

# PERAN BIDAN TERHADAP PENANGANAN GAWAT DARURAT OBSTETR

*by Tety Ripursari, S.tr.keb., M.kes*

---

**Submission date:** 12-Jan-2022 03:22PM (UTC+0700)

**Submission ID:** 1740508832

**File name:** BUKU.pdf (841.16K)

**Word count:** 19761

**Character count:** 125454

# **PERAN BIDAN TERHADAP PENANGANAN GAWAT DARURAT OBSTETRI**



**Tety Ripursari, S.Tr.Keb., M.Kes**

**2018**

**PERAN BIDAN TERHADAP  
PENANGANAN GAWAT  
DARURAT OBSTETRI**

**Tety Ripursari, S.Tr.Keb., M.Kes**  
**STRADA PRESS**  
**2018**

## **PERAN BIDAN TERHADAP PENANGANAN GAWAT DARURAT OBSTETRI**

**Penulis** : Tety Ripursari  
**ISBN** : 978-602-5842-09-2  
**Penyunting** : Tim STRADA PRESS  
**Desain** : Tim STRADA PRESS  
**Tata Letak** : Tim STRADA PRESS

**Penerbit** : STRADA PRESS  
**Redaksi** : Jalan Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur  
Indonesia  
**Website** : [press.strada.ac.id](http://press.strada.ac.id)  
**Email** : [press@strada.ac.id](mailto:press@strada.ac.id)  
**Kontak** : 081259725640  
**Cetakan** : Pertama, 2018

**© 2018 STRADA PRESS.  
Hak cipta dilindungi Undang-Undang.**

**Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.**

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkah dan rahmat-Nya, sehingga buku mengenai peran bidan terhadap penanganan kegawatdaruratan obstetri dapat diselesaikan. Buku ini berisi tentang bidan, peran bidan terhadap penanganan kegawatdaruratan obstetri dan kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri.

<sup>18</sup> Angka kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi. Salah satu faktor penting yang berkontribusi terhadap kematian ibu adalah kualitas pelayanan obstetri pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan. Menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu merupakan salah satu program kesehatan ibu dan anak. Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan obstetri, terutama bidan dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetri secara cepat dan tepat pada <sup>15</sup> kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri. Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan keselamatan bagi ibu dan bayinya, dalam menangani kasus gawat darurat obstetri, bidan mempunyai peranan yang sangat penting dan strategi dalam setiap layanan yang berkualitas, faktor pengetahuan, sikap dan ketrampilan bidan merupakan modal dasar dalam memberikan penanganan kegawatdaruratan <sup>18</sup> obstetri.

Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu tersusunnya buku ini. Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki banyak kekurangan. Penulis juga berterimakasih atas setiap saran dan kritik yang membangun dalam perbaikan materi buku ini.

Semoga buku ini bermanfaat bagi bidan khususnya dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu terutama pada kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri, agar kematian ibu dapat dicegah.

Kediri, Agustus 2018

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul .....	i
Halaman Colofoon .....	ii
Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	v
<b>BAB I KONSEP BIDAN</b> .....	1
<b>A.</b> Pengertian Bidan .....	1
<b>B.</b> Kewenangan Bidan .....	1
<b>C.</b> Kompetensi Bidan .....	3
<b>BAB II KEGAWATDARURATAN OBSTETRI</b> .....	39
<b>A.</b> Pengertian Kegawatdaruratan Obstetri .....	39
<b>B.</b> Penentuan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri .....	39
<b>C.</b> Faktor Yang Mempengaruhi Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri .....	41
<b>D.</b> Pencegahan Kegawatdaruratan Obstetri .....	43
<b>E.</b> Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri .....	43
<b>F.</b> Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri ...	45
<b>G.</b> Peran Bidan Dalam Kegawatdaruratan Obstetri .....	46
<b>BAB III KASUS-KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI</b> .....	50
<b>A.</b> Resusitasi Jantung Paru Pada Kehamilan .....	50
<b>B.</b> Syok .....	54
<b>C.</b> Gawat Janin .....	61
<b>D.</b> Abortus .....	63
<b>E.</b> Mola Hidatidosa .....	74
<b>F.</b> Hiperemesis Gravidarum .....	77
<b>G.</b> Solusio Plasenta .....	81
<b>H.</b> Plasenta Previa .....	85
<b>I.</b> Kehamilan Ektopik Terganggu .....	88

J. Perdarahan Post Partum.....	90
K. Retensio Plasenta .....	96
L. Hipertensi Dalam Kehamilan, Pre Eklamsi Dan Eklamsi .....	98
M. Persalinan Lama .....	110
N. Ruptur Uteri .....	113
O. Distosia Bahu.....	117
P. Ketuban Pecah Dini.....	121
Q. Korioamnionis .....	124
R. Emboli Air Ketuban .....	126
S. Prolaps Tali Pusat.....	129
T. Kehamilan Lewat Waktu (Post Date) .....	132
U. Kehamilan Dengan Parut Uterus.....	134
V. Kehamilan Ganda.....	137
W. Hidramnion .....	142
X. Malposisi, Malpresentasi, Disproporsi Kepala Panggul (CPD) .....	143
Daftar Pustaka .....	153
Curriculum Vitae.....	155



# BAB 1 KONSEP BIDAN

## A. Pengertian Bidan

Menurut ICM (International Confederation of Midwives) tahun 2011, bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan (lulus) program pendidikan kebidanan yang diakui secara resmi oleh negaranya berdasarkan kompetensi praktik kebidanan.

Menurut Undang-undang No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa bidan adalah tenaga kesehatan yang dikelompokkan ke dalam tenaga kebidanan, memiliki kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Bidan adalah perempuan yang lulus dari pendidikan kebidanan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bidan merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki (Kemenkes, 2017).

## B. Kewenangan Bidan

Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

1) Pelayanan kesehatan Ibu.

Pelayanan kesehatan ibu meliputi :

a) Konseling pada kehamilan normal.

22

- b) Antenatal pada kehamilan normal.
- c) Persalinan normal.
- d) Ibu nifas normal.
- e) Ibu menyusui.
- f) Konseling pada masa antara dua kehamilan.

## 2) Pelayanan kesehatan anak

35

Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang melakukan:

- a) Pelayanan neonatal esensial.
- b) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
- c) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- d) Konseling dan penyuluhan.

20

## 3) Pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.

- a) Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b) Pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

20

Selain kewenangan tersebut, bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan :

- 1) Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan.
- 2) Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

### C. Kompetensi Bidan

- 1) **19** Pengertian  
Kompetensi bidan adalah kemampuan dan karakteristik yang dilandasi oleh pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang harus dimiliki seorang bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, secara aman dan bertanggung jawab sesuai dengan standart sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat.
- 2) Faktor yang mempengaruhi kompetensi bidan  
Faktor yang mempengaruhi kompetensi bidan adalah pendidikan, keyakinan, ketrampilan, pengalaman, karakteristik pribadi, motivasi dan *issue* emosional.
- 3) Kompetensi bidan dibagi atas 2 **28** kategori, yaitu :
  - a) Kompetensi inti/dasar, yaitu kompetensi minimal yang mutlak harus dimiliki oleh bidan.
  - b) Kompetensi tambahan/lanjutan, yaitu pengembangan dari pengetahuan dan ketrampilan dasar untuk mendukung tugas bidan dalam memenuhi tuntutan/kebutuhan masyarakat yang sangat dinamis serta perkembangan IPTEK.
- 4) Kompetensi asuhan kebidanan meliputi 5 dimensi, yaitu :
  - a) *Task Skill*, yaitu mampu melakukan/melaksanakan asuhan kebidanan pemeriksaan fisik ibu hamil.

- b) *Task Management Skill*, yaitu mengidentifikasi secara dini pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi sesuai SOP atau rujukan yang tepat.
  - c) *Contingency Management Skill*, yaitu mampu memimpin persalinan dalam kondisi bersih, aman dan menangani situasi kegawatdaruratan bersama tim kebidanan.
  - d) *Job/Role Environment Skill*, yaitu menangani keadaan bersalin diruang bersalin pasca persalinan ibu agar tetap bersih dan tidak membahayakan dirinya dan rekan sekerja.
  - e) *Transfer Skill*, yaitu memindahkan ibu nifas dan bayi pasca persalinan keruang perawatan ibu dan anak.
- 5) Standar kompetensi disusun melalui pengorganisasian kompetensi berdasarkan pendekatan yang bersifat umum ke yang bersifat khusus/spesifik yaitu profil, kompetensi utama, kompetensi penunjang dan kriteria kinerja (*performance Criteria*).
- Sesuai dengan Kepmenkes RI No. 369 tahun 2007 bahwa standar kompetensi bidan meliputi :
- a) Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

**Pengetahuan dan ketrampilan dasar :**

1. Kebudayaan dasar masyarakat di Indonesia

2. Keuntungan dan kerugian praktik kesehatan tradisional dan modern.
3. Sarana tanda bahaya dan transportasi kegawatdaruratan bagi anggota masyarakat yang sakit yang membutuhkan asuhan tambahan.
4. Penyebab langsung maupun tidak langsung kematian dan kesakitan ibu dan bayi di masyarakat.
5. Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesehatan dalam memperoleh pelayanan kebidanan).
6. Keuntungan dan resiko dari tatanan tempat bersalin yang tersedia.
7. Masyarakat keadaan kesehatan lingkungan, termasuk penyediaan air, perumahan, resiko lingkungan, makanan, dan ancaman umum bagi kesehatan.
8. Masyarakat keadaan kesehatan lingkungan, termasuk penyediaan air, perumahan, resiko lingkungan, makanan, dan ancaman umum bagi kesehatan.
9. Standar profesi dan praktik kebidanan.

#### **Pengetahuan dan ketrampilan tambahan**

1. Epidemiologi, sanitasi, diagnosa masyarakat dan vital statistik.
2. Infrastruktur kesehatan setempat dan nasional, serta bagaimana mengakses sumberdaya yang dibutuhkan untuk asuhan kebidanan.

3. *Primary Health Care* (PHC) berbasis di masyarakat dengan menggunakan promosi kesehatan serta strategi pencegahan penyakit.
4. Program imunisasi nasional dan akses untuk pelayanan imunisasi.

#### **Perilaku Profesional Bidan**

1. Berpegang teguh pada filosofi, etika profesi dan aspek legal.
2. Bertanggung jawab dan mempertanggung jawabkan keputusan klinis yang dibuatnya.
3. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir.
4. Menggunakan cara pencegahan universal untuk penyakit, penularan dan strategis dan pengendalian infeksi.
5. Melakukan konsultasi dan rujukan yang tepat dalam memberikan asuhan kebidanan.
6. Menghargai budaya setempat sehubungan dengan praktik kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan, bayi baru lahir dan anak.
7. Menggunakan model kemitraan dalam bekerja sama dengan kaum wanita/ibu agar mereka dapat menentukan pilihan yang telah diinformasikan tentang semua aspek asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri.
8. Menggunakan keterampilan mendengar dan memfasilitasi.

9. Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada ibu dan keluarga.
10. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan.

b) Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

### **Pengetahuan Dasar**

1. Pertumbuhan dan perkembangan seksualitas dan aktivitas seksual.
2. Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhubungan dengan konsepsi dan reproduksi.
3. Norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan bereproduksi.
4. Komponen riwayat kesehatan, riwayat keluarga, dan riwayat genetik yang relevan.
5. Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengevaluasi potensi kehamilan yang sehat.
6. Berbagai metode alamiah untuk menjarangkan kehamilan dan metode lain yang bersifat tradisional yang lazim digunakan.
7. Jenis, indikasi, cara pemberian, cara pencabutan dan efek samping berbagai

kontrasepsi yang digunakan antara lain pil, suntik, AKDR, alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), kondom, tablet vagina dan tisu vagina.

8. Metode konseling bagi wanita dalam memilih suatu metode kontrasepsi.
9. Penyuluhan kesehatan mengenai IMS, HIV/AIDS dan kelangsungan hidup anak.
10. Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

### **Pengetahuan Tambahan**

1. Faktor-faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan.
2. Indikator penyakit akut dan kronis yang dipengaruhi oleh kondisi geografis, dan proses rujukan pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut.
3. Indikator dan metode konseling/rujukan terhadap gangguan hubungan interpersonal, termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks, fisik dan emosi).

### **Keterampilan Dasar**

1. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang lengkap.
2. Melakukan pemeriksaan fisik yang berfokus sesuai dengan kondisi wanita.
3. Menetapkan dan atau melaksanakan dan menyimpulkan hasil pemeriksaan



laboratorium seperti hematokrit dan analisa urine.

4. Melaksanakan pendidikan kesehatan dan keterampilan konseling dasar dengan tepat.
5. Memberikan pelayanan KB yang tersedia sesuai kewenangan dan budaya masyarakat.
6. Melakukan pemeriksaan berkala akseptor KB dan melakukan intervensi sesuai kebutuhan.
7. Mendokumentasikan temuan-temuan dari intervensi yang ditemukan.
8. Melakukan pemasangan AKDR.
9. Melakukan pencabutan AKDR dengan letak normal.

#### **Keterampilan Tambahan**

1. Melakukan pemasangan AKBK.
2. Melakukan pencabutan AKBK dengan letak normal.

- c) Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

#### **Pengetahuan Dasar**

1. Anatomi dan fisiologi tubuh manusia.
2. Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
3. Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Tanda-tanda dan gejala kehamilan.

5. Mendiagnosa kehamilan.
6. Perkembangan normal kehamilan.
7. Komponen riwayat kesehatan.
8. Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal.
9. Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan/atau tinggi fundus uteri.
10. Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hyperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, mola hidatidosa dan komplikasinya, dan kehamilan ganda, kelainan letak serta pre eklamsia.
11. Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti *Haemaglobin* dalam darah, test gula, protein, acetone dan bakteri dalam urine.
12. Perkembangan normal dari kehamilan: perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
13. Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.
14. Penyuluhan dalam kehamilan, perubahan fisik, perawatan buah dada ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktifitas (senam hamil).
15. Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin.
16. Penatalaksanaan immunisasi pada wanita hamil.

17. Pertumbuhan dan perkembangan janin.
18. Persiapan persalinan, kelahiran, dan menjadi orang tua.
19. Persiapan keadaan dan rumah/keluarga untuk menyambut kelahiran bayi.
20. Tanda-tanda dimulainya persalinan.
21. Promosi dan dukungan pada ibu menyusui.
22. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran.
23. Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan.
24. Mengurangi ketidaknyamanan selama masa kehamilan.
25. Penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
26. Akibat yang ditimbulkan dari merokok, penggunaan alkohol, dan obat terlarang bagi wanita hamil dan janin.
27. Akibat yang ditimbulkan/ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan, misalnya toxoplasmosis.
28. Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa seperti pre-eklampsia, perdarahan pervaginam, kelahiran premature, anemia berat.
29. Kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin.
30. Resusitasi kardiopulmonary.

### **Pengetahuan Tambahan**

1. Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan,

seperti asma, infeksi HIV, infeksi menular seksual (IMS), diabetes, kelainan jantung, postmatur/serotinus.

2. Akibat dari penyakit akut dan kronis yang disebut diatas bagi kehamilan dan janinnya.

### **Keterampilan Dasar**

1. Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisanya pada setiap kunjungan/pemeriksaan ibu hamil.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.
3. Melaksanakan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri/posisi/presentasi dan penurunan janin.
4. Melakukan penilaian pelvik, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
5. Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope (*Pinrad*) dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
6. Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persalinan.
7. Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin.
8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
9. Memberikan penyuluhan pada klien/keluarga mengenai tanda-tanda berbahaya serta bagaimana menghubungi bidan.

10. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus imminen dan pre eklamsia ringan.
11. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan.
12. Memberikan imunisasi pada ibu hamil.
13. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan tepat dari:
  1. Kekurangan gizi.
  2. Pertumbuhan janin yang tidak adekuat: SGA (*Small for Gestational Age*) dan LGA (*Large for Gestational Age*).
  3. Pre eklamsia berat dan hipertensi.
  4. Perdarahan per-vaginam.
  5. Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
  6. Kelainan letak pada janin kehamilan aterm.
  7. Kematian janin.
  8. Adanya adema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi.
  9. Ketuban pecah sebelum waktu (KPD).
  10. Persangkaan polyhydramnion.
  11. Diabetes melitus.
  12. Kelainan congenital pada janin.
  13. Hasil laboratorium yang tidak normal.

14. Persangkaan polyhydramnion, kelainan janin.
15. Infeksi pada ibu hamil seperti : IMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas.
14. Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua.
15. Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok.
16. Penggunaan secara aman jamu/obat-obatan tradisional yang tersedia.

#### **Keterampilan Tambahan**

1. Menggunakan Doppler untuk memantau DJJ.
  2. Memberikan pengobatan dan/atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal dengan menggunakan standar local dan sumber daya yang tersedia.
  3. Melaksanakan kemampuan asuhan paska keguguran.
- d) Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

**Pengetahuan Dasar**

1. Fisiologi persalinan.
2. Anatomi tengkorak janin, diameter yang penting dan penunjuk.
3. Aspek psikologis dan cultural pada persalinan dan kelahiran Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
4. Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf atau alat serupa.
5. Penilaian kesejahteraan janin dalam masa persalinan.
6. Penilaian kesejahteraan ibu dalam masa persalinan.
7. Proses penurunan janin melalui pelvic selama persalinan dan kelahiran.
8. Pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehamilan normal dan ganda.
9. Pemberian kenyamanan dalam persalinan, seperti: kehadiran keluarga pendamping, pengaturan posisi, hidrasi, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.
10. Transisi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus.
11. Pemenuhan kebutuhan fisik bayi baru lahir meliputi pernapasan, kehangatan dan memberikan ASI/PASI, eksklusif 6 bulan.
12. Pentingnya pemenuhan kebutuhan emosional bayi baru lahir, jika memungkinkan antara lain kontak kulit langsung, kontak mata antar bayi dan ibunya bila dimungkinkan.

13. Mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
14. Manajemen fisiologi kala III.
15. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi: uterotonika, antibiotika dan sedative.
16. Indikasi tindakan kedaruratan kebidanan seperti: distosia bahu, asfiksia neonatal, retensio plasenta, perdarahan karena atonia uteri dan mengatasi renjatan.
17. Indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin, CPD.
18. Indikator komplikasi persalinan : perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklamsia kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia karena inersia uteri primer, *post term* dan *pre term* serta tali pusat menumbung.
19. Prinsip manajemen kala III secara fisiologis.
20. Prinsip manajemen aktif kala III.

### **Pengetahuan Tambahan**

1. Penatalaksanaan persalinan dengan malpresentasi.
2. Pemberian suntikan anestesi local.
3. Akselerasi dan induksi persalinan.

### **Keterampilan Dasar**

1. Mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-



tanda vital ibu pada persalinan sekarang.

2. Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin.
4. Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi).
5. Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban, dan proporsi panggul dengan bayi.
6. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograph.
7. Memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarganya.
8. Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang kuat selama persalinan.
9. Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawat daruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu.
10. Melakukan amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm sesuai dengan indikasi.

11. Menolong kelahiran bayi dengan lilitan tali pusat.
12. Melakukan episiotomi dan penjahitan, jika diperlukan.
13. Melaksanakan manajemen fisiologi kala III.
14. Melaksanakan manajemen aktif kala III.
15. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
16. Memasang infus, mengambil darah untuk pemeriksaan hemoglobin (HB) dan hematokrit (HT).
17. Menahan uterus untuk mencegah terjadinya inverse uteri dalam kala III.
18. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya.
19. Memperkirakan jumlah darah yang keluar pada persalinan dengan benar.
20. Memeriksa robekan vagina, serviks dan perineum.
21. Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.
22. Memberikan pertolongan persalinan abnormal : letak sungsang, partus macet kepada di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, post term dan pre term.
23. Melakukan pengeluaran, plasenta secara manual.
24. Mengelola perdarahan post partum.

25. Memindahkan ibu untuk tindakan tambahan/kegawat daruratan dengan tepat waktu sesuai indikasi.
26. Memberikan lingkungan yang aman dengan meningkatkan hubungan/ikatan tali kasih ibu dan bayi baru lahir.
27. Memfasilitasi ibu untuk menyusui sesegera mungkin dan mendukung ASI eksklusif.
28. Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dan intervensi yang dilakukan.

#### **Keterampilan Tambahan**

1. Menolong kelahiran presentasi muka dengan penempatan dan gerakan tangan yang tepat.
2. Memberikan suntikan anestesi local jika diperlukan.
3. Melakukan ekstraksi forcep rendah dan vacum jika diperlukan sesuai kewenangan.
4. Mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, distosia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) dengan tepat.
5. Mengidentifikasi dan mengelola tali pusat menumbung.
6. Mengidentifikasi dan menjahit robekan serviks.
7. Membuat resep dan atau memberikan obat-obatan untuk mengurangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.

8. Memberikan oksitosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi persalinan dan penanganan perdarahan post partum.
- e) Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

### **Pengetahuan Dasar**

1. Fisiologis nifas.
2. Proses involusi dan penyembuhan sesudah persalinan/abortus.
3. Proses laktasi/menyusui dan teknik menyusui yang benar serta penyimpangan yang lazim terjadi termasuk pembengkakan payudara, abses, masitis, puting susu lecet, puting susu masuk.
4. Nutrisi ibu nifas, kebutuhan istirahat, aktifitas dan kebutuhan fisiologis lainnya seperti pengosongan kandung kemih.
5. Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir.
6. Adaptasi psikologis ibu sesudah bersalin dan abortus.
7. *Bonding & Attachment* orang tua dan bayi baru lahir untuk menciptakan hubungan positif.
8. Indikator subinvolusi: misalnya perdarahan yang terus-menerus, infeksi.
9. Indikator masalah-masalah laktasi.
10. Tanda dan gejala yang mengancam kehidupan misalnya perdarahan pervaginam menetap, sisa plasenta,

renjatan (syok) dan pre-eklamsia post partum.

11. Indikator pada komplikasi tertentu dalam periode post partum, seperti anemia kronis, hematoma vulva, retensi urine dan incontinentia alvi.
12. Kebutuhan asuhan dan konseling selama dan sesudah abortus.
13. Tanda dan gejala komplikasi abortus.

### **Keterampilan Dasar**

1. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang terfokus, termasuk keterangan rinci tentang kehamilan, persalinan dan kelahiran.
2. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada ibu.
3. Pengkajian involusi uterus serta penyembuhan perlukaan/luka jahitan.
4. Merumuskan diagnosa masa nifas.
5. Menyusun perencanaan.
6. Memulai dan mendukung pemberian ASI eksklusif.
7. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu meliputi perawatan diri sendiri, istirahat, nutrisi dan asuhan bayi baru lahir.
8. Mengidentifikasi hematoma vulva dan melaksanakan rujukan bilamana perlu.
9. Mengidentifikasi infeksi pada ibu, mengobati sesuai kewenangan atau merujuk untuk tindakan yang sesuai.
10. Penatalaksanaan ibu post partum abnormal: sisa plasenta, renjatan dan infeksi ringan.

11. Melakukan konseling pada ibu tentang seksualitas dan KB pasca persalinan.
12. Melakukan konseling dan memberikan dukungan untuk wanita pasca persalinan.
13. Melakukan kolaborasi atau rujukan pada komplikasi tertentu. Memberikan antibiotika yang sesuai.
14. Mencatat dan mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

### **Keterampilan Tambahan**

1. Melakukan insisi pada hematoma vulva.
- f) Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

### **Pengetahuan Dasar**

1. Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.
2. Kebutuhan dasar bayi baru lahir: kebersihan jalan napas, perawatan tali pusat, kehangatan, nutrisi, "*bonding & attachment*".
3. Indikator pengkajian bayi baru lahir, misalnya dari APGAR.
4. Penampilan dan perilaku bayi baru lahir.
5. Tumbuh kembang yang normal pada bayi baru lahir selama 1 bulan.
6. Memberikan imunisasi pada bayi.

7. Masalah yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti: caput, molding, mongolian spot, hemangioma.
8. Komplikasi yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti: hypoglikemia, hypotermi, dehidrasi, diare dan infeksi, ikterus.
9. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada bayi baru lahir sampai 1 bulan.
10. Keuntungan dan resiko imunisasi pada bayi.
11. Pertumbuhan dan perkembangan bayi premature.
12. Komplikasi tertentu pada bayi baru lahir, seperti trauma intra-cranial, fraktur clavicula, kematian mendadak, hematoma.

#### **Keterampilan Dasar**

1. Membersihkan jalan nafas dan memelihara kelancaran pernafasan, dan merawat tali pusat.
2. Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.
3. Menilai segera bayi baru lahir seperti nilai APGAR.
4. Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas.
5. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada bayi baru lahir dan *screening* untuk menemukan adanya tanda kelainan-kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup.

6. Mengatur posisi bayi pada waktu menyusu.
7. Memberikan immunisasi pada bayi.
8. Mengajarkan pada orang tua tentang tanda-tanda bahaya dan kapan harus membawa bayi untuk minta pertolongan medik.
9. Melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir, seperti: kesulitan bernafas (*asphyksia*), *hypotermia*, *hypoglycemi*.
10. Memindahkan secara aman bayi baru lahir ke fasilitas kegawatdaruratan apabila dimungkinkan.
11. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

#### **Keterampilan Tambahan**

1. Melakukan penilaian masa gestasi.
2. Mengajarkan pada orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi yang normal dan asuhannya.
3. Membantu orang tua dan keluarga untuk memperoleh sumber daya yang tersedia di masyarakat.
4. Memberikan dukungan kepada orang tua selama masa berduka cita sebagai akibat bayi dengan cacat bawaan, keguguran, atau kematian bayi.
5. Memberikan dukungan kepada orang tua selama bayinya dalam perjalanan rujukan diakibatkan ke fasilitas perawatan kegawatdaruratan.
6. Memberikan dukungan kepada orang tua dengan kelahiran ganda.



- g) Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 tahun.)

### **Pengetahuan Dasar**

1. Keadaan kesehatan bayi dan anak di Indonesia, meliputi: angka kesakitan, angka kematian, penyebab kesakitan dan kematian.
2. Peran dan tanggung jawab orang tua dalam pemeliharaan bayi dan anak.
3. Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak normal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Kebutuhan fisik dan psikososial anak.
5. Prinsip dan standar nutrisi pada bayi dan anak. Prinsip-prinsip komunikasi pada bayi dan anak.
6. Prinsip keselamatan untuk bayi dan anak.
7. Upaya pencegahan penyakit pada bayi dan anak misalnya pemberian imunisasi.
8. Masalah-masalah yang lazim terjadi pada bayi normal seperti: gumoh/regurgitasi, *diaper rash* dll serta penatalaksanaannya.
9. Penyakit-penyakit yang sering terjadi pada bayi dan anak.
10. Penyimpangan tumbuh kembang bayi dan anak serta penatalaksanaannya.
11. Bahaya-bahaya yang sering terjadi pada bayi dan anak di dalam dan luar rumah serta upaya pencegahannya.
12. Kegawatdaruratan pada bayi dan anak serta penatalaksanaannya.

**Keterampilan Dasar**

1. Melaksanakan pemantauan dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak.
2. Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pencegahan bahaya-bahaya pada bayi dan anak sesuai dengan usia.
3. Melaksanakan pemberian immunisasi pada bayi dan anak.
4. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang terfokus pada gejala.
5. Melakukan pemeriksaan fisik yang berfokus.
6. Mengidentifikasi penyakit berdasarkan data dan pemeriksaan fisik.
7. Melakukan pengobatan sesuai kewenangan, kolaborasi atau merujuk dengan cepat dan tepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak.
8. Menjelaskan kepada orang tua tentang tindakan yang dilakukan.
9. Melakukan pemeriksaan secara berkala pada bayi dan anak sesuai dengan standar yang berlaku.
10. Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pemeliharaan bayi.
11. Tepat sesuai keadaan bayi dan anak yang mengalami cedera dari kecelakaan.
12. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

- h) Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

#### **Pengetahuan Dasar**

1. Konsep dan sasaran kebidanan komunitas.
2. Masalah kebidanan komunitas.
3. Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dari masyarakat.
4. Strategi pelayanan kebidanan komunitas.
5. Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas.
6. Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat.
7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.
8. Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak.

#### **Pengetahuan Tambahan**

1. Kepemimpinan untuk semua (kesuma).
1. Pemasaran sosial.
2. Peran serta masyarakat (PSM).
3. Audit maternal perinatal.
4. Perilaku kesehatan masyarakat.
5. Program-program pemerintah yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak.

#### **Keterampilan Dasar**

1. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB di masyarakat.

2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak.
3. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes.
4. Mengelola pondok bersalin desa (polindes).
5. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi bayi dan balita.
6. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak.
7. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan.
8. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

#### **Keterampilan Tambahan**

2. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA.
  3. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi.
  4. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya.
  5. Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna.
- i) Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan reproduksi.

#### **Pengetahuan Dasar**

1. Penyuluhan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual (PMS), HIV/AIDS.

2. Tanda dan gejala infeksi saluran kemih serta penyakit seksual yang lazim terjadi.
3. Tanda, gejala, dan penatalaksanaan pada kelainan ginekologi meliputi: keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

### **Keterampilan Dasar**

1. Mengidentifikasi gangguan masalah dan kelainan-kelainan sistem reproduksi.
2. Memberikan pengobatan pada perdarahan abnormal dan abortus spontan (bila belum sempurna).
3. Melaksanakan kolaborasi dan atau rujukan secara tepat ada wanita/ibu dengan gangguan system reproduksi.
4. Memberikan pelayanan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan pada gangguan system reproduksi meliputi: keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.
5. Mikroskop dan penggunaannya.
6. Teknik pengambilan dan pengiriman sediaan pap smear.

### **Keterampilan Tambahan**

1. Menggunakan mikroskop untuk pemeriksaan hapusan vagina.
2. Mengambil dan proses pengiriman sediaan pap smear.

## BAB 2 KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

### A. Pengertian Kegawatdaruratan Obstetri<sup>42</sup>

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

Kegawatdaruratan obstetri adalah kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita hamil, melahirkan atau nifas. Kegawatdaruratan obstetri dapat terjadi secara tiba-tiba, bisa disertai dengan kejang, atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan tepat (Kemenkes, 2016).

### B. Penentuan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri<sup>49</sup>

Untuk menentukan dengan cepat kasus obstetri yang membutuhkan pertolongan segera dengan mengidentifikasi penyulit yang dihadapi, meliputi :

#### 1) Jalan nafas dan pernafasan

Perhatikan adanya sianosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit : adakah pucat, suara paru (*weezhing*), sirkulasi tanda-tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat > 110x/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmHg).

- 2) **Perdarahan pervaginam**  
Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran plasenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, plasenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh).
- 3) **Klien tidak sadar/kejang**  
Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa tekanan darah (tinggi, diastolik > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38°C).
- 4) **Demam yang berbahaya**  
Tanyakan apakah ibu lemah, lethargie, sering nyari saat berkemih, periksa temperatur (lebih dari 39°C), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru-paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.
- 5) **Nyeri abdomen**  
Tanyakan apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan, periksa tekanan darah (rendah bila sistolik < 90 mmHg), nadi (cepat bila lebih dari 110x/menit), temperatur (lebih dari 38°C), uterus (status kehamilan).
- 6) **Perhatikan tanda-tanda berikut :**  
Keluaran darah, adanya kontraksi, pucat, lemah pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

Sedangkan manifestasi klinik kegawatdaruratan obstetri seperti :

- 1) **46** **darahan** : bercak, merembes, banyak sampai syok.

- 2) Infeksi dan sepsis : pengeluaran cairan pervaginam yang berbau, air ketuban hijau, demam sampai syok. <sup>8</sup>
- 3) Hipertensi dan preeklamsi/eklamsi : keluhan sakit kepala, penglihatan kabur, kejang-kejang sampai koma/tidak sadar. <sup>47</sup>
- 4) Persalinan macet : kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal dan dapat bermanifestasi ruptura uteri.

Dalam melakukan penilaian klinik secara lengkap penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri meliputi :

- 1) Anamnesis
- 2) Pemeriksaan fisik umum
- 3) Pemeriksaan obstetri
- 4) Pemeriksaan janin
- 5) Pemeriksaan panggul

### C. Faktor-faktor yang mempengaruhi penanganan kegawatdaruratan obstetri <sup>13</sup>

Pertolongan pertama kegawatdaruratan dapat terjadi dimana saja baik di rumah, lingkungan masyarakat atau rumah sakit. Penanganan kegawatdaruratan obstetri tidak dibatasi oleh bantuan <sup>13</sup>dis saja tetapi juga bantuan non medis. Pada pertolongan pertama yang cepat dan tepat akan menyebabkan pasien dapat bertahan hidup untuk mendapatkan pertolongan yang lebih lanjut. Adapun keberhasilan ditentukan oleh oleh tersedianya sumber <sup>60</sup>ya yang terstandar.

Standar kompetensi bidan berdasarkan Kepmenkes RI No.369 tahun 2007 pada kompetensi ke-4 menyatakan bahwa bidan memberikan asuhan yang



bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.

Beberapa faktor yang mempengaruhi dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri yaitu :

- 1) Pengetahuan.
- 2) Keterampilan.
- 3) Pengambilan keputusan yang tepat dan benar.
- 4) Pengalaman.

Keberhasilan penanganan kasus gawatdarurat obstetri tidak terlepas dari aspek kompetensi. Kompetensi bidan merupakan kemampuan dan karakteristik yang dilandasi oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan yang harus dimiliki seorang bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan secara aman dan bertanggungjawab sesuai dengan standart sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat.

Kompetensi (pengetahuan, sikap dan keterampilan) sangat penting bagi seorang bidan. Ketiganya sama-sama pentingnya, bidan tidak hanya harus mempunyai pengetahuan yang baik saja, tetapi juga bidan harus memiliki sikap dan juga keterampilan yang baik pula. Bidan yang berkompeten akan mampu melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetri dengan terampil, cepat dan tepat sehingga tujuan penanganan kegawatdaruratan obstetri untuk menurunkan angka kematian pada ibu dan bayi dapat tercapai.

Pengetahuan bidan yang luas tentang ilmu kebidanannya sangatlah penting bagi seorang bidan, dengan pengetahuan bidan akan mampu melakukan pekerjaan dengan efektif dan efisien terutama dalam

kasus gawat darurat obstetrik. Selain pengetahuan sikap bidan juga 7 penting dalam penanganan kegawatdaruratan, sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat 10afsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Bagaimana respon seseorang, terutama bidan yang melihat kejadian yang ada didepan matanya dengan kasus gawat arurat obstetri apa yang akan dilakukan oleh bidan, disanalah dapat diukur bagaimana sikap bidan.

Sebagai seorang bidan tidak hanya dituntut memiliki pengetahuan dan sikap 6 tetapi juga harus mempunyai ketrampilan sehingga bisa menjadi seorang bidan yang profesional dalam memberikan pelayanan baik pada individu, keluarga maupun masyarakat sekitarnya. Ketrampilan merupakan kemampuan bagi bidan dalam melakukan tindakan kegawatdaruratan obstetri. Bidan yang terampil dan mampu akan dapat melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetri dengan tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayi., Seorang bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus mampu melakukan pertolongan kasus kegawatdaruratan 59stetri.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan kompetensi (pengetahuan, sikap dan ketrampilan) bidan terhadap penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri.

#### **D. Pencegahan Kegawatdaruratan 45bstetri**

Kegawatdaruratan harus mendapatkan pertolongan segera, bila terlambat atau terlantar akan berakibat buruk, baik memburuknya penyakit atau kematian. Cara mencegah terjadinya kegawatdaruratan

43 adalah dengan melakukan perencanaan yang baik, mengikuti panduan yang baik dan melakukan pemantauan yang terus menerus terhadap ibu/klien.

Penyebab kematian ibu sangat kompleks, namun penyebab langsung seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi harus segera ditangani oleh tenaga kesehatan. Dengan asuhan antenatal yang sesuai, mayoritas 25 kasus dapat dideteksi secara dini.

Skrining bertujuan untuk mengidentifikasi anggota populasi yang tampak sehat yang memiliki resiko signifikan menderita penyakit tertentu. Syarat suatu skrining adalah murah, dan mudah dikerjakan. Akan tetapi skrining hanya menunjukkan resiko terhadap suatu penyakit tertentu dan tidak mengkonfirmasi adanya 44 penyakit.

Sebagian besar kegawatdaruratan obstetri dapat dihindari dengan cara :

- 1) Perencanaan dengan seksama.
- 2) Mengikuti petunjuk-petunjuk klinis.
- 3) Pemantauan secara seksama terhadap ibu dan janin.

### E. Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri

Pada prinsipnya, penanganan kegawatdaruratan obstetri adalah sebagai berikut :

- 1) Tetap tenang dan jangan panik.
- 2) Jangan biarkan ibu sendirian tanpa ada penjaga/penunggu.
- 3) Bila tidak ada petugas lain, berteriaklah untuk meminta bantuan.
- 4) Jika ibu tidak sadar, lakukan pengkajian jalan nafas, nilai nafas, pernafasan dan sirkulasi dengan cepat.
- 5) Jika curiga syok, mulai segera tindakan membaringkan ibu miring ke kiri dengan bagian kaki

dinaikkan, longgarkan baju yang ketat seperti BH/bra.

- 6) Ajaklah bicara ibu/klien dan bantu agar tetap tenang, tanyakan apa yang terjadi dan gejala yang dialami.
- 7) Lakukan pemeriksaan dengan cepat termasuk tanda-tanda vital, warna kulit dan perdarahan yang keluar.

Anggota tim seharusnya mengetahui peran mereka dan bagaimana tim seharusnya berfungsi untuk berespon terhadap kegawatdaruratan secara paling efektif. Anggota tim seharusnya mengetahui situasi klinik dan diagnosis medis, juga tindakan yang harus dilakukannya. Selain itu juga harus memahami obat-obatan dan penggunaannya, juga cara pemberian dan efek samping obat tersebut. Anggota tim seharusnya mengetahui peralatan emergensi dan dapat menjalankan atau memfungsikannya dengan baik.

#### **F. Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri**

Kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri yang tidak dapat ditangani maka harus dilakukan rujukan ke fasilitas yang lebih mampu dan memadai dalam penanganan kasus kegawatdauratan obstetri.

Pada prinsipnya, hal-hal yang harus diperhatikan dalam merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri adalah sebagai berikut :

- 1) Setelah pasien stabil terapi sesuai dengan penyebab.
- 2) Rujuk bila tidak memiliki fasilitas yang mampu untuk menangani kasus tersebut dengan memperhatikan beberapa hal seperti :
  - a) Stabilisasi penderita dengan : oksigen, infus, tranfusi, dan obat.
  - b) Transportasi.
  - c) Didampingi oleh tenaga yang terlatih.

- d) Ringkasan kasus harus disertakan.
- e) Komunikasi dengan keluarga.

### **G. Peran Bidan Terhadap Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri**

Di Indonesia permasalahan<sup>10</sup> gawat darurat obstetri tersebut terjadi karena mengalami empat keterlambatan yaitu terlambat mengenali tanda bahaya dan resiko, terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, terlambat mendapatkan transportasi untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu, dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas rujukan. Oleh karena itu pelayanan obstetri memerlukan kontinuitas pelayanan serta akses terhadap pelayanan kebidanan emergensi ketika timbul komplikasi. Sehingga setiap persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, peningkatan terhadap pelayanan obstetri emergensi ketika timbul komplikasi, serta sistem rujukan yang efektif.

<sup>18</sup> Salah satu hal yang penting yang berkontribusi terhadap kematian ibu adalah kualitas pelayanan obstetri pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan. Menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu merupakan salah satu program kesehatan ibu dan anak. Dalam hal ini, bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam menurunkan<sup>7</sup> angka kematian ibu tersebut karena bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggungjawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama hamil, masa persalinan dan nifas, memimpin persalinan atas tanggungjawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi lahir dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi,

persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Peran dan fungsi bidan dalam kegawatdaruratan obstetri diorientasikan pada kemampuan memberikan asuhan meliputi upaya pencegahan (preventif), promosi terhadap pelaksanaan asuhan kebidanan normal, deteksi komplikasi pada ibu serta akses bantuan medis maupun bantuan lain yang sesuai serta kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri.

Bidan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan pada ibu, pengawasan bayi baru lahir (neonatus), dan pada persalinan, ibu post partum serta mampu mengidentifikasi penyimpangan dari kehamilan dan persalinan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat. Pengenalan dan penanganan kasus-kasus gawat yang seharusnya mendapat prioritas utama didalam usaha menurunkan angka kesakitan lebih lebih lagi angka kematian ibu, walaupun tentu saja pencegahan lebih baik daripada pengobatan.

Untuk mengoptimalkan perannya mengurangi angka kematian ibu, bidan harus dapat berkolaborasi dengan seluruh aspek yang ada disekitarnya. Bidan harus mampu menjalin kerjasama yang baik dengan tenaga kesehatan lain dan masyarakat untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan. Bidan dapat melibatkan keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu hamil, melibatkan kader atau masyarakat dalam penjangkaran sasaran ibu hamil, pendeteksian ibu hamil dengan risiko tinggi dan penyediaan transportasi rujukan. Bidan dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan

lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan pada ibu, misalnya dengan ahli gizi, analis kesehatan, dan lain-lain. Bidan juga dapat berkolaborasi dengan dokter kandungan atau rumah sakit untuk merujuk kasus-kasus yang tidak sesuai dengan wewenangnya agar dapat ditangani dengan baik.

Begitu banyak yang dapat bidan lakukan dalam upaya mengurangi angka kematian ibu. Ibu memiliki peranan yang penting dalam sebuah keluarga, jika tidak ada ibu dalam keluarga maka tentunya kesejahteraan keluarga tersebut tidak akan baik. Jika ibu mendapat pelayanan kesehatan yang baik terutama dari bidan, tentulah angka kematian ibu dapat ditekan. Oleh karena itu, bidan harus berada pada lini terdepan dalam berperan mengurangi angka kematian ibu terutama dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri yang harus cepat dan tepat dalam penanganannya sehingga kematian ibu dapat diturunkan.

Dalam memberikan penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri, peran bidan adalah :

- 1) Melakukan pengenalan dengan segera kondisi gawat darurat.
- 2) Stabilisasi klien/ibu, dengan oksigen, terapi cairan dan medikamentosa, dengan :
  - a) Menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki fungsi sistem respirasi dan sirkulasi.
  - b) Menghentikan perdarahan.
  - c) Mengganti cairan tubuh yang hilang.
  - d) Mengatasi nyeri dan kegelisahan
- 3) Ditempat kerja, menyiapkan sarana dan prasarana dikamar bersalin, yaitu :
  - a) Menyiapkan *radiant warmer*/lampu pemanas untuk mencegah kehilangan panas pada bayi.

- b) Menyiapkan alat resusitasi kit untuk ibu dan bayi.
  - c) Menyiapkan alat pelindung diri.
  - d) Menyiapkan obat-obatan emergensi.
- 4) Memiliki ketrampilan klinik, yaitu :
1. Mampu melakukan resusitasi pada ibu dan bayi dengan peralatan yang berkesinambungan. Peran organisasi sangat penting didalam pengembangansumber daya manusia (SDM) untuk meningkatkan keahlian.
  2. Memahami dan mampu melakukan metode efektif dalam pelayanan ibu dan bayi baru lahir, yang meliputi *making pregnancy safer, safe motherhood, bonding attachment*, inisiasi menyusui dini dan lain-lainnya.



### BAB 3

## KASUS-KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

### A. Resusitasi Jantung Paru Pada Kehamilan

- 1) Pengertian  
Resusitasi Jantung Paru (RJP) adalah suatu tindakan darurat pada kehamilan sebagai usaha untuk mengembalikan keadaan henti nafas/henti jantung ke fungsi optimal guna mencegah kematian biologis.
- 2) Kontra indikasi  
Orang yang diketahui berpenyakit terminal dan telah secara klinis mati lebih dari 5 menit.
- 3) Langkah-langkah resusitasi jantung paru pada kehamilan :
  - a) Periksa kesadaran ibu dengan memanggil-manggil atau menggoyangkan.
  - b) Panggil bantuan tenaga kesehatan lain dan bekerjalah dengan tim.
  - c) Khusus untuk ibu dengan usia kehamilan > 20 minggu (uterus diatas umbilikus), miringkan posisi ibu dalam posisi berbaring ke sisi kiri dengan sudut 15-30° atau bila tidak memungkinkan dorong uterus kesisi kiri.
  - d) Bebaskan jalan nafas, tengadahkan kepala ibu ke belakang (*head tilt*) dan angkat dagu (*chin lift*), bersihkan benda asing dijalan nafas.
  - e) Bila ada sumbatan benda padat dijalan nafas, sapu keluar dengan jari atau lakukan dorongan

pada dada dibagian tengah sternum (*chest trust*), hindari menekan prosessus xifoideus.

- f) Sambil menjaga terbukanya jalan nafas, “lihat-dengar-rasakan” nafas ibu (lakukan dengan cepat, kurang dari 10 detik) dengan cara mendekatkan kepala penolong kewajah ibu. Lihat pergerakan dada, dengar, suara nafas, dan rasakan aliran udara dari hidung/mulut ibu.
  - 1. Jika ibu bernafas normal, pertahankan posisi, berikan oksigen sebagai tindakan suportif, lanjutkan pemantauan untuk memastikan ibu tetap bernafas normal.
  - 2. Jika ibu tidak bernafas atau bernafas tidak normal, periksa pulsasi arteri karotis dengan cepat (tidak lebih dari 10 detik).
- g) Bila nadi teraba namun ibu tidak bernafas atau megap-megap (*gaspings*), berikan bantuan nafas (ventilasi) menggunakan balon sungkup atau melauai mulut ke mulut dengan menggunakan alas (seperti kain kasa) sebanyak satu kali setiap 5-6 detik. Pastikan volume nafas buatan cukup sehingga pengembangan dada terlihat. Cek nadi arteri karotis tiap 2 menit.
- h) Bila nadi tidak teraba, segera lakukan resusitasi kardio pulmoner :
  - 1. Resusitasi pada ibu dengan kehamilan > 20 minggu dilakukan dalam posisi ibu miring kekiri sebesar 15-30°.
  - 2. Penekanan dada dilakukan dipertengahan sternum, kompresi dilakukan dengan cepat dan mantap, menekan sternum sedalam 5 cm dengan kecepatan 100-120x/menit.
  - 3. Setelah 30 kompresi, buka kembali jalan nafas lalu berikan 2 x ventilasi

menggunakan balon sungkup atau melalui mulut ke mulut dengan alas. Tiap ventilasi diberikan dalam waktu 1 detik. Berikan ventilasi yang cukup sehingga pengembangan dada terlihat.

4. Kemudian lanjutkan kompresi dada dan ventilasi dengan perbandingan 30:2.
  5. Pasang kanul intravena (2 jalur bila mungkin) menggunakan jarum ukuran besar (no.16 atau 18 atau ukuran besar yang tersedia) dan berikan cairan sesuai kondisi ibu.
- i) Tindakan resusitasi kardio pulmoner diteruskan hingga:
1. Tim yang lebih terlatih untuk menangani henti nafas dan henti jantung telah datang dan mengambil alih tindakan.
  2. Tidak didapatkannya respon setelah 30 menit.
  3. Penolong kelelahan atau ibu menunjukkan tanda-tanda kembalinya kesadaran, misalnya batuk, membuka mata, berbicara atau bergerak secara sadar dan mulai bernafas normal. Pada keadaan tersebut, lanjutkan tatalaksana dengan:
    - a. Berikan oksigen
    - b. Pasang kanul intravena (bila sebelumnya tidak berhasil dilakukan) dan berikan cairan sesuai kondisi ibu.
    - c. Lanjutkan pemantauan untuk memastikan ibu tetap bernafas normal.
- j) Setelah masalah jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi teratasi, pikirkan dan evaluasi

kemungkinan penyebab hilangnya kesadaran ibu, diantaranya :

1. Perdarahan hebat (paling sering).
  2. Penyakit tromboemboli.
  3. Penyakit jantung.
  4. Sepsis.
  5. Keracunan obat (contoh: magnesium sulfat, anestesi lokal).
  6. Eklamsia.
  7. Perdarahan intrakranial.
  8. Anafilaktik.
  9. Gangguan metabolik/elektrolit (contoh: hipoglikemia).
  10. Hipoksia karena gangguan jalan nafas dan atau penyakit paru
- k) Lakukan pemeriksaan lanjutan, misalnya USG abdomen untuk melihat perdarahan intra abdomen tersembunyi.
- l) Atasi penyebab penurunan kesadaran atau rujuk bila fasilitas tidak memungkinkan.

## B. Syok

### 1) Pengertian

Syok adalah suatu kondisi dimana terjadi kegagalan pada sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat ke organ-organ vital.

### 2) Diagnosis

- a) Gelisah, bingung, penurunan kesadaran
- b) Nadi > 100x/menit, lemah
- c) Tekanan darah sistolik < 90 mmHg
- d) Pucat

- e) Kulit dingin dan lembab
- f) Pernafasan > 30x/menit
- g) Jumlah urine < 30 ml/jam

### 3) Faktor predisposisi

Curigai atau antisipasi kejadian syok jika terdapat kondisi berikut :

- a) Perdarahan pada kehamilan muda.
- b) Perdarahan pada kehamilan lanjut atau pada saat persalinan
- c) Perdarahan paskasalin.
- d) Infeksi berat (seperti abortus septik, korioamnionitis, metritis).
- e) Kejadian trauma.
- f) Gagal jantung.

32

### 4) Kalsifikasi Syok

#### a) Syok Hipovolemik

Syok hipovolemik adalah suatu keadaan dimana terjadi kehilangan cairan tubuh dengan cepat sehingga terjadi *multiple organ failure* akibat perfusi yang tidak adekuat. Paling sering timbul setelah terjadi perdarahan hebat (syok hemoragik).

Tahapan syok hipovolemik yaitu :

#### 1. Tahap I

16

Terjadi bila kehilangan darah 0-10% (kira-kira 500 ml), terjadi kompensasi dimana biasanya *cardiac output* dan tekanan darah masih dapat dipertahankan.

#### 2. Tahap II

Terjadi apabila kehilangan darah 15-20%, tekanan darah turun, PO<sub>2</sub> turun, takikardi, takipneu, diaforetik, gelisah dan pucat.

### 3. Tahap III

Terjadi bila kehilangan darah lebih dari 25%, terjadi penurunan (tekanan darah, *cardiac output*, PO<sub>2</sub>, perfusi jaringan) secara cepat, terjadi iskemik pada organ, dan terjadi ekstrasvasasi cairan.

Kekurangan volume darah sekitar 15-25% biasanya akan menyebabkan penurunan tekanan darah sisitoli, sedangkan defisit volume darah lebih dari 45% umumnya fatal.

#### b) Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik adalah syok yang disebabkan oleh kegagalan fungsi pompa jantung yang mengakibatkan curah jantung menjadi berkurang atau berhenti sama sekali.

38

#### c) Syok Distributif

Syok distributif atau vasogenik terjadi ketika volume darah secara abnormal berpindah tempat dalam vaskulatur seperti ketika darah berkumpul dalam pembuluh darah kapiler.

Penyebab syok distributif adalah :

##### 1. Syok Septik/endotoksik

Merupakan suatu gangguan menyeluruh pembuluh darah yang disebabkan oleh lepasnya toksin. Penyebab utama adalah infeksi bakteri gram negatif. Sering dijumpai pada abortus septik, korioamnionitis, dan infeksi pascapersalinan.

##### 2. Syok Anafilaktik

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

3. Syok Neurogenik

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

5) Penatalaksanaan

a) Umum

1. Carilah bantuan tenaga kesehatan lain.
2. Pastikan jalan nafas bebas dan berikan oksigen.
3. Miringkan ibu ke kiri.
4. Hangatkan ibu.
5. Pasang infus intravena (2 jalur bila mungkin) dengan menggunakan jarum besar (no.16 atau 18 atau ukuran terbesar yang tersedia).
6. Berikan cairan kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) sebanyak 1 liter dengan cepat (15-20 menit).
7. Pasang kateter urin (kateter folley) untuk memantau jumlah urin yang keluar.

8. Lanjutkan pemberian cairan sampai 2 liter dalam 1 jam pertama, atau hingga 3 liter dalam 2-3 jam (pantau kondisi ibu dan tanda vital).

Waspadaai kemungkinan syok kardiogenik, pemberian cairan yang berlebihan akan memperburuk kondisi pasien (ditandai dengan ibu tampak makin sesak dan frekuensi nadi yang makin cepat dibanding kondisi awal syok).

9. Cari penyebab syok dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap secara simultan, kemudian beri tatalaksana yang tepat sesuai penyebab.
10. Pantau tanda vital dan kondisi ibu setiap 15 menit.
11. Bila ibu sesak dan pipi membengkak, turunkan kecepatan infus menjadi 0,5 ml/menit (8-10 tetes/menit), pantau keseimbangan cairan.
12. Tanda-tanda bahwa kondisi ibu sudah stabil atau ada perbaikan adalah sebagai berikut:
  - a. Tekanan darah sistolik > 100 mmHg
  - b. Denyut nadi < 90x/menit
  - c. Status mental membaik (gelisah berkurang)
13. Setelah kehilangan cairan dikoreksi (frekuensi nadi < 100x/menit dan tekanan darah sistolik >100 mmHg), pemberian infus dipertahankan dengan kecepatan 500 ml tiap 3-4 jam (40-50 tetes/menit). Infus dengan kecepatan lebih tinggi mungkin dibutuhkan dalam penatalaksanaan syok



akibat perdarahan. Usahakan untuk mengganti 2-3 kali lipat jumlah cairan yang diperkirakan hilang.

14. Pertimbangkan untuk merujuk ibu ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

b) Khusus

1. Syok Hemoragik

- a. Jika perdarahan hebat dicurigai sebagai penyebab syok, cari tahu dan atasi sumber perdarahan.
- b. Tranfusi dibutuhkan jika Hb < 7 gr% atau secara klinis ditemukan keadaan anemia berat.

2. Syok Septik

- a. Ambil sampel darah, urine dan pus/nanah untuk kultur mikroba lalu mulai terapi antibiotika sambil menunggu hasil kultur.
- b. Berikan kombinasi antibiotika kepada ibu dan lanjutkan sampai ibu tidak demam selama 48 jam.
  - a) Ampisilin 2 g IV setiap 6 jam, ditambah
  - b) Gentamisin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam, ditambah
  - c) Metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam.

3. Syok Anafilaktik

- a. Hentikan kontak dengan alergen yang dicurigai.

- b. Koreksi hipotensi dengan resusitasi cairan yang agresif dan berikan epinefrin/adrenalin 1:1000 (1mg/ml dengan dosis 0,2-0,5 ml IM atau SC).
- c. Berikan terapi suportif dengan antihistamin (difenhidramin 25-50 mg IM atau IV), penghambat reseptor H<sub>2</sub> (ranitidin 1 mg/kgBB IV) dan kortikosteroid (metilprednisolon 1-2 mg/kg BB, diberikan tiap 6 jam).

#### Uraian gejala dan tanda berbagai tipe syok

Tipe syok	Penyebab	Respon terhadap pemberian cairan
Hipovolemik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan</li> <li>2. Muntah</li> <li>3. Diare</li> <li>4. Dehidrasi</li> </ol>	Berespon
Kardiogenik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit jantung iskemik</li> <li>2. Gangguan irama jantung berat</li> <li>3. Kelainan katup jantung</li> </ol>	Tidak berespon atau kondisi memburuk
Distributif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syok sepsis</li> <li>2. Syok anafilaktik</li> <li>3. Syok neurogenik</li> </ol>	Berespon
Obstruktif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tamponade jantung</li> <li>2. Pneumotoraks tension</li> </ol>	Dapat berespon atau tidak berespon

### C. Gawat Janin

#### 1) Pengertian

Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima cukup oksigen sehingga terjadi hipoksia.

Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila :

- a) Persalinan berlangsung lama
- b) Induksi persalinan dengan oksitosin (kontraksi hipertonic)
- c) Terjadi perdarahan atau infeksi
- d) Insufisiensi plasenta : posterm atau preeklamsi.

#### 2) Diagnosis

##### a) Denyut jantung janin abnormal

1. DJJ  $< 100$ x/menit diluar kontraksi
2. DJJ  $> 180$ x/menit dan ibu tidak mengalami takikardi
3. DJJ ireguler : kadang-kadang ditemukan DJJ  $> 180$ x/menit tetapi disertai takikardi ibu. Hal ini merupakan reaksi terhadap :
  - a. Demam pada ibu
  - b. Obat-obatan yang menyebabkan takikardi (misal : tokolitik)
  - c. Amnionitis

##### b) Mekonium

1. Mekonium kental merupakan indikasi perlunya percepatan persalinan dan penanganan mekonium pada saluran nafas atas neonatus.
2. Mekonium yang dikeluarkan pada saat persalinan sungsgang bukan merupakan tanda kegawatan kecuali bila dikeluarkan pada awal persalinan.

### 3) Faktor Predisposisi

Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila :

- a) Persalinan berlangsung lama.
- b) Induksi persalinan dengan oksitosin.
- c) Terjadi perdarahan atau infeksi.
- d) Insufisiensi plasenta ; posterm atau preeklamsi.

### 4) Penatalaksanaan

- a) Bila sedang dalam infus oksitosin, segera hentikan infus.
- b) Posisikan ibu berbaring miring ke kiri.
- c) Berikan oksigen.
- d) Rujuk ibu ke rumah sakit.
- e) Jika sebab dari ibu diketahui (seperti demam, obat-obatan) mulailah penanganan yang sesuai.
- f) Jika sebab dari ibu tidak diketahui dan DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin :
  1. Jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plasenta.
  2. Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, sekret vagina berbau tajam ) berikan antibiotika untuk amnionitis.
  3. Jika tali pusat terletak di bagian bawah janin atau dalam vagina, lakukan penanganan prolaps tali pusat.
- g) Jika DJJ tetap abnormal atau jika terdapat tanda-tanda gawat janin (mekonium kental pada cairan amnion) reencanakan persalinan dengan ekstraksi vakum atau cunam atau seksio sesarea.
- h) Siapkan segera resusitasi neonatus.

## D. Abortus

### 1) Pengertian

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi yang usia kehamilannya kurang dari 20 minggu. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya amenore, tanda-tanda kehamilan, perdarahan hebat per vagina, pengeluaran jaringan plasenta dan kemungkinan kematian janin.

### 2) Etiologi

- a) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi. Kelainan inilah yang paling umum menyebabkan abortus pada kehamilan sebelum umur kehamilan 8 minggu. Beberapa faktor yang menyebabkan kelainan ini antara lain : kelainan kromosom/genetik, lingkungan tempat menempelnya hasil pembuahan yang tidak bagus atau kurang sempurna dan pengaruh zat-zat yang berbahaya bagi janin seperti radiasi, obat-obatan, tembakau, alkohol dan infeksi virus.
- b) Kelainan pada plasenta. Kelainan ini bisa berupa gangguan pembentukan pembuluh darah pada plasenta yang disebabkan oleh karena penyakit darah tinggi yang menahun.
- c) Faktor ibu seperti penyakit kronis yang diderita oleh sang ibu seperti radang paru-paru, tifus, anemia berat, keracunan dan infeksi virus toxoplasma.
- d) Kelainan yang terjadi pada organ kelamin ibu seperti gangguan pada mulut rahim, kelainan bentuk rahim terutama rahim yang lengkungannya ke belakang (secara umum

rahim melengkung ke depan), mioma uteri, dan kelainan bawaan pada rahim.

### 3) Klasifikasi

#### a) Abortus Spontan

##### 1. Abortus Imminens

Adalah abortus tingkat permulaan, terjadi perdarahan per vaginam, sedangkan jalan lahir masih tertutup, uterus sesuai usia gestasi, dan hasil konsepsi masih baik di dalam rahim.

Penatalaksanaan : Tirah baring total, tidur berbaring merupakan unsur penting dalam pengobatan karena cara ini akan mengurangi rangsangan mekanis dan menambah aliran darah ke rahim.

##### 2. Abortus Insiptiens

Adalah abortus yang mengancam yang ditandai dengan serviks yang telah mendatar, sedangkan hasil konsepsi masih berada lengkap di dalam rahim.

Penatalaksanaan : Biasanya dilakukan tindakan kuretase bila umur kehamilan kurang dari 12 minggu yang disertai dengan perdarahan.

##### 3. Abortus Inkomplit

Adalah sebagian hasil konsepsi telah keluar dari rahim dan masih ada yang tertinggal.

Penatalaksanaan : Bila disertai dengan syok akibat perdarahan maka pasien diinfus dan dilanjutkan transfusi darah. Setelah syok teratasi, dilakukan kuretase,

bila perlu pasien dianjurkan untuk rawat inap.

4. Abortus Komplet<sup>40</sup>

Adalah seluruh hasil konsepsi telah keluar dari rahim dan masih ada yang tertinggal.

Penatalaksanaan : Tidak memerlukan penanganan khusus, hanya apabila menderita anemia ringan perlu diberikan tablet besi dan dianjurkan supaya makan makanan yang mengandung banyak protein, vitamin dan mineral.

50

b) Abortus Habitualis

Adalah abortus yang terjadi sebanyak tiga kali berturut-turut atau lebih.

c) Abortus Infeksius

Adalah abortus yang disertai infeksi organ genitalia

d) Abortus Septik

Adalah abortus yang terinfeksi dengan penyebaran mikroorganisme dan produknya dalam sirkulasi sistemik ibu.

29

e) Missed Abortion

Adalah abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 2 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih dalam kandungan.

4) Penatalaksanaan

a) Umum

1. Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum ibu termasuk tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, pernafasan, suhu).

2. Periksa tanda-tanda syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik  $< 90$  mmHg). Jika ibu terlihat tanda-tanda syok, lakukan tatalaksanaan awal. Jika tidak terlihat tanda-tanda syok, tetap pikirkan kemungkinan tersebut saat penolong melakukan evaluasi mengenai kondisi ibu karena kondisinya dapat memburuk dengan cepat.
3. Bila terdapat tanda-tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi, berikan kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam untuk 48 jam :
4. Segera rujuk ibu ke rumah sakit.
5. Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran.
6. Lakukan tatalaksana selanjutnya sesuai dengan jenis abortus.

b) Khusus

1. Abortus Immines
  - a. Pertahankan kehamilan.
  - b. Tidak perlu pengobatan khusus.
  - c. Jangan melakukan aktivitas berlebihan atau hubungan seksual.
  - d. Jika perdarahan berhenti, pantau kondisi ibu selanjutnya pada pemeriksaan antenatal termasuk pemantauan kadar Hb atau USG panggul serial setiap 4 minggu. Lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi.



- e. Jika perdarahan tidak berhenti, nilai kondisi janin dengan USG. Nilai kemungkinan adanya penyebab lain.

## 2. Abortus Insipiens

- a. Lakukan konseling untuk menjelaskan kemungkinan risiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi, serta memberikan informasi mengenai kontrasepsi pascakeguguran.
- b. Jika usia kehamilan kurang dari 16 minggu:
  - 1) Lakukan evakuasi isi uterus. Jika evakuasi tidak dapat dilakukan segera:
  - 2) Berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu).
  - 3) Rencanakan evakuasi segera.
- c. Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu:
  - 1) Tunggu pengeluaran hasil konsepsi secara spontan dan evakuasi sisa hasil konsepsi dari dalam uterus.
  - 2) Bila perlu, berikan infus 40 IU oksitosin dalam 1 liter NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi.
- d. Lakukan pemantauan pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.

- e. Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
- f. Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang.

### 3. Abortus Inkomplet

- a. Lakukan konseling.
- b. Jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks.
- c. Jika perdarahan berat dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, lakukan evakuasi isi uterus. Aspirasi vakum manual (AVM) adalah metode yang dianjurkan. Kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan bila AVM tidak tersedia. Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu).
- d. Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu, berikan infus 40 IU oksitosin dalam 1 liter NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per

menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi.

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

#### 4. Abortus Komplet

- a. Tidak diperlukan evakuasi lagi.
- b. Lakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan kontrasepsi pasca keguguran.
- c. Observasi keadaan ibu.
- d. Apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferosus 600 mg/hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan transfusi darah.
- e. Evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu.

#### 5. Missed Abortion

- a. <sup>63</sup> Lakukan konseling.
- b. Jika usia kehamilan <12 minggu: evakuasi dengan AVM atau sendok kuret.

- c. Jika usia kehamilan >12 minggu namun <16 minggu: pastikan serviks terbuka, bila perlu lakukan pematangan serviks sebelum dilakukan dilatasi dan kuretase. Lakukan evakuasi dengan tang abortus dan sendok kuret.
- d. Jika usia kehamilan 16-22 minggu: lakukan pematangan serviks. Lakukan evakuasi dengan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml NaCl 0,9%/Ringer laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga terjadi ekspulsi hasil konsepsi. Bila dalam 24 jam evakuasi tidak terjadi, evaluasi kembali sebelum merencanakan evakuasi lebih lanjut.
- e. Lakukan evaluasi tanda vital pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
- f. Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
- g. Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang.

## E. Mola Hidatidosa

### 1) Pengertian

Mola Hidatidosa (hamil anggur) adalah suatu massa atau pertumbuhan di dalam rahim yang terjadi pada awal kehamilan. Mola Hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dimana seluruh villi khorialisnya mengalami perubahan *hidrofobik*. Mola hidatidosa juga dihubungkan dengan edema vesikular dari vili khorialis plasenta dan biasanya tidak disertai fetus yang intak. Secara histologist, ditemukan proliferasi trofoblast dengan berbagai tingkatan hiperplasia dan displasia. Vili khorialis terisi cairan, membengkak, dan hanya terdapat sedikit pembuluh darah.

### 2) Klasifikasi

#### a) Mola Hidatidosa Sempurna

Villi korionik berubah menjadi suatu massa vesikel – vesikel jernih. Ukuran vesikel bervariasi dari yang sulit dilihat, berdiameter sampai beberapa sentimeter dan sering berkelompok-kelompok menggantung pada tangkai kecil. Temuan Histologik ditandai oleh adanya, antara lain:

1. Degenerasi *hidrofobik* dan pembengkakan stroma vilus
2. Tidak adanya pembuluh darah di vilus yang membengkak
3. Proliferasi epitel tropoblas dengan derajat bervariasi
4. Tidak adanya janin dan amnion

5. Mola sempurna tidak memiliki jaringan fetus. 90% merupakan genotip 46XX dan sisanya 46XY.

b) Mola hidatidosa Parsial

Apabila perubahan hidatidosa bersifat fokal dan kurang berkembang, dan mungkin tampak sebagai jaringan janin. Terjadi perkembangan hidatidosa yang berlangsung lambat pada sebagian villi yang biasanya avaskular, sementara villi-villi berpembuluh lainnya dengan sirkulasi janin plasenta yang masih berfungsi tidak terkena. Pasien dengan mola parsial tidak memiliki manifestasi klinis yang sama pada mola sempurna. Pasien ini biasanya datang dengan tanda dan gejala yang mirip dengan aborsi inkomplit atau missed abortion yakni perdarahan vagina dan hilangnya denyut jantung janin.

Pada mola parsial, jaringan fetus biasanya didapatkan, eritrosit dan pembuluh darah fetus pada villi merupakan penemuan yang seringkali ada. Komplemen kromosomnya yaitu 69,XXX atau 69,XXY. Ini diakibatkan dari fertilisasi ovum haploid dan duplikasi kromosom haploid paternal atau akibat pembuahan dua sperma. Tetraploid juga biasa didapatkan. Seperti pada mola sempurna, ditemukan jaringan trofoblastik hiperplasia dan pembengkakan villi chorioni.

Manifestasi Klinis

1. Amenorrhoe dan tanda-tanda kehamilan.
2. Perdarahan pervaginam dari bercak sampai perdarahan berat. merupakan gejala utama dari mola hidatidosa, sifat perdarahan bisa

intermiten selama berapa minggu sampai beberapa bulan sehingga bisa menyebabkan anemia defisiensi besi.

3. Uterus sering membesar lebih cepat dari biasanya tidak sesuai dengan usia kehamilan.
4. Tidak dirasakan tanda-tanda adanya gerakan janin maupun ballotement.
5. Hiperemesis, pasien dapat mengalami mual dan muntah cukup berat.
6. Preklampsi dan eklampsi sebelum minggu ke-24
7. Keluar jaringan mola seperti buah anggur, yang merupakan diagnosa pasti
8. Gejala Tirotoksikosis

### 3) Penatalaksanaan

- a) Perbaiki keadaan umum.
- b) Bila mola sudah keluar spontan dilakukan kuret atau kuret isap. Bila Kanalis servikalis belum terbuka dipasang laminaria dan 12 jam kemudian dilakukan kuret.
- c) Memberikan obat-obatan antibiotik, uterotonika dan perbaiki keadaan umum penderita.
- d) 7 – 10 hari setelah kerokan pertama, dilakukan kerokan ke dua untuk membersihkan sisa-sisa jaringan.
- e) Histerektomi total dilakukan pada mola resiko tinggi usia lebih dari 30 tahun, paritas 4 atau lebih, dan uterus yang sangat besar yaitu setinggi pusat atau lebih.

## F. Hiperemesis Gravidarum

### 1) Pengertian

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang terjadi pada awal kehamilan hingga usia 16 minggu, yang pada keadaan berat dapat terjadi dehidrasi, gangguan asam basa dan elektrolit dan ketosis.

### 2) Diagnosis

- a) mual dan muntah hebat.
- b) berat badan turun  $> 5\%$  dari berat badan sebelum hamil.
- c) Ketonuria.
- d) Dehidrasi.
- e) Ketidakseimbangan elektrolit.

### 3) Faktor Predisposisi

- a) Riwayat hiperemesis gravidarum pada kehamilan sebelumnya atau keluarga.
- b) Status nutrisi, wanita obesitas lebih jarang di rawat inap karena hiperemesis.
- c) Faktor psikologis, emosi, dan stres.

### 4) Penatalaksanaan

- a) Umum
  1. Sedapat mungkin pertahankan kecukupan nutrisi ibu, termasuk suplementasi vitamin dan asam folat di awal kehamilan.
  2. Anjurkan istirahat yang cukup dan hindari kelelahan.
- b) Khusus
  1. Bila perlu berikan 10 mg doksilamin dikombinasikan dengan 10 mg vitamin B6



hingga 4 tablet/hari (misalnya saat akan tidur, 1 tablet saat pagi, dan 1 tablet saat siang).

2. Bila masih belum teratasi, tambahkan dimenhidrinat 50-100 mg per oral atau supositoria, 4-6 kali sehari (maksimal 200 mg/hari bila meminum 4 tablet doksilamin/piridoksin), atau prometazin 5-10 mg 3-4 kali sehari per oral atau supositoria.
3. Bila masih belum teratasi, tapi tidak terjadi dehidrasi, berikan salah satu obat dibawah ini :
  - a. Klorpromazin 10-25 mg peroral atau 50-100 mg IM Tiap 4-6 jam.
  - b. Proklorperazin 5-10 peroral atau IM atau supositoria tiap 6-8 jam.
  - c. Prometazin 12,5-25 mg peroral atau IM tiap 4-6 jam.
  - d. Metoklopramid 5-10 mg peroral atau IM tiap 8 jam.
  - e. Ondansetron 8 mg peroral tiap 12 jam.
4. Bila masih belum teratasi dan terjadi dehidrasi, pasang kanula intravena dan berikan cairan sesuai dengan derajat hidrasi ibu dan kebutuhan cairannya, lalu :
  - a. Berikan suplemen multivitamin IV.
  - b. Berikan dimenhidrinat 50 mg dalam 50 NaCl 0,9% IV selama 20 menit, setiap 4-6 jam sekali.
  - c. Bila perlu tambahkan salah satu obat berikut ini:
    - 1) Klorpromazin 25-20 mg IV tiap 4-6 jam

- 2) Proklorperazin 5-10 IV tiap 6-8 jam.
  - 3) Prometazin 12,5-25 mg IV tiap 4-6 jam.
  - 4) Metoklopramid 5-10 mg tiap 8 jam per oral.
- d. Bila perlu tambahkan metilprednisolon 15-20 mg IV tiap 8 jam atau ondansetron 8 mg selama 15 menit IV tiap 12 jam atau 1 mg/jam terus-menerus selama 24 jam.
- 5) Komplikasi
- a) *Gastrooesopageal Reflux Disease* (GERD)
  - b) Ruptur oesofagus.
  - c) Perdarahan saluran cerna bagian atas.
  - d) Defisiensi vitamin, terutama thiamine.

## G. Solusio Plasenta

- 1) Pengertian  
Solusio plasenta adalah lepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan di atas 22 minggu dan sebelum anak lahir.
- 2) Etiologi  
Penyebab utama dari solusio plasenta masih belum diketahui pasti. Meskipun demikian ada beberapa faktor yang diduga mempengaruhinya, antara lain :
  - a) Penyakit hipertensi menahun.
  - b) pre-eklampsia.
  - c) Tali pusat yang pendek.

- d) Trauma.
- e) Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena cava inferior.

Uterus yang sangat mengecil (hidramnion pada waktu ketuban pecah), kehamilan ganda pada waktu anak pertama lahir.

Disamping hal-hal diatas, ada juga pengaruh dari :

- a) Umur lanjut
- b) Multiparitas
- c) Ketuban pecah sebelum waktunya
- d) Defisiensi asam folat
- e) Merokok, alkohol, kokain
- f) Mioma uteri

### 3) Klasifikasi

Secara klinis solusio plasenta dibagi dalam :

- a) Solusio plasenta ringan
- b) Solusio plasenta sedang
- c) Solusio plasenta berat

Klasifikasi ini dibuat berdasarkan tanda-tanda klinisnya, sesuai derajat terlepasnya placenta. Pada solusio placenta, darah dari tempat pelepasan mencari jalan keluar antara selaput janin dan dinding rahim dan akhirnya keluar dari serviks dan terjadilah solusio placenta dengan perdarahan keluar / tampak. Kadang-kadang darah tidak keluar tapi berkumpul di belakang placenta membentuk hematoma retroplasenta. Perdarahan ini disebut perdarahan ke dalam/ tersembunyi. Kadang-kadang darah masuk ke dalam ruang amnion sehingga perdarahan tetap tersembunyi.

#### 4) Manifestasi Klinis

##### a) Solusio plasenta ringan

Ruptura sinus marginalis sama sekali tidak mempengaruhi keadaan ibu ataupun janinnya. Apabila terjadi perdarahan pervaginam, warnanya akan kehitaman dan jumlahnya sedikit sekali. Perut mungkin terasa agak sakit atau terus menerus agak tegang. Uterus yang agak tegang ini harus diawasi terus menerus apakah akan menjadi lebih tegang karena perdarahan terus menerus. Bagian bagian janin masih mudah teraba.

##### b) Solusio plasenta sedang

Plasenta telah lepas lebih dari seperempatnya tapi belum sampai duapertiga luas permukaannya. Tanda dan gejalanya dapat timbul perlahan-lahan seperti solusio plasenta ringan, atau mendadak dengan gejala sakit perut terus menerus, yang disusul dengan perdarahan pervaginam. Walaupun perdarahan pervaginam tampak sedikit, mungkin perdarahan telah mencapai 1000 ml. Dinding uterus teraba tegang terus menerus dan nyeri tekan sehingga bagian-bagian janin sukar diraba.

Bila janin masih hidup, bunyi jantungnya sukar didengar dengan stetoskop biasa, harus dengan stetoskop ultrasonic. Tanda-tanda persalinan biasanya telah ada dan akan selesai dalam waktu 2 jam. Kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal mungkin telah terjadi, walaupun biasanya terjadi pada solusio plasenta berat.

c) **Solusio plasenta berat.**

Plasenta telah lepas lebih dari dua pertiga permukaannya. Terjadi sangat tiba-tiba. Biasanya ibu telah jatuh dalam syok dan janin telah meninggal. Uterus sangat tegang seperti papan, sangat nyeri, perdarahan pervaginam tidak sesuai dengan keadaan syok ibu, malahan mungkin, perdarahan pervaginam belum sempat terjadi. Besar kemungkinan telah terjadi kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal.

5) **Penanggulangan**

a) **Umum :**

1. **Transfusi darah :** Transfusi darah harus segera diberikan tidak peduli bagaimana keadaan umum penderita waktu itu. Karena jika diagnosis solusio placenta dapat ditegakkan itu berarti perdarahan telah terjadi sekurang-kurangnya 1000 ml.
2. **Pemberian O<sub>2</sub>**
3. **Pemberian antibiotik.**
4. **Pada syok yang berat diberi kortikosteroid dalam dosis tinggi.**

b) **Khusus :**

1. **Solusio plasenta ringan**  
Apabila kehamilannya kurang dari 36 minggu, perdarahannya kemudian berhenti, perutnya tidak menjadi sakit, uterusnya tidak menjadi tegang maka penderita dapat dirawat secara konservatif di rumah sakit dengan observasi ketat.

## 2. Solusio plasenta sedang dan berat

Apabila perdarahannya berlangsung terus, dan gejala solusio plasenta bertambah jelas, atau dalam pemantauan USG daerah solusio plasenta bertambah luas, maka pengakhiran kehamilan tidak dapat dihindarkan lagi.

Apabila janin hidup, dilakukan sectio caesaria. Sectio caesaria dilakukan bila serviks panjang dan tertutup, setelah pemecahan ketuban dan pemberian oksitosin dalam 2 jam belum juga ada his. Apabila janin mati, ketuban segera dipecahkan untuk mengurangi regangan dinding uterus disusul dengan pemberian infuse oksitosin 5 iu dalam 500cc glukosa 5% untuk mempercepat persalinan.

37

## H. Plasenta Previa

### 1) Pengertian

Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

### 2) Klasifikasi

#### a) Plasenta Previa Totalis :

Apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.

#### b) Plasenta Previa Parsialis :

Apabila sebahagian pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.

- c) Plasenta Previa Marginalis :  
Apabila pinggir Plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan.
- d) Plasenta Letak Rendah :  
Plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus tetapi belum sampai menutupi pembukaan jalan lahir.

### 3) Diagnosis

- a) Anamnesis.  
Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa nyeri terutama pada multigravida, banyaknya perdarahan tidak dapat dinilai dari anamnesis, melainkan dari pada pemeriksaan hematokrit.
- b) Pemeriksaan Luar.  
Bagian bawah janin biasanya belum masuk pintu atas panggul presentasi kepala, biasanya kepala masih terapung di atas pintu atas panggul mengelak ke samping dan sukar didorong ke dalam pintu atas panggul.
- c) Pemeriksaan *In Spekulo*.  
Pemeriksaan bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari ostium uteri eksternum, adanya *plasenta previa* harus dicurigai.
- d) Penentuan Letak Plasenta Tidak Langsung.  
Penentuan letak plasenta secara tidak langsung dapat dilakukan radiografi, radioisotope, dan ultrasonografi. Ultrasonografi penentuan letak plasenta dengan cara ini ternyata sangat tepat,

tidak menimbulkan bahaya radiasi bagi ibu dan janinnya dan tidak menimbulkan rasa nyeri.

e) **Pemeriksaan Ultrasonografi.**

Dengan pemeriksaan ini dapat ditentukan implantasi plasenta atau jarak tepi plasenta terhadap ostium bila jarak tepi 5 cm disebut plasenta letak rendah.

f) **Diagnosis Plasenta Previa Secara Defenitif.**

Dilakukan dengan PDMO yaitu melakukan perabaan secara langsung melalui pembukaan serviks pada perdarahan yang sangat banyak dan pada ibu dengan anemia berat, tidak dianjurkan melakukan PDMO sebagai upaya menentukan diagnosis.

4) **Penatalaksanaan**

- a) Tindakan dasar umum. Memantau tekanan darah, nadi, dan hemoglobin, memberi oksigen, memasang infuse, memberi ekspander plasma atau serum yang diawetkan. Usahakan pemberian darah lengkap yang telah diawetkan dalam jumlah mencukupi.
- b) Pada perdarahan yang mengancam nyawa, seksio sesarea segera dilakukan setelah pengobatan syok dimulai.
- c) Pada perdarahan yang tetap hebat atau meningkat karena plasenta previa totalis atau parsialis, segera lakukan seksio sesaria; karena plasenta letak rendah (plasenta tidak terlihat jika lebar mulut serviks sekitar 4-5 cm), pecahkan selaput ketuban dan berikan infuse oksitosin; jika perdarahan tidak berhenti, lakukan persalinan pervagina dengan forsep



atau ekstraksi vakum, jika perdarahan tidak berhenti lakukan seksio sesaria.

- d) Tindakan setelah melahirkan.
1. Cegah syok (syok hemoragik).
  2. Pantau urin dengan kateter menetap.
  3. Pantau sistem koagulasi (koagulopati).
  4. Pada bayi, pantau hemoglobin, hitung eritrosit, dan hematokrit.

## I. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

- 1) **53** Pengertian  
Kehamilan ektopik adalah implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi diluar endometrium kavum uteri.
- 2) Tanda dan Gejala
- a) Nyeri yang terjadi serupa dengan nyeri melahirkan, sering unilateral (abortus tuba), hebat dan akut (rupture tuba), ada nyeri tekan abdomen yang jelas dan menyebar. Kavum douglas menonjol dan sensitive terhadap tekanan. Jika ada perdarahan intra-abdominal, gejalanya sebagai berikut:
1. Sensitivitas tekanan pada abdomen bagian bawah, lebih jarang pada abdomen bagian atas.
  2. Abdomen tegang.
  3. Mual.
  4. Nyeri bahu.
  5. Membran mukosa anemis.
- b) Jika terjadi syok, akan ditemukan nadi lemah dan cepat, tekanan darah di bawah 100 mmHg,

wajah tampak kurus dan bentuknya menonjol-terutama hidung, keringat dingin, ekstremitas pucat, kuku kebiruan, dan mungkin terjadi gangguan kesadaran.

### 3) 5) Penatalaksanaan

#### Penanganan Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

- a) Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi.
- b) Pada laparotomi perdarahan selekas mungkin dihentikan dengan menjepit bagian dari adneksa yang menjadi sumber perdarahan.
- c) Keadaan umum penderita terus diperbaiki dan darah dalam rongga perut sebanyak mungkin dikeluarkan.

Dalam tindakan demikian, beberapa hal yang harus dipertimbangkan yaitu :

- a) Kondisi penderita pada saat itu.
- b) Keinginan penderita akan fungsi reproduksinya.
- c) Lokasi kehamilan ektopik.
- d) Hasil ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi (pemotongan bagian tuba yang terganggu) pada kehamilan tuba. Dilakukan pemantauan terhadap kadar HCG (kuantitatif). Peninggian kadar HCG yang berlangsung terus menandakan masih adanya jaringan ektopik yang belum terangkat.

Penanganan pada kehamilan ektopik dapat pula dengan :

- a) Transfusi, infus, oksigen.

- b) Atau kalau dicurigai ada infeksi diberikan juga antibiotika dan antiinflamasi. Sisa-sisa darah dikeluarkan dan dibersihkan sedapat mungkin supaya penyembuhan lebih cepat dan harus dirawat inap di rumah sakit.

## J. Perdarahan Post Partum

### 1) Pengertian

Pendarahan pasca persalinan (post partum) adalah pendarahan pervaginam 500 ml atau lebih sesudah anak lahir. Penyebab gangguan ini adalah kelainan pelepasan dan kontraksi, ruptur serviks dan vagina (lebih jarang laserasi perineum), retensio sisa plasenta, dan koagulopati. Perdarahan pascapersalinan tidak lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama, kehilangan darah 500 ml atau lebih berarti bahaya syok. Perdarahan yang terjadi bersifat mendadak sangat parah (jarang), perdarahan sedang (pada kebanyakan kasus), dan perdarahan sedang menetap (terutama pada ruptur). Peningkatan anemia akan mengancam terjadinya syok, kegelisahan, mual, peningkatan frekuensi nadi, dan penurunan tekanan darah.

### 2) Klasifikasi

- a) Perdarahan Pasca Persalinan Dini (*Early Postpartum Haemorrhage*, atau Perdarahan Postpartum Primer, atau Perdarahan Pasca Persalinan Segera). Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca

persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

- b) Perdarahan masa nifas (PPH kasep atau Perdarahan Persalinan Sekunder atau Perdarahan Pasca Persalinan Lambat, atau *Late PPH*). Perdarahan pascapersalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Perdarahan pasca persalinan sekunder sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

### 3) Gejala Klinis

Gejala klinis berupa pendarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain. Penderita tanpa disadari dapat kehilangan banyak darah sebelum ia tampak pucat bila pendarahan tersebut sedikit dalam waktu yang lama.

### 4) Diagnosis

Perdarahan yang langsung terjadi setelah anak lahir tetapi plasenta belum lahir biasanya disebabkan oleh robekan jalan lahir. Perdarahan setelah plasenta lahir, biasanya disebabkan oleh atonia uteri. Atonia uteri dapat diketahui dengan palpasi uterus ; fundus uteri tinggi di atas pusat, uterus lembek, kontraksi uterus tidak baik. Sisa plasenta yang tertinggal dalam kavum uteri dapat diketahui dengan memeriksa plasenta yang lahir apakah

lengkap atau tidak kemudian eksplorasi kavum uteri terhadap sisa plasenta, sisa selaput ketuban, atau plasenta suksenturiata (anak plasenta). Eksplorasi kavum uteri dapat juga berguna untuk mengetahui apakah ada robekan rahim. Laserasi (robekan) serviks dan vagina dapat diketahui dengan inspekulo. Diagnosis pendarahan pasca persalinan juga memerlukan pemeriksaan laboratorium antara lain pemeriksaan Hb, COT (*Clot Observation Test*), kadar fibrinogen, dan lain-lain.

5) Faktor-faktor yang mempengaruhi perdarahan pasca persalinan

a) Perdarahan pascapersalinan dan usia ibu

Wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pascapersalinan terutama perdarahan akan lebih besar.

Perdarahan pascapersalinan yang mengakibatkan kematian maternal pada wanita hamil yang melahirkan pada usia dibawah 20 tahun 2-5 kali lebih tinggi daripada perdarahan pascapersalinan yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Perdarahan pascapersalinan meningkat kembali setelah usia 30-35tahun.

- b) Perdarahan pascapersalinan dan gravida  
Ibu-ibu yang dengan kehamilan lebih dari 1 kali atau yang termasuk multigravida mempunyai risiko lebih tinggi terhadap terjadinya perdarahan pascapersalinan dibandingkan dengan ibu-ibu yang termasuk golongan primigravida (hamil pertama kali). Hal ini dikarenakan pada multigravida, fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga kemungkinan terjadinya perdarahan pascapersalinan menjadi lebih besar.
- c) Perdarahan pascapersalinan dan paritas  
Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut perdarahan pascapersalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai angka kejadian perdarahan pascapersalinan lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- d) Perdarahan pascapersalinan dan Antenatal Care  
Tujuan umum *antenatal care* adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu serta anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas sehingga angka morbiditas dan mortalitas ibu serta anak dapat diturunkan. Pemeriksaan antenatal yang baik dan tersedianya fasilitas rujukan bagi kasus risiko tinggi terutama perdarahan yang selalu

mungkin terjadi setelah persalinan yang mengakibatkan kematian maternal dapat diturunkan.

Hal ini disebabkan karena dengan adanya *antenatal care* tanda-tanda dini perdarahan yang berlebihan dapat dideteksi dan ditanggulangi dengan cepat.

e) Perdarahan pascapersalinan dan kadar hemoglobin

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal. Dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 8 gr%. Perdarahan pascapersalinan mengakibatkan hilangnya darah sebanyak 500 ml atau lebih, dan jika hal ini terus dibiarkan tanpa adanya penanganan yang tepat dan akurat akan mengakibatkan turunnya kadar hemoglobin dibawah nilai normal.

6) Komplikasi perdarahan pascapersalinan

Disamping menyebabkan kematian, perdarahan pascapersalinan memperbesar kemungkinan infeksi puerperal karena daya tahan penderita berkurang. Perdarahan banyak kelak bisa menyebabkan sindrom Sheehan sebagai akibat nekrosis pada hipofisis pars anterior sehingga terjadi insufisiensi pada bagian tersebut. Gejalanya adalah asthenia, hipotensi, anemia, turunnya berat badan sampai menimbulkan kakeksia, penurunan fungsi seksual dengan atrofi alat alat genital, kehilangan rambut pubis dan ketiak, penurunan metabolisme dengan hipotensi, amenore dan kehilangan fungsi laktasi.

### 7) Penatalaksanaan

Penanganan perdarahan pasca persalinan pada prinsipnya adalah :

- 1) Hentikan perdarahan, cegah/atasi syok, ganti darah yang hilang dengan diberi infus cairan (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, Dextran-L, dan sebagainya), transfusi darah, kalau perlu oksigen.
- 2) Pada perdarahan sekunder atonik:
  - a) Beri Syntocinon (oksitosin) 5-10 unit IV, tetes oksitosin dengan dosis 20 unit atau lebih dalam larutan glukosa 500 ml.
  - b) Pegang dari luar dan gerakkan uterus ke arah atas.
  - c) Kompresi uterus bimanual.
  - d) Kompresi aorta abdominalis
  - e) Lakukan hiserektomi sebagai tindakan akhir.

### K. Retensio Plasenta

#### 1) Pengertian

Keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya plasenta tidak lahir spontan dan tidak yakin apakah plasenta lengkap.

#### 2) Penyebab

Sebab-sebab terjadinya retensio plasenta ini adalah: Plasenta belum terlepas dari dinding uterus karena tumbuh melekat lebih dalam. Perdarahan tidak akan terjadi jika plasenta belum lepas sama sekali dan akan terjadi perdarahan jika lepas sebagian. Hal ini



merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Menurut tingkat perlekatannya dibagi menjadi:

- a) Plasenta adhesiva, melekat pada endometrium, tidak sampai membran basal.
- b) Plasenta inkreta, vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke miometrium.
- c) Plasenta akreta, menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembus serosa.
- d) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.
- e) Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (plasenta inkarserata).

### 3) Penatalaksanaan

#### a) Resusitasi.

Pemberian oksigen 100%. Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.

Drips oksitosin (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer laktat atau NaCl 0.9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.

- b) Plasenta coba dilahirkan dengan Brandt Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
- c) Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah: Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.
- d) Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus dilanjutkan kuret sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
- e) Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- f) Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi.

## **L. Hipertensi Dalam Kehamilan, Preeklampsia, Dan Eklampsia**

### 1) Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi.

Bila ditemukan tekanan darah tinggi ( $\geq 140/90$  mmHg) pada ibu hamil, lakukan pemeriksaan kadar protein urin dengan tes celup urin atau protein urin 24 jam dan tentukan diagnosis.

### 2) Faktor predisposisi

- a) Kehamilan kembar
- b) Penyakit trofoblas
- c) Hidramnion
- d) Diabetes melitus
- e) Gangguan vaskuler plasenta
- f) Faktor herediter
- g) Riwayat preeklampsia sebelumnya
- h) Obesitas sebelum hamil

## **Hipertensi Kronik**

### a) Pengertian

Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul dari sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan.

### b) Diagnosis

1. Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg
2. Sudah ada riwayat hipertensi sebelum hamil, atau diketahui adanya hipertensi pada usia kehamilan  $< 20$  minggu

3. Tidak ada proteinuria (diperiksa dengan tes celup urin)
4. Dapat disertai keterlibatan organ lain, seperti mata, jantung, dan ginjal.

c) Penatalaksanaan

1. Anjurkan istirahat lebih banyak.
2. Pada hipertensi kronik, penurunan tekanan darah ibu akan mengganggu perfusi serta tidak ada bukti-bukti bahwa tekanan darah yang normal akan memperbaiki keadaan janin dan ibu.
  - a. Jika pasien sebelum hamil sudah mendapat obat antihipertensi, dan terkontrol dengan baik, lanjutkan pengobatan tersebut.
  - b. Jika tekanan diastolik  $\geq 110$  mmHg atau tekanan sistolik  $\geq 160$  mmHg, berikan antihipertensi.
  - c. Jika terdapat proteinuria atau tanda-tanda dan gejala lain, pikirkan superimposed preeklampsia dan tangani seperti preeklampsia.
3. Berikan suplementasi kalsium 1,5-2 g/hari dan aspirin 75 mg/hari mulai dari usia kehamilan 20 minggu.
4. Pantau pertumbuhan dan kondisi janin.
5. Jika tidak ada komplikasi, tunggu sampai aterm.
6. Jika denyut jantung janin  $< 100$  kali/menit atau  $> 180$  kali/menit, tangani seperti gawat janin.
7. Jika terdapat pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan.

## **Hipertensi Gestasional**

- a) Pengertian  
Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20 minggu dan menghilang setelah persalinan.
  
- b) Diagnosis
  1. Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg
  2. Tidak ada riwayat hipertensi sebelum hamil, tekanan darah normal di usia kehamilan  $< 12$  minggu
  3. Tidak ada proteinuria (diperiksa dengan tes celup urin)
  4. Dapat disertai tanda dan gejala preeklampsia, seperti nyeri ulu hati dan trombositopenia
  5. Diagnosis pasti ditegakkan pascapersalinan
  
- c) Penatalaksanaan
  1. Pantau tekanan darah, urin (untuk proteinuria), dan kondisi janin setiap minggu.
  2. Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklampsia ringan.
  3. Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin terhambat, rawat untuk penilaian kesehatan janin.
  4. Beri tahu pasien dan keluarga tanda bahaya dan gejala preeklampsia dan eklampsia.
  5. Jika tekanan darah stabil, janin dapat dilahirkan secara normal.

## **Preeklampsia Dan Eklampsia**

### a) Diagnosis

#### **Preeklampsia Ringan**

1. Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg pada usia kehamilan  $> 20$  minggu.
2. Tes celup urin menunjukkan proteinuria 1+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil  $>300$  mg/24 jam.

#### **Preeklampsia Berat**

1. Tekanan darah  $>160/110$  mmHg pada usia kehamilan  $>20$  minggu.
2. Tes celup urin menunjukkan proteinuria  $\geq 2+$  atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil  $>5$  g/24 jam.

Atau disertai keterlibatan organ lain:

- a. Trombositopenia ( $<100.000$  sel/uL), hemolisis mikroangiopati.
- b. Peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas.
- c. Sakit kepala, skotoma penglihatan.
- d. Pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion.
- e. Edema paru dan/atau gagal jantung kongestif.
- f. Oliguria ( $< 500$ ml/24jam), kreatinin  $> 1,2$  mg/dl.

### **Superimposed Preeklampsia Pada Hipertensi Kronik**

1. Ibu dengan riwayat hipertensi kronik (sudah ada sebelum usia kehamilan 20 minggu).
2. Tes celup urin menunjukkan proteinuria  $>+1$  atau trombosit  $<100.000$  sel/uL pada usia kehamilan  $> 20$  minggu.

### **Eklampsia**

1. Kejang umum dan/atau koma.
  2. Ada tanda dan gejala preeklampsia.
  3. Tidak ada kemungkinan penyebab lain (misalnya epilepsi, perdarahan subaraknoid, dan meningitis)
- b) Pencegahan dan tatalaksana kejang
1. Bila terjadi kejang, perhatikan jalan napas, pernapasan (oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena).
  2. MgSO<sub>4</sub> diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang). Cara pemberian dapat dilihat di halaman berikut.
  3. Pada kondisi di mana MgSO<sub>4</sub> tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (*loading dose*) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai.
  4. Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera kirim ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif.

#### Syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>

1. Tersedia Ca Glukonas 10%,
2. Ada refleks patella
3. Jumlah urin minimal 0,5ml/kg BB/jam.

#### Cara Pemberian Mgso<sub>4</sub>

1. Berikan dosis awal 4 g MgSO<sub>4</sub> sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang.
2. Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO<sub>4</sub> dalam 6 jam sesuai prosedur.
3. Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, refleks patella, dan jumlah urin.
4. Bila frekuensi pernapasan < 16 x/menit, dan/atau tidak didapatkan refleks tendon patella, dan/atau terdapat oliguria (produksi urin <0,5 ml/kg BB/jam), segera hentikan pemberian MgSO<sub>4</sub>.
5. Jika terjadi depresi napas, berikan Ca glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit.
6. Selama ibu dengan preeklampsia dan eklampsia dirujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklampsia, lakukan penilaian awal dan tatalaksana kegawatdaruratan. Berikan kembali MgSO<sub>4</sub> 2 g IV perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian MgSO<sub>4</sub> ulangan masih terdapat kejang, dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10 mg IV selama 2 menit.



#### Cara Pemberian Dosis Awal

1. Ambil 4 g larutan MgSO<sub>4</sub> (10 ml larutan MgSO<sub>4</sub> 40%) dan larutkan dengan 10 ml akuabides.
2. Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit
3. Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 g MgSO<sub>4</sub> (12,5 ml larutan MgSO<sub>4</sub> 40%) IM di bokong kiri dan kanan.

#### Cara Pemberian Dosis Rumatan

1. Ambil 6 g MgSO<sub>4</sub> (15 ml larutan MgSO<sub>4</sub> 40%) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/Ringer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/menit selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia).

#### Antihipertensi

1. Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapat terapi antihipertensi.
2. Pilihan antihipertensi didasarkan terutama pada pengalaman dokter dan ketersediaan obat. Beberapa jenis antihipertensi yang dapat digunakan misalnya:
  - a. Nifedipin  
4 x 10-30 mg per oral (short acting).  
1 x 20-30 mg per oral (long acting.)  
Adalat OROS®) sublingual.
  - b. Nikardipin 5 mg/jam, dapat dititrasi 2,5 mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam.

- c. Metildopa 2 x 250-500 mg per oral (dosis maksimum 2000 mg/hari.)
3. Ibu yang mendapat terapi antihipertensi di masa antenatal dianjurkan untuk melanjutkan terapi antihipertensi hingga persalinan.
4. Terapi antihipertensi dianjurkan untuk hipertensi pascasalin berat.

Pemeriksaan penunjang tambahan

1. Hitung darah perifer lengkap (DPL).
2. Golongan darah ABO, Rh, dan uji pencocokan silang.
3. Fungsi hati (LDH, SGOT, SGPT).
4. Fungsi ginjal (ureum, kreatinin serum).
5. Profil koagulasi (PT, APTT, fibrinogen).
6. USG (terutama jika ada indikasi gawat janin/pertumbuhan janin terhambat).

Pertimbangan persalinan/terminasi kehamilan :

1. Pada ibu dengan eklampsia, bayi harus segera dilahirkan dalam 12 jam sejak terjadinya kejang.
2. Induksi persalinan dianjurkan bagi ibu dengan preeklampsia berat dengan janin yang belum viable atau tidak akan viable dalam 1-2 minggu.
3. Pada ibu dengan preeklampsia berat, di mana janin sudah viable namun usia kehamilan belum mencapai 34 minggu, manajemen ekspektan dianjurkan, asalkan tidak terdapat kontraindikasi. Lakukan pengawasan ketat.
4. Pada ibu dengan preeklampsia berat, di mana usia kehamilan antara 34 dan 37 minggu, manajemen ekspektan boleh dianjurkan,

asalkan tidak terdapat hipertensi yang tidak terkontrol, disfungsi organ ibu, dan gawat janin. Lakukan pengawasan ketat.

5. Pada ibu dengan preeklampsia berat yang kehamilannya sudah aterm, persalinan dini dianjurkan.
6. Pada ibu dengan preeklampsia ringan atau hipertensi gestasional ringan yang sudah aterm, induksi persalinan dianjurkan.

### **Edema Paru**

1. **Diagnosis**  
Sesak napas, hipertensi, batuk berbusa, ronki basah halus pada basal paru pada ibu dengan preeklampsia berat
2. **Penatalaksanaan**
  - a. Posisikan ibu dalam posisi tegak
  - b. Berikan oksigen
  - c. Berikan furosemide 40 mg IV.
  - d. Bila produksi urin masih rendah (<30 ml/jam dalam 4 jam), pemberian furosemid dapat diulang.
  - e. Ukur keseimbangan cairan. Batasi cairan yang masuk.

### **Sindroma Hellp**

1. **Diagnosis**  
Hemolisis, peningkatan kadar enzim hati, dan trombositopeni.
2. **Penatalaksanaan**  
Lakukan terminasi kehamilan.

## M. Persalinan Lama

- 1) Pengertian  
Waktu persalinan yang memanjang karena kemajuan persalinan terhambat.
- 2) Diagnosis
  - a) Distosia pada kala 1 fase aktif : grafik pembukaan serviks pada partograf berada diantara garis waspada dan garis bertidak, atau sudah memotong garis bertidak.
  - b) Fase ekspulsi (kala II) memanjang : tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin pada persalinan kala II.  
Dengan batas waktu :
    - a) Maksimal 2 jam pada nulipara dan 1 jam untuk multipara, atau
    - b) Maksimal 3 jam untuk nulipara dan 2 jam untuk multipara bila pasien menggunakan analgesia epidural.
- 3) Faktor Predisposisi
  - a) Bayi :
    1. Kepala janin yang besar.
    2. Hidrosephalus.
    3. Presentasi wajah, bahu, alis.
    4. Malposisi persisten kembar yang terkunci (terkunci pada daerah leher).
    5. Kembar siam.
  - b) Jalan lahir :
    1. Panggul kecil karena malnutrisi.
    2. Deformitas panggul karena trauma atau polio.
    3. Tumor daerah panggul.

4. Infeksi virus di perut atau uterus.
5. Jaringan parut (dari sirkumsisi wanita).

4) Penatalaksanaan

a) Umum

Segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea.

b) Khusus

1. Tentukan penyebab persalinan lama:
  - a. Power : his tidak adekuat (his dengan frekuensi  $< 3x$ /menit dan durasi setiap kontraksinya  $< 4$  detik.
  - b. Passenger : malpresentasi, malposisi dan janin besar.
  - c. Passage : panggul sempit, kelainan serviks atau vagina, tumor jalan lahir.
  - d. Gabungan dari faktor-faktor diatas.
2. Sesuaikan tatalaksana dengan penyebab dan situasi.

Prinsip umum :

- a. Lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin atau amniotomi bila terdapat gangguan power. Pastikan tidak ada gangguan passenger atau passage.
- b. Lakukan tindakan operatif (forcep, vakum, atau seksio sesarea) untuk gangguan passenger atau passage, serta untuk gangguan yang tidak dapat diatasi oleh augmentasi persalinan.
- c. Jika ditemukan obstruksi atau CPD, tatalaksananya adalah seksio sesarea.

3. Berikan antibiotik (kombinasi ampicillin 2 gr IV tiap 6 jam dengan tamisin 5 mg/kgBB tiap 24 jam) jika ditemukan :
  - a. Tanda-tanda infeksi (demam, cairan pervaginam berbau.
  - b. Katuban pecah lebih dari 18 jam.
  - c. Usia kehamilan < 37 minggu.
4. Pantau tanda-tanda gawat janin.
5. Catat hasil analisa dan seluruh tindakan dalam rekam medis lalu jelaskan pada ibu dan keluarga hasil analisa serta rencana tindakan selanjutnya.

## **N. Ruptur Uteri**

- 1) Pengertian  
Ruptur uterus adalah robekan pada uterus, dapat meluas ke seluruh dinding uterus dan isi uterus tumpah ke seluruh rongga abdomen (komplet), atau dapat pula ruptur hanya meluas ke endometrium dan miometrium, tetapi peritoneum di sekitar uterus tetap utuh (inkomplet).
- 2) Diagnosis
  - a) Anamnesis dan inspeksi  
Pada suatu his yang kuat sekali, pasien merasa kesakitan yang luar biasa, menjerit seolah-olah perutnya sedang dirobek kemudian jadi gelisah, takut, pucat, keluar keringat dingin sampai kolaps.
    1. Pernafasan jadi dangkal dan cepat, kelihatan haus.

2. Muntah-muntah karena rangsangan peritoneum
  3. Syok nadi kecil dan cepat, tekanan darah turun bahkan tidak teratur
  4. Keluar perdarahan pervaginam yang biasanya tidak begitu banyak, lebih-lebih kalau bagian terdepan atau kepala sudah jauh turun dan menyumbat jalan lahir.
  5. Kadang-kadang ada perasaan nyeri yang menjalar ketungkai bawah dan dibahu.
  6. Kontraksi uterus biasanya hilang.
  7. Mula-mula terdapat defansmuskuler kemudian perut menjadi kembung dan meteoristis (paralisis khusus).
- b) Palpasi
1. Teraba krepitasi pada kulit perut yang menandakan adanya emfisema subkutan.
  2. Bila kepala janin belum turun, akan mudah dilepaskan dari PAP.
  3. Bila janin sudah keluar dari kavum uteri, jadi berada dirongga perut, maka teraba bagian-bagian janin langsung dibawah kulit perut, dan di sampingnya kadang-kadang teraba uterus sebagai suatu bola keras sebesar kelapa.
  4. Nyeri tekan pada perut, terutama pada tempat yang robek.
- c) Auskultasi
- Biasanya denyut jantung janin sulit atau tidak terdengar lagi beberapa menit setelah rupture, apalagi kalau plasenta juga ikut terlepas dan masuk kerongga perut.

- d) Pemeriksaan dalam
  - 1. Kepala janin yang tadinya sudah jauh turun kebawah, dengan mudah dapat didorong keatas, dan ini disertai keluarnya darah pervaginam yang agak banyak.
  - 2. Kalau rongga rahim sudah kosong dapat diraba robekan pada dinding rahim dan kalau jari atau tangan kita dapat melalui robekan tadi maka dapat diraba usus, omentum dan bagian-bagian janin.
  - 3. Kateterisasi hematuri yang hebat menandakan adanya robekan pada kandung kemih.
- e) Catatan :
  - 1. Gejala rupture uteri incomplit tidak sehebat komplit
  - 2. Rupture uteri yang terjadi oleh karena cacat uterus biasanya tidak didahului oleh uteri mengancam.
  - 3. Sangat penting untuk diingat lakukanlah selalu eksplorasi yang teliti dan hati-hati sebagai kerja tim setelah mengerjakan sesuatu operative delivery, misalnya sesudah versi ekstraksi, ekstraksi vakum atau forsef, embriotomi dan lain-lain.

### 3) Penatalaksanaan

- a) Tindakan pertama adalah memberantas syok, memperbaiki keadaan umum penderita dengan pemberian infus cairan dan tranfusi darah, kardiotorika, antibiotika, dsb. Bila keadaan umum mulai baik, tindakan selanjutnya adalah



melakukan laparatomi dengan tindakan jenis operasi :

1. Histerektomi baik total maupun sub total
  2. Histerorafia, yaitu luka di eksidir pinggirnya lalu di jahit sebaik-baiknya.
  3. Konservatif : hanya dengan temponade dan pemberian antibiotika yang cukup.
- b) Tindakan yang akan dipilih tergantung pada beberapa faktor, diantaranya adalah :
1. Keadaan umum penderita.
  2. Jenis ruptur incompleta atau completa.
  3. Jenis luka robekan : jelek, terlalu lebar, agak lama, pinggir tidak rata dan sudah banyak nekrosis.
  4. Tempat luka : serviks, korpus, segmen bawah rahim
  5. Perdarahan dari luka : sedikit, banyak.
  6. Umur dan jumlah anak hidup.
  7. Kemampuan dan ketrampilan penolong.

## O. Distosia Bahu

4

### 1) Pengertian

Distosia bahu adalah suatu keadaan dimana setelah kepala dilahirkan, bahu anterior tidak dapat lewat di bawah simfisis pubis (interval waktu lebih dari 60 detik). Bila tidak segera dilahirkan maka bayi dapat meninggal.

### 2) Diagnosis

- a) Kesulitan melahirkan wajah dan dagu.

- b) Kepala bayi tetap melekat erat di vulva atau bahkan tertarik kembali (turtle sign).
- c) Kegagalan paksi luar kepala bayi.
- d) Kegagalan turunnya bahu.

- 4
- 3) Faktor predisposisi
- a) Waspadai terjadinya distosia bahu pada persalinan beresiko.
    - 1. Antepartum
      - a. Riwayat distosia bahu sebelumnya.
      - b. Makrosomia > 4500 gram.
      - c. Diabetes melitus.
      - d. IMT > 30 kg/m<sup>2</sup>.
      - e. Indeksi persalinan
    - 2. Intrapartum
      - a. Kala I persalinan memanjang.
      - b. Secondary arrest.
      - c. Kala II persalinan memanjang.
      - d. Augmentasi oksitosin.
      - e. Persalinan *vervaginam* yang ditolong.
  - b) Identifikasi dan obati diabetes pada ibu. Tawarkan persalinan elektif dengan induksi maupun seksio sesarea pada ibu dengan diabetes melitus yang usia kehamilannya mencapai 38 minggu dan bayinya tumbuh normal.
  - c) Selalu bersiap bila sewaktu-waktu terjadi distosia bahu.
  - d) Kenali adanya distosia bahu seawal mungkin. Upayakan mengejan, menekan suprapubis atau fundus, dan traksi berpotensi meningkatkan cedera pada janin.

#### 4) Penatalaksanaan

##### a) Umum<sup>4</sup>

1. Minta bantuan tenaga kesehatan lain, untuk menolong persalinan dan resusitasi neonatus bila diperlukan. Bersiapla juga untuk kemungkinan perdarahan pascasalin atau robekan perineum setelah tatalaksana.
2. Lakukan manuver Mc. Robert : dalam posisi ibu berbaring terlentang, mintalah ia untuk menekuk kedua tungkai dan mendekatkan lututnya sejauh mungkin kearah dadanyanya. Mintalah bantuan 2 orang asisten untuk menekan fleksi kedua lutut ibu kearah dada.
3. Mintalah salah seorang asisten untuk melakukan tekanan secara simultan ke arah lateral bawah pada daerah suprasimfisis untuk membantu persalinan bahu.
4. Dengan memakai sarung tangan yang telah didesinfeksi tingkat tinggi, lakukan tarikan yang mantap dan terus-menerus kearah aksial (searah tulang punggung janin) pada kepala janin untuk menggerakkan bahu depan dibawah simfisis pubis.

##### b) Khusus<sup>4</sup>

1. Jika masih belum dapat dilahirkan :
  - a. Buatlah episiotomi untuk memberi ruangan yang cukup untuk memudahkan manuver internal.
  - b. Pakailah sarung tangan yang telah didesinfeksi tngkat tingii, masukkan tangan ke dalam vagina pada sisi punggung bayi.

- c. Lakukan penekanan di sisi posterior pada bahu posterior untuk mengadadduksikan bahu dan mengecilkan diameter bahu.
  - d. Rotasikan bahu ke diameter oblik untuk membebaskan distosia bahu.
  - e. Jika diperlukan, lakukan juga penekanan pada sisi posterior bahu anterior dan rotasikan bahu ke diameter oblik.
2. Jika bahu masih belum dapat dilahirkan setelah dilakukan tindakan diatas :
    - a. Masukkan tangan ke dalam vagina.
    - b. Raih humerus dari lengan posterior, kemudian sembari menjaga lengan tetap fleksi pada siku, pindahkan lengan ke arah dada. Raih pergelangan tangan bayi dan tarik lurus ke arah vagina. Manuver ini akan memberikan ruangan untuk bahu anterior agar dapat melewati bawah simfisis pubis.
  3. Jika semua tindakan diatas tetap tidak dapat melahirkan bahu, terdapat manuver-manuver lain yang dapat dilakukan, misalnya kleidotomi, simfisiotomi, metode sling atau manuver Zavanelli. Namun manuver-manuver ini hanya boleh dikerjakan oleh tenaga terlatih.

## **P. Ketuban Pecah Dini**

### 1) Pengertian

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu

### 2) Diagnosis

Diagnosis ketuban pecah dini ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan inspekulo. Dari anamnesis didapatkan penderita merasa keluar cairan yang banyak secara tiba-tiba. Kemudian lakukan satu kali pemeriksaan inspekulo dengan spekulum steril untuk melihat adanya cairan yang keluar dari serviks atau menggenang di forniks posterior. Jika tidak ada, gerakkan sedikit bagian terbawah janin, atau minta ibu untuk mencedakan/batuk.

Pastikan bahwa:

- a) Cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan:
  1. Bau cairan ketuban yang khas.
  2. Tes Nitrazin: lihat apakah kertas lakmus berubah dari merah menjadi biru. Harap diingat bahwa darah, semen, dan infeksi dapat menyebabkan hasil positif palsu.
  3. Gambaran pakis yang terlihat di mikroskop ketika mengamati sekret servikovaginal yang mengering.
- b) Tidak ada tanda-tanda inpartu

Setelah menentukan diagnosis ketuban pecah dini, perhatikan tanda-tanda korioamnionitis.

- 3) Faktor Predisposisi
  - a. Riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya
  - b. Infeksi traktus genital
  - c. Perdarahan antepartum
  - d. Merokok
  
- 4) Penatalaksanaan
  - a) Umum
    1. Berikan eritromisin 4x250 mg selama 10 hari.
    2. Rujuk ke fasilitas yang memadai.
  
  - b) Khusus

Di RS rujukan, lakukan tatalaksana sesuai dengan usia kehamilan:

    1.  $\geq 34$  minggu:

Lakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontraindikasi.
    2. 24 - 33 minggu:
      - a. Bila terdapat amnionitis, abrupsi plasenta, dan kematian janin, lakukan persalinan segera.
      - b. Berikan deksametason 6 mg IM tiap 12 jam selama 48 jam atau betametason 12 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam.
      - c. Lakukan pemeriksaan serial untuk menilai kondisi ibu dan janin.
      - d. Bayi dilahirkan di usia kehamilan 34 minggu, atau di usia kehamilan 32-33 minggu, bila dapat dilakukan pemeriksaan kematangan paru dan

hasil menunjukkan bahwa paru sudah matang (komunikasikan dan sesuaikan dengan fasilitas perawatan bayi preterm).

3. < 24 minggu:
  - a. Pertimbangan dilakukan dengan melihat risiko ibu dan janin.
  - b. Lakukan konseling pada pasien. Terminasi kehamilan mungkin menjadi pilihan.
  - c. Jika terjadi infeksi (korioamnionitis), lakukan tatalaksana korioamnionitis.

## Q. Korioamnionitis

- 1) **Definisi**  
Korioamnionitis adalah infeksi pada korion dan amnion.
- 2) **Diagnosis**  
Korioamnionitis adalah diagnosis klinis yang ditegakkan bila ditemukan demam  $>38^{\circ}\text{C}$  dengan 2 atau lebih tanda berikut ini:
  - a) Leukositosis  $>15.000$  sel/mm<sup>3</sup>
  - b) Denyut jantung janin  $>160$  kali/menit
  - c) Fekkuensi nadi ibu  $>100$  kali/menit
  - d) Nyeri tekan fundus saat tidak berkontraksi
  - e) Cairan amnion berbau.
- 3) **Faktor predisposisi**
  - a) Persalinan prematur
  - b) Persalinan lama
  - c) Ketuban pecah lama

- d) Pemeriksaan dalam yang dilakukan berulang-ulang
- e) Adanya bakteri patogen pada traktus genitalia (IMS, BV)
- f) Alkohol
- g) Rokok

#### 4) Penatalaksanaan

##### a) Umum

1. Rujuk pasien ke rumah sakit. 18
2. Beri antibiotika kombinasi: ampicilin 2 g IV tiap 6 jam ditambah gentamisin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam.
3. Terminasi kehamilan. Nilai serviks untuk menentukan cara persalinan:
  - a. Jika serviks matang: lakukan induksi persalinan dengan oksitosin.
  - b. Jika serviks belum matang: matangkan dengan prostaglandin dan infus oksitosin, atau lakukan seksio sesarea.
4. Jika persalinan dilakukan pervaginam, hentikan antibiotika setelah persalinan. Jika persalinan dilakukan dengan seksio sesarea, lanjutkan antibiotika dan tambahkan metronidazol 500 mg IV tiap 8 jam sampai bebas demam selama 48 jam.

##### b) Khusus

1. Jika terdapat metritis (demam, cairan vagina berbau), berikan antibiotika.
2. Jika bayi mengalami sepsis, lakukan pemeriksaan kultur darah dan beri antibiotika yang sesuai selama 7-10 hari.



## **R. Emboli Air Ketuban**

- 1) Pengertian
  - a) Merupakan suatu kondisi obstetri yang fatal dan jarang terjadi, yang ditandai dengan kolaps kardiovaskuler secara tiba-tiba, gangguan status mental, dan *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC).
  - b) Merupakan akibat dari proses reaksi imun yang serupa dengan syok anafilaktis dan syok septik.
  
- 2) Diagnosis
  - a) Hipotensi.
  - b) Gawat janin.
  - c) Edema paru.
  - d) Sindroma gawat nafas.
  - e) Cardiopulmonary arrest (gangguan irama jantung seperti bradikardi, takikardi ventrikuler/fibrilasi ventrikel dan asystole).
  - f) Sianosis,
  - g) Koagulopati.
  - h) Sesak nafas.
  - i) Kejang.
  - j) Atonia uteri.
  - k) Spasme bronkhus.
  - l) Transient hypertension.
  - m) Batuk.
  - n) Nyeri kepala.
  - o) Nyeri dada.
  
- 3) Faktor Predisposisi
  - a) Usia maternal yang lanjut (> 35 tahun).
  - b) Persalinan perabdominal (sectio Caesarea).
  - c) Persalinan pervaginam dengan menggunakan alat bantu forcep atau vacuum.

- d) Multiparitas.
- e) Cairan amnion yang mengandung mekonium.
- f) Kematian fetal intrauterin.
- g) Polihidramnion.
- h) Kontraksi uterin yang tetanik.
- i) Riwayat alergi ataupun atopia apada maternal.
- j) Chorioamnionitis.
- k) Eklamsia.
- l) Mikrosomia.
- m) Ruptur uteri.
- n) Plasenta previa.
- o) Plasenta akreta.

4) Penatalaksanaan

Bersifat nonspesifik dan suportif, yaitu :

- a) Pemberian oksigen.
- b) Bila terjadi cardiac respiratory arrest lakukan resusitasi kardiopulmoner.
- c) Bantuan hemodinamik untuk mengatasi hipotensi dan syok, penggantian darah yang hilang dengan cairan kristaloid atau darah.
- d) Obat-obatan vasopressor (dopamin, epinefrin, dan efedrin), obat inotropik dengan digoksin (pada pasien non hipoksia), kortikosteroid dan furosemid.
- e) Kateterisasi arteria pulmonalis.
- f) Pemberian tranfusi trombosit atau frozen plasma (FFP) jika terjadi koagulopati.
- g) Monitor saturasi oksigen.
- h) Pengamatan denyut jantung janin bila janin belum dilahirkan.

- 5) Prognosis
  - a) Kematian ibu mencapai 80%, biasanya terjadi pada saat cardiopulmonary arrest.
  - b) Sebagian wanita yang mampu bertahan setelah mengalami emboli air ketuban sembuh dengan kelainan neurologis akibat hipoksia berat.
  - c) Wanita yang selamat tanpa serangan henti jantung mempunyai harapan yang tinggi terhadap luaran neurologis yang normal dibandingkan dengan mereka yang mengalami henti jantung sebelumnya (15% dibandingkan dengan 8%).
  - d) Gejala sisa emboli air ketuban yang merupakan kelainan neurologis adalah hilangnya sebagian lapangan pandang dan hemiplegi.
  - e) Gejala gagal ginjal akut dapat terjadi oleh karena hipotensi atau DIC.
  - f) Harapan hidup untuk bayi sebesar 79%, 50% diantaranya hidup dengan status neurologis yang normal.

## **S. Prolaps Tali Pusat**

- 1) Pengertian  
Prolaps tali pusat terjadi ketika tali pusat keluar dari uterus sebelum janin
- 2) Diagnosis
  - a) Pemeriksaan tali pusat dilakukan pada setiap pemeriksaan dalam saat persalinan.
  - b) Setelah ketuban pecah, lakukan lagi pemeriksaan tali pusat bila ibu memiliki faktor risiko seperti di tabel berikut. Bila ibu tidak

memiliki faktor risiko dan ketuban jernih, pemeriksaan tali pusat tidak perlu dilakukan.

- c) Jika pecah ketuban terjadi spontan, denyut jantung janin normal, dan tidak ada faktor risiko prolaps tali pusat, pemeriksaan vagina tidak perlu dilakukan bila ketuban jernih.
- d) Setelah ketuban pecah, periksa pula denyut jantung janin. Curigai adanya prolaps tali pusat bila ada perubahan pola denyut jantung janin yang abnormal setelah ketuban pecah atau amniotomi.
- e) Prolaps tali pusat dapat dipastikan bila:
  1. Tali pusat tampak atau teraba pada jalan lahir lebih rendah dari bagian terendah janin (tali pusat terkemuka, saat ketuban masih utuh).
  2. Tali pusat tampak pada vagina setelah ketuban pecah (tali pusat menumbung, saat ketuban sudah pecah).

### 3) Faktor Predisposisi

- a) Multiparitas
- b) Kehamilan multiple
- c) Ketuban pecah dini
- d) Hidramnion
- e) Tali pusat yang panjang
- f) Malpresentasi

### 4) Penatalaksanaan

- a) Umum
  1. Tali pusat terkemuka :  
Tekanan tali pusat oleh bagian terendah janin dapat diminimalisasi dengan posisi

*knee chest* atau *Trendelenburg*. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang menyediakan layanan seksio sesarea.

2. Tali pusat menumbung :  
Perhatikan apakah tali pusat masih berdenyut atau tidak. Jika sudah tidak berdenyut, artinya janin telah mati dan sebisa mungkin pervaginam tanpa tindakan agresif. Jika tali pusat masih berdenyut:
  - a. Berikan oksigen.
  - b. Hindari memanipulasi tali pusat. Jangan memegang atau memindahkan tali pusat yang tampak pada vagina secara manual. Posisi ibu *Trendelenburg* atau *knee-chest*.
  - c. Dorong bagian terendah janin ke atas secara manual untuk mengurangi kompresi pada tali pusat.
  - d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang melayani seksio sesarea. Pada saat proses transfer dengan ambulans, posisi *knee chest* kurang aman, sehingga posisikan ibu berbaring ke kiri.

b) Khusus

1. Di rumah sakit, bila persalinan pervaginam tidak dapat segera berlangsung (persalinan **6** la I), lakukan seksio sesarea. Penanganan yang harus dikerjakan adalah sebagai berikut:
  - a. Dengan memakai sarung tangan steril/disinfeksi tingkat tinggi (DTT),

- masukkan tangan melalui vagina dan dorong bagian terendah janin ke atas.
- b. Tangan yang lain menahan bagian terendah di suprapubis dan nilai keberhasilan reposisi.
  - c. Jika bagian terendah janin telah terpegang kuat di atas rongga panggul, keluarkan tangan dari vagina dan letakkan tangan tetap di atas abdomen sampai operasi siap.
  - d. Jika tersedia, berikan salbutamol 0,5 mg IV secara perlahan untuk mengurangi kontraksi uterus.
2. Bila persalinan pervaginam dapat segera berlangsung (persalinan kala II), pimpin persalinan sesegera mungkin.
- a. Presentasi kepala: lakukan ekstraksi vakum atau unam dengan episiotomi.
  - b. Presentasi sungsang: lakukan ekstraksi bokong atau kaki lalu gunakan forsep Piper atau panjang untuk mengeluarkan kepala.
  - c. Letak lintang: segera siapkan seksio sesaria.
3. Siapkan segera resusitasi neonatus.

## **T. Kehamilan Lewat Waktu (Post Date)**

- 1) Pengertian  
WHO mendefinisikan kehamilan lewat waktu sebagai kehamilan usia  $\geq 42$  minggu penuh (294 hari) terhitung sejak hari pertama haid terakhir. Namun penelitian terkini menganjurkan tatalaksana lebih awal.
- 2) Diagnosis
  - a) USG di trimester pertama (usia kehamilan antara 11-14 minggu) sebaiknya ditawarkan kepada semua ibu hamil untuk menentukan usia kehamilan dengan tepat.
  - b) Bila terdapat perbedaan usia kehamilan lebih dari 5 hari berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir dan USG, trimester pertama, waktu taksiran kelahiran harus disesuaikan berdasarkan hasil USG.
  - c) Bila terdapat perbedaan usia kehamilan lebih dari 10 hari berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir dan USG, trimester kedua, waktu taksiran kelahiran harus disesuaikan berdasarkan hasil USG.
  - d) Ketika terdapat hasil USG trimester pertama dan kedua, usia kehamilan ditentukan berdasarkan hasil USG yang paling awal.
  - e) Jika tidak ada USG, lakukan anamnesis yang baik untuk menentukan hari pertama haid terakhir, waktu DJJ pertama terdeteksi, dan waktu gerakan janin pertama dirasakan.

- 3) Faktor Predisposisi
  - a) Riwayat kehamilan lewat waktu sebelumnya.
- 4) Penatalaksanaan
  - a) Sedapat mungkin rujuk pasien ke rumah sakit.
  - b) Apabila memungkinkan, tawarkan pilihan *membrane sweeping* antara usia kehamilan 38-41 minggu setelah berdiskusi mengenai risiko dan keuntungannya.
  - c) Tawaran induksi persalinan mulai dari usia kehamilan 41 minggu.
  - d) Pemeriksaan antenatal untuk mengawasi kehamilan usia 41-42 minggu sebaiknya meliputi non-stress test dan pemeriksaan volume cairan amnion.
  - e) Bila usia kehamilan telah mencapai 42 minggu, lahirkan bayi.

#### **U. Kehamilan Dengan Parut Uterus**

- 1) Pengertian

Kehamilan dengan parut uterus adalah kehamilan pada pasien yang pernah mengalami seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim (misalnya miomektomi).
- 2) Diagnosis

Kehamilan dengan parut uterus diketahui dari anamnesis dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan adanya luka parut di abdomen bawah. Parut uterus biasanya didapat dari bekas seksio sesarea, miomektomi, atau ruptura uteri.



### 3) Penatalaksanaan

#### a) Umum

1. Keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat parut uterus disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu).
2. Persalinan pervaginam (*vaginal birth after cesarean section*, VBAC) pada kehamilan dengan parut uterus dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bila hal-hal berikut ini dipenuhi:
  - a. Hanya pernah 1 (satu) kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah, tanpa komplikasi.
  - b. Presentasi janin verteks normal.
  - c. Tidak ada kecurigaan disproporsi sefalopelvik.
  - d. Ada fasilitas untuk seksio sesarea darurat.
3. Kontraindikasi VBAC meliputi:
  - a. Pasien dengan riwayat seksio sesarea klasik atau *inverted T*.
  - b. Pasien dengan riwayat histerotomi atau miomektomi yang menembus kavum uteri.
  - c. Pasien dengan riwayat insisi pada uterus selain dari seksio sesarea transversal pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus dilakukan penilaian lengkap mengenai riwayat operasi sebelumnya oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi).

- d. Pasien dengan riwayat dua kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus diberikan informasi yang lengkap oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi).
  - e. Riwayat ruptura uteri atau bila risiko ruptura berulang tidak diketahui.
  - f. Tiga kali atau lebih riwayat seksio sesarea.
  - g. Penyembuhan luka yang tidak baik pada seksio sesarea yang lalu.
  - h. Tipe insisi pada operasi sebelumnya tidak diketahui.
4. Konseling antenatal harus didokumentasikan dalam rekam medis.
5. Ketika dilakukan VBAC, pantau ibu dengan partograf dan awasi secara ketat. Segera lakukan seksio sesarea jika didapati kondisi berikut:
- a. Persalinan melampaui garis waspada dan dicurigai adanya obstruksi atau disproporsi pelvik .
  - b. Ada tanda-tanda ruptura uteri: perdarahan, denyut nadi  $>100x$ /menit, nyeri menetap di abdomen dan/atau suprapubik, serta gawat janin.
6. Pada seksio sesarea, sedapat mungkin lakukan insisi pada segmen bawah rahim kecuali tidak memungkinkan karena adanya perlengketan segmen bawah rahim, segmen bawah rahim belum terbentuk, gawat janin, atau plasenta previa.

b) Khusus

1. Jika terjadi kasus ruptura uteri, lihat panduan tatalaksana ruptura uteri.

## V. Kehamilan Ganda

1) Pengertian

Kehamilan ganda ialah satu kehamilan dengan dua janin atau lebih

2) Diagnosis

- a) Besar uterus melebihi usia kehamilan atau lamanya amenorea
- b) Hasil palpasi abdomen mengarah ke kehamilan ganda:
  1. Kepala janin relatif lebih kecil dibandingkan dengan ukuran uterus
  2. Teraba 2 ballotement atau lebih
  3. Terdengar lebih dari satu denyut jantung bayi dengan menggunakan stetoskop fetal.

3) Faktor Predisposisi

- 1) Usia ibu > 30 tahun
- 2) Konsumsi obat untuk kesuburan
- 3) Fertilisasi in vitro
- 4) Faktor keturunan

4) Penatalaksanaan

- a) Asuhan antenatal sebaiknya dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi.
- b) Persalinan untuk kehamilan ganda sedapat mungkin dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas seksio sesarea.

#### Janin pertama

1. Siapkan peralatan resusitasi dan perawatan bayi.
2. Pasang infus dan berikan cairan intravena.
3. Pantau keadaan janin dengan auskultasi denyut jantung janin. Jika denyut jantung janin  $<100$  kali/menit atau  $>180$  kali/menit, curigai adanya gawat janin.
4. Jika presentasi janin verteks, usahakan persalinan spontan dan monitor persalinan dengan partograf.
5. Jika presentasi bokong atau letak lintang, lakukan seksio sesarea.
6. Tinggalkan klem pada ujung maternal tali pusat dan jangan melahirkan plasenta sebelum janin kedua dilahirkan.

#### Janin kedua atau janin berikutnya

1. Segera setelah bayi pertama lahir, lakukan palpasi abdomen untuk menentukan letak janin kedua atau berikutnya.
2. Jika perlu, lakukan versi luar agar letak janin kedua memanjang.
3. Periksa denyut jantung janin.
4. Lakukan pemeriksaan dalam vagina untuk menentukan:
  - a. Presentasi janin kedua
  - b. Selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah
  - c. Ada tidaknya prolapsus tali pusat.

#### Jika presentasi verteks:

1. Pecahkan ketuban dengan klem kokher jika ketuban belum pecah.

2. Periksa denyut jantung janin antara kontraksi uterus untuk menilai keadaan janin.
3. Jika his tidak adekuat setelah kelahiran bayi pertama, berikan infus oksitosin dengan cara cepat untuk menimbulkan his yang baik (tiga kontraksi dalam 10 menit, dengan lama tiap his lebih baik 40 detik).
4. Jika janin tidak lahir dalam 10 jam dengan his yang baik, atau terdapat tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 kali/menit atau >180 kali/menit), lakukan seksio sesarea.

Jika presentasi bokong:

1. Apabila taksiran berat badan janin tidak lebih dari janin pertama dan serviks tidak mengecil, rencanakan partus spontan.
2. Jika his tidak ada atau tidak adekuat setelah kelahiran janin pertama, berikan infus oksitosin secara cepat untuk menimbulkan his yang baik (tiga kontraksi dalam 10 menit, dengan lama setiap his lebih dari 40 detik).
3. Pecahkan ketuban dengan klem kokher jika ketuban belum pecah dan bokong sudah turun.
4. Periksa denyut jantung janin di antara 2 kontraksi uterus. Jika <100 kali/menit atau >180 kali/menit, lakukan ekstraksi bokong.
5. Jika persalinan per vaginam tidak mungkin, lahirkan bayi dengan seksio sesarea.

Jika letak lintang:

1. Apabila selaput ketuban utuh, lakukan versi luar.

2. Jika versi luar gagal dan pembukaan lengkap dan selaput ketuban masih utuh, lakukan versi dalam dan lanjutkan dengan ekstraksi (lakukan versi dalam podalik).

Jangan lakukan versi dalam jika penolong persalinan tidak terlatih, selaput ketuban telah pecah dan cairan amnion telah berkurang, atau jika ada jaringan parut pada uterus. Jangan teruskan jika janin tidak dapat berputar dengan mudah.

3. Dengan memakai sarung tangan yang didisinfeksi tingkat tinggi, masukkan satu tangan ke dalam uterus dan raihlah kaki janin.
  - a. Secara perlahan tarik janin ke bawah.
  - b. Lanjutkan dengan ekstraksi sungsang.
  - c. Periksa denyut jantung janin di antara his.
  - d. Jika versi luar gagal dan versi dalam tidak dianjurkan atau gagal, segera lakukan seksio sesarea.
  - e. Berikan oksitosin 10 unit IM atau ergometrin 0,2 mg IM dalam waktu 1 menit setelah bayi terakhir lahir dan teruskan penanganan aktif kala III untuk mengurangi perdarahan pascapersalinan.

## **W. Hidramnion**

- 1) Pengertian
  - a) Terdapatnya cairan amnion dalam jumlah berlebihan.
  - b) Hidramnion berhubungan dengan peningkatan mortalitas dan morbiditas perinatal, serta komplikasi maternal seperti abrupsio plasenta, disfungsi uterus, dan perdarahan pascasalin.
  
- 2) Diagnosis
  - a) Diagnosis hidramnion ditegakkan bila jumlah cairan amnion lebih dari 2000 ml.
  - b) Temuan klinis yang utama pada hidramnion adalah ukuran uterus yang besar dan tegang disertai dengan kesulitan meraba bagian janin atau mendengarkan denyut jantung janin. Pada keadaan berat, ibu dapat mengalami kesulitan bernapas, pembengkakan tungkai, dan oliguria.
  - c) Diagnosis pasti dilakukan dengan pemeriksaan USG.
  
- 3) Faktor Predisposisi
  - a) Ibu dengan diabetes mellitus
  - b) Riwayat hidramnion dalam keluarga.
  
- 4) Penatalaksanaan
  - a) Pasien dengan kecurigaan hidramnion dirujuk ke RS untuk mendapatkan tatalaksana yang memadai.
  - b) Tatalaksana dapat meliputi amnioreduksi, amniotomi, atau pemberian indometasin (konsultasikan kepada dokter spesialis obstetri dan ginekologi).

## **X. Malposisi, Malpresentasi, Dan Disproporsi Kepala Panggul (CPD)**

### **Malposisi**

- 1) Pengertian  
Posisi abnormal verteks kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu.
- 2) Diagnosis  
Posisi abnormal verteks kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu.
- 3) Faktor Predisposisi  
Ibu dengan diabetes mellitus  
Riwayat hidramnion dalam keluarga.
- 4) Penatalaksanaan
  - a) Rotasi spontan dapat terjadi pada 90% kasus.
  - b) Jika terdapat tanda persalinan macet, denyut jantung janin  $>180$  atau  $<100$  pada fase apapun, lakukan seksio sesarea.
  - c) Jika ketuban utuh, pecahkan ketuban.
  - d) Jika pembukaan serviks belum lengkap dan tidak ada tanda obstruksi, lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin.
  - e) Jika pembukaan serviks lengkap dan tidak ada kemajuan fase pengeluaran, periksa kemungkinan obstruksi:
    1. Jika tidak ada obstruksi, akhiri persalinan dengan ekstraksi vakum/ forsep bila syarat-syarat dipenuhi.



2. Bila ada tanda obstruksi atau syarat-syarat pengakhiran persalinan tidak dipenuhi, lakukan seksio sesarea.

### **Malpresentasi**

- 1) Pengertian
- 2) Malpresentasi meliputi semua presentasi selain vertex
- 3) Faktor predisposisi:
  - a) Wanita multipara.
  - b) Kehamilan multipel (gemeli).
  - c) Polihidramnion / oligohidramnion.
  - d) Plasenta previa.
  - e) Kelainan bentuk uterus atau terdapat massa (mis. Mioma uteri).
  - f) Partus preterm.

### **Presentasi Dahi**

- 1) Diagnosis
  - a) Pemeriksaan abdominal: kepala janin lebih separuhnya di atas pelvis, denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil.
  - b) Pemeriksaan vaginal: oksiput lebih tinggi dari sinsiput, teraba fontanella anterior dan orbita, bagian kepala masuk pintu atas panggul (PAP) adalah antara tulang orbita dan daerah ubun-ubun besar. Ini adalah diameter yang paling besar, sehingga sulit lahir pervaginam.
- 2) Penatalaksanaan
  - a) Lakukan seksio sesarea bila janin hidup.

- b) janin mati, lakukan kraniotomi bila memungkinkan atau seksio sesarea bila syarat dan sarana kraniotomi tidak terpenuhi.

### **Presentasi Muka**

- 1) **Diagnosis**
  - a) Pemeriksaan abdominal: lekukan akan teraba antara daerah oksiput dan punggung (sudut Fabre), denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil janin.
  - b) Pemeriksaan vaginal: muka dengan mudah teraba, teraba mulut dan bagian rahang mudah diraba, tulang pipi, tulang orbita; kepala janin dalam keadaan defleksi maksimal.
  - c) Untuk membedakan mulut dan anus:
    - a) Anus merupakan garis lurus dengan tuber iskhii.
    - b) Mulut merupakan segitiga dengan prominen molar.
- 2) **Penatalaksanaan**
  - a) **Posisi dagu anterior:**
    - 1. **Pembukaan lengkap.**
      - a. Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam.
      - b. Bila penurunan kurang lancar, lakukan ekstraksi forseps.
    - 2. **Pembukaan belum lengkap**
      - a. Bila tidak ada kemajuan pembukaan dan penurunan, lakukan seksio sesarea.
  - b) **Posisi dagu posterior:**
    - 1. **Pembukaan lengkap**

- Lahirkan dengan seksio sesarea.
2. Pembukaan belum lengkap  
Bila tidak ada kemajuan pembukaan dan penurunan, lakukan seksio sesarea.
  3. Jika janin mati, lakukan kraniotomi atau seksio sesarea.

### **Presentasi Majemuk**

- 1) **Diagnosis**
  - a) Prolaps ekstremitas bersamaan dengan bagian terendah janin (kepala/bokong).
- 2) **Penatalaksanaan**
  - a) **Umum**
    1. Persalinan spontan hanya bisa terjadi jika janin sangat kecil/mati dan maserasi.
  - b) **Khusus**
    1. **Coba reposisi:**
      - a. Ibu diletakkan dalam posisi Trendelenburg (*knee-chest position*).
      - b. Dorong tangan ke atas luar dari simfisis pubis dan pertahankan di sana sampai timbul kontraksi sehingga kepala turun ke rongga panggul.
      - c. Lanjutkan penatalaksanaan persalinan normal.
      - d. Jika prosedur gagal/terjadi prolapsus tali pusat, lakukan seksio sesarea.

## **Presentasi Bokong (Sungsang)**

- 1) **Diagnosis**
  - a) Gerakan janin teraba di bagian bawah abdomen.
  - b) Pemeriksaan abdominal: kepala terletak di bagian atas, bokong pada daerah pelvis, auskultasi menunjukkan denyut jantung janin lokasinya lebih tinggi.
  - c) Pemeriksaan vaginal: teraba bokong atau kaki, sering disertai adanya mekonium.
  - d) Pada gambar (berturut-turut): presentasi bokong sempurna, presentasi bokong murni, dan presentasi kaki (*footling*).
  
- 2) **Komplikasi presentasi bokong**
  - a) **Komplikasi pada janin:**
    1. Kematian perinatal.
    2. Prolaps tali pusat.
    3. Trauma pada bayi akibat: tangan dan kepala yang menjuntai, pembukaan serviks yang belum lengkap, CPD.
    4. Asfiksia karena prolaps tali pusat, kompresi tali pusat, pelepasan plasenta dan kepala macet.
    5. Perlukaan / trauma pada organ abdominal atau pada leher.
  - b) **Komplikasi pada ibu:**
    1. Pelepasan plasenta
    2. Perlukaan vagina atau serviks
    3. Endometritis.

### 3) Penatalaksanaan

#### a) Umum

1. Persalinan lama pada presentasi sungsang adalah indikasi seksio sesarea.
2. Seksio sesarea lebih aman dan direkomendasikan pada:
  - a. Presentasi bokong pada primigravida.
  - b. Double footling breech.
  - c. Pelvis yang kecil atau malformasi.
  - d. Janin yang sangat besar.
  - e. Bekas seksio sesarea dengan indikasi CPD.
  - f. Kepala yang hiperekstensi atau defleksi.
3. Persalinan pada presentasi kaki sebaiknya dilahirkan dengan seksio sesarea. Persalinan pervaginam hanya bila:
  - a. Persalinan sudah sedemikian maju dan pembukaan sudah lengkap.
  - b. Bayi preterm yang kemungkinan hidupnya kecil
  - c. Bayi kedua pada kehamilan kembar.

#### b) Khusus

Pada upaya persalinan pervaginam, lakukan langkah berikut:

1. Tentukan apakah persalinan pervaginam mungkin dilakukan. Persalinan pervaginam oleh tenaga penolong yang terlatih akan cenderung aman bila:

- a. Pelvis adekuat.
  - b. Presentasi bokong lengkap/murni.
  - c. Kepala fleksi.
  - d. Tidak ada riwayat seksio sesarea karena CPD.
  - e. Janin tidak terlalu besar.
2. Sebelum in partu, usahakan melakukan versi luar apabila syarat dipenuhi, yaitu:
    - a. Pembukaan serviks masih kurang dari 3 cm.
    - b. Usia kehamilan  $\geq 37$  minggu.
    - c. Ketuban intak dan air ketuban cukup.
    - d. Tidak ada komplikasi / kontraindikasi (IUGR, perdarahan, bekas seksio, kelainan janin, kehamilan kembar, hipertensi).
    - e. Persalinan pervaginam masih mungkin dilakukan.
  3. Jika versi luar berhasil, lakukan asuhan persalinan normal.
  4. Jika versi luar tidak berhasil, lakukan persalinan sungsang pervaginam atau seksio sesarea.
  5. Ikuti kemajuan persalinan dengan seksama menggunakan partograf.
  6. Jangan pecahkan ketuban. Bila pecah, periksa apakah ada prolaps tali pusat.
  7. Beritahu ibu untuk tidak mengedan sebelum pembukaan lengkap.
  8. Kepala janin harus lahir dalam waktu maksimal 8 menit sejak lahir sebatas pusat.

9. Apabila terjadi prolaps tali pusat dan kelahiran pervaginam tidak memungkinkan, maka lakukan seksio sesarea.
10. Jika denyut jantung  $<100x/\text{menit}$  atau  $>180x/\text{menit}$ , lakukan seksio sesarea.  
Catatan:  
Mekonium biasa terdapat pada persalinan sungsang dan tidak berbahaya selama denyut jantung janin normal.
11. Sediakan cunam piper sebagai antisipasi bila terdapat kesulitan melahirkan kepala (*after coming head*).

### **Letak Lintang**

#### 1) Diagnosis

- a) Pemeriksaan abdominal: sumbu panjang janin teraba melintang, tidak teraba bagian pada pelvis inlet sehingga terasa kosong.
- b) Pemeriksaan vaginal: sebelum in partu tidak ada bagian terendah yang teraba di pelvis, sedangkan saat in partu yang teraba adalah bahu, siku atau tangan.

#### 2) Penatalaksanaan

- 1) Lakukan versi luar bila permulaan in partu dan ketuban intak.  
Bila ada kontraindikasi versi luar, lakukan seksio sesarea.
- 2) Lakukan pengawasan adanya prolaps tali pusat.
- 3) Dapat terjadi ruptura uteri bila ibu tidak diawasi.

## **Disproporsi Kepala Panggul (*Cephalopelvic Dysproportion/CPD*)**

- 1) Pengertian  
Hambatan lahir yang diakibatkan oleh disparitas ukuran kepala janin dan pelvis maternal.
- 2) Diagnosis
  - a) Terhentinya kemajuan pembukaan serviks dan penurunan kepala walaupun his adekuat. CPD terjadi akibat janin terlalu besar dan/atau panggul ibu kecil.
  - b) Waspadai CPD terutama pada keadaan:
    1. Arkus pubis  $< 90^\circ$ .
    2. Teraba promontorium.
    3. Teraba spina iskhidika.
    4. Teraba linea innominate.
    5. Pada primigravida bagian terbawah tidak masuk ke pintu atas panggul pada usia  $> 36$  minggu.
- 3) Penatalaksanaan
  - a) Lakukan seksio sesarea bila ditemukan tanda CPD.
  - b) Pada kasus bayi mati, embriotomi atau kraniotomi dapat menjadi pilihan tindakan bila syarat terpenuhi dan petugas memiliki kompetensi. Syarat melakukan embriotomi:
    1. Janin sudah mati, kecuali pada kasus hidrosefalus.
    2. Pembukaan serviks  $> 7$  cm.
    3. Ketuban sudah pecah.
    4. Jalan lahir normal.
    5. Tidak terdapat tanda-tanda ruptura uteri.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Gibson.2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia, edisi keempat*, Erlangga.Jakarta
- Notoadmojo, Soekidjo. 2012. *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta  
Rineka Cipta
- Nursalam, 2008. *Buku Pendidikan Keperawatan*. Jakarta :  
Salemba Medika
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Buku saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta : Kemenkes RI
- Cunningham F. Gary, Norman F. Gant.Et all. 2010. *Williams Obstetric, Twenry-third Edition*. McGraw-Hill Companies. United States of America.
- Indonesion Maternal Neonatal Care Training. 2015. *Buku Panduan Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal Management*. Surabaya : IMNCT
- Sarma N Lumbanraja. 2017. *Kegawatdaruratan Obstetri*. Medan :USU PRESS
- Saifuddin AB, Adruaansz G, Wiknjosastro GH, Waspodo D. 2007. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Edisi 1*. Cetakan ke-5. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiryoharjo
- Hutapea, Thoha. 2008. *Kompetensi Plus*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

- Kepmenkes RI. 2007. *Standar Profesi Bidan*. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, Jakarta : Kemenkes RI
- Ambarwati. 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mitra Cendekia
- Azwar, Saifuddin. 2013. *Seri Psikologi Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Liberty
- Mochtar R . 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC
- Wawan & Dewi. 2011. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Suryani, Evi Sri. 2011. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : Nuha Medika
- Dasril. 2016. *Membangun dan Memelihara Kompetensi Bidan di Era MEA*. Yogyakarta
- Icemi Sukarni, Wahyu. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Nuha Medika
- Prawiryohardjo. S. 2008. *Ilmu Kandungan, Edisi 2*. Jakarta : Pt. Bina Pustaka
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. 2016. *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta : IBI
- Icemi Sukarni, Wahyu. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Nuha Medika
- Kemenkes RI. 2016. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta : Kemenkes RI

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Tety Ripursari, S.Tr.Keb.,M.Kes  
Tempat & Tanggal Lahir : Tulungagung, 30 mei 1978  
Jenis Kelamin (L/P) : P  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Perguruan Tinggi : STIKes STRADA Kediri  
Alamat : Jl. Manila No.37 Sumberece,  
Kediri  
Alamat Rumah : Jalan Mangga II, RT 01, RW 02  
Wonorejo, Srengat, Blitar 66152  
Telp/HP : 081259725640  
Email : [tetty30578ripursari@gmail.com](mailto:tetty30578ripursari@gmail.com)

**RIWAYAT PENDIDIKAN**

1. Sekolah Dasar Negeri Sawo 3 (1990)
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Campurdarat (1993)
3. Sekolah Perawat Kesehatan Pemda Tulungagung (1996)
4. D3 Kebidanan Poltekkes Majapahit Mojokerto (2011)
5. D4 Kebidanan Universitas Kadiri (2015)
6. Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat (Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak) STIKes STRADA Kediri (2018)

**RIWAYAT PEKERJAAN**

1. Rumah Bersalin Bunda Wlingi Blitar (1996-1997)
2. Rumah Sakit Syuhada' Haji Blitar (1997- Sekarang)

**RIWAYAT ORGANISASI**

1. Anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia Cabang Kota Blitar (1996-2010)
2. Anggota Ikatan Bidan Indonesia Cabang Blitar (2011-Sekarang)

**PELATIHAN**

1. Pelatihan Contraceptive Teknologi Update (2010)
2. Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2011)
3. Pelatihan Pijat & Spa Bayi dan Pijat Ibu Hamil (2014)
4. Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal (2015)
5. Pelatihan Imunisasi (2015)
6. Pelatihan USG untuk ANC Bidan (2015)
7. Pelatihan Midwifery Update (2016)
8. Pelatihan Baby Spa, Mom Spa dan Kecantikan (2017)

# PERAN BIDAN TERHADAP PENANGANAN GAWAT DARURAT OBSTETR

## ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://docplayer.info">docplayer.info</a> Internet Source	1%
2	<a href="http://documents.mx">documents.mx</a> Internet Source	1%
3	<a href="http://123dok.com">123dok.com</a> Internet Source	1%
4	<a href="http://stikesyahoedsmg.ac.id">stikesyahoedsmg.ac.id</a> Internet Source	1%
5	<a href="http://chellious.wordpress.com">chellious.wordpress.com</a> Internet Source	1%
6	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Internet Source	1%
7	<a href="http://repository.usu.ac.id">repository.usu.ac.id</a> Internet Source	1%
8	<a href="http://blogelvaku.blogspot.com">blogelvaku.blogspot.com</a> Internet Source	1%
9	<a href="http://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Internet Source	<1%
10	Submitted to Universitas Nasional Student Paper	

<1 %

11

[makalahkebidanan-88.blogspot.com](http://makalahkebidanan-88.blogspot.com)

Internet Source

<1 %

12

[anakmudaindonesiaku.blogspot.com](http://anakmudaindonesiaku.blogspot.com)

Internet Source

<1 %

13

[stikes-yogyakarta.e-journal.id](http://stikes-yogyakarta.e-journal.id)

Internet Source

<1 %

14

[mirantiverdiana.wordpress.com](http://mirantiverdiana.wordpress.com)

Internet Source

<1 %

15

[jurnal.stikesmus.ac.id](http://jurnal.stikesmus.ac.id)

Internet Source

<1 %

16

[saifudinstikesmukla.blogspot.com](http://saifudinstikesmukla.blogspot.com)

Internet Source

<1 %

17

[id.wikipedia.org](http://id.wikipedia.org)

Internet Source

<1 %

18

Submitted to Universitas Sebelas Maret

Student Paper

<1 %

19

Submitted to Universitas Pendidikan  
Indonesia

Student Paper

<1 %

20

Submitted to Konsorsium PTS Indonesia -  
Small Campus

Student Paper

<1 %

21

[habibjaya.wordpress.com](http://habibjaya.wordpress.com)

Internet Source

<1 %

22	<a href="https://repository.unimus.ac.id">repository.unimus.ac.id</a> Internet Source	<1 %
23	<a href="https://babyzafran.blogspot.com">babyzafran.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
24	<a href="https://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Internet Source	<1 %
25	Submitted to Universitas Negeri Surabaya The State University of Surabaya Student Paper	<1 %
26	<a href="https://fr.scribd.com">fr.scribd.com</a> Internet Source	<1 %
27	<a href="https://lppm.stikesubudiyah.ac.id">lppm.stikesubudiyah.ac.id</a> Internet Source	<1 %
28	Submitted to Poltekkes Kemenkes Banjarmasin Student Paper	<1 %
29	<a href="https://linceaprianti.wordpress.com">linceaprianti.wordpress.com</a> Internet Source	<1 %
30	<a href="https://bloganggraenimarsiana.blogspot.com">bloganggraenimarsiana.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
31	<a href="https://ifanascout.blogspot.com">ifanascout.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
32	<a href="https://iiea-arland.blogspot.com">iiea-arland.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
33	<a href="https://ummijamiatussholihablog.wordpress.com">ummijamiatussholihablog.wordpress.com</a> Internet Source	<1 %

34	<a href="http://puspawardhani116.blogspot.com">puspawardhani116.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
35	<a href="http://repository.poltekeskupang.ac.id">repository.poltekeskupang.ac.id</a> Internet Source	<1 %
36	<a href="http://repository.iik-strada.ac.id">repository.iik-strada.ac.id</a> Internet Source	<1 %
37	<a href="http://mayalatifatulmasrurroh.blogspot.com">mayalatifatulmasrurroh.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
38	Submitted to Udayana University Student Paper	<1 %
39	<a href="http://ojs.budimulia.ac.id">ojs.budimulia.ac.id</a> Internet Source	<1 %
40	Submitted to UIN Sunan Gunung Djati Bandung Student Paper	<1 %
41	Submitted to Universitas Negeri Jakarta Student Paper	<1 %
42	Nasrudin Andi Mappaware. "Faktor Determinan Komplikasi dan Rujukan Kasus Obstetri", UMI Medical Journal, 2019 Publication	<1 %
43	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang Student Paper	<1 %
44	<a href="http://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Internet Source	<1 %



45	Mahsun Ismail. "Perlindungan Hukum bagi Dokter dalam Menangani Keadaan Medis Darurat Berdasarkan Implied Consent", <i>Islamadina : Jurnal Pemikiran Islam</i> , 2019 Publication	<1 %
46	Adenia Dwi Ristanti, Nur Zuwariyah. "Penerapan Manajemen Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri Dengan Insiden Kegawatdaruratan Obstetri Di Pusat Pelayanan Primer", <i>Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)</i> , 2020 Publication	<1 %
47	<a href="https://de.slideshare.net">de.slideshare.net</a> Internet Source	<1 %
48	Widyawati Widyawati. "Kinerja Bidan dalam Memberikan Pelayanan Antenatal Care dan Faktor yang Mempengaruhi", <i>Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat</i> , 2018 Publication	<1 %
49	<a href="https://ruangkebidanan.wordpress.com">ruangkebidanan.wordpress.com</a> Internet Source	<1 %
50	<a href="https://text-id.123dok.com">text-id.123dok.com</a> Internet Source	<1 %
51	<a href="https://anggrie-janggeum.blogspot.com">anggrie-janggeum.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
52	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %

---

53	Submitted to Universitas Respati Indonesia Student Paper	<1 %
54	fahrinnizami.blogspot.com Internet Source	<1 %
55	khairunnisasyuhada.blogspot.com Internet Source	<1 %
56	nanopdf.com Internet Source	<1 %
57	farizsasongko.blogspot.com Internet Source	<1 %
58	id.123dok.com Internet Source	<1 %
59	Fera Novitry, Rizka Agustin. "Determinan Kepemilikan Jamban Sehat di Desa Sukomulyo Martapura Palembang", Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan, 2017 Publication	<1 %
60	anyflip.com Internet Source	<1 %
61	press.umsida.ac.id Internet Source	<1 %
62	www.ayobandung.com Internet Source	<1 %
63	archive.org Internet Source	<1 %
64	chaty2014.wordpress.com	

---

Internet Source

<1 %

65

stutzartists.org

Internet Source

<1 %

Exclude quotes  On

Exclude matches  Off

Exclude bibliography  On