi Perineum

Perineum yang kita kenal sehari-hari adalah badan perineum yaitu daerah diantara vagina dan anus yang terbentuk dari gabungan otot-otot membrana perineal yaitu otot bulbo kavernosus, otot tranversus perinealis superfisialis dan profundus, disertai otot pubo rektalis yang merupakan bagian dari otot levator ani dan otot sfingter ani eksterna. Daerah ini mendapat suplai darah dari cabang-cabang arteri pudenda interna dan mendapatkan persarafan sensoris dan motoris dari nervus pudendus.

Pada wanita normal panjang badan perineum ini sekitar 3-5 cm, dan akan berkurang pada kondisi prolaps organ pelvik yang lanjut atau pada keadaan terjadinya robekan perineum pasca persalinan yang tidak dikelola dengan baik.

Pada kondisi terjadinya trauma perineum yang besar yang menyebabkan robeknya atau disrupsi otot-otot yang membentuk perineum terutama levator ani dan sfingter ani maka akan terjadi gangguan defekasi berupa inkontinensia fekal yang derajat beratnya bervariasi. Selain itu dapat pula terjadi gangguan seksual, keputihan dan infeksi saluran kemih yang berulang.

4. Diagnosis

Pada setiap persalinan terutama persalinan yang berisiko terjadi robekan perineum yang berat seperti persalinan dengan bantuan alat (ekstraksi vacuum dan forceps), oksiput posterior, distosia bahu, bayi besar, dan episiotomi mediana, kita harus waspada akan terjadinya robekan perineum derajat III-IV.

Oleh karena itu pasca persalinan harus dinilai benar robekan perineum yang terjadi. Tindakan colok dubur dan pemaparan yang baik sangat membantu untuk mendiagnosis derajat robekan perineum yang terjadi. Sultan dan kawan-kawan melaporkan terjadinya defek pada sfingter ani eksterna maupun interna berkisar 15-44% pada evaluasi USG endoanal pasien-pasien pasca perbaikan ruptur perineum derajat III dan IV. Salah satu kemungkinan penyebabnya adalah diagnosis substandar dalam penentuan derajat robekan sebelum perbaikan.

5. Klasifikasi Derajat Robekan Perineum

Derajat robekan perineum akut pasca persalinan menurut Sultan dibagi menjadi 4 derajat, yaitu :

- a. Derajat I: Robekan hanya mengenai mukosa vagina dan kulit perineum
- b. Derajat II: Robekan yang lebih dalam mencapai otot-otot perineum tetapi tidak melibatkan otot-otot sfingter ani.
- c. Derajat III: Robekan sudah melibatkan otot sfingter ani ,dibagi menjadi 3 sub grup, yaitu :
 - III a : robekan mengenai < 50% ketebalan otot sfingter ani eksterna
 - III b : robekan mengenai > 50% ketebalan otot sfingter ani eksterna
 - III c : robekan sampai mengenai otot sfingterani interna
- d. Derajat IV: Robekan sampai ke mukosa anus button hole tear (Sfingter intak namun mukosa anus terkena)

6. Prinsip Repair Perineum (Junizaf)

- a. Jahit secepat mungkin untuk mengurangi risiko perdarahan dan infeksi
- b. Periksa peralatan dan hitung kassa sebelum dan sesudah tindakan
- c. Beri penerangan/lampu yang baik untuk identifikasi dan melihat jaringan yang terlibat
- d. Tanyakan pada orang yang lebih berpengalaman bila ragu dalam menentukan struktur jaringan yang terlibat
- e. Trauma yang sulit lebih baik dilakukan oleh operator yang lebih berpengalaman dalam anestesi umum maupun regional di kamar operasi , dan pasang kateter urin 24 jam pasca tindakan
- f. Lakukan penjahitan sesuai anatomi awal untuk mendapatkan hasil kosmetik yang baik
- g. Lakukan pemeriksaan rektal touche setelah penjahitan selesai untuk memastikan tidak ada materi benang yang tidak sengaja masuk pada mukosa rektum
- h. Setelah selesai melakukan repair, informasikan pada pasien mengenai luka dan

perluasannya, diskusikan tentang penghilang nyeri, diet, hygiene dan pentingnya latihan untuk mendukung pelvis

7. Perawatan Pasca Penjahitan Derajat Tinggi (Junizaf)

- a. Pasang Foley Catheter menetap minimal 1 x 24 jam karena nyeri perineum dan periuretra yang bengkak dapat menimbulkan retensio urine
- b. Pemberian Analgetik adekuat (nonsteroid anti inflamatory à ibuprofen)
- c. Kompres es dapat digunakan untuk mengurangi edema dan nyeri postpartum

8. Perawatan Pasca Penjahitan :

- a. Pemberian antibiotik spektrum luas (Cefuroxim 1,5gr) dan metronidazol à evidence level IV
 - 1) Antibiotik untuk cegah infeksi yang resiko tinggi inkontinensia fekal dan fistula rektovaginal
 - 2) Metronidazol untuk melindungi kontaminasi kuman anaerob dari anus
- b. Pemberian Laksatif atau Pencahar selama 10-14 hari à evidence level IV
Gunanya untuk mencegah terjadinya konstipasi sehingga terlepasnya jahitan
- c. Program rehabilitasi otot dasar panggul dilakukan setelah 3 hari pasca penjahitan (individual sesuai rekomendasi fisioterapis)
- d. Rujuk ke ahlinya (bedah digestif/uroginekologis) untuk evaluasi setelah 3 bulan pasca melahirkan (apakah perlu pengobatan lanjutan/perbaiki sfingter)
- e. Penjelasan pada pasien dan tidak dipulangkan sebelum aktivitas BAB kembali normal
- f. Penjelasan detail tentang trauma dan bila ada masalah seperti infeksi atau kontrol BAB yang sulit segera kontrol
- g. Penjelasan pada pasien dan tidak dipulangkan sebelum aktivitas BAB kembali normal
- h. Penjelasan detail tentang trauma dan bila ada masalah seperti infeksi atau kontrol BAB yang sulit segera kontrol
- i. Setelah 12 minggu perlu dinilai integritas sfingter ani dengan alat ultrasound endoanal dan manometri anal



RANGKUMAN

1. Kelainan presentasi dan posisi meliputi
 - a. Presentasi Puncak dan presentasi kepala Pada presentasi puncak kepala lingkaran kepala yang melalui jalan lahir adalah sirkumfrensia fronto oksipital dengan titik perputaran yang berada di bawah simfisis adalah glabella.
 - b. Presentasi Dahi
Posisi kepala antara defleksi dan fleksi sehingga dahinya menjadi bagian terendah.
 - c. Presentasi Muka
Yang teraba muka, mulut, hidung, dan pipi.
 - d. Presentasi POPP
Presentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui PAP dengan sutura sagitalis melintang/miring, sehingga ubun-ubun kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang/kanan belakang.
2. Distosia Power adalah kelainan pada tenaga atau his.
3. Distosia passenger/janin ini sangat tergantung pada besar janin dan posisinya, Distosia Passage adalah distosia kelainan jalan lahir.
4. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri.
5. Retensio plasenta (placental retention) merupakan plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir.
6. Emboli air ketuban adalah masuknya cairan ketuban beserta komponennya ke dalam sirkulasi darah ibu. Kejadian ditandai dengan kolaps, sianosis, dan sesak nafas berat.
7. Inversio uteri adalah bagian atas uterus memasuki cavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam cavum uteri.
8. Pendarahan pasca persalinan (post partum) primer adalah pendarahan pervaginam 500 ml atau lebih sesudah anak lahir. Pendarahan pasca persalinan dapat disebabkan oleh atonia uteri, sisa plasenta, retensio plasenta, inversio uteri dan lacerasi jalan lahir.
9. Syok obstetri adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan dan tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.
10. Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan belum terdapat tanda – tanda persalinan/belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 28 minggu). Dengan induksi persalinan bayi sudah dapat hidup di luar kandungan, sebagai upaya untuk menyelamatkan janin dari pengaruh buruk apabila janin masih dalam kandungan. Induksi persalinan adalah pemberian inisiasi artifisial untuk kontraksi uterus lebih awal dari onset spontannya, yang mengarah pada dilatasi progresif dan penipisan serviks dan lahirnya bayi. Istilah ini hanya dapat

digunakan pada usia kehamilan dimana memenuhi usia viabilitas bayi (24 minggu di UK). Rekomendasi medis untuk induksi persalinan hanya diberikan apabila resiko yang berhubungan dengan kehamilan ibu lebih rendah bila dilakukan induksi dibanding bila kehamilan dilanjutkan atau melalui seksio sesaria.



TES FORMATIF

1. Presentasi Sinuput Terjadi Bila Derajat Deflexinya Ringan, Sehingga Ubun-Ubun Besar Merupakan Bagian Terendah Disebut Dengan Presentasi....
 - a. Dahi
 - b. Daggu
 - c. Pipi
 - d. Puncak Kepala
2. Pada Saat Persalinan Dengan Presentasi Muka Dan Pembukaannya Lengkap Maka Yang Harus Dilakukan Adalah
 - a. Lahirkan Dengan Persalinan Spontan
 - b. Di Oksitosin Drip
 - c. Bila Pembukaan Lengkap Tidak Didapatkan Tanda Osbtuksi, Lakukan Oksitosin Drip. Lakukan Evaluasi Persalinan Sama Dnegan Persalinan Verteks
 - d. Sc
3. Yang Termasuk Dalam Distosia Passanger Adalah...
 - a. Hidrosifalus
 - b. Kista Vagina
 - c. Kista Kelenjar Bartolini
 - d. Kelainan Panggul/Bagian Keras
4. Plasenta Tidak Ditemukan Di Dalam Kanalis Servikalis Tetapi Secara Parsial Atau Lengkap Menempel Di Dalam Uterus Disebut Dengan...
 - a. Inversio Uteri
 - b. Sulosio Plasenta
 - c. Retensio Plasenta
 - d. Plasenta Previa
5. Syok Terjadi Akibat Alergi /Hipersensitif Terhadap Obat-Obatan Disebut...
 - a. Syok Anafilatik
 - b. Syok Endotoksik
 - c. Syok Septic
 - d. Syok Neurogenik
6. Persalinan Yang Berlangsung Pada Umur Kehamilan 20-37 Minggu Dihitung Dari Pertama Haid Terakhir Adalah ...
 - a. Persalian Preterm
 - b. Persalinan Posterm
 - c. Prematur
 - d. Cukup Bulan

7. Kehamilan Yang Berlangsung Melebihi 42 Minggu, Antara Lain Kehamilan Memanjang, Kehamilan Lewat Setelah Ovulasi Adalah ...
 - a. Persalihan Preterm
 - b. Persalinan Posterm
 - c. Prematur
 - d. Cukup Bulan
8. KPD Preterm Adalah KPD Yang Terjadi Sebelum Usia Kehamilan ...
 - a. 37 Minggu
 - b. 36 Minggu
 - c. 35 Minggu
 - d. 34 Minggu
9. Syarat Induksi Persalinan ...
 - a. Janin Mendekati Aterm
 - b. Tidak Terdapat Kesempitan Panggul Atau Disproporsi Sefalopelvik
 - c. Memungkinkan Untuk Lahir Pervaginam
 - d. Benar Semua
10. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Induksi Persalinan ...
 - a. Kondisi Serviks
 - b. Tidak Terdapat Kesempitan Panggul Atau Disproporsi Sefalopelvik
 - c. Janin Mendekati Aterm
 - d. Persalihan Preterm

GLOSARIUM

A.
B.
C.

Obstruksi : Penyempitan

Vertex : Presentasi kepala

Syok anafilatik : Reaksi alergi berat

Syok endotoksik:Gangguan menyeluruh pembuluh darah karena lepasnya toksin

Fleksi : Gerak menekuk atau membengkokkan. Ekstensi adalah gerakan untuk meluruskan.

Defleksi : Perubahan bentuk pada balok dalam arah y akibat adanya pembebanan vertical yang diberikan pada balok atau batang.

Perineum : Daerah tubuh antara anus dan vulva pada wanita

Mortalitas : Ukuran jumlah kematian (umumnya, atau karena akibat yang spesifik) pada suatu populasi, skala besar suatu populasi, perdikali satuan.

Ansefalus : Suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk

Hidrosefalus : Penyakit yang menyerang organ otak.

Simpisis : Sendi tulang rawan garis tengah menyatukan rami superior kiri dan tulang kemaluan

Kraniotomi:Operasi membuka tulang tengkorak untuk mengangkat tumor, mengeluarkan bekuan darah atau menghentikan perdarahan.

Edema : akumulasi abnormal cairan di dalam ruang interstitial (celah di antara sel) atau jaringan tubuh yang menimbulkan pembengkakan. Pada kondisi yang normal secara umum cairan tubuh yang terdapat diluar sel akan disimpan di dalam dua ruangan yaitu pembuluh darah dan ruang – ruang interstitial.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdul,Bari saifudin,dkk.2006. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta : yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT.BPSP
- Wiknjosastro H. Patologi Persalinan dan Penanganannya. Ilmu Kebidanan,edisi ke-3. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2005.

Bab 4

KOMPLIKASI NIFAS DAN PENATALAKSANAANNYA



🕒 100 Menit



TUJUAN

Tujuan umum :

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan akan dapat menjelaskan bagaimana komplikasi nifas dan penatalaksanaannya

Tujuan khusus :

Diharapkan setelah mempelajari modul ini mahasiswa memahami komplikasi nifas dan penatalaksanaannya :

- A. Gangguan kenyamanan
- B. Infeksi Puerperalis
- C. Gangguan pada payudara
- D. Gangguan jalan lahir
- E. Gangguan traktus urinaria
- F. Kelainan pada uterus
- G. Perdarahan Nifas sekunder
- H. Erosi post partum



URAIAN MATERI

A. Gangguan Kenyamanan

1. Pengertian

Ketidaknyamanan merupakan suatu perasaan yang kurang ataupun yang tidak menyenangkan bagi kondisi fisik ataupun mental pada ibu nifas. (Hidayat, 2008). Gangguan kenyamanan berarti keadaan ketika klien mengalami sensasi tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Lynda, 2006).

2. Gangguan Kenyamanan dan Penatalaksanaannya

Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas. Meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna. Berikut ini adalah beberapa gangguan ketidaknyamanan tersebut :

a. Nyeri Pada Perut/Kram (Afterpains)

After pains adalah rasa nyeri akibat proses pengembalian uterus pada ibu nifas yang disertai dengan kontraksi dari uterus, sehingga menimbulkan rasa nyeri/ kram pada daerah perut. Hal ini disebabkan kontraksi dan relaksasi yang terus menerus pada uterus. Penatalaksanaan kram pada perut ibu nifas :

- 1) Buang air kecil lebih sering, terutama sebelum menyusui, agar meminimalkan kontraksi.
- 2) Beberapa ibu terasa nyaman saat berbaring telungkup dan mengganjal bantal pada perut di bagian bawah perut.
- 3) Pijat dengan pelan di perut bagian bawah.
- 4) Apabila nyeri terasa semakin bertambah, segera konsultasikan dengan bidan atau dokter.

b. Nyeri Payudara

Nyeri payudara adalah sensasi nyeri pada bagian payudara yang mana hal ini dikarenakan payudara telah memulai fungsi memproduksi air susu bagi bayi.

Penatalaksanaan nyeri payudara pada ibu nifas :

- 1) Kompres hangat untuk mengurangi rasa sakit.
- 2) Ibu harus rileks.
- 3) Pijat leher dan punggung belakang (sejajar daerah payudara).
- 4) Pijat ringan pada payudara yang bengkak (pijat pelan-pelan kearah tengah).
- 5) Stimulasi payudara dan puting.

- 6) Kompres dingin pasca menyusui, untuk mengurangi oedema.
- 7) Pakailah BH yang sesuai.
- 8) Bila terlalu sakit dapat diberikan obat analgetik

c. Nyeri Perineum dan Bengkak Pada Vagina

Nyeri perineum merupakan sensasi nyeri pada sekitar jalan lahir baik karena bekas luka jahitan maupun keluhan bengkak atau lecet pada vagina. Dapat juga disebabkan karena luka episiotomi, dan laserasi. Salah satu penyebab ini dapat membuat daerah ini terasa sakit dan terlihat bengkak dan memar. Adapun penatalaksanaan dalam perawatan perineum dalam 10 hari :

- 1) Ganti pembalut yang bersih setiap 4-6 jam. Letakkan dengan baik sehingga tidak bergeser.
- 2) Lepaskan pembalut dari muka ke belakang untuk menghindari penyebaran bakteri dari anus ke vagina.
- 3) Alirkan atau bilas dengan air hangat atau cairan antiseptik area perineum setelah buang air kecil atau besar. Keringkan dengan kain pembalut atau handuk dari arah muka ke belakang.
- 4) Jangan dipegang sampai area tersebut pulih.
- 5) Rasa gatal pada area sekitar jahitan normal dan merupakan tanda penyembuhan. Namun, untuk meredakan rasa nyeri, atasi dengan mandi berendam air hangat atau kompres dingin dengan kain pembalut yang telah didinginkan.
- 6) Berbaring pada sisi tubuh, hindari berdiri atau duduk lama untuk mengurangi tekanan pada daerah tersebut.
- 7) Lakukan latihan kegel sesering mungkin guna merangsang peredaran darah disekitar perineum dengan demikian, akan mempercepat penyembuhan dan memperbaiki otot-otot. Jika anda tidak merasakan apa-apa saat pertama kali berlatih hal itu disebabkan karena area tersebut akan kebal setelah persalinan dan pulih secara bertahap dalam beberapa minggu.

d. Nyeri Hemoroid

Hemoroid disebabkan adanya penekanan uterus terhadap vena didalam anus dan rektum selama kehamilan dan pada saat proses persalinan. Pada ibu yang sudah mengalami hemoroid sebelum kehamilan penekanan tersebut akan memperparah keadaan hemoroid.

Ada beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan seseorang ibu selama masa nifas untuk pengobatan hemoroid adalah :

- 1) Metode terbaik untuk pengobatan hemoroid selama masa nifas adalah untuk tetap teratur meningkatkan cairan dan asupan serat untuk menghindari sembelit.

- 2) Lakukan senam kegel yang dapat mencegah wasir dengan meningkatkan sirkulasi ke daerah rektum.
 - 3) Jangan duduk atau berdiri untuk waktu yang lama pada suatu waktu.
 - 4) Jangan regangkan bagian anus/rektum atau hindari terlalu lama di atas kloset.
 - 5) Apabila mengalami kesulitan untuk BAB maka jangan dipaksakan.
 - 6) Jangan mengusap bagian dubur terlalu keras karena dapat mengiritasi jaringan yang sensitif. Ibu dapat menggunakan tisu toilet untuk bagian belakang sensitif.
 - 7) Cobalah gunakan bantalan es untuk mengurangi rasa nyeri hemoroid pada saat masa nifas, mandi air hangat dapat mengurangi ketidaknyamanan. Jika ibu benar-benar tidak nyaman saat duduk, gunakan bantalan berbentuk donat untuk membuat sedikit kurang menyakitkan.
- e. Masalah berkemih

Pada hari-hari pertama setelah melahirkan, mungkin merasa ingin buang air kecil tetapi tidak ada yang keluar, nyeri dan rasa terbakar setelah buang air kecil. Hal ini biasanya hilang dalam beberapa hari setelah persalinan. Untuk mengurangi pembengkakan atau nyeri, cobalah warm

sitz bath (duduk diatas baskom berisi air hangat). Untuk membantu memicu aliran air seni, semprotkan air hangat pada alat kelamin dengan squeeze bottle (botol pencet). Menyalakan keran saat berada di kamar mandi juga dapat membantu. Pastikan untuk minum banyak cairan. Beberapa wanita mungkin mengalami masalah mengompol setelah melahirkan. Dengan berjalannya waktu, kekuatan otot panggul akan kembali dan masalah akan hilang dengan sendirinya pada kebanyakan kasus. Latihan Kegel juga akan membantu mengencangkan otot-otot

f. Konstipasi

Sebagian besar ibu takut untuk BAB karena nyeri perineum dan juga adanya penekanan waktu persalinan sehingga biasanya ibu akan mengalami kesulitan BAB selama 2-3 hari. Hal ini bisa disebabkan karena motilitas usus berkurang selama paersalinan, obat anastesi, dan mungkin ibu takut karena sakit atau merusak jahitan. Asuhan yang dilakukan yaitu:

- a) Memperbanyak minum, minimal 3 liter atau 12 gelas perhari.
- b) Meningkatkan makanan yang berserat, seperti buah-buahan.
- c) Biasakan BAB segera, saat pertama kali ada dorongan untuk BAB.
- d) Kalau perlu pemberian laksatif untuk melunakkan feces.

B. Infeksi Puerperalis

1. Pengertian

Infeksi puerperalis adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas. (Sarwono Prawirohardjo, 2005 : 689)

2. Etiologi

Bermacam-macam jalan kuman masuk ke dalam alat kandungan seperti eksugen, autogen dan endogen. Penyebab yang terbanyak dan lebih dari 50 % adalah streptococcus dan anaerob yang sebenarnya tidak patogen sebagai penghuni normal jalan lahir. Kuman-kuman yang sering menyebabkan infeksi puerperalis antara lain :

- a) Streptococcus haemolyticus aerobic
- b) Staphylococcus aureus
- c) Escherichia coli
- d) Clostridium welchii

3. Faktor-faktor predisposisi infeksi puerperalis, diantaranya:

- a) Persalinan yang berlangsung lama sampai terjadi persalinan terlantar
- b) Tindakan operasi persalinan
- c) Tertinggalnya plasenta selaput ketuban dan bekuan darah
- d) Ketuban pecah dini atau pada pembukaan masih kecil melebihi enam jam
- e) keadaan yang dapat menurunkan keadaan umum, yaitu perdarahan antpartum dan postpartum, anemia pada saat kehamilan, malnutrisi, kelelahan dan ibu hamil dengan penyakit infeksi seperti pneumonia, penyakit jantung dan sebagainya.

4. Mekanisme terjadinya infeksi puerperalis

Terjadinya infeksi puerperalis adalah sebagai berikut :

- a) Manipulasi penolong, terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam alat yang dipakai kurang suci hama
- b) Infeksi yang didapat dirumah sakit (nosokomial)
- c) Hubungan seks menjelang persalinan
- d) Sudah terdapat infeksi intrapartum : persalinan lama terlancar ketuban pecah lebih dari enam jam terdapat pusat infeksi dalam tubuh

5. Pencegahan yang dapat dilakukan dalam upaya menurunkan infeksi puerperalis sebagai berikut :

- a) Pencegahan pada waktu hamil
 - 1) Meningkatkan keadaan umum penderita
 - 2) Mengurangi faktor predisposisi infeksi kala nifas
 - b) Saat persalinan
 - 1) Perlukan dikurangi sebanyak mungkin
 - 2) Perlukaan yang terjadi perdarahan post partum
 - 3) Mencegah terjadi perdarahan post partum
 - 4) Kurang melakukan pemeriksaan dalam
 - 5) Hindari persalinan yang berlangsung lama
 - c) Kala nifas
 - 1) Lakukan mobilisasi dini sehingga darah lokia keluar dengan lancar
 - 2) Perlukaan dirawat dengan baik
 - 3) Rawat gabung dengan isolasi untuk mengurangi infeksi nosokomial
6. Pengobatan Infeksi Kala Nifas
- a. Sebaliknya segera dilakukan pengambilan (kultur) dari secret vagina, luka operasi dan darah serta uji kepekaan untuk mendapatkan antibiotika yang tepat dalam pengobatan
 - b. Berikan dalam dosis yang cukup dan adekuat
 - c. Karena hasil pemeriksaan memerlukan waktu, maka berikan antibiotik spectrum luas (broad spectrum) menunggu hasil laboratorium
 - d. Pengobatan mempertinggi daya tahan tubuh penderita infus atau tranfusi diberikan perawatan lainnya sesuai dengan komplikasi yang dijumpai
7. Pengobatan Kometarapi
- a. Kemasan sulfonamide
 - b. Kemasan penisilin
 - c. Tetrasiklin, ertiromisin dan kloramfenikal
 - d. Jangan diberikan politerapi antibiotika yang sangat berlebihan
 - e. Tidak ada gunanya memberikan obat-obatan yang mahal kalau evaluasi penyakit dan hasil laboratorium tidak dilakukan

C. Kelainan payudara

1. Mastitis

Mastitis merupakan peradangan pada payudara, yang pada umumnya didahului dengan puting susu lecet, saluran air susu

tersumbat atau pembengkakan payudara, mastitis paling sering disebabkan karena infeksi pada payudara, tanda yang paling sering muncul pada penyakit ini yaitu nyeri, kemerahan, dan adanya luka pada payudara (Prमितasar dan Saryono, 2009).

Penatalaksanaan bila payudara ibu terasa sangat penuh atau terbungung selama minggu pertama, penting bagi ibu untuk memastikan bahwa ASI dikeluarkan dan diatasi dengan melakukan:

- a) Ibu harus dibantu memperbaiki kenytutan pada payudara oleh bayinya, untuk memperbaiki pengeluaran ASI dan untuk mencegah luka pada puting susu.
 - b) Ibu harus didorong untuk menyusui sesering mungkin dan selama bayi menghendaki, tanpa batas.
 - c) Bila isapan bayi tidak cukup mengurangi rasa penuh dan kencang pada payudara, atau bila puting susunya tertarik sampai rata sehingga bayi sulit mengeyut, ibu harus memeras ASI nya.
 - d) Pemerasan dapat dilakukan dengan tangan atau dengan pompa. Bila payudara sangat nyeri, jalan lain untuk memeras ASI adalah dengan menggunakan botol panas.
 - e) Setelah satu atau dua hari, kondisi ini harus sembuh dan kebutuhan bayi cocok satu sama lain (WHO, 2003).
2. Kelainan pada puting

Kelainan puting susu adalah keadaan puting susu tidak normal dimana puting susu yang normal memiliki ciri-ciri khas dengan bentuk yang silendris, menonjol keluar dari permukaan umum payudara ibu. Kelainan puting susu sangat mengganggu aktifitas laktasi.

Pada sebagian besar ibu kelainan puting susu di sebabkan oleh duktus laktiferus yang bermuara langsung pada cekungan daerah areola. Puting susu yang mengalami inverso yang sangat parah harus dilakukan penarikan menggunakan jari-jari tangan, tetapi apabila cara ini tidak berhasil maka harus dilakukan penghisapan menggunakan pompa listrik temporer. Apabila cara ini masih tidak berhasil maka penghisapan harus di hentikan.

3. Galaktokel

Galaktokel merupakan massa berisi susu yang tersumbat apada duktus laktiferus. Galaktokel dapat terjadi pada ibu yang baru/ sedang menyusui. Diagnostik bandingnya adalah kista berisi cairan, fibrioadenoma dan kanker payudara. Penyebabnya air susu

mengental, sehingga menyumbat lumen saluran, hal ini terjadi akibat air susu jarang dikeluarkan, Ibu berhenti menyusui

Penanganan /Pengobatan:

- a. Payudara dikompres dengan air hangat setelah itu bayi disusui
- b. Payudara dipijat(massage), setelah itu bayi disusui.
- c. Bayi disusui lbh sering
- d. Bayi disusui mulai dengan payudara yang salurannya tersumbat

4. Kelainan Sekresi ASI

Bisa karena minumnya kurang banyak atau makannya, atau ibunya kurang confident karena faktor psikologi juga berpengaruh. Makin cemas, makin tak keluar ASI-nya. Itu sebab, dalam memberikan ASI harus di ruangan yang tenang.

Penanganan:

- a. Menyusui dini, susui bayi sesegera mungkin (setelah 30 menit) setelah dilahirkan
- b. Susui bayi tanpa jadwal atau ondemand
- c. Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa, bila produksi melebihi kebutuhan bayi
- d. Perawatan payudara pasca persalinan

D. Gangguan jalan lahir

Robekan jalan lahir adalah robekan yang selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya yang berasal dari perineum, vagina, serviks, dan uterus. (Ilmu kebidanan, penyakit kandungan, & KB untuk pendidikan bidan : 308).

1. Perineum

Perineum adalah bagian terendah badan yaitu sabuah garis yang menyambung kedua tuberositas iskhil, membaginya menjadi daerah depan garis ini yaitusegitiga urogenital dan belakangnya ialah segitiga anal. (anatomi fisiologi , evelyn : 256).

Robekan perineum sering juga mengenai musc. Levatores ani,hingga setiap robekan perineum harus dijahit agara tidak menimbulkan kelemahan dasar panggul atau prolaps. Kadang kadang musc. Levatores ani rusak dan menjadi lemah tanpa terjadinya ruptura perinei,misalnya kalau kepala terlalu lama meregang dasar panggul. Kadang juga terjadi kolpaporrhesis ialah robeknya vagina bagian atas hingga servix terpisah dari vagina.

Tingkat Robekan Perineum:

- a) Tingkat I : Robekan hanya terjadi pada selaput lendir vaginadengan atau tanpa mengenai kulit perineum sedikit.
- b) Tingkat II : Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai selaput lendir vagina dan muskulus perinea trasvesalis tapi tidak mengenai sfingter ani.
- c) Tingkat III : Robekan yang terjadi mengenai seluruh perineum sampai mengenai otot-otot sfingter ani.
- d) Tingkat IV : Robekan meluas keseluruh kulit perineum membran mukosa vagina, senrum tendineum perinei, sfingter ani dan mukosa rektum. (Ilmu Bedah Kebidanan :175).

Penanganan dan Perawatan Pasca Persalinan

Pada robekan derajat I T idak perlu di jahit karena akan kembali dan sembuh dengan sendirinya, pada robekan derajat II, III & IV Perlu di lakukan penjahitan.

- a) Apabila terjadi robekan tingkat IV berikan antibiotik profilaksis dosis tunggal :
 - 1) Ampicilin 500 mg/oral
 - 2) DHN metronidazol 500 mg/oral
- b) Observasi tanda-tanda infeksi
- c) Jangan lakukan pemeriksaan rectal atau enema 2 mgg
- d) Berikan pelembut keses selama 1 mg/ora

2. Vagina

Vagina adalah tabung berotot yang dilapisi membran dari jenis epitelium bergaris yang khusus, di aliri pembuluh darah dan serabut saraf secara berlimpah. Robekan pada clitoris atau sekitarnya dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak.

Jenis Perlukaaan Vagina :

- a. Robekan vulva
- b. Hematoma vulva

Penanganan :

- a. hematoma kecil tidak perlu tindakan operatif cukup dilakukan pengompresan daerah tersebut
- b. jika ada tanda-tanda anemia, syok lakukan pengosongan
- c. jahitan di buka kembali atau lakukan sayatan sepanjang bagian hematoma dan keluarkan jika ada bekuan
- d. jika ada sumber perdarahan, ikat pembuluh darah vena atau arteri yang terputus
- e. rongga diisi dengan kasa steril sampai padat
- f. luka sayatan dijahit secara terputus-putus atau jelujur

- g. pakailah drain
- h. tampon dapat dibiarkan selama 24 jam
- i. pasien diberi koagulasi + antibiotik sebagai profilaksis dan berikan ruborasia

3. Serviks

Cervix adalah leher rahim atau sesuatu yang berhubungan dengan leher. (Kamus Kedokteran :51).

Robekan yang kecil kecil selalu terjadi pada persalinan. Yang harus mendapat perhatian kita ialah robekan yang dalam yang kadang kadang sampai ke fornix ; robekan biasanya terdapat pada pinggir samping servix malahan kadang kadang sampai ke S.B.R dan membuka parametrium.

Robekan yang sedemikian dapat membuka pembuluh pembuluh darah yang besar dan menimbulkan pendarahan yang hebat. Robekan ini kalau tidak dijahit selain menimbulkan perdarahan juga dapat menjadi sebab servisitits, parametritis, dan mungkin juga memperbesar kemungkinan terjadinya karsinoma cervix. Kadang kadang menimbulkan perdarahan nifas yang lambat.

Penanganan Menjahit Robekan Serviks

- a. Pertama-tama pinggir robekan sebelah kiri dan kanan di jepit dengan klem sehingga perdarahan menjadi berkurang atau berhenti
 - b. Kemudian servix di tarik sedikit, sehingga lebih jelaskelihatan dari luar
 - c. Jika pinggir robekan bergerigi, sebaiknya sebelum di jahit pinggir tersebut diratakan dulu dengan jalan menggunting pinggir yang bergerigi tersebut
 - d. Setelah itu robeka dijahit dengan cutgut cromik, jahitan dimulai dari ujung robekan dengan cara jahitan terputus-putus atau jahitan angka delapan
 - e. Pada robekan yang dalam, jahitan harus di lakukan lapis demi lapis. Ini dilanjutkan untuk menghindari terjadinya hematoma dalam rongga di bawah jahitan
- ### 4. Rupture Uteri

Rupture uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampaui daya regang miometrium. (Pely. Kesh maternal neonatal : 169).

Penanganan :

- 1) Mengatasi syok

- 2) Perbaiki KU penderita dengan pemberian infus dan sebagainya
- 3) Kardiotonika, antibiotika dan sebagainya
- 4) Jika sudah mulai membaik lakukan laparatomi dengan tindakan jenis operasi:
 - a) Histerektomi (total dan subtotal).
 - b) Histerorafia (tepi luka di eksidir → dijahit).
 - c) Konservatif (dengan temporade dan antibiotaka yang cukup).

E. Gangguan Tractus Urinarius

Gangguan Tractus Urinarius atau infeksi saluran kemih pada Ibu Nifas adalah gangguan yang terjadi pada masa nifas dimana pada saluran kencing ibu nifas ditemukan adanya bakteri pada urin yang disertai dengan gejala infeksi. Adapula yang mendefinisikan gangguan tractus urinarius ini sebagai gejala infeksi yang disertai adanya mikroorganisme patogenik (patogenik: yang menyebabkan penyakit) pada urin, uretra (uretra: saluran yang menghubungkan kandung kemih dengan dunia luar), kandung kemih atau ginjal. Infeksi bakteri yang terjadi pada saluran kemih mencakup organ-organ saluran kemih yaitu ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra.

Penatalaksanaan Tractus Infeksi :

Terapi antibiotik berdasarkan pada organisme yang dicurigai dan data sensitifitas yang telah diketahui sebelumnya. Infeksi traktus urinarius febril akut biasanya diobati dengan obata-obatan yang memberikan kadar relative tinggi di dalam darah juga di dalam urin atau ampicilin dan gentamicin. Dalam hal ini Hidrasi juga penting.

F. Subinvolusi Uterus

Subinvolusi adalah kegagalan perubahan fisiologis pada sistem reproduksi pada masa nifas yang terjadi pada setiap organ dan saluran yang reproduktif. Subinvolusi adalah kegagalan rahim untuk kembali ke keadaan tidak hamil. Penyebab paling umum adalah infeksi plasenta. (Lowdermilk, perry. 2006).

Penatalaksanaan :

- a. Dapatkan sampel lochea untuk kultur
- b. Pemeriksaan USG dapat dilakukan untuk mengidentifikasi fragmen yang tertahan didalam uterus
- c. Methergin atau ergotrate, 0,2 mg setiap 3-4 jam selama 3 hari dapat diprogramkan. Antibiotik spektrum luas bisa ditambahkan jika uterus nyeri tekan setelah 2 minggu.

- d. Beberapa praktisi merekomendasikan terapi awal dengan antibiotik, dengan pertimbangan ternyata infeksi merupakan faktor yang sering ditemukan pada involusi yang terlambat
- e. Pengobatan alternatif:
 - 1) Akupuntur digunakan dalam terap lochea yang berlebihan
 - 2) Refleksologi: terapi pada hipofisis dan zona uterus dikaki dapat meredakan subinvolusi sehingga tidak perlu ditemukan intervensi medis.

G. Perdarahan nifas sekunder

Perdarahan nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi pada masa nifas yaitu setelah plasenta lahir sampai 6 minggu pascapersalinan.

Perdarahan nifas sekunder dapat disebabkan oleh adanya robekan jalan lahir dan terdapat sisa-sisa plasenta. Robekan jalan lahir bisa karena robekan perineum, hematoma vulva, robekan dinding vagina dan robekan serviks.

Penatalaksanaan Perdarahan Nifas Sekunder :

1. Masukan ibu kerumah sakit sebagai salah satu kasus kedaruratan
2. Percepat kontraksi dengan cara melakukan masase pada uterus jika uterus masih dapat teraba
3. Kaji kondisi maternal dan jika pada daerah terpencil, jika mulailah penatalaksanaan sebelum pemindahan, jika memungkinkan
4. Berikan oksitosin 10 IU IV atau ergometrin 0,5 mg IV. Berikan secara IM jika IV tidak tersedia
5. Ambil darah untuk pemeriksaan hemoglobin, golongan darah, dan pencocokan silang
6. Pasang infus IV. Gunakan normal salin atau natrium laktat terlebih dahulu. Jika ibu mengalami syok, alirkan dengan cepat (1 liter dalam 15 menit) sampai kondisi ibu stabil. (Pemberian perawatan kesehatan mungkin perlu menginfus sampai 3 liter untuk mengatasi syok)
7. Jika terjadi perdarahan yang berlebihan, tambahkan 40 IU oksitosin per liter pada infus IV dan alirkan sebanyak 40 tetes per menit. (pemberi perawatan mungkin perlu memasang slang infus).
8. Pada kasus syok yang parah, gunakan plasma ekspander atau tranfusi darah jika tersedia
9. Mulai berikan antibiotik berspektrum luas dengan dosis tinggi
 - a) Benzilpenisilin 5 juta IU IV kemudian 2 juta IU setiap 6 jam + gentamisin 100mg stat IM, kemudian 80mg setiap 8 jam + metronizadol 400 atau 500 mg secara oral setiap 8 jam

- b) (atau) ampicilin 1 g IV diikuti 500mg secara IM setiap 6 jam + metronizadol 400 atau 500 mg secara oral 8 jam
- c) (atau) benzipenisilin 5 juta IU IV kemudian 2 juta IU setiap 6 jam + gentasimin 100mg stat IM lalu 80mg setiap 8 jam
- d) (atau) benzipenisilin 5 juta IU IV kemudian 2 juta IU setiap 6 jam + klorampenikol*500mg secara IV setiap 6 jam

Keterangan: program pengobatan pertsms memberikan efek paling besar

10. Jika mungkin, persiapkan psien untuk pemeriksaan segera secara pengaruh ekstensi.

H. Erosi serviks post partum

Erosi serviks post partum adalah Erosi serviks karena proses peradangan atau suatu luka yang terjadi pada daerah porsio serviks uteri (mulut rahim) pada saat persalinan atau setelah persalinan karena infeksi bakteri dan virus yang berasal dari tindakan kebidanan yang kurang memperhatikan kebersihan dan sterilitas.

Penatalaksanaan :

1. Memberikan sediaan Polycresulent dengan sediaan 36%, yang biasanya dipakai merk "Albothyl" di daerah erosis pada porsio
2. Melakukan rujukan untuk terapi lanjutan guna penatalaksanaan pemberian obat berupa:
 - a) Linkomisin, diberikan tiap 8 jam untuk infeksi berat yang disebabkan oleh bakteri Streptokokus sp., Pneomokokus sp., Stafilokokus sp. dan infeksi kulit dan jaringan lunak
 - b) Analgesik diberikan tiap 8 jam yang berfungsi untuk menghilangkan rasa nyeri

Pada kasus erosi portio, penatalaksanaan yang biasanya dapat dilakukan bidan adalah hanya penatalaksanaan awal yaitu dengan pemberian obat dan antibiotic, therapy albotyl dan konseling.



RANGKUMAN

Ketidaknyamanan merupakan suatu perasaan yang kurang ataupun yang tidak menyenangkan bagi kondisi fisik ataupun mental pada ibu nifas. (Hidayat, 2008). Gangguan kenyamanan berarti keadaan ketika klien mengalami sensasi tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Lynda, 2006).

Berikut ini adalah beberapa gangguan ketidaknyamanan tersebut :

- A. Nyeri Pada Perut/Kram (Afterpains)
- B. Nyeri Payudara
- C. Nyeri Perineum dan Bengkak Pada Vagina
- D. Nyeri Hemoroid
- E. Masalah berkemih
- F. Konstipasi



TES FORMATIF

Pilihlah satu jawaban dibawah ini yang menurut kamu benar dan tepat

1. Robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampaui daya regang miometrium adalah ...
 - a. Rupture Uteri
 - b. Serviks
 - c. Vagina
 - d. Perineum
2. Ketidaknyamanan pada masa nifas ...
 - a. Nyeri Pada Perut/Kram (Afterpains)
 - b. Nyeri Payudara
 - c. Nyeri Perineum dan Bengkak Pada Vagina
 - d. Benar Semua
3. Peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas ...
 - a. Infeksi puerperalis
 - b. Infeksi vagina
 - c. Infeksi serviks
 - d. Infeksi payudara
4. Kelainan payudara ...
 - a. Mastitis
 - b. Kelainan pada puting
 - c. Galaktokel
 - d. Infeksi puerperalis
5. Bagian terendah badan yaitu sebuah garis yang menyambung kedua tuberositas iskhil, membaginya menjadi daerah depan garis ini yaitusegitiga urogenital dan belakangnya ialah segitiga anal adalah ...
 - a. Perineum
 - b. Vagina
 - c. Serviks
 - d. Rupture Uteri.
6. Gangguan yang terjadi pada masa nifas dimana pada saluran kencing ibu nifas ditemukan adanya bakteri pada urin yang disertai dengan gejala infeksi adalah ...
 - a. Gangguan Tractus Urinarius
 - b. GangguanErosi seviks post partum
 - c. Gangguan Vagina
 - d. Gangguan Serviks

7. Kegagalan perubahan fisiologis pada sistem reproduksi pada masa nifas yang terjadi pada setiap organ dan saluran yang reproduktif ...
 - a. Gangguan Tractus Urinarius
 - b. Subinvolusi Uterus
 - c. Perdarahan nifas sekunder
 - d. Erosi serviks post partum
8. Perdarahan yang terjadi pada masa nifas yaitu setelah plasenta lahir sampai 6 minggu pascapersalinan ...
 - a. Gangguan Tractus Urinarius
 - b. Subinvolusi Uterus
 - c. Perdarahan nifas sekunder
 - d. Erosi serviks post partum
9. Proses peradangan atau suatu luka yang terjadi pada daerah persio serviks uteri (mulut rahim) pada saat persalinan atau setelah persalinan adalah ...
 - a. Gangguan Tractus Urinarius
 - b. Subinvolusi Uterus
 - c. Perdarahan nifas sekunder
 - d. Erosi serviks post partum
10. Infeksi bakteri dan virus yang berasal dari tindakan kebidanan yang kurang memperhatikan kebersihan dan sterilitas ...
 - a. Gangguan Tractus Urinarius
 - b. Subinvolusi Uterus
 - c. Perdarahan nifas sekunder
 - d. Erosi serviks post partum

A.
B.
C.

GLOSARIUM

After pains adalah rasa nyeri akibat proses pengembalian uterus pada ibu nifas yang disertai dengan kontraksi dari uterus, sehingga menimbulkan rasa nyeri/ kram pada daerah perut.

Mastitis merupakan peradangan pada payudara, yang pada umumnya didahului dengan puting susu lecet, saluran air susu tersumbat atau pembengkakan payudara.

Galaktokel merupakan massa berisi susu yang tersumbat pada duktus laktiferus.

Perineum adalah bagian terendah badan yaitu sebuah garis yang menyambung kedua tuberositas iskhil, membaginya menjadi daerah depan garis ini yaitu segitiga urogenital dan belakangnya ialah segitiga anal. (anatomi fisiologi, evelyn : 256).

Cervix adalah leher rahim atau sesuatu yang berhubungan dengan leher. (Kamus Kedokteran :51).

Subinvolusi adalah kegagalan perubahan fisiologis pada sistem reproduksi pada masa nifas yang terjadi pada setiap organ dan saluran yang reproduktif.



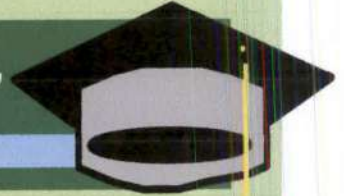
DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, Ida Bagus Gde . 1998 . Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC . ISBN
- Taber, Ben-zion . 1994 . Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri & Ginekologi . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC . ISBN
- Sinsin, Iis . 2008 . Seri Kesehatan Ibu & Anak: Masa Kehamilan dan Persalinan. Jakarta: Penerbit PT Elex Media Komputindo . ISBN

BAB 5

**Kegawatdaruratan Obstetrik Pada Masa Kehamilan,
Persalinan Dan Nifas**

⌚ 100 Menit



TUJUAN

Tujuan Umum :

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan menambah wawasan mengenai Kegawatdaruratan obstetrik pada masa kehamilan, persalinan dan nifas.

Tujuan Khusus :

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan menambah wawasan mengenai Kegawatdaruratan obstetrik pada masa kehamilan, persalinan dan nifas meliputi :

- A. Prinsip dasar
- B. Penilaian awal
- C. Penilaian Klinik Lengkap
- D. Prinsip umum
- E. Diagnosis
- F. Kasus



URAIAN MATERI

A. Prinsip Dasar

Kasus kegawatdarurat obstetri ialah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri empat penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir ialah (1) perdarahan; (2) infeksi dan sepsis; (3) hipertensi dan preeklampsia/eklampsia, serta (4) persalinan macet (*distosia*). Persalinan macet hanya terjadi pada saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyakit yang lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan dalam masa nifas. Yang dimaksudkan dengan kasus perdarahan disini termasuk kasus perdarahan yang diakibatkan oleh perlukaan jalan lahir mencakup juga kasus ruptura uteri. Selain keempat penyebab kematian utama tersebut, masih banyak jenis kasus gawatdarurat obstetri baik yang terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya emboli air ketuban, maupun yang tidak terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya luka bakar, syok anafilaktik karena obat, dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas.

Manifestasi klinik kasus gawatdarurat tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas. Kasus perdarahan, dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud bercak, merembes, profus, sampai syok. Kasus infeksi dan sepsis, dapat bermanifestasi mulai dari pengeluaran cairan pervaginam yang berbau, air ketuban hijau, demam, sampai syok. Kasus hipertensi dan preeklampsia/eklampsia, dapat bermanifestasi mulai dari keluhan sakit/pusing kepala, bengkak, penglihatan kabur, kejang-kejang, sampai koma/pingsan/tidak sadar. Kasus persalinan macet, lebih mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal; tetapi kasus persalinan macet ini dapat merupakan manifestasi ruptura uteri. Kasus gawatdarurat yang lain, bermanifestasi klinik sesuai dengan penyebabnya.

Mengenal kasus gawatdarurat obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Mengingat manifestasi klinik kasus gawatdarurat obstetric yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, mengenal kasus tersebut tidak selalu mudah dilakukan, bergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir dan daya analisis, serta pengalaman tenaga penolong. Kesalahan ataupun kelambatan dalam menentukan kasus dapat berakibat fatal. Dalam prinsip, pada saat menerima setiap kasus yang dihadapi harus dianggap gawatdarurat atau

setidak-tidaknya dianggap berpotensi gawatdarurat, sampai ternyata setelah pemeriksaan selesai kasus itu ternyata bukan kasus gawatdarurat.

Dalam menangani kasus gawatdarurat, penentuan permasalahan utama (diagnosis) dan tindakan pertolongannya harus dilakukan dengan cepat, cermat, dan terarah. Walaupun prosedur pemeriksaan dan pertolongan dilakukan dengan cepat, prinsip komunikasi dan hubungan antara dokter-pasien dalam menerima dan menangani pasien harus tetap diperhatikan.

B. Penilaian Awal

Dalam menentukan kondisi kasus obstetri yang dihadapi apakah dalam keadaan gawatdarurat atau tidak, secara prinsip harus dilakukan pemeriksaan secara sistematis meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik umum, dan pemeriksaan obstetrik. Dalam praktik, oleh karena pemeriksaan sistematis yang lengkap membutuhkan waktu agak lama, padahal penilaian harus dilakukan secara cepat, maka dilakukan penilaian awal.

Penilaian awal ialah langkah pertama untuk menentukan dengan cepat kasus obstetri yang dicurigai dalam keadaan gawatdarurat dan membutuhkan pertolongan segera dengan mengidentifikasi penyulit (komplikasi) yang dihadapi. Dalam penilaian awal ini, anamnesis lengkap belum dilakukan. Anamnesis awal dilakukan bersama-sama periksa pandang, periksa raba, dan penilaian tanda vital dan hanya untuk mendapatkan informasi yang sangat penting berkaitan dengan kasus. Misalnya, apakah kasus mengalami perdarahan, demam, tidak sadar, kejang, sudah mengejan atau bersalin berapa lama, dan sebagainya. Fokus utama penilaian adalah apakah pasien mengalami syok hipovolemik, syok septik, syok jenis lain (syok kardiogenik, syok neurologik, dan sebagainya), koma, kejang-kejang, atau koma disertai kejang-kejang dan hal itu terjadi dalam kehamilan, persalinan, pascasalin, atau masa nifas. Syok kardiogenik, syok neurogenik, dan syok anafilaktik jarang terjadi pada kasus obstetri. Syok kardiogenik dapat terjadi pada kasus penyakit jantung dalam kehamilan/persalinan. Angka kematian sangat tinggi. Syok neurogenik dapat terjadi pada kasus inversio uteri sebagai akibat rasa nyeri yang hebat disebabkan oleh tarikan kuat pada peritoneum, kedua ligamentum infundibulopelvikum dan ligamentum retundum. Syok anafilaktik dapat terjadi pada kasus emboli air ketuban.

Pemeriksaan yang dilakukan untuk penilaian awal sebagai berikut:

1. Penilaian dengan periksa pandang (inspeksi):
 - a. Menilai kesadaran penderita: pingsan/koma, kejang-kejang, gelisah, tampak kesakitan.
 - b. Menilai wajah penderita: pucat, kemerahan, banyak berkeringat.
 - c. Menilai pernapasan: cepat, sesak napas.

- d. Menilai perdarahan dari kemaluan
2. Penilaian dengan periksa raba (palpasi):
 - a. Kulit: dingin, demam.
 - b. Nadi: lemah/kuat, cepat/normal.
 - c. Kaki/tungkai bawah: bengkak.
3. Penilaian tanda vital: Tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan.

Hasil penilaian awal ini, berfokus pada apakah pasien mengalami syok hipovolemik, syok septik, syok jenis lain, koma, kejang-kejang atau koma disertai kejang-kejang, menjadi dasar pemikiran apakah kasus mengalami penyulit perdarahan, infeksi, hipertensi/ preeklampsia/ eklampsia, atau penyulit lain. Dasar pemikiran ini harus dilengkapi dan diperkuat dengan melakukan pemeriksaan klinik lengkap selesai dilakukan, langkah-langkah untuk melakukan pertolongan pertama sudah dapat dikerjakan sesuai hasil penilaian awal, misalnya ditemukan kondisi syok, pertolongan pertama untuk mengatasi syok harus sudah dilakukan.

C. Penilaian Klinik Lengkap

Pemeriksaan klinik lengkap meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik umum, dan pemeriksaan obstetri termasuk pemeriksaan panggul secara sistematis meliputi sebagai berikut:

1. Anamnesis: diajukan pertanyaan kepada pasien atau keluarganya beberapa hal berikut dan jawabannya dicatat dalam catatan medik.
 - a. Masalah/keluhan utama yang menjadi alasan pasien datang ke klinik
 - b. Riwayat penyakit/masalah tersebut, termasuk obat-obatan yang sudah didapat
 - c. Tanggal hari pertama haid yang terakhir dan riwayat haid
 - d. Riwayat kehamilan sekarang
 - e. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu termasuk kondisi anaknya
 - f. Riwayat penyakit yang pernah diderita dan penyakit dalam keluarga
 - g. Riwayat pembedahan
 - h. Riwayat alergi terhadap obat
2. Pemeriksaan fisik umum:
 - a. Penilaian keadaan umum dan kesadaran penderita
 - b. Penilaian tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)
 - c. Pemeriksaan kepala dan leher
 - d. Pemeriksaan dada (pemeriksaan jantung dan paru-paru)
 - e. Pemeriksaan perut (kembung, nyeri tekan atau nyeri lepas, tanda abdomen akut, cairan bebas dalam rongga perut)

- f. Pemeriksaan anggota gerak (antara lain edema tungkai bawah dan kaki)
- 3. Pemeriksaan obstetri:
 - a. Pemeriksaan vulva dan perineum
 - b. Pemeriksaan vagina
 - c. Pemeriksaan serviks
 - d. Pemeriksaan rahim (besarnya, kelainan bentuk, tumor, dan sebagainya)
 - e. Pemeriksaan adneksa
 - f. Pemeriksaan his (frekuensi, lama, kekuatan, relaksasi, simetri dan dominasi fundus)
 - g. Pemeriksaan janin
 - 1) Di dalam atau di luar rahim
 - 2) Jumlah janin
 - 3) Letak janin
 - 4) Presentasi janin dan turunya presentasi (tangan, tali pusat, dan lain-lain)
 - 5) Anomali kongenital pada janin
 - 6) Taksiran berat janin
 - 7) Janin mati atau hidup, gawat janin atau tidak
- 4. Pemeriksaan panggul:
 - a. Penilaian pintu atas panggul:
 - 1) Promontorium teraba atau tidak
 - 2) Ukuran konjugata diagonalis dan konjugata vera
 - 3) Penilaian linea inominata teraba berapa bagian atau teraba seluruhnya
 - b. Penilaian ruang tengah panggul:
 - 1) Penilaian tulang sakrum (cekung atau datar)
 - 2) Penilaian dinding samping (lurus atau konvergen)
 - 3) Penilaian spina iskiadika (runcing atau tumpul)
 - 4) Ukuran jarak antarspina iskiadika (distansia interspinarum)
 - c. Penilaian pintu bawah panggul:
 - 1) Arkus pubis (lebih besar atau kurang dari 90°)
 - 2) Penilaian tulang koksigidis (ke depan atau tidak)
 - d. Penilaian adanya tumor jalan lahir yang menghalangi persalinan pervaginam
 - e. Penilaian panggul (panggul luas, sedang, sempit atau panggul patologik)

5. Penilaian imbang fetopelvik: (imbang fetopelvik baik atau disproporsi sefalopelvik).

D. Prinsip Umum Penanganan Syok Perdarahan

Syok hemoragik adalah suatu syok yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak yang dapat disebabkan oleh perdarahan antepartum seperti plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptura uteri, juga disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan seperti atonia dan laserasi serviks/vagina. Gejala klinik syok hemoragik bergantung pada jumlah perdarahan yang terjadi mulai dari yang ringan sampai berat seperti terlihat pada tabel berikut.

1. Klasifikasi Perdarahan

Tabel 2.1: Klasifikasi Perdarahan

Kelas	Jumlah Perdarahan	Gejala Klinik
I	15 % (Ringan)	<ul style="list-style-type: none"> · Tekanan darah dan nadi normal · Tes Tilt (+)
II	20-25 % (Sedang)	<ul style="list-style-type: none"> · Takikardi-takipnea · Tekanan nadi < 30 mmHg · Tekanan darah sistolik rendah · Pengisian darah kapilar lambat
III	30-35 % (Berat)	<ul style="list-style-type: none"> · Kulit dingin, berkerut, pucat · Tekanan darah sangat rendah · Gelisah · Oliguria (< 30 ml/jam) · Asidosis metabolic (pH < 7,5)
IV	40-45 % (Sangat berat)	<ul style="list-style-type: none"> · Hipotensi berat · Hanya nadi karotis yang teraba · Syok ireversibel

P

ada syok yang ringan gejala-gejala dan tanda tidak jelas, tetapi adanya syok yang ringan dapat diketahui dengan "tilt test" yaitu bila pasien didudukkan terjadi hipotensi dan/atau takikardia, sedangkan dalam keadaan berbaring tekanan darah dan frekuensi nadi masih normal.

2. Fase Syok

Perempuan hamil normal mempunyai toleransi terhadap perdarahan 500-1000 ml pada waktu persalinan tanpa bahaya oleh karena daya adaptasi fisiologik kardiovaskular dan hematologic selama kehamilan, jika perdarahan terus berlanjut, akan timbul fase-fase syok sebagai berikut:

a. Fase Kompensasi

1) Rangsangan/refleks simpatis: Respons pertama terhadap kehilangan darah adalah vasokonstriksi pembuluh darah perifer untuk mempertahankan pasokan darah ke organ vital.

2) Gejala klinik: pucat, takikardia, takipnea

b. Fase Dekompensasi

1) Perdarahan lebih dari 1000 ml pada pasien normal atau kurang karena faktor-faktor yang ada.

2) Gejala klinik: sesuai gejala klinik syok di atas

3) Terapi yang adekuat pada fase ini adalah memperbaiki keadaan dengan cepat tanpa meninggalkan efek samping.

c. Fase Kerusakan Jaringan dan Bahaya Kematian

Penanganan perdarahan yang adekuat menyebabkan hipoksia jaringan yang lama dan kematian jaringan dengan akibat berikut.

1) Asidosis metabolik : disebabkan metabolisme anaerob yang terjadi karena kekurangan oksigen.

2) Dilatasi arteriol: akibat penumpukan hasil metabolisme selanjutnya menyebabkan penumpukan dan stagnasi darah di kapilar dan keluarnya cairan ke dalam jaringan ekstrasvaskular.

3) Koagulasi intravascular yang luas (DIC) disebabkan lepasnya tromboplastin dari jaringan yang rusak.

4) Kegagalan jantung akibat berkurangnya aliran darah koroner.

5) Dalam fase ini kematian mengancam. Transfusi darah saja tidak adekuat, lagi dan jika penyembuhan (*recovery*) dari fase akut terjadi, sisa-sisa penyembuhan akibat nekrosis ginjal dan/atau hipofise akan timbul.

3. Penanganan

Jika terjadi syok, tindakan yang harus segera dilakukan antara lain sebagai berikut:

a. Cari dan hentikan segera penyebab perdarahan.

b. Bersihkan saluran napas dan beri oksigen atau pasang selang endotrakheal.

c. Naikkan kaki ke atas untuk meningkatkan aliran darah ke sirkulasi sentral.

- d. Pasang 2 set infus atau lebih untuk transfuse, cairan infus dan obat-obat I.V. bagi pasien yang syok. Jika sulit mencari vena, lakukan/pasang kanul intrafemoral.
- e. Kembalikan volume darah dengan:
 - 1) Darah segar (*whole blood*) dengan *cross-matched* dari grup yang sama, kalau tidak tersedia berikan darah O sebagai *life-saving*.
 - 2) Larutan kristaloid: seperti ringer laktat, larutan garam fisiologis atau glukosa 5 %. Larutan-larutan ini mempunyai waktu paruh (*half life*) yang pendek dan pemberian yang berlebihan dapat menyebabkan edema paru.
 - 3) Larutan koloid: dekstran 40 atau 70, fraksi protein plasma (*plasma protein fraction*), atau plasma segar.
- f. Terapi obat-obatan
 - 1) Analgesik: morfin 10-15 mg I.V. jika ada rasa sakit, kerusakan jaringan atau gelisah.
 - 2) Kortikosteroid: hidrokortison 1 g atau deksametason 20 mg I.V. pelan-pelan. Cara kerjanya masih kontroversial: dapat menurunkan resistensi perifer dan meningkatkan kerja jantung dan meningkatkan perfusi jaringan.
 - 3) Sodium bikarbonat: 100 mEq I.V. jika terdapat asidosis.
 - 4) Vasopresor: untuk menaikkan tekanan darah dan mempertahankan perfusi renal.
 - a) Dopamin: 2,5 mg/kg/menit I.V.. sebagai pilih utama.
 - b) Beta-adrenergik stimulan: isoprenalin 1 mg dalam 500 ml glukosa 5 % I.V. infus pelan-pelan.
- g. Monitoring
 - 1) *Central venous pressure* (CVP): normal 10-12 cm air
 - 2) Nadi
 - 3) Tekanan darah
 - 4) Produksi urine
 - 5) Tekanan kapilar paru: normal 6-8 Torr
 - 6) Perbaikan klinik: pucat, sianosis, sesak, keringat dingin, dan kesadaran.

4. Komplikasi

Syok yang tidak dapat segera diatasi akan merusak jaringan diberbagai organ sehingga tidak dapat terjadi seperti komplikasi-komplikasi seperti gagal ginjal akut, nekrosis, hipofise (sindroma Sheehan), dan koagulasi intravaskular diseminata (DIC).

5. Mortalitas

Perdarahan 500 ml pada partus spontan dan 1000 ml pada seksio sesarea pada umumnya masih dapat ditoleransi. Perdarahan karena trauma dapat menyebabkan kematian ibu dalam kehamilan sebanyak 6-7 % dan solusio plasenta 1-5 %. Di USA perdarahan obstetric menyebabkan angka kematian ibu (AKI) sebanyak 13,4 %.

6. Penanganan Syok Hemoragik dalam Kebidanan

Bila terjadi syok hemoragik dalam kebidanan, segera lakukan resusitasi, berikan oksigen, infus cairan, dan transfusi darah dengan "crossmatched".

Diagnosis plasenta previa/solusio plasenta dapat dilakukan dengan bantuan USG. Selanjutnya atasi koagulopati dan lakukan pengawasan janin dengan memonitor denyut jantung janin. Bila terjadi tanda-tanda hipoksia, segera lahirkan anak.

Jika terjadi atonia uteri pasca persalinan segera lakukan masase uterus, berikan suntikan metil-ergometrin (0,2 mg) I.V. dan oksitosin I.V. atau per infus (20-40 U/l), dan bila gagal menghentikan perdarahan lanjutkan dengan ligasi hipogastrika atau histerektomi bila anak sudah cukup. Kalau ada pengalaman dan tersedia peralatan, dapat dilakukan embolisasi a.iliaka interna dengan bantuan transkateter. Semua laserasi yang ada sebelumnya harus dijahit.



RANGKUMAN

Kasus kegawatdarurat obstetri ialah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri empat penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir ialah

- (1) perdarahan;
- (2) infeksi dan sepsis;
- (3) hipertensi dan preeklampsia/eklampsia, serta
- (4) persalinan macet (*distosia*).

Persalinan macet hanya terjadi pada saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyakit yang lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan dalam masa nifas. Yang dimaksudkan dengan kasus perdarahan disini termasuk kasus perdarahan yang diakibatkan oleh perlukaan jalan lahir mencakup juga kasus ruptura uteri. Selain keempat penyebab kematian utama tersebut, masih banyak jenis kasus gawatdarurat obstetri baik yang terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya emboli air ketuban, maupun yang tidak terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya luka bakar, syok anafilaktik karena obat, dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas.



TES FORMATIF

Pilihlah satu jawaban dibawah ini yang menurut kamu benar dan tepat !

1. Syok yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak yang dapat disebabkan oleh perdarahan antepartum seperti plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptura uteri, juga disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan seperti atonia dan laserasi serviks/vagina adalah ...
 - a. Syok hemoragik
 - b. Syok septik
 - c. Syok kardiogenik
 - d. Salah semua

2. Penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir ialah ...
 - a. Perdarahan
 - b. Infeksi dan sepsis
 - c. Hipertensi dan preeklampsia/eklampsia
 - d. Benar Semua

3. Syok yang hebat disebabkan oleh tarikan kuat pada peritoneum, kedua ligamentum infundibulopelvikum dan ligamentum retundum adalah ...
 - a. Syok neurogenik
 - b. Syok hemoragik
 - c. Syok septik
 - d. Syok kardiogenik

4. Syok yang dapat terjadi pada kasus emboli air ketuban ...
 - a. Syok anafilaktik
 - b. Syok hemoragik
 - c. Syok septik
 - d. Syok kardiogenik

5. Fase Syok ...
 - a. Fase Kompensasi
 - b. Fase Dekompensasi
 - c. Fase Kerusakan Jaringan dan Bahaya Kematian
 - d. Benar Semua

A.
B.
C.

GLOSARIUM

Sepsis merupakan suatu keadaan yang mesti ditangani dengan baik yang berhubungan dengan adanya infeksi oleh bakteri. Bila tidak segera diatasi, Sepsis dapat menyebabkan kematian penderita.

Syok hipovolemik adalah penurunan tekanan darah dan suhu tubuh secara drastis.

Syok Septik adalah suatu keadaan dimana tekanan darah turun sampai tingkat yang membahayakan nyawa sebagai akibat dari sepsis.

Syok kardiogenik adalah kondisi di mana jantung mengalami gangguan yang parah mendadak sehingga tidak mampu mencukupi pasokan darah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh

Syok neurogenik adalah syok yang terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan antara stimulasi sistem saraf simpatis dengan para simpatis pada otot polos pembuluh darah



DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, Ida Bagus Gde . 1998 . Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC . ISBN
- Taber, Ben-zion . 1994 . Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri & Ginekologi . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC . ISBN
- Sinsin, lis . 2008 . Seri Kesehatan Ibu & Anak: Masa Kehamilan dan Persalinan. Jakarta: Penerbit PT Elex Media Komputindo . ISBN

Bab 6

TINDAKAN OPERATIF KEBIDANAN

🕒 100 Menit



TUJUAN

Tujuan Umum :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu mengintervensi dan mengimplementasikan tindakan operatif kebidanan

Tujuan khusus :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu mengintervensi dan mengimplementasikan tindakan operatif kebidanan meliputi :

- A. Indikasi tindakan bedah
- B. Persiapan prabedah dan anastesi
- C. Survey tindakan obstetric (pemakaian klinis)
- D. Tindakan operatif kebidanan vakum ekstraksi, forcep, sc, induksi persalinan, kuretase, pertolongan sungsang, embriotoi, tindakan dilatasi.



URAIAN MATERI

A. INDIKASI IBU DAN JANIN PADA TINDAKAN OPERATIF KEBIDANAN

1. Vakum Ekstraksi

a. Indikasi Ibu

Kelelahan ibu Partus tidak maju, Toksemia gravidarum, Ruptura uteri imminens, Ibu yang tidak boleh lama mendedan seperti; ibu yang menderita vatum kordis, anemia, TBC, asma bronkhial, dll.

b. Indikasi Janin

Gawat janin; Djj menjadi cepat (takikardi), Djj menjadi lambat (bradikardi), adanya mekonium.

2. Forsep Ekstraksi

a. Indikasi Ibu

Kelelahan ibu, Partus tidak maju, Adanya edema vulva atau vagina, Adanya tanda-tanda infeksi, Indikasi pinard; Kepala sudah di H. IV, pembukaan serviks lengkap, ketuban pecah, 2 jam mendedan janin belum lahir juga, Toksemia gravidarum, Ruptura uteri imminens, Ibu yang tidak boleh lama mendedan seperti; ibu yang menderita vatum kordis, anemia, TBC, asma bronkhial, dll.

b. Indikasi Janin

Gawat janin; Djj menjadi cepat (takikardi), Djj menjadi lambat (bradikardi), adanya mekonium.

3. Sectio Cesarea

a. Indikasi Ibu

Plasenta previa sentralis dan lateralis, Panggul sempit, Disproposisi sefalo pelvic, Ruptura uteri mengancam, Partus lama, Partus tak maju, Distosia serviks, Pre-eklampsi dan hipertensi.

b. Indikasi Janin

Kelainan letak; Letak lintang, letak bokong, presentasi muka dan dahi, presentasi rangkap, Gemelli.

4. Induksi Persalinan

a. Indikasi Ibu

Hipertensi, Preeklampsi dan eklampsi, Ketuban Pecah Dini, DM pada kehamilan 37 minggu, Penyakit ginjal berat, Primigravida tua, Perdarahan antepartum.

b. Indikasi Janin

Postmaturitas, IUFD Rhesus antagonismus, Hidroamnion, Gawat janin.

5. Embriotomi

- a. Indikasi Ibu
Bila ada ancaman keselamatan ibu; Preeklampsia berat dan eklampsia, ancaman robekan rahim, perdarahan yang banyak, adanya tanda infeksi, partus lama, dan ibu sangat lemah. Ibu yang tidak boleh mengejan. Disproporsi sefalo-pelvik.
 - b. Indikasi Janin
Kelainan letak; Letak lintang, presentasi muka dan dahi, presentasi tulang ubun-ubun posterior. Pada janin hidup dengan kelainan; Hidrosefalus, anensefalus, hidrops fetalis.
6. Episiotomi
- a. Indikasi Ibu
Primigravida, Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan yang lalu. Apabila terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya pada persalinan sungsang, persalinan dengan cunam, ekstraksi vakum dan anak besar, Arkus pubis yang sempit.
 - b. Indikasi Janin
Sewaktu melahirkan janin prematur. Tujuannya untuk mencegah terjadinya trauma yang berlebihan pada kepala janin. Sewaktu melahirkan janin letak sungsang, letak defleksi, janin besar. Pada keadaan dimana ada indikasi untuk mempersingkat kala II seperti pada gawat janin, tali pusat menumbung.
7. Kuretase
- a. Indikasi Ibu
Abortus Inkomplitus, Menometroragia, Mola Hidatidosa.
 - b. Indikasi Janin
Dead Conseptus, Blighted Ovum.

B. Persiapan pra bedah dan anastesi

Persiapan penderita meliputi :

1. Mental Penderita.
2. Persiapan Fisik .
Perlu dilakukan pemeriksaan lab ; ekg , thorax photo untuk melihat status fisik penderita.
3. Perawatan pada hari sebelum operasi.
Pada penderita yang akan dioperasi perlu dilakukan jadwal untuk puasa.
4. Ijin Pembedahan (Inform Consent)
5. Pengobatan sebelum pembedahan.
Biasanya diberikan obat untuk menghilangkan rasa takut dan nyeri. Persiapan penderita pra anastesi , meliputi :
 - a. Wawancara

Hal yang perlu ditanyakan : penyakit yang pernah diderita baik oleh penderita atau oleh keluarga , pengobatan terakhir, jenis alergi yang diderita, riwayat pembedahan atau anestesi kalau ada, kebiasaan (merokok, minum alcohol dll)

b. Pemeriksaan Fisik

pemeriksaan keadaan umum , Pemeriksaan rongga mulut ,Pemeriksaan paru, Pemeriksaan kardiovaskuler , abdomen, Pemeriksaan ekstremitas, Pemeriksaan tulang punggung , bila akan dilakukan regional blok.

c. Pemeriksaan Laboratorium (urine, darah, EKG, dan lain-lain.)

C. Survei Tindakan Obstetric (Pemakaian Klinis)

Dalam survey ini ada beberapa hal yang perlu di perhatikan diantaranya :

1. perawat anestesi harus sehat fisik dan psikis, memiliki pengetahuan dan keterampilan anestesi yang memadai serta memiliki kemauan yang kuat untuk meningkatkan kemampuannya.
2. Persiapan sarana (alat dan obat) meliputi persiapan obat-obat anestesia, obat pendukung anestesia dan obat resusitasi. Adapun peralatan yang disiapkan adalah mesin anestesi, set intubasi termasuk bag and mask (ambubag), alat pemantau tanda vital, alat/bahan untuk antisepsis (kalau menggunakan anestesi regional). Alat penunjang : alat pengisap (suction), sandaran infuse, sandaran tangan, bantal, tali pengikat tangan, anesthesia pin screen / boug. Sarana Obat meliputi : obat anestesi (obat premedikasi, obat induksi, obat anestesi volatil / abar, obat resusitasi), penunjang anestesi (pelumpuh otot, anti dot, hemostatika, obat lain sesuai dengan jenis operasi).
3. Secara umum, persiapan pembedahan antara lain
 - a. Pengosongan lambung : dengan cara puasa, memasang NGT. Lama puasa pada orang dewasa kira-kira 6-8 jam, anak-anak 4-6 jam, bayi 2 jam (stop ASI). Pada operasi darurat, pasien tidak puasa, maka dilakukan pemasangan NGT untuk dekompresi lambung.
 - b. Pengosongan kandung kemih.
 - c. Informed consent (Surat izin operasi dan anestesi).
 - d. Pemeriksaan fisik ulang
 - e. Pelepasan kosmetik, gigi palsu, lensa kontak dan asesori lainnya.
 - f. Premedikasi secara intramuskular $\frac{1}{2}$ - 1 jam menjelang operasi atau secara intravena jika diberikan beberapa menit sebelum operasi.
4. Keberhasilan anestesi sangat ditentukan oleh kunjungan pra anestesi. Kunjungan (visite) pra anestesi secara umum adalah menekan morbiditas dan mortalitas.
 - a. Mengetahui riwayat penyakit bedah dan penyakit penyerta, riwayat penyakit

- b. sekarang dan penyakit dahulu.
 - c. Mengenal dan menjalin hubungan dengan pasien.
 - d. Menyiapkan fisik dan mental pasien secara umum (optimalisasi keadaan umum).
 - e. Merencanakan obat dan teknik anestesi yang sesuai.
 - f. Merancang perawatan pasca anestesi.
 - g. Memprediksi komplikasi yang mungkin terjadi.
 - h. Memperhitungkan bahaya dan komplikasi.
 - i. Menentukan status ASA pasien.
5. Anamnesis, beberapa hal yang dilakukan :
- a. Identifikasi pasien
 - b. Riwayat penyakit, riwayat penggunaan obat, riwayat alergi.
 - c. Riwayat anestesi dan pembedahan yang lalu. Ketika pasien menyatakan alergi terhadap suatu obat/zat, maka petugas anestesi perlu mengkonfirmasi apakah kejadian tersebut betul-betul alergi ataukah hanya rasa tidak enak setelah penggunaan obat tersebut. Alergi perlu diwaspadai karena alergi dapat menimbulkan bahaya besar seperti syok.
 - d. anafilaktik dan edema angioneurotik. Narkotika dan psikotropika (terutama sedatif) saat ini sudah sering disalahgunakan oleh masyarakat awam. Hal ini perlu diwaspadai oleh petugas anestesi. Oleh karena itu, dalam anamnesis, petugas harus mampu memperoleh keterangan yang jujur dari pasien. Pada pasien dengan operasi darurat, mungkin di Instalasi Gawat Darurat dia telah mendapatkan narkotika dan sedatif, namun petugas di IGD terlupa menuliskan di buku rekam medis pasien. Agar tidak terjadi pemberian yang tumpang tindih, sebaiknya petugas anestesi juga menanyakan hal tersebut kepada petugas IGD
6. Pemeriksaan fisik dan penunjang
- a. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Keadaan umum : berat badan, tinggi badan, tanda-tanda vital.
 - 2) Status gizi : obesitas, kaheksia
 - 3) Status psikis
 - 4) Kepala leher, Mulut : bentuk lidah, derajat Mallampati, Gigi geligi : gigi palsu, gigi goyah, Mandibula : bentuk mandibula, Hidung : tes patensi lubang hidung, obstruksi, Leher : bentuk leher (kesan : pendek / kaku), penyakit di leher (sikatrik, struma, tumor) yang akan menyulitkan intubasi, Asesori : lensa kontak. Toraks (Jantung dan paru) : tanda-tanda penyakit pernapasan dan sirkulasi. Abdomen : sirosis, kembung. Ekstremitas : melihat bentuk vena, tanda-tanda

edema. Tulang belakang /vertebra : jika akan dilakukan anestesi subaraknoid ataupun epidural. Apakah ada skoliosis, athrosis, infeksi kulit di punggung. Sistem persarafan. Abdomen yang kembung bisa disebabkan oleh udara atau cairan (sirosis). Kembung pada bayi akan berakibat fatal karena bayi akan kesulitan untuk bernapas. Sehingga perlu penatalaksanaan pra bedah terhadap bayi yang kembung. Jantung harus diperiksa secara teliti, apakah terdapat penyakit jantung. Jika ada, apakah masih dalam fase kompensasi atau dekompensasi. Jantung yang dalam fase kompensasi, masih relatif aman untuk dianestesi.

- b. Pemeriksaan penunjang terdiri dari pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Pemeriksaan laboratorium terbagi menjadi pemeriksaan rutin dan khusus. Data laboratorium yang harus diketahui diantaranya
- 1) hemoglobin (minimal 8% untuk bedah elektif)
 - 2) leukosit
 - 3) hitung jenis
 - 4) golongan darah
 - 5) clotting time dan bleeding time
 - 6) Atas indikasi dilakukan skrining : HBSAg.
 - 7) Jika usia > 40 tahun, perlu diperiksa elektrolit (terutama natrium dan kalium), ureum, kreatinin.
 - 8) Urinalisis : tes reduksi, tes sedimen

D. Tindakan Operatif Kebidanan

1. Ekstraksi Vakum

Adalah tindakan obstetrik operatif untuk melahirkan kepala janin dengan menggunakan "mangkuk hampa udara" yang ditempelkan pada kulit kepala janin dari seorang parturien yang masih memiliki tenaga meneran. Prinsip dari ekstraksi vakum adalah membuat suatu **caput succadeneum artificialis** dengan cara memberikan tekanan negatif pada kulit kepala janin melalui alat ekstraktor vakum.



Alat ekstraksi vakum :

- a. Cawan penghisap (cup) Terdiri dari 3 ukuran : 50 mm, 60 mm, 70 mm.

- b. Botol penghisap
- c. Pompa penghisap



Cara pemasangan vakum :

- a. Setelah persiapan operator dan atau pasien selesai serta peralatan sudah dipersiapkan dengan baik.
 - b. Labia dibuka dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri dari arah atas.
 - c. Cawan penghisap yang sudah dilumuri dengan jelly dimasukkan jalan lahir secara miring dengan menghindari urethra dan klitoris.
 - d. Cawan penghisap diputar 90° dan ditempatkan tepat pada permukaan kulit kepala dengan posisi menjauhi ubun-ubun besar.
 - e. Buat tekanan vakum dalam cawan penghisap dengan memompa sampai 0.2 kg/cm² sebagai tekanan awal.
 - f. Pastikan bahwa cawan penghisap terpasang dengan baik dan tidak ada bagian jalan lahir atau sisa selaput amnion yang ikut terjepit
 - g. Setelah 2 menit, naikkan tekanan negatif sampai 0.7 – 0.8 kg/cm² dengan kecepatan 0.2 kg/cm² setiap 2 menit.
 - h. Penilaian ulang untuk melihat adanya bagian jalan lahir yang terjepit. Traksi percobaan untuk melihat apakah ekstraksi vakum sudah berfungsi dengan baik.
 - i. Traksi sesuai dengan derajat desensus sampai lahirnya kepala janin.
 - j. Cawan penghisap dilepas dan sisa tubuh anak dilahirkan dengan cara sebagaimana lazimnya.
2. Ekstraksi forcep

Cunam (forcep) ditemukan dalam beberapa bentuk dan ukuran. Bentuk umum terdiri dari satu pasang sendok dan pemasangan sendok dilakukan terpisah. Bagian sendok terdiri dari Daun sendok : Solid atau Berlubang (fenestrated), Tangkai sendok: Terbuka atau Tertutup, Kunci Pegangan 2 . Sendok memiliki 2 lengkungan: Lengkungan kepala, Lengkungan panggul .

Klasifikasi :

- a. Cunam Tinggi
- b. Cunam Tengah Cunam tengah, arah tarikan awal adalah traksi curam bawah
- c. Cunam rendah Cunam Rendah, arah traksi awal adalah horisontal dan kemudian elevasi keatas

d. Cunam Out-let Cunam out-let, arah traksi adalah elevasi sedikit kearah atas.



Tahap pemasangan forcep dimulai dari Persiapan pemasangan (Pemasangan sendok kiri , Pemasangan sendok kanan), Penguncian, Pemeriksaan ulangan, Traksi percobaan, Traksi definitif dan kemudian Melahirkan kepala dan tubuh janin.

3. Seksio Sesarea

Suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 1000 gram.

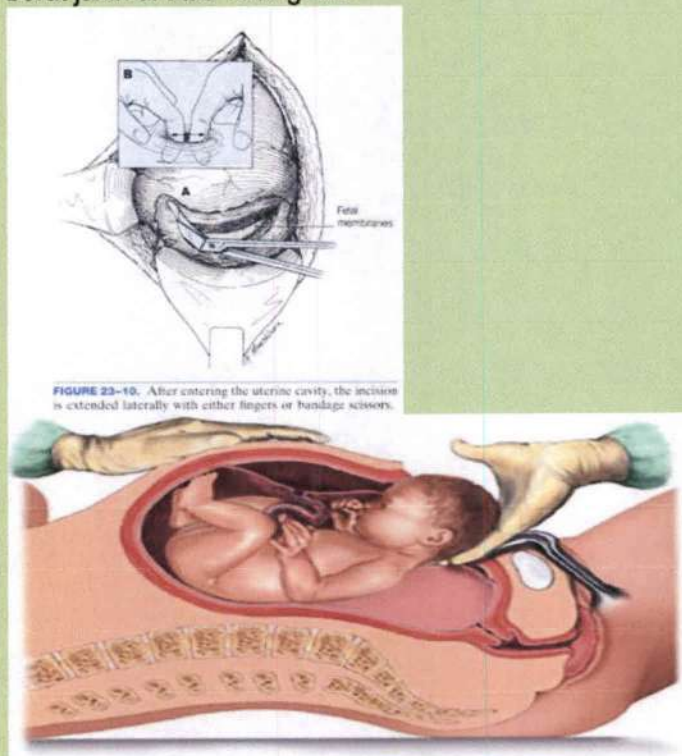


FIGURE 23-10. After entering the uterine cavity, the incision is extended laterally with either fingers or bandage scissors.

- a. Seksio sesarea primer (elektif).
Dari semula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara seksio sesarea, tidak diharapkan lagi kelahiran biasa, misalnya pada panggul sempit (CV < 8 cm).
- b. Seksio sesarea sekunder.
Dalam hal ini kita bersikap mencoba menunggu kelahiran biasa (partus percobaan), bila tidak ada kemajuan persalinan atau partus percobaan gagal, baru dilakukan seksio sesarea.
- c. Seksio sesarea ulang (repeat caesarean section).
Ibu pada kehamilan yang lalu mengalami seksio sesarea (previous caesarean section) dan pada kehamilan selanjutnya dilakukan seksio sesarea ulang.
- d. Seksio sesarea histerektomi (caesarean section hysterectomy).
Adalah suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan seksio sesarea, langsung dilakukan histerektomi oleh karena sesuatu indikasi.
- e. Operasi Porro (Porro operation).
Adalah suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (tentunya janin sudah mati), dan langsung dilakukan histerektomi, misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

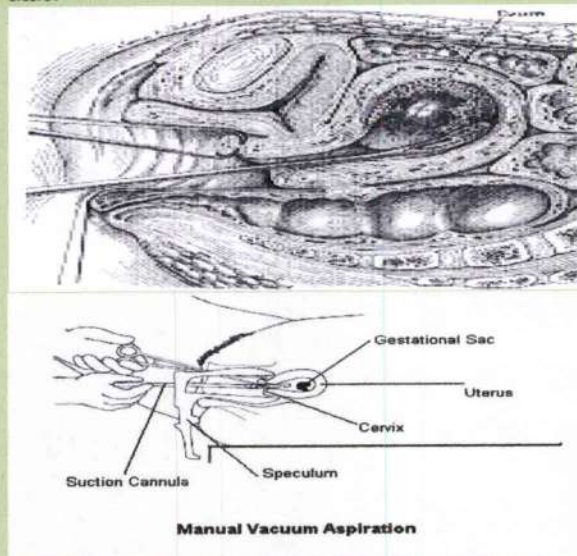
4. Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah suatu upaya stimulasi mulainya proses persalinan, yaitu dari tidak ada tanda-tanda persalinan, kemudian distimulasi menjadi ada dengan menimbulkan mulas/his. Cara ini dilakukan sebagai upaya medis untuk mempermudah keluarnya bayi dari rahim secara normal. Teknik Induksi ada dua cara yang biasanya dilakukan oleh dokter untuk melalui proses induksi, yaitu kimia dan mekanik. Namun pada dasarnya, kedua cara ini dilakukan untuk mengeluarkan hormon prostaglandin yang berfungsi sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi. Secara kimia, Anda akan diberikan obat-obatan khusus. Ada yang diberikan dengan cara diminum, dimasukkan ke dalam vagina, diinfuskan. Biasanya, tak lama setelah salah satu cara kimia itu dilakukan, Anda akan merasakan datangnya kontraksi. Secara mekanik, biasanya dilakukan dengan sejumlah cara, seperti menggunakan metode stripping, pemasangan balon keteter, (oley chateter) dimulut rahim, serta memecahkan ketuban saat persalinan sedang berlangsung.

5. Dilatasi dan Kuretase

Tindakan ginekologi operatif untuk mengakhiri kehamilan pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu disebut sebagai aborsi yang dikerjakan melalui tindakan kuretase tanpa atau disertai dengan dilatasi kanalis servikalis terlebih dulu (D & C). Dapat dilakukan dengan cara dilatasi dengan batang laminaria. Pemasangan laminaria dalam kanalis servikalis. 12 – 18 jam kemudian kalau perlu dilanjutkan dengan infus oksitosin sebelum kuretase. Dan Dilatasi dengan dilatator hegar, terbuat dari logam dari berbagai ukuran (0.5 cm -1.0 cm) . Tehnik :

- a. Pasien pada posisi Lithotomi
- b. Bersihkan vulva dengan cairan antiseptik
- c. [kosongkan VU] dan lakukan PD ulang untuk menentukan posisi – besar dan arah uterus dan keadaan adneksa
- d. Berikan Pethidine im / iv
- e. Lakukan blok paraservikal
- f. Pasang spekulum dan jepit bibir depan portio dengan 1 atau 2 buah cunam servik.
- g. Tentukan arah dan kedalam uterus dengan menggunakan sonde
- h. Pemasukan sonde dilakukan dengan hati - hati agar tidak terjadi perforasi
- i. Bila perlu dilakukan dilatasi dengan dilatator Hegar
- j. Jaringan sisa kehamilan yang besar diambil terlebih dulu dengan cunam abortus. Sendok kuret dipegang diantara ujung jari dan jari telunjuk tangan kanan (hindari cara memegang sendok kuret dengan cara menggenggam), sendok dimasukkan ke kedalam uterus dalam posisi mendatar dengan lengkungan yang menghadap atas.



6. Embriotomi

Embriotomi adalah persalinan buatan dengan cara merusak atau memotong bagian janin tanpa melukai ibu, supaya janin dapat lahir secara pervaginam. Jenis embriotomi :

- a. Kraniotomi adalah memperkecil ukuran kepala janin dengan cara melubangi tengkorak janin dan mengeluarkan isinya sehingga kepala mengecil dan janin dapat dilahirkan pervaginam
- b. Dekapitasi. Adalah memisahkan kepala janin dari tubuhnya dengan jalan

- memotong lehernya
- c. Kleidotomi. Adalah memotong/mematahkan tulang klavikula janin sehingga lingkaran bahu mengecil
 - d. Eviserasi/eksenterasi, Adalah tindakan merusak dinding abdomen/thorax dan mengeluarkan organ-organ visera
 - e. Spondilotomi adalah memotong ruas tulang belakang
 - f. Pungsi adalah mengeluarkan cairan tubuh janin



RANGKUMAN

Persiapan tindakan operatif kebidanan terdiri dari :

- a. Indikasi untuk tindakan bedah : indikasi ibu dan janin
- b. Persiapan pra bedah dan anastesi
- c. Survey tindakan obstetric (pemakaian klinis)

Tindakan operatif kebidanan sendiri meliputi

- a. Vakum ekstraksi
- b. Forcep
- c. Seksio sesarea
- d. Induksi persalinan
- e. Kuretase
- f. Pertolongan sungsang
- g. Embriotomi
- h. Tindakan dilatasi.



TES FORMATIF

1. Tindakan operatif kebidanan untuk mengeluarkan bayi per vaginam dengan menggunakan alat, dimana ibu masih memiliki kekuatan untuk mendedan merupakan....
 - a. Forcep
 - b. Vakum
 - c. Embriotomi
 - d. Induksi persalinan
2. Kelelahan ibu, Partus tidak maju, Adanya edema vulva atau vagina, adanya tanda-tanda infeksi merupakan indikasi....
 - a. Forcep
 - b. Vakum
 - c. Embriotomi
 - d. Induksi persalinan
3. Berikut ini yang bukan Persiapan penderita pra beda adalah....
 - a. Mental Penderita.
 - b. Persiapan Fisik .
 - c. Ijin Pembedahan
 - d. Nutrisi
4. Yang bukan termasuk persiapan pembedahan secara umum adalah....
 - a. Pengosongan kandung kemih.
 - b. Pelepasan kosmetik, gigi palsu, lensa kontak dan asesori lainnya.
 - c. Pengosongan abdomen
 - d. Pemeriksaan fisik ulang
5. Persalinan buatan dengan cara merusak atau memotong bagian janin tanpa melukai ibu, supaya janin dapat lahir secara pervaginam merupakan pengertian....
 - a. Embriotomi
 - b. Kuretase
 - c. SC
 - d. Induksi



GLOSARIUM

- Vakum ekstraksi : Alat pengeluaran janin dengan bantuan mangkuk hampa udara
forcep : Sepasang sendok untuk membantu pengeluaran janin
Embriotomi : Upaya pengeluaran janin dengan cara memotong atau menghilangkan bagian tubuh.



DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, Mac. Donald, Gant. 2002. *Obstetri Williams*. Jakarta. EGC Wiknjastro
Hanifa, 2006. *Ilmu Kebidanan*, EGC, Jakarta
Prawirohardjo, S. *Ilmu Kebidanan* . Jakarta: Yayasan

BAB 7

GANGGUAN PSIKOLOGI DALAM KEBIDANAN

🕒 100 Menit



TUJUAN

Tujuan umum :

Diharapkan mahasiswa mampu mendeteksi dini dan memberikan asuhan kebidanan pada gangguan psikologis dalam kebidanan .

Tujuan khusus :

Dalam mata kuliah ini telah diuraikan secara lengkap mengenai materi pembelajaran mengenai gangguan psikologi dalam kebidanan

- A. Depresi
- B. Psikosa
- C. Psikoneurosa



URAIAN MATERI

Masalah kehamilan merupakan episode dramatis terhadap kondisi biologis, perubahan psikologis dan adaptasi dari seorang wanita yang pernah mengalaminya. Perubahan kondisi fisik dan emosional yang kompleks memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi. Konflik antara keinginan prokreasi, kebanggaan yang ditumbuhkan dari norma-norma sosiokultural dan persoalan dalam kehamilan itu sendiri (misalnya adanya perubahan tubuh dan hormonal, kehamilannya tersebut tak diinginkan, jarak kehamilan yang terlalu dekat, riwayat keguguran ataupun riwayat obstetric buruk lainnya) dapat merupakan pencetus berbagai reaksi psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan, hingga ke tingkat gangguan jiwa (psikosis) yang berat. Namun, ini bukanlah hal yang mengherankan karena ovulasi dan haid juga dapat menimbulkan psikosis. Penderita sembuh setelah anaknya lahir, akan tetapi dalam kehamilan berikutnya biasanya penyakitnya timbul lagi. Eklamsia dan infeksi dapat pula disertai atau disusul oleh psikosis. Selain itu psikosis dapat menjadi lebih berat dalam kehamilan.

Berdasar dari masalah di atas, maka dalam makalah ini akan dibahas mengenai kelainan jiwa dalam kehamilan (depresi, psikosa dan psikoneurosa) dengan tujuan agar masyarakat, terutama wanita hamil lebih banyak tentang hal tersebut, mulai dari bentuk-bentuk atau jenisnya sampai cara penanganannya. Dengan mengetahuinya, maka diharapkan mereka yang menganggap kehamilan adalah boomerang dapat menyadari bahwa hal itu adalah fisiologis dan peristiwa kodrati yang harus dilalui dan agar mereka dapat menyesuaikan diri sehingga tidak terjadi lagi hal-hal yang tidak diinginkan dalam hubungannya dengan perubahan emosional.

A. Depresi

Depresi atau biasa disebut sebagai gangguan afektif merupakan salah satu bentuk psikosis. Ada beberapa pendapat mengenai definisi dari depresi, diantaranya yaitu :

Menurut National Institut of Mental Health, gangguan depresi dimengerti sebagai suatu penyakit " tubuh yang menyeluruh " (whole-body), yang meliputi tubuh, suasana perasaan (mood), dan pikiran.

Southwestern Psychological Services memiliki pendapat yang mirip dengan National Institut of Mental Health bahwa depresi adalah dipahami sebagai suatu penyakit, bukan sebagai suatu kelemahan karakter, suatu refleksi dari kemalasan atau suatu ketidakmauan " untuk menoba lebih keras ".

Staab dan Feldman menyatakan bahwa depresi adalah suatu penyakit yang menyebabkan suatu gangguan dalam perasaan dan emosi yang dimiliki oleh individu yang ditunjuk sebagai suasana perasaan.

Secara umum, depresi sebagai suatu gangguan alam perasaan perasaan sedih yang sangat mendalam, yang bisa terjadi setelah kehilangan seseorang atau peristiwa menyedihkan lainnya, tetapi tidak sebanding dengan peristiwa tersebut dan terus menerus dirasakan melebihi waktu yang normal.

Gejala-gejala depresi

Menurut Diagnostic and Statistical Manual IV - Text Revision (DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), seseorang menderita gangguan depresi jika: lima (atau lebih) gejala di bawah telah ada selama periode dua minggu dan merupakan perubahan dari keadaan biasa seseorang serta sekurangnya salah satu gejala harus emosi depresi atau kehilangan minat atau kemampuan menikmati sesuatu.

1. Keadaan emosi depresi / tertekan sebagian besar waktu dalam satu hari, hampir setiap hari, yang ditandai oleh laporan subjektif (misal: rasa sedih atau hampa) atau pengamatan orang lain (misal: terlihat seperti ingin menangis).
2. Kehilangan minat atau rasa nikmat terhadap semua, atau hampir semua kegiatan sebagian besar waktu dalam satu hari, hampir setiap hari (ditandai oleh laporan subjektif atau pengamatan orang lain)
3. Hilangnya berat badan yang signifikan saat tidak melakukan diet atau bertambahnya berat badan secara signifikan (misal: perubahan berat badan lebih dari 5% berat badan sebelumnya dalam satu bulan)
4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari
5. Kegelisahan atau kelambatan psikomotor hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif akan kegelisahan atau merasa lambat)
6. Perasaan lelah atau kehilangan kekuatan hampir setiap hari
7. Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak wajar (bisa merupakan delusi) hampir setiap hari
8. Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi, atau sulit membuat keputusan, hampir setiap hari (ditandai oleh laporan subjektif atau pengamatan orang lain)
9. Berulang-kali muncul pikiran akan kematian (bukan hanya takut mati), berulang-kali muncul pikiran untuk bunuh diri tanpa rencana yang jelas, atau usaha bunuh diri atau rencana yang spesifik untuk mengakhiri nyawa sendiri.

Adapun bagi ibu hamil, tanda-tanda atau gejala yang menunjukkan mengalami depresi tidak jauh atau sama halnya dengan gejala-gejala di atas dan waktunya pun kurang lebih 2 minggu, yakni diantaranya sebagai berikut :

ditandai dengan perasaan muram, murung, kesedihan tidak bisa atau sulit berkonsentrasi, mengingat, atau mengambil keputusan pekerjaan dan aktivitas sehari-hari terganggu hubungan calon ibu dengan orang-orang sekitarnya terganggu kondisi ibu mengancam keselamatan janin Putus asa, terkadang beberapa ada yang merasa cemas kadang-kadang dapat sarkastik, nihilistic, tegang, kaku dan menolak intervensi terapeutik

Selain itu, gejala di atas biasanya disertai perubahan nafsu makan dan pola tidur, harga diri yang rendah, hilangnya energi dan penurunan dorongan seksual.

Namun, secara umum dapat digolongkan menjadi dua yakni :

Depresi unipolar Merupakan gangguan depresi yang dicirikan oleh suasana perasaan depresif saja.

Depresi Mayor dalam kehamilan yaitu apabila seseorang atau ibu hamil mengalami tanda-tanda atau gejala seperti di atas, maka segera harus ditangani karena bisa saja berubah menjadi lebih serius yang dapat berdampak pada ibu maupun janinnya, yakni menjadi depresi berat atau depresi mayor.

Sindrom depresi mayor ditandai dengan suatu kombinasi simtom yang berpengaruh dengan kemampuan untuk bekerja, tidur, makan dan menikmati salah satu kegiatan yang menyenangkan serta sulit untuk melakukan komunikasi karena mereka cenderung menarik diri, tidak mampu berkonsentrasi, kurang perhatian, merasa tidak dihargai dan sulit untuk mengingat sesuatu dan yang terutama adalah tidak jarang dari penderita yang ingin bunuh diri. Episode ketidakmampuan depresi ini dapat terjadi hampir setiap hari dan pasti ada yang mendominasi di sepanjang hari. Selain itu, bila tidak teratasi dengan baik dapat muncul sekali, dua kali atau beberapa kali selama hidup.

Penyebab terjadinya depresi pada kehamilan para ahli belum bisa memastikan mengapa depresi terjadi pada wanita hamil, namun diduga perubahan tingkat hormon yang drastis selama kehamilan dan setelah melahirkan menjadi biang keladinya. Selain peningkatan kadar hormon dalam tubuh, menurut penelitian bahwa depresi terjadi karena klien atau penderita depresi memiliki ketidakseimbangan dalam pelepasan neurotransmitter serotonin mayor, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan asam gamaaminobutrik Selain itu, ada pula hasil penelitian yang menyatakan bahwa terjadinya depresi karena adanya masalah dengan beberapa enzim yang mengatur dan memproduksi bahan-bahan kimia tersebut.

Dengan demikian, berdampak pula pada metabolisme glukosa dimana penderita depresi tidak memetabolisme glukosa dengan baik dalam area otak tersebut. Jika depresi teratasi, aktivitas metabolisme kembali normal. Selain dari faktor organobiologis di atas, pencetus terjadinya depresi adalah karena faktor psikologis dan sosio-lingkungan, misalnya karena akan berubah peran menjadi seorang ibu, karena kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, pasca bencana dan dampak situasi kehidupan sehari-harinya.

Faktor lain yang menyumbang peran dalam terjadinya depresi pada ibu hamil antara lain:

1. Riwayat keluarga yang memiliki penyakit kejiwaan
2. Kurangnya dukungan dari suami dan keluarga
3. Perasaan khawatir yang berlebihan pada kesehatan janin
4. Ada masalah pada kehamilan atau kelahiran anak sebelumnya
5. Sedang menghadapi masalah keuangan

6. Usia ibu hamil yang terlalu muda
7. Adanya komplikasi selama kehamilan
8. Keadaan rumah tangga yang tidak harmoni
9. Perasaan calon ibu yang tidak menghendaki kehamilan

Dampak atau pengaruh depresi terhadap kehamilan, Permasalahan yang berkaitan dengan kondisi kejiwaan termasuk depresi, selain berdampak pada diri sendiri bisa berimplikasi atau berpengaruh tidak baik terhadap kondisi kesehatan janin yang ada di dalam kandungan. Kita semua pasti mengetahui bahwa perubahan fisik dan hormonal yang terjadi selama masa kehamilan sangat berpengaruh terhadap kondisi wanita yang sedang hamil. Depresi yang tidak ditangani akan memiliki dampak yang buruk bagi ibu dan bayi yang dikandungnya. Ada 2 hal penting yang mungkin berdampak pada bayi yang dikandungnya, yaitu :

1. Pertama adalah timbulnya gangguan pada janin yang masih didalam kandungan
2. Kedua munculnya gangguan kesehatan pada mental si anak nantinya

Depresi yang dialami, jika tidak disadari dan ditangani dengan sebaik – baiknya akan mengalihkan perilaku ibu kepada hal – hal yang negatif seperti minum-minuman keras, merokok dan tidak jarang sampai mencoba untuk bunuh diri. Hal inilah yang akan memicu terjadinya kelahiran prematur, bayi lahir dengan berat badan yang rendah, abortus dan gangguan perkembangan janin. Kelahiran bayi prematur juga akan menjauhkan dekapan seorang ibu terhadap bayi yang dilahirkan , karena si bayi akan ditempatkan di inkubator tersendiri. Apalagi jika sudah mengalami depresi mayor yang identik dengan keinginan bunuh diri, bisa saja membuat langsung janinnya meninggal. Ibu yang mengalami depresi ini tidak akan mempunyai keinginan untuk memikirkan perkembangan kandungannya dan bahkan kesehatannya sendiri.

Cara Penanganan

Strategi kesehatan yang bisa diterapkan pada saat masa kehamilan untuk mengantisipasi depresi yaitu menjadikan masa hamil sebagai pengalaman yang menyenangkan, selalu konsultasi dengan para ahli kandungan, makan makanan yang sehat, cukup minum air, mengupayakan selalu dapat tidur dengan baik dan melakukan senam bagi ibu hamil. Disamping itu juga melakukan terapi kejiwaan supaya terhindar dari depresi, lebih meningkatkan keimanan dan tentunya mendapat dukungan dari suami dan keluarga.

Sedangkan bagi yang telah terdiagnosis, perencanaan kehamilan sangat penting pada wanita hamil yang didiagnosis depresi, sebaiknya kehamilannya perlu direncanakan atau dikonsultasikan dengan ahli kebidanan dan kandungan, dan psikiater tentang masalah resiko serta keuntungan setiap pemakaian obat-obat psikofarmakologi. Rawat inap sebaiknya dipikirkan sebagai pilihan pengobatan psikofarmakologis pada trimester I untuk kasus kehamilan yang tidak direncanakan, dimana pengobatan harus dihentikan segera dan apabila terdapat riwayat gangguan afektif (depresi) rekuren.

Ada 2 fase penatalaksanaan farmakologis yang digambarkan dalam Panel Pedoman Depresi (Depression Guideline Panel) :

1. Fase akut

Gejalanya ditangani, dosis obat disesuaikan untuk mencegah efek yang merugikan dan klien diberi penyuluhan.

2. Fase lanjut

Klien dimonitor pada dosis efektif untuk mencegah terjadinya kambuh. Pada fase pemeliharaan, seorang klien yang beresiko kambuh sering kali tetap diberi obat bahkan selama remisi.

Untuk klien yang dianggap tidak beresiko tinggi mengalami kambuh, pengobatan dihentikan.

Penggunaan antidepresan trisiklik sebaiknya hanya pada pasien hamil yang mengalami depresi berat yang mengeluhkan gejala vegetatif dari depresi, seperti menangis, insomnia, gangguan nafsu makan dan ada ide-ide bunuh diri. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) terbukti sudah sangat berguna untuk menangani depresi sehingga menjadi pilihan untuk ibu hamil, mencakup fluoksetin dan sertralint. Obat ini menjadi pilihan karena obat tersebut lebih sedikit memiliki efek antikolinergik yang merugikan, toksisitas jantung, dan bereaksi lebih cepat daripada antidepresan trisiklik dan inhibitor oksidase monoamin (MOA) serta tidak menyebabkan hipotensi ortostatik, konstipasi dan sedasi. Disamping itu, psikoterapi atau metode support group secara rutin harus dilakukan bila ada konflik intrapsikis yang berpengaruh pada kehamilan. Terapi perilaku kognitif sangat menolong pasien depresi dan disertai antidepresan. Terapi elektrokomulsif (ECT) digunakan pada pasien depresi psikotik untuk mendapatkan respon yang lebih cepat, bila kehidupan ibu dan anak terancam, misalnya pada depresi hebat dan klien sampai ingin bunuh diri atau jika tidak berespon terhadap pengobatan antidepresan. Dalam menghadapi klien penderita depresi, harus dilakukan dengan sikap serius dan mengerti keadaan penderita. Kita harus memberi pengertian kepada mereka dan mensupport atau memberikan motivasi yang dapat menenangkan jiwanya. Hendaknya jangan menghibur, memberi harapan palsu, bersikap optimis dan bergurau karena akan memperbesar rasa tidak mampu dan rendah diri.

Depresi Pasca Salin

Gangguan depresif mayor relatif sering terjadi selama masa nifas. Baik studi retrospektif dan prospektif yang berbasis komunitas telah menghasilkan angka prevalensi depresi pasca salin mayor dan minor antara 10-15%. Angka depresi yang dilaporkan dari studi kohort masa nifas ini relatif sama dengan yang diobservasi dari populasi wanita nonpuerperal. Bila beberapa wanita dilaporkan menderita gejala-gejala singkat setelah kelahiran anak, depresi berkembang lebih perlahan lebih dari 6 bulan pertama pasca salin. Gejala dan tanda depresi masa nifas

Biasanya tidak dapat dibedakan dengan gangguan depresif mayor nonpsikotik yang terjadi pada wanita selain pasca salin. Afek disforik, iritabilitas, anhedonia, insomnia, dan fatigue adalah gejala-gejala yang sering dilaporkan. Kadang-kadang juga didapatkan keluhan somatik. Perasaan ambivalen atau negatif terhadap bayi sering dilaporkan. Wanita dengan depresi pasca salin sering mengemukakan keraguannya terhadap kemampuannya merawat bayinya. Dalam bentuk yang paling parah, depresi pasca salin bisa menghasilkan disfungsi yang sangat berat. Ide bunuh diri sering ditemukan, namun angka bunuh diri relatif rendah pada wanita yang mengalami depresi selama masa nifas. Walaupun beberapa studi telah mengevaluasi prevalensi penyakit psikiatrik komorbid pada populasi ini, ansietas yang berat dan pikiran obsesi menonjol pada wanita dengan gangguan jiwa masa nifas. Gejala-gejala ansietas umum, gangguan panik dan gangguan obsesif kompulsif sering didapatkan pada wanita dengan depresi pasca salin.

B. Psikosa

Psikosa secara sederhana didefinisikan sebagai suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rasa kenyataan atau sense of reality. Pada klien psikosa dapat terjadi gangguan pada hidup perasaan (afek dan emosi), proses berpikir, psikomotorik dan kemauan serta semua hal tersebut tidak sesuai dengan kenyataan. Berdasarkan penyebab utamanya psikosa dibedakan menjadi dua yaitu psikosa organik dan non organik (fungsional).

Psikosa organik atau syndrome otak organik adalah gangguan jiwa yang psikotik yang disebabkan oleh gangguan otak atau gangguan fungsi otak. Gangguan fungsi otak dapat disebabkan oleh penyakit badaniah seperti tumor, payah jantung dll dan arena cedera kepala.

Dalam penatalaksanaannya seorang bidan harus berkolaborasi dengan psikolog dan dokter spesialis jika memang gangguan yg timbul akibat gangguan fungsi otak.

Pada umumnya pasien psikosa tidak mampu melakukan partisipasi sosial, sering ada gangguan bicara, kehilangan orientasi terhadap lingkungan. Pasien psikosa membutuhkan perawatan rumah sakit.

C. Psikoneurosa

Yaitu ketegangan pribadi yang terus menerus akibat adanya konflik dalam diri orang bersangkutan dan terjadi terus menerus, akhirnya neurosis (kelainan mental berupa cemas kronis, hambatan emosi, sukar tidur, kurang perhatian terhadap lingkungan dan kurang berenergi)

Penatalaksanaannya adalah dengan menemukan sumber dari ketegangan yang timbul dan membantu penderita untuk mengatasi sumber ketegangan tersebut.



RANGKUMAN

Dalam kebidanan dikenal kelainan jiwa dalam kehamilan berupa depresi, psikosa dan psikoneurosa .

1. Depresi

Menurut Staab dan Feldman menyatakan bahwa depresi adalah suatu penyakit yang menyebabkan suatu gangguan dalam perasaan dan emosi yang dimiliki oleh individu yang ditunjuk sebagai suasana perasaan.

2. Psikosa

Psikosa secara sederhana didefinisikan sebagai suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rasa kenyataan atau sense of reality. Pada klien psikosa dapat terjadi gangguan pada hidup perasaan (afek dan emosi), proses berpikir, psikomotorik dan kemauan serta semua hal tersebut tidak sesuai dengan kenyataan. Berdasarkan penyebab utamanya psikosa dibedakan menjadi dua yaitu psikosa organik dan non organik (fungsional).

3. Psikoneurosa

Yaitu ketegangan pribadi yang terus menerus akibat adanya konflik dalam diri orang bersangkutan dan terjadi terus menerus , akhirnya neurosis (kelainan mental berupa cemas kronis, hambatan emosi, sukar tidur, kurang perhatian terhadap lingkungan dan kurang berenergi)



TES FORMATIF

1. Ahli yang menyatakan bahwa depresi adalah suatu penyakit yang menyebabkan suatu gangguan dalam perasaan dan emosi yang dimiliki oleh individu yang ditunjuk sebagai suasana perasaan adalah
 - a. Staab dan Feldman
 - b. Stab
 - c. Feelman
 - d. WHO
2. Pendapat ahli tersebut pengertian dari?
 - a. Depresi
 - b. Psikosis
 - c. Psikosa
 - d. psikoeuroa
3. Secara sederhana didefinisikan sebagai suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rasa kenyataan atau sense of reality
 - a. Psikoneurosa
 - b. Psikosa
 - c. Depresi
 - d. Psikis
4. Yaitu ketegangan pribadi yang terus menerus akibat adanya konflik dalam diri orang bersangkutan dan terjadi terus menerus merupakan
 - a. Psikoneurosa
 - b. Psikosa
 - c. Depresi
 - d. Psikis
5. Gangguan depresif mayor relatif sering terjadi selama masa nifas. Baik studi retrospektif dan prospektif yang berbasis komunitas telah menghasilkan angka prevalensi depresi pasca salin mayor dan minor antara
 - a. 10- 15%
 - b. 20 – 25 %
 - c. 10- 20 %
 - d. 5-10 %



GLOSARIUM

Psikosa	: Gangguan Psikologis
Psikoneurosa	: Gangguan yang terjadi pada neuron
Depresi	: ketegangan pribadi yang terus menerus



DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, I.B.G.1998. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC
- Mochtar, R. 1998 . *Sinopsis Obstetri*. Edisi 2. Jakarta: EGC