

BUKU AJAR KEBIDANAN

KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

PENUNTUN BELAJAR MATA KULIAH

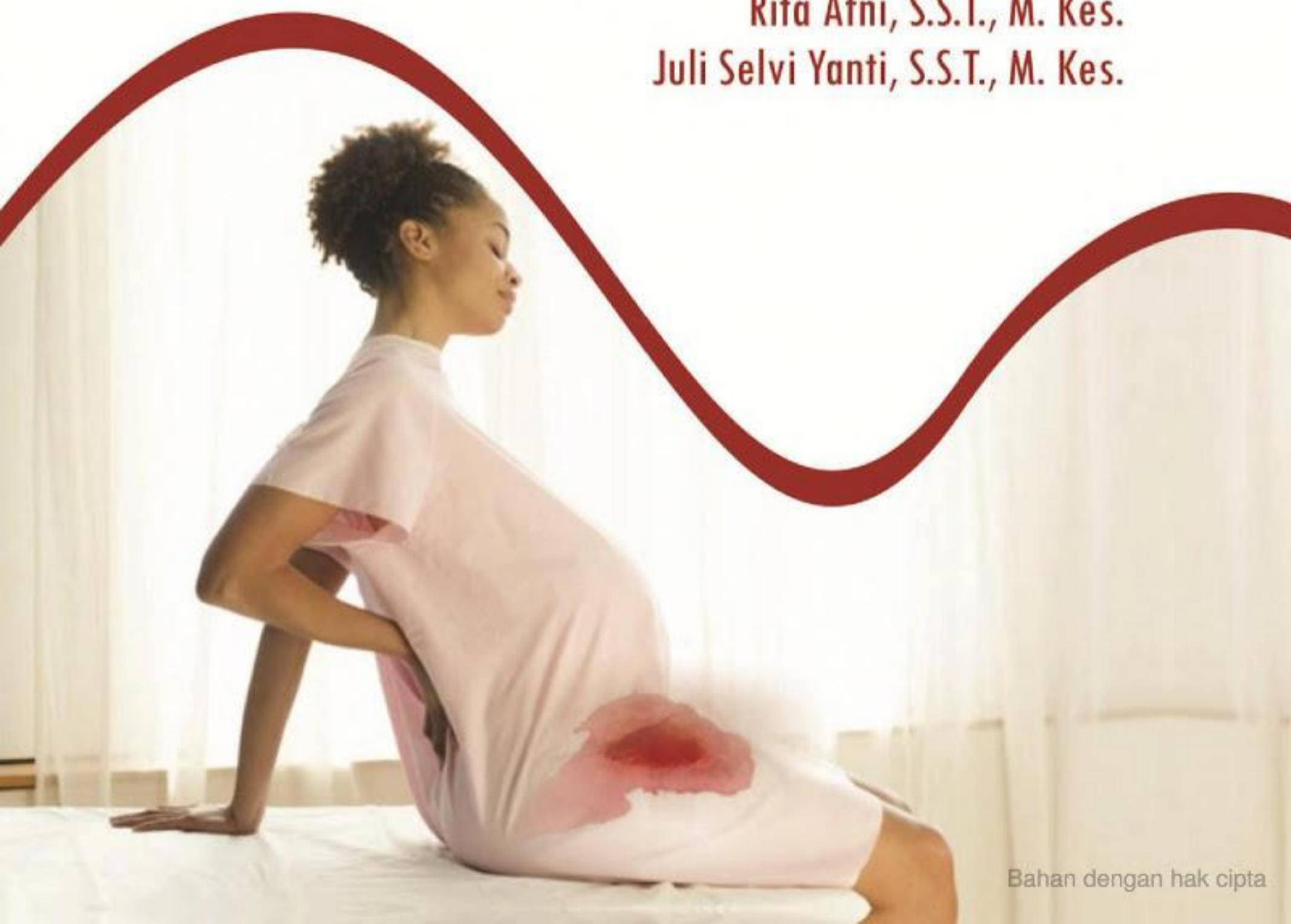
ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Ani Triana, S.S.T., M. Kes.

Ika Putri Damayanti, S.S.T., M. Kes.

Rita Afni, S.S.T., M. Kes.

Juli Selvi Yanti, S.S.T., M. Kes.





deepublish | publisher

Gg. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581
Telp/Faks: (0274) 4533427
Hotline: 0838-2316-8088
Website: www.deepublish.co.id
E-mail: deepublish@ymail.com

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

TRIANA, Ani, dkk

Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal /oleh Ani Triana, dkk. --
Ed. 1, Cet. 1--Yogyakarta: Deepublish, Januari 2015.

x, 243 hlm. ; 23 cm

ISBN 978-602-280-670-7

1. Kebidanan

I. Judul

618.2

Desain cover : Herlambang Rahmadhani

Penata letak : Dyah Wuri Handayani

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Isi diluar tanggungjawab percetakan

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

~v~

<u>E.</u>	Asuhan Pasca Resusitasi.....	186
F.	Asuhan Pasca Lahir (usia 2-24 jam setelah lahir).....	199
G.	Pencegahan Infeksi.....	200
BAB IX	MANAJEMEN BBLR.....	202
A.	Pengenalan BBLR.....	202
B.	Tatalaksana BBLR Sehat.....	206
C.	Terlaksana BBLR Sakit dan Asuhan Kebidanan/ Keperawatan Pada BBLR.....	211
BAB X	RUJUKAN	221
A.	Rujukan dan Transportasi Maternal Neonatal.....	221
B.	Jenis Kasus yang Perlu Dirujuk.....	223
C.	Sistem Rujukan	224
DAFTAR PUSTAKA.....		242

BAB I

Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Penurunan Angka Kematian Ibu atau Angka Kematian Bayi

STANDAR KOMPETENSI

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa mampu memahami kebijakan Kementerian Kesehatan dalam penurunan AKI/AKB

KOMPETENSI DASAR

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan Latar Belakang
2. Menjelaskan Analisis situasi
3. Menjelaskan Capaian program
4. Menjelaskan strategi yang digunakan dalam mencapai target AKI tahun 2015

Deskripsi Singkat

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator penting dalam mengukur derajat kesehatan suatu Negara, dimana status kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Angka

kematian ibu di Indonesia pada tahun 1997 sebesar 334/100.000 kelahiran hidup dalam waktu 10 tahun terakhir turun menjadi 228/100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007), namun hasil SDKI 2012 meningkat menjadi 359/100. 000 kelahiran hidup.

Ibu, menurut ICD 10 didefinisikan sebagai “Kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah akhir kehamilannya, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apa pun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan”. Penyebab kematian ibu dibagi menjadi 2, pertama adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab langsung obstetri (direk) yaitu kematian yang diakibatkan langsung oleh kehamilan dan persalinannya. Kedua adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab tidak langsung (indirek) yaitu kematian yang terjadi pada ibu hamil yang disebabkan oleh penyakit dan bukan oleh kehamilan atau persalinannya.

Program dan kegiatan yang dilaksanakan untuk penurunan AKI antara lain:

- 1) Program menuju penjaminan kompetensi bidan di desa sesuai standar
- 2) Program Menuju Penjaminan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan mampu pertolongan persalinan 24/7 sesuai standar
- 3) Program Menuju Penjaminan seluruh Puskesmas PONED dan RS PONEK Kabupaten/Kota berfungsi 24/7 sesuai standar

- 4) Program Menuju Penjaminan terlaksananya Rujukan Efektif pada kasus komplikasi
- 5) Program Menuju Penjaminan Dukungan Pemerintah Daerah terhadap pelaksanaan Program Percepatan Penurunan Kematian Ibu
- 6) Program peningkatan Kemitraan dengan Lintas Sektor Swasta
- 7) Program Peningkatan Pemahaman dan Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Masyarakat Komplikasi dan kegawat daruratan maternal dan neonatal bersifat “*Unpredictable*”, yang bisa terjadi kapan saja dan pada ibu maupun bayi manapun. Tenaga kesehatan yang kompeten sangat diperlukan untuk melakukan deteksi, penanganan awal dan rujukan kasus-kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang kompeten, lembaga pendidikan tenaga kesehatan harus mempunyai tenaga pendidikan yang kompeten juga dalam memberikan materi tentang kegawatdaruratan maternal neonatal.

URAIAN MATERI

A. Latar Belakang

Kematian ibu merupakan hasil dari interaksi berbagai aspek, baik aspek klinis, aspek sistem pelayanan kesehatan, maupun faktor-faktor non kesehatan yang mempengaruhi pemberian pelayanan klinis dan terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan secara optimal. Oleh karena itu,

diperlukan kesamaan persepsi dan pengertian dari semua pihak mengenai pentingnya dan peran berbagai aspek tersebut dalam penanganan masalah kematian ibu sehingga strategi untuk mengatasinya harus merupakan integrasi menyeluruh dari berbagai aspek tersebut.

Berdasarkan estimasi yang dibuat dari hasil SDKI tahun 1990 sampai 2007 menggunakan perhitungan eksponensial, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 baru mencapai 161/100.000 kelahiran hidup, sementara target MDG Indonesia adalah 102/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Instruksi Presiden RI Nomor 3 Tahun 2010 tentang Pembangunan yang Berkeadilan, maka seluruh Gubernur, Bupati dan Walikota diwajibkan memprioritaskan upaya pencapaian target MDGs dalam program pembangunan di daerah yang dituangkan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Pencapaian MDGs dalam rangka memfokuskan percepatan pencapaian target MDG 5 yaitu Meningkatkan Kesehatan Ibu, diperlukan upaya-upaya yang efektif dan efisien serta konsisten dari seluruh pemangku kepentingan untuk ikut bersama-sama berupaya dalam mempercepat penurunan AKI dan Angka Kematian Bayi Baru Lahir di Indonesia. Untuk itu Kementerian Kesehatan menyusun Rencana Aksi Percepatan Penurunan AKI Tahun 2013-2015, yang difokuskan pada 3 Strategi dan 7 Program Utama.

B. Analisis Situasi

Kematian Ibu, menurut ICD 10 didefinisikan sebagai "Kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam

42 hari setelah akhir kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan”. Definisi tersebut secara eksplisit menjeaskan bahwa kematian ibu menunjukkan lingkup yang luas, tidak hanya terkait dengan kematian yang terjadi saat proses persalinan, tetapi mencakup kematian ibu yang sedang dalam masa hamil dan nifas.

Definisi tersebut juga membedakan dua kategori kematian ibu. Pertama adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab langsung obstetri (direk) yaitu kematian yang diakibatkan langsung oleh kehamilan dan persalinannya. Kedua adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab tidak langsung (indirek) yaitu kematian yang terjadi pada ibu hamil yang disebabkan oleh penyakit dan bukan oleh kehamilan atau persalinannya.

1. Penyebab langsung kematian ibu

Secara global, lima penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet dan abortus. Kematian ibu di Indonesia tetap didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan infeksi. Proporsi ketiga penyebab kematian ini telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi semakin menurun sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat, hampir 32% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2010 disebabkan oleh HDK.

2. Penyebab tidak langsung (indirek) kematian ibu

Definisi kematian ibu mengindikasikan bahwa kematian ibu tidak hanya mencakup kematian yang disebabkan oleh penyebab non obstetri. Sebagai contoh adalah ibu hamil yang meninggal akibat Tuberkulosis, Anemia, Malaria, Penyakit Jantung, dll. Penyakit-penyakit tersebut dianggap dapat memperkuat kehamilan meningkatkan risiko terjadinya kesakitan dan kematian.

Proporsi kematian ibu indirek di Indonesia cukup signifikan yaitu sekitar 22% sehingga pencegahan dan penanganannya perlu mendapatkan perhatian. Diperlukan koordinasi dengan disiplin medis lainnya di RS, antara lain dengan Spesialis Penyakit Dalam dan Bedah, dalam menangani kematian indirek.

3. Kematian ibu dalam tujuan pembangunan millenium

Indikator peningkatan kesehatan ibu dalam Tujuan Pembanguna Millenium (MDGs) adalah penurunan kematian ibu yang dihubungkan dengan peningkatan persalianan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (MDG 5a). Namun upaya ini saja tidaklah cukup, karena penurunan kematian ibu tidak dapat dilakukan hanya dengan mengatasi faktor penyebab langsung kematian ibu tetapi juga harus mengatasi faktor penyebab tidak langsungnya. Oleh sebab itu, upaya penurunan kematian ibu juga harus didukung oleh upaya kesehatan reproduksi lainnya termasuk peningkatan pelayanan antenatal, penurunan kehamilan pada remaja serta peningkatan cakupan peserta aktif KB dan penurunan *unmet need* KB. Keempat indikator tersebut tertuang didalam tujaun MDG 5b: akses universal terhadap

kesehatan reproduksi, sementara dua indikator tambahan terakhir merupakan upaya dalam program KB. Faktor “4 Terlalu” (terlalu muda, terlalu dekat, terlalu banyak dan terlalu tua) adalah salah satu faktor penyebab tidak langsung kematian ibu yang dapat diatasi dengan pelayanan KB.

4. Pathway terjadinya kematian ibu

Diperkirakan 15% kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan, 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca persalinan, 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi, 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan, 5) proses rujukan efektif, 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna.

Dengan demikian, untuk komplikasi yang membutuhkan pelayanan di RS, diperlukan penanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*), yaitu dari pelayanan ditingkat dasar sampai di Rumah Sakit. Langkah 1 sampai 5 di atas tidak akan bermanfaat bila langkah keenam tidak adekuat. Sebaliknya, adanya pelayanan di RS yang adekuat tidak akan bermanfaat bila pasien yang mengalami komplikasi tidak dirujuk.

5. Prinsip pencegahan kematian ibu

Seharusnya sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena sebagian besar komplikasi kebidanan dapat ditangani. Setidaknya ada tiga kondisi yang perlu dicermati dalam menyelamatkan ibu, yaitu:

- a. Pertama, sifat komplikasi obstetri yang tidak dapat diprediksi akan dialami oleh siapa dan kapan akan terjadi (dalam kehamilan, persalinan atau pasca persalinan terutama 24 jam pertama pasca persalinan). Hal ini menempatkan setiap ibu hamil mempunyai risiko mengalami komplikasi kebidanan yang dapat mengancam jiwanya.
- b. Kedua, karena setiap kehamilan berisiko maka seharusnya setiap ibu mempunyai akses terhadap layanan yang adekuat yang dibutuhkan saat komplikasi terjadi. Sebagian komplikasi dapat mengancam jiwa sehingga harus segera mendapatkan pertolongan di rumah sakit yang mampu memberikan pertolongan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.
- c. Ketiga, sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan, suatu periode yang sangat singkat sehingga akses terhadap dan kualitas pelayanan pada periode perlu mendapatkan prioritas agar mempunyai daya ungkit yang tinggi dalam menurunkan kematian ibu. Dalam kenyataannya, langkah-langkah pencegahan dan penanganan komplikasi tersebut diatas seringkali tidak terjadi, yang disebabkan oleh karena keterlambatan dalam setiap langkah yaitu:

1. Terlambat mengambil keputusan

Keterlambatan pengambilan keputusan ditingkat masyarakat dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

- a. Ibu terlambat mencari pertolongan tenaga kesehatan walaupun akses terhadap tenaga kesehatan tersedia 24/7 (24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu) – oleh karena masalah tradisi/kepercayaan dalam pengambilan keputusan dikeluarga, dan ketidakmampuan menyediakan biaya nonmedis dan biaya medis lainnya (obat jenis tertentu, pemeriksaan golongan darah, transportasi untuk mencari darah/obat, dll).
- b. Keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu.
- c. Tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan mengidentifikasi komplikasi secara dini – yang disebabkan oleh karena kompetensi tenaga kesehatan tidak optimal, antara lain kemampuan dalam melakukan APN (Asuhan Persalinan Normal) sesuai standar dan penanganan pertama keadaan GDON (Gawat Darurat Obstetri dan Neonatal).
- d. Tenaga kesehatan tidak mampu mengadvokasi pasien dan keluarganya mengenai pentingnya merujuk tempat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu.

2. Terlambat mencapai RS rujukan dan rujukan tidak efektif, yang dapat disebabkan oleh:
 - a. Masalah geografis
 - b. Kesiapan alat transportasi
 - c. Stabilisasi pasien komplikasi (misalnya pre-syok) tidak terjadi/tidak efektif—karena keterampilan tenaga kesehatan yang kurang optimal dan obat atau alat kurang lengkap.
 - d. Monitoring pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak ditindaklanjuti.

3. Terlambat mendapat pertolongan adekuat RS rujukan, yang dapat disebabkan oleh:
 - a. Sistem administratif pelayanan kasus gawatdarurat di RS tidak efektif.
 - b. Tenaga kesehatan yang dibutuhkan (SpOG, SpAn, SpA, dll) tidak tersedia.
 - c. Tenaga kesehatan kurang terampil walaupun akses terhadap tenaga tersedia.
 - d. Sarana dan prasarana tidak lengkap atau tidak tersedia, termasuk ruang perawatan, ruang tindakan, peralatan dan obat.
 - e. Darah tidak segera tersedia.
 - f. Pasien tiba di RS dengan kondisi medis yang sulit diselamatkan.
 - g. Kurang jelasnya pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pada pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif.

- h. Kurangnya informasi dimasyarakat tentang kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh.

C. Capaian Program

Salah satu upaya masif pemerintah untuk menurunkan AKI adalah program penempatan bidan di desa, yang telah mulai dilaksanakan sejak tahun 1990-an. Program ini bertujuan untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir terutama pada saat kehamilan dan persalinan. Namun demikian, olehkarena pendidikan bidan dilakukan dalam waktu yang pendek, lebih kurang 5400 dalam 6 tahun kualitas sebagian bidan masih perlu ditingkatkan agar memenuhi standar kompetensi.

Berdasarkan laporan rutin kesehatan ibu dari Dinas Kesehatan Provinsi tahun 2011, sampai saat ini tercatat ada 66.442 tahun 2011, namun hanya sekitar 54.369 orang (82%) yang tinggal di desa. Selain itu kemampuan bidan di desa didalam memberikan pertolongan persalinan sesuai standar terkendala dengan sarana tempat tinggal yang bergabung menjadi Poskesdes. Data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011 menunjukkan bahwa jumlah Poskesdas pada tahun 2011 baru mencapai 53.152 Poskesdas. Selain itu jumlah bidan di desa yang telah mendapatkan pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) baru mencapai 35.367 orang (52,6%). APN merupakan

pelatihan persalinan yang salah satu komponennya adalah manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah sebagian perdarahan pasca persalinan dan penggunaan partograf untuk mendeteksi masalah dalam proses persalinan.

Oleh karena tidak semua desa mempunyai bidan dan hanya separuh bidan telah dilatih agar mempunyai keterampilan yang memadai, hal ini memberikan alasan bahwa pertolongan persalinan yang memenuhi standar dapat dilakukan di fasilitas kesehatan (Puskesmas Perawatan atau Puskesmas Poned). Persalinan di fasilitas kesehatan memberikan beberapa kelebihan yaitu: tenaga kesehatan tidak sendirian, menghadapi persalinan, terutama bila terjadi komplikasi; karena ada tenaga lebih dari satu orang maka monitoring pasien dapat dilakukan dengan lebih intensif secara bergantian; mengatasi kekurangan bidan karena dapat dilakukan rotasi penugasan fasilitas kesehatan; karena bukan di rumah pasien maka tekanan keluarga dan kondisi rumah pasien yang kurang kondusif bagi bidan dapat dihindarkan; kelengkapan alat dan obat di fasilitas kesehatan lebih terjamin; dan biasanya fasilitas kesehatan berada di lokasi yang lebih mudah untuk mencapai RS.

Penerapan standar APN dipelayanan dasar telah sesuai dengan harapan dengan menurunnya proporsi perdarahan dan infeksi. Namun demikian kualitas asuhan persalinan juga masih perlu ditingkatkan. Hasil Kajian Kualitas Pelayanan Kesehatan Maternal tahun 2012 di 20 Kabupaten atau Kota di Indonesia menunjukkan bahwa kepatuhan peyugas kesehatan dalam menggunakan partograf, melakukan

pemeriksaan fisik serta mendokumentasikan hasil pemeriksaan masih rendah, padahal pemeriksaan fisik yang teliti serta menggunakan partograf yang benar dapat mencegah terjadinya komplikasi persalinan.

D. Strategi yang Digunakan dalam Mencapai Target Aki Tahun 2015

Strategi yang digunakan dalam mencapai target Aki tahun 2015 adalah:

1. Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu

Bukti-bukti yang kuat menunjukkan bahwa keselamatan nyawa ibu hamil, bersalin dan nifas sangat dipengaruhi oleh aksesnya setiap saat terhadap pelayanan kesehatan bidan yang berkualitas, terutama karena setiap kehamilan dan persalinan mempunyai risiko mengalami komplikasi yang mengancam jiwa.

Mengingat pentingnya peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan, sehingga setiap ibu hamil dan bersalin yang mengalami komplikasi mempunyai akses pelayanan kesehatan berkualitas secara tepat waktu dan tepat guna. Pelayanan berkesinambungan ini terutama sangat penting pada periode proses persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan oleh karena didalam waktu yang sangat pendek tersebut sebagian besar kematian ibu terjadi.

Akses terhadap pelayanan untuk kasus-kasus tertentu yang dapat memperburuk kondisi ibu hamil, bersalin dan nifas, dan kasus-kasus yang mempunyai

implikasi kesehatan dan sosial yang luas dimasa mendatang, yaitu Anemia, Malaria di daerah endemis, HIV dan AIDS, Asuhan pasca keguguran dan kehamilan pada remaja, sangat perlu mendapatkan perhatian.

2. Peningkatan peran pemerintah daerah terhadap peraturan yang dapat mendukung secara efektif pelaksanaan program sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem pelayanan publik lainnya yang pengaturannya dalam beberapa aspek sangat ditentukan oleh kebijakan dan peraturan daerah (PERDA), seperti penyediaan dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan, serta penyediaan sarana dan prasarana kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan unjuk tombak dari program pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kebijakan penempatan tenaga kesehatan mempunyai posisi yang sangat strategis sehingga perlu diatur secara jelas dan tegas. Kebijakan perlu dilengkapi dengan penerapan *reward* dan *punishment* yang jelas, baik terhadap tenaga spesialis, dokter, bidan, dan tenaga terkait kesehatan lainnya.

Oleh karena hasil pelayanan kesehatan yang optimal sangat dipengaruhi oleh kualitas pelayanan, maka penjaminan kompetensi kesehatan perlu mendapatkan perhatian melalui berbagai upaya yang meliputi pendidikan *preservice* yang adikuat, pelatihan untuk meningkatkan kompetensi tenaga

kesehatan yang telah bekerja (*in-servicetraining*), penerapan kewenangan tenaga kesehatan yang sesuai, sertifikasi tenaga dan fasilitas kesehatan, pemberian ijin praktik tenaga kesehatan dan upaya audit pelayanan terhadap tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan. Peran PEMDA dan Pemerintah Pusat dalam pengaturan ketersediaan dan kualitas tenaga kesehatan sangat diharapkan untuk dapat berfungsi dengan efektif.

Ketersediaan tenaga yang kompeten saja tidak cukup tanpa didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai, termasuk ketersediaan darah 24/7. Perlu dilakukan koordinasi yang baik antara UTD RSUD dengan PMI, UTDRS yang lebih tinggi (provinsi) dan UTDRS, swasta dalam penyediaan darah untuk pasien.

Penguatan sistem rujukan perlu mendapatkan dukungan yang kuat dari PEMDA dan pemangku kepentingan lainnya. Sedemikian rupa, sehingga pasien yang dirujuk segera mendapatkan pertolongan. Dukungan sangat diperlukan mengingat proses rujukan memerlukan keterlibatan berbagai pihak yaitu masyarakat, tenaga dan fasilitas kesehatan ditingkat pelayanan kesehatan dasar, Rumah Sakit (pemerintah maupun swasta) termasuk UTDRS, dan PMI. Perlu dipertimbangkan upaya regionalisasi daerah yang disesuaikan dengan kondisi daerah masing-masing, agar ada kejelasan dalam tujuan tempat rujukan. Upaya regionalisasi tersebut antara lain plaster pulau, plaster daerah pantai, plaster wilayah kota dengan

kabupaten terdekat, dsb. Untuk hal ini, dukunagn melalui Peraturan Gubernur mungkin dapat membantu mempermudah upaya regionalisasi rujukan.

Dalam pelaksanaannya untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, peran sektor dan swasta tidak dapat diabaikan mengingat kapasitas fasilitas kesehatan pemerintah yang terbatas dan akhir-akhir ini masyarakat sudah mulai cenderung memilih pelayanan kesehatan swasta terutama diperkotaan. Oleh karena itu, sektor swasta harus mempunyai peran aktif untuk bersama-sama secara terkoordinasi memberikan pelayanan kesehatan terbaik sesuai kebutuhan masyarakat, dengan diatur oleh PERDA.

Penjelasan diatas mengindikasikan perankuat Pemerintah Daerah untuk mengatur terselenggaranya pelayanan kesehatan secara optimal kepada masyarakat sangat esensial, termasuk pengaturan peran berbagai sektor pemerintah, peran organisasi masyarakat dan peran pihak swasta. Peran sektor pemerintah tingkat Pusat perlu dikoordinasikan agar saling melengkapi untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik didaerah.

3. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat pengaturan kehamilan dan persalinan seharusnya merupakan keputusan yang dibuat bersama-sama antara seorang calon ibu dengan suami dan keluarganya, bukan merupakan keputusan yang tidak diinginkan oleh ibu,

baik oleh karena alasan kesehatan ataupun alasan-alasan kesiapan lainnya. Keluarga perlu pengertian bahwa setiap kehamilan harus merupakan kehamilan yang diinginkan oleh ibunya, termasuk kapan kehamilan dikehendaki dan beberapa jumlah anak yang diinginkan. Selain itu perlu dilakukan upaya-upaya peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga dan masyarakat pada umumnya mengenai pentingnya memahami bahwa setiap kehamilan berisiko mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, oleh karena perlu melakukan perencanaan persalinan dengan baik dan perencanaan untuk melakukan pencegahan dan pencarian pertolongan segera bila komplikasi terjadi (kesiapan transportasi, dana, dan calon donor darah).

Pengetahuan tentang risiko komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas dan informasi keluarga berencana penting diketahui sejak remaja sehingga mereka dapat merencanakan usia yang tepat untuk menikah, jumlah anak yang diinginkan serta mengatur jarak kehamilan. Upaya peningkatan pengetahuan, pemahaman serta peran remaja/masyarakat termasuk guru, diberikan dalam kegiatan pelayanan kesehatan peduli remaja yang bertujuan agar remaja dapat menghindarkan diri dari perilaku seksual yang berisiko seperti kehamilan yang tidak diinginkan sebagai upaya pencegahan kehamilan pada remaja yang dapat berakibat pada tindakan

aborsi yang tidak aman dan pada akhirnya dapat menyebabkan kematian ibu.

a. Program Utama

Program utama terpilih merupakan program yang dianggap akan mempunyai daya ungkit yang besar dalam upaya percepatan penurunan AKI oleh karena menjamin tersedianya pelayanan berkualitas yang dapat diakses setiap saat, yang meliputi:

- a) Penyediaan pelayanan KIA ditingkat desa sesuai standar
- b) Penyediaan fasyankes ditingkat dasar yang mampu memberikan pertolongan persalina sesuai standar selama 24 jam 7 hari seminggu
- c) Penjaminan seluruh Puskesmas Perawatan, Puskesmas PONEK dan RS PONEK 24 jam 7 hari seminggu berfungsi sesuai standar
- d) Pelaksanaan rujukan efektif pada kasus komplikasi
- e) Penguatan Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota dalam tata kelola desentralisasi program kesehatan (regulasi, pembiayaan, dll)
- f) Pelaksanaan kemitraan lintas sektor dan swasta
- g) Peningkatan perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat melalui pemahaman dan pelaksanaan P4K serta Posyandu.

b. Program dan Kegiatan

1) Program menuju penjaminan kompetensi bidan di desa sesuai standar

a) Menyediakan sarana pelayanan di desa (Poskesdes) di lokasi dimana akses terhadap pelayanan yang lebih lengkap belum dapat dipenuhi. Perlu kejelasan mengenai fungsi Poskesdes, sesuai dengan kondisi daerah masing-masing.

- Penyediaan sarana pelayanan di Poskesdes
- Penyediaan Bidan Kit, termasuk alat pemeriksaan Hb

b) Meningkatkan keterampilan bidan dalam pertolongan persalinan dan pemeriksaan antenatal care terpadu

- Pelatihan APN: bagi bidan di desa yang didalam kurikulum pendidikannya belum menyertakan komponen seperti didalam APN (termasuk praktek yang cukup): dan bagi Bidan yang kompetensinya belum memenuhi standar
- Pelatihan ANC terpadu
- Pelatihan untuk bidan dalam memberikan konseling dan edukasi kepada masyarakat tentang kesehatan dan gizi ibu dan bayi, sehingga bidan dapat lebih efektif dalam mengubah sikap masyarakat agar lebih waspada dalam menyikapi kehamilan dan dapat lebih siaga ketika terjadi komplikasi.

*image
not
available*

*image
not
available*

fungsi Puskesmas PONED adan rujukan yang efektif dapat terselenggara dengan baik.

- c) Melakukan koordinasi dan kerja sama dengan RS rujukan baik yang berada di wilayahnya maupun di wilayah lainnya (RS provinsi, RS di wilayah perbatasan, RS militer, RS swasta) untuk memperluas akses rujukan kasus komplikasi di RS.
- d) Mengoptimalkan pemanfaatan asuransi kesehatan bagi masyarkat yang berhak (Jampersal, SJSN), dengan:
 - Melakukan koordinasi dengan berbagai pihak untuk pelaksanaan Jampersal/SJSN disetiap tingkat pelayanan sehingga tugas pokok dan fungsi masing-masing pihak jelas.
 - Memberikan informasi kepada masyarakat tentang hak dan kewajiban terkait asuransi kesehatan
- e) Meningkatkan Kualitas Pelayanan
 - Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan ditingkat dasar melalui berbagai pendekatan, antara lain pelatihan, magang dan in-house training, agar kompeten dalam memberikan pertolongan persalinan normal, termasuk melakukan pencegahan komplikasi sehingga kasus-kasus yang dirujuk ke RS bukan kasus persalinan normal. Sebaliknya, meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan agar dapat melakukan identifikasi dini kasus

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

KIA di provinsi NTT, sehingga pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dapat disediakan.

- f) Meningkatkan Kualitas Pelayanan KIA
 - Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan melalui pelatihan, magang, in-house training, pembinaan, yaitu Bidan, Dokter, dan Spesialis.
 - Melakukan audit pada setiap kematian ibu dan bayi baru lahir yang terjadi di RS
 - Mengoptimalkan pelaksanaan supervisi dan jaga mutu di RS
 - Menggunakan maklumat pelayanan untuk meningkatkan peran masyarakat dalam peningkatan kualitas pelayanan
- g) Memperkuat Sistem Pelayanan di RS
 - Mengembangkan/memodifikasi kebijakan di fasilitas pelayanan: alur penerimaan dan penanganan kasus darurat kebidanan dan bayi baru lahir, ketersediaan dan berfungsinya ruang gawat darurat, dll.
 - Melaksanakan rujukan balik dari RS ke perujuk, agar terjadi pembelajaran untuk tenaga perujuk dan pemantauan pasien pasca-rawat dapat dilakukan oleh fasilitas/tenaga perujuk.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- Menjamin ketersediaan tenaga spesialis di RS PONEK atau RS pemerintah yang belum berstatus PONEK
 - Menyampaikan usulan kepada pemerintah daerah agar menjamin penempatana tenaga yang sudah dilatih PONEK/PONEK untuk tidak dimutasi atau diganti dengan tenaga lain setara yang sudah dipersiapkan sebelumnya.
- b) Regulasi dalam pengadaan dan penjaminan ketersediaan alat dan obat yang diperlukan disetiap fasilitas kesehatan.
- Meningkatkan dan memantapkan koordinasi dengan pemerintah pusat dan daerah agar alat dan obat yang dibutuhkan terjamin setiap saat, termasuk proses pengajuan, pengadaan, distribusi, dan penyimpanan
 - Meningkatkan dan memantapkan koordinasi dengan PMI mengenai penyediaan darah, bila diperlukan melalui Nota kesepahaman tingkat daerah
 - Meningkatkan dan memantapkan koordinasi antar RS, pemerintah maupun swasta, baik didalam wilayah maupun di luar wilayah (RS Provinsi atau RS terdekat), dalam penyediaan alat, obat dan darah, bila diperlukan melalui Nota kesepahaman tingkat daerah

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

ditetapkan secara nasional, maupun melalui pemanfaatan dana CSR.

- d) Untuk meningkatkan akses semua wanita usia subur (WUS) terhadap informasi mengenai kesehatan reproduksi dan akses terhadap metode KB
- e) Sektor pendidikan dasar dan menengah, untuk meningkatkan akses semua remaja, khususnya remaja putri, di sekolah (UKS) terhadap informasi mengenai kesehatan reproduksi. Penerapan wajib sekolah 12 tahun diharapkan dapat dimanfaatkan oleh sektor kesehatan untuk menyampaikan informasi terkait kesehatan reproduksi dan informasi kesehatan lainnya.
- f) Organisasi profesi, agar dapat lebih berperan dalam meningkatkan kualitas pelayanan anggotanya, a.l. melalui pelatihan, magang, pembinaan, pengaturan registrasi tenaga profesi yang boleh praktik. Pemerintah daerah dan dinas kesehatan setempat diharapkan bekerjasama dengan organisasi profesi dengan peran masing-masing yang disepakati.
- g) Sektor agama, untuk meningkatkan akses semua remaja putri di pesantren, madrasah (UKS) maupun kepada calon pengantin yang melakukan registrasi di KUA, terhadap informasi mengenai kesehatan reproduksi, termasuk kesiapan tubuh untuk usia kehamilan pertama

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Data Kualitas ANC

ASUHAN ANTENATAL	RS*	PUSKESMAS*
Melengkapi riwayat medis	33,86%	48,52%
Melengkapi pemeriksaan fisik umum dan obstetric	50,00%	59,38%
Melakukan konseling dan edukasi	24,17%	45,00%
Melakukan pemeriksaan penunjang rutin	39,38%	19,69%
Melakukan pemeriksaan penunjang bila ada indikasi	49,00%	52,50%
Memberikan suplemen dan imunisasi	62,50%	73,13%

Keluarga yang mengaku mendapat penjelasan tanda bahaya kehamilan saat ANC. Hal ini diperkuat dengan hasil kajian kualitas pelayanan maternal tahun 2012 yang menunjukkan bahwa hanya 24% RS dan 45% Puskesmas yang melakukan konseling dan edukasi sesuai standar pada saat ANC. Kedua hal ini menunjukkan bahwa peran tenaga kesehatan untuk memberikan informasi dan advokasi kepada ibu dan keluarga pada saat ANC masih lemah sehingga pengetahuan keluarga dan masyarakat untuk membuat perencanaan persalinan juga rendah.

Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) yang mulai diperkenalkan tahun 2007 telah diimplementasikan di 63.000 desa diseluruh Indonesia pada tahun 2011. Pelaksanaan P4K di desa desa tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga membuat perencanaan persalinan dan membantu mewujudkan rencana itu dengan baik tepat pada waktunya.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

LATIHAN SOAL

Jelaskan strategi yang digunakan dalam mencapai target AKI tahun 2015 !

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

B. Hipertensi

1. Hipertensi Karena Kehamilan

- Lebih sering terjadi pada primigravida. Keadaan patologis telah terjadi sejak implantasi, sehingga timbul iskemia plasenta yang kemudian diikuti dengan sindroma inflamasi
- Risiko meningkat pada:
 - ◆ Masa plasenta besar (gemeli, penyakit trofoblast)
 - ◆ Hidramnion
 - ◆ Diabetes mellitus
 - ◆ Isoimunisasi rhesus
 - ◆ Factor herediter
 - ◆ Asutoimun: SLE
- Hipertensi karena kehamilan:
 - ◆ Hipertensi tanpa proteinuria atau edema
 - ◆ Preeklampsia ringan
 - ◆ Preeklampsia berat
 - ◆ eklampsia
- Hipertensi dalam kehamilan dan preeklampsia ringan sering ditemukan tanpa gejala, kecuali peningkatan tekanan darah. Prognosis menjadi lebih buruk dengan terdapatnya proteinuria. Edema tidak lagi menjadi suatu tanda yang sah untuk preeklampsia.
- Preeklampsia berat didiagnosis pada kasus dengan salah satu gejala berikut:
 - ◆ Tekanan darah diastolic > 110 mmHg
 - ◆ Proteinuria $> 2+$
 - ◆ Oliguria < 400 ml per 24 jam

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

pendidikan, keluarga (suami, orangtua, mertua dll) harus dilibatkan sejak awal

- Pemasukan cairan terlalu banyak mengakibatkan edema paru

ALUR PENGOBATAN HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN



PENGELOLAAN

HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN TANPA PROTEIN URIA

Jika kehamilan < 35 minggu, lakukan pengelolaan rawat jalan:

- Lakukan pemantauan tekanan darah, proteinuria dan kondisi janin setiap minggu
- Jika tekanan darah meningkat, kelola sebagai preeclampsia
- Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin yang terhambat, rawat dan pertimbangkan terminasi kehamilan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

MAGNESIUM SULFAT UNTUK PREEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA

Dosis pemeliharaan	<p>6 jam</p> <p>Jika kejang berulang setelah 15 menit, berikan MgSO₄ 4 g IV (40%) 2 g IV selama 5 menit</p> <p>MgSO₄ 1 g/jam melalui infus Ringer laktat yang diberikan sampai 24 jam postpartum</p>
<p>Alternatif II Dosis awal</p> <p>Dosis pemeliharaan</p> <p>Sebelum pemberian MgSO₄ ulangan, lakukan pemeriksaan:</p> <p>Hentikan pemberian MgSO₄, jika:</p> <p>Siapkan antidotum</p>	<p>MgSO₄ 4 g IV sebagai larutan 40% selama 5 menit</p> <p>Diikuti dengan MgSO₄ (40%) 5 g IM dengan 1 ml Lignokain (dalam semprit yang sama)</p> <p>Pasien akan merasa agak panas pada saat pemberian MgSO₄</p> <p>Frekuensi pernapasan minimal 16 kali/ menit</p> <p>Refleks patella (+)</p> <p>Urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir</p> <p>Frekuensi pernafasan < 16 kali/ menit</p> <p>Refleks patella (-), bradipnea (<16 kali/ menit)</p> <p>Jika terjadi henti nafas:</p> <p>Bantu pernafasan dengan ventilator</p> <p>Berikan kalsium glukonas 1 g (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lagi</p>

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

BAB III

Tindakan Obstetric pada Pertolongan Persalinan

STANDAR KOMPETENSI

Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan obstetric pada pertolongan persalinan

KOMPETENSI DASAR

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang ekstraksi vakum
2. Melaksanakan penanganan distosia bahu
3. Menjelaskan persalinan macet

A. Ekstrasi Vakum

Penggunaan vakum ekstraktor (kadang-kadang disebut *ventous*, ekstraktor atau alat Malmstrom) untuk mempercepat persalinan makin populer dalam beberapa tahun terakhir, walaupun cara ini telah diketahui sejak lama. Beberapa Negara lebih memilih vakum ekstraktor dibandingkan dengan forceps dengan keyakinan pada penggunaan vakum ekstraktor kejadian mordibitas pada bayi baru lahir, terutama luka remuk (*crush injury*) pada kepala janin lebih sedikit. Beberapa studi mutakhir menunjukkan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

bahu. Makrosomia ditentukan dengan adanya kehamilan dengan berat bayi >4, 000 gram. Dalam persalinan per vaginam, distosia bahu dicurigai pada taksiran besar, waktu persalinan yang memanjang dan pertolongan persalinan dengan ekstraksi vakum. Penelitian observasional pada saat ini menyarankan untuk tidak melakukan induksi persalinan pada persalinan dengan kecurigaan makrosomia, berkaitan dengan risiko morbiditas pada ibu dan neonatal. Bukti ilmiah pada saat ini menunjukkan bahwa apabila diperlukan pertolongan pada persalinan per vaginam, ekstraksi vakum menjadi pilihan yang pertama, terutama oleh karena secara bermakna tindakan ini memiliki risiko perlukaan pada ibu yang terendah.

Pengertian

Setelah kelahiran kepala akan terjadi putaran paksi luar yang menyebabkan kepala berada pada sumbu normal dengan tulang belakang. Bahu pada umumnya akan berada pada sumbu miring (oblique) dibawah ospusis. Dorongan pada saat ibu mengedan akan menyebabkan bahu depan (anterior) berada dibawah pubis. Bila bahu gagal untuk mengadakan putaran menyesuaikan dengan sumbu miring panggul, dan tetap berada pada posisi anteroposterior, pada bayi yang besar akan terjadi benturan bahu depan dengan simfisis.

Distosia bahu terutama disebabkan oleh deformitas panggul, kegagalan bahu untuk melipat kedalam panggul (mis. pada makrosomia) disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara, sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat akan menyebabkan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

BAB IV

Perdarahan pada Kehamilan Muda

STANDAR KOMPETENSI

Mahasiswa mampu menjelaskan Perdarahan pada kehamilan Muda

KOMPETENSI DASAR

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan macam-macam Abortus
2. Menjelaskan penyulit dan komplikasi abortus
3. Menjelaskan alat-alat aspirasi vakum manual

A. Abortus

1. Definisi Abortus

Terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 22 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

2. Penyebab

Sebagian besar disebabkan karena kelainan kromosom hasil konsepsi. Beberapa penyebab lain yaitu disebabkan oleh trauma, kelainan alat kandungan dan sebab yang tidak diketahui.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

7. Macam-macam Abortus

a. Abortus Komplet

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari rahim pada kehamilan kurang dari 20 minggu.

Penanganan abortus komplit:

- 1) Tidak perlu evaluasi lagi.
- 2) Observasi untuk melihat adanya perdarahan banyak.
- 3) Pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan.
- 4) Apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferrosus 600 mg per hari selama 2 minggu. Jika anemia berat berikan transfusi darah.
- 5) Konseling asuhan pasca keguguran dan pemantauan lanjut.

b. Abortus Inkomplet

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

Penanganan abortus inkomplit:

- 1) Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang 16 minggu, evaluasi dapat dilakukan secara digital atau dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg intramuskuler atau misoprostol 400 mcg per oral.
- 2) Jika perdarahan banyak atau terus berlangsung dan usia kehamilan kurang 16 minggu, evaluasi sisa hasil konsepsi dengan:

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

g. *Abortus Habitualis*

Abortus yang terjadi sebanyak tiga kali berturut turut atau lebih.

B. **Penyulit dan Komplikasi Abortus**

1. **Kehamilan Ektopik**

Kehamilan ektopik terganggu merupakan kegawatdaruratan kehamilan muda. Kemungkinan hamil ektopik lebih besar pada pasien-pasien dengan riwayat pernah hamil ektopik, infeksi panggul atau akseptor AKDR, atau kontrasepsi hormonal tunggal (progestin). Bila ternyata kehamilan ektopik dapat dibuktikan, maka siapkan rujukan sementara melakukan stabilisasi pasien.

2. **Sindroma pasca keguguran (Hematometra Akut)**

Keadaan ini terjadi apabila terjadi halangan pengeluaran darah dari kavum uteri. Uterus mengalami distensi, spame dank ram hebat, perdarahan berlanjut dan gangguan kesadaran (misalnya akibat reaksi vaso vagal). Sindroma pasca abortus umumnya terjadi dalam 3 hari pertama pasca tindakan. Pada pemeriksaan uterus sedikit membesar dan sangat lunak. Untuk mengatasi hal ini, dilakukan evakuasi ulangan pemberian oksitosin/ rangsangan taktil agar uterus berkontraksi.

3. **Syok Neurogenik (reaksi vaso-vagal)**

Pada dilatasi yang kasar atau pengerokan secara cepat sering terjadi syok akibat nyeri ditimbulkan oleh tindakan tersebut. Akibat rangsangan pada syaraf vagus, frekuensi jantung dan pernafasan menjadi lambat, yang kemudian

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

tabung menyalurkan tekanan negatif sekitar 1 atmosfer atau 26 inci/660 mmHg. Tekanan negatif atau vakum tersebut akan menarik kehamilan melalui kanula kedalam tabung pengisap. Teknik ini sering digunakan pada:

1. Kasus abortus provokatus
2. Prosedur terapi pada abortus inkompletus
3. Pengambilan sediaan endometrium (endometrial biopsy)

Angka kejadian infeksi lebih rendah dibandingkan prosedur pembedahan intra uterine lain. Teknik ini seringkali disebut sebagai 'dilatation and evacuatiuon', dilatation and curettage.

1. Histori

Penghisapan untuk mengeluarkan isi uterus sebagai alternatif tindakan dengan peralatan logam diawali oleh Drs. Yuantai Wu dan Xianzhen Wu di China tahun 1958. Pada tahun 1967, tehnik ini digunakan di Inggris dan di Amerika Serikat tehnik ini digunakan pada awal 1970 sejak dikenalnya Karman cannula, sebuah cannula fleksible sebagai alternatif penggunaan dilatator logam untuk menghindari perforasi uterus.

2. Keuntungan dibandingkan dilatasi dan kuretase konvensional

Dilation and curettage, dikenal pula sebagai tindakan kuretase tajam sebagai standar tindakan evakuasi uterus. Namun terdapat sejumlah keuntungan atas penggunaan vakum aspirasi sebagai alternatif dari kuretase tajam.

Aspirasi vakum sebelumnya dikenal dalam lingkup persalinan sebelum digunakan untuk maksud kuretase.

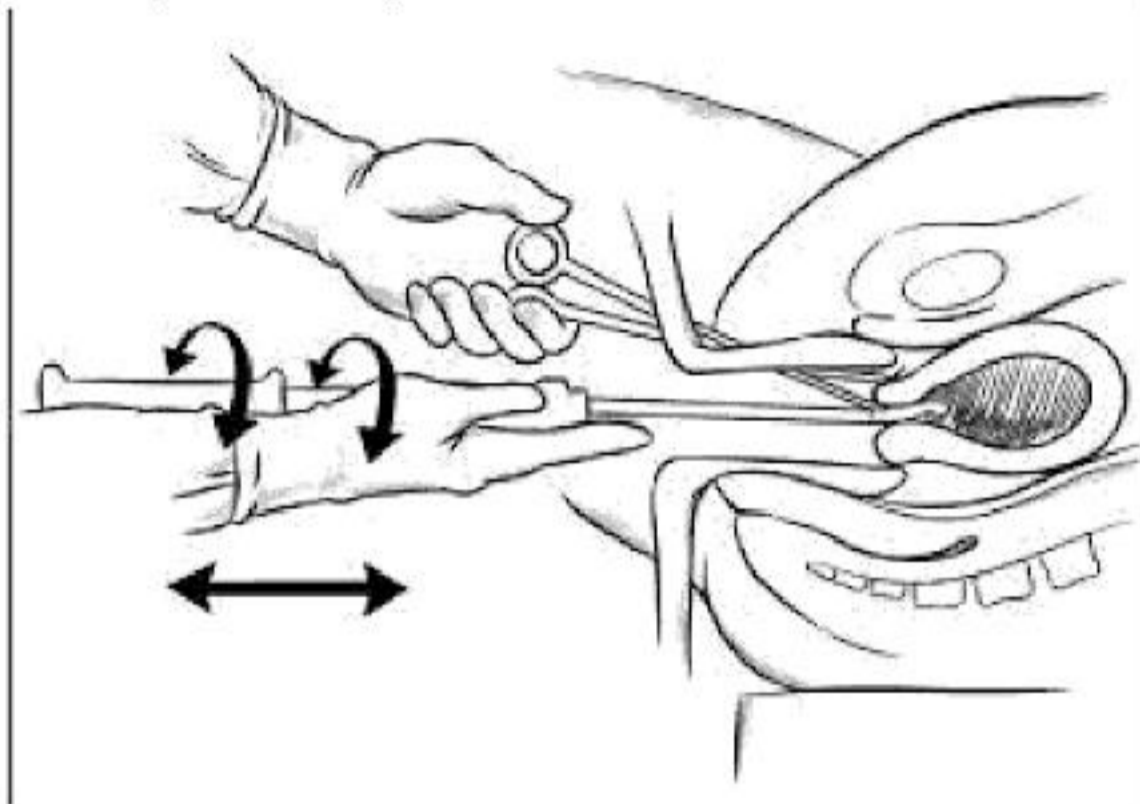
*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

atau sebaliknya. Lakukan hingga semua permukaan dinding depan terasa bersih.

- Putar lubang kanula ke belakang, lakukan gerakan rotasi atau maju mundur secara sistematis pada dinding belakang.



- Lakukan berulang-ulang gerakan rotasi dan kraniokaudal hingga meliputi semua permukaan dinding uterus.
- Jagalah agar selama evakuasi, kanula tidak keluar melewati ostium.
- Bila tidak dijumpai massa kehamilan, lakukan evaluasi ulangan.
- Evakuasi selesai bila ditemukan tanda-tanda berikut:
 - Busa kemerahan tanpa jaringan dalam kanula
 - Terasa mulut kanula mengenai permukaan yang kasar seperti sabut
 - Uterus berkontraksi seperti menjepit kanula

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

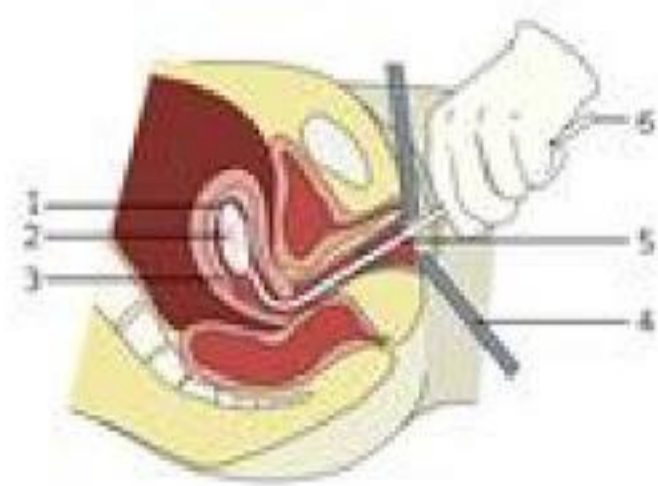


FIGURE 1



FIGURE 2



*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Gejala dan tanda utama	Faktor Predisposisi	Penyulit Lainnya	Diagnosa
(kondisi khas ini sulit dikenali apabila ibu syok dan perut kembung) - Gejala diatas tidak khas pada bekas SC		di palpasi	
- Perdarahan berwarna merah segar - Uji pembekuan darah tidak menunjukkan adanya bekuan setelah 7 menit - Rendahnya faktor pembekuan darah, fibrinogen, trombosit, fragmentasi sel-sel darah merah.	- Solusio plasenta - Janin mati dalam rahim - Eklamsia - Emboli air ketuban	- Perdarahan gusi - Gambaran memar bawah kulit - Perdarahan dari tempat suntikan dan jarum infus	Gangguan pembekuan darah

B. Plasenta Previa

1. Definisi Plasenta Previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim (SBR) sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir (Ostium uteri Internum) dan oleh karenanya bagianterendah sering kali terkendala memasuki pintu atas panggu (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam lahir. Pada keadaan normal plasenta

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

parsialis sekitar 30% dan plasenta previa marginalis sebesar 25-50% (Anurogo, 2008).

3. Etiologi Plasenta Previa

Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti. Frekuensi plasenta previa meningkat pada grande multipara, primigravida tua, bekas secsio sesarea, bekas aborsi, kelainan janin, dan leioma uteri. Penyebab secara pasti belum diketahui dengan jelas. Menurut beberapa ahli penyebab plasenta previa yaitu:

- a. Plasenta previa merupakan implementasi di segmen bawah rahim dapat disebabkan oleh endometrium di fundus uteri belum siap menerima implanmtasi, endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi pada janin dan vili korealis pada chorion leave yang persisten.
- b. Menurut Sofian (2012), penyebab plasenta previa yaitu:
 - 1) Endometrium yang inferior
 - 2) Chorion leave yang persesiten
 - 3) Korpus luteum yang bereaksi lambat
- c. Strassman mengatakan bahwa faktor terpenting adalah vaskularisasi yang kurang pada desidua yang menyebabkan atrofi dan peradangan
- d. Brown menekankan bahwa faktor terpenting ialah vili korealis persisten pada desidua kapsularis.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

2) Denyut Jantung janin

Denyut jantung janin bervariasi dari normal menjadi asfiksia dan kemudian kematian dalam rahim.

3) Pemeriksaan Inspekulo

Dengan memakai spekulum secara hati-hati dan dilihat asal perdarahan apak dari segmen bawah rahim atau kelainan serviks, vagina dan varises pecah.

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu dengan melakukan Sitografi yaitu mula-mula kandung kemih dikosongkan lalu masukkan 40 cc larutan NaCl 12,5%, kepala janin ditekan ke arah pintu atas panggul (PAP), bila jarak kepala janin dan kandung kemih 1 cm, kemungkinan terdapat plasenta previa.

7. Komplikasi Plasenta Previa

Ada beberapa komplikasi yang bila terjadi pada ibu hamil dengan plasenta previa menurut manuaba 2008, yaitu:

a. Komplikasi pada ibu

- 1) Dapat terjadi anemi bahkan syok
- 2) Dapat terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh
- 3) Infeksi pada perdarahan yang banyak

b. Komplikasi pada janin

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Prematuritas, morbiditas dan mortalitas yang tinggi
- 3) Asfiksia in utero sampai dengan kematian.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

turunnya tekanan darah secara tiba-tiba oleh spasme dari arteri yang menuju ke ruangan interviler, maka terjadi anoksemia dari jaringan bagian distalnya. Sebelum ini menjadi nekrotis, spasme hilang dan darah kembali mengalir ke dalam intervili, namun pembuluh darah distal tadi sudah demikian rapuhnya serta mudah pecah, sehingga terjadi hematoma yang lambat laun melepaskan plasenta dari rahim. Darah yang berkumpul di belakang plasenta disebut hemato retroplasenter (Mochtar, 1998).

Sedangkan faktor yang mempengaruhi menurut Rustam Mochtar, 1998 sebagai berikut:

- a. Faktor Vaskuler (80-90%), yaitu toksemia gravidarum, glomerulonefritis kronika, dan hipertensi esensial. Karena desakan darah tinggi, maka pembuluh darah mudah pecah, lalu terjadi hematoma retroplasenter dan plasenta terlepas.
- b. Faktor Trauma: riwayat hidramnion dan gemeli (pengecilan tiba-tiba pada uterus), Tarikan pada tali pusat yang pendek, versi luar, atau pertolongan persalinan.
- c. Faktor Paritas: lebih banyak pada multi dibanding primi.
- d. Faktor usia ibu: Makin tua umur ibu, makin tinggi frekuensi hipertensi menahun.
- e. Leiomioma uteri (*uterine leiomyoma*) yang hamil dapat menyebabkan solusio plasenta apabila plasenta berimplantasi di atas bagian yang mengandung leiomioma

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- e. Komplikasi yang dapat terjadi pada janin: Fetal distress, Gangguan pertumbuhan/perkembangan, Hipoksia, anemia, Kematian.

5. Diagnosis

a. Anamnesis

- ◆ Perasaan sakit yang tiba-tiba di perut
- ◆ Perdarahan pervaginam yang sifatnya dapat hebat dan sekonyong-konyong (*non-recurrent*) terdiri dari darah segar dan bekuan-bekuan darah yang berwarna kehitaman
- ◆ Pergerakan anak mulai hebat kemudian terasa pelan dan akhirnya berhenti
- ◆ Kepala terasa pusing, lemas, muntah, pucat, mata berkunang-kunang.
- ◆ Kadang ibu dapat menceritakan trauma dan faktor kausal yang lain.

b. Inspeksi

- ◆ Pasien gelisah, sering mengerang karena kesakitan.
- ◆ Pucat, sianosis dan berkeringat dingin.
- ◆ Terlihat darah keluar pervaginam (tidak selalu).

c. Palpasi

- ◆ Tinggi fundus uteri (TFU) tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.
- ◆ Uterus tegang dan keras seperti papan yang disebut *uterus in bois* (*wooden uterus*) baik waktu his maupun di luar his.
- ◆ Nyeri tekan di tempat plasenta terlepas.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- ♦ DJJ abnormal (< 100 atau >180/ menit): lakukan persalinan pervaginam segera, jika tidak memungkinkan lakukan persalinan dengan SC. (Winkjosastro, 2002).
- e. Solusio plasenta ringan
- ♦ Bila usiakehamilan kurang dari 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut tidak sakit, uterus tidak tegang, janin hidup) dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan.
 - ♦ Bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus, gejala solusio plasenta makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. Bila janin hidup, lakukan seksio sesaria, bila janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan.
- f. Solusio plasenta sedang dan berat
- ♦ Apabila tanda dan gejala klinis solusio plasenta jelas ditemukan, penanganan di rumah sakit meliputi transfusi darah, amniotomi, infus oksitosin dan jika perlu seksio sesaria.
 - ♦ Apabila diagnosis solusio plasenta dapat ditegakkan berarti perdarahan telah terjadi sekurang-kurangnya 1000 ml. Maka transfusi darah harus segera diberikan. Amniotomi akan merangsang persalinan dan mengurangi tekanan intrauterin.
 - ♦ Dengan melakukan persalinan secepatnya dan transfusi darah dapat mencegah kelainan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

5. Gejala

- a. Biasanya ruptura uteri didahului oleh gejala-gejala ruptura membakat, yaitu his yang kuat dan terus-menerus, rasa nyeri yang hebat di perut bagian bawah nyeri waktu ditekan, gelisah atau seperti ketakutan, nadi dan pernapasan cepat, cincin van bandl meninggi.
- b. Setelah terjadi ruptura uteri dijumpai gejala-gejala syok, perdarahan (bisa keluar melalui vagina ataupun kedalam rongga perut), pucat, nadi cepat dan halus, pernapasan cepat dan dangkal, tekanan darah turun. Pada palpasi sering bagian-bagian janin dapat diraba langsung di awah dinding perut, ada nyeri tekan, dan di perut bagian bawah teraba uteus kira-kira seesar kepala bayi. Umumnya janin sudah meninggi.
- c. Jika kejadian ruptura uteri telah lama terjadi, akan timbul gejala-gejala meteorismus dan defence musculare sehingga sulit untuk dapat meraba bagian janin.

6. Prognosis

Rupture uteri merupakan malapetaka untuk ibu maupun janin. Oleh karena itu tindakan pencegahan sangat penting dilakukan. Setiap ibu bersalin yang disangka akan mengalami distosia, kelainan letak janin, atau pernah mengalami tindakan operatif pada uterus seperti seksio sesarea, miomektomi dll, harus diawasi dengan cermat. Hal ini perlu dilakukan agar tindakan dapat segera dilakukan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

B. Atonia Uteri

1. Definisi Atonia Uteri

Perdarahan Post Partum adalah perdarahan lebih dari 500–600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Pada kasus perdarahan terutama perdarahan post partum, Atonia Uteri menjadi penyebab lebih dari 90% perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran bayi.

Atonia Uteri adalah suatu kondisi dimana Miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. (Apri, 2007).

Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan (*Saifudin AB, 2002*). Sedangkan dalam sumber lain atonia didefinisikan sebagai hipotonia yang mencolok setelah kelahiran placenta (Bobak, 2002). Dua definisi tersebut sebenarnya mempunyai makna yang hampir sama, intinya bahwa *atonia uteri adalah* tidak adanya kontraksi segera setelah plasenta lahir.

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



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.