

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL TEORI III

ASSUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL

TEORI ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN



**PRODISARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

VISI DAN MISI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA

VISI

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 3
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

DAFTAR ISI

BAB I: PENYULIT/KOMPLIKASI PERSALINAN KALA I DAN II PERSALINAN	2
Topik 1.	
Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala I dan II	4
Latihan	17
Ringkasan	17
Tes 1.....	18
Topik 2.	
Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala III dan IV Persalinan	20
Latihan	26
Ringkasan	27
Tes 2.....	27
KUNCI JAWABAN TES	30
GLOSARIUM	31
DAFTAR PUSTAKA	32

BAB I

PENYULIT/KOMPLIKASI PERSALINAN KALA I DAN II PERSALINAN

PENDAHULUAN

Kehamilan dan persalinan merupakan kejadian fisiologis normal. Akan tetapi berdasarkan penelitian 15% kehamilan berpotensi mengalami komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu yang memerlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam resiko tinggi dan banyak bidan merasa kurang percaya diri dalam situasi luar biasa atau kedaruratan yang sangat mengancam jiwa.

Mata kuliah ini memberikan kemampuan pada mahasiswa untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin pathologi, yang didasari konsep-konsep, sikap dan ketrampilan serta hasil *evidence based* dalam praktik *intranatal* yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

Dalam Bab ini anda akan mempelajari asuhan persalinan dengan beberapa penyulit yang dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif, kemungkinan perbaikan pada ibu dan bayi akan meningkat. Kemampuan tersebut juga sangat penting bagi mahasiswa, karena kemampuan ini akan menjadi bekal saat belajar di klinik dan Rumah Sakit untuk bisa memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan baik.

Untuk menguasai Bab ini selain mahasiswa harus pernah memperoleh mata kuliah Anatomi, Fisiologi dan konsep persalinan persalinan normal.

Setelah membaca materi Bab ini mahasiswa diharapkan mampu mendiskripsikan komplikasi dan penyulit pada ibu bersalin. Secara khusus, mahasiswa diharapkan mamapu untuk :

1. Mendiskripsikan komplikasi dan penyulit kala I
2. Mendiskripsikan komplikasi dan penyulit kala II
3. Mendiskripsikan komplikasi dan penyulit kala III
4. Mendiskripsikan komplikasi dan penyulit kala IV

Kegunaan modul bagi mahasiswa :

1. Sebagai penuntun belajar mahasiswa untuk mengerti tentang konsep dasar persalinan
2. Sebagai penuntun belajar mahasiswa mengerti mekanisme persalinan yang meliputi Kala I, Kala II, Kala III dan Kala IV

Untuk membantu anda menguasai kemampuan diatas, dalam Bab ini akan disajikan pembahasan dan latihan dalam 2 topik yaitu:

- Topik 1: Penyulit/ komplikasi kala I dan II persalinan meliputi; distosia kelainan presentasi dan posisi, distosia karena kelainan his, distosia karena kelainan alat kandungan, distosia karena kelainan janin, distosia karena kelainan jalan lahir.
- Topik 2: Penyulit/ komplikasi kala III dan IV persalinan meliputi; perdarahan post partum primer, atonia uteri, retensio plasenta, emboli air ketuban, robekan jalan lahir, robekan perineum, robekan serviks, robekan dinding vagina, inversio uteri, syok obstetrik.

Agar Anda berhasil dengan baik mempelajari Bab ini, ikuti petunjuk belajar sebagai berikut:

1. Bacalah dengan cermat agar saudara lebih mudah mempelajari Bab ini
2. Baca bagian demi bagian, temukan kata kunci dan kata-kata saudara anggap baru. Carilah arti dari kata-kata tersebut dalam kamus anda.
3. Mantapkan pengertian demi pengertian dari isi modul ini melalui pemahaman sendiri dan tukar pikiran dengan teman anda, Dosen atau tutor anda.
4. Carilah informasi sebanyak-banyaknya tentang materi modul untuk lebih memahami materi yang anda pelajari.

Topik 1 Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala I dan II

Persalinan dengan beberapa penyulit dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Untuk itu, pada Topik 1 ini akan dibahas pokok bahasan tentang *Distosia* Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi), *Distosia* karena Kelainan His, *Distosia* karena Kelainan Alat Kandungan, serta *Distosia* karena Kelainan Janin

A. ***DISTOSIA* KELAINAN PRESENTASI DAN POSISI (MAL POSISI)**

1. **Pengertian**

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.

Penilaian posisi normal apabila kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal atau anterior. Sedangkan keadaan dimana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi.

Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi sehingga kepala defleksi.

Hasil pemeriksaan untuk mendiagnosa malposisi:

- a. Pemeriksaan abdominal: bagian terendah abdomen datar, bagian kebagian terendah abdomen datar, bagian kecil janin teraba bagian anterior dan DJJ dibagian samping (flank)
- b. Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput dianterior akan mudah teraba bila kepala defleksi

Posisi Oksiput Posterior

Persalinan yang terganggu terjadi bila kepala janin tidak atau turun, dan pada persalinan dapat terjadi robekan perenium yang tidak teratur atau ekstensi dari episiotomi.

2. **Etiologi**

- a. Diameter antero posterior biasanya pada panggul android
- b. Segmen depan menyempit biasanya pada panggul android
- c. Otot – otot dasar panggul yang lembek pada multipara
Kepala janin kecil.

3. Konsep Dasar Kelainan Malposisi Pada

a. Presentasi puncak kepala

Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi, dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi, sehingga ke defleksi. Presentasi puncak kepala disebut juga presentasi sinsiput.

Etiologi:

- 1) Kelainan Panggul
- 2) Anak kecil/mati
- 3) Kerusakan dasar panggul

Penanganan :

- 1) Usahakan lahir pervaginam karena kira kira 75% bisa lahir pervaginam karena kira-kira 75 % bisa lahir spontan.
- 2) Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep bisanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubun Ubun Besar

Komplikasi

- 1) Ibu
 - a) Robekan jalan lahir yang lebih luas
 - b) Partus lama
- 2) Anak Karena partus lama dan molase hebat sehingga mortalitas anak agak tinggi

b. Presetasi dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara *fleksi* dan *defleksi*, sehingga dahimerupakan bagian teredah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala. Kepala menusuk panggul dengan dahi melintang/miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar kedepan dan berada di bawah alkus pubis, kemudian terjadi fleksi sehingga belakang kepala terlahir melewati perineum lalu terjadi defleksi sehingga lahirlah dagu.

Etiologi :

- 1) Panggul sempit
- 2) Janin besar
- 3) Multiparitas
- 4) Kelainan janin
- 5) Kematian janin intra uterin

Penanganan :

Persentase dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak dapat lahir spontan pervaginam, jadi lakukan SC.

Komplikasi :

- 1) Pada Ibu
Partus lama dan lebat sulit, bisa terjadi robekan yang hebat dan ruptur uteri
- 2) Pada Anak
Mortalitas janin tinggi

c. Persentasi occipito posterior

Pada persalinan persentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui Pintu Atas Panggul dengan sutura sagitaris melintang/miring, sehingga Uzun Uzun Kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang.

Etiologi :

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranvesa
 - 2) Segmen depan menyempit
-
- 1) Otot - otot dasar panggul yang lembek pada multipara
 - 2) Kepala janin yang kecil dan bulat

Penanganan :

- 1) Lakukan pengawasan dengan seksama dengan harapan dapat lahir spontan
- 2) Tindakan baru dilakukan jika kala II terlalu lama/ada tanda bahaya terhadap janin

Pada persalinan dapat terjadi robekan peremium yang teratur atau ekstensi dari episiotomi :

- 1) Periksa ketuban bila intake, pecah ketuban
- 2) Bila penurunan kepala 3/5 diatas PAP atau diatas 2 SC
- 3) Bila pembukaan belum lengkap dan tidak ada tanda obstruksi, beri oksitosin drip.
- 4) Bila pembukaan lengkap dan tidak ada kemajuan pada fase pengeluaran, ulangi apakah ada obstruksi. Bila tidak ada tanda abstruksi oksitosin drip
- 5) Bila pembukaan lengkap dan kepala masuk sampai tidak kurang 1/5 atau o ekstraksi vaccum atau forseps
- 6) Bila ada tanda obstruksi/gawat janin lakukan Secio Cesaria

d. Persentasi muka

Disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung dan pipi.

Etiologi :

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transvesa
- 2) Segmen depan menyempit

- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat

Dagu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka dagu *Anterior* dan *Posterior* :

- 1) Presentasi muka dagu anterior posisi muka *fleksi*
- 2) Presentasi muka dagu posterior posisi muka *defleksi Max*

Penanganan

a. *Dagu posterior*

Bila pembukaan lengkap :

- 1) Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
- 2) Bila kemajuan persalinan lembut lakukan oksitosin drip
- 3) Bila penurunan kurang lancar

Bila pembukaan belum lengkap :

Tidak didapatkan tanda obstruksi, lakukan oksitosin drip. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertek.

b. *Dagu anterior*

- 1) Bila pembukaan lengkap Secio Caesaria
- 2) Bila pembukaan tidak lengkap, lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Secio Caesaria

4. Diagnosa

Leopold I : pada fundus teraba bokong

Leopold II : punggung teraba sebelah kanan, bagian-bagian kecil sebelah kiri agak kedepan dan lebih mudah teraba

Leopold III : kepala dapat digerakan diatas symphysis kecuali kalau kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul

Leopold IV : tonjolan kepala sebelah kiri

Auskultasi : jantung anak bayi terdengar sebelah kanan

B. DISTOSIA KARENA KELAINAN HIS

1. *False labour (persalinan palsu/belum inpartu)*

His belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

2. Persalinan lama

Persalinan lama paling sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh:

- Kontraksi uterus yang tidak efektif
- Disproporsi sefalopelvik
- Posisi oksipitoposterior

Distosia secara harfiah berarti “persalinan yang sulit dan menyebabkan lambatnya kemajuan dan kegagalan kemajuan persalinan”. *Distosia* dapat disebabkan oleh berbagai masalah yang berkaitan dengan kontraksi:

- Tidak efektif dalam mendilatasi.
- Tidak terkoordinasi, yaitu ketika dua segmen uterus gagal bekerja secara harmonis.
- Menyebabkan ekspulsi involunter yang tidak adekuat.

Penyebab lain distosia adalah abnormalitas presentasi dan posisi, tulang pelvis dan jalan lahir termasuk abnormalitas kongenital

3. Prolonged latent phase (fase laten yang memanjang)

Fase laten persalinan lama dapat didiagnosis secara tidak akurat jika ibu mengalami persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo, 2007 menyatakan bahwa pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu.

4. Prolonged active phase (Fase aktif memanjang)

Fase aktif ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks, yang disertai dengan penurunan bagian presentasi janin. Kemajuan yang lambat dapat didefinisikan sebagai durasi total persalinan atau kegagalan serviks untuk berdilatasi dengan kecepatan perjam yang telah ditetapkan. Kecepatan dilatasi 1 cm perjam paling banyak digunakan, tetapi pemeriksaan vagina tidaklah tepat, dengan adanya kemungkinan variasi antar pemeriksa. Fase aktif yang memanjang disebabkan oleh kombinasi berbagai faktor yang meliputi serviks, uterus, fetus dan pelvis ibu (Myles, 2009).

5. Inersia Uteri Hipotonik

Adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Diisi kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang, misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau *makrosomia*, *grandemultipara* atau *primipara*, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik.

Macam-macam

a. *Inersia uteri primer*

Terjadi pada permulaan fase latent. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.

b. *Inersia uteri sekunder*

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan.

Penatalaksanaan

- 1) Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
- 2) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan-kemungkinan yang ada.
- 3) Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan section caesarea.

6. **Inersia Uteri Hipertonik**

Adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar.

Etiologi

Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya.

Penatalaksanaan

Dilakukan pengobatan *simptomatis* untuk mengurangi tonus otot, nyeri dan mengurangi ketakutan. Denyut jantung janin harus terus dievaluasi. Bila dengan cara tersebut tidak berhasil, persalinan harus diakhiri dengan section caesarea.

7. **His Yang Tidak Terkoordinasi**

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antar kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengahnya tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

Penatalaksanaan

Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot: berikan obat-obatan anti sakit dan penenang (sedative dan analgetika) seperti morfin, peidin dan valium. Apabila persalinan berlangsung lama dan berlarut-larut, selesaikanlah partus menggunakan hasil pemeriksaan dan evaluasi, dengan ekstraksi vakum, forceps atau section caesarea.

C. DISTOSIA KARENA KELAINAN ALAT KANDUNGAN

1. VULVA

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

a. Oedema vulva

Bisa timbul pada waktu hamil, biasanya sebagai gejala preeclampsia akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain misalnya gangguan gizi. Pada persalinan lama dengan penderita dibiarkan mengejan terus, dapat pula timbul oedema pada vulva. Kelainan ini umumnya jarang merupakan rintangan bagi kelahiran pervaginam.

b. Stenosis vulva

Biasanya terjadi sebagai akibat perlukaan dan radang yang menyebabkan ulkus-ulkus yang sembuh dengan parut-parut yang dapat menimbulkan kesulitan. Walaupun pada umumnya dapat diatasi dengan mengadakan episiotomy, yang cukup luas. Kelainan congenital pada vulva yang menutup sama sekali hingga hanya *orifisium uretra eksternum* yang tampak dapat pula terjadi. Penanganan ini ialah mengadakan sayatan median secukupnya untuk melahirkan kepala.

c. Kelainan bawaan

Atresia vulva dalam bentuk *atresia himenalis* yang menyebabkan *hematokolpos*, *hematometra* dan *atresia vagina* dapat menghalangi konsepsi.

d. Varises

Wanita hamil sering mengeluh melebarnya pembuluh darah di tungkai, vagina, vulva dan wasir, tetapi dapat menghilang setelah kelahiran. Hal ini karena reaksi sistem vena pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain melemah akibat *hormone estroid*.

Bahaya varises dalam kehamilan dan persalinan adalah bila pecah dapat menjadi fatal dan dapat pula terjadi emboli udara. Varises yang pecah harus di jahit baik dalam kehamilan maupun setelah lahir.

e. Hematoma

Pembuluh darah pecah sehingga hematoma di jaringan ikat yang renggang di vulva, sekitar vagina atau ligamentum latum. Hematoma vulva dapat juga terjadi karena trauma

misalnya jatuh terduduk pada tempat yang keras atau koitus kasar, bila hematoma kecil resorpsi sendiri, bila besar harus insisi dan bekuan darah harus dikeluarkan.

f. Peradangan

Peradangan vulva sering bersamaan dengan peradangan vagina dan dapat terjadi akibat infeksi spesifik, seperti *sifilis*, *gonorrhoea*, *trikomoniiasis*.

g. Kondiloma akuminta

Merupakan pertumbuhan pada kulit selaput lendir yang menyerupai jengger ayam jago. Berlainan dengan kondiloma akumulatum permukaan kasar papiler, tonjolan lebih tinggi, warnanya lebih gelap. Sebaiknya diobati sebelum bersalin. Banyak penulis menganjurkan insisi dengan elektrocauter atau dengan *tingtura podofilin*. Kemungkinan ada penyebab rangsangan tidak diberantas lebih dahulu atau penyakit primernya kambuh.

h. Fistula

Fistula vesikovaginal atau *fistula rektovaginal* biasanya terjadi pada waktu bersalin sebagai tindakan operatif maupun akibat nekrosis tekanan. Tekanan lama antara kepala dan tulang panggul gangguan sirkulasi sehingga terjadi kematian jaringan lokal dalam 5-10 hari lepas dan terjadi lubang. Akibatnya terjadi inkontinensia alvi. Fistula kecil yang tidak disertai infeksi dapat sembuh dengan sendirinya. Fistula yang sudah tertutup merupakan kontra indikasi pervaginam.

2. Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

a. Kelainan vagina

Pada aplasia vagina tidak ada vagina ditempatnya introitus vagina dan terdapat cekungan yang agak dangkal atau yang agak dalam. Terapi terdiri atas pembuatan vagina baru beberapa metode sudah dikembangkan untuk keperluan itu, operasi ini sebaiknya dilakukan pada saat wanita bersangkutan akan menikah. Dengan demikian vagina dapat digunakan dan dapat dicegah bahwa vagina buatan dapat menyempit. Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

b. Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang menahan

turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang. Pada stenosis vagina yang tetap laku dalam kehamilan dan merupakan halangan untuk lahirnya janin perlu ditimbang *section caesarea*.

c. *Tumor vagina*

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap mengandung terlalu banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan *section caesarea*.

d. *Kista vagina*

Kista vagina berasal dari *duktus gartner* atau *duktus muller*, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah *orifisum uretra eksternal*. Bila kecil dan tidak ada keluhan dapat dibiarkan tetapi bila besar dilakukan pembedahan. Marsupialisasi sebaiknya 3 bulan setelah lahir.

3. Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah *distosia servikalis*. Karena *disfungsional uterine action* atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin. Diagnosis dibuat dengan menemukan lubang kecil yakni ostium uteri eksternum ditengah-tengah lapisan tipis atau disebut dengan konglutinasio orifisii eksterni bila ujung, dimasukan ke *orifisum* ini biasanya serviks yang kaku pada primipara sebagai akibat infeksi atau operasi.

D. DISTOSIA KARENA KELAINAN JANIN

1. Bayi Besar (*Makrosomia*)

a. *Pengertian*

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4%.

b. *Etiologi*

- 1) Bayi dan ibu yang menderita diabetes sebelum hamil dan bayi dari ibu hamil yang menderita diabetes selama kehamilan.
- 2) Terjadi obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar (bayi giant).

- 3) Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar

c. *Tanda dan Gejala*

- 1) Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
- 2) Wajah menggembung, pletoris (wajah tomat)
- 3) Besar untuk usia gestasi
- 4) Riwayat intrauterus dari ibu yang diabetes dan ibu yang polihidramnion

d. *Penatalaksanaan*

Jika dijumpai diagnosis makrosomia maka bidan harus segera membuat rencana asuhan atau perawatan untuk segera diimplementasikan, tindakan tersebut adalah merujuk pasien. Alasan dilakukan rujukan adalah untuk mengantisipasi adanya masalah-masalah pada janin dan juga ibunya.

Masalah potensial yang akan dialami adalah:

- 1) Resiko dari trauma lahir yang tinggi jika bayi lebih besar dibandingkan panggul ibunya
- 2) Perdarahan *intracranial*
- 3) *Distocia* bahu
- 4) *Rupture uteri*
- 5) Robekan perineum
- 6) Fraktur anggota gerak

2. Hidrosefalus

a. *Pengertian*

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan *serebrospinal* dengan atau pernah dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran *ventrikel*. Cairan yang tertimbun dalam *ventrikel* biasanya antara 500 – 1500 ml akan tetapi kadang – kadang dapat mencapai 5 liter.

Pelebaran *ventrikuler* ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. *Hidrosefalus* selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan – kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun.

b. *Etiologi*

- 1) Kelainan bawaan (congenital)
- 2) *Stenosis akuaduktus sylvii*
- 3) *Spina bifida dan cranium bifida*
- 4) *Sindrom Dandy Walker*
- 5) Infeksi

- Akibat infeksi dapat timbul perlekatan meningen. Secara patologis terlihat penebalan jaringan piamater dan araknoid sekitar sisterna basalis dan daerah lain. Penyebab infeksi lain adalah toxoplasmosis.
 - Neoplasma
 - Hidrosefalus oleh obstruksi mekanik yang dapat terjadi di setiap tempat aliran CSS. Pada anak yang terbanyak menyebabkan penyumbatan ventrikel IV atau akuaduktus sylvii bagian terakhir biasanya suatu glioma yang berasal dari cerebrum, penyumbatan bagian depan ventrikel III disebabkan kraniofaringioma.
- 6) Perdarahan
- Perdarahan sebelum dan sesudah lahir dalam otak, dapat menyebabkan *fibrosis leptomeningen* terutama pada daerah basal otak, selain penyumbatan yang terjadi akibat organisasi dari darah itu sendiri.

c. *Diagnosa*

- 1) Saat palpasi teraba ukuran kepala yang besar dan kepala tidak masuk pintu atas panggul.
- 2) Pada pemeriksaan dalam terdapat kepala dengan sutura yang dalam dan ubun – ubun yang luas, serta tulang kepala terasa tipis seperti menekan bola pingpong.
- 3) Ditemukan bayangan tengkorak yang besar sekali pada pemeriksaan rontgen.
- 4) Pada pemeriksaan USG tampak kepala yang besar dengan ukuran diameter biparietalis yang lebar.

d. *Penatalaksanaan*

- 1) Pada pembukaan 3-4 cm, lakukan pungsi sisterna untuk mengecilkan kepala janin. Pungsi dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi spinal yang besar, kemudian cairan dikeluarkan sebanyak mungkin dari ventrikel.
- 2) *After coming head* akan terjadi pada letak sungsang. Lakukan perforasi dari *foramen ovale* untuk mengeluarkan cairan, agar kepala janin dapat lahir pervaginam.

3. Anensefalus

a. *Pengertian*

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. *Anensefalus* merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suatu kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan *korda spinalis*).

b. *Etiologi*

Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan

dengan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. *Anensefalus* ditemukan pada 3,6 - 4,6 dari 10.000 bayi baru lahir.

Faktor resiko terjadinya *anensefalus* adalah:

- 1) Riwayat anensefalus pada kehamilan sebelumnya
- 2) Kadar asam folat yang rendah

c. Tanda dan Gejala

- 1) Pada ibu: polihidramnion (cairan ketuban didalam rahim terlalu banyak)
- 2) Pada bayi:
 - Tidak memiliki tulang tengkorak
 - Tidak memiliki otak (hemisfer serebri dan serebelum)
 - Kelainan pada gambaran wajah
 - Kelainan jantung.

d. Penatalaksanaan

- 1) Anjurkan pada setiap wanita usia subur yang telah menikah untuk mengkonsumsi multivitamin yang mengandung 400 mcg asam folat setiap harinya.
- 2) Pada ibu dengan riwayat anensefalus anjurkan untuk mengkonsumsi asam folat yang lebih tinggi yaitu 4 mg saat sebelum hamil dan selama kehamilannya.
- 3) Lakukan asuhan antenatal secara teratur.
- 4) Bayi yang menderita anensefalus tidak akan bertahan, mereka lahir dalam keadaan meninggal atau akan meninggal dalam waktu beberapa hari setelah lahir.

4. Janin Kembar Siam

a. Pengertian

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah satu dalam 200.000 kelahiran. Yang bisa bertahan hidup antara 5% dan 25 % dan kebanyakan (75%) berjenis kelamin perempuan.

b. Etiologi

Banyak faktor diduga sebagai penyebab kehamilan kembar. Selain faktor genetik obat penyubur yang dikonsumsi dengan tujuan agar sel telur matang secara sempurna juga diduga dapat memicu terjadinya bayi kembar. Alasannya jika indung telur bisa memproduksi sel telur dan diberi obat penyubur maka sel telur yang matang pada saat bersamaan bisa banyak bahkan sampai lima dan enam.

c. *Penatalaksanaan*

Jika pada saat pemeriksaan kehamilan sudah ditegakkan janin kembar siam, tindakan yang lebih aman adalah melakukan *section caesarea*.

5. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir

a. *Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)*

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

- 1) Diameter *antero-posterior* terpendek <10 cm.
- 2) Diameter *transversal* terbesar <12 cm.
- 3) Perkiraan diameter *antero-posterior* PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakkan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm.
 - a) Kehamilan aterm: ukuran rata – rata biparietal (BPD) 9,5 – 9,8 cm. kepala janin normal tidak mungkin dapat melalui panggul bila diameter *antero posterior* pintu atas panggul <10 cm.
 - b) Kesempitan PAP merupakan predisposisi terjadinya kelainan presentasi.
 - c) Pada ibu dengan kesempitan panggul angka kejadian letak muka dan letak lintang meningkat 3 kali lipat dan angka kejadian *prolapsus* tali pusat meningkat 5-6 kali lipat
 - d) Pada kasus kesempitan panggul dimana kepala janin masih berada diatas pintu atas panggul semua tekanan hidrostatis disalurkan pada bagian selaput ketuban yang berada diatas ostium uteri internum sehingga sering terjadi peristiwa Ketuban Pecah Dini (KPD) pada kasus kesempitan Pintu Atas Panggul.

b. *Kesempitan Bidang Tengah Pelvis*

- 1) Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP.
- 2) Kejadian ini sering menyebabkan kejadian “deep transverse arrest” (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul).
- 3) Bidang Obstetrik Bidang Tengah Panggul terbentang dari tepi bawah simfisispubis melalui spina ischiadica dan mencapai sacrum di dekat pertemuan antara vertebra sacralis 4-5.

c. *Kesempitan Pintu Bawah Panggul*

- 1) PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberus) dan tidak terletak pada bidang yang sama.

- 2) Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih ke arah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas.
- 3) Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul.

LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Sebutkan penyulit persalinan yang saudara ketahui yang bisa terjadi di Kala I dan II persalinan. Diskusikan dengan teman belajar saudara.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) *Distosia* Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi)
- 2) *Distosia* karena Kelainan His
- 3) *Distosia* karena Kelainan Alat Kandungan
- 4) *Distosia* karena Kelainan Janin

RINGKASAN

Distosia adalah suatu persalinan yang sulit, ditandai dengan kemajuan persalinan yang lambat. Untuk menentukan adanya distosia dapat menggunakan batasan waktu ataupun kelajuan proses. Distosia dapat terjadi pada kala I ataupun kala II persalinan. Distosia pada kala I aktif persalinan dapat dikelompokkan menjadi proses persalinan yang lambat (protraction disorder) ataupun tidak adanya kemajuan persalinan sama sekali (arrest disorder).

Proses persalinan yang macet (distosia) dapat terjadi akibat adanya gangguan pada salah satu atau kombinasi dari empat komponen di bawah ini:

- 1) Gangguan pada daya pendorong, termasuk di dalamnya adalah gangguan kontraksi uterus dan gangguan meneran
- 2) Gangguan presentasi, posisi, dan perkembangan janin
- 3) Gangguan pada tulang pelvis ibu
- 4) Gangguan pada jaringan lunak traktus reproduksi yang dapat menghalangi penurunan janin
- 5) Secara lebih sederhana penyebab distosia dapat dikategorikan menjadi tiga P yaitu :
 - Gangguan pada powers (kontraksi uterus dan usaha meneran ibu)
 - Gangguan pada passenger (posisi janin, presentasi janin dan ukuran janin)
 - Gangguan pada passage rongga pelvis dan jaringan lunak pada jalan lahir.

TES 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Presentasi puncak kepala di sebut juga presentasi...
 - A. Oksiput
 - B. Sinsiput
 - C. Vertek
 - D. Obliq

- 2) Pada presentasi dahi dengan ukuran panggul dan janin normal, tidak dapat lahir secara spontan, maka tindakan yang dilakukan...
 - A. Partus percobaan
 - B. Induksi Persalinan
 - C. Episiotomi Luas
 - D. Sectio Secarea

- 3) Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga yang menjadi bagian terendah adalah...
 - A. Dahi
 - B. UUB
 - C. UUK
 - D. Daggu

- 4) Titik acuan/Denominator pada presentasi muka adalah...
 - A. Dahi
 - B. UUB
 - C. UUK
 - D. Daggu

- 5) Kelemahan His yang timbul sejak dari permulaan persalinan disebut...
 - A. Inersia Uteri
 - B. Inersia Uteri Primer

 - C. Inersia Uteri Sekunder
 - D. Inersia Uteri Hypotonik

- 6) Kontra indikasi persalinan pervaginam adalah ...
 - A. TBJ 3000 gram
 - B. Tensi Ibu 120 mmHg
 - C. Bagian Terendah UUK
 - D. Riwayat Fistula rectovaginal

- 7) Pada persalinan normal kepala masuk melalui PAP dengan sutura sagitalis dalam keadaan...
- A. Melintang
 - B. Sejajar
 - C. Melintang dengan fleksi ringan
 - D. Sejajar dengan fleksi ringan
- 8) Pada presentasi belakang kepala, oksiput biasanya memutar ke...
- A. Depan
 - B. Menetap
 - C. Belakang
 - D. Ke lateral kanan

Topik 2 Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala III dan IV Persalinan

Penyulit dan komplikasi yang terjadi pada masa persalinan dapat mengancam jiwa ibu. Untuk mendukung keterampilan seorang bidan dalam menolong persalinan perlu memiliki pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif.

Dalam modul ini anda akan mempelajari asuhan persalinan dengan beberapa penyulit yang dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif, sehingga kemungkinan perbaikan pada ibu dan bayi akan meningkat. Kemampuan tersebut juga sangat penting bagi mahasiswa, karena kemampuan ini akan menjadi bekal saat belajar di klinik dan Rumah Sakit untuk bisa memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan baik.

PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER

Perdarahan pasca persalinaan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

1. Atonia uteri
2. Perlukaan jalan lahir
3. Retensio plasenta
4. Tertinggalnya sebagian plasenta di dalam uterus
5. Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
6. Penatalaksanaan kala III yang salah

A. ATONIA UTERI

1. Pengertian

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini.

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

2. Etiologi

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a. Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d. Partus lama/partus terlantar
- e. Malnutrisi
- f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

3. Penatalaksanaan

- a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
- b. Pastikan bahwa kantung kemih kosong
- c. Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- d. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
- e. Keluarkan tangan perlahan – lahan.
- f. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
- g. Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
- h. Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin
- i. Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
- j. Dampingi ibu ditempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- k. Lanjutkan infuse ringer laktat +20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat kan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.

B. RETENSIO PLASENTA

1. Pengertian

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

2. Etiologi

- a. Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
- b. Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
- c. Faktor plasenta: plasenta previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta.

3. Klasifikasi

- a. Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b. Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c. Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- d. Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
- e. Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

4. Penatalaksanaan

Apabila plasenta belum lahir $\frac{1}{2}$ -1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

C. EMBOLI AIR KETUBAN

1. Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur – unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental.

2. Etiologi

Belum jelas diketahui secara pasti.

3. Faktor Resiko

- a. Multipara
- b. Solusio plasenta
- c. IUFD
- d. Partus presipitatus
- e. Suction curettage
- f. Terminasi kehamilan
- g. Trauma abdomen

- h. Versi luar
- i. Amniosentesis

4. Gambaran Klinik

- a. Umumnya terjadi secara mendadak
- b. Pasien hamil tiba – tiba mengalami kolaps
- c. Menjelang akhir persalinan pasien batuk – batuk, sesak terengah – engah, dan kadan cardiac arrest.

5. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif
- b. Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
- c. Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
- d. X-Ray torax memperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
- e. Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO₂ dan PaCO₂)
- f. Terapi tambahan:
 - 1) Resusitas cairan
 - 2) Infuse dopamine untuk memperbaiki cardiac output
 - 3) Adrenalin untuk mengatasi anafilaksis
 - 4) Terapi DIC dengan fresh frozen plasma
 - 5) Terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin
 - 6) Segera rawat di ICU

D. ROBEKAN JALAN LAHIR

Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan:

- 1. Disfungsional organ bagian luar sampai alat reproduksi vital
- 2. Sebagai sumber perdarahan yang berakibat fatal.
- 3. Sumber atau jalannya infeksi.

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

1. Robekan Perineum

a. Pengertian

Adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

b. Etiologi

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

c. Klasifikasi

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

d. Penatalaksanaan

- 1) Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit
- 2) Derajat II: lakukan penjahitan
- 3) Derajat III dan IV: lakukan rujukan

2. Robekan Serviks

a. Pengertian

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri.

b. Etiologi

- 1) Partus presipitatus
- 2) Trauma karena pemakaian alat – alat kontrasepsi
- 3) Melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa, pembukaan belum lengkap.
- 4) Partus lama.

c. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan spekulum.

d. Penatalaksanaan

- 1) Jepit klem ovum pada ke-2 biji sisi portio yang robek, sehingga perdarahan dapat segera dihentikan.
- 2) Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan dimulai dari ujung atas robekan ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
- 3) Setelah tindakan periksa TTV, KU, TFU dan perdarahan
- 4) Beri antibiotic profilaksis, kecuali bila jelas – jelas ditemui tanda – tanda infeksi.

3. Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

a. Penatalaksanaan

- 1) Pada robekan yang kecil dan superfisiil, tidak diperlukan penanganan khusus.
- 2) Pada robekan yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara jelujur.
- 3) Apabila perdarahan tidak bisa diatasi, lakukan laparotomi dan pembukaan ligamentum latum.
- 4) Jika tidak berhasil, lakukan pengangkatan arteri hipogastrika.

4. Inversio Uteri

a. Pengertian

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.

b. Etiologi

- 1) Grande multipara
- 2) Atonia uteri
- 3) Kelemahan alat kandungan
- 4) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- 5) Cara crade yang berlebihan
- 6) Tarikan tali pusat
- 7) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- 8) Retensio plasenta

c. Penatalaksanaan

- 1) Lakukan pengkajian ulang
- 2) Pasang infuse

- 3) Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan – lahan, atau anastesia umum jika diperlukan.
- 4) Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl hangat) menjelang operasi
- 5) Lakukan reposisi

5. Syok Obstetrik

a. Pengertian

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.

b. Penyebab

- 1) Perdarahan
- 2) Infeksi berat
- 3) Solusio plasenta
- 4) Inversion uteri
- 5) Emboli air ketuban
- 6) Komplikasi anestesi

c. Gejala Klinik

- 1) Tekanan darah menurun
- 2) Nadi cepat dan lemah
- 3) Keringat dingin
- 4) Sianosis jari – jari
- 5) Sesak nafas
- 6) Penglihatan kabur
- 7) Gelisah
- 8) Oligouria

d. Penatalaksanaan

Penanganan syok terdiri dari tiga garis utama, yaitu:

- 1) Pengembalian fungsi sirkulasi darah dan oksigenasi
- 2) Eradikasi infeksi
- 3) Koreksi cairan dan elektrolit.

LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Bacalah referensi lain minimal 3 referensi yang mendukung materi dalam modul sehingga anda mampu menguasai materi tersebut, jika anda menjumpai kata-kata sulit maka carilah arti dari kata-kata tersebut dalam kamus kebidanan atau anda dapat bertukar pikiran dengan teman anda, dosen atau tutor anda.
- 2) Lakukan praktek mandiri yaitu melalui simulasi dan demonstrasi di laboratorium atau membentuk kelompok kecil dengan teman belajar anda

RINGKASAN

Komplikasi persalinan kala III dan IV merupakan masalah yang terjadi setelah janin lahir/berada diluar rahim. Komplikasi yang terjadi adalah perdarahan yang sering menyebabkan kefatalan/kematian bila tidak ditangani sesegera mungkin. Perdarahan post partum dibagi menjadi dua yaitu perdarahan primer dan sekunder, perdarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan sekunder sesudah itu. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan post partum adalah: Atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta umpamanya klotiledon atau plasenta suksenturiata. Kadang-kadang perdarahan disebabkan oleh kelainan proses pembekuan darah akibat dari hipofibrinogenemia (solution plasenta, retensi janin mati dalam uterus, emboli air ketuban).

Penanganan yang dilakukan pada setiap kasus berbeda-beda tergantung pada kasus yang diderita/banyaknya perdarahan. Misalnya pada atonia uteri penanganannya dengan melakukan Kompresi Bimanual Interna/Eksterna, bila perdarahan tidak dapat diatasi untuk menyelamatkan nyawa ibu maka dilakukan histerektomi supravaginal. Pada retensio plasenta penanganannya manual plasenta. Sedang pada inversion uteri penanganannya dengan reposisi pervaginam jika masih tetap maka dilakukan laparotomi, dan pada perlukaan jalan lahir maka penanganannya dengan penjahitan.

TES 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

KASUS I:

Ny. Q umur 21 tahun G2P1A0, hamil 40 minggu, datang ke bidan D pukul 17.00 WIB ingin melahirkan. Hasil palpasi: kepala teraba pada satu sisi kanan perut ibu dan bokong pada sisi lainnya, bagian bawah perut ibu teraba kosong. His 5x/10 menit/40 detik. VT pembukaan 5 cm ketuban utuh.

Soal:

- 1) Data fokus untuk mendukung diagnosa dari kasus Ny Q adalah ...
 - A. Hamil 40 minggu
 - B. Hasil VT pembukaan 5 cm

- C. Bagian bawah perut ibu kosong
 - D. His 5x dalam 10 menit lama 40 detik
- 2) Pada Ny Q dilakukan pemeriksaan DJJ, maka punctum maksimum berada di sebelah
- A. Atas pusat kanan
 - B. Setinggi pusat kiri
 - C. Bawah pusat kanan
 - D. Setinggi pusat kanan
- 3) Asuhan kebidanan yang tepat untuk kasus Ny. Q adalah
- A. Versi luar
 - B. Rujuk ke rumah sakit
 - C. Ekstraksi Kaki
 - D. Observasi kemajuan persalinan
- 4) Komplikasi yang mungkin terjadi pada Ny. Q adalah
- A. Inersia Uteri
 - B. Ruptur Uteri
 - C. Hipoxia
 - D. Prolaps Uteri
- 5) Tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri persalinan pada Ny Q
- A. Versi Ekstraksi
 - B. Vaccum Ekstraksi
 - C. Forcep Ekstraksi
 - D. Induksi persalinan

KASUS II:

Ny. S umur 30 tahun G2P1A0 hamil 36 minggu datang ke RSIA, dengan kenceng-kenceng ingin bersalin. Hasil palpasi abdomen pada bagian atas perut ibu teraba 1 bagian bulat keras melenting, bagian kiri ibu teraba tahanan memanjang, bagian bawah perut ibu teraba 1 bagian bulat lunak. Kontraksi uterus 3x dalam 10 menit lama 40 detik. VT: pembukaan lengkap, ketuban utuh, teraba os sacrum, penurunan kepala Hodge III +.

Soal:

- 1) Diagnosa dari kasus Ny S adalah Inpartu Kala I dengan ...
- A. Letak bokong
 - B. Letak sungsang sempurna
 - C. Letak sungsang tak sempurna
 - D. Letak kaki sempurna

- 2) Pada pemeriksaan DJJ maka punctum maksimum berada di sebelah ...
 - A. Kiri atas pusat ibu
 - B. Kanan atas pusat ibu
 - C. Kiri setinggi pusat ibu
 - D. Kanan setinggi pusat ibu

- 3) Sikap yang dapat di ambil dari kasus Ny S adalah ...
 - A. Lahirkan dengan tehnil Lovset
 - B. Lahirkan dengan teknik Bracht
 - C. Lahirkan dengan teknik Klasik
 - D. Lahirkan dengan teknik Muller

- 4) Setelah dipimpin persalinan terjadi penurunan tangan menjungkit, maka tindakan pertolongan persalinan selanjutnya pada Ny S adalah
 - A. Klasik
 - B. Lovset
 - C. Muller
 - D. Mauricau

- 5) Untuk melahirkan kepala pada kasus Ny S dengan...
 - A. Klasik
 - B. Muller
 - C. Mauricau
 - D. Mac Robert

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) D
- 3) A
- 4) D
- 5) B
- 6) D
- 7) C
- 8) A

Tes 2

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

Glosarium

- Malposisi : adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi. Atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.
- Distosia : adalah keterlambatan atau kesulitan persalinan dapat disebabkan oleh kelainan tenaga, kelainan letak, bentuk janin serta jalan lahir.
- Presentasi dahi : adalah posisi kepala antara *fleksi* dan *defleksi*, sehingga dahi merupakan bagian terendah

Daftar Pustaka

- Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung.1983.
Obstetri Fisiologi. Penerbit Eleman: Bandung.
- Bennet and Brown. 2009. *Myles Texbook for Midwives (13 Ed)*. UK London
- Bobak. 2011. *Buku ajar Keperawatan Maternitas*. EGC: Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar*. Jakarta.
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta.
- Mochtar, R. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta.
- Varney. 2007. *Buku ajar Asuhan Kebidanan Vol.2*. EGC: Jakarta

