ASUHAN PATOLOGI KEBIDANAN

Plus Contoh Asuhan Kebidanan

Sujiyatini, S.Si.T., M.Keb.
Mufdlilah, S.Pd., S.Si.T., M.Sc.
Asri Hidayat, S.Si.T., M.Keb.

nuMed

ASUHAN PATOLOGI KEBIDANAN

Plus Contoh Asuhan Kebidanan

Cetakan Pertama, September 2009
ISBN: 978-979-1446-49-5

Penulis : Sujiyatini, S.Si.T., M.Keb.
Mufdlilah, S.Pd., S.Si.T., M.Sc.
Asri Hidayat, S.Si.T., M.Keb.
Editor : Ari Setiawan
Desain Cover : aBAY
Setting : John Budi
Diterbitkan oleh : *Nuha Medika*
Jl. Sadewa No. 1, Sorowajan Baru
Yogjakarta Telp. (0274) 6538632,
e-mail: nuhamedika@gmail.com

Isi Diluar Tanggung-jawab Penerbit dan Percetakan

HAK CIPTA DILINDUNGI UNDANG-UNDANG
Dilarang memperbanyak isi buku ini, baik sebagian maupun seluruhnya, dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Sanksi Pelanggaran Pasal 44 UU No. 12 Tahun 1997 Tentang Hak Cipta

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,00 (seratus juta rupiah)
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)

PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Illahi Robbi atas terselesaikannya buku ini. Pembuatan buku ini bermula dari minimnya referensi tentang buku-buku yang secara khusus membahas tentang patologi kebidanan. Buku ini merupakan buku catatan kuliah bagi mahasiswa, sebagai pelengkap dari buku-buku lain yang sudah ada.

Patologi merupakan cabang bidang kedokteran yang berkaitan dengan ciri-ciri dan perkembangan penyakit melalui analisis perubahan fungsi atau keadaan bagian tubuh.bidang patologi terdiri atas patologi anatomi dan patologi klinik. Ahli patologi anatomi membuat kajian dengan mengkaji organ sedangkan ahli patologi klinik mengkaji perubahan pada fungsi yang nyata pada fisiologi tubuh. Ada beberapa macam patologi kebidanan yang harus di antisipasi oleh setiap bidan dan tenaga kesehatan lainnya. masalah ini harus di perhatikan. Pada kajian buku ini akan membahas 3 macam patologi yang sering dibicarakan dalam kajian kebidanan yang berkaitan dengan ibu hamil. Kajiannya meliputi :

a. Patologi kehamilan
b. Patologi persalinan
c. Patologi nifas
d. Contoh Askeb Patologi Kebidanan.

Penulis mohon maaf bila dalam pembahasan buku ini masih ada keselahan, kritik yang membangun sangat penulis harapkan. Semoga buku ini dapat menambah khazanah ilmu kebidanan khususnya dan ilmu kesehatan pada umumnya. Terimakasih

Penulis

DAFTAR ISI

PENGANTAR — iii

DAFTAR ISI — v

BAB I : PATOLOGI — 1
Patologi kebidanan — 2

BAB II : PATOLOGI KEHAMILAN — 3

I. MOLA HIDATIDOSA (HAMIL ANGGUR) — 3

A. Pengertian — 3
B. Etiologi — 4
C. Patofisiologi — 4
D. Gambaran Klinik — 5
E. Anatomi Fisiologi — 6
F. Tes Diagnostik — 8
G. Penatalaksanaan Medik — 8
H. Pemeriksaan Penunjang — 9
I. Penanganan — 10
J. Komplikasi — 12
K. Diagnosa Keperawatan yang Lazim Muncul — 12

II. KETUBAN PECAH DINI — 13

A. Pengertian — 13

B. Etiologi — 13
C. Tanda dan Gejala — 14
D. Diagnosa — 15
E. Pemeriksaan Penunjang — 16
F. Komplikasi — 17
G. Penatalaksanaan — 17
H. Pencegahan — 21

III. ABORTUS (ABORSI) — 22
A. Pengertian — 22
B. Etiologi — 24
C. Patofisiologi — 30
D. Diagnosis — 30
E. Komplikasi — 30
F. Penatalaksanaan — 32
G. Pengobatan — 33

IV KEHAMILAN LEWAT WAKTU (POST DATE) — 34
A. Pengertian — 34
B. Etiologi — 35
C. Manifestasi Klinis — 35
D. Diagnosis — 36
E. Pemeriksaa Penunjang — 36
F. Penatalaksanaan — 37

V. PERSALINAN PRETERM (PARTUS PREMATURE) — 38
A. Pengertian — 38
C. Etiologi — 40
D. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan preterm — 40
E. Kondisi yang menimbulkan kontraksi — 41
F. Faktor Risiko Prematuritas — 42

G. Kriteria Diagnosis — 43
H. Penatalaksanaan — 44
I. Komplikasi — 46

VI. KEHAMILAN EKTOPIK — 46

A. Pengertian — 46
B. Etiologi — 47
C. Patofisiologi — 47
D. Manifestasi Klinik — 48
E. Diagnosis — 48
D. Penatalaksanaan — 49
E. Komplikasi — 50
F. Prognosis — 50
G. Diagnosa Banding — 50

VII. SOLUSIO PLASENTA — 51

A. Pengertian — 51
B. Etiologi — 53
C. Patofisiologi — 54
D. Gambaran Klinis — 54
E. Diagnosis — 55
F. Komplikasi — 56
G. Penatalaksanaan —56
H. Pengelolaan — 57

VII. PRE EKLAMPSIA — 58

A. Pre Eklampsia Ringan — 58
B. Pre Eklampsia Berat — 61

IX. EKLAMPSIA —67

A. Pengertian — 67
B. Patofisiologi — 67
C. Gejala Klinis — 67

E. Penatalaksanaan — 67
F. Terminasi Kehamilan — 68

X. PLASENTA PREVIA 69
A. Pengertian — 69
B. Etiologi — 69
C. Patofisiologi — 69
D. Manifestasi Klinis — 70
E. Penatalaksanaan — 70
F. Diagnosis — 72
G. Pemeriksaan Penunjang — 72
H. Komplikasi — 72

BAB III : PATOLOGI PERSALINAN — 85

A. Faktor Ibu — 86
B. Faktor Bayi — 94

BAB IV : PATOLOGI NIFAS — 101

A. Depresi Pada Masa Nifas — 105
B. Infeksi Kala Nifas — 105
C. Perdarahan Nifas Sekunder — 109

DAFTAR PUSTAKA — 113

LAMPIRAN CONTOH ASKEB PATOLOGI — 119

BAB I
PATOLOGI

Patologi merupakan cabang bidang kedokteran yang berkaitan dengan ciri-ciri dan perkembangan penyakit melalui analisis perubahan fungsi atau keadaan bagian tubuh.Bidang patologi terdiri atas patologi anatomi dan patologi klinik. Ahli patologi anatomi membuat kajian dengan mengkaji organ sedangkan ahli patologi klinik mengkaji perubahan pada fungsi yang nyata pada fisiologi tubuh.

Patologi anatomi ialah spesialisasi medis yang berurusan dengan diagnosis penyakit berdasarkan pada pemeriksaan kasar, mikroskopik, dan molekuler atas organ, jaringan, dan sel. Di banyak negeri, dokter yang berpraktek patologi dilatih dalam patologi anatomi dan patologi klinik, diagnosis penyakit melalui analisis laboratorium pada cairan tubuh.

Patolog anatomi mendiagnosis penyakit dan memperoleh informasi yang berguna secara klinis melalui pemeriksaan jaringan dan sel, yang umumnya melibatkan pemeriksaan visual kasar dan mikroskopik pada jaringan, dengan pengecatan khusus dan imunohistokimia yang dimanfaatkan untuk memvisualisasikan protein khusus dan zat lain pada dan di sekeliling sel. Kini, patolog anatomi mulai mempergunakan biologi molekuler untuk memperoleh informasi klinis tambahan dari spesimen yang sama.

Patologi kebidanan

Ada beberapa macam patologi kebidanan yang harus di antisipasi oleh setiap bidan dan tenaga kesehatan lainnya.masalah ini harus di perhatikan

Pada kajian buku ini akan membahas 3 macam patologi yang sering dibicarakan dalam kajian kebidanan yang berkaitan dengan ibu hamil. Kajiannya meliputi :

a. Patologi kehamilan
b. Patologi persalinan
c. Patologi nifas
d. Contoh Asuhan kebidanan Patologi

BAB II
PATOLOGI KEHAMILAN

Patologi kehamilan adalah penyulit atau gangguan atau komplikasi yang menyertai ibu saat hamil. Adapun bentuk patologi kehamilan adalah sebagai berikut:

I. MOLA HIDATIDOSA (HAMIL ANGGUR)

A. Pengertian

Mola hidatidosa adalah chorionic villi (jonjotan/gantungan) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur atau mata ikan. Karena itu disebut juga hamil anggur atau mata ikan. (Mochtar, Rustam, dkk, 1998 : 238) Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus korialis langka, vaskularisasi dan edematus. Janin biasanya meninggal akan tetapi villus-villus yang membesar dan edematus itu hidup dan tumbuh terus, gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus buah anggur. (Wiknjosastro, Hanifa, dkk, 2002 : 339) Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal di mana hampir seluruh villi kariolisnya mengalami perubahan hidrofobik. (Mansjoer, Arif, dkk, 2001 : 265)

Mola hidatidosa adalah kelainan villi chorialis yang terdiri dari berbagai tingkat proliferasi tropoblast dan edema stroma villi. (Jack A. Pritchard, dkk, 1991 : 514). Mola hidatidosa adalah pembengkakan

kistik, hidropik, daripada villi choriales, sdisertai proliperasi hiperplastik dan anaplastik epitel chorion. Tidak terbentuk fetus (Soekojo, Saleh, 1973 : 325). Mola hidatidosa adalah perubahan abnormal dari villi korionik menjadi sejumlah kista yang menyerupai anggur yang dipenuhi dengan cairan. Embrio mati dan mola tumbuh dengan cepat, membesarnya uterus dan menghasilkan sejumlah besar human chorionic gonadotropin (hCG) (Hamilton, C. Mary, 1995 : 104

Mola hidatidosa adalah penyakit yang berasal dari kelainan pertumbuhan trofoblas plasenta atau calon plasenta dan disertai dengan degenerasi kistik villi dan perubahan hidropik. Hamil anggur atau Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal berupa tumor jinak yang terjadi sebagai akibat kegagalan pembentukan “bakal janin”, sehingga terbentuk jaringan permukaan membran (vili) mirip gerombolan buah anggur.

B. Etiologi

Penyebab mola hidatidosa tidak diketahui secara pasti, namun faktor penyebabnya adalah:

a. Faktor ovum: ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan.
b. Imunoselektif dari tropoblast
c. Keadaan sosio-ekonomi yang rendahd. Paritas tinggi
e. Kekurangan protein
f. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas (Mochtar, Rustam ,1998 : 238)

C. Patofisiologi

Mola hidatidosa dapat terbagi menjadi :

a. Mola hidatidosa komplet (klasik), jika tidak ditemukan janin
b. Mola hidatidosa inkomplet (parsial), jika disertai janin atau bagian janin.

Ada beberapa teori yang diajukan untuk menerangkan patogenesis dari penyakit trofoblast: Teori missed abortion. Mudigah mati pada kehamilan 3 – 5 minggu karena itu terjadi gangguan peredarah darah sehingga terjadi penimbunan cairan masenkim dari villi dan akhirnya terbentuklah gelembung-gelembung. Teori neoplasma dari Park. Sel-sel trofoblast adalah abnormal dan memiliki fungsi yang abnormal dimana terjadi reabsorbsi cairan yang berlebihan ke dalam villi sehigga timbul gelembung. Studi dari Hertig lebih menegaskan lagi bahwa mola hidatidosa semata-mata akibat akumulasi cairan yang menyertai degenerasi awal atau tiak adanya embrio komplit pada minggu ke tiga dan ke lima. Adanya sirkulasi maternal yang terus menerus dan tidak adanya fetus menyebabkan trofoblast berproliferasi dan melakukan fungsinya selama pembentukan cairan.(Silvia, Wilson, 2000 : 467)

D. Gambaran Klinik

Gambaran klinik yang biasanya timbul pada klien dengan ”mola hidatidosa adalah:

a. Amenore dan tanda-tanda kehamilan
b. Perdarahan pervaginam berulang. Darah cenderung berwarna coklat. Pada keadaan lanjut kadang keluar gelembung mola.
c. Pembesaran uterus lebih besar dari usia kehamilan.
d Tidak terabanya bagian janin pada palpasi dan tidak terdengarnya BJJ sekalipun uterus sudah membesar setinggi pusat atau lebih.
e. Preeklampsia atau eklampsia yang terjadi sebelum kehamilan 24 minggu.
(Mansjoer, Arif, dkk, 2001 : 266)

E. Anatomi Fisiologi

1. Anatomi

Uterus adalah organ yang tebal, berotot, berbentuk buah pear, terletak dalam rongga panggul kecil di antara kandung kemih dan anus, ototnya desebut miometrium dan selaput lendir yang melapisi bagian dalamnya disebut endometrium. Peritonium menutupi sebagian besar permukaan luar uterus, letak uterus sedikit anteflexi pada bagian lehernya dan anteversi (meliuk agak memutar ke depan) dengan fundusnya terletak di atas kandung kencing. Bagian bawah bersambung dengan vagina dan bagian atasnya tuba uterin masuk ke dalamnya. Ligamentum latum uteri dibentuk oleh dua lapisan peritoneum, di setiap sisi uterus terdapat ovarium dan tuba uterina. Panjang uterus 5 – 8 cm dengan berat 30 – 60 gram. (Verrals, Silvia, 2003 : 164)

Uterus terbagi atas 3 bagian yaitu:

a). Fundus : bagian lambung di atas muara tuba uterina
b). Badan uterus : melebar dari fundus ke serviks
c). Isthmus : terletak antara badan dan serviks

Bagian bawah serviks yang sempit pada uterus disebut serviks. Rongga serviks bersambung dengan rongga badan uterus melalui os interna (mulut interna) dan bersambung dengan rongga vagina melalui os eksterna. Ligamentum pada uterus:

1. Ligamentum teres uteri : ada dua buah kiri dan kanan. Berjalan melalui annulus inguinalis, profundus ke kanalis iguinalis. Setiap ligamen panjangnya 10 – 12,5 cm, terdiri atas jaringan ikat dan otot, berisi pembuluh darah dan ditutupi peritoneum. Peritoneum di antara kedua uterus dan kandung kencing di depannya, membentuk kantong utero-vesikuler. Di bagian belakang, peritoneum membungkus badan dan serviks uteri dan melebar ke bawah sampai fornix posterior vagina,

selanjutnya melipat ke depan rectum dan membentuk ruang retri-vaginal.

2. Ligamentum latum uteri : Peritoneum yang menutupi uterus, di garis tengh badan uterus melebar ke lateral membentuk ligamentum lebar, di dalamnya terdapat tuba uterin, ovarium diikat pada bagian posterior ligamentum latum yang berisi darah dan saluran limfe untuk uterus maupun ovarium.

2. Fisiologi

Untuk menahan ovum yang telah dibuahi selama perkembangan sebutir ovum, sesudah keluar dari overium diantarkan melalui tuba uterin ke uterus (pembuahan ovum secara normal terjadi dalam tuba uterin) sewaktu hamil yang secara normal berlangsung selama 40 minggu, uterus bertambah besar, tapi dindingnya menjadi lebih tipis tetapi lebih kuat dan membesar sampai keluar pelvis, masuk ke dalam rongga abdomen pada masa fetus.

Pada umumnya setiap kehamilan berakhir dengan lahirnya bayi yang sempurna. Tetapi dalm kenyataannya tidak selalu demikian. Sering kali perkembangan kehamilan mendapat gangguan. Demikian pula dengan penyakit trofoblast, pada hakekatnya merupakan kegagalan reproduksi. Di sini kehamilan tidak berkembang menjadi janin yang sempurna, melainkan berkembang menjadi keadaan patologik yang terjadi pada minggu-minggu pertama kehamilan, berupa degenerasi hidrifik dari jonjot karion, sehingga menyerupai gelembung yang disebut ”mola hidatidosa”. Pada ummnya penderita ”mola hidatidosa akan menjadi baik kembali, tetapi ada diantaranya yang kemudian mengalami degenerasi keganasan yang berupa karsinoma. (Wiknjosastro, Hanifa, 2002 : 339)

F. Tes Diagnostik

a. Pemeriksaan kadar beta hCG : pada mola terdapat peningkatan kadar beta hCG darah atau urin
b. Uji Sonde : Sonde (penduga rahim) dimasukkan pelan-pelan dan hati-hati ke dalam kanalis servikalis dan kavum uteri. Bila tidak ada tahanan, sonde diputar setelah ditarik sedikit, bila tetap tidak ada tahanan, kemungkinan mola (cara Acosta-Sison)
c. Foto rontgen abdomen : tidak terlihat tilang-tulang janini (pada kehamilan 3 – 4 bulan
d. Ultrasonografi : pada mola akan terlihat badai salju (snow flake pattern) dan tidak terlihat janin
e. Foto thoraks : pada mola ada gambaram emboli udara
f. Pemeriksaan T3 dan T4 bila ada gejala tirotoksikosis (Arif Mansjoer, dkk, 2001: 266)

G. Penatalaksanaan Medik

a. Penanganan yang biasa dilakukan pada mola hidatidosa adalah :Diagnosis dini akan menguntungkan prognosis
b. Pemeriksaan USG sangat membantu diagnosis. Pada fasilitas kesehatan di mana sumber daya sangat terbatas, dapat dilakukan :
   Evaluasi klinik dengan fokus pada :
   Riwayat haid terakhir dan kehamilan;
   Perdarahan tidak teratur atau spotting;
   Pembesaran abnormal uterus;
   Pelunakan serviks dan korpus uteri;
   Kajian uji kehamilan dengan pengenceran urin; Pastikan tidak ada janin (Ballottement) atau DJJ sebel um upaya diagnosis dengan perasat Hanifa Wiknjosastro atau Acosta Sisson
c. Lakukan pengosongan jaringan mola dengan segera

d. Antisipasi komplikasi (krisis tiroid, perdarahan hebat atau perforasi uterus)
e. Lakukan pengamatan lanjut hingga minimal 1 tahun.

Selain dari penanganan di atas, masih terdapat beberapa penanganan khusus yang dilakukan pada pasien dengan mola hidatidosa, yaitu :

- ✓ Segera lakukan evakuasi jaringan mola dan sementara proses evakuasi berlangsung berikan infus 10 IU oksitosin dalam 500 ml NaCl atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes per menit (sebagai tindakan preventif terhadap perdarahan hebat dan efektifitas kontraksi terhadap pengosongan uterus secara tepat).
- ✓ Pengosongan dengan Aspirasi Vakum lebih aman dari kuretase tajam. Bila sumber vakum adalah tabung manual, siapkan peralatan AVM minimal 3 set agar dapat digunakan secara bergantian hingga pengosongan kavum uteri selesai.
- ✓ Kenali dan tangani komplikasi seperti tirotoksikasi atau krisis tiroid baik sebelum, selama dan setelah prosedur evakuasi. Anemia sedang cukup diberikan Sulfas Ferosus 600 mg/hari, untuk anemia berat lakukan transfuse.
- ✓ Kadar hCG diatas 100.000 IU/L praevakuasi menunjukkan masih terdapat trofoblast aktif (diluar uterus atau invasif), berikan kemoterapi MTX dan pantau beta-hCG serta besar uterus secara klinis dan USG tiap 2 minggu.
- ✓ Selama pemantauan, pasien dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi hormonal (apabila masih ingin anak) atau tubektomy apabila ingin menghentikan fertilisasi.

H. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang mola hidatidosa :

- Foto toraks

- HCG urin atau serum
- USG
- Uji sonde menurut Hanifa. Tandanya yaittu sonde yang dimasukkan tanpa tahanan dan dapat diputar 360 derajat dengan deviasi sonde kurang dari 10 derajat.
- T3 & T4 bila ada gejala tirotoksikosis..

I. Penanganan

1. Terapi mola hidatidosa ada 3 tahapan yaitu :
    1. Perbaikan keadaan umum
    2. Pengeluaran jaringan mola dengan cara kuretase dan histerektomi
    3. Pemeriksaan tindak lanjut

1.1 Perbaikan Keadaan Umum Perbaikan keadaan umum pada pasien mola hidatidosa, yaitu :

- Koreksi dehidrasi
- Transfusi darah bila ada anemia (Hb 8 ggr% atau kurang)
- Bila ada gejala pre eklampsia dan hiperremesis gravidarum, diobati sesuai dengan protokol penanganan di bagian obstetri & ginekologi fakultas kedokteran UNHAS
- Bila ada gejala-gejala tirotoksikosis, dikonsul ke bagian penyakit dalam.

2.1 Kuretase

Kuretase pada pasien mola hidatidosa :

- ✓ Dilakukan setelah pemeriksaan persiapann selesai (pemeriksaan darah rutin, kadar beta HCG dan foto toraks) kecuali bila jaringan mola sudah keluar spontan.
- ✓ Bila kanalis servikalis belum terbuka mmaka dilakukan pemasangan laminaria dan kuretase dilakukan 24 jam kemudian.

- ✓ Sebelum melakukan kuretase, sediakan daarah 500 cc dan pasang infus dengan tetesan oksitosin 10 IU dalam 500 cc dektrose 5%.
- ✓ Kuretase dilakukan 2 kali dengan intervval minimal 1 minggu.
- ✓ Seluruh jaringan hasil kerokan dikirim ke laboratorium PA.

2.2 Histerektomi

Syarat melakukan histerektomi adalah :

- Umur ibu 35 tahun atau lebih.
- Sudah memiliki anak hidup 3 orang atau lebih.

3.1 Pemeriksaan Tindak Lanjut

Pemeriksaan tindak lanjut pada pasien mola hidatidosa meliputi :

- Lama pengawasan 1-2 tahun.
- Selama pengawasan, pasien dianjurkan untuk memakai kontrasepsi kondom, pil kombinasi atau diafragma. Pemeriksaan fisik dilakukan setiap kali pasien datanguntuk kontrol.
- Pemeriksaan kadar beta HCG dilakukan seetiap minggu sampai ditemukan kadarnya yang normal 3 kali berturut-turut.
- Setelah itu pemeriksaan dilanjutkan settiap bulan sampai ditemukan kadarnya yang normal 6 kali berturut-turut.
- Bila telah terjadi remisi spontan (kadaar beta HCG, pemeriksaan fisik, dan foto toraks semuanya normal) setelah 1 tahun maka pasien tersebut dapat berhenti menggunakan kontrasepsi dan dapat hamil kembali.
- Bila selama masa observasi, kadar beta HCG tetap atau meningkat dan pada pemeriksaan foto toraks ditemukan adanya tanda-tanda metastasis maka pasien harus dievaluasi

dan dimulai pemberian kemoterapi.

J. Komplikasi

Komplikasi mola hidatidosa meliputi :

- Perdarahan hebat
- Anemis
- Syok
- Infeksi
- Perforasi uterus
- Keganasan (PTG)

K. Diagnosa Keperawatan yang Lazim Muncul

Secara singkat diagnosa keperawatan dapat diartikan: Sebagai rumusan atau keputusan atau keputusan yang diambil sebagai hasil dari pengkajian keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang digambarkan sebagai respon seseorang atau kelompok (keadan kesehatan yang merupakan keadaan aktual maupun potensial) dimana perawat secara legal mengidentifikasi, menetapkan intervensi untuk mempertahankan keadaan kesehatan atau menurunkan. (Carpenito, Lynda, 2001: 458)

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada kasus ”mola hidatidosa” adalah :

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri
4. Gangguan rasa nyaman: hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
5. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan
6. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah
7. Risiko terjadi infeksi berhubungan dengan tindakan kuretase

8. Risiko terjadinya gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan adanya perdarahan

II. KETUBAN PECAH DINI

A. Pengertian

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

KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat komplek, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS.

B. Etiologi

Walaupun banyak publikasi tentang KPD, namun penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predesposisi adalah:

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD. Servik yang inkompetensia, kanalis sevikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage). Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gemelli. Trauma oleh beberapa ahli disepakati sebagai

faktor predisisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabakan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

Keadaan sosial ekonomi Faktor lain:

a) Faktor golonngan darah Akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jarinngan kulit ketuban.
b) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
c) Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan ante-partum.
d) Defisiesnsi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C).

Pada sebagian besar kasus, penyebabnya belum ditemukan. Faktor yang disebutkan memiliki kaitan dengan KPD yaitu riwayat kelahiran prematur, merokok, dan perdarahan selama kehamilan. Beberapa faktor risiko dari KPD :

1. Inkompetensi serviks (leher rahim)
2. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih)
3. Riwayat KPD sebelumya
4. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
5. Kehamilan kembar
6. Trauma
7. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu

Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis

C. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes

melalui vagina. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.

Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi

D. Diagnosa

Menegakkan diagnosa KPD secara tepat sangat penting. Karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkakn bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnosa yang negatif palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu diperlukan diagnosa yang cepat dan tepat.

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

1. Anamnesa

   Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir atau ngepyok. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluanya cairan tersebut tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.
2. Inspeksi

   Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.
3. Pemeriksaan dengan spekulum.

   Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar

cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, megejan atau megadakan manuvover valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornik anterior.

4. Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya diulakaukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboraturium

   Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau sekret vagina. Sekret vagina ibu hamil pH : 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. 1.a. Tes Lakmus (tes Nitrazin), jika krtas lakmus merah berubah menjadi birumenunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7 – 7,5, darah dan infeksi vagina dapat mengahsilakan tes yang positif palsu. 1.b. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

2. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahn pada penderita oligohidromnion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sedehana.

F. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusar dapat terjadi pada KPD.

Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD preterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

- ✓ Infeksi intrauterin
- ✓ Tali pusat menumbung
- ✓ Prematuritas
- ✓ Distosia

G. Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini ternasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksaan KPD masih dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan, selama masih

beberapa masalah yang masih belum terjawab. Kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis.

Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS, dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diuketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaann ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsi pada janin merupakan sebab utama meningginya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya perode laten. Kebanyakan penulis sepakat mengambil 2 faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita KPD yaitu umur kehamilan dan ada tidaknmya tanda-tanda infeksi pada ibu.

1. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (> 37 Minggu).

   Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi KPD keduanya mempunyai hubunngan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan disebut periode latent = L.P = “lag” period. Makin muda umur kehamilan makin memanjangL.P-nya. Pada hakekatnya kulit ketuban yang

pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya. Sekitar 70-80 % krhamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kulit ketuban pecah, bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan,dan bila gagal dilakukan bedah caesar.

Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun antibiotik tidak berfaeadah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamninitis lebih penting dari pada pengobatanya sehingga pemberian antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis KPD ditegakan dengan pertimbangan : tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi, proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis meyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu samapai 6-8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten durasi KPD dapat diperpendek sehingga resiko infeksi dan trauma obstetrik karena partus tindakan dapat dikurangi.

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Induksi dilakukan dengan mempehatikan bishop score jika > 5 induksi dapat dilakukan, sebaliknya < 5, dilakukan pematangan servik, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksiosesaria.

2. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm (< 37 minggu)

Pada kasus-kasus KPD dengan umur kehamilan yang kurang

bulan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi pengelolaanya bersifat koservatif disertai pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksi. Penderita perlu dirawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uteronelaksen atau tocolitic agent diberikan juga tujuan menunda proses persalinan.

Tujuan dari pengelolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada pnderita KPD kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlansung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulakan komplikasi-komplikasi yang kadang-kadang tidak ringan. Komplikasi-kompliksai yang dapat terjadi gawat janin sampai mati, tetani uteri, ruptura uteri, emboli air ketuban, dan juga mungkin terjadi intoksikasi.

Kegagalan dari induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedan sesar. Seperti halnya pada pengelolaan KPD yang cukup bulan, tidakan bedah sesar hendaknya dikerjakan bukan semata-mata karena infeksi intrauterin tetapi seyogyanya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, gawat janin, partus tak maju, dll. (11,17)

Selain komplikasi-kompilkasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabakan komplikasi yang berbahaya, maka perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga dikatan pengolahan konservatif adalah

menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterin.

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leokosit darah tepi setiap hari, pem,eriksaan tanda-tanda vital terutama temperatur setiap 4 jam, pengawasan denyut jamtung janin, pemberian antibiotik mulai saat diagnosis ditegakkan dan selanjutnya setiap 6 jam.

Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS.(The National Institutes of Health (NIH) telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intramanion. Sedian terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg i.m tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg tiap12jam.

H. Pencegahan

Beberapa pencegahan dapat dilakukan namun belum ada yang terbukti cukup efektif. Mengurangi aktivitas atau istirahat pada akhir triwulan kedua atau awal triwulan ketiga dianjurkan.

Ada 3 macam bentuk solusio berdasarkan jumlah plasenta yang terlepas. Bila plasenta terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila sebagian disebut solusio plasenta parsialis. Dan, bila hanya sebagian kecil pinggir plasenta disebut ruptura sinus marginalis.

Perdarahan yang terjadi pada solusio tidak selalu terlihat dari luar. Pada kasus yang jarang, darah dapat tidak mengalir, tetapi tertahan di antara bagian plasenta yang lepas dan uterus sehingga terjadi

perdarahan tersembunyi. Bahkan, perdarahan dapat menembus selaput ketuban lalu masuk ke dalam kantong ketuban.

III. ABORTUS (ABORSI)

A. Pengertian

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. (Mansjoer,Arief dkk, 2001). Aborsi ialah Menggugurkan kandungan atau dalam dunia kedokteran dikenal dengan istilah "abortus". Berarti pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dan sel sperma) sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Ini adalah suatu proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk bertumbuh.

Gugur kandungan atau aborsi (bahasa Latin: abortus) adalah berhentinya kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu yang mengakibatkan kematian janin. Apabila janin lahir selamat (hidup) sebelum 38 minggu namun setelah 20 minggu, maka istilahnya adalah kelahiran prematur.

Aborsi adalah keluarnya janin sebelum mencapai viabilitas. Dimana masa getasi belum mencapai 20/22/28 minggu (berbeda tiap literatur) dan beratnya kurang dari 500gr. Kelainan dalam kehamilan ada beberapa macam yaitu abortus spontan, abortus buatan, dan terapeutik. Biasanya abortus spontan dikarenakan kurang baiknya kualitas sel telur dan sel sperma. Abortus buatan merupakan pengakhiran kehamilan dengan disengaja sebelum usia kandungan 28 minggu. Pengguguran kandungan buatan karena indikasi medik disebut abortus terapeutik. Berdasarkan jenisnya abortus juga dibagi menjadi abortus imminens, abortus insipien, abortus inkomplet, abortus komplet, missed abortion, dan abortus habitualis.

1. Abortus imminens (*threatened*)

Suatu abortus imminens dicurigai bila terdapat pengeluaran vagina yang mengandung darah, atau perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan. Suatu abortus imminens dapat atau tanpa disertai rasa mulas ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu.

Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks.Sementara pemeriksaandengan *real time ultrasound* pada panggul menunjukkan ukuran kantong amnion normal, jantung janin berdenyut, dan kantong amnion kosong, servik tertutup, dan masih terdapat janin utuh.

2. Abortus insipiens (*inevitable*)

   Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolik uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi ostium serviks dengan bagian kantong konsepsi menonjol. Hasil pemeriksaan USG mungkin didapatkan jantung janin masih berdenyut, kantong gestasi kosong (5-6,5 minggu), uterus kosong (3-5 minggu) atau perdarahan subkhorionik banyak di bagian bawah.

3. Abortus inkompletus (*incomplete*)

   Abortus inkompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis dan irreguler.

4. Abortus kompletus (*complete*)

Pada abortus kompletus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif. Pada pemeriksaan USG didapat—kan uterus yang kosong.

5. *Missed abortion*

Missed abortion adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

6 Abortus habitualis (*habitual abortion*)

Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

B. Etiologi

1. Hal yang dapat menyebabkan abortus dapat dibagi menjadi:
   1.1 Infeksi akut virus, misalnya cacar, rubella, hepatitis. Infeksi bakteri, misalnya streptokokus. Parasit, misalnya malaria.
   1.2 Infeksi kronis Sifilis, biasanya menyebabkan abortus pada trimester kedua. Tuberkulosis paru, aktif, pneumonia. Keracunan, misalnya keracunan tembaga, timah, air raksa, dll.
2. Penyakit kronis, misalnya :
   hipertensi
   nephritis
   diabetes
   anemia berat
   penyakit jantung
   toxemia gravidarum

Gangguan fisiologis, misalnya Syok, ketakutan, dll.
Trauma fisik.

3. Penyebab yang bersifat lokal:
   Fibroid, inkompetensia serviks.
   Radang pelvis kronis, endometrtis.
   Retroversi kronis.
   Hubungan seksual yang berlebihan sewaktu hamil, sehingga menyebabkan hiperemia dan abortus.
   Kelainan alat kandungan.
   Gangguan kelenjar gondok.
   Penyebab dari segi Janin / Plasenta
   Kematian janin akibat kelainan bawaan.
   Kelainan kromosom
   Linkungan yang kurang sempurna.

Penyakit plasenta, misalnya inflamasi dan degenerasi Abortus spontan dapat terjadi pada trimester pertama kehamilan yang meliputi 85% dari kejadian abortus spontan dan cenderung disebabkan oleh faktor-faktor fetal. Sementara abortus spontan yang terjadi pada trimester kedua lebih cenderung disebabkan oleh faktor-faktor maternal termasuk inkompetensia serviks, anomali kavum uterus yang kongenital atau didapat, hipotiroid, diabetes mellitus, nefritis kronik, infeksi akut oleh penggunaan kokain, gangguan immunologi, dan gangguan psikologis tertentu.

Faktor-faktor penyebab terjadinya abortus spontan :

a. ***Faktor fetal***

Sekitar 2/3 dari abortus spontan pada trimester pertama merupakan anomali kromosom dengan ½ dari jumlah tersebut

adalah trisomi autosom dan sebagian lagi merupakan triploidi, tetraploidi, atau monosomi 45X.

b. ***Faktor maternal***

1. Faktor-faktor endokrin

Beberapa gangguan endokrin telah terlibat dalam abotus spontan berulang, termasuk diantaranya adalah diabetes mellitus tak terkontrol, hipo dan hipertiroid, hipersekresi *luteinezing hormone*, insufisiensi korpus luteum atau disfungsi fase lutealdan penyakit polikistik ovarium . Pada perkembangan terbaru peranan hiperandrogenemiadan hiperprolaktinemia telah dihubungkan dengan terjadinya abortus yang berulang.

2. Faktor-faktor anatomi

Anomali uterus termasuk malformasi kongenital, defek uterus yang didapat (*Astherman's syndrome* dan defek sekunder terhadap dietilestilbestrol), leiomyoma, dan inkompentensia serviks . Meskipun anomali-anomali ini sering dihubungkan dengan abortus spontan, insiden, klasifikasi dan peranannya dalam etiologi masih belum diketahui secara pasti . Abnormalitas uterus terjadi pada 1,9% dalam populasi wanita, dan 13 sampai 30% wanita dengan abortus spontan berulang . Penelitian lain menunjukkan bahwa wanita dengan anomali didapat seperti *Asherman's syndrome,* adhesi uterus, dan anomali didapat melalui paparan dietilestilbestrol memiliki angka kemungkinan hidup fetus yang lebih rendahdan meningkatnya angka kejadian abortus spontan .

3. Faktor-faktor immunologi

Pada kehamilan normal, sistem imun maternal tidak bereaksi terhadap spermatozoa atau embrio. Namun 40% pada abortus berulang diperkirakan secara immunologis kehadiran fetus tidak dapat diterima . Respon imun dapat dipicu oleh

beragam faktor endogen dan eksogen, termasuk pembentukan antibodi antiparental, gangguan autoimun yang mengarah pada pembentukan antibodi autoimun (antibodi antifosfolipid, antibodi antinuclear, aktivasi sel B poliklonal), infeksi, bahan-bahan toksik, dan stress .

4. Trombofilia

Trombofilia merupakan keadaan hiperkoagulasi yang berhubungan dengan predisposisi terhadap trombolitik. Kehamilan akan mengawali keadaan hiperkoagulasi dan melibatkan keseimbangan antara jalur prekoagulan dan antikoagulan . Trombofilia dapat merupakan kelainan yang herediter atau didapat. Terdapat hubungan antara antibodi antifosfolipid yang didapat dan abortus berulangdan semacam terapi dan kombinasi terapi yang melibatkan heparin dan aspirin telah direkomendasikan untuk menyokong pemeliharaan kehamilan sampai persalinan. Pada sindrom antifosfolipid, antibodi antifosfolipid mempunyai hubungan dengan kejadian trombosis vena, trombosis arteri, abortus atau trombositopenia. Namun, mekanisme pasti yang menyebabkan antibodi antifosfolipid mengarah ke trombosis masih belum diketahui. Pada perkembangan terbaru, beberapa gangguan trombolitik yang herediter atau didapat telah dihubungkan dengan abortus berulang termasuk faktor V Leiden, defisiensi protein antikoagulan dan antitrombin, hiperhomosistinemia, mutasi genetik protrombin, dan mutasi homozigot pada gen metileneterhidrofolat reduktase .

5. Infeksi

Infeksi-infeksi maternal yang memperlihatkan hubungan yang jelas dengan abortus spontan termasuk sifilis, parvovirus B19, HIV, dan malaria. Brusellosis, suatu penyakit zoonosis yang paling sering menginfeksi manusia melalui produk susu yang tidak dipasteurisasi juga dapat menyebabkan abortus spontan . Suatu

penelitian retrospektif terbaru di Saudi Arabia menemukan bahwa hampir separuh (43%) wanita hamil yang didiagnosa menderita brusellosis akut pada awal kehamilannya mengalami abortus spontan pada trimester pertama atau kedua kehamilannya .

6. Faktor-faktor eksogen, meliputi:

Bahan-bahan kimia:

- Gas anestesi

  Nitrat oksida dan gas-gas anestesi lain diyakini sebagai faktor resiko untuk terjadinya abortus spontan. Pada suatu tinjauan oleh Tannenbaum dkk , wanita yang bekerja di kamar operasi sebelum dan selama kehamilan mempunyai kecenderungan 1,5 sampai 2 kali untuk mengalami abortus spontan. Pada suatu penelitian meta analisis yang lebih baru, hubungan antara pekerjaan maternal yang terpapar gas anestesi dan resiko abortus spontan digambarkan adalah 1,48 kali daripada yang tidak terpapar.

- Air yang tercermar

  Beberapa penelitian epidemiologi telah mendapatkan data dari fasilitas-fasilitas air di daerah perkotaan untuk mengetahui paparan lingkungan. Suatu penelitian prospektif di California menemukan hubungan bermakna antara resiko abortus spontan pada wanita yang terpapar trihalometana dan terhadap salah satu turunannya, bromodikhlorometana. Demikian juga wanita yang tinggal di daerah Santa Clara, daerah yang dengan kadar bromida pada air permukaan paling tinggi tersebut, memiliki resiko 4 kali lebih tinggi untuk mengalami abortus spontan.

- Dioxin

  Dioxin telah terbukti menyebabkan kanker pada manusia dan binatang, dan menyebabkan anomali reproduksi pada

binatang . Beberapa penelitian pada manusia menunjukkan hubungan antara dioxin dan abortus spontan. Pada akhir tahun 1990, dioxin ditemukan di dalam air, tanah, air minum, di kota Chapaevsk Rusia. Kadar dioxin dalam air minum pada kota itu merupakan kadar dioxin tertinggi yang ditemukan di Rusia, dan ternyata frekuensi rata-rata abortus spontan pada kota tersebut didapatkan lebih tinggi dari kota-kota yang lain.

- Pestisida

  Resiko abortus spontan telah diteliti pada sejumlah kelompok pekerja yang menggunakan pestisida. Suatu peningkatan prevalensi abortus spontan terlihat pada istri-istri pekerja yang menggunakan pestisida di Italia , India , dan Amerika Serikat, pekerja rumah hijau di Kolombiadan Spanyol , pekerja kebun di Argentina , petani tebu di Ukraina , dan wanita yang terlibat di bidang agrikultural di Amerika Serikatdan Finlandia . Suatu peningkatan prevalensi abortus yang terlambat telah diamati juga di antara wanita peternakan di Norwegia, dan pekerja agrikultural atau hortikultural di Kanada .

7. **Gaya hidup seperti merokok dan alkoholisme**.

Penelitian epidemiologi mengenai merokok tembakau dan abortus spontan menemukan bahwa merokok tembakau dapat sedikit meningkatkan resiko untuk terjadinya abortus spontan. Namun, hubungan antara merokok dan abortus spontan tergantung pada faktor-faktor lain termasuk konsumsi alkohol, perjalanan reproduksi, waktu gestasi untuk abortus spontan, kariotipe fetal, dan status sosioekonomi . Peningkatan angka kejadian abortus spontan pada wanita alkoholik mungkin berhubungan dengan akibat tak langsung dari gangguan terkait alkoholisme .

8. Radiasi

Radiasi ionisasi dikenal menyebabkan gangguan hasil reproduksi, termasuk malformasi kongenital, restriksi pertumbuhan intrauterine, dan kematian embrio . Pada tahun 1990, Komisi Internasional Terhadap Perlindungan Radiasi menyerankan untuk wanita dengan konsepsi tidak terpapar lebih dari 5mSv selama kehamilan . Penelitian-penelitian mengenai kontaminasi radioaktif memperlihatkan akibat Chernobyl yang meningkatkan angka kejadian abortus spontan di Finlandia dan Norwegia .

C. Patofisiologi

Abortus biasanya disertai dengan perdarahan di dalam desidua basalis dan perubahan nekrotik di dalam jaringan-jaringan yang berdekatan dengan tempat perdarahan. Ovum yang terlepas sebagian atau seluruhnya dan mungkin menjadi benda asing di dalam uterus sehingga merangsang kontraksi uterus dan mengakibatkan pengeluaran janin.

D. Diagnosis

Abortus dapat diduga bila seorang wanita dalam masa reproduksi mengeluh tentang perdarahan pervaginam setelah mengalami haid terlambat, sering pula terdapat rasa mulas. Kecurigaan tersebut dapat diperkuat dengan ditentukannya kehamilan muda pada pemeriksaan bimanual dan dengan tes kehamilan secara biologis (Galli Mainini) atau imunologi (Pregnosticon, Gravindex) bilamana hal itu dikerjakan. Harus diperhatikan macam dan banyaknya perdarahan, pembukaan serviks, dan adanya jaringan dalam kavum uterus atau vagina.

E. Komplikasi

Komplikasi yang serius kebanyakan terjadi pada fase abortus yang tidak aman (*unsafe abortion*) walaupun kadang-kadang dijumpai juga

pada abortus spontan. Komplikasi dapat berupa perdarahan, kegagalan ginjal, infeksi, syok akibat perdarahan dan infeksi sepsis.

1. Perdarahan

   Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

2. Perforasi

   Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini penderita perlu diamati dengan teliti jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparatomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

3. Infeksi

   Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplet yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (*unsafe abortion*)

4. Syok

   Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

Pemeriksaan Penunjang

- Tes kehamilan: positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus.
- Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion.

F. Penatalaksanaan

Untuk penatalaksanaan abortus berulang dibutuhkan anamnesis yang terarah mengenai riwayat suami istri dan pemeriksaan fisik ibu baik secara anatomis maupun laboratorik. Apakah abortus terjadi pada trimester pertama atau trimester kedua juga penting untuk diperhatikan. Bila terjadi pada trimester pertama maka banyak faktor yang harus dicari sesuai kemungkinan etiologi atau mekanisme terjadinya abortus berulang. Bila terjadi pada trimester kedua maka faktor-faktor penyebab lain cenderung pada faktor anatomis terjadinya inkompetensia serviks dan adanya tumor mioma uteri serta infeksi yang berat pada uterus atau serviks.Tahap-tahap penatalaksanaan tersebut meliputi:

1. Riwayat penyakit dahulu:
   - Kapan abortus terjadi, apakah pada trimester pertama atau pada trimester berikutnya, adakah penyebab mekanis yang menonjol.
   - Mencari kemungkinan adanya toksin, lingkungan dan pecandu obat terlarang.
   - Infeksi ginekologi dan obstetri.
   - Gambaran asosiasi terjadinya *"antiphospholipid syndrome"* (trombosis, fenomena autoimun, *false positive test* untuk sifilis).
   - Faktor genetika antara suami istri (*consanguinity*).
   - Riwayat keluarga yang pernah mengalami terjadinya abortus berulang dan sindroma yang berkaitan dengan

kejadian abortus ataupun partus prematurus yang kemudian meninggal.

- Pemeriksaan diagnostik yang terkait dan pengobatan yang pernah didapat.

2. Pemeriksaan fisik:
   a. Pemeriksaan fisik secara umum
   b. Pemeriksaan ginekologi
   c. Pemeriksaan laboratorium:
      a. Kariotik darah tepi kedua orang tua
      b. Histerosangografi diikuti dengan histeroskopi atau laparoskopi bila ada indikasi
      c. Biopsi endometrium pada fase luteal
      d. Pemeriksaan hormon TSH dan antibodi anti tiroid
      e. Antibodi antifosfolipid (cardiolipin, fosfatidilserin)
      f. Lupus antikoagulan (apartial thromboplastin time atau russel viper venom)
      g. Pemeriksaan darah lengkap termasuk trombosit

   Kultur cairan serviks (mycoplasma, ureaplasma, chlamydia) bila diperlukan.

G. Pengobatan

Setelah didapatkan anamnesis yang maksimal, bila sudah terjadi konsepsi baru pada ibu dengan riwayat abortus berulang maka support psikologis untuk pertumbuhan embrio intra uterine yang baik perlu diberikan pada ibu. Kenali kemungkinan terjadinya anti fosfolipid sindrome atau mencegah terjadinya infeksi intra uterine.

Pemeriksaan kadar □-HCG secara periodik pada awal kehamilan dapat membantu pemantauan kelangsungan kehamilan sampai pemeriksaan USG dapat dikerjakan. Gold standard untuk monitoring kehamilan dini adalah pemeriksaan USG, dikerjakan setiap dua minggu sampai kehamilan ini tidak mengalami abortus. Pada keadaan embrio

tidak terdapat gerakan jantung janin maka perlu segera dilakukan evakuasi serta pemeriksaan kariotip jaringan hasil konsepsi tersebut.

Pemeriksaan serum á-fetoprotein perlu dilakukan pada usia kehamilan 16-18 minggu. Pemeriksaan kariotip dari buah kehamilan dapat dilakukan dengan melakukan amniosintesis air ketuban untuk menilai bagus atau tidaknya kehamilan.

Bila belum terjadi kehamilan, pengobatan dilakukan sesuai dengan hasil penilaian yang ada. Pengobatan di sini termasuk memperbaiki kualitas sel telur atau spermatozoa, kelainan anatomi, kelainan endokrin, infeksi dan berbagai variasi hasil pemeriksaan reaksi immunologi. Pengobatan pada penderita yang mengidap pecandu obat-obatan perlu dilakukan juga. Konsultasi psikologi juga akan sangat membantu.

Bila kehamilan kemudian berakhir dengan kegagalan lagi maka pengoatan secara intensif harus dikerjakan secara bertahap baik perbaikan kromosom, anomali anatomi, kelainan endokrin, infeksi, faktor immunologi, anti fosfolipid sindrom, terapi imunoglobulin atau imunomodulator perlu diberikan secara berurutan. Hal ini merupakan suatu pekerjaan yang besar dan memerlukan pengamatan yang memadai untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

IV KEHAMILAN LEWAT WAKTU (POST DATE)

A. Pengertian

Kehamilan post date atau kehamilan lewat waktu ialah kehamilan yang umurnya lebih dari 42 minggu. (Hanifa, 2002), Kehamilan post date adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap. Diagnosa usia kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan

dari perhitungan seperti rumus neagle atau dengan tinggi fundus uteri serial (Mansjoer, 2001)

B. Etiologi

Sebagian keadaan langkah yang berkaitan dengan kehamilan yang lama mencakup anensefalus, hiplopasia, tidak ada kelenjar hipofise janin, defisiense sulfase plasenta dan kehamilan extrauteri, meskipun etiologi kehamilan yang lama dipahami sejarahnya, keadaan klinis ini memberikan suatu gambaran unsur yaitu

- Penurunan kadar estrogen pada kehamilan normal umumnya tinggi
- Pada kasus insufisensi plasenta / andrenal janin, hormone procusor yaitu isoandrosteron sulfat dieksresikan dalam cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di dalam plasenta contoh klinik mengenai defiseiensi prekosor estrogen adalah anensefalus
- Faktor hormonal yaitu kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitoksin berkurang.
- Faktor lain adalah hereditas, karena post matur/ post date seiring dijumpai pada suatu keluarga tertentu (Hanifa, 2002).

C. Manifestasi Klinis

- Keadaan klinis yang dapat ditemukan ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali/20 menit.
- Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu yang terbagi menjadi:

  a. Stadium l. kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi

maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas.

b. Stadium ll. Seperti stadium satu disertai pewarnaan mekonium(kehijauan) di kulit.
c. Stadium lll. Seperti stadium l disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat.

D. Diagnosis

Prognosis post date tidak seberapa sulit apabila siklus haid teratur dari haid pertama haid terakhir diketahui pasti. Dalam menilai apakah kehamilan matur atau tidak, beberapa pemeriksaan dapat dilakukan

1. Berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengecil air ketuban berkurang
2. Pemeriksaan rontgenologik dengan pemeriksaan ini pada janin matur dapat ditemukan pusat osifikosi pada oscubuid, bagian distal femus dan bagian proksimal tubia, diameter biparietal kepala 9.8 cm lebih. Keberatan pemeriksaan ini adalah kemungkinan pengaruh tidak baik sinar rongten terhadap janin.
3. Pemeriksaan dengan USG
   Dengan pemeriksaan ini diameter biparental kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa bahaya. Pemeriksaan menurut ginekologi.
4. Pemeriksaan sitologik liquoramni
   Amniostopi dan periksa pH nya dibawah 7.20 dianggap sebagai tanda gawat janin
5. Pemeriksaan sitologik vagina untuk menentukan infusiesi plasenta dinilai berbeda – beda

E. Pemeriksaa Penunjang

- USG untuk menilai usia kehamilan, oligohiramnion, derajat

maturitas plasenta.

- KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.
- Penilaiaan warna air ketuban dengan amnioskopi atau amniotomi (tes tanpa tekanan dinilai apakah reaktif atau tidak ada dan tes tekanan oksitosin).
- Pemeriksaan sitologi vagina dengan indeks kariopiknotik.

F. Penatalaksanaan

1. Setelah UK > 40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik – baiknya
2. Apabila tidak ada tanda – tanda insfusiensi plasenta persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat
3. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, kalau sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi
4. Bila (a) riwayat kehamilan yang lalu ada kehamilan janin dalam rahim (b) Terdapat hipertensi, pre eklamsi dan (c) Kehamilan ini adalah anak pertama karena infertilitas, atau (d) pada Kehamilan lebih dari 40 – 42 minggu, maka ibu dirawat di RS
5. Tindakan operasi Sectio Caesarea dapat dipertimbangkan pada (a) insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang, (b) pembukaan yang belum lengkap, persalinan lam, dan terjadi tanda gawat janin atau (c) Primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, Pre Eklamsia, Hipertensi menahun, infertilitas dan kesalahan letak janin.

Pada persalinan pervaginam harus diperhatikan bahwa partus lama akan sangat merugikan bayi, janin Post Matur kadang – kadang besar dan kemungkinan CPP dan distosia janin perlu dipertimbangkan selain

itu janin post date lebih peka terhadap sedatif dan norkosa, perawatan neonatus post date perlu dibawah pengawasan dokter anak.

V. PERSALINAN PRETERM (PARTUS PREMATURE)

A. Pengertian

Persalinan preterm atau partus prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20 – 37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram (Manuaba, 1998 : 221). Persalinan preterm merupakan hal yang berbahaya karena potensial meningkatkan kematian perinatal sebesar 65%-75%, umumnya berkaitan dengan berat lahir rendah. Berat lahir rendah dapat disebabkan oleh kelahiran preterm dan pertumbuhan janin yang terhambat. Keduanya sebaiknya dicegah karena dampaknya yang negatif; tidak hanya kematian perinatal tetapi juga morbiditas, potensi generasi akan datang, kelainan mental dan beban ekonomi bagi keluarga dan bangsa secara keseluruhan.Pada kebanyakan kasus, penyebab pasti persalinan preterm tidak diketahui.

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

Dari penelitian Lettieri dkk. (1993), didapati 38% persalinan preterm disebabkan akibat infeksi korioamnion. Knox dan Hoerner (1950) telah

mengetahui hubungan antara infeksi jalan lahir dengan kelahiran prematur. Bobbitt dan Ledger (1977) membuktikan infeksi amnion subklinis sebagai penyebab kelahiran preterm. Dengan amniosentesis didapati bakteri patogen pada + 20% ibu yang mengalami persalinan preterm dengan ketuban utuh dan tanpa gejala klinis infeksi (Cox dkk.,1996 ; Watts dkk., 1992).

Cara masuknya kuman penyebab infeksi amnion, dapat sebagai berikut :

1) Melalui jalur transervikal masuk ke dalam selaput amniokorion dan cairan amnion. *E. coli* dapat menembus membran korioamnion. (Gyr dkk, 1994)
2) Melalui jalur transervikal ke desidua/*chorionic junction* pada segmen bawah rahim.
3) Penetrasi langsung ke dalam jaringan serviks.
4) Secara hematogen ke plasenta dan selaputnya.
5) Secara hematogen ke miometrium

Selain itu endotoksin dapat masuk ke dalam rongga amnion secara difusi tanpa kolonisasi bakteri dalam cairan amnion. Infeksi dan proses inflamasi amnion merupakan salah satu faktor yang dapat memulai kontraksi uterus dan persalinan preterm. Menurut Schwarz (1976), partus aterm diinisiasi oleh aktivasi enzim phospholipase A2 yang dapat melepaskan asam arakidonat dari membran janin sehingga terbentuk asam arakidonat bebas yang merupakan bahan dasar sintesis prostaglandin.

Bejar dkk (1981) melaporkan sejumlah mikroorganisme mempunyai kemampuan untuk menghasilkan enzim phospholipase A2 sehingga dapat menginisiasi terjadinya persalinan preterm. Bennett dan Elder

(1992), menunjukkan bahwa mediator-mediator dapat merangsang timbulnya kontraksi uterus dan partus preterm melalui pengaruhnya terhadap biosintesis prostaglandin.

C. Etiologi

Mengenai penyebab belum banyak yang di ketahui :

1. Eastman = kausa prematur 61,9% kausa ignota (sebab yang tidak diketahui)
2. Greenhill = kausa premature 60 % kausa ignota (sebab yang tidak diketahui).
3. Holmer = sebagian besar tidak di ketahui.(Mochtar, 1998 : 219)

D. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan preterm

Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya persalinan preterm dapat diklasifikasikan secara rinci sebagai berikut :

1. Kondisi umum
2. Keadaan sosial ekonomi rendah
3. Kurang gizi
4. Anemia.
5. Perokok berat, dengan lebih dari 10 batang/ hari.
6. Umur hamil terlalu muda kurang dari atau terlalu tua di atas 35 tahun.
7. Penyakit ibu yang menyertai kehamilan
8. Penyulit kebidanan. *Menurut Manuaba (1998 : 221)*

Perkembangan dan keadaan hamil dapat meningkatkan terjadinya persalinan preterm diantaranya :

1. Kehamilan dengan hidramnion, ganda, pre-eklampsia.
2. Kehamilan dengan perdarahan antepartum pada solusio plasenta, plasenta previa, pecahnya sinus marginalis.

3. Kehamilan dengan ketuban pecah dini: terjadi gawat janin, temperatur tinggi.
4. Kelainan anatomi rahim
5. Keadaan rahim yang sering menimbulkan kontraksi dini : Serviks inkompeten karena kondisi serviks, amputasi serviks.
6. Kelainan kongenital rahim:
7. Infeksi pada vagina aseden (naik) menjadi amnionitis

Sedangkan menurut Mochtar (1998 : 220), faktor yang mempengaruhi Prematuritas adalah sebagai berikut:

1. Umur ibu, suku bangsa, sosial ekonomi
2. Bakteriura (infeksi saluran kencing)
3. BB ibu sebelum hamil, dan sewaktu hamil
4. Kawin dan tidak kawin: Tak syah 15 % prematur; kawin sah 13 %prematur
5. Prenatal (antenantal) care
6. Anemia, penyakit jantung
7. Jarak antara persalinan yang terlalu rapat
8. Pekerjaan yang terlalu berat sewaktu hamil berat
9. Keadaan dimana bayi terpaksa dilahirkan prematur, misalnya pada plasenta praevia, toksemia gravidarum, solusio plasentae, atau kehamilan ganda

E. Kondisi yang menimbulkan kontraksi

Ada beberapa kondisi ibu yang merangsang terjadinya kontraksi spontan, kemungkinan telah terjadi produksi prostaglandin :

1. Kelainan Bawaan Uterus Meskipun jarang tetapi dapat dipertimbangkan hubungan kejadian partus preterm dengan kelainan uterus yang ada.
2. Ketuban Pecah Dini
3. Ketuban pecah mungkin mengawali terjadinya kontraksi atau sebaliknya. Ada beberapa kondisi yang mungkin menyertai

seperti serviks inkompeten, Hidramnion, kehamilan ganda, infeksi vagina dan serviks, dan lain-lain, infeksi asenden merupakan teori yang cukup kuat dalam mendukung terjadinya amnionitis dan ketuban pecah.

4. Serviks Inkompeten
5. Hal ini juga mungkin menjadi penyebab abortus selain partus preterm , riwayat tindakan terhadap serviks dapat dihubungkan dapat terjadinya inkompeten. Mc Donald menemukan 59 % pasiennya pernah mengalami dilatasi kuretase dan 8 % mengalami konisasi, Demikian pula Chamberlain dan Gibbings yang menemukan 60 % dari pasien serviks inkompeten pernah mengalami abortus spontan dan 49 % mengalami pengakhiran kehamilan pervaginam.
6. Kehamilan Ganda
7. Sebanyak 10 % pasien dengan persalinan preterm ialah kehamilan ganda dan secara umum kehamilan ganda mempuyai panjang usia gestasi yang lebih pendek.(Wiknjosastro et. al., 2002 : 313)

F. Faktor Risiko Prematuritas

Mayor

1. Kehamilan multipel
2. Hidramnion
3. Anomali uterus
4. Serviks terbuka lebih dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu
5. Serviks mendatar/memendek kurang dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu
6. Riwayat abortus pada trimester II lebih dari 1 kali
7. Riwayat persalinan preterm sebelumnya

8. Operasi abdominal pada kehamilan preterm
9. Riwayat operasi konisasi
10. Iritabilitas uterus

Cermin Dunia Kedokteran No. 145, 2004 31

Minor

1. Penyakit yang disertai demam
2. Perdarahan pervaginam setelah kehamilan 12 minggu
3. Riwayat pielonefritis
4. Merokok lebih dari 10 batang perhari
5. Riwayat abortus pada trimester II
6. Riwayat abortus pada trimester I lebih dari 2 kali

G. Kriteria Diagnosis

Usia kehamilan antara 20 dan 37 minggu lengkap atau antara 140 dan 259 hari

1. Kontraksi uterus (his) teratur, pastikan dengan pemeriksaan inspekulo adanya pembukaan dan servisitis.
2. Pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa serviks telah mendatar 50-80%, atau sedikitnya 2 cm
3. Selaput ketuban seringkali telah pecah
4. Merasakan gejala seperti rasa kaku di perut menyerupai kaku menstruasi, rasa tekanan intrapelvik dan nyeri bagian belakang
5. Mengeluarkan lendir pervaginam, mungkin bercampur darah

Diagnosis Banding

- Kontraksi pada kehamilan preterm
- Persalinan pada pertumbuhan janin terhambat

Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium

- Pemeriksaan kultur urine
- Pemeriksaan gas dan pH darah janin
- Pemeriksaan darah tepi ibu:
  - Jumlah lekosit
  - *C-reactive protein* . CRP ada pada serum penderita yang menderita infeksi akut dan dideteksi berdasarkan kemampuannya untuk mempresipitasi fraksi polisakarida somatik nonspesifik kuman *Pneumococcus* yang disebut fraksi C. CRP dibentuk di hepatosit sebagai reaksi terhadap IL-1, IL-6, TNF.

2) Amniosentesis

- Hitung lekosit
- Pewarnaan Gram bakteri (+) pasti amnionitis
- Kultur
- Kadar IL-1, IL-6 ()
- Kadar glukosa cairan amnion,

3) Pemeriksaan ultrasonografi

- Oligohidramnion : Goulk dkk. (1985) mendapati hubungan antara oligohidramnion dengan korioamnionitis klinis antepartum. Vintzileos dkk. (1986) mendapati hubungan antara oligohidramnion dengan koloni bakteri pada amnion.
- Penipisan serviks: Iams dkk. (1994) mendapati bila ketebalan seviks < 3 cm (USG) , dapat dipastikan akan terjadi persalinan preterm. Sonografi serviks transperineal lebih disukai karena dapat menghindari manipulasi intravagina terutama pada kasus-kasus KPD dan plasenta previa.
- Kardiotokografi : kesejahteraan janin, frekuensi dan kekuatan kontraksi

H. Penatalaksanaan

Ibu hamil yang diidentifikasi memiliki risiko persalinan preterm akibat amnionitis dan yang mengalami gejala persalinan preterm membakat harus ditangani seksama untuk meningkatkan keluaran neonatal. Pada kasus-kasus amnionitis yang tidak mungkin ditangani ekspektatif, harus dilakukan intervensi, yaitu dengan:

1) Akselerasi pematangan fungsi paru

- Terapi glukokortikoid, misalnya dengan betamethasone 12 mg im. 2 x selang 24 jam. Atau dexamethasone 5 mg tiap 12 jam (im) sampai 4 dosis.
- *Thyrotropin releasing hormone* 400 ug iv, akan meningkatkan kadar tri-iodothyronine yang dapat meningkatkan produksi surfaktan. Suplemen inositol, karena inositol merupakan komponen membran fosfolipid yang berperan dalam pembentukan surfaktan.

2) Pemberian antibiotika

Mercer dan Arheart (1995) menunjukkan bahwa pemberian antibiotika yang tepat dapat menurunkan angka kejadian korioamnionitis dan sepsis neonatorum. Diberikan 2 gram ampicillin (iv) tiap 6 jam sampai persalinan selesai (ACOG). Peneliti lain memberikan antibiotika kombinasi untuk kuman aerob maupun anaerob. Yang terbaik bila sesuai dengan kultur dan tes sensitivitas Setelah itu dilakukan deteksi dan penanganan terhadap faktor risiko persalinan preterm, bila tidak ada kontra indikasi, diberi tokolitik.

3) Pemberian tokolitik

a. Nifedipin 10 mg diulang tiap 30 menit, maksimum 40 mg/6 jam. Umumnya hanya diperlukan 20 mg dan dosis perawatan 3 x 10 mg.
b. Golongan beta-mimetik

- Salbutamol
  Per infus: 20-50
  µg/menit (Saifuddin et.al., 2002 : 302)
  Per oral : 4 mg, 2-4 kali/hari (*maintenance*)

H. Penanganan Persalinan Pretern

Penanganan Umum

1. Lakukan evaluasi cepat keadaan ibu.
2. Upayakan melakukan konfirmasi umur kehamilan bayi.

Prinsip Penanganan.

1. Coba hentikan kontraksi uterus atau penundaan kehamilan atau.
2. Persalinan berjalan terus dan siapkan penanganan selanjutnya.

I. Komplikasi

Pada ibu, setelah persalinan preterm, infeksi endometrium lebih sering terjadi mengakibatkan sepsis dan lambatnya penyembuhan luka episiotomi. Bayi-bayi preterm memiliki risiko infeksi neonatal lebih tinggi; Morales (1987) menyatakan bahwa bayi yang lahir dari ibu yang menderita anmionitis memiliki risiko mortalitas 4 kali lebih besar, dan risiko distres pernafasan, sepsis neonatal, *necrotizing enterocolitis* dan perdarahan intraventrikuler 3 kali lebih besar.

VI. KEHAMILAN EKTOPIK

A. Pengertian

Istilah ektopik berasal dari bahasa Inggris, ectopic, dengan akar kata dari bahasa Yunani, topos yang berarti tempat. Jadi istilah ektopik dapat diartikan “berada di luar tempat yang semestinya”. Apabila pada kehamilan ektopik terjadi abortus atau pecah, dalam hal ini dapat

berbahaya bagi wanita hamil tersebut maka kehamilan ini disebut kehamilan ektopik terganggu. Kehamilan ektopik adalah implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi di luar endometrium kavum uteri. (Mansjoer, 2001)

B. Etiologi

Kehamilan ektopik terjadi karena hambatan pada perjalanan sel telur dari indung telur (ovarium) ke rahim (uterus). Dari beberapa studi faktor resiko yang diperkirakan sebagai penyebabnya adalah :

a. Infeksi saluran telur (salpingitis), dapat menimbulkan gangguan pada motilitas saluran telur.
b. Riwayat operasi tuba.
c. Cacat bawaan pada tuba, seperti tuba sangat panjang.
d. Kehamilan ektopik sebelumnya.
e. Aborsi tuba dan pemakaian IUD.
f. Kelainan zigot, yaitu kelainan kromosom.
g. Bekas radang pada tuba; disini radang menyebabkan perubahan-perubahan pada endosalping, sehingga walaupun fertilisasi dapat terjadi, gerakan ovum ke uterus terlambat.
h. Operasi plastik pada tuba.
i. Abortus buatan.

C. Patofisiologi

Prinsip patofisiologi yakni terdapat gangguan mekanik terhadap ovum yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju kavum uteri. Pada suatu saat kebutuhan embrio dalam tuba tidak dapat terpenuhi lagi oleh suplai darah dari vaskularisasi tuba itu. Ada beberapa kemungkinan akibat dari hal ini:

1. Kemungkinan “tubal abortion”, lepas dan keluarnya darah dan jaringan ke ujung distal (fimbria) dan ke rongga abdomen. Abortus tuba biasanya terjadi pada kehamilan ampulla, darah yang keluar

dan kemudian masuk ke rongga peritoneum biasanya tidak begitu banyak karena dibatasi oleh tekanan dari dinding tuba.

2. Kemungkinan ruptur dinding tuba ke dalam rongga peritoneum, sebagai akibat dari distensi berlebihan tuba.
3. Faktor abortus ke dalam lumen tuba. Ruptur dinding tuba sering terjadi bila ovum berimplantasi pada ismus dan biasanya pada kehamilan muda. Ruptur dapat terjadi secara spontan atau karena trauma koitus dan pemeriksaan vaginal. Dalam hal ini akan terjadi perdarahan dalam rongga perut, kadang-kadang sedikit hingga banyak, sampai menimbulkan syok dan kematian.

D. Manifestasi Klinik

Gejala dan tanda kehamilan ektopik terganggu sangat berbeda-beda; dari perdarahan yang banyak yang tiba-tiba dalam rongga perut sampai terdapatnya gejala yang tidak jelas sehingga sukar membuat diagnosanya. Gejala dan tanda tergantung pada lamanya kehamilan ektopik terganggu, abortus atau ruptur tuba, tuanya kehamilan, derajat perdarahan yang terjadi dan keadaan umum penderita sebelum hamil. Perdarahan pervaginam merupakan tanda penting kedua pada kehamilan ektopik terganggu. Hal ini menunjukkan kematian janin. Kehamilan ektopik terganggu sangat bervariasi, dari yang klasik dengan gejala perdarahan mendadak dalam rongga perut dan ditandai oleh abdomen akut sampai gejala-gejala yang samar-samar sehingga sulit untuk membuat diagnosanya .

E. Diagnosis

Walaupun diagnosanya agak sulit dilakukan, namun beberapa cara ditegakkan, antara lain dengan melihat :

1. Anamnesis dan gejala klinis.

Riwayat terlambat haid, gejala dan tanda kehamilan muda, dapat ada atau tidak ada perdarahan per vaginam, ada nyeri perut kanan / kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum.

2. Pemeriksaan fisis.
   a. Didapatkan rahim yang juga membesar, adanya tumor di daerah adneksa.
   b. Adanya tanda-tanda syok hipovolemik, yaitu hipotensi, pucat dan ekstremitas dingin, adanya tanda-tanda abdomen akut, yaitu perut tegang bagian bawah, nyeri tekan dan nyeri lepas dinding abdomen.
   c. Pemeriksaan ginekologis
      Pemeriksaan dalam: seviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uteris kanan dan kiri.

D. Penatalaksanaan

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi. Pada laparotomi perdarahan selekas mungkin dihentikan dengan menjepit bagian dari adneksa yang menjadi sumber perdarahan. Keadaan umum penderita terus diperbaiki dan darah dalam rongga perut sebanyak mungkin dikeluarkan. Dalam tindakan demikian, beberapa hal yang harus dipertimbangkan yaitu : kondisi penderita pada saat itu, keinginan penderita akan fungsi reproduksinya, lokasi kehamilan ektopik. 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 transfusi, infus, oksigen, 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.

E. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi yaitu :

- Pada pengobatan konservatif, yaitu bila kehamilan ektopik terganggu telah lama berlangsung (4-6 minggu), terjadi perdarahan ulang, Ini merupakan indikasi operasi.
- Infeksi
- Sterilitas
- Pecahnya tuba falopii
- Komplikasi juga tergantung dari lokasi tumbuh berkembangnya embrio.

F. Prognosis

Kematian karena kehamilan ektopik terganggu cenderung turun dengan diagnosis dini dengan persediaan darah yang cukup. Hellman dkk., (1971) melaporkan 1 kematian dari 826 kasus, dan Willson dkk (1971) 1 diantara 591 kasus. Tetapi bila pertolongan terlambat, angka kematian dapat tinggi. Sjahid dan Martohoesodo (1970) mendapatkan angka kematian 2 dari 120 kasus. Penderita mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami kehamilan ektopik kembali. Selain itu, kemungkinan untuk hamil akan menurun. Hanya 60% wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik terganggu dapat hamil lagi, walaupun angka kemandulannya akan jadi lebih tinggi. Angka kehamilan ektopik yang berulang dilaporkan berkisar antara 0 – 14,6%. Kemungkinan melahirkan bayi cukup bulan adalah sekitar 50% .

G. Diagnosa Banding

- Infeksi pelvik
- Kista folikel
- Abortus biasa
- Radang panggul,
- Torsi kita ovarium,
- Endometriosis

Pemeriksaan Penunjang

- Pemerikasaan laboratorium: kadar hemoglobin, leukosit, tes kehamilan bila baru terganggu.
- Dilatasi kuretasi.
- Kuldosentesis, yaitu sustu cara pemeriksaan untuk mengetahui apakah di dalam kavum Duoglasi terdapat darah. Teknik kuldosentesis:
  a. Baringkan pasien pada posisi litotomi.
  b. Bersihkan vulva dan vagina dengan antiseptic.
  c. Pasang speculum dan jepit bibir belakang porsio dengan cunam serviks. Lakukan teraksi ke depan sehingga forniks posterior tampak.
  d. Suntikan jarum spinal no.18 ke cavum Duoglasi dan lakukan pengisapan dengan semprit 10 ml.
  e. Bila pada penghisapan keluar darah, perhatikan apakah darahnya berwarna coklat sampai hitam yang tidak membeku atau berupa bekuan kecil yang merupakan tanda hematokel retrouterina.
- Ultrasonografi berguna pada 5-10% kasus bila ditemukan kantong gestasi di luar uterus.
- Laparoskopi atau laparatomi sebagai pendekatan diagnosis terakhir.

VII. SOLUSIO PLASENTA

A. Pengertian

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal di korpus uteri yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum janin dilahirkan. Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada fundus/korpus uteri sebelum janin lahir. Solusio Plasenta adalah lepasnya plasenta dari insersi sebelum waktunya.(Manjoer, Arief dkk, 2001)

Solusio plasenta diklasifikasikan menjadi beberapa tipe :

Sistem I

Berdasarkan gejala klinik yang ditimbulkan:

a. Kelas 0 : Asimptomatik. Diagnosis ditegakkan secara retrospektif dengan menemukan hematoma atau daerah yang mengalami pendesakan pada plasenta. Ruptur sinus marginal juga dimasukkan dalam kategori ini.

b. Kelas 1 : Gejala klinis ringan dan terdapat pada hampir 48 % kasus. Gejala meliputi: tidak ada perdarahan pervaginam sampai perdarahan pervaginam ringan; uterus sedikit tegang; tekanan darah dan denyut jantung maternal normal; tidak ada koagulopati; dan tidak ditemukan tanda-tanda *fetal distress*.

c. Kelas 2 : Gejala klinik sedang dan terdapat + 27 % kasus. Perdarahan pervaginam bisa ada atau tidak ada; ketegangan uterus sedang sampai berat dengan kemungkinan kontraksi tetanik; takikardi maternal dengan perubahan ortostatik tekanan darah dan denyut jantung; terdapat *fetal distress*, dan hipofibrinogenemi (150-250 mg/dl).

d. Kelas 3 : Gejala berat dan terdapat pada hampir 24% kasus, perdarahan pervaginam dari tidak ada sampai berat; uterus tetanik dan sangat nyeri; syok maternal;hipofibrinogenemi (<150 mg/dl); koagulopati serta kematian janin.

Sistem II

Berdasarkan ada atau tidaknya perdarahan pervaginam:

a. Solusio plasenta yang nyata/tampak *(revealed)*Terjadinya perdarahan pervaginam, gejala klinis sesuai dengan jumlah kehilangan darah, tidak terdapat ketegangan uterus, atau hanya ringan.

b. Solusio plasenta yang tersembunyi *(concealed)*Tidak terdapat perdarahan pervaginam, uterus tegang dan hipertonus, sering terjadi *fetal distress* berat. Tipe ini sering disebut Perdarahan Retroplasental.

c. Solusio plasenta tipe campuran *(mixed)*Terjadi perdarahan baik retroplasental atau pervaginam; uterus tetanik.

Sistem III

Berdasarkan jumlah perdarahan yang terjadi

a. Solusio plasenta ringan : perdarahan pervaginam <100 ml.

b. Solusio plasenta sedang : perdarahan pervaginam 100-500 ml, hipersensitifitas uterus atau peningkatantonus, syok ringan, dapat terjadi *fetal distress*.

c. Solusio plasenta berat : perdarahan pervaginam luas > 235500 ml, uterus tetanik, syok maternal sampai kematian janin dan koagulopati.

Sistem IV

Berdasarkan luasnya bagian plasenta yang terlepas dari uterus

a. Solusio plasenta ringan : kurang dari ¼ bagian bagian plasenta yang terlepas. Perdarahan kurang dari 250 ml.

b. Solusio plasenta sedang :Plasenta yang terlepas ¼ - 2/3bagian. Perdarahan <1000 ml, uterus tegang, terdapat *fetal distress* akibat insufisiensi uteroplasenta.

c. Solusio plasenta beratPlasenta yang terlepas > 2/3 bagian, perdarahan >1000 ml., terdapat *fetal distress* sampai dengan kematian janin, syok maternal serta koagulopati

B. Etiologi

Belum diketahui dengan jelas, namun terdapat beberapa

keadaan tertentu yang menyertai: hipertensi, riwayat trauma, kebiasaan merokok, usia ibu < 20 atau >35 tahun, multiparitas, tali pusat yang pendek, defisiensi asam folat, perdarahan retroplasenta, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

C. Patofisiologi

Perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau uterus yang membentuk hematoma di desidua, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas.

Perdarahan berlangsung terus menerus karena otot uterus yang telah meregang olehkehamilan tidak mampu lebih berkontraksi untuk menghentikan perdarahan. Akibatnya, hematoma retroplasenter akan bertambah besar, sehingga sebagian dan akhirnya seluruh plasenta terlepas dari dinding uterus. Sebagian darah akan menyelundup di bawah selaput ketuban keluar dari vagina, atau menembus selaput ketuban masuk ke dalam kantong ketuban, atau ekstravasasi di antara serabut-serabut otot uterus. Apabila ekstravasasinya berlangsung hebat, seluruh permukaan uterus akan berbercak biru atau ungu dan terasa sangat tegang serta nyeri. Hal ini disebut *uterus couvelaire*Nasib janin tergantung dari luasnya plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Apabila sebagian besar atau seluruhnya terlepas, anoksia akan mengakibatkan kematian janin. Apabila sebagian kecil yang terlepas, mungkin tidak berpengaruh sama sekali, atau mengakibatkan gawat janin.Waktu, sangat menentukan beratnya gangguan pembekuan darah, kelainan ginjal, dan nasib janin. Makin lama selang waktu solusio plasenta sampai persalinan selesai, umumnya makin hebat komlikasinya

D. Gambaran Klinis

- ✓ **Solusio plasenta ringan**

  Salah satu tanda kecurigaan solusio plasenta adalah perdarahan pervaginam yang kehitam-hitaman, berbeda dengan perdarahan pada plasenta previa yang berwarna merah segar.
- ✓ **Solusio plasenta sedang**

  Plasenta telah terlepas > 1/4 tapi < 2/3 bagian. Walaupun pendarahan pervaginam tampak sedikit, seluruh perdarahannya mungkin telah mencapai 1000 ml. Dinding uterus teraba tegang terus menerus dan nyeri tekan sehingga bagian-bagian janin sukar teraba. Apabila janin masih hidup, bunyi jantungnya sulit didengar dengan stetoskop biasa, harus dengan stetoskop ultrasonik. Tanda-tanda persalinan biasanya telah ada, dan persalinan akan selesai dalam 2 jam. Kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal mungkin telah terjadi, walaupun kebanyakan terjadi pada solusi plasenta berat.
- ✓ **Solusio plasenta berat**

  Plasenta telah terlepas lebih dari 2/3 permukaannya. Dapat terjadi syok, dan janin meninggal. Uterus tegang seperti papan, dan sangat nyeri.

E. Diagnosis

Diagnosis solusio kadang sukar ditegakkan.Penderita biasanya datang dengan gejala klinis : perdarahan pervaginam (80%), nyeri abdomen atau pinggang dan nyeri tekan uterus (70%), gawat janin (60%), kelainan kontraksi uterus (35%), kelahiran prematur idiopatik (25%), dan kematian janin (15%).(4)Syok yang terjadi kadang tidak sesuai dengan banyak perdarahan.(5) Pemeriksaan laboratrium untuk menyingkirkan diagnosis banding solusio plasenta antara lain : 1) Hitung sel darah lengkap; 2) Fibrinogen; 3) Waktu prothrombin/ waktu tromboplastin parsial teraktifasi untuk mengetahui terjadinya

DIC; 4) Nitrogen urea/kreatinin dalam darah; 5) Kleithauer-Betke test untuk mendeteksi adanya sel darah merah janin di dalam sirkulasi ibu.(5,9-10)Pemeriksaan penunjang ultrasonografi (USG) membantu menentukan lokasi plasenta (untuk menyingkirkan kemungkinan plasenta previa).

Saat ini lebih dari 50 % pasien yang diduga mengalami solusio plasenta dapat teridentifikasi melalui USG. Hematom retroplasentar dapat dikenali sekitar 2-15 % dari semua solusio plasenta. Pengenalan hematoma tergantung pada derajat hematoma (besar dan lamanya) serta keahlian operator.Pemeriksaan histologik, setelah plasenta dikeluarkan dapat memperlihatkan hematoma retroplasentar. Penemuan lain yang mungkin adalah adanya ekstravasasi darah ke myometrium, yang tampak sebagai bercak ungu pada tunika serosa uterus yang dikenal sebagai *Uterus Couvelaire.* Secara klinis diketahui dari adanya nyeri dan tegang pada uterus.Diagnosis banding lain perdarahan pada trimester ketiga selain plasenta previa adalah vasa previa, trauma vaginal, serta keganasan (jarang).

F. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi baik pada ibu maupun janin.

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain: 1) Perdarahan baik antepartum, intrapartum, maupun *post-partum*; 2) Koagulopati konsumtif, DIC; solusio plasenta merupakan penyebab koagulopati konsumtif yang tersering pada kehamilan. 3) Utero-renal reflex; 4) Ruptur uteri. Komplikasi yang dapat terjadi pada janin antara lain hipoksi, anemi, retardasi pertumbuhan, kelainan susunan saraf pusat, dan kematian janin.

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan bervariasi tegantung kondisi/status ibu dan janin. Perdarahan antepartum yang sedikit, dengan uterus yang tidak tegang,

pertama kali harus ditangani sebagai kasus plasenta previa. Apabila kemudian ternyata kemungkinan plasenta previa dapat disingkirkan, barulah ditangani sebagai solusio plasenta. Penggunaan tokolitik pada penatalaksanaan solusio plasenta masih kontroversial, dan dipertimbangkan hanya pada pasien yang hemodinamik stabil, tidak terdapat gawat janin, dan pada janin prematur di mana penggunaan kortikosteroid masih bermanfaat, serta untuk memperlambat kelahiran.

Penggunaan tokolitik harus di bawah pengawasan karena gawat janin ataupun ibu dapat berkembang cepat. Secara umum. Magnesium sulfat digunakan sebagai tokolitik (*drug of choice*) karena agen beta simpatomimetik mempunyai pengaruh yang tidak diinginkan terhadap jantung pasien. Tokolisis diberikan untuk mengefektifkan terapi glukokortikoid pada janin prematur, untuk mempercepat kematangan paru janin. Dosis magnesium sulfat : 4-6 g. intravena bolus selama 20 menit, kemudian dilanjutkan dosis pemeliharaan 2-4 g/jam, dititrasi bila perlu, untuk menekan kontraksi. Kontraindikasi : riwayat hipersensitifitas terhadap agen ini, hipokalsemi, miastenia gravis, dan gagal ginjal. Penggunaan tokolitik pada penatalaksanaan solusio plasenta masih controversial Penggunaan tokolitik pada penatalaksanaan solusio plasenta masih kontroversial

H. Pengelolaan

Setiap pasien yang dicurigai solusio plasenta harus dirujuk ke spesialis karena memerlukan monitoring yang lengkap baik dalam kehamilan maupun persalinan. Pengelolaan pada solusio plasenta adlah sebagai berikut :

1. Solusio plasenta ringan maka pengelolaan konservatif meliputi tirah baring, sedatif, mengatasi anemia, monitoring keadaan janin dengan kardiotokografi dan USG serta menunggu persalinan

spontan.

2. Pada solusio plasenta sedang dan berat atau solusio plasenta ringan yang memburuk, jika persalinan diperkirakan 6 jam

Bila umur kehamilan 37 minggu/TBF 2500 g seksio sesar diindikasikan jika persalinan pervagina diperkirakan berlangsung lama baik pada solusio plasenta ringan, sedang maupun berat. Pasien dengan solusio plasenta sedang/berat, tranfusi darah atau resusitasi cairan hendaknya dilakukan terlebih dahulu sebelum tindakan obstetri. Ketuban dapat segera dipecah tanpa memperdulikan apakah persalinan pervagina atau perabdominal untuk mengurangi regangan uterus

Komplikasi solusi plasenta pada ibu biasanya berhubungan dengan banyaknya darah yang hilang. gangguan pembekuan darah, infeksi, gagal ginjal akut, perdarahan post partum yang disebabkan atonia uteri atau uterus couvelaire, reaksi transfusi serta syok neurogenik oleh karena kesakitan

Komplikasi pada janin berupa asfiksi, berat bayi lahir rendah, prematuritas dan infeksi. Disamping itu bayi yang lahir hidup dengan riwayat solusio plasenta mempunyai risiko 7 x lebih sering mengalami cerebral palsy yang mungkin disebabkan anoksia dan komplikasi dan syok.

VII. PRE EKLAMPSIA

A. Pre Eklampsia Ringan

1. Pengertian

Pre eklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas.

2. Patofisiologi

Penyebab pre eklampsia ringan belum diketahui secara jelas. Penyakit ini dianggap sebagai “maladaptation syndrome” akibat vasospasme general dengan segala akibatnya

3. Gejala Klinis

Gejala klinis pre eklampsia ringan meliputi :

1. Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih; diastol 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih atau sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg; diastol 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg.
2. Proteinuria : secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (+2).
3. Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan.
4. Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turutminggu).
5. Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda pre eklampsia berat

4. Pemeriksaan dan Diagnosis

1. Kehamilan lebih 20 minggu.
2. Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan pemeriksaan 2 kali selang 6 jam dalam keadaan istirahat (untuk pemeriksaan pertama dilakukan 2 kali setelah istirahat 10 menit).
3. Edema tekan pada tungkai (pretibial), dinding perut, lumbosakral, wajah atau tungkai.
4. Proteinuria lebih 0,3 gram/liter/24 jam, kualitatif (++).

5. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan rawat jalan pasien pre eklampsia ringan :
   - Banyak istirahat (berbaring tidur / miring).
   - Diet : cukup protein, rendah karbohidraat, lemak dan garam.
   - Sedativa ringan : tablet phenobarbital 3 x 30 mg atau diazepam 3 x 2 mg per oral selama 7 hari.
   - Roborantia
   - Kunjungan ulang setiap 1 minggu.
   - Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematokrit, trombosit, urine lengkap, a sam urat darah, fungsi hati, fungsi ginjal.
2. Penatalaksanaan rawat tinggal pasien pre eklampsia ringan berdasarkan kriteria
   - Setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala pre eklampsia seperti:
   - Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turut (2 minggu).
   - Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda pre eklampsia berat

Bila setelah 1 minggu perawatan di atas tidak ada perbaikan maka preeklampsia ringan dianggap sebagai pre eklampsia berat. Bila dalam perawatan di rumah sakit sudah ada perbaikan sebelum 1 minggudan kehamilan masih preterm maka penderita tetap dirawat selama 2 harilagi baru dipulangkan. Perawatan lalu disesuaikan dengan perawatan rawatjalan.

Perawatan obstetri pasien pre eklampsia ringan :

1. Kehamilan preterm (kurang 37 minggu)

a. Bila desakan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm.
b. Bila desakan darah turun tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan 37 minggu atau lebih.

2. Kehamilan aterm (37 minggu atau lebih)
   a. Persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan persalinan pada taksiran tanggal persalinan.
3. Cara persalinan
   a. Persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila perlu memperpendek kala II.

B. Pre Eklampsia Berat

1. Pengertian

Pre eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan/atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

2. Penatalaksanaan

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala pre eklampsia berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi :

a. Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diterminasi ditambah pengobatan medisinal.
b. Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal.

   a.1. Perawatan Aktif

   Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assesment (NST & USG).

Indikasi

a. Ibu
   - Usia kehamilan 37 minggu atau lebih
   - Adanya tanda-tanda atau gejala impending eklampsia, kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan meditasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam perawatan medisinal, ada gejala-gejala status quo (tidak ada perbaikan)

b. Janin
   - Hasil fetal assesment jelek (NST & USG)
   - Adanya tanda IUGR

c. Laboratorium
   - Adanya "HELLP syndrome" (hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia).

Pengobatan Medisinal

Pengobatan medisinal pasien pre eklampsia berat yaitu :

1. Segera masuk rumah sakit
2. Tirah baring miring ke satu sisi. Tanda vital diperiksa setiap 30 menit, refleks patella setiap jam
3. Infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infus RL (60-125 cc/jam) 500 cc.
4. Antasida
5. Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
6. Pemberian obat anti kejang : magnesium sulfat
7. Diuretikum tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongestif atau edema anasarka. Diberikan furosemid injeksi 40 mg/im.
8. Antihipertensi diberikan bila :
   a. Desakan darah sistolis lebih 180 mmHg, diastolis lebih 110

mmHg atau MAP lebih 125 mmHg. Sasaran pengobatan adalah tekanan diastolis kurang 105 mmHg (bukan kurang 90 mmHg) karena akan menurunkan perfusi plasenta.

b. Dosis antihipertensi sama dengan dosis antihipertensi pada umumnya.

c. Bila dibutuhkan penurunan tekanan darah secepatnya, dapat diberikan obat-obat antihipertensi parenteral (tetesan kontinyu), catapres injeksi. Dosis yang biasa dipakai 5 ampul dalam 500 cc cairan infus atau press disesuaikan dengan tekanan darah.

d. Bila tidak tersedia antihipertensi parenteral dapat diberikan tablet antihipertensi secara sublingual diulang selang 1 jam, maksimal 4-5 kali. Bersama dengan awal pemberian sublingual maka obat yang sama mulai diberikan secara oral. (Syakib Bakri, 1997).

9. Kardiotonika

   Indikasinya bila ada tanda-tanda menjurus payah jantung, diberikan digitalisasi cepat dengan cedilanid D.

10. Lain-lain :

    - Konsul bagian penyakit dalam / jantung, mata.
    - Obat-obat antipiretik diberikan bila suhu rektal lebih 38,5 derajat celcius dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin atau alkohol atau xylomidon 2 cc IM.
    - Antibiotik diberikan atas indikasi.(4) Diberikan ampicillin 1 gr/6 jam/IV/hari.
    - Anti nyeri bila penderita kesakitan atau gelisah karena kontraksi uterus. Dapat diberikan petidin HCL 50-75 mg sekali saja, selambat-lambatnya 2 jam sebelum janin lahir.

2. Pemberian Magnesium Sulfat Cara pemberian magnesium sulfat:

   1. Dosis awal sekitar 4 gram MgSO4 IV (20 % dalam 20 cc) selama 1 gr/menit kemasan 20% dalam 25 cc larutan MgSO4

(dalam 3-5 menit). Diikuti segera 4 gr di bokong kiri dan 4 gram di bokong kanan (40 % dalam 10 cc) dengan jarum no 21 panjang 3,7 cm. Untuk mengurangi nyeri dapat diberikan 1 cc xylocain 2% yang tidak mengandung adrenalin pada suntikan IM.

2. Dosis ulangan : diberikan 4 gram intramuskuler 40% setelah 6 jam pemberian dosis awal lalu dosis ulangan diberikan 4 gram IM setiap 6 jam dimana pemberian MgSO4 tidak melebihi 2-3 hari.
3. Syarat-syarat pemberian MgSO4
   - Tersedia antidotum MgSO4 yaitu calcium gluconas 10%, 1 gram (10% dalam 10 cc) diberikan intravenous dalam 3 menit.
   - Refleks patella positif kuat
   - Frekuensi pernapasan lebih 16 kali per menit.
   - Produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc/kgBB/jam).
4. MgSO4 dihentikan bila
   a. Ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleks fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP, kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan kematian karena kelumpuhan otot-otot pernapasan karena ada serum 10 U magnesium pada dosis adekuat adalah 4-7 mEq/liter. Refleks fisiologis menghilang pada kadar 8-10 mEq/liter. Kadar 12-15 mEq terjadi kelumpuhan otot-otot pernapasan dan lebih 15 mEq/liter terjadi kematian jantung.
   b. Bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat
      - Hentikan pemberian magnesium sulfat
      - Berikan calcium gluconase 10% 1 gram (10% dalam 10

cc) secara IV dalam waktu 3 menit.
- Berikan oksigen.
- Lakukan pernapasan buatan.

c. Magnesium sulfat dihentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensif).

3. Pengobatan Obstetrik

A. Cara Terminasi Kehamilan yang Belum Inpartum

1. Induksi persalinan : tetesan oksitosin dengan syarat nilai Bishop 5 atau lebih dan dengan fetal heart monitoring.
2. Seksio sesaria bila :
   - Fetal assesment jelek
   - Syarat tetesan oksitosin tidak dipenuhi (nilai Bishop kurang dari 5) atau adanya kontraindikasi tetesan oksitosin.
   - 12 jam setelah dimulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif. Pada primigravida lebih diarahkan untuk dilakukan terminasi dengan seksio sesaria.

B. Cara Terminasi Kehamilan yang Sudah Inpartu

Kala I

1. Fase laten : 6 jam belum masuk fase aktif maka dilakukan seksio sesaria.
2. Fase aktif :
   - Amniotomi saja
     - Bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap maka dilakukan seksio sesaria (bila perlu dilakukan tetesan oksitosin).

Kala II

Pada persalinan per vaginam maka kala II diselesaikan dengan partus buatan. Amniotomi dan tetesan oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 3 menit setelah pemberian pengobatan medisinal. Pada kehamilan 32 minggu atau kurang; bila keadaan memungkinkan, terminasi ditunda 2 kali 24 jam untuk memberikan kortikosteroid.

a.2 Perawatan Konservatif

1. Indikasi : Bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda inpending eklampsia dengan keadaan janin baik.
2. Pengobatan medisinal : Sama dengan perawatan medisinal pada pengelolaan aktif. Hanya loading dose MgSO4 tidak diberikan intravenous, cukup intramuskuler saja dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.
3. Pengobatan obstetri :
   a. Selama perawatan konservatif : observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi.
   b. MgSO4 dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda-tanda pre eklampsia ringan, selambat-lambatnya dalam 24 jam.
   c. Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan maka dianggap pengobatan medisinal gagal dan harus diterminasi.
   d. Bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu MgSO4 20% 2 gram intravenous.
4. Penderita dipulangkan bila :
   a. Penderita kembali ke gejala-gejala / tanda-tanda pre eklampsia ringan dan telah dirawat selama 3 hari.

b. Bila selama 3 hari tetap berada dalam keadaan pre eklampsia ringan : penderita dapat dipulangkan dan dirawat sebagai pre eklampsia ringan (diperkirakan lama perawatan 1-2 minggu).

IX. EKLAMPSIA

A. Pengertian

Eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang (bukan timbul akibat kelainan neurologik) dan/atau koma dimana sebelumnya sudah menunjukkan gejala-gejala pre eklampsia.

B. Patofisiologi

Sama dengan pre eklampsia dengan akibat yang lebih serius pada organ-organ hati, ginjal, otak, paru-paru dan jantung yakni terjadi nekrosis dan perdarahan pada organ-organ tersebut.

C. Gejala Klinis

- Kehamilan lebih 20 minggu atau persalinnan atau masa nifas
- Tanda-tanda pre eklampsia (hipertensi, edema dan proteinuria)
- Kejang-kejang dan/atau koma
- Kadang-kadang disertai gangguan fungsi organ.

D. Pemeriksaan dan diagnosis

- Berdasarkan gejala klinis di atas
- Pemeriksaan laboratorium:
  - Adanya protein dalam urin
  - Fungsi organ hepar, ginjal, dan jantung
  - Fungsi hematologi / hemostasis.

E. Penatalaksanaan

Tujuan pengobatan :

a. Untuk menghentikan dan mencegah kejang.
b. Mencegah dan mengatasi penyulit, khususnya hipertensi krisis
c. Sebagai penunjang untuk mencapai stabilisasi keadaan ibu seoptimal mungkin
d. Mengakhiri kehamilan dengan trauma ibu seminimal mungkin.
    1. Pengobatan Medisinal Sama seperti pengobatan pre eklampsia berat kecuali bila timbul kejang-kejang lagi maka dapat diberikan MgSO4 2 gram intravenous selama 2 menit minimal 20 menit setelah pemberian terakhir. Dosis tambahan 2 gram hanya diberikan 1 kali saja. Bila setelah diberi dosis tambahan masih tetap kejang maka diberikan amobarbital / thiopental 3-5 mg/kgBB/IV perlahan-lahan.
    2. Perawatan bersama :
        - Konsul bagian saraf, penyakit dalam / jantung, mata, anestesi dan anak.
        - Perawatan pada serangan kejang : di kamar isolasi yang cukup terang / ICU
    3. Pengobatan Obstetrik

F. Terminasi Kehamilan

1. Apabila pada pemeriksaan, syarat-syarat untuk mengakhiri persalinan per vaginam dipenuhi maka persalinan tindakan dengan trauma yang minimal.
2. Apabila penderita sudah inpartu pada fase aktif, langsung dilakukan amniotom lalu diikuti partograf. Bila ada kemacetan dilakukan seksio sesar.

3. Tindakan seksio sesar dilakukan pada keadaan :
    a. Penderita belum inpartu
    b. Fase laten
    c. Gawat janin Tindakan seksio sesar dikerjakan dengan mempertimbangkan keadaan atau kondisi ibu.

X. PLASENTA PREVIA

A. Pengertian

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Plasenta previa adalah plasenta yang letak abnormal, yaitu pada segmen bahwa uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau pembukaan jalan lahir. (Manjoer, Arief, 2001).

Dikenal 4 klasifikasi dari plasenta previa:

1) Plasenta previa totalis : - Plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum
2) Plasenta previa lateralis : - Plasenta menutupi sebagian dan ostium uteri intenum
3) Plasenta previa marginalis - Tepi plasenta berada tepat pada tepi ostium uteri internum
4) Plasenta letak rendah : - Plasenta berada 3 - 4 cm pada tepi ostium uteri internum

B. Etiologi

Belum diketahui pasti. Frekuensi plasenta previa meningkat pada grande multipara, primigravida tua, bekas seksio sesarea, bekas aborsi, kelainan janin, leioma uteri.

C. Patofisiologi

Pendarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak

kehamilan 20 minggu saat segmen bawah uteri telah terbentuk dan mulai melebar serta menipis. Umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran segmen bahwa uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Pendarahan tak dapat dihindarkan karena ketidak mampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti plasenta letak normal.

D. Manifestasi Klinis

- Anamneses perdarahan jalan lahir berwarna merah segar tanpa rasa nyeri, tanpa sebab. Terutama pada multigravida pada kehamilan setelah 20 minggu.
- Pemeriksaan fisik:
  a) Pemeriksaan luar bagian terbawah janin biasanya belum masuk pintu atas panggul.
  b) Pemeriksaan inspekulo: perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum.

E. Penatalaksanaan

Harus dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas operasi. Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap kekiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan tekanan rongga perut(missal batuk, mengedan karena sulit buang air besar). Pasang infus NaCl fisiologis, bila tidak memungkinkan beri cairan peroral. Pantau tekanan darah dan frekuensi nadi pasien secara teratur tiap 15 menit untuk mendeteksi adanya hipotensi atau syok akibat pendarahan. Bilaterjadi renjatan, segera lakukan retutitasi cairan dan transfuse darah. Penanganan dirumah sakit dilakukan sesuai dengan kehamilan Pengelolaan plasenta previa tergantung dari banyaknya perdarahan, umur kehamilan dan derajat plasenta previa. Setiap

ibu yang dicurigai plasenta previa hams dikirim ke rumah sakit yang memiliki fasilitas untuk transfusi darah dan operasi. Sebelum penderita syok, pasang infus NaCl/RL sebanyak 2 -3 kali jumlah darah yang hilang. Jangan melakukan pemeriksaan dalam atau tampon vagina, karena akan memperbanyak perdarahan dan menyebabkan infeksi.

1. Bila usia kehamilan kurang 37 minggu/TBF
   - Perdarahan sedikit keadaan ibu dan anak baik maka biasanya penanganan konservatif sampai umur kehamilan aterm. Penanganan berupa tirah baring, hematinik, antibiotika dan tokolitik bila ada his. Bila selama 3 hari tak ada perdarahan pasien mobilisasi bertahap. Bila setelah pasien berjalan tetap tak ada perdarahan pasien boleh pulang. Pasien dianjurkan agar tidak coitus, tidak bekerja keras dan segera ke rumah sakit jika terjadi perdarahan. Nasihat ini juga dianjurkan bagi pasien yang didiagnosis plasenta previa dengan USG namun tidak mengalami perdarahan
   - Jika perdarahan banyak dan diperkirakan membahayakan ibu dan janin maka dilakukan resusitasi cairan dan penanganan secara aktif
2. Bila umur kehamilan 37 minggu/lebih dan TBF 2500 g

   Pada kondisi ini maka dilakukan penanganan secara aktif yaitu segera mengakhiri kehamilan, baik secara pervagina/perabdominal. Persalinan pervagina diindikasikan pada plasenta previa marginalis, plasenta previa letak rendah dan plasenta previa lateralis dengan pembukaan 4 cm/lebih. Pada kasus tersebut bila tidak banyak perdarahan maka dapat dilakukan pemecahan kulit ketuban agar bagian bawah anak dapat masuk pintu atas panggul menekan plasenta yang berdarah. Bila his tidak adekuat dapat diberikan pitosin drip. Namun bila perdarahan tetap ada maka dilakukan seksio sesar.

   Persalinan dengan seksio sesar diindikasikan untuk plasenta previa

totalis baik janin mati atau hidup, plasenta previa lateralis dimana perbukaan Penentuan jenis plasenta previa dapat dilakukan dengan USG dan pemeriksaan dalam atau spekutum di kamar operasi

F. Diagnosis

Berdasarkan derajat abnormalitasnya plasenta previa dibagi:

1) Plasenta previa totalis : - Plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum
2) Plasenta previa lateralis : - Plasenta menutupi sebagian dan ostium uteri intenum
3) Plasenta previa marginalis - Tepi plasenta berada tepat pada tepi ostium uteri internum
4) Plasenta letak rendah : - Plasenta berada 3 - 4 cm pada tepi ostium uteri internum

G. Pemeriksaan Penunjang

- USG untuk diagnosis pasti, yaitu menentukan letak plasenta
- Pemeriksaan darah: hemoglobin, hematokrit

H. Komplikasi

Pada ibu dapat terjadi perdarahan hingga syok akibat pendarahan. Anemia karena pendarahan plasenta, dan endometris pascapersalinan. Pada janin biasanya terjadi persali Komplikasi ibu yang sering terjadi adalah perdarahan post partum dan syok karena kurang kuatnya kontraksi segmen bawah rahim, infeksi dan trauma dan uterus/servik Komplikasi bayi yang sering terjadi adalah prematuritas dengan angka kematian ± 5.

Selain hal diatas ada beberapa patologi atau kelainan selama kehamilan. Pada beberapa wanita ada kemungkinan mengalami

penyimpangan dalam perjalanan kehamilannya. Ada beberapa komplikasi yang dapat dialami seorang wanita hamil. Komplikasi ini dapat dibagi sesuai dengan masa kehamilannya yaitu pada kehamilan muda atau kehamilan tri semester ketiga.

A. Komplikasi kehamilan Muda

1. Hipertensi Gravidarum

   "Morning sickness" dengan muntah terus menerus, makan kurang dapat menyebabkan gangguan suasana kehidupan sehari-hari, dalam situasi demikian disebut hiperemesis gravidarum. Pada tingkat ringan sebaiknya memeriksakan diri dengan gejala muntah berlebihan, keadaan lemas dan lemah, sakit pada ulu hati (perut bagian atas), tidak mau makan, berat badan turun, turgor (kekenyalan) kulit berkurang, lidah kering, mata cekung, kecepatan nadi meningkat, dan tekanan darah turun.

   Hiperemesis sulit dirawat dengan pengobatan biasa dan perlu dirawat di rumah sakit, untuk mendapatkan "cairan pengganti" sehingga sirkulasi darah segera kembali, serta meningkatkan metabolisme tubuh. Pada tingkat ringan belum terjadi gangguan metabolisme dan merupakan waktu yang tepat untuk mendapat pengobatan yang adekuat. Dengan makin meningkatnya muntah keadaan ibu makin bertambah buruk.

2. Keguguran Kandungan

   Keguguran adalah terhentinya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar kandungan pada umur kurang dari 28 minggu. Sebab keguguran sebagian besar tidak diketahui dan terjadi secara spontan. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan gugur kandung diketemukan sebagai (a) faktor telur (ovum) yang kurang baik, (b) faktor spermatozoa yang kurang sempurna. Keduanya pembawa tanda, dimana saat mencari pasangan terjadi penyimpangan

sehingga menyebabkan pertumbuhan tidak sempurna maka terjadi kematian dan selanjutnya tidak mampu tumbuh kembang sampai cukup umur. (c) ketidak suburan lapisan dalam rahim (endometrium) yang disebabkan oleh kekurangan gizi, kehamilan dengan jarak pendek, terdapat penyakit dalam rahim. (d) faktor penyakit sistemik pada ibu seperti penyakit jantung paru, ginjal, tekanan darah tinggi, hati dan penyakit kelenjar dengan gangguan hormon pada ibu.

Menurut kejadiannya keguguran dapat dibagi menjadi keguguran spontan (tanpa diketahui sebabnya) dan keguguran buatan (yang dibuat oleh dukun atau tenaga medis).

Keguguran merupakan masalah kontroversi apalagi dalam era gerakan kualitas sumber daya manusia. Adalah tidak mungkin dapat menurunkan jumlah penduduk tanpa melakukan gugur kandung. Menggugurkan merupakan metode KB yang paling tua di dunia, sama tuanya dengan umur manusia, yang di jaman modern mendapat tempat sebagai penunjang gerakan keluarga berencana. Di beberapa negara pelaksanaan gugur kandung telah dibebaskan, sehingga menjadi urusan antara pelaksana dengan yang memintanya.

Banyak alasan yang dikemukakan untuk dapat melakukan gugur kandung diantaranya kehamilan yang tidak dikehendaki (anak masih kecil, belum ada rencana hamil, gagal memakai metode KB, hamilkarena “kecelakaan” pergaulan bebas atau perkosaan), menginginkan jenis kelamin tertentu (berdasarkan pemeriksaan kromosom ternyata seks yang dikehendaki berbeda, sehingga perlu digugurkan, untuk mendapatkan jenis kelamin yang dikehendaki), berdasarkan kepentingan sosial-ekonomi (tidak sanggup menambah beban hamil dan anak lagi).

Bagi keluarga yang menginginkan jumlah dan jenis putra-

putrinya tertentu sebaiknya sering melakukan konsultasi dengan dokter, kapan sebaiknya hamil dan bagaimana memelihara kehamilannya sehingga berlangsung aman dan sempurna. Merencanakan keluarga dengan keluarga berencana adalah hak setiap keluarga tetapi melakukan "gugur kandung" dengan alasan yang tidak rasional, perlu dipikirkan. Kehamilan adalah buah cinta dan bunga keluarga. Bila sudah terlanjur hamil sebaiknya menerima kenyataanya. Kehamilan bukan semata-mata masalah biologis, tetapi jauh dari pada itu adalah karunia Tuhan Yang Maha Esa, yang patut dihormati dan dipelihara, serta dilindungi justru selama masih dalam rahim ibu.

3. Kehamilan Dengan Degenerasi Penyakit Trofoblas

Kehamilan penyakit trofoblas adalah penyimpangan kehamilan yang terjadi degenerasi hidrofik dari jonjot koreon, sehingga berupa buah anggur, dengan mengandung banyak cairan dan hormon. Pada kehamilan penyakit trofoblas terjadi pembesaran perut yang lebih cepat, tanpa terdpat janin dalam rahim, serta dapat terjadi perdarahan. Frekuensinya di negara asia termasuk Indonesia 1 : 120 kehamilan sedangkan di negara barat dengan keadaan gizi yang baik 1 : 2000. Kadang-kadang terjadi perdarahan banyak disertai pengeluaran gelembung mola sehingga masyarakat menanamkan "kehamilan penyakit trofoblas (kehamilan buah anggur) adalah terdapat gejala hamil muda yang berlebihan (mual-muntah sampai hiperemesis gravidarum, tampak anemis karena pengeluaran darah dan toksinnya), pembesaran perut melebihi umur kehamilan, terdapat perdarahan sedikit atau berjumlah banyak, terjadi pengeluaran jaringan seperti buah anggur.

Bila ibu berhadapan dengan gejala hamil seperti tersebut diatas sebaiknya segera memeriksakan diri untuk memastikan apakah

mengalami kehamilan dengan penyakit trofoblas, keguguran yang baru mulai, atau tumor dalam perut itulah sebabnya mengapa pada saat hamil muda sangat penting melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG), karena kehamilan penyakit trofoblas dapat diketahui dengan segera. Kehamilan penyakit trofoblas berbahaya oleh karena terjadi perdarahan yang banyak sampai syok, ibu meninggal karena perdarahan yang tidak terkendali, dapat terjadi degenerasi keganasan yang lebih berbahaya.

Dalam melaksanakan pengobatan dan perawatan kehamilan dengan penyakit trofoblas memerlukan pengobatan khusus dan pengawasan terus-menerus selama satu tahun untuk melakukan observasi kemungkinan keganasan dalam bentuk "korio karsinoma". Syukur bahwa kehamilan dengan penyakit trofoblas makin berkurang jumlahnya seiring dengan makin membaiknya keadaan gizi masyarakat. Keganasan menjadi "koreo karsinoma" dapat terjadi dari kehamilan mola hidatidosa (kehamilan anggur) sebanyak 75%, keguguran spontan atau buatan 15 %,dan setelah persalinan 5 -10 %. Kemungkinan telah terjadi degenerasi ganas koreo karsinoma dapat diperhatikan bila dijumpai atau mengalami perdarahan terus menerus setelah keguguran atau persalinan perut bertambah besar dengan dapat diraba tumor, terdapat benjolan berwarna biru di daerah liang senggama, dan batuk yang disertai dahak berdarah. Oleh karena itu pemeriksaan rutin penting dilakukan sehingga dapat ditegakkan degenerasi ganas dalam keadaan dini.

B. Komplikasi Kehamilan Trimester Ketiga

1. Persalinan Prematuritas

Persalinan prematuritas (prematur) dimasudkan dengan persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-36 minggu, dengan berat badan lahir kurang dari 2,5 kg. Persalinan prematuritas

merupakan masalah besar karena dengan berat janin kurang dari 2,5 kg dan umur kurang dari 36 minggu, maka alat-alat vital (otak, jantung, paru, ginjal) belum sempurna, sehingga mengalami kesulitan dalam adaptasi untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. Sekali pun sudah dapat dirawat bayi dengan berat antara 1,5 sampai 2,5 kg untuk dapat bertahan hidup, tetapi masih diragukan kemungkinan untuk memiliki kemampuan dan kualitas yang diharapkan sebagai sumber daya manusia.

Penatalaksanaan persalinan prematuritas, diharapkan dapat dipertahankan sampai berat janin diatas 2,5 kg. komplikasi pada ibunya tidak terlalu banyak, kecuali berupaya agar kehamilan prematuritas yang akan datang tidak berulang kembali. Masalah pada bayi prematuritas lebih banyak karena perawatan memerlukan tindakan intensif, bayi mudah terkena infeksi, dan perkembangan dan pertumbuhannya sering terlambat. Untuk mengatasi kehamilan prematuritas diantaranya ibu harus mempersiapkan diri untuk hamil dengan pemeriksaan intensif, mengatur jarak kehamilan agar mencapai kesejahteraan yang optimal, dan segera memeriksakan diri untuk menunda persalinan prematuritas.

Sebab Persalinan Prematuritas

- Hamil dengan perdarahan, kehamilan ganda (kembar)
- Kehamilan diertai komplikasi (pre-eklampsia, eklampsia)
- Kehamilan dengan komplikasi penyakit ibu (hipertensi, penyakit ginjal atau penyakit hati, penyakit jantung, dsb). Keadaan gizi yang rendah (hamil disertai kurang darah [anemia], lapisan dalam rahim yang kurang subur karena jarak hamil terlalu pendek).

2. Kehamilan Ganda (kembar)

Kehamilan ganda sering terjadi dengan frekuensi 1:89

kehamilan. Kehamilan ganda sejak umur muda sudah dapat ditetapkan dengan jalan melakukan pemeriksaan USG. Faktor yang dapat menyebabkan hamil ganda adalah faktor bangsa sering mempunyai hamil ganda yang tinggi, pemakaian obat perangsang indung telur, faktor keuturunan dalam keluarga.

Bentuk hamil ganda dapat terjadi berasal dari satu telur mempunyai ciri seks yang sama, bentuk dan raut wajah sama, garis tangan dikatakan sama. Dan jika berasal dari dua telur dengan ciri bentuk tidak sama, jenis kelamin dapat sama/berbeda.

Bagaimana menduga kemungkinan kehamilan ganda. Seorang yang menduga dirinya mempunyai kehamilan ganda adalah factor keturunan dalam keluarga dengan hamil ganda, perut cepat besar, keluhan hamil muda lebih berat, dirasakan bahwa gerak janin dalam rahim banyak. Sebagian besar dokter atau bidan sudah dapat menetapkan kehamilan ganda, sehingga akan lebih berhati-hati dalam persiapan pertolongan persalinan.

Bagaimana ibu berhadapan dengan kehamilan ganda ? bila dokter atau bidan telah menetapkan kehamilan ganda sebagian besar menganjurkan untuk melahirkan di tempat yang mempunyai fasilitas. Sebaiknya ibu meminta agar persalinan di tempat dengan fasilitas cukup. Lakukan pemeriksaan hamil lebih sering (biasanya dianjurkan) sehingga bila terjadi penyulit dapat ditegakkan secara dini. Pengalaman menunjukkan persalinan hamil ganda tidak terlalu banyak dijumpai kesulitan, tetapi anjuran untuk bersalin di tempat dengan fasilitas cukup lengkap selalu ditekankan.

Beberapa Pengaruh Yang Merugikan Ibu Yang Hamil Ganda

- Pengaruh hamil ganda terhadap ibu : diperlukan gizi lebih banyak sehingga tumbuh kembang janin mencapai gejap/ cukup bulan, pada hamil muda sering terjadi keluhan yang

hebat, ibu sering cepat lelah, sering terjadi penyulit hamil (hidramnion atau hamil air, pre-eklampsia dan eklampsia), pada saat persalinan memanjang, persalinan memerlukan bantuan operasi [operasi persalinan per-vagina, seksio sesaera], setelah lahir dapat terjadi perdarahan atau terlambatnya air-air lahir [retensio uteri], dan dapat terjadi uterus terbalik (inversion uteri).

- Pengaruh hamil ganda terhadap janinnya : dapat terjadinya persalinan prematuritas, dapat terjadi janin dengan anemia atau berat badan lahir rendah, setelah persalinan anak pertama dapat terjadi pelepasan plasenta sebelum waktunya dan membahayakan janin kedua.

3. Kehamilan Dengan Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan memberikan dampak yang membahayakan ibu maupun janin dalam kandungan. Sekalipun demikian perdarahan yang terjadi mungkin berasal bukan dari kehamilan seperti pembuluh darah pecah (varises), polip dari mulut rahim. Perdarahan tersebut tentu tidak membahayakan ibu dan janinnya. Perdarahan yang dapat membahayakan dan berhubungan dengan kehamilan pada trimester pertama adalah keguguran, kehamilan penyakit trofoblas, kehamilan terganggu. Dan pada trimester ketiga mengalami perdarahan plasenta previa (pembentukan ari-ari yang menutupi jalan lahir), perdarahan Soslusio Plasenta, perdarahan dari pecahnya sinus marginalis, perdarahan dari pecahnya vasa previa.

Perdarahan pada trimester pertama telah dibicarakan, sehingga selanjutnya dibahas perdarahan pada trimester ketiga.

4. Perdarahan Plasenta Previa

Adalah keadaan implantasi plasenta demikian rupa sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim, sehingga

pembuluh darah besar ada pada sekitar mulut rahim. Dengan makin tuanya kehamilan dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim, terjadinya pergeseran plasenta beserta pembuluh darahnya. Bentuk perdarahan dapat sedikit demi sedikit atau disertai gumpalan darah. Perdarahan dapat menimbulkan gangguan peredaran darah janin dan sirkulasi ibu sehingga terjadi anemia dan dapat jatuh dalam keadaan syok.

Perdarahan dapat terjadi pada kehamilan prematuritas atau sudah cukup bulan. Perdarahan plasenta previa sebagian besar terjadi tanpa rasa sakit, bahkan sesering saat tidur. Untuk lebih jelasnya apa yagn perludi perhatikan bila terjadi perdarahan pada kehamilan plasenta previa lihat bagan.

Bila berhadapan dengan perdarahan pada kehamilan bagaimana pun bentuknya sebaiknya segera memeriksakan diri, sehingga pertolongan yang tepat dapat dilaksanakan.

5. Perdarhaan Solusio Plasenta

Nidasi (implantasi) hasil konsepsi sebagian besar terjadi pada fundus uteri (puncak rahim), sebagai tempat yang normal. Yang dimasudkan dengan perdarahan solusio plasenta (solusio plasenta) adalah lepasnya plasenta dari implantasinya yang normal (fundus uteri) sehingga menimbulkan rasa sakit dan gangguan nutria pada janin. Perdarahan pada solusio plasenta, tidak seluruhnya tampak dari luar tetapi tertimbun di belakang plasenta, menyebabkan volume rahim makin padat. Kadang-kadang terjadi infiltrasi darah ke dalam otot rahim, yang mengganggu kontraksi rahim serta dapat menimbulkan perdarahan sekunder.

Penyebab solusio plasenta dapat dikaitkan dengan trauma langsung pada kehamilan (jatuh saat hamil tua, trauma langsung pada perut), ibu yang mengidap tekanan darah tinggi, kehamilan disertai pre-eklampsia dan eklampsia, ibu yang mengidap penyakit

ginjal. Segala solusio plasenta pada kehamilan di dapat dengan anamnesa trauma langsung pada perut terdapat kehamilan disertai penyakit (tekanan darah tinggi, penyakit ginjal, pre-eklampsia dan eklampsia), perdarahan disertai rasa sakit, akibat lepasnya plasenta menimbulkan gangguan sirkulasi (ancaman jiwa janin dalam bentuk "asfiksia" ringan sampai kematian, gerak janin berkurang sampaimenghilang), akibat lepasnya plasenta pada ibu dapat terjadi timbunan darah di belakang plasenta mengakibatkan gangguan sirkulasi (tekanan darah turun sampai syok, nadi meningkat), ibu hamil tampak pucat, dan perut tegang dan terasa sakit.

Kejadian solusio plasenta tidak terlalu dijumpai, apalagi pada situasi gerakan keluarga berencana diterima masyarakat dan pelaksanaan pemeriksaan hamil makin mendapatkan perhatian. Sekalipun kejadiannya jarang dijumpai tetapi akibatnya terhadap janin dan ibu sangat serius, sehingga dengan perdarahan pada hamil sebaiknya segera ke tempat dengan fasilitas yang memadai.

6. Perdarahan Pada Sinus Marginalis

Perdarahan ini terjadi menjelang persalinan, jumlahnya tidak terlalu banyak, tidak membahayakan janin dan ibunya, karena persalinan segera akan berlangsung. Perdarahan ini sulit diduga asalnya dan baru diketahui setelah plasenta lahir. Pada pemeriksaan plasenta dijumpai gumpalan darah ditepi, pada suatu kantong membran. Dengan demikian diduga perdarahan yang berasal dari "sinus marginalis".

7. Perdarahan Vasa Previa

Vasa previa adalah penyilangan pembuluh darah pada mulut rahim yang berasal dari insersio vilamentosa plasenta. Seperti diketahui jenis perlekatan/penempelan tali pusat pada plasenta dalam bentuk insersio sentralis bila tali pusat melekat tepat di

tengah plasenta, insersio parasentral perlekatan tali pust disekitar bagian tengah plasenta, insersio marginalis bila perlekatan tali pusat di tepi plasenta, insersio vilamentosa bila talipusat melekat di luar plasenta, sehingga pembuluh darahnya berada di selaput plasenta sebelum mencapai tali pusat.

Bila pembuluh darah sebelum mencapai tali pusat menyilang mulut rahim disebut vasa previa (vasa-pembuluh darah, previa-menyilang). Keadaan ini berbahaya saat ketuban pecah dan pembuluh darah dapat pecah, serta mengeluarkan darah yang berasal langsung dari sirkulasi janin. Pecahnya vasa previa pada pembukaan kecil dan disertai perdarahan sebagian besar fatal karena janin langsung kehilangan darahnya. Sedangkan ibunya tidak mengalami gangguan apapun. Untunglah kejadian ini jarang terjadi. Bila kebetulan diduga terdapat "vasa previa" satu-satunya jalan untuk menyelamatkan janin adalah melakukan persalinan dengan operasi seksio sesaera.

Kehamilan Dengan Janin Dalam Rahim

Setelah umur hamil diatas 16 minggu, dapat dirasakan gerak janin dalam rahim yang disebut "quickening" sebagai gerakan pertama. Gerakan janin merupakan tanda penting bahwa janin hidup sehat dan meminta perlindungan dengan jalan pengawasan hamil teratur.

Dalam menunjukkan rasa kasih sayang sering bapaknya ikut serta meraba dan merasakan gerak janin itu. Bagi ibu yang sensitif dapat dirasakan gerak janin berkurang atau menghilang dan mendorongnya untuk segera memeriksakan diri. Ada kemungkinan gerak janin berkurang setelah kepala janin masuk pintu atas panggul, Karena bagian terendah terinfeksi. Dengan berkurang atau menghilangnya gerak janin dapat menjadi pertanda bahwa janin mengalami kematian dalam rahim.

Janin yang telah mati dalam rahim segera harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan pembekuan darah dan dapat menimbulkan infeksi dalam rahim. Oleh karena terdapat bahaya mengancam keselamatan ibu maka pertolongan persalinan dengan kematian janin dalam rahim memerlukan persiapan khusus. Bahaya gangguan pembekuan darah pada kematian janin melewati waktu 12 minggu dan bahaya infeksi tidak boleh terjadi. Pengalaman menghadapi ibu hamil, dengan berkurangnya gerak janin sudah mendorong ibu untuk pemeriksaan. Oleh karena itu menjelang kehamilan cukup bulan pemeriksaan hamil dilakukan lebih sering dengan interval seminggu sekali.

Menetapkan Kematian Janin Dalam Rahim

- Pemeriksaan terhadap detak jantung (dengan menggunakan stetoskop laeneck, alat dopler).
- Pemeriksaan terhadap tidak adanya gerak jantung, tulang kepala janin berhimpit, tulang belakang makin melengkung (dengan menggunakan USG)
- Pemeriksaan terhadap tulang kepala berhimpit, tulang belakang melengkung, dalam usus dijumpai pembentukan gas (dengan foto ronsen).

Penyebab Kematian Janin Dalam Rahim

- Kehamilan diatas umur hamil 36 minggu pada ibu dengan penyakit kencing ula (diabetes mellitus).
- Mungkin terjadi lilitan tali pusat yang mematikan

- Terjadi simpul tali pusat
- Gangguan nutrisi menjelang kehamilan cukup bulan
- Kehamilan dengan perdarahan
- Kehamilan lewat waktu lebih dari 14 hari.

BAB III
PATOLOGI PERSALINAN

1. Dystocin / dystocia (Persalinan yang sulit)

Distosia atau persalinan sulit ditandai dengan proses persalinan yang berjalan lambat. Jika persalinan tidak berjalan dengan normal, janin atau bayi yang baru lahir akan mengalami masalah.

Distosia merupakan akibat dari 4 gangguan atau kombinasi antara:

1. Kelainan Tenaga Persalinan. Kekuatan His yang tidak memadai atau tidak terkordinasi dengan baik agar dapat terjadi dilatasi dan pendataan servik (uterine dysfunction) serta gangguan kontraksi otot pada kala II.
2. Kelainan Presentasi-Posisi dan Perkembangan janin
3. Kelainan pada Tulang Panggul (kesempitan panggul)
4. Kelainan Jaringan Lunak dari saluran reproduksi yang menghalangi desensus janin

Secara sederhana, kelainan diatas dapat secara mekanis dikelompokkan kedalam 3 golongan :

1. Kelainan POWER : kontraksi uterus dan kemampuan ibu meneran
2. Kelainan PASSANGER : keadaan janin
3. Kelainan PASSAGE : keadaan panggul

Masalah diatas dapat dikelompokkan menjadi 2 faktor penyebab patologi persalinan yaitu:

A. Faktor ibu

Temuan Klinik Tersering pada Wanita dengan Persalinan yang Tidak Efektif

1. Dilatasi servik atau desensus tidak adekwat
    1. "Protracted Labor" - kemajuan persalinan lambat
    2. "Arrested Labor" - tidak terdapat kemajuan persalinan
    3. Usaha meneran pada kala II kurang memadai – proses meneran tidak efektif
2. Disproporsi Fetopelvik
    1. Janin besar
    2. Kapasitas panggul kurang
    3. Kelainan letak janin
    3. Ketuban Pecah Dini yang tak segera diikuti dengan proses persalinan

"Over" Diagnosa Distosia

Kombinasi dari berbagai keadaan yang terlihat pada tabel sering mengakibatkan disfungsi persalinan. Saat ini, terminologi "cephalopelvic disproportion" atau "failure to progress" sering digunakan untuk menyatakan adanya proses persalinan yang tidak efektif.

“Cephalopelvic Disproportion”

Merupakan terminologi yang disampaikan pada awal abad 20 untuk menjelaskan adanya partus macet yang disebabkan oleh ketidak sesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga persalinan pervaginam tidak bisa berlangsung.

Menurut Olah dan Neilson (1994) terminologi tersebut sebenarnya berasal dari indikasi utama tindakan SC saat itu pada kasus kontraktur pelvik akibat penyakit rachitis.

Keadaan tersebut saat ini sudah sangat jarang dan saat ini sebagian besar disproporsi berasal dari malposisi kepala janin dalam panggul (asinklitismus) atau akibat gangguan kontraksi uterus.

CPD adalah diagnosa yang sangat tidak objektif oleh karena lebih dari 2/3 pasien dengan diagnosa CPD dan menjalani SC, pada persalinan selanjutnya ternyata dapat melahirkan janin spontan pervaginam yang tidak jarang lebih besar dan lebih berat dari persalinan sebelumnya.

“Failure to Progress” (partus tak maju)

Istilah ini menjadi terminologi populer untuk menyatakan adanya persalinan yang tidak berlangsung secara efektif pada persalinan spontan atau dengan induksi.

Terminologi ini biasa digunakan pada situasi dimana kemajuan dilatasi servik dan atau desensus janin tidak terjadi atau terjadi secara tidak normal.

Sudah menjadi pendapat umum sekarang ini bahwa diagnosa distosia pada persalinan dengan SC merupakan hal yang overdiagnosis di USA maupun di tempat lain.

Tindakan SC dengan indikasi distosia sering menjadi hal yang bersifat kontroversial oleh karena beberapa hal :

- Penegakkan diagnosa distosia yang tak tepat

- Efek pengunaan analgesia epidural tak diperhitungkan
- Kecemasan medikolegal yang berlebihan
- Kenyamanan klinis bagi dokter atau pasien (dokter terburu-buru atau pasien menghendaki hal yang “terbaik” bagi dirinya)
- Stimulasi oksitosin tidak diberikan dengan metode yang tepat dan benar.

Rekomendasi dari American College of Obstetricians and Gynecologist (1995a) sebelum diagnosa distosia ditegakkan, dilatasi servik harus sudah lebih dari 4cm.

MEKANISME DISTOSIA

Pada akhir kehamilan, agar dapat melewati jalan lahir kepala harus dapat mengatasi tebalnya segmen bawah rahim dan servik yang masih belum mengalami dilatasi. Perkembangan otot uterus di daerah fundus uteri dan daya dorong terhadap bagian terendah janin adalah faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan kala I.

Setelah dilatasi servik lengkap, hubungan mekanis antara ukuran dan posisi kepala janin serta kapasitas panggul (fetopelvic proportion) dikatakan baik bila desensus janin sudah terjadi.

FPD-fetopelvic disproportion menjadi jelas bila persalinan sudah masuk kala II.

Gangguan fungsi otot uterus dapat terjadi akibat regangan uterus berlebihan dan atau partus macet [obstructed labor]. Dengan demikian maka persalinan yang tidak berlangsung secara efektif adalah merupakan tanda akan adanya fetopelvic disproportion.

Membedakan gangguan persalinan menjadi disfungsi uterus dan fetopelvic disproportion secara tegas adalah tindakan yang tidak tepat oleh karena kedua hal tersebut sebenarnya memiliki hubungan yang erat.

Kondisi tulang panggul bukan satu-satunya penentu keberhasilan berlangsungnya proses persalinan pervaginam. Bila tidak ada data objektif untuk mendukung adanya disfungsi uterus dan FPD, harus dilakukan TRIAL of LABOR untuk menentukan apakah persalinan pervaginam dapat berhasil pada sebuah persalinan yang berdasarkan pengamatan nampaknya berlangsung secara tidak efektif.

Banyak ahli yang berpendapat bahwa tindakan TRIAL of LABOR adalah merupakan prioritas utama dalam menurunkan kejadian sectio caesar.

ABNORMALITAS TENAGA PERSALINAN

Dilatasi servik dan propulsi serta ekspulsi janin dimungkinkan oleh adanya his dan usaha meneran pada persalinan kala II.

Kurangnya intensitas satu atau kedua faktor diatas akan menyebabkan perjalanan partus yang terhambat atau terganggu.

Diagnosa disfungsi uterus pada kala I fase laten sulit ditegakkan dan umumnya dibuat secara retrospektif.

Salah satu kesalahan yang sering dilakukan adalah terapi disfungsi uterus pada pasien yang masih belum inpartu.

Tiga hal penting yang perlu diperhatikan dalam penatalaksanaan disfungsi uterus:

1. Membiarkan berlangsungnya partus lama tanpa tindakan akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal.
2. Oksitosin drip dapat digunakan untuk mengatasi beberapa jenis disfungsi uterus.
3. Pada kasus dengan kegagalan atau terdapat kontra-indikasi oksitosin drip, pilihan untuk melakukan SC lebih utama dibandingkan pilihan persalinan dengan ekstrasi cunam tengah yang secara teknis sulit dikerjakan.

JENIS DISFUNGSI UTERUS

Kontraksi uterus pada persalinan normal ditandai dengan aktivitas miometrium yang bersifat gradual, dengan kontraksi terkuat dan berlangsung lama dibagian fundus uteri dan kearah servik kekuatan kontraksi uterus secara bertahap menjadi semakin berkurang (Pernyataan Reynold dkk pada tahun 1948)

Caldeyro-Barcia dkk (1950) dari Montevideo Uruguay menyatakan bahwa terdapat perbedaan waktu dari onset kontraksi uterus di daerah fundus uteri dan daerah pertengahan corpus uteri serta pada segmen bawah rahim.

Larks (1960) menjelaskan bahwa rangsangan yang berawal di bagian cornu akan diikuti oleh rangsangan berikutnya beberapa milidetik setelahnya, gelombang rangsangan akan saling menyatu dan diteruskan secara serentak dari fundus uteri kebagian bawah uterus.

Agar terjadi dilatasi servik, diperlukan kekuatan kontraksi uterus sekurang-kurangnya 15 mmHg.

Kontraksi uterus yang berlangsung secara normal dapat menimbulkan tekanan intrauterin sampai 60 mmHg.

Dengan data diatas, maka disfungsi uterus dapat dibedakan menjadi :

1. Disfungsi uterus hipotonik :
    a. Tidak ada tonus basal
    b. Kontraksi uterus memiliki pola gradasi normal (synchronous) tetapi
    c. Tekanan yang ditimbulkan oleh kontraksi uterus tidak cukup untuk menyebabkan terjadinya dilatasi servik.
2. Disfungsi hipertonik (incoordinate uterine dysfunction)
    a. Basal tonus meningkat dan atau
    b. Kekacauan dalam gradasi tekanan yang ditimbulkan oleh

his akibat tekanan yang ditimbulkan oleh his dibagian tengah uterus lebih besar daripada yang dihasilkan oleh bagian fundus dan atau adanya peristiwa asinkronisme dari rangsang yang berasal dari cornu.

Gangguan persalinan kala I Fase Aktif

Gangguan persalinan secara klinis dibagi menjadi :

- Lebih lambat dari kemajuan persalinan yang normal ("protraction disorder") dan atau
- Terhentinya kemajuan persalinan ("arrest disorder")
- Persalinan kala I fase aktif bila dilatasi servik sudah mencapai sekurang-kurangnya 3 – 4 cm

"Active phase arrest"

Handa dan Laros (1993) : Active-phase arrest adalah bila dalam waktu ≥ 2 jam tidak terdapat kemajuan pada dilatasi servik

Angka kejadian : 5% pada nulipara dengan kehamilan aterm (menurut Friedman pada tahun 1978, angka kejadian ini tidak berubah sejak tahun 1950)

His tidak adekwat adalah bila kekuatannya <180>

"Protraction disorder"

Definisi keadaan ini lebih sulit ditentukan.

WHO : dalam partograf dinyatakan bahwa yang dimaksud dengan "protraction" adalah kecepatan dilatasi servik < 1 cm per jam untuk waktu minimum 4 jam.

Kriteria "active phase arrest" dan "protraction disorder" menurut American College of Obstetricians and Gynecologist dapat dilihat pada tabel berikut :

Pola persalinan	Nullipara	Multipara
Persalinan terhambat		
- Dilatasi	<>	<>
- Desensus	<>	<>
Persalinan macet		
- Tidak terjadi kemajuan dilatasi	> 2 jam	> 2 jam
- Tidak terjadi kemajuan desensus	> 1 jam	> 1 jam

Kriteria diagnostik persalinan abnormal dengan gangguan persalinan macet (arrest) dan persalinan terhambat (protracted)

Sebelum menegakkan diagnosa “arrest” selama persalinan kala I maka kedua kriteria berikut harus dipenuhi:

1. Dilatasi servik sudah lebih dari 4 cm.
2. His dengan kekuatan 200 Montevideo Unit selama 10 menit sudah berlangsung selama 2 jam tanpa diikuti dengan perubahan pada servik.

Gangguan persalinan kala II

Desensus kepala terutama terjadi setelah dilatasi servik lengkap.

Sebagian besar dari “seven cardinal movement of labor” berlangsung pada kala II.

Akibat dari adanya kelainan CPD umumnya terlihat pada kala II.

Batas waktu kala II pada nulipara adalah 2 jam (3 jam pada kasus dengan anestesi regional) dan pada multipara adalah 1 jam (2 jam pada kasus dengan anestesi regional).

DERAJAT PENURUNAN (station) PADA AWAL PERSALINAN

Engagemen = desensus diameter biparietal janin sampai setinggi spina ischiadica maternal (station 0).

Terdapat kaitan erat antara bagian terendah janin yang masih tinggi saat memasuki persalinan dengan kejadian distosia yang akan terjadi.

Gangguan “protracted” dan atau “arrest” sering terjadi pada pasien yang memasuki persalinan dengan station lebih dari +1 .

ETIOLOGI PENYEBAB DISFUNGSI UTERUS

1. Analgesia epidural
2. Chorioamnionitis
3. Posisi ibu selama persalinan
4. Posisi persalinan pada kala II

PARTUS PRESIPITATUS

Hughes (1972) : partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan.

Ventura dkk (2000) : angka kejadian partus presipitatus tahun 1998 di USA sebesar 2% dan terutama terjadi pada multipara dengan frekuensi kontraksi uterus kurang dari 2 menit.

Mahon dkk (1979) : "short labor" adalah bila kecepatan dilatasi servik pada nulipara > 5 cm/jam dan pada multipara 10 cm/jam.

Partus presipitatus sering berkaitan dengan :

- Solusio plasenta
- Aspirasi mekonium.
- Perdarahan post partum.
- Apgar score rendah.

Komplikasi maternal:

- Jarang terjadi bila dilatasi servik dapat berlangsung secara normal.
- Bila servik panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan servik dan jalan lahir yang luas.
- Emboli air ketuban (jarang).
- Atonia uteri dengan akibat HPP.

Komplikasi janin :

1. Morbiditas dan mortalitas perinatal meningkat oleh karena :
   a. Kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterin.
   b. Trauma intrakranial akibat tahanan jalan lahir.

2. Acker dkk (1988) melaporkan kejadian Erb atau Duchene paralysis pada 1/3 kasus partus presipitatus.
3. Persalinan tanpa pertolongan yang baik akan menyebabkan cedera pada janin akibat terjatuh dilantai atau tidak dapat segera memperoleh resusitasi bila diperlukan.

Penatalaksanaan

- Kejadian ini biasanya berulang, sehingga perlu informasi dan pengawasan yang baik pada kehamilan yang sedang berlangsung.
- Hentikan pemberian oksitosin drip bila sedang diberikan.

B. Faktor bayi

1. Janin dalam bahaya (fetal distress): fetal disstress adalah komplikasi yang jarang terjadi pada persalinan. Biasanya terjadi ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen. Indikator yang lebih sensitiv pada fetal disstress adalah kelainan pola detak jantung pada janin. Melalui persalinan, detak jantung janin dipantau dengan stetoskop janin-setiap 15 menit selama awal persalinan dan setelah setiap kontraksi selama akhir persalinan. Atau detak jantung janin dipantau secara terus menerus dengan alat pantau detak jantung elektronik. Jika kelainan signifikan pada detak jantung diketahui, hal tersebut biasanya bisa diperbaiki dengan beberapa cara seperti memberikan oksigen kepada ibunya, meningkatkan jumlah cairan yang diberikan secara infus pada ibunya, dan mengembalikan ibunya ke posisi sebelah kirinya. Jika cara ini tidak efektif, bayi tersebut dilahirkan secepatnya dengan forceps, vacuum extractor, atau operasi sessar.

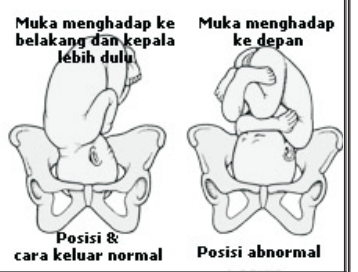
   Jika cairan ketuban berwarna hijau setelah selaput runtuh, janin tersebut kemungkinan dalam bahaya (namun biasanya tidak). Pelunturan ini disebabkan kotoran pertama bayi (fetal

meconium). Gagal janin kemungkinan berhubungan dengan postmaturity (ketika plasenta rusak pada kehamilan postterm) atau dengan komplikasi pada kehamilan atau persalinan yang mempengaruhi ibunya dan oleh karena itu mempengaruhi bayi juga.

2. Gangguan pernafasan : jarang terjadi, seorang bayi tidak mulai bernafas ketika lahir, meskipun tidak terdapat masalah sebelum melahirkan. Sehingga bayi tersebut membutuhkan tindakan penyadaran. Seorang ahli dalam menyadarkan bayi dihadirkan sewaktu melahirkan untuk alasan ini.
3. Posisi dan cara lahir tidak normal bayi : posisi merujuk pada apakah bayi menghadap ke belakang (ke arah punggung wanita, atau telungkup) atau maju (menghadap ke atas). Cara lahir merujuk pada bagian tubuh bayi yang membuat jalan keluar melalui jalan lahir. Kombinasi yang sering terjadi dan teraman adalah kepala terlebih dahulu (disebut vertex atau cara lahir cephalic) dan menghadap ke bawah, dengan

Posisi dan Cara Keluar Janin

Menjelang akhir kehamilan, janin bergerak ke posisi untuk melahirkan. Normalnya, posisi janin menghadap ke belakang (menghadap bagian belakang wanita) dengan wajah dan tubuh menyudut ke salah satu sisi dan leher dilenturkan, dan cara keluar adalah kepala terlebih dahulu. Posisi yang tidak normal adalah menghadap ke depan, dan cara keluar yang tidak normal termasuk face, brow, breech, dan shoulder





wajah dan badan menyudut ke arah kanan atau kiri dan dengan leher bengkok ke depan, dagu masuk, dan lengan dilipat melintasi dada. Jika janin berada pada posisi atau cara keluar yang berbeda, persalinan kemungkinan lebih sulit dan melahirkan secara normal tidak mungkin terjadi.

Ketika janin menghadap ke atas (posisi tidak normal), leher seringkali menegang daripada bengkok, dan kepala membutuhkan lebih banyak ruang untuk melalui jalan lahir. Melahirkan dengan forceps, vacuum extractor, atau operasi sessar kemungkinan diperlukan.

Terdapat beberapa cara keluar tidak normal. Cara keluar face, leher melengkung ke belakang sehingga wajah keluar terlebih dahulu, pada cara keluar brow, leher agak melengkung sehingga alis keluar pertama kali. Biasanya, janin tidak tetap pada cara keluar ini, mereka bisa berubah dengan sendirinya.

Cara keluar breech, dimana pantat keluar terlebih dahulu, terjadi dalam 2 sampai 3% pada melahirkan matang. Ketika melahirkan melalui vagina, bayi yang pantatnya keluar terlebih dahulu lebih mungkin terluka dibandingkan mereka yang kepalanya keluar terlebih dahulu. Beberapa luka bisa terjadi sebelum, selama, atau setelah lahir dan termasuk kematian. Komplikasi sedikit mungkin ketika cara keluar breech terdeteksi sebelum persalinan atau melahirkan.

Kadangkala dokter bisa memutar janin ke cara keluar kepala terlebih dahulu dengan menekan perut wanita tersebut sebelum persalinan dimulai, biasanya pada 37 atau 38 minggu kehamilan. Meskipun begitu, jika persalinan dimulai dan janin pada cara keluar breech, masalah bisa terjadi. Jalan keluar dibuat oleh pantat di jalan lahir bisa tidak cukup lebar

untuk kepala (yang melebar) untuk keluar. Sebagai tambahan, ketika kepala mengikuti pantat, hal ini tidak dapat dibentuk untuk menyesuaikan jalan lahir, seperti normalnya.

Oleh karena itu, tubuh bayi tersebut kemungkinan dilahirkan dan kepala bisa dipegang di samping wanita tersebut. akibatnya, tulang belakang atau syaraf lainnya kemungkinan meregang, menyebabkan kerusakan syaraf. Ketika pusar bayi pertama kali terlihat di luar wanita tersebut, tali pusar tertekan antara kepala bayi dan jalan lahir, sehingga sangat sedikit oksigen yang diperoleh bayi. Kerusakan otak membuat kekurangan oksigen adalah lebih sering terjadi pada bayi dengan cara keluar pantat terlebih dahulu dibandingkan mereka yang kepalanya keluar terlebih dahulu. Pada kelahiran pertama, masalah ini bertambah buruk karena jaringan wanita tidak meregang karena melahirkan sebelumnya. Karena bayi bisa saja terluka atau meninggal, melahirkan dengan operasi sessar dianjurkan ketika janin dalam kondisi cara keluar breech.

Kadang kala, janin berbaring horizontal melintangi jalan lahir dengan bahu terlebih dahulu keluar. Operasi sessar dilakukan, setidaknya janin kedua atau kembar. Dalam beberapa kasus, janin bisa diputar untuk dilahirkan secara normal.

4. Kelahiran ganda : jumlah kembar, kembar tiga, dan kelahiran ganda lainnya telah meningkat selama dua dekade terakhir. Selama kehamilan, jumlah janin bisa dipastikan dengan ultrasonografi.

   Membawa lebih dari satu janin terlampau meregangkan rahim, dan rahim yang terlampau meregang cenderung mulai kontraksi sebelum kehamilan mencapai jangka waktu penuh. Akibatnya, bayi biasanya dilahirkan secara prematur dan kecil. Pada kasus yang sama, rahim yang terlampau meregang tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah melahirkan,

menyebabkan pendarahan pada wanita setelah melahirkan. Karena janin bisa jadi dalam berbagai posisi dan cara keluarnya, melahirkan secara normal bisa jadi rumit. Juga, kontraksi pada rahim setelah melahirkan pada bayi pertama bisa memotong plasenta pada sisa bayi. Akibatnya, bayi tersebut yang keluar setelah bayi pertama lebih mengalami masalah selama melahirkan dan setelahnya.

Untuk alasan ini, dokter bisa memutuskan selanjutnya bagaimana untuk melahirkan bayi kembar : secara normal atau dengan operasi sessar. Kadang kala, bayi kembar yang pertama dilahirkan secara normal, tetapi operasi sessar lebih aman untuk bayi kembar kedua. Untuk kembar tiga atau kelahiran ganda lainnya, dokter biasanya melakukan operasi sessar.

Shoulder dystocia : shoulder dystocia terjadi ketika salah satu bahu janin pada posisi berlawanan dengan tulang pubis wanita tersebut, dan bayi tersebut oleh karenanya tertahan di jalan lahir. Kepala keluar, tetapi tertarik kembali dengan kuat berlawanan dengan pembukaan vagina. Bayi tidak bisa bernafas karena dada tertekan oleh jalan lahir. Akibatnya, kadar oksigen pada darah bayi menurun. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada janin yang lebih besar, terutama sekali ketika persalinan sudah sulit atau ketika forceps atau sebuah vacuum extractor telah digunakan karena kepala janin tersebut tidak sepenuhnya turun di panggul.

Ketika komplikasi terjadi, dokter segera mencoba berbagai cara untuk membebaskan bahu sehingga bayi tersebut bisa dilahirkan dengan normal. Pada keadaan ekstrem, jika cara ini tidak berhasil, bayi tersebut bisa didorong kembali ke dalam vagina dan dilahirkan dengan operasi sessar.

Prolapsed umbilical cord : tali pusat mendahului bayi melalui vagina (prolapses) pada sekitar 1 dari 1000 kelahiran. Ketika prolapses umbilical cord terjadi, bisa mengerut sehingga suplai darah janin terpotong. Komplikasi ini kemungkinan nyata (overt) atau tidak (occult).

Prolapse nyata ketika selaput telah runtuh dan tali pusat menonjol ke dalam atau keluar vagina sebelum bayi muncul. Prolapse nyata biasanya terjadi ketika seorang bayi muncul dengan pantat terlebih dahulu (cara keluar breech). Tetapi hal ini bisa terjadi ketika bayi tersebut muncul dengan kepala terlebih dahulu, terutama sekali jika selaput runtuh secara prematur atau janin tersebut tidak turun ke dalam panggul wanita tersebut.

Jika janin tersebut tidak turun, aliran cairan sewaktu selaput runtuh bisa membawa tali pusat tersebut keluar di depan bayi. Jika tali turun, segera akan melahirkan, hampir selalu dengan operasi sessar, diperlukan untuk mencegah suplai darah ke janin terpotong. Hingga operasi dimulai, seorang perawat atau dokter menahan tubuh janin tersebut pada tali pusat sehingga suplai darah tersebut melalui tali yang turun tidak terpotong.

Pada prolapse occult, selaput tetap utuh dan tali berada di depan janin atau terperangkap di depan bahu janin. Biasanya, prolapse occult bisa diidentifikasikan dengan pola tidak normal pada detak jantung bayi. Perubahan posisi wanita tersebut atau menaikkan kepala bayi bisa meringankan tekanan pada tali pusat biasanya memperbaiki masalah. Kadang kala, operasi sessar diperlukan.

Nuchal Cord: tali pusat membungkus sekitar leher janin pada sekitar seperempat kelahiran. Biasanya, bayi tidak

dalam bahaya. Sebelum lahir, Nuchal Cord: kadang kala bisa dideteksi dengan ultrasonografi, tetapi tidak diperlukan tindakan. Dokter secara rutrin memeriksa hal itu sampai mereka melahirkan bayinya. Jika mereka merasa hal tersebut, mereka bisa memasukkan tali pusat melewati kepala bayi.

BAB IV
PATOLOGI NIFAS

Masa Nifas dimana biasanya akan dirasakan pada wanita yang setelah usai melakukan persalinan, biasa nya hal ini akan dirasakan selama 40 hari setelah usah melahirkan pada ibu hamil." Wanita kerap kali bahagia setelah usai menjalani **persalinan** dan sebenarnya masih ada fase dimana akan ada jeda waktu dimana akan ada proses pembersihan rahim hal ini sama seperti setiap wanita menjalani masa **menstruasi**. Mungkin bagi beberapa wanita sering kali mendengar kata "**Masa Nifas**" tetapi tidak mengerti apa maksud dan mengapa gejala tersebut terjadi setelah melahirkan. Sering kali wanita merasa was-was dalam menjalani **masa nifas** ini, yang sesungguhnya memang sebuah gejala alami yang biasa terjadi pada wanita setelah selesai **melahirkan**.

Proses gejala masa nifas setelah usai melakukan proses persalinan ini kan berlangsung selama 6 minggu atau berkisar 40 hari, dimana dalam hal ini ditunjukan beberapa gejala dengan mengeluarkan darah segar dari mulut rahim tak jarang bahkan ada yang mengeluarkan

darah yang berlendir dimana sel-sel darah tersebut merupakan sisa dari plasenta, dinding **rahim** dan kotoran **bayi** selama ada didalam **kandungan**. Dalam hal ini bagi anda para **ibu**, tidak usah telalu khawatir dengan gejala tersebut, karna gejala tersebut adalah gejala normal yang akan anda jalani.

Tidak sedikit para ibu yang kerap kali mengalami beberapa dampak dari **Masa Nifas** tersebut, yang biasanya akan berdampak seperti dibawah ini:

1. **Anemia**, hal ini biasanya terjadi dikarenakan pendarahan yang hebat sehingga sang ibu mengalami kekurangan darah. Bagi anda yang mengalami hal ini ada baiknya anda segera datang ke Rumah Sakit dan meminta untuk transfusi darah.
2. **Depresi Masa Nifas**, Gejala ini timbul seperti hal nya wanita mengalami proses menstruasi, dimana perubahan hormon mempengaruhi prilaku sang ibu. Biasanya hal ini terjadi pada kurun waktu 1 minggu setelah **melahirkan** yang biasanya sang ibu akan merasakan resah, gelisah, pusing, bahkan ada pula yang sampai mengamuk seperti orang yang mengalami gangguan kejiwaan.
3. **Infeksi Masa Nifas**, Infeksi ini biasanya terjadi dimana sang Ibu melakukan hubungan seks atau *bersetubuh* dengan pasangannya, yang sesungguh nya tidak boleh dilakukan dalam Masa Nifas ini. Jika infeksi ini terjadi pada anda biasanya akan timbul beberapa hal seperti mengalami demam tinggi dan cairan nifas yang keluar dari mulut **rahim** berbau busuk. Dalam hal ini ada baiknya jika anda memeriksakan langsung ke **dokter kandungan** anda.

Beberapa keadaan abnormal(patologi) yang dapat menyertai kala nifas:

1. Keadaan Abnormal Pada Rahim.

a. Subinvolusi uteri
   - Segera setelah persalinan berat rahim sekitar 1000 garm dan selanjutnya mengalami masa proteolitik, sehingga otot rahim menjadi kecil ke bentuknya semula. Pada beberapa keadaan terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat. Keadaan demikian disebut subinvolusi uteri.
   - Penyebab terjadinya involusi uteri adalah terjadi infeksi pada endometrium, terdapat sisa placenta dan selaputnya, terdapat bekuan darah, atau mioma uteri.
   - Sikap bidan yaitu: melakukan konsultasi kepuskesmas, dokter keluarga atau rumah sakit sehingga penderita mendapatkan pengobatan yang tepat. Dengan petunjuk dokter selanjutnya bidan dapat melakukan perawatan penderita setempat.

b. Perdarahan kala nifas sekunder.
   - Perdarahan kala nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama.
   - Kejadiannya tidak terlalu besar, apalagi dengan makin gencarnya penerimaan gerakan keluarga berencana (kb).
   - Penyebab utama perdarahan kala nifas sekunder adalah terdapatnya sisa placenta atau selaput ketuban(pada grandemultipara dan kelainan bentuk implantasi plasenta), infeksi pada endometrium, dan sebagian kecil terjadi dalam bentuk mioma uteri bersamaan dengan kehamilan dan inversio uteri.
   - Gejala klinis perdarahan kala nifas sekunder dapat terjadi perdarahan berkepanjangan melampaui pengeluaran

lokhea nurmal, terjadi perdarahan yang cukup banyak, dan dapat disertai rasa sakit didaerah uterus.

- Sikap bidan : sebaiknya bidan berkonsultasi pada dokter sehingga pelayanan medis terhadap masyarakat lebih baik dan bermutu.

c. Flegmasia alba dolens.

- Flegmasia alba dolens merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis.
- Vena femoralis yang terinfeksi dan disertai pembentukan trombosis dapat menimbulkan gejala klinik sebagai berikut:
  1. Terjadi pembengkakan pada tungkai
  2. Berwarna putih
  3. Terasa sangat nyeri
  4. Tampak bendungan pembuluh darah
  5. Temperatur badan dapat meningkat

2. Keadaan Abnormal Pada Payudara.

Beberapa keadaan abnormal yang mungkin terjadi:

1. Bendungan ASI
   - Karena sumbatan pada saluran ASI.
   - Tidak dikosongkan seluruhnya.
   - Keluhan: mammae bengkak, keras dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.
   - Penanganan: mengosongkan ASI dengan masase atau pompa, memberikan estradiol
2. Mastitis dan abses mamae.
   - Terjadi bendungan ASI merupakan permulaan dari kemungkinan infeksi mamae.
   - Bakteri yang menyebabkan infeksi mamae adalah stafilokokus aureus yang masuk melalui luka puting susu.

Infeksi menimbulkan demam, nyeri lokal pada mamae, terjadi pemadatan mamae, dan terjadi perubahan warna kulit mamae.

- Penderita dengan mastitis perlu mendapatkan pengobatan yang baik dengan antibiotika dan obat simptomatis.
- Sikap bidan : dapat meningkatkan usaha preventif dan promotif payudara dengan jalan mengajarkan pemeliharaan payudara, cara memberikan ASI yang benar, memberikan ASI jangan pilih kasih.Kanan dan kiri harus sama perlakuannya dan diberikan sampai payudara kempes.bidan sebaiknya melakukan konsultasi dengan dokter bila menghadapi bendungan ASI dan mastitis atau abses mamae.

A. Depresi Pada Masa Nifas

Riset menunjukan 10% ibu mengalami depresi setelah melahirkan dan 10%-nya saja yang tidak mengalami perubahan emosi. Keadaan ini berlangsung antara 3-6 bulan bahkan pada beberapa kasus terjadi selama 1 tahun pertama kehidupan bayi.

Penyebab depresi terjadi karena reaksi terhadap rasa sakit yang muncul saat melahirkan dan karena sebab-sebab yang kompleks lainnya. Berdasarkan hasil riset yang dilakukan menunjukan faktor-faktor penyebab depresi adalah terhambatnya karir ibu karena harus melahirkan, kurangnya perhatian orang-orang terdekat terutama suami dan perubahan struktur keluarga karena hadirnya bayi, terutama pada ibu *primipara*.

B. Infeksi Kala Nifas

Setelah persalinan,terjadi beberapa perubahan penting diantarannya makin meningkatnya pembentukan urin untuk mengurangi hemodilusi darah, terjadi penyerapan beberapa bahan

tertentu melalui pembuluh darah vena sehingga terjadi peningkatan suhu badan sekitar 0,5 derajt celcius yang bukan merupakan keadaan yang patologis atau menyimpang pada hari pertama.Perlukaan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas.Infeksi kala nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genetalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38 derajat celcius tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama dua (2) hari.

Faktor Predisposisi Infeksi Kala Nifas, diantarannya:

1. Persalinan berlangsung lama sampai terjadi persalinan terlantar
2. Tindakan operasi persalinan
3. Tertinggalnya placenta selaput ketuban dan bekuan darah
4. Ketuban pecah dini atau pada pembukaan masih kecil melebihi 6 jam
5. Keadaan yang dapat menurunkan keadaan umum yaitu perdarahan antepartum dan postpartum, anemia pada saat kehamilan, malnutrisi, kelelahan, dan ibu hamil dengan penyakit infeksi.

Mekanisme Infeksi Kala NifasTerjadinya

- Terjadinya infeksi kala nifas adalah sebagai berikut:
    1. Mnipulasi penolong: terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam, alat yang dipakai kurang suci hama.
    2. Infeksi yang didapat di rumah sakit(nosokomial)
    3. Hubungan sexs menjelang persalinan
    4. Sudah terdapat infeksi intrapartum: persalinan lama terlantar, ketuban pecah lebih dari enem jam, terdapat pusat infeksi dalam tubuh (lokal infeksi)
- Bentuk infeksi kala nifas bervariasi dari yang bersifat lokal sampai

terjadi sepsis dan kematian puerperium.Bentuk infeksi dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Bentuk infeksi lokal
   - Infeksi pada luka episiotomi
   - Infeksi pada vagina
   - Infeksi pada serviks yang luka
2. Bentuk infeksi general(menyebar)
   - Parametritis
   - Peritonitis
   - Sepsikemi dan piemia

3. Penyebaran infeksi kala nifas dapat melalui:
   - Berkelanjutan perkontinuitatum
   - Melalui pembuluh darah
   - Melalui pembuluh limfe
   - Penyebaran melalui bekas implantasi plasenta

Gambaran Klinis Infeksi Kala Nifas Dapat Dalam Bentuk:

a. Infeksi lokal
   - Pembengkakan luka episiotomi
   - Terjadi pernanahan
   - Perubahan warna lokal
   - Pengeluaran lokhea bercampur darah
   - Mobilisasi terbatas karena rasa nyeri
   - Temperatur badan dapat meningkat

b. Infeksi Umum
   - Tampak sakit dan lemah
   - Temperature meningkat diatas 39 derajat celcius
   - Tekanan darah dapat menurun dan nadi meningkat
   - Pernapasa dapat meningkat dan terasa sesak
   - Kesadaran gelisah sampai menurun dan koma
   - Terjadi gangguan involusi uterus
   - Lokhea: berbau dan bernanah serta kotor.

- Dengan gambaran klinik tersebut bidan dapat menegakkan diagnosis infeksi kala nifas.Pada kasus dengan infeksi ringan, bidan dapat memberikan pengobatan, sedangkan infeksi kala nifas yang berat sebaiknya bidan berkonsultasi atau merujuk penderita.
- Persalinan normal yang ditolong dengan baik tidak terlalu banyak terjadi infeksi kala nifas.

1. Upaya menurunkan infeksi kala nifas

1. Pencegahan pada waktu hamil.
   - Meningkatkan keadaan umum penderita
   - Mengurangi faktor predisposisi infeksi kala nifas
2. Saat persalinan
   - Perlukaan dikurangi sebanyak mungkin
   - Perlukaan yang terjadi dirawat sebaik- baiknya
   - Mencegah terjadi perdarahan postpartum
   - Kurang melakukan pemeriksaan dalam
   - Hindari persalinan yang berlangsung lama
3. Kala nifas
   - Lakukan mobilisasi dini
   - Perlukaan dirawat dengan baik
   - Rawat gabung dengan isolasi untuk mengurangi infeksi nosokomial.

2. Pengobatan Infeksi Kala Nifas

Perlukaan jalan lahir sudah dapat dipastikan terjadi pada setiap persalinan yang akan menjadi jalan masuknya bakteri yang bersifat komensal dan menjadi infeksius. Pertolongan persalinan yang bersih tidak memerlukan pengobatan umum tetapi pada persalinan yang diduga akan dapat terjadi infeksi kala nifas

memerlukan profilaksis antibiotika. Bidan masih diperkenenkan untuk memberikan antibiotika ringan seperti penisilin kapsul, preparat sulfat dan sebagainya. Disamping itu perawatan luka lokal perlu dilakukan sehingga mengurangi penyebaran infeksi kala nifas.

Pada kasus dengan infeksi kala nifas yang berat sebaiknya dirujuk dan dikonsultasikan sehingga mendapat pengobatan yang adekuat. Sebagian infeksi kala nifas yang berat perlu dirawat di rs, sehingga dapat dilakukan observasi, karena dapat dilakukan tindakan operasi untuk menyelamatkan jiwa penderita.

C. Perdarahan Nifas Sekunder

Perdarahan kala nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama Perdarahan nifas dinamakan sekunder adalah bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan Perdarahan nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah lebih 24 jam post partum dan biasanya terjadi pada minggu kedua nifas

1. faktor-faktor penyebab
    a. Endometritis
    b. sub involusio
    c. sisa plasenta
    d. mioma uteri
    e. Kelainan uterus
    f. Inversio uteri
    g. Pemberian estrogen untuk menekan laktasi
2. Gejala klinis

3.1 Terjadi perdarahan berkepanjangan melampaui patrum pengeluaran lokhea normal

3.2 Terjadi perdarahan yang cukup banyak

3.3 Rasa sakit didaerah uterus

3.4 palpasi : fundus uteri masih dapat diraba lebih besar dari yang seharusnya

3.5 pada VT : didapatkan uterus yang membesar, lunak, dan dari osteum uteri keluar darah

4. PATOFISIOLOGI LATE HPP

4.1 SUB INVOLUSIO

Sub involusio adalah kemacetan atau kelambatan involusio yang disertai pemanjangan periode pengeluaran lokhea dan kadand-kadang oleh perdarahan yang banyak.proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya. selama periode tertentu puerperium, sebagian besar kasus sub involusi terjadi akibat etiologi setempat (yang sudah diketahui) yaitu retensi fragmen plasenta dan infeksi pelvic.

4.2 HEMATOMA NIFAS

Darah dapat mengalir ke dalamjaringan ikat di bawah kulit yang menutupi genitalia eksterna atau di bawah mukosa vagina hingga terbentuk hematoma

PERDARAHAN NIFAS SEKUNDER

1. PENGERTIAN1.1. Perdarahan kala nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama1.2. Perdarahan nifas dinamakan sekunder adalah bila terjadi 24 jam atau lebih sesudah persalinan1.3. Perdarahan nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah lebih 24 jam post partum dan biasanya terjadi pada minggu kedua nifas2. FAKTOR-FAKTOR

PENYEBAB2.1 Endometritis2.2 sub involusio2.3 sisa plasenta2.4 mioma uteri2.5 Kelainan uterus2.6 Inversio uteri2.7 Pemberian estrogen untuk menekan laktasi3. GEJALA KLINIS3.1 Terjadi perdarahan berkepanjangan melampaui patrum pengeluaran lokhea normal3.2 Terjadi perdarahan yang cukup banyak3.3 Rasa sakit didaerah uterus3.4 palpasi : fundus uteri masih dapat diraba lebih besar dari yang seharusnya3.5 pada VT : didapatkan uterus yang membesar, lunak, dan dari osteum uteri keluar darah4. PATOFISIOLOGI LATE HPP4.1 SUB INVOLUSIOSub involusio adalah kemacetan atau kelambatan involusio yang disertai pemanjangan periode pengeluaran lokhea dan kadand-kadang oleh perdarahan yang banyak.proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya. selama periode tertentu puerperium, sebagian besar kasus sub involusi terjadi akibat etiologi setempat (yang sudah diketahui) yaitu retensi fragmen plasenta dan infeksi pelvic.4.2 HEMATOMA NIFASDarah dapat mengalir ke dalamjaringan ikat di bawah kulit yang menutupi genitalia eksterna atau di bawah mukosa vagina hingga terbentuk hematoma vulva dan vagina keadaan tersebut biasanya terjadi setelah cidera pada pembuluh darah tanpa adanya laserasi jaringan supervisial , dan dapat dijumpai baik pada persalinan spontan maupun denga operasi.kadang-kadang baru terjadi kemudian,dan keadaan ini mungkin disebabkan oleh kebocoran pembuluh darah yang mengalami nekrosis akibat tkana yang lama. Yang lebih jarang terjadi, pembuluh darah yang ruptur terletak diatas vasia pelvik dan keadaan tersebut hematoma akan ter bentuk diatasnya.kadand-kadang oleh perdarahan yang banyak.proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan

normalnya. selama periode tertentu puerperium, sebagian besar kasus sub involusi terjadi akibat etiologi setempat (yang sudah diketahui) yaitu retensi fragmen plasenta dan infeksi pelvic.dan lebih lunak daripada keadaan normalnya. selama periode tertentu puerperium, sebagian besar kasus sub involusi terjadi akibat etiologi setempat (yang sudah diketahui) yaitu retensi fragmen plasenta dan infeksi pelvic.pembuluh darah yang ruptur terletak diatas vasia pelvik dan keadaan tersebut hematoma akan ter bentuk diatasnya.kadand-kadang oleh perdarahan yang banyak. proses ini dapat diikuti oleh leukhore

HEMATOMA VULVA

Khususnya yang terbentuk dengan cepat dapat menyebabkan rasa nyeri mencekam yang sering menjadi keluhan utama. Hematoma dengan ukuran sedang dapat diserap spontan. jarimgam yang melapisi gumpalan hematoma dapat menghilang karena mengalami nekrosis akibat penekanan sehingga terjadi perdarahan yamg banyak proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya keadaan ini mungkin disebabkan oleh kebocoran pembuluh darah yang mengalami nekrosis akibat tkana yang lama. Yang lebih jarang terjadi, pembuluh darah yang ruptur terletak diatas vasia pelvik dan keadaan tersebut hematoma akan ter bentuk diatasnya. Hematoma vulva mudah didiag nosis dengan adanya rasa nyeri perineum yang hebat dan tumbuh inferksi yang menyeluruh.dengan ukuran yang bervariasi.

arimgam yang melapisi gumpalan hematoma dapat menghilang karena mengalami nekrosis akibat penekanan sehingga terjadi perdarahan yamg banyak proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya.

DAFTAR PUSTAKA

American College of Obstetricians and Gynecologist : *Dystocia and augmentation of labor. Practice Bulletin No. 40*, November 2002

Apuranto, H dan Hoediyanto. 2006. Bag. Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran UNAIR)

Arif MTQ. 2004. *Pengantar Metodologi Penelitian Untuk Ilmu Kesehatan.* Klaten CSGF (the Community of Self Group Forum)

Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. *How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?.* Am J Obstet Gynecol. Sep 2004;191(3):933-8. [Medline].

Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al. Abnormal labor. In: *Williams Obstetrics.* 22nd ed. Appleton & Lange; 2007:415-434.

Depkes. 2004. http:\\www.Ministry of Health, Republic Indonesia.

com

Dewi, Made Heny Urmila. 1997, Pusat Penelitian Kependudukan UGM)

Effendy N. 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat.* Jakarta: EGC.

FKUI. 1999. http:\\www. Kuliah Obstetri Gynekologi.com

Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol. Dec 1955;6(6):567-89. [Medline].

Gifford DS, Morton SC, Fiske M et al: Lack of progress in labor a reason for caesarean. Obstet Gynecol 95:589;2000

Hamilton, C. Mary, *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas, edisi 6*, EGC, Jakarta, 1995

Johnson & Taylor, 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan.* EGC. Jakarta

Joseph KS, Young DC, Dodds, L et al: Changes in maternal characteristik and obstetric practice and recent increases in primary caesarean delivery. Obstet Gynecol 102;791,2003

Kepmenkes RI No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan.

Management of High-Risk Pregnancy. Boston: Blackwell Scient Publ, 1994; 464-75.

Mansjoer, Arif, dkk. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran, Jilid I.* Media Aesculapius.

Mansjoer. 1999. *Kapita Selecta Kedokteran.* Jakarta. Media Aeculapius.

Manuaba, J.B.G. 2001. K*apita selekta Penatalaksanaan rutin Obstetri ginekologi dan KB.* Jakarta: EGC.

Mochtar Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri: Obstetrifisiologi, Obstetripatologi.* Jakarta: EGC.

Mochtar, Rustam, 1998. *Sinopsis Obstetri, Jilid I.* EGC. Jakarta

Moeloek FA, Nuranna L, Wibowo N, Purbadi S. *Prematuritas. Dalam: Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi.* Jakarta 2003; 49-51

Nuthalapaty FS, Rouse DJ, Owen J : *The association of maternal weight with caesarean risk, labor duration, and cervical dilatation rate during labor induction.* Obstet Gynecol 103;452, 2004

Overview. In: Fuchs AR, Fuchs F, Stubblefield PG eds. Preterm Birth Causes, Prevention, and Management. 2 nd ed. McGraw-Hill Inc, 1993; 3-40.

Oxorn, H dan William RF. 1996. *Ilmu Kebidanan Fisiologi dan Patologi Persalinan.* Yayasan Essentia Medica. Jakarta.

Prawirohardjo, S. 2000. *Acuan Nasional pelajaran kesehatan Maternal dan neonatal.* Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.

Rinehart BK, Terrone DA, Hudson C, et al. *Lack of utility of standard labor curves in the prediction of progression during labor induction.* Am J Obstet Gynecol. Jun 2000;182(6):1520-6. [Medline].

Rouse DJ, Owen J, Hauth JC. *Criteria for failed labor induction: prospective evaluation of a standardized protocol.* Obstet Gynecol. Nov 2000;96(5 Pt 1):671-7. [Medline].

Roy RP: A Darwinian view of obstructed labor, Obstet Gynecol 101;397,2003

Saifuddin. A.B. 1996. *Kelainan pada Persalinan.* Pusat Pendidikan

Tenaga Kesehatan Depkes RI. Jakarta.

Soekojo, Saleh, 1973, *Patologi, UI Patologi Anatomik,* Jakarta

Sofyan, Mustika. 2004. 50 Tahun IBI. IBI. Jakarta.

Stubblefield PG. *Causes and Prevention of Premature Birth*: An

Supriyadi. 2003. *Buku 3 Asuhan Intra Partum.* Pusdiknakes – WHO. JHPIEGO. Jakarta

Tucker, S.M. dkk. 1999. S*tandar Perawatan Pasien edisi V vol. 4*. ege. Jakarta.

Varney, Helen. 1997. Varney Midwifery Third Edition. James and Bartlet Publishers.Boston.

Wiknjosastro H. *Kelainan dalam lamanya kehamilan .Dalam: Wiknjosastro H eds. Ilmu Kebidanan edisi ke tiga.* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka, 1991.

Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. *Reassessing the labor curve in nulliparous women.* Am J Obstet Gynecol. Oct 2002;187(4):824-8. [Medline].

http://www.geocities.com/klinikobgin/kelainan-kehamilan/preeklampsia-

http//www.Jakartaharnawatiaj.wordpress.com/2008/05/10/askep-mola-hidatidosa/ - 89k

http//www.blog.asuhankeperawatan.com/414askep/author/admin/ - 33k –

http://www.pediatrik.com/isi03.php?page=html&hkategori=pdt&direktori=pdt&filepdf=0&pdf=&html=07110-skow264.htm)

http://medlinux.blogspot.com/2007/09/asfiksia-neonatorum.html)

http://ahmadalfikri.blogspot.com/2008/02/berat-badan-lahir-rendah.html

http://www.harnawatiaj.wordpress.com/2008/05/10/askep-molahidatidosa/ - 89k –

http://www.netnurse.com/pregnency/edudocs/c_conn0200.

LAMPIRAN

CONTOH ASKEB PATOLOGI
KASUS : KETUBAN PECAH DINI

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. T DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH BERSALIN HARAPAN BUNDA

LOGO

Disusun Oleh:

1. .....(04.022)
2. .....(04.023)
3. .....(04.026)

AKADEMI KEBIDANAN .....
.....
.....

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, kami masih diberi kesehatan lahir dan batin kami dapat menyelesaikan makalah ini dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. T DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH BERSALIN HARAPAN BUNDA ".

Laporan Askeb ini disusun guna memenuhi tugas Praktek Klinik Kebidanan yang ke-IV di wilayah Dinas Kesehatan Kota . Adapun dapat terselesaikannya Askeb pada Praktek Klinik Kebidanan yang ke-IV ini atas bimbingan. Bantuan dan dukungan moril, materiil dan teknik dari berbagai pihak. Untuk itu penyusun laporan menyampaikan terima kasih kepada:

1. ....., S.SiT, M.Keb, selaku Direktur AKBID.....
2. Dinas Kesehatan Kota
3. …… selaku Pembimbing Lahan di RB
4. ....., selaku Pembimbing Akademik
5. Dosen-dosen Staff Akbid
6. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya laporan ini yang tidak dapat Penyusun sebutkan satu-persatu.

Penyusun menyadari adanya keterbatasan waktu dan tenaga serta kemampuan sumber daya manusia, tentunya masih terdapat kekurangan dalam penyusunan makalah ini. Penyusun menyampaikan permohonan maaf yang sebesar-besarnya. Untuk mencapai kesempurnaan makalah ini, maka kami siap menerima lritik dan saran yang membangun sehingga berguna demi perbaikan makalah ini.

Kami sebagai Tim Penyususn berharap semoga laporan ini bias bermanfaat begi Penyusun, pembaca dan berbagai pihak yang berminat di bidang kesehatan.

....., 30 Januari 2007
Hormat kami,

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
KATA PENGANTAR
DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN
- A. LATAR BELAKANG
- B. RUMUSAN MASALAH
- C. RUANG LINGKUP
- D. TUJUAN PENULISAN
- E. MANFAAT PENULISAN
- F. METODE PENELITIAN
- G. SISTEMATIKA PENULISAN

BAB II TINJAUAN TEORI
- A. TEORI MEDIS
  1. Pengertian
  2. Etiologi
  3. Patofisiologi
  4. Pemeriksaan
  5. Tanda dan Gejala
  6. Komplikasi
  7. Penatalaksanaan
- B. TEORI MANAJEMEN
  1. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan
  2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bersalin dengan KPD

C. LANDASAN HUKUM
D. FRAMEWORK

BAB III TINJAUAN KASUS

BAB IV PEMBAHASAN

BAB V PENUTUP
A. KESIMPULAN
B. SARAN

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003, Angka Kematian (AKI) di Indonesia masih berada pada angka 307 per 100.000 kelahiran hidup. Demikian pula Angka Kematian Bayi (AKB) masih berada pada kisaran 20 per 1000 kelahiran hidup. Target yang diharapkan dapat tercapai pada tahun 2010 adalah Angka Kematian Bayi menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi Baru Lahir menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab langsung kematian ibu dan perinatal yaitu menjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang tidak tertangani dengan baik dan tepat waktu (http:\\www.Ministry of Health. Republic of Indonesia. com).

Penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan 60 – 70 %,preeklamsi dan eklamsi 10 – 20 %, infeksi 10 – 20 % (Manuaba, 2001). Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu penyebab terjadinya infeksi. Pada sebagian besar kasus ketuban pecah dini berhubungan dengan infeksi intra partum (http:\\www.kuliahobstetric.com)

Di RB HARAPAN BUNDA , insidensi persalinan dengan ketuban pecah dini dalam enam bulan terakhir ini sekitar 29,5 % dari 115 persalinan yang ada. Di antara pasien-pasien dengan ketuban pecah dini tersebut yang mengalami persalinan secara spontan sebanyak 94,8 %.

Hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian dengan ketuban pecah dini masih cukup tinggi dari seluruh persalinan pada enam bulan terakhir di RB HARAPAN BUNDA , sehingga memerlukan adanya pengawasan yang intensif dan penanganan yang tepat pada kasus kegawatdaruratan.

Dengan masih tingginya angka kejadian KPD maka penyusun tergerak untuk mengambil judul "ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.T DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH BERSALIN HARAPAN BUNDA ."

B. RUMUSAN MASALAH

Mengacu pada latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka asuhan kebidanan sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah ketuban pecah dini. Oleh karena itu dalam studi kasus ini rumusan masalah yang Penyusun ajukan adalah "Bagaimana Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Bersalin HARAPAN BUNDA ?".

C. RUANG LINGKUP

1. Lingkup Masalah
   Permasalahan yang dibatasi pada aspek asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.
2. Lingkup Materi
   Disiplin ilmu yang digunakan untuk membahas permasalahan dalam Laporan ini adalah Ilmu Kebidanan yang diaplikasikan dalam penaganan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini melalui tujuh langkah Varney
3. Lingkup Lokasi
   Pengambilan data dalam rangka penyusunan laporan ini dilakukan di Rumah Bersalin HARAPAN BUNDA

4. Lingkup Waktu

   Kasus yang dibahas dalam laporan ini merupakan kasus yang terjadi pada proses persalinan dengan ketuban pecah dini pada tanggal 26 Januari 2007 sampai 2 jam post partum.

D. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

   Setelah melaksanakan praktek klinik di Rumah Bersalin HARAPAN BUNDA , mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian data dasar pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   b. Menginterprestasikan data, meliputi diagnosa, masalah dan kebutuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   c. Merumuskan diagnosa potensial pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   d. Mengidentifikasi rencana tindakan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   e. Menyusun rencana tindakan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   f. Melaksanakan evaluasi terhadap tindakan yang telah dibuat pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   g. Melakukan evaluasi terhadap tindakan kebidanan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   h. Melakukan pendokumentasian asuhan yang telah diberikan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini
   i. Mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban

pecah dini

j. Memberikan alternatif pemecahan masalah terhadap kesenjangan antara teori dan praktek pada asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

E. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi profesi

   Laporan ini diharapkan dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai lahan pertimbangan dalam pengembangan asuhan kebidanan, serta meningkatkan keterampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan.

2. Bagi institusi rumah bersalin

   Diharapkan laporan ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

F. METODE PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

   Observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu penelitian dengan menggunakan metode observasional yang hasilnya berupa deskriptif atau gambaran keadaan kasus tanpa memberi kesimpulan yang berlaku umum atau generalisasi (Arif. MTQ, 2004) pada kasus ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

2. Teknik Pengumpulan Data dan Analisa Data

   a. Teknik pengumpulan data

      1) Wawancara

         Penyusun mengumpulkan data dengan wawancara secara langsung kepada ibu bersalin mengenai hal-

hal yang perlu diketahui, baik aspek fisik, mental, sosial budaya, ekonomi, kebiasaan, lingkungan dan sebagainya (Effendy N, 1998) menggunakan panduan wawancara menurut Varney.

2) Pengamatan

Pengamatan terhadap hal-hal yang tidak perlu ditanyakan, karena sudah dianggap cukup melalui pengamatan saja (Effendy S. 1998). Dalam kasus ini penyusun memperoleh data obyektif yaitu dengan melakukan pengamatan langsung pada klien untuk mengetahui keadaan perkembangan dan perawatan yang telah diberikan.

3) Studi dokumentasi

Data diambil dengan mempelajari suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan petugas kesehatan (Effendy S, 1998) dalam kasus ini dokumentasi dilakukan dengan pengumpulan data yang diambil dari catatan perawatan dan catatan medis klien.

b. Analisa data

Deskriptif terhadap data-data kasus melalui kajian teori yang relevan.

G. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam penulisan laporan ini berdasarkan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Merupakan bab pertama yang menguraikan tentang: latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan

penulisan, manfaat penulisan, metode penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI

Berisi tentang teori medis yang meliputi: pengertian, etiologi, patofisiologi, pemeriksaan, tanda dan gejala, komplikasi dan penatalaksanaan.

Selain teori medis, juga diuraikan teori manajemen kebidanan yang meliputi: konsep dasar manajemen kebidanan, konsep dasar asuhan kebidanan pada bersalin dengan ketuban pecah dini, landasan hukum dan framework.

BAB III TINJAUAN KASUS

Berisi tentang tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney, yaitu pengumpulan data, interpretasi data, identifikasi diagnosa potensial, antisipasi, merencanakan asuhan secara menyeluruh, implementasi dan evaluasi.

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan di lapangan serta alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah secara menyeluruh.

BAB V PENUTUP

Berisi tentang kesimpulan dan saran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. TEORI MEDIS

1. Pengertian

   Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Manuaba, 1998).

   Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu (Manuaba, 2001).

   Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum mulainya persalinan yatiu bila pada primipara pembukaan < 3 cm dan pada multipara < 5 cm (Mochtar R, 1998).

2. Etiologi

   Etiologi ketuban pecah dini tetap tidak jelas, tetapi berbagai faktor ikut serta dalam kejadiannya. Faktor resiko/predisposisi ketuban pecah dini antara lain:

   Kehamilan multiple: kembar dua (50 %), kembar tiga (90%)

   Riwayat persalinan preterm sebelumnya: resiko 2 – 4 x

   Tindakan senggama tidak berpengaruh kepada resiko, kecuali jika hygiene buruk, predisposisi terhadap infeksi

Perdarahan pervaginam: trimester I (resiko 2 x), trimester II/ III (20 x)

Bakteriuria: resiko 2 x (prevalensi 7 %)

PH vagina di atas 4,5: resiko 32 %

Serviks tipis/kurang dari 39 mm: resiko 25 %

(Marjono, 1999)

3. Patofisiologi

Ketuban pecah dini biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari ketuban pecah dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.

Menurut Taylor dkk. terjadinya ketuban pecah dini ternyata ada hubungannya dengan hal-hal berikut:

Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah. Penyakit-penyakit seperti pielonefritis, sistitis, servitis dan vaginitis.

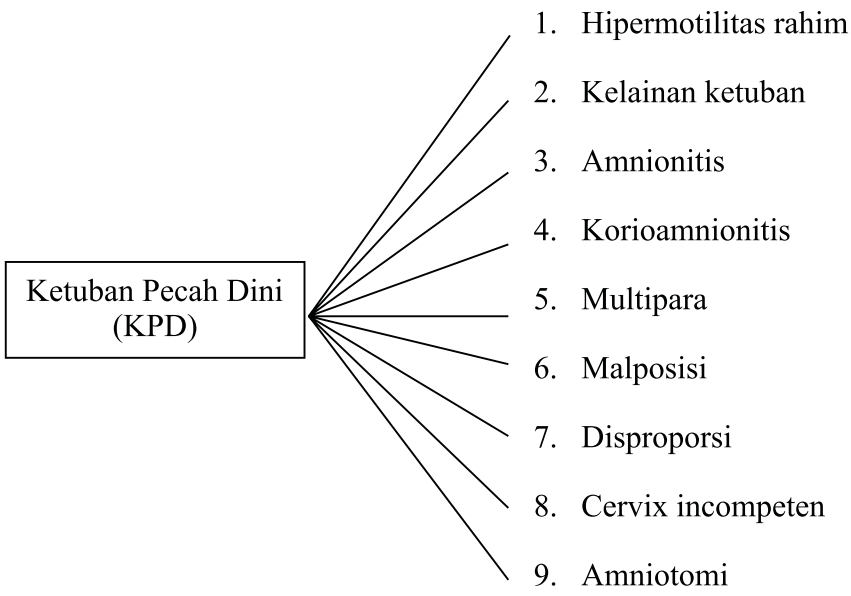
Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban)

Infeksi (amnionitis atau korioamnionitis)

Faktor-faktor lain yang merupakan predisposisi ialah multipara, malposisi, disproporsi, cervix incompetent dan lain-lain

Ketuban pecah dini artifisial (amniotomi), di mana ketuban dipecahkan terlalu dini.

(Mochtar F, 1998)



4. Pemeriksaan

   Untuk menentukan ketuban pecah dini perlu dilakukan beberapa pemeriksaan, antara lain:

   Memeriksa adanya cairan yang berisi mekonium, verniks kaseosa, rambut lanugo, atau bila telah terinfeksi berbau

   Inspekulo: lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis dan apakah ada bagian yang sudah pecah

   Gunakan kertas lakmus (litmus):

   Kertas lakmus apabila dimasukkan ke dalam vagina berubah menjadi biru (basa) berarti cairan yang keluar adalah air ketuban

   Kertas lakmus apabila dimasukkan ke dalam vagina berubah menjadi merah (asam) berarti cairan yang keluar adalah air kemih (urin)

   (Mochtar R, 1998)

5. Tanda dan Gejala

Keluar air ketuban warna putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak

Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi

Janin mudah diraba

Pada periksa dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban kering

Incpeculo: tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.

(Mansjoer, 1999)

Gejala dan tanda selalu ada	Gejala dan tanda kadang-kadang ada
• Keluar cairan ketuban	• Ketuban pecah tiba-tiba • Cairan tampak di introitus • Tidak ada his dalam 1 jam
• Cairan vagina berbau • Demam/menggigil • Nyeri perut	• Riwayat keluarnya cairan • Uterus nyeri • Denyut jantung janin cepat • Perdarahan pervaginam sedikit
• Cairan vagina berbau • Tidak ada riwayat ketuban pecah	• Gatal • Keputihan • Nyeri perut • Disuria
• Cairan vagina berdarah	• Nyeri perut • Gerak janin berkurang • Perdarahan banyak
• Cairan berupa darah lendir	• Pembukaan dan pendataran serviks • Ada his

(Prawirohardjo S, 2002)

6. Komplikasi

   Infeksi intrapartum (korioamnionitis) ascendens dari vagina ke intrauterine. Pada ketuban pecah 6 jam, resiko infeksi meningkat 1 kali. Ketuban pecah 24 jam, resiko infeksi meningkat sampai 2 kali lipat.

   Persalinan preterm, jika terjadi pada usia kehamilan preterm

   Prolaps tali pusat, bisa sampai gawat janin dan kematian janin akibat hipoksia (sering terjadi pada presentasi bokong atau letak lintang). Oligohidramnion, bahkan sering partus kering (dry labor) karena air ketuban habis (Marjono, 1999).

7. Penatalaksanaan

   Penanganan pada ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-tanda persalinan. (Prawirohardjo, 2000).

   Ketuban pecah dini pada usia kehamilan kurang dari 36 minggu, dilakukan tindakan konservatif. Pada usia kehamilan 36 minggu dilakukan tindakan aktif. Tindakan konservatif yang dimaksud adalah istirahat baring, pemberian antibiotika, pematangan paru dan penilaian tanda-tanda infeksi secara klinik maupun laboratorik. Tindakan konservatif berubah menjadi aktif bila umur kehamilan telah mencapai 36 minggu dan terdapat tanda-tanda infeksi seperti demam, takikardi, ketuban berbau, dan peningkatan leukosit > 15.000/mm3.

   Tindakan aktif yang dimaksud adalah partus pervaginam dengan atau tanpa induksi oksitosin, partus pervaginam dengan embriotomi, dan seksio sesarea. Penatalaksanaan ketuban pecah dini secara rinci sebagai berikut:

Kehamilan kurang dari 36 minggu, tindakan aktif

Kehamilan < 32 minggu (taksiran berat janin < 2000 gr)

Janin mati dengan letak lintang maupun memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oksitosin

Janin hidup dengan letak memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oksitosin

Janin hidup dengan letak lintang memanjang dilakukan persalinan dengan seksio sesarea

Kehamilan 32 – 36 minggu (taksiran berat janin < 2000 gr – 2500 gr)

Janin mati

Jika letak lintang: partus pervaginam dengan embriotomi

Jika letak memanjang: partus pervaginam dengan induksi oksitosin

Janin hidup

Jika letak lintang, terdapat prolapsus tali pusat dilakukan persalinan dengan seksio sesarea

Jika janin memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oksitosin

Kehamilan lebih dari 36 minggu

Janin Hidup

Jika letak memanjang, tidak ada disproporsi sefalo pelvik, nilai pelvik > 5, dilakukan partus pervaginam dengan induksi oksitosin

Jika letak lintang, letak memanjang, terdapat disproporsi sefalo pelvik, nilai pelvik < 5, terdapat prolapsus tali pusat atau terjadi kegagalan induksi oksitosin maka dilakukan seksio sesarea

Janin mati

Jika letak memanjang, terdapat disproporsi sefalo pelvik, letak lintang, dilakukan embriotomi

Jika letak memanjang, tidak ada disproporsi sefalo pelvik, dilakukan partus pervaginam dengan induksi.

(Saifuddin,1996)

B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

   Pengertian

   Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, ilmiah penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu yang berfokus pada klien (Varney, 1997).

2. Langkah-langkah manajemen kebidanan

   Pengumpulan data

   Yaitu pengumpulan suatu data dasar lengkap untuk evaluasi pasien. Data dasar meliputi sejarah, fisik dan pengujian, tinjauan ulang atau arsip rumah sakit, tinjauan ulang data laboratorium dan laporan studi tambahan dalam jangka pendek, semua informasi bersangkutan dari semua sumber yang berhubungan erat dengan kondisi pasien. Bidan mengumpulkan suatu data dasar awal lengkap sekalipun pasien mempunyai kesulitan yang perlu untuk berkonsultasi dokter untuk manajemen kolaboratif.

Interpretasi data

Yaitu peningkatan dari data dasar yang berupa penafsiran data ke dalam permasalahan atau diagnosa spesifik yang sudah diidentifikasi oleh bidan (Varney H, 1997)

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisa data yang telah dikumpulkan dan dibuat sesuai dengan kesenjangan yang dihadapi oleh pasien atau keadaan psikologi yang ada pada pada tindakan kebidanan sesuai dengan wewenang bidan dan kebutuhan pasien (IBI, 2004)

Identifikasi diagnosa potensial

Identifikasi permasalahan potensial berdasarkan pada rangkaian masalah yang sekarang untuk mengantisipasi atau pencegahan overdistension misalnya polyhydramnion, kehamilan dengan diabetes melitus (Varney H, 1997)

Antisipasi

Mencerminkan kelanjutan proses manajemen sejak masa kehamilan dengan melakukan pemeriksaan secara berskala sampai pada proses persalinan. Dalam hal ini termasuk ketika dibutuhkan tindakan-tindakan darurat di mana bidan harus bertindak dengan segera demi keselamatan hidup ibu dan bayinya.

Merencanakan asuhan secara menyeluruh

Suatu perkembangan berdasarkan data-data yang sudah terkumpul dari langkah-langkah sebelumnya. Rencana yang menyeluruh harus disepakati antara bidan dan pasien supaya efektif sebab pasien yang akhirnya akan melaksanakan rencana tersebut. Asuhan secara menyeluruh meliputi memberikan informasi, bimbingan dan mengajarkan pasien tentang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (Varney H, 1997)

Implementasi

Bidan bekerjasama dengan dokter dan pasien untuk melaksanakan rencana asuhan yang menyeluruh dan kolaboratif (Varney H, 1997)

Evaluasi

Yaitu mengevaluasi tindakan asuhan secara menyeluruh sesuai dengan yang dibutuhkan pasien. Apabila tindakan yang telah dilakukan dianggap tidak efektif, maka dilakukan penyesuaian rencana asuhan selanjutnya (Varney H, 1997)

3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini

Pengertian

Asuhan kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayann kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (IBI, 2004)

Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Manuaba, 1998)

Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum mulainya persalinan yaitu bila pada primipara pembukaan < 3 cm dan pada multipara < 5 cm (Mochtar R, 1998)

Langkah-langkah manajemen kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

Pengkajian

Anamnesa/data subyektif

Identitas/biodata ibu bersalin dan suami meliputi nama, umur, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat

Alasan kunjungan saat ini

Riwayat menstruasi meliputi menarche, siklusnya, banyaknya, teratur/tidak teratur dan dismenorhea

Riwayat perkawinan

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hamil ke berapa, umur kehamilan, jenis kelamin, jenis persalinan, ditolong oleh bidan/dokter, komplikasi persalinan dan keadaannya

Riwayat laktasi

Riwayat kehamilan ini yaitu HPHT, HPL, umur kehamilan sekarang, keluhan TM I, II, III, ANC berapa kali, imunisasi TT

Riwayat KB

Riwayat penyakit sekarang meliputi penyakit keluarga, keturunan kembar, riwayat operasi

Riwayat kebiasaan sehari-hari meliputi: pola makan, personal hygiene, istirahat

Keadaan psikososial meliputi kebiasaan keseharian pasien dan hubungan dengan suami

Data obyektif

Pemeriksaan umum

Kesadaran

Tanda-tanda vital meliputi tensi, nadi, suhu dan respirasi

Berat badan sebelum hamil dan sesudah hamil

Pemeriksaan fisik, meliputi:

Inspeksi

Muka

- kelopak mata : cekung atau tidak
- konjungtiva : anemis atau tidak
- sklera : ikterik atau tidak

Mulut dan gigi: apakah ada stomata dan caries pada gigi, lidah dan geraham gigi dan gusi

Kelenjar tyroid: adakah pembesaran

Kelenjar getah bening: adakah pembesaran

Dada dan axilla, meliputi:

- Payudara
  pembesaran ada apa tidak
  simetris apa tidak
  puting susu menonjol apa tidak
  apa ada benjolan di payudara
- Axilla
  Ada pembesaran atau tidak
  Nyeri tekan atau tidak

Punggung dan pinggang

Abdomen, meliputi bekas luka operasi, pembesaran scarae linea dan konsistensi

Apakah ada condiloma acuminate

Palpasi

Janin, TFU, TBJ, letak, anak, presentasi punggung

Palpasi suprapubik

Auskultasi

Genetalia: adanya oedema varices, luka keadaan perineum elastis apa tidak, apa ada benjolan, kemerahan

Perkusi

Pemeriksaan ekstremitas tentang reflek patella kanan, kiri positif dan negatif

Pemeriksaan panggul

Distantia spinarum

Distantia cristarum

Conjungata eksterna

Lingkar panggul

Vagina taucher

V/u: tenang apa tidak

Portio: masih tebal atau sudah mengalami penipisan

Pembukaan beberapa cm

Selaput ketuban masih ada atau tidak

Air ketuban

Lendir darah

Penurunan dihodge berapa

UUK sudah teraba apa belum

Kesan panggul: ginekoid atau android

Anus ada hemoroid apa tidak

Interpretasi data

Data yang telah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Interpretasi data pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, yaitu:

a. Diagnosa : Ny . . . . . umur . . . . tahun G . . .P . . .A. ... hamil..... minggu dengan ketuban pecah dini

Dasar : Data subyektif: a)Ibu mengatakan hamil ke . . ., belum pernah keguguran dan HPPT tanggal . . .

b) ibu mengatakan ibu merasa cemas karena mengeluarkan cairan dari vagina dan belum merasa mules

Data Obyektif: a) keluar air ketuban sejak pukul . . .

b) belum keluar lendir darah . . .

c) pembukaan . . .cm

d) HPL tanggal . . .

b. Masalah: Cemas, kurangnya pengetahuan dan informasi tentang ketuban pecah dini (Tucker, 1999)

c. Kebutuhan: KIE tentang ketuban pecah dini, dukungan moril (Supriyadi, 2003)

Diagnosa potensial

Diagnosa potensial pada ketuban pecah dini antara lain: terjadinya infeksi, partus preterm, prolaps tali pusat dan distosia/partus kering (Varney, 1997)

Antisipasi

Antisipasi yang dilakukan pada pasien dengan ketuban pecah dini, antara lain: pemberian antibiotik, istirahat/tirah baring, dan rujukan ke rumah sakit (Mansjoer, 1999)

Rencana tindakan

Rencana asuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, antara lain:

Periksa tanda-tanda vital tiap 4 jam

Auskultasi denyut jantung janin tiap 1 sampai 4 jam

Hindari pemeriksaan per-vaginal

Observasi drainase amniotik terhadap warna, jumlah dan bau tiap 2 – 4 jam

Berikan perawatan perineal dengan larutan antiseptik setelah setiap eliminasi tiap 2-4 jam

Jaga pasien tetap bersih dan kering

Palpasi fundus uteri untuk mengetahui aktivitas uterus tiap 1 – 2 jam (Tucker, 1999)

Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, antara lain:

Memeriksa tanda-tanda vital tiap 4 jam

Auskultasi denyut jantung janin tiap 1 sampai 4 jam

Menghindari pemeriksaan per-vaginal

Mengobservasi drainase amniotik terhadap warna, jumlah dan bau tiap 2 – 4 jam

Memberikan perawatan perineal dengan larutan antiseptik setelah setiap eliminasi tiap 2 – 4 jam

Menjaga pasien tetap bersih dan kering

Palpasi fundus uteri untuk mengetahui aktivitas uterus tiap 1 – 2 jam (Tucker, 1999)

Evaluasi

Evaluasi/hasil yang diharapkan dari asuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, antara lain: Pasien mendapatkan terapi untuk infeksi atau tidak ada gejala infeksi, denyut jantung janin baik/tidak terjadi gawat janin. Janin/bayi baru lahir tidak mengalami hal yang tidak diinginkan

(Tucker dkk, 1999)

C. LANDASAN HUKUM

Bidan dalam memberikan asuhan harus berdasar hukum perundang-undangan dan hukum yang berlaku dengan tenaga kesehatan, yaitu klien sebagai penerima jasa kesehatan mempunyai dasar hukum dan merupakan peraturan pemerintah, yang berarti sama-sama mempunyai hak dan kewajiban. Sehingga penyimpangan terhadap hukum dapat dihindarkan (IBI, 2004).

Landasan hukum yang dipakai seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan bersalin dengan ketuban pecah dini, adalah:

1. KEPMENKES RI No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan:
   a. Pasal 16 ayat 1 yang berbunyi Pelayanan kebidanan kepada ibu, meliputi:
      1) Penyuluhan dan konseling
      2) Pemeriksaan fisik
      3) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
      4) Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat I, preeklamasi ringan dan anemi ringan
      5) Pertolongan persalinan normal
      6) Pertolongan persalinan abnormal yang mencakup letak sungsang, partus macet, kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post term dan pre term
      7) Pelayanan ibu nifas normal
      8) Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan
      9) Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan

penundaan haid.

b. Pasal 18, yaitu bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 16 berwenang untuk:
   1) Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan dan nifas
   2) Episiotomi
   3) Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat II
   4) Pemberian infus
   5) Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika dan sedativa.

2. Peran dan Fungsi serta Kompetensi Bidan

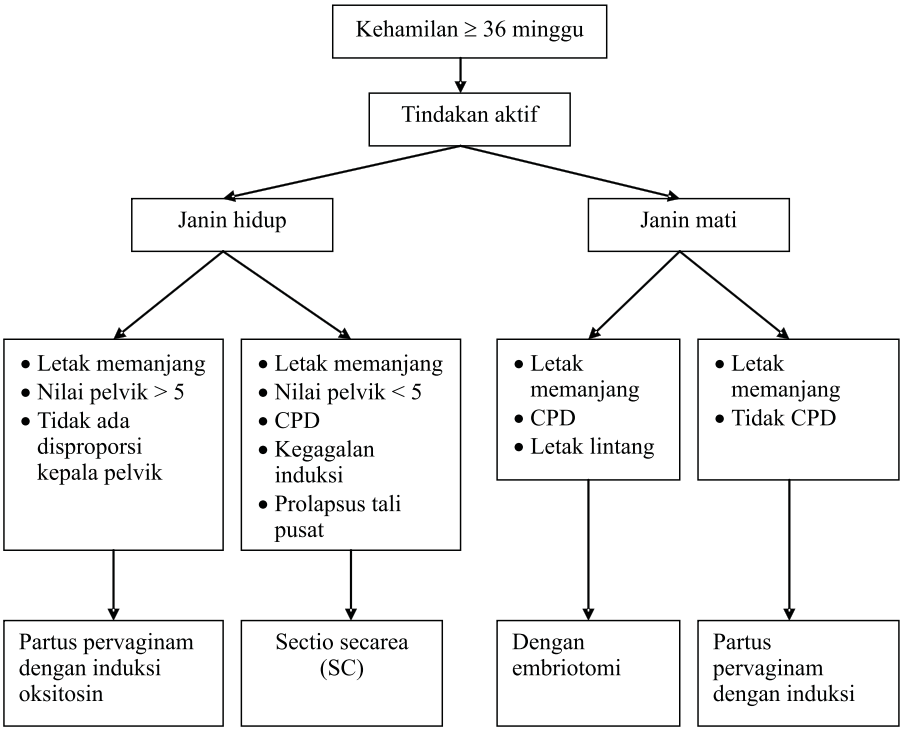
Kompetensi bidan yang sesuai dengan kasus ini dalam memberikan asuhan kebidanan adalah: peran sebagai pelaksana dalam tugas mandiri pada poin D, bahwa seorang bidan harus mampu memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, di antaranya:

a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan
b. Menentukan diagnosa dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan
c. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah
d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
e. Mengevaluasi bersama klien asuhan yang telah diberikan
f. Membuat rencana tindakan pada ibu masa persalinan tersaing dengan prioritas
g. Membuat asuhan kebidanan

(IBI, 2004)

D. FRAMEWORK

PENANGANAN KETUBAN PECAH DINI



(Saifuddin, 1996)

BAB III
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. T
DENGAN KETUBAN PECAH DINI

DI RUMAH BERSALIN NUHA SEJAHTERA

Tanggal masuk 26 Januari 2007 Pukul: 05.00 WIB

I. PENGKAJIAN

A. Data Subyektif

1. Identitas

Nama pasien	: Ny. T	Nama suami	: Tn. L
Umur	: 20 tahun	Umur	: 35 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Suka Maju	Alamat	: Suka Maju

2. Alasan masuk RB

   Ibu datang dengan keluhan merasa kenceng-kenceng, serta mengeluarkan cairan bercampur lendir darah dari jalan lahir, pada tanggal 26 Januari 2007 sejak jam 02.00 WIB

3. Riwayat menstruasi

Menarche umur	: 13 tahun
Teratur/tidak	: teratur
Siklus	: 28 hari
Banyaknya	: 1 hari ganti pembalut 2 – 3 kali
Lama haid	: 7 hari
Dismenorhoe	: tidak

4. Riwayat perkawinan

   Sah, kawin 1 kali pada umur 29 tahun, dengan suami umur 34 tahun. Lama perkawinan 1 tahun, dengan anak – orang.

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tgl/thn pastus	Tempat partus	Umur hamil	Jenis persalinan	Penolong	Penyulit	Anak			Nifas	Keadaan anak sekarang
							JK	BB	PB		
1	Hamil sekarang										

6. Riwayat laktasi

   Ibu mengatakan belum pernah menyusui sebelumnya

7. Riwayat hamil ini

   HPHT : 15 – 04 – 06

   HPL : 22 – 01 – 07

   Hamil muda : Keluhan : Mual-mual

   Terapi : Neurodex 1 x 500 mg

   Antasid 1 x 400 mg

   ANC : 6 x teratur, imunisasi TT 2 x

   TT I : 22-07-2006

   TT II : 07-09-2006

   Hamil tua : Keluhan : Pegal-pegal

   Terapi : Betamin 1 x 100 mg

   Trimakal 1 x 300 mg

   Vit B6 1 x 10 mg

   ANC : 6 x teratur

8. Riwayat KB

   Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya.

9. Riwayat kesehatan

   a. Riwayat operasi

      Ibu mengatakan belum pernah dioperasi

   b. Riwayat penyakit sekarang

      Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit asma, jantung, DM, Hipertensi.

   c. Riwayat penyakit keluarga

      Ibu mengatakan di keluarganya maupun keluarga suaminya tidak ada yang menderita penyakit asma, jantung, DM, Hipertensi.

   d. Riwayat keturunan kembar

      Ibu mengatakan di keluarganya maupun keluarga suaminya tidak ada keturunan kembar.

10. Riwayat kebiasaan sehari-hari

Pola makan : Makan 3 x sehari, porsi sedang dengan nasi, lauk, sayur dan buah, minum 8 gelas sehari dengan air putih, air teh dan susu 1 gelas tiap hari

Personal hygiene : Mandi 2 x/hari, gosok gigi 2 x/hari, keramas 3 x/ minggu

Pola istirahat : Tidur siang ± 2 jam, tidur malam 7 – 8 jam.

11. Riwayat psikososial

- Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan dan diterima dengan baik oleh seluruh anggota keluarga
- Hubungan ibu dengan suami, anggota keluarga lain dan tetangga baik.

B. Data Obyektif

1. Status generalis

Keadaan umum	: baik
Kesadaran	: composmentis
Tekanan darah	: 100/70 mmHg
Suhu	: 36^{o}C
Nadi	: 80 x/menit
Respirasi	: 20 x.menit
Tinggi badan	: 142 cm
Berat badan sekarang	: 57 kg
Berat badan sebelum hamil	: 45 kg
Lila	: 24 cm

2. Pemeriksaan sistematis

a. Kepala

Rambut : bersih, tidak mudah rontok, tidak berketombe

Muka : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum

Mata : kelopak mata: tidak cekung, tidak oedema

Konjungtiva : tidak anemis
Sklera : tidak ikterik
Hidung : bersih, tidak polip
Telinga : bersih, tidak ada serumen
Mulut/gigi/gusi : bersih, tidak ada caries dentist, tidak ada stomatitis, gusi tidak berdarah

b. Leher
Kelenjar tyroid : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
Tumor : tidak ada tumor
Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

c. Dada dan axilla
- Mammae
  Pembesaran : tidak ada pembesaran
  Simetris : simetris kanan dan kiri
  Areolla : hyperpigmentasi
  Puting susu : menonjol
  Colostrum : belum keluar
- Axilla
  Tumor : tidak ada tumor di axilla
  Nyeri : tidak ada nyeri tekan di axilla

d. Abdomen
Inspeksi:
Pembesaran : ada pembesaran, dengan arah memanjang
Strie gravidarum : tidak ada
Linea nigra : linea nigra ⊕
Bekas luka operasi : tidak ada

Palpasi:

Kontraksi	: 2 x 10□ 20□- 30□ sedang	
Leopold I	: TFU : 35 cm	
	FU : teraba bulat lunak dan tidak melenting (bokong)	
Leopold II	: sebelah kanan :	teraba tahanan keras memanjang seperti papan (punggung)
	Sebelah kiri :	teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)
Leopold III	: bagian bawah terisi bulat, keras, melenting (kepala)	
Leopold IV	: kepala sudah masuk PAP 1/5 bagian	
Osborn test	: tidak dilakukan	

e. Ekstremitas

Oedema	: tidak oedema
Varices	: tidak ada varices
Reflek patella	: kanan ⊕ / kiri ⊕
Kelainan	: tidak ada

f. Amogenital

Kelainan		: tidak ada
Pengeluaran		: air ketuban
Inspecullo	- vagina	: tidak dilakukan
	- portio	: tidak dilakukan
Vagina toucher		
Vagina		: v/u tenang
Pembukaan		: 1 cm
Ketuban		: (-), air ketuban jernih, tidak berbau
Presentasi		: kepala

Penurunan : kepala 1/5, hodge 1 – 11

Kesan panggul : dalam batas normal

C. Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium : tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa bidan

Ny. T umur 30 tahun $G_1P_0A_0$ hamil 40 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, presbelkep, inpartu kala 1 fase laten dengan KPD

DS:

- Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran
- Ibu mengatakan menstruasi terakhir tanggal 15 April 2006
- Ibu mengatakan telah mengeluarkan cairan ketuban sejak pukul 04.00 WIB

DO:

Keadaan umum ibu : baik

Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Nadi : 80 x/mnt

Suhu : 36C

Respirasi : 20 x/mnt

Tinggi Badan : 142 cm

Berat Badan sekarang : 57 kg

Berat Badan sebelum hamil : 45 kg

Leopold I : TFU : 35 cm

FU : berisi bulat, lunak tidak melenting (bokong)

Leopold II : kanan : teraba tahanan keras memanjang (puka)

Kiri : teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III : bagian bawah terisi bulat, keras dan melenting (kepala)

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP 1/5 bagian Hodge I – II

DJJ ⊕ frekuensi 12-11-12 teratur

HIS ⊕ 2 – 3 x/10 20□ - 30□ sedang

VT Ø 1 cm ketuban ⊖ air ketuban jernih tidak berbau

B. Masalah

Ibu merasa cemas dengan persalinan ini

DS : Ibu mengatakan takut menghadapi persalinan

DO: Ekspresi wajah ibu tampak cemas

C. Kebutuhan

KIE tentang ibu dan janin

DS : Ibu mengatakan ingin mengetahui keadaan diri dan janinnya

DO: Keadaan ibu dan janin baik

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Potensial terjadi infeksi

Dasar: Semakin lama periode latent, semakin lama kala I persalinan dan semakin besar insidensi infeksi. Insidensi infeksi naik secara bermakna sekalipun tidak terlihat tanda-tanda sepsis pada ibu. (Oxorn, 1996)

IV. ANTISIPASI

a. Mandiri:
   - Istirahat/bedrest total
   - Support ibu menghadapi persalinan

b. Kolaborasi

   Advis dokter
   - Observasi keadaan umum dan kemajuan persalinan
   - Pasang infus RL 8 tpm drip oxytocin ½ cc

V. RENCANA/TINDAKAN

Tanggal 26-01-07 Pukul 06.00 WIB

- Observasi KU, TTV ,kemajuan persalinan
- Observasi DJJ dan HIS tiap 1 jam
- Lakukan kolaborasi dengan dokter
- Lakukan inform consent atas tindakan yang akan dilakukan
- Pasang infus RL 8 tpm + drip oxytocin ½ cc

– Hadirkan suami atau keluarga untuk memberikan dukungan moral
– Anjurkan ibu untuk berkemih jika kandung kemih terasa penuh
– Observasi pengeluaran pervaginam
– Jelaskan pada ibu tentang keadaan diri dan janinnya
– Ajari ibu untuk menarik nafas panjang saat ada his, minta ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap
– Beri ibu dukungan emosional

VI. PELAKSANAAN

Tanggal 26-01-07 Pukul 07.00 WIB

– Mengbservasi KU, TTV, kemajuan persalinan
– Mengbservasi DJJ dan HIS tiap 1 jam
– Lakukan kolaborasi dengan dokter
– Melakukan inform consent atas tindakan yang akan dilakukan
– Memasang infus RL 8 tpm + drip oxytocin ½ cc
– Menghadirkan suami atau keluarga untuk memberikan dukungan moral
– Menganjurkan ibu untuk berkemih jika kandung kemih terasa penuh
– Mengobservasi pengeluaran pervaginam
– Menjelaskan pada ibu tentang keadaan diri dan janinnya
– Mengajari ibu untuk menarik nafas panjang saat ada his, minta ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap
– Memberi ibu dukungan emosional

VII. EVALUASI

Tanggal 26-01-07 Pukul 07.10

a. Keadaan umum : baik
   Kesadaran : Compos mentis
   Tekanan darah : 100/70 mmHg
   Nadi : 80 x/mnt
   Suhu : 36^{o}C
   Respirasi : 20 x/mnt
   DJJ ⊕ 11-12-11 (136 x/mnt) teratur
b. Keluarga telah menyetujui tindakan yang akan dilakukan
c. Ibu telah ditunggui suaminya

d. Tidak ada tanda-tanda infeksi
e. Pengeluaran pervaginam berupa lendir darah
   Pemeriksaan dalam : portio tebal, pembukaan 1 cm, kepala turun pada hodge I – II, ketuban tidak ada
f. Ibu bersedia untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap
g. Ibu mengerti keadaan diri dan janinnya

CATATAN PERKEMBANGAN

Data Perkembangan I

Tanggal 26-01-07 Pukul 09.00 WIB

1. Subyektif
   a. Ibu mengatakan kenceng-kenceng bertambah
   b. Ibu mengatakan saat ini sedikit cemas
2. Obyektif
   a. KU ibu baik
   b. Tanda vital
      Tekanan darah : 100/70 mmHG
      Nadi : 80 x/mnt
      Respirasi : 20 x /mnt
      Suhu : 36,2^{o}C
   c. Terpasang infus RL drip oxytocin 8 tpm
   d. HIS 3 x dalam 10 menit lama 40 – 45 detik konsistensi kuat
   e. DJJ ⊕ frekuensi 140 x/mnt (12-12-11)
   f. Vaginal toucher : Pembukaan 4 cm, portio lunak, kepala turun pada hodge I-II
3. Assesment
   Ny. T umur 30 tahun $G_1P_0A_0$ hamil 40 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan ketuban pecah dini.
4. Plan
   a. Observasi KU ibu dan vital sign
   b. Observasi his dan DJJ
   c. Observasi pengeluaran pervaginam dan kemajuan persalinan
   d. Observasi tetesan infus
   e. Observasi tanda-tanda infeksi
   f. Anjurkan ibu untuk tidak meneran dulu karena pembukaan belum lengkap
   g. Berikan dukungan moral pada ibu supaya tenang dalam menghadapi persalinan
   h. Berikan makan dan minum yang cukup
   i. Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman

Evaluasi tanggal 26-01-07 Pukul 11.00 WIB

a. Keadaan umum ibu baik, ibu merasa kesakitan dan berkeringat
   Vital sign: Tekanan darah : 100/70 mmHg
   Suhu : 36,2^{o}C
   Nadi : 84 x/menit
   Respirasi : 20 x/menit
b. His teratur frekuensi 4 x dalam 10 menit lamanya 45 – 50 detik
   Kontraksi kuat; DJJ ⊕ 136 x/menit (12-11-11)
c. Pengeluaran pervaginam lendir darah
d. Infus menetes 12 tpm
e. Tidak ada tanda-tanda infeksi
f. Periksa dalam: Pembukaan 8 cm portio tipis, lunak, kepala turun di hodge III
g. Ibu didampingi keluarga dan masih cemas dengan proses persalinan
h. Ibu sudah makan dan minum
i. Ibu merasa nyaman dengan posisi miring ke kiri
j. Perdarahan 30 cc

Data Perkembangan II

Tanggal 26-01-07 Pukul 11.30 WIB

1. Subyektif
   a. Ibu mengatakan kenceng-kenceng lebih sering dan kuat
   b. Ibu mengatakan ingin BAB
   c. Ibu mengatakan ingin meneran dan tidak dapat ditahan lagi
2. Obyektif
   a. Anus dan vulva membuka, perineum menonjol
   b. KU ibu baik
   c. Vital sign : Tekanan darah : 100/70 mmHg
      Nadi : 84 x/menit
      Suhu : 36,2^{o}C
      Respirasi : 20 x/menit
   d. HIS teratur 5 x dalam 10 menit lama 50 – 55 detik konsistensi kuat
   e. DJJ ⊕ 136 x/menit (12-11-11)
   f. Terpasang infus RL drip oxytocin ½ cc 12 tpm

g. Vaginal toucher: pembukaan 10 cm (lengkap) portio tidak teraba, kepala turun pada hodge IV

3. Assement

   Ny. T umur 30 tahun $G_1P_0A_0$ hamil 40 minggu inpartu kala II dengan ketuban pecah dini

4. Plan
   - Observasi KU ibu, DJJ dan his selama kala II
   - Observasi tetesan infus
   - Siapkan perlengkapan partus
   - Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran
   - Berikan dukungan dan semangat pada ibu dan anggota keluarganya

Data Perkembangan II

Tanggal 26-01-07 Pukul 11.30 WIB

1. Subyektif
   a. Ibu mengatakan kenceng-kenceng lebih sering dan kuat
   b. Ibu mengatakan ingin BAB
   c. Ibu mengatakan ingin meneran dan tidak dapat ditahan lagi
2. Obyektif
   a. Anus dan vulva membuka, perineum menonjol
   b. KU ibu baik
   c. Vital sign : Tekanan darah : 100/70 mmHg
      Nadi : 84 x/menit
      Suhu : 36,2^oC
      Respirasi : 20 x/menit
   d. HIS teratur 5 x dalam 10 menit lama 50 – 55 detik konsistensi kuat
   e. DJJ ⊕ 136 x/menit (12-11-11)
   f. Terpasang infus RL drip oxytocin ½ cc 12 tpm
   g. Vaginal toucher: pembukaan 10 cm (lengkap) portio tidak teraba, kepala turun pada hodge IV
3. Assement

   Ny. T umur 30 tahun $G_1P_0A_0$ hamil 40 minggu inpartu kala II dengan ketuban pecah dini

4. Plan
   - Observasi KU ibu, DJJ dan his selama kala II
   - Observasi tetesan infus
   - Siapkan perlengkapan partus
   - Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran
   - Berikan dukungan dan semangat pada ibu dan anggota keluarganya
   - Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman untuk meneran
   - Saat pembukaan lengkap, jelaskan pada ibu untuk hanya meneran apabila ada dorongan kuat untuk meneran
   - Anjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan
   - Anjurkan ibu untuk berhenti makan dan beristirahat di antara kontraksi
   - Atur posisi ibu saat melahirkan
   - Lakukan pencegahan laserasi
   - Lahirkan kepala bayi
   - Periksa tali pusat pada leher
   - Lahirkan bahu
   - Lahirkan sisa tubuh bayi
   - Keringkan dan beri rangsangan pada bayi
   - Potong tali pusat

EVALUASI

Tanggal 26-01-07 Pukul 11.40 WIB

- Keadaan umum ibu baik
- Infus menetes 12 tpm
- Alat partus sudah disiapkan
- Ibu memilih posisi setengah duduk
- His kuat 5 x dalam 10 menit lamanya 5 detik
  DJJ 12-11-11 (136 x/menit)
- Telah dilakukan pertolongan persalinan sesuai APN
- Bayi lahir spontan pada tanggal 26-10-2007 pukul 11.50 WIB dengan jenis kelamin laki-laki langsung menangis, tidak ada kelainan congenital
- Apgar score menit pertama 8
  Penatalaksanaan bayi baru lahir

1. Bayi diletakkan di atas handuk kering, mengeringkan tubuh bayi
2. Memotong dan mengikat tali pusat
3. Membungkus bayi dengan kain hangat
4. Plasenta belum lahir TFU 1 jari di atas pusat, kontraksi uterus baik Perdarahan 130 cc

Data Perkembangan III

Tanggal 26-01-07 Pukul 11.50 WIB

1. Subyektif
   a. Ibu mengatakan perutnya mules
   b. Ibu mengatakan senang bayinya sudah lahir
2. Obyektif
   a. Bayi telah lahir spontan pukul 11.50 WIB
   b. Placenta belum lahir, TFU 1 jari di atas pusat
   c. Vital sign: Tekanan darah : 100/70 mmHg
      Nadi : 84 x/menit
      Suhu : 36,2^{o}C
      Respirasi : 20 x/menit
      Terpasang infus RL drip oxytocin ½ cc 12 tpm
3. Assesment

   Ny. T umur 30 tahun $G_1P_0A_0$ dalam persalinan kala III
4. Plan
   a. Observasi kontraksi uterus dan TFU
   b. Observasi tetesan infus
   c. Lakukan penatalaksanaan manajemen aktif kala III
   d. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik
   e. Beri suntikan oxytocin
   f. Lakukan penegangan tali pusat terkendali
   g. Lakukan masase fundus uteri
   h. Observasi jumlah perdarahan pervaginam
   i. Observasi laserasi jalan lahir
   j. Observasi keadaan umum ibu dan vital sign

Evaluasi

Tanggal 26-01-2007 Pukul 11.55 WIB

a. Ibu diberikan injeksi 0,5 cc per IM, dilakukan penegangan tali pusat terkendali kemudian placenta lahir spontan, lengkap berbentuk bulat, ukuran 19x19x2 cm. Panjang tali pusat 45 cm, berat 500 g dengan insersi sentralis. Setelah placenta lahir, dilakukan massase pada fundus uteri ibu.
b. Kontraksi uterus baik dan teraba keras, TFU 1 jari di bawah pusat
c. Jumlah perdarahan kala III ± 160 cc
d. Ruptur perineum derajat II
e. Keadaan umum ibu baik

Vital sign: Tekanan darah : 100/70 mmHg
Nadi : 84 x/menit
Suhu : 36,2^{o}C
Respirasi : 20 x/menit
Terpasang infus RL drip oxytocin ½ cc 12 tpm

f. Infus menetes 12 tpm

Data Perkembangan IV

Tanggal 26-01-07 Pukul 12.00 WIB

1. Subyektif
   a. Ibu mengatakan perutnya masih mules
   b. Ibu mengatakan senang karena proses persalinan berjalan lancar
2. Obyektif
   a. Placenta lahir spontan lengkap pukul 11.55 WIB
   b. Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos metis

   Vital sign: Tekanan darah : 100/70 mmHg
   Nadi : 84 x/menit
   Suhu : 36,2^{o}C
   Respirasi : 20 x/menit

   c. Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras, TFU 1 jari di bawah pusat
   d. Terpasang infus RL drip oxytocin ½ cc 12 tpm
   e. Ruptur perineum derajat 2
3. Assesment

   Ny. T umur 30 tahun P_1A_0 dalam persalinan kala IV

4. Plan
   a. Observasi keadaan umum ibu dan vital sign
   b. Observasi perdarahan, TFU kontraksi uterus dan kandung kemih
   c. Observasi tetesan infus
   d. Lakukan anestesi lidokain 1:1
   e. Lakukan penjahitan perineum, secara jeluj
   f. Bersihkan tubuh ibu, serta ganti pakaian yang bersih
   g. Anjurkan ibu makan, minum dan istirahat
   h. Lakukan pengukuran antropometri
   i. Beri ucapan selamat pada ibu atas kelahiran bayinya
   j. Lakukan pengawasan pada 15 menit 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam ke dua
   k. Isi patograf
   l. Beri obat:

	Amoxcillin	3 x 500 mg
	Paracetamol	3 x 500 mg
	Sulfas ferossus	3 x 350 mg

EVALUASI

Tanggal 26-01-07 Pukul 14.00 WIB

a. KU ibu baik, vital sign:

Tekanan darah	: 100/70 mmHg
Nadi	: 84 x/menit
Suhu	: 36,5^{o}C
Respirasi	: 22 x/menit

   b. Perdarahan kala IV ± 100 cc, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong
   c. Ibu telah bersih dan merasa nyaman serta senang
   d. Ibu sudah makan dan minum kemudian istirahat
   e. Infus sudah dilepas
   f. Obat sudah diberikan
   g. Hasil pengukuran antropometri

BB	: 300 gr	LK	: 35 cm
PB	: 49 cm	LD	: 34 cm
Lila	: 12 cm		

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bagian ini Penulis akan membahas tentang asuhan kebidanan yang telah diberikan pada Ny. T dengan ketuban pecah dini di Rumah Bersalin HARAPAN BUNDA . Secara terperinci yang meliputi faktor pendukung dan penghambat keberhasilan proses asuhan kebidanan serta kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan di lapangan serta alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah dengan secara menyeluruh.

Sesuai dengan teori Varney, pengkajian adalah pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien. Pada pengumpulan data subyektif Ny. T diketahui bahwa kehamilan ini adalah kehamilan yang pertama. Keluhan ibu pada waktu datang ke RB adalah ibu merasa kenceng-kenceng dan mengeluarkan air ketuban sejak tanggal 26 Januari 2007 pukul 04.00 WIB. Pada pemeriksaan dalam, pembukaan serviks 1 cm, kulit ketuban sudah tidak ada dan kepala turun pada Hodge I.

Menurut Mochtar (1998) ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Pada pengumpulan data obyektif khususnya pada pemeriksaan fisik untuk menentukan ketuban pecah dini dalam teori salah satunya menggunakan kertas lakmus, bila menjadi biru (basa) □ air ketuban, bila menjadi merah (asam) □ air kemih (urine) sedangkan pada pelaksanaannya untuk mengetahui apakah selaput ketuban masih utuh atau tidak dilakukan dengan vaginal toucher.

Interpretasi data terdiri dari penentuan diagnosa, masalah dan kebutuhan. Menurut saifuddin (2002), ibu bersalin selalu merasa cemas, takut dan gelisah dalam menghadapi persalinannya. Untuk itu diperlukan dukungan sehingga ibu dapat merasa tenang dalam menghadapi persalinannya. Pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena dalam kasus Ny. T muncul perasaan cemas dan takut karena ibu merasa kenceng-kenceng, telah mengeluarkan air ketuban disertai lendir darah dengan ditandai dengan bahwa ibu menanyakan keadaaan diri dan janinnya. Dukungan yang dapat diberikan kepada Ny. T yaitu dengan memberikan penjelasan tentang keadaan diri dan janinnya juga informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan.

Diagnosa potensial ditegaskan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini. Dalam langkah ini tidak terdapat kesenjangan dengan teori, diagnosa potensial yang muncul atau mungkin terjadi pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini antara lain terjadinya infeksi, partus preterm, prolaps tali pusat dan distosia/partus kering (Varney, 1999). Sedangkan pada kasus Ny. T juga muncul diagnosa potensial yaitu terjadi infeksi. Tetapi pada Ny. T tidak sampai terjadi masalah potensial.

Pada langkah antisipasi ini dilakukan pengidentifikasi tindakan segera dari bidan untuk dikonsultasikan kepada dokter. Terdapat kesenjangan yaitu dalam teori, antisipasi yang dilakukan pada pasien dengan ketuban pecah dini antara lain : pemberian antibiotik, istirahat/ tirah baring dan rujukan ke rumah sakit (Mansjoer, 1999). Pada kasus Ny. T tidak dilakukan rujukan ke rumah sakit tetapi dilakukan tindakan kolaborasi dengan dokter yaitu dengan dilakukan induksi persalinan.

Pada perencanaan tindakan, asuhan yang menyeluruh ditentukan dengan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini disusun sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien, kemudian

membuat keputusan bersama sebelum melaksanakannya. Rencana tindakan pada kasus Ny. T mengacu pada kebutuhan pasien dan sesuai dengan teori. Jadi dalam perencanaan tindakan ini tidak terjadi kesenjangan.

Selanjutnya, rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dilakukan oleh bidan dan dengan keterlibatan klien. Klien dan keluarga mengetahui kondisi kesehatan serta mempu mengambil keputusan yang benar. Di dalam teori, melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan. Di dalam praktek lapangan, melaksanakan asuhan kebidanan sesuai apa yang sudah direncanakan kepada klien tanpa ada tindakan yang menyimpang dari rencana yang telah disusun sebelumnya.

Langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan di dalam diagnosa dan masalah.

Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin, Ny. T dengan ketuban pecah dini selama proses persalinan berlangsung, penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Hasil yang diperoleh dari evaluasi ini adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut. Kesimpulan dari pembahasan studi kasus pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di RB HARAPAN BUNDA, tidak banyak ditemukan adanya perbedaan antara teori dengan penerapan manajemen kebidanan Varney.

BAB V
PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah melaksanakan Asuhan Kebidanan pada bulin dengan tindakan induksi indikasi KPD dengan menerapkan 7 langkah yang meliputi pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi. Pada data perkembangan menggunakan SOAP maka penulis menyimpulkan bahwa :

Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori tidak semua ditemukan pada kasus Ny. T namun, hal tersebut dapat ditafsirkan karena tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan ketuban secara spontan dengan atau tanpa disertai rasa mules. Selain itu tingkat subyektifitas pasien juga mempengaruhi gejala yang ditimbulkannya.

Perawatan yang dilakukan pada Ny. T dengan ketuban pecah dini selama persalinan dengan induksi tidak terdapat hambatan dan tidak ditemukannya tanda-tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaannya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar, karena ibu bersalin dengan tindakan induksi indikasi ketuban pecah dini, sangat rentan terjadi infeksi pada vagina ke intrauterin, apabila tidak dilakukan perawatan secara baik.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penyusun akan menyimpulkan beberapa saran yang bermanfaat :

Bagi tenaga kesehatan

Perlu meningkatkan pemahaman dalam deteksi dini sangat penting bagi ibu bersalin yang mengalami pengeluaran cairan dari jalan lahir sebelum dimulainya persalinan

Bagi pasien

Tindakan cepat dan tepat bisa segera dilakukan apabila ibu bersalin yang mengalami pengeluaran cairan dari jalan lahir segera memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan terdekat atau rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA CONTOH ASKEB KETUBAN PECAH DINI (KPD)

Arif MTQ. 2004.Pengantar Metodologi Penelitian Untuk Ilmu Kesehatan.Klaten CSGF (the Community of Self Group Forum)

Depkes. 2004. http:\\www.Ministry of Health, Republic Indonesia. com

Effendy N. 1998. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.

FKUI. 1999. http:\\www.kuliah Obstetri Gynekologi.com

Sofyan, Mustika. 2004. 50 Tahun IBI. IBI. Jakarta.

Kepmenkes RI No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan.

Mansjoer. 1999. Kapita Selecta Kedokteran. Jakarta. Media Aeculapius.

Manuaba, J.B.G. 2001. Kapita selekta Penatalaksanaan rutin Obstetri ginekologi dan KB. Jakarta: EGC.

Mochtar Rustam. 1998. Sinopsis Obstetri: Obstetrifisiologi, Obstetripatologi. Jakarta: EGC.

Oxorn, H dan William RF. 1996. Ilmu Kebidanan Fisiologi dan Patologi Persalinan. Yayasan Essentia Medica. Jakarta.

Prawirohardjo, S. 2000. Acuan Nasional pelajaran kesehatan Maternal dan neonatal. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.

Saifuddin. A.B. 1996. Kelainan pada Persalinan. Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Depkes RI. Jakarta.

Supriyadi. 2003. Buku 3 Asuhan Intra Partum. Pusdiknakes – WHO. JHPIEGO. Jakarta

Tucker, S.M. dkk. 1999. Standar Perawatan Pasien edisi V vol. 4. ege. Jakarta.

Varney, Helen. 1997. Varney Midwifery Third Edition. James and Bartlet Publishers. Boston.

-----000------