



BUKU AJAR PERSALINAN

Royani Chairiyah, S.SiT, M.Kes,M.Keb

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes

Rusiana Sri Haryanti, SST., MPH

Rina Octavia, S.ST., Bd., M.Kes

Buku Ajar Persalinan

Penulis Utama:

Royani Chairiyah, S.SiT, M.Kes,M.Keb

Penulis:

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes

Rusiana Sri Haryanti, SST., MPH

Rina Octavia, S.ST., Bd., M.Kes



Buku Ajar Persalinan

Penulis Utama:
Royani Chairiyah, S.SiT., M.Kes,M.Keb

Penulis:
Ika Lustiani, S.ST., M.Kes
Rusiana Sri Haryanti, SST., MPH
Rina Octavia, S.ST., Bd., M.Kes

Desain Cover:
Ivan Zumarano

Tata Letak:
Deni Sutrisno

ISBN: 978-623-8411-36-8

Cetakan Pertama:
November, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang
Copyright © 2023
by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta
All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:
Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat
Website: www.nuansafajarcemerlang.com
Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Persalinan adalah salah satu momen paling bersejarah dalam kehidupan seorang wanita. Ini adalah saat di mana seorang ibu membawa kehidupan baru ke dunia, penuh harapan, cinta, dan keajaiban. Persalinan juga merupakan momen yang penuh tantangan, ketidakpastian, dan ketegangan. Buku ini hadir untuk mendampingi Anda dalam perjalanan mengagumkan ini dan memberikan informasi, dukungan, dan panduan yang Anda butuhkan. Saat menulis buku ini, kami sangat mengerti betapa pentingnya memiliki pengetahuan yang akurat dan bimbingan yang komprehensif selama masa persalinan. Buku ini mencakup berbagai aspek persalinan, dari persiapan sebelum persalinan hingga perawatan pasca persalinan asuhan bayi baru lahir, Pengkajian Dan Dokumentasi Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir dan Deteksi Dini Penyakit Dan Komplikasi Pada Kegawatdaruratan Persalinan Kala I, II, III DAN IV. Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini , dan tim kami yang penuh dedikasi. Kami juga ingin mengucapkan selamat kepada Anda yang sedang menempuh kuliah kebidanan. Semoga buku ini bermanfaat dan memberikan dukungan yang Anda butuhkan. Selamat membaca dan selamat menjalani perjalanan yang luar biasa ini. Buku ini disusun bersama beberapa dosen profesional kebidanan yang berasal dari beberapa wilayah di Indonesia. Apresiasi untuk karya yang disiapkan disela-sela keterbatasan waktu dan tenaga karena kesibukan dengan tugas mendidik. Tim optimal yang luar biasa sangat membantu dan membuka wawasan para penyusun untuk selalu menyetarakan bidan dengan profesi sejenis dengan segala kesabaran dan toleransinya. Semoga buku ini membantu efektivitas dan efisiensi dalam proses pembelajaran dan bermanfaat bagi banyak pihak, terutama dalam mengantar calon bidan mewujudkan profesinya.

Hormat Kami

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP TEORITIS ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR (BBL)	1
A. Deskripsi Konsep.....	2
B. Pengertian Bayi Baru Lahir.....	2
C. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir	3
D. Perawatan Neonatal Esential	3
E. Periode Transisional.....	4
F. Fisiologis Neonatus.....	6
G. Tugas	10
Daftar Pustaka	12
BAB 2 PENGKAJIAN DAN DOKUMENTASI PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR.....	13
A. Deskripsi Mata Kuliah.....	14
B. Pengertian Pengkajian ibu bersalin.....	14
C. Dokumentasi ibu bersalin.....	19
D. Pengertian Pengkajian bayi baru lahir	21
E. Dokumentasi Bayi baru lahir.....	22
Daftar Pustaka	25
F. Bahan Diskusi/ Latihan Soal.....	25
BAB 3 DETEKSI DINI PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA KEGAWATDARURATAN PERSALINAN KALA 1 DAN 2	27
A. Deskripsi Mata Kuliah.....	28
B. Pengertian kegawatdaruratan.....	28
C. Disiplin Ilmu yang mendukung Deteksi Dini pada persalinan kala 1 dan 2	37
Daftar Pustaka	38
D. Rangkuman dan soal Latihan.....	38

BAB 4 DETEKSI DINI PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA KEGAWATDARURATAN PERSALINAN KALA 3 DAN 4	43
A. Deskripsi Mata Kuliah.....	44
B. Latar Belakang.....	44
C. Atonia Uteri.....	47
D. Retensio Plasenta.....	55
E. Ruptur Perineum.....	71
E. Rangkuman dan soal Latihan.....	79
DAFTAR PUSTAKA.....	81
SINOPSIS	83

BAB 1

KONSEP TEORITIS ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR (BBL)

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes



BAB 1
KONSEP TEORITIS
ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR (BBL)

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes

A. Deskripsi Konsep

Asuhan bidan terhadap bayi baru lahir dilaksanakan secara efektif, aman dan menyeluruh dengan memperhatikan aspek budaya bayi baru lahir dalam kondisi normal, berdasarkan standar praktik kebidanan dan kaidah etika profesi. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (adaptasi dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan di luar urin), dan kemampuan toleransi BBL agar dapat hidup dengan baik. Bayi baru lahir atau disebut juga bayi baru lahir adalah anak dalam masa pertumbuhan yang baru saja dilahirkan. trauma dan harus mampu beradaptasi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

B. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi dengan usia kehamilan 37 minggu atau lebih dan berat lahir 2.500 hingga 4.000 g. Adaptasi BBL terhadap kehidupan di luar uteri. Pada saat lahir, tubuh bayi baru lahir mulai mengalami adaptasi fisik dan psikologis; Karena perubahan signifikan ini, bayi perlu diawasi secara ketat untuk mengetahui seberapa baik ia bertransisi ke kehidupan di luar uteri.

Bayi baru lahir, disebut juga neonatus, adalah individu dalam masa pertumbuhan yang baru saja mengalami trauma kelahiran. Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi baru lahir yang berumur antara 0 sampai 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (peralihan dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar urin), dan kemampuan toleransi BBL agar dapat hidup dengan baik. Bayi yang dilahirkan dengan bagian posterior melalui vagina tanpa menggunakan alat, pada usia kehamilan minggu genap sampai dengan 42 minggu, dengan berat lahir 2.500 sampai 4.000 gram dan hanya angka Apgar > 7, tidak ada cacat lahir.

Bayi baru lahir juga memerlukan perawatan untuk meningkatkan peluang keberhasilan transisi. Sampai saat ini tujuan asuhan kebidanan yang lebih luas adalah memberikan asuhan komprehensif pada bayi baru lahir, memberikan penyuluhan

kepada orang tua tentang cara merawat bayinya, dan memotivasi upaya pasangan suami istri untuk menjadi orang tua, sehingga orang tua merasa aman dan percaya diri.

C. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500 – 4000 gr
2. Panjang badan saat lahir 48 – 52 cm
3. Lingkar dada 30 – 38 cm
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm
5. Bunyi jantung beberapa menit pertama sekitar 180 x/menit kemudian menurun menjadi 120 - 140 x/menit
6. Kecepatan pernafasan beberapa menit pertama sekitar 80 x/menit, kemudian berangsur-angsurn menurun menjadi sekitar 40 x/menit
7. Kulit berwarna merah dan halus karena jaringan subkutan terbentuk dan ditutupi dengan vernix caseosa
8. Tidak terlihat bulu lanugo
9. Kuku agak panjang dan lemah
10. Pada alat kelamin terdapat labia majora yang menutupi labia minora (wanita) dan buah zakar turun (laki-laki)
11. Latihan reflek menghisap dan menelan yang baik
12. Refleks Moro yang baik
13. Pengeluaran, buang air kecil dan mekonium yang baik akan keluar 24 jam pertama mekonium berwarna coklat tua

D. Perawatan Neonatal Esential

1. 30 Detik Pertama (0-30 Detik)
 - a. Menjaga bayi tetap hangat
 - b. Kaji apakah bayi bernapas/menangis, tonus otot baik, dan diperkirakan berat lahirnya lebih dari 2000 gram.
 - c. Lakukan kontak kulit dengan meletakkan bayi di permukaan rahim ibu.
 - d. Posisikan sedemikian rupa sehingga jalan napas bersih dan bebas dari lendir.
 - e. Keringkan dan rangsang bayi dengan mengusap wajah, kepala, punggung, lengan dan kakinya.

- f. Setelah kering, keluarkan lembar pengering.
 - g. Gunakan handuk kering dan hangat untuk menutupi seluruh tubuh anak dan letakkan topi di kepala.
 - h. Kaji terus menerus apakah ada pernapasan/tangisan dan tonus otot yang baik.
 - i. Lanjutkan perawatan rutin.
 - j. Semua operasi ini selesai dalam waktu maksimal 30 detik
2. Perawatan Neonatal Esensial Saat Lahir 30 detik – 90 menit
 - a. Menjaga kehangatan bayi
 - b. Memotong dan merawat tali pusat
 - c. Menyusui Dini (IMD)
 - d. Mencegah pendarahan dengan suntik piramin K1
 - e. Cegah Infeksi Mata Dengan Salep Mata Antibiotik
3. Perawatan Neonatal Esensial 90 menit – 6 jam
 - a. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
 - b. Penentuan usia kehamilan
 - c. Vaksinasi HB-0
 - d. Pemantauan bayi baru lahir dalam jangka waktu 90 menit sampai 6 jam
4. Perawatan Neonatal Esensial 6 Jam-28 Hari
 - a. Menjaga bayi Anda tetap hangat
 - b. Mencegah infeksi
 - c. Menyusui bayi Anda sesering mungkin

E. Periode Transisional

Fase transisi ini mencerminkan kombinasi respons simpatis terhadap stres kerja (pernapasan cepat, takikardia) dan respons parasimpatis (seperti respons yang dihasilkan oleh adanya lendir, muntah, dan gerak peristaltik). Masa transisi terbagi menjadi tiga, yaitu:

1. Reaktivitas I
 - a. Tanda tanda pital bayi baru lahir sebagai berikut: denyut nadi cepat, irama tidak teratur, laju pernafasan mencapai 80 kali/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin lahir dengan keadaan Pernapasan Chuping hidung, mendengkur dan kontraksi.

- b. Warna berkisar dari merah muda sampai biru.
 - c. Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selamat periode ini.
 - d. Bayi baru lahir mengeluarkan sedikit lendir, menangis dengan keras dan mempunyai refleks menghisap yang kuat.
 - e. Tips khusus, pada periode ini mata bayi Anda terbuka lebih lama dibandingkan hari-hari berikutnya, sekarang adalah waktu terbaik untuk memulai proses pelekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata dalam jangka waktu yang lama.
2. Fase tidur
 - a. Berlangsung 30 hingga 2 jam kerja.
 - b. Pernapasan menjadi lebih lambat.
 - c. Bayi tertidur, bising usus muncul namun berangsur-angsur berkurang.
 - d. Jika memungkinkan, tinggalkan anak sendirian untuk tes dasar dan jangan memandikan anak.
 - e. Selama tidur, hal ini memberi bayi Anda kesempatan untuk pulih dari lahir dan transisi ke kehidupan di luar rahim.
 3. Periode reaktipitas II

Berlangsung dua hingga enam jam setelah lahir. Jantung bayi tidak stabil dan terjadi perubahan warna kulit, berkaitan dengan rangsangan lingkungan. Laju pernapasan berubah tergantung aktivitas. Bayi baru lahir mungkin membutuhkan makanan dan harus mematuhinya. Pemberian makan dini penting untuk mencegah gelitik kimiawi pada hipokampus, merangsang pergerakan usus, dan mencegah penyakit kuning. Pemberian makan dini juga menciptakan kondisi bagi bakteri untuk masuk ke lambung, yang mendorong pembentukan vitamin K di saluran usus. Bayi mungkin bereaksi terhadap makanan pertamanya dengan memuntahkan susu disertai lendir. Para ibu harus belajar bagaimana memuji anak-anaknya. Lendir yang ada pada pemberian makan pertama dapat mempengaruhi kecukupan makanan, terutama jika lendirnya berlebihan. Adanya lendir yang banyak bisa menandakan adanya suatu masalah, misalnya lendir dengan noda empedu menandakan bayi sedang sakit dan pemberian ASI sebaiknya ditunda agar penyebabnya dapat diketahui secara menyeluruh.

F. Fisiologis Neonatus

1. Sistem Pernapasan

Struktur matang ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama berada di dalam rahim, janin menerima oksigen melalui pertukaran gas plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus dilakukan melalui paru-paru bayi. Stimulasi gerakan pernafasan pertama :

- a. Tekanan mekanis diciptakan oleh dada saat melewati jalan lahir (stimulasi mekanis).
- b. Penurunan pao₂ dan peningkatan paco₂ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotis (kemoreseptor).
- c. Rangsangan dingin pada daerah wajah dan perubahan suhu pada rahim (stimulasi sensorik).
- d. Refleks deflasi Hering breur.

Nafas pertama bayi biasanya terjadi dalam waktu 30 menit setelah lahir. Upaya bayi yang pertama adalah mempertahankan tekanan alveolus, selain itu juga adanya inhalasi dan ekhalasi surfaktan disertai erangan, agar udara tertahan pada pernapasan diafragma dan perut bayi baru lahir, sedangkan frekuensi dan kedalamannya masih tidak teratur. Jika terjadi penurunan surfaktan maka alveolus akan kolaps dan paru menjadi kaku sehingga terjadi atelektasis dalam keadaan hipoksia. Bayi baru lahir dapat tetap hidup melalui metabolisme anaerobik yang berkelanjutan.

2. Sistem Peredaran Darah

Selama masa janin, area dari plasenta melewati vena umbilikalis, sebagian menuju hati, sebagian langsung ke atrium kiri jantung, dan kemudian ke ventrikel kiri jantung. Dari ventrikel kiri, darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh. Dari ventrikel kanan, darah dipompa sebagian ke paru-paru dan sebagian lagi melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, pertumbuhan bayi baru menyebabkan penurunan tekanan arteriol di paru-paru.

Tekanan pada jantung kanan menurun, sehingga tekanan pada jantung kiri lebih besar dibandingkan tekanan pada jantung kanan, sehingga menyebabkan penutupan fungsional foramen ovale. Ini terjadi pada jam-jam pertama setelah lahir.

3. Suhu Tubuh

Ada empat mekanisme yang dapat menyebabkan hilangnya panas tubuh pada bayi baru lahir ke lingkungan :

- a. Konduksi. Panas berpindah dari tubuh bayi ke benda-benda disekitarnya yang bersentuhan langsung dengan tubuh bayi. Contoh: (Menimbang bayi baru lahir tanpa alas timbangan, menggendong bayi baru lahir dengan tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi baru lahir).
- b. Konveksi. Panas hilang dari tubuh anak ke udara bergerak di sekitarnya. Contoh: (letakkan bayi baru lahir di dekat jendela, tinggalkan bayi baru lahir di ruangan yang ada kipas anginnya).
- c. Radiasi. Panas terpancar dari bayi, meninggalkan tubuhnya di lingkungan yang lebih sejuk. Misal: (bayi ditinggalkan di ruangan ber-AC tanpa pemanas, bayi dibiarkan tanpa pakaian, bayi ditempatkan di ruangan dingin, misalnya dekat tembok).
- d. Evaporasi. Jumlah panas yang hilang selama penguapan bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara. Penguapan pori dipengaruhi oleh: jumlah panas yang diberikan, kelembaban udara dan laju aliran udara yang melewatkannya.

Mencegah kehilangan panas:

- 1) Mengeringkan bayi secara menyeluruh
- 2) Menutupi bayi dengan selimut atau kain bersih
- 3) Menjaga bayi tetap kering dan hangat
- 4) Menutup kepala bayi
- 5) Mendorong ibu untuk menggendong bayi dan menyusui
- 6) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi yang baru lahir , dan Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

4. Metabolisme

Luas permukaan tubuh bayi baru lahir relatif lebih besar dibandingkan orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kilogram berat badannya akan lebih tinggi, sehingga bayi baru lahir perlu beradaptasi dengan lingkungan baru, artinya energinya diperoleh dari metabolism dari karbohidrat dan lemak.

Selama beberapa jam pertama, energi diperoleh dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah implantasi sekitar hari keenam, 60% energi berasal dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

5. Keseimbangan Air Dan Fungsi Ginjal

Tubuh bayi baru lahir relatif banyak mengandung air, dan konsentrasi natrium relatif lebih tinggi dibandingkan konsentrasi kalium karena ruang ekstraseluler yang besar. Fungsi ginjal yang belum sempurna disebabkan oleh: jumlah nefron yang masih belum sebanyak orang dewasa, adanya ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta aliran darah ke ginjal yang relatif rendah dibandingkan orang dewasa.

6. Imunoglobulin

Pada bayi baru lahir, tidak ada sel plasma pada sup tulang, pada selaput dan pada usus buntu pria Ili Yum pro. Plasenta membentuk penghalang yang melindungi janin dari antigen dan tekanan kekebalan.

Pada bayi baru lahir, hanya terdapat gamma globulin G, sehingga imunoglobulin dalam darah ibu dapat melewati plasenta karena berat molekulnya yang kecil. Namun jika terdapat infeksi yang dapat ditularkan melalui plasenta (sangat luas, toxoplasma, herpes simpleks, dll), dapat terjadi respon imun dengan pembentukan sel plasma dan antibodi Gama A, G&M.

7. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus traktus digestivus mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolisakarida dan disebut mekonium. Pengeluaran meconium biasanya dalam 10 jam pertama dan empat hari biasanya tidak sudah berbentuk serta berwarna normal. Enzim dalam traktus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali amilase pankreas. Bayi sudah ada Refleks hisap dan menelan, sehingga pada saat bayi lahir sudah bisa minum ASI. Dahak sering terjadi karena sambungan esofagus bagian bawah dengan lambung tidak sempurna, kapasitas lambung juga terbatas, sekitar 30 cc.

8. Hati

Segera setelah lahir, hati mengalami perubahan kimia dan morfologi, yaitu peningkatan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hematopoietik juga mulai berkembang, meski membutuhkan waktu. Enzim hati belum aktif sepenuhnya saat bayi lahir, dan kemampuan hati dalam melakukan

detoksifikasi pada bayi baru lahir belum sempurna. Contohnya, penggunaan kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kg berat badan setiap hari dapat membuat bayi pucat sindroma.

9. Keseimbangan Asam Basa

Ph darah saat lahir rendah karena glikolisis anaerobik. Dalam waktu 24 jam, bayi mengkompensasi asidosisnya.

A. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan bagian terpenting dalam setiap unsur perawatan bayi baru lahir yang sangat rentan terhadap infeksi karena daya tahan tubuhnya yang belum sempurna. Penting untuk berhati-hati saat merawat bayi baru lahir untuk mencegah infeksi. Beberapa kemungkinan pilihan perawatan untuk anak segera setelah lahir adalah:

1. Perawatan tali pusat. Cuci tangan pakai sabun dan air sebelum dan sesudah merawat tali pusat, jaga agar tali pusat tetap kering, terkena udara atau dibungkus longgar dengan handuk bersih, bersihkan tali pusat dengan air dan sabun jika kotor terkontaminasi rahim dan debu. Hindari sering menyentuh tali pusar dan tangan kotor, tutupi tali pusar dengan apapun dan bersihkan dengan alkohol.
2. Perawatan mata, cuci mata segera setelah lahir, oleskan salep atau obat tetes mata tetrasiklin atau eritromisin dalam satu jam pertama setelah lahir, penyebab umum kegagalan pengobatan profilaksis adalah penggunaan obat profilaksis setelah jam pertama dan cuci mata setelah menggunakan obat tetes mata.
3. Vaksinasi BCG sesegera mungkin, vaksinasi OPV dosis tunggal atau dalam waktu dua minggu setelah kelahiran, vaksinasi hepatitis B sesegera mungkin.

G. Tugas

1. Seorang bayi laki-laki, umur 4 hari, dibawa ibunya ke TPMB untuk kontrol. Hasil anamnesis: malas menyusu, BAB dan BAK lancar. Hasil pemeriksaan: tampak kuning pada muka, leher, sampai ke pusat, FJ 120 x/menit, P: 42 x/menit, S: 37,2 °C. Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - a. Jaundice patologis
 - b. Ikterus fisiologis
 - c. Kern icterus
 - d. Bayi normal
 - e. LetargiJawaban : B
2. Seorang bayi laki-laki, anak kedua baru dilahirkan 6 jam yang lalu di TPMB secara spontan. Riwayat kelahiran: bayi bernafas spontan, usia gestasi 40 minggu, inisiasi menyusu dini berhasil, Bayi sudah BAK 2 kali, PB 50 cm, BB 2800 gram. Telah diberikan suntikan Vit. K1. Asuhan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - a. Memandikan
 - b. Melanjutkan IMD
 - c. Memfasilitasi rooming in
 - d. Melakukan pencatatan surat keterangan lahir
 - e. Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B0Jawaban : E
3. Seorang bayi laki-laki, lahir normal, IMD tidak berhasil, 2 hari yang lalu di RS. Hasil pemeriksaan: BB 3000 gram, PB 49 cm. Tidak ditemukan kelainan kongenital, S 370C. Saat ini sedang diperiksa repleks dengan menimbulkan suara yang mengagetkan bayi. Hasilnya, bayi terkaget. Jenis refleks apakah yang ditunjukkan bayi pada kasus tersebut?
 - a. Rooting
 - b. Grasping
 - c. Babinski
 - d. Sucking
 - e. MoroJawaban : E

4. Seorang bayi lahir 3 hari yang lalu di TPMB, ibu mengatakan badan bayi dingin, sebelumnya tidurnya ditempatkan didekat jendela rumah. Hasil pemeriksaan bayi mengalami hipotermi. Apakah mekanisme kehilangan panas pada kasus diatas ?

- a. Radiasi
- b. Konveksi
- c. Konduksi
- d. Evaporasi
- e. Laparoskopi

Jawaban : B

5. Seorang bayi lahir datang ke TPMB untuk kunjungan pemeriksaan bayi 7 hari, ibu menimbang bayi sendiri tanpa pengawasan dari bidan jaga, yang timbangan tersebut tanpa alas. Hasil pemeriksaan bayi mengalami hipotermi. Apakah mekanisme kehilangan panas pada kasus diatas ?

- a. Radiasi
- b. Konveksi
- c. Konduksi
- d. Evaporasi
- e. Laparoskopi

Jawaban : C

Daftar Pustaka

Bd. Sofa Qurrata A'yun, S. M. (2022). *Modul Praktek Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra-Sekolah*. Malang: Rena Cipta Mandiri.

Ni Wayan Armini, S. M. (2017). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita & Anak Pra-Sekolah*. Yogyakarta: CV Andi Pulisher.

Nila Trisna Yulianti, K. L. (2019). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Balik Papan: Cendikia Publisher.

Rahma Yulia Raskita, O. D. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Kunjungan Neonatus – III Di Klinik Pratama ArrabihKota Pekanbaru 2022. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 280-284.

BAB 2

PENGKAJIAN DAN DOKUMENTASI PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

Rusiana Sri Haryanti, SST., MPH



BAB 2

PENGKAJIAN DAN DOKUMENTASI PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

Penulis Rusiana Sri Haryanti, SST., MPH

A. Deskripsi Mata Kuliah

Pengkajian dan dokumentasi pada ibu bersalin dan bayi baru lahir adalah bagian penting dari perawatan kehamilan, persalinan, dan perawatan pasca persalinan. Dokumentasi yang tepat dan komprehensif dapat membantu penyedia perawatan kesehatan dalam memberikan perawatan yang optimal, memantau perkembangan pasien, dan merencanakan perawatan selanjutnya

B. Pengertian Pengkajian ibu bersalin

Pengkajian ibu bersalin merupakan proses yang sistematis untuk mengevaluasi keadaan ibu selama persalinan dan setelahnya. Pengkajian ini dilakukan oleh tenaga kesehatan, seperti bidan atau dokter, dan melibatkan beberapa aspek berikut:

1. Identitas Pasien:

Pastikan identitas ibu dengan mencocokkan data pasien seperti nama, tanggal lahir, umur, nomor rekam medis, informasi kontak dan alamat pasien.

2. Riwayat Medis/riwayat kesehatan:

1. Riwayat kehamilan, termasuk jumlah trimester, tanggal perkiraan persalinan (HPL), dan perjalanan kehamilan.
2. Riwayat kesehatan ibu, evaluasi tanda vital sebelumnya, hasil pemeriksaan fisik (adakah pembengkakan/odema dan turgor kulit) termasuk penyakit kronis, riwayat alergi, dan operasi sebelumnya.
3. Riwayat obstetri, evaluasi riwayat persalinan sebelumnya seperti riwayat persalinan sebelumnya, jenis persalinan, dan komplikasi sebelumnya.
4. Riwayat penggunaan obat-obatan, termasuk obat resep, obat bebas, dan obat herbal.
5. Riwayat kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, atau penggunaan narkoba.

3. Pemeriksaan Fisik:

Pemeriksaan fisik pada ibu bersalin adalah proses penting dalam perawatan obstetri yang bertujuan untuk memantau kesehatan ibu dan bayi serta memastikan bahwa proses persalinan berjalan dengan baik. Pemeriksaan fisik biasanya dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih, seperti bidan, dokter kandungan, atau perawat.

Pemeriksaan fisik pada ibu bersalin memiliki beberapa tujuan utama, antara lain:

- a. Memantau perkembangan persalinan: Melalui pemeriksaan fisik, tenaga medis dapat menentukan tahap persalinan yang sedang berlangsung dan mengidentifikasi apakah persalinan berjalan dengan baik.
- b. Memonitor kesejahteraan ibu dan bayi: Pemeriksaan fisik membantu dalam pemantauan tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, denyut jantung, dan suhu tubuh. Selain itu, pemeriksaan juga membantu dalam menilai kesehatan bayi, termasuk detak jantung janin.
- c. Mendeteksi komplikasi: Pemeriksaan fisik dapat membantu dalam mendeteksi potensi komplikasi selama proses persalinan, seperti perdarahan, distosia (kesulitan dalam proses persalinan), atau infeksi.

(Affandi, 2017)

Pemeriksaan fisik pada ibu bersalin melibatkan beberapa komponen penting, termasuk:

- a. Pengukuran Tanda-Tanda Vital: Pengukuran tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan adalah langkah pertama dalam pemeriksaan fisik. Perubahan yang signifikan dalam tanda-tanda vital dapat menjadi indikasi adanya komplikasi.
- b. Pemeriksaan Perut: bidan akan memeriksa perut ibu untuk menentukan posisi bayi melalui pemeriksaan leopold, melihat tanda-tanda kontraksi rahim, dan memastikan bahwa proses persalinan berjalan sesuai rencana.
- c. Pemeriksaan Pernapasan: Pemeriksaan pernapasan yang dalam dan teratur pada ibu adalah penting untuk memastikan pasokan oksigen yang cukup untuk ibu dan bayi selama persalinan.

- d. Pemeriksaan Peralatan Intrauterin: Pemeriksaan vagina dilakukan untuk menilai pembukaan serviks, posisi bayi, dan kemajuan persalinan.
- e. Pemeriksaan Detak Jantung Janin: Detak jantung janin akan terus dimonitor untuk memastikan kesehatan bayi selama persalinan.

4. Evaluasi Persalinan:

Evaluasi persalinan adalah proses kritis dalam perawatan obstetri yang bertujuan untuk menilai kemajuan dan kesejahteraan ibu serta bayi selama persalinan. Ini memungkinkan tenaga medis untuk mengambil keputusan yang tepat untuk memastikan kelancaran proses persalinan dan mengidentifikasi komplikasi.

Evaluasi persalinan memiliki beberapa tujuan utama, termasuk:

- a. Memantau kemajuan persalinan: Evaluasi membantu dalam menentukan tahap persalinan yang sedang berlangsung dan apakah persalinan berjalan sesuai rencana.
- b. Memonitor kesejahteraan ibu dan bayi: Evaluasi memungkinkan pemantauan tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, denyut jantung, dan suhu, serta detak jantung janin untuk memastikan kesehatan mereka.
- c. Mendeteksi komplikasi: Evaluasi membantu dalam mendeteksi komplikasi potensial, seperti distosia (kesulitan dalam proses persalinan), perdarahan, atau infeksi.
- d. Memberikan panduan untuk tindakan selanjutnya: Hasil evaluasi digunakan untuk membuat keputusan, seperti apakah memerlukan intervensi medis, misalnya, pemecahan ketuban, induksi persalinan, atau operasi caesar.

Evaluasi persalinan melibatkan beberapa komponen penting, termasuk:

- a. Pemeriksaan Serviks: Pemeriksaan vagina untuk menilai pembukaan serviks, penipisan, dan posisi bayi. Ini memberikan informasi tentang kemajuan persalinan.
- b. Pemeriksaan Ketuban: Evaluasi cairan ketuban untuk memastikan apakah ketuban telah pecah atau masih utuh.

- c. Pemeriksaan Kontraksi: Pemeriksaan kontraksi rahim, termasuk frekuensi, durasi, dan kekuatan, untuk menentukan apakah kontraksi sudah cukup kuat untuk mendorong bayi keluar.
- d. Monitoring Detak Jantung Janin: Detak jantung janin terus dimonitor selama persalinan untuk memastikan kesehatan bayi.

5. Evaluasi Nyeri:

Tanyakan tingkat nyeri ibu dan reaksinya terhadap pengobatan nyeri yang telah diberikan.

6. Monitoring Fetal:

Pantau detak jantung janin dengan alat monitoring fetal untuk memastikan kondisi janin yang baik.

7. Pemantauan Kemajuan Persalinan:

Pemantauan kemajuan persalinan adalah proses penting dalam perawatan obstetri yang bertujuan untuk menilai tahap persalinan dan memastikan bahwa proses persalinan berjalan dengan baik. Ini membantu tenaga medis dalam mengambil keputusan yang tepat dan memberikan perawatan yang sesuai untuk ibu dan bayi.

Evaluasi persalinan memiliki beberapa tujuan utama, termasuk:

- a. Memantau kemajuan persalinan: Evaluasi membantu dalam menentukan tahap persalinan yang sedang berlangsung dan apakah persalinan berjalan sesuai rencana.
- b. Memonitor kesejahteraan ibu dan bayi: Evaluasi memungkinkan pemantauan tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, denyut jantung, dan suhu, serta detak jantung janin untuk memastikan kesehatan mereka.
- c. Mendeteksi komplikasi: Evaluasi membantu dalam mendeteksi komplikasi potensial, seperti distosia (kesulitan dalam proses persalinan), perdarahan, atau infeksi.
- d. Memberikan panduan untuk tindakan selanjutnya: Hasil evaluasi digunakan untuk membuat keputusan, seperti apakah memerlukan intervensi medis, misalnya, pemecahan ketuban, induksi persalinan, atau operasi caesar.

Evaluasi persalinan melibatkan beberapa komponen penting, termasuk:

- a. Pemeriksaan Serviks: Pemeriksaan vagina untuk menilai pembukaan serviks, penipisan, dan posisi bayi. Ini memberikan informasi tentang kemajuan persalinan.
- b. Pemeriksaan Ketuban: Evaluasi cairan ketuban untuk memastikan apakah ketuban telah pecah atau masih utuh.
- c. Pemeriksaan Kontraksi: Pemeriksaan kontraksi rahim, termasuk frekuensi, durasi, dan kekuatan, untuk menentukan apakah kontraksi sudah cukup kuat untuk mendorong bayi keluar.
- d. Monitoring Detak Jantung Janin: Detak jantung janin terus dimonitor selama persalinan untuk memastikan kesehatan bayi.

8. Pemantauan Perdarahan:

Pemantauan perdarahan adalah aspek penting dalam perawatan medis, terutama dalam situasi kegawatdaruratan seperti cedera atau persalinan. Ini melibatkan pengawasan dan evaluasi terhadap jumlah, sumber, dan tingkat perdarahan untuk mengidentifikasi masalah dan memberikan tindakan medis yang sesuai.

Pemantauan perdarahan memiliki beberapa tujuan utama, antara lain:

- a. Memonitor tingkat perdarahan: Pemantauan perdarahan bertujuan untuk mengukur jumlah darah yang hilang dan menentukan apakah perdarahan berlangsung, meningkat, atau menurun.
- b. Mengidentifikasi sumber perdarahan: Pemantauan membantu dalam mengidentifikasi asal perdarahan, apakah berasal dari luka, saluran pencernaan, sistem reproduksi, atau sumber lain.
- c. Menilai tingkat keparahan: Evaluasi perdarahan untuk menentukan tingkat keparahan dan apakah ada tanda-tanda syok atau kehilangan darah yang signifikan.
- d. Memberikan tindakan medis yang sesuai: Hasil pemantauan digunakan untuk mengambil keputusan terkait perawatan dan intervensi medis yang diperlukan.

Pemantauan perdarahan melibatkan beberapa komponen penting, termasuk:

- a. Pengukuran jumlah darah yang hilang: Mengukur jumlah darah yang hilang adalah langkah utama dalam pemantauan perdarahan. Ini dapat dilakukan dengan memperhatikan tanda-tanda fisik seperti tumpahan darah atau menghitung volume darah yang dikumpulkan.
- b. Identifikasi sumber perdarahan: Penting untuk menentukan asal perdarahan, apakah itu berasal dari luka fisik, rahim (seperti pada kasus perdarahan pasca persalinan), sistem pencernaan, atau sumber lain.
- c. Evaluasi tanda-tanda vital: Pemantauan tekanan darah, denyut nadi, dan suhu tubuh dapat memberikan informasi tentang kesejahteraan pasien dan sejauh mana dampak perdarahan terhadap sistem tubuh.
- d. Pemantauan gejala perdarahan: Mengidentifikasi gejala seperti pucat, lemah, pusing, atau perubahan kesadaran adalah penting dalam pemantauan perdarahan.

9. Evaluasi Posisi dan Kondisi Plasenta:

Pastikan bahwa plasenta terlepas dengan benar setelah kelahiran bayi.

10. Pemantauan Kesehatan Psikologis:

Tanyakan tentang perasaan dan kecemasan ibu terkait persalinan.

C. Dokumentasi ibu bersalin

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

2. Perumusan diagnosa dan masalah kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta rasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi

dan sering lelah merupakan hal wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011). Contoh kebutuhan TM III adalah perubahan fisik dan psikologis ibu TM III, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan TM III, persiapan persalinan, pengurang rasa nyeri saat persalinan, pendamping persalinan, ASI, cara mengasuh bayi, cara memandian bayi, imunisasi dan KB.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2013), standar pelayanan antenatal merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, 9 berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Asuhan kebidanan pada ibu hamil itu meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan status imunisasi dan memberikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, memberikan tablet tambah darah, menentukan presentasi janin dan menghitung DJJ, memberikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, memberikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan melakukan tatalaksana.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

D. Pengertian Pengkajian bayi baru lahir

Pengkajian bayi baru lahir adalah langkah penting dalam perawatan neonatal yang bertujuan untuk mengevaluasi kesehatan bayi, mengidentifikasi tanda-tanda komplikasi, dan memberikan perawatan yang tepat jika diperlukan.

Pengkajian bayi baru lahir memiliki beberapa tujuan utama, antara lain:

1. Menilai kesehatan bayi: Pengkajian dilakukan untuk menilai kesehatan bayi, termasuk tanda-tanda vital dan fungsi organ tubuh.
2. Mengidentifikasi tanda-tanda komplikasi: Pengkajian membantu dalam mengidentifikasi tanda-tanda komplikasi neonatal, seperti masalah pernapasan, infeksi, atau masalah jantung.
3. Memberikan perawatan dini: Hasil pengkajian dapat digunakan untuk mengambil tindakan medis yang sesuai jika diperlukan.
4. Mendokumentasikan data klinis: Data pengkajian dicatat dalam catatan medis untuk referensi selama perawatan bayi.

Pengkajian bayi baru lahir melibatkan beberapa komponen utama, termasuk:

1. Pemeriksaan Fisik: Pemeriksaan fisik yang menyeluruh termasuk evaluasi kulit, kepala, mata, telinga, hidung, mulut, leher, dada, perut, alat kelamin, anggota tubuh, dan tulang belakang.

2. Tanda-Tanda Vital: Pengukuran suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah bayi.
3. Berat Badan dan Panjang Tubuh: Pengukuran berat badan bayi dengan timbangan bayi dan panjang tubuh dengan pengukuran panjang.
4. Skor Apgar: Skor Apgar digunakan untuk mengevaluasi kondisi bayi pada menit pertama dan kelima setelah lahir. Ini mencakup evaluasi warna kulit, denyut jantung, refleks, aktivitas otot, dan gerakan pernapasan.
5. Pemeriksaan Refleks: Evaluasi refleks bayi, termasuk refleks Moro, refleks menghisap, dan refleks menggenggam.
6. Detak Jantung: Monitoring detak jantung bayi untuk memastikan kesehatan jantungnya.
7. Mata dan Telinga: Pemeriksaan mata dan telinga untuk mengidentifikasi masalah potensial, seperti katarak atau gangguan pendengaran.

E. Dokumentasi Bayi baru lahir

Dokumentasi bayi baru lahir adalah proses yang penting dalam perawatan neonatal yang bertujuan untuk mencatat dan mengarsipkan informasi klinis mengenai bayi yang baru lahir. Dokumentasi yang tepat adalah langkah kunci dalam perawatan bayi baru lahir, membantu dalam pengambilan keputusan klinis dan memberikan informasi yang akurat bagi tim medis yang merawat bayi.

Dokumentasi bayi baru lahir memiliki beberapa tujuan utama, antara lain:

1. Merekam informasi klinis: Dokumentasi mencatat data klinis mengenai bayi, termasuk tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan fisik, dan riwayat medis bayi.
2. Memonitor perubahan kesehatan: Dokumentasi memungkinkan untuk memantau perubahan kesehatan bayi dari waktu ke waktu, yang dapat membantu dalam pengambilan keputusan medis.
3. Menyediakan informasi yang konsisten: Dokumentasi memberikan alat komunikasi yang efisien di antara anggota tim medis yang merawat bayi, sehingga semua orang memiliki pemahaman yang sama mengenai kondisi bayi.
4. Memberikan dasar data untuk perawatan selanjutnya: Catatan medis bayi menjadi referensi utama bagi tenaga medis dalam merencanakan perawatan yang sesuai dan mengambil tindakan yang tepat.

Dokumentasi bayi baru lahir melibatkan beberapa komponen utama, termasuk:

1. Identitas bayi: Nama bayi (jika sudah ada), tanggal lahir, berat badan, panjang tubuh, dan jenis kelamin.
2. Tanda-Tanda Vital: Rekaman suhu tubuh, denyut jantung, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah bayi.
3. Pemeriksaan Fisik: Catatan pemeriksaan fisik bayi, termasuk evaluasi kulit, kepala, mata, telinga, hidung, mulut, leher, dada, perut, alat kelamin, anggota tubuh, dan tulang belakang.
4. Riwayat Kesehatan: Riwayat medis bayi, termasuk riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit, riwayat obat-obatan, dan alergi.
5. Skor Apgar: Skor Apgar pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran, mencakup penilaian warna kulit, denyut jantung, refleks, aktivitas otot, dan gerakan pernapasan.
6. Hasil Pemeriksaan Penunjang: Hasil tes laboratorium, seperti tes darah atau pemeriksaan penunjang lainnya jika diperlukan.
7. Catatan Intervensi Medis: Catatan mengenai tindakan medis yang telah dilakukan, obat-obatan yang diberikan, atau prosedur lainnya yang telah dilakukan.

Dokumentasi bayi baru lahir meliputi sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi.

3. Perencanaan

Menurut Bobak, dkk. (2005), penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg,

lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada bayi, meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan melakukan IMD, memberikan vitamin K 1 mg, melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta memberikan imunisasi Hb-0 (Bobak, dkk., 2005).

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi.

- a. Bayi dapat menangis dengan kuat dan bergerak aktif
- b. Bayi telah dikeringkan dengan handuk dan telah dilakukan IMD selama 1 jam.
- c. Tali pusat bayi telah dirawat dengan benar.
- d. Bayi telah dijaga kehangatannya dengan cara dibedong.
- e. Bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg, salep mata dan imunisasi Hb-0

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

Daftar Pustaka

1. Affandi. (2017). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR.
2. A Pratiwi. 2021. *Pendokumentasian Asuhan Kebidanan*. <http://repository.itsk-soepraoen.ac.id/613/5/BAB%20IV.pdf> diakeses tanggal 20 Oktober 2023
3. Bobak dkk. 2005. *Buku Ajar keperawatan maternitas* Edisi 4. Jakarta: EGC.pp:143-
4. Depkes. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: kemenkes
5. Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
6. Surtinah dkk. 2019. *Dokumentasi Kebidanan*. Surabaya: Kemenkes surabaya

B. Rangkuman dan soal Latihan

Rangkuman

Pengkajian dan dokumentasi pada ibu bersalin dan bayi baru lahir adalah proses kritis dalam perawatan obstetri dan neonatal. Tujuan utama pengkajian adalah untuk memantau kesehatan ibu selama persalinan dan bayi yang baru lahir. Dokumentasi yang akurat adalah langkah penting untuk merekam data medis yang penting dan memberikan dasar bagi perawatan selanjutnya.

F. Bahan Diskusi/ Latihan Soal

1. Apa tujuan utama dari pengkajian ibu bersalin?
 - A. Memonitor perkembangan bayi.
 - B. Mengidentifikasi tanda-tanda komplikasi pada bayi.
 - C. Menilai kesejahteraan ibu dan bayi.
 - D. Menentukan nama yang cocok untuk bayi.
2. Komponen utama dari pengkajian ibu bersalin meliputi apa saja?
 - A. Pengukuran berat badan.
 - B. Evaluasi kondisi bayi.
 - C. Pemeriksaan fisik ibu dan bayi.
 - D. Pengukuran tekanan darah bayi.
3. Mengapa dokumentasi bayi baru lahir penting?
 - A. Untuk mencatat nama bayi.
 - B. Untuk memberikan panduan perawatan selanjutnya.
 - C. Agar bayi merasa nyaman.
 - D. Agar bayi bisa tidur dengan nyenyak.
4. Mengapa dokumentasi yang akurat penting dalam perawatan ibu bersalin dan bayi baru lahir?

- A. Untuk mengurangi waktu perawatan.
 - B. Untuk memastikan nama bayi yang benar.
 - C. Untuk memberikan informasi yang tepat bagi tim medis dan panduan perawatan yang akurat.
 - D. Dokumentasi tidak penting dalam perawatan.
5. Apa yang dilakukan jika pengkajian bayi baru lahir menunjukkan tanda-tanda komplikasi?
- A. Lanjutkan seperti biasa.
 - B. Tidak perlu tindakan medis.
 - C. Berikan perawatan dini sesuai kebutuhan.
 - D. Tunggu beberapa hari sebelum mengambil tindakan.

C. Kunci Jawaban dan Pembahasan

- 1. C. Menilai kesejahteraan ibu dan bayi
- 2. C. Pemeriksaan fisik ibu dan bayi.
- 3. B. Untuk memberikan panduan perawatan selanjutnya.
- 4. C. Untuk memberikan informasi yang tepat bagi tim medis dan panduan perawatan yang akurat.
- 5. C. Berikan perawatan dini sesuai kebutuhan.

BAB 3

DETEKSI DINI PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA KEGAWATDARURATAN PERSALINAN KALA 1 DAN 2

Rina Octavia, S.ST., Bd., M.Kes



BAB 3
DETEKSI DINI PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA KEGAWATDARURATAN
PERSALINAN KALA 1 DAN 2
Rina Octavia, S.ST., Bd., M.Kes

A. Deskripsi Mata Kuliah

Pada mata kuliah asuhan persalinan dan bayi baru lahir memiliki tujuan pembelajaran salah satu nya adalah menunjukkan sikap bertanggungjawab, bekerja sama, berkomunikasi dan berinovatif dalam pekerjaannya berdasarkan pengetahuan faktual tentang jenis, tanda, gejala, penyakit-penyakit umum dan infeksi pada pelayanan asuhan kebidanan holistik ibu dan bayi sesuai dengan prosedur keterampilan dasar kebidanan asuhan persalinan kala pembukaan, kelahiran bayi, plasenta, post partum dini, teknik penjahitan, pemeriksaan fisik BBL dan persalinan normal dalam kondisi kompleks. Dalam bab ini kita akan membahas mengenai deteksi dini dan komplikasi pada kegawatdaruratan persalinan kala 1 dan 2.

B. Pengertian kegawatdaruratan

1. Pengertian kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak dapat di duga dan terjadi secara tiba – tiba. Sehingga dampak nya dapat berbahaya. Kegawatdarutan obstetri mengandung arti kondisi mengancam jiwa yang dapat terjadi dalam masa kehamilan, selama proses persalinan dan setelah proses persalinan. (cunningham, 2014)

2. Kategori kegawatdaruratan pada persalinan kala 1 dan 2

Menurut Kemenkes, 2013, Kategori penyulit persalinan pada kala 1 dan 2 diantara nya:

1. Emboli air ketuban
2. Distosia bahu
3. Partus lama
4. Hipertensi dalam kehamilan, Pre ekslampsi dan Eklampsia
5. Persalinan dengan kelainan letak (letak sungsang)

3. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban merupakan sindrom dari cairan ketuban yang memasuki sirkulasi darah maternal, sehingga terjadi tiba – tiba gangguan pernafasan yang akut dan syok. (Kemenkes, 2013)

1. Etiologi

Kasus emboli air ketuban patofisologinya masih belum jelas diketahui secara pasti, saat ini masih di duga terjadi kerusakan penghalang fisiologi antara ibu dan janin sehingga bolus cairan amnion memasuki sirkulasi maternal yang selanjutnya masuk kedalam sirkulasi paru. (Sulistyawati, 2010)

2. Faktor resiko

Embolai air ketuban dapat terjadi setiap saat pada kehamilan, dan sebagian besar terjadi pada persalinan, pasca salin dan seksio sesarea. Faktor resikonya antara lain multipara, solutio plasenta, IUFD, suction curettahge, terminasi kehamilan trauma abdomen, versi luar dan amniosentesis. Ada beberapa resiko yang dapat memicu terkena emboli air ketuban diantara nya usia tua saat hamil, masalah pada plasenta, polihidramnion. (saifuddin, 2013)

3. Tanda dan gejala

Embolai air ketuban terjadi secara tiba – tiba, dan diagnosis ini harus pertama kali di fikirkan jika tibul tanda dan gejala seperti sesak nafas, warna kebiruan, terjadi gangguan sirkulasi jantung, tekanan darah mendadak turun dan nadi kecil/cepat. (Kemenkes, 2013)

Selain tanda dan gejala diatas ada juga kemungkinan lain diantara nya masalah pembekuan darah yang mengancam nyawa, perubahan mental seperti kecemasan, kedinginan, fetal distres, kejang, koma, ataupun perdarahan dari rahim, sayatan, atau lokasi intravena. (Kemenkes, 2013)

4. Distosia Bahu

1. Pengertian

Distosia bahu adalah suatu keadaan setelah kepala bayi lahir, bahu anterior tidak dapat melewati simpisis pubis. Kondisi ini dapat menyebabkan batu meninggal jika tidak segera dilahirkan. Kriteria objektif untuk menentukan adanya distosia bahu taitu interbal waktu antara lahirnya kepala dengan seluruh tubuh. Nilai normal antara interval waktu antara persalinan antara dengan seluruh tubuh adalah 24 detik, pada distosia bahu 79 detik. (kemenkes, 2013)

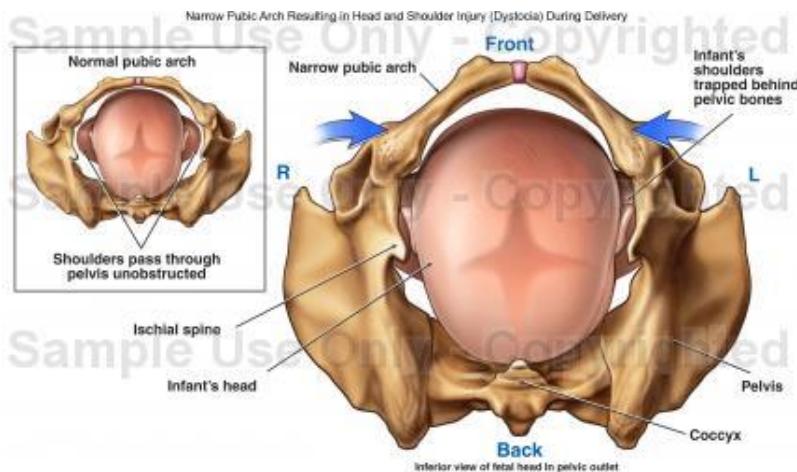
2. Etiologi

Etiologi pada kejadian distosia bahu adala dari faktor maternal dan neonatal, pada maternal adalah kelainan bentul panggul, diabetes gestasional, kelahiran postmatur, riwayat persalinan terdahulu dengan distosia bahu, ibu yang pendek. Sedangkan pada neonatal adalah dugaan macrosomia. (Kemenkes, 2013)

3. Diagnosis

Untuk menentukan tanda distosia bahu maka penolong harus mengamati hal berikut diantaranya:

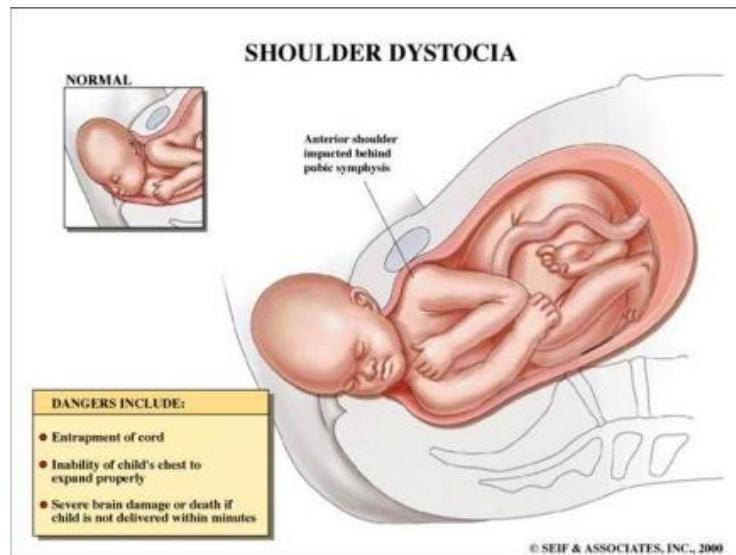
- ❖ Kesulitan melahirkan wajah dan dagu
- ❖ Kepala bayi tetap melekat erat di vulva atau bahkan tertarik kembali (*turtle sign*)
- ❖ Kegagalan pada putar paksi luar kepala bayi
- ❖ Kegagalan pada turunnya bahu ke bawah simpisis. (JNPK-KR, 2017)



Gambar 5.1 Struktur Pelvis dan Posisi Bahu

4. Prognosis

Pada kejadian distosia bahu dapat mengakibatkan kompresi tali pusat, kerusakan plexus brachialis, ERB-Duchene Palsy. Paralisis klumpke, patah tulang (fraktur klavikula dan humerus), aspiksia janin dan kematian bayi. (Sondakh, 2013)



Gambar 5.2 Komplikasi Distosia Bahu

5. Faktor Predisposisi

Menurut Kemenkes, 2013, Sebagai tenaga kesehatan yang menolong persalinan wajib mewaspadai

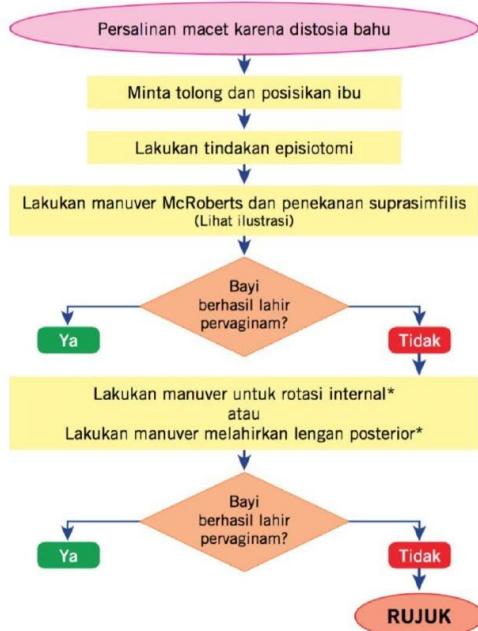
Tabel 5.1 Faktor Predisposisi

Antepartum	Intrapartum
Riwayat distosia bahu	Kala 1 persalinan memanjang
Makrosomia > 4500 gram	<i>Secondary Arrest</i>
Diabetes mellitus	Kala 2 persalinan memanjang
IMT > 30 kg/m ²	Augmentasi oksitosin
Induksi Persalinan	Persalinan pervagiman yang ditolong

- ❖ Identifikasi dan obati diabetes melitus pada ibu, tawarkan persalinan electif dengan induksi atau SC.
- ❖ Selalu siap bila sewaktu – waktu terjadi distosia bahu, dan mengenali distosia seawal mungkin.

6. Tata Laksana Distosia Bahu

ALGORITMA DISTOSIA BAHU



Gambar 5.3 Algoritma Penanganan Distosia Bahu

5. Partus Lama

1. Pengertian

Partus lama mengandung pengertian waktu persalinan yang memanjang karena kemajuan yang terhambat. Persalinan lama memiliki definisi yang berbeda dan sesuai dengan fase kehamilan. Pada fase laten berlangsung lebih dari 8 jam. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada fase aktif. (saifuddin 2014)

2. Etiologi

Persalinan lama dapat disebabkan oleh his tidak efisien (*in adekuat*), faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar), jalan lahir (panggung sempit, kelainan serviks, vagina, tumor), paritas, interval kelahiran, ketuban pecah dini (KPD). (Manuaba, 2013)

3. Diagnosis

- ❖ Distosia pada kala 1 fase aktif: gravik pembukaan pada partografi berada melebihi garis waspada atau diantara garis waspada dan garis bertindak.

- ❖ Fase ekspulsi (kala II) memanjang: tidak ada kemajuan pada penurunan bagian terbawah janin. Adapun batas waktunya adalah maksimal 2 jam untuk nullipara dan 1 jam untuk multipara, atau maksimal 3 jam untuk nullipara dan 2 jam untuk multipara bila pasien menggunakan analgesia epidural. (Kemenkes, 2013)

4. Faktor predisposisi

- ❖ Bayi: kepala janin besar, hidrosefalus, presentasi wajah, bahu, alis, malposisi persisten, kembar yang terkunci dan kembar siam
- ❖ Jalan lahir : panggul kecil karena malnutrisi. Deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor daerah panggul, infeksi virus diatas perut, jaringan parut (dari sirkumsisi wanita). (Kemenkes, 2013)

5. Tata laksana

- ❖ Tata laksana umum: segera rujuk ke Rumah Sakit yang ada pelayanan tindakan SC
- ❖ Tata laksana khusus: tentukan penyebab persalinan lama, lihat dari Power (his tidak adekuat), Pasangger (malpresentasi, malposisi, janin besar), passage (panggul sempit, kelainan serviks atau vagina), tumor jalan lahir, atau gabungan dari sebab diatas. Setelah menentukan penyebab maka dapat dilakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin dan/atau amniotomi bila terjadi gangguan power namun tetap harus di pastikan tidak ada gangguan *passanger* dan *passage*. Lakukan tindakan operatif di fasilitas kesehatan yang lengkap seperti vacum atau SC. Jika di temukan obstruksi (CPD), lakukan SC.
- ❖ Pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lengkap dapat diberikan antibiotik jika ditemukan tanda – tanda demam, cairan vagina berbau). Pantau tanda gawat janin, dan mencatat semua hasil tindakan medis agar dapat menganalisis. Setiap tindakan harus di komunikasikan dan di setujui oleh keluarga. (Kemenkes, 2013)

6. Hipertensi dalam kehamilan, Preeklampsia dan Eklampsia

1. Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang – kurang nya sistolok 140 mmHg atau diastolok 90 mmHg pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi. (Mochtar, 2013)

2. Faktor presidposisi pada hipertensi

Adapun faktor predisposisi pada hipertensi adalah kehamilan kembar, penyakit trofoblas, hidramnion, diabetes melitus, gangguan vaskuler plasenta, faktor herediter, riwayat preeklampsia sebelumnya dan obesitas sebelum hamil. (POGI, JNPK-KR, 2017)

3. Macam – macam hipertensi

- ❖ Hipertensi kronik : hipertensi tanpa proteinuria yang timbul sebelum kehamilan dan mmenetap selama persalinan. Diagnosis nya tekanan darah \geq 140/90 mmHg, sudah ada riwayat hipertensi sebelumnya atau diketahui adanya hipertensi pada usia kehamilan < 20 minggu, serta dapat disertai keterlibatan organ lain seperti mata, jantung serta ginjal.
- ❖ Hipertensi gestasional: tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20 minggu dan menghilang setelah persalinan. Diagnosisnya tekanan darah \geq 140/90 mmHg, tidak ada riwayat hipertensi sebelum hamil, tekanan darah normal di usia kehamilan < 12 minggu, tidak ada proteinuria, dapat disertai tanda dan gejala preeklampsia seperti nyeri uluhati dan trombositopenia. Diagnosa pasti inindapat ditegakkan setelah persalinan. (POGI, JNPK-KR, 2017)

4. Preeklampsia dan eklampsia

❖ Preeklampsia ringan

Tekanan darah \geq 140/90 mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu, tes celup urin menunjukkan 1+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukan > 300 mg/24 jam.

❖ Preeklampsia berat

Tekanan darah > 160/110 mmHg pada usia kehamilan >20 minggu, tes celup urin menunjukkan \geq 2 + atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukan > 5 g/24 jam, dapat juga disertai dengan keterlibatan organ lain diantaranya trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemilisi microgiopati, peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas, sakit kepala, skotoma penglihatan, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru atau gagal jantung kongestif, oliguria (<500 ml/24 jam), kreatinin > 1,2 mg/dl.

❖ *Superimposed preeklampsia pada hipertensi kronik*

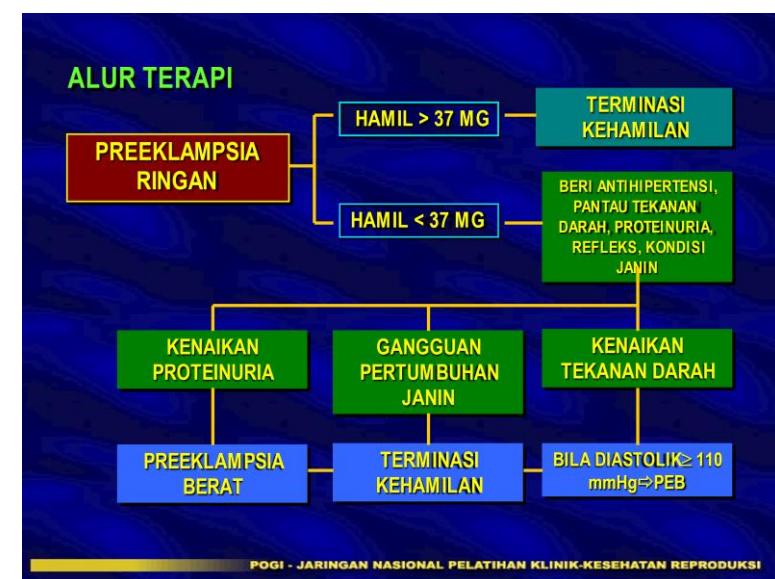
Ibu dengan riwayat hipertensi kronik (sudah ada di usia kehamilan < 20 minggu), tes celup urine menunjukkan proteinuria >+1 atau trombosit <100.000 sel/uL pada usia gestasi >20 minggu

❖ Eklampsia

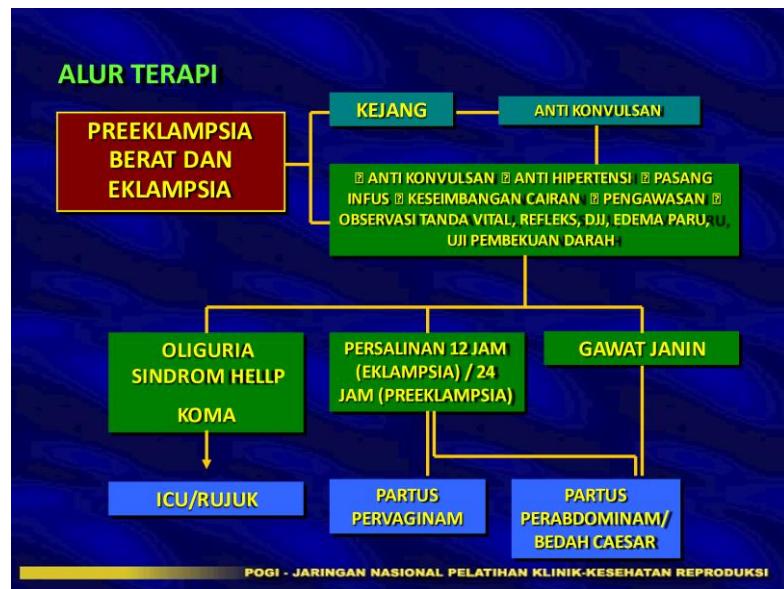
Kejang umum, dan/atau koma, ada tanda dan gejala preeklampsia serta tidak ada penyebab lain seperti epilepsi, perdarahan subaraknoid dan meningitis. Sifat dari kejang nya adalah tonik-klonik.

❖ Tata laksana umum adalah dengan merujuk ke rumah sakit. (mutlak) (POGI, JNPK-KR, 2017)

Bagan 5.1 Alur Terapi Preeklampsia ringan



Bagan 5.2 Alur Terapi Preeklampsia Berat



7. Persalinan dengan kelainan letak (letak sungsang)

a. Pengertian

Persalinan pada bayi dengan presentasi bokong, dimana bayi letak nya sesuai atau sejajar dengan sumbu badan ibu. (Prawirohardjo, 2016)

b. Etiologi

Terbagi dari beberapa faktor yaitu faktor ibu diantaranya keadaan rahim (rahum arkuatus, septum pada rahim, mioma bersama kehamilan), keadaan plasenta (plasenta letak rendah atau plasenta previa), keadaan jalan lahir (panggul sempit, deformitas panggul, tumor). Faktor janin diantaranya tali pusat pendek, lilitan talipusat, gemeli, oligohidramnion, prematuritas. (Prawirohardjo, 2016)

c. Jenis presentasi bokong

Ada 3 jenis presentasi bokong yaitu bokong murni (fleksi lipat paha, lutut ekstensi), bokong komplit (fleksi lipat paha dan lutut), bokong kaki (satu atau dua kaki ada di bawah dan paha lipat ekstensi). (POGI, JNPK-KR, 2017)

d. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala untuk diagnosis presentasi bokong adalah gerakan kaki kebawah perut ibu, pemeriksaan leopold, DJJ diatas umbilikus, periksa dalam, USG dan Rongten.

e. Tata laksana Presntasi bokong

- ❖ Partus percobaan bila usia gestasi ≥ 36 minggu atau BB 2500-4000 gram
- ❖ Tawarkan partus percobaan bila usia gestasi 31 - 35 atau BB 1500-2500 gram

- ❖ Tawarkan SC bila \leq 30 mg atau BB < 1500 gram
 - ❖ Tak cukup bukti untuk menawarkan partus percobaan bila BB > 4000 gram.
- (POGI, JNPK-KR, 2017)

C. Disiplin Ilmu yang mendukung Deteksi Dini pada persalinan kala 1 dan 2.

Pada bab ini telah dijelaskan tentang deteksi dini persalinan kala 1 dan 2 adapun disiplin ilmu yang mendukung pada bab ini adalah etika hukum dan kesehatan, anatomi dan fisiologi manusia, pemeriksaan fisik pada ibu dan bayi, evidandebased pada praktik kebidanan, asuhan kebidanan pada kasus kompleks, praktik kebidanan, kegawatdaruratan pada ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Daftar Pustaka

1. Cunningham. 2014. *Obstetri Williams* Edisi 23. Jakarta: EGC
2. JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik
3. Kememkes, 2013. Pedoman bagi Tenaga Kesehatan. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, Edisi Petama WHO, UNFPA, UNICEF, USAID, POGI, IBI.
4. Manuaba ,2013. Ilmu Kebidanan ,Penyakit Kandungan, dan KB untuk pendidikan Bidan. Edisi 2. Jakarta : EGC
5. Mochtar, R. 2013. *Sinopsis Obstetri Fisiologis dan Patologis*. Jakarta: EGC
6. Prawirohardjo S. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke-4 Cetakan ke-3.Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
7. Saifuddin, B. A. Rachimadhi, T dan Wiknjosastro, H. G. 2014. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi IV. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
8. Saifuddin, B. A. 2013. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono
9. Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. Erlangga
10. Sulistyawati, A, 2010. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin. Salemba Medika Jakar
11. Walyani, Elisabeth Siwi. 2015 *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial bagi Kebidanan*. Yogyakarta; Pustaka Baru Press.

D. Rangkuman dan soal Latihan

Rangkuman

Bahan Diskusi/ Latihan Soal

1. Seorang perempuan umur 42 tahun G5P4A0 hamil 38 minggu datang ke Rumah sakit terlihat cemas, mengeluh sesak nafas dan tidak merasakan merasakan gerakan janin. Hasil pemeriksaan: KU lemah, TD 80/60 mmHg, Nadi 110 x/menit, Suhu 36 °C, Pernapasan 32 x/menit, TFU 30 cm, DJJ 165 x/menit, preskep, puki, kepala sudah masuk panggul. Hasil pemeriksaan USG : polihidramnion.

Diagnosa yang tepat pada kasus di atas adalah ?

- A. Distosia
- B. Partus lama
- C. Hipertensi Kronik

- D. Emboli air ketuban
 - E. Hipertensi gestasional
2. Seorang Perempuan sedang dalam proses kala 2 di rumah sakit. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, sudah di pimpin meneran dan kepala masih melekat di depan vagina (*turtle sign*). Penolong akan melakukan tindakan untuk pengeluaran seluruh badan bayi, tindakan prasat apa yang tepat dilakukan penolong ?
- A. Miring kiri
 - B. Manuver MacRoberts
 - C. Melakukan Amniotomi
 - D. Memberi tahu keluarga
 - E. Memberikan asupan nutrisi
3. Seorang perempuan di TPMB mengeluh mules nya makin berkurang, mengaku hamil cukup bulan, hasil pemeriksaan: TD 12/80 mmHg, Nadi 84 x/menit, Suhu 36°C, Pernapasan 20 x/menit, TFU 32 cm, DJJ 148 x/menit, kandung kemih kosong, periksa dalam hasilnya pembukaan 6 cm, molase (-), ubun ubun kecil kanan depan, presentasi kepala, selaput ketuban utuh, hogde I. partografi melewati garis waspada. Rencana tindakan apa yang akan dilakukan bidan?
- A. Rujuk
 - B. Induksi
 - C. Amniotomi
 - D. Pasang infus
 - E. Memimpin meneran
4. Seorang perempuan umur 28 tahun, mengaku hamil cukup bulan, anak pertama, tidak pernah keguguran, tidak punya riwayat hipertensi, dan belum pernah cek laboratorium selama hamil. Hasil pemeriksaan: TD 150/90 mmHg, Nadi 84 x/menit, Suhu 36,5°C, pernapasan 20x/menit. TFU 28 cm, His 2 kali dalam 10 menit lama nya 30 detik, DJJ 142 x/menit, kandung kemih kosong, pembukaan 2, hasil laboratorium proteinuria +2, terdapat oedeme pada kaki kanan dan kiri. Diagnosa dalam kasus diatas adalah ...
- A. G1P0A0 hamil aterm inpartu kala 1
 - B. G1P0A0 hamil aterm inpartu kala 1 fase laten

- C. G1P0A0 hamil preterm inpartu kala 1 fase laten
 - D. G1P0A0 hamil aterm inpartu kala 1 fase laten dengan eklampsia
 - E. G1P0A0 hamil aterm inpartu kala 1 fase laten dengan preeklampsia berat.
5. Seorang perempuan datang ke TPMB dengan keluhan mules dan keluar lendir darah pervaginam, mengaku hamil cukup bulan, anak pertama, hasil pemeriksaan: tanda – tanda vital normal, TFU 29 cm, Kontraksi 1 kali dalam 10 menit lamanya 25 detik, DJJ 140 x/menit, hasil leopold didapatkan teraba di fundus keras, bulat, melenting, Punggung kiri, presentasi Bokong, dan konvergen. Dari hasil pemeriksaan yang ada maka langkah awal yang dilakukan oleh bidan adalah ...
- A. Rujuk
 - B. Infus
 - C. Kolaborasi
 - D. Melakukan *informed consesnt*
 - E. Melakukan pertolongan persalinan

D. Kunci Jawaban dan Pembahasan

1. Emboli air ketuban (D)

Faktor resikonya antara lain multipara, solutio plasenta, IUFD, suction curettage, terminasi kehamilan trauma abdomen, versi luar dan amniosentesis. Ada beberapa resiko yang dapat memicu terkena emboli air ketuban diantara nya usia tua saat hamil, masalah pada plasenta, polihidramnion.

Tanda dan gejala pada kasus diatas adalah mengarah ke emboli air ketuban. Seperti kecemasan, kedinginan, fetal distres.

2. Manuver MacRoberts (B)

Dalam bagan algoritma penanganan distosia bahu dijelaskan bahwa jika persalinan macet karena distosia bahu maka langkah awal yang dilakukan adalah minta tolong untuk memposisikan ibu (posisi Litotomi) lalu melakukan episiotomi, dilanjutkan manuver MacRoberts dan penekanan suprasimfisis.

3. Rujuk (A)

Langkah bidan pada kasus di dalam soal adalah melakukan rujukan, karena kata kunci nya adalah hasil pemeriksaan pasien sudah melewati garis waspada, pembukaan masih 6 cm, TFU 32 cm.

4. G1P0A0 hamil aterm inpartu kala 1 fase laten dengan preeklampsia berat (E)

Kata kunci dari kasus diatas adalah perempuan hamil cukup bulan, tekanan darah \geq 140/90 mmHg, Protein urine nya +2, dan ada oedema pada kaki kanan dan kiri. Dan pasien ini harus di rujuk setelah diberikan terapi MGSO4 di TPMB.

5. Melakukan *inform consent* (D)

Dari kasus di atas kata kunci nya adalah hamil anak pertama, periksa di TPMB, leopold di dapatkan hasil presentasi bokong, wewenang pertolongan persalinan di TPMB dengan presentasi bokong anak pertama tidak boleh di lakukan. Maka sebagai bidan harus mampu melakukan informed choice dan informed consent agar pasien dan keluarga dapat mengerti dan faham tentang kondisi yang di alami nya, dan pada akhirnya harus di rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai alatnya.

BAB 4

DETEKSI DINI PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA KEGAWATDARURATAN PERSALINAN KALA 3 DAN 4

Royani Chairiyah, S.SiT, M.Kes,M.Keb



BAB 4
DETEKSI DINI PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA KEGAWATDARURATAN
PERSALINAN KALA III DAN IV
Royani Chairiyah, S.SiT, M.Kes,M.Keb

A. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah ini bertujuan untuk memberikan pemahaman dan keterampilan kepada mahasiswa mengenai deteksi dini, penanganan, dan penanganan penyulit serta komplikasi yang mungkin terjadi pada persalinan kala III dan IV atonia uteri, retensi plasenta, robekan perineum.

B. Latar Belakang

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), 800 wanita meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan proses penuaan. Sekitar 99 persen kematian bayi terjadi di negara-negara berkembang. Sekitar 80% kematian ibu disebabkan oleh meningkatnya komplikasi selama kehamilan, menyusui, dan setelah menyusui (WHO, 2014). Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, terdapat 359 AKI per 100.000 penduduk hidup di Indonesia. Di sisi lain, tujuan SDG tahun 2030 adalah menurunkan angka kematian ibu hingga di bawah 70/100.000 kelahiran (SDKI, 2012). Menurut Departemen Kesehatan (Kemenkes) RI, angka kematian bayi pada tahun 2022 sebesar 183 per 100 ribu per kapita.(Muda, 2023)

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016, tiga penyebab utama kematian bayi adalah infeksi (7,3%), hipertensi pada ibu hamil (27,1%), dan pendarahan (30,3%). Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah anemia 40% dan kurang energy kronik (KEK) 37%, dan penyebab lainnya 23% I (WHO,2012).

Perdarahan merupakan suatu kondisi yang timbul ketika pembuluh darah pecah sehingga menyebabkan individu mengalami kehilangan darah di tubuhnya. Ada dua jenis pendarahan: antepartum dan postpartum. Perdarahan antepartum di atas 20 minggu atau berat janin lebih dari 1000 gram. (Manuaba,2010). Penyebab utama perdarahan antepartum antara lain plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri. Penyebab tambahan juga dapat terjadi luka jalan lahir karena trauma, termasuk varises

yang pecah dan kelainan serviks termasuk polip, erosi, dan karsinoma. (Wijakjosastro,2005).

Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai perdarahan minimal 500 cc yang terjadi setelah bayi pertama kali keluar dari vagina atau minimal 1000 cc setelah persalinan abdominal yang terjadi dalam waktu 24 jam dan sebelum 6 minggu setelah persalinan. Berdasarkan waktu terjadinya perdarahan postpartum dibedakan menjadi perdarahan primer dan perdarahan sekunder. Hari dasar adalah hari dimana hari pertama sekolah diadakan. Pendarahan urutan kedua adalah pendarahan yang terjadi setelah 24 jam persiapan. (Fauziyah, 2012). Faktor penyebab perdarahan dikenal dengan 4T, yaitu Tonus (atonia uteri) 70%, Trauma (laserasi, hematoma, inversi, ruptur) 20%, Tissue (retensi jaringan, plasenta invasif) 10%, dan Thrombin (koagulopati) 1% (Evenson dan Anderson, 2015).

Rosidi (2016) melakukan penelitian di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang pada bulan Januari 2014 hingga September 2015. Dari 95 peserta penelitian, ditemukan 33 peserta menderita atonia uteri (34,7%). Penyebab lainnya antara lain retensi plasenta sebanyak 25 kasus (26,3%), sisa plasenta sebanyak 17 kasus (17,9%), ruptur perineum sebanyak 1 kasus (1,1%), laserasi jalan lahir (17,9%), dan campuran laserasi jalan lahir dan sisa plasenta sebanyak 2 kasus (2,1%). Berdasarkan sebaran di atas dapat disimpulkan bahwa atonia uteri merupakan penyebab utama tingginya angka perdarahan postpartum.

Atonia uteri, atau ketidakmampuan rahim untuk berkontraksi dengan baik dan mengecil setelah melahirkan, disebabkan oleh beberapa faktor risiko, antara lain anemia, usia sangat tua atau rawan lumpur, multiparitas, jarak kelahiran, persalinan induksi, anestesi/analgesia, dan miometrium. . (Cunningham dkk, 2012). Faktor risiko yang paling sering terjadi adalah anemia, usia yang terlalu muda dan tua, multiparitas dan jarak kelahiran (Rosidi (2016), Purwanti dan Trisnawati (2015), Wuryanti, A. (2010), Yuliaswati (2016)).

Anemia pada ibu dengan kadar hemoglobin kurang dari 11 gram/dl dikaitkan dengan suatu kelemahan yang mungkin berperan sebagai penyebab langsung terjadinya perdarahan postpartum. Frekuensi anemia pada perdarahan postpartum

adalah 5-15% dari seluruh persalinan; penyebab paling umum dari atonia uteri adalah 50–60%; penyebab lainnya antara lain retensio plakensis (16–17%), sisa plasenta (23–24%), laserasi lahir 4–5%, dan kelainan pembekuan darah (0–0,5%).(Nugroho, 2010). Hal ini disebabkan karena kurangnya oksigen yang dikirim oleh Hemoglobin didalam darah mengakibatkan uterus kekurangan nutiri sehingga membuat kontraksi otot-otot uterus tidak adekuat sehingga terjadi atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak dan memanjang (Manuaba, 2007). Penelitian Wuryanti (2010), membuktikan bahwa terdapat hubungan antara anemia dengan kejadian atonia uteri di RSUD Wonogiri pada tahun 2010 .

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwanti dan Trisnawati (2015) di RSUD Margono Soekarjo pada bulan Januari 2014-Desember 2014, menunjukkan bahwa adanya hubungan usia dan paritas terhadap atonia uteri yakni, usia (< 20 dan > 35 tahun). Paritas yang lebih dari dua berperan dalam kejadian atonia uteri. Hal ini berkaitan dengan kemampuan otot-otot rahim. Syaifuddin (2009), menyebutkan jika terlalu sering melahirkan, maka serabut otot miometrium mengalami penurunan fungsi dalam berkontraksi dan memicu perdarahan.

Usia merupakan faktor penting yang dapat memicu terjadinya atonia uteri dikarenakan usia berkaitan dengan organ dan hormon yang berperan saat persalinan. Jika usia terlalu muda (<20 tahun), organ dan hormon belum siap dalam proses persalinan, namun jika terlalu tua (>35 tahun) fungsi organ dan hormon mengalami kemunduran. Kehamilan dan kelahiran terbaik adalah antara usia 20-35 tahun.

Penelitian Yuliaswati (2016), di RSUD Sukohardjo menyebutkan bahwa jarak kelahiran mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian atonia uteri. Seorang wanita setelah melahirkan membutuhkan waktu 2 tahun atau lebih jarak melahirkan berikutnya agar keadaan uterus dan kondisi umum ibu pulih kembali. Jarak kehamilan yang pendek akan meningkatkan resiko terhadap kejadian atonia uteri. Jarak persalinan yang optimal adalah antara 2-3 tahun. (Prawihardjo,2010).

Atonia uteri yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan syok dan menurunkan kesadaran akibat banyaknya darah yang keluar. Hal ini menyebabkan gangguan sirkulasi darah mengalir ke setiap bagian tubuh sehingga mengakibatkan rendahnya gula darah. Jika hal ini terus terjadi maka akan menimbulkan ibu tidak terselamatkan . (Cunningham, 2010).

C. Atonia Uteri

1. Anatomi Uterus

Uterus merupakan organ berongga yang berbentuk seperti buah pir dan berdinding tebal yang berfungsi sebagai tempat untuk menerima, mempertahankan, dan memberi makan ovum yang telah dibuahi (Snell, 2012). Uterus terdiri dari dua bagian utama, yakni bagian segitiga atas yang disebut badan atau *corpus*, dan bagian lainnya merupakan bagian silindris bawah yang disebut serviks, yang masuk ke dalam vagina. *Isthmus* adalah bagian uterus ostium uteri internum dan kavitas uteri. Tuba fallopi juga disebut sebagai tuba uterina yang muncul dari *cornu* uterus pada persimpangan antara batas atas superior dan lateral.

Fundus adalah bagian segmen atas uterus yang cembung di antara tempat insersi tuba uterina. Uterus pada wanita yang sedang tidak mengandung terletak di dalam rongga pelvis di antara kandung kemih di anterior dan rektum di posterior. Sebagian besar corpus uteri kecuali serviks terdiri dari otot (Cunningham dkk, 2012).

Uterus terdiri dari 3 bagian, yakni endometrium, miometrium, dan parametrium. Tunika mukosa yang membatasi corpus uteri disebut endometrium. Tunika ini melanjutkan diri ke atas sebagai tunika mukosa yang melapisi tuba uterina dan ke bawah sebagai membran mukosa yang melapisi serviks. Endometrium langsung melekat pada otot sehingga tidak mempunyai lapisan submukosa. *Portio supravaginalis cervicis* dikelilingi oleh fascia pelvis viceralis yang ada pada daerah ini sering disebut sebagai parametrium (Snell, 2012). Tunika muscularis atau miometrium membentuk sebagian besar dari uterus. Miometrium terdiri dari berkas otot polos yang disatukan oleh jaringan ikat yang mengandung banyak serat elastis. Serat-serat miometrium sisipan yang mengelilingi pembuluh darah di miometrium merupakan suatu kesatuan untuk mengontrol perdarahan dari tempat insersi plasenta selama persalinan kala tiga (Cunningham dkk, 2012).

Uterus pada wanita nullipara berukuran panjang 6-8 cm dibandingkan dengan wanita multipara dengan panjang 9-10 cm. Pada wanita nonpara, berat uterus rata-rata 50-70 g, sedangkan pada wanita para, berat uterus sekitar 80 g atau lebih. Hal ini diakibatkan oleh perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan (Langlois, 1970 dalam buku Cunningham dkk, 2012). Arteri utama yang berfungsi untuk menyuplai uterus adalah arteri uterina, sebuah cabang dari arteri iliaca interna. Sedangkan pembuluh darah vena dari uterus adalah vena uterina yang berjalan mengikuti arteri uterina dan bermuara ke dalam vena iliaca interna. Uterus dipersarafi oleh saraf simpatis dan parasimpatis yang berasal dari *plexus hypogastricus inferior* (Snell, 2012).

2. Uterus pada Masa Kehamilan

Selama masa kehamilan, uterus membesar akibat peningkatan produksi hormon estrogen dan progesteron, yang pada awalnya oleh corpus luteum ovarii, kemudian diteruskan oleh plasenta (Snell, 2012). Kehamilan dapat merangsang pertumbuhan uterus yang sangat cepat yang disebabkan oleh hipertrofi serat-serat otot. Berat uterus dari 70 g meningkat menjadi kira-kira 1.100 g saat cukup bulan. Volume totalnya rata-rata 5 L. Fundus uteri yang sebelumnya berbentuk cembung datar di antara tempat insersi tuba, kini tampak menyisip ke pertemuan sepertiga atas dan tengah uterus. Tuba uterina memanjang, tetapi ovarium secara keseluruhan tampak tidak berubah (Cunningham dkk, 2012).

Pertumbuhan uterus pada trimester pertama distimulasi oleh meningkatnya hormon estrogen dan progesteron. Pembesaran uterus juga diikuti oleh peningkatan vaskularisasi dan dilatasi dari pembuluh darah, hiperplasi dan hipertrofi, serta perkembangan desidua. Pada saat usia gestasi 7 minggu, ukuran uterus sebesar telur ayam; saat usia gestasi 10 minggu, ukuran uterus sebesar buah jeruk; dan saat usia gestasi 12 minggu, ukuran uterus seperti *grapefruit*. Setelah itu, pembesaran uterus disebabkan oleh tekanan mekanik dari pertumbuhan fetus (Lowdermilk, 2016). Selama trimester kedua, dinding otot lebih kuat dari sebelumnya dan menjadi lebih elastis, berbentuk sferis atau globular. Kemudian, karena janin yang tumbuh menyebabkan uterus akan semakin besar dan lebih ovoid (Lowdermilk, 2016).

Menjelang persalinan, persiapan uterus berupa terjadinya perubahan dari miometrium yang tenang selama fase satu (fase pendahuluan untuk partus) menjadi uterus yang lebih aktif (fase dua) sebagai persiapan untuk kontraksi persalinan. Proses ini terjadi akibat perubahan dalam ekspresi protein-protein kunci yang berfungsi mengontrol kontraktilitas. Berbagai *Contraction Associated Protein* (CAP) ini mencakup reseptor oksitosin, reseptor prostaglandin F, dan koneksi 43 (Smith, 2007 dalam buku Cunningham, 2012). Oleh karena itu, reseptor oksitosin miometrium meningkat pesat seiring dengan peningkatan jumlah dan luas permukaan protein-protein *gap junction* sehingga terjadi peningkatan iritabilitas uterus dan kepekaan uterus terhadap uterotonin. Selain itu, juga terbentuk segmen bawah uterus dari *isthmus*. Kontraksi uterus bersifat involunter dan umumnya tidak dikontrol oleh faktor dari luar uterus. Pada persalinan fase aktif, durasi setiap kontraksi berkisar dari 30 sampai 90 detik, rata-rata sekitar 1 menit (Cunningham dkk, 2012).

3. Definisi Atonia Uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana serat-serat otot miometrium gagal untuk berkontraksi dan memendek sehingga uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Wiknjosastro, 2007). Hal ini merupakan penyebab perdarahan pascapartum yang paling sering dan biasanya terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan.

Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik. (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

4. Patofisiologi Atonia Uteri

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum sehingga sinus-sinus maternalis ditempat insersinya plasenta terbuka. Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga

perdarahan akan terhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak (Wiknjosastro,2007).

5. Tanda dan Gejala Atonia Uteri

Tanda dan gejala Atonia Uteri yang bias dikenali dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada atonia sangat banyak dan disertai dengan gumpalan karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah .

- b. Konsistensi Rahim lunak

Gejala khas atonia uteri yang membedakan atonia dengan penyebab yang lain.

- c. Fundus uteri naik

Dikarenakan adanya darah yang terperangkap didalam cavum uterus dan mengumpal.

- d. Terdapat tanda-tanda syok

Tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan lema, ekstremitas dingin (Eniyati, 2013).

6. Diagnosis Atonia Uteri

Diagnosis atonia uteri bisa ditegakkan ketika setelah bayi dan plasenta lahir ternyata dijumpai perdarahan yang masih aktif dan banyak per vaginam yang disertai gumpalan karena tromboplastin sudah tidak lagi memegang peran sebagai anti pembeku darah, dan pada saat dipalpasi didapatkan fundus uterus masih setinggi pusat atau lebih yang disebabkan karena adanya darah yang terperangkap dalam cavum uterus dan mengumpal yang disertai dengan kontraksi yang lemah (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Perlu juga diperhatikan bahwa pada saat diagnosis atonia uteri ditegakkan, maka pada saat itu juga masih terdapat darah sebanyak 5001.000 cc yang telah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti.Selain itu, pemeriksaan dengan palpasi juga didapatkan uterus yang lembek (konsistensi rahim lunak) dan kaku akibat kehilangan tonus. Tanda-tanda syok juga penting untuk diperhatikan dengan gejala seperti hipotensi, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual, dll (Prawirohardjo, 2010).

7. Faktor Predisposisi Atonia Uteri

Beberapa kondisi selama hamil dan bersalin dapat merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan paska persalinan, keadaan tersebut ditambah lagi dengan tidak maksimalnya kondisi kesehatannya dan nutrisi ibu selama hamil. Oleh karena itu faktor-faktor haruslah diketahui sejak awal dan diantisipasi pada waktu persalinan :

a. Usia ibu

Usia ibu mempunyai pengaruh terhadap kemungkinan terjadinya peningkatan jumlah darah pada kala III dan kala IV. Usia dibawah 20 tahun uterus belum berfungsi sempurna sedangkan usia diatas 35 tahun terjadi kemunduran progresif sehingga dinding endometrium tidak berkontraksi sempurna pada saat persalinan dan setelah persalinan. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan yaitu 20 tahun sampai 30 tahun (Fauziyah, 2012).

b. Paritas

Pada grandemultigravida mempunyai resiko yang besar untuk peningkatan jumlah darah pada kala III dan kala IV.Hal ini disebabkan adanya gangguan elastisitas otot-otot uterus karena peregangan akibatnya dinding uterus menipis dan kontraksi menjadi lemah.Uterus terlalu tegang, misalnya pada hidramnion, kehamilan kembar, anak besar, uterus yang kelelahan (persalinan lama), dan uterus yang lembek akibat narkosa (Kavle, 2008).

c. Anemia

Anemia adalah keadaan kadar Hemoglobin kurang dari 10 gr/dl akibatnya terjadi penurunan kadar oksigen dalam darah sehingga mengganggu proses oksigenasi dan metabolisme otot-otot uterus yang menyebabkan gangguan kontraksi pada uterus (Fauziyah, 2012)

d. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran yang pendek mengakibatkan resiko kejadian perdarahan postpartum karena tubuh belum pulih setelah kelahiran terdahulu jarak ideal melahirkan sekurangkurangnya 2 tahun (Manuaba, 2007). Jarak kehamilan yang terlalu dekat dengan kehamilan sebelumnya akan berdampak resiko yang membahayakan baik pada ibu maupun janinnya.

Rahim yang masih belum pulih benar akibat persalinan sebelumnya belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan untuk ibu sendiri. Akibatnya akan meningkatkan resiko terkena anemia akut. Ibu hamil yang terkena anemia akut akan meningkatkan resiko terhadap perdarahan, komplikasi kehamilan, bayi terlahir prematur, resiko perdarahan saat persalinan, dan resiko terburuk yaitu keguguran (Manuaba, 2007). Faktor lain yang bisa menjadi faktor predisposisi atonia uteri adalah :

- a. peregangan uterus yang berlebihan
- b. induksi persalinan
- c. riwayat atonia uterus
- d. myometrium yang kelelahan
- e. distensi uterus yang berlebihan
- f. persalinan dengan tindakan (Nugroho, 2010).

8. Pencegahan Atonia Uteri

Pencegahan terjadinya perdarahan post partum adalah dengan melakukan manajemen aktif kala III dengan benar. Selain itu juga dianjurkan untuk

memberikan uterotonika segera setelah bayi lahir dan tindakan pencegahan tidak hanya dilakukan pada saat bersalin, namun dimulai dari awal kehamilan. Pengawasan antenatal memberikan manfaat untuk deteksi dini komplikasi pada kehamilan sehingga dapat dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan (Rukiyah dkk, 2010).

Di bawah ini tabel jenis uterotonika dan cara pemberiannya.

Tabel 6. 1 . Jenis Uterotonika dan Cara Pemberiannya

Jenis dan Cara	Oksitosin	Ergometrin	Misoprostol
Dosis dan Cara pemberian awal	IV : Infus 20 unit dalam 1 liter larutan garam fisiologis dengan 60 tetesan per menit IM : 10 unit	IM atau IV (secara perlahan) : 0,2 mg	Oral 600 mcg atau rektal 400 mcg
Dosis lanjutan	IV : Infus 20 unit dalam 1 liter larutan garam fisiologis dengan 40 tetes/menit	Ulangi mg setelah menit. Jika masih diperlukan, beri IM/IV setiap 2-4 jam	0,2 IM jam setelah dosis awal
Dosis maksimal per hari	Tidak lebih dari 3 liter larutan dengan oksitosin	Total 1 mg atau 5 dosis	Total 1.200 mcg atau 3 dosis

Indikasi	Tidak	boleh	Preeklamps	Nyeri
kontra	memberi	IV	ia,	kontraksi
atau	secara cepat atau		vitiu	
hatihati	bolus		m kordis,	
			hipertensi	

Sumber: (Saifuddin dkk.2013).

9. Penatalaksanaan perdarahan post partum

Menurut Rukiyah dkk (2010), melakukan penatalaksanaan atonia uteri harus sesuai dengan etiologinya. Berikut penanganan atonia uteri :

- a. Lakukan Resusitasi dengan memberikan oksigenisasi dan pemberian cairan cepat apabila terjadi perdarahan postpartum;
- b. Pemberian uterotonika, pemberian oksitosin pada kala III dapat mengurangi perdarahan postpartum lebih dari 40%. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan;
- c. Lakukan Masase dan kompresi bimanual, masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan :

1) Kompresi Bimanual Interna (KBI)

Kompresi uterus dilakukan dengan cara melakukan penekanan kepalan tangan pada forniks anterior kearah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus di tekan kearah depan dan belakang. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka di dinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi. Lakukan selama 5 menit, jika uterus berkotraksi lakukan 2 menit dilanjutkan observasi kala IV secara ketat (Rukiyah dkk, 2010). Jika uterus tidak berkontraksi maka lanjutkan Kompresi Bimanual Eksterna. 2) Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

Kompresi uterus dilakukan dengan cara saling

mendekatkan tangan depan (pada dinding abdomen) dan tangan belakang (sejajar dinding depan corpus uteri) yang melingkupi bagian uterus seluas mungkin (Rukiyah dkk, 2010). Pantau aliran darah yang keluar, bila perdarahan berkurang kompresi dilanjutkan, jika tidak lakukan KAA.

3) Kompresi Aorta Abominalis

Raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri dan kepalkan tangan kanan kemudian tekan pada daerah umbilicus, tegak lurus dengan sumbu badan hingga mencapai columna vertebralis, jika uterus gagal berkontraksi maka rujuk dengan tindakan KAA dan KBE.

D. Retensio Plasenta

1. Definisi Retensio Plasenta

Retensio plasenta terjadi ketika plasenta tertahan setidaknya selama 30 menit setelah bayi lahir, atau belum dilahirkan. Perlekatan yang kuat antara plasenta dan rahim mungkin menjadi penyebab sulitnya mengeluarkan plasenta pada kala III, bahkan dengan bantuan aktif. Pada 6-10% kasus, retensio plasenta menjadi penyebab perdarahan. Plasenta yang tertahan memiliki peningkatan risiko perdarahan pascapersalinan sebesar 4,1 kali lipat, menurut penelitian. Tingkat perdarahan postpartum meningkat sebesar 2,6%. (Saifuddin Abdul Bari, et al, 2016)

Pelepasan plasenta secara Duncan, yaitu lepasnya atau separasi plasenta, atau metode Schultze, yaitu plasenta terpisah sebagian tetapi tidak muncul ke dalam vagina, merupakan dua penyebab perdarahan vagina. Tidak akan terjadi pendarahan dari sisa plasenta selama plasenta belum lepas. Kalaupun kala III belum lewat 30 menit, sebagian plasenta yang sudah lepas dapat mengakibatkan perdarahan kala III yang harus diantisipasi dengan segera melakukan pelepasan plasenta secara manual. Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)

2. Jenis-jenis Retensio Plasenta

a) Plasenta Adhesiva: Ini adalah salah satu jenis perlekatan plasenta yang tidak normal. Mekanisme pemisahan fisiologis gagal ketika tonjolan korionik plasenta tertanam kuat.

b) Plasenta Akreta

plasenta yang tidak mampu terlepas seluruhnya atau sebagian dari dinding rahim. Hal ini disebabkan oleh implantasi korion plasenta dan penetrasi sebagian lapisan miometrium. Desidua basalis, khususnya lapisan berbusa, tidak ada seluruhnya atau sebagian, yang menjadi penyebab kondisi ini. Plasenta akreta diperkirakan terjadi pada 1,7 dari setiap 10.000 kelahiran. Menurut penelitian lain, terdapat plasenta akreta dari 3 setiap 1000 kelahiran selama dekade ini. Ilan E. Timor-Trisch (2012), Fitzpatrick dkk. (2012)

c) Plasenta Inkreta

Implantasi korion plasenta menonjol hingga menyentuh atau menembus miometrium.

d) Plasenta Perkreta

Implantasi jonjot korionik plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding rahim. Penetrasi elemen korionik yang tidak normal ke dalam lapisan serosa rahim.

e) Plasenta Inkarsera

Retensi plasenta di rongga rahim akibat penyempitan ostium uteri

(Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)· (Fitzpatrick et al., 2012)

3. Etiologi dan Patofisiologi

Tabel 1. Model klasifikasi faktor etiologi *prolonged third stage* (Andrew D Week, 2008)

Model for classification of aetiological factors for a prolonged third stage with suggested optimal treatment

Type Retained Placenta	Partial accreta	Placenta adherens	Trapped placenta
<i>Pathophysiology</i>	<i>Disruption of placentamyometrial interface</i>	<i>Persistent placental inhibition of myometrial contraction</i>	<i>Loss of gravitational forces or cervical closure</i>
<i>Aetiological factor</i>	<i>Pre-eclampsia</i> <i>Small placenta</i> <i>Previous abortion</i> <i>Previous uterine injury</i> <i>Uterine abnormalities</i>	<i>Prematurity</i> <i>Augmented or dysfunctional labour</i> <i>Induced labor</i>	<i>Delivery in a labour bed</i> <i>Use of prophylactic Iv ergomtrine</i>
<i>Optimal treatment</i>	<i>Manual removal</i>	<i>Intrauterine oxytocin injection</i>	<i>Nitroglycerin, or persistent controlled cord contraction</i>

Jika plasenta berhasil lepas namun tetap berada di dalam rahim karena mulut rahim tertutup sebagian, hal ini bisa terjadi. Alternatifnya, plasenta mungkin menempel secara tidak normal pada miometrium dan gagal melahirkan. Terjebaknya plasenta di dalam rahim tidak separah kegagalan melahirkan plasenta. (Nikolajsen S, Løkkegaard ECL, 2013)

Ungkapan "retensio plasenta" telah lama dipahami sebagai merujuk pada berbagai patologi. Beberapa plasenta hanya tersangkut di belakang leher rahim yang tertutup; yang lain, yang dikenal sebagai *placenta adherens*, melekat pada dinding

rahim tetapi mudah dikeluarkan dengan tangan; yang lain lagi, yang dikenal sebagai plasenta akreta, secara patologis menyerang miometrium.

Terdapat 3 mekanisme utama penyebab dari retensi plasenta, yaitu:

a. Invasive Plasenta

Perlekatan plasenta abnormal yang disebabkan oleh trauma endometrium dari operasi sebelumnya. Mulai dari perlekatan plasenta, akreta, hingga perkreta, hal ini mengakibatkan kelainan pada perlekatan plasenta. Retensi plasenta terjadi akibat terhambatnya proses pelepasan plasenta. Riwayat obstetrik dan karakteristik pasien mengandung mekanisme ini.

b. Hipoperfusi Plasenta

Hipoperfusi plasenta dengan sisa plasenta dikaitkan dengan stres oksidatif, yang sering terjadi pada hipoperfusi plasenta karena remodeling arteri spiralis yang tidak lengkap dan plasentasi dangkal. Hipoperfusi plasenta, yang berhubungan dengan komplikasi plasenta selama kehamilan, termasuk dalam model kedua ini.

c. Kontraktilitas yang tidak Adekuat

Mekanisme ketiga yang menyebabkan retensi plasenta adalah kontraksi miometrium retroplasenta yang tidak mencukupi. Berdasarkan model ketiga berkaitan dengan persalinan itu sendiri.(Greenbaum, Shirley, Tamar Wainstock, Doron Dukler, Elad Leron & A, 2017)

4. Tanda dan Gejala Retensi Plasenta

Tabel 2. Tanda dan Gejala Retensi Plasenta (Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)

Gejala	Separasi/akreta parsial	Plasenta inkarserata	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup

Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Diskoid	Agak globuler	Diskoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjulur sebagian	Terjulur	Tidak terjulur
Ostium Uteri	Terbuka	Kontraksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversio oleh tarikan kuat pada tali pusat

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Retensi Plasenta (Varney, Helen, 2015)

Menurut beberapa sumber faktor risiko terjadinya retensi plasenta yaitu:

a. Usia

Usia ibu adalah jumlah tahun yang ia jalani sejak kelahirannya. Risiko seorang ibu terhadap kematian ibu dan perinatal dapat meningkat jika ia berusia 35 tahun atau lebih. Menurut penelitian, risiko kesakitan dan kematian ibu meningkat seiring bertambahnya usia, dengan risiko 5,4 kali lipat pada usia di atas 35 tahun dan 15,9 kali lipat pada usia di atas 40 tahun jika dibandingkan dengan usia lebih muda. Retensi plasenta adalah risiko lain yang meningkat. Semakin tinggi usia, maka peluang terjadinya retensi plasenta 1,8 kali lebih besar, menurut penelitian yang telah dilakukan. Pada tahun 2016, Noorhayati dkk.

Kematian ibu dapat terjadi karena pendarahan, dan usia merupakan salah satu faktor risikonya. Hal ini disebabkan oleh ibu(Elizabeth, et al, 2015)

Usia ibu adalah jumlah tahun yang ia jalani sejak kelahirannya. Risiko seorang ibu terhadap kematian ibu dan perinatal dapat meningkat jika ia berusia 35 tahun atau lebih. Menurut penelitian, risiko kesakitan dan kematian ibu meningkat seiring bertambahnya usia, dengan risiko 5,4 kali lipat pada usia di atas 35 tahun dan 15,9 kali lipat pada usia di atas 40 tahun jika dibandingkan dengan usia lebih muda. Retensi plasenta adalah risiko lain yang meningkat. Semakin tinggi usia, maka peluang terjadinya retensi plasenta 1,8 kali lebih besar, menurut penelitian yang telah dilakukan. (Noorhayati et al, 2016)

Kematian ibu dapat terjadi karena pendarahan, dan usia merupakan salah satu faktor risikonya. Hal ini disebabkan karena risiko retensi plasenta yang lebih tinggi disebabkan oleh variasi angiogenesis atau penurunan kualitas tempat plasenta yang berhubungan dengan usia ibu. Ada kemungkinan terjadinya pendarahan pascapersalinan, menurut penelitian yang dilakukan pada usia tiga puluh tahun. Perdarahan postpartum dikaitkan dengan kala III yang berkepanjangan dan retensi plasenta dengan risiko 4,1 kali. (Elizabeth, et al, 2015)

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa usia merupakan faktor risiko retensi plasenta. Misalnya, penelitian Owolabi et al. menemukan bahwa wanita berusia di atas 35 tahun memiliki risiko retensi plasenta 7,10 kali lebih tinggi; Penelitian Khotijah menemukan bahwa wanita berusia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun memiliki risiko 2 kali lebih tinggi mengalami retensi plasenta; Penelitian Anggrita Sari menemukan bahwa wanita berusia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun memiliki risiko 2 kali lebih tinggi mengalami retensi plasenta; Penelitian Riyanto mengungkapkan bahwa wanita berusia di atas 35 tahun dikaitkan dengan risiko retensi plasenta 2,4 kali lebih tinggi; dan penelitian Yulianus Sudarman menemukan bahwa wanita berusia di atas 20 dan di atas 35 tahun memiliki risiko retensi plasenta selama 3.383 tahun. (Yulianus Sudarman, 2017)

Penelitian lainnya yang dilakukan Mayang Notika Ratu menemukan adanya korelasi antara kejadian retensi plasenta dengan usia risiko tinggi. Menurut penelitian Naushaba Rizwan, ibu yang mengalami retensi plasenta biasanya berusia antara 26 dan 30 tahun. Penelitian Elizabeth et al. mengungkapkan bahwa retensi plasenta dikaitkan dengan usia lebih dari tiga puluh tahun. Dalam penelitian Elizabeth et al., usia dibagi menjadi 5 kategori: <20 tahun, 20-24 tahun, 25-29 tahun, 30-34 tahun, 35-39 tahun, dan ≥40 tahun. Faktor risiko meningkat pada usia 35-39 tahun dan ≥35 tahun. Usia dikategorikan oleh penelitian J. Balechaw et al. menjadi empat kelompok: di bawah 25 tahun, 25-29 tahun, 30-34 tahun, dan di atas 35 tahun.(Coviello Elizabeth, Katherine L, Chun-Chih Huang, Tara E Kelly & Of, 2015)

b. Paritas

Para adalah jumlah kehamilan yang mengakibatkan lahirnya bayi atau bayi tersebut telah berkembang hingga mampu bertahan hidup. Batasan definisi aborsi diperkirakan tercapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram. Paritas seseorang hanya bisa naik jika kehamilannya menghasilkan janin yang sehat. Misalnya, seorang wanita dinyatakan gravida 2, para 0 jika dia pernah hamil dua kali dan melakukan aborsi pada trimester pertama. (Varney, Helen, 2015)

Persoalannya adalah jumlah kehamilan dengan janin yang berkembang hingga mencapai titik bertahan hidup, dan bukan jumlah total janin yang bertahan hidup. Ini adalah menentukan paritas. Jadi, seorang wanita yang hamil dan melahirkan anak dengan berat dua kilogram dianggap gravida, para 1. Apakah janin tersebut lahir mati atau hidup tidak ada hubungannya dengan Para. Wanita yang telah melahirkan dua orang anak, salah satunya lahir mati cukup bulan dan satu lagi bayi cukup bulan hidup dengan status Gravida 2, Para 2..(Varney, Helen, 2015)

Wanita yang telah melahirkan anak yang mampu bertahan hidup disebut primipara. Sayangnya, primipara dan primigravida sering digunakan secara bergantian. Namun demikian, kecuali perempuan tersebut melahirkan anak yang

mencapai tingkat kelangsungan hidup, ia tidak dapat menjadi primigravida. Sebaliknya, seorang wanita yang tergolong multipara telah melahirkan dua anak atau lebih dan janinnya telah tumbuh hingga mencapai titik mampu bertahan hidup. Karena jumlah para dalam sistem ini dapat berfluktuasi namun tidak pernah melampaui jumlah ibu hamil, maka ada kemungkinan multigravida tetap menjadi multipara. Nulipara mengacu pada wanita yang kehamilannya tidak berkembang hingga mencapai titik kelangsungan hidup.

Para adalah seorang perempuan yang telah berkontribusi melahirkan bayi aterm. Wanita yang telah melahirkan janin cukup bulan lebih dari lima kali disebut Grandmultipara. Wanita yang melahirkan anak hidup beberapa kali disebut Multipara (pleuripara) dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.

Tidak ada cukup informasi yang dapat mereka berikan mengenai berapa banyak kehamilan yang dialami seorang wanita. Oleh karena itu, sistem dua angka Gravida/Para jarang digunakan. Meskipun dalam praktiknya bilangan-bilangan ini sering disalahartikan dengan para, sistem bilangan empat atau lima lebih sering digunakan sebagai pengganti para. Hal ini membingungkan karena, alih-alih menghitung jumlah kehamilan yang berkembang hingga janin dapat hidup—yang merupakan dasar penghitungan kesuburan—sistem ini malah menghitung setiap bayi yang lahir.(Varney, Helen, 2015)

Ibu dengan paritas tinggi berisiko menderita penyakit parah atau bahkan meninggal saat melahirkan. Penelitian menunjukkan bahwa risiko kesakitan ibu meningkat seiring dengan paritas, dari 1,19 kali untuk paritas 2 menjadi 1,45 kali untuk paritas ≥ 3 . Dengan implantasi plasenta berupa plasenta adhesif, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta, retensi plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grand multipara. Pendarahan terjadi akibat retensi plasenta yang mengganggu kontraksi otot rahim. Jika plasenta tertahan tanpa mengeluarkan darah, hal ini mungkin menunjukkan bahwa pasien kehilangan terlalu banyak darah; bekuan darah terbentuk sebagai keseimbangan baru, mencegah pendarahan; atau ada kemungkinan plasenta tertanam terlalu dalam.(Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)

Kelainan pada tempat implantasi plasenta meningkat seiring dengan meningkatnya paritas. Otot rahim digantikan oleh jaringan fibrosa setelah kehamilan ganda, sehingga mengakibatkan penurunan kekuatan kontraktil rahim dan potensi retensi plasenta dan atonia uteri. Pasien multipara atau grandemultipara lebih mungkin mengalami retensi plasenta dan perdarahan postpartum. Menurut penelitian, peluang terjadinya perdarahan 1,47 kali lipat dan kemungkinan retensi plasenta 1,03 kali lipat pada multiparitas. (Greenbaum, et.al, 2017)

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa paritas dan kejadian retensi plasenta saling berhubungan. Misalnya penelitian Owolabi dkk. menunjukkan bahwa paritas ≥ 5 berhubungan dengan terjadinya retensi plasenta. Penelitian Khotijah dan Mayang Notika juga menunjukkan adanya hubungan antara multiparitas dan kejadian retensi plasenta. Ratu menambahkan, ada hubungan antara kejadian retensi plasenta dengan multiparitas. Sumber lain menyatakan bahwa nulipara merupakan faktor risiko retensi plasenta selain multiparitas/grandemultipara menjadi faktor retensi plasenta. Menurut penelitian Shirley Greebaum et al., paritas dan frekuensi retensi plasenta ada hubungannya..(Greenbaum, Shirley, Tamar Wainstock, Doron Dukler, Elad Leron & A, 2017)

Penelitian Anggrita Sari menunjukkan bahwa retensi plasenta berhubungan dengan multiparitas, sedangkan penelitian Naushaba Rizwan menunjukkan bahwa ibu dengan paritas relatif rendah (44,4%) lebih mungkin mengalami retensi plasenta. Penelitian Yulianus Sudarman menunjukkan bahwa kejadian retensi plasenta berhubungan dengan paritas ≥ 2 . Namun penelitian Hirokazu Naoi menunjukkan bahwa primipara berhubungan dengan retensi plasenta.(Yulianus Sudarman, 2017)

c. Plasenta Previa

Plasenta yang dikenal sebagai plasenta previa menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internal setelah tertanam di segmen bawah rahim. Pada 0,4-0,6% dari semua kelahiran, plasenta previa diamati. 50/1000 kelahiran hidup

merupakan angka kematian perinatal jika dilakukan penatalaksanaan dan perawatan yang tepat. (Varney, Helen, 2015)

Dalam ulasannya terhadap 622 kasus plasenta akreta yang dikumpulkan antara tahun 1945 dan 1969, Fox menyatakan bahwa sepertiga dari kehamilan tersebut menderita plasenta previa. karena di bagian isthmus uterus, pembuluh sedikit sehingga perlu masuk jauh ke dalam. (Varney, Helen, 2015) Penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan risiko plasenta akreta menjadi perkreta sebesar 65,02 kali lipat pada kasus plasenta previa yang didiagnosis selama kehamilan..(Kathryn et.al, 2012)

d. Kadar Haemoglobin

Penurunan jumlah sel darah merah dalam darah atau penurunan konsentrasi hemoglobin darah dikenal sebagai anemia. Tingkat HB dalam darah sekitar 12,0 g per 100 mililiter (12 g/desiliter) untuk wanita yang tidak menerima hemodialisis dan sedikit di atas 10,0 g per 100 milimeter (10 g/desiliter) untuk wanita yang menerima hemodialisis adalah definisi umum dari anemia. dialisis ginjal. Anemia yang berhubungan dengan kehamilan meningkatkan kadar zat besi hingga sekitar 95%.(Varney, Helen, 2015)

Plasenta akreta dipengaruhi oleh kadar hemoglobin. Risiko yang terkait dengan anemia saat melahirkan antara lain gangguan kekuatan mengejan dan produksi urin; tahap pertama dapat berlangsung lama dan mengakibatkan partus lama; tahap kedua bisa melelahkan dan seringkali memerlukan pembedahan obstetrik; retensi plasenta dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri dapat terjadi setelah periode urin; dan pada kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri. Studi yang dilakukan Riyanto menunjukkan adanya hubungan antara anemia dan prevalensi retensi plasenta. Ibu yang mengalami anemia mungkin mengalami masalah saluran kemih, yang diikuti dengan retensi plasenta. Sekali lagi, mungkin terjadi penurunan tajam kadar hemoglobin pada ibu yang akan melahirkan dengan konsentrasi di bawah 10g/dl.(Lill Trine Nylot, Irene Sandven, Babill Stray-Pedersen, Silje Petterson & Al-Zirqi, 2017)

e. Riwayat Seksio Sesarea

Operasi caesar melibatkan pembuatan sayatan pada dinding rahim yang utuh untuk melahirkan bayi dengan berat lebih dari 500 gram. Selama beberapa dekade terakhir, terjadi peningkatan kejadian plasenta akreta, inkreta, dan perkreta. Hal ini berkaitan dengan meningkatnya jumlah operasi caesar yang dilakukan. Selama beberapa dekade terakhir, terjadi pula peningkatan kejadian plasenta akreta, inkreta, dan perkreta. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, 9,8% dari seluruh kelahiran pada tahun 2010 hingga 2013 menggunakan metode operasi caesar. Lebih dari 15% persalinan di Daerah Istimewa Yogyakarta dilakukan melalui operasi caesar, dan Kota Yogyakarta memiliki angka kelahiran tertinggi yaitu sebesar 28,6% pada tahun 2013.(Varney, Helen, 2015),(Sugiyanto, Muh Fauzan, Asih Setyani, 2013)

Dalam kasus Kelahiran Vagina Setelah Operasi Caesar (VBAC), adhesi dan retensi plasenta harus dipantau selama menangani kala III. Prosedur yang dikenal sebagai kelahiran normal setelah operasi caesar dikenal sebagai VBAC. Hal ini disebabkan oleh kemungkinan bahwa trauma pada endometrium akibat prosedur pembedahan sebelumnya dapat mengakibatkan perlekatan plasenta yang tidak normal, yang dapat bermanifestasi sebagai perlekatan plasenta, akreta, atau perkreta. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan risiko plasenta akreta sebesar 7,9 kali lipat pada wanita yang sebelumnya pernah menjalani operasi caesar. Perlu diingat bahwa ada kemungkinan lebih tinggi terjadinya implantasi plasenta di jaringan parut rahim saat menangani kala III.(Varney, Helen, 2015), (Greenbaum, Shirley, Tamar Wainstock, Doron Dukler, Elad Leron & A, 2017)

Menurut penelitian Johanna Belachew dkk, wanita yang sebelumnya pernah menjalani operasi caesar lebih mungkin mengalami perdarahan dan retensi plasenta saat melahirkan. Sebuah studi oleh Elizabeth M. Coviello dkk. tidak menemukan hubungan antara prevalensi retensi plasenta dan riwayat operasi caesar. Hal ini sejalan dengan penelitian Hirokazu Naoi yang tidak menemukan hubungan antara kejadian retensio plasenta dengan riwayat operasi caesar.(Hirokazu Naoi, Keiichi Kumasawa, Hitomi Nakamura & Tadashi Kimura, 2016)

f. Riwayat Kuretase

Teknik kuretase melibatkan sejumlah langkah yang melibatkan memasuki rahim dan menggunakan instrumen sendok kuretase untuk mengangkat jaringan yang menempel pada dinding rongga. Jaringan akan diambil dengan sendok kuret melalui proses pengikisan yang metodis. Hal ini dilakukan sebagai respons terhadap tanda-tanda aborsi septik dan tidak lengkap. (Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)

Kuretase pascapersalinan merupakan pilihan tambahan. Kuretase melibatkan serangkaian prosedur yang melibatkan manipulasi jaringan dan instrumen untuk mengikis jaringan yang menempel pada dinding rahim secara sistematis. Karena sebagian jaringan plasenta masih menempel pada dinding rongga rahim setelah plasenta lahir, maka kuretase pasca melahirkan merupakan hal yang unik. Karena rahim masih lunak dan besar, terdapat risiko signifikan terkait prosedur ini. Sendok besar dengan gagang lebih panjang merupakan alat kuretase atau sendok yang digunakan. Penjepit sel telur digunakan untuk fiksasi porsi. Kuretase postpartum diindikasikan untuk sisa plasenta dan sisa selaput ketuban.(Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)

Riwayat kuretase dikaitkan dengan risiko retensi plasenta 4,44 kali lebih tinggi, menurut penelitian oleh Owolabi dkk. Hal ini berkaitan dengan teori bahwa kuretase mengakibatkan kerusakan dan kerusakan kulit. Vili korionik lebih mungkin menembus otot rahim jika terdapat endometrium. Dalam analisisnya terhadap 622 kasus plasenta akreta yang dikumpulkan antara tahun 1945 dan 1969, Fox melaporkan bahwa hampir sepertiga kasus tersebut telah menjalani kuretase.(Coviello Elizabeth, Katherine L, Chun-Chih Huang, Tara E Kelly & Of, 2015)

g. Riwayat Manual Plasenta Sebelumnya

Proses mengeluarkan plasenta secara manual dari rongga rahim dan dari tempat implantasinya di dinding rahim dikenal sebagai ekstraksi plasenta manual. Istilah "manual" mengacu pada tindakan menyerang dan memanipulasi tangan penolong persalinan, yang ditempatkan langsung ke dalam rahim.

Plasenta manual menunjukkan bahwa plasenta tertahan atau menempel. Indikasi dari manual plasenta adalah retensi plasenta/plasenta adhesiva. (Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)

Riwayat retensi plasenta dikaitkan dengan peningkatan risiko retensi plasenta sebesar 15,22 kali lipat, menurut Owolabi dkk. riset. Hal ini karena perlekatan plasenta yang tidak normal ke miometrium atau kontraktilitas miometrium yang buruk dapat menyebabkan keterlambatan pemisahan plasenta selama persalinan pervaginam.(A T Owolabi, Dare FO, Fasubaa O B, Ogunlola I O, Kuti O, 2008)

h. Pre Eklamsia

Hipertensi dengan proteinuria yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dikenal sebagai preeklampsia. Komplikasi kehamilan akut yang dapat terjadi sebelum, saat melahirkan, atau setelah melahirkan adalah preeklampsia. Preeklamsia ringan dan preeklamsia berat dapat dibedakan satu sama lain berdasarkan gejala klinisnya. Retensi plasenta dan preeklamsia saling berkaitan, menurut penelitian M. Endler..(Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, 2016)(Margit Endler, MD, Charlotta Grünwald, MD, PhD, 2012)

Penyakit ini sering ditemukan bersamaan dengan IUFD dan IUGR. Gangguan plasenta diduga diakibatkan oleh hal ini yang menyebabkan plasenta menempel lebih dalam. Variasi yang tidak sempurna pada model arteri spiralis plasenta menyebabkan reperfusi, kerusakan perfusi pada jaringan plasenta, dan stres oksidatif, yang pada gilirannya menyebabkan gangguan plasentasi dan pembatasan pertumbuhan intrauterin (IUGR). Atherosclerosis dan peningkatan tanda histologis ibu, seperti infark plasenta, peningkatan adhesi jaringan, dan fibrosis vili terminal, terdapat pada plasenta kehamilan dengan preeklampsia dan IUGR. Peradangan histologis akut tidak meningkat pada preeklampsia, namun terkait dengan respon inflamasi sistemik yang berlebihan pada tubuh ibu dan jaringan plasenta. (Margit Endler, MD, Charlotta Grünwald, MD, PhD, 2012)

i. Persalinan Pre-term

Setiap saat setelah awal minggu kehamilan ke-20 hingga akhir minggu kehamilan ke-37 dianggap sebagai persalinan prematur. Puncak kelahiran prematur terjadi ketika kelahiran prematur menyumbang hampir 12% dari seluruh kelahiran di AS dan merupakan penyebab cacat lahir terbesar kedua dan penyebab terbesar kematian neonatal.⁵

Kematian janin dan solusio plasenta atau plasenta previa merupakan faktor risiko terjadinya persalinan prematur. Hal ini berkaitan dengan faktor risiko retensi plasenta bila kita mengkaji faktor predisposisinya. Penelitian M. Endler menemukan adanya korelasi antara kejadian retensi plasenta dengan kelahiran prematur. Semakin kecil usia kehamilan, risiko terjadinya retensi plasenta juga semakin meningkat. Retensi plasenta merupakan risiko yang meningkat seiring menurunnya usia kehamilan. Kelahiran prematur, khususnya bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 27 minggu, ditemukan berkorelasi secara substansial dengan retensi plasenta. Diperkirakan bahwa persalinan prematur dan kelainan perlekatan plasenta sering kali disebabkan oleh faktor risiko seperti serangan jantung dan degenerasi fibrinoid pada arteriol desidua.(Endler M, 2016)

j. Kelahiran mati (*Stillbirth*)

Bayi yang lahir tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan pada atau setelah usia kehamilan 28 minggu adalah definisi yang direkomendasikan WHO untuk digunakan sebagai perbandingan internasional. Komplikasi persalinan, kehamilan lewat waktu, infeksi (malaria, sifilis, HIV), kelainan pada ibu (terutama hipertensi, obesitas, dan diabetes), hambatan pertumbuhan janin, dan kelainan bawaan merupakan penyebab utama lahir mati. Pada tahun 2015, terdapat 2,6 juta bayi lahir mati di seluruh dunia, yang menyebabkan lebih dari 7.178 kematian setiap harinya..(Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LG & KD., 2005)

Sebagian besar kematian ini terjadi di negara-negara berkembang. Mayoritas (98%) terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Periode intrapartum adalah saat dimana terdapat risiko tertinggi terjadinya bayi

lahir mati, yaitu sekitar setengah dari seluruh bayi lahir mati. Persentase bayi lahir mati intrapartum bervariasi dari 10% di negara maju hingga 59% di Asia Selatan, menurut perkiraan.(Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LG & KD., 2005)

Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa lahir mati merupakan salah satu faktor yang mendukung teori bahwa insufisiensi plasenta yang disebabkan oleh penempatan plasenta yang tidak tepat merupakan penyebab kematian terkait persalinan.(Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LG & KD., 2005)

Mayoritas kematian ini terjadi di negara-negara berkembang. Sembilan puluh delapan persen terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Sekitar setengah dari semua kelahiran mati lahir terjadi pada periode intrapartum, mewakili waktu risiko terbesar. Perkiraan proporsi kelahiran mati yang intrapartum bervariasi dari 10% di daerah maju menjadi 59% di Asia selatan.(Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LG & KD., 2005)

Insiden retensi plasenta berhubungan dengan lahir mati, menurut penelitian Elizabeth dkk. Menurut penelitiannya, hal ini dikaitkan dengan infeksi intrauterin dan patologi plasenta pada penelitian sebelumnya. Penelitian M. Endler yang lain juga menunjukkan adanya korelasi antara frekuensi retensi plasenta dan lahir mati.(Coviello Elizabeth, Katherine L, Chun-Chih Huang, Tara E Kelly & Of, 2015)

k. Kehamilan Kembar

Kehamilan ganda didefinisikan sebagai kehamilan yang mengandung dua janin atau lebih. Ibu dan anak mungkin berisiko lebih besar pada kehamilan ganda. Oleh karena itu, pemantauan kehamilan yang lebih menyeluruh perlu dilakukan saat menangani kehamilan ganda. Atonia uteri, sisa plasenta, dan istirahat plasenta disebabkan oleh kontraksi otot-otot rahim setelah melahirkan. Komplikasi pascapersalinan pada kehamilan kembar antara lain retensi

plasenta, atonia uteri, istirahat plasenta, perdarahan pascapersalinan, dan infeksi..(Manuaba IBG, Manuaba IAC, 2010)

i. *Sm Deteksi Dini Penyulit Persalinan Kala 3 dan 4 all Placenta*

Plasenta berbentuk lingkaran, berukuran 15 cm kali 20 cm, tebal 2,5 hingga 3 cm, dan berat 500 gram. Plasenta dihubungkan dengan tali sepanjang 25–60 cm. Retensi plasenta ditemukan lebih sering terjadi pada plasenta dengan berat 500 gram atau kurang, menurut penelitian Owolabi et al.(Manuaba IBG, Manuaba IAC, 2010)

m. Riwayat Abortus

Aborsi terjadi bila berat janin kurang dari 1000 gram atau bila hasil konsepsi dihentikan dan dikeluarkan sebelum dapat bertahan hidup di luar rahim dan sebelum usia kehamilan 28 minggu. Salah satu faktor risiko yang mempengaruhi frekuensi retensi plasenta adalah aborsi. Menurut teori, plasenta akreta disebabkan oleh riwayat aborsi sehingga mengganggu perlekatan plasenta pada miometrium.(Manuaba IBG, Manuaba IAC, 2010)

n. Delivery in a labour bed

Salah satu penyebab terjebaknya plasenta adalah persalinan yang dilakukan di meja bersalin. Hal ini disebabkan oleh penutupan serviks atau penurunan gaya gravitasi. (Varney, Helen, 2015)

o. Penggunaan Ergometrin

Karena ergometrine sering menyebabkan kontraksi klonik atau tetanik, penggunaan obat secara rutin sebelum persalinan plasenta dapat menyebabkan retensi plasenta. Akibatnya, faktor risiko retensi plasenta meningkat.(Varney, Helen, 2015)

p. Augmented Labour by Oxytocin

Retensi plasenta merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan penggunaan oksitosin selama persalinan. Terganggunya pelepasan plasenta akibat plasenta persisten menjadi penyebabnya. Risiko retensi plasenta terkait dengan persalinan augmentasi adalah 1,74, menurut penelitian Margit Endler dkk. Penelitian ini juga menunjukkan adanya peningkatan risiko retensi plasenta sebesar 6,24 kali lipat bila oksitosin digunakan selama 415 menit.(Varney, Helen, 2015)

6. Komplikasi Retensi Plasenta(Achier D. Akol, 2016)

Retensi plasenta memiliki makna klinis yang cukup penting karena morbiditas dan mortalitas yang timbulkannya. Komplikasinya meliputi:

- a. Perdarahan setelah melahirkan

Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap perdarahan postpartum adalah retensi plasenta. Retensi plasenta berhubungan dengan kehilangan darah ≥ 500 ml dengan OR 33,07 kali, ≥ 1000 ml dengan OR 43,44 kali, dan ≥ 2000 ml dengan OR 111,24 kali, menurut penelitian Endler dkk.

- b. Infeksi

Risiko endometritis meningkat dengan manajemen plasenta manual untuk sisa plasenta.

E. Ruptur Perineum

1. Definisi Ruptur Perineum

Area dasar panggul antara vulva dan anus disebut perineum. Diafragma panggul dan otot urogenital serta fasia membentuk perineum. Robekan atau kerusakan jaringan yang disebabkan oleh paksaan disebut dengan ruptur (Fatimah dan Prasetya, 2019).

Saat bayi lahir, baik secara alami maupun melalui penggunaan alat atau tindakan, terjadi robekan perineum yang disebut dengan robekan perineum. Pijat perineum merupakan salah satu dari beberapa strategi yang dapat digunakan untuk mencegah pecahnya perineum. Disarankan untuk melakukan pijat perineum ini lima hingga enam minggu sebelum tanggal jatuh tempo. Pijat dua minggu diberikan sebelum melahirkan. (Ishak, 2012).

2. Pembagian Ruptur Perineum

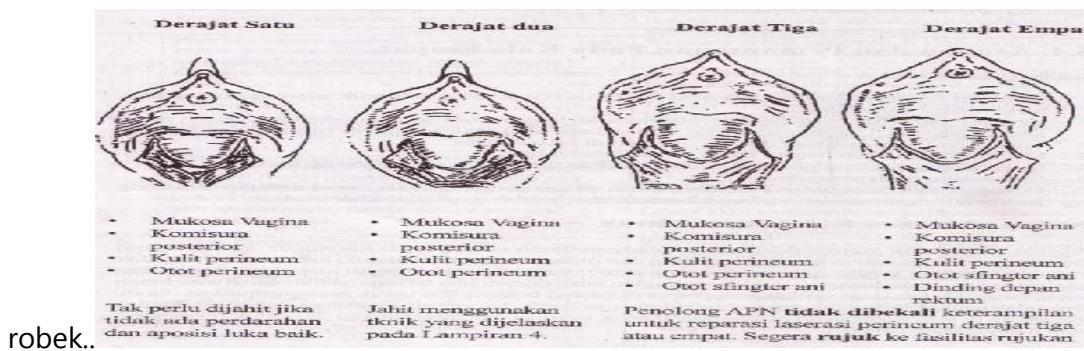
Robekan perineum terjadi pada persalinan pertama dan sering dialami pada kehamilan selanjutnya. Menurut APN (2016), derajat ruptur perineum adalah sebagai berikut:

A. Derajat I: Hanya kulit perineum dan mukosa vagina yang robek.

B. Derajat II: Hanya otot perineum, kulit, dan mukosa vagina yang robek.

C. Derajat III: Hanya otot sfingter ani, otot perineum, dan mukosa vagina yang robek.

D. Derajat IV: Rektum, otot sfingter ani, kulit perineum, dan mukosa vagina semuanya



Gambar 2.3 Derajat laserasi perineum derajat 1, 2, 3, dan 4 (Sumber :

Indrayani, 2016)

3. Faktor-faktor penyebab rupture perineum

Robekan perineum terjadi karena beberapa faktor yaitu :

a. Faktor Ibu

1) Paritas

Jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu, baik hidup maupun mati, disebut paritas. Kejadian ruptur perineum dipengaruhi oleh paritas. Robekan perineum lebih sering terjadi pada ibu dengan paritas satu atau ibu primipara dibandingkan pada ibu dengan paritas ganda. Sebab, otot perineum bayi belum meregang karena jalan lahir belum pernah melewati kepalanya.

2) Meneran

Ketika pembukaan selesai dan refleks Ferguson telah terjadi, secara alamiah ibu akan merasakan dorongan untuk meneran. Ketika ibu merasa membutuhkan dan benar-benar ingin mengejan, ia perlu diberikan bantuan yang diperlukannya. Untuk menghindari robekan

perineum, ibu bersalin dapat dianjurkan untuk menjalani meneran dengan berbagai macam teknik, seperti:

- a) Bila ibu merasa perlu mengejan saat kontraksi, dorong ibu untuk mengejan.
- b) Ibu sebaiknya tidak didesak untuk menahan nafas pada saat meneran.
- c) Jika ibu berbaring miring dengan posisi setengah duduk, menarik lutut ke arahnya, dan menempelkan dagu ke dada, kemungkinan ibu akan merasa lebih mudah untuk meneran.
- d) Anjurkan ibu untuk mengejan tanpa mengangkat bokongnya.
- e) Hindari menekan fundus untuk membantu persalinan. Risiko ruptur uteri dan distosia bahu dapat meningkat akibat dorongan ini.
- f) Ada kemungkinan untuk mencegah ruptur perineum saat bayi dilahirkan, khususnya pada persalinan kepala dan bahu. (Fatimah, 2019)

b. Faktor Janin

1) Berat badan bayi baru lahir

Risiko robekan perineum meningkat seiring dengan berat lahir bayi.

Bayi yang beratnya lebih dari 4.000 gram saat lahir dianggap bayi besar. Hal ini terjadi karena perineum tidak cukup mampu menopang berat kepala bayi, sehingga semakin tinggi berat lahir anak maka semakin tinggi pula risiko terjadinya robekan perineum. Ibu penderita diabetes melitus (DM), ibu yang pernah melahirkan bayi besar, faktor genetik, dan dampak gizi yang cukup menjadi beberapa penyebab berat badan berlebih. Berat badan bayi lahir normal adalah antara 2500 hingga 4000 gram. (Sulistyawati,2012).

2) Presentasi bayi

Hubungan antara sumbu longitudinal janin dan sumbu longitudinal panggul ibu disebut presentasi. Bagian rahim bagian bawah yang ditemukan melalui pemeriksaan internal atau palpasi diidentifikasi dengan presentasi. Seseorang dapat mengkategorikan presentasi yang berbeda menjadi tiga kelompok: dahi, bokong, dan muka.

a) Presentasi muka

Janin memanjang dan terekstensi sempurna pada pintu masuk panggul atau diameter metik submentobreg, berukuran 9,5 cm untuk presentasi wajah atau presentasi dahi. Dari segi presentasi dahi, bagian terbawah adalah bregma dan glabella, sedangkan dagu dan glabella merupakan bagian terbawah. Dagu muncul di depan pada sekitar 70% presentasi wajah, dan dagu muncul di belakang pada 30% kasus. Presentasi wajah dapat disebabkan oleh keadaan yang membuat kepala tidak tertekuk. Penting untuk mempertimbangkan kemungkinan panggul kecil atau kepala besar karena sikap ekstensi dikaitkan dengan ketidaksesuaian panggul, yang merupakan kombinasi yang serius. Presentasi muka menyebabkan persalinan lebih lama dibanding presentasi kepala dengan ubun-ubun kecil di depan, karena muka merupakan pembuka serviks yang jelek dan sikap ekstensi kurang menguntungkan. Penundaan terjadi di pintu atas panggul, tetapi setelah persalinan lebih maju semuanya akan berjalan lancar. Ibu harus bekerja lebih keras, lebih merasakan nyeri, dan menderita lebih banyak laserasi dari pada kedudukan normal. Karena persalinan lebih lama dan rotasi yang sukar akan menyebabkan traumatis pada ibu maupun pada anaknya.

b) Presentasi dahi

Presentasi sungsang ditandai dengan posisi memanjang dan polaritas yang tidak normal. Sakrum berfungsi sebagai petunjuk untuk mengidentifikasi kutub bawah, yaitu panggul janin. Keempat jenis presentasi sungsang tersebut adalah presentasi sungsang tungkai, presentasi sungsang lutut, presentasi sungsang sempurna, dan presentasi sungsang murni, tergantung pada posisi janin. Tantangan yang terkait dengan kelahiran sungsang adalah meningkatnya risiko bagi ibu. Risiko ibu terkena infeksi akan meningkat jika jalan lahir disesuaikan secara manual. Sejumlah prosedur intrauterin, terutama yang melibatkan segmen bawah rahim yang tipis atau persalinan melalui serviks yang tidak melebar sepenuhnya, dapat menyebabkan laserasi serviks, ruptur uteri, atau keduanya. (Fatimah, 2019).

c. Faktor Persalinan Pervaginam

1) Vakum Ekstraksi

Sebagai alat bantu kelahiran, ekstraksi vakum melibatkan penarikan janin keluar dari rahim di bawah tekanan negatif sementara alat vakum dipasang di kepalanya. Dibandingkan menggunakan forceps, memasang cup dan menunggu ditarik kembali membutuhkan waktu lebih lama. Robekan pada leher rahim, robekan pada vagina, dan pecahnya perineum merupakan komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu.

2) Ekstraksi Cunam / forceps

Ekstraksi cunam/forceps adalah jenis persalinan buatan di mana janin dilahirkan dengan cunam ditempatkan di kepalanya. Pemasangan forceps dapat mengakibatkan komplikasi pada ibu seperti robekan vagina, ruptur uteri, ruptur perineum, syok, perdarahan pasca melahirkan, dan pecahnya varises vagina.

3) Partus Presipitatus

Persalinan presipitatus ditandai dengan persalinan yang dimulai dengan sangat cepat dan berlangsung kurang dari tiga jam. Hal ini dapat disebabkan oleh kelainan pada rahim, kontraksi yang terlalu kuat, atau, dalam kasus yang sangat jarang, tidak adanya rasa sakit sama sekali, dalam hal ini ibu tidak menyadari proses persalinan yang intens.

d. Riwayat persalinan

Episiotomi adalah sayatan perineum yang mengakibatkan terputusnya selaput lendir vagina, cincin himen, otot dan fasia perineum, serta kulit yang terletak di depan perineum.

Ide di balik episiotomi adalah untuk melindungi jaringan lunak dari kerusakan lebih lanjut yang disebabkan oleh kekuatan tarik berlebihan yang dapat mengganggu elastisitas atau kemampuan beradaptasi jaringan.

e. Faktor Penolong Persalinan

Seseorang yang memenuhi syarat dan memiliki izin untuk memberikan perawatan kelahiran dikenal sebagai penolong persalinan. Kerja sama dengan ibu dan penggunaan manuver manual yang tepat untuk mengatur pengeluaran kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi sangat penting untuk mencegah laserasi karena salah satu penyebab ruptur perineum adalah manajemen persalinan. (Fatimah, 2019).

4. Komplikasi

Risiko komplikasi yang mungkin terjadi jika rupture perineum tidak segera diatasi, yaitu :

a. Perdarahan

Dalam waktu satu jam setelah melahirkan, pendarahan pasca melahirkan dapat membunuh seorang wanita. Selama kala 1 dan 4 persalinan, penilaian dan perawatan yang cermat sangatlah penting. Memantau tanda-tanda vital, menganalisis penyebab perdarahan, memperkirakan jumlah perdarahan

tambahan, dan mengevaluasi tonus otot merupakan metode untuk mengukur kehilangan darah.

b. Fistula

Cedera vagina yang menembus kandung kemih atau rektum dapat menyebabkan fistula yang tidak diketahui penyebabnya. Urine akan langsung keluar melalui vagina jika kandung kemih mengalami kerusakan. Di antara kepala janin dan panggul, sebuah fistula dapat menekan kandung kemih atau rektum sehingga menyebabkan iskemia.

c. Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma nifas, yang disebabkan oleh tekanan pada kepala janin saat melahirkan. Persalinan juga dikaitkan dengan nyeri, yang dirasakan pada vulva dan perineum berwarna biru dan merah. Hematoma panggul dapat berkembang di fossachioreclatis dan vulva perineum. sebagian besar disebabkan oleh trauma perineum. Namun, hal ini juga dapat terjadi pada varises vulva yang muncul dengan gejala yang berhubungan dengan nyeri. Tidak diketahui kondisi medis apa yang menyebabkan diagnosis tersebut, yang dapat menyebabkan kehilangan banyak darah. Dalam waktu singkat, area ruptur perineum di salah satu sisi introitus mengalami pembengkakan berwarna biru yang tegang.

d. Infeksi

Infeksi pada masa nifas adalah peradangan di sekitar alat genetalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehingga menimbulkan infeksi.

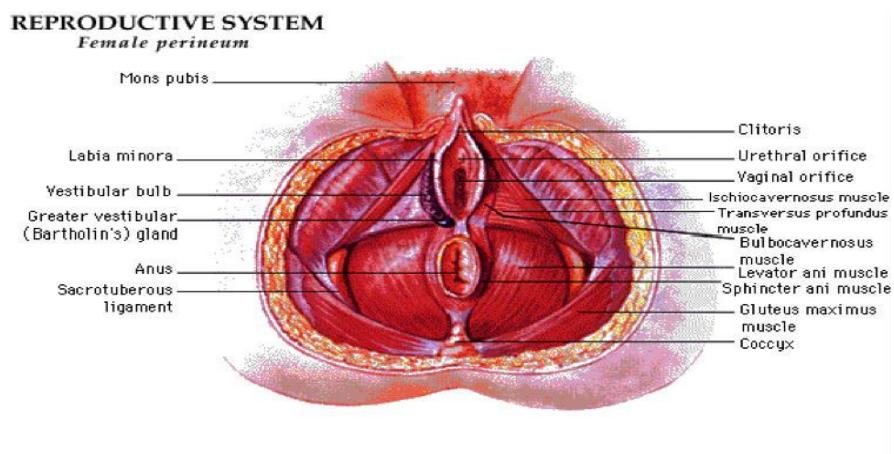
5. Anatomi Perineum

Perineum yang memiliki panjang rata-rata 4 cm merupakan otot, kulit, dan jaringan yang terletak di antara vulva dan anus. (Irianto, 2014). Diafragma panggul dan urogenital adalah jaringan utama yang menopang perineum. Otot levator ani dan tulang ekor, terletak di posterior, bersama dengan selubung fasia, membentuk diafragma panggul. Dimulai dari fasia obturator, permukaan bagian dalam tulang

belakang ishiaca, dan permukaan posterior ramus pubis superior, otot levator ani membentuk sabuk otot lebar.

Sfingter dibentuk oleh serabut otot yang masuk ke lokasi tertentu di sekitar rektum dan vagina. Segitiga yang dibentuk oleh simfisis pubis dan tuberositas ischia adalah tempat letak diafragma urogenital, di luar diafragma panggul. Otot konstriktor uretra, selubung fasia internal dan eksternal, dan otot transversalis perinalis profunda membentuk diafragma urogenital.

Penyatuan antara mediana levatorani, yang terletak di antara anus dan vagina, diperkuat oleh tendon sentral perineum, yang menghubungkan bulbocavernosus, otot traversalis perinialis superfisial, dan sfingter anal eksternal. Karena jaringan ini membentuk korpus perineum dan berfungsi sebagai penopang utama perineum, infeksi perineum sering terjadi saat melahirkan.. (Sukarni k dan Wahyu P, 2013)



Gambar 2.4 Anatomi Perineum (Wiknjosastro,2010)

a. Regio anal

1) Canalis analis

Panjang kanalis sekitar 4 cm membentuk sudut postero-inferior

2) Sphincter ani

terdiri dari bagian dalam dan luar sfingter. Otot polos melingkar rektum berlanjut ke sfingter anal internal. Puborektalitas dan sfingter anal eksternal bergabung membentuk annulus anorectalis, suatu daerah yang menebal.

3) Fassa ischiorectalis

Terletak di kedua sisi canalis analis, dinding medial dan lateral fassa ischiorectalis adalah m. Levator ani dan canalis analis serta obturatorius intermus . fossa terisi oleh lemak.

b. Regio urogenital

Regio ini berbentuk segitiga. Membrana perinealis merupakan lapisan fasia kuat yang melekat ke tepi trigonum urogenitalis. Pada wanita, membran ini ditembus oleh uretra dan vagina.

1) Vulva

Merupakan istilah untuk menyebut genitilia ekterna wanita. Mons pubis merupakan tonjolan lemak yang menutupi symphysis pubis dan os. Pubis. Labia majora adalah bibir berlemak yang memiliki rambut yang meluas ke posterior dari mons pubis. Labia minora terletak di sebelah dalam labia majora dan di posterior menyatu membentuk fourchette.

2) Uretra

Pada wanita, uretra berukuran pendek sekitar 3-4 cm. Faktor ini menyebabkan predisposisi infeksi saluran kemih akibat penyebaran organisme. Uretra berjalan dari leher kandung kemih menuju meatus eksterna, meatus ini terletak diantara klitoris dan vagina.

3) Vagina

Vagina adalah saluran berotot yang berjalan kearah atas belakang dari orificum vagina. Pasokan darah vagina didapatkan dari a.

Vaginalis dan cabang vaginalis a. Uterina (Drake, et al, 2010)

E. Rangkuman dan soal Latihan

Rangkuman

Bahan Diskusi/ Latihan Soal

1. Seorang wanita berusia 30 tahun menjalani persalinan normal. Setelah kelahiran bayinya, plasenta keluar dengan mudah. Namun, dia mengalami perdarahan berlebihan beberapa jam setelah persalinan. Hasil pemeriksaan: KU lemah, TD 80/60

mmHg, Nadi 110 x/menit, Suhu 36 °C, Pernapasan 32 x/menit, TFU tidak teraba. Keluar darah banyak dari pervaginam.

Diagnosa yang tepat pada kasus di atas adalah ?

- a. **Atonia uteri**
 - b. Retensio plasenta
 - c. Robekan jalan lahir
 - d. Metritis
 - e. Sisa plasenta
2. Seorang perempuan, umur 35 tahun, G3P2A0, sedang dalam persalinan III di Puskesmas dengan keluhan perut mules. Hasil anamnesis: Riwayat persalinan bayi lahir spontan 30 menit yang lalu, sudah diberikan oksitosin kedua. Hasil Pemeriksaan : KU baik, TD 100/60mmHg, N 88x/menit. S 360 C, P 20x/menit, TFU 2 jari atas pusat, kontraksi lemah, plasenta belum lahir dan belum ada tanda tanda lepasnya plasenta, tidak ada perdarahan. Tindakan apakah selanjutnya yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Memasang infus
 - B. Melakukan peregangan tali pusat
 - C. Melakukan manual plasenta
 - D. Masase fundus uterus
- E. Merujuk ke RS**
- Seorang perempuan, 22 tahun, sedang persalinan kala III di TPMB, plasenta lahir lengkap secara spontan. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/80 mmHg, N 80x/menit, S 37 0C, P 20 x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, Kontraksi uterus keras, perdarahan 100 cc, terdapat robekan di vagina tetapi tidak ada perdarahan aktif. Apakah tindakan yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. **Jahit perenium**
 - B. Cek kandung kemih
 - C. Observasi kondisi ibu
 - D. Masase fundus uterus
 - E. Suntikan oksitosin kedua

DAFTAR PUSTAKA

- A T Owolabi, Dare FO, Fasubaa O B, Ogunlola I O, Kuti O, B. L. A. (2008). Risk Factors for Retained Placenta in Southwestern Nigeria. *Singapore Med J*, 49(7), 532.
- Achier D. Akol, A. D. W. (2016). Retained Placenta: Will Medical Treatment ever be Possible? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95, 501–504.
- Andrew D Week. (2008). The Retained Placenta. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 22(6), 1103–1117.
- Coviello Elizabeth, Katherine L, Chun-Chih Huang, Tara E Kelly, H. J., & Of, L. (2015). Risk Factors for Retained Placenta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.039>.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LG, H. J., & KD., W. (2005). *Obstetri Williams* (Volume 1 E). EGC.
- Endler M, S. S. N. P. (2016). Microscopic and Histological Characteristic of Retained Plasenta.: A Prospectively Collected Case Control Study. *Placenta*, 41, 39–44.
- Fitzpatrick, K. E., Sellers, S., Spark, P., Kurinczuk, J. J., Brocklehurst, P., & Knight, M. (2012). Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. *PLoS ONE*, 7(12), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052893>
- Greenbaum, Shirley, Tamar Wainstock, Doron Dukler, Elad Leron, O., & A, A. (2017). Underlying Mechanisms of Retained Placenta: Evidence from a population based cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 12–17.
- Hirokazu Naoi, Keiichi Kumasawa, Hitomi Nakamura, A. N., & Tadashi Kimura, K. O. (2016). Investigation of the Prognosis of 28 Patients with Retained Placenta After Delivery. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016;4(2):7-11, 4(2), 7–11.
- Kathryn E. Fitzpatrick, Susan Sellers, Pasty Spark, J. J. K., & Peter Brocklehurst, M. K. (2012). Kathryn E. Fitzpatrick, Susan Sellers, Pasty Spark, Jennifer J. Kurinczuk, Peter Brocklehurst, Marian Kninght. *Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study*. *Plos One* 7(12):E52893, 7(12), e52893.
- Lill Trine Nylot, Irene Sandven, Babill Stray-Pedersen, Silje Petterson, I., & Al-Zirqi, et al.

- (2017). Risk Factors for Severe Postpartum Hemorrhage: a Case Control Study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:17. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(17).
- Manuaba IBG, Manuaba IAC, M. I. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. EGC.
- Margit Endler, MD, Charlotta Grünewald, MD, PhD, and S. S. (2012). Epidemiology of Retained Placenta. *Obstet Gynecol.*, 119(4), 801–809.
- Mohd Noor Norhayati, Nik Hussain Nik Hazlina, Abd. Aziz Aniza, Z., & Kelantan, S. (2016). Factors Associated with Severe Maternal Morbidity in Kelantan,. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(185).
- Muda, P. G. (2023). *Mengkhawatirkan! Angka Kematian ibu di RI masih tinggi, Dipicu hal ini*.
<https://gunungmuda.puskesmas.bangka.go.id/berita/mengkhawatirkan-angka-kematian-ibu-di-ri-masih-tinggi-dipicu-hal-ini>
- Nikolajsen S, Løkkegaard ECL, B. T. (2013). Reoccurrence of retained placenta at vaginal delivery: An observational study. *Acta Obstet GynecolScand* 2013; 92:4 1–42. *An Observational Study. Acta Obstet GynecolScand*, 92(4), 1–42.
- Saifuddin Abdul Bari, Triyatmo Rachimhadhi, G. H. W. (2016). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sugiyanto, Muh Fauzan, Asih Setyani, M. P. (2013). Riset Kesehatan Dasar.Jakarta. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Varney, Helen, J. M. K. C. L. G. (2015). *Varney's Midwifery: EGC*. EGC.
- Yulianus Sudarman, O. J. L. (2017). Factors Related to the Retensio Placenta in Emergency Installation at Hospital Regional Midwifery Madanai Palu. *Journal of Health,Medicine and Nursing.*, 41.

SINOPSIS

Asuhan Persalinan dimulai dari Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir yang mencakup perawatan dan pengawasan yang intensif terhadap bayi sejak saat lahir hingga beberapa jam setelah kelahiran. Hal ini melibatkan penilaian kesehatan bayi, identifikasi kelainan atau komplikasi potensial, serta pemberian perawatan yang sesuai, seperti perawatan tali pusat, pengukuran suhu tubuh, dan pemberian ASI pertama. Pengkajian pada ibu bersalin mencakup evaluasi kondisi maternal, termasuk tanda-tanda vital, kemajuan persalinan, dan kondisi fisik dan emosional ibu. Sementara itu, pada bayi baru lahir, pengkajian melibatkan pemeriksaan fisik menyeluruh, termasuk penilaian skor Apgar, identifikasi kelainan bawaan, serta pemberian tindakan preventif. Dokumentasi merupakan langkah krusial untuk melacak perkembangan ibu dan bayi, termasuk catatan proses persalinan, hasil pengkajian, dan intervensi yang dilakukan. Ini penting untuk menciptakan catatan medis yang akurat dan terperinci. Deteksi dini penyulit dan komplikasi pada setiap kala persalinan (kala 1 hingga 4) merupakan aspek kunci asuhan kebidanan. Ini melibatkan pengamatan cermat terhadap tanda-tanda bahaya, seperti perdarahan berlebihan, distosia bahu, atau kelainan lainnya. Kegawatdaruratan persalinan memerlukan respons cepat dan penanganan yang sesuai untuk meminimalkan risiko terhadap ibu dan bayi.

Dengan menggabungkan aspek-aspek ini, Buku ajar asuhan persalinan bertujuan untuk memberikan perawatan holistik yang optimal bagi ibu dan bayi baru lahir, mengurangi risiko komplikasi, dan meningkatkan kelangsungan hidup serta kesejahteraan keduanya

Asuhan Persalinan dimulai dari Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir yang mencakup perawatan dan pengawasan yang intensif terhadap bayi sejak saat lahir hingga beberapa jam setelah kelahiran. Hal ini melibatkan penilaian kesehatan bayi, identifikasi kelainan atau komplikasi potensial, serta pemberian

perawatan yang sesuai, seperti perawatan tali pusat, pengukuran suhu tubuh, dan pemberian ASI pertama. Pengkajian pada ibu bersalin mencakup evaluasi kondisi maternal, termasuk tanda-tanda vital, kemajuan persalinan, dan kondisi fisik dan emosional ibu. Sementara itu, pada bayi baru lahir, pengkajian melibatkan pemeriksaan fisik menyeluruh, termasuk penilaian skor Apgar, identifikasi kelainan bawaan,

serta pemberian tindakan preventif. Dokumentasi merupakan langkah krusial untuk melacak perkembangan ibu dan bayi, termasuk catatan proses persalinan, hasil pengkajian, dan intervensi yang dilakukan. Ini penting untuk menciptakan catatan medis yang akurat dan terperinci. Deteksi dini penyulit dan komplikasi pada setiap kala persalinan (kala 1 hingga 4) merupakan aspek kunci asuhan kebidanan.

Ini melibatkan pengamatan cermat terhadap tanda-tanda bahaya, seperti perdarahan berlebihan, distosia bahu, atau kelainan lainnya. Kegawatdaruratan persalinan memerlukan respons cepat dan penanganan yang sesuai untuk meminimalkan risiko terhadap ibu dan bayi.

Dengan menggabungkan aspek-aspek ini, Buku ajar asuhan persalinan bertujuan untuk memberikan perawatan holistik yang optimal bagi ibu dan bayi baru lahir, mengurangi risiko komplikasi, dan meningkatkan kelangsungan hidup serta kesejahteraan keduanya



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022