

Program Studi
Pendidikan Profesi Bidan



MODUL PRAKTIK 3

KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL

PRAKTIK KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL



**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

VISI DAN MISI
PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

VISI

“Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan
Yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju Daya Saing Global Tahun 2024
Dengan Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan yang berkualitas dengan menerapkan pembelajaran yang berbasis *evidence based dan critical thinking dalam asuhan kebidanan*.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat berbasis bukti ilmiah yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan produktifitas dan kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

MODUL PRAKTIK KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL

Hak cipta dan hak penerbitan yang dilindungi ada pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Dilarang menggandakan sebagian atau seluruh isi buku dengan cara tanpa izin tertulis dari penerbit.

Pengarah

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.
Oktavini, S,SiT,M.Keb

Penanggung Jawab

Kaprodi Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.
Heti Ira Ayue, SST., M.Keb

Editor

Yeni Lucin, S.Kep., MPH

Penyusun / Kontributor

Heti Ira Ayue, SST., M.Keb

Cetakan I, Tahun 2019

Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya,
Kalimantan Tengah 73111

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua. Alhamdulillah berkat kerja keras dengan petunjuk dan ridha-Nya kami berhasil menyelesaikan Modul Pendidikan Klinik Praktik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Prodi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Standard Pendidikan Profesi Bidan menuntut dunia pendidikan profesi bidan menghasilkan lulusan Profesi Bidan sesuai Standard Kompetensi Profesi Bidan mengacu Permendikbud RI No.3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, sehingga diharapkan Prodi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya mampu menghasilkan lulusan profesi bidan yang unggul dalam asuhan kebidanan holistik dengan pendekatan keluarga

Semoga Modul Praktik Klinik ini bermanfaat untuk kita semua sehingga tercapai tujuan, visi dan misi Prodi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya di masa depan.

Penulis

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

Modul ini digunakan sebagai panduan kegiatan praktik klinik bagi mahasiswa dan pembimbing klinik (CI) di Rumah Sakit yang telah bekerja sama dengan Prodi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya sebagai tempat pendidikan.

Mahasiswa yang mengikuti Modul Praktik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal adalah:

1. Mahasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan, dan dinyatakan lulus sebagai Sarjana Terapan Kebidanan serta telah mengikuti yudisium
2. Mahasiswa yang telah mengikuti Penguatan Keilmuan Kebidanan
3. Mahasiswa Semester II Prodi Pendidikan Profesi Bidan
4. Terdaftar di SIAKAD sebagai mahasiswa aktif Prodi Pendidikan Profesi Bidan pada semester berjalan.

BAB III

ASUHAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL MASA PERSALINAN

Didien Ika Setyarini, M.Keb.

PENDAHULUAN

Pada saat ini angka kematian ibu dan angka kematian perinatal di Indonesia masih sangat tinggi. Menurut survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi mencapai 359/100.000 kelahiran hidup untuk AKI dan AKB mencapai 32/1000 kelahiran hidup. Sejalan dengan komitmen pemerintah dalam menunjang upaya pencapaian Millenium Development Goals (MDG's) no 4 dan 5 didalam menurunkan angka kematian ibu adalah pencapaian angka kematian ibu menjadi 112/100.000 kelahiran hidup.

Dari berbagai faktor yang berperan pada kematian ibu, kemampuan kinerja petugas kesehatan berdampak langsung pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternal neonatal terutama kemampuan dalam mengatasi masalah persalinan yang bersifat kegawatdaruratan. Materi Bab III dimaksudkan supaya Anda dapat memberi asuhan kegawatdaruratan maternal masa persalinan secara optimal. Yang menjadi fokus pembahasan materi modul 3 tentang asuhan Kegawatdaruratan maternal masa persalinan adalah :

1. Kegawatdaruratan Masa Persalinan kala I dan II
2. Penatalaksanaan Asuhan Kegawatdaruratan persalinan kala I dan II
3. Kegawatdaruratan Masa Persalinan kala III dan IV
4. Penatalaksanaan Asuhan Kegawatdaruratan persalinan kala III dan IV

Semua penyulit persalinan atau komplikasi yang terjadi dapat dihindari apabila pertolongan persalinan diasuh dan dikelola secara benar. Untuk dapat memberikan asuhan pada ibu bersalin dengan tepat dan benar diperlukan tenaga kesehatan yang terampil dan profesional dalam menangani kondisi kegawatdaruratan. Untuk itu Anda dibekali ilmu dan keterampilan tentang kegawatdaruratan maternal pada masa persalinan yang akan Anda pelajari dalam modul ini. Dengan mempelajari materi Bab ini diharapkan Anda memiliki pemahaman tentang asuhan kegawatdaruratan maternal masa persalinan dan termotivasi secara optimal untuk mengembangkan kemampuan Anda memberi asuhan kegawatdaruratan maternal masa persalinan.

Untuk memudahkan Anda mengikuti proses pembelajaran dalam Bab 3 ini, maka akan lebih mudah bagi Anda jika mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Baca terlebih dahulu tujuan yang ingin dicapai.
2. Pelajari secara berurutan kegiatan belajar 1, 2, 3 dan 4
3. Baca dengan seksama materi yang disampaikan
4. Kerjakan latihan-latihan/tugas-tugas terkait dengan materi yang dibahas dan diskusikan dengan fasilitator/tutor pada saat kegiatan tatap muka.
5. Buat ringkasan dari materi yang dibahas untuk memudahkan Anda mengingat.
6. Kerjakan evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan cocokkan jawaban Anda dengan kunci yang disediakan pada akhir unit.
7. Jika Anda mengalami kesulitan diskusikan dengan teman Anda dan konsultasikan kepada fasilitator
8. Keberhasilan proses pembelajaran Anda dalam mempelajari materi dalam Bab ini tergantung dari kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu belajarlaha dan berlatih secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat Anda.

PETUNJUK BELAJAR BAGI FASILITATOR

1. Pahami Capaian Pembelajaran dalam Bab 3 ini
2. Motivasi pembaca untuk membaca dengan seksama materi yang disampaikan dan berikan penjelasan untuk hal-hal yang dianggap sulit
3. Motivasi pembaca untuk mengerjakan latihan-latihan/tugas-tugas terkait dengan materi yang dibahas.
4. Identifikasi kesulitan pembaca dalam mempelajari modul terutama materi-materi yang dianggap penting
5. Jika pembaca mengalami kesulitan, mintalah mereka untuk mendiskusikan dalam kelompok atau kelas dan berikan kesimpulan.
6. Motivasi pembaca untuk mengerjakan evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan mendiskusikannya dengan teman.
7. Bersama pembaca lakukan penilaian terhadap kemampuan yang telah dicapai.

Topik 1

Kegawatdaruratan Masa Persalinan

Kala I dan Kala II

Kasus kegawatdaruratan obstetri ialah kasus yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu dan janinya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. Secara umum terdapat berbagai kasus yang masuk dalam kategori kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II, dan manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas. Dari berbagai kasus yang ada, dalam Bab 3 Topik 1 ini Anda akan mempelajari kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II tentang kasus yang sering dan atau mungkin terjadi yaitu :

- a. Emboli air ketuban
- b. Distosia bahu
- c. Persalinan dengan kelainan letak (sungsang)
- d. Partus lama
- e. Preeklamsia.

Setelah menyelesaikan unit kegiatan belajar 1 diharapkan Anda mampu menganalisis kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat. Secara khusus, setelah menyelesaikan materi 1, diharapkan Anda mampu :

1. Mengidentifikasi jenis penyulit persalinan kala I dan II
2. Menguraikan pengertian berbagai jenis penyulit kala I dan II persalinan
3. Menguraikan etiologi/penyebab berbagai jenis penyulit kala I dan II persalinan
4. Menguraikan tanda dan gejala berbagai jenis penyulit kala I dan II persalinan

Tahukan Anda apa yang dimaksud dengan kegawatdaruratan? Pada Bab 1 tentu anda sudah pernah mempelajari tentang kegawatdaruratan. Coba anda ingat kembali apa itu kegawatdaruratan Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya (Dorlan, 2011).

Kegawatdaruratan obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya (Chamberlain, Geoffrey, & Phillip Steer, 1999).

Apakah Anda menyadari bahwa sebenarnya mengenal kasus kegawatdaruratan obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat Anda berikan. Mengingat manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan obstetri yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, mengenal kasus tersebut tidak selalu mudah untuk

dilakukan. Hal itu bergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir dan daya analisis, serta pengalaman dari Anda semua. Kesalahan ataupun kelambatan Anda dalam menentukan kasus, dapat berakibat fatal. Ketahuilah bahwa dalam prinsip, pada saat Anda menerima setiap kasus yang Anda hadapi maka harus dianggap gawatdarurat atau setidaknya dianggap berpotensi gawatdarurat, sampai ternyata setelah pemeriksaan selesai kasus itu ternyata bukan kasus gawatdarurat. Coba anda identifikasi kasus kegawatdaruratan meternal apa saja yang termasuk dalam persalinan Kala I dan Kala II.

1. Identifikasi kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan Kala I dan Kala II

Yang dapat menyebabkan keadaan gawatdarurat dalam hal ini adalah penyulit persalinan yaitu hal-hal yang berhubungan langsung dengan persalinan yang menyebabkan hambatan bagi persalinan yang lancar. Kategori dalam penyulit persalinan kala I dan II adalah sebagai berikut :

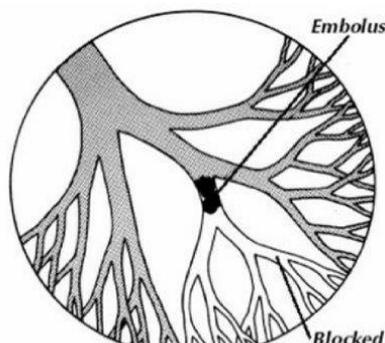
- a. Emboli air ketuban
- b. Distosia bahu
- c. Persalinan dengan Kelainan letak (letak sungsang)
- d. Partus lama
- e. Preeklamsia

Untuk mencapai kompetensi tersebut, maka pelajarilah dengan baik uraian tentang teori dalam kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II berikut ini :

Emboli Air Ketuban

a. Pengertian

Emboli air ketuban merupakan sindrom dimana cairan ketuban memasuki sirkulasi darah maternal, tiba-tiba terjadi gangguan pernafasan yang akut dan shock. Sebanyak 25% wanita yang menderita keadaan ini meninggal dalam waktu 1 jam. Kondisi ini amat jarang dengan perbandingan 1 : 8000 sampai 1 : 30.000. Sampai saat ini mortalitas maternal dalam waktu 30 menit mencapai angka 85%. Meskipun telah diadakan perbaikan sarana ICU dan pemahaman mengenai hal hal yang dapat menurunkan mortalitas, kejadian ini masih tetap merupakan penyebab kematian ke III di negara berkembang.



Gambar 1. Bolus cairan ketuban masuk dalam sirkulasi darah ibu

b. Etiologi

Patofisiologi belum jelas diketahui secara pasti. Diduga bahwa terjadi kerusakan penghalang fisiologi antara ibu dan janin sehingga bolus cairan amnion memasuki sirkulasi maternal yang selanjutnya masuk kedalam sirkulasi paru dan menyebabkan:

- Kegagalan perfusi secara masif
- Bronchospasme
- Renjatan

Akhir akhir ini diduga bahwa terjadi suatu peristiwa syok anafilaktik akibat adanya antigen janin yang masuk kedalam sirkulasi ibu dan menyebabkan timbulnya berbagai manifestasi klinik.

Faktor Risiko

Emboli air ketuban dapat terjadi setiap saat dalam kehamilan namun sebagian besar terjadi pada saat inpartu (70%), pasca persalinan (11%) dan setelah Sectio Caesar (19%). Yang menjadi faktor risiko adalah beberapa hal berikut :

1. Multipara
2. Solusio plasenta
3. IUFD
4. Partus presipitatus
5. Suction curettahge
6. Terminasi kehamilan
7. Trauma abdomen
8. Versi luar
9. Amniosentesis

c. Tanda dan Gejala

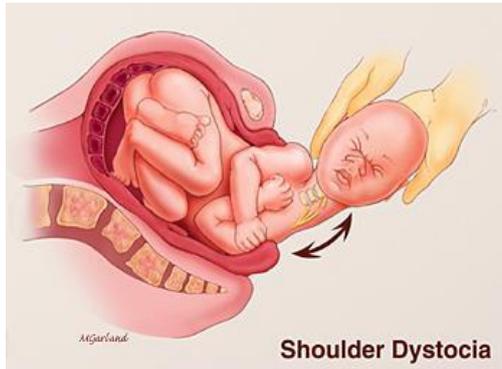
- 1) Pada umumnya emboli air ketuban terjadi secara mendadak dan diagnosa emboli air ketuban harus pertama kali dipikirkan pada pasien hamil yang tiba tiba mengalami kolaps.
- 2) Pasien dapat memperlihatkan beberapa gejala dan tanda yang bervariasi, namun umumnya gejala dan tanda yang terlihat adalah :
 - Sesak nafas
 - Wajah kebiruan
 - Terjadi gangguan sirkulasi jantung
 - Tekanan darah mendadak turun
 - Nadi kecil/cepat

2. Distosia Bahu

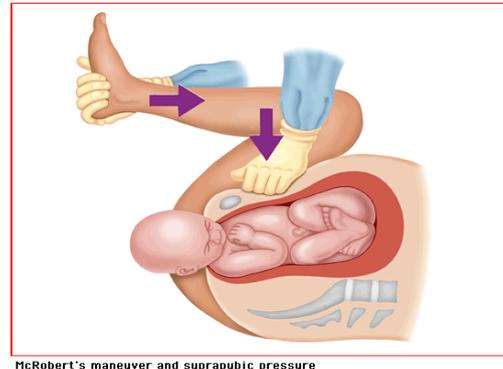
a. Pengertian

Distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Spong dkk (1995) menggunakan sebuah kriteria objektif untuk menentukan adanya distosia bahu yaitu interval waktu antara lahirnya kepala dengan

seluruh tubuh. Nilai normal interval waktu antara persalinan kepala dengan persalinan seluruh tubuh adalah 24 detik, pada distosia bahu 79 detik. Mereka mengusulkan bahwa distosia bahu adalah bila interval waktu tersebut lebih dari 60 detik. American College of Obstetrician and Gynecologist (2002): angka kejadian distosia bahu bervariasi antara 0.6 – 1.4%.



Gambar 2. Distosia Bahu



Gambar 3. Perasat McRobert's

Distosia bahu adalah kondisi darurat oleh karena bila tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian janin dan terdapat ancaman terjadinya cedera syaraf daerah leher akibat regangan berlebihan/terjadinya robekan (Widjanarko, 2012).

b. Etiologi

- ◆ Maternal
 - Kelainan bentuk panggul
 - Diabetes gestasional
 - Kehamilan postmature
 - Riwayat persalinan dengan distosia bahu
 - Ibu yang pendek.
- ◆ Fetal
 - Dugaan macrosomia

c. Tanda dan Gejala

American College of Obstetricians and Gynecologist (2002) menyatakan bahwa penelitian yang dilakukan dengan metode evidence based menyimpulkan bahwa :

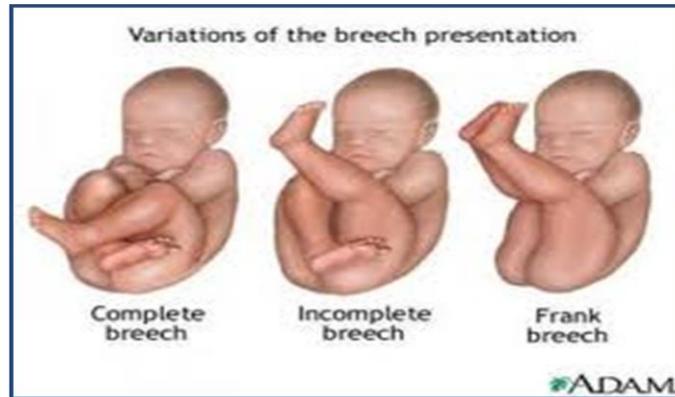
- ◆ Sebagian besar kasus distosia bahu tidak dapat diramalkan atau dicegah
- ◆ Adanya kehamilan yang melebihi 5000 gram atau dugaan berat badan janin yang dikandung oleh penderita diabetes lebih dari 4500 gram

3. Persalinan letak sungsang

a. Pengertian

Persalinan letak sungsang adalah persalinan pada bayi dengan presentasi bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada

fundus uteri, sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis (Manuaba, 1988).



Gambar 4. Macam-macam Letak Sungsang

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

b. Etiologi

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

- 1) Faktor ibu
 - a) Keadaan rahim
 - Rahim arkuatus
 - Septum pada rahim
 - Uterus dupleks
 - Mioma bersama kehamilan
 - b) Keadaan plasenta
 - Plasenta letak rendah
 - Plasenta previa
 - c) Keadaan jalan lahir
 - Kesempitan panggul
 - Deformitas tulang panggul
 - Terdapat tumor menghalangi jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala
- 2) Faktor Janin
 - Pada janin terdapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang:
 - Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat

- Hirdosefalus atau anensefalus
- Kehamilan kembar
- Hirdramnion atau oligohidramnion
- Prematuritas

c. Tanda dan Gejala

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

Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan sedikit lebih tinggi dari umbilikus (Sarwono Prawirohardjo, 2007 : 609). Auskultasi denyut jantung janin dapat terdengar diatas umbilikus jika bokong janin belum masuk pintu atas panggul. Apabila bokong sudah masuk pintu atas panggul, denyut jantung janin biasanya terdengar di lokasi yang lebih rendah (Debbie Holmes dan Philip N. Baker, 2011).
- ◆ Pemeriksaan dalam
 - Teraba 3 tonjolan tulang yaitu tuber ossis ischii dan ujung os sakrum
 - Pada bagian di antara 3 tonjolan tulang tersebut dapat diraba anus.
 - Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa, sehingga dapat dikelirukan dengan kepala oleh karena tulang yang keras.

4. Partus lama

a. Pengertian

Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan aktif (Syaifuddin AB, 2002). Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24jam pada primigradiva, dan lebih dari 18 jam pada multigradiva (Mochtar, 1998).

b. Etiologi

Menurut Saifudin AB, (2007) Pada prinsipnya persalinan lama dapat disebabkan oleh :

1. His tidak efisien (inadekuat)
2. Faktor janin (malpresenstasi, malposisi, janin besar)

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex (presentasi bokong, dahi, wajah, atau letak lintang). Malposisi adalah posisi kepala janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referansi. Janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet (Saifudin AB, 2007)
3. Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

Panggul sempit atau disporporsi sefalopelvik terjadi karena bayi terlalu besar dan pelvic kecil sehingga menyebabkan partus macet. Cara penilaian serviks yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (trial of labor). Kegunaan pelvimetre klinis terbatas (Saifudin AB, 2007)

Faktor lain (Predisposisi)

- Paritas dan Interval kelahiran (Fraser, MD, 2009)
- Ketuban Pecah Dini

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 sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Sujiyatini, 2009).

Pada ketuban pecah dini bisa menyebabkan persalinan berlangsung lebih lama dari keadaan normal, dan dapat menyebabkan infeksi. Infeksi adalah bahaya yang serius yang mengancam ibu dan janinnya, bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin (Wiknjosastro, 2007).

KPD pada usia kehamilan yang lebih dini biasanya disertai oleh periode laten yang lebih panjang. Pada kehamilan aterm periode laten 24 jam pada 90% pasien (Scott RJ, 2002).

c. Tanda dan Gejala

Tabel 1. Diagnosis Kelainan Partus Lama

Tanda dan gejala klinis	Diagnosis
Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm), tidak didapatkan kontraksi uterus	Belum inpartu, fase labor
Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam inpartu	<i>Prolonged laten phase</i>
Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada partograf : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3 kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 detik ▪ <i>Secondary arrest of dilatation</i> atau <i>arrest of descent</i> ▪ <i>Secondary arrest of dilatation</i> dan bagian terendah dengan caput terdapat <i>moulase</i> hebat, edema serviks, tanda rupture uteri immenens, fetal dan maternal distress ▪ Kelainan presentasi (selain <i>vertex</i>) 	Inersia uteri Disporporsi sefalopelvik Obstruksi
Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mendedan, tetapi tidak ada kemajuan (kala II lama/ <i>prolonged second stage</i>)	Malpresentasi

5. Preeklamsia

a. Pengertian

Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein di dalam urin/proteinuria. (Fadlun, 2013). Preeklamsia adalah suatu sindrom khas kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel. (Leveno, 2009). Preeklamsia merupakan suatu penyakit vasopastik, yang melibatkan banyak sistem dan ditanda i oleh hemokonsentrasi, hipertensi yang terjadi setelah minggu ke 20 dan proteinuria. (Bobak, 2005).

b. Etiologi

- Primigravida, 85 % preeklamsi terjadi pada kehamilan pertama
- Grande multigravida
- Janin besar
- Distensi rahim berlebihan (hidramnion, hamil kembar, mola hidatidosa)

c. Tanda dan Gejala

Kriteria minimal dari preeklamsia adalah sebagai berikut :

- Tekanan darah 140/90 mmHg setelah gestasi 20 minggu
- Proteinuria 300 mg/24 jam atau 1+ pada dipstik

Peningkatan kepastian preeklamsia (berat) adalah :

- Tekanan darah 160/110 mmHg
- Proteinuria 2 g/24 jam atau 2+ pada dipstik
- Nyeri kepala menetap atau gangguan penglihatan
- Nyeri epigastrium menetap

Latihan

Tugas Mandiri

Setelah selesai mempelajari materi yang diuraikan/dibahas pada Topik 1 dan sebelum melanjutkan kegiatan pembelajaran yang berikutnya pada Topik 2, Anda diharuskan untuk mengerjakan soal-soal latihan yang sudah anda kerjakan pada test formatif. Selanjutnya untuk menambah pengetahuan yang telah Anda miliki, agar wawasan Anda lebih luas maka lakukan benchmarking ke Perpustakaan atau penelusuran pustaka melalui internet, fasilitator, dan diskusi bersama teman. Selanjutnya buatlah resume terkait dengan materi belajar Topik 1 dari hasil penelusuran Anda.

Ringkasan

Dari uraian materi yang telah Anda pelajari di atas dapat disimpulkan bahwa yang termasuk penyulit persalinan kala I adalah preeklamsia. Sedangkan yang masuk dalam

klasifikasi penyulit kala II persalinan adalah emboli air ketuban (juga dapat terjadi pada kala I), distosia bahu, persalinan letak sungsang dan partus lama.

Emboli air ketuban merupakan sindrom dimana cairan ketuban memasuki sirkulasi darah maternal, tiba-tiba terjadi gangguan pernafasan yang akut dan shock. Pasien dapat memperlihatkan beberapa gejala dan tanda yang bervariasi, namun umumnya gejala dan tanda yang terlihat adalah segera setelah persalinan berakhir atau menjelang akhir persalinan, pasien batuk-batuk, sesak, terengah-engah dan kadang 'cardiac arrest'.

Distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Sebagian besar kasus distosia bahu tidak dapat diramalkan atau dicegah. Adanya kehamilan yang melebihi 5000 gram atau dugaan berat badan janin yang dikandung oleh penderita diabetes lebih dari 4500 gram diduga sebagai faktor predisposisi terjadinya distosia bahu.

Persalinan letak sungsang adalah persalinan pada bayi dengan presentasi bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri, sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis. Pada pemeriksaan abdominal (palpasi) di fundus uteri teraba kepala. Kepala lebih keras dan lebih bulat dari pada bokong dan kadang-kadang dapat dipantulkan (Ballotement). Untuk auskultasi denyut jantung janin dapat terdengar diatas umbilikus jika bokong janin belum masuk pintu atas panggul.

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Preeklamsi merupakan suatu penyakit vasopastik, yang melibatkan banyak sistem dan ditandai oleh hemokonsentrasi, hipertensi yang terjadi setelah minggu ke 20 dan proteinuria. Kriteria minimal dari preeklamsia adalah tekanan darah 140/90 mmHg setelah gestasi 20 minggu dan proteinuria 300 mg/24 jam atau 1+ pada dipstik.

Test 1

Kerjakan soal di bawah ini dengan memberi tanda silang pada salah satu jawaban yang Anda anggap paling benar.

Kasus 1 (Soal No. 1 dan 2)

Seorang ibu inpartu kala I fase aktif mengalami pecah ketuban secara spontan pada pembukaan 8 cm. Beberapa saat setelah ketuban pecah tiba-tiba ibu mengalami sesak nafas, wajah kebiruan, tekanan darah mendadak turun, nadi kecil/cepat kemudian terjadi gangguan pernafasan yang akut dan shock.

- 1) Analisa saudara untuk kasus di atas adalah, ibu mengalami ...
 - A. KPD
 - B. Emboli air ketuban
 - C. Penyakit jantung
 - D. Syock obstetri

- 2) Kasus tersebut dapat terjadi setiap saat **terutama** dalam masa ...
- A. Kehamilan
 - B. Persalinan
 - C. Pasca persalinan
 - D. Setelah sectio cesarea
- 3) Yang Anda ketahui tentang partus lama adalah persalinan yang berlangsung ...
- A. 24 jam pada primi dan > 18 jam pada multi
 - B. 18 jam pada primi dan > 24 jam pada multi
 - C. 8 jam bayi belum lahir dengan fase laten > 12 jam
 - D. 24 jam bayi belum lahir dengan fase laten > 8 jam

Kasus 2 (Soal no. 5 dan 6)

Ny. N usia 26 tahun hamil anak kedua 39 mgg datang ke Bidan jam 01.00 WIB. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil urin reduksi (++) TBJ janin 4100 gr, jam 08.00 WIB pembukaan lengkap. Setelah dipimpin mengejan kepala bayi lahir namun tidak ada kemajuan persalinan.

- 4) Diagnosa pada Ny N adalah G II Inpartu kala II dengan ...
- A. Makrosomia
 - B. Distosia bahu
 - C. Lilitan tali pusat.
 - D. Cephalo Pelivik Dispropotion.
- 5) Salah satu faktor penyebab dari Ny.N berdasarkan kasus tersebut adalah...
- A. Hipertensi
 - B. Janin besar
 - C. Panggul sempit
 - D. Diabetes militus

Topik 2

Penatalaksanaan Asuhan Kegawatdaruratan Persalinan Kala I dan II

Kasus kegawatdaruratan obstetri merupakan kasus yang harus segera ditangani agar dapat meminimalisir mortalitas dan morbiditas ibu dan janinya. Dalam Bab 3 Topik 2 ini Anda akan mempelajari penatalaksanaan kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II yaitu penatalaksanaan pada kasus :

1. Emboli air ketuban
2. Distosia bahu
3. Persalinan dengan kelainan letak (sungsang)
4. Partus lama
5. Preeklamsia.

Setelah menyelesaikan Topik 2 diharapkan Anda mampu menganalisis penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat. Secara khusus, setelah menyelesaikan materi belajar topik 2, Anda diharapkan mampu :

1. Melakukan penatalaksanaan kasus emboli air ketuban
2. Melakukan penatalaksanaan kasus distosia bahu
3. Melakukan penatalaksanaan kasus persalinan dengan letak sungsang
4. Melakukan penatalaksanaan kasus partus lama
5. Melakukan penatalaksanaan kasus preeklamsia

Setelah Anda mengidentifikasi kasus penyulit persalinan kala I dan II, kemudian mempelajari konsep dari masing-masing kasus, apakah Anda menyadari bahwa kasus kegawatdaruratan tersebut sangat penting untuk diberikan pertolongan/penatalaksanaan yang cepat dan tepat. Kesalahan ataupun kelambatan Anda dalam menentukan penatalaksanaan terhadap kasus, dapat berakibat fatal. Untuk dapat memberikan pertolongan yang cepat dan tepat, maka pelajailah dengan baik uraian tentang bagaimana penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II berikut ini :

1. Penatalaksanaan Emboli Air Ketuban

- ◆ Bila sesak nafas → oksigen atau respirator
- ◆ Bila terjadi gangguan bekuan darah → transfusi
- ◆ Observasi tanda vital

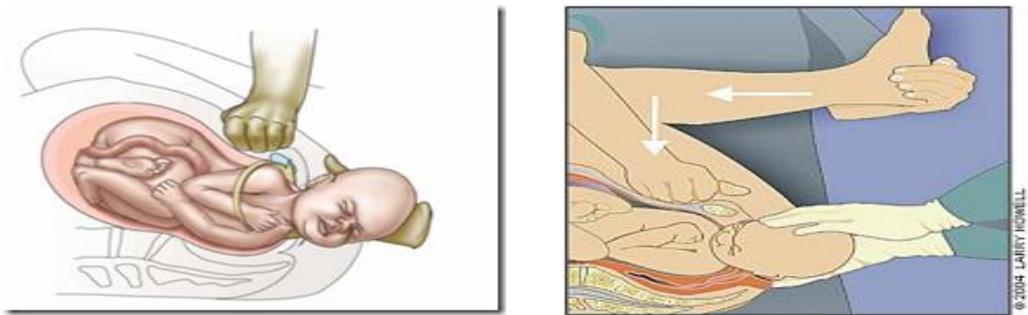
Wanita yang bertahan hidup setelah menjalani resusitasi jantung sebaiknya mendapat terapi yang ditujukan untuk oksigenasi dan membantu miokardium yang mengalami kegagalan. Tindakan yang menunjang sirkulasi dan pemberian darah dan komponen darah sangat penting dikerjakan. Belum ada data yang menunjukkan bahwa ada suatu

intervensi yang dapat memperbaiki prognosis ibu pada emboli cairan amnion. Penderita yang belum melahirkan perlu tindakan seksio caesarea darurat sebagai upaya menyelamatkan janin.

2. Penatalaksanaan Distosia Bahu

Penatalaksanaan distosia bahu (APN 2007)

- a. Mengenakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- b. Melaksanakan episiotomi secukupnya dengan didahului dengan anastesi lokal.
- c. Mengatur posisi ibu Manuver Mc Robert.
 - Pada posisi ibu berbaring terlentang, minta ibu menarik lututnya sejauh mungkin kearah dadanya dan diupayakan lurus. Minta suami/keluarga membantu.
 - Lakukan penekanan ke bawah dengan mantap diatas simpisis pubis untuk menggerakkan bahu anterior di atas simpisis pubis. Tidak diperbolehkan mendorong fundus uteri, beresiko menjadi ruptur uteri.



Gambar.5 Manuver Mc Robert

- d. Ganti posisi ibu dengan posisi merangkak dan kepala berada di atas
 - Tekan ke atas untuk melahirkan bahu depan
 - Tekan kepala janin mantap ke bawah untuk melahirkan bahu belakang

Penatalaksanaan distosia bahu menurut Varney (2007)

- a. Bersikap relaks. Hal ini akan mengkondisikan penolong untuk berkonsentrasi dalam menangani situasi gawat darurat secara efektif.
- b. Memanggil dokter. Bila bidan masih terus menolong sampai bayi lahir sebelum dokter datang, maka dokter akan menangani perdarahan yang mungkin terjadi atau untuk tindakan resusitasi.
- c. Siapkan peralatan tindakan resusitasi.
- d. Menyiapkan peralatan dan obat-obatan untuk penanganan perdarahan.
- e. Beritahu ibu prosedur yang akan dilakukan.
- f. Atur posisi Mc Robert.
- g. Cek posisi bahu. Ibu diminta tidak mengejan. Putar bahu menjadi diameter oblik dari pelvis atau anteroposterior bila melintang. Kelima jari satu tangan diletakkan

pada dada janin, sedangkan kelima jari tangan satunya pada punggung janin sebelah kiri. Perlu tindakan secara hati-hati karena tindakan ini dapat menyebabkan kerusakan pleksus syaraf brakhialis.

- h. Meminta pendamping persalinan untuk menekan daerah supra pubik untuk menekan kepala ke arah bawah dan luar. Hati-hati dalam melaksanakan tarikan ke bawah karena dapat menimbulkan kerusakan pleksus syaraf brakhialis. Cara menekan daerah supra pubik dengan cara kedua tangan saling menumpuk diletakkan di atas simpisis. Selanjutnya ditekan ke arah luar bawah perut.
- i. Bila persalinan belum menunjukkan kemajuan, kosongkan kandung kemih karena dapat mengganggu turunnya bahu, melakukan episiotomy, melakukan pemeriksaan dalam untuk mencari kemungkinan adanya penyebab lain distosia bahu. Tangan diusahakan memeriksa kemungkinan :
 - Tali pusat pendek.
 - Bertambah besarnya janin pada daerah thorak dan abdomen oleh karena tumor.
 - Lingkaran bandl yang mengindikasikan akan terjadi ruptur uteri.
- j. Mencoba kembali melahirkan bahu. Bila distosia bahu ringan, janin akan dapat dilahirkan.
- k. Lakukan tindakan perasat seperti menggunakan alat untuk membuka botol (corkcrew) dengan cara seperti menggunakan prinsip skrup wood. Lakukan pemutaran dari bahu belakang menjadi bahu depan searah jarum jam, kemudian di putar kembali dengan posisi bahu belakang menjadi bahu depan berlawanan arah dengan jarum jam putar 180°C. Lakukan gerakan pemutaran paling sedikit 4 kali, kemudian melahirkan bahu dengan menekan kepala ke arah luar belakang disertai dengan penekanan daerah suprapubik.
- l. Bila belum berhasil, ulangi melakukan pemutaran bahu janin seperti langkah 11.
- m. Bila tetap belum berhasil, maka langkah selanjutnya mematahkan klavikula anterior kemudian melahirkan bahu anterior, bahu posterior, dan badan janin.
- n. Melakukan maneuver Zavenelli, yaitu suatu tindakan untuk memasukkan kepala kembali ke dalam jalan lahir dengan cara menekan dinding posterior vagina, selanjutnya kepala janin di tahan dan dimasukkan, kemudian dilakukan SC.

Bagaimana apakah Anda sudah tahu, apa yang harus Anda lakukan bila terjadi kasus persalinan kemudian terjadi distosia bahu ? Bila Anda belum paham cobalah sekali lagi untuk membaca penatalaksanaan distosia bahu di atas.

3. Penatalaksanaan Persalinan letak sungsang

Selama proses persalinan, risiko ibu dan anak jauh lebih besar dibandingkan persalinan pervaginam pada presentasi belakang kepala.

📌 ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 📌 ■

1. Pada saat masuk kamar bersalin perlu dilakukan penilaian secara cepat dan cermat mengenai : keadaan selaput ketuban, fase persalinan, kondisi janin serta keadaan umum ibu.
2. Dilakukan pengamatan cermat pada DJJ dan kualitas his dan kemajuan persalinan.
3. Persiapan tenaga penolong persalinan dan asisten penolong.

Persalinan spontan pervaginam (spontan Bracht) terdiri dari 3 tahapan :

1. Fase lambat **pertama**:
 - Mulai dari lahirnya bokong sampai umbilikus (scapula).
 - Disebut fase lambat oleh karena tahapan ini tidak perlu ditangani secara tergesa-gesa mengingat tidak ada bahaya pada ibu dan anak yang mungkin terjadi.
2. Fase **cepat**:
 - Mulai lahirnya umbilikus sampai mulut.
 - Pada fase ini, kepala janin masuk panggul sehingga terjadi oklusi pembuluh darah talipusat antara kepala dengan tulang panggul sehingga sirkulasi uteroplasenta terganggu.
 - Disebut fase cepat oleh karena tahapan ini harus terselesaikan dalam 1-2 kali kontraksi uterus (sekitar 8 menit).
3. Fase lambat **kedua**:
 - Mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala.
 - Fase ini disebut fase lambat oleh karena tahapan ini tidak boleh dilakukan secara tergesa-gesa untuk menghindari dekompresi kepala yang terlampau cepat yang dapat menyebabkan perdarahan intrakranial.

Untuk teknik pertolongan persalinan sungsang spontan pervaginam, langkah-langkahnya akan Anda pelajari secara lengkap pada Praktikum Bab 1 tentang pertolongan persalinan sungsang.

4. Penatalaksanaan Partus lama

Menurut Winkjosastro (2002), penatalaksanaan berdasarkan diagnosisnya, yaitu:

Fase Laten Memanjang

- Bila fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks.
- Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum inpartu
- Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin
- Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam
- Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau): lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin

- Berikan antibiotika kombinasi sampai persalinan
- Ampisilin 2 g IV setiap 6 jam
- Ditambah gentamisin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam
- Jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotika pascapersalinan
- Jika dilakukan SC, lanjutkan antibiotika ditambah metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.

Fase Aktif Memanjang

- Jika tidak ada tanda - tanda disproporsi sefalopelfik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban
- Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inertia uteri
- Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi
- Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

Partus lama adalah kasus yang juga sering terjadi bila pertolongannya dilakukan bukan oleh tenaga kesehatan atau oleh tenaga kesehatan tetapi salah dalam pengelolaan persalinannya. Setelah Anda mengenal apa itu partus lama, maka diharapkan kasus ini akan terminimalisasi. Bagaimana agar partus lama tidak terjadi ?. Menurut Harry Oxorn dan Willian R. Forte (1996), penatalaksanaan partus lama antara lain :

Pencegahan

- Persiapan kelahiran bayi dan perawatan prenatal yang baik akan mengurangi insidensi partus lama.
- Persalinan tidak boleh diinduksi atau dipaksakan kalau serviks belum matang. Servik yang matang adalah servik yang panjangnya kurang dari 1,27 cm (0,5 inci), sudah mengalami pendataran, terbuka sehingga bisa dimasuki sedikitnya satu jari dan lunak serta bisa dilebarkan.

Tindakan suportif

- Selama persalinan, semangat pasien harus didukung. Anda harus membesarkan hatinya dengan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien.
- Intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Pada semua partus lama, intake cairan sebanyak ini di pertahankan melalui pemberian infus larutan glukosa. Dehidrasi, dengan tanda adanya acetone dalam urine, harus dicegah.
- Makanan yang dimakan dalam proses persalinan tidak akan tercerna dengan baik. Makanan ini akan tertinggal dalam lambung sehingga menimbulkan bahaya muntah dan aspirasi. Untuk itu, maka pada persalinan yang berlangsung lama di pasang infus untuk pemberian kalori.
- Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai. Kandung kemih dan rectum yang penuh tidak saja menimbulkan perasaan lebih mudah cedera dibanding dalam keadaan kosong.

- Meskipun wanita yang berada dalam proses persalinan, harus diistirahatkan dengan pemberian sedatif dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik, namun semua preparat ini harus digunakan dengan bijaksana. Narcosis dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.
- Pemeriksaan rectal atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.
- Apabila hasil-hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terdapat gawat janin ataupun ibu, tetapi suportif diberikan dan persalinan dibiarkan berlangsung secara spontan.

Perawatan pendahuluan

Penatalaksanaan penderita dengan partus lama adalah sebagai berikut :

- Suntikan Cortone acetate 100-200 mg intramuskular
- Penisilin prokain : 1 juta IU intramuskular
- Streptomisin 1 gr intramuskular
- Infus cairan : Larutan garam fisiologis, Larutan glukose 5-100% pada janin pertama: 1 liter/jam
- Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk segera bertindak

5. Penatalaksanaan Pre-eklamsia

Penanganan pre-eklampsia pada saat persalinan adalah:

- a. Rangsangan untuk menimbulkan kejang dapat berasal dari luar dari penderita sendiri, dan his persalinan merupakan rangsangan yang kuat. Maka dari itu preeklampsia berat lebih mudah menjadi eklampsia pada waktu persalinan.
- b. Pada persalinan diperlukan sedativa dan analgetik yang lebih banyak.
- c. Pada kala II, pada penderita dengan hipertensi bahaya perdarahan dalam otak lebih besar sehingga hendaknya persalinan diakhiri dengan cunam atau ekstraksi vakum dengan memberikan narkosis umum untuk menghindari rangsangan pada susunan saraf pusat.
- d. Anastsi lokal dapat diberikan bila tekanan darah tidak terlalu tinggi dan penderita masih sanmolen karena pengaruh obat.
- e. Hindari pemberian ergometrin pada kala III karena dapat menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan dapat meningkatkan pembuluh darah.
- f. Pemberian obat penennag diteruskan sampai dengan 48 jam postpartum karena ada kemungkinan setelah persalinan tekanan darah akan naik dan berlanjut menjadi eklampsia. (Winkjosastro, 2007).

Tugas mandiri

Setelah selesai mempelajari materi yang diuraikan/dibahas pada Topik 2 dan sebelum melanjutkan kegiatan pembelajaran yang berikutnya pada Topik 3, Anda diharuskan untuk mengerjakan soal-soal latihan yang sudah anda kerjakan pada test yang diberikan. Untuk menambah pengetahuan yang telah Anda miliki, agar wawasan Anda lebih luas maka lakukan *benchmarking* ke Perpustakaan atau penelusuran pustaka melalui internet, fasilitator, dan diskusi bersama teman. Selanjutnya buatlah resume terkait dengan materi pada topik 2 dari hasil penelusuran Anda.

Ringkasan

Mengenal kasus kegawatdaruratan obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Mengingat manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan obstetri 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 setidaknya dianggap berpotensi gawatdarurat, sampai ternyata setelah pemeriksaan selesai kasus itu ternyata bukan kasus gawatdarurat.

Dalam menangani kasus kegawatdaruratan, penentuan permasalahan utama (diagnosa) dan tindakan pertolongannya harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan tenang tidak panik, walaupun suasana keluarga pasien ataupun pengantarnya mungkin dalam kepanikan. Semuanya 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.

Test 2

Kerjakan soal di bawah ini dengan memberi tanda silang pada salah satu jawaban yang Anda anggap paling benar.

- 1) Penatalaksanaan kasus emboli air ketuban yang dapat Anda lakukan sesuai dengan kewenangan saudara sebagai bidan adalah memberikan...
 - A. Tranfusi darah
 - B. Oksigen
 - C. Antibiotika kombinasi
 - D. Kortikosteroid

- 2) Bila terjadi kemacetan pada bahu saat menolong persalinan, tindakan yang dapat Anda berikan adalah Perasat ...
 - A. Brach
 - B. Klasik
 - C. Muller
 - D. Mc Robert's

- 3) Persalinan spontan pervaginam (spontan Bracht) pada fase lambat pertama adalah proses mulai lahirnya ...
 - A. Umbilikus sampai mulut
 - B. Bokong sampai umbilikus (scapula)
 - C. Mulut sampai seluruh kepala
 - D. Bokong sampai mulut

- 4) Persalinan spontan pervaginam (spontan Bracht) pada fase lambat kedua adalah proses mulai lahirnya ...
 - A. Umbilikus sampai mulut
 - B. Bokong sampai umbilikus (scapula)
 - C. Mulut sampai seluruh kepala
 - D. Bokong sampai mulut

5. Persalinan spontan pervaginam (spontan Bracht) pada fase cepat adalah proses
 - A. Umbilikus sampai mulut
 - B. Bokong sampai umbilikus (scapula)
 - C. Mulut sampai seluruh kepala
 - D. Bokong sampai mulut

Topik 3

Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Masa Persalinan Kala III dan IV

Perdarahan postpartum merupakan suatu komplikasi potensial yang mengancam jiwa pada persalinan pervaginam dan sectio cesaria. Meskipun beberapa penelitian mengatakan persalinan normal seringkali menyebabkan perdarahan lebih dari 500 ml tanpa adanya suatu gangguan pada kondisi ibu. Hal ini mengakibatkan penerapan definisi yang lebih luas untuk perdarahan postpartum yang didefinisikan sebagai perdarahan yang mengakibatkan tanda-tanda dan gejala-gejala dari ketidakstabilan hemodinamik, atau perdarahan yang mengakibatkan ketidakstabilan hemodinamik jika tidak diterapi. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu. Secara umum terdapat berbagai kasus yang masuk dalam kategori kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV, dan manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas. Dari berbagai kasus yang ada, dalam Bab 3 Topik 3 ini Anda akan mempelajari kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV tentang kasus yang sering dan atau mungkin terjadi yaitu :

1. Atonia uteri
2. Retensio Plasenta
3. Robekan jalan lahir
4. Perdarahan Post Partum (Primer)
5. Syok Obstetrik

Setelah menyelesaikan topik 3 diharapkan Anda memahami kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat. Secara khusus, setelah menyelesaikan topik 3, diharapkan Anda mampu :

1. Menyebutkan jenis-jenis penyulit pada persalinan kala III dan IV
2. Menguraikan penyebab-penyebab berbagai jenis penyulit kala III persalinan
3. Menguraikan gejala yang menyertai berbagai jenis penyulit kala III persalinan
4. Menjelaskan pengaruh berbagai jenis penyulit kala III persalinan pada ibu hamil
5. Menguraikan penyebab-penyebab perdarahan kala IV dan syok obstetrik dalam persalinan

Secara tradisional perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 500 mL atau lebih setelah selesainya kala III. Perdarahan obstetri merupakan penyebab utama kematian ibu hamil maupun ibu bersalin. Di negara berkembang, kematian ibu bersalin akibat perdarahan antepartum mencapai 50% dari seluruh kematian ibu bersalin. Diseluruh dunia, 1 wanita meninggal setiap menit akibat komplikasi kehamilan. Yang termasuk kegawatdaruratan obstetrik :

1. Atonia uteri

2. Retensio Plasenta
3. Robekan jalan lahir
4. Perdarahan Post Partum (Primer)
5. Syok Obstetrik

Atonia uteri

Atonia uteri terjadi jika miometrium tidak berkontraksi. Dalam hal ini uterus menjadi lunak dan pembuluh darah pada daerah bekas perlekatan plasenta menjadi terbuka lebar. Penyebab perdarahan post partum ini lebih banyak (2/3 dari semua kasus perdarahan post partum) oleh Atonia Uteri. Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan (Saifudin AB, 2002). Sedangkan dalam sumber lain atonia didefinisikan sebagai hipotonia yang mencolok setelah kelahiran placenta (Bobak, 2002). Dua definisi tersebut sebenarnya mempunyai makna yang hampir sama, intinya bahwa atonia uteri adalah tidak adanya kontraksi segera setelah plasenta lahir.

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

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

Gejala

- Uterus tidak berkontraksi dan lembek.
Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.
- Perdarahan terjadi segera setelah anak lahir
Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia sangat banyak dan darah tidak merembes. Yang sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan. Hal ini terjadi karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.
- Tanda dan gejala lainnya adalah terjadinya syok, pembekuan darah pada serviks/posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar
 - Nadi cepat dan lemah
 - Tekanan darah yang rendah
 - Pucat
 - Keringat/kulit terasa dingin dan lembab
 - Pernapasan cepat
 - Gelisah, bingung, atau kehilangan kesadaran

- Urin yang sedikit

Pengaruh terhadap maternal

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

- ◆ Kemungkinan terjadi polihidramnion, kehamilan kembar dan makrosomia
Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir.
- ◆ Persalinan lama.
Pada partus lama uterus dalam kondisi yang sangat lelah, sehingga otot-otot rahim tidak mampu melakukan kontraksi segera setelah plasenta lahir.
- ◆ Persalinan terlalu cepat
- ◆ Persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitosin
- ◆ Infeksi intrapartum
- ◆ Paritas tinggi.
Kehamilan seorang ibu yang berulang kali, maka uterus juga akan berulang kali teregang. Hal ini akan menurunkan kemampuan berkontraksi dari uterus segera setelah plasenta lahir.

1. Retensio Plasenta

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

Penyebab

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

- a. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam, berdasarkan tingkat perlekatannya dibagi menjadi :
 - Plasenta adhesive, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.
 - Plasenta akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometriun
 - Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometriun
 - Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim

Plasenta normal biasanya menanamkan diri sampai batas atas lapisan miometriun.
- b. Plasenta sudah lepas tapi belum keluar, karena :
 - Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir. Hal ini akan menyebabkan perdarahan yang banyak
 - Adanya lingkaran konstriksi pada bagian rahim akibat kesalahan penanganan kala III sehingga menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata)

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

Pembentukan lingkaran kontraksi ini juga berhubungan dengan his. His yang tidak efektif yaitu his yang tidak ada relaksasinya maka segmen bawah rahim akan tegang terus sehingga plasenta tidak dapat keluar karena tertahan segmen bawah rahim tersebut.

c. Penyebab lain :

Kandung kemih penuh atau rectum penuh

Hal-hal diatas akan memenuhi ruang pelvis sehingga dapat menghalangi terjadinya kontraksi uterus yang efisien. Karena itu keduanya harus dikosongkan.

Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera dikeluarkan.

Gejala

- Plasenta belum lahir setelah 30 menit
- Perdarahan segera (P3)
- Uterus berkontraksi dan keras, gejala lainnya antara lain
- Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
- Inversio uteri akibat tarikan dan
- Perdarahan lanjutan

2. Robekan jalan lahir

Serviks mengalami laterasi pada lebih dari separuh pelahiran pervaginatum, sebagian besar berukuran kurang dari 0.5 cm. Robekan yang dalam dapat meluas ke sepertiga atas vagina. Cedera terjadi setelah setelah rotasi forceps yang sulit atau pelahiran yang dilakukan pada serviks yang belum membuka penuh dengan daun forseps terpasang pada serviks. Robekan dibawah 2 cm dianggap normal dan biasanya cepat sembuh dan jarang menimbulkan kesulitan.

Gejala :

- Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
- Uterus berkontraksi dan keras
- Plasenta lengkap, dengan gejala lain
- Pucat, lemah, dan menggigil

Berdasarkan tingkat robekan, maka robekan perineum, dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu:

- Tingkat I : Robekan hanya terdapat pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum

- Tingkat II : Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis, tetapi tidak mengenai sfingter ani
- Tingkat III : Robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani
- Tingkat IV : Robekan sampai mukosa rektum

3. Perdarahan Kala IV Primer

Perdarahan kala IV atau primer adalah perdarahan sejak kelahiran sampai 24 jam pascapartum. atau kehilangan darah secara abnormal, rata-rata kehilangan darah selama melahirkan pervaginam yang ditolong dokter obstetrik tanpa komplikasi lebih dari 500 ml.

Penyebab perdarahan kala IV Primer

- a. Atonia uteri
- b. Retensio plasenta
- c. Laserasi luas pada vagina dan perineum

Sangat jarang laserasi segmen bawah uterus atau ruptur uterus

4. Syok Obstetrik

Syok adalah merupakan kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat keorgan - organ vital atau suatu kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan tindakan segera dan intensif

Gejala Syok :

- Nadi cepat dan lemah (110 kali permenit atau lebih)
- Tekanan darah yang rendah (sistolik kurang dari 90 mm/hg)
- Pucat (khususnya pada kelopak mata bagian dalam, telapak tangan, atau sekitar mulut)
- Keringat atau kulit yang terasa dingin dan lembab
- Pernapasan cepat (30 kali permenit atau lebih)
- Gelisah, bingung, atau hilangnya kesadaran
- Urine yang sedikit (kurang lebih dari 30ml per jam).

Tugas mandiri

Setelah selesai mempelajari materi yang diuraikan/dibahas pada Topik 3 dan sebelum melanjutkan kegiatan pembelajaran yang berikutnya pada Topik 4, Anda diharuskan untuk mengerjakan soal-soal latihan yang sudah anda kerjakan pada test formatif. Untuk menambah pengetahuan yang telah Anda miliki, agar wawasan Anda lebih luas maka lakukan benchmarking ke Perpustakaan atau penelusuran pustaka melalui internet, fasilitator, dan diskusi bersama teman. Selanjutnya buatlah resume terkait dengan materi topik 1 dari hasil penelusuran Anda.

Ringkasan

Dari uraian materi di atas dapat disimpulkan bahwa atonia uteri adalah tidak adanya kontraksi segera setelah plasenta lahir. Sebagian besar perdarahan pada masa nifas (75 – 80%) adalah akibat adanya atonia uteri.

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

Robekan jalan lahir adalah keadaan dimana serviks mengalami laterasi pada lebih dari separuh pelahiran pervaginatum, sebagian besar berukuran kurang dari 0.5 cm. Robekan yang dalam dapat meluas ke sepertiga atas vagina.

Perdarahan kala IV atau primer adalah perdarahan sejak kelahiran sampai 24 jam pascapartum. atau kehilangan darah secara abnormal, rata-rata kehilangan darah selama pelahiran pervaginam yang ditolong dokter obstetrik tanpa komplikasi lebih dari 500 ml.

Syok obstetrik adalah merupakan kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat keorgan - organ vital atau suatu kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan tindakan segera dan intensif pada kasus obstetrik.

Test 3

Kerjakan soal di bawah ini dengan memberi tanda silang pada salah satu jawaban yang Anda anggap paling benar.

Kasus II (Soal No. 1 dan 2)

Ny. S umur 30 tahun telah melahirkan anak ke-3 secara spontan pada jam 03.30 WIB. Bidan telah memberikan suntikan oksit 10 IU/IM pada jam 03.32 WIB, kemudian dicoba melakukan PTT tetapi plasenta belum lepas. Pada jam 03.45 WIB belum juga didapatkan tanda - tanda lepasnya plasenta. Kemudian Anda memberikan oksitosin ke 2 sebanyak 10 IU/IM.

- 1) Pada pukul 04.00 WIB plasenta masih belum lepas, tanpa adanya perdarahan pervaginam, berdasarkan keadaan tersebut maka diagnosisnya adalah...
 - A. Atonia Uteri
 - B. Inversio Uteri
 - C. Retensio Plasenta
 - D. Robekan jalan lahir

- 2) Berdasarkan keadaan No.1 maka tindakan segera yang harus Anda lakukan adalah manual plasenta, tetapi tindakan tersebut gagal maka yang Anda lakukan adalah...
 - A. Histerektomi
 - B. Merujuk ke RS

- C. Melakukan Kuretase
 - D. Lakukan Reposisi segera
- 3) Tanda bila ibu mengalami syok obstetrik adalah ...
- A. Nadi cepat dan lemah
 - B. Pernafasan lambat
 - C. Nadi lambat
 - D. Pernafasan cepat dan dangkal
- 4) Robekan hanya terdapat pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum termasuk robekan perineum ...
- A. Tingkat I
 - B. Tingkat II
 - C. Tingkat III
 - D. Tingkat IV
- 5) Tanda/gejala bila perdarahan disebabkan robekan jalan lahir adalah ...
- A. Kontraksi uterus lembek
 - B. Darah yang keluar berwarna merah kehitaman
 - C. Kontraksi uterus baik
 - D. Palsenta tidak lengkap

Topik 4

Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Masa Persalinan Kala III dan IV

Saudara-saudara, setelah Anda mampu menguraikan kasus penyulit persalinan kala III dan IV, maka Anda pasti menyadari bahwa kasus kegawatdaruratan tersebut sangat penting untuk diberikan pertolongan/penatalaksanaan yang cepat dan tepat. Kesalahan ataupun kelambatan Anda dalam menentukan penatalaksanaan terhadap kasus, dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas maternal. Bagaimanakah penatalaksanaan kasus tersebut?

Setelah menyelesaikan topik 4 diharapkan Anda mampu menganalisis penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat. Secara khusus, setelah menyelesaikan topik 4, diharapkan Anda mampu :

1. Melakukan penatalaksanaan berbagai jenis penyulit kala III persalinan
2. Melakukan penatalaksanaan perdarahan kala IV dan syok obstetrik dalam persalinan

Pada topik 4 ini Anda akan mempelajari tentang bagaimana penatalaksanaan dari kasus :

1. Atonia Uteri
2. Retensio Plasenta
3. Robekan Jalan Lahir
4. Perdarahan Kala IV
5. Syok Obstetri

Agar Anda dapat memberikan pertolongan yang cepat dan tepat, maka pelajilah dengan baik uraian tentang penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV berikut ini :

1. Penatalaksanaan Atonia uteri

Manajemen Aktif kala III

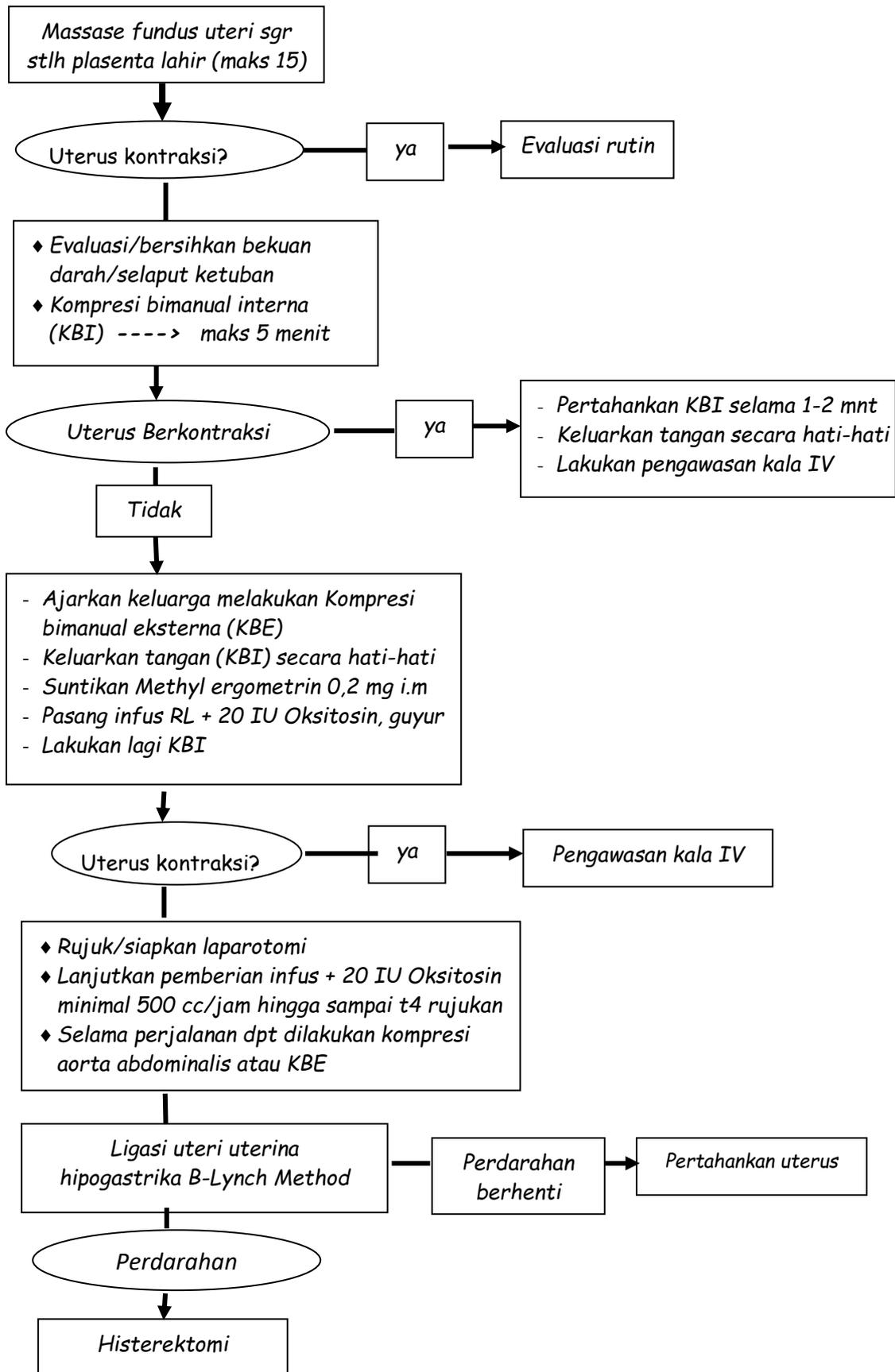
Ibu yang mengalami perdarahan post partum jenis ini ditangani dengan :

1. Pemberian suntikan Oksitosin
 - Periksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
 - Suntikan Oksitosin 10 IU IM
2. Peregangan Tali Pusat
 - Klem tali pusat 5-10 cm dari vulva/gulung tali pusat
 - Tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, tangan kanan meregang tali pusat 5-10 cm dari vulva

✍ ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal ✍ ■

- Saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati arah dorso-kranial.
3. Mengeluarkan Plasenta
- Jika tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian keatas dengan kurve jalan lahir
 - Bila tali pusat bertambah panjang tetapi belum lahir, dekatkan klem \pm 5-10 cm dari vulva
 - Bila plasenta belum lepas setelah langkah diatas, selama 15 menit lakukan suntikan ulang 10 IU oksitosin i.m, periksa kandung kemih lakukan kateringasi bila penuh, tunggu 15 menit, bila belum lahir lakukan tindakan plasenta manual.
4. Massase Uterus
- Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkular mengunakan bagian palmar 4 jam tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus terasa keras).
 - Memeriksa kemungkinan adanya perdarahan pasca persalinan, kelengkapan plasenta dan ketuban, kontraksi uterus, dan perlukaan jalan lahir.

Untuk memudahkan Anda di dalam memahami penatalaksanaan atonia uteri, pelajariilah bagan tentang penatalaksanaan perdarahan post partum di bawah ini. Mudah-mudahan Anda akan lebih cepat paham dengan bagan tersebut.



Gambar 6. Penatalaksanaan perdarahan post partum

2. Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Plasenta Manual dilakukan dengan :

- Dengan narkosis
- Pasang infus NaCl 0.9%
- Tangan kanan dimasukkan secara obstetrik ke dalam vagina
- Tangan kiri menahan fundus untuk mencegah korporeksis
- Tangan kanan menuju ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta
- Tangan ke pinggir plasenta dan mencari bagian plasenta yang sudah lepas
- Dengan sisi ulner, plasenta dilepaskan

Pengeluaran isi plasenta :

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

3. Penatalaksanaan Robekan jalan lahir

Penatalaksanaan robekan tergantung pada tingkat robekan. Penatalaksanaan pada masing-masing tingkat robekan adalah sebagai berikut :

Robekan perineum tingkat I : Dengan cut gut secara jelujur atau jahitan angka delapan (figure of eight)

Robekan perineum tingkat II :

- Jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, harus diratakan lebih dahulu
- Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan dijepit dengan klem kemudian digunting
- Otot dijahit dengan catgut, selaput lendir vagina dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur. Jahitan mukosa vagina dimulai dari puncak robekan, sampai kulit perineum dijahit dengan benang catgut secara jelujur.

Robekan perineum tingkat III (Kewenangan dokter)

- Dinding depan rektum yang robek dijahit
- Fasia perirektal dan fasial septum rektovaginal dijahit dengan catgut kromik
- Ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah akibat robekan dijepit dengan klem, kemudian dijahit dengan 2-3 jahitan catgut kromik
- Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat II

Robekan perineum tingkat IV (Kewenangan dokter)

- Dianjurkan apabila memungkinkan untuk melakukan rujukan dengan rencana tindakan perbaikan di rumah sakit kabupaten/kota

Robekan dinding Vagina

- Robekan dinding vagina harus dijahit
 - Kasus kalporeksis dan fistula visikovaginal harus dirujuk ke rumah sakit.
- Ingatlah bahwa robekan perineum tingkat III dan IV bukan kewenangan bidan untuk melakukan penjahitan.

4. Penatalaksanaan Perdarahan Kala IV Primer

Perdarahan harus minimal jika uterus wanita berkontraksi dengan baik setelah kelahiran plasenta. Jika ada aliran menetap atau pancaran kecil darah dari vagina, maka bidan harus mengambil langkah berikut :

- a. Periksa konstensi uterus yang merupakan langkah pertama yang berhubungan dengan atonia uterus
- b. Jika uterus bersifat atonik, massase untuk menstimulasi kontraksi sehingga pembuluh darah yang mengalami perdarahan
- c. Jika perdarahan tidak terkendali minta staf perawat melakukan panggilan ke dokter
- d. Jika rest plasenta atau kotiledon hilang lakukan eksplorasi uterus, uterus harus benar-benar kosong agar dapat berkontraksi secara efektif.
- e. Jika uterus kosong dan berkontraksi dengan baik tetapi perdarahan berlanjut periksa pasien untuk mendeteksi laserasi serviks, vagina dan perineum, karena mungkin ini merupakan penyebab perdarahan (ikat sumber perdarahan dan jahit semua laserasi).
- f. Jika terjadi syok (penurunan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, pernafasan cepat dan dangkal, kulit dingin lembab) tempatkan pasien dalam posisi syok posisi trendelemburg, selimuti dengan selimut hangat. Beri oksigen dan programkan darah ke ruangan.
- g. Pada kasus ekstreem dan sangat jarang ketika perdarahan semakin berat, nyawa pasien berada dalam bahaya dan dokter belum datang, lakukan kompresi autik dapat dilakukan pada pasien yang relatif kurus (kompresi aorta perabdomen terhadap tulang belakang).

5. Penatalaksanaan Syok Obstetrik

Tujuan utama pengobatan syok adalah melakukan penanganan awal dan khusus untuk hal-hal berikut ini.

- Menstabilkan kondisi pasien.
- Memperbaiki volume cairan sirkulasi darah.
- Mengefisiensikan sistem sirkulasi darah.

Setelah pasien stabil, kemudian tentukan penyebab syok.

Penanganan awal yang dilakukan pada syok adalah sebagai berikut :

📌 ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 📌 ■

- Mintalah bantuan. Segera mobilisasi seluruh tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat.
- Lakukan pemeriksaan keadaan umum ibu secara cepat dan harus dipastikan bahwa jalan nafas bebas.
- Pantau tanda vital (nadi, tekanan darah, pernafasan dan suhu tubuh).
- Bila ibu muntah, baringkan posisi ibu dalam posisi miring untuk meminimalkan risiko terjadinya aspirasi dan untuk memastikan jalan nafasnya terbuka.
- Jagalah ibu agar tetap hangat, tetapi jangan terlalu panas karena akan menambah sirkulasi perifernya dan mengurangi aliran darah ke organ vitalnya.
- Naikkan kaki untuk menambah jumlah darah yang kembali ke jantung (jika memungkinkan, tinggikan tempat tidur pada bagian kaki).

Beberapa penanganan khusus yang dilakukan pada syok adalah sebagai berikut:

- a. Mulailah infus intravena (2 jalur jika memungkinkan) dan berikan cairan infus (garam fisiologis atau RL) awal dengan kecepatan 1 liter 15-20 menit (40-50 tetes/menit).
- b. Berikan paling sedikit 2 liter cairan pada 1 jam pertama. Jumlah ini melebihi cairan yang dibutuhkan untuk mengganti kehilangan cairan. Pemberian infus dipertahankan dalam kecepatan 1 liter per 6-8 jam.
- c. Setelah kehilangan cairan, sebaiknya dikoreksi, pemberian cairan infus dipertahankan dalam kecepatan 1 liter per 6-8 jam (16-20 tetes per menit).

Ingat, Jangan berikan cairan melalui mulut pada ibu yang mengalami syok

- a. Pantau terus tanda - tanda vital (setiap 15 menit) dan darah yang hilang. Nafas pendek dan pipi bengkak merupakan kemungkinan tanda kelebihan cairan.
- b. Lakukan katetrisasi kandung kemih dan pantau jumlah urin yang keluar.

Penilaian Ulang

- a. Nilai ulang keadaan ibu 20-30 menit setelah pemberian cairan. Lakukan penilaian selama 20 menit. Penilaian keadaan umum ibu tersebut untuk menilai adanya tanda - tanda perbaikan.
- b. Tanda - tanda kondisi pasien sudah stabil adalah sebagai berikut :
 - Tekanan darah mulai naik, sistole mencapai 100 mmHg.
 - Kondisimental pasien membaik, ekspresi ketakutan berkurang.
 - Produksi urine bertambah. Diharapkan produksi urine paling sedikit 100 ml/4jam atau 30 ml/jam
- c. Jika kondisi ibu membaik :
 - Sesuaikan kecepatan infus menjadi 1 liter dalam 6 jam.
 - Teruskan penatalaksanaan untuk penyebab syok.
- d. Jika kondisi ibu tidak membaik, berarti ibu membutuhkan penanganan selanjutnya.

Tugas mandiri

Setelah selesai mempelajari materi yang diuraikan/dibahas pada topik 4 dan sebelum melanjutkan kegiatan pembelajaran yang berikutnya pada Bab 4, Anda diharuskan untuk mengerjakan soal-soal latihan yang sudah anda kerjakan pada soal test yang diberikan. Setelah itu Anda akan mengerjakan Test Akhir di akhir sesi ini. Dengan mengerjakan semua soal, Anda akan dapat mengetahui sampai sejauh mana tingkat penguasaan Anda terhadap materi yang telah Anda pelajari pada topik 1 sampai 4. Untuk menambah pengetahuan yang telah Anda miliki, agar wawasan Anda lebih luas maka lakukan benchmarking ke Perpustakaan atau penelusuran pustaka melalui internet, fasilitator, dan diskusi bersama teman. Selanjutnya buatlah resume terkait dengan materi pada topik 4 dari hasil penelusuran Anda.

Ringkasan

- Perdarahan postpartum disebabkan oleh berbagai kejadian dalam proses persalinan
- Atonia uretri merupakan penyebab paling sering dalam perdarahan post partum.
- Kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum harus diantisipasi jauh sebelum persalinan berlangsung
- Penatalaksanaan perdarahan pospartum infeksi harus dilakukan dengan segera dan tepat untuk meminimalkan resiko yang diakibatkan bagi pasien.

Test 4

Kerjakan soal di bawah ini dengan memberi tanda silang pada salah satu jawaban yang Anda anggap paling benar

Kasus I (Soal No. 1-3)

Ny. S umur 30 tahun telah melahirkan anak ke-3 secara spontan pada jam 03.30 WIB. Bidan telah memberikan suntikan oksit 10 IU/IM pada jam 03.32 WIB, kemudian dicoba melakukan PTT tetapi plasenta belum lepas.

- 1) Pada jam 03.45 WIB belum juga didapatkan tanda - tanda lepasnya plasenta. Yang Anda lakukan pada NY.S adalah...
 - A. Melakukan manual plasenta
 - B. Melakukan Kompresi Bimanual Interna
 - C. Menunggu dan mengobservasi 15 menit lagi
 - D. Memberikan oksitosin ke 2 sebanyak 10 IU/IM

- 2) Bila pada jam 04.00 plasenta belum lepas, maka tindakan yang harus dilakukan pada Ny.S adalah...
 - A. Reposisi Uteri
 - B. Manual Plasenta
 - C. Plasenta Inkarserata
 - D. Plasenta Suksentunata

- 3) Ternyata tindakan yang Anda lakukan pada no.2 gagal karena plasenta tidak bias lepas dan Ny.S mengalami perdarahan, maka tindakan segera yang harus dilakukan bidan pada Ny.S adalah...
 - A. Histerektomi
 - B. Merujuk ke RS
 - C. Melakukan Kuretase
 - D. Lakukan Reposisi Segera

- 4) Tanda-tanda kondisi pasien sudah stabil dari keadaan syok adalah produksi urin minimal ...
 - A. 100 ml/24 jam
 - B. 100 ml/jam
 - C. 30 ml/ 4 jam
 - D. 30 ml/jam

- 5) Penjahitan perineum dengan menggunakan cut gut secara jelujur bisa Anda lakukan pada robekan perineum ...
 - A. Tingkat I
 - B. Tingkat II
 - C. Tingkat III
 - D. Tingkat IV

TES AKHIR

Kasus 1 (Soal No.1 dan 2)

Ny. T umur 28 tahun G2 P1 A0 hamil 36 minggu datang ke BPS diantar oleh keluarganya, dengan tidak sadar, saat dirumah Ny. T mengalami kejang – kejang. Hasil pemeriksaan dilakukan oleh bidan didapatkan TD 160/110 mmHg, N 100 x/mnt, R 16 x/ mnt, DJJ irreguler, TFU 3 jari dibawah Px, presentasi kepala, punggung kanan, dan oedema pada wajah, tangan dan kaki.

- 1) Diagnosa yang sesuai keadaan Ny.T adalah ...
 - A. Eklampsia
 - B. Pre eklampsia berat
 - C. Pre eklampsia ringan
 - D. Pre eklampsia sedang

- 2) Untuk menunjang diagnosis pada kasus Ny.T diperlukan pemeriksaan ...
 - A. Hb darah
 - B. Darah rutin
 - C. Protein urine
 - D. Urine reduksi
- 3) Keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus, dinamakan letak ...
 - A. Lintang
 - B. Sungsang
 - C. Obligue
 - D. Presentasi ganda
- 4) Faktor predisposisi presentasi bokong adalah ...
 - A. Hidramnion
 - B. KPD
 - C. Primigravida
 - D. Hipertensi
- 5) Faktor predisposisi partus lama adalah ...
 - A. Panggul sempit
 - B. Malpresentasi
 - C. KPD
 - D. His in adekuat
- 6) Bila terjadi kemacetan pada bahu saat menolong persalinan, tindakan yang dapat Anda berikan adalah ...
 - A. Perasat Brach
 - B. Perasat Klasik
 - C. Perasat Muller
 - D. Perasat Mc Robert's
- 7) Tanda bila ibu mengalami syok obstetrik adalah ...
 - A. Nadi cepat dan lemah
 - B. Pernafasan lambat
 - C. Nadi lambat
 - D. Pernafasan cepat dan dangkal
- 8) Robekan hanya terdapat pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum termasuk robekan perineum ...
 - A. Tingkat I

- B. Tingkat II
 - C. Tingkat III
 - D. Tingkat IV
- 9) Tanda /gejala bila perdarahan disebabkan robekan jalan lahir adalah ...
- A. Kontraksi uterus lembek
 - B. Darah yang keluar berwarna merah kehitaman
 - C. Kontraksi uterus baik
 - D. Palsenta tidak lengkap
- 10) Penjahitan perineum dengan menggunakan cut gut secara jelujur bisa Anda lakukan pada robekan perineum ...
- A. Tingkat I
 - B. Tingkat II
 - C. Tingkat III
 - D. Tingkat IV

Kunci Jawaban Tes

Topik 1

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

Topik 2

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

Topik 3

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

Topik 4

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

Kunci Jawaban tes akhir

1. A
2. C
3. B
4. A
5. C
6. D
7. A
8. A
9. C
10. A

Daftar Pustaka

- Bag. Obgin FK Unpad. 2004. Obstetri Patologi. Bandung.
- Bennett, V.R dan L.K. Brown. 1996. Myles Textbook for Midwives. Edisi ke-12. London: Churchill Livingstone.
- Bobak, Lowdermilk, Jensen. 2005. Maternity Nursing. Alih Bahasa: Maria A. Wijayarini, Peter I. Anugerah. Edisi ke-4. Jakarta: EGC
- Cunningham, F.G. dkk. 2005. Williams Obstetrics. Edisi ke-22. Bagian 39:911. USA: McGraw-Hill
- JNPK. 2002. Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta.
- JHPIEGO, Pusdiknakes, dan WHO. 2003. Konsep Asuhan Kebidanan. Jakarta.
- Mochtar, R. 1998. Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi. Jilid II. Jakarta: EGC.
- Prawiroharjo, Sarwono. 2000. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBP-SP.
- Saifuddin, A.B. 2000. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Edisi 1. Cetakan 2. Jakarta: YBP-SP.
- Winkjosastro, H. dkk. 2005. Ilmu Bedah Kebidanan. Edisi ke-6. Jakarta: YBPSP.
- Bennett, V.R dan L.K. Brown. 1996. Myles Textbook for Midwives. Edisi ke-12. London: Churchill Livingstone.
- Winkjosastro, H. 1999. Ilmu Kebidanan. Edisi 3. Jakarta: YBPSP.

BAB IV

ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA MASA NIFAS

Suprapti, SST, M.Kes

PENDAHULUAN

Kehamilan, persalinan dan menyusui merupakan proses fisiologi yang perlu dipersiapkan oleh wanita dari pasangan subur agar dapat dilalui dengan aman. Selama masa kehamilan, ibu dan janin adalah unit fungsi yang tak terpisahkan. Setelah proses persalinan berlangsung, tubuh serta fungsinya akan kembali pada keadaan semula atau yang biasa disebut dengan proses involusi. Dalam proses involusi, diawali dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Proses tersebut disebut juga masa puerperium atau periode pemulihan pascapartum yang akan berlangsung sekitar 6-8 minggu.

Dalam masa puerperium diperlukan pengawasan dan pengamatan yang serius karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Salah satu penyebab kematian yang terjadi adalah dalam masa masa nifas karena infeksi. Untuk itu, diharapkan pemberi pelayanan kebidanan khususnya untuk pada ibu nifas dapat meningkatkan kompetensinya terkait dengan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan masalah yang mungkin terjadi.

Sebelum mempelajari materi terkait dengan kegawatdaruratan maternal dalam masa nifas, sebagai prasyarat Anda harus lulus dulu dari matakuliah :

- Biologi Dasar dan Biologi Perkembangan
- Asuhan Kebidanan Kehamilan
- Asuhan persalinan
- Mutu layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan

Bab ini disusun untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan bidan sebagai pengelola dalam memberikan pelayanan, utamanya menurunkan angka kematian ibu yang terjadi dalam masa nifas.

Materi asuhan kebidanan kegawatdaruratan nifas (prinsip dasar, penilaian awal, penilaian klinik lengkap, dan penatalaksanaan dari masing-masing kasus), akan dijabarkan dalam beberapa bahasan sebagai berikut :

- a. Asuhan dengan perdarahan post partum sekunder
- b. Asuhan dengan preeklamsia/eklamsia post partum
- c. Asuhan dengan sepsis puerpuralis
- d. Asuhan dengan mastitis

Langkah-langkah untuk memudahkan Anda mempelajari materi asuhan kegawatdaruratan maternal dalam masa nifas ini adalah sebagai berikut :

- a. Pahami lebih dulu kepentingan dan kegunaan Anda dalam memberikan layanan yang berkaitan dengan asuhan kegawatdaruratan maternal dalam aktivitas
- b. Pelajari secara berurutan topik dari modul 1, 2, 3, 4, 5 dan 6
- c. Kerjakan latihan-latihan/tugas-tugas terkait dengan materi yang dibahas dan diskusikan dengan fasilitator pada saat kegiatan tatap muka.
- d. Buat ringkasan dari materi yang dibahas untuk memudahkan anda mengingat.
- e. Kerjakan evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan cocokkan jawaban anda dengan kunci yang disediakan pada akhir setiap unit.
- f. Jika Anda mengalami kesulitan diskusikan dengan teman Anda
- g. Keberhasilan proses pembelajaran Anda dalam mempelajari materi dalam modul ini tergantung dari kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu belajarlh dan berlatih secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat Anda.

Terkait dengan materi asuhan kebidanan kegawatdaruratan nifas, ingatlah hal-hal berikut :

- Ibu dengan perdarahan penanganannya tidak bisa ditunda.
- Walaupun ibu tidak menunjukkan tanda-tanda syok saat pemeriksaan, ini tidak berarti ia tidak akan mengalami syok; Oleh karena itu tetaplah waspada
- Semua staf di tempat perawatan harus dapat melakukan pemeriksaan cepat
- Peralatan gawat darurat harus selalu siap

Topik 1

Asuhan Kegawatdaruratan Ibu Nifas dengan Perdarahan PostPartum Sekunder

Dalam topik 1 ini, Anda akan mempelajari tentang asuhan kegawatdaruratan ibu nifas dengan perdarahan post partum sekunder yang meliputi deteksi perdarahan post partum sekunder melalui tanda gejala, pengkajian data serta penatalaksanaan yang merupakan planning serta implementasi dalam pemberian asuhan kebidanan.

Perdarahan pada Masa Nifas/Perdarahan Post Partum Sekunder (late postpartum hemorrhage) merupakan perdarahan yang terjadi lebih dari 24 jam dengan kehilangan darah lebih dari 500 mL setelah persalinan vaginal atau lebih dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal.

Setelah menyelesaikan topik ini, Anda diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kegawatdaruratan ibu nifas dengan perdarahan post partum sekunder. Secara khusus, Anda diharapkan mampu untuk:

1. Melakukan deteksi perdarahan post partum sekunder
2. Menentukan tanda dan gejala adanya perdarahan post partum sekunder
3. Menentukan data subyektif dan obyektif perdarahan post partum sekunder
4. Melakukan penatalaksanaan perdarahan post partum sekunder

Dalam mempelajari materi ini, ingatlah bahwa :

Akibat kehilangan darah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik < 90 mmHg, denyut nadi > 100 x/menit, kadar Hb < 8 g/dL 2.

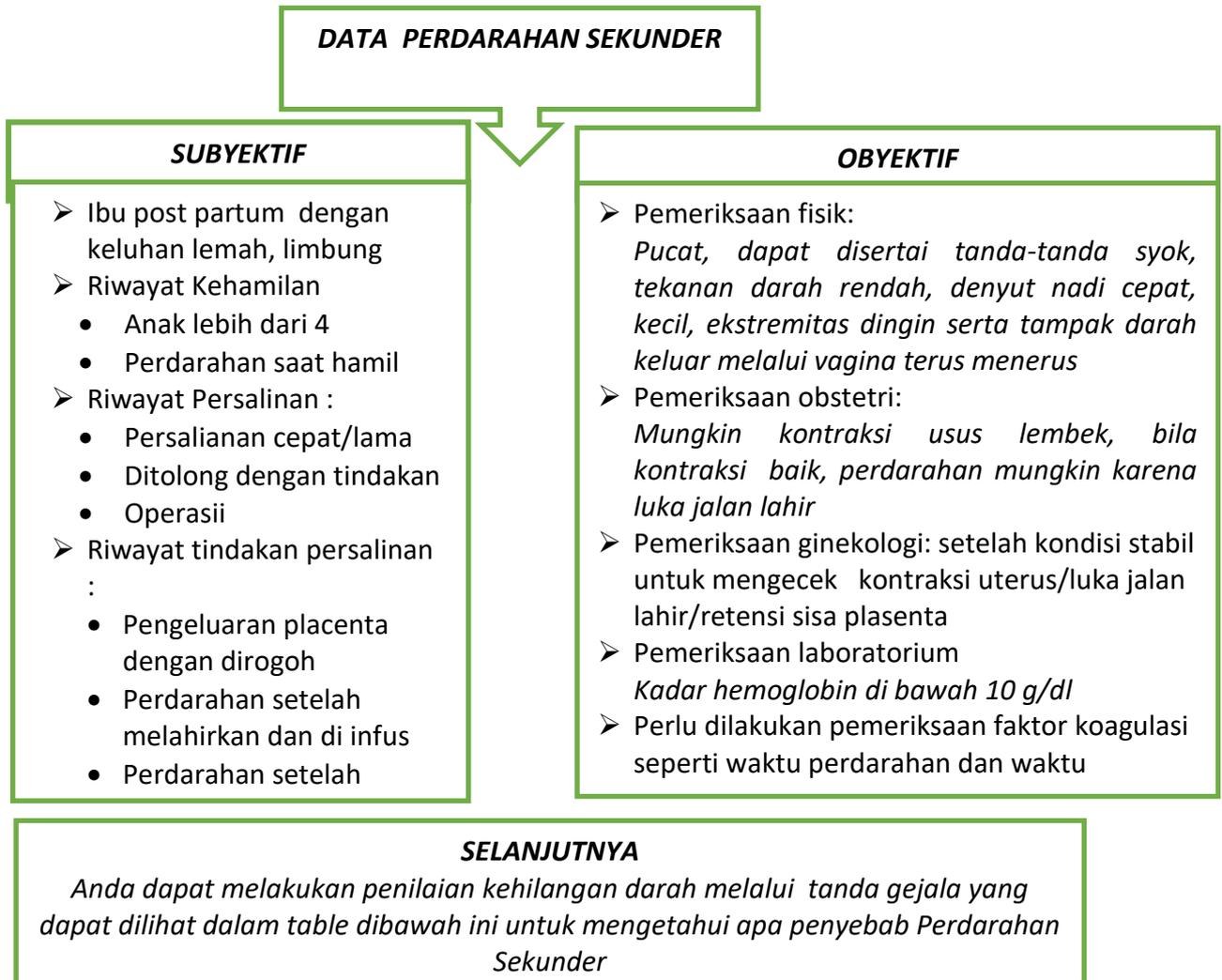
BILA KITA DAPATKAN SETELAH 24 JAM POST PARTUM TERJADI PERDARAHAN, KITA HARUS MEWASPADAI MELALUI TANDA DAN GEJALA



Etiologi/Penyebab terjadinya perdarahan post partum:

1. Atonia uteri
2. Luka jalan lahir
3. Retensi plasenta
4. Gangguan pembekuan darah

Pada ibu > 24 pasca persalinan yang mengalami perdarahan dapat memberikan tanda dan gejala melalui data subyektif maupun obyektif seperti dibawah ini :



Bagan 1.2. Tanda dan Gejala dan Penyebab Perdarahan Post Partum Sekunder

GEJALA DAN TANDA	DIAGNOSIS KERJA	PENYULIT
<ul style="list-style-type: none"> • Uterus tidak berkontraksi dan lembek. • Perdarahan segera setelah anak lahir 	<i>Atonia uteri</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Syok • Bekuan darah pada serviks atau posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar
<ul style="list-style-type: none"> • Darah segar mengalir segera setelah bayi lahir • Uterus berkontraksi dan keras • Plasenta lengkap 	<i>Luka/Robekan jalan lahir</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pucat • Lemah • Menggigil
<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta atau sebagian selaput 	<i>Retensi sisa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Uterus berkontraksi

tidak lengkap • Sub-involusi uterus • Perdarahan	<i>plasenta</i>	tetapi tinggi fundus tidak berkurang
• Uterus berkontraksi dan lembek. • Plasenta lahir lengkap • Perdarahan • Riwayat perdarahan lama	<i>Gangguan pembekuan darah</i>	• Pucat dan limbung • Anemia • Demam

Setelah anda memahami tanda gejala serta penyebabnya langkah berikutnya adalah bagaimana penatalaksanaannya. Penanganan perdarahan post partum sekunder yang dilakukan dalam 2 komponen, yaitu: (1) resusitasi dan penanganan perdarahan obstetri serta kemungkinan syok hipovolemik dan (2) penatalaksanaan perdarahan postpartum sekunder.

1. Resusitasi cairan

- Kehilangan 1 L darah perlu penggantian 4-5 L kristaloid, karena sebagian besar cairan infus tidak tertahan di ruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial. Perdarahan post partum > 1.500 mL pada wanita yang saat hamilnya normal, cukup dengan infus kristaloid jika penyebab perdarahan dapat tertangani.
- Bila dibutuhkan cairan kristaloid dalam jumlah banyak (>10 L), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan *Ringer Laktat*.
- Cairan yang mengandung Dekstrosa, seperti D 5% tidak memiliki peran pada penanganan perdarahan post partum.
- Transfusi Darah diberikan bila perdarahan masih terus berlanjut melebihi 2.000 mL atau pasien menunjukkan tanda-tanda syok walaupun telah dilakukan resusitasi cepat. Tujuan transfusi memasukkan 2-4 unit PRC untuk menggantikan pembawa oksigen yang hilang dan untuk mengembalikan volume sirkulasi
- PRC bersifat sangat kental yang dapat menurunkan jumlah tetapan infus, diatasi dengan menambahkan 100 mL NS pada masing-masing unit. Jangan menggunakan cairan Ringer Laktat untuk tujuan ini karena kalsium yang dikandungnya dapat menyebabkan penjendalan
- Pengangkatan kaki dapat meningkatkan aliran darah balik vena sehingga dapat memberi waktu untuk menegakkan diagnosis dan menangani penyebab perdarahan.
- Perlu pertimbangkan pemberian oksigen

2. Penatalaksanaan perdarahan post partum sekunder

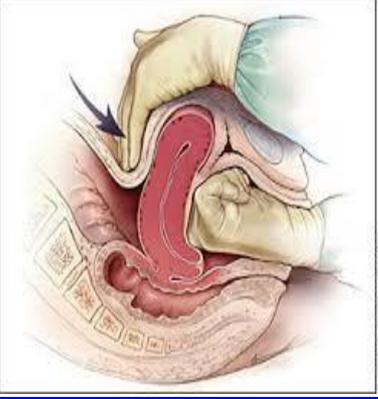
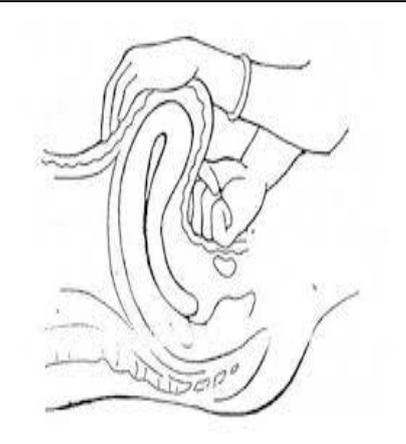
Penatalaksanaan yang tepat dapat diberikan pada diagnosa yang dapat anda pelajari dibawah ini.

ATONIA UTERI

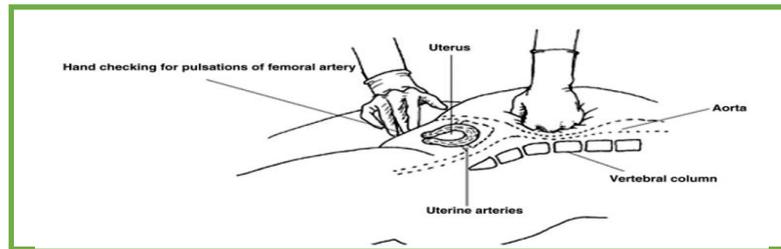
- Teruskan pemijatan uterus
- Pemberian uterotonika (oksitosin), dengan cara :

JENIS DAN CARA	OKSITOSIN	ERGOMETRI	MISOPROSTOL
Dosis dan cara pemberian	IV : infus 20 unit dalam 1 L larutan garam fisiologis dengan 60 tetes per/menit IM : 10 unit	Pemberian IM atau IV (secara pelahan) : 0,2 mg	Oral 600 mcg atau fectal 400 mcg
Dosis Lanjutan	IV : infus 20 unit dalam 1 L larutan garam fisiologis dengan 40 tetes per/menit	Ulangi 0,2 mg I.M setelah 15 menit. Jika masih diperlukan , berikn IM/IV setiap 2-4 jam	400 mcg 2-4 jam setelah dosis awal
Dosis Maksimal/hari	Tidak lebih dari 3 liter larutan dengan oksitosin	Total 1mg atau 5 dosis	Total 1200 mcg atau 3 dosis
Indikasi kontra / hati-hati	Tidak boleh memberi IV secara cepat atau bolus	Pre Eklamsia ,vitium kordis, hipertensi	Nyeri kotraksi , asma

- Jika perdarahan terus berlangsung
 - Pastikan placenta lengkap
 - Jika terdapat tanda sisa placenta keluarkan
- Jika perdarahan terus berlangsung dan tindakan diatas sudah diberikan, tindakan yang dapat dilakukan adalah seperti yang ada dalam tabel berikut.

<p>LAKUKAN :</p> <p>KOMPRESI BIMANUAL INTERNAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Masukkan tangan secara obsterik kedalam lumen vagina, ubah menjadikepalan dan letakkan dataran punggung jari telunjuk hingga kelingking pada <i>forniks anterior</i> dan dorong segmen bawah uterus ke kranio-anterior - Upayakan tangan luar mencakup bagian belakang corpus uteri sebanyak mungkin - Lakukan kompresi uterus dengan mendekatkan telapak tangan luar dan kepalan tangan dalam • Tetap berikan tekanan sampai perdarahan berhenti dan uterus berkontraksi. Jika uterus sudah mulai berkontraksi, pertahankan dengan baik secara perlahan lepaskan tangan dan pantau ibu secara ketat • Jika uterus tidak berkontraksi setelah 5 menit. Lakukan <i>Kompresi bimanual eksternal</i> (oleh asisten/keluarga) • Berikan ergometrin 0,2 mg IM, pasang infus dengan 20 unit oksitosin dalam 1 L cairan IV (NaCl atau Ringer Laktat) 60 tetes permenit berjalan baik dan metil ergometri 0,4 mg, tambahkan misoprostol jika diperlukan.
<p>• KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan dengan cara menekan dinding belakang uterus dan korpus uteri di antara genggamannya ibu jari dan keempat jari lain, serta dinding depan uterus dengan telapak tangan dan tiga ibu jari yang lain. • Pertahankan posisi tersebut hingga uterus berkontraksi dengan baik jika perdarahan pervaginam berhenti • Lanjutkan ke langkah berikut jika perdarahan belum berhenti

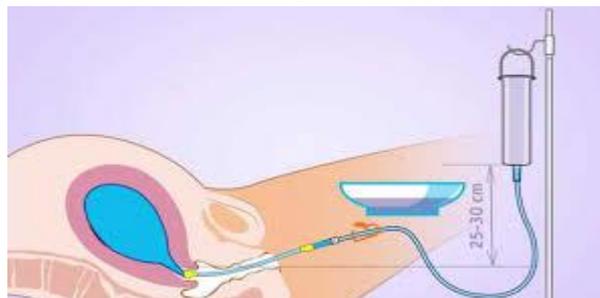
KOMPRESI AORTA ABDOMINALIS



Sumber : <https://www.google.co.id/=gambar>

- Raba pulsasi arteri femoralis pada lipatan paha
- Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk hingga kelingking pada umbilicus ke arah *kolumna vertebralis* dengan arah tegak lurus
- Dengan tangan yang lain, raba pulsasi arteri femoralis untuk mengetahui cukup tidaknya kompresi :
 - Jika pulsasi masih teraba, artinya tekanan kompresi masih belum cukup
 - Jika kepalan tangan mencapai aorta abdominalis, maka *pulsasi arteri femoralis akan berkurang/terhenti*
- Jika perdarahan pervaginam berhenti, pertahankan posisi tersebut dan pemijatan uterus (dengan bantuan asisten) hingga uterus berkontraksi dengan baik
- Jika perdarahan masih lanjut :
Lakukan rujukan dengan prosedur BAKSO (Bidan – Alat – Kendaraan – Surat Rujukan – Obat yang dibutuhkan)

PROSEDUR ALTERNATIF dengan TAMPONADE UTERUS MENGGUNAKAN KONDOM KATETER



Sumber : <https://www.google.co.id/=gambar+tamponade+uterus>

Tamponade uterus merupakan salah satu upaya mengontrol perdarahan postpartum karena atonia. Prinsip kerja dari tamponade uterus adalah menekan cavum uteri dari sisi dalam ke arah luar dengan kuat sehingga terjadi penekanan pada arteria sistemik serta memberikan tekanan hidrostatik pada arteri uterina.

Penggunaan kassa padat untuk tamponade uterus menimbulkan isu infeksi tinggi dan risiko trauma, bila kassa kurang padat dapat mengakibatkan perdarahan tersembunyi. Bila tamponade uterus dilakukan dengan balon, salah satunya dengan kondom kateter ini sangat efektif (rata-rata 15 menit paska pemasangan maka perdarahan akan berkurang bahkan berhenti). Cara ini juga jauh sangat murah dibanding jenis balon lain, ketersediaan relatif ada dan mudah dilakukan oleh profesional di daerah layanan primer.

Langkah pemasangan tamponade kateter kondom adalah sbb:

1. Persiapan alat:
 - Baki steril berisi :kondom, benang/tali sutra, kateter no. 24, jegul, klem ovarium, spekulum sim (2 bh), handscoen.
 - Set infus+cairan (normal saline/NaCl).
 - Bengkok.
2. Atur posisi pasiendengan lithotomi.
3. Penolong dan asisten memasang sarung tangan.
4. Masukkan kateter karet steril ke dalam kondom secara aseptik dan diikat dengan benang sutra atau tali kenur di daerah mulut kondom
5. Hubungkan selang infus bagian atas dengan botol/kantong cairan NaCl fisiologis
6. Vesica urinaria dipertahankan dalam kondisi kosong dengan pemasanga kateter Foley
7. Kondom kateter dimasukkan ke dalam cavum uteri, dan ujung luar kateter dihubungkan dengan selang infus bagian bawah selanjutnya alirkan cairan NaCL fisiologis sebanyak 25 – 500 mL
8. Lakukan observasi perdarahan, bila berkurang banyak, maka aliran cairan segera dihentikan , ujung luar kateter dilipat dan diikat dengan benang
9. Kontraksi uterus dipertahankan dengan pemberian oksitosin drip selama kurang lebih 6 jam kemudian
10. Posisi kondom kateter dipertahankan dengan memasukkan jegul atau dengan memasukkan kondom kateter lain ke dalam vagina
11. Kondom kateter dipertahankan 24 - 48 jam dan secara perlahan dikurangi volumenya (10 – 15 menit) dan akhirnya dilepas
12. Pasien diberi antibiotika Ampicillin, metronidazole dan gentamicin secara IV. selama 7 hari

**LUKA/ROBEKAN JALAN LAHIR
(Robekan Serviks, Vagina dan Perineum)**

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pascapersalinan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina.

Tatalaksana :

- Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan
- Lakukan irigasi pada tempat luka dan bubuhi larutan antiseptik
- Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap
- Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling distal dari operator
- Khusus pada ruptura perineum komplit (hingga anus dan sebagian rektum), lakukan rujukan
- Bila kontraksi uterus baik, plasenta lahir lengkap, tetapi terjadi perdarahan banyak maka segera lihat bagian lateral bawah kiri dan kanan dari portio terjadi robekan serviks jepitkan klem ovarium pada kedua sisi portio yang robek sehingga perdarahan dapat segera dihentikan. Segera lakukan rujukan.

RETENSI SISA PLASENTA

Sewaktu suatu bagian dari placenta – satu atau lebih lobus tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.

Tatalaksana :

- Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa placenta , eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan tekrim yang digunakan untuk mengeluarkan placenta yang tidak keluar
- Keluarkan sisa placenta dengan eksplorasi digital (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan.
Jaringan yang melekat dengan kuat, mungkin merupakan plasenta akreta, usaha mengeluarkan berdampak perdarahan berat atau perforasi uterus, sehingga pasien harus segera dirujuk.
- Berikan antibiotika karena perdarahan juga merupakan gejala *metritis*. Antibiotika yang dipilih adalah ampisilin dosis awal 1 g IV dilanjutkan 3 x 1 g oral dikombinasi dengan metronidazol 1 g supositoria dilanjutkan 3 x 500 mg oral
- Lakukan rujukan bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, untuk evakuasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuretase
- Sediakan pendonor bila kadar Hb < 8 g/dL berikan transfusi darah. Bila kadar Hb > 8 g/dL, berikan sulfas ferosus 600 mg/hari selama 10 hari

GANGGUAN PEMBEKUAN DARAH

- Jika perdarahan berlanjut setelah mendapat penatalaksanaan, lakukan uji pembekuan darah dengan menggunakan uji pembekuan darah sederhana.
- Uji masa pembekuan sederhana
 - Ambil 2 ml darah vena kedalam tabung reaksi kaca yang bersih, kecil dan kering (kira-kira 10 mm X 75 mm)
 - Pegang tabung tersebut dalam genggaman Anda untuk menjaganya

- tetap hangat (kurang lebih $\pm 37^{\circ}\text{C}$)
- Setelah 4 menit, ketuk tabung secara perlahan untuk melihat apakah pembekuan sudah terbentuk, kemudian ketuk setiap menit sampai darah membeku dan tabung dapat dibalik
- Kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya *koagulopathy*.
- Bila didapatkan hasil koagulopathy, maka pasien segera di rujuk.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai asuhan perdarahan pada Masa Nifas/Perdarahan Post Partum Sekunder, kerjakan latihan berikut !

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan kegawatdaruratan masa nifas/Post Partum dengan perdarahan sekunder
- 2) Sebutkan macam-macam kegawatdaruratan masa nifas/Post Partum dengan perdarahan sekunder
- 3) Jelaskan penatalaksanaan yang efektif untuk mengatasi perdarahan post partum akibat involusi uterus!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Kegawatdaruratan masa nifas/Post Partum dengan perdarahan sekunder merupakan Perdarahan pada masa Nifas/Perdarahan Post Partum Sekunder (late post partum hemorrhage) merupakan perdarahan yang terjadi lebih dari 24 jam dengan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan vaginal atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal dan harus diwaspadai melalui tanda dan gejalanya. Dengan kehilangan darah dapat menimbulkan kematian karena terjadinya syock hypovolemic
- 2) Cari hal-hal yang sama dan berbeda (yang membedakan) mengenai perdarahan sekunder pada masa nifas/Post Partum
 - a. Atonia uteri
Ditandai
 - Uterus tidak berkontraksi dan lembek.
 - Perdarahan segera setelah anak lahirPenyulit
 - Syok
 - Bekuan darah pada serviks atau posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar
 - b. Luka/Robekan jalan lahir
Ditandai
 - Darah segar mengalir segera setelah bayi lahir

- Uterus berkontraksi dan keras
 - Plasenta lengkap
- Penyulit :
- Pucat
 - Lemah
 - Menggigil
- c. Retensi sisa plasenta
- Ditandai :
- Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap
 - Sub-involusi uterus
 - Perdarahan
- Penyulit :
- Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang
- d. Gangguan pembekuan darah
- Ditandai :
- Uterus berkontraksi dan lembek.
 - Plasenta lahir lengkap
 - Perdarahan
 - Riwayat perdarahan lama
- Penyulit :
- Pucat dan limbung
 - Anemia
 - Demam
- 3) Perdarahan post partum akibat involusi uterus disebabkan karena tidak ada kontraksi, untuk itu perlu dilakukan penekanan kedalam uterus untuk menutup pembuluh darah dengan upaya melakukan penekanan cavum uteri dari sisi dalam ke arah luar dengan kuat sehingga terjadi penekanan pada arteria sistemik serta memberikan *tekanan hidrostatik pada arteri uterina*. Penekanan ini dengan memberikan tamponade uterus dengan balon, yaitu dengan kondom kateter. Penggunaan kondom kateter yang dilakukan dengan benar akan memberikan efek 15 menit paska pemasangan maka perdarahan akan berkurang bahkan berhenti.

Ringkasan

Perdarahan pada Masa Nifas/Perdarahan Post Partum Sekunder (late post partum hemorrhage) merupakan perdarahan yang terjadi lebih dari 24 jam dengan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan vaginal atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal dan harus diwaspadai melalui tanda dan gejalanya. Dengan kehilangan darah dapat menimbulkan kematian karena terjadinya syock hypovolemic. Oleh karena itu penatalaksanaan untuk dilakukan dalam 2 komponen, yaitu: (1) resusitasi dan

✍ ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal ✍ ■

penanganan perdarahan obstetri serta kemungkinan syok hipovolemik dan (2) penatalaksanaan perdarahan postpartum sekunder. Tindakan resusitasi merupakan tindakan preventif yang akan memberikan keamanan sebelum melakukan penatalaksanaan yang disesuaikan dengan sumber perdarahan berupa : atonia uteri, luka jalan lahir, dan retensi plasenta serta gangguan pembekuan darah.

Topik 2

Deteksi Kegawatdaruratan Maternal Masa Nifas

Dalam Topik 2 ini, Anda akan mempelajari tentang Deteksi Kegawat daruratan Maternal masa nifas yang meliputi (a) deteksi pre eklamsia/eklamsia post partum , (b) tanda dan gejala pre eklamsia/eklamsia post partum, (c) data subyektif dan obyektif pre eklamsia/eklamsia post partum, serta , (d) penatalaksanaan preeklamsia/eklamsia post partum.

Setelah menyelesaikan topik ini, Anda diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kegawatdaruratan ibu nifas dengan preeklamsia/eklamsia post partum. Secara khusus, setelah menyelesaikan topik ini, Anda diharapkan mampu untuk:

1. Melakukan deteksi preeklmasia/eklamsia post partum
2. Menentukan tanda dan gejala adanya preeklmasia/eklamsia post partum
3. Menentukan data subyektif dan obyektif preeklmasia/eklamsia post partum
4. Melakukan penatalaksanaan preeklmasia/eklamsia post partum

Keluhan terkait kondisi kegawat daruratan pada ibu post partum perlu dicurigai adanya preeklampsia berat atau preeklampsia pasca persalinan, dimana gejala yang dimunculkan berupa data subyektif serta obyektif.

Bila Anda mendapatkan ibu post partum dengan gejala dalam 48 jam sesudah persalinan yang mengeluh *Nyeri kepala hebat, Penglihatan kabur, dan Nyeri epigastrium*, Anda harus mewaspadaai adanya Eklamsia Berat atau Eklamsia dengan tanda dan gejala seperti dibawah ini :

Tanda dan Gejala	
Pre eklamsi berat	Eklamsia
<ul style="list-style-type: none"> Tekana diastolic ≥ 110 mmHg Protein urine $\geq +++$, Kadang hiperrefleksia, Nyeri kepala hebat, Penglihatan kabur, Oliguria < 400 ml/24 jam, nyeri abdomen atas / epigastrik Edema paru. 	<ul style="list-style-type: none"> Tekanan diastolic ≥ 90 mmHg Protein urin $\geq ++$ Kadang disertai hiperrefleksia, Nyeri kepala hebat Penglihatan kabur Oliguria < 400 ml/24 jam Nyeri abdomen atas / epigastrik Edema paru dan koma Ibu mengalami kejang

PENATALAKSANAAN

**PENANGANAN PADA SEMUA KASUS
PREEKLAMPSIA BERAT DAN EKLAMPSIA TIDAK BISA DIBEDAKAN**



PASIENT HARUS SEGERA DIRUJUK



PENANGANAN UMUM - STABILISASI PASIEN

Beberapa hal yang perlu dilakukan adalah :

- ◆ Minta bantuan
- ◆ Jangan tinggalkan ibu sendirian
- ◆ Hindarkan ibu dari terluka, tetapi jangan terlalu aktif menahan ibu.
- ◆ Jika ibu tidak sadarkan diri :
 - Cek jalan napas
 - Posisikan ibu berbaring menyamping ke sisi kiri badannya dan dukung punggung ibu dengan dua bantal guling
 - Periksa apakah lehernya tegang/kaku
- ◆ Jika tekanan diastolic tetap lebih dari 110 mmHg, berikan obat antihipertensi sampai tekanan diastolic di antara 90-110 mmHg
- ◆ Pasang infus dengan jarum (16 gauge atau lebih besar)
- ◆ Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload cairan
- ◆ Katererisasi urin untuk memantau pengeluaran urin dan protein
- ◆ Jika jumlah urine kurang dari 30 ml/jam :
 - Hentikan magnesium sulfat ($MgSO_4$) dan berikan cairan IV (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) pada kecepatan 1 liter/8 jam
 - Pantau kemungkinan edema paru
- ◆ Jangan tinggalkan pasien sendirian (kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu)
- ◆ Observasi tanda-tanda vital, refleks setiap jam
- ◆ Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru

Bila pasien kejang, yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

- ◆ Beri obat antikonvulsan
- ◆ Perengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, sedotan, masker dan balon, oksigen, sudip lidah)
- ◆ Beri oksigen 4 – 6 liter/menit
- ◆ Lindungi pasien dari kemungkinan trauma, tetapi jangan diikat terlalu keras
- ◆ Baringkan pasien pada sisi kiri untuk mengurangi resiko aspirasi

- ◆ Setelah kejang, aspirasi mulut dan tenggorokan jika perlu
- ◆ Rujuk dengan prinsip BAKSO (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat)
- ◆ Miringkan ibu ke samping untuk mengurangi risiko aspirasi dan memastikan jalan napas membuka.

Untuk penanganan khusus, yang dapat dilakukan adalah memberikan Magnesium Sulfat (MgSO₄). Magnesium sulfat (mgso₄) merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklamsia berat dan eklamsia.

SEBELUM PEMBERIAN MgSO₄, periksa :

- Frekuensi pernapasan minimal 16/menit
- Reflek patella (+)
- Urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir
- Beritahu pasien akan merasa agak panas sewaktu diberisuntikan MgSO₄

DOSIS AWAL

- Pemberian MgSO₄ 4 gr IV sebagai larutan 40% selama 5 menit
- Segera dilanjutkan dengan pemberian 10 gr larutan MgSO₄ 50%, masing-2 5 gr di bokong kanan dan kiri secara IM dalam, ditambah 1 mg lignokain 2% pada semprit yang sama.
- Jika kejang berulang selama 15 menit, berikanMgSO₄ 2 gr (larutan 40%) IV selama 5 menit

DOSIS PEMELIHARAAN

- MgSO₄ 1-2 gr /jam per infus, 15 tetes/menit atau 5 gr MgSO₄
- Lanjutkan pemberianMgSO₄ sampai 24 pasca persalinan atau kejang berulang

BERHENTILAH PEMBERIAN MgSO₄, jika

- Frekuensi pernapasan minimal < 16/menit
- Reflek patella (-)
- Urin < 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir

SIAPKAN ANTIDOTUM

- Jika terjadi henti nafas , lakukan ventilasi (masker dan balon, ventilator), beri *kalsium glukonat* 1 g (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lagi.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai Asuhan kegawat daruratan ibu post partum dengan preeklamsia berat/eklamsia, kerjakan latihan berikut !

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan kegawatat daruratan ibu post partum dengan preeklasia berat/eklamsia
- 2) Jelaskan bagaimana dasar asuhan untuk ibu post partum dengan preeklasia berat/ eklamsia

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Kegawatdaruratan ibu post partum dengan preeklasia berat/eklamsia merupakan situasi yang harus mendapatkan penatalaksanaan dengan segera dan tepat pada ibu dalam 48 jam sesudah persalinan mengalami tanda :
 - a. Pre Eklamsia Berat : tekanan diastolic ≥ 110 mmHg , Protein urine $\geq +++$, kadang hiperrefleksia, nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, Oliguria < 400 ml/24 jam, nyeri abdomen atas/epigastrik
 - b. Eklamsia : tekanan diastolic ≥ 90 mmHg , protein urin $\geq ++$, kadang disertai hiperrefleksia, nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, Oliguria < 400 ml/24 jam, nyeri abdomen atas /epigastrik, kejang sampai koma
- 2) Dasar asuhan untuk ibu post partum dengan preeklasia berat/eklamsia
Ibu post partum dengan preeklasia berat/eklamsia harus segera dirujuk, sebelum dirujuk diperlukan.
 - a. Penanganan umum untuk stabilisasi pasien dengan cara :
 - Minta bantuan
 - Hindarkan ibu dari terluka, tetapi jangan terlalu aktif menahan ibu.
 - Jika ibu tidak sadarkan diri :
 - Cek jalan napas
 - Posisikan ibu berbaring menyamping ke sisi kiri badannya dan dukung punggung ibu dengan dua bantal guling
 - Periksa apakah lehernya tegang/kaku
 - Jika tekanan diastolic tetap lebih dari 110 mmHg, berikan obat antihipertensi sampai tekanan diastolic di antara 90-110 mmHg
 - Pasang infus dengan jarum (16 gauge atau lebih besar)
 - Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload cairan
 - Katererisasi urin untuk memantau pengeluaran urin dan protein
 - Jika jumlah urine kurang dari 30 ml/jam :
 - Hentikan magnesium sulfat ($MgSO_4$) dan berikan cairan IV (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) pada kecepatan 1 liter/8 jam
 - Pantau kemungkinan edema paru
 - Jangan tinggalkan pasien sendirian (kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu)
 - Observasi tanda-tanda vital, refleks setiap jam
 - Jika pasien kejang
 - Beri obat antikonvulsan
 - Beri oksigen 4 – 6 liter/menit
 - Lindungi pasien dari kemungkinan trauma, tetapi jangan diikat terlalu keras
 - Baringkan pasien pada sisi kiri untuk mengurangi resiko aspirasi
 - Setelah kejang, aspirasi mulut dan tenggorokan jika perlu

📌 ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 📌 ■

- Rujuk dengan prinsip BAKSO (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat)
 - Miringkan ibu ke samping untuk mengurangi risiko aspirasi dan memastikan jalan napas membuka.
- b. Penanganan Khusus
- Pemberian magnesium sulfat ($MgSO_4$) merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklamsia berat dan eklamsia, dengan langkah :
- 1) Sebelum pemberian $MgSO_4$, periksa :
 - Frekuensi pernapasan minimal 16/menit
 - Reflek patella (+)
 - Urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir
 - Beritahu pasien akan merasa agak panas sewaktu diberisuntikan $MgSO_4$
 - 2) Pemberian dosis awal
 - Pemberian $MgSO_4$ 4 gr IV sebagai larutan 40% selama 5 menit
 - Segera dilanjutkan dengan pemberian 10 gr larutan $MgSO_4$ 50%, masing-masing 5 gr di bokong kanan dan kiri secara IM dalam, ditambah 1 mg lignokain 2% pada semprit yang sama.
 - Jika kejang berulang selama 15 menit, berikan $MgSO_4$ 2 gr (larutan 40%) IV selama 5 menit
 - 3) Dosis Pemeliharaan
 - $MgSO_4$ 1-2 gr/jam per infus, 15 tetes/menit atau 5 gr $MgSO_4$
 - Lanjutkan pemberian $MgSO_4$ sampai 24 pasca persalinan atau kejang berulang
 - Hentikan pemberian $MgSO_4$, jika :
 - Frekuensi pernapasan minimal < 16/menit
 - Reflek patella (-)
 - Urin < 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir
 - Siapkan antidotum
- Jika terjadi henti nafas, lakukan ventilasi (masker dan balon, ventilator), beri *kalsium glukonat* 1 g (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lagi.

Ringkasan

Bila kita dapatkan ibu dalam 48 jam sesudah persalinan yang mengeluh nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, dan nyeri epigastrium, jangan dianggap hal yang biasa karena kecapaian saat melahirkan. Keluhan ini dapat terkait dengan kondisi kegawat daruratan pada ibu post partum perlu dicurigai adanya preeklamsia berat atau preeklamsia pasca persalinan. Gejala yang terjadi berupa tekana diastolic ≥ 110 mmHg, nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, Oliguria < 400 ml/24 jam, nyeri abdomen atas/epigastrik, bila urine diperiksa didapatkan protein urine $\geq +++$, dan bila berlanjut dengan kejang maka disebut Eklamsia dengan segala macam resikonya. Untuk selanjutnya Anda harus melakukan rujukan

📌 ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 📌 ■

karena ini merupakan kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penatalaksanaan umum sesuai kondisi pasien serta khusus. Pemberian magnesium sulfat ($MgSO_4$) merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklamsia berat dan eklamsia.

Topik 3

Kegawatdaruratan Ibu Nifas dengan Puerperium

Dalam Topik 2 ini, Anda akan mempelajari tentang kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium yang meliputi : (a) deteksi kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium; (b) tanda dan gejala kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium ; (c) data subyek dan obyek kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium dan (d) penatalaksanaan kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium.

Setelah menyelesaikan topik ini, Anda diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium. Secara khusus, setelah menyelesaikan topik ini, Anda diharapkan mampu untuk :

1. Melakukan deteksi kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium
2. Menentukan tanda dan gejala adanya kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium
3. Menentukan data subyek dan obyektif kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium
4. Melakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium

Sepsis puerperalis merupakan infeksi pada traktus genitalia yang dapat terjadi setiap saat antara awitan pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus. Untuk menentukan apakah sepsis putperalis terjadi, maka Anda dapat mendeteksinya melalui adanya dua atau lebih dan hal – hal berikut ini :

1. Nyeri pelvik
2. Demam $>38,5^{\circ}$ diukur melalui oral kapan saja;
3. Vagina yang abnormal
4. Vagina berbau busuk;
5. Keterlambatan penurunan ukuran uterus (*sub involusio uteri*).

Selanjutnya Anda dapat melanjutkan menentukan adanya kegawatdarutan ibu nifas dengan sepsis puerperalis bila terdapat tanda dan gejala sesuai dengan lokasi adanya infeksi atau peradangan alat-alat genitalia. Pada kasus sepsis puerperalis dapat menimbulkan kegawatdaruratan, yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

INFEKSI YANG TERBATAS PADA PERINEUM, VULVA, VAGINA, CERVIX DAN ENDOMETRIUM	
VULVITIS	<i>Pada infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak ; jahitan ini mudah terlepas dan luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.</i>
VAGINITIS	<i>Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, dan getah mengandung nanah yang keluar dari daerah ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas</i>
SERVISITIS	<i>Infeksi sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan meluas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium</i>
ENDOMETRITIS	<i>Jenis infeksi yang paling sering ialah endometritis. Kuman-kuman memasuki endometrium, biasanya pada luka bekas Insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium</i>
KOMPLIKASI	
PERITONITIS	<i>Peritonitis menyeluruh adalah peradangan pada semua bagian peritonium, ini berarti baik peritoneum parietal, yaitu membran yang melapisi dinding abdomen, maupun peritoneum viseral, yang terletak di atas vasera atau organ-organ internal meradang</i>
SALPINGO-OOFORITIS DAN PARAMETRITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Salpingo-ooforitis adalah infeksi pada ovarium dan tuba fallopi. • Parametritis adalah infeksi pada parametrium., jaringan yang memanjang sampai kesisi servik dan kepertengahan lapisan- lapisan ligamen besar
SEPTIKEMIA	<i>Septikemia adalah ada dan berkembangbiaknya bakteri di dalam aliran darah.</i>
ABSES	<i>Masa yang menonjol dan berfluktuasi pada pemeriksaan vagina, nyeri yang hebat dan nyeri tekan, demam tidak menurun meskipun diberikan antibiotik</i>

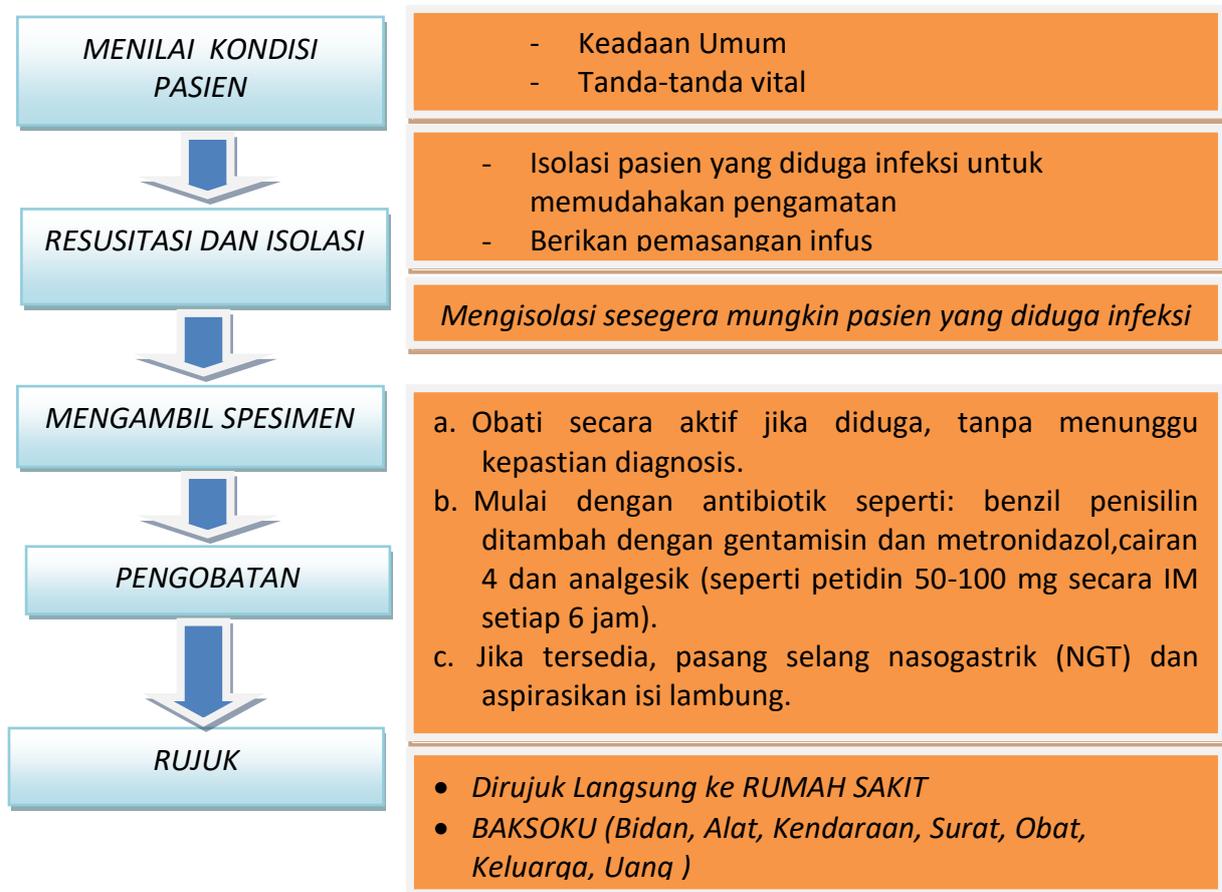
Untuk mengetahui adanya kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperalis, Anda dapat melakukan pengkajian data subyektif dan obyektif, seperti dibawah ini :

Data Subyek	Data Obyek
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ibu menyampaikan baru melahirkan ▪ Riwayat persalinan dengan tindakan (digunting, dengan alat dan plasenta dirogoh) ▪ Proses persalinan lama lebih 1 jam bayi tidak segera lahir ▪ Saat hamil ibu dengan penyakit mis: batuk lama, dada berdebar-debar, kencing manis dll 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partus lama utama ketuban pecah lama ▪ Tindakan bedah vagina yang menyebabkan perlukaan pada jalan lahir ▪ Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah ▪ Demam tinggi sampaji menggigil ▪ Nadi kecil dan cepat ▪ Nyeri tekan pada kedua sisi abdomen

Tabel 3.1. Data Subyektif dan Obyektif

Setelah Anda dapat menentukan adanya kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium, selanjutnya bagaimana penataksanaannya ?

ALUR PENGELOLAAN PENDERITA KEGAWATDARURATAN IBU NIFAS DENGAN SEPSIS PUERPERIUM



Bagan : 3.1. Pengelolaan Kegawatdaruratan Ibu Nifas dengan Sepsis Puerperium

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai kegawat daruratan ibu dalam masa nifas berkaitan dengan adanya sepsis puerperalis, kerjakan latihan berikut !

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan kegawat daruratan ibu dengan masa nifas
- 2) Jelaskan penatalaksanaan kegawat daruratan ibu dengan masa nifas

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Kegawat daruratan ibu dengan masa nifas merupakan penyebab kematian ibu, hal ini berkaitan dengan adanya sepsis puerperalis. Penyebab kegawatdaruratan ini berkaitan dengan infeksi pada traktus genitalia yang dapat terjadi setiap saat antara awitan pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus . Terjadinya sepsis purperalis dapat dideteksi melalui tanda dua atau lebih yang terjadi pada ibu masa nifas , diantaranya adanya keluhan nyeri pelvi/ panggul, ibu mengalami demam $>38,5^{\circ}$ dan diukur melalui oral kapan saja, dalam pemeriksaan vagina bentuknya abnormal disertai adanya bau busuk dan adanya keterlambatan penurunan ukuran uterus (*sub involusio uteri*).
- 2) Penatalaksanaan kegawat daruratan ibu dengan masa nifas
 - a. Yang pertama kali Anda lakukan adalah melakukan penilaian kondisi pasien kesadaran, tanda vital suhu, tensi, nadi dan pernafasan
 - b. Melakukan resusitasi berupa pemasangan infus dan pasien panas di isolasi agar lebih nyaman.
 - c. MenyiapkanObati secara aktif jika diduga, tanpa menunggu kepastian diagnosis, mulai dengan antibiotik seperti: benzil penisilin ditambah dengan gentamisin dan metronidazol, cairan 4 dan analgesik (seperti petidin 50-100 mg secara IM setiap 6 jam). Jika tersedia, pasang selang nasogastrik (NGT) dan aspirasikan isi lambung.
 - d. Merujuk pasien ke rumah sakit dengan menggunakan prinsip BAKSOKU (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, Keluarga, Uang)

Ringkasan

Kegawat daruratan ibu dalam masa nifas berkaitan dengan adanya sepsis puerperalis, hal ini merupakan infeksi pada traktus genitalia yang dapat terjadi setiap saat antara awitan pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus. Terjadinya sepsis purperalis dapat dideteksi melalui tanda dua atau lebih yang terjadi pada ibu masa nifas, diantaranya adanya keluhan nyeri pelvic/panggul, ibu mengalami demam $>38,5^{\circ}$ dan diukur melalui oral kapan saja, dalam pemeriksaan vagina bentuknya abnormal disertai adanya bau busuk dan adanya keterlambatan penurunan ukuran uterus (*sub involusio uteri*). Infeksi ibu dalam masa nifas atau biasa disebut dengan

📌 ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 📌 ■

sepsis perurperalis dapat dimulai dari perineum, vulva, vagina, cerviks dan endometrium dan berdampak kepada organ reproduksi lebih dalam lagi sehingga membutuhkan tatalaksana yang lebih kompleks.

Topik 4

Kegawatdaruratan Ibu Nifas dengan Mastitis

Dalam Topik 4 ini, Anda akan mempelajari tentang kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis yang meliputi : (a) deteksi kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis; (b) tanda dan gejala kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis; (c) data subyek dan obyek kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis; (d) penatalaksanaan kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis.

Setelah menyelesaikan topik ini, diharapkan Anda mampu untuk melakukan asuhan kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis. Secara khusus, setelah menyelesaikan topik ini, Anda diharapkan mampu untuk:

1. Melakukan deteksi kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis
2. Menentukan tanda dan gejala adanya kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis
3. Menentukan data subyek dan obyektif kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis
4. Melakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis

*Mastitis adalah infeksi peradangan pada mamma, terutama pada primipara yang biasanya disebabkan oleh staphylococcus aureus, infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah
Bila tidak segera ditangani menyebabkan Abses Payudara
(pengumpulan nanah lokal di dalam payudara)
merupakan komplikasi berat dari mastitis*

Bagaimana cara Anda mendeteksi adanya mastitis

**LAKUKAN DENGAN MEMPERHATIKAN PERUBAHAN PADA PAYUDARA IBU P
OST PATUM SERTA AREA PERUBAHANNYA**

Tabel 4.1. Macam Mastitis

<i>Dibedakan berdasar tempat serta penyebab dan kondisinya</i>		
1. Mastitis yang menyebabkan abses di bawah areola mammae 2. Mastitis di tengah-tengah mammae yang menyebabkan abses di tempat itu 3. Mastitis pada jaringan di bawah dorsal dari kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara mammae dan otot-otot di bawahnya.		
<i>Menurut penyebab dan kondisinya</i>		
Mastitis Periductal	Mastitis Puerperalis/ Lactational	Mastitis Suppurativa
<ul style="list-style-type: none"> muncul pada wanita di usia menjelang menopause, penyebab utamanya tidak jelas diketahui. Keadaan ini dikenal juga dengan sebutan mammary duct ectasia, yang berarti pelebaran saluran karena adanya penyumbatan pada saluran di payudara. 	<ul style="list-style-type: none"> banyak dialami oleh wanita hamil atau menyusui. Penyebab utama mastitis puerperalis yaitu kuman yang menginfeksi payudara ibu, yang ditransmisi ke puting ibu melalui kontak langsung 	<ul style="list-style-type: none"> paling banyak dijumpai. Penyebabnya bisa dari kuman Staphylococcus, jamur, kuman TBC dan juga sifilis. Infeksi kuman TBC memerlukan penanganan yang ekstra intensif.

Untuk menentukan adanya kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis, dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul, biasanya terjadinya akhir minggu pertama pasca partum. Hal ini berkaitan erat dengan produksi dari ASI yang dihasilkan oleh kelenjar acinin yang dalam alveoli dan tidak dapat dipancarkan keluar. Dengan demikian Anda akan mendapatkan tanda gejala kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis seperti dibawah ini :

- Adanya nyeri ringan sampai berat
- Payudara nampak besar dan memerah
- Badan terasa demam seperti hendak flu, nyeri otot, sakit kepala, kelelahan

Mastitis yang tidak ditangani memiliki hampir 10% resiko terbentuknya abses

Tanda dan gejala abses meliputi hal – hal berikut :

- Discharge puting susu purulenta
- Demam remiten (suhu naik turun) disertai mengigil
- Pembengkakan payudara dan sangat nyeri, massa besar dan keras dengan area kulit berwarna berfluktasi kemerahan dan kebiruan mengindikasikan lokasi abses berisi pus



Abses Payudara

Terdapat benjolan yang membengkak yang sangat nyeri dengan kemerahan, panas, edema kulit di atasnya. Bila tidak segera ditangani benjolan akan menjadi berfluktuasi dengan perubahan warna kulit dan nekrosis

Untuk memperjelas adanya mastitis pada ibu post partum, Anda dapat memilahkan tanda gejala tersebut dengan mencari data subyektif maupun obyektif, seperti dibawah ini :

<i>Data Subyektif</i>	<i>Data Obyektif</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ibu menyampaikan kalau baru melahirkan hari yang lalu ▪ Mengeluh payudaranya terasa berat dan sakit ▪ Tidak berani untuk menetek bayi ▪ Badan terasa demam seperti hendak flu : nyeri otot, sakit kepala, keletihan 	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya nyeri ringan pada salah satu lobus payudara, yang diperberat jika bayi menyusui. • Teraba keras dan tampak memerah • Permukaan kulit dari payudara yang terkena infeksi juga tampak seperti pecah-pecah • Peningkatan suhu yang cepat dari (39,5 – 40 °C) • Nadi kecil dan cepat • Mengigil • Malaise umum, sakit kepala • Nyeri hebat, bengkak, inflamasi, area payudara keras

Tabel 4.1. Data Subyektif dan Obyektif

Setelah Anda dapat mengidentifikasi kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis, selanjutnya Bagaimana penatalaksanaannya agar proses laktasi tetap terjaga, yang Anda lakukan dengan kondisi situasional mulai dari yang ringan sampai berat.

PENATALAKSANAAN
MASTITIS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dimulai dengan memperbaiki teknik menyusui ibu untuk aliran ASI yang baik dengan lebih sering menyusui dimulai dari payudara yang bermasalah. ➤ Bila ibu merasa sangat nyeri, menyusui dimulai dari sisi payudara yang sehat, kemudian sesegera mungkin dipindahkan ke payudara bermasalah, bila sebagian ASI telah menetes (<i>let down</i>) dan nyeri sudah berkurang. ➤ Posisikan bayi pada payudara, dagu atau ujung hidung berada pada tempat yang mengalami sumbatan agar membantu mengalirkan ASI dari daerah tersebut. ➤ Ibu yang tidak mampu melanjutkan menyusui harus pemerah ASI dari payudara dengan tangan atau pompa. ➤ Pijatan payudara yang dilakukan dengan jari-jari yang dilumuri minyak atau

krim selama proses menyusui dari daerah sumbatan ke arah puting juga dapat membantu melancarkan aliran ASI.

- **Konseling suportif**
 - Memberikan dukungan, bimbingan, keyakinan kembali tentang menyusui yang aman untuk diteruskan, bahwa ASI dari payudara yang terkena tidak akan membahayakan bayi, serta payudara akan pulih bentuk maupun fungsinya
 - Pengeluaran ASI yang efektif
 - Bantu ibu perbaiki kenytan bayi pada payudara
 - Dorong untuk sering menyusui selama bayi menghendaki serat tanpa batasan
 - Bila perlu peras ASI dengan tangan atau pompa atau botol panas sampai menyusui dapat dimulai lagi
- **Terapi antibiotika, diindikasikan pada:**
 - Hitung sel dan koloni bakteri dan biakan yang ada serta menunjukkan infeksi
 - Gejala berat sejak awal
 - Terlihat puting pecah-pecah
 - Gejala tidak membaik setelah 12-24 jam setelah pengeluaran ASI diperbaiki
 - Dan dapat diberikan antibiotika seperti: Antibiotika Beta-lakta-mase
 - Pengobatan simtomatik
 - Diterapi dengan anlgesik (mis: Ibuprofen, Parasetamol)
 - Istirahat atau tirah baring dengan bayinya
 - Penggunaan kompres hangat pada payudara
 - Yakinkan ibu untuk cukup cairan
 - Pendekatan terapeutik lain (misalnya penyinggiran pus, tindakan diit, pengobatan herbal, menggunakan daun kol untuk kompres dingin

ABSES PAYUDARA

- Lakukan rujukan untuk terapi bedah (pengeluaran pus dengan insisi dan penyaluran)
- Dukungan untuk menyusui

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis, kerjakan latihan berikut !

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis ?
- 2) Jelaskan penatalaksanaan kegawatdaruratan ibu dengan masa nifas dengan mastitis ?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Mastitis adalah infeksi peradangan pada mamma, terutama pada primipara yang biasanya disebabkan oleh staphylococcus aureus, infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah. Bila tidak segera ditangani menyebabkan Abses Payudara (pengumpulan nanah local di dalam payudara) merupakan komplikasi berat dari mastitis, yang ditandai oleh :
 - Adanya nyeri ringan pada salah satu lobus payudara, yang diperberat jika bayi menyusui.
 - Teraba keras dan tampak memerah
 - Permukaan kulit dari payudara yang terkena infeksi juga tampak seperti pecah-pecah
 - Peningkatan suhu yang cepat dari (39,5 – 40 °C)
 - Nadi kecil dan cepat
 - Mengigil
 - Malaise umum, sakit kepala
 - Nyeri hebat, bengkak, inflamasi, area payudara keras
- 2) Penatalaksanaan kegawatdaruratan ibu dengan masa nifas dengan mastitis, sebagai berikut :
 - Dimulai dengan memperbaiki teknik menyusui ibu untuk aliran ASI yang baik dengan lebih sering menyusui dimulai dari payudara yang bermasalah.
 - Bila ibu merasa sangat nyeri, menyusui dimulai dari sisi payudara yang sehat, kemudian sesegera mungkin dipindahkan ke payudara bermasalah, bila sebagian ASI telah menetes (*let down*) dan nyeri sudah berkurang.
 - Posisikan bayi pada payudara, dagu atau ujung hidung berada pada tempat yang mengalami sumbatan agar membantu mengalirkan ASI dari daerah tersebut.
 - Ibu yang tidak mampu melanjutkan menyusui harus memerah ASI dari payudara dengan tangan atau pompa.
 - Pijatan payudara yang dilakukan dengan jari-jari yang dilumuri minyak atau krim selama proses menyusui dari daerah sumbatan ke arah puting juga dapat membantu melancarkan aliran ASI.
 - Konseling suportif

📌 ■ Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 📌 ■

- Memberikan dukungan, bimbingan dan keyakinan kembali tentang menyusui yang aman untuk diteruskan, bahwa ASI dari payudara yang terkena tidak akan memahayakan bayi, serta payudara akan pulih bentuk maupun fungsinya
- Pengeluaran ASI yang efektif
- Bantu ibu perbaiki kenytan bayi pada payudara
- Dorong untuk sering menyusui selama bayi menghendaki serat tanpa batasan
- Bila perlu peras ASI dengan tangan atau pompa atau botol panas sampai menyusui dapat dimulai lagi
- Terapi antibiotika, diindikasikan pada:
 - Hitung sel dan koloni bakteri dan biakan yang ada serta menunjukkan infeksi
 - Gejala berat sejak awal
 - Terlihat puting pecah-pecah
 - Gejala tidak membaik setelah 12-24 jam setelah pengeluaran ASI diperbaiki
 - Dan dapat diberikan antibiotika seperti: Antibiotika Beta-lakta-mase
 - Pengobatan simtomatik
 - Diterapi dengan anlgetik (mis: Ibuprofen, Parasetamol)
 - Istirahat atau tirah baring dengan bayinya
 - Penggunaan kompres hangat pada payudara
 - Yakinkan ibu untuk cukup cairan
 - Pendekatan terapeutik lain (misalnya: penyinggiran pus, tindakan diit, pengobatan herbal, menggunakan daun kol untuk kompres dingin
- Bila terjadi abses payudara, di rujuk untuk dilakukan :
Terapi bedah (pengeluaran pus dengan insisi dan penyaluran)

Ringkasan

Mastitis adalah infeksi peradangan pada mamma, terutama pada primipara yang biasanya disebabkan oleh staphylococcus aureus, infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah. Kondisi ini biasa terjadi pada minggu pertama pasca persalinan. Bila tidak segera ditangani menyebabkan Abses Payudara (pengumpulan nanah local di dalam payudara) merupakan komplikasi berat dari mastitis.

Daftar Pustaka

- JNPK-KR. Asuhan Persalinan Normal – Asuhan Esensial Persalinan. Edisi Revisi Cetakan ke-3. Jakarta: JNPK-KR. 2007.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC. 2004.
- Depkes, 2006, *Standart Praktek Kebidanan*, Depkes RI: Jakarta, hal 94-8.
- Hacker Moore, 2002, *Obsteri Essensial.*, EGC: Jakarta: Bab 26
- Buku Acuan,Revisi 2007, *Asuhan Persalinan Normal*, JNPK-KR : Bab 6
- Varney H., et al: *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol 2.*,EGC: Bab 78
- WHO, Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan (2011). *Panduan Asuhan Intranatal*. Jakarta