

Program Studi

**Sarjana Terapan Kebidanan**



# MODUL PRAKTIK

# OBSTETRI

---

**2019**



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**Jurusan Kebidanan**

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**MODUL**

**PRAKTIK OBSTETRI**



**PRODI SARJANA 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

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat-NYA sehingga modul ini dapat tersusun hingga selesai.

Dan harapan kami semoga modul ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi para pembaca, Untuk ke depannya dapat memperbaiki bentuk maupun menambah isi modul agar menjadi lebih baik lagi.

Karena keterbatasan pengetahuan maupun pengalaman kami, Kami yakin masih banyak kekurangan dalam makalah ini, Oleh karena itu kami sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca demi kesempurnaan makalah ini.

Penulis

## **LINGKUP KOMPLIKASI KEBIDANAN**

### **A. KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PENATALAKSANAANYA**

#### **a) PENYULIT KEHAMILAN TRIMESTER I DAN II**

##### **I. ABORTUS**

###### **1. Jenis-Jenis Abortus**

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum usia kehamilan 22 minggu atau buah kehamilan belum dapat hidup diluar kandungan (berat badan dibawah 500 gram). Hal-hal yang dapat menyebabkan abortus antara lain terdapat kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit ibu dan kelainan traktus genitalis.

###### **a) ABORTUS IMMINENS**

- Perdarahan bercak-sedang
- Perdarahan ringan (lebih dari 5 menit basahi pembalut)
- Dilatasi serviks tertutup
- Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan
- Gejala/tanda : kram perut bawah uterus (hilang timbul)
- USG, pengaruhi rencana tindakan
- Diagnosa banding : mola, KET

###### **Penatalaksanaan**

- Bed rest, tidak perlu pengobatan khusus ataupun tirah baring total
- Jangan melakukan aktifitas fisik berlebihan
- Kurangi hubungan seksual
- Tidak perlu terapi hormonal baik estrogen maupun progesteron
- Tidak perlu pemberian tokolitik ( salbutamol, indometasin)
- Pemberian fenobarbital 3×30 mg/hari
- Pemberian papaverin 3×40 mg/hari
- Observasi perdarahan (jika berhenti : lakukan asuhan antenatal seperti biasa, lakukan penilaian jika terjadi perdarahan lagi. Jika terus berlangsung : nilai kondisi janin lewat uji kehamilan/USG, konfirmasi penyebab lain jika ditemukan ukuran uterus yang lebih besar dari usia kehamilan.

###### **b) ABORTUS INSIPIEN (sedang berlangsung)**

- Perdarahan sedang-banyak
- Konsepsi dalam uterus
- Perdarahan berat hanya butuh waktu kurang dari 5 menit untuk basahi pembalut

- Serviks terbuka
- Ukuran uterus sesuai usia kehamilan
- Gejala/tanda ; kram/nyeri pada perut bagian bawah

#### **Penatalaksanaan**

- Jika usia kehamilan < 16 minggu, evaluasi uterus dengan AVM, jika evaluasi tidak dapat dilakukan, segera lakukan :
- Pemberian ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang setelah 15 menit jika perlu), atau pemberian misoprostol 400 mg/oral (dapat diulang setelah 4 jam bila perlu)
- Segera lakukan persiapan untuk pengeluaran hasil konsepsi dari uterus
- Jika usia kehamilan >16 minggu
- Tunggu ekspulsi spontan hasil konsepsi lalu evaluasi sisa-sisa hasil konsepsi
- Jika perlu pasang infus 20 IU oksitosin dalam RL atau garam fisiologik 500 ml IV, dengan kecepatan 40 tetes/menit untuk membantu ekspulsi hasil konsepsi
- Tetap pantau kondisi ibu setelah penanganan
- Pasang infus D5% = oksitosin 10 IU

#### **c) ABORTUS INKOMPLETUS**

- Perdarahan sedang-banyak
- Serviks terbuka
- Uterus sesuai usia kehamilan
- Gejala/tanda : kram/nyeri perut bagian bawah dengan rasa sakit yang kuat
- Terjadi ekspulsi sebagian hasil konsepsi
- Penatalaksanaan
- Tentukan besar uterus (taksir usia gestasi), kenali dan atasi setiap komplikasi (perdarahan hebat, syok, infeksi/sepsis)
- Keluarkan sisa konsepsi secara digital atau dengan menggunakan cunam ovum dan evaluasi perdarahan
- Jika perdarahan berhenti, berikan ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 400 mg/oral
- Jika perdarahan terus berlangsung, evakuasi sisa hasil konsepsi dengan AVM
- Jika terdapat tanda-tanda infeksi, berikan antibiotika profilaksis
- Jika terjadi perdarahan hebat dan < 16 minggu, segera evakuasi dengan AVM
- Bila pasien tampak anemik, berikan sulfas ferrosus 600mg/hari selama 2 minggu (anemia sedang ) atau transfusi darah (anemia berat)

#### **d) ABORTUS KOMPLETUS**

- Perdarahan bercak-sedang
- Serviks tertutup atau terbuka
- Uterus lebih kecil dari usia kehamilan normal
- Gejala/tanda : sedikit/tanpa nyeri pada perut bagian bawah
- Riwayat ekspulsi hasil konsepsi
- Janin akan keluar dari rahim, baik secara spontan maupun alat bantu

### **Penatalaksanaan**

- Tidak perlu evaluasi
- Observasi untuk melihat adanya perdarahan banyak
- Bila kondisi baik, cukup berikan ergometrin 3×1 tablet/hari selama 3 hari
- Tetap pantau kondisi ibu setelah penanganan
- Bila terjadi anemia sedang berikan sulfas ferrosus tablet 600 mg/hari selama 2 minggu dan anjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi
- Untuk anemia berat lakukan transfusi darah
- Bila tidak terdapat tanda-tanda infeksi tidak perlu diberikan antibiotika atau apabila khawatir akan infeksi dapat diberi antibiotika profilaksis
- Lakukan konseling pasca abortus dan lakukan pemantauan lebih lanjut

### **e) ABORTUS HABITUALIS**

- Adalah kejadian abortus berulang, umumnya disebabkan karena kelainan anatomik uterus (mioma, septum, serviks inkompeten dan lain-lain) atau kelainan faktor-faktor imunologi
- Idealnya dilakukan pemeriksaan USG untuk melihat ada atau tidaknya kelainan anatomi

### **f) MISSED ABORTION**

- Adalah kematian janin dan nekrosis jaringan konsepsi tanpa adanya pengeluaran, terjadi pada usia kehamilan 4 minggu atau lebih (beberapa buku 8 minggu)
- Biasanya didahului tanda dan gejala abortus imminens yang kemudian menghilang spontan atau menghilang setelah pengobatan

### **Pentalaksanaan**

- Keluarkan jaringan konsepsi dengan laminaria, dan stimulasi kontraksi uterus dengan oksitosin
- Jika diputuskan untuk melakukan tindakan kuretase, harus sangat berhati-hati karena jaringan telah mengeras dan dapat terjadi gangguan pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia

### **g) ABORTUS THERAPEUTIK**

- Adalah abortus yang dilakukan atas pertimbangan/indikasi kesehatan wanita, dimana bila kehamilan itu dilanjutkan akan membahayakan dirinya, contohnya pada wanita dengan penyakit jantung, hipertensi, ginjal dan korban perkosaan (masalah psikis)
- Dapat juga dilakukan atas pertimbangan kelainan janin yang berat

### **Syarat-syarat abortus terapeutik**

- Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ahli dan berwenang
- Meminta pertimbangan ahli (ahli medis lain, agama, hukum, psikologi)
- Melakukan informed consent

- Saran kesehatan memadai
- Prosedur tidak dirahasiakan
- Dokumen medik harus lengkap

#### **h) ABORTUS SEPTIK**

- Adalah abortus yang mengalami komplikasi berupa infeksi setelah abortus spontan/tidak aman
- Terjadi jika terdapat sisa hasil konsepsi atau penundaan pengeluaran hasil konsepsi
- Tindakan : resusitasi dan perbaiki keadaan umum ibu, berikan antibiotik spektrum luas dosis tinggi, keluarkan sisa konsepsi dalam 6 jam

### **2. DIAGNOSTIK ABORTUS**

- Anamnesis : perdarahan, haid terakhir, pola siklus haid, ada tidaknya gejala/keluhan lain, cari faktor resiko/predisposisi, riwayat penyakit umum dan obstetri
- Prinsip : wanita usia reproduktif dengan perdarahan pervaginam abnormal HARUS selalu dipertimbangkan kemungkinan adanya kehamilan
- Pemeriksaan fisik umum : KU, TTV, jika KU buruk lakukan resusitasi dan stabilisasi segera
- Pemeriksaan ginekologik : ada tidaknya tanda akut abdomen, jika memungkinkan cari sumber perdarahan apakah dari dinding vagina atau jaringan serviks atau keluar ostium. Jika perlu ambil darah/cairan/jaringan untuk pemeriksaan penunjang (ambil sediaan sebelum PD), lakukan PD dengan hati-hati
- Bimanual : tentukan besar dan letak uterus, tentukan apakah 1 jari pemeriksa dapat masuk kedalam ostium dengan mudah/lunak atau tidak (lihat ada/tidaknya dilatasi serviks), jangan dipaksakan. Adneksa dan parametrium diperiksa, ada/tidaknya massa atau tanda akut lainnya.

### **3. PENATALAKSANAAN PASCA ABORTUS**

- Lakukan pemeriksaan lanjutan untuk mencari penyebab abortus agar kejadian ini tidak berulang pada kehamilan berikutnya
- Perhatikan involusi uterus dan kadar B-hCG selama 1-2 bulan
- Anjurkan jangan hamil dulu selama 3 bulan
- Anjurkan pemakaian kontrasepsi kondom atau pil

### **4. PRINSIP (perdarahan pervaginam pada kehamilan < 12 minggu)**

- JANGAN LANGSUNG DILAKUKAN KURETASE
- Tentukan dulu, janin mati atau hidup. Jika memungkinkan periksa dengan USG

- Jangan terpengaruh dengan B-hCG yang positif, meski janin sudah mati, kadar B-hCG mungkin masih tinggi dan bisa bertahan sampai 2 bulan setelah kematian janin

## 2. MOLA HIDATIDOSA

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili khorialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, mola hidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih dengan ukuran bervariasi dari beberapa milimeter sampai 1 atau 2 cm.

### 1. Diagnosis

- Ditegakkan dengan USG
- Pengosongan jaringan mola dengan vakum kuret
- Pemeriksaan tindak lanjut dilakukan untuk mengetahui kemungkinan keganasan
- Kadar HCG dipantau hingga minimal 1 tahun pasca kuretase
- Bila lebih dari 8 minggu pasca kuretase HCG tinggi berarti trofoblast masih aktif.
- Anamnesis: hamil disertai tanda dan gejala hamil muda yang berlebihan, perdarahan pervaginam berulang berwarna coklat, gelembung seperti busa.
- g. Pemeriksaan fisil: pada mola klasik ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan yang sesuai, tidak teraba bagian janin, djj tidak ada. Uji batang sonde tidak ada tahanan masa konsepsi. Pada mola parsial, gejala seperti missed abortion, uterus kurang dari gestasi.
- Pemeriksaan penunjang: periksa kadar B-HCG kuantitatif dan USG. Pada USG gambaran seperti badai salju.

### 2. Presdiposisi

- faktor ovum sudah patologis sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan
- imuno selektif dan trofoblas
- keadaan sosek menurun
- paritas tinggi
- kekurangan protein
- infeksi oleh virus dan faktor kromosom

### 3. Patofisiologi

- suatu agensis yang lengkap atau degenerasi dini dari sistem pada kehamilan minggu ketiga sampai dengan kelima
- adanya sirkulasi yang terus menerus tanpa adanya fetus menyebabkan sel trofoblas memproduksi cairan
- adanya kelainan pada kromatin seks
- degenerasi hidropik dari vili
- proliferasi sel trofoblas

4. Penatalaksanaan
  - a. perhatikan sindroma yang mengancam fungsi vital (depresi nafas, hipertiroid/tirotoksikosis, dan sebagainya). Resusitasi bila KU buruk.
  - b. Evakuasi jaringan mola: dengan AVM dan kuret tajam. Suction dapat mengeluarkan sebagian besar massa mola, sisanya bersihkan dengan kuret. Dapat juga dilakukan induksi, pada eaktu evakuasi berikan oksitosin untuk merangsang kontraksi uterus dan mencegah refluks cairan mola ke arah tuba.
  - c. Pada wanita yang tidak mengharapkan anak lagi dapat dianjurkan histerektomi
  - d. Follow up
    - Profilaksis terhadap keganasan dengan sitostatika terutama pada kelompok resiko keganasan tinggi
    - Pmeriksaan ginekologi dan B-HCG kuantitatif rutin tiap 2 minggu teratur tiap 3 bulan – 1 tahun
    - Foto toraks pada awal terapi, ulang bila kadar B-HCG menetap atau meningkat.
    - Kontrasepsi hormonal 1 tahun pasca kuretase, sebaiknya preparat progesteron oral selama 2 tahun
    - Penyuluhan pada pasien akan kemungkinan keganasan.

## 2. KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU

### a) Pengertian

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus, tuba falopi merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik. Sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba, jarang terjadi implantasi pada ovarium, rongga perut, kanalis servikalis, tanduk uterus yang rudimenter, dan divertikel pada uterus.

### b) Etiologi

Etiologi kehamilan ektopik telah banyak diselidiki, tetapi sebagian besar penyebabnya tidak diketahui. Faktor-faktor yang memegang peranan dalam hal ini ialah sebagai berikut:

- a. Faktor tuba, yaitu salpingitis, perlekatan tuba, kelainan kongenital tuba, pembedahan sebelumnya, endometriosis, tumor yang mengubah bentuk tuba, dan kehamilan ektopik sebelumnya.
- b. Kelainan zigot, yaitu kelainan kromosom dan malformasi

- c. Faktor ovarium, yaitu migrasi luar ovum dan pembesaran ovarium
- d. Penggunaan hormon eksogen
- e. Faktor lain, antara lain: aborsi tuba dan pemakaian IUD

c) Tanda dan Gejala

Gambaran kehamilan ektopik yang belum terganggu tidak khas dan penderita maupun dokter biasanya tidak mengetahui adanya kelainan dalam kehamilan. Pada umumnya penderita menunjukkan gejala-gejala sebagai berikut:

- a. Amenorhea
- b. Nyeri perut bagian bawah
- c. Gejala kehamilan muda
- d. Level HCG rendah
- e. Perdarahan pervaginam berwarna coklat tua
- f. Pada pemeriksaan vagina terdapat nyeri goyang serviks digoyangkan dan kavum menonjol karena pembekuan darah.
- g. Gejala dan tanda kehamilan ektopik sangat berbeda-beda dari perdarahan banyak tiba-tiba dalam rongga perut sampai terdapatnya gejala tidak jelas, sehingga sukar membuat diagnosanya, gejala dan tanda bergantung pada lamanya kehamilan ektopik, abortus atau ruptur tuba, tuanya kehamilan, derajat perdarahan yang terjadi, dan keadaan umum penderita sebelum hamil.

## **PATOFISIOLOGI**

Karena tuba bukan tempat untuk pertumbuhan hasil konsepsi, tidak mungkin janin tumbuh secara utuh seperti dalam uterus. Sebagian besar kehamilan tuba terganggu pada umur kehamilan antara 6-10 minggu. Mengenai nasib kehamilan tuba terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

- a. Hasil konsepsi mati dan diresorpsi kolumnar, ovum yang dibuahi cepat mati karena vaskularisasi kurang dan dengan mudah terjadi resorpsi total. Dalam keadaan ini, penderita tidak mengeluh apa-apa hanya haidnya terlambat untuk beberapa hari.

Pada implantasi secara

b. Abortus ke dalam lumen tuba

Perdarahan yang terjadi karena pembukaan pembuluh darah oleh vili khorialis pada dinding tuba di tempat implantasi dapat melepaskan mudigah dari dinding tersebut sama-sama dengan robeknya pseudokapsularis. Pelepasan ini dapat terjadi sebagian atau seluruhnya tergantung pada derajat perdarahan yang timbul

c. Ruptur dinding tuba

Ruptur tuba sering terjadi bila ovum berimplantasi pada istmus dan biasanya pada kehamilan muda, sebaiknya ruptur pada pars interstitialis terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut. Faktor utama yang menyebabkan ruptur ialah penembusan vili khoriolis ke dalam lapisan muskularis tuba terus ke perineum. Ruptur dapat terjadi secara spontan atau karena trauma ringan seperti koitus dan pemeriksaan vaginal.

## DIAGNOSIS

- a. Anamnesis: riwayat terlambat haid atau amenorhea, gejala dan tanda kehamilan muda dapat ada atau tidak ada, perdarahan pervaginam, nyeri perut pada kanan / kiri bawah.
- b. Pemeriksaan fisik: KU dan TTV dapat baik sampai buruk, ada tanda akut abdomen, saat pemeriksaan adnexa ada nyeri goyang portio.
- c. Pemeriksaan penunjang: tes urin B-HCG (+), kuldosintesis (ditemukan darah di kavum douglasi), USG.

## PENATALAKSANAAN

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparatomi, dalam tindakan demikian beberapa hal harus diperhatikan dan dipertimbangkan, yaitu:

- a. Kondisi penderita pada saat itu.
- b. Keinginan penderita akan fungsi reproduksinya
- c. Lokasi kehamilan ektopik, kondisi anatomi organ pelviks

d. Kemampuan teknik bedah mikro, dokter operator, dan kemampuan teknologi fertilisasi invitro setempat.

Hasil peryimbangan ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi pada kehamilan tuba, atau dapat dilakukan pembedahan konservatif dalam arti hanya dilakukan salpingostomi.

Apabila keadaan penderita buruk, misalnya dalam keadaan syok, lebih baik dilakukan salpingektomi. Pada kasus kehamilan ektopik di pars ampularis tuba yang belum pecah pernah dicoba ditangani dengan menggunakan kemoterapi untuk menghindari tindakan pembedahan. Kriteria khusus yang diobati dengan cara ini adalah:

- a. Kehamilan di pars ampularis tuba belum pecah
- b. Diameter kantong gestasi  $\leq 4$  cm
- c. Perdarahan dalam rongga perut kurang dari 100 ml
- d. Tanda vital baik dan stabil

#### **4. BLIGHTED OVUM**

*Blighted ovum (anembryonic gestation)* atau kehamilan anembrionik adalah kehamilan yang tidak mengandung embrio meskipun terjadi pembuahan di dalam rahim. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab umum terjadinya keguguran pada tiga bulan pertama kehamilan.

*Blighted ovum* biasanya terjadi akibat adanya kelainan kromosom pada fetus yang sedang berkembang. Tubuh ibu akan menghentikan kehamilan ketika menyadari adanya kelainan tersebut. Kelainan kromosom sendiri dapat disebabkan oleh pembelahan sel yang tidak sempurna serta kualitas sel telur dan sperma yang buruk.

#### **GEJALA BLIGHTED OVUM**

Seseorang yang mengalami *blighted ovum* pada tahap awal umumnya akan merasa bahwa dirinya sedang mengalami kehamilan normal. Hal ini dikarenakan *blighted ovum* memiliki tanda yang sama dengan kehamilan normal, seperti haid yang terlambat, hasil tes kehamilan yang positif, mual, muntah, dan payudara terasa nyeri.

Dalam waktu tertentu, pasien akan mulai merasakan tanda-tanda keguguran, seperti flek atau perdarahan dari vagina, volume darah menstruasi yang lebih banyak dari biasanya, kram pada daerah perut. Terkadang, hasil tes kehamilan masih tetap positif dalam kondisi ini dikarenakan kadar hormon hCG masih tinggi. Segera hubungi dokter jika Anda mengalami gejala-gejala tersebut untuk mendapatkan diagnosis dan penanganan yang tepat.

## **DIAGNOSIS BLIGHTED OVUM**

Dokter akan melakukan [USG kehamilan](#) untuk memastikan kantong kehamilan yang telah terbentuk berisi embrio atau tidak. Kadar hormon hCG (*human chorionic gonadotropin*), hormon yang meningkat saat kehamilan, juga tetap meningkat. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta dan levelnya dapat terus bertambah hingga beberapa waktu, walaupun embrio tidak berkembang.

## **PENGOBATAN BLIGHTED OVUM**

Salah satu prosedur penanganan yang dilakukan setelah seseorang didiagnosis *blighted ovum* adalah dengan membuka serviks kemudian mengangkat kantong kehamilan yang kosong dari dalam rahim. Prosedur ini dinamakan dilatasi dan kuretase ([kuret](#)). Selain melalui prosedur kuret, obat-obatan dapat digunakan sebagai pilihan. Baik kuret ataupun obat-obatan memiliki efek samping yang sama, yaitu kram perut. Namun, tingkat perdarahan yang terjadi lebih berat pada pasien yang menggunakan obat-obatan dibandingkan kuret. Selain kedua cara itu, pasien pun dapat memilih untuk membiarkan kandungan gugur secara alami. Biasanya proses ini akan terjadi dengan sendirinya dalam hitungan minggu.

Bila Anda ingin mengetahui penyebab [keguguran](#) secara pasti, kuret merupakan pilihan yang tepat karena jaringan yang diangkat dapat diperiksa di laboratorium. Pasien yang mengalami *blighted ovum* tetap dapat hamil dengan baik pada kehamilan selanjutnya. Bila Anda mengalami keguguran berulang, diskusikan bersama dengan pasangan dan dokter kandungan Anda, untuk mencari penyebabnya.

## **PENCEGAHAN BLIGHTED OVUM**

*Blighted ovum* biasanya hanya terjadi satu kali. Sayangnya pada sebagian besar kasus, kondisi ini tidak dapat dicegah. Sebagian besar perempuan yang pernah

mengalami *blighted ovum*, dapat tetap hamil dengan baik pada kehamilan selanjutnya. Dianjurkan menunggu 1-3 siklus menstruasi normal untuk merencanakan kehamilan kembali. Anda dan pasangan dapat melakukan tes genetik bila terjadi keguguran yang berulang.

Hindari merokok dan konsumsi minuman beralkohol selama mengandung. Saling menjaga kesehatan Anda dan pasangan juga merupakan salah satu bentuk pencegahan secara umum yang dapat dilakukan bersama. Rencanakan dan lalui proses kehamilan bersama-sama, serta saling berikan dukungan satu sama lain.

## **5. HIPEREMESIS GRAVIDARUM**

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan atau tidak terkontrol selama masa hamil, yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, atau defisiensi nutrisi, dan kehilangan berat badan.

### **PENYEBAB**

Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomi pada otak, jantung, hati, dan susunan syaraf disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain. Beberapa faktor predisposisi dan faktor lain yang telah ditemukan oleh beberapa penulis sebagai berikut:

#### **a. Faktor predisposisi**

- Primigravida
- Overdistensi rahim: hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa

#### **b. Faktor organik**

- Masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal

- Perubahan metabolik akibat hamil
- Resistensi yang menurun dari pihak ibu
- Alergi

**c. Faktor psikologis**

- Rumah tangga yang retak
- Hamil yang tidak diinginkan
- Takut terhadap kehamilan dan persalinan
- Takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu
- Kehilangan pekerjaan

**DAMPAK TERHADAP KEHAMILAN**

Muntah yang terus menerus tanpa pengobatan dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin dalam rahim dengan manifestasi klinisnya. Oleh karena itu, hiperemesis gravidarum berkelanjutan harus dicegah dan harus mendapat pengobatan yang adekuat.

**GEJALA DAN TANDA**

Batas jelas antara mual yang masih fisiologis dalam kehamilan dengan hiperemesis gravidarum tidak ada, tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh, sebaiknya ini dianggap sebagai hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum menurut berat ringannya gejala dapat dibagi:

**a. HEG tingkat 1**

- Muntah terus menerus
- Nadi meningkat sekitar 100x/menit

- Ibu merasa lemas
- Nafsu makan tidak ada
- Berat badan turun
- Nyeri epigastrium
- tekanan darah menurun
- turgor kulit mengurang
- lidah mengering
- mata cekung

**b. HEG tingkat 2**

- Ibu lebih lemah dan apatis
- Turgor kulit lebih menurun
- Lidah mengering dan nampak kotor
- Mata cekung dan sedikit ikterus
- Ditemukan aseton pada air kencing
- Hemokonsentrasi, oligouria, dan konstipasi
- BB dan TD turun
- frekuensi nadi rendah dan cepat
- suhu tubuh meningkat

**c. HEG tingkat 3**

- Keadaan umum lebih parah
- Muntah berhenti
- TD dan BB turun
- Kesadaran menurun dari somnolen sampai koma
- Oliguria semakin parah dan menjadi anuria
- nadi kecil dan cepat
- suhu meningkat
- ikterus semakin berat

- Gangguan kesadaran dalam bentuk somnolen sampai koma, ensefalopati wernicke (komplikasi susunan syaraf pusat) dengan gejala nistagmus (perubahan bola mata), diplopia (pandangan mata tampak ganda), dan mental.

## **PENATALAKSANAAN**

- a. Rawat inap
- b. Stop makan dan minum dalam 24 jam pertama
- c. Obat-obatan diberikan secara parenteral
- d. Infus D10% (2000 ml) dan RL 5%(2000 ml) per hari.
- e. Pemberian antiemetik (metoclopramid hidrochlorid)
- f. Roborantia/ obat penyegar
- g. Diazepam 10 mg IM (jika perlu)
- h. Psikoterapi
- i. Lakukan evaluasi dalam 24 jam pertama
- j. Bila keadaan membaik, boleh diberikan makan dan minum secara bertahap
- k. Bila keadaan tidak berubah: stop makan/ minum, ulangi penatalaksanaan seperti sebelumnya untuk 24 jam kedua.
- l. Bila dalam 24 jam tidak membaik pertimbangkan untuk rujukan
- m. Infus dilepas setelah 24 jam bebas mual dan muntah
- n. Jika dehidrasi diatasi, anjurkan makan makanan lunak porsi kecil tapi sering, hindari makanan yang berminyak dan berlemak, kurangi karbohidrat, banyak makan makanan yang mengandung gula.

## 6. ANEMIA

Anemia adalah keadaan dimana jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Tingkatan anemia:

- a. Kadar Hb 10,00 gr% - 13,00 gr% disebut anemia ringan sekali.
- b. Kadar Hb 8,00 gr% - 9,90 gr% disebut anemia ringan.
- c. Kadar Hb 6,00 gr% - 7,90 gr% disebut anemia sedang.
- d. Kadar Hb <6,00 gr% disebut anemia berat.

### PENYEBAB

penyebab umum dari anemia:

#### a. Perdarahan hebat

- Akut: kecelakaan, pembedahan, persalinan, pecah pembuluh darah.
- Kronis: perdarahan hidung, wasir, ulkus peptikum, kanker atau polip di saluran pencernaan, tumor ginjal atau kandung kemih, perdarahan menstruasi yang banyak.

#### b. Berkurangnya pembentukan sel darah merah

- Kekurangan zat besi
- Kekurangan vitamin B12
- Kekurangan asam folat
- Kekurangan vitamin C
- Penyakit kronik

#### c. Meningkatnya penghancuran sel darah merah

- Pembesaran limfa
- Kerusakan mekanik pada sel darah merah

- Reaksi autoimun terhadap sel darah merah
- Penyakit sel sabit
- Talasemia

### **PENGARUH TERHADAP KEHAMILAN**

- Abortus
- Parturs prematurus
- Pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat (IUGR) perdarahan antepartum
- IUFD
- Hiperemesis gravidarum
- Mola hidatidosa
- Ketuban pecah dini (KPD)

### **KLASIFIKASI ANEMIA**

- Anemia defisiensi besi

#### **1) Pengertian**

Adalah penurunan jumlah sel darah merah akibat dari kekurangan zat besi.

#### **2) Etiologi**

- Makanan tidak cukup mengandung zat besi (Fe)
- Komposisi makanan tidak baik untuk penyerapan
- Adanya gangguan penyerapan (penyakit usus)
- Kebutuhan Fe meningkat

### **3) Komplikasi**

- Trimester 1: missed abortion, kelainan kongenital, abortus
- Trimester 2: partus prematurus, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim (PJT), asfiksia, gestosis/ manifestasi keracunan karena kehamilan, IQ bayi rendah, dekompensasi kordis.
- Trimester 3: gangguan his primer dan sekunder, janin lahir anemia, persalinan dengan tindakan tinggi, ibu cepat lelah.

### **4) Penatalaksanaan**

- Oral: pemberian fero sulfat/ fero gluconat/ Na-fero bisitrat 60 mg/ hari, 800 mg selama kehamilan, 150 – 100 mg/hari.
- Parenteral: pemberian ferum dextran 1000 mg (20ml) IV atau 2x10 ml/IM

## **b. Anemia megaloblastik**

### **1) Pengertian**

Adalah anemia yang terjadi karena kekurangan asam folat

### **2) Gejala**

- Tangan atau kaki kesemutan dan kaku
- Kehilangan sensasi sentuh
- Kehilangan kemampuan indera penciuman
- Sulit berjalan dan terlihat goyah
- Demensia (kehilangan kemampuan psikis atau mental)
- Kejiwaan terganggu (halusinasi, paranoid, psikosis / gangguan jiwa yang disertai dengan disintegrasi kepribadian).

### **3) Penatalaksanaan**

- Asam tolik 15-30 mg/ hari

- Vitamin B12 3x1 tablet per hari
- Sulfas ferosus 3x1 tablet per hari
- Pada kasus berat dan pengobatan oral hasilnya lamban sehingga dapat diberikan transfusi diberikan transfusi darah.

### **c. Anemia hipoplastik**

#### **1) Pengertian**

Adalah anemia yang terjadi akibat sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah baru. Bisa juga terjadi akibat transplantasi sumsum tulang atau transfusi darah berulang kali.

#### **2) Gejala**

- Jarang dijumpai dalam kehamilan dan disertai dengan trombositopenia dan leucopenia.
- Disertai kelainan kongenital sering terjadi akibat obat-obatan, zat kimia, infeksi, irradiasi, leukimia, dan kelainan immunologis.

#### **3) Penatalaksanaan**

Karena obat-obatan penambah darah tidak memberi hasil, maka satu-satunya cara untuk memperbaiki keadaan penderita ialah transfusi darah yang sering dan perlu diulang beberapa kali.

### **d. Anemia hemolitik**

#### **1) Pengertian**

Adalah anemia yang terjadi akibat sel darah merah lebih cepat hancur dari pembentukannya.

#### **2) Etiologi**

Tidak jelas

#### **3) Gejala**

- Merupakan kejadian langka
- Hemolisis berat timbul secara dini dalam kehamilan dan hilang beberapa bulan setelah bersalin.

#### 4) Penatalaksanaan

- Penambahan darah tidak memberikan hasil
- Transfusi darah untuk meringankan penderitaan ibu dan mengurangi bahaya hipoksia pada janin.

### b) KEHAMILAN DENGAN HIPERTENSI

#### 1. HIPERTENSI GESTASIONAL

Hipertensi gestasional adalah tekanan darah tinggi yang terjadi saat hamil. Hipertensi gestasional biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, dan setelah melahirkan hipertensi ini bisa hilang. Biasanya hipertensi gestasional dialami oleh ibu yang sebelum hamil tidak menderita tekanan darah tinggi.

Ibu hamil yang sudah menderita tekanan darah tinggi (140/90 mmHg) sebelum hamil atau sebelum usia kehamilan 20 minggu disebut dengan hipertensi kronis. Biasanya hipertensi kronis tidak akan hilang walaupun ibu sudah melahirkan bayinya.

Beberapa kondisi bisa meningkatkan risiko Anda mengalami hipertensi gestasional, yaitu:

1. Bila Anda pernah mengalami tekanan darah tinggi sebelum hamil atau saat kehamilan sebelumnya
2. Anda memiliki penyakit ginjal atau diabetes
3. Usia Anda kurang dari 20 tahun atau lebih dari 40 tahun saat hamil
4. Kehamilan kembar
5. Hamil anak pertama

#### 2. PREKLAMPSIA

Hipertensi gestasional yang tidak segera mendapat penanganan dapat berkembang menjadi preeklampsia. **Preeklampsia atau keracunan kehamilan** adalah gangguan tekanan darah serius yang dapat mengganggu kerja organ. Biasanya hal ini terjadi pada usia kehamilan ke-20 minggu dan akan menghilang setelah Anda melahirkan bayi Anda.

Preeklampsia ditandai dengan **tekanan darah tinggi dan proteinuria** (adanya protein dalam urin). Selain itu, preeklampsia juga dapat ditandai dengan:

- Pembengkakan pada wajah atau tangan
- Sakit kepala yang sulit hilang
- Nyeri pada perut bagian atas atau bahu
- Mual dan muntah
- Kesulitan bernapas
- Kenaikan berat badan tiba-tiba
- Terganggunya penglihatan

Jika ibu Anda mengalami preeklampsia saat sedang mengandung Anda, maka risiko Anda untuk mengalami preeklampsia saat hamil menjadi lebih tinggi. Risiko Anda untuk mengalami preeklampsia saat hamil juga menjadi lebih tinggi jika ibu dari suami Anda mengalami preeklampsia saat hamil. Jika Anda pernah mengalami preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, risiko Anda mengalami preeklampsia lagi juga akan meningkat.

Penyebab preeklampsia belum diketahui secara pasti. Namun, preeklampsia tampaknya disebabkan oleh gangguan pada pertumbuhan plasenta sehingga aliran darah pada plasenta tidak berjalan dengan baik.

Preeklampsia dapat membahayakan kondisi Anda dan janin dalam kandungan. Aliran darah dari ibu dan janin dapat terganggu, sehingga bayi kesulitan untuk mendapatkan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk perkembangannya. Selain itu, preeklampsia juga dapat memengaruhi kesehatan organ hati, ginjal, paru-paru, mata dan otak ibu. Preeklampsia kemudian dapat berkembang menjadi eklampsia.

### 3. EKLAMPSIA

Eklampsia adalah kondisi yang langka namun serius, dan merupakan komplikasi parah dari preeklampsia, yaitu komplikasi kehamilan saat ibu hamil memiliki tekanan darah yang terlalu tinggi. Kejang eklampsia tidak disebabkan oleh kondisi otak.

### Gejala Eklampsia

Ibu yang timbul eklampsia biasanya disertai hipertensi walau sebenarnya kondisi ini bukan menjadi pemicu bagi semua ibu hamil. Terdapat juga gejala yang menjadi tanda pada awal timbulnya eklampsia. Gejala tersebut antara lain:

Ibu yang timbul eklampsia biasanya disertai hipertensi walau sebenarnya kondisi ini bukan menjadi pemicu bagi semua ibu hamil. Terdapat juga gejala yang menjadi tanda pada awal timbulnya eklampsia. Gejala tersebut antara lain:

- Sakit kepala lebih terasa di bagian depan yang berat dan menetap
- Gangguan penglihatan
- Nyeri ulu hati
- Mual muntah
- Sesak napas
- Kejang

Setelah beberapa gejala preeklampsia muncul, resiko eklampsia berupa kejang dapat muncul tiba-tiba yang disertai nyeri otot hingga koma.

Resiko yang berat timbul pada plasenta di perut ibu sebagai pemasok darah dan oksigen untuk janin. Aliran darah ke janin dapat berkurang dan dapat beresiko bayi lahir dengan berat badan rendah hingga dapat memicu kematian janin.

### Penanganan pada Eklampsia

Penderita preeklampsia sebaiknya untuk segera dibawa ke rumah sakit untuk dilakukan penanganan segera dan mencegah terjadinya eklampsia atau kejang. Mengatasi tekanan tinggi merupakan kunci utama pencegahan eklampsia dan dapat menyelamatkan bayi di dalam kandungan.

Jika terjadi kejang maka obat antikejang seperti magnesium sulfat segera diberikan untuk mengurangi kejang eklampsia. Cairan ini diberikan dengan infus atau suntikan dan dipantau selama 24 jam saat kejang pertama. Terapi dilanjutkan dengan obat penurun tekanan darah seperti nifedipine atau labelatol untuk menurunkan hipertensi dengan cepat.

Pengeluaran bayi harus diperhatikan masa kehamilan ibu. Apabila sudah mencapai 34 minggu dan timbul kejang, maka perlu tindakan operasi caesar. Apa bila usia kehamilan mencukupi, pemberian oksitosin dapat membantu mempersingkat kelahiran bayi.

Tingkat keselamatan ibu dan bayi harus diperhatikan mulai dari beratnya gejala dan waktu yang diperlukan untuk menyelamatkan keduanya.

#### c) PERDARAHAN ANTEPARTUM

##### 1. SULTIO PLASENTA

Sultio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua dalam waktu yaitu sekitar >28 minggu.

#### **ETIOLOGI**

Faktor predisposisi:

- Hipertensi dalam kehamilan
- Multiparitas
- Usia ibu tua
- Tali pusat pendek
- Dekompresi terus mendadak
- Defisiensi asam folat
- Trauma
- Konsumsi alkohol
- Merokok

- Tumor uterus
- Kelainan uterus

### **TANDA DAN GEJALA**

- Perdarahan dari jalan lahir
- Uterus tegang
- Nyeri perut terus menerus
- Bagian janin sukar diraba
- DJJ(-)
- Beberapa bagian plasenta lepas
- Warna darah kehitaman
- Syok

### **PENANGANAN**

- Solusio Plasenta Ringan : atur posisi semi fowler (setengah duduk), observasi ttv tiap 15 menit, pantau djj, inspeksi tempat perdarahan, kardiografi, anjurkan ibu untuk rawat inap, untuk melakukan pemeriksaan USG dan KTG lalu tunggu persalinan spontan
- Solusio Plasenta sedang: lakukan pemasangan infus RL 20 tpm dan transfusi darah, melakukan pemecahan ketuban, melakukan induksi persalinan, atau dilakukan SC.

## **2. PLASENTA PREVIA**

plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum.

### **ETIOLOGI**

Belum diketahui pasti. Penyebabnya adalah vaskularisasi desidua yang tidak memadai mungkin sebagai akibat dari proses radang atau atrofi.

### **KLASIFIKASI**

- Plasenta previa totalis adalah plasenta yang menutupi saluran ostium uteri internum
- Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi bagian ostium uteri internum
- Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggi ostium uteri internum
- Plasenta letak rendah adalah plasenta berada pada 3-4 cm pada tepi ostium uteri internum.

### **PATOFISIOLOGI**

- Kerusakan endometrium corpus uteri implantasi menyebabkan plasenta berimplantasi kurang baik pada SBR
- Kebutuhan nutrisi melebihi normal sehingga plasenta melebar hingga mencapai SBR/OUI

### **GEJALA**

- Bercak darah
- Keluar darah segar pervaginam
- Biasanya malam hari saat pembentukan SBR
- Perdarahan sebagian besar berawal dari ibu sebagian kecil berasal dari janin

### **PENANGANAN**

Sebelum dirujuk anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap kekiri, menghindari peningkatan tekanan rongga perut. Pasang infus NaCl, bila tidak memungkinkan berikan cairan peroral. Pantau tekanan darah dan pantau nadi setian 15 menit.

### **3. INSERSIO VELAMENTOSA**

Inersio velamentosa adalah tali pusat yang tidak berinsersi pada jaringan plasenta, tetapi pada selaput janin sehingga pembuluh darah umbilikalis berjalan diantara amnion dan korion menuju plasenta.

### **ETIOLOGI**

Biasanya terjadi pada kehamilan ganda/gemeli, karna pada kehamilan ganda sumber makanan yang ada pada plasenta akan menjadi rebutan oleh janin, sehingga dengan adanya rebutan tersebut akan mempengaruhi kepenanaman tali pusat / insersi.

### **TANDA GEJALA**

Perdarahan segera setelah ketuban pecah (vasa previa) dan bunyi jantungn anak menjadi buruk dan bisa menyebabkan bayi itu meninggal.

### **PENANGANAN**

Bidan tidak mempunyai kewenangan untuk menagani insersio velamentosa. Hanya melakukan diagnosa dan bila dicurigai bahwa ibu mengalami kehamilan ganda segera lakukan USG.

## **4. RUPTUR SINUS MARGINALIS**

Ruptur sinus marginalis adalah terlepasnya sebagian kecil plasenta dari tempat implantasinya di dalam uterus sebelum bayi dilahirkan. Berdasarkan tanda dan gejalanya Ruptur Sinus Marginalis ini merupakan salah satu klasifikasi dari solusio plasenta yaitu solusio plasenta kelas 1 (ringan).

Ruptur Sinus Marginalis merupakan bagian dari solutio placenta ringan yang jarang didiagnosis, mungkin karena penderita selalu terlambat datang ke rumah sakit, atau tanda-tanda dan gejalanya terlampau ringan sehingga tidak menarik perhatian penderita maupun dokternya.

Pecahnya sinus marginalis merupakan perdarahan yang sebagian besar baru diketahui setelah persalinan. Pada waktu persalinan, perdarahan terjadi tanpa sakit dan menjelang pembukaan lengkap perlu dipikirkan kemungkinan perdarahan karena sinus marginalis yang pecah. Karena pembukaan mendekati lengkap, maka bahaya untuk ibu maupun janinnya tidak terlalu besar.

## **TANDA DAN GEJALA**

Tanda atau gejala dari Solusio plasenta Kelas 1-ringan (Ruptur sinus marginalis) adalah:

1. Tidak ada atau sedikit perdarahan dari vagina yang warnanya kehitam-hitaman, kalau ada perdarahan jumlahnya antara 100-200 cc.
2. Rahim yang sedikit nyeri atau terus menerus agak tegang
3. Tidak ada koagulopati
4. Tidak ada gawat janin
5. Pelepasan plasenta kurang 1/6 bagian permukaan
6. Kadar fibrinogen plasma lebih 150 mg%.

## **PENATALAKSANAAN**

- Bila usia kehamilan < 36 minggu dan bila ada perbaikan dengan tirah baring dan observasi ketat kemudian tunggu persalinan spontan
- Bila ada perburukan, maka kehamilan harus segera diakhiri. Lakukan seksio sesaria, bila janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan
- Perut tegang sedikit, observasi ketat, perdarahan berlangsung terus menerus ketegangan makin meningkat dengan janin yang masih baik pada kehamilan prematur dilakukan rawat inap

## **5. PLASENTA SIRKUMVALATA**

Plasenta sirkumvalata adalah variasi yang terbentuk jika lempeng korion yang terletak disisi janin plasenta lebih kecil daripada lempeng basal yang terletak disisi ibu, jika permukaan janin dari plasenta semacam ini menyebabkan terbentuknya cekungan sentral dengan cincin putih keabu – abuan tebal disekelilingnya.

Plasenta Sirkumvalata adalah Plasenta yang pada permukaan fetalis dekat pinggir terdapat cincin putih. Cincin ini menandakan pinggir plasenta, sedangkan jaringan di sebelah luarnya terdiri dari villi yang tumbuh ke samping di bawah desidua. Sebagai akibatnya pinggir plasenta mudah terlepas dari dinding uterus dan perdarahan ini menyebabkan perdarahan antepartum.

## **ETIOLOGI**

Diduga chorion frondosum terlalu kecil dan untuk mencukupi kebutuhan vili menyerbu ke dalam desidua diluar permukaan frondosuin.

Insiden : 2 – 18 %.

## **TANDA GEJALA**

Pada setiap perdarahan antepartum pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta, karena perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta, sedangkan kelainan serviks tidak seberapa berbahaya. Pecahnya sinus marginalis merupakan perdarahan yang sebagian besar baru diketahui setelah persalinan pada waktu persalinan, perdarahan terjadi tanpa sakit dan menjelang pembukaan lengkap. Karena perdarahan terjadi pada saat pembukaan mendekati lengkap, maka bahaya untuk ibu maupun janinnya tidak terlalu besar.

### **PENANGANAN**

Jika pada kehamilan terjadi perdarahan intermitten dan belum terjadi perdarahan ibu disarankan untuk beristirahat total untuk mencegah terjadinya perdarahan.

a. Perbaiki keadaan umum ibu, memperbaiki keadaan umum ibu dengan istirahat total dan pemberian terapi, dan pemberian obat-obat hormonal dan penambah darah, infus telah terpasang pada lengan dengan cara IV 40 tpm atau guyur jika ada tanda-tanda syok, O<sub>2</sub> terpasang 2-3 liter

b. Evaluasi perdarahan dan kondisi kehamilan ibu, memantau jumlah perdarahan dan TTV ibu, dan kondisi kehamilan jika terjadi keguguran lakukan kuretase dan jika bayi masih bisa dipertahankan atau terjadi solusio plasenta lahirkan bayi secara sesar. Tindakan telah dilakukan.

c. Atur posisi yang nyaman, mengatur posisi ibu se nyaman mungkin sehingga pertukaran O<sub>2</sub> dan Co<sub>2</sub> lancar misalnya posisi semi Fowler atau terlentang. Ibu telah tidur dengan posisi semi Fowler dan atau terlentang.

d. Anjurkan ibu istirahat, menganjurkan ibu untuk istirahat total dan tidak melakukan aktifitas fisik dengan tidur siang 1-2 jam sehari dan tidur malam 7-8 jam sehari. Pasien telah istirahat.

e. Ingatkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi, Mengingatkan ibu untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi dengan makan makanan yang sehat dan bergizi secara teratur seperti nasi, lauk pauk, sayur-sayuran, dan buah-buahan, serta minum air putih 8-9 gelas sehari, bila perlu susu 1 gelas sehari, tidak ada pantangan makanan apapun bagi ibu. Ibu mengerti dan mau melakukannya.

Jika sudah terjadi perdarahan lakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang berwenang dalam hal ini dokter obgin untuk mencegah perdarahan yang dapat mengancam jiwa ibu.

Jika mengakibatkan solutio plasenta lakukan penanganan seperti pasien solutio plasenta, jika terjadi perdarahan hebat (nyata atau tersembunyi) lakukan persalinan segera. Seksio caesarea dilakukan jika :

- a. janin hidup, gawat janin tetapi persalinan pervaginam tidak dapat dilaksanakan dengan segera (pembukaan belum lengkap)
- b. janin mati tetapi kondisi serviks tidak memungkinkan persalinan pervaginam dapat berlangsung dalam waktu singkat
- c. persiapan, cukup dilakukan penanggulangan awal dan segera lahirkan bayi karena operasi merupakan satu-satunya cara efektif untuk menghentikan perdarahan

#### **d) KELAINAN JANIN**

##### **1. KEHAMILAN GANDA**

Kehamilan Ganda adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih.

Kehamilan Ganda terjadi apabila dua atau lebih ovum dilepaskan dan dibuahi atau apabila satu ovum yang dibuahi membelah secara dini hingga membentuk dua embrio yang sama pada stadium massa sel dalam atau lebih awal.

##### **JENIS KEHAMILAN KEMBAR**

1. Gemelli monozigotik :→ kembar 1 telur, homolog, uniovuler, identik, frekwensi 1/3 kehamilan kembar.
2. Gemelli Dizigotik :→ kembar 2 telur, heterolog, dan fraternal, frek. 2/3 keh kembar.
3. Conjoined twins (kembar Siam)→ kembar melengket mis : torakopagus, abdominopagus, kraniopagus, dll
4. Superfekundasi :Pembuahan 2 ovum yg dikeluarkan pd ovulasi yg sama pd 2 kali koitus jarak pendek, sukar dibedakan dgn gemelli dizigotik.
5. Superfetasi : Kehamilan kedua terjadi bbrp minggu atau bulan setelah keh. Pertama, belum pernah dibukti kan pada manusia, dapat ditemukan pd kuda.

##### **KOMPLIKASI TERHADAP IBU**

- Dapat menyebabkan anemia dan defisiensi zat-zat lainnya.
- Frekuensi hidramnion bertambah 10 kali lebih besar dari kehamilan biasa.
- Frekuensi pre-eklamsi dan eklamsi lebih sering.
- Sering terjadi sesak nafas.
- Odema dan varises pada tungkai dan vulva.

- Dapat terjadi: inersia uteri, perdarahan postpartum dan solusio plasenta dan sesudah anak pertama lahir.

### **KOMPLIKASI TERHADAP JANIN**

- Bayi akan terlahir premature
- Angka kemungkinan terjadi kelainan / kecacatan pada bayi lebih tinggi
- angka kematian tinggi

### **PENANGANAN DALAM KEHAMILAN**

- Prenatal yang baik untuk mengenal kehamilan kembar dan mencegah komplikasi yang timbul,
- bila diagnosa telah ditegakkan periksa akan lebih sering (1kali seminggu pada kehamilan 32 minggu ke atas).
- Setelah kehamilan 30 minggu, koitus dan perjalanan jauh dilarang, karena akan merangsang partus prematurus.
- Pertolongan persalinan bidan tidak berwenang melakukannya (rujuk ke fasilitas pelayanan yang memadai) terkecuali atas indikasi.

#### **e) KELAINAN AIR KETUBAN**

##### **1. KPSW**

pecahnya ketuban sebelum permulaan persalinan

*KETUBAN PECAH AWAL :*

KK pecah pd pembukaan kecil dalam proses persalinan

#### **ETIOLOGI**

- servitis, vaginitis
- servik incompeten
- gemelli, janin relatif besar
- pre term
- CPD
- pekerjaan berat → kontraksi uterus

#### **DIAGNOSA**

- ✓ Anamnesa : keluarnya cairan jernih dari vagina (ngepyok)

- ✓ Sifat2 fisik cairan : bau khas, warna keruh
- ✓ Meminta px utk batuk/mengedan
- ✓ pem fisik : suhu ibu  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- ✓ pem obstetri : DJJ normal
- ✓ pem inspeculo : cairan keluar dari oue
- ✓ tes air ketuban : tes lakmus (merah→biru)

### **KOMPLIKASI**

- a. Infeksi krn pecahnya KK → kontak dgn dunia luar
- b. UK < 36 mgg bila cairan amnion terus keluar → oligohidramnion (TFU  $\leq$  UK, ibu kesakitan pd tiap gerak anak)
- c. Persalinan : prematuritas, partus lama/partus macet, penumbungan TP, emboli ari ketuban, IUFD)

### **PENANGANAN**

#### **KONSERVATIF**

- Rawat di RS
- Beri AB (*ampicilin 4 x 500mg atau eritromisin bila tak tahan ampicilin*) dan *metronidazol 2 x 500mg* selama 7 hari
- UK < 32-34 mgg → dirawat slm air ketuban masih keluar/sampai air ketuban t' keluar lg
- UK 32-37 mgg, belum inpartu, t' ada infeksi → beri *deksametason*, observasi tanda2 infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada keham 37 mgg
- UK 32-37 mgg, inpartu, t' ada infeksi → beri *tokolitik (salbutamol)*, *deksametason* dan induksi sesudah 24 jam
- UK 32-37 mgg, ada infeksi → beri AB & lak induksi
- Nilai tanda2 infeksi (suhu, lekosit, tanda2 infeksi iu)
- UK 32-34 mgg beri steroid (memacu kematangan paru janin)

#### **AKTIF**

- Kehamilan > 37 mgg → INDUKSI bila gagal → SC
- Bila ada tanda2 infeksi → beri AB dosis tinggi dan persalinan diakhiri ;
  - a. bila skor pelvik < 5 : lak pematangan servik → INDUKSI, jika gagal → SC
  - b. bila skor pelvik > 5 : INDUKSI persalinan, partus pervaginam

## 2. POLIHIDRAMNION

adalah keadaan di mana banyaknya air ketuban melebihi 2000 cc(normal : 1000 – 1500 cc)

### ETIOLOGI

- Ibu DM
- Gemelli
- Kelainan janin (atresia aeshophagei, spina bifida, anensefalus dll)

### KOMPLIKASI

- WAKTU HAMIL
  - PE / eklamsi
  - prematuritas
  - sesak nafas
- WAKTU PERSALINAN
  - inertia uteri → partus lama
  - atonia uteri → kesukaran melahirkan placenta. HPP
  - kelainan letak

## 3. OLIHIDRAMNION

keadaan dimana banyaknya air ketuban kurang dari 500 cc.

Biasanya cairan kental, keruh, berwarna kuning kehijau-hijauan

### ETIOLOGI

Etiologi belum jelas, tetapi disangka ada kaitannya dengan renal agenosis janin. Etiologi primer lainnya mungkin oleh karena amnion kurang baik pertumbuhannya dan etiologi sekunder lainnya, misalnya pada ketuban pecah dini.

### TINDAKAN KONSERVATIF

1. Tirah baring.
2. Hidrasi.
3. Perbaiki nutrisi.

4. Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, Bpp).
5. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.
6. Amnion infusio.
7. Induksi dan kelahiran.

## f) KEHAMILAN DENGAN KELAINAN LETAK

### 1) LETAK SUNGSANG

Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian rendah dengan atau tanpa kaki (keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri).

#### ETIOLOGI

1. Prematuritas karena bentuk rahim relative kurang lonjong, air ketuban masih banyak dan kepala anak relative besar,
2. Hidramnion karena anak mudah bergerak,
3. Plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala kedalam pintu atas panggul,
4. Panggul sempit,
5. Kelainan bentuk kepala: hydrocephalus, anencephalus, karena kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul.

### 2. LETAK LINTANG

Letak lintang adalah bila dalam kehamilan atau dalam persalinan sumbu panjang janin melintang terhadap sumbu panjang ibu (termasuk di dalamnya bila janin dalam posisi oblique).

Letak lintang kasep adalah letak lintang kepala janin tidak dapat didorong ke atas tanpa merobekkan uterus.

#### ETIOLOGI

- a) Fiksasi kepala tidak ada, karena panggul sempit, hidrosefalus, anensefalus, plasenta previa, dan tumor – tumor pelvis.
- b) Janin sudah bergerak pada hidramnion, multiparitas, anak kecil, atau sudah mati.
- c) Gemelli (kehamilan ganda)
- d) Kelainan uterus, seperti arkuatus, bikornus, atau septum
- e) Lumbal skoliosis
- f) Bayi besar
- g) Pelvic kidney dan kandung kemih serta rektum yang penuh.

#### PENATALAKSANAAN

a. Pada kehamilan

Pada primigravida umur kehamilan kurang dari 28 minggu dianjurkan posisi lutut dada, jika lebih dari 28 minggu dilakukan versi luar, kalau gagal dianjurkan posisi lutut dada sampai persalinan.

Pada multigravida umur kehamilan kurang dari 32 minggu posisi lutut dada, jika lebih dari 32 minggu dilakukan versi luar, kalau gagal posisi lutut dada sampai persalinan.

b. Pada persalinan

Pada letak lintang belum kasep, ketuban masih ada, dan pembukaan kurang dari 4 cm, dicoba versi luar. Jika pembukaan lebih dari 4 cm pada primigravida dengan janin hidup dilakukan sectio caesaria, jika janin mati, tunggu pembukaan lengkap, kemudian dilakukan embriotomi. Pada multigravida dengan janin hidup dan riwayat obstetri baik dilakukan versi ekstraksi, jika riwayat obstetri jelek dilakukan SC. Pada letak lintang kasep janin hidup dilakukan SC, jika janin mati dilakukan embriotomi.

g) **KELAINAN LAMANYA PERSALINAN**

1. **PRETERM**

Persalinan kurang bulan (preterm) adalah persalinan pada umur kehamilan 20-37 minggu kurang 1 hari dengan berat badan anak 500-2499 gram dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Badan kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa bayi premature adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau kurang.

Persalinan preterm adalah persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 22-37 minggu.

Jadi Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 20-37 minggu kurang 1 hari dan berat janin 500-2499 gram.

**PATOFISIOLOGI**

- Inisiasi persalinan preterm disebabkan turunnya kadar hormon (progesterone) dan juga adanya peran mediator inflamasi
- Progesterone berperan untuk menekan kontraksi myometrium dan menghambat produksi prostaglandin
- Mediator inflamasi (sitokin) berasal dari infeksi dan perdarahan intrauterine  
◊kontraksi uterin, pecah ketuban, dan pematangan serviks Persalinan Preterm Janin

**Faktor Predisposisi**

- Usia ibu < 18 tahun atau > 40 tahun
- Hipertensi
- Perkembangan janin terhambat
- Solusio plasenta
- Plasenta previa
- Ketuban pecah dini
- Infeksi intrauterine
- Bakterial vaginosis

- Serviks inkompetens
- Kehamilan ganda
- Penyakit periodontal
- Riwayat persalinan preterm sebelumnya
- Kurang gizi
- Merokok

### **Gejala**

- Kontraksi uterus yang teratur
- Nyeri pada pelvis
- Nyeri punggung
- Keluarnya lender bercampur darah dari vagina
- Adanya riwayat keputihan disertai gatal

### **Penatalaksanaan**

- Tirah baring
- Tokolitik tidak diberikan pada:
  - a) Usia kehamilan di bawah 24 minggu atau di atas 34 minggu
  - b) Pembukaan > 3 cm
  - c) Ada Korioamnionitis, preeclampsia, atau perdarahan janin
  - d) Gawat janin atau janin meninggal atau cacat
- Tokolitik: diberikan pada 48 jam pertama
  - a) Nifedipin 3 x 10 mg per oral
  - b) Terbutalin sulfat 1000 µg dalam 500 ml larutan infus NaCl 0,9% dengan dosis awal 10 tetes/menit lalu dinaikkan 5 tetes / menit tiap 15 menit hingga kontraksi hilang
  - c) Salbutamol: dosis awal 10 mg IV dalam 1 liter cairan infus 10 tetes / menit. Jika kontraksi masih ada, naikkan kecepatan 10 tetes / menit setiap 30 menit
- Antibiotik: Ampisilin: 2 g IV setiap 6 jam atau Klindamisin: 3 x 300 mg PO
- Kortikosteroid:
  - a) Deksametason 6 mg IM setiap 12 jam sebanyak 4 kali, ATAU
  - b) Betametason 12 mg IM setiap 24 jam sebanyak 2 kali

## **2. POSTERM/SEROTIMUS**

Persalinan yang terjadi pada umur kehamilan 42 mgg >

### **PATOFISIOLOGIS**

1. Sindrome postmatur kulit keriput, mengelupas lebar, tampak kurus, kuku panjang

2. Disfungsi plasenta kadar eritroprotein plasma tali pusat meningkat
3. Gawat janin dan oligohidramnion ukuran tali pusat mengecil dpt menyebabkan gawat janin dan pengurangan jml amnion sebabkan mekonium kental shg dpt tjd aspirasi mekonium
4. Pertumbuhan janin terhambat Servik yang tidak baik tidak terjadi dilatasi (indicator induksi)

### **TANDA GEJALA**

Tanda dan gejala bayi post matur adalah :

- a. Kurus, nampak seperti orang tua, karena kulit yang keriput.
- b. Verniks kaseosa dan lanugo berkurang atau menghilang
- c. Tali pusat layu dan berwarna kekuningan
- d. Kulit agak pucat dengan deskuamasi.
- e. Kadang disertai asfiksia.

### **h) KEHAMILAN DISERTAI PENYAKIT**

#### **1. KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT DM**

**Ciri-ciri dan gejala ibu yang mengalami diabetes pada saat kehamilan :**

1. Sering buang air kecil, merasa lapar dan haus yang tidak wajar
2. Berat badan menurun
3. Merasa kelelahan yang berlebihan atau mudah merasa lelah
4. Infeksi pada kulit yang berulang atau luka yang susah disembuhkan
5. Penglihatan menjadi kabur
6. Tingginya kadar gula darah dan urine berdasarkan hasil cek laboratorium.

**Risiko yang mungkin terjadi pada ibu yang mengalami diabetes mellitus :**

1. Pre-eklampsia
2. Persalinan prematur
3. Cairan ketuban berlebihan
4. Infeksi saluran kemih
5. Infeksi vagina berupa keputihan karena jamur.

**Risiko yang mungkin terjadi pada janin :**

1. Pertumbuhan janin terhambat
2. Lahir besar atau *giant baby* (makrosomia)
3. Cacat bawaan dengan peluang 3 kali lebih besar dari kehamilan normal.
4. Meningkatnya kadar bilirubin yang membuat bayi menjadi kuning.
5. Sindroma gangguan napas, akibat kelebihan insulin yang menghambat kerja hormon kortisol yang berfungsi mematangkan paru-paru janin, sehingga paru-paru bayi belum matang pada usia 38 minggu.
6. Kekurangan glukosa dan kalsium

7. Kelainan jantung
8. Kelainan neurologik dan psikologik pada bayi di kemudian hari.

## 2. JANTUNG

### GEJALA

- ❖ Cepat merasa lelah
- ❖ Jantungnya berdebar-debar
- ❖ Sesak napas apalagi disertai sianosis (kebiruan)
- ❖ Edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda
- ❖ Mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai

### Penyulit kehamilan disertai penyakit jantung

- Puncak hemodilasi darah minggu 28–32
- Pada saat inpartu
- Pada saat plasenta lahir
- Saat laktasi
- Terjadi perdarahan postpartum
- Mudah terjadi infeksi postpartum
- Mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin
  - Dapat terjadi keguguran
  - Persalinan prematuritas
  - Kematian perinatal
  - Hambatan intelegensia atau fisik bayi

## 3. GONORHEA

Penyebab: neisseria gonorrhoea

### Gejala klinis

- Infeksi saluran kemih luar
- Nyeri saat miksi
- Infeksi mulut rahim
- Perlukaan sekitar alat genitalia bagian luar
- Keputihan yang berwarna
- Infeksi kelenjar bartholini
- 

### Pengaruh terhadap janin

- Infeksi mata conjunctivitas gonorrhoea neonatorium (blenorea neonati)

## 4. HEPATITIS

- Penyebab: virus tipe A atau tipe B
- Pengaruh terhadap kehamilan :
  1. Keguguran
  2. Persalinan prematuritas
  3. Kematian janin dalam Rahim

## 5. SIFILIS

- Penyebab: treponema pallidum
- Gejala
  - Ada perlukaan pada daerah genitalia, mulut
- Pengaruh terhadap kehamilan
  - Persalinan prematuritas
  - Kematian dalam rahim
  - Infeksi bayi dalam bentuk lues kongenital