

DIAGNOSIS PERSALINAN PATOLOGIS



Yuli Astuti, S.S.T., M.Keb
Tutik Iswanti, S.ST., M.Keb
Ratna Suminar, S.ST., M.Tr.Keb
Bd. Kristin Natalia, S.ST., M.Kes
Viqy Lestaluhu, S.ST., M.Keb
Vera Iriani Abdullah M, M.Kes, M.Keb
Siska Rosdiana, S.ST., M.Keb
Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.
Rahmah Fitria, S.ST., M.Keb
Indra Yulianti, S.ST, Bd., M.Kes
Eva Susanti, S.S.T., M.Keb
Leni Suhartini, S.S.T., M.Kes
Muninggar, S.S.T., M.Kes
Dini Ariani, S.S.T., M.Tr.Keb
Nur Anita, S.S.T., M.Kes
Nining Mustika Ningrum, S.ST., M.Kes
Dr. Sundari, S.S.T., MPH

DIAGNOSIS PERSALINAN PATOLOGIS

Ketua Penulis:

Yuli Astuti, S.S.T., M.Keb

Penulis:

Tutik Iswanti, S.ST., M.Keb

Ratna Suminar, S.ST., M.Tr.Keb

Bd. Kristin Natalia, S.ST., M.Kes

Viqy Lestaluhu, S.ST., M.Keb

Vera Iriani Abdullah M, M.Kes, M.Keb

Siska Rosdiana, S.ST., M.Keb

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.

Rahmah Fitria, S.ST., M.Keb

Indra Yulianti, S.ST, Bd., M.Kes

Eva Susanti, S.S.T., M.Keb

Leni Suhartini, S.S.T., M.Kes

Muninggar, S.S.T., M.Kes

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb

Nur Anita, S.S.T., M.Kes

Nining Mustika Ningrum, S.ST., M.Kes

Dr. Sundari, S.S.T., MPH



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

DIAGNOSIS PERSALINAN PATOLOGIS

Ketua Penulis:

Yuli Astuti, S.S.T., M.Keb

Penulis:

Tutik Iswanti, S.ST., M.Keb
Ratna Suminar, S.ST., M.Tr.Keb
Bd. Kristin Natalia, S.ST., M.Kes
Viqy Lestaluhu, S.ST., M.Keb
Vera Iriani Abdullah M, M.Kes, M.Keb
Siska Rosdiana, S.ST., M.Keb
Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.
Rahmah Fitria, S.ST., M.Keb
Indra Yulianti, S.ST, Bd., M.Kes
Eva Susanti, S.S.T., M.Keb
Leni Suhartini, S.S.T., M.Kes
Muninggar, S.S.T., M.Kes
Dini Ariani, S.S.T., M.Tr.Keb
Nur Anita, S.S.T., M.Kes
Nining Mustika Ningrum, S.ST., M.Kes
Dr. Sundari, S.S.T., MPH

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-11-5

Cetakan Pertama:

September, 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.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Terlebih dahulu kami ucapkan puja dan puji syukur ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran selama proses penyusunan buku ini.

Seiring dengan perkembangan dunia kebidanan di Indonesia, bidan senantiasa meningkatkan profesionalitasnya menyesuaikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Kemudian muncul regulasi terbaru kebidanan yaitu Kepmenkes RI Nomor 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan terdapat kebaruan mengenai ruang lingkup asuhan kebidanan yang menjadi wewenang dan tanggung jawab bidan baik pada level Ahli Madya Kebidanan maupun Profesi Bidan. Buku ini dibuat berdasarkan masalah-masalah yang tercantum dalam aturan tersebut yang berkaitan dengan asuhan pada persalinan patologis. Buku ini juga dilengkapi dengan contoh asuhan kebidanan serta contoh soal kasus. Penulis berharap buku ini dapat menjadi pegangan bagi pendidik maupun mahasiswa kebidanan dalam membahas masalah-masalah asuhan kebidanan pada persalinan patologis, juga menjadi sumber rujukan pembelajaran dalam rangka persiapan ujian kompetensi bidan bagi mahasiswa kebidanan.

Terima kasih penulis ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu penerbitan buku ini, khususnya kepada Tim OPTIMAL yang telah memberikan ide, motivasi, dan fasilitasi dalam pembuatan buku ini, serta kepada semua penulis yang berkontribusi dalam pengerjaan buku ini.

Penulisan menyadari masih terdapat kekurangan dalam penulisan buku ini. Untuk itu penulis menerima berbagai kritik dan saran untuk pengembangan buku ini ke depan agar dapat dimanfaatkan lebih baik dan lebih luas oleh berbagai pihak yang membutuhkan buku ini.

05 Maret 2023

Ketua Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I KETUBAN PECAH, PERUT TIDAK MULAS (KETUBAN PECAH DINI)	1
A. Latar Belakang	2
B. Definisi	2
C. Penyebab	3
D. Faktor Risiko	4
E. Tanda dan Gejala	4
F. Pencegahan	5
G. Penatalaksanaan	6
H. Komplikasi	8
I. Contoh Kasus	8
J. Soal	9
K. Daftar Pustaka.....	11
BAB II HIS LEMAH (INERSIA UTERI)	13
A. Latar Belakang	14
B. Definisi	15
C. Penyebab	17
D. Faktor Risiko	17
E. Tanda dan Gejala	18
F. Pencegahan	18
G. Penatalaksanaan	19
H. Komplikasi	19
I. Contoh Kasus	20
J. Soal	21
K. Daftar Pustaka.....	24
BAB III PLASENTA TIDAK UTUH/KOTILEDON TIDAK LENGKAP	25
A. Latar Belakang	26
B. Definisi	28
C. Penyebab	28

D. Faktor Risiko	29
E. Tanda dan Gejala	29
F. Pencegahan	30
G. Penatalaksanaan	30
H. Komplikasi	31
I. Contoh Kasus	31
J. Soal	33
K. Daftar Pustaka.....	36

**BAB IV PERDARAHAN INTRAPARTUM DENGAN TIDAK ADA KONTRAKSI
ATAU KONTRAKSI LEMAH37**

A. Latar Belakang	38
B. Definisi.....	38
C. Penyebab	39
D. Faktor Risiko	40
E. Tanda dan Gejala	40
F. Pencegahan	41
G. Penatalaksanaan	41
H. Komplikasi.....	46
I. Contoh Kasus	46
J. Soal	47
K. Daftar Pustaka.....	50

BAB V RUPTURE PERINEUM.....51

A. Latar Belakang	52
B. Definisi.....	52
C. Penyebab	53
D. Faktor Risiko	54
E. Tanda dan Gejala	54
F. Pencegahan	55
G. Penatalaksanaan	56
H. Komplikasi.....	58
I. Contoh Kasus	58
J. Soal	60

K. Daftar Pustaka.....	62
BAB VI KEJANG DALAM PERSALINAN (EKLAMPSIA).....	65
A. Latar Belakang	66
B. Definisi.....	67
C. Etiologi.....	67
D. Faktor Risiko	68
E. Tanda dan Gejala	68
F. Pencegahan	69
G. Penatalaksanaan	69
H. Komplikasi.....	70
I. Contoh Kasus	71
J. Soal	73
K. Daftar Pustaka.....	76
BAB VII BAYI SUNGSANG “BOKONG MURNI”	77
A. Latar Belakang	78
B. Definisi.....	78
C. Penyebab	79
D. Faktor Risiko	81
E. Tanda dan Gejala	81
F. Penatalaksanaan	82
G. Komplikasi.....	88
H. Contoh Kasus	90
I. Soal	91
J. Daftar Pustaka.....	93
BAB VIII LETAK SUNGSANG BOKONG KAKI SEMPURNA (<i>COMPLETE BREECH</i>)	95
A. Latar Belakang	96
B. Definisi.....	99
C. Penyebab	99
D. Faktor Risiko	101
E. Tanda dan Gejala	101
F. Pencegahan	102

G. Penatalaksanaan	102
H. Komplikasi	105
I. Contoh Kasus	106
J. Soal	106
K. Daftar Pustaka.....	109
BAB IX AFTER COMING HEAD.....	111
A. Latar Belakang	112
B. Definisi.....	113
C. Etiologi.....	113
D. Faktor Risiko	113
E. Tanda dan Gejala	114
F. Pencegahan	114
G. Penatalaksanaan	115
H. Komplikasi.....	116
I. Contoh Kasus	117
J. Latihan Soal.....	117
K. Daftar Pustaka.....	120
BAB X BAYI LAHIR SUNGSANG DENGAN LENGAN MENJUNGKIT.....	121
A. Latar Belakang	122
B. Definisi.....	122
C. Penyebab	123
D. Prasyarat Persalinan Letak Sungsang Pervaginam	124
E. Kontra indikasi persalinan pervaginam	124
F. Tanda dan Gejala	124
G. Pencegahan	125
H. Prinsip penting dalam pertolongan letak sungsang.....	125
I. Penatalaksanaan	125
J. Komplikasi.....	129
K. Contoh Kasus	129
L. Soal	131
M. DAFTAR PUSTAKA.....	134
BAB XI BAHU BAYI TERSANGKUT	135

A. Latar Belakang	136
B. Definisi dan Etiologi.....	136
C. Faktor Risiko	136
D. Tanda dan Gejala	137
E. Pencegahan	137
F. Penatalaksanaan	137
G. Komplikasi	142
H. Contoh Kasus	142
I. Tingkat kemampuan bidan menurut Kepmenkes 320/2020 tentang Standar Profesi Bidan	143
J. Latihan Soal.....	143
K. Daftar Pustaka.....	146
BAB XII BAYI LINTANG	147
A. Latar Belakang	148
B. Definisi.....	148
C. Penyebab	150
D. Faktor Risiko	150
E. Tanda dan Gejala	151
F. Pencegahan	152
G. Penatalaksanaan	152
H. Komplikasi	153
I. Contoh Kasus	155
J. Soal	156
K. Daftar Pustaka.....	158
BAB XIII ADANYA TANDA PERSALINAN PADA USIA KEHAMILAN <37 MINGGU (PERSALINAN PRETERM)	159
A. Latar Belakang	160
B. Definisi.....	162
C. Penyebab	164
D. Faktor Risiko	165
E. Tanda dan Gejala	167
F. Pencegahan	168

G. Penatalaksanaan	169
H. Komplikasi	171
I. Contoh Kasus	173
J. Contoh Soal	174
K. Daftar Pustaka.....	177
BAB XIV KONTRAKSI ADA TAPI PERSALINAN TIDAK MAJU	179
A. Latar Belakang	180
B. Definisi.....	181
C. Penyebab	181
D. Faktor Risiko	182
E. Tanda dan Gejala	184
F. Pencegahan	184
G. Penatalaksanaan	184
H. Komplikasi.....	188
I. Contoh Kasus	190
J. Soal	191
K. Daftar Pustaka.....	194
BAB XV TALI PUSAT MENUMBUNG PADA KALA I.....	195
A. Latar Belakang	196
B. Definisi.....	196
C. Penyebab	197
D. Faktor Risiko	197
E. Tanda dan Gejala	198
F. Penatalaksanaan	198
G. Komplikasi	198
H. Contoh Kasus	199
I. Soal	199
J. Daftar Pustaka.....	202
BAB XVI PERUT MULAS PADA KEHAMILAN MUDA.....	203
A. Latar Belakang	204
B. Abortus / Keguguran.....	205
C. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)	208

D. Kehamilan Mola (<i>Mola Hydatidosa</i>)	210
E. Kesimpulan.....	214
F. Soal Kasus.....	214
G. Daftar Pustaka.....	217
BAB XVII MALPRESENTASI.....	219
A. Pengertian	220
B. Penyebab	221
C. Diagnosis	222
D. Penatalaksanaan	222
E. Patologis	222
F. Jenis Malpresentasi Janin.....	224
G. Gejala Malpresentasi Janin.....	225
H. Komplikasi Malpresentasi Janin.....	225
I. Pencegahan Malpresentasi Janin.....	226
J. Penanganan.....	226
K. Contoh Soal	233
L. Daftar Pustaka.....	235
PROFIL PENULIS.....	237
SINOPSIS.....	244

BAB I

KETUBAN PECAH, PERUT TIDAK MULAS

(KETUBAN PECAH DINI)

Tutik Iswanti, S.ST., M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB I

KETUBAN PECAH, PERUT TIDAK MULAS

(KETUBAN PECAH DINI)

Tutik Iswanti, S.ST., M.Keb

A. Latar Belakang

Selama kehamilan, kantung kehamilan berisi cairan yang disebut kantung ketuban atau selaput ketuban yang mengelilingi dan melindungi janin. Normalnya, selaput pecah saat persalinan. Namun, terkadang pecah sebelum persalinan dimulai – atau beberapa minggu sebelum persalinan dimulai (Idaman et al., 2019). Hal ini adalah ketuban pecah dini atau *Premature Rupture of Membrane* (PROM). Jika pecahnya terjadi setelah usia kehamilan 37 minggu, maka penolong akan membantu melahirkan bayi. Jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu dinamakan *Preterm Premature Rupture of Membrane* (PPROM), penolong harus mempertimbangkan risiko kelahiran prematur dengan risiko komplikasi seperti infeksi dan kompresi tali pusat. Ketuban pecah lebih awal mungkin mengagetkan penolong, tetapi penolong harus tetap tenang dengan melakukan Tindakan yang sesuai dan memastikan bahwa keadaan ibu dan bayinya sehat (POGI, 2016).

Kejadian ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan aterm dengan prevalensi 8% dan mayoritas (60–95%) pasien akan melahirkan secara spontan dalam waktu 24–48 jam (Clinical & Queensland, 2023c). Sedangkan prevalensi pada kehamilan sebelum aterm sebanyak 3% dan 30% pasien akan melahirkan prematur, 25-50% akan mengalami infeksi, serta 50% akan melahirkan dalam satu minggu dan 75% dalam dua minggu (Clinical & Queensland, 2023b).

B. Definisi

Ketuban pecah dini (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum awal persalinan. Ketika pecah ketuban terjadi sebelum persalinan dan sebelum usia kehamilan 37 minggu, itu disebut sebagai PROM prematur (PPROM) (Riyanti, 2018).

Selaput ketuban adalah kantung berisi cairan (juga disebut kantung ketuban) yang berisi cairan ketuban. Selaput ini mengelilingi janin selama

kehamilan. Cairan ketuban melindungi janin dari infeksi, melindungi gerakannya, dan membantu mengembangkan otot dan tulangnya. Selaput ketuban kadang disebut juga dengan "kantong air". Saat ketuban pecah, cairan ketuban yang mengelilingi janin mulai bocor atau menyembur keluar dari vagina. Hal ini bisa menjadi masalah karena tanpa cairan ketuban, kemungkinan bisa terjadi infeksi, kelahiran prematur, dan komplikasi lainnya (Mynarek et al., 2020).

Jika ketuban pecah terlalu cepat, janin berisiko mengalami kelahiran prematur atau infeksi. Jika kehamilan mencapai 37 minggu, komplikasi dari kelahiran prematur lebih rendah. Namun, jika bayi lahir sebelum 37 minggu, maka berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi karena lahir lebih awal. Komplikasi ini termasuk masalah pernapasan dan hipotermi. Ini juga dapat menyebabkan perubahan posisi janin, yang dapat memengaruhi persalinan (Clinical Guidelines - Queensland Health, 2023).

C. Penyebab

Ada beragam mekanisme yang dapat menyebabkan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Ini dapat terjadi akibat melemahnya selaput ketuban secara fisiologis yang dikombinasikan dengan kekuatan yang disebabkan oleh kontraksi rahim. Infeksi intramniotik umumnya terkait dengan PPRM (Jena et al., 2022).

Faktor risiko utama PPRM meliputi riwayat PPRM, panjang serviks pendek, perdarahan pervaginam trimester kedua atau ketiga, overdistensi uterus, defisiensi nutrisi tembaga dan asam askorbat, gangguan jaringan ikat, indeks massa tubuh rendah, status sosial ekonomi rendah, merokok, dan penggunaan obat-obatan terlarang (Clinical & Queensland, 2023b).

PPRM dan PROM dapat memiliki penyebab yang berbeda. Jika selaput ketuban pecah saat aterm (kehamilan 37 minggu), biasanya itu disebabkan oleh selaput ketuban yang melemah akibat tekanan kontraksi. Itu normal jika selaput pecah sendiri, tetapi ini biasanya terjadi setelah persalinan dimulai (Clinical Guidelines - Queensland Health, 2023).

PPRM biasanya terjadi karena kondisi medis atau komplikasi kehamilan, tetapi bisa juga disebabkan oleh penyebab yang tidak diketahui. Beberapa penyebab paling umum meliputi (Clinical & Queensland, 2023a):

1. Pendarahan vagina.

2. Kelainan bawaan yang memengaruhi rahim Anda (seperti sindrom Ehlers-Danlos).
3. Insufisiensi serviks.

Meskipun berbagai etiologi, seringkali tidak ada penyebab yang jelas yang diidentifikasi pada pasien yang datang dengan PROM (Clinical & Queensland, 2023c).

D. Faktor Risiko

Berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian KPD, khususnya pada kehamilan preterm. Pasien berkulit hitam memiliki risiko yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan pasien kulit putih. Pasien lain yang juga berisiko adalah pasien dengan status sosioekonomi rendah, perokok, mempunyai riwayat infeksi menular seksual, memiliki riwayat persalinan prematur, riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, perdarahan pervaginam, atau distensi uterus (misalnya pasien dengan kehamilan multipel dan polihidramnion) (POGI, 2016).

Prosedur yang dapat berakibat pada kejadian KPD aterm antara lain sirkulase dan amniosentesis. Tampaknya tidak ada etiologi tunggal yang menyebabkan KPD. Infeksi atau inflamasi koriodesidua juga dapat menyebabkan KPD preterm. Penurunan jumlah kolagen dari membran amnion juga diduga merupakan faktor predisposisi KPD preterm (POGI, 2016).

E. Tanda dan Gejala

Gejala yang paling jelas dari pecahnya selaput ketuban adalah adanya semburan cairan dari vagina. Namun, itu tidak selalu menyembur. Beberapa pasien merasakan kebocoran atau tetesan cairan yang lambat. Pecahnya selaput ketuban bukanlah sesuatu yang dapat dikendalikan. Tidak seperti saat buang air kecil, pasien tidak akan bisa menahannya (Clinical & Queensland, 2023c).

Terkadang sulit untuk mengetahui apakah pasien mengalami kebocoran cairan ketuban, keputihan (yang meningkat saat hamil) atau buang air kecil. Mungkin bisa untuk meletakkan kertas putih di atas cairan. Jika kertas berwarna kuning atau berbau, kemungkinan itu adalah urin. Jika kertas bening dan tidak berbau, pasien harus menghubungi fasilitas pelayanan kehamilan (Clinical & Queensland, 2023a).

Biasanya, kecuali terjadi komplikasi, satu-satunya gejala PROM adalah kebocoran atau semburan cairan tiba-tiba dari vagina. Demam, sekret vagina yang berat atau berbau busuk, nyeri perut, dan takikardia janin, terutama jika tidak sesuai dengan suhu ibu, sangat menunjukkan adanya infeksi intra-amniotik (Clinical & Queensland, 2023c).

F. Pencegahan

Tidak ada cara untuk mencegah PROM. Hal terbaik yang dilakukan adalah dengan (Clinical Guidelines - Queensland Health, 2023):

1. Menghindari merokok

Salah satu hal yang perlu dihindari agar kehamilan terhindar dari komplikasi adalah asap rokok. Hindari merokok atau menghirup asap rokok saat hamil karena dapat membahayakan janin di dalam kandungan dan memicu terjadinya ketuban pecah dini. Menggunakan tembakau merupakan faktor risiko untuk mengembangkan PROM (serta komplikasi kehamilan lainnya).

2. Menjaga kehamilan yang sehat dan menghadiri semua pemeriksaan pranatal Anda.

Selama kehamilan, tidak lupa untuk selalu periksa ke dokter kandungan rutin setiap bulannya. Periksa kandungan dapat memberikan tanda-tanda peringatan bahaya kehamilan, termasuk masalah pada air ketuban. Jika dokter mencurigai adanya masalah, maka dapat untuk direncanakan perawatan serta penanganan. Dokter juga dapat meresepkan beberapa vitamin prenatal yang dapat menjaga kesehatan ibu dan janin di dalam kandungan

3. Mengonsumsi vitamin C

Konsumsi vitamin C dapat mencegah ketuban pecah dini. Artinya, mengonsumsi cukup vitamin C juga bisa mengurangi risiko kelahiran prematur akibat kantung ketuban yang pecah sebelum waktunya. Berdasarkan hasil penelitian disebutkan bahwa salah satu faktor risiko KPD adalah metabolisme kolagen. Konsumsi vitamin C selama kehamilan dapat mengubah metabolisme kolagen yang menguatkan selaput amnion dan chorion ketuban ibu hamil.

Rajin mengonsumsi vitamin C juga meningkatkan hasil skor Apgar bayi dan meningkatkan berat bayi. Asupan vitamin C sebanyak 100 mg setelah usia

kehamilan 20 minggu dapat sangat mengurangi risiko ketuban pecah sebelum waktunya.

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien dengan ketuban pecah dini ditentukan oleh usia kehamilan (Clinical & Queensland, 2023c).

1. Pasien cukup bulan (usia kehamilan 37 minggu atau lebih): lanjutkan persalinan dan profilaksis *Streptococcus Grup B* harus diberikan sesuai indikasi
2. Prematur Akhir (usia kehamilan 34 - 36 minggu 6 hari): sama untuk aterm dan aterm awal
3. Prematur (usia kehamilan 24 – 33 minggu 6 hari): penatalaksanaan ekspektatif, antibiotik laten, kortikosteroid tunggal, profilaksis GBS sesuai indikasi
4. Usia kehamilan kurang dari 24 minggu: konseling pasien, penatalaksanaan atau induksi persalinan, antibiotik dapat dipertimbangkan sejak usia kehamilan 20 minggu, profilaksis GBS/ kortikosteroid/ tokolisis/ magnesium sulfat tidak direkomendasikan sebelum viabilitas.

Status janin yang mengkhawatirkan dan korioamnionitis merupakan indikasi persalinan. Jika pasien datang dengan perdarahan vagina, mungkin ada kecurigaan akan solusio plasenta dan persalinan harus dipertimbangkan. Keputusan untuk melahirkan harus dibuat berdasarkan status janin, jumlah perdarahan, stabilitas ibu, dan usia kehamilan. Pada pasien cukup bulan, jika persalinan spontan tidak mungkin, maka persalinan harus diinduksi (Clinical & Queensland, 2023a).

Umumnya, pasien dengan KPD prematur harus dirawat di rumah sakit dengan penilaian berkala untuk infeksi, solusio plasenta, kompresi tali pusat, kesejahteraan janin, dan persalinan. Evaluasi USG berkala harus dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin serta pemantauan denyut jantung janin secara berkala. Tanda-tanda vital harus dipantau dan peningkatan suhu ibu harus dipantau untuk memastikan ada tidaknya infeksi intrauterin. Pemantauan serial leukosit dan penanda inflamasi belum bisa digunakan dalam mendiagnosis infeksi karena tidak spesifik jika tidak ada bukti klinis infeksi. Pemberian kortikosteroid juga akan menyebabkan leukositosis sementara (Clinical & Queensland, 2023c).

Penggunaan tokolitik pada pasien dengan KPD prematur masih kontroversial. Tokolitik profilaksis dapat dikaitkan dengan periode latensi yang lebih lama dan risiko persalinan yang lebih rendah dalam waktu 48 jam. Namun, hal ini juga terkait dengan risiko korioamnionitis yang lebih tinggi pada kehamilan sebelum usia kehamilan 34 minggu. Tidak ada manfaat ibu atau bayi yang signifikan yang ditunjukkan dengan penggunaan tokolitik (Clinical & Queensland, 2023c).

Kortikosteroid antenatal setelah KPD preterm telah terbukti mengurangi kematian neonatal, sindrom gangguan pernapasan, necrotizing enterocolitis, dan perdarahan intraventrikular. Pemberian kortikosteroid tunggal direkomendasikan untuk semua wanita hamil antara usia kehamilan 24 minggu dan 34 minggu jika ada risiko melahirkan dalam 7 hari ke depan (Clinical & Queensland, 2023c).

Pemberian magnesium sulfat sebagai antisipasi untuk mengurangi risiko kelumpuhan otak jika persalinan sebelum usia kehamilan 32 minggu (Clinical & Queensland, 2023c).

Pemberian antibiotik telah terbukti memperpanjang kehamilan, mengurangi infeksi ibu dan bayi baru lahir, dan mengurangi morbiditas janin. Kursus terapi tujuh hari direkomendasikan pada wanita dengan PROM prematur yang usia kehamilannya kurang dari 34 minggu. Rejimen yang direkomendasikan adalah ampisilin intravena (2g setiap 6 jam) dan eritromisin (250 mg setiap 6 jam) selama 48 jam, diikuti dengan amoksisilin oral (250 mg setiap 8 jam) dan basa eritromisin (333 mg setiap 8 jam). Kursus tujuh hari harus diselesaikan. Asam amoksisilin-klavulanat tidak dianjurkan karena peningkatan angka enterokolitis nekrotikans. Jika pasien merupakan kandidat profilaksis GBS, ia harus menerima antibiotik untuk mencegah penularan vertikal GBS (Clinical & Queensland, 2023c).

Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri ketuban pecah dini seorang ahli madya kebidanan adalah Pernah melihat atau didemonstrasikan, dimana Lulusan Bidan menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan klinis kebidanan dengan melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada klien/masyarakat. Sedangkan pada Bidan adalah Terampil melakukan atau terampil menerapkan di bawah supervise dimana Lulusan Bidan mampu melaksanakan keterampilan klinis Kebidanan di bawah supervisi atau

kolaborasi dalam tim, dan merujuk untuk Tindakan lebih lanjut (Kementerian Kesehatan, 2020).

H. Komplikasi

Komplikasi dari Ketuban Pecah dini adalah (Clinical & Queensland, 2023c):

1. Risiko infeksi pada janin dan ibu
2. Kematian perinatal
3. Sindrom gangguan pernapasan pada bayi
4. Perdarahan intraventrikular
5. Hipoplasia paru janin
6. Risiko melahirkan dengan operasi caesar

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 25 tahun G1P0A0 hamil 33 minggu datang ke PMB dengan keluhan keluar air sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis : tidak ada mulas. Hasil pemeriksaan : TD 100/70 mmHg, N 82 x/menit, S 36,7°C, P 26 x/menit, DJJ 148 x/menit teratur, TFU 30 cm, belum ada pembukaan, selaput ketuban (-), Kertas lakmus berwarna biru.

Berikut pendokumentasian berdasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Penatalaksanaan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan hamil anak pertama dan belum pernah keguguran 2. Ibu mengatakan hamil 33 minggu 3. Ibu mengatakan keluar air sejak 1 jam yang lalu 4. Ibu mengatakan tidak merasakan mulas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil pemeriksaan Fisik : TD 100/70 mmHg, N 82 x/menit, S 36,7°C, P 26 x/menit, DJJ 148 x/menit teratur, TFU 30 cm. 2. Hasil pemeriksaan penunjang : Kertas lakmus berwarna biru 	G1P0A0 hamil 34 minggu dengan KPD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahukan kepada ibu bahwa saat ini ketuban ibu telah pecah namun keadaan ibu dan bayinya baik. Ibu mengerti apa yang dijelaskan 2. Anjurkan ibu untuk tidur miring tidak turun dari tempat tidur karena ketuban sudah pecah. Ibu mengerti dan bersedia. 3. Rujuk ibu ke RS untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Ibu dan keluarga bersedia.

J. Soal

a. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G1P0A0 hamil 37 minggu, datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar air sejak 1 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan : TD 100/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,°C, P 24 x/menit, DJJ 146 x/menit teratur, TFU 31 cm, belum ada pembukaan, nampak cairan di fornix posterior, lakmus berwarna biru. Bidan melakukan kolaborasi dengan dokter.

Apakah penatalaksanaan yang paling tepat pada kasus tersebut ?

- A. Observasi
- B. Seksio sesaria
- C. Therapy antibiotic
- D. Induksi persalinan
- E. Berikan dexamethasone

b. Seorang perempuan, umur 33 tahun G2P1A0 hamil 36 minggu datang ke RS dengan keluhan keluar air sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis : tidak ada mulas. Hasil pemeriksaan : TD 90/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,4oC, P 24 x/menit, DJJ 140 x/menit teratur, TFU 32 cm, belum ada pembukaan.

Apakah pemeriksaan yang paling tepat pada kasus tersebut ?

- A. Hb
- B. CTG
- C. USG
- D. Lakmus
- E. Darah lengkap

c. Seorang perempuan, umur 26 tahun G2P0A1 hamil 38 minggu datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar air sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis : tidak ada mulas. Hasil pemeriksaan : TD 100/70 mmHg, N 84 x/menit, S 36,3°C, P 22 x/menit, DJJ 144 x/menit teratur, TFU 32 cm, belum ada pembukaan, selaput ketuban (-).

Apakah asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut ?

- A. Suruh pulang kerumah
- B. Minta ibu tidur miring kiri
- C. Konsultasikan kepada dokter
- D. Minum air putih yang banyak

- E. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan
- d. Seorang perempuan, umur 24 tahun G2P0A1 hamil 37 minggu datang ke RS dengan keluhan keluar air sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis : tidak ada mulas. Hasil pemeriksaan : TD 90/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,4°C, P 24 x/menit, DJJ 140 x/menit teratur, TFU 32 cm, belum ada pembukaan, selaput ketuban (-), cairan berbau.
Apakah komplikasi yang paling tepat pada kasus tersebut ?
- A. IUFD
 - B. Infeksi
 - C. Asfiksia
 - D. Perdarahan
 - E. Partus lama
- e. Seorang perempuan, umur 27 tahun G3P1A1 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar air sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis : tidak ada mulas. Hasil pemeriksaan : TD 110/70 mmHg, N 84 x/menit, S 36,2°C, P 22 x/menit, DJJ 146 x/menit teratur, TFU 30 cm, belum ada pembukaan, selaput ketuban (-).
Apakah tindakan yang paling tepat pada kasus tersebut ?
- A. Rujuk
 - B. Observasi
 - C. Konsultasi
 - D. Berikan therapy
 - E. Siapkan persalinan

KUNCI JAWABAN

1. E
2. D
3. B
4. B
5. A

K. Daftar Pustaka

- Clinical Guidelines - Queensland Health, Q. (2023). *Parent information: Term prelabour rupture of membranes*. December. www.health.qld.gov.au/qcg
- Clinical, Q., & Queensland, G. (2023a). *Parent information Preterm prelabour rupture of membranes (PPROM)*. December.
- Clinical, Q., & Queensland, G. (2023b). *short GUIDE Preterm prelabour rupture of membranes (PPROM)*. December, 2–5.
- Clinical, Q., & Queensland, G. (2023c). *short GUIDE Term prelabour rupture of membranes (PROM)*. December, 1–4.
- Idaman, M., Darma, I. Y., & Zaimy, S. (2019). *Faktor Hubungan Dengan KPD Jurnal Kesehatan Medika Saintika*. 8, 111–124.
- Jena, B. H., Biks, G. A., Gete, Y. K., & Gelaye, K. A. (2022). Incidence of preterm premature rupture of membranes and its association with inter-pregnancy interval: a prospective cohort study. *Scientific Reports*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09743-3>
- Kementerian Kesehatan. (2020). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/320/2020 TENTANG STANDAR PROFESI BIDAN*. 21(1), 1–9.
- Mynarek, M., Bjellmo, S., Lydersen, S., Strand, K. M., Afset, J. E., Andersen, G. L., & Vik, T. (2020). Prelabor rupture of membranes and the association with cerebral palsy in term born children: A national registry-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2751-3>
- POGI, H. K. F. M. (2016). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran KETUBAN PECAH DINI. *Clinical Characteristics and Outcome of Twin Gestation Complicated by Preterm Premature Rupture of the Membranes*.
- Riyanti, L. (2018). *DETERMINAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG CEMPAKA RSUD DR DORIS SYLVANUS PALANGKARAYA*. XV(2), 3–11.

BAB II

HIS LEMAH (INERSIA UTERI)

Ratna Suminar, S.ST., M.Tr.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB II

HIS LEMAH (INERSIA UTERI)

Ratna Suminar, S.ST., M.Tr.Keb

A. Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. (WHO, 2014) Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi. (Walyani, 2015)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, Tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Penyebab dari persalinan lama dapat dibagi dalam 3 golongan yaitu: kelainan tenaga (kelainan his), kelainan janin, dan kelainan jalan lahir. (Prawirohardjo, 2014)

Terjadinya kelainan his berupa inersia uteri hipotonis diakibatkan oleh kecemasan dapat terjadi pada kala I dan kala II. Kelainan kontraksi uterus ini disebabkan karena kelelahan miometrium sehingga kontraksi uterus menjadi lemah, jarang serta tidak teratur. Inersia uteri hipotonis pada kala II memanjang yang menyebabkan berkurangnya kekuatan atau tenaga ibu dalam mengedan. (Surahman, 2018)

Kelainan his yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin. Kelainan dalam ukuran dan bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan. (Prawirohardjo, 2014)

Inersia uteri adalah his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Ditemukan pada penderita keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu

teregang serta penderita dengan keadaan emosi yang kurang baik. Inersia uteri dapat menyebabkan persalinan akan berlangsung lama. (Reeder, 2014)

Salah satu penyebab inersia uteri ialah anemia. Anemia dapat mengakibatkan metabolisme energi di dalam otot terganggu dan terjadi penumpukkan asam laktat yang menyebabkan rasa lelah dan melemahnya kontraksi otot uterus pada saat persalinan. Kontraksi uterus yang tidak adekuat yang disebut dengan inersia uteri dan ditandai dengan perpanjangan fase persalinan, his yang lemah, jarang dan durasi yang pendek. (Savitri, 2017)

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di Negara Asia Tenggara seperti di Singapura mencatat 3 ibu meninggal per 100.000 Kelahiran Hidup (KH), Malaysia 39/100.000 KH, Brunei 60/100.000 KH, Thailand 44/100.000 KH, Vietnam 160/100.000 KH, Filipina 170/100.000 KH. Dibanding Negara ASEAN lainnya, AKI di Indonesia masih tinggi yaitu sebanyak 305/100.000 KH. (Kemenkes RI, 2016)

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan sebanyak 30,3%, eklampsia 27,1%, dan infeksi 7,3%. Selain perdarahan dan infeksi sebagai penyebab kematian, sebenarnya tercakup pula kematian akibat abortus terinfeksi dan partus lama. Kejadian partus lama terjadi sebesar 1,8% di Indonesia. Salah satu penyebabnya adalah kecemasan sebesar 28,7% yang memperberat rasa nyeri persalinan dan akhirnya memperlambat kelahiran bayi. Kecemasan menjelang persalinan merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan, karena kecemasan yang berlangsung terus menerus tanpa adanya suatu solusi akan mengakibatkan peningkatan kecemasan ke level yang lebih berat dan meningkatkan resiko cedera. Misalnya, pada ibu yang mengalami kecemasan saat menjelang persalinan dapat mempengaruhi his sehingga menjadi his hypotonic. (Surahman, 2020)

B. Definisi

His adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, seperti nyeri. Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi penting relaksasi, yaitu mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu,

mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontriksi pembuluh darah plasenta (Nurasiah, 2014)

Inersia uteri adalah his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Ditemukan pada penderita keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang serta penderita dengan keadaan emosi yang kurang baik. Inersia uteri dapat menyebabkan persalinan akan berlangsung lama. (Firdayanti, 2017)

Inersia uteri merupakan his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal. Inersia uteri terjadi karena perpanjangan fase laten dan fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan. Pemanjangan fase laten dapat disebabkan oleh serviks yang belum matang atau karena penggunaan analgetik yang terlalu dini. (Fauziyah, 2014).

Inersia uteri adalah his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta para penderita dengan keadaan emosi yang kurang baik. (Nurjayanti, 2017)

Inersia uteri adalah his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat, dan jarang dibandingkan dengan his yang normal (Sofian, 2013).

Inersia uteri dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Inersia uteri hipertonis, yaitu kontraksi uterin tidak terkoordinasi, misalnya kontraksi segmen tengah lebih kuat dari segmen atas. Inersia uteri ini sifatnya hipertonis, sering disebut sebagai inersia spastis. Pasien biasanya sangat kesakitan. Inersia uteri hipertonis terjadi dalam fase laten. Oleh karena itu dinamakan juga sebagai inersia primer.
2. Inersia uteri hipotonis, yaitu kontraksi terkoordinasi tetapi lemah. Melalui deteksi dengan menggunakan cardio Tocography (CTG), terlihat tekanan yang kurang dari 15 mmHg. Dengan palpasi, his jarang dan pada puncak kontraksi dinding rahim masih dapat ditekan ke dalam. His disebut naik bila tekanan intrauterine mencapai 50-60 mmHg. Biasanya terjadi dalam fase aktif atau kala II.

Tabel 1.1 Perbedaan Inersia Uteri Hipotonis dan Hipertonis

Variabel	Hipotonis	Hipertonis
Kejadian	4%dari persalinan	1% dari persalinan
Saat terjadi	Fase aktif	Fase laten
Nyeri	Tidak nyeri	Nyeri berlebihan
Fetal distress	Lambat terjadi	Cepat
Reaksi terhadap oksitosin	Baik Sedikit	Tidak baik Besar

Sumber: (Fauziah, 2014)

Inersia uteri dibagi dalam 2 bagian yaitu:

1. Inersia uteri primer adalah kelemahan his timbul sejak dari permulaan persalinan. Hal ini harus dibedakan dengan his pendahuluan yang juga lemah dan kadang-kadang menjadi hilang (false labour)
2. Inersia uteri sekunder adalah kelemahan his yang timbul setelah adanya his yang kuat teratur dan dalam waktu yang lama. (Sofian, 2013)

C. Penyebab

Penyebab terjadinya inersia uteri yaitu:

1. Distensi berlebihan pada uterus, disebabkan oleh janin yang besar, kehamilan kembar, atau polihidramnion
2. Kekakuan serviks yang dihubungkan dengan fibrosis serviks dan nulipara yang berusia lanjut
3. Klien yang sangat gemuk (berhubungan dengan persalinan yang lebih lambat dan lebih tidak konsisten)
4. Usia maternal yang lanjut (pengerasan taut jaringan ikat antara komponen tulang panggul yang dihubungkan dengan memanjangnya kala dua persalinan)
5. Pemberian analgesik yang berlebihan (Fauziah, 2014)

D. Faktor Risiko

Faktor risiko dari inersia uteri adalah:

1. Umur
2. Paritas (Farahdiba, 2019)
3. Letak Sungsang
4. Serotinus
5. Anemia
6. Kehamilan Ganda (Kemenkes RI, 2016)

7. Herediter/Ketakutan & Kecemasan (Suparti, 2017)

E. Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala dari Inersia Uteri diantaranya:

1. Kala I menjadi lama dan dapat diraba jelas pinggir serviks yang kaku.
2. His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan.
3. Kontraksi saat ini tidak nyeri sekali, persalinan mengalami kemajuan dengan baik sampai fase aktif kala satu persalinan atau kala dua kemudian berhenti
4. Kontraksi tidak sering, durasi singkat dan intensitas ringan
5. Tidak ada kemajuan dilatasi serviks atau penurunan janin karena kontraksi tidak efektif (Suparti, 2017)

F. Pencegahan

Pencegahan dari inersia uteri diantaranya:

1. Memperhatikan status gizi saat hamil, status gizi harus baik dengan demikian tenaga saat persalinan akan bagus
2. Membiasakan senam hamil, karena Senam hamil diperlukan untuk melatih otot-otot, belajar mengatur nafas selama persalinan, memperkenalkan posisi, dan persiapan mental menjelang persalinan
3. Jangan meneran sebelum diperintahkan karena jika tidak teratur, tenaga makin berkurang, dan portio bisa membengkak. Hal ini diakibatkan karena saat meneran, terdapat cairan yang keluar di jalan lahir. Akibat lebih jauh, akan menyulitkan penjahitan jika vagina ibu mengalami pembengkakan.
4. Rutin kontrol kehamilan agar bisa mendeteksi sedini mungkin bila ada kelainan (Manuaba, 2015)
5. Massage Lumbal yang dilakukan pada ibu bersalin kala I dapat meningkatkan kontraksi uterus secara teratur (Suparti, 2017)
6. Komunikasi terapeutik dan dukungan emosional saat persalinan sangat memberikan dampak positif bagi ibu bersalin seperti mengurangi nyeri, mengurangi kecemasan dan mempersingkat waktu persalinan serta mengurangi pemakaian analgesic sebesar 28%. (Attarha, 2016)

G. Penatalaksanaan

Standar operasional prosedur pada kasus inersia uteri yaitu:

1. Nilai keadaan umum ibu, tanda-tanda vital ibu
2. Tentukan keadaan janin, pastikan DJJ dalam batas normal. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan terjadi gawat janin. Jika terdapat gawat janin lakukan seksio sesarea.
3. Apabila terdapat disproporsi sefalopelvis maka sebaiknya lakukan seksio sesarea
4. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi seperti berjalan-jalan. Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf.
5. Apabila tidak ada kemajuan persalinan maka lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 IU dalam 500 cc RL dengan tetas 8/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes. Maksud dari pemberian oksitosin adalah supaya serviks dapat membuka
6. Apabila ada kemajuan persalinan, maka evaluasi kemajuan tiap 2 jam. Namun apabila tidak ada maka sebaiknya lakukan seksio sesarea. (Fauziah, 2014)

H. Komplikasi

Inersia uteri yang tidak diatasi dapat mengakibatkan:

1. Kelelahan
2. Dehidrasi
3. Infeksi intrapartum.

Tanda-tanda terjadinya gawat janin tidak tampak sampai terjadinya infeksi selama intrapartum. Walaupun terapi infeksi intrauterin dengan antibiotik memberikan proteksi terhadap wanita, tetapi manfaatnya kecil dalam melindungi janin.

4. Gawat Janin

Gawat janin cenderung muncul pada awal persalinan ketika terjadi inersia uteri sekunder. Tonus otot yang meningkat dengan konstan merupakan predisposisi terjadinya hipoksia pada janin. Kadang kala, pecahnya selaput ketuban dalam waktu lama dapat menyertai kondisi ini dan dapat menyebabkan infeksi intrapartum (Reeder, 2014)

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 25 tahun G1P0A0 hamil 39 Minggu datang ke RS mengeluh perut terasa mulas, mengkhawatirkan proses persalinan yang akan dilalui dan merasakan kontraksi sejak 5 jam lalu. Hasil pengkajian didapatkan TD 100/70 mmHg, nadi 83 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.6°C, kontraksi 3x10'25", kontraksi jarang dan saat puncak kontraksi dinding Rahim masih dapat ditekan kedalam. TFU 34 cm teraba bokong di fundus, puka, presentasi kepala 2/5, DJJ 144 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 8 cm, ketuban (+), presentasi kepala, posisi UUK kanan depan, penurunan kepala di H 1, molulage tidak ada.

Data Subjektif	Data Objektif	Assessment	Penatalaksanaan
Ibu mengeluh mulas di bagian perut, mengkhawatirkan proses persalinan yang akan dilalui dan merasakan kontraksi dari 4 jam yang lalu.	TD 100/70 mmHg, nadi 83 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.6°C, kontraksi 3x10'25", kontraksi jarang dan saat puncak kontraksi dinding rahim masih dapat ditekan ke dalam. TFU 34 cm teraba bokong di fundus, puka, presentasi kepala 2/5, DJJ 144 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 8 cm, ketuban (+), presentasi kepala, posisi UUK kanan depan, penurunan kepala di H 1, molulage tidak ada.	G1P0A0 Inpartu Kala 1 Fase Aktif dengan Inersia Uteri Hipotonis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan kepada ibu dan keluarga keadaan umum ibu saat ini 2. Pantau tanda-tanda vital ibu 3. Pantau kontraksi 4. Pantau DJJ 5. Lakukan Massage lumbal agar terjadi peningkatan kontraksi uterus secara teratur 6. Lakukan komunikasi terapeutik untuk mengurangi kecemasan ibu 7. Apabila tidak ada kemajuan persalinan maka lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 IU dalam 500 cc RL dengan tetas 8/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes. 8. Apabila ada kemajuan persalinan, maka evaluasi kemajuan tiap 2 jam. 9. Lakukan pencatatan yang akurat

J. Soal

1. Seorang perempuan umur 24 tahun G1P0A0 hamil 39 Minggu datang ke RS mengeluh mulas, sejak 4 jam lalu, ibu mengatakan takut tidak mampu melalui persalinan dengan normal. Hasil pengkajian didapatkan TD 110/80 mmHg, nadi 83 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.6°C, kontraksi 3x10'25", pemeriksaan CTG 12 mmHg, kontraksi jarang dan lemah. TFU 34 cm teraba bokong di fundus, punggung kiri, presentasi kepala 2/5, DJJ 145 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 5 cm, ketuban (+), presentasi kepala, posisi UUK kiri depan, penurunan kepala di H 1, tidak terdapat moulage.

Apa diagnosa dari kasus di atas?

- a. Incoordinate Uterine Action
 - b. Inersia Uteri Hipertonis
 - c. Inersia Uteri Hipotonis
 - d. Inversio Uteri
 - e. Atonia Uteri
2. Seorang perempuan umur 30 tahun G1P0A0 hamil 40 Minggu datang ke RS mengeluh mulas, nyeri di bagian perut dan ingin meneran. Hasil pengkajian didapatkan TD 120/80 mmHg, nadi 87 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.5°C, kontraksi tidak teratur. TFU 34 cm teraba bokong di fundus, puka, presentasi kepala 2/5, DJJ 160 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 3 cm, ketuban (+), presentasi kepala, posisi UUK kanan depan, penurunan kepala di H 2, tidak terdapat moulage. Apa diagnosa dari kasus diatas?

- a. Atonia Uteri
 - b. Inversio Uteri
 - c. Inersia Uteri Hipotonis
 - d. Inersia Uteri Hipertonis
 - e. Incoordinate Uterine Action
3. Seorang perempuan umur 25 tahun G1P0A0 hamil 38 Minggu datang ke RS mengeluh mulas, sejak 6 jam lalu, ibu mengatakan takut tidak mampu melalui persalinan dengan normal. Hasil pengkajian didapatkan TD 100/70 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.6°C, kontraksi 3x10'20", pemeriksaan CTG 12 mmHg, kontraksi jarang dan lemah. TFU 34

cm teraba bokong di fundus, puki, presentasi kepala 2/5, DJJ 145 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 5 cm, ketuban (+), presentasi kepala, posisi UUK kiri depan, penurunan kepala di H 1, tidak terdapat moulage.

Langkah pertama yang harus bidan lakukan diatas adalah:

- a. Melakukan pencatatan di partograf
- b. Pertimbangkan untuk Sectio Caesarea
- c. Pastikan DJJ dalam batas normal
- d. Memberikan analgesic untuk ibu
- e. Observasi kemajuan persalinan

4. Seorang perempuan umur 29 tahun G1P0A0 hamil 39 Minggu datang ke RS mengeluh sejak mulas sejak 5 jam lalu dan ingin mengejan, hasil anamnesa didapatkan terdapat riwayat anemia di trimester 3 kehamilan. Hasil pengkajian didapatkan TD 100/70 mmHg, nadi 85 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.5°C, kontraksi 3x10'20", kontraksi lemah. TFU 35 cm teraba bokong di fundus, puka, presentasi kepala 2/5, DJJ 145 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 9 cm, ketuban (+), presentasi kepala, posisi UUK kiri depan, penurunan kepala di H 2, tidak terdapat moulage. Setelah menilai KU, TTV, dan DJJ, bidan memberikan induksi dengan oksitosin drip 5 IU dalam 500 cc RL.

Berapa tetes dosis yang harus diberikan?

- a. 5 tetes/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes
 - b. 8 tetes/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes
 - c. 10 tetes/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes
 - d. 15 tetes/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes
 - e. 20 tetes/menit dan dinaikkan tiap 30 menit maximal 40 tetes
5. Seorang perempuan umur 30 tahun G1P0A0 hamil 42 Minggu datang ke RS mengeluh mulas di bagian perut sejak 5 jam lalu. Hasil pengkajian didapatkan TD 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 36.5°C, kontraksi 3x10'20". TFU 36 cm teraba bokong di fundus, puka, presentasi kepala 2/5, DJJ 175 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam portio tebal kaku, pembukaan 8 cm, ketuban (-) berwarna hijau, presentasi kepala, posisi UUK kanan depan, penurunan kepala di H 1, dengan cepalo pelvic disproportion.

Setelah menilai KU, TTV, dan DJJ Apa yang harus dilakukan bidan?

- a. Memantau Kontraksi
- b. Pencatatan di Partograf
- c. Memantau kemajuan persalinan
- d. Memberikan induksi dengan oksitosin drip 5 IU dalam 500 cc RL
- e. Kolaborasi dengan Sp.OG untuk rencana tindakan Sectio Caesarea

KUNCI JAWABAN

1. C
2. D
3. C
4. B
5. E

K. Daftar Pustaka

- Attarha. 2016. The Outcome Of Midwife-Mother Relationship In Delivery Room. Scientific Research Publishing.
- Farahdiba, Taxriyanti R., Hubungan Paritas dan Umur Ibu Terhadap Kejadian Inersia Uteri Pada Ibu Bersalin di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019. Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia. 2019; 3(2): 96-102
- Fauziah, Y. Obsetri Patologi. Yogyakarta: Nuha Medika; 2014.
- Kemenkes RI. Indonesia Health Profile 2016. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI; 2016.
- Manuaba IBG. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2015.
- Nurasiah A., Rukmawati A., Badriah DL., Ashan (2014) Persalinan Normal Bagi Bidan. Bandung: PT Refika Aditama
- Nurjayanti, Manajemen Asuhan Intranatal Care dengan Inersia Uteri di RSUD Haji Makassar Tahun 2017. Jurnal Kesehatan Rumah Jurnal UIN Alauddin Makassar. 2014
- Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
- Reeder SJ. Keperawatan Maternitas Edisi 18 Vol. 1. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2014.
- Savitri DA., Hadisubroto Y., Wulandari P. The Difference Incidence Between Labor With and Without Anemia in Hospital of dr. Soebandi Jember. Journal of Agromedicine and Medical Science. 2019; 5(3):172-176
- Sofian A. Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2014.
- Suparti I., Prihadi UI. Efektivitas Massage Lumbal dan Breast Massage Terhadap Kontraksi Uterus Pada Ibu Bersalin Kala I. Jurnal Kebidanan. 2017; 6(2): 63-67
- Surahman, RAH., Hutabarat J. Therapeutik Communication Aggaints Labor of Stage I and Stage II in Primigravida at Klinik Pratama Niar in 2018. Journal of Applied Health Management and Technology. 2020; 2(1):29-33
- Walyani E.S., Purwoastuti T.E. Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: Pustakabarupress. 2015
- WHO. Trends in Maternal Mortality. WHO: 2014.

BAB III

PLASENTA TIDAK UTUH/KOTILEDON

TIDAK LENGKAP

Bd. Kristin Natalia, S.ST., M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB III

PLASENTA TIDAK UTUH/KOTILEDON TIDAK LENGKAP

Bd. Kristin Natalia, S.ST., M.Kes

A. Latar Belakang

Perdarahan dalam kehamilan dan persalinan terdiri dari pendarahan ante, intra dan postpartum (pasca persalinan). Perdarahan pasca persalinan terjadi setelah bayi lahir dengan angka kejadian berkisar antara 5% - 15% dari laporan-laporan pada negara maju maupun negara berkembang, termasuk didalamnya adalah Perdarahan karena Rest Plasenta, insidens Perdarahan Pasca Persalinan akibat Rest Plasenta dilaporkan berkisar 23% - 24%. Penyebabnya antara lain umur ibu, jarak kelahiran, paritas dan anemia. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Prawirohardjo, 2019).

Berdasarkan penelitian *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 di Indonesia angka kematian ibu adalah 359/100.000 kelahiran hidup. Ini menunjukkan bahwa kemampuan pelayanan obstetrik belum menyentuh masyarakat. Kematian ibu diperkirakan sekitar 16.500 – 17.500 per tahun (Manuaba, 2018).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012, Indonesia yang masih merupakan negara berkembang dengan AKI pada tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2009 kembali turun menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2012 mengalami peningkatan menunjukkan AKI 359 per 100.000 kelahiran hidup, hal ini menunjukkan Indonesia masih memiliki angka kematian tertinggi dikawasan negara – negara Association South East Asian Nation (ASEAN) padahal salah satu target Indonesia untuk AKI dalam Mellenium Development (MDG's) pada tahun 2015 berkisar 102 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia pada tahun 2018 ini masih tinggi yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup dan target AKI Indonesia pada tahun 2030 diharapkan akan menurun menjadi 131 per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes RI, 2020).

Menurut Sarwono (2019), salah satu penyebab kematian ibu adalah perdarahan obstetrik (24,8%), infeksi (14,9%), eklamsia (12,9%), partus tidak maju/distosia (6,9%), abortus yang tidak aman (12,9%), dan sebab-sebab langsung lainnya (7,9%). Perdarahan obstetrik yang sampai menyebabkan kematian ibu terdiri atas solusio plasenta (19%), koagulopati (14%), robekan jalan lahir termasuk ruptura uteri (16%), dan atonia uteri (15%).

Menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (2020), perdarahan menyebabkan 25% Kematian ibu di dunia dan paling banyak disebabkan oleh Perdarahan Pasca Persalinan (PPP). AKI di Bali pada tahun 2011 meningkat drastis. Tahun 2010, AKI di Bali sebesar 58,10 per 100.000 kelahiran hidup, jumlah itu meningkat drastis pada tahun 2011 menjadi 84,24 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Bali, 2019)

Pendarahan Pasca Persalinan (PPP) menurut Rukiyah (2020), adalah Atonia Uteri (50-60%), Retensio Plasenta (16-17%), Rest Plasenta (23-24%) dan Laserasi Jalan Lahir (4-5%). Perdarahan pasca persalinan / postpartum / Hemoragi Postpartum (HPP) merupakan semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi, sebelum, selama dan sesudah keluarnya plasenta serta hilangnya darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama (Oxorn and Forte, 2019).

Faktor utama yang sangat berpengaruh terhadap kejadian rest plasenta antara lain adalah pengeluaran plasenta tidak hati – hati, manajemen aktif kala III yang salah. Selain itu faktor umur, paritas, dan anemia juga memegang peranan yang besar dalam proses kehamilan dan persalinan seorang ibu yang member kontribusi terhadap terjadinya rest plasenta. Komplikasi dari rest plasenta adalah syok haemorrhage yang disebabkan karena adanya perdarahan pasca persalinan (Wiknjastro, 2020).

Masa Nifas merupakan fase yang cukup penting dalam kehidupan manusia, beberapa wanita pasti mendambakan kehamilan dan kehadiran buah hati yang akan menciptakan keharmonisan keluarga. Tetapi dalam masa nifas juga merupakan tahap yang mencemaskan, karena mereka merasakan khawatir jika terjadi gangguan pada masa nifas. Salah satu gangguan dalam masa nifas tersebut diantaranya adalah pendarahan post partum (Anggraini, 2018)

Perdarahan dalam kehamilan dan persalinan terdiri dari pendarahan ante, intra dan postpartum (pasca persalinan). Perdarahan pasca persalinan

terjadi setelah bayi lahir dengan angka kejadian berkisar antara 5% - 15% dari laporan-laporan pada negara maju maupun negara berkembang, termasuk didalamnya adalah Perdarahan karena Rest Plasenta, insidens Perdarahan Pasca Persalinan akibat Rest Plasenta dilaporkan berkisar 23% - 24%. Penyebabnya antara lain umur ibu, jarak kelahiran, paritas dan anemia. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. (Sarwono, 2020).

Salah satu penyebab perdarahan pada masa nifas adalah karena adanya sisa plasenta. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal dalam uterus 3 disebut Rest Plasenta (Saifuddin, A B. 2011). Sisa plasenta dalam masa nifas menyebabkan perdarahan dan infeksi. Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta dan juga potongan-potongan plasenta yang ketinggalan tanpa diketahui biasanya menimbulkan perdarahan postpartum lambat (Saleha, Sitti. 2019).

B. Definisi

Plasenta yang masih tertinggal disebut *rest plasenta*. Gejala klinis *rest plasenta* adalah terdapat subinvolusi uteri, terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan banyak mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba, 2018)

Rest Plasenta adalah tertinggalnya sisa plasenta dan membrannya dalam kavum uteri, (Saifuddin, A.B, 2010). Rest plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga rahim yang dapat menimbulkan perdarahan post partum dini atau perdarahan post partum lambat yang biasanya terjadi dalam 6 hari sampai 10 hari pasca persalinan (Prawirohardjo, 2020).

C. Penyebab

Faktor penyebab utama perdarahan baik secara primer maupun sekunder adalah:

1. *Grande multipara* yaitu telah memiliki anak lebih dari > 5
2. Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
3. Pertolongan kala *uri* sebelum waktunya

4. Pertolongan persalinan oleh dukun
5. Persalinan dengan tindakan paksa, pengeluaran plasenta tidak hati-hati
6. Kelainan dari *uterus* sendiri, yaitu *anomaly* dari *uterus* atau *serviks* kelemahan dan tidak *efektifitas* kontraksi *uterus*,
7. Kelainan dari plasenta, misalnya plasenta letak rendah atau plasenta *previa*, *implantasi* dari *cornu* dan adanya plasenta *akreta*.
8. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti *manipulasi* dari *uterus* yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak *ritmik*, pemberian *uterotonik* yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan *serviks* kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian *anastesi* terutama yang melemahkan kontraksi *uterus*, (Prawirohardjo, 2020).

D. Faktor Risiko

Pengeluaran plasenta bayi dilakukan setelah bayi lahir. Oleh karena itu, plasenta bayi yang lahir tidak lengkap tidak menyebabkan komplikasi pada bayi. faktor resiko utama yang diakibat plasenta yang tertinggal sebagian didalam kavum uteri dapat menyebabkan perdarahan pada ibu. Ini karena plasenta yang masih tertahan di dalam rahim membuat pembuluh darah belum bisa tertutup dengan benar, sehingga menyebabkan ibu bisa mengalami perdarahan. selain perdarahan dan menyebabkan infeksi.

E. Tanda dan Gejala

1. Perdarahan post partum dini atau perdarahan post partum lambat yang biasanya terjadi dalam 6 hari sampai 10 hari pasca persalinan, (Prawirohardjo, 2020)
2. Selaput yang mengandung pembuluh darah ada yang tertinggal, perdarahan segera.
3. Uterus berkontraksi baik tetapi tinggi *fundus* tidak berkurang.
4. Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam *uterus* dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Bagian plasenta yang masih menempel pada dinding *uterus* mengakibatkan *uterus* tidak adekuat sehingga pembuluh darah
5. yang terbuka pada dinding *uterus* tidak dapat berkontraksi/ terjepit dengan sempurna (Maritalia and Riyadi, 2019)

F. Pencegahan

Pencegahan terjadi perdarahan post partum merupakan tindakan utama sehingga dapat menghemat tenaga, biaya dan mengurangi komplikasi upaya *preventif* dapat dilakukan dengan:

1. Meningkatkan kesehatan ibu, sehingga tidak terjadi anemia dalam kehamilan.
2. Meningkatkan usaha penerimaan KB.
3. Melakukan pertolongan persalinan di rumah sakit bagi ibu yang mengalami perdarahan post partum.
4. Memberikan *uteronika* segera setelah persalinan bayi, kelahiran plasenta dipercepat, (Manuaba, 2019)

Menurut Manuaba (2019) untuk menghindari terjadinya sisa plasenta dapat dilakukan dengan membersihkan kavum uteri dengan membungkus tangan dengan sarung tangan sehingga kasar, mengupasnya sehingga mungkin sisa membran dapat sekaligus dibersihkan, segera setelah plasenta lahir dilakukan kuretase menggunakan kuret post partum yang besar.

G. Penatalaksanaan

Dengan perlindungan *antibiotik* sisa plasenta dikeluarkan secara *digital* atau dengan *kuret* besar. Jika ada demam ditunggu dulu sampai suhu turun dengan pemberian *antibiotik* dan 3 – 4 hari kemudian rahim dibersihkan, namun jika perdarahan banyak, maka rahim segera dibersihkan walaupun ada demam (Saleha, 2019)

Keluarkan sisa plasenta dengan *cunam ovum* atau kuret besar. Jaringan yang melekat dengan kuat mungkin merupakan plasenta akreta. Usaha untuk melepas plasenta terlalu kuat melekatnya dapat mengakibatkan perdarahan hebat atau *perforasi* uterus yang biasanya membutuhkan tindakan *hisrektomi* (Saifuddin, 2018). Menurut (Morgan and Hamilton, 2018) terapi yang biasa digunakan:

1. Pemasangan infus dan pemberian *uterotonika* untuk mempertahankan keadaan umum ibu dan merangsang kontraksi *uterus*.
2. Kosongkan kandung kemih
3. Berikan *antibiotik* untuk mencegah infeksi

4. *Antiobiotika ampicilin* dosis awal 1 gr IV dilanjutkan dengan 3x1 gram per oral dikombinasikan dengan *metrodinazol* 1 gram *suppositoria* dilanjutkan dengan 3x500 mg.
5. Oksitosin
 - a. *Methergin* 0,2 mg peroral setiap 4 jam sebanyak 6 dosis. Dukung dengan *analgesik* bila kram.
 - b. Mungkin perlu dirujuk ke rumah sakit untuk *dilatasi* dan *kuretase* bila terdapat perdarahan.
6. Observasi tanda – tanda vital dan perdarahan
7. Bila kadar HB <8 gr % berikan tranfusi darah. Bila kadar Hb >8 gr%, berikan sulfas ferosis 600mg/hari selama 10 hari

Sisa plasenta bisa diduga kala *uri* berlangsung tidak lancar atau setelah melakukan plasenta *manual* atau menemukan adanya *kotiledon* yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari *ostium uteri eksternum* pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit. Untuk itu, harus dilakukan *eksplorasi* kedalam rahim dengan cara *manual/ digital* atau kuret dan pemberian *uterotonika*.

H. Komplikasi

Komplikasi sisa plasenta adalah *polip* plasenta artinya plasenta masih tumbuh dan dapat menjadi besar, perdarahan terjadi *intermiten* sehingga kurang mendapat perhatian, dan dapat terjadi degenerasi ganas menuju *korio karsinoma* dengan manifestasi klinisnya. Menurut Manuaba 2018, memudahkan terjadinya:

1. Anemia yang berkelanjutan
2. Infeksi puerperium
3. Kematian akibat perdarahan

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 35 tahun P2AO dalam kala IV persalinan di RS dan mengeluh pusing. Hasil anamnesis: persalinan spontan, bayi segera menangis dan badan terasa lelah. Hasil pemeriksaan: TD 90/60 mmHg N 100 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus lembek, TFU dua jari diatas pusat, plasenta lahir sebagian. pengeluaran darah kurang lebih 400 cc.

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Penatalaksanaan
Ibu mengeluh pusing, badan terasa lelah, perut mules	TD 90/60 mmHg N 100 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus lembek, TFU dua jari di atas pusat, plasenta lahir sebagian. pengeluaran darah kurang lebih 400 cc	P2A0 post partum dengan plasenta rest.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan kepada ibu dan keluarga keadaan umum ibu saat ini 2. Pantau tanda-tanda vital ibu 3. Pantau jumlah perdarahan 4. Lakukan pemijatan uterus agar berkontraksi dan keluarkan bekuan darah/sisa plasenta yang tertinggal 5. Berikan oksitosin 10 IU intravena dan ergometrin 0,5 intravena. Berikan melalui IM apabila tidak bisa melalui IV 6. Siapkan donor untuk transfusi, ambil darah untuk kros cek. Berikan NaCl 1 liter/15 menit apabila pasien mengalami syok 7. Pastikan kandung kemih selalu dalam kondisi kosong 20 8. Awasi agas uterus tetap berkontraksi dengan baik. Tambahkan 40 IU oksitosin dalam 1 liter cairan infus dengan tetesan 40 tetes/menit. Usahakan agar ibu tetap menyusui bayinya 9. Jika perdarahan persisten dan uterus

			<p>tetap relaks, lakukan kompresi bimanual</p> <p>10. Jika perdarahan persisten dan uterus berkontraksi dengan baik, maka lakukan pemeriksaan pada vagina dan serviks untuk menentukan laserasi yang menyebabkan perdarahan tersebut</p> <p>11. Jika ada infeksi bahwa mungkin terjadi infeksi yang diikuti dengan demam, menggigil dan lochia berbau busuk segera berikan antibiotik berspektrum luas</p> <p>12. Lakukan pencatatan yang akurat</p>
--	--	--	--

J. Soal

1. Seorang perempuan umur 37 tahun P3A0 datang ke PMB dengan keluhan ibu merasakan nyeri di perut bagian bawah dan mengeluarkan darah banyak dari jalan lahir. Hasil anamnesis : ibu telah melahirkan bayi dan plasenta secara spontan, serta ditolong oleh dukun. Hasil pemeriksaan : KU lemah, TD 90/60mmHg. N 80x/I, P 16x/I, S 37 derajat, wajah pucat, kontraksi uterus lemah, perdarahan >500 cc, teraba kandung kemih kosong, dan tidak ada laserasi jalan lahir. Tindakan apakah yang paling tepat dilakukan oleh bidan?
 - a. Pemasangan infus RL
 - b. Memberikan oksigen
 - c. Masase fundus uteri
 - d. Rujuk ke RS
 - e. Kolaborasi dengan dr.Sp OG

2. Seorang perempuan berumur 40 tahun P5A0 melahirkan spontan 4 jam yang lalu di PMB. Hasil pemeriksaan : TD 100/60mmHg, N 99x/I, P 26x/I, S 37,1 derajat, TFU 1 jari dibawah pusat, kandung kemih teraba kosong, ibu mengalami perdarahan sebanyak kurang lebih 500cc. factor predisposisi apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut ?
 - a. Umur ibu,
 - b. Paritas
 - c. Riwayat persalinan
 - d. Lama persalinan
 - e. Status gizi

3. Seorang perempuan berumur 38 tahun, P4A0, bayi lahir dan plasenta lahir spontan 30 menit yang lalu. Hasil pemeriksaan : TD 100/70mmHg, N 100x/I, P 28x/I, S 37,5 derajat, ibu mengalami perdarahan, kontraksi uterus lemah, TFU tidak bekurang. Apa tindakan segera yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
 - a. Memberikan oksigen
 - b. Eksplorasi uterus
 - c. Rujuk ke RS
 - d. Pasang transfusi darah
 - e. Memasang infus

4. Seorang perempuan berumur 29 tahun P6A0 melahirkan spontan 30 menit yang lalu di PMB. Hasil anamnesis, perut terasa nyeri, pusing, dan ibu merasa lelah. Hasil pemeriksaan : TD 90/60mmHg, N 98x/I, P 27x/I, S 37,4 derajat. Kontraksi uterus lembek, tampak darah mengalir dari vagina lebih dari kurang 500cc. Terapi dosis awal apakah yang diberikan oleh bidan?
 - a. Ampisilin 1gr secara IV dilanjutkan 3x500 gr per oral
 - b. Setirizane 1 gr supositoria
 - c. CTM 19 gr per IV dilanjutkan 2x500 gr per oral
 - d. Tetrasiklin 1 gr per oral
 - e. Metrodinazole 5 gr per IV

5. Seorang perempuan berumur 30 tahun P2A0 melahirkan 1 jam yang lalu di Puskesmas, dengan riwayat persalinan rest plasenta. Hasil pemeriksaan : KU lemah, TD 100/70mmHg, N 88x/I, P 24x/I, S 37 derajat, tampak pengeluaran banyak dari jalan lahir, tidak ada perubahan pada TFU, dan ibu tampak pucat. Setiap tindakan penatalaksanaan sisa plasenta dengan manual plasenta untuk mencegah terjadinya infeksi, terapi apakah yang wajib diberikan pada kasus tersebut?
- Analgetik
 - Antibiotic
 - Uterotonika
 - Aspirin
 - Antikonvulsan

KUNCI JAWABAN

- D
- B
- B
- A
- B

K. Daftar Pustaka

- Anggraini, Y. (2018) 'Asuhan kebidanan masa nifas'. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Dinkes Bali, D. (2019) 'Profil Kesehatan Provinsi Bali 2018', *Dinas Kesehatan Provinsi Bali*.
- Kemenkes RI, tahun 2020. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Manuaba, I. B. G. (2018) 'Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan', in. Egc.
- Maritalia, D. and Riyadi, S. (2019) 'Biologi Reproduksi', *Yogyakarta: Pustaka Pelajar*.
- Morgan, G. and Hamilton, C. (2018) 'Obstetri dan ginekologi Panduan praktis', in. EGC.
- Oxorn, H. and Forte, W. R. (2019) 'Ilmu Kebidanan Patofisiologi dan Fisiologi Persalinan', *Human labor and Birth. Yogyakarta. Percetakan Andi*.
- Prawirohardjo, S. (2019) 'Ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo', *Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*.
- Saifuddin, A. B. (2018) 'Ilmu kebidanan'. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saleha, S. (2019) 'Asuhan kebidanan pada masa nifas'.
- Wiknjosastro, H. (2020) 'Ilmu kebidanan', *Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*, 180(240), p. 653.

BAB IV

PERDARAHAN INTRAPARTUM

DENGAN TIDAK ADA KONTRAKSI ATAU

KONTRAKSI LEMAH

Viqy Lestaluhu, S.ST., M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB IV

PERDARAHAN INTRAPARTUM

DENGAN TIDAK ADA KONTRAKSI ATAU KONTRAKSI LEMAH

Viqy Lestaluhi, S.ST., M.Keb

A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan proses fisiologis namun tidak menutup kemungkinan untuk terjadi komplikasi. Kematian ibu dapat disebabkan oleh komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang sebenarnya dapat dicegah. Kasus kematian ibu terbanyak ditemukan di negara berkembang dengan salah satu penyebab utamanya adalah kasus perdarahan postpartum (WHO, 2018) dan diperkirakan 1 wanita meninggal setiap 4 menit akibat kasus tersebut (Sebghati & Chandraharan, 2017).

Angka Kematian Ibu di Indonesia masih relatif tinggi. Penyebab terbesar kematian Ibu di Indonesia adalah perdarahan (Julizar et al., 2019). Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi melalui jalan lahir melebihi batas normal yaitu 500 ml pada persalinan pervaginam dan 1000 ml pada sectio caesarea, diikuti dengan perubahan tanda vital sebagai akibat dari ketidakstabilan hemodinamik pada perdarahan yang banyak dan adanya penurunan hematokrit. Perdarahan postpartum masif ditunjukkan pada pasien yang kehilangan 30%-40% volume darah (Lestari et al., 2020).

Sebagian besar perdarahan pada masa nifas (75-80%) adalah akibat atonia uteri. Atonia uteri merupakan penyebab paling sering terjadinya perdarahan postpartum (Julizar et al., 2019). Atonia uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi / penyumbatan pembuluh darah. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas seluruhnya (Nurchairina, 2017).

B. Definisi

Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350/500 cc/menit dari

bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka miometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalan di antara serabut otot (Setianingrum, 2017).

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia uteri terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut myometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut myometrium tidak berkontraksi (Karlina et al., 2014).

Batasan : Atonia uteri adalah uterus yang tidak berkontraksi setelah janin dan plasenta lahir.

C. Penyebab

Penyebab dari perdarahan intrapartum dengan tidak ada kontraksi atau kontraksi lemah (atonia uteri) adalah sebagai berikut:

1. Disfungsi uterus
Atonia uteri primer merupakan disfungsi intrinsik uterus.
2. Partus Lama
Kelemahan akibat partus lama bukan hanya rahim yang lemah, cenderung berkontraksi lemah setelah melahirkan, tetapi juga ibu yang kelelahan kurang bertahan terhadap; kehilangan darah.
3. Pembesaran uterus berlebihan (hidramnion, hamil ganda, anak besar dengan BB > 4000 gr)
4. Multiparitas
Uterus yang lemah banyak melahirkan anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan
5. Mioma uteri
Mioma uteri dapat menimbulkan perdarahan dengan mengganggu kontraksi dan retraksi myometrium.
6. Anastesi yang dalam dan lama.
Anastesi yang dalam dan lama menyebabkan terjadinya relaksasi myometrium yang berlebihan, kegagalan kontraksi dan retraksi menyebabkan atonia uteri dan perdarahan postpartum.

7. Penatalaksanaan yang salah pada Kala III

Penatalaksanaan yang salah pada kala plasenta, mencoba mempercepat kala III, dorongan dan pemijatan uterus mengganggu mekanisme fisiologis pelepasan plasenta dan dapat menyebabkan pemisahan sebagian plasenta yang mengakibatkan perdarahan (Karlina et al., 2014).

D. Faktor Risiko

Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian atonia uteri adalah :

1. Usia ibu,
2. Preeklamsi,
3. Induksi persalinan,
4. Kehamilan kembar
5. Anemia.

Sedangkan faktor risiko yang paling dominan berhubungan dengan kejadian atonia uteri adalah kehamilan kembar (Julizar et al., 2019).

E. Tanda dan Gejala

1. Perdarahan pervaginam
Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Sering terjadi pengeluaran darah disertai gumpalan disebabkan oleh tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah
2. Kontaksi rahim lunak
Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya
3. Fundus uteri naik
4. Terdapat tanda-tanda syok
 - a. Nadi cepat dan lemah (110x/menit atau lebih)
 - b. Tekanan darah sangat rendah : tekanan sistolik <90 mmHg
 - c. Pucat
 - d. Keringat/kulit terasa dingin dan lembab
 - e. Pernapasan cepat, frekuensi 30 kali/menit atau lebih
 - f. Gelisah, bingung, atau kehilangan kesadaran
 - g. Urine yang sedikit < 30 cc/jam (Karlina et al., 2014).

F. Pencegahan

1. Dapat dicegah dengan manajemen kala III yang tepat, dengan pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir (Oksitosin injeksi 10 U IM, atau 5 U IM dan 5 U intravenosa atau 10-20 U per liter intravenosa drips 100-150 cc/jam).
2. Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan postpartum lebih dari 40%.
3. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan anemia, dan kebutuhan transfuse darah. Oksitosin mempunyai onset yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti preparat ergometrin. Masa paruh oksitosin lebih cepat dari ergometrin yaitu 5-15 menit.
4. Prostaglandin (misoprostol) akhir-akhir ini digunakan sebagai pencegahan perdarahan postpartum (Setianingrum, 2017).

G. Penatalaksanaan

Langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri meliputi:

- 1) Persiapan Alat
 - a. O₂ dan regulator
 - b. Cairan infuse (kristaloid)
 - c. Infuse set/blodd set
 - d. Spuit 5 ml dan jarum suntik no. 23
 - e. Abocath ukuran 16 atau 18
 - f. Kateter nelaton
 - g. Povidon iodine 10%
 - h. Kapas DTT
 - i. Bengkok
 - j. Korentang dan tempatnya
 - k. Sarung tangan panjang DTT / steril 2 pasang
 - l. Sarung tangan pendek DTT / steril 2 pasang
 - m. Tensimeter
 - n. Stetoskop
 - o. Lampu sorot
 - p. Uterotnika (oksitosin 10 IU / ml dan ergometrin 0,20 mg / ml)
 - q. Antibiotik
 - r. Persiapan pasien

2) *Informed consent*

3) Tindakan Bidan

- a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta *maksimal 15 detik)
- b. Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan saluran serviks
- c. Pastikan bahwa kandung kemih kosong. Jika penuh atau dapat dipalpasi lakukan katerisasi menggunakan teknik aseptik

Kompresi Bimanual Interna

d. Lakukan *kompresi bimanual interna* (KBI) selama 5 menit dengan cara :

- 1) Penolong berdiri di depan vulva, pakai sarung tangan panjang DTT atau steril, basahi tangan kanan dengan antiseptic, kemudian dengan lembut masukkan tangan secara obstetric (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu.
- 2) Periksa vagina dan serviks.
Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah dalam kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara maksimal.
- 3) Kepalkan tangan yang berada didalam dan letakkan pada fornix anterior dan tekan dinding anterior uterus (segmen bawah rahim) ke arah kranio anterior / ke arah atas
- 4) Letakkan telapak tangan luar pada dinding perut (dinding posterior uterus), upayakan untuk mencakup bagian belakang korpus uteri seluas / sebanyak mungkin
- 5) Tekan uterus diantara kedua tangan dengan cara mendekatkan telapak tangan luar dengan kepalan tangan dalam (kompresi selama 5 menit)
- 6) Evaluasi Keberhasilan
 - a) Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan KBI selama 2 menit, kemudian keluarkan tangan perlahan-lahan dan pantau ibu secara ketat selama kala IV
 - b) Jika uterus berkontraksi, tetapi perdarahan terus berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan.

- c) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk kompresi bimanual eksterna (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Mintalah keluarga menyiapkan rujukan.

Catatan :

Atonia uteri seringkali bisa diatasi dengan KBI, jika KBI tidak berhasil dalam waktu 5 menit diperlukan tindakan-tindakan lain.

Kompresi Bimanual Eksterna

- e. Penolong berdiri menghadap pada sisi kanan ibu. Tekan ujung jari telunjuk, tengah dan manis tangan kanan di antara simfisis dan umbilicus pada korpus depan bawah sehingga fundus uteri naik ke arah dinding abdomen.
- f. Letakkan sejauh mungkin telapak tangan lain di korpus uteri bagian belakang dan dorong uterus ke arah dinding abdomen.
- g. Geser perlahan-lahan ujung ketiga jari tangan pertama ke arah fundus dan ubah tangan kanan menjadi kepalan. Lalu dorong kepalan ke arah korpus uteri bagian depan.
- h. Lakukan kompresi korpus uteri dengan jalan menekan dinding belakang dan dinding depan uterus dengan telapak kiri dan kanan (saling mendekatkan tangan depan dan belakang), agar pembuluh darah di dalam anyaman myometrium dapat dijepit secara manual.
- i. Sementara keluarga melakukan KBE, keluarkan tangan penolong dari vagina dengan hati-hati.
- j. Celupkan sarung tangan panjang ke dalam larutan klorin 0,5% dan anti sarung tangan pendek.
- k. Berikan 0,2 mg ergometrin IM (kontra indikasi hipertensi) atau misoprostol 600-1000mcg per rectal.
- l. Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc larutan ringer laktat + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin (habiskan dalam waktu 10 menit).

Jika uterus tetap atonia dan atau perdarahan terus berlangsung

- a. Pakai sarung tangan panjang steril/DTT dan ulangi KBI
- b. Alasan : KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi
- c. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 menit sampai 2 menit, segera rujuk ibu

- d. Sambil membawa ibu ketempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infuse cairan
- e. Lanjutkan infuse RL 500 cc + 20 unit oksitosin dg laju 500 cc/jam hingga tiba ditempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc/jam. Jika cairan infuse tidak cukup, infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infuse dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untk rehidrasi

Evaluasi keberhasilan

- a. Jika uterus berkontraksi, lepaskan tangan perlahan-lahan, masukan kedua tangan kedalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5 % dan lepaskan. Cuci tangan lalu keringkan dengan handuk bersih kering. Pantau kala IV persalinan dengan cermat
- b. Bila kompresi bimanual pada uterus tidak berhasil, cobalah kompresi aorta

Catatan :

Kompresi manual pada aorta adalah alternative untuk kompresi bimanual. Kompresi hanya boleh dilakukan pada keadaan darurat sementara penyebab perdarahan sedang dicari.

Kompresi Aorta Abdominalis

Perasat ini jrang dilakukan, dan kurang begitu di rekomendasikan, tetapi seorang bidan harus tahu dan memahami langkah – langkahnya, yaitu :

- a. Pakai sarung tangan steril/DTT
- b. Baringkan ibu diatas ranjang, penolong menghadap sisi kanan pasien. Ataur posisi penolong sehingga pasien berada pada ketinggian yang sama dengan pinggul penolong
- c. Tungkai diletakan pada dasar yang rata dengan sedikit fleksi pada artikulasio koksae
- d. Raba pulsasi arteri femoralis dengan jalan meletakan ujung jari telunjuk dan tengah tangan kanan pada lipatan paha. Yaitu pada perpotongan garis lipatan paha dengan garis horizontal yang memalui titik 1 cm di atas dan sejajar di tepi atas simfisis pubis. Pastikan pulsasi arteri tersebut teraba dengan baik
- e. Setelah pulsasi dikenali, jangan pndahkan keda jari dan titik pulsasi tersebut.

1. Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk, tengah, manis, dan kelingking melalui dinding perut keatas aorta abdominalis yaitu pada umbilicus dan sedikit kearah kiri dengan arah tegak lurus
2. Dorongan kepalan tangan akan mengenai bagian tengah/sumbu badan ibu apabila tekanan – tekanan kepalan tangan kiri mencapai aorta abdominalis maka pulsasi arteri femoralis (yang dipantau dengan ujung jari telunjuk dan tengah tangan kanan) akan berkurang dari/berhenti (tergantung dari derajat tekanan pada aorta)
3. Lakukan kompresi selama 5 sampai 7 menit, kemudian lepaskan atau kurangi kompresi selama 1 menit agar bagian lain tidak kekurangan darah
4. Perhatikan perubahan perdarahan pervaginam (kaitkan dengan perubahan pulsasi atrei femoralis

Perhatikan:

- a) Bila perdarahan berhenti sedangkan uterus tidak berkontak dengan baik, usahakan pemberian prepara prostaglandin. Bila bahan tersebut tidak tersedia atau uterus tetap tidak berkontraksi setelah pemberian bahan tersebut, pertahankan posisi tersebut sehingga pasien dapat mencapai faslitas rujukan.
- b) Apabila kontaksi membaik tetapi perdarahan tetap berlangsung, maka lakukan kompresi eksternal dan pertahankan posisi demikian hingga pasien mencapai tempat rujukan
- c) Bila kompresi sulit dilakukan secara terus menerus maka lakukan pemasangan kondom kateter
- d) Kompresi baru dilepaskan bila perdarahan berhenti dan uterus berkontak dengan baik. Teruskan pemberian uterotonika
- e) Apabila perdarahan berkurang atau berhenti, pertahankan posisi tersebut dan lakukan masase hingga uterus berkontraksi dengan baik
- f) Msukan kedua tangan kedalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam dalam wadah tersebut
- g) Cuci tangan dengan air mengalir dengan sabun, keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering

- h) Perhatikan tanda vital, perdarahan dan kontraksi uterus setiap 10 – 15 menit atau pantau kala IV dengan ketat
- i) Berikan antibiotika jika terjadi tanda-tanda infeksi. Gunakan antibiotika berspektrum luas, misalnya ampicillin 1 gram IM, diikuti 500 mg per oral setiap 6 jam ditambah metronidazole 400-500 gram per oral setiap 8 jam selama 5 hari (Setianingrum, 2017).

H. Komplikasi

Disamping menyebabkan kematian, syok, HPP memperbesar kemungkinan terjadinya infeksi peripel karena daya tahan tubuh penderita berkurang. Perdarahan banyak kelak bisa menyebabkan sindroma Sheehan sebagai akibat nekrosis pada hipofisis pars anterior sehingga terjadi insufisiensi bagian tersebut. Gejala-gejalanya ialah hipotensi, anemia, turunnya berat badan sampai menimbulkan kakeksia, penurunan fungsi seksual dengan atrofi alat-alat genital, kehilangan rambut pubis dan ketiak, penurunan metabolisme dan hipotensi, amenorea dan kehilangan fungsi laktasi (Karlina et al., 2014).

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 29 tahun, P2A0, melahirkan seorang bayi perempuan di RS. Hasil anamnesa: Ibu mengatakan merasa lemas dan pusing. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap 10 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/60 mmHg, P 24 x/menit, N 70x/menit, S 36,8°C.

Berikut pendokumentasian berdasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Planning
Ibu mengatakan merasa lemas dan pusing	Plasenta lahir lengkap 10 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba	P2A0 Kala IV dengan Atonia Uteri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu Ibu hasil pemeriksaan bahwa kontraksi ibu lemah dan terjadi perdarahan, ibu mengerti. 2. Memberikan informed Consent untuk penanganan perdarahan, ibu menyetujui 3. Melakukan masase fundus uteri segera setelah lahirnya

	lembek, kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/60 mmHg, P 24 x/menit, N 70x/menit, S 36,8°C.		plasenta, kontraksi masih lemah 4. Membersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan saluran serviks, telah dilakukan 5. Memastikan bahwa kandung kemih kosong, kandung kemih kosong. 6. Melakukan kompresi bimanual interna, perdarahan berkurang dan kontraksi baik 7. Meneruskan KBI selama 2 menit, telah dilakukan. 8. Melakukan pemantau Kala IV, keadaan umum baik, kontraksi baik
--	--	--	---

J. Soal

- Seorang perempuan, umur 27 tahun, P1A0, melahirkan seorang bayi laki-laki di RS. Hasil anamnesa: Ibu mengatakan merasa lemas dan pusing. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap 15 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/70 mmHg, P 20 x/menit, N 70x/menit, S 36,8°C.

Apakah diagnosa yang paling tepat pada kasus tersebut?

 - Atonia uteri
 - Inersia Uteri
 - Inversio Uteri
 - Rest Plasenta
 - Retensio Plasenta
- Seorang perempuan, umur 27 tahun, P1A0, melahirkan seorang bayi laki-laki di RS. Hasil anamnesa: Ibu mengatakan merasa lemas dan pusing. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap 15 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/70 mmHg, P 20 x/menit, N 70x/menit, S 36,8°C, kandung kemih kosong.

Tindakan apakah yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Mempersiapkan rujukan
- B. Pemantauan Kala IV
- C. Melakukan KBI
- D. Melakukan KBE
- E. Melakukan KAA

3. Seorang perempuan, umur 30 tahun, P3A0, melahirkan seorang bayi perempuan di RS. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap 15 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/70 mmHg, P 20 x/menit, N 70x/menit, S 36,8⁰C. Bidan telah melakukan KBI selama 5 menit dan uterus berkontraksi serta perdarahan berkurang

Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Teruskan KBI selama 2 menit
- B. Mempersiapkan rujukan
- C. Pemantauan Kala IV
- D. Melakukan KBE
- E. Melakukan KAA

4. Seorang perempuan, umur 25 tahun, P2A0, melahirkan seorang bayi perempuan di RS. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap 15 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba lembek, kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/70 mmHg, P 20 x/menit, N 70x/menit, S 36,8⁰C. Bidan telah melakukan KBI selama 5 menit tetapi masih terdapat perdarahan dan kontraksi lemah.

Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Teruskan KBI selama 5 menit
- B. Periksa kandung kemih
- C. Pemantauan Kala IV
- D. Melakukan KBE
- E. Melakukan KAA

5. Seorang perempuan, umur 33 tahun, P2A0, melahirkan seorang bayi perempuan di RS. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap 15 menit setelah bayi lahir, kontraksi uterus lemah dan uterus teraba lembek,

kandung kemih kosong, perdarahan >500 cc, TD 100/70 mmHg, P 20 x/menit, N 70x/menit, S 36,8°C. Bidan telah melakukan KBI dan KBE tetapi masih terdapat perdarahan dan kontraksi lemah.

Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Teruskan KBI selama 5 menit
- B. Periksa kandung kemih
- C. Pemantauan Kala IV
- D. Melakukan KBE
- E. Melakukan KAA

KUNCI JAWABAN

- 1. A
- 2. C
- 3. A
- 4. D
- 5. E

K. Daftar Pustaka

- Julizar, M., Effendi, J. S., & Sukandar, H. (2019). Analisis Faktor Risiko Atonia Uteri. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 7(3), 108. <https://doi.org/10.33366/jc.v7i3.1399>
- Karlina, Ermalinda, & Pratiwi. (2014). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. In Media.
- Lestari, M., Mulawardhana, P., & Utomo, B. (2020). Faktor Risiko Kejadian Atonia Uteri. *Pedimaternal Nursing Journal*, 5(2), 189. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v5i2.13459>
- Nurchairina. (2017). Hubungan Overdistensi Uterus dengan Kejadian Atonia Uteri pada Ibu Post Partum. *Keperawatan*, XIII(2), 215–220.
- Sebghati, & Chandraharan. (2017). An update on the risk factors for and management of obstetric haemorrhage. *Women's Heal*, 13(2), 34–40.
- Setianingrum. (2017). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternitas*. In Media.

BAB V

RUPTURE PERINEUM

Vera Iriani Abdullah M, M.Kes, M.Keb



BAB V

RUPTURE PERINEUM

Vera Iriani Abdullah M, M.Kes, M.Keb

A. Latar Belakang

Data menunjukkan lebih dari 85% ibu bersalin mengalami ruptur perineum, sekitar 0,6–11% dari semua persalinan pervaginam mengakibatkan ruptur perineum 2 dan sisanya mengalami derajat 3 atau 4 (Ryan Goh, 2018). Ruptur perineum merupakan salah satu masalah umum yang sering terjadi pada persalinan pervaginam, angka kejadiannya sekitar 80% dan kasus terbanyak pada primipara dibandingkan multipara. Sebagian besar kasus terjadi pada ruptur perineum derajat dua dan sekitar 3,2-4,3% ruptur perineum derajat tiga dan empat (Jansson, Nilsson, & Franzén, 2019).

Di Indonesia pada tahun 2017 ada sekitar 57% ibu mendapat jahitan perineum dari 1951 kasus persalinan spontan pervaginam. Di Brazil prevalensi laserasi perineum sekitar 79,8% (Abedzadeh-Kalahroudi M, 2019) sedangkan di Iran, dilaporkan sekitar 84,3% kejadian ruptur perineum pada saat persalinan. Ruptur perineum dapat terjadi secara spontan atau dengan episiotomi (Gommesen, 2019).

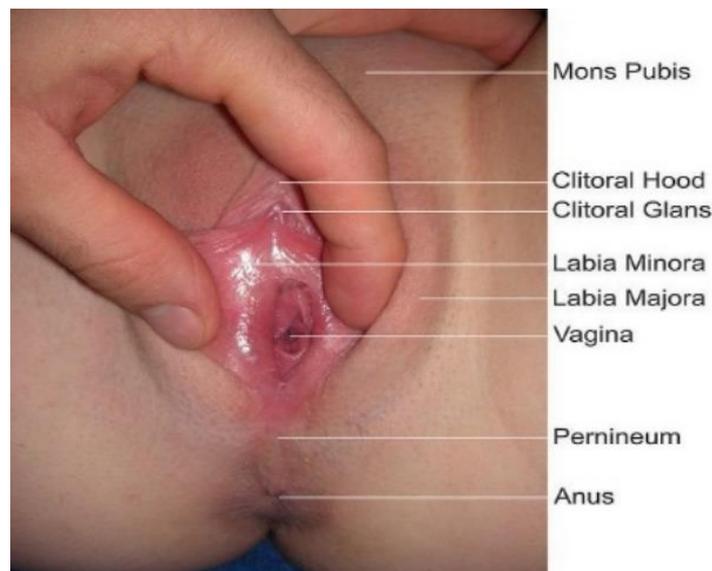
Ruptur perineum sangat bervariasi dimulai dari kerusakan mukosa ringan hingga luka parah pada perineum sampai otot dubur. Episiotomi rutin kadang dilakukan untuk mencegah ruptur perineum spontan, robekan yang tidak teratur, mencegah trauma kepala pada janin, dan menghindari komplikasi lipatan dasar panggul, namun saat ini episiotomi rutin sudah tidak di rekomendasikan karena dapat meningkatkan terjadinya insiden ruptur sfingter anus dan rektum yang berkontribusi terjadinya inkontinensia sfingter anal (Rezaie, Dakhesh, Kalavani, & Valiani, 2021)

B. Definisi

Ruptur berarti robekan, jadi ruptur perineum merupakan robekan perineum yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat. Ruptur perineum juga di definisikan sebagai robeknya organ genital wanita yang biasanya terjadi pada saat melahirkan, keadaan ini dapat terjadi akibat dilakukan episiotomi ataupun secara spontan.

Berdasarkan lokasinya dapat dibagi menjadi dua, yaitu ruptur perineum anterior dan posterior.

Namun pada saat persalinan, ruptur yang sering terjadi adalah ruptur perineum posterior yaitu robekan pada dinding posterior vagina ke arah anus. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 1 dibawah ini:



Gambar 5.1

Sumber: Ultra00, Wikimedia commons, 2011 dikutip dalam alomedika.com

Untuk mengevaluasi derajat ruptur dapat dilakukan pemeriksaan dengan colok dubur, untuk memutuskan apakah konservatif atau manajemen bedah diperlukan. Namun jika ada kesulitan dalam mendiagnosis ruptur perineum dapat dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan USG yang terbukti menjadi alat diagnostik paling efektif, tentunya Tindakan ini dilakukan oleh tenaga yang kompeten dan berwenang (Ryan Goh, 2018).

C. Penyebab

Rupture perineum pada umumnya terjadi pada kala 2 persalinan, beberapa faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya ruptur perineum diantaranya faktor maternal, janin ataupun intrapartum. Secara umum ruptur perineum terjadi akibat adanya regangan pada perineum pada saat persalinan sehingga merobek perineum, beberapa penyebab adalah Persalinan kala 2 yang Panjang, Penggunaan instrumen persalinan, Dorongan fundus pada persalinan Episiotomy (Ao & Wilson, 2018).

D. Faktor Risiko

Beberapa studi yang dikutip pada (Khamseh, Zagami, & Ghavami, 2022a) menunjukkan faktor risiko terjadinya ruptur perineum diantaranya :

- ✓ Primipara Atau Ibu Dengan Anak Pertama
- ✓ Perempuan Dengan Ras Asia
- ✓ Wanita Kulit Putih
- ✓ Perineum Pendek
- ✓ Persalinan Pervaginam Operatif
- ✓ Usia Ibu Tua
- ✓ Epidural Analgesia
- ✓ Distosia Bahu

Selain itu ruptur perineum juga di sebabkan oleh elastisitas kulit yang buruk, hal ini dapat dilihat pada indikator adanya striae gravidarum pada masa kehamilan. Striae gravidarum menunjukkan ketidak mampuan kulit untuk meregang akibat kurangnya kolagen pada kulit untuk itu diperlukan asupan kolagen. Kolagen dapat diperoleh secara farmakologi maupun non farmakologi, secara non farmakologi salah satunya dengan menggunakan tumbuhan pegagan yang kaya akan kolagen sehingga mampu menjaga keelastisan kulit dan membantu menghilangkan striae gravidarum (Vera Iriani Abdullah et al., 2022).

E. Tanda dan Gejala

Menurut (Setiawan, 2022), ruptur perineum dibedakan dalam 4 derajat atau tingkatan dengan kategori :

- ✓ Derajat pertama
Robekan terjadi pada mukosa vagina dan jaringan ikat
- ✓ Derajat kedua
Robekan terjadi pada mukosa vagina, jaringan ikat, dan otot
- ✓ Derajat ketiga
Robekan terjadi pada sfingter anus
- ✓ Derajat keempat
Robekan terjadi pada mukosa rektum adalah robekan tingkat empat.

Sedangkan menurut (Rian Goh, 2018), Klasifikasi rupture perineum dapat dilihat pada tabel 1 dibawah ini:

Tabel 5.1

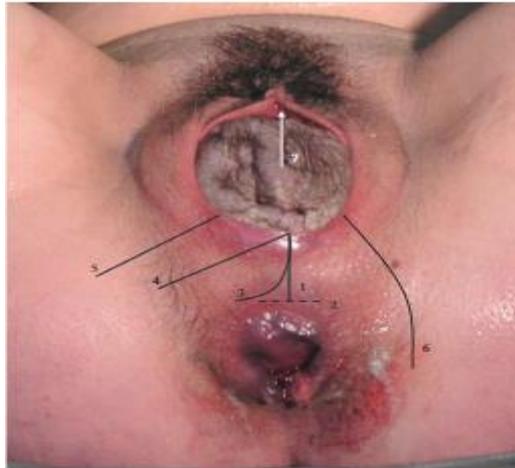
Box 1. Classification of perineal tears²⁻⁴	
Degree	Classification
1	Laceration of the vaginal mucosa or perineal skin only
2	Laceration involving the perineal muscles
3	Laceration involving the anal sphincter muscles, being further subdivided into 3A, 3B and 3C:
3A	Where <50% of the external anal sphincter is torn
3B	Where >50% of the external anal sphincter is torn
3C	Where the external and internal anal sphincters are torn
4	Laceration extending through the anal epithelium (resulting with a communication of the vagina epithelium and anal epithelium)

Berdasarkan tabel 1 dapat diuraikan :

- Derajat 1, laserasi hanya terjadi pada mukosa vagina atau kulit perineum.
- Derajat 2, laserasi melibatkan otot perineum
- Derajat 3, Laserasi yang melibatkan otot sfingter anus, yang dibagi lagi menjadi 3A, 3B dan 3C:
 - 3A : <50% dari sfingter anal eksternal robek
 - 3B : >50% dari sfingter anus eksternal robek
- Derajat 4, Laserasi meluas melalui epitel anal, sfingter anal eksternal dan internal robek

F. Pencegahan

Episiotomi dipertimbangkan menjadi salah satu metode untuk mengurangi terjadinya robekan perineum yang parah dengan tujuan episiotomi untuk meningkatkan diameter lubang vagina dan memudahkan keluarnya kepala janin sehingga mencegah robekan pada vagina. Ada beberapa jenis episiotomy yang dapat digunakan diantaranya midline, modifikasi midline, mediolateral Berbentuk 'J' serta lateral, lateral radikal dan anterior. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Gambar 5.2

Episiotomi median atau garis tengah, merupakan episiotomi yang dimulai pada fourchette posterior dan berjalan sepanjang garis tengah melalui tendon sentral tubuh perineum dengan luasan sayatan setengah dari panjang perineum. Episiotomi modifikasi median dilakukan dengan menambahkan dua sayatan transversal dengan arah yang berlawanan tepat di atas lokasi sfingter anal. Episiotomi lateral merupakan jenis episiotomi yang pertama kali dijelaskan pada tahun 1850, sayatan dimulai di introitus vagina 1 atau 2 cm lateral garis tengah dan diarahkan ke bawah menuju tuberositas iskia Kalis , 2012) dikutip dalam (Ryan Goh, 2018).

G. Penatalaksanaan

Salah satu penatalaksanaan untuk mencegah terjadinya ruptur perineum spontan dapat dilakukan episiotomi. Episiotomi merupakan prosedur dengan sayatan yang dibuat pada daerah perineum sehingga membantu memperbesar lubang vagina dan memfasilitasi kelahiran bayi dari vagina. Selain itu pijat perineum pada masa kehamilan dapat membantu mencegah terjadinya ruptur perineum (Khamseh, Zagami, & Ghavami, 2022b).

Secara umum penanganan segera ruptur perineum berbeda tergantung pada tingkat keparahan robekan, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini :

Tabel 5.2

Box 3. Immediate management of perineal tears

First-degree	These tears are considered minor and are therefore left to the clinician's discretion to determine if suturing is required.
Second-degree	Although these tears are also considered minor, sutures should be placed to facilitate better wound approximation (as there are noticeable benefits at six weeks postpartum ³⁵).
Third-degree and fourth-degree	These tears should be repaired as soon as possible in an operating theatre, using regional or general anaesthesia, to achieve anal sphincter relaxation. ⁷²⁵ The obstetric anal sphincter injuries repair should be performed by trained practitioners, as inexperienced attempts can lead to anal incontinence. ²⁵

Sumber : Ryan Go, 2018

Pada rupture perineum derajat satu, robekan dianggap kecil untuk itu tidak perlu dilakukan penjahitan, namun Bidan dapat melakukan konsultasi kepada dokter agar dapat menentukan apakah diperlukan penjahitan atau tidak. Rupture derajat 2, meski robekan ini juga dianggap kecil, namun harus dilakukan penjahitan agar perbaikan luka dapat sembuh dengan baik pada 5 minggu pasca salin (Ryan Goh, 2018).

Pada rupture derajat 3 dan 4, harus segera diperbaiki dengan tindakan operasi yang dilakukan oleh dokter, dengan menggunakan anestesi regional atau umum, untuk mencapai anal relaksasi sfingter. Tindakan perbaikan pada cedera sfingter ani obstetrik harus dilakukan oleh praktisi terlatih, karena jika tidak berpengalaman dapat menyebabkan inkontinensia anal. Berdasarkan kewenangan seorang Bidan tidak memiliki kewenangan dalam melakukan Tindakan penatakasanaan derajat 3 dan 4 sehingga tugas bidan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter ataupun menyiapkan rujukan. Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam melakukan penatakasanaan rupture perineum diantaranya:

1. Perbaikan berupa penjahitan, harus dilakukan oleh tenaga yang kompeten
2. Lakukan Tindakan pada ruangan dengan akses penerangan yang baik
3. Prosedur Tindakan, harus dilakukan di ruang operasi dengan pasien dalam posisi litotomi
4. Gunakan anestesi yang memadai, sebagai upaya asuhan sayang ibu.

5. Setiap lapisan kulit harus diperbaiki, untuk mengembalikan fungsi
6. Perbaikan harus dilakukan dalam arah cephalocaudal (atau top-down)
7. Gunakan jahitan simpul untuk mengurangi risiko dispareunia dan ketidaknyamanan vagina setelah pemulihan
8. Manajemen pasca operasi dengan pemberian antibiotik.

Jika rupture perineum telah masuk dalam derajat ketiga dan keempat, dapat diberikan antibiotik (atas instruksi dokter), Bidan harus melakukan kolaborasi dengan dokter. Hal ini bertujuan untuk mengurangi risiko infeksi. Studi yang dilakukan oleh Liabsuetrakul et al tahun 2020 menunjukkan bahwa profilaksis antibiotik secara signifikan mampu mengurangi risiko infeksi pada ruptur perineum pada rupture derajat ketiga dan keempat (Liabsuetrakul, Choobun, Peeyanjarassri, & Islam, 2020)

H. Komplikasi

Rupture perineum dapat menyebabkan komplikasi dan memberikan dampak negatif yang mempengaruhi fisik, psikologis, dan aspek sosial kehidupan perempuan (Khamseh et al., 2022a). Pada kasus yang parah rupture perineum dapat memberikan efek jangka pendek dan jangka Panjang, dikutip dalam Fatemeh Khademol khamseh, dkk tahun 2019 ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi diantaranya:

1. Infeksi
2. Dispareunia
3. Masalah Kencing
4. Cedera Sfingter Anus
5. Rectovaginal Fistula
6. Inkontinensia Tinja

Komplikasi jangka panjang seperti nyeri, dispareunia dan inkontinensia rektal, lebih banyak terjadi pada kasus yang dilakukan episiotomi dibandingkan dengan robekan yang terjadi secara alami (Setiawan, 2022).

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 20 tahun, P1A0, datang ke puskesmas diantar suaminya dengan keluhan merasa nyeri di bagian vagina. Hasil anamnesa ibu baru melahirkan 6 hari yang lalu di rumah dan ditolong oleh dukun. Hasil pemeriksaan nampak ada robekan perineum derajat 2 dan tidak

ada tanda-tanda infeksi. Tindakan: bidan lakukan pemeriksaan kedalaman robekan, perawatan luka perineum dan lakukan rujukan ke RS.

Berikut pendokumentasian berdasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Assessment	Penatalaksanaan
<p>1. Ibu mengatakan rasa nyeri di vagina</p> <p>2. Ibu mengatakan baru melahirkan 6 hari yang lalu di tolong Dukun</p>	<p>Nampak luka robekan pada perineum mengenai mukosa dan otot</p>	<p>Ibu umur 20 tahun, P1A0, nifas 6 hari dengan robekan perineum derajat 2</p>	<p>Sampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, bahwa luka perineum derajat 2</p> <p>Hasil: ibu dan suami telah mengerti</p> <p>Lakukan perawatan luka perineum, dengan memberikan salp betadine dan di tutup kasa</p> <p>Hasil: luka telah dirawat dan diberikan obat</p> <p>Lakukan rujukan ke RS untuk dilakukan reposisi luka dan penjahitan perineum</p> <p>Hasil : surat rujukan telah disiapkan dan ibu Bersama suami ke RS</p>

J. Soal

1. Seorang perempuan, usia 20 tahun, P1A0, baru saja melahirkan di Puskesmas ditolong oleh Bidan. Bayi lahir spontan pervaginam dengan BB 3.900 gr. Hasil pemeriksaan: terdapat laserasi yang melibatkan >50% dari sfingter anus eksternal robek.

Berapakah derajat keparahan robekan?

- a. Derajat 1
- b. Derajat 2
- c. Derajat 3 A
- d. Derajat 3 B
- e. Derajat 4

2. Seorang perempuan, usia 20 tahun, P1A0, baru saja melahirkan di Puskesmas ditolong oleh Bidan. Bayi lahir spontan pervaginam dengan BB 3.900 gr. Hasil pemeriksaan: terdapat laserasi yang melibatkan >50% dari sfingter anus eksternal robek.

Apakah tindakan yang paling tepat dilakukan Bidan pada kasus diatas?

- a. Lakukan penjahitan
- b. Pasang infus dan rujuk
- c. Lakukan anastesi lokal
- d. Jahit situasi dan rujuk
- e. Perawatan luka

3. Seorang perempuan, usia 20 tahun, P1A0, baru saja melahirkan di Puskesmas ditolong oleh Bidan. Bayi lahir spontan pervaginam dengan BB 2.800 gr. Hasil pemeriksaan: terdapat laserasi yang melibatkan mukosa kulit. Tidak ada perdarahan aktif.

Berapakah derajat keparahan robekan?

- a. Derajat 1
- b. Derajat 2
- c. Derajat 3 A
- d. Derajat 3 B
- e. Derajat 4

4. Seorang perempuan, usia 20 tahun, P1A0, baru saja melahirkan di Puskesmas ditolong oleh Bidan. Bayi lahir spontan pervaginam dengan BB

2.800 gr. Hasil pemeriksaan : terdapat laserasi yang melibatkan mukosa kulit dan otot.

Apakah Tindakan yang dilakukan pada kasus diatas?

- a. Rujuk ke RS
- b. Hecting
- c. Vulva higien
- d. Perawatan luka
- e. Anastesi Lokal

5. Seorang perempuan, usia 20 tahun, P1A0, baru saja melahirkan di Puskesmas ditolong oleh Bidan. Bayi lahir spontan pervaginam dengan BB 2.800 gr. Hasil pemeriksaan : terdapat laserasi yang melibatkan mukosa kulit dan otot.

Apakah Langkah awal yang penting dilakukan Bidan sebelum melakukan penjahitan?

- a. Nilai derajat luka
- b. Vulva higiene
- c. Pasang tampon
- d. Anastesi Lokal
- e. Atur posisi

KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. A
4. B
5. D

K. Daftar Pustaka

- Abedzadeh-Kalahroudi M, T. A. S. Z. M. E. (2019). Perineal Trauma: Incidence And Its Risk Factors. *J Obstet Gynaecol* .
- Ao, C. H., & Wilson, A. (2018). Perineal Tears: A Literature Review. Retrieved From [Www.Safetyandquality.Gov.Au](http://www.Safetyandquality.Gov.Au)
- Gommesen, D. , N. E. A. , D. H. C. , Q. N. , & R. V. (2019). Obstetric Perineal Tears: Risk Factors, Wound Infection And Dehiscence: A Prospective Cohort Study. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 67–77.
- Jansson, M. H., Nilsson, K., & Franzén, K. (2019). Development And Validation Of A Protocol For Documentation Of Obstetric Perineal Lacerations. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2069–2076. <https://doi.org/10.1007/S00192-019-03915-Y>
- Khamseh, F. K., Zagami, S. E., & Ghavami, V. (2022a, September 1). The Relationship Between Perineal Trauma And Striae Gravidarum: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, Vol. 27, Pp. 363–369. Wolters Kluwer Medknow Publications. https://doi.org/10.4103/Ijnmr.IJNMR_379_20
- Khamseh, F. K., Zagami, S. E., & Ghavami, V. (2022b, September 1). The Relationship Between Perineal Trauma And Striae Gravidarum: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, Vol. 27, Pp. 363–369. Wolters Kluwer Medknow Publications. https://doi.org/10.4103/Ijnmr.IJNMR_379_20
- Liabsuetrakul, T., Choobun, T., Peeyanjarassri, K., & Islam, Q. M. (2020, March 26). Antibiotic Prophylaxis For Operative Vaginal Delivery. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, Vol. 2020. John Wiley And Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004455.Pub5>
- PERINEAL TEARS-A REVIEW CLINICAL 36. (2018).
- Rezaie, M., Dakhesh, S., Kalavani, L., & Valiani, M. (2021). A Comparative Study On The Effect Of Using Three Maternal Positions On Postpartum Bleeding, Perineum Status And Some Of The Birth Outcomes During Latent And Active Phase Of The Second Stage Of Labor. *Cyprus Journal Of Medical Sciences*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.5152/Cjms.2020.790>
- Setiawan, W. A. (2022). Use Of Prophylactic Antibiotics In Third And Fourth Degree Of Perineal Rupture. Published By Perinasia | *Indonesian Journal Of Perinatology*, 3(2), 39–42. <https://doi.org/10.51559/Inajperinatol.V3i2.21>

V Kalis, K. L. J. De L. K. I. D. T. (2012). Classification Of Episiotomy: Towards A Standardisation Of Terminology. *An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 119, 522–526.

Vera Iriani Abdullah, Siti Rusyanti, Sumarni, Nuur Octascriptiriani Rosdianto, Erlina Ilyas, Fatiyani.M. Nur, & Dita Eka Mardiani. (2022). Gel Formulation Test Of Gotu Kola Leaf Extract (*Centella Asiatica*) 15% For Handling Striae Gravidarum. *Journal Of Pharmaceutical Negative Results*, 13(4), 1124–1127. <https://doi.org/10.47750/Pnr.2022.13.04.156>

BAB VI

KEJANG DALAM PERSALINAN (EKLAMSIA)

Siska Rosdiana, S.ST., M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB VI

KEJANG DALAM PERSALINAN (EKLAMPSIA)

Siska Rosdiana, S.ST., M.Keb

A. Latar Belakang

Penyebab utama kematian pada ibu telah mengalami perubahan, yaitu akibat gangguan hipertensi (33.07%), perdarahan obstetrik (27.03%), komplikasi non obstetrik (15.7%), komplikasi obstetrik (12.04%), infeksi pada kehamilan (6.06%) dan penyebab lainnya 4.81%).

Eklampsia menyumbang 12% dari kematian ibu per tahun di seluruh dunia, mayoritas adalah negara berkembang. Dari kematian ibu tersebut membutuhkan upaya bersama untuk lebih memahami eklampsia. Saat ini tidak ada tes yang dapat memprediksi pasien yang akan terjadi eklampsia, hanya gejala yang digunakan sebagai peringatan bahwa pasien berisiko eklampsia.

Eklampsia terjadi lebih umum di trimester terakhir kehamilan dan menjelang persalinan. Eklampsia dapat terjadi selama antepartum (35%-45%), intrapartum (15%-20%) atau postpartum (35%-45%).

Eklampsia adalah kejang yang terjadi pada ibu hamil, persalinan, dan masa nifas dengan pre-eklampsia yang ditandai dengan hipertensi yang tiba-tiba, proteinuria dan oedema yang bukan disebabkan oleh adanya koinsidensi penyakit neurology lain. Kejang pada eklampsia dapat berupa kejang motorik fokal atau kejang tonok klonik umum. Beberapa tanda dan gejala eklampsia berupa peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba, nyeri kepala, perubahan visual dan mental, retensi cairan, dan hiperrefleksia, fotofobia, iritabel, mual dan muntah.

Eklampsia adalah kelainan pada masa kehamilan, saat persalinan, atau setelah persalinan. Kondisi ini merupakan komplikasi berat dari pre-eklampsia, yang ditandai dengan timbulnya kejang dan dapat disertai koma. Ini merupakan kondisi langka namun serius, di mana tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kejang selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.

Kejang sendiri yakni periode aktivitas otak yang terganggu dan dapat menyebabkan kondisi penurunan kesadaran dan kejang hebat. Faktanya, eklampsia dapat mempengaruhi sekitar 1 dari setiap 200 wanita dengan pre-eklampsia. Bahkan, siapapun dapat berisiko mengalami eklampsia meskipun tidak memiliki riwayat kejang. Eklampsia sering terjadi setelah pre-

eklamsia, yang ditandai dengan adanya tekanan darah tinggi yang terjadi pada kehamilan. Temuan lainnya mungkin juga ada seperti adanya protein dalam *urine*. Apabila pre-eklamsia memburuk dan memengaruhi otak, tentunya dapat menyebabkan kejang. Kondisi tersebut juga menandakan adanya potensi risiko eklampsia.

B. Definisi

Eklampsia didefinisikan sebagai kejadian kejang pada wanita dengan preeklampsia yang ditandai dengan hipertensi yang tiba-tiba, proteinuria dan udem yang bukan disebabkan oleh adanya koinsidensi penyakit neurology lain. Kejang pada eklampsia dapat berupa kejang motorik fokal atau kejang tonok klonik umum. Eklampsia terjadi pada 0,3% kehamilan, dan terutama terjadi antepartum pada usia kehamilan 20-40 minggu atau dalam beberapa jam sampai 48 jam dan kadang-kadang lebih lama dari 48 jam setelah kelahiran. Beberapa tanda dan gejala peringatan yang mendahului eklampsia dapat berupa peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba, nyeri kepala, perubahan visual dan mental, retensi cairan, dan hiperrefleksia, fotofobia, iritabel, mual dan muntah. Untuk menentukan dengan pasti kondisi neuropatologik yang menjadi pemicu kejang dapat dilakukan pemeriksaan diagnostic seperti foto rontgen, CT scan atau MRI.

Eklampsi merupakan kejang pada seorang wanita dengan pre eklampsi yang tidak dapat disebabkan oleh hal lain. Kejang bersifat *grand mall* dan mungkin timbul sebelum, selama atau setelah persalinan. Namun, kejang yang timbul yang lebih dari 48 jam post partum, terutama pada nullipara, dapat dijumpai sampai 10 hari post partum. Eklampsi post partum merupakan kelanjutan dari antenatal, trias gejala pokoknya hipertensi, protein uria, dan edema lanjut.

C. Etiologi

Eklampsi disebabkan ischaemia rahim dan plasenta (*ischaemia uteroplacenta*). Selama kehamilan uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada molahidatidosa, hidramnion, kehamilan ganda, multipara, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah ibu, diabetes, peredaran darah dalam dinding uterus kurang, maka keluarlah zat-zat dari plasenta/decidua yang menyebabkan vasospasmus dan hipertensi.

D. Faktor Risiko

Hingga saat ini, penyebab terjadinya pre-eklampsia dan eklampsia belum diketahui dengan pasti. Namun, faktor-faktor lain yang diduga dapat meningkatkan risiko pre-eklampsia dan eklampsia pada ibu yang mengalami kejang :

1. Memiliki riwayat menderita pre-eklampsia pada kehamilan sebelumnya.
2. Sedang menjalani kehamilan pertama atau memiliki jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun).
3. Memiliki riwayat hipertensi kronis atau hipertensi dalam kehamilan.
4. Hamil pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
5. Kehamilan kembar
6. Mengalami kondisi dan penyakit tertentu, seperti diabetes, penyakit ginjal, anemia sel sabit, obesitas, serta penyakit autoimun, seperti lupus dan Sindrom Antifosfolipid (APS).
7. Kondisi tertentu dalam kehamilan, seperti mengandung lebih dari satu janin atau hamil dengan program bayi tabung (IVF).

E. Tanda dan Gejala

Gejala utama eklampsia adalah kejang sebelum, selama, atau sesudah persalinan. Munculnya eklampsia pada ibu hamil selalu didahului dengan pre-eklampsia. Pre-eklampsia dapat timbul sejak minggu ke-20 kehamilan. Pada beberapa kasus, bisa terjadi *impending eclampsia* yang ditandai dengan :

1. Tekanan darah yang semakin tinggi.
2. Sakit kepala yang semakin parah.
3. Mual dan muntah.
4. Sakit perut terutama pada bagian perut kanan atas.
5. Tangan dan kaki membengkak.
6. Gangguan penglihatan
7. Frekuensi dan jumlah urin yang berkurang (*oliguria*).
8. Peningkatan kadar protein di *urine*.

Jika terus berlanjut, akan muncul kejang. Kejang akibat eklampsia bisa terjadi sebelum, selama, atau setelah persalinan. Kejang eklampsia dapat terjadi sekali atau berulang kali. Fase kejang yang bisa terjadi saat mengalami eklampsia, yaitu:

1. Fase awal
Berlangsung 10-20 detik, bola mata berputar-putar membelalak. muka dan otot tangan kejang-kejang, penurunan kesadaran.
2. Fase tonik
Berlangsung 10-20 detik, otot-otot berkontraksi dengan kuat, spasme diafragma, pernafasan berhenti, mukosa, anggota badan dan bibir menjadi biru, punggung melenting, gigi terkurap dan mata menonjol.
3. Fase klonik
Berlangsung 1-2 menit, otot-otot berkontraksi dengan kuat, air liur berbusa, bernafas sulit, terjadi aspirasi air liur, muka tampak sembab, lidah bisa tergigit.
4. Koma
Berlangsung beberapa menit sampai berjam-jam tergantung individu, nafas ngorok dan cepat, muka bengkak, tidak sianotik. Selanjutnya dapat terjadi kejang karena itu perlu perawatan dan pemberian obat penenang

F. Pencegahan

Untuk meminimalisir risiko terjadinya eklampsia yang mengakibatkan kejang pada persalinan dapat dilakukan skrining rutin selama kunjungan ANC (*Antenatal Care*). Pemeriksaan kehamilan rutin agar pre-eklampsia dapat terdeteksi sedini mungkin dan segera mendapatkan penanganan. Pada wanita yang sudah memiliki hipertensi sebelum kehamilan, pengontrolan tekanan darah dan menjaga tekanan darah tetap stabil dapat menurunkan risiko kejadian pre-eklamsia dan eklampsia yang mengakibatkan kejang dalam kehamilan dan persalinan. Pengontrolan berat badan sebelum merencanakan kehamilan.

G. Penatalaksanaan

Tatalaksana awal kasus kegawatdaruratan tersering pada persalinan eklampsia, henti jantung, henti nafas, syok, kejang, sesak nafas, pingsan tingkat kemampuannya sama Bidan dan ahli madya kebidanan yaitu pada tingkat keterampilan 2 dan 3, yaitu mampu memahami dan menjelaskan serta melaksanakan dibawah supervisi. Untuk kasus kejang dalam persalinan bidan harus berkolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan melakukan rujukan.

Dalam melakukan rujukan bidan dapat melakukan tindakan awal yaitu pemasangan infus dan pemberian MgSO₄. Penanganan segera yaitu persalinan harus berlangsung dalam 6 jam setelah timbulnya kejang.

Cara Pemberian MgSO₄ pada Preeklamsia dan Eklampsia

Berikan dosis awal 4 g MgSO₄ sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang. Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO₄ dalam 6 jam sesuai prosedur.

1. Syarat pemberian MgSO₄
 - a. Tersedia Ca Glukonas 10%
 - b. Ada refleks patella
 - c. Jumlah urin minimal 0,5ml/kg BB/jam
2. Cara pemberian dosis awal
 - a. Ambil 4 g larutan MgSO₄ (10 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dengan 10 ml akuades
 - b. Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit
 - c. Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 g MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40%) IM di bokong kiri dan kanan
3. Cara pemberian dosis rumatan
 - a. Ambil 6 g MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/Ringer Asetat
 - b. lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/menit selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia)

H. Komplikasi

Diagnosis dan penanganan yang terlambat dari kejang pada eklampsia dapat menimbulkan komplikasi serius dan mengancam nyawa ibu dan janin. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi diantaranya yaitu :

1. Kerusakan otak bagian oksipital akibat kejang yang dapat menyebabkan kebutaan
2. Perdarahan intrakranial akibat kejang berulang
3. Gagal ginjal akut
4. Sindrom HELP
5. *Disseminated intravascular coagulation* (DIC), kondisi dimana terjadi penggumpalan darah didalam seluruh pembuluh darah bersamaan dengan perdarahan

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 29 tahun, G1P0A0 hamil aterm datang ke PMB diantar suaminya dengan keluhan kejang-kejang. Hasil pemeriksaan TD !80/110 mmHg, N 90 x/menit, P 24 x/menit, ekstremitas atas dan bawah oedema, refleks patella positif, protein urine 3+, VT pembukaan 6 cm. DJJ 140x/menit reguler.

Pendokumentasian berdasarkan kasus tersebut :

Data Subjektif	Data Objektif	Assesmen t	Penatalaksanaan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Umur 29 tahun 2. G1P0A0 3. Kejang-kejang 4. Hamil aterm 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan umum <u>Vital sign</u> TD :180/110 mmHg Nadi : 90 x/i P : 24 x/i Suhu : 36,5 °C TB : 162 m 2. Pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala Warna rambut hitam, bersih, tekstur keras, tidak ada luka b. Muka Tidak ada oedema c. Mata Conjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik d. Hidung Bersih, tidak ada radang e. Gigi/mulut Lidah dan geraham baik, tidak ada stomatitis, tonsil, caries, karang gigi f. Telinga Bersih, pendengaran baik, tidak ada radang g. Leher Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, lymfa, dan vena jugularis h. Dada 	<p>G1P0A0 hamil aterm, janin tunggal hidup intrauterine kala I fase aktif dengan suspek eklampsia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan. Ibu dan keluarga tahu kondisi ibu tidak dalam keadaan normal 2. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa yang dialami ibu sekarang merupakan tanda-tanda bahaya persalinan 3. Menganjurkan ibu untuk tidak banyak bergerak dan memposisikan tidur miring ke sebelah kiri 4. Memberikan informed concent untuk tindakan selanjutnya, ibu dan keluarga menyetujuinya 5. Memberitahu keluarga ibu bahwa ibu akan dipasang infus

	<p>Bunyi jantung dan paru baik</p> <p>i. Payudara Bersih, pembesaran normal, terdapat striae, puting menonjol, areola baik dan bersih, pengeluaran colostrum ada</p> <p>j. Abdomen Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak terdapat luka operasi, terdapat striae dan linea, kandung kemih kosong</p> <p>k. Palpasi abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leopold I Pada bagian fundus teraba keras dan bulat (kepala) • Leopold II Pada bagian kanan ibu teraba memanjang dan keras (punggung) dan bagian kiri ibu teraba bagian kecil dari janin (ekstremitas) • Leopold III Pada bagian terbawah teraba bagian bulat dan lunak (bokong) • Leopold IV Sudah masuk PAP <p>l. TFU : 34 cm</p> <p>m. Auskultasi Frekuensi 140 x/menit Irama teratur</p> <p>n. Periksa Dalam</p>		<p>dan keluarga menyetujuinya</p> <p>6. Memberitahu keluarga ibu bahwa ibu akan diberikan obat anti kejang berupa MgSo4 dengan syarat pemberian refleks patella positif dan pemberian oksigen. Keluarga menyetujuinya</p> <p>7. Menyiapkan rujukan setelah berkoordinasi dengan petugas puskesmas dan dokter. Rujuk ibu sesuai dengan BAKSUKUDO</p> <p>8. Pendokumentasi an dalam catatan SOAP</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Atas indikasi: sudah ada mules • Pembukaan serviks: 6 cm • Konsistensi servik: Baik • Ketuban: Utuh • Presentasi fetus: Kepala • Penurunan bagian terendah: H I • Posisi janin: Normal • Hemoroid: Tidak ada <p>3. Pemeriksaan Penunjang HB : 12 gr% Protein urin : (+ + +) Glukosa urin : (-) Golongan darah N: A</p>		
--	---	--	--

J. Soal

- Seorang perempuan umur 25 tahun, G2P1A0, hamil aterm datang ke BPM diantar suaminya dengan keluhan kejang-kejang. hasil pemeriksaan ditemukan TD 190/120 mmHG, ekstremitas atas dan bawah oedema. VT pembukaan 6 cm.
Apa Diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?
A. Eklamsia
B. Pre eklamsia berat
C. Pre eklamsia ringan
D. Pre eklamsia sedang
E. Superimposed pre eklamsia

- Seorang perempuan umur 28 tahun, G2P1A0 hamil aterm. Datang ke PMB dengan keluhan kejang-kejang pada pemeriksaan tanda vital diperoleh TD 190/120 mmHg, muka tangan dan kaki oedema, periksaan VT pembukaan serviks 5 cm.
Apakah yang harus dilakukan oleh bidan kepada pasien tersebut sebelum dirujuk ke RS?

- A. Berikan O₂
 - B. Berikan MgSO₄
 - C. Berikan infus RL
 - D. Tidurkan miring kiri
 - E. Berikan lukosakalsium
- Seorang perempuan umur 29 tahun, G1P0A0 hamil aterm datang ke Rumah Sakit diantar suaminya dengan keluhan kejang-kejang. Hasil pemeriksaan ditemukan KU lemah, TD 180/110 MmHg, N 100x/menit, R 15x/menit, DJJ irregular, terdapat oedema pada wajah dan kaki. Apakah pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
 - A. ACG urine
 - B. Protein urine
 - C. Aceton urine
 - D. Glucosa urine
 - E. Reduksi urine
 - Seorang perempuan umur 25 tahun, G1P0A0 hamil aterm datang ke BPM bersama suami dengan keluhan kejang-kejang. Pada pemeriksaan diperoleh TD 180/120 mmHg, terdapat oedema pada wajah dan kaki, DJJ irregular, VT 4 cm. Apakah penatalaksanaan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Konseling dan rujuk
 - B. Informed consent dan rujuk
 - C. Pemasangan infuse dan rujuk
 - D. Pemasangan infus dan berikan MgSO₄
 - E. Pemasangan infuse, berikan MgSO₄ dan rujuk
 - Seorang perempuan umur 28 tahun, G1P0A0 hamil aterm datang ke puskesmas PONED diantar keluarganya dalam keadaan kejang dan terdapat oedema pada wajah dan kaki. Tim PONED secara cepat mempertahankan jalan nafas, melakukan resimen MgSO₄, melakukan kateterisasi dan pemeriksaan terfokus. Hasil pemeriksaan TD 180/110 mmHg, N 100x/menit, R 18x/menit, DJJ irregular, VT 8cm, portio tipis,

ketuban utuh, penurunan kepala hodge III, UUK kiri deoan, protein urine +3.

Apakah tindakan awal yang paling tepat untuk kasus tersebut?

- A. Menstabilkan pasien
- B. Memecahkan ketuban
- C. Memeriksa refleksi patela
- D. Kolaborasi untuk vacum ekstraksi
- E. Merujuk pasien ke rumah sakit sesegera mungkin

KUNCI JAWABAN

- 1. A
- 2. B
- 3. E
- 4. E
- 5. A

K. Daftar Pustaka

- Bangal VB, Giri PA, Gavhane SP. A study to compare the efficacy of low dose magnesium sulphat (Dhaka) regime with Pritchard regime in eclampsia. IJBAR. 2012;3(01):53-8
- Cooray SD, Edmonds SM, Tong S, Samarasekera SP, Nwhitehead CL. Characterization of symptoms immediately preceding eclampsia. Obs N gyn J. 2011;118(5):995-9.
- Fadun, Achmad Feryanto. 2013. Asuhan Kebidanan Patologis. Jakarta: Salemba Medika
- Helen, Varney. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4, volume 2. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2010. Ilmu Kandungan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC
- Minnerup J, et.al. Late onset postpartum eclampsia: it is really never too late – a case of eclampsia 8 weeks after delivery. 2009;10:1-4.
- Prawiroharjo, Sarwono. 2011. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Rakernas 2019, Dirjen Kesmas. Paparkan Strategi Penurunan AKI dan Neonatal. Direktorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. 23 Februari 2020.
- Santos VM, Correa FG, Modesto FRD, Moutella PR. Late-onset postpartum eclampsia: still a diagnostic dilemma?. Hong Kong Med J. 2008;14:60-3

BAB VII

BAYI SUNGSANG “BOKONG MURNI”

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB VII

BAYI SUNGSANG “BOKONG MURNI”

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.

A. Latar Belakang

Pertolongan persalinan sungsang masih menjadi diskusi yang menarik, karena ada yang berpendapat bahwa operasi seksio sesarea merupakan cara terbaik untuk melahirkan sungsang sedangkan pendapat lain percaya bahwa melahirkan pervaginam masih menjadi pilihan pertama yang dilakukan. Dari beberapa penelitian melaporkan bahwa kematian perinatal pada persalinan sungsang secara pervaginam lebih tinggi dibanding persalinan melalui operasi bedah Sesar, namun pada penelitian lain melaporkan bahwa pemilihan operasi seksio sesarea pada letak sungsang tidak selalu menjamin bahwa bayi yang dilahirkan akan selalu baik sedangkan di sisi lain risiko dan komplikasi operasi bedah sesar teradap ibu lebih tinggi dibanding persalinan pervaginam. Sehingga dalam pemilihan tindakan persalinan pada letak sungsang mesti dipertimbangkan secara bijaksana. Komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga dibutuhkan untuk pengambilan keputusan apakah dilakukan persalinan pervaginam atau seksio sesarea (Umoh A.V, Abah M.G, 2015), (Y. Berhan, 2016).

Persalinan dengan kelainan letak sungsang bisa saja terjadi, dan ini bisa dibantu agar terjadi secara normal. Namun demikian, kondisi tersebut menuntut bidan untuk bekerja lebih keras lagi khususnya dalam hal memberikan pertolongan karena bisa menimbulkan kondisi kegawatdaruratan neonatal pada saat kala II atau pengeluaran janin. Jika bidan sebagai ujung tombak pelayanan terampil dalam menangani pertolongan persalinan dengan letak sungsang, maka akan sangat membantu menurunkan angka kematian bayi (AKB). Oleh karenanya, anda sebagai calon bidan harus memiliki wawasan, pengalaman, dan keterampilan yang cukup tentang pertolongan persalinan dengan letak sungsang di tatanan pelayanan Puskesmas maupun Rumah Sakit.

B. Definisi

Presentasi bokong (Sungsang) didefinisikan bila janin dalam posisi membujur dengan bokong berada di uterus bagian bawah sedangkan kepala di bagian atas. Insidens antara 3-4% dari seluruh proses persalinan dari seluruh

dunia. Presentase persalinan sungsang menurun sesuai dengan usia kehamilan dari 22-25% pada usia 28 minggu menjadi 7-15% pada usia 32 minggu dan 3-4% pada kehamilan aterm. ¹

Menurut (Bonatua, 2016), Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang (membujur) dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah. Penyebab terjadinya letak sungsang tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa faktor risiko antara lain: kelainan uterus, gemeli, janin mudah bergerak (pada multipara, hidramnion, prematur), dan fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada (pada panggul sempit, hidrosefalus, anensefali).

C. Penyebab

Menurut (Prawirohardjo, 2016), (Saifuddin, Abdul Bari, 2014), (C, 2019) Letak janin tergantung pada proses adaptasinya didalam rahim. Jadi tidak perlu khawatir jika posisi sungsang terjadi pada usia kehamilan dibawah 32 minggu. Pada usia kehamilan ini, jumlah air ketuban relatif lebih banyak sehingga janin masih dapat bergerak bebas. Dari posisi sungsang berputar menjadi posisi melintang lalu berputar lagi sehingga posisi kepala dibagian bawah rahim. Sehingga frekuensi letak sungsang menjadi lebih tinggi pada kehamilan beluh cukup bulan. Memasuki usia kehamilan 37 minggu ke atas, letak sungsang sudah sulit untuk berubah karena bagian terendah janin sudah masuk ke pintu atas panggul. Tetapi seharusnya di trimester ketiga, bokong janin dengan tungkai terlipat yang ukurannya lebih besar dari kepala janin akan menempati ruangan yang lebih besar yaitu dibagian atas rahim (fundus uteri), sedangkan kepala menempati ruangan yang lebih kecil, disegmen bawah rahim ibu.

Penyebab Letak Sungsang dapat berasal dari faktor janin maupun faktor ibu sebagai berikut:

1. Dari faktor janin

Penyebab dari faktor janin meliputi, antara lain :

a. Gemeli (kehamilan ganda)

Kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam rahim, sehingga menyebabkan terjadinya perebutan tempat. Setiap janin berusaha mencari tempat yang lebih 3 nyaman, sehingga ada kemungkinan bagian tubuh yang lebih besar (yakni bokong janin) berada di bagian bawah rahim.

b. Hidramion (kembar air)

Hidramnion didefinisikan jumlah air ketuban melebihi normal (lebih 2000 cc) sehingga hal ini bisa menyebabkan janin bergerak lebih leluasa walau sudah memasuki trimester ketiga.

c. Hidrocephalus

Hidrocephalus merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan cairan serebrospinalis dalam ventrikel otak, sehingga kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Karena ukuran kepala janin terlalu besar dan tidak dapat berakomodasi dibagian bawah uterus, maka sering ditemukan dalam letak sungsang.

d. Talipusat pendek atau lilitan tali pusat

e. Prematuritas

Presentasi bokong relatif banyak terjadi sebelum usia gestasi 34 minggu sehingga presentasi bokong lebih sering terjadi pada persalinan premature

2. Dari Faktor Ibu, diantaranya:

a. Plasenta praevia

Plasenta previa merupakan keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (ostium uteri internal). Akibatnya keadaan ini menghalangi turunnya kepala janin ke dalam pintu atas panggul sehingga janin berusaha mencari tempat yang lebih luas yakni dibagian atas rahim.

b. Panggul sempit

Sempitnya ruang panggul mendorong janin mengubah posisinya menjadi sungsang.

c. Multiparitas

Adalah ibu/ wanita yang pernah melahirkan bayi viable beberapa kali (lebih dari 4 kali), sehingga rahimnya sudah sangat elastis, keadaan ini membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya.

d. Kelainan uterus

Kelainan uterus yang dimaksud seperti uterus arkuatus, uterus bikornis, mioma uteri. Adanya kelainan didalam uterus akan mempengaruhi posisi dan letak janin dalam rahim, janin akan berusaha mencari ruang / tempat yang nyaman.

D. Faktor Risiko

Menurut (Sukarni, 2013), (Marmi, 2012), Kehamilan maupun persalinan letak sungsang yang termasuk tergolong beresiko tinggi adalah:

1. Kehamilan sungsang pada kasus infertilitas
2. Kehamilan sungsang dengan riwayat obstetri buruk : sering mengalami abortus/ keguguran, persalinan prematur, IUFD
3. Kehamilan sungsang dengan perdarahan
4. Kehamilan sungsang dengan hipertensi/ tekanan darah tinggi
5. Kehamilan sungsang dengan umur ibu kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun
6. Kehamilan sungsang yang terjadi pada ibu primigravida
7. Kehamilan sungsang dengan penyakit sistemik ibu : penyakit jantung, penyakit ginjal, penyakit paru-paru h. Kehamilan sungsang inpartu dengan keadaan abnormal : bayi besar, ketuban pecah dini/ ketuban pecah awal, terjadi prolapsus funikuli, bayi prematur, infeksi pada ibu, terjadi distres janin.

E. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala letak sungsang pada umumnya tidak sulit. Pada pemeriksaan luar, di bagian bawah uterus tidak dapat diraba bagian yang keras dan bulat, yakni kepala, dan kepala teraba di fundus uteri. Kadang-kadang bokong janin teraba bulat dan dapat memberi kesan seolah-olah kepala, tetapi bokong tidak dapat digerakkan semudah kepala. Seringkali wanita tersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilannya yang terdahulu, karena terasa penuh di bagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah. Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan setinggi atau sedikit lebih tinggi daripada umbilikus.

Pada pemeriksaan luar didapatkan di bagian bawah uterus tidak teraba kepala, balotemen negatif, teraba kepala di fundus uteri, denyut jantung janin ditemukan setinggi atau sedikit lebih tinggi daripada umbilikus. Apabila diagnosis letak sungsang pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak sejajar dengan jari-jari lain dan panjang jari kurang lebih sama dengan panjang telapak tangan. Pada persalinan lama, bokong janin mengalami edema, sehingga kadang-kadang sulit untuk membedakan bokong dengan muka.

Pemeriksaan yang teliti dapat membedakan bokong dengan muka

karena jari yang akan dimasukkan ke dalam anus mengalami rintangan otot, sedangkan jari yang dimasukkan ke dalam mulut akan meraba tulang rahang dan alveola tanpa ada hambatan. Pada presentasi bokong kaki sempurna, kedua kaki dapat diraba disamping bokong, sedangkan pada presentasi bokong kaki tidak sempurna, hanya teraba satu kaki di samping bokong. Pada pemeriksaan foto rongent didapatkan bayangan kepala berada di fundus (Sukarni, 2013).

F. Penatalaksanaan

Menurut (Prawirohardjo, 2016), (Saifuddin, Abdul Bari, 2014), Penatalaksanaan letak sungsang sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan Antenatal

Jika terdeteksi presentasi bokong pada usia gestasi 36 minggu atau lebih, maka harus segera merujuk ke dokter. Presentasi dapat dipastikan dengan hasil pemeriksaan ultrasound atau sinar-X. Untuk penatalaksanaan presentasi bokong selama kehamilan dokter spesialis obstetrik mengambil keputusan penatalaksanaan Versi sefalik eksternal tersebut biasanya ditangguhkan sampai mendekati cukup bulan.

Adapun Pertimbangan versi luar masih mungkin dilakukan dengan syarat

a. Saat kehamilan

- 1) Umur kehamilan sekitar 35-36 minggu.
- 2) Masih mudah dilakukan karena air ketuban masih banyak
- 3) Bagian terendah belum masuk PAP.

b. Saat inpartu

- 1) Pembukaan kurang dari 4 cm.
- 2) Ketuban masih intak.
- 3) Bagian terendah sudah masuk PAP

Kontrak indikasi dari versi luar yang dilakukan dokter spesialis obstetrik sebagai berikut:

- a. Hipertensi, karena dapat terjadi solusio plasenta
- b. Adanya jaringan parut dalam rahim (misalnya pada bekas SC atau enukleasi/miomektomi dari mioma uteri)
- c. Kehamilan ganda
- d. Hidramnion, karena sukar dilakukan dan posisi janin mudah kembali ke posisi semula.
- e. Hidrosefalus

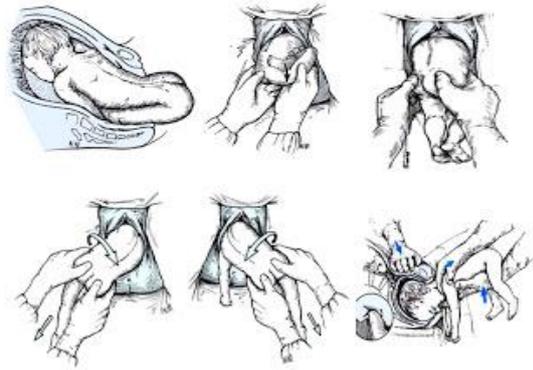
- f. Perdarahan antepartum
 - g. Preeklampsia atau Eklampsia
2. Penatalaksanaan dalam persalinan
- Penatalaksanaan persalinan dengan letak sungsang dengan Langkah-langkah sebagai berikut sebagai berikut:
- a. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - 1) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dariarah depan ke belakang
 - 2) Buang kapas/kasa pembersih (yang terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - 3) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi), lepaskan dan rendamdalam larutan klorin 0.5%)
 - b. Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban belum pecah maka lakukan amniotomi.
 - c. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.5%, kemudian lepaskan dan rendam keadaan terbalik selama 10 menit, kemudian cuci tangan.
 - d. Periksa denyut jantung (DJJ) setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 -160 x /menit)
 - 1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - 2) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
 - e. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Yang perludilakukan selanjutnya adalah:
 - 1) Mengatur ibu dengan posisi *litotomi*
 - 2) meminta ibu untuk meneran saat ada his
 - 3) Lanjutkan pemantauan kondisi kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman panatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - 4) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untukmembantu proses persalinan
 - f. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran:

- 1) Mendukung usaha ibu untuk meneran
 - 2) Memberi ibu kesempatan istirahat disaat tidak ada his (diantara his)
 - 3) Memberi ibu kesempatan minum saat istirahat
 - 4) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - 5) Berikan cukup asupan cairan peroral (minum)
 - 6) Menilai DJJ setiap kontraksi selesai
 - 7) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2jam) meneran (primigravida) atau 60' (1 jam) meneran (multigravida)
- g. Saat bokong janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 jam:
- 1) Memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu
 - 2) Mengambil kain bersih, melipat 1/3 bagian dan meletakkan dibawah bokong ibu
 - 3) Membuka tutup partus set
 - 4) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

Beberapa teknik dalam pertolongan persalinan sungsang dalam bukunya (Marmi, 2012), (Prawirohardjo, 2016), (Saifuddin, Abdul Bari, 2014) sebagai berikut:

a. Cara Bracht

Bokong dan pangkal paha janin dipegang dengan 2 tangan kemudian dilakukan *hiperlordosis* tubuh *janin* sehingga lambat laun badan bagian atas, bahu lengan dan kepala *janin* dapat dilahirkan. Pada prasat *bracht* ini, penolong tidak sama sekali melakukan tarikan dan hanya membantu melakukan proses persalinan sesuai dengan mekanisme persalinan *presentasi* bokong. Tetapi prasat *bracht* tidak selalu berhasil melahirkan bahu dan kepala sehingga untuk mempercepat kelahiran bahu dan kepala dilakukan *manual haid* atau *manual hilfe*.



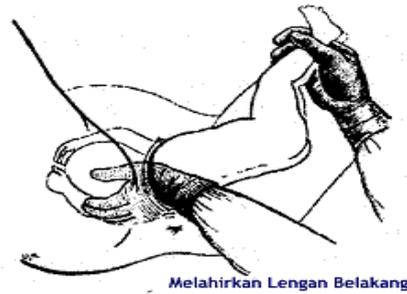
Gambar 7.1 Metode Bracht

b. Cara *klasik*

Pada dasarnya lengan kiri *janin* dilahirkan oleh tangan kiri penolong, sedangkan lengan kanan *janin* dilahirkan dengan tangan kanan penolong, kedua lengan dilahirkan sebagai lengan belakang. Bokong dan pangkal paha yang telah lahir dipegang dengan kedua tangan, badan ditarik ke bawah sampai dengan ujung bawah *scapula* depan terlihat dibawah *symphysis*. Kedua kaki *janin* dipegang dengan tangan yang berlawanan dengan lengan yang akan dilahirkan, tubuh *janin* ditarik ke atas sehingga perut *janin* ke arah perut ibu tangan penolong yang satu dimasukkan kedalan jalan lahir dengan menelusuri punggung *janin* menuju lengan belakang sampai ke *fossa cubiti*. Dua jari tangan tersebut ditempatkan sejajar dengan *humerus* dan lengan belakang *janin* dikeluarkan dengan bimbingan jari-jari tersebut.

Untuk melahirkan lengan depan, dada dan punggung janin dipegang dengan kedua tangan, tubuh *janin* diputar untuk merubah lengan depan supaya berada di belakang dengan arah putaran demikian rupa sehingga punggung melewati *symphysis* kemudian lengan yang sudah berada di belakang tersebut dilahirkan dengan cara yang sama. Cara klasik tersebut dilakukan apabila lengan depan menjungkit ke atas atau berada dibelakang leher janin. Karena memutar tubuh dapat membahayakan janin maka apabila letak bahu normal cara klasik dapat dilakukan tanpa memutar tubuh *janin*, sehingga lengan kedua dilahirkan tetap sebagai lengan depan. Kedua kaki dipegang dengan tangan yang bertentangan dengan lengan depan untuk menarik tubuh *janin* kebawah sehingga punggung janin mengarah ke bokong ibu. Tangan yang lain menelusuri

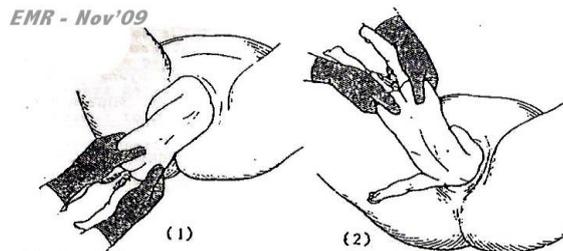
punggung *janin* menuju ke lengan depan sampai *fossa cubiti* dan lengan depan dikeluarkan dengan kedua jari yang sejajar dengan *humerus*.



Gambar 7.2 Metode Klasik

c. *Muller*

Dengan kedua tangan pada bokong dan pangkal paha, tubuh *janin* ditarik ke bawah sampai bahu depan berada di bawah *symphysis* kemudian lengan depan dikeluarkan dengan cara yang kurang lebih sama dengan cara yang telah diuraikan di depan, sesudah itu baru lengan belakang dilahirkan.



Muller Manuver

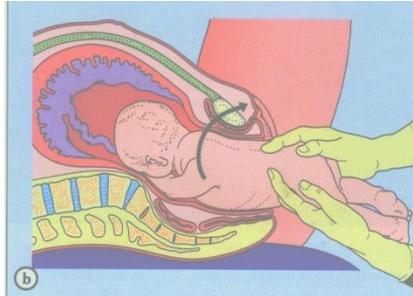
- (1) Badan bayi ditarik ke bawah sampai bahu depan lahir, kemudian
- (2) badan ditarik ke atas kanan sampai bahu belakang lahir

Gambar 7.3 Metode Muller

d. Loveset

Dasar pemikirannya adalah bahu belakang *janin* selalu berada lebih rendah daripada bahu depan karena lengkungan jalan lahir, sehingga bila bahu belakang diputar ke depan dengan sendirinya akan lahir di bawah *symphysis* setelah sumbu bahu *janin* terletak dalam ukuran muka belakang, dengan kedua tangan pada bokong tubuh *janin* ditarik ke bawah sampai ujung bawah *scapula* depan terlihat di bawah *symphysis*. Kemudian tubuh *janin* diputar dengan cara memutar dada dan punggung oleh dua tangan sampai bahu belakang terdapat di depan dan tampak dibawah *symphysis*, dengan demikian lengan dapat dikeluarkan dengan mudah. Bahu yang lain

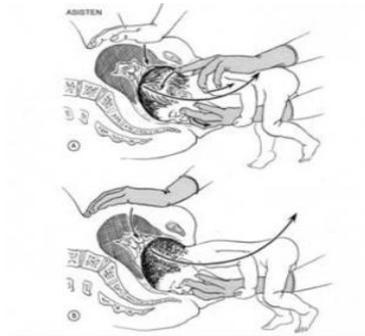
yang sekarang menjadi bahu belakang, dilahirkan dengan memutar kembali tubuh *janin* kearah berlawananana sehingga bahu belakang menjadi bahu depan dan lengan dapat dilahirkan dengan mudah.



Gambar 7.4 Metode lovset

e. Melahirkan Kepala Cara Mauriceau (*Viet Smillie*)

Badan *janin* dengan perut ke bawah diletakkan pada lengan kiri penolong. Jari tengah dimasukkan kedalam mulut *janin* sedangkan jari telunjuk dan jari manis pada *maksila*, untuk mempertahankan supaya kepala *janin* tetap dalam keadaan *fleksi*. Tangan kanan memegang bahu *janin* dari belakang dengan jari telunjuk dan jari tengah berada di sebelah kiri dan kanan leher. *Janin* ditarik ke bawah dengan tangan kanan sampai *suboksiput* atau batas rambut di bawah *symphysis*. Kemudian tubuh *janin* digerakkan ke atas, sedangkan tangan kiri tetap mempertahankan *fleksi* kepala, sehingga muka lahir melewati *perineum* disusul oleh bagian kepala yang lain. Perlu ditekankan disini bahwa tangan kiri tidak boleh ikut menarik *janin*, karena dapat menyebabkan perlukaan pada mulut dan muka *janin*



Gambar 7.5 Mauriceau

G. Komplikasi

Komplikasi persalinan letak sungsang diantara sebagai berikut:

1. Komplikasi pada ibu
 - a. Perdarahan
 - b. Robekan jalan lahir
 - c. Infeksi
2. Komplikasi pada Bayi
 - a. Asfiksia bayi
Asfiksisa bayi dapat disebabkan oleh :
 - 1) Kemacetan persalinan kepala (aspirasi air ketuban-lendir)
 - 2) Perdarahan atau edema jaringan otak
 - 3) Kerusakan medula oblongata
 - 4) Kerusakan persendian tulang leher
 - 5) Kematian bayi karena asfiksia berat
 - b. Trauma persalinan
Trauma persalinan disebabkan oleh :
 - 1) Dislokasi – fraktur persendian
 - 2) Tulang ekstremitas
 - 3) Kerusakan alat vital seperti limpa, hati, paru-paru atau jantung
 - 4) Dislokasi fraktur persendian tulang leher
 - 5) Fraktur tulang dasar kepala
 - 6) Fraktur tulang kepala
 - 7) Kerusakan pada mata, hidung atau telinga
 - 8) Kerusakan pada jaringan otak
 - c. Infeksi
Infeksi dapat terjadi dikarenakan:
 - 1) Persalinan berlangsung lama
 - 2) Ketuban pecah pada pembukaan kecil
 - 3) Manipulasi dengan pemeriksaan dalam

Beberapa ahli mengungkapkan komplikasi dari persalinan sungsang sebagai berikut:

- a. Impaksi bokong
Persalinan menjadi macet jika janin berukuran terlalu besar untuk pelvis maternal.
- b. Prolaps tali pusat

Hal ini lebih sering terjadi pada presentasi bokong fleksi atau bokong kaki karena presentasi ini memiliki bagian presentasi yang tidak pas.

c. Cedera lahir

Kerusakan Jaringan superfisial. Bidan harus memperingatkan ibu dan pasangannya tentang memar yang mungkin terjadi setelah kelahiran. Edema dan memar pada genitalia bayi dapat terjadi akibat tekanan pada serviks. Pada presentasi bokong kaki, kaki yang keluar pada vagina atau vulva untuk waktu yang lama dapat mengalami edema berat dan pucat. Jika kelahiran dilakukan dengan benar, hal-hal berikut ini jarang terjadi:

1) Fraktur humerus, klavikula atau femur atau dislokasi bahu atau pinggul. Hal tersebut dapat terjadi selama kelahiran lengan atau tungkai yang terekstensi.

2) Palsi Erb.

Hal ini dapat terjadi jika pleksus brakialis rusak. Pleksus brakialis dapat rusak saat kelahiran akibat berputarnya leher bayi.

3) Trauma organ internal.

Dapat terjadi ruptur hati atau limpa, akibat genggaman pada abdomen.

4) Kerusakan medula spinalis atau fraktur tulang belakang.

Hal ini dapat terjadi akibat penekukan badan ke arah belakang di atas simfisis pubis saat melahirkan kepala.

5) Perdarahan intrakranial.

Hal ini dapat terjadi akibat kelahiran kepala yang berlalu cepat, yang tidak memberi kesempatan untuk mulase. Hipoksia juga dapat menyebabkan perdarahan intrakranial.

d. Hipoksia janin

Hal ini dapat terjadi akibat prolaps tali pusat atau kompresi tali pusat atau plasenta terlepas sebelum waktunya.

e. Plasenta terlepas sebelum waktunya

Retraksi yang cukup kuat pada uterus terjadi pada saat kepala masih berada di dalam vagina dan plasenta mulai terlepas. Keterlambatan kelahiran kepala yang lama dapat menyebabkan hipoksia berat pada janin.

f. Trauma maternal

Komplikasi maternal akibat kelahiran presentasi bokong sama dengan komplikasi kelahiran pervaginam operatif lainnya

(Marmi, 2012), (OGCCU, 2015)

H. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 25 tahun G1P0A0 hamil 37 minggu jam 10.00 WIB berada di Ruang Bersalin RS dan mengeluh mulas. Hasil anamnesis: gerakan janin menendang-nendang di perut bagian bawah, perutnya terasa sesak seperti ada yangganjal ketika duduk. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37,5°C, ukuran panggul normal, TFU teraba bulat keras dan melenting, punggung teraba sebelah kiri, bagian terbawah janin teraba bulat lunak sudah masuk PAP, kontraksi 2 x 10 menit 25", periksa dalam : pembukaan : 4 cm, KK +, teraba sacrum.

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Penatalaksanaan
Ibu mengeluh mulas, gerakan janin menendang-nendang di perut bagian bawah, perutnya terasa sesak seperti ada yangganjal ketika duduk	TD 110/70 mmHg N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 37,5°C, ukuran panggul normal, TFU teraba bulat keras dan melenting, punggung teraba sebelah kiri, bagian terbawah janin teraba bulat lunak sudah masuk PAP, kontraksi 2 x 10 menit 25", periksa dalam: pembukaan : 4 cm, KK +, teraba sacrum	G1P0A0 umur 25 tahun hamil 37 minggu janin tunggal hidup intra uterin, Pu-Ki, presentasi bokong inpartu kala I fase aktif akselerasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan kepada ibu dan keluarga keadaan umum ibu saat ini 2. Pantau tanda-tanda vital ibu 3. Pantau kontraksi 4. Pantau DJJ 5. Anjurkan ibu untuk mobilisasi jika tidak ada keluhan 6. Anjurkan ibu untuk makan dan minum 7. Lakukan periksa dalam waktu 4 jam 8. Lakukan pencatatan yang akurat pada lembar partograf

I. Soal

1. Seorang perempuan berumur 30 tahun G₂P₁A₀ hamil 37 minggu jam 09.30 WIB datang ke PMB dengan keluhan sering kontraksi dan ingin mengejan. Hasil anamnesis: perut kontraksi sejak jam 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan; TD : 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,7⁰ C, P : 20 X/mnt, DJJ 138 x/menit. His teratur 4-5x/mnt, 50"-60", kuat. Pemeriksaan dalam: pembukaan lengkap, selaput ketuban (+), teraba sacrum. Diagnosis apa yang tepat sesuai kasus tersebut?
 - A. Presentasi bokong murni
 - B. Presentasi bokong kaki sempurna
 - C. Presentasi bokong kaki tidak sempurna
 - D. Presentasi kaki
 - E. Presentasi lutut
2. Seorang perempuan berumur 30 tahun G₂P₁A₀ hamil 37 minggu jam 09.30 WIB datang ke PMB dengan keluhan sering kontraksi dan ingin mengejan. Hasil anamnesis: perut kontraksi sejak jam 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan; TD : 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,7⁰ C, P : 20 X/mnt, DJJ 138 x/menit. His teratur 4-5x/mnt, 50"-60", kuat. Pemeriksaan dalam: pembukaan lengkap, selaput ketuban (+), teraba sacrum. Bidan mengatur posisi ibu untuk bersalin. Posisi apa yang tepat sesuai kasus tersebut?
 - A. Setengah duduk
 - B. Trendelengburg
 - C. Litotomi
 - D. Miring ke kiri
 - E. Merangkak
3. Seorang perempuan berumur 30 tahun G₂P₁A₀ hamil 37 minggu jam 09.30 WIB datang ke PMB dengan keluhan sering kontraksi dan ingin mengejan. Hasil anamnesis: perut kontraksi sejak jam 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan; TD : 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,7⁰ C, P : 20 X/mnt, DJJ 138 x/menit. His teratur 4-5x/mnt, 50"-60", kuat. Pemeriksaan dalam: pembukaan lengkap, selaput ketuban (+), teraba sacrum, posisi ibu telah diatur bidan. Tindakan apa yang tepat sesuai kasus tersebut?
 - A. Memimpin meneran
 - B. Menghadirkan keluarga
 - C. Menganjurkan makan
 - D. Memecah KK
 - E. Mengatur posisi

4. Seorang perempuan berumur 30 tahun G₂P₁A₀ hamil 37 minggu jam 09.30 WIB datang ke PMB dengan keluhan sering kontraksi dan ingin mengejan. Hasil anamnesis: perut kontraksi sejak jam 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan; TD : 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,7⁰ C, P : 20 X/mnt, DJJ 138 x/menit. His teratur 4-5x/mnt, 50"-60", kuat. Pemeriksaan dalam :pembukaan lengkap, selaput ketuban (+), teraba sacrum. Bidan memimpin meneran, bokong, umbilicus, bahu belum lahir. Resiko apa yang akan terjadi sesuai kasus tersebut?
- Fraktur
 - Distosia Bahu
 - Partus lama
 - Trauma kepala
 - After coming head
5. Seorang perempuan berumur 30 tahun G₂P₁A₀ hamil 37 minggu jam 09.30 WIB datang ke PMB dengan keluhan sering kontraksi dan ingin mengejan. Hasil anamnesis: perut kontraksi sejak jam 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan; TD : 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,7⁰ C, P : 20 X/mnt, DJJ 138 x/menit. His teratur 4-5x/mnt, 50"-60", kuat. Pemeriksaan dalam :pembukaan lengkap, selaput ketuban (+), teraba sacrum. Bidan melahirkan bahu bayi dengan cara memutar dada dan punggung ke kanan dan ke kiri. Metode apa yang dilakukan bidan saat melahirkan bahu sesuai kasus tersebut?
- Bracht
 - Mauriceau
 - Klasik
 - Muller
 - Lovset

KUNCI JAWABAN

- A
- C
- D
- B
- E

J. Daftar Pustaka

- Bonatua, D. (2016) 'Gambaran Persalinan Sungsang', *Jurnal e-Clinic (eCl)* [Preprint]. Available at: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/viewFile/12798/12388>.
- C, P. (2019) 'Manajemen Persalinan Sungsang.' Available at: https://www.researchgate.net/publication/335528808_MANAJEMEN_PERSALINAN_SUNGSANG.
- Marmi (2012) *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- OGCCU (2015) 'External cephalic version'. Available at: <https://www.kemh.health.wa.gov.au/For-Health-Professionals/Clinical-Guidelines>.
- Prawirohardjo (2016) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Saifuddin, Abdul Bari, D. (2014) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sukarni, I. (2013) *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Numed.
- Umoh A.V, Abah M.G, U.A.J. (2015) 'Breech Presentation-An Overview', *Ibon Medical Journal* [Preprint]. Available at: <https://ibommedicaljournal.org/index.php/imjhome/article/view/17/3>.
- Y. Berhan, A.H. (2016) 'The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies'. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26234485/>.

BAB VIII

LETAK SUNGSANG BOKONG KAKI

SEMPURNA (*COMPLETE BREECH*)

Rahmah Fitria, S.ST., M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB VIII

LETAK SUNGSANG BOKONG KAKI SEMPURNA

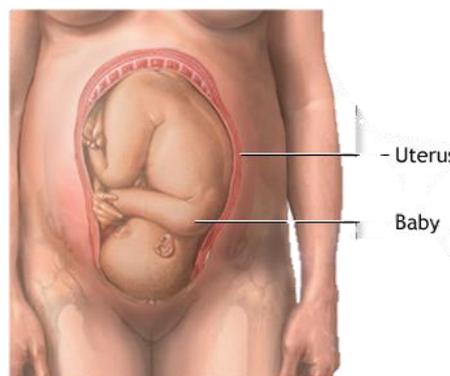
(*COMPLETE BREECH*)

Rahmah Fitria, S.ST., M.Keb

A. Latar Belakang

Sepanjang kehamilan, posisi janin di dalam rahim terus berubah. Posisi janin yang terbaik saat proses persalinan adalah ketika bagian terbawah adalah kepala janin. Posisi ini meminimalkan masalah dan komplikasi selama proses persalinan dan membuat janin lebih aman serta mudah bergerak melalui jalan lahir. Janin dalam rahim aktif bergerak selama kehamilan karena mereka memiliki banyak ruang. Seiring bertambahnya umur kehamilan, ruang itu berkurang saat janin tumbuh. Kemampuan mereka untuk melakukan pergerakan aktif/jungkir balik mulai dibatasi. Saat umur kehamilan 35 minggu tiba, sebagian besar penolong persalinan (Bidan dan Dokter) senang melihat janin mulai memosisikan diri dengan kepala di bawah yaitu berada di dekat jalan lahir untuk persiapan kelahiran.

Istilah untuk "presentasi janin" mengacu pada bagian tubuh janin Anda yang paling dekat dengan jalan lahir. Pada sebagian besar kehamilan cukup bulan, janin di dalam rahim berada pada posisi dengan kepala di bawah atau *cephalic* (LaQuita & David, 2020). Ada beberapa posisi janin yang mungkin dialami Janin. Idealnya, Janin ada pada posisi dengan kepala menunduk, menghadap punggung ibu hamil, dengan dagu terselip di dada (Cleveland Clinic medical, 2021).

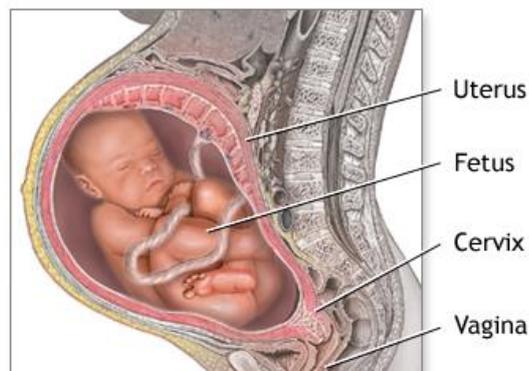


Gambar 8.1
Posisi janin dengan kepala dibawah
(Sumber: *Medlineplus*)

Namun kondisi umum yang terjadi, posisi ini tidak selalu terjadi sehingga ada posisi janin lainnya. Posisi ini yang sering kita sebut sebagai sungsang. Sungsang terjadi ketika bokong, kaki, atau keduanya janin pada posisi untuk keluar lebih dulu saat lahir (American Pregnancy Association, n.d.; Dashe et al., 2018).

Jika janin sungsang, bokong janin adalah bagian tubuhnya yang paling dekat dengan jalan lahir. Tidak diketahui dengan pasti apa yang menyebabkan presentasi bokong, tetapi hal itu terjadi pada 3% sampai 5% persalinan janin tunggal (LaQuita & David, 2020). Janin dikatakan sungsang ketika bagian terbawahnya di dalam rahim adalah kaki atau bokongnya. Idealnya, bayi diposisikan sedemikian rupa sehingga kepala dilahirkan terlebih dahulu selama persalinan pervaginam. Sebagian besar janin letak sungsang akan beralih ke posisi kepala pada umur kehamilan 36 minggu. Beberapa janin letak sungsang dapat dilahirkan melalui vagina, tetapi operasi caesar biasanya disarankan (Cleveland Clinic medical, 2021).

Saat kehamilan mendekati masa aterm, tenaga kesehatan akan memeriksa posisi janin selama kunjungan prenatal rutin (*Antenatal Care/ANC*). Metode umum untuk menilai posisi janin meliputi pemeriksaan vagina, ultrasonografi, meraba perut, dan mendengarkan detak jantung janin dengan alat Doppler (LaQuita & David, 2020).

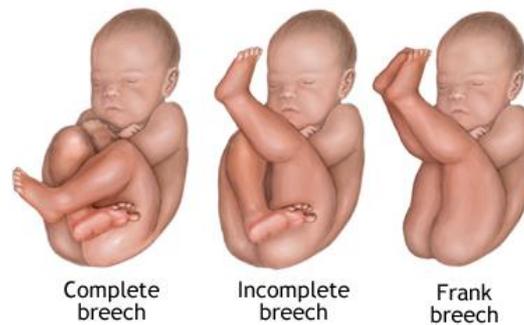


Gambar 8.2
Posisi janin dalam Rahim pada sungsang
(Sumber: *Medlineplus*)

Ada tiga jenis posisi janin sungsang yaitu sungsang bokong kaki sempurna (*complete breech*), bokong murni (*frank breech*) dan bokong tidak sempurna (*incomplete breech*).

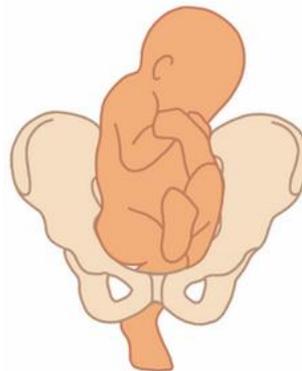
1. *Complete Breech* adalah saat kedua lutut janin ditekuk dan kaki serta bokongnya paling dekat dengan jalan lahir.

2. *Frank Breech* adalah saat kaki janin terlipat rata di atas kepalanya dan bokongnya paling dekat dengan jalan lahir. Dalam posisi ini, bokong janin ada dibagian bawah yaitu ke jalan lahir dengan kaki menjulur lurus ke depan badannya dan kaki di dekat kepala.
3. *Incomplete Breech* adalah ketika salah satu lutut janin ditekuk dan kaki serta bokongnya paling dekat dengan jalan lahir. Sungsang *Incomplete Breech* (tidak sempurna) adalah kombinasi dari *Frank Breech* dan *Complete Breech*.



Gambar 8.3
Jenis posisi sungsang
 (Sumber: *Medlineplus*)

Ada juga istilah *Footling Breech* yaitu posisi satu atau kedua kaki muncul. Dalam posisi ini, satu atau kedua kaki janin mengarah ke bawah dan akan dilahirkan/keluar sebelum bagian tubuh lainnya (American Pregnancy Association, n.d.; Dashe et al., 2018; LaQuita & David, 2020).



Gambar 8.4
Footling Breech
 (Emma, 2023)

Pada bagian ini, khusus membahas tentang *Complete Breech* atau Presentasi Bokong Kaki Sempurna.

B. Definisi

Complete Breech adalah salah satu jenis posisi janin pada kehamilan sungsang. Berikut adalah beberapa definisi *Complete Breech* (Sungsang Presentasi Bokong Kaki Sempurna):

- *Complete Breech* atau Presentasi Bokong Kaki Sempurna adalah dimana posisi terbawah janin adalah bokong, dengan lutut ditekuk (John et al., 2020).
- *Complete Breech* adalah kondisi dimana kedua pinggul dan satu atau kedua lutut juga ditekuk (F. Gary et al., 2022).
- *Complete Breech* adalah salah satu jenis sungsang dengan posisi di mana kaki janin disilangkan (Charles et al., 2010)



Gambar 8.5
Complete Breech

(Emma, 2023)

C. Penyebab

“Kondisi klinis” berhubungan dengan kejadian sungsang termasuk yang dapat meningkatkan atau menurunkan motilitas janin, atau mempengaruhi polaritas vertikal rongga rahim. Prematuritas, kehamilan multipel, aneuploidi, anomali kongenital, anomali Mullerian, leiomioma uterus, dan polaritas plasenta seperti pada plasenta previa paling sering dikaitkan dengan presentasi kejadian sungsang. Juga, riwayat presentasi sungsang sebelumnya pada kehamilan aterm meningkatkan risiko berulangnya presentasi sungsang pada kehamilan berikutnya.

Berikut adalah beberapa etiologi/penyebab letak sungsang berdasarkan beberapa sumber penelitian:

- Persalinan prematur

- Memiliki rahim berbentuk tidak normal, fibroid
- Memiliki lebih dari satu bayi di dalam rahim (*multiple pregnancy*)
- Memiliki plasenta previa (ketika plasenta berada di bagian bawah dinding rahim, menghalangi leher rahim).
- polyhydramnios,
- hydrocephaly,
- anencephaly,
- aneuploidy,
- uterine anomalies, and
- uterine tumors (Charles et al., 2010).

Seperti disebutkan sebelumnya, kondisi klinis yang paling umum atau proses penyakit yang mengakibatkan letak sungsang adalah yang mempengaruhi motilitas janin atau polaritas vertikal rongga rahim. Kondisi yang mengubah polaritas vertikal atau rongga rahim, atau memengaruhi kemudahan atau kemampuan janin untuk berubah menjadi presentasi verteks pada trimester ketiga meliputi:

1. Anomali Mullerian: uterus septate, uterus bicornuate, dan uterus didelphis
2. Plasentasi: Plasenta previa karena plasenta menempati bagian inferior kavum uteri. Oleh karena itu, bagian presentasi tidak dapat terlibat
3. Leiomioma uteri: Sebagian besar mioma yang lebih besar terletak di segmen bawah rahim, sering intramural atau submukosa, yang mencegah keterlibatan bagian presentasi.
4. Prematuritas
5. Aneuploidi dan gangguan neuromuskuler janin umumnya menyebabkan hipotonia janin, ketidakmampuan untuk bergerak secara efektif
6. Anomali kongenital: teratoma sakrokoksigeal janin, gondok tiroid janin
7. Polihidramnion: Janin sering berbaring tidak stabil, tidak dapat bergerak
8. Oligohidramnion: Janin tidak dapat beralih ke verteks karena kekurangan cairan
9. Kelemahan dinding perut ibu: Rahim jatuh ke depan, janin tidak mampu masuk ke panggul (Caron J & Meaghan M, 2022).

D. Faktor Risiko

Saat ini tidak ada faktor risiko *Complete Breech* secara khusus, namun dilihat secara umum maka beberapa faktor yang terkait dengan peningkatan resiko terjadinya Letak Sungsang, antara lain:

1. Umur Ibu
2. Paritas
3. Umur Gestasional/Kehamilan
4. Berat Bayi Lahir
5. Riwayat Seksio Sesar
6. Kehadiran Cacat Bayaan
7. Jenis Kelamin Bayi

(Ni Kadek Ari Chintya et al., 2018)

E. Tanda dan Gejala

Sungsang dapat didiagnosis dengan kombinasi dari manuver Leopold, pemeriksaan panggul, ultrasonografi, dan teknik pencitraan lainnya (F. Gary et al., 2022).

Pada pemeriksaan fisik, dengan menggunakan manuver Leopold, hasil palpasi yang ditemukan pada fundus adalah teraba struktur yang keras, bulat, dan bergerak dan ketidakmampuan untuk meraba bagian presentasi di perut bagian bawah di atas tulang kemaluan harus dicurigai kemungkinan sungsang (Caron J & Meaghan M, 2022).

Pada pemeriksaan serviks, hasil yang ditemukan dapat berupa teraba bagian-bagian bawah janin seperti kaki atau petunjuk presentasi bokong. Palpasi jaringan lunak bokong janin dapat dicatat. Jika pasien telah melahirkan, sikap hati-hati sangat diperlukan karena bisa jadi jaringan lunak bokong janin tersebut dapat ditafsirkan sebagai kaput vertex janin (Caron J & Meaghan M, 2022).

Pada pemeriksaan abdomen atau leopold, difundus teraba kepala dan pada daerah pelvis teraba bokong. Auskultasi DJJ (Denyut Jantung Janin) terletak pada lokasi yang lebih tinggi daripada yang diharapkan dengan presentasi vertex, sedangkan pada pemeriksaan vagina teraba bokong kaki. Pada *Complete Breech* (Letak bokong kaki sempurna) teraba bokong dan kedua kaki berada disamping bokong (Brier & lia dwi jayanti, 2020)

Apabila ditemukan hal-hal tersebut pada pemeriksaan fisik (maneuver leopold) dan pemeriksaan serviks maka kecurigaan terhadap letak sungsang

harus ditingkatkan sehingga diperlukan pemeriksaan lanjutan menggunakan USG (Caron J & Meaghan M, 2022). Pada USG, letak janin dan bagian presentasi harus divisualisasikan dan didokumentasikan. Jika presentasi sungsang didiagnosis, informasi spesifik termasuk jenis sungsang tertentu, tingkat fleksi kepala janin, perkiraan berat janin, volume cairan ketuban, lokasi plasenta, dan tinjauan anatomi janin (jika belum pernah dilakukan sebelumnya) harus didokumentasikan (Caron J & Meaghan M, 2022).

F. Pencegahan

Angka kesakitan dan kematian ibu dan janin, terlepas dari umur kehamilan atau cara persalinan, lebih tinggi di sungsang daripada di presentasi kepala. Tidak ada yang dapat dilakukan untuk mencegah bayi berada dalam posisi sungsang. Jika bayi dalam posisi sungsang, itu bukan karena ibu hamil melakukan kesalahan. Namun saat ini beberapa mendukung upaya pencegahan dengan posisi tidur ibu hamil (Healthline, 2020), Posisi *Knee Chest* dan yoga antenatal/prenatal (Sleigh Family Chiropractic, 2022).

G. Penatalaksanaan

Di antara ibu hamil yang memenuhi syarat untuk persalinan pervaginam, jenis presentasi sungsang bokong kaki sempurna (*complete breech*) dan bokong murni (*frank breech*) memiliki sedikit pengaruh pada morbiditas ibu melahirkan dan bayi baru lahir. Jenis sungsang tidak perlu diperhitungkan dalam menentukan metode persalinan (Ghesquière et al., 2018).

Beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada letak sungsang yaitu:

1. Mencoba untuk mereposisi janin dimana bagian terbawah janin menjadi kepala

Dalam beberapa kasus, mencoba membalikkan/mereposisi janin mungkin tidak aman atau risikonya lebih besar daripada manfaatnya. Reposisi janin mungkin tidak aman jika ibu hamil memiliki salah satu dari yang berikut:

- a. Pendarahan dari vagina Anda.
- b. Plasenta previa. Ini adalah saat plasenta Anda menutupi seluruh atau sebagian serviks Anda.
- c. Tes nonstres nonreaktif.

- d. Bayi kecil yang tidak normal.
- e. Tingkat cairan ketuban yang rendah.
- f. Detak jantung janin rendah atau tinggi.
- g. Ketuban pecah dini.
- h. Kembar atau kelipatan.

Metode yang paling umum digunakan untuk mengubah posisi bayi sungsang disebut External Cephalic Version (ECV). Ini dilakukan sekitar 37 minggu kehamilan. Prosedur ini dilakukan di rumah sakit jika terjadi keadaan darurat. Ini melibatkan meletakkan tangan di perut ibu dan memberikan tekanan kuat untuk membalikkan bagian terbawah janin ke posisi kepala. Tindakan ini sekitar 65% efektif dan memiliki beberapa risiko (Cleveland Clinic medical, 2021).

ECV dapat dilakukan untuk memperbaiki beragam posisi sungsang. Teknik ini hanya bisa dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. ECV dilakukan dengan memijat atau menekan permukaan perut ibu hamil untuk memutar posisi bayi di dalam rahim. Jika metode ECV gagal, prosedur persalinan akan dilakukan melalui operasi caesar. Selain itu, ibu hamil dengan bayi kembar atau kelainan plasenta dan rahim tidak boleh menjalani prosedur ECV.

Jika ECV tidak dapat dilakukan dan janin tetap dalam posisi sungsang saat tanggal jatuh tempo semakin dekat, opsi teraman adalah operasi caesar. Apalagi jika ada kelainan seperti ikatan tali pusat. Ketika diagnosis sungsang dikonfirmasi, operasi caesar biasanya direncanakan jauh sebelumnya (Meva, 2020).

2. Merencanakan persalinan Sungsang Pervaginam

Pertolongan persalinan letak sungsang pervaginam yang tidak sempat atau tidak berhasil dilakukan versi luar adalah :

Bracht

- a. Ekstraksi bokong partial
Dilakukan persalinan bantuan secara klasik, Muller dan Loevset.
- b. Pertolongan persalinan kepala
 - 1) Pertolongan persalinan kepala menurut Mauriceau- veit Smellie, dilakukan bila terjadi kegagalan persalinan kepala.

2) Persalinan kepala dengan ekstraksi forsep, dilakukan bila terjadi kegagalan persalinan kepala dengan teknik Mauriceau viet Smellie.

c. Ekstraksi bokong totalis

Ekstraksi bokong total bila proses persalinan sungsang seluruhnya dilakukan dengan kekuatan penolong sendiri (Brier & lia dwi jayanti, 2020).

Kriteria persalinan sungsang dapat pervaginam:

- Bukti yang terdokumentasi dari konseling mengenai cara kelahiran
- Dokumentasi informed consent, termasuk persetujuan tertulis dari pasien
- Perkiraan berat janin 2500-4000g
- Kepala janin fleksi
- Fasilitas gawat darurat tersedia di lokasi
- Ketersediaan tenaga kesehatan terlatih
- *Complete breech* atau *frank breech*
- Tidak ada riwayat operasi caesar sebelumnya (Safer Care Victoria, 2020).

Kontraindikasi persalinan sungsang pervaginam:

- Presentasi dengan prolaps tali pusat
- IUGR atau makrosomia
- Presentasi apa pun selain *Complete breech* dan *frank breech*
- Anomali janin tidak sesuai dengan persalinan pervaginam
- Pelvis ibu yang tidak memadai secara klinis
- Riwayat Operasi caesar sebelumnya
- Ketidakmampuan layanan untuk menyediakan tenaga berpengalaman (Safer Care Victoria, 2020).

2. Merencanakan persalinan *Sectio Caesarea*

Zatuchni dan Andros mengembangkan indeks penilaian prognostik untuk mengevaluasi wanita cukup bulan dengan letak sungsang. Ini dapat membantu menentukan pasien mana yang harus menjalani operasi caesar dan mana yang dapat menjalani persalinan pervaginam.

Tabel 8.1
Indeks Prognosis persalinan dapat dilahirkan pervaginam atau perabdominan menurut ZATUCHNI – ANDROS

	0	1	2
PARITAS	PRIMI	MULTI	
UMUR KEHAMILAN	> 39 MINGGU	38 MINGGU	< 37 MINGGU
TAKSIRAN BERAT JANIN	> 3630 GRAM	3629-3176 GRAM	< 3176 GRAM
PERNAH LETAK SUNGSANG (2500 gr)	TIDAK	1 KALI	> 2 KALI
PEMBUKAAN SERVIK	< 2 CM	3 CM	> 4 CM
STATION	< -3	-2	-1 ATAU LEBIH RENDAH

Penilaian:

Jumlah skor ≤ 3	PERSALINAN PERABDOMINAN / OPERASI SC
Jumlah skor 4	EVALUASI KEMBALI SECARA CERMAT , KHUSUSNYA BERAT BADAN JANIN, BILA NILAI TETAP , DAPAT DILAHIRKAN PERVAGINAM
Jumlah skor > 5	DILAHIRKAN PERVAGINAM / PARTUS NORMAL

H. Komplikasi

Komplikasi melahirkan bayi sungsang biasanya tidak terjadi sampai waktunya melahirkan. Beberapa bayi sungsang dapat dilahirkan dengan aman melalui vagina (persalinan pervaginam). Risiko mencoba kelahiran sungsang pervaginam adalah:

- Cedera pada kaki atau lengan bayi Anda seperti tulang terkilir atau patah.
- Masalah tali pusat. Tali pusat dapat diratakan atau dipelintir selama persalinan. Ini dapat menyebabkan kerusakan saraf atau otak karena kekurangan oksigen (Cleveland Clinic medical, 2021).

Risiko prolaps tali pusat bervariasi tergantung pada jenis sungsang. (*Incomplete Breech*) Sungsang tidak lengkap atau kaki memiliki risiko prolaps tali pusat tertinggi yaitu 15% sampai 18%, sementara (*Complete Breech*)

sungsang lengkap lebih rendah pada 4% sampai 6%, dan Frank Breech jarang terjadi yaitu 0,5% (Caron J & Meaghan M, 2022).

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 30 tahun, G1P0A0, 36 minggu, datang ke TPMB untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: ANC minggu lalu posisi janin sungsang. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 120/80 x/menit, P 21 x/menit, N 80 x/menit S 36,5°C, teraba kepala janin di fundus dan bagian terbawah janin adalah bokong, DJJ 134x/menit terdengar di kuadran kiri atas.

Berikut pendokumentasian bersasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Assessment	Penatalaksanaan
Ibu mengatakan ANC satu minggu yang lalu posisi janin adalah sungsang	G1P0A0 36 minggu teraba kepala janin di fundus dan bagian terbawah janin adalah bokong DJJ 134x/menit terdengar di kuadran kiri atas	Diagnosis pada kasus tersebut adalah Kehamilan letak sungsang	<ul style="list-style-type: none"> Ajarkan ibu posisi <i>knee chest</i> sebagai upaya mengubah bagian terbawah janin menjadi kepala Ajarkan ibu yoga prenatal/antenatal yang baik sebagai optimalisasi posisi janin

J. Soal

1. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G2P1A0, 38 minggu, datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: ibu merasakan tendangan di perut bawah. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 120/80 x/menit, P 22 x/menit, N 78 x/menit S 36,5°C, fundus teraba bulat, keras dan melenting, janin berada di kanan, bagian bawah teraba bulat, tidak keras dan tidak melenting, DJJ terdengar di atas pusat ibu.

Apa diagnosis yang mungkin pada kasus tersebut?

- Posisi Cephalic
- Posisi Posterior
- Posisi Sungsang
- Posisi Melintang
- Posisi posterior oksiput

2. Seorang perempuan, umur 33 tahun, G1P0A0, 37 minggu, datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: ibu mengatakan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 110/80 x/menit, P 23 x/menit, N 80 x/menit S 36,7⁰C, teraba kepala janin di fundus dan bagian terbawah janin adalah bokong, DJJ 134x/menit terdengar di kuadran kiri atas. Ibu informed consent mau melakukan versi luar atau ECV. Apakah komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- Ruptur Uterine
 - Kontraksi Persalinan
 - Nyeri tulang belakang
 - Persalinan presipitatus
 - Plasenta dari dinding rahim terpisah
3. Seorang perempuan, umur 22 tahun, G1P0A0, 35 minggu, datang ke TPMB untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: ibu merasakan tendangan di perut bawah. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 120/80 x/menit, P 22 x/menit, N 78 x/menit S 36,5⁰C, fundus teraba bulat, keras dan melenting, janin berada di kanan, bagian bawah teraba bulat, tidak keras dan tidak melenting, DJJ terdengar di atas pusat ibu. Apakah asuhan kebidanan yang paling tepat diberikan oleh bidan pada kasus tersebut?
- Memeriksa Hasil Lab
 - Menanyakan keluhan selama hamil
 - Mendiskusikan Persiapan Persalinan
 - Menyarankan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang
 - Mengajarkan ibu posisi *knee Chest* dan Yoga prenatal untuk optimalisasi posisi janin
4. Seorang perempuan, umur 35 tahun, G3P2A0, 39 minggu, datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: ibu mengatakan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 110/80 x/menit, P 23 x/menit, N 80 x/menit S 36,7⁰C, teraba kepala janin di fundus dan bagian terbawah janin adalah bokong, DJJ 134x/menit terdengar di kuadran kiri atas. Bidan mengajarkan ibu posisi *knee chest* dan yoga prenatal.

Apakah tujuan asuhan yang dilakukan oleh bidan pada kasus tersebut?

- A. Mengurangi rasa lelah
- B. Menghilangkan pegal-pegal
- C. Mengoptimalkan posisi janin
- D. Menjaga kebugaraan ibu hamil persiapan kelahiran
- E. Menindaklanjuti ketidaknyamanan ibu pada Trimester III

5. Seorang perempuan, umur 35 tahun, G3P2A0, 39 minggu, datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar air dari vagina. Hasil anamnesis: riwayat persalinan yang lalu normal. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/80 mmHg, N 80 x/menit, his 4x/10'/40", DJJ 144x/menit, tampak sakrum janin pada posisi antero-posterior di vulva.

Apakah rencana asuhan yang tepat sesuai kasus tersebut?

- A. Merujuk pasien
- B. Memutar bokong ke posisi lateral
- C. Mengeluarkan kepala bayi secara Mauriceau
- D. Mengenggam bagian bawah dengan kain bersih
- E. Melahirkan bayi sampai tampak perut dan sebagian dada janin

KUNCI JAWABAN

- 1. C
- 2. E
- 3. E
- 4. C
- 5. E

K. Daftar Pustaka

- American Pregnancy Association. (n.d.). *Breech Births*. 2023. Retrieved March 4, 2023, from <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/labor-and-birth/breech-presentation/>
- Brier, J., & lia dwi jayanti. (2020). *PENATALAKSANAAN LETAK SUNGSANG*. 21(1), 1–9. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Caron J, G., & Meaghan M, S. (2022). *Breech Presentation*. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448063/>
- Charles, B., Rank, L., Barbara, B., William, H., Douglas, L., & Roger, S. (2010). *Obstetrics and Gynecology sixth edition* (6th ed.). Wolters Kluwer Medknow Publications.
- Cleveland Clinic medical. (2021). *Breech Baby*. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21848-breech-baby>
- Dashe, J. S., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Hoffman, B. L. (2018). *Williams Obstetrics, 25th Edition*. McGraw Hill LLC. <https://books.google.co.id/books?id=THRdDwAAQBAJ>
- Emma, S. (2023). Help! My Baby Is Breech! *Hamilton Chiropractic*. <https://www.hamiltonchiro.com/single-post/help-my-baby-is-breech>
- F. Gary, C., Kenneth J, L., Jodi S, D., Barbara L, H., Catherine Y, S., & Brian M, C. (2022). *Williams Obstetrics 26 t h e d i t i O N* (26th ed.). McGraw Hill LLC.
- Ghesquière, L., Demetz, J., Dufour, P., Depret, S., & Ghesquiere, L. (2018). Type of breech presentation and prognosis for delivery Corresponding author : *Science Direct*.
- Healthline. (2020). *What Sleeping Position Will Help Turn My Breech Baby?* HEALTHLINE. <https://www.healthline.com/health/sleeping-positions-to-turn-breech-baby#takeaway>
- John, D. J., Loma, L., & David, Z. (2020). *Medical Encyclopedia-Complete breech*. MedlinePlus-National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000623.htm>
- LaQuita, M., & David, Z. (2020). *Breech - series—Normal position of the baby*. MedlinePlus. https://medlineplus.gov/ency/presentations/100193_1.htm

- Meva, N. (2020). *Beberapa Faktor Penyebab Bayi Sungsang dan Cara Mengatasinya*. ALODOKTER. <https://www.alodokter.com/sulit-dipastikan-berikut-beberapa-faktor-penyebab-bayi-sungsang>
- Ni Kadek Ari Chintya, V., Nyoman G, B., Jaqueline, S., & I Nyoman Bayi, M. (2018). KARAKTERISTIK PERSALINAN LETAK SUNGSANG DI RSUP SANGLAH DENPASAR RENTANG WAKTU 1 JANUARI-31 DESEMBER 2018. *E-Jurnal Medika Udayana*, 10(1), 82–86. <https://doi.org/doi:10.24843/10.24843.MU.2021.V10.i1.P15>
- Safer Care Victoria. (2020). *Breech presentation: diagnosis and management*. Centre of Clinical Excellence - Women and Children Safer Care Victoria. <https://www.safercare.vic.gov.au/clinical-guidance/maternity/breech-presentation-diagnosis-and-management#goto-criteriafor-a-planned-vaginal-breech-birth>
- Sleigh Family Chiropractic. (2022). Exercise For Pregnant Women To Help Prevent Breech Baby Position. *Sleigh Family Chiropractic*. <https://sleighfamilychiropractic.com/blog/exercise-for-pregnant-woment-to-help-prevent-breech-baby-position/>

BAB IX

AFTER COMING HEAD

Indra Yulianti, S.ST, Bd., M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB IX

AFTER COMING HEAD

Indra Yulianti, S.ST, Bd., M.Kes

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2015, menegaskan setiap tahun sejumlah 358.000 ibu meninggal saat bersalin di mana 355.000 (99%) berasal dari negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) di Negara berkembang merupakan peringkat tertinggi dengan 290 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan AKI di negara maju yaitu 14 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI tahun 2015 di dunia yaitu 303.000 menurun sekitar 44% di bandingkan dengan tahun 1990 (Astuti, 2018).

Persalinan letak sungsang merupakan suatu kelainan patologis, dimana janin dilahirkan letak memanjang dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Persalinan letak sungsang adalah salah satu penyulit persalinan yang dapat menyebabkan kematian janin. Prosentase persalinan sungsang sekitar 3-4% dari seluruh persalinan pada kehamilan aterm dimana 75% adalah *complete breech presentation*. Kondisi klinis persalinan letak sungsang meliputi kondisi yang dapat meningkatkan mortalitas janin atau mempengaruhi polaritas vertical rongga rahim. Presentase letak sungsang lebih tinggi terjadi pada usia kehamilan yang kurang lanjut. Pada 32 minggu 7% janin adalah sungsang dan 28 minggu atau kurang adalah sungsang secara khusus. Tingkat kekambuhan untuk kehamilan kedua hampir 10% dan untuk kehamilan berikutnya 27% (Agnes Isti Harjanti & Miskiyah, 2016).

Persalinan sungsang mempunyai risiko terhadap janin yang dilahirkan lebih tinggi dibanding persalinan normal pervaginam sehingga di banyak negara seluruh dunia menganjurkan proses persalinan sungsang (presentasi bokong) dilakukan dengan operasi seksio sesarea. Namun demikian operasi *seksio sesarea* yang dilakukan tanpa indikasi obstetri dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi terhadap ibu. Maka dalam manajemen pertolongan sungsang perlu dipertimbangkan untung dan ruginya, memilih persalinan dengan seksio sesarea atau persalinan normal pervaginam (Andi & Hasliani, 2017)

Salah satu komplikasi yang dapat terjadi saat persalinan sungsang adalah *after coming head*. *After coming head* sangat berbahaya dan sangat beresiko menyebabkan kematian pada bayi dengan letak sungsang meskipun telah banyak metode yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya *after coming head*.

B. Definisi

After coming head adalah melahirkan kepala yang tertinggal atau kepala yang menyusul. *After coming head* adalah kesulitan saat melahirkan kepala (Martaadisoebrata D, 2013).

C. Etiologi

Penyebab persalinan letak bokong sebagian besar disebabkan oleh multiparitas, rahimnya sudah sangat elastis dan membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya. Pada grandemultipara sering didapatkan perut gantung, akibat regangan uterus yang berulang-ulang karena kehamilan dan longgarnya ligamentum yang memfiksasi uterus, sehingga uterus menjadi jatuh ke depan, disebut perut gantung. Perut gantung dapat mengakibatkan terjadinya gangguan his karena posisi uterus yang menggantung ke depan sehingga bagian bawah janin tidak dapat menekan dan berhubungan langsung serta rapat dengan segmen bawah rahim. Akhirnya janin dapat mengalami kelainan letak, seperti letak sungsang (Pramana Cipta, 2021). Sedangkan faktor penyebab *after coming head* yaitu setelah umbilicus lahir, kepala anak mulai masuk ke rongga panggul sehingga tali pusat tertekan antara kepala dan dinding panggul dan menyebabkan kesulitan saat melahirkan kepala atau kepala yang tertinggal saat melahirkan persalinan sungsang secara pervaginam (Martaadisoebrata D, 2013).

D. Faktor Risiko

Dari hasil penelitian (Obstetricians Royal College of and And Gynecologists, 2017) menunjukkan faktor resiko yang terjadi pada persalinan sungsang pervaginam adalah asfiksia, cedera total, patah tulang klavikula atau hematoma, dan kematian perinatal.

Asfiksia umumnya terjadi akibat prolaps dan kompresi tali pusat atau jepitan kepala pada *aftercoming head*. Kejadian ini juga dipengaruhi oleh

durasi kala 2 persalinan, terutama waktu yang dibutuhkan untuk melahirkan kepala dan bagian tubuh di atas umbilikus. Risiko absolut asfiksia neonatal ditemukan lebih tinggi pada bayi dengan presentasi bokong yang lahir pervaginam (3,3%) daripada sectio caesarea (0,6%) (Pramana Cipta, 2021).

Faktor resiko *after coming head* adalah dapat terjadi kelahiran mati (*stillbirth*), dimana kondisi yang terjadi sebelum sebelum ekspulsi lengkap atau ekstraksi yaitu bayi mengalami kematian, tanpa ada tanda kehidupan. Penyebab kematian pada bayi baru lahir di pengaruhi oleh faktor persalinan seperti partus lama, posisi janin, proses persalinan, tempat persalinan dan penolong persalinan (Pramana Cipta, 2021).

E. Tanda dan Gejala

Data objektif persalinan letak sungsang yaitu gerakan janin teraba di bagian bawah abdomen. Pada Pemeriksaan abdominal kepala terletak di bagian atas, bokong pada daerah pelvis, auskultasi menunjukkan denyut jantung janin lokasinya lebih tinggi. Pada Pemeriksaan vaginal akan teraba bokong atau kaki, sering disertai adanya meconium (Martaadisoebrata D, 2013).

Setelah umbilicus lahir, seharusnya diikuti dengan kelahiran kepala janin. Namun pada kejadian *after coming head*, kepala anak mulai masuk ke rongga panggul sehingga tali pusat tertekan antara kepala dan dinding panggul dan menyebabkan kesulitan saat melahirkan kepala atau kepala yang tertinggal saat dilahirkan pervaginam (Martaadisoebrata D, 2013).

F. Pencegahan

Persalinan letak sungsang sampai saat ini masih merupakan masalah utama tingginya morbiditas dan mortalitas perinatal pada persalinan letak sungsang pervaginam di bidang pelayanan yaitu kurangnya fasilitas pelayanan dan pemeriksaan penunjang yang memadai sehingga tidak dapat dilakukan deteksi dini penyakit pada kehamilan ibu baik bagi resiko rendah maupun tinggi pada kehamilannya sehingga berlanjut ke persalinan. Pencegahan terjadinya *after coming head* adalah dengan melakukan pemeriksaan ultrasonografi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Dessy Hertati, 2020) (Hertati et al., n.d.) bahwa diagnosis presentasi bokong dapat dilakukan melalui pemeriksaan perut menggunakan manuver Leopold yang dikombinasikan dengan pemeriksaan serviks terhadap ultrasonografi harus

memastikan diagnosis. Jenis bokong yang spesifik, derajat flek kepala janin, perkiraan berat badan janin, volume cairan ketuban, lokasi plasenta, dan tinjauan anatomi janin (jika belum pernah dilakukan sebelumnya) harus didokumentasikan sehingga dapat diketahui sejak dini bila ada kehamilan dengan letak sungsang (Pramana Cipta, 2021).

Sebagian besar penolong persalinan letak bokong adalah bidan. Perlu upaya bidan sedini mungkin untuk pencegahan komplikasi pada ibu selama kehamilan, persalinan dan pada bayi. Dengan mengoptimalkan pemberian pelayanan kebidanan seperti penyuluhan kepada ibu hamil tentang pentingnya persalinan oleh nakes di fasilitas Kesehatan (Selly Melasti & Ningrum, 2019).

G. Penatalaksanaan

Seksio sesarea adalah pilihan terbaik untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas perinatal pada proses persalinan sungsang, pertolongan persalinan pervaginam pada letak sungsang masih bisa dilakukan dengan aman dengan syarat harus memenuhi kriteria tertentu. Untuk bisa dilakukan dan perencanaan pengelolaan yang baik dan akurat. Diskusi, konseling dan inform consent terhadap pasien dan keluarga penting dilaksanakan terkait tindakan yang akan dilakukan (Pramana Cipta, 2021).

After coming head adalah melahirkan kepala yang tertinggal atau kepala yang menyusul. Ada 4 cara untuk melahirkan *after coming head* dengan cara:

1. Cara mauricau

Tangan penolong yang sesuai muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir. Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk dan jari keempat mencengkeram fossa kanina, sedangkan jari lain mencengkeram leher. Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ketiga penolong yang lain mencengkeram leher janin dari punggung. Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan ekspresi kristeller. Tenaga tarikan terutama dilakukan oleh penolong yang mencengkeram leher janin dari arah punggung. Bila suboksiput tampak dibawah simpisis, kepala dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya lahir seluruh kepala janin.

2. Cara Naujoks

Teknik ini dilakukan apabila kepala masih tertinggal sehingga jari penolong tidak dimasukkan ke dalam mulut janin. Kedua tangan penolong yang mencengkeram leher janin menarik bahu curam ke bawah dan bersamaan dengan itu seorang asisten mendorong kepalajenin kearah bawah. Cara ini tidak dianjurkan lagi karena menimbulkan trauma yang berat.

3. Cara prague terbalik

Teknik ini dipakai bila oksiput dengan ubun-ubun kecil berada di belakang dekat sacrum dan muka janin menghadap simpisis. Satu tangan penolong mencengkeram leher dari bawah dan punggung janin diletakkan pada telapak tangan penolong. Tangan penolong yang lain memegang kedua pergelangan kaki, kemudian ditarik keatas bersamaan dengan tarikan pada bahu janin sehingga perut janin mendekati perutibu. Dengan laring sebagai hipomoklion, kepala janin dapat dilahirkan

4. Cara cunan piper

Seorang asisten memegang badan janin pada kedua kaki dan kedua lengan janin diletakkan dipunggung janin. Kemudian adan janindielevasi ke atas sehingga punggung janin mendekati punggung ibu. Pemasangan cunan piper sama prinsipnya dengan pemasangan pada letak belakang kepala. Hanya saja cunam dimasukkan dari arah bawah sejajar dengan pelipatan paha belakang. Setelah oksiput tampak dibawahsimpisis, cunan dielevasi ke atas dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion berturut-turut lahir dagu, mulut, muka, dahi, dan akhirnya seluruh kepala lahir.

H. Komplikasi

Komplikasi yang dominan terhadap kejadian letak sungsang adalah asfiksia. Dapat terjadi asfiksia sedang hingga asfiksia berat, yang disebabkan oleh kemacetan persalinan kepala yang dapat terjadi aspirasi udara ketuban-lendir, pendarahan atau edema jaringan otak, kerusakan medula oblongata, kerusakan persendian tulang leher, kematian bayi akibat asfiksia berat (Pramana Cipta, 2021). *After coming head* adalah salah satu komplikasi yang terjadi pada persalinan sungsang yang dapat menyebabkan kematian pada janin.

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 30 tahun P2A0 dalam kala II persalinan dengan letak sungsang di RS. Dokter telah melakukan pertolongan persalinan sungsang secara pervaginam, namun saat melahirkan kepala janin terjadi after coming head.

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Penatalaksanaan
Ibu mengeluh di vagina seperti ada yang mengganjal dan tidak ada tenaga untuk mendedan	TD 90/60 mmHg N 100x/mnt, P20x/mnt, S 37°C, kaki dan badan janin sudah lahir, namun kepala belum keluar dan ibu kehilangan tenaga untuk mendedan.	P2A1 UK 38 minggu kala II persalinan sungsang dengan after coming head	<ol style="list-style-type: none">1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang keadaan pasien saat ini2. Pantau tanda – tanda vital ibu3. Pantau jumlah perdarahan4. Lakukan perasat cara untuk melahirkan <i>after coming head</i> dengan yaitu cara mauricau, naujoks, cara prague terbalik atau cara cunan piper.5. Siapkan alat resusitasi untuk bayi6. Lakukan pendokumentasian tindakan

J. Latihan Soal

1. Seorang perempuan umur 33 tahun P3A0 datang ke RS dengan keluhan perutnya mulas dan keluar lendir bercampur darah. Hasil anamnesa: ibu mengatakan hasil USG mengalami letak sungsang. Saat memasuki kala II persalinan, maka bidan melakukan pertolongan persalinan. 10 menit kemudian, kaki dan badan janin lahir. Bidan kesulitan saat melahirkan kepala janin, sehingga kepala janin tertinggal didalam. TD 90/60 mmHg N 100x/mnt, P20x/mnt, S 37°C dan ibu kehilangan tenaga untuk mendedan. Apa Diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Frank Breech
 - b. Footling Breech
 - c. Complete Breech
 - d. After coming head
 - e. Incomplete Breech
2. Seorang perempuan umur 33 tahun P3A0 datang ke RS dengan keluhan perutnya mulas dan keluar lendir bercampur darah. Hasil anamnesa : ibu mengatakan hasil USG mengalami letak sungsang. Saat memasuki kala II persalinan, maka bidan melakukan pertolongan persalinan. 10 menit kemudian, kaki dan badan janin lahir. Bidan kesulitan saat melahirkan kepala janin, sehingga kepala janin tertinggal didalam. TD 90/60 mmHg N 100x/mnt, P20x/mnt, S 37⁰C dan ibu kehilangan tenaga untuk mendedan. Apakah faktor resiko yang terjadi pada janin apabila dilahirkan?
- a. Asfiksia
 - b. Hipoglikemia
 - c. Hipotermi
 - d. Perdarahan
 - e. Lilitan tali pusat
3. Seorang perempuan umur 35 tahun P3A0 datang ke RS dengan keluhan perutnya mulas dan keluar lendir bercampur darah. Hasil anamnesa : ibu mengatakan hasil USG mengalami letak sungsang. Hasil pemeriksaan Pembukaan 10 cm, ketuban pecah dan kaki janin terlihat di vulva. TD 90/60 mmHg N 100x/mnt, P20x/mnt, S 37⁰C, Bidan melakukan pertolongan persalinan sungsang. Setelah kaki dan badan janin sudah lahir, kepala terjadi kesulitan saat dilahirkan dan ibu kehilangan tenaga untuk mendedan. Apa penyebab yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Usia ibu
 - b. Bayi besar
 - c. Kelainan letak
 - d. Lilitan tali pusat
 - e. Ibu kehilangan tenaga mendedan
4. Seorang perempuan umur 35 tahun P3A0 datang ke RS dengan keluhan perutnya mulas dan keluar lendir bercampur darah. Hasil anamnesa : ibu

mengatakan hasil USG mengalami letak sungsang. Hasil pemeriksaan Pembukaan 10 cm, ketuban pecah dan kaki janin terlihat di vulva. TD 90/60 mmHg N 100x/mnt, P20x/mnt, S 37⁰C, Bidan melakukan pertolongan persalinan sungsang. Setelah kaki dan badan janin sudah lahir, kepala terjadi kesulitan saat dilahirkan dan ibu kehilangan tenaga untuk mendedan. Apa pencegahan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Tidak hamil di usia tua
- b. Pemenuhan nutrisi ibu
- c. Melakukan pemeriksaan ultrasonografi
- d. Pemberian oksitoksin drip timbul kontraksi
- e. Dilakukan persalinan secara seksio seksarea

5. Seorang perempuan umur 35 tahun P3A0 datang ke RS dengan keluhan perutnya mulas dan keluar lendir bercampur darah. Hasil anamnesa : ibu mengatakan hasil USG mengalami letak sungsang. Hasil pemeriksaan Pembukaan 10 cm, ketuban pecah dan kaki janin terlihat di vulva. TD 90/60 mmHg N 100x/mnt, P20x/mnt, S 37⁰C, Bidan melakukan pertolongan persalinan sungsang. Setelah kaki dan badan janin sudah lahir, kepala terjadi kesulitan saat dilahirkan dan ibu kehilangan tenaga untuk mendedan. Komplikasi apa yang dapat terjadi pada kasus tersebut?

- a. Perdarahan
- b. Infeksi puerperalis
- c. Kelahiran mati (stillbirth)
- d. Kelelahan saat mendedan
- e. Kontraksi uterus tidak adekuat

KUNCI JAWABAN

1. D
2. A
3. C
4. C
5. E

K. Daftar Pustaka

- Agnes Isti Harjanti, & Miskiyah, Z. (2016). Pengelolaan Kehamilan 34 Minggu dengan Letak Sungsang Menggunakan Metode 1–7. *E-Journal*, 2(7).
- Andi, & Hasliani. (2017). Penanganan Persalinan Presentasi Bokong Di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu Dan Anak Pertiwi. *Jurnal Kebidanan Vokasional*, 2(1).
- Astuti, & TA. (2018). Hubungan Paritas Dan Kehamilan Kembar Terhadap Kejadian Letak Sungsang Di RSKDIA Siti Fatimah Makasar. *Delima Pelamonia*, 2(2).
- Dessy Hertati. (2020). Pengaruh anataru Umur dan Paritas pada Ibu Bersalin dengan kejadian Letak Sungsang. *E-Journal Unisayogya*, 16(2).
- Hertati, D., Setyoningsih, D., Nurhidayati, E., & Resmi, L. C. (n.d.). *Dessy Hertati Dewi Setyoningsih Evi Nurhidayati Laraswati Citra Resmi*.
- Martaadisoebrata D. (2013). *Obstetri patologi ilmu kesehatan reproduksi. Edisi 3*.
- Obstetricians Royal College of and And Gynecologists. (2017). Management of Breech Presentation. *Obstetricians Royal College of and And Gynecologists*, 2(2).
- Pramana Cipta. (2021). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi Dengan Persalinan Letak Sungsang (Literatur Review). *Jurnal Midwifery*, 3(2), 1–14.
- Selly Melasti, P., & Ningrum, W. M. (2019). Gambaran Penyebab Bayi Lahir Mati (Stillbirth) Pada Proses Persalinan. *Journal of Midwifery and Public Health Unigal*, 1(1).

BAB X

BAYI LAHIR SUNGSANG

DENGAN LENGAN MENJUNGKIT

Eva Susanti,S.S.T., M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB X

BAYI LAHIR SUNGSANG DENGAN LENGAN MENJUNGKIT

Eva Susanti, S.S.T., M.Keb

A. Latar Belakang

Persalinan letak sungsang merupakan sebuah kondisi dimana janin lahir dengan letak memanjang dengan bokong atau kaki ataupun lutut sebagai bagian terendah saat persalinan berlangsung. Angka kejadian kelahiran letak sungsang sebesar 3-4 % dari seluruh kehamilan. Sebanyak 15 persen kejadian letak sungsang terjadi dalam usia kehamilan 29 dan 32 minggu, sebagian besar kondisi ini membaik dan sebanyak 25% presentasi bokong akan terjadi versi spontan menjadi letak kepala setelah Usia kehamilan 35 minggu. (Gray & Shanahan, 2022)

Persalinan sungsang menjadi salah satu penyumbang kematian perinatal dan morbiditas (prematunitas, cacat bawaan dan asfiksia lahir atau trauma). Beberapa penelitian menyatakan persalinan dengan perencanaan yang baik dapat menurunkan angka kematian bayi dengan cukup signifikan. Deteksi dini yang tepat menjadi bagian penting selama kehamilan. Risiko persalinan dengan SC akan meningkat Persalinan dengan *Sectio caesarae*. Penilaian yang tepat dan tata laksana dini dalam kehamilan memberikan efek yang baik dalam menurunkan risiko persalinan. (Impey LWM, 2017)

Pada kondisi ini idealnya persalinan dilakukan di Fasilitas kesehatan dengan ketersediaan ruang operasi, akan tetapi pada kondisi tertentu berdasarkan pasal 59 ayat 1-5 pada kasus kegawat daruratan persalinan keadaan ini dapat ditolong oleh Bidan, dengan tujuan menyelamatkan pasien dalam keadaan gawat darurat. Sehingga penting Bagi Bidan mampu mendeteksi, menilai, memiliki kompetensi melakukan pertolongan persalinan. (Indonesia, 2019)

B. Definisi

Terdapat beberapa pendapat tentang letak sungsang, diantaranya adalah:

1. Letak sungsang adalah letak membujur dimana kepala terletak di fundus uteri dan bokong terletak di simfisi pubis (Gray & Shanahan, 2022)

2. Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian rendah dengan atau tanpa kaki (keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri) (Marmi, 2016)
3. Letak sungsang dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2008, p.606).

C. Penyebab

Faktor predisposisi untuk presentasi letak sungsang meliputi : (Hussam Azzam & Melanie Basso, 2019)

1. prematuritas
2. malformasi uterus atau fibroid,
3. polihidramnion
4. plasenta previa
5. kelainan janin (misalnya, malformasi SSP
6. massa leher, aneuploidi),
7. kehamilan multipel.
8. Multiparitas
9. anomali uterus (mis. Uterus bikornuata, fibroid)
10. anomali plasenta (mis. Plasenta pravia)
11. anomali janin (mis. Hidrosefalus)

Kelainan janin diamati pada 17% persalinan sungsang premature dan 9% persalinan sungsang cukup bulan

Sedangkan penyebab terjadinya tangan menjungkit adalah : (PJ door., 2015)

1. Saat bahu memasuki pintu atas panggul lengan janin terjungkit sehingga menghambat penurunan bagian tubuh janin memasuki dasar panggul.
2. Janin hipotonik (pada ibu yang mendapatkan obat-obatan dan janin asfiksia)

D. Prasyarat Persalinan Letak Sungsang Pervaginam

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)'s pada tahun 2019 menyatakan beberapa pra syarat dalam persalinan letak sungsang terencana :

1. Tidak ada kontraindikasi untuk persalinan pervaginam
2. Pelvis secara klinis memadai (penilaian klinis cukup, tidak ada peran rutin pelvimetri)
3. Presentasi sungsang Frank atau bokong murni
4. Perkiraan berat janin >2500g sampai dengan <4000g
5. Leher tidak hyperextended dalam persalinan yang dinilai dengan USG
6. Tidak ada operasi caesar sebelumnya
7. Tersedia penolong yang terampil
8. Fasilitas darurat caesar tersedia
9. Dokter yang siap dan berpengalaman tersedia untuk kelahiran

E. Kontra indikasi persalinan pervaginam

Sebelum melakukan pertolongan letak sungsang terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan sebagai kontra Indikasi persalinan sungsang secara spontan: (Hussam Azzam & Melanie Basso, 2019)

1. Plasenta previa
2. Lilitan tali pusat
3. Gawat janin
4. Panggul sempit/diduga sempit
5. Bayi besar >3800 gram
6. Janin memiliki kepala hyperextended. (leher lurus, bukan membungkuk kepala ke depan dengan dagu terselip dada)
7. Presentasi bokong kaki · kaki memanjang atau ditekuk (tdk boleh bila kaki d bawah pantat pada hasil USG)

F. Tanda dan Gejala

Terdapat berbagai tanda dan gejala lengan menjungkit dalam persalinan letak sungsang : (PJ door., 2015)

1. Perasat brach gagal.
2. Pinggir scapula anterior belum terlihat dan manuver terhenti pada bahu
3. Sinyal perlunya dilakukan intervensi dapat dinilai bila terjadi perubahan mekanisme persalinan yang teramati, saat tali pusat telah lahir terjadi

perlambatan penurunan janin (> 30 detik), tidak responsif terhadap gerakan spontan ibu mengubah posisi atau kejadian apa pun.

4. Setelah *manuver bracht* sampai tali pusat lahir dilakukan dan selama selama 1 menit tidak didapat kemajuan, maka dugaan tangan menjungkit dapat dipertimbangkan. (Impey LWM M. D., 2017)

G. Pencegahan

Hindari stimulasi taktil yang tidak perlu pada bayi sejak awal pertolongan karena akan mengundang terjadinya ekstensi kepala bayi dan lengan janin. (Impey LWM M. D., 2017)

H. Prinsip penting dalam pertolongan letak sungsang

Ada beberapa hal yang penting dilakukan bidan dalam pertolongan gawat darurat kelahiran letak sungsang, jangan memegang bayi : (Impey LWM M. D., 2017)

1. Menarik pergelangan tangan
2. Ketiak
3. Abdomen
4. Dada

Posisi dan manuever yangs alah akan meningkatkan kejadian cedera pada janin.

I. Penatalaksanaan

Saat pertolongan persalinan dengan spontan bracht gagal sesudah satu menit manuever bracht dilakukan, keadaan ini mengindikasikan adanya lengan menjungkit, terdapat berbagai metode melaukan pertolongan letak sungsang ekstraksi parsial diantaranya menggunakan:

- **Perasat klasik**

Perasat klasik dilakukan dengan melahirkan lengan belakang terlebih dahulu. Manuver ini merupakan manuever yang simple dan cepat, risiko untuk fraktur klavikula dan humerus kecil dan insiden terjadinya infeksi kecil. Dan manuever ini juga dapat dilakuakn pada bayi hipotonik.

- **Perasat Muller**

Perasat muller dilakukan bila melahirkan lengan depan terlebih dahulu Penggunaan metode muller dilakukan pada bayi dengan ukuran normal dan panggul yang baik dan diperkirakan tidak akan ada masalah lain

- **Perasat *lovset***

Perasat Lovset dilakukan pada keadaan persalinan sungsang dengan tangan dalam keadaan menjungkit dileher (*Nuchal Arm*). Perasat ini akan efektif dan memadai bila dilakukan pada kasus dengan tonus bayi yang baik, bayi yang lebih besar. Hal ini menjadi pertimbangan karena pada bayi hipotonis rotasi 180 ° pada tubuh janin akan kurang baik diikuti oleh bagian tubuh lain dibandingkan dengan bayi dengan tonus otot yang baik.

Ketiga metode ini efektif dilakukan sesuai dengan keterampilan yang dimiliki penolong dan menilai dari keuntungan dan kerugian dari sekian pilihan tindakan.

- a. **Langkah langkah melahirkan lengan**

- 1) Melahirkan lengan Belakang terlebih Dahulu (manuver Klasik)**

- a) Kedua tungkai kaki janin dipegang dengan tangan tangan sepihak dengan perut janin,



Gambar 10.1

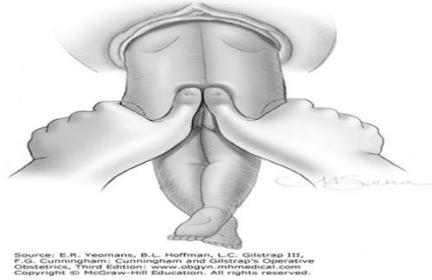
- b) Tekuk perut bayi kearah depan (kearah perut Ibu yang sepihak dengan perut bayi)
- c) Bersamaan dengan itu tangan penolong yang lain dimasukkan ke dalam jalan lahir dengan jari telunjuk menelusuri bahu janin, lengan atas janin, sampai pada lipatan siku,
- d) Dengan menggunakan kedua jari seperti Bidai arahkan lengan atas bayi kearah perut bayi seperti mengusap wajah sampai lengan lahir

- 2) Melahirkan lengan depan terlebih dahulu (muller)**

Apabila lengan depan dilahirkan terlebih dahulu pada keadaan ini lengan kanan dilahirkan oleh tangan kanan penolong dan lengan kiri dilahirkan oleh tangan kiri penolong.

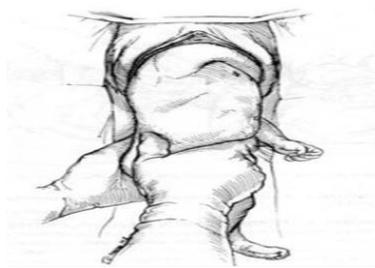
Pada keadaan perasaat bracht mengalami stagnasi atau ketidak majuan dan scapula belum terlihat tubuh bayi:

- a) Posisikan pasien di tepi tempat Tidur.
- b) Lakukan ekstraksi bokong janin dipegang dengan kedua tangan sehingga kedua ibu jari berdampingan dan kedua telunjuk jari kiri dan kanan mencapai krista iliaka bayi jari jari lain pada paha bayi (secara femuro-pelvis)



Gambar 10.2

- c) Sambil dilakukan traksi curam ke bawah lambat dan konstan kebawah kearah kaki penolong, sampai bahu depan di bawah simfisis.

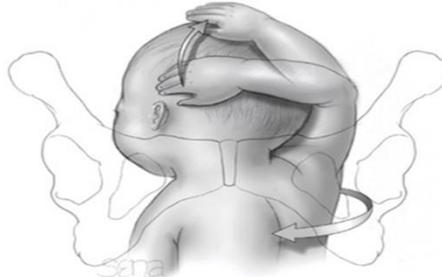


Gambar 10.3

- d) Bila lebar bahu tidak pada diameter anterior posterior bahu harus di ubah keposisi tersebut selama proses tarikan.
- e) Kemudian tarik lurus kearah ventral. Tarik bayi curam kebawah berlawanan dengan badan ibu sampai lengan posterior dan bahu tampak
- f) Kadang lengan tidak muncul secara spontan dan terjebak dalam vulva lengan depan dilahirkan dengan membidai humerus
- g) Setelah bahu dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelvis ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir.

3) *Manuver lovset*

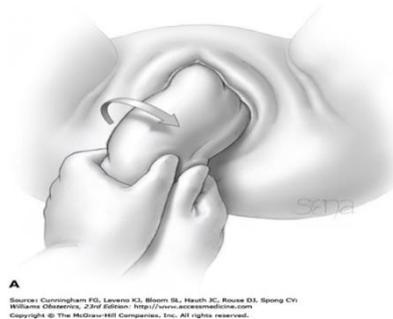
Manuver ini dilakukan tanpa menunggu bagian bawah *scapula* Nampak. Maneuver ini dilakukan pada tangan menjungkit ke leher atau nuchal arm.



Gambar 10.4

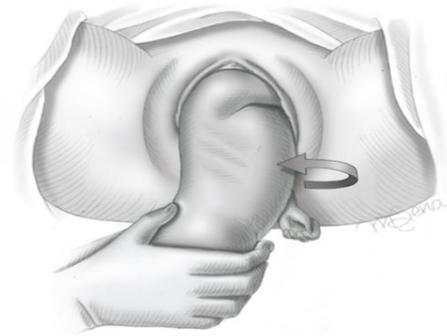
Berikut langkah langkah manuver *lovset* :

- Genggam panggul bayi dengan kedua ibu jari pada sacrum, kedua telunjuk diatas krista iliaka, jari lain disekeliling tungkai atas.(secara *femuro felvic*)
- Pada saat bersamaan Putar tubuh 180 ° putar dan tarik kearah horizontal diikuti dengan tarikan kearah kaki penolong



Gambar 10.5

- Saat mengubah bahu belakang 180 kedepan dengan menjaga punggung melalui simfisis ibu, kadang kadang pada posisi ini lengan akan keluar spontan
- Apabila lengan tidak keluar letakkan jari telunjuk dan jari tengah yang sesuai dengan sisi yang sama (tangan kiri untuk bahu kiri) diatas bahu janin sepanjang lengan dan sampai siku.
- Lakukan tekanan pada siku dna usapkan lengan melalui muka dan tubuh kearah luar
- Genggam bayi seperti poin A ubah kembali 180 sampai punggung janin berada dibawah simfisis lagi ulangi prosedur d dan



Source: E.R. Yeomans, B.L. Hoffman, L.C. Gilstrap III, F.G. Cunningham: Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics, Third Edition: www.obgyn.mhmedical.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Gambar 10.6

J. Komplikasi

Menurut ulasa Basnet., et al (2020) Terdapat beberapa komplikasi pasca salin pada persalinan letak sungsang pada umumnya

- Perdarahan pasca salin
- After coming head
- Apgar score kurang dari 7 pada 5 menit pertama
- Asphiksia neonatorum
- Fraktur klavikula
- Brachial palsy

K. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 28 tahun P2AO dalam kala II persalinan diPMB. Hasil anamnesis: bayi letak sungsang, TBJ 3100 gram, episotomi telah dilakukan medio lateral setelah tali pusat lahir tidak terjadi penurunan janin dan scapula anterior tidak Nampak di vulva panggul luas, Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus kuat.

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Planning
Ibu mengatakan bayi letak sungsang	TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, TBJ 3100 gram, bayi letak sungsang, episotomi telah	P2AO in partu dengan letak sungsang tangan menjungkit	1. Informasikan kepada ibu dan keluarga keadaan umum ibu saat ini 2. Lakukan pertolongan

	<p>dilakukan medio lateral, setelah tali pusat lahir tidak terjadi penurunan janin dan scapula anterior tidak Nampak di vulva panggul luas, kontraksi baik</p>		<p>dengan manuver lousset</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Genggam panggul bayi dengan kedua ibu jari pada sacrum, kedua telunjuk diatas krista iliaka, jari lain disekeliling tungkai atas.(secara femuro felvic) 4. Pada saat bersamaan Putar tubuh 180 ° putar dan tarik kearah horizontal diikuti dengan tarikan kearah kaki penolong 5. Saat mengubah bahu belakang 180 kedepan dengan menjaga punggung melalui simfisis ibu, kadang kadang pada posisi ini lengan akan keluar spontan 6. Apabila lengan tidak keluar letakkan jari telunjuk dan jari tengah yang sesuai dengan sisi yang sama (tangan kiri untuk bahu kiri) diatas bahu janin sepanjang lengan dan sampai siku. 7. Lakukan tekanan pada siku dna
--	--	--	--

			<p>usapkan lengan melalui muka dan tubuh kearah luar</p> <p>8. Genggam bayi seperti poin A ubah kembali 180 sampai punggung janin berada dibawah simfisis lagi ulangi prosedur</p> <p>9. Setelah bayi lahir nilai kebugaran bayi, tatalaksana sesuai dengan kondisi bayi</p> <p>10. Tata laksana sesuai kebutuhan ibu</p> <p>11. Pencatatan dan pelaporan</p>
--	--	--	---

L. Soal

- Seorang perempuan umur 28 tahun P2AO dalam kala II persalinan diPMB. Hasil anamnesis: bayi letak sungsang, TBJ 3100 gram, episiotomi telah dilakukan medio lateral setelah tali pusat lahir tidak terjadi penurunan janin dan scapula anterior tidak Nampak di vulva panggul luas, Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus kuat 60", tata laksana yang paling tepat untuk kasus diatas adalah
 - Pasang infus drip oksitosin
 - pertolongan maneuver bracht
 - pertolongan maneuver mauricau
 - pertolongan maneuver klasik
 - pertolongan maneuver lovset
- Seorang perempuan umur 28 tahun P2AO dalam kala II persalinan diPMB. Hasil anamnesis: bayi letak sungsang, TBJ 3100 gram, episiotomi telah dilakukan medio lateral setelah tali pusat lahir tidak terjadi penurunan janin dan scapula anterior tidak Nampak di vulva panggul luas, Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C,

- kandung kemih kosong, kontraksi uterus kuat 60", tata laksana yang tepat dalam upaya menghindari bayi cedera pada kasus diatas adalah
- Mengeluarkan lengan Menarik pergelangan tangan
 - Meletakkan ibu jari berdampingan mengelilingi Ketiak dan dada bayi
 - Meletakkan ibu jari berdampingan diAbdomen dan perut bayi
 - Meletakkan ibu jari di sekitar paha dan lutut dan paha bayi
 - Meletakkan ibu jari pada panggul bayi dan sacrum, kedua telunjuk diatas krista iliaka, jari lain disekeliling tungkai atas
3. Seorang perempuan umur 28 tahun P2AO dalam kala I persalinan diPMB pembukaan 3 cm. Hasil anamnesis: bayi letak sungsang, TBJ 4100 gram, panggul luas, Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus kuat 40", kontra indikasi syarat persalinan normal untuk kasus diatas adalah?
- Panggul luas
 - Pembukaan 3 cm
 - TBJ 4100 gram
 - Kontraksi 40"
 - Kandung kemih kosong
4. Seorang perempuan umur 26 tahun P2AO dalam kala I persalinan diPMB pembukaan 3 cm. Hasil anamnesis: bayi letak sungsang, TBJ 4100 gram, panggul luas, Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus kuat 40", Ibu ingin bersalin normal, prasyarat yang harus diperhatikan adalah
- Leher hyperextended dalam persalinan yang dinilai dengan USG
 - Riwayat operasi caesar sebelumnya dengan prasyarat di awasi oleh tenaga terampil
 - Tersedia penolong yang terampil
 - Dapat dilakukan di fasilitas Puskesmas PONED
 - Tersedia Dokter
5. Seorang perempuan umur 26 tahun P2AO dalam kala I persalinan diPMB pembukaan 3 cm. Hasil anamnesis: bayi letak sungsang, TBJ 4100 gram, panggul luas, Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg N 90 x/menit, P 24 x/menit, S 37,5°C, kandung kemih kosong, kontraksi uterus kuat 40", Ibu

ingin bersalin normal
Penkes Komplikasi yang dapat terjadi pada kasus diatas adalah

- a. Caput suacedenum
- b. Cepal haematome
- c. Fraktur Klavikula
- d. Apgar score < 7
- e. Bayi Bugar

KUNCI JAWABAN

- 1. E
- 2. E
- 3. C
- 4. A
- 5. C

M. DAFTAR PUSTAKA

Gray, C. J., & Shanahan, M. M. (2022). Breech Presentation. *National Library of medicine*.

Hussam Azzam, , B., & Melanie Basso, R. V. (2019). No. 384-Management of Breech Presentation. In M. Y. Andrew Kotaska, *This guideline is the fourth in a 4-part series on labour and delivery* (pp. 1193-1205). Canada: SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE.

Impey LWM, M. D. (2017). *Management of Breech Presentation*. Management of Breech Presentation.

Impey LWM, M. D. (2017). Management of Breech Presentation. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*.

INDONESIA, P. R. (2019, Maret 13). UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA. Jakarta, Jakarta, Indonesia.

PJ door., V. K. (2015). *Obstetri Intervensi*. Jakarta: Sagung Seto.

Ulasa Basnet., B. D. (2020). Maternal and Perinatal Outcomes of Singleton Term Breech Vaginal Delivery at a Tertiary Care Center in Nepal: A Retrospective Analysis. *Hindawi*.

BAB XI

BAHU BAYI TERSANGKUT

Leni Suhartini, S.S.T., M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB XI

BAHU BAYI TERSANGKUT

Leni Suhartini, S.S.T., M.Kes

A. Latar Belakang

Distosia bahu merupakan komplikasi persalinan pervagina (Hill & Wayne, 2016). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Habek (2022) pada 45.687 persalinan, terdapat 254 (0,7%) persalinan dengan penyulit distosia bahu. 69,7% persalinan spontan dan 30,3% persalinan dengan induksi. Kejadian pada primipara sebanyak 47,2% dan penyulit diabetes yang sudah ada sebelumnya atau diabetes gestasional sebanyak 21,7%. Sebagian besar distosia bahu adalah anterior unilateral, 2 kasus bilateral yang lebih sulit dan 5 kasus berulang. 87,4% kasus diselesaikan dengan manuver McRobert, 7,8% oleh Barnum 3,9% dengan manuver Wood dan satu kasus ditangani oleh Menticoglou dan manuver Bourgoise-Siegemundin. 4,3% mengalami luka perineum derajat III/IV, perdarahan postpartum dini sebanyak 1,6%. Bayi dengan BB diatas 4000 g sebanyak 61,0% (rata-rata 4071 g). Apgar Skor 92,5% pada menit pertama dan 97,2% pada menit kelima, satu kasus yang memerlukan resusitasi. 9,5% mengalami komplikasi fraktur klavikula dan 0,4% fraktur humerus, 7,5% mengalami kelumpuhan sementara brakial, sementara ini belum ditemukan kasus kelumpuhan brakialis permanen (Dubravko Habek, 2022). Distosia bahu merupakan keadaan darurat kebidanan yang tidak dapat diprediksi dan menjadi penyulit persalinan dengan insiden 0,6-1,4%. Bidan harus memiliki pengetahuan dan dapat melakukan tatalaksana distosia bahu.

B. Definisi dan Etiologi

Distosia bahu adalah komplikasi dari persalinan vagina di mana bahu janin gagal dilahirkan secara spontan setelah kepala lahir, sehingga jarak dari lahirnya kepala sampai seluruh badan berlangsung lebih dari 1 menit (Davis, 2022).

C. Faktor Risiko

Riwayat persalinan sebelumnya dengan distosia bahu, bayi makrosomi (>4000 g), diabetes mellitus, BMI ibu >30kg/m², induksi persalinan, partus

lama, persalinan pervagina dengan bantuan, multiparitas (Shimada, 2017)(Bothou et al., 2021)(Santos et al., 2018)

D. Tanda dan Gejala

1. Daggu melekat erat di perineum (*turtle – neck sign*)
2. Gagal melakukan putar paksi luar
3. Gagal bahu lahir spontan

(Heinonen et al., 2021)

E. Pencegahan

Penolong persalinan harus memiliki pengetahuan dan tatalaksana yang tepat kasus distosia bahu. Induksi persalinan atau SC elektif pada kehamilan cukup bulan dapat menurunkan kejadian distosia bahu pada ibu dengan DM, namun induksi persalinan tidak mencegah terjadinya distosia bahu pada ibu tanpa penyulit DM. SC elektif dapat dipertimbangkan untuk menurunkan angka kesakitan pada kehamilan dengan diabetes gestasional, berkaitan dengan tatalaksana dan perkiraan berat janin 4-5 kg. bayi dari ibu dengan DM 2-4 kali berisiko distosia bahu dibandingkan dengan bayi dengan BB sama yang lahir dari ibu tidak dengan DM. Distosia bahu dapat muncul kembali pada persalinan berikutnya sekitar 1%. Sampai saat ini belum ada rekomendasi SC elektif secara rutin untuk mencegah distosia bahu namun faktor-faktor yang memperberat cedera pada ibu dan bayi, taksiran berat janin dan keputusan ibu harus didiskusikan untuk rencana persalinan selanjutnya (Davis DD, Roshan A, Canela CD, 2022).

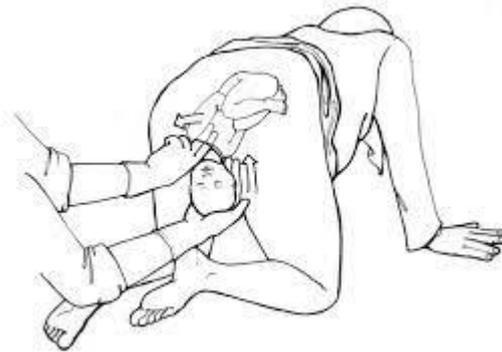
F. Penatalaksanaan

First line manuver, yaitu: *Mc Robert*, dimana ibu dibantu untuk mengelevasikan kaki dan paha ditekuk sejauh mungkin ke arah dada, dengan cara ini diameter panggul menjadi lebih luas. *Manuver masanti* yaitu asisten melakukan penekanan pada suprapubic, sehingga diameter bahu depan janin menjadi lebih kecil. Keberhasilan kombinasi McRobert dan Masanti manuver sebesar 24-62%. *Jacquemier's* manuver, untuk melahirkan lengan belakang yang diikuti keluarnya bahu posterior. masukkan tangan penolong ke dalam vagina menyusuri bahu posterior janin sampai sikut, fleksikan kearah dada, Episiotomy luas dapat dilakukan. *Gaskin manuver* yaitu ibu dalam posisi merangkak, dengan cara ini rongga sakrum meningkat dan gravitasi bumi

membuat bahu mudah lahir. Tindakan ini harus dihindari pada ibu dengan epidural anestesi.

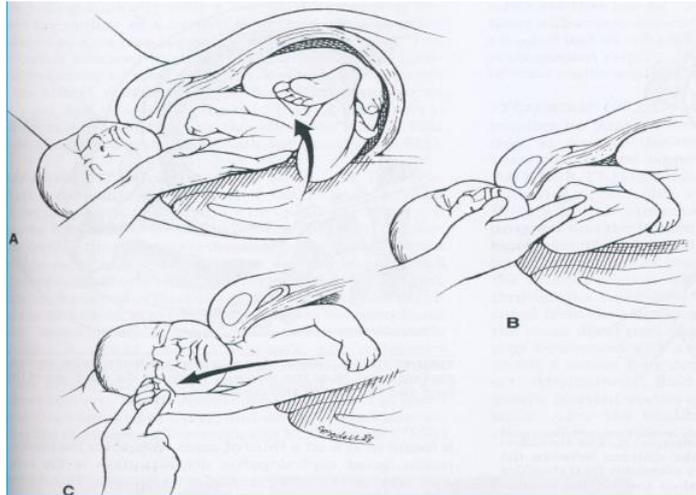


Gambar 11.1 Kombinasi manuver McRobert dan Masanti (Hill & Cohen, 2016)

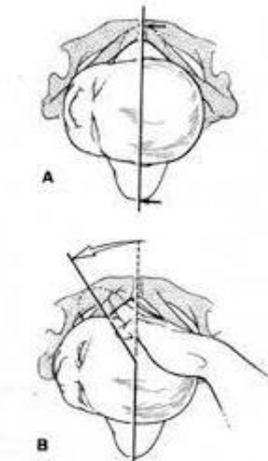


Gambar 11.2 Gaskin Maneuver (Hill & Cohen, 2016)

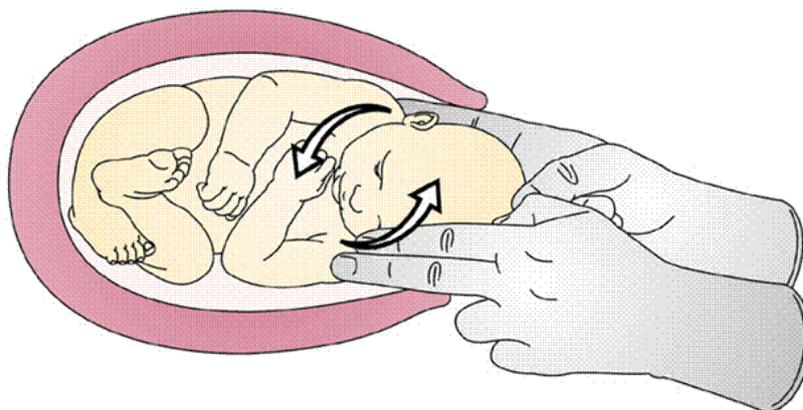
Second line manuver, yaitu: *Posterior axillary traction*, penolong menempatkan tangan ke dalam bagian posterior panggul dan dengan ibu jari dan jari pertama menggenggam bahu posterior di sekitar aksila, dan dengan jari tengah menerapkan traksi hanya melalui aksila. Sehingga bahu posterior lahir diikuti lengan anterior. *Rubin manuver*, penolong dari dalam vagina menekan bahu anterior ke arah dada untuk memperkecil diameter bisacromial. *Wood's manuver*, penolong menempatkan dua jari di depan dada dan dibelakang scapula lalu diputar 180 derajat, sehingga bahu depan menjadi bahu belakang (Sancetta et al., 2019).



**Gambar 11.3 Swart and Dickson maneuver
(Hill & Wayne, 2016)**

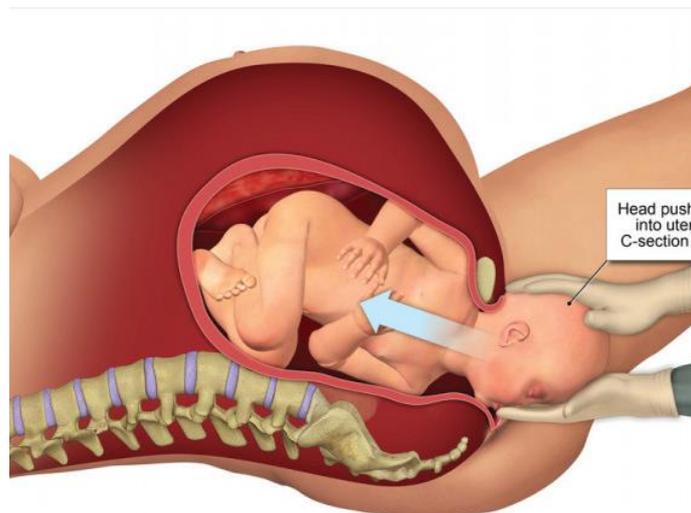


**Gambar 11.4 Rubin manuver (A. impaksi bahu pada simpisis, B. bahu difleksikan kearah dada)
(Hill & Cohen, 2016)**



**Gambar 11.5 Wood's maneuver
(Hill & Cohen, 2016)**

Third line manuver, hanya dilakukan setelah semua manuver gagal dilakukan. Tindakan ini yaitu: *Intentional clavicular fractur*, dimana penolong mematahkan dengan sengaja tulang klavikula janin untuk memperkecil diameter bisacromial. Zavanelli manuver, kepala yang sudah lahir didorong kembali ke dalam panggul dan segera lakukan SC. Symphysiotomy, dilakukan sebagai cara yang paling akhir, sangat berbahaya karena simpisis pubis tidak Kembali dan pertimbangkan komplikasi terhadap cedera buli, uretra dan vagina (Bothou et al., 2021).

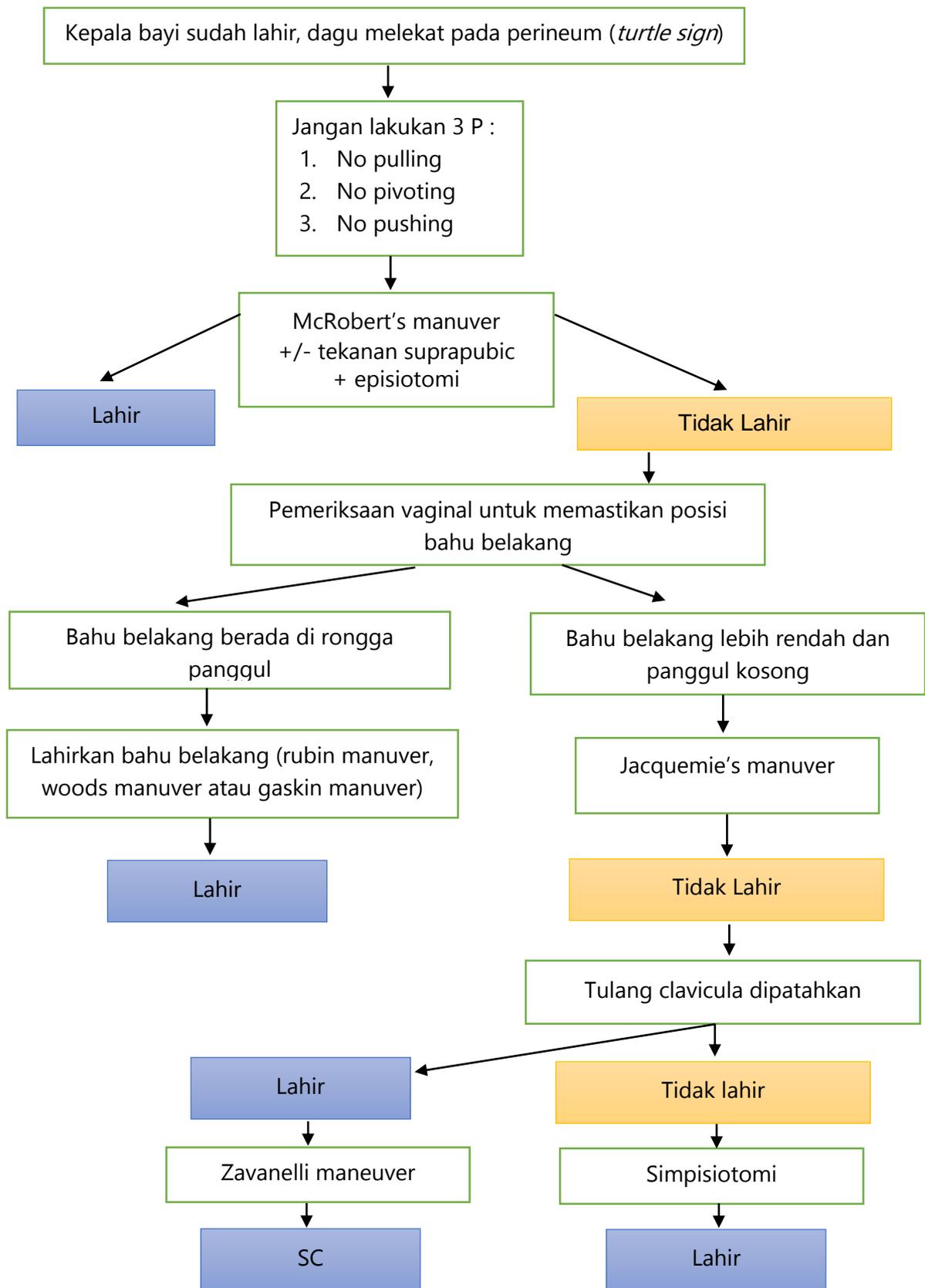


**Gambar 11.6 Manuver zavanelli
(Hill & Cohen, 2016)**

Tabel 11.1 Algoritma ALARM

A	Ask for help
L	Lift the legs and the buttock (kedua kaki hiperfleksi, posisi McRoberts)
A	Anterior shoulder disimpaction (bahu depan dibebaskan, eksternal dengan cara Masanti, internal dengan manuver Rubin, pertimbangkan episiotomi)
R	Rotation (rotasi bahu belakang dengan manuver crocks screw woods)
M	Manual removal of posterior arm (lengan belakang dikeluarkan secara manual, manuver swartz and Dickson)

(Bothou et al., 2021)



Bagan 11.1 Tatalaksana distosia bahu (Hill & Cohen, 2016)

G. Komplikasi

Walaupun wajah dan hidung jani sudah lahir, namun dada tertekan. Uterus masih terus berkontraksi, supply darah dari plasenta, Jika terdapat kompresi tali pusat, mulai terjadi hipoksemia dan asidosis. Jantung janin masih memompakan darah ke plasenta melalui arteri uterina, namun kompresi yang terjadi pada tali pusat tidak memungkinkan untuk mengirimkan kembali darah dari plasenta ke janin. Tekanan intrathorax berpengaruh pada frekuensi jantung janin, sehingga menyebabkan shock hipovolemik. Kejadian ini berlanjut menyebabkan kematian dan kerusakan otak. Komplikasi tersering adalah cedera flexus brachialis, hal ini terjadi akibat peregangan otot leher dan syaraf pada flexus brachialis yang berlebihan (Savas, 2018)

H. Contoh Kasus

Hari/tanggal : Sabtu, 21 Januari 2023
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Rumah Sakit

S :

Ny. A, umur 25 tahun, mengaku hamil anak pertama, belum pernah keguguran, datang ke RS dengan keluhan kontraksi sudah sering sejak 5 jam yang lalu, pervagina sudah keluar lendir darah. Hamil aterm, riwayat DMG on terapi, gula darah terkontrol. ANC teratur di RS. Saat ini ibu sedang dalam proses persalinan, merasa cemas karena kepala sudah lahir namun badan bayi masih tersangkut.

O :

KU baik, CM, tampak kepala divulva, dagu menempel erat ke perineum, tidak terjadi putar paksi luar

A :

Diagnosis : G1P0A0 hamil aterm partus kala II dengan distosia bahu, janin presentasi kepala tunggal hidup.

Masalah : bahu bayi tersangkut

Masalah potensial pada bayi :, lahir tidak langsung menangis, bayi biru

Masalah potensial pada ibu: perdarahan banyak akibat robekan jalan lahir dan tidak ada kontraksi rahim

P :

1. Meminta bantuan asisten
2. Melakukan manuver McRobert, dimana penolong menarik kaki dan paha ditekuk sejauh mungkin kearah dada, supaya diameter panggul menjadi lebih luas. Putaran paksi luar terjadi,
3. Memegang kepala secara biparietal, melakukan sangga susur dan lahirlah badan bayi seluruhnya. Bayi perempuan lahir spontan langsung menangis, warna kulit kemerahan, Gerakan aktif
4. Memeriksa janin kedua, tidak ditemukan janin kedua
5. Menyuntikkan oksitosin 10 iu di sepertiga paha luar ibu secara IM.
6. Mengeringkan badan bayi dengan handuk kering.
7. Mengganti handuk dengan kain yang kering
8. Menjepit lalu memotong tali pusat
9. Melakukan IMD

I. Tingkat kemampuan bidan menurut Kepmenkes 320/2020 tentang Standar Profesi Bidan

Kompetensi	Tingkat kemampuan	
	Bidan	Ahli madya kebidanan
Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri distosia bahu	Level 3 (shows) artinya, Lulusan Bidan profesi mampu melaksanakan keterampilan klinis Kebidanan di bawah supervisi atau kolaborasi dalam tim, dan merujuk untuk tindakan lebih lanjut	Level 2 (know how) artinya Lulusan Bidan D3 kebidanan menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan klinis kebidanan dengan melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada klien/masyarakat.

(Kepmenkes RI, 2020)

J. Latihan Soal

1. Seorang perempuan berumur 25 tahun, GIP0A0 hamil 39 minggu partus kala II di TPMB. Hasil anamnesis: lelah. Hasil pemeriksaan: sudah dipimpin meneran, kepala bayi sudah lahir namun timbul *turtle sign*. Bidan berusaha melahirkan bahu anterior dengan memasukkan jari penolong menelusuri scapula dan lengan lalu di fleksikan ke arah dada.
Apa perasat yang dilakukan pada kasus tersebut?
 - a. Masanti
 - b. Crock screw woods

- c. Swart and Dickson
 - d. Mac Robert
 - e. Rubin
2. Seorang perempuan berumur 24 tahun, GIP0A0 hamil 38 minggu partus kala II di puskesmas. Hasil anamnesis: lelah. Hasil pemeriksaan: sudah dipimpin meneran, kepala bayi sudah lahir namun tidak ada putaran paksi luar, dagu bayi menempel ke perineum. Bidan melakukan perasat swart and dickson.
Bagian tubuh apa yang akan dilahirkan pada kasus tersebut?
- a. Bahu anterior
 - b. Bahu posterior
 - c. Lengan
 - d. Scapula
 - e. Jari jemari
3. Seorang perempuan berumur 24 tahun, GIP0A0 hamil 38 minggu partus kala II di puskesmas. Hasil anamnesis: lelah. Hasil pemeriksaan: sudah dipimpin meneran, kepala bayi sudah lahir namun tidak ada putaran paksi luar, dagu bayi menempel ke perineum. Bidan melakukan perasat crock screw wood.
Apa prinsip dari tindakan pada kasus tersebut?
- a. Penekanan pada bahu anterior
 - b. Memutar 90°
 - c. Melahirkan bahu depan
 - d. Mengeluarkan bahu belakang
 - e. Memutar ke arah punggung
4. Seorang perempuan berumur 24 tahun, GIP0A0 hamil 38 minggu partus kala II di puskesmas. Hasil anamnesis: lelah. Hasil pemeriksaan: sudah dipimpin meneran, kepala bayi sudah lahir namun tidak ada putaran paksi luar, dagu bayi menempel ke perineum. Bidan melakukan perasat swart and dickson.
Apa masalah potensial bayi pada kasus tersebut?
- a. IUGR
 - b. Ruptur abdomen

- c. Laserasi jalan lahir
 - d. Fraktur clavicula
 - e. Cedera kaki
5. Seorang perempuan berumur 24 tahun, GIP0A0 hamil 38 minggu partus kala II di puskesmas. Hasil anamnesis: lelah. Hasil pemeriksaan: sudah dipimpin meneran, kepala bayi sudah lahir namun tidak ada putaran paksi luar, dagu bayi menempel ke perineum. Bidan melakukan perasat swart and dickson.
- Apa masalah potensial ibu pada kasus tersebut?
- a. Laserasi jalan lahir
 - b. Sisa plasenta
 - c. Hipotensi
 - d. Anemia
 - e. Asphyxia

Kunci Jawaban

- 1. E
- 2. B
- 3. E
- 4. D
- 5. A

K. Daftar Pustaka

- Bothou, A., Apostolidi, D. M., Tsikouras, P., Iatrakis, G., Sarel-la, A., Iatrakis, D., Peitsidis, P., Gerente, A., Anthoulaki, X., Nikolet-tos, N., & Zervoudis, S. (2021). Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. *European Journal of Midwifery*, 5(October), 1–6. <https://doi.org/10.18332/ejm/142097>
- Davis DD, Roshan A, Canela CD, et al. (2022). *Shoulder Dystocia*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>
- Dubravko Habek, Matija Prka, Ana Tikvica Luetić, Ingrid Marton, Filip Medić, A. I. M. (2022). Obstetrics injuries during shoulder dystocia in a tertiary perinatal center. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 278, 33–37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.09.009>.
- Heinonen, K., Saisto, T., Gissler, M., Kaijomaa, M., & Sarvilinna, N. (2021). Rising trends in the incidence of shoulder dystocia and development of a novel shoulder dystocia risk score tool: a nationwide population-based study of 800 484 Finnish deliveries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(3), 538–547. <https://doi.org/10.1111/aogs.14022>
- Hill, M. G., & Cohen, W. R. (2016). Shoulder dystocia: Prediction and management. *Women's Health*, 12(2), 251–261. <https://doi.org/10.2217/whe.15.103>
- Hill, M. G., & Wayne, R. (2016). *Shoulder dystocia : prediction and management*. 12, 251–261. <https://doi.org/10.2217/whe.15.103>
- Kepmenkes RI. (2020). *Standar Profesi Bidan* (Vol. 2507, Issue 1).
- Sancetta, R., Khanzada, H., & Leante, R. (2019). Shoulder Shrug Maneuver to Facilitate Delivery During Shoulder Dystocia. *Obstetrics and Gynecology*, 133(6), 1178–1181. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003278>
- Santos, P., Hefele, J. G., Ritter, G., Darden, J., Firreno, C., & Hendrich, A. (2018). Population-Based Risk Factors for Shoulder Dystocia. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 47(1), 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.011>
- Savas. (2018). Shoulder dystocia : incidence , mechanisms , and management strategies. *International Journal of Womens Health*, 723–732.
- Shimada, N. (2017). Shoulder dystocia. *[Josonpu Zasshi] The Japanese Journal for Midwife*, 40(8), 731.

BAB XII

BAYI LINTANG

Yuli Astuti, S.S.T., M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB XII

BAYI LINTANG

Yuli Astuti, S.S.T., M.Keb

A. Latar Belakang

Letak janin merupakan orientasi tulang belakang janin terhadap tulang belakang ibu. Mendekati masa persalinan, normalnya janin berada pada posisi vertikal atau longitudinal terhadap sumbu tubuh ibu, namun 3%-5% kehamilan tunggal pada saat aterm mengalami posisi yang abnormal baik pada letak maupun presentasinya. Keadaan malpresentasi sering kali dihubungkan dengan peningkatan risiko baik pada ibu maupun janin. Prolaps tali pusat terjadi 20 kali lebih sering pada janin dengan kelainan letak dibandingkan pada presentasi kepala (Ali & Abrar, 2011).

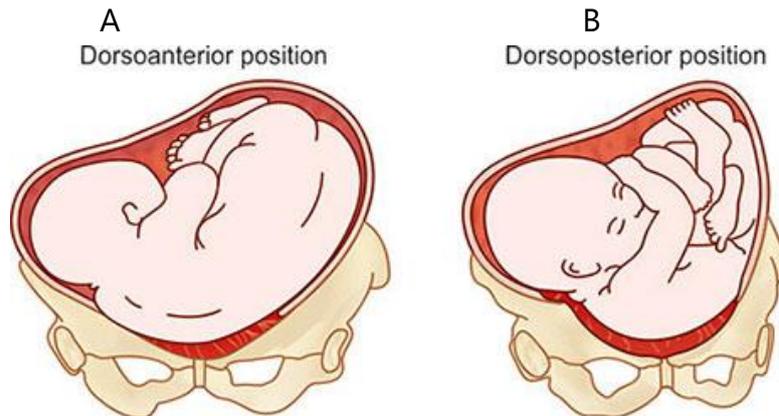
Letak lintang atau oblique menjadi salah satu jenis malposisi yang dapat terjadi pada 0.03% kelahiran. Diagnosisnya dibuat dengan pemeriksaan Leopold dan ultrasonografi. Presentasi ini sering terjadi pada janin yang kecil, mengalami gangguan pertumbuhan, atau prematuritas, atau uterus pada paritas tinggi. Luaran buruk dapat terjadi meskipun lebih sering dikaitkan dengan komplikasi akibat prematuritas, berat bayi lahir rendah, serta adanya prolaps tali pusat yang menyertai. (Pilliod & Caughey, 2017). Meskipun penanganan terkini dapat dilakukan dengan SC, namun kematian janin dapat terjadi antara 0%-10%. Hal ini terjadi karena kesulitan dalam menentukan jenis insisi uterus saat proses SC oleh dokter.(Sultana et al., 2018)

B. Definisi

Letak lintang terjadi ketika sumbu panjang janin melintang terhadap tulang belakang ibu atau pada pusat aksis uterus. Namun, secara umum sumbu panjang janin terletak pada bidang oblique terhadap sumbu tubuh ibu dan dikenal dengan nama letak oblique. Pada letak ini, bahu janin biasanya menjadi presentasi janin di atas pembukaan serviks selama persalinan dan secara kolektif disebut dengan presentasi bahu (Konar, 2015).

Posisi ini ditandai dengan adanya punggung sebagai denominator. Posisi yang mungkin terjadi (Konar, 2015):

1. Dorsoanterior, merupakan posisi punggung berada pada bagian depan tubuh ibu. Posisi ini merupakan posisi yang paling umum terjadi yaitu 60% dari letak lintang.
2. Dorsoposterior
3. Dorsosuperior
4. Dorsoinferior



Gambar 12.1 Variase Letak Lintang

Pada posisi dorsoposterior, kemungkinan terjadinya ekstensi janin umum terjadi dengan peningkatan risiko prolapse lengan janin. Berdasarkan posisi kepala, posisi kepala janin mungkin terletak di sebelah kanan atau kiri, namun posisi kepala janin di sebelah kiri lebih sering terjadi dibanding di sebelah kanan (Konar, 2015).

Insidensi:

Letak lintang terjadi sekitar 1 dari 200 kelahiran. Hal ini sering terjadi pada bayi premature dan janin yang mengalami maserasi, 5 kali lebih sering terjadi pada multipara dibandingkan dengan primigravida. Letak lintang pada kehamilan kembar terjadi pada 40% kasus.

Pada kehamilan dan persalinan yang dipantau dengan baik, prognosis luaran persalinan baik pada ibu dan bayi baik, meskipun dengan persalinan section casesarea. Meskipun demikian, morbiditas ibu jika terjadi ketuban pecah dini dan peningkatan persalinan operatif tidak dapat dihindari.

Pada kehamilan dan persalinan yang tidak dipantau dengan baik, luaran ibu dan janin tidak dapat diprediksi. Risiko maternal meningkat karena adanya dehidrasi, ketoasidosis, septikemia, rupture uteri, syok, dan peritonitis sebagai akibat dari bahu yang terjepit. Janin akan meninggal karena adanya prolaps

tali pusat, kontraksi tonik uterus, dan rupture uteri. Kematian perinatal secara keseluruhan terjadi pada 25-50% kejadian.

C. Penyebab

Sebagian besar janin mengalami presentasi kepala karena menyesuaikan bentuk uterus. Apabila ada gangguan yang mengakibatkan bentuk uterus tidak normal (seperti buah pear), maka dapat mengganggu normalitas letak janin di dalam uterus dan menjadi factor predisposisi kelainan letak, termasuk letak lintang (Kovacs & Briggs, n.d.).

Penyebab terjadinya letak lintang adalah:

1. Polihidramnion

Dengan banyaknya volume cairan amnion pada kondisi polihidramnion memungkinkan janin untuk terus berpindah posisi sehingga saat memasuki aterm bagian terendah janin belum engage. (Konar, 2015; Kovacs & Briggs, n.d.)

2. Tumor pelvis

3. Plasenta previa

4. Malformasi kongenital uterus seperti uterus arcuate atau subseptum.

5. Adanya fibroid pada segmen bawah Rahim atau serviks yang mengubah bentuk uterus.

D. Faktor Risiko

1. Multiparitas

Pada multipara karena perut yang kendor dan menggantung (pendulum) menjadikan tonus uterus yang tidak sempurna dan obliquity uterus yang ekstrim sehingga dapat mempengaruhi letak janin dalam uterus.

2. Prematuritas.

Pada janin aterm pusat gravitasi janin berada kepala sebagai bagian janin yang terberat sehingga kepala menempati bagian terendah (presentasi kepala). Pada janin premature pusat gravitasi janin berada pada bagian tengah tubuh.

3. Kehamilan ganda.

Sering terjadi kelainan letak pada janin yang kedua pada persalinan dengan gemelli.

4. Kematian janin dalam rahim.

E. Tanda dan Gejala

1. Pemeriksaan Abdominal

Saat melakukan inspeksi dapat dilihat adanya bentuk uterus yang asimetris dan tidak berbentuk seperti buah pear seperti kehamilan normal.

Hasil palpasi menunjukkan:

- a. Tinggi fundus uteri kurang dari usia kehamilan berdasarkan HPHT.
- b. Pada fundus uteri tidak teraba kepala atau bokong janin.
- c. Teraba satu bagian lembut, besar, dan tidak melenting pada salah satu bagian samping perut ibu, sementara pada bagian lainnya teraba bagian bulat, keras dan melenting yang biasajya terletak pada bagian bawah pada fosa iliaka. Pada posisi dorsoanterior punggung teraba pada bagian depan perut ibu, sementara pada posisi dorsoposterior teraba bagian kecil janin pada bagian anterior perut ibu.
- d. Pada bagian bawah uterus teraba kosong pada kehamilan, namun pada persalinan dapat diisi dengan adanya lengan.

Auskultasi: denyut jantung janin dapat didengarkan dengan mudah dibawah umbilicus pada posisi dorsoanterior. Namun, pada posisi dorsoposterior punctum maksimum dapat lebih tinggi dan kurang jelas.

Untuk mengkonfirmasi diagnosis, perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi atau radiografi.

2. Pemeriksaan dalam

Pada saat persalinan penonjolan selaput ketuban dapat teraba apabila selaput ketuban belum pecah. Bahu dapat diidentifikasi dengan meraba bagian-bagian seperti acromion, scapula, klavikula, dan aksila. Karakteristik penunjuknya adalah terabanya tulang rusuk dan rongga intercostal. Terkadang ditemukan pula adanya prolaps lengan. Perlu diperhatikan bahwa adanya prolaps lengan tidak hanya terjadi pada letak lintang tetapi juga dapat berhubungan dengan presentasi majemuk. Terkadang juga dapat ditemukan prolaps kaki, meskipun jarang terjadi. Seringkali tali pusat juga dapat diraba bersama dengan lengan.

Posisi janin dapat dikenali dari ibu jari tangan yang mengalami prolapsus. Apabila telapak tangan menghadap ke anterior, posisi perut janin berada di anterior, sebaliknya apabila telapak tangan menghadap ke posterior, posisi perut janin juga menghadap ke posterior. Untuk mengenali apakah tangan yang mengalami prolaps merupakan tangan kanan atau kiri dengan melakukan Gerakan berjabat tangan. Apabila tangan janin sesuai

Ketika berjabat tangan, dengan tangan kanan, maka tangan tersebut adalah tangan kanan, begitu pula sebaliknya. (Konar, 2015)

F. Pencegahan

Terjadinya letak lintang pada persalinan dapat dicegah dengan deteksi dini selama masa kehamilan. Jika ditemukan letak lintang, dapat dilakukan versi luar pada usia kehamilan 35 minggu apabila tidak ada kontra indikasi. Versi luar hanya dapat dilaksanakan di fasilitas rujukan dengan fasilitas kegawatdaruratan lengkap dan dilakukan oleh dokter kandungan yang berpengalaman.

G. Penatalaksanaan

1. Di Rumah Sakit/ Fasilitas Rujukan

Apabila janin hidup dan selaput ketuban utuh dapat dilakukan versi luar yang dilakukan diantara kontraksi sesegera mungkin, dan dilanjutkan dengan proses persalinan normal. Sebelum melakukan versi luar harus dipastikan cairan ketuban cukup dan tidak ada kontraindikasi, serta ada dokter kandungan yang berpengalaman dalam melakukannya. Apabila versi luar gagal, lakukan section caesarea.

Apabila janin hidup dan selaput ketuban sudah pecah:

- **Multipara, dengan** uterus rileks dan janin dapat digerakkan, serta terdapat dokter kandungan yang berpengalaman, maka dapat dilakukan versi internal dan ekstraksi bokong total.
- **Primipara,** dengan uterus yang ketat, atau bayi tidak dapat digerakkan, atau lengan terjepit, atau uterus dengan parut, serta tidak adanya tenaga kesehatan yang terampil dalam menolong persalinan tersebut, maka harus dilakukan SC.

Apabila pembukaan belum lengkap, lakukan SC.

Apabila janin meninggal, tindakan SC pada banyak kasus dinilai lebih aman dibandingkan Tindakan operatif seperti embriotomi. Rotasi internal tidak boleh dilakukan. (Konar, 2015; MSF medical guidelines, n.d.)

2. Di fasilitas kesehatan yang tidak memungkinkan tindakan operatif kebidanan

Jika janin hidup dan selaput ketuban utuh

Segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Jika tidak memungkinkan:

- Lakukan versi luar sesegera mungkin
- Apabila gagal, tunggu hingga pembukaan lengkap.
- Setelah pembukaan lengkap, lakukan versi luar dan dikombinasikan dengan versi dalam, memungkinkan untuk memposisikan klien pada berbagai posisi seperti tlendelenberg dan kneechest.

Jika janin hidup dan ketuban pecah

Upayakan merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.

Apabila versi luar gagal atau terdapat kontraindikasi, pasien harus dijadwalkan SC elektif pada usia kehamilan 37 minggu, mengingat risiko terjadinya prolaps tali pusat yang tinggi. Persalinan pervaginam hanya diperbolehkan pada janin yang mati dengan ukuran kecil. Persalinan dapat dipantau hingga pembukaan lengkap dan bayi dapat lahir pervaginam setelah dilakukan versi dalam. (Konar, 2015)

H. Komplikasi

Mungkin terjadi ketuban pecah dini dengan pengeluaran ketuban dalam jumlah yang tidak banyak, karena adanya presentasi janin yang menutupi jalan lahir untuk keluarnya cairan ketuban. Mungkin terjadi prolaps tangan yang dapat disertai atau tanpa disertai adanya prolapsus tali pusat. Tali pusat mungkin juga mengalami prolapsus dan terjepit. Dengan demikian kemungkinan dapat terjadi infeksi pada tractus genitalia bagian bawah. Dengan meningkatnya kontraksi uterus, bahu terjepit di rongga pelvis dan kemudian terjadi pembengkakan dan sianosis. Selanjutnya, secara perlahan terjadi tanda-tanda persalinan terhambat, dan muncul lingkaran retraksi pada uterus. Ibu akan mengalami kelelahan, muncul tanda dehidrasi, dan mulai timbulnya ketoasidosis; biasanya juga terjadi gejala sepsis. Pada primigravida, sebagai efek adanya obstruksi, kontraksi uterus melemah, merasa lelah, dan muncul gejala sepsis. Namun, pada multipara, uterus justru berkontraksi lebih kuat, sehingga terjadi pembukaan dan penipisan jalan lahir. (Konar, 2015)

Apabila tidak ditangani dengan benar, komplikasi dapat terjadi seperti persalinan macet rupture uteri dengan adanya gejala klinis dehidrasi, ketoasidosis, syok, dan sepsis. Hal tersebut menempatkan risiko bagi ibu dan janin. Dengan penanganan intranatal yang baik, hal tersebut dapat dihindari. Namun, pada daerah pedesaan di negara-negara berkembang komplikasi tersebut masih sulit dihindari. (Konar, 2015)

Pada kondisi yang sangat jarang, dapat terjadi hal-hal menguntungkan seperti:

1. Perbaikan atau Versi Spontan

Hal tersebut dapat terjadi pada awal persalinan dengan jumlah cairan amnion yang cukup dan bayi kecil dan dapat digerakkan. Uterus yang berkontraksi menekan kepala atau bokong pada fosa iliaka untuk menyesuaikan posisi jalan lahir. Dengan demikian letak bayi dapat berubah dari lintang menjadi longitudinal dengan presentasi vertex. Hal tersebut lebih sering terjadi pada multigravida.

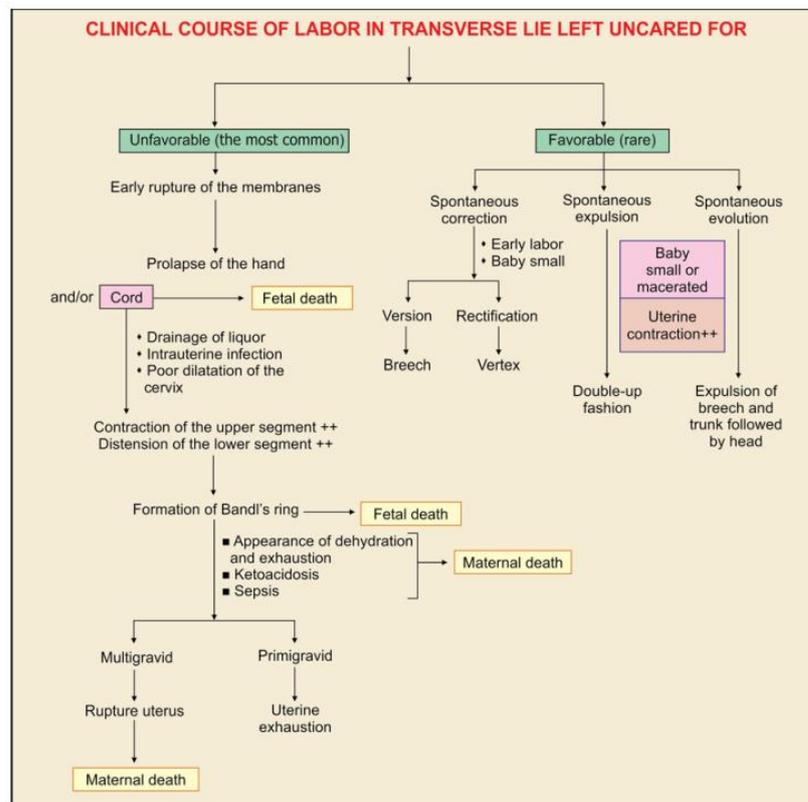
2. Evolusi spontan

Hal ini terjadi jika lengan mengalami prolapsus dan kepala terletak pada fosa iliaka. Kemudian bokong dan kaki terdorong ke bawah dan lahir terlebih dahulu, dilanjutkan dengan kelahiran kepala. Hal ini membutuhkan kontraksi uterus yang sangat kuat.

3. Ekspulsi spontan

Hal ini sangat jarang terjadi dan terjadi hanya pada janin premature dan janin yang mengalami maserasi. Janin lahir dengan posisi dada dan abdomen terlebih dahulu, diikuti oleh kelahiran kepala dan kaki.

(Konar, 2015)



Gambar 11.2. Komplikasi Letak Lintang yang Tidak Tertangani dengan Benar (Konar, 2015)

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 27 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 38 minggu datang ke puskesmas dengan keluhan merasakan mules sejak 4 jam yang lalu. Hasil anamnesis: keluar lender darah sejak 3 jam yang lalu, belum ada pengeluaran cairan ketuban. Hasil pemeriksa: KU baik, kesadaran compos mentis, TD 120/70 mmHg, N 80 kali/menit, P 20 kali/menit, S 37°C. Pemeriksaan abdomen: bentuk perut membesar ke samping, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada pembesaran organ, TFU pertengahan pusat-px (26 cm), bagian kanan perut ibu teraba bagian bulat, keras melenting, bagian kiri perut ibu teraba bagian besar, lunak, tidak melenting, bagian terendah janin teraba bagian kecil janin, punctum maksimum sejajar pusat sebelah kanan perut ibu, DJJ 128 kali/menit. Hasil pemeriksaan dalam: pembukaan serviks 4 cm, teraba palmar, selaput ketuban (+), bagian presentasi teraba aksila dan acromion.

Berikut pendokumentasian berdasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Assessment	Penatalaksanaan
1. Ibu mengatakan ini kehamilan ke-dua, melahirkan 1 kali 3 tahun yang lalu dengan persalinan normal	KU baik, kesadaran compos mentis, TD 120/70 mmHg, N 80 kali/menit, P 20 kali/menit, S 37°C. Pemeriksaan abdomen: bentuk perut membesar ke samping, TFU pertengahan pusat-px (26 cm), bagian kanan perut ibu teraba bagian bulat, keras melenting, bagian kiri perut ibu teraba bagian besar, lunak, tidak melenting, bagian terendah janin teraba bagian kecil janin, punctum maksimum sejajar	G2P1A0 hamil 38 minggu janin tunggal hidup intra uterine, inpartu kala I fase laten dengan suspect letak lintang	1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga 2. Beri dukungan emosional 3. Lakukan informed consent untuk proses rujukan
2. Ibu mengatakan usia kehamilan 38 minggu			4. Persiapkan rujukan (BAKSOKUDA)
3. Ibu mengatakan Gerakan janin aktif			5. Pantau kesejahteraan ibu dan janin serta kemajuan persalinan selama proses persiapan dan merujuk
4. Ibu mengatakan merasakan mules sejak 4 jam yang lalu			6. Dampingi ibu hingga sampai ke
5. Ibu ada pengeluaran			

<p>lender darah sejak 3 jam yang lalu</p> <p>6. Ibu mengatakan tidak ada pengeluaran ketuban.</p>	<p>pusat sebelah kanan perut ibu, DJJ 128 kali/menit. Hasil pemeriksaan dalam: pembukaan serviks 4 cm, teraba palmar, selaput ketuban (+), bagian presentasi teraba aksila dan acromion.</p>		<p>tempat rujukan</p>
---	--	--	-----------------------

J. Soal

1. Seorang perempuan, 35 tahun, G5P4A0 hamil 38 minggu datang ke PMB dengan keluhan mulas sejak 2 jam yang lalu. Hasil anamnesis: ibu terakhir periksa hamil 1 bulan lalu posisi janin tidak stabil. Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 36,7°C. TFU 3 jari di atas pusat, bagian kanan perut ibu teraba kepala dan bagian kiri perut ibu teraba bokong, DJJ 140 kali/menit, teratur. Hasil pemeriksaan dalam: pembukaan serviks 2 cm, selaput ketuban (+).
Apakah kemungkinan faktor risiko masalah pada kasus tersebut?

 - Multiparitas
 - Prematuritas
 - Kehamilan ganda
 - Kelainan bentuk uterus
 - Kematian janin dalam Rahim

2. Seorang perempuan, G1P0A0 hamil 28 minggu datang ke PMB dengan keluhan keluar cairan ketuban yang banyak dari jalan lahir 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis: ibu mengatakan sering merasa nyeri pada daerah perut bawah, ada Riwayat keputihan. Hasil pemeriksaan: TD 120/70 mmHg, N 72 kali/menit, P 20 kali/menit, S 36,9°C. DJJ 136 kali/menit, pemeriksaan dalam: pembukaan 6 cm, ketuban (-), teraba lengan. Bidan segera melakukan proses rujukan.
Apakah komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?

 - Perdarahan pasca salin

- b. Rupture uteri
 - c. Atonia uteri
 - d. Persalinan macet
 - e. Persalinan premature
3. Seorang perempuan, 37 tahun, G4P3A0 hamil 37 minggu datang ke IGD PONEK dengan keluhan mulas sejak 1 jam yang lalu. Hasil anamnesis: ibu mengatakan keluar lender darah dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan: TD 120/70 mmHg, N 72 kali/menit, P 20 kali/menit, S 36,9°C. TFU 28 cm (3 jari di atas pusat), kepala di sebelah kanan perut ibu dan bokong di sebelah kiri perut ibu, bagian atas perut teraba bagain janin datar, bagian bawah perut sulit diraba, his 2x10',20". DJJ 136 kali/menit, pemeriksaan dalam: pembukaan 2 cm, ketuban (+), bagian terendah janin sulit diraba. Apakah penanganan bidan sesuai kasus tersebut?
- a. Kolaborasi dengan tim rawat inap untuk partus percobaan
 - b. Pantau keadaan ibu dan janin
 - c. Lakukan non stressed test
 - d. Lakukan versi luar dengan pengawasan dokter
 - e. Kolaborasi dengan dokter kandungan untuk persiapan SC
4. Sorang perempuan, 23 tahun, G1P0A0, hamil 34 minggu datang ke IGD PONEK dengan keluhan keluar air tak tertahankan dari jalan lahir 1 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 100/70 mmHg, N 72 x/menit, P 18 x/menit, S 36,5°C. Pemeriksaan abdomen: letak lintang, DJJ (-), His (-). Pemeriksaan dalam: pembukaan 6 cm, terlihat tangan menjulur di jalan lahir, teraba tali pusat tidak berdenyut. Apakah tindakan awal bidan sesuai kasus tersebut?
- a. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
 - b. Kolaborasi dengan dokter untuk pertolongan persalinan pervaginam
 - c. Rujuk segera ke rumah sakit
 - d. Lakukan stabilisasi pasien
 - e. Pasang oksigen dan anjurkan ibu miring ke kiri
5. Seorang perempuan, 28 tahun, G2P1A0, hamil 39 minggu datang ke PMB dengan keluhan mulas sejak 4 jam yang lalu. Hasil anamnesis: mulas yang dirasakan tidak terlalu kuat, tidak ada riwayat perdarahan. Hasil

pemeriksaan: KU baik, TD 100/70 mmHg, N 72 x/menit, P 18 x/menit, S 36,5°C. perut membesar lebih dari usia kehamilan, bagian janin belum engage dan tidak stabil, DJJ 136 x/menit, teratur. Pemeriksaan dalam: pembukaan 1 cm, bagian terendah janin sulit diraba.

Apakah kemungkinan penyebab terjadinya masalah pada kasus tersebut?

- a. Tumor
- b. Plasenta previa
- c. Polihidramnion
- d. Malformasi kongenital
- e. Fibroid pada segmen bawah rahim

KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. E
4. A
5. C

K. Daftar Pustaka

Ali, R., & Abrar, A. (2011). TRANSVERSE LIE; PREDISPOSING FACTORS, MATERNAL AND PERINATAL OUTCOME. *Professional Med J*, 208–211.

Konar, H. (2015). *Dutta's Textbook of Obstetrics*.

Kovacs, G., & Briggs, P. (n.d.). *Lectures in Obstetrics, Gynaecology and Women's Health 123*.

MSF medical guidelines. (n.d.). *Essential obstetric and newborn care*.

Pilliod, R. A., & Caughey, A. B. (2017). Fetal Malpresentation and Malposition: Diagnosis and Management. In *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* (Vol. 44, Issue 4, pp. 631–643). W.B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.08.003>

Sultana, S., Rather, S., Anam, S., Mufti, S., Qureshi, A., Wani, I., & Wani, R. A. (2018). Management of Term Singleton Transverse Lie: A Prospective Study. *International Journal of Scientific Study*, 53–53.
<https://doi.org/10.17354/ijss/2018/206>

BAB XIII

ADANYA TANDA PERSALINAN PADA USIA

KEHAMILAN <37 MINGGU

(PERSALINAN PRETERM)

Muninggar, S.S.T., M.Kes



BAB XIII

ADANYA TANDA PERSALINAN PADA USIA KEHAMILAN <37 MINGGU (PERSALINAN PRETERM)

Muninggar, S.S.T., M.Kes

A. Latar Belakang

Persalinan prematur merupakan persalinan terlalu dini yang mana terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan sebelum 37 minggu (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2016). Persalinan prematur merupakan persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu (antara 20-37 minggu). Bayi yang dilahirkan memiliki risiko kematian yang lebih tinggi, risiko penyakit, disabilitas dalam hal motorik jangka panjang, kognitif, visual, pendengaran, sikap, emosi sosial, kesehatan, dan masalah pertumbuhan jika dibandingkan dengan bayi normal. (Drastita, 2022) Persalinan prematur berperan menyebabkan 65% kasus kematian neonatus dan hampir 50% kasus gangguan neurologis pada masa kanak-kanak (Holmes, 2011). Di negara Barat sampai 80% kematian neonatus adalah akibat prematuritas dan pada bayi yang selamat 10% mengalami permasalahan jangka panjang. (Wiknjosastro, 2009).

Di Indonesia angka kejadian persalinan kurang bulan dapat dicerminkan secara kasar berdasarkan angka kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Angka kejadian BBLR nasional di rumah sakit adalah 27,9% (POGI Cabang Bandung, 2011), BBLR di Indonesia pada tahun 2013 (10,2%) (Riskesmas, 2013), dan pada tahun 2015 sebesar 13,03% dengan presentase tertinggi yaitu Maluku Utara (19,77%), Kalimantan Barat (19,79%) dan Papua Barat (20,27%), sedangkan terendah di Kepulauan Riau (8,38%), DI. Yogyakarta (8,9%) dan Bali (9,08%) (BPS, 2015), sedangkan menurut WHO (2018) yaitu sebesar 15,5%/100 KH atau sekitar 675,700 jumlah bayi yang lahir karena prematur di Indonesia.

Persalinan merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi serviks, lahirnya janin kemudian diikuti dengan lahirnya plasenta secara lengkap melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sukarni & Margareth, 2015). Perempuan dalam menghadapi persalinan mengalami rasa takut, cemas, bercampur bahagia. Hanya sebagian kecil

perempuan yang siap menghadapi persalinan secara fisik dan psikologis (Reeder, Martin, & Griffin, 2011). Dengan adanya dukungan emosional selama persalinan akan menjadikan waktu persalinan menjadi lebih pendek, meminimalkan intervensi, dan menghasilkan persalinan yang baik (Nainggolan, 2019)

Secara Global angka kelahiran prematur pada tahun 2000 hingga tahun 2014 mengalami kenaikan sebesar 8,5% (Chawanpaiboon et al., 2019). Selain itu berdasarkan Data global, sebesar 16% kematian balita disebabkan oleh kelahiran prematur dan menyebabkan kematian bayi baru lahir sebesar 35% (Chawanpaiboon et al., 2019).

Kelahiran prematur merupakan masalah kesehatan yang sangat serius. Sepanjang tahun 2015 di seluruh dunia, ada 15 juta (lebih dari satu dari sepuluh) bayi dilahirkan prematur dan lebih dari satu juta meninggal akibat komplikasi prematur (WHO, 2018). Lebih dari 60% kelahiran prematur terjadi di Afrika dan Asia Selatan. Angka kelahiran bayi prematur di Indonesia juga berada pada angka yang tinggi yaitu sekitar 675.700 per tahun, dan secara urutan dunia negara Indonesia adalah negara kelima tertinggi (WHO, 2018).

Prevalensi angka kelahiran prematur di Indonesia pada tahun 2012 ialah 12.8 per 1000 kelahiran hidup, kemudian di tahun 2013 sebanyak 10.2 per 1000 kelahiran hidup, kemudian di tahun 2014 sebanyak 15.5 per 1000 kelahiran hidup, lalu di tahun 2015 sebanyak 19 per 1000 kelahiran hidup, di tahun 2016 sebesar 14 per 1000 kelahiran hidup, dan kemudian di tahun 2017 sebanyak 13.8 per 1000 kelahiran hidup, dan di tahun 2018 sebanyak 29.5 per 1000 kelahiran hidup (Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, 2019).

Bayi prematur memiliki risiko tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas dikarenakan fungsi organ yang belum sempurna. Tingkat kematian pada neonatal dan bayi dapat dikurangi dengan meningkatkan perawatan yang berkualitas selama masa kehamilan, proses persalinan dan perawatan bayi dengan prematur. Bayi yang bertahan hidup juga sering memiliki masalah kesehatan yang berdampak pada kehidupan mereka seperti kecacatan, ketidakmampuan belajar serta masalah penglihatan dan pendengaran (WHO, 2018).

Sejumlah faktor risiko yang dikaitkan dengan terjadinya kelahiran premature yaitu riwayat kelahiran prematur, berat badan kurang, obesitas, diabetes, hipertensi, merokok, infeksi, usia ibu, genetika, kehamilan multijanin, jarak kehamilan yang terlalu berdekatan, gangguan plasenta, dan KPD

premature (Butali et al., 2016). Sebuah penelitian yang dilakukan di Ardabil, Iran menyatakan bahwa riwayat kelahiran prematur, hipertensi, preeklamsia, ketuban pecah dini, oligohidramnion, bercak/perdarahan, infeksi saluran kemih, hiperemesis gravidarum, status sosial yang rendah, dan tekanan darah diastolik yang rendah diidentifikasi sebagai faktor risiko terjadinya kelahiran premature (Alijahan et al., 2014).

PKB merupakan penyumbang 75% dari kematian perinatal dan lebih dari 50% morbiditas jangka panjang berhubungan dengan perinatal yang buruk. Sementara tingkat kelangsungan hidup bayi prematur meningkat 20-30 tahun terakhir dan peluang bertahan hidup bayi prematur sangat berbeda di negara maju dan negara berkembang dalam ketersediaan kualitas layanan obstetri dan perawatan neonatal. Di negara berkembang, bayi yang beratnya < 2000gram (Pada usia 32 minggu) memiliki peluang yang kecil untuk bisa bertahan hidup, sedangkan pada negara maju bayi yang lahir pada usia <32 minggu diunit perawatan intensif neonatal dapat diakses mendekati bayi yang memiliki usia cukup bulan serta pada bayi yang lahir pada usia kehamilan 25minggu memiliki tingkat kelangsungan hidup sebesar 50%.

Berdasarkan data data tersebut Kejadian persalinan prematur masih menjadi perhatian yang sangat besar karena berkontribusi pada mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi secara signifikan. Selain itu persalinan prematur juga dapat berdampak pada komplikasi yang menyebabkan mortalitas pada usia balita.

B. Definisi

Persalinan prematur merupakan persalinan terlalu dini yang mana terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan sebelum 37 minggu (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2016).

Persalinan kurang bulan menurut WHO (2015) adalah persalinan yang terjadi antara usia kehamilan 28 minggu sampai kurang dari 37 minggu (259 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari, dengan subkategori: extremely preterm

Usia kehamilan merupakan salah satu hal yang dapat mempengaruhi kelangsungan hidup janin dan kualitas hidupnya. Umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37-41 minggu dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir pada siklus 28 hari. Sedangkan persalinan yang terjadi

sebelum usia kandungan mencapai 37 minggu disebut dengan persalinan prematur (Widjayanegara, 2009)

Kelahiran preterm didefinisikan sebagai kelahiran antara usia kehamilan 22+0 minggu dan 36+6 minggu. Berdasarkan keadaan klinis, kelahiran preterm dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu: kelahiran preterm spontan (spontaneous preterm birth) atau kelahiran preterm karena indikasi (indicated preterm birth). Kelahiran preterm spontan terjadi karena aktivasi spontan dari satu atau berbagai proses persalinan (pematangan serviks, aktivasi membran dan desidua, serta kontraksi uterus). Kelahiran preterm karena indikasi merupakan kehamilan preterm yang dengan sengaja diakhiri karena indikasi maternal atau janin.

Berdasarkan berat janin saat lahir, bayi lahir preterm dapat diklasifikasikan menjadi *low birth weight*, *very low birth weight*, atau *extremely low birth weight*. *Low birth weight* didefinisikan sebagai berat lahir dibawah 2500 g. *Very low birth weight* didefinisikan sebagai berat lahir dibawah 1500 g. *Extremely low birth weight* didefinisikan sebagai berat lahir dibawah 1000 g.

Kelahiran preterm dapat dikelompokkan kembali berdasarkan risiko prematuritas yang dihadapi. Klasifikasi berdasarkan usia kehamilan didapatkan beragam dari berbagai publikasi. Klasifikasi derajat prematuritas yang paling sering digunakan adalah sebagai berikut:

1. *Extremely preterm*: kelahiran pada usia kehamilan kurang dari 28+0 minggu.
2. *Very preterm*: kelahiran pada usia kehamilan 28+0 sampai 31+6 minggu.
3. *Moderate to late preterm*: kelahiran pada usia kehamilan 32+0 sampai 36+6 minggu.

Diagnosis persalinan preterm secara tradisional ditegakkan hanya berdasarkan kriteria klinis berupa kontraksi uterus yang ritmik disertai dengan perubahan serviks seperti dilatasi dan atau penipisan serviks.¹ Dengan menggunakan kriteria tradisional tersebut, diagnosis yang berlebihan sering terjadi (40-70%), dan hanya kurang dari 10% pasien terjadi persalinan dalam waktu 7 hari setelah gejala muncul. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 1997) mengusulkan kriteria persalinan preterm yaitu (1) kontraksi terjadi 4 kali dalam 20 menit atau 8 kali dalam 60 menit disertai dengan perubahan serviks; (2) dilatasi serviks lebih dari 1 cm, penipisan lebih dari atau sama dengan 80%.

Akurasi diagnosis persalinan preterm dapat ditingkatkan dengan penggunaan pemeriksaan panjang serviks dengan menggunakan ultrasonografi transvaginal. Apabila dilakukan dengan tepat, pasien dengan panjang serviks lebih dari 30 mm mengindikasikan tidak akan terjadinya persalinan preterm meskipun pasien dengan gejala kontraksi.^{2,3} Pada pasien dengan gejala kontraksi dan pada pemeriksaan ultrasonografi transvaginal didapatkan panjang serviks <20 mm dapat menegaskan diagnosis persalinan preterm (Rima Irwinda, 2019).

C. Penyebab

Penyebab pasti kelahiran prematur dapat diketahui dengan mudah, namun adapula yang tidak dapat dikenali dengan jelas. Beberapa faktor yang mempunyai pengaruh besar terhadap prematuritas dapat dikelompokkan menjadi 3 bagian, yaitu faktor ibu, faktor janin dan plasenta, serta faktor lain (Utami et al, 2013).(Niswah, 2016)

Faktor kehamilan yang berpengaruh terhadap kelahiran prematur adalah:

1. Faktor Ibu
 - a. Diabetes Melitus
 - b. Hipertensi
 - c. Preeklampsia
 - d. Infeksi saluran kemih
 - e. Stress psikologik
 - f. Infeksi
 - g. Kelainan imunologi
 - h. Pola hidup tidak sehat
2. Faktor Janin dan Plasenta
 - a. Polihidromnion
 - b. Gemeli
 - c. Ketuban pecah dini (KPD)
 - d. Perdarahan trimester awal
 - e. Perdarahan antepartum
 - f. Cacat bawaan janin
3. Faktor Lain
 - a. Sosioekonomi (Sarwono, 2010).

D. Faktor Risiko

Faktor risiko yang dikaitkan dengan terjadinya kelahiran premature yaitu riwayat kelahiran prematur, berat badan kurang, obesitas, diabetes, hipertensi, merokok, infeksi, usia ibu, genetika, kehamilan multijanin, jarak kehamilan yang terlalu berdekatan, gangguan plasenta, dan KPD premature (Butali et al., 2016). Sebuah penelitian yang dilakukan di Ardabil, Iran menyatakan bahwa riwayat kelahiran prematur, hipertensi, preeklamsia, ketuban pecah dini, oligohidramnion, bercak/perdarahan, infeksi saluran kemih, hiperemesis gravidarum, status sosial yang rendah, dan tekanan darah diastolik yang rendah diidentifikasi sebagai faktor risiko terjadinya kelahiran premature (Alijahan et al., 2014).

Perempuan hamil berusia 10–19 tahun akan menghadapi risiko persalinan preterm yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang hamil pada usia 20–24 tahun. Beberapa kehamilan remaja terjadi karena direncanakan atau diinginkan. Sebanyak 15 juta perempuan menikah di usia dibawah 18 tahun, dan 90% melahirkan di usia 15–19 tahun. Namun, kebanyakan kehamilan remaja tidak direncanakan atau diinginkan. (Syarif, 2017)

1. Faktor Idiopatik Istilah yang digunakan untuk menjelaskan kondisi medis yang belum terungkap jelas penyebabnya, sehingga apabila faktor penyebab lain tidak ditemukan maka penyebab persalinan kurang bulan belum dapat dijelaskan.
2. Faktor Iatrogenik Perkembangan teknologi dan etika kedokteran, menempatkan janin sebagai individu yang mempunyai hak atas kehidupannya (fetus as a patient). Apabila kelanjutan kehamilan dapat membahayakan janin, maka ia harus dipindahkan ke lingkungan luar yang lebih baik dari rahim ibu, sebaliknya bila ibu terancam oleh kehamilannya, maka kehamilan akan diakhiri, sekitar 25% persalinan kurang bulan termasuk ke dalam golongan ini (Behrman and Adrienne, 2006).
3. Keadaan yang sering menyebabkan persalinan kurang bulan elektif adalah:
 - a. Keadaan Ibu
 - 1) Preeklamsi berat dan eklamsi,
 - 2) Perdarahan antepartum (plasenta previa dan solusio plasenta),
 - 3) Koroamnionitis,
 - 4) Penyakit jantung yang berat atau penyakit paru/ginjal yang berat.

- b. Keadaan janin
 - 1) Gawat janin (anemia, hipoksia, asidosis atau gangguan jantung janin)
 - 2) Infeksi intra uterine,
 - 3) Pertumbuhan janin terhambat (PJT),
 - 4) Isomunisasi rhesus,
 - 5) Tali pusat kusut (cord entanglement) pada kembar monokorionik.
- 4. Faktor Sosio-Demografik
 - a. Faktor psiko-sosial adalah kecemasan, depresi, keberadaan stres, respons emosional, dukungan sosial, pekerjaan, perilaku, aktivitas seksual, dan keinginan untuk hamil.
 - b. Faktor demografik adalah usia ibu, status marital, kondisi sosio-ekonomi, ras dan etnik
- 5. Faktor Maternal, Beberapa disebabkan karena faktor maternal, yaitu:
 - a. Kompetensi serviks, diagnosis serviks inkompeten ditentukan dengan pemeriksaan Bishop score (Bishop, 1964 dalam POGI Cabang Bandung, 2011),
 - b. Riwayat reproduksi, pernah mengalami persalinan kurang bulan, pernah mengalami infeksi intrauterine, pernah mengalami abortus trimester II, interval kehamilan
- 6. Faktor Penyakit Medis dan Keadaan Kehamilan
 - a. Hipertensi kronis dan hipertensi dalam kehamilan
 - b. Lupus eritematosus sistemik (SLE)
 - c. Penyakit paru restriksi hipertiroidisme
 - d. Diabetes melitus progestasional dan gestasional
 - e. Penyakit jantung
 - f. Penyakit ginjal
 - g. Hidramnion
 - h. Kelainan kongenital
 - i. Anemia berat
- 7. Faktor Infeksi

Hubungan antara infeksi dan persalinan kurang bulan tidak konsisten sepanjang kehamilan, infeksi jarang terjadi pada persalinan kurang bulan akhir (pada 34–36 minggu) tetapi muncul pada kebanyakan kasus. Organisme yang sering berhubungan dengan infeksi genital pada wanita yang tidak hamil *Neisseria gonorrhoeae* dan *Chlamydia*

trachomatis, namun jarang ditemukan dalam uterus sebelum pecah ketuban, sedangkan bakteri yang sangat sering berhubungan dengan korioamnionitis dan infeksi janin setelah pecahnya ketuban adalah Streptococcus group B dan Escherichia coli (Goldenberg et al., 2000). Belum dapat dijelaskan secara mendalam kapan infeksi intrauterine terjadi sehingga menyebabkan persalinan kurang bulan dan juga belum jelas kapan bakteri naik dari vagina menuju uterus. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa infeksi intrauterine mungkin terjadi jauh lebih awal saat kehamilan dan tidak terdeteksi selama beberapa bulan, seperti U. urealyticum telah terdeteksi pada subjek cairan amnion yang diperoleh dari analisis kromosom rutin pada usia kehamilan 15–18 minggu dan persalinan terjadi pada usia kehamilan 24 minggu.

E. Tanda dan Gejala

1. Tanda-tanda dan gejala persalinan prematur sebagian besar sama dengan persalinan normal
2. Tanda-tandanya terkadang samar sehingga sulit untuk dikenali dan tak terduga
 - a. Kontraksi setiap 10 menit atau lebih sering dalam satu jam (lima atau lebih kontraksi rahim dalam satu jam).
 - b. Kram seperti menstruasi yang di rasakan di perut bagian bawah yang terjadi terus-menerus atau hilang timbul. Kram perut ini biasa terjadi dengan atau tanpa diare.
 - c. Nyeri punggung bawah yang terasa di bawah pinggang yang terjadi terus-menerus atau hilang-timbul.
 - d. Tekanan panggul yang terasa seperti bayi mendorong ke bawah
 - e. Cairan encer yang keluar dari vagina. Cairan vagina meningkat jumlahnya atau berubah warna.
3. Jika ibu hamil merasa mengalami tanda-tanda dan gejala di atas, segeralah menghubungi tenaga kesehatan terdekat (Maryunani & Puspita, 2013)

F. Pencegahan

Identifikasi faktor risiko

1. Pemantauan yang lebih ketat pada ibu hamil yang berisiko
2. Support keluarga
3. Home visit
4. Edukas Menurunan risiko preterm 19%
5. Berhenti merokok
6. Konsul gizi untuk ibu dengan berat badan kurang ataupun obesitas
7. Dianjurkan untuk mengurangi beban kerja atau menghentikan sementara untuk mengurangi risiko persalinan preterm
8. Promosi pemberian ASI dan perpanjangan interval antara konsepsi.
9. Pemberian kortikosteroid pada ibu dengan ancaman persalinan preterm (UNAIR, 2022)

Berghella (2017) menyusun definisi pencegahan persalinan kurang bulan yang membagi kedalam tiga pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier, diuraikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 13.1 Definisi kategori pencegahan PKB

No	Pencegahan	Pengertian	Contoh
1	Pencegahan primer	Strategi pencegahan bertujuan untuk semua wanita tanpa gejala (asymptomatic) yang berisiko mengalami PKB.	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan dukungan yang optimal selama masa kehamilan 18-23 bulan • Batasi kehamilan ganda dengan ART (<i>Assisted Reproductive Technology</i>)
2	Pencegahan sekunder	Strategi pencegahan ditujukan untuk mengidentifikasi wanita asymptomatic berisiko tinggi mengalami PKB melalui skrining untuk memprediksi faktor risiko pada wanita asimtomatik yaitu mencegah/mengobati (tindakan preventif)	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji riwayat kehamilan yang komprehensif dan tawarkan tindakan pencegahan seperti penggunaan progesteron, cerclage, skrining CL (<i>Cervical Length</i>) untuk calon ibu yang tepat • Berhenti merokok • Skrining infeksi dan diobati jika teridentifikasi
3	Pencegahan tersier	Strategi pencegahan ditujukan pada wanita yang memiliki gejala PKB (active symptoms)	Intevensi wanita yang mengalami PTL (<i>Preterm Labour</i>) atau PPRM (<i>Preterm Premature Rupture of Membrane</i>)

G. Penatalaksanaan

Tabel 13.2

Tata laksana	Peringkat Bukti atau Derajat Rekomendasi
<p>Tokolisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obat golongan beta adrenergic, penghambat kanal kalsium, atau OAINS dapat digunakan sebagai tokolisis lini pertama untuk memperpanjang kehamilan sementara (48 jam) guna memberikan kortikosteroid antenatal yang bermanfaat untuk mematangkan paru, pemberian MgSO₄ sebagai neuroprotektor, dan atau transport ibu ke fasilitas kesehatan tersier. • Pemberian tokolisis secara terus menerus tidak direkomendasikan karena tidak efektif dan tidak meningkatkan luaran neonatus. • Tokolisis dikontraindikasikan pada kasus kematian janin intrauterin, anomali janin yang bersifat letal, preeklamsia berat atau eklamsia, perdarahan maternal dengan gangguan hemodinamik, korioamnionitis, dan ketuban pecah dini preterm/PPROM. 	<p>Derajat Rekomendasi A Derajat</p> <p>Rekomendasi A Derajat</p> <p>Rekomendasi A</p>
<p>Kortikosteroid antenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian kortikosteroid antenatal direkomendasikan pada perempuan usia kehamilan 24 sampai 34 dengan risiko kelahiran preterm dalam 7 hari. • Pengulangan pemberian kortikosteroid dapat diberikan pada pasien dengan riwayat pemberian kortikosteroid lebih dari 7 hari sebelumnya. • Pemberian kortikosteroid dapat ditawarkan pada pasien dengan usia kehamilan 23+0 sampai 23+6 dengan risiko kelahiran preterm dalam 7 hari • Pada pasien dengan usia kehamilan 34+0 dan 36+6, belum pernah mendapat terapi kortikosteroid sebelumnya, dan memiliki risiko persalinan dalam 7 hari, pemberian kortikosteroid dapat diberikan tanpa dilakukan tokolisis dan tanpa menunda persalinan apabila terdapat indikasi. 	<p>Derajat Rekomendasi A Derajat</p> <p>Rekomendasi B Derajat</p> <p>Rekomendasi B Derajat</p> <p>Rekomendasi A</p>

<p>Antibiotik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian antibiotik tidak rutin pada perempuan dengan persalinan preterm tanpa ketuban pecah dan tanpa tanda infeksi. • Pemberian antibiotik profilaksis diberikan pada perempuan dengan PPRM. 	<p>Derajat Rekomendasi A Derajat</p> <p>Rekomendasi A</p>
<p>Magnesium sulfat sebagai neuroprotektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan magnesium sulfat (MgSO₄) dapat diberikan pada pasien dengan usia kehamilan 23 sampai 32 minggu yang diperkirakan terjadi kelahiran preterm dalam waktu 24 jam. • MgSO₄ diberikan dengan dosis loading 4 gram bolus intravena dalam waktu 30 menit, dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 1 gram/jam hingga maksimum 24 jam, atau terjadi proses persalinan. • Ketika MgSO₄ diberikan, harus dilakukan pemantauan terhadap ibu sesuai dengan protokol pemberian MgSO₄ pada preeklamsia/eklamsia, dengan syarat pemberian: * Tersedia Ca Glukonas 10% * Ada refleks patella * Frekuensi napas >16x/menit * Jumlah urin minimal 0,5 mL/kgBB/jam 	<p>Derajat Rekomendasi A Derajat</p> <p>Rekomendasi B Derajat</p> <p>Rekomendasi A</p>
<p>Waktu pemasangan klem tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penundaan pemasangan klem tali pusat selama 30 detik sampai 3 menit dapat dilakukan dalam keadaan ibu dan bayi stabil. • Pada kondisi ibu atau bayi tidak stabil, dilakukan pengurutan tali pusat ke arah bayi dan pemasangan klem tali pusat sesegera mungkin. • Sebelum klem dipasang, bayi diposisikan dibawah level plasenta. 	<p>Derajat Rekomendasi B</p>

(Rima Irwinda, 2019)

Tabel 13.3 Tingkat kemampuan bidan menurut Kepmenkes 320/2020 tentang Standar Profesi Bidan

Kompetensi	Tingkat Kemampuan	
	Bidan	Ahli madya kebidanan
Tata laksana awal pada persalinan dengan persalinan kurang bulan (persalinan pre term /bayi prematur)	Level 3 (shows) artinya, Lulusan Bidan profesi mampu melaksanakan keterampilan klinis Kebidanan di bawah supervisi atau kolaborasi dalam tim, dan merujuk untuk tindakan lebih lanjut	Level 2 (know how) artinya Lulusan Bidan D3 kebidanan menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan klinis kebidanan dengan melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada klien/masyarakat.

(Kepmenkes RI, 2020)

H. Komplikasi

1. Komplikasi Jangka Panjang

Dari beberapa penelitian yang di review yang menarik adalah ditemukannya luaran jangka panjang pada persalinan kurang bulan terhadap risiko penyakit kardiovaskuler pada ibu, berikut pernyataan beberapa pakar tentang hal tersebut

Kajian Perng et al. (2015) yang dilakukan pada lebih dari 700 kasus juga mendapatkan hal yang sama dimana dengan jangka waktu hanya 3 tahun postpartum saja sudah terjadi peningkatan tekanan darah sistolik yaitu dengan 3,99 (95% CI; 0,82-7,16) mmHg dan lebih rendahnya kadar HDL darah 7,01 (1,54-12,50) mg/dL. Menurut Wu et al. (2018) dengan hasil systematic review dari 21 kajian yang melibatkan 5,8 juta wanita termasuk diantaranya 338,000 wanita dengan riwayat PKB didapatkan hasil bahwa RR penyakit kardiovaskuler: RR 1,43 dengan 95% CI; 1,18-1,72, kematian akibat penyakit kardiovaskuler: RR 1,78 dengan 95% CI; 1,42-2,21, penyakit jantung coroner; 1,49 dengan 95% CI; 1,38-1,60, kematian akibat penyakit jantung: RR 2,10 dengan 95% C; 1,87-2,36 dan penyakit strok: RR 1,65, 95% CI; 1,51-1,79. Juga didapatkan sensitivitas tertinggi pada usia kehamilan kurang dari 32 minggu atau yang memiliki indikasi medis

Beberapa hal yang berkaitan dengan komplikasi jangka panjang, dengan uraian sebagai berikut:

a. Masuk Rumah Sakit (MRS)

Pada studi analisis terhadap 18.818 bayi kurang bulan, United Kingdom Millennium Cohort Study (MCS) menunjukkan risiko untuk

masuk rumah sakit (MRS) >3 kali lipat antara usia 9 bulan - 5 tahun sebagai berikut, yaitu berisiko 13,6 kali untuk bayi kurang bulan yang lahir pada usia kehamilan 39 – 41 minggu.

- b. Luaran Neurodevelopmental
Dibandingkan dengan bayi cukup bulan, gangguan neurodevelopmental berikut yang lebih sering terjadi yaitu:
 - 1) Gangguan cognitive skills
 - 2) Gangguan motorik termasuk motorik halus maupun kasar
 - 3) Cerebral palsy (CP)
 - 4) Cacat pendengaran dan penglihatan
 - 5) Masalah tingkah laku dan psikologis
 - c. Isu-isu penyakit menahun (kronis) Secara spesifik prematuritas dihubungkan dengan Chronic kidney disease, Gangguan tumbuh kembang, dimana saat diikuti lebih lanjut, dari 950 bayi yang lahir dengan low birth weight (<-2), dan mempunyai skor motorik dan kognitif yang lebih rendah pada Bayley Scales of Infant Development dibanding yang Z-scores >-2.
 - d. Gangguan fungsi paru Anak-anak yang lahir very atau extremely preterm berisiko untuk mengalami gangguan fungsi paru yang berakibat menurunnya kapasitas berlatih atau meningkatnya risiko asma. Tidak ada data untuk masa remajanya tetapi penyintas prematuritas yang mempunyai BPD lebih sering mengalami masalah pernafasan saat anak-anak dan dewasa
2. Komplikasi Jangka Pendek PKB Untuk komplikasi jangka pendek ini sangat tergantung pada usia kehamilan, dikatakan semakin bertambah usia kehamilan semakin sedikit komplikasinya. Antara lain :
- a. Hipotermia 37,5°C sekitar 4 - 6 %
 - b. Respiratory distress sekitar 93 %
 - c. Retinopathy of prematurity (ROP) sekitar 59 %
 - d. Patent ductus arteriosus sekitar 46 %
 - e. Bronchopulmonary dysplasia sekitar 42 %
 - f. Late-onset sepsis sekitar 36 %
 - g. Necrotizing enterocolitis (NEC) sekitar 11 %
 - h. Intraventricular hemorrhage (IVH) derajat III sekitar 7 %
 - i. Intraventricular hemorrhage derajat IV sekitar 9 %
 - j. Periventricular leukomalacia sekitar 3 %

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan umur 26 tahun hamil anak pertama dan tidak pernah keguguran hamil 35 minggu datang ke RS dengan keluhan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, sejak 4 jam yang lalu Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt .S 36,5C, P 20 x/mnt , TFU 28cm , kontraksi 2 x/ 10' /25 "kuat, DJJ 150x/mnt teratur, VT : portio tipis lunak pembukaan servik 2 cm, ketuban utuh presentasi kepala penurunan H 2 UUK kanan depan.

Data Subjektif	Data Objektif	Assesment	Penatalaksanaan
Ibu mengeluhan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, sejak 4 jam yang lalu.	TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt .S 36,5C, P 20 x/mnt TFU 26cm , Punggung kanan, presentasi kepala , stasi 3/5, kontraksi 3 x 10' 40" kuat , DJJ 150x/mnt teratur, VT : portio tipis lunak pembukaan servik 2 cm, ketuban utuh presentasi kepala penurunan H 2 UUK kanan depan.	G1P0A0, usia 26 tahun hamil 35 minggu inpartu kala 1 fase laten, Janin tunggal hidup intra uterin presentasi kepala	<ol style="list-style-type: none"> Informasikan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan saat ini bahwa ibu telah masuk dalam proses persalinan dengan belum cukup bulan pembukaan 2cm ketuban utuh Mules 2x/10`/25" DJJ 150x/mnt. Ibu dan Keluarga mengerti Lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG . Advice dokter untuk <ol style="list-style-type: none"> Tokolisis Pasang infus RL 20tpm Berikan dexamethason 2x12mg Cek laboratorium darah lengkap Lakukan CTG Observasi TTV dan keadaan ibu dan janin Berikan nedipin Lakukan informed consent untuk tindakan pemasangan infus dan tatalaksana pada ibu dan janin. Ibu

			<p>dan keluarga telah menyetujui dan menandatangani informed consent</p> <p>4. Melakukan pemasangan infus dan penambihan darah guna pemeriksaan laboratorium. Terpasang infus RL 20tpm, darah telah dintarkan ke laboratorium</p> <p>5. Melakukan CTG. CTG telah dilakukan hasil dalam batas normal</p> <p>6. Melakukan observasi KU, TTV ibu</p> <p>7. Mengobservasi DDJ dan his.</p> <p>8. Meengobservasi tetesan infus.</p> <p>9. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan 4 jam kemudian atau jika ada indikasi</p> <p>10. Melakukan pendokumentasian.</p>
--	--	--	--

J. Contoh Soal

1. Seorang perempuan umur 26 tahun hamil anak pertama dan tidak pernah keguguran hamil 35 minggu datang ke BPM dengan keluhan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, sejak 4 jam yang lalu Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt .S 36,5C , P 20 x/mnt , TFU 28cm , kontraksi 3 x/ 10' /25 " kuat , DJJ 150x/mnt teratur, VT : portio tipis lunak pembukaan servik 4 cm, ketuban utuh presentasi kepala penurunan H 2 UUK kanan depan
Apakah asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan?
 - a. Melakukan pertolongan persalinan pervaginam
 - b. Melakukan rujukan dengan pendampingan
 - c. Memasang infus dan lakukan rujukan

- d. Melakukan pemasangan infus
 - e. Mengobservasi DJJ dan His
2. Seorang perempuan umur 32 tahun G1P0A0 hamil 36 minggu datang ke BPM dengan keluhan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, sejak 4 jam yang lalu Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt .S 36,5C , P 20 x/mnt , kontraksi 3 x 10' 40" kuat , DJJ 150x/mnt teratur, TFU 28cm VT : portio tipis lunak pembukaan servik 4 cm, ketuban utuh presentasi kepala penurunan H 2 UUK kanan depan.
Berdasarkan usia kehamilan maka persalinan diklasifikasikan dalam....
- a. Persalinan lewat bulan
 - b. Persalinan cukup bulan
 - c. Persalinan kurang bulan
 - d. Persalinan sangat kurang bulan
 - e. Persalinan ekstrim kurang bulan
3. Seorang perempuan umur 34 tahun G5P1A3 hamil 35 minggu 6 hari datang ke BPM dengan keluhan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, sejak 4 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt . S 36,5C , P 20 x/mnt , kontraksi 3 x 10' 40" kuat , DJJ 150x/mnt teratur, TFU 28cm VT : portio tipis lunak pembukaan servik 4 cm, ketuban utuh presentasi kepala penurunan H 2 UUK kanan depan.
Berdasarkan kasus diatas faktor resiko berdasarkan ibu adalah...
- a. Usia ibu
 - b. Riwayat abortus
 - c. Jumlah kehamilan
 - d. Adanya kontraksi
 - e. Tinggi fundus uteri
4. Seorang perempuan umur 32 tahun G1P0A0 hamil 35 minggu datang ke RS rujukan bidan dengan parus prematur ibu mengatakan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, sejak 4 jam yang lalu Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt .S 36,5C , P 20 x/mnt , kontraksi 3-4 x 10' 30" kuat , DJJ 150x/mnt teratur, TFU 28cm VT : portio tipis lunak pembukaan servik 4 cm, ketuban utuh presentasi kepala penurunan H 2 UUK kanan depan.

Apakah asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan ?

- a. Kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan tokolisis
 - b. Melakukan pertolongan persalinan pervaginam
 - c. Melakukan rujukan dengan pendampingan
 - d. Melakukan pemasangan infus
 - e. Observasi his dan djj
5. Seorang perempuan umur 32 tahun G2P1A0 hamil 35 minggu datang ke TPMB dengan keluhan ibu mengatakan keluar lendir campur darah dari kemaluan, perut terasa mules, keluar air-air dari kemaluan 2 jam yang lalu dan ada rasa ingin BAB Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 72 X/mnt .S 36,5C, P 20 x/mnt, kontraksi 3-4 x /10' /45" kuat, DJJ 150x/mnt teratur, TFU 27cm TBJ 2325gram VT : portio tipis lunak pembukaan servik 7 cm, ketuban – jernih presentasi kepala penurunan H III UUK kanan depan. Berdasarkan umur kehamilan dan TBJ bayi maka bayi tersebut termasuk dalam kategori ?
- a. Matur
 - b. Dismatur
 - c. Prematur
 - d. Post matur
 - e. Serotinus

Kunci jawaban

1. C
2. C
3. B
4. A
5. C

K. Daftar Pustaka

- American College of Obstetricians and Gynecologist, 2016
- Berghella V, 2010. Preterm birth prevention and management, Blackwell (House AH) Publishing Ltd, Philadelphia USA.
- Berghella V, 2017. Obstetric evidence based guidelines third edition, CRC Press, Philadelphia, Pennsylvania USA.
- Drastita, P. S. (2022). Faktor Resiko Terjadinya Persalinan preterm. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 9 No 1, 40–50. <https://www.google.com/url?q=https://journal.ibrahimy.ac.id/index.php/oksitosin/article/download/1531/1189&sa=U&ved=2ahUKewjS-aHA4sT9AhWxJLcAHfYtDYEQFnoECAEQAg&usg=AOvVaw34v2YMGMSMzMZkMyYkIn9r>
- Dr. Sriyana Hermasn Mkes dan Dr.Hermanto Tri Joewono , 2020. Buku Acuan Persalinan kurang Bulan , yayasan amiena Kendari
- Kemendes.co.id. (2022, 27 Juli). Perawatan Bayi Prematur Diakses pada Kamis 09 Februari 2023 15:55 WIB Dari https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/603/perawatan-bayi-prematur
- Kepmenkes RI. (2020). *Standar Profesi Bidan* (Vol. 2507, Issue 1).
- Maryunani Anik, Eka Puspita. Asuhan Kegawardaruratan Maternal dan Neonatal. 2013. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- News.Unair.ic.id. (2022, 24 Januari). Pencegahan Persalinan Premature Diakses pada Kamis 09 Februari 2023 16:55 WIB Dari <https://med.unhas.ac.id/obgin/wp-content/uploads/2016/08/1.-pencegahan-persalinan-preterm.pdf>
- News.Unair.ic.id. (2022, 24 Januari). Penatalaksanaan Pada Kondisi Persalinan Prematur Diakses pada Kamis 09 Februari 2023 16:55 WIB Dari <https://news.unair.ac.id/2022/01/24/penatalaksanaan-pada-kondisi-persalinan-prematur/?lang=id>
- Niswah, F. (2016). *Faktor Risiko Kejadian persalinan premature (Studi Kasus Di RSUD Tugurejo Semarang)*. Universitas Negeri Semarang.
- Rima Irwinda. (2019). *PANDUAN PERSALINAN PRETERM* (1st ed.). Pengurus Pusat Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi.
- Syarif, B. A. (2017). USIA IBU DAN KEJADIAN PERSALINAN PRETERM. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak*, 11(2), 20–24. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1548/>

UNAIR. (2022). Pencegahan Persalinan Premature. 24 January.
<https://med.unhas.ac.id/obgin/wp-content/uploads/2016/08/1.-pencegahan-persalinan-preterm.pdf>

Wiknjosastro, H. (2009). *Ilmu kebidanan* (4th ed.). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Priworahardjo.

BAB XIV
KONTRAKSI ADA TAPI PERSALINAN
TIDAK MAJU

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB XIV

KONTRAKSI ADA TAPI PERSALINAN TIDAK MAJU

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb

A. Latar Belakang

Persalinan adalah proses bayi dan placenta keluar dari rahim ibu dengan masa gestasi yang cukup yaitu 38 sampai dengan 42 minggu. Persalinan normal adalah proses fetus yang dapat hidup (*viable*), plasenta, dan selaput membrane keluar ke dunia luar melalui jalan lahir (Rejeki, 2018).

Setiap ibu hamil menginginkan agar berjalan dengan lancar tanpa adanya penyulit dalam persalinannya, namun banyak hambatan saat persalinan yang tidak diketahui, dan bahkan keadaan gawat darurat dalam bersalin dapat terjadi. Kegawatdaruratan adalah suatu kasus yang apabila tidak langsung ditangani akan berakibat kesakitan yang berat bahkan kematian ibu serta janinnya. Salah satu kasus keadaan gawat darurat adalah partus lama. Partus lama adalah fase laten yang lebih dari 8 jam atau bayi belum juga lahir setelah berlangsung selama 12 jam atau lebih (Nugraheni, 2018).

Salah satu penyumbang kematian ibu di dunia adalah persalinan lama, menurut *World Health Organization* (WHO) terjadi kasus partus lama pada wanita di dunia yaitu 289 per 100.000 kelahiran hidup. Kejadian partus lama menduduki urutan tertinggi di ASEAN yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup ibu meninggal akibat partus lama di Indonesia (Kemenkes, 2022).

Data WHO tahun 2017 menunjukkan, sebanyak 295.000 wanita di seluruh dunia meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Secara global angka kematian ibu yaitu 211 per 100.000 kelahiran hidup. Adapun kematian maternal 99% terjadi di negara berkembang Berdasarkan data SDKI tahun 2019 angka kematian ibu masih diangka 305 per 100.000. Adapun penyebab langsung yaitu perdarahan (25%), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus lama (8%), komplikasi aborsi tidak aman (13%), dan sebab-sebab lain (8%) (Fitriah, 2022).

Angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi meningkat akibat dari kejadian partus lama. Partus lama pada ibu, dapat mengakibatkan infeksi, ruptur uteri, pembentukan fistula, dan cedera otot-otot dasar panggul hingga mengakibatkan kematian. Sedangkan pada janin akan terjadi infeksi, trauma

serebri, cedera dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi. Oleh karena itu, pencegahan partus lama harus diupayakan (Fitriah, 2022).

B. Definisi

Fase laten yang lebih dari 8 jam disebut partus lama. Bayi belum lahir setelah persalinan berlangsung selama 12 jam atau lebih. Dilatasi di kanan garis waspada persalinan aktif atau sering diperkirakan bahwa persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Wafdah, 2019).

Persalinan tak maju dapat terjadi pada fase pertama (dilatasi) atau fase kedua (ketika mengejan). Jika persalinan macet pada fase pertama, biasanya oksitosin akan diberikan untuk menguatkan kontraksi otot-otot rahim, dengan demikian mulut rahim akan membuka. Jika persalinan tak maju pada fase kedua, harus segera memutuskan apakah persalinan dibantu dengan vakum atau forsep atau perlu segera dilakukan operasi caesar, dan persalinan tak maju merupakan penyebab tersering operasi Caesar (Eka, 2019).

C. Penyebab

Pada primipara, persalinan lama dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti:

1. Tidak efisiennya his (inadekuat).
2. Faktor janin seperti malpresentasi, malposisi, dan janin besar. Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex (presentasi bokong, dahi, wajah atau letak lintang). Malposisi adalah posisi kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi. Janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus tak maju.
3. Faktor jalan lahir seperti panggul yang sempit, kelainan serviks, vagina serta adanya tumor. Panggul sempit atau disporposi sefalopelvik terjadi karena bayi terlalu besar dan pelvik kecil sehingga menyebabkan partus tak maju. Cara penilaian serviks yang baik adalah dengan melakukan percobaan (*trial of labor*) (Asni, 2019).

Penyebab dari partus tak maju :

1. Disproporsi fetopelvik
 - a. Panggul kecil
 - b. Anak besar

2. Malpresentasi dan malposisi
3. Persalinan tidak efektif
 - a. Primary inefficient uterine contraction
 - b. Kelelahan myometrium: inertia sekunder
 - c. Cincin konstiksi
 - d. Ketidakmampuan atau penolakan pasien untuk mengejan
 - e. Anesthesia berlebihan
4. Dystocia jaringan lunak
 - a. Canalis vaginalis yang sempit
 - b. Perineum kaku (Oxorn, H., & Forte, 2020).

D. Faktor Risiko

1. Faktor ibu

a. Umur

Salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas kehamilan atau berkaitan dengan kesiapan ibu dalam reproduksi adalah umur. Perkembangan alat-alat reproduksi belum matang pada ibu dengan umur kurang dari 20 tahun, sehingga sering timbul komplikasi persalinan, sedangkan pada ibu dengan umur lebih dari 35 tahun, mulai terjadi regresi sel-sel tubuh terutama endometrium sehingga menyebabkan proses kehamilan dan persalinan menjadi berisiko (Prawirohardjo, 2018).

b. Paritas

Kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar pada ibu dengan paritas primipara (wanita yang melahirkan bayi hidup pertama kali) karena pengalaman melahirkan belum pernah (Manuaba, 2020).

Pada ibu yang sering melahirkan memiliki risiko mengalami komplikasi persalinan pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan gizi. Pada paritas lebih dari tiga, keadaan rahim biasanya sudah lemah sehingga menimbulkan persalinan lama dan pendarahan saat kehamilan (Prawirohardjo, 2018).

c. His

Kontraksi otot-otot rahim dalam persalinan dinamakan his. Sifat his yang baik dan sempurna, yaitu : kontraksi yang simetris, fundus dominan (kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri), kekuatannya

seperti gerakan memeras rahim, setelah adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka (Manuaba, 2020).

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan hambatan pada jalan lahir yang lazim normal dimulai dari salah satu sudut di fundus uteri yang kemudian menjalar merata simetris ke seluruh korpus uteri dengan adanya dominasi kekuatan pada fundus uteri, kemudian mengadakan relaksasi secara merata dan menyeluruh. Baik atau tidaknya his dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya, lamanya, kuatnya, dan relaksasinya). Adapun jenis-jenis kelainan his yaitu: a) Inersia uteri, b) His yang terlalu kuat, dan c) Kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi (Prawirohardjo, 2018).

2. Faktor janin (besar janin, letak janin)

Keadaan janin (letak, presentasi, ukuran/berat janin, ada/tidak kelainan anatomik mayor) (Prawirohardjo, 2018).

3. Faktor jalan lahir (panggul sempit)

Kelainan panggul dapat disebabkan oleh : gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi (rachitis, neoplasma, fraktur dll), penyakit kolumna vertebralis (kyphosis, scoliosis, dll), kelainan ekstremitas inferior (coxitis, fraktur, dll). Kelainan panggul dapat menyebabkan kesempitan panggul. Kesempitan panggul dapat menjadi 3 bagian :

- a. Kesempitan pintu atas panggul, pintu atas panggul dikatakan sempit jika ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm.
- b. Kesempitan panggul tengah, jika jumlah diameter interspinarum ditambah diameter sagitalis posterior kurang dari 13,5 cm (normalnya $10,5 + 5 \text{ cm} = 15,5 \text{ cm}$).
- c. Kesempitan pintu bawah panggul, diartikan jika distansia intertuberum kurang dari 8 cm dan diameter transversa + diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm (normalnya $= 11 \text{ cm} + 7,5 \text{ cm} = 18,5 \text{ cm}$) (Prawirohardjo, 2018).

E. Tanda dan Gejala

Adapun beberapa tanda dan gejala dari kondisi partus tak maju adalah sebagai berikut :

1. Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm) dan tidak didapatkan kontraksi uterus.
2. Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam inpartu.
3. Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada partograf.
4. Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengejan, tetapi tidak ada kemajuan (kala II lama atau *prolonged second stage*) (Asni, 2019).

F. Pencegahan

Salah satu upaya untuk mengurangi angka kejadian partus lama yaitu bisa dimulai pada saat ibu hamil atau ANC. Diupayakan dengan cara memberikan penyuluhan tentang pentingnya ibu hamil melakukan kunjungan pemeriksaan ANC secara teratur, pentingnya ibu hamil menjaga status gizi pada saat kehamilan sehingga dalam proses persalinan tidak terjadi komplikasi persalinan salah satunya adalah partus lama, serta memberikan dan penyebab tentang salah satu komplikasi kebidanan yang mungkin bisa terjadi pada ibu saat bersalinnya yaitu tentang partus lama (Soebandi, 2018).

G. Penatalaksanaan

Penanganan partus tak maju harus sesuai dengan diagnosanya, yaitu:

1. Jika belum ada kemajuan, lakukan penilaian ulang pada leher rahim
2. Klien belum inpartu jika tidak ada pembukaan leher rahim
3. Setiap 4 jam lakukan penilaian ulang
4. Jika terdapat tanda infeksi dan bau pada jalan lahir bayi lakukan akseleri persalinan dengan oksitosin
5. Pemberhentian pemberian antibiotik jika terjadi persalinan secara normal (Berutu, 2019).

Penatalaksanaan kasus partus lama harus didasarkan pada diagnosinya, seperti fase laten memanjang dan fase aktif memanjang.

1. Fase Laten Memanjang

Berikut ini adalah penatalaksanaan kasus partus tak maju/partus lama dengan diagnosis fase laten memanjang :

- a. Lakukan penilaian ulang terhadap serviks apabila fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan.

- b. Kemungkinan pasien belum inpartu apabila tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin.
- c. Lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin apabila ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks.
- d. Setiap 4 jam lakukan penilaian ulang.
- e. Lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin apabila didapatkan tanda-tanda infeksi seperti demam dan cairan vagina berbau.
- f. Memberikan antibiotika kombinasi sampai persalinan.
- g. Memberikan ampicilin 2 g IV setiap 6 jam ditambah gentamicin 5 mg/kg BB IV setiap 24 jam.
- h. Pemberian antibiotika pasca persalinan harus dihentikan apabila terjadi persalinan pervaginam.
- i. Apabila dilakukan SC, maka pemberian antibiotika dilanjutkan ditambah dengan memberikan metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai pasien bebas demam selama 48 jam.

2. Fase Aktif Memanjang

Berikut ini adalah penatalaksanaan kasus partus tak maju dengan diagnosis fase aktif memanjang :

- a. Ketuban dapat dipecahkan apabila tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh.
- b. Harus dipertimbangkan kemungkinan adanya inertia uteri apabila his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).
- c. Apabila his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), maka harus dipertimbangkan kemungkinan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi.
- d. Melakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his serta mempercepat kemajuan persalinan (Wafdah, 2019).

Penatalaksanaan yang dilakukan pada ibu dengan kala II memanjang yaitu dapat dilakukan partus spontan, ekstraksi vakum, ekstraksi forceps, sectio caesaria, dan lainlain (Prawirohardjo, 2018).

Penatalaksanaannya yaitu sebagai berikut:

- 1. Tetap melakukan Asuhan Sayang Ibu, yaitu :
 - a. Selama proses persalinan dan kelahiran bayi anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya. Dukungan dari suami, orang tua dan

kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Alasan: hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

- b. Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.
- c. Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.
- d. Tentramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala II persalinan.
Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan jika diperlukan.
- e. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman saat meneran.
- f. Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas
- g. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
Alasan: Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta
- h. Anjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan
Alasan: Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami hal tersebut.
- i. Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayinya. Beri penjelasan tentang cara dan tujuan dari setiap tindakan setiap kali penolong akan melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang dialami oleh ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan (misalnya TD, DJJ, periksa dalam) (Rohani et al., 2018).

2. Mendiagnosa kala II persalinan dan memulai meneran:
 - a. Cuci tangan (Gunakan sabun dan air bersih yang mengalir)
 - b. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk periksa dalam
 - c. Beritahu ibu saat, prosedur dan tujuan periksa dalam
 - d. Lakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap (10 cm) lalu lepaskan sarung tangan sesuai prosedur PI
 - e. Tentramkan ibu dan bantu ibu mencari posisi nyaman (bila ingin berbaring) atau berjalan-jalan disekitar ruang bersalin jika pembukaan belum lengkap. Ajarkan cara bernafas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayinya dan catatkan semua temuan dalam partograph.
 - f. Beritahukan belum saatnya untuk meneran, beri semangat dan ajarkan cara bernafas cepat selama kontraksi berlangsung jika ibu merasa ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap. Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman dan beritahukan untuk menahan diri untuk meneran hingga penolong memberitahukan saat yang tepat untuk itu
 - g. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman, bimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar dan mengikuti dorongan alamiah yang terjadi jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran. Anjurkan keluarga ibu untuk membantu dan mendukung usahanya. Catatkan hasil pemantauan dalam partograf. Beri cukup minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Pastikan ibu dapat beristirahat disetiap kontraksi
 - h. Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman (bila masih mampu, anjurkan untuk berjalan-jalan) jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran. Posisi berdiri dapat membantu penurunan bayi yang berlanjut dengan dorongan untuk meneran. Ajarkan cara bernafas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayi dan catatkan semua temuan dalam partograph.
 - i. Berikan cukup cairan dan anjurkan / perbolehkan ibu untuk berkemih sesuai kebutuhan. Pantau DJJ setiap 15 menit, stimulasi puting susu mungkin dapat meningkatkan kekuatan dan kualitas kontraksi.
 - j. Anjurkan ibu untuk mulai meneran disetiap puncak kontraksi jika ibu tidak ada dorongan untuk meneran setelah 120 menit pembukaan lengkap. Anjurkan ibu mengubah posisinya secara teratur, tawarkan

untuk minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Lakukan stimulasi puting susu untuk memperkuat kontraksi.

- k. Jika bayi tidak lahir setelah 120 menit upaya tersebut diatas atau jika kelahiran bayi tidak akan segera terjadi, rujuk ibu segera karena tidak turunnya kepala bayi mungkin disebabkan oleh disproporsi kepala-panggul (CPD) (Rohani, Saswita, R, 2018).
- l. Upaya mendedan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta. Dianjurkan mendedan secara spontan (mendedan dan menahan nafas terlalu lama, tidak dianjurkan)
 - 1) Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan infus oksitosin.
 - 2) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala:
 - a) Jika kepala tidak lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala di stasion (0), lakukan ekstraksi vakum atau cunam.
 - b) Jika kepala diantara 1/5-3/5 di atas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di antara stasion (0)-(-2), lakukan ekstraksi vakum.
 - c) Jika kepala lebih dari 3/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala di atas stasion (-2) lakukan seksio caesarea (Saifuddin, 2017).

H. Komplikasi

Partus lama masih banyak terjadi sehingga keadaan ini menimbulkan angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi meningkat. Partus lama pada ibu, dapat menyebabkan infeksi, rupture uteri, pembentukan fistula dan cedera otot-otot dasar panggul hingga mengakibatkan kematian. Sedangkan pada janin akan terjadi infeksi, trauma serebri, cedera dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi (Fitriah, 2022).

Komplikasi partus lama:

1. Ketuban pecah dini
2. Pembukaan leher rahim yang abnormal
3. Bahaya ruptur uterus
4. Fistula (Ningrum, 2021).

Komplikasi persalinan yang terjadi pada partus tak maju:

1. Ketuban Pecah Dini

Apabila pada panggul sempit, pintu atas panggul tidak tertutup dengan sempurna oleh janin ketuban bisa pecah pada pembukaan kecil. Bila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal, akibatnya ketuban pecah dini lebih mudah terjadi.

2. Pembukaan Serviks yang Abnormal

Pembukaan serviks terjadi perlahan-lahan atau tidak sama sekali karena kepala janin tidak dapat turun dan menahan serviks. Pada saat yang sama, dapat terjadi edema serviks sehingga kala satu persalinan menjadi lama. Namun demikian kala satu dapat juga normal atau singkat, jika kemacetan persalinan terjadi hanya pada pintu bawah panggul. Dalam kasus ini hanya kala dua yang menjadi lama. Persalinan yang lama menyebabkan ibu mengalami ketonsidosis dan dehidrasi.

Seksio caesarea perlu dilakukan jika serviks tidak berdilatasi. Sebaliknya, jika serviks berdilatasi secara memuaskan, maka ini biasanya menunjukkan bahwa kemacetan persalinan telah teratasi dan kelahiran pervaginam mungkin bisa dilaksanakan (bila tidak ada kemacetan pada pintu bawah panggul).

3. Bahaya Ruptur Uterus

Ruptur uterus, terjadinya robekan dinding uterus, merupakan salah satu dari kedaruratan obstetrik yang berbahaya dan hasil akhir dari partus tak maju yang tidak dilakukan intervensi. Ruptur uterus menyebabkan angka kematian ibu berkisar 3-15% dan angka kematian bayi berkisar 50%. Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahim melalui kontraksi. Jika kontraksi berlanjut, segmen bawah rahim akan merenggang sehingga menjadi berbahaya menipis dan mudah ruptur. Namun demikian kelelahan uterus dapat terjadi sebelum segmen bawah rahim merenggang, yang menyebabkan kontraksi menjadi lemah atau berhenti sehingga ruptur uterus berkurang. Ruptur uterus lebih sering terjadi pada multipara jarang terjadi pada nulipara terutama jika uterus melemah karena jaringan parut akibat riwayat seksio caesarea. Ruptur uterus menyebabkan hemoragi dan syok, bila tidak dilakukan penanganan dapat beraktfitas fatal.

4. Fistula

Jika kepala janin terhambat cukup lama dalam partus pelvis maka sebagian kandung kemih, serviks, vagina, rektum terperangkap di antara kepala janin dan tulang-tulang pelvis mendapat tekanan yang berlebihan. Akibat kerusakan sirkulasi, oksigenisasi pada jaringan-jaringan ini menjadi tidak adekuat sehingga terjadi nekrosis, yang dalam beberapa hari diikuti dengan pembentukan fistula. Fistula dapat berubah vesiko-vaginal (diantara kandung kemih dan vagina), vesiko-servikal (diantara kandung kemih dan serviks) atau rekto-vaginal (berada diantara rektum dan vagina). Fistula umumnya terbentuk setelah kala II persalinan yang sangat lama dan biasanya terjadi nulipara, terutama di negara-negara yang kehamilan para wanitanya dimulai pada usia dini (Wafdah, 2019).

5. Sepsis Puerperalis

Sepsis puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalia yang dapat terjadi setiap saat pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat gejala-gejala: nyeri pelvis, demam 38,5°C atau lebih yang diukur melalui oral dimana cairan vagina yang abnormal, berbau busuk dan keterlambatan dalam kecepatan penurunan ukuran uterus. Infeksi merupakan bagian serius lain bagi ibu dan janinya pada kasus partus lama dan partu tak maju terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang.

I. Contoh Kasus

Seorang perempuan, 27 tahun, G1P0A0, 38 minggu rujukan bidan karena sudah dipimpin 1 jam, belum juga lahir. Anamnesis : ibu merasa mulas, ingin meneran, dan sudah keluar air-air. Ibu sudah dianjurkan mengedan oleh paraji sejak di rumah selama 2 jam. Hasil pemeriksaan : TD : 110/70mmHg, N : 64x/menit, P : 20 x/menit, TFU 33 cm, presentasi kepala, DJJ 145x/menit, his 3x10'/40", kandung kemih penuh. portio tidak teraba, pembukaan 10cm, ketuban (-) kering, hodge 2+ teraba caput.

Berikut pendokumentasian berdasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Assessment	Penatalaksanaan
1. Ibu merasa mules 2. Ibu mengatakan ingin meneran 3. Ibu mengatakan sudah keluar air-air	TD : 110/70mmHg, N : 64x/menit, P : 20 x/menit, TFU 33 cm, presentasi kepala, DJJ 145x/menit, his 3x10'/40", kandung kemih penuh. portio tidak teraba, pembukaan 10cm, ketuban (-) kering, hodge 2+ teraba caput.	G1P0A0 38 minggu dengan partus lama, janin tunggal hidup	1. Observasi kemajuan persalinan 2. Jika kepala diantara 1/5-3/5 di atas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di antara stasion (0)-(-2), lakukan ekstraksi vakum. 3. Persiapkan untuk proses persalinan dengan ekstraksi vakum.

J. Soal

- Seorang perempuan, 29 tahun, G2P1A0 39 minggu sedang bersalin di TPMB. Anamnesis : ibu mengeluh mules. Hasil pemeriksaan pukul 13.00, TD 110/70 mmHg, N 60 x/menit, P 20 x/menit, puki, TFU 30 cm, DJJ 144 x/menit, his 3x10 menit lamanya 30 detik, portio tebal, pembukaan 2 cm, ketuban (+), kepala H-1. Pukul 17.00 dilakukan pemeriksaan dalam kembali, hasil pemeriksaan dalam : portio tebal, pembukaan 2 cm, ketuban (+), kepala H-1.

Apakah diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?

- G2P1A0 39 minggu persalinan kala II memanjang, janin tunggal hidup
- G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan partus lama, janin tunggal hidup
- G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan partus tak maju, janin tunggal hidup
- G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan fase aktif memanjang, janin tunggal hidup

- E. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan fase laten memanjang, janin tunggal hidup
2. Seorang perempuan, 21 tahun, G1P0A0 38 minggu sedang bersalin di TPMB. Anamnesis : ibu mengeluh mulas. Hasil pemeriksaan pukul 08.00, TD 110/70 mmHg, N 64 x/menit, P 20 x/menit, puki, TFU 32 cm, DJJ 144 x/menit, his 3x10 menit lamanya 30 detik, portio tipis, pembukaan 5 cm, ketuban (+), kepala H-1. Pukul 12.00 dilakukan pemeriksaan dalam kembali, hasil pemeriksaan dalam : portio tipis pembukaan 5 cm, ketuban (+), kepala H-1, tidak ada kemajuan persalinan.
Apakah diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?
- A. G2P1A0 39 minggu persalinan kala II memanjang, janin tunggal hidup
B. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan partus lama, janin tunggal hidup
C. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan partus tak maju, janin tunggal hidup
D. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan fase aktif memanjang, janin tunggal hidup
E. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan fase laten memanjang, janin tunggal hidup
3. Seorang perempuan, 28 tahun, G2P1A0 38 minggu sedang bersalin di TPMB. Anamnesis : ibu mengeluh mulas dan lemas. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N 60 x/menit, P 20 x/menit, puki, TFU 30 cm, DJJ 144 x/menit, his 4x10 menit lamanya 50 detik, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban (-), kepala H-IV. Ibu sudah dipimpin 2 jam, namun belum juga lahir. Apakah diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?
- A. G2P1A0 39 minggu persalinan kala II memanjang, janin tunggal hidup
B. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan partus lama, janin tunggal hidup
C. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan partus tak maju, janin tunggal hidup
D. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan fase aktif memanjang, janin tunggal hidup
E. G2P1A0 39 minggu persalinan kala I dengan fase laten memanjang, janin tunggal hidup

4. Seorang perempuan, 25 tahun, G1P0A0 37 minggu sedang bersalin di TPMB. Anamnesis : ibu mengeluh mulas dan lemas. Ibu sudah dipimpin satu jam setengah. Bayi lahir dengan sedikit benjolan di kepala, merintih, tonus otot kurang aktif. Apakah komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- A. Ikterik
 - B. Asfiksia
 - C. Hemangioma
 - D. Trauma cerebri
 - E. Cephal haematom
5. Seorang perempuan, 30 tahun, G2P1A0 40 minggu sedang bersalin di TPMB. Anamnesis : ibu mengeluh mulas dan lemas. Hasil pemeriksaan TD 120/80 mmHg, N 64 x/menit, P 20 x/menit, puki, TFU 32 cm, DJJ 144 x/menit, his 4x10 menit lamanya 50 detik, kepala 4/5, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban (-), kepala H-IV. Ibu sudah dipimpin 2 jam, namun belum juga lahir. Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut ?
- A. Persiapan sectio secarea
 - B. Persiapan forcep ekstraksi
 - C. Tetap dipimpin meneran
 - D. Persiapan cavum ekstraksi
 - E. Observasi kemajuan persalinan

KUNCI JAWABAN

- 1. E
- 2. D
- 3. A
- 4. B
- 5. A

K. Daftar Pustaka

- Asni, R. (2019). *Faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Peran Bidan Pada Partus Tak Maju Di Wilayah Puskesmas Singgabu Tahun 2019*. 25 of 129.
- Berutu, A. R. (2019). *Faktor yang Mempengaruhi terhadap Peran Bidan pada Partus Tak Maju di Wilayah Puskesmas Singgabu Tahun 2019*. <http://repository.helvetia.ac.id/2380/>
- Eka. (2019). *Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Pustaka Baru Press.
- Fitriah, I. P. (2022). *Hubungan Paritas dan Usia Ibu dengan Kejadian Partus Lama di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan Kabupaten Pesisir Selatan*. 6(1), 20–25.
- Kemenkes, R. (2022). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. In *IT - Information Technology* (Vol. 48). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://doi.org/10.1524/itit.2006.48.1.6>
- Manuaba, I. B. G. (2020). *Pengantar Kuliah Obstetri*. EGC.
- Ningrum, D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Partus Tak Maju di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang. In *Asuhan Keperawatan*. Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
- Nugraheni, A. (2018). *Pengantar Ilmu Kebidanan* (Healthy (ed.)).
- Oxorn, H., & Forte, W. R. (2020). *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan (Human Labor and Birth)*. ANDI.
- Prawirohardjo, S. (2018). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rejeki, S. (2018). *Buku Ajar Manajemen Nyeri Dalam Proses Persalinan (Non Farmaka)*. http://repository.unimus.ac.id/3596/1/buku_ajar_nyeri_persalinan_full%284%29.pdf
- Rohani, Saswita, R, M. (2018). *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Salemba Medika.
- Saifuddin, A. B. (2017). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Soebandi, R. K. (2018). Faktor Persalinan Lama Pada Ibu Bersalin di Rsud Tuban. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 51–57. Journal.stikesdrsoebandi.ac.id
- Wafdah, S. (2019). *Asuhan Kebidanan Kaus Kompleks Maternal dan Neonatal*. PT Pustaka Baru.

BAB XV

TALI PUSAT MENUMBUNG PADA KALA I

Nur Anita, S.S.T., M.Kes



BAB XV

TALI PUSAT MENUMBUNG PADA KALA I

Nur Anita, S.S.T., M.Kes

A. Latar Belakang

Gawat darurat dalam persalinan salah satu hal yang membutuhkan perhatian penting dalam asuhan pelayanan kebidanan. Salah satu kasus gawat darurat yang perlu diketahui adalah tali pusat menumbung pada kala I. secara keseluruhan insiden tali pusat menumbung pada kala I dilaporkan 0,1-0,6% dari persalinan. Yang semakin meningkat dengan berbagai faktor resiko. Diperkirakan bahwa 77% kasus terjadi pada kehamilan tunggal. 9% terjadi pada anak pertama pada kehamilan gemelli dan 14% terjadi pada anak kedua.

Tali pusat menumbung (TPM) merupakan kondisi emergency dalam persalinan kala I yang jarang terjadi namun bisa terjadi pada pasien persalinan. Kondisi ini bersifat mengancam nyawa bayi, karena tali pusat yang membawa oksigen ke bayi tersebut dapat terjepit pada bagian terendah janin dan jalan lahir.

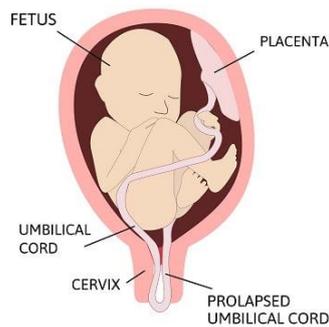
membahas tentang tali pusat menumbung, adalah salah satu hal yang menarik. Karena sebenarnya tali pusat menumbung (TPM) merupakan kondisi emergency kehamilan yang lumayan jarang terjadi, dimana tali pusat keluar duluan atau bersamaan dengan bagian terbawah bayi di jalan lahir.

Kondisi ini sifatnya tetap dapat mengancam nyawa bayi karena tali pusat yang membawa oksigen ke bayi tersebut bisa saja atau kemungkinan besar akan terjepit diantara bagian terendah janin dan jalan lahir. Sehingga aliran darah dan oksigen antara ibu dan bayi akan mengalami masalah atau terhambat. Hal ini tentunya akan sangat beresiko terhadap janin.

B. Definisi

Tali pusat menumbung pada kala I (*Overt Prolaps*) adalah suatu kondisi pada tali pusat yang melewati bagian janin/fetus dan keluar dari serviks sehingga dapat terlihat pada pemeriksaan spekulum.

Tali pusat menumbung adalah suatu kondisi yakni tali pusat janin melewati bagian janin dan keluar dari serviks sehingga dapat terlihat dari serviks serta membran amnion atau ketuban telah pecah.



Gambar 15.1

C. Penyebab

Prolaps tali pusat dapat terjadi karena kegagalan engaged janin pada panggul atau pelvik sehingga terdapat ruang yang menyebabkan ketika ketuban pecah tali pusat dapat turun melewati janin. Hal lain yang dapat menjadi penyebab terjadinya tali pusat menumbung pada kala I antara lain kelainan janin serta faktor Tali pusat seperti tali pusat panjang, tali pusat tipis, memiliki sedikit gel wharton, dan tali pusat tidak kaku.

D. Faktor Risiko

1. Malpresentasi, kehamilan dengan mal presentasi 50,6% dapat menyebabkan tali pusat menumbung.
2. Prematur dan BBLR, persalinan dengan kondisi umur kehamilan kurang bulan atau kacil masa kehamilan berpotensi terjadi tali pusat menumbung karena pada persalinan dengan kondisi tersebut terkadang menyebabkan janin tidak engaged pada pervik.
3. Multiparitas, berdasarkan hasil penelitian resiko tali pusat menumbung meningkat sebesar 54% setelah persalinan ketiga. Dan lebih meningkat sebesar 67% setelah persalinan yang ke empat.
4. Kehamilan kembar, yakni posisi verteks-verteks memiliki resiko 35% terjadi tali pusat menumbung pada anak yang kedua.
5. Polihidramnion, cairan amnion yang berlebih menyebabkan station persalinan lebih tinggi sehingga 10 kali lebih meningkatkan potensi terjadinya tali pusat menumbung.
6. Ketuban pecah dini, tali pusat menumbung 57% terjadi kira-kira 5 menit setelah ketuban pecah.
7. Kelainan konginetal pada janin.

E. Tanda dan Gejala

1. Denyutan teraba saat pemeriksaan dalam pada vagina
2. Tali pusat nampak menonjol keluar dari vagina
3. Tali pusat dapat diraba dengan tangan
4. Denyut jantung janin tidak normal
5. Gerakan Janin Lemah

F. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kasus tali pusat menumbung yaitu:

1. Bila janin telah meninggal atau tidak ada harapan untuk hidup maka kondisi tali pusat menumbung dapat dibiarkan sampai proses persalinan. Jika pembukaan sudah lengkap Metode persalinan pervaginam dapat dipilih jika proses persalinan pervaginam yang dilaksanakan dengan cepat. Persalinan pervaginam bisa dilakukan jika pembukaan sudah lengkap dan tidak ada kontraindikasi persalinan normal, artinya kondisi janin dan detak jantungnya tetap stabil. Hanya saja memang harus disiapkan oksigen untuk berjaga-jaga apabila sang bayi terjadi asfiksia.
2. Sebelum proses persalinan dapat dilakukan dekompresi tali pusat yakni tindakan mengurangi tekanan pada tali pusat dari bagian terbawah janin.
3. Jika Pembukaan belum lengkap atau memungkinkan untuk menunggu maka persalinan dengan metode sectio sesarea dapat segera dilakukan.

Penanganan kasus Tali Pusat menumbung (TPM) jika bayi masih hidup yakni pertama ibu segera ditempatkan dalam posisi nungging (knee-chest position) telentang dengan bokong ditinggikan/kepala direndahkan atau tidur miring untuk mencegah tali pusat semakin menumbung. Posisi-posisi ini dimaksudkan agar tali pusat tidak terjepit menjelang dipersiapkannya operasi. Jangan mencoba untuk memasukkan kembali secara manual.

G. Komplikasi

Sirkulasi janin lima puluh persen (50%) berasal dari arteri umbilikal. Sehingga jika penumbungan tali pusat terjadi maka akan dapat menyebabkan perubahan kardiovaskuler pada janin. Bahkan lebih lanjut dapat mengakibatkan asfiksia neonatorum serta asfiksia total akut yang ditandai dengan denyut jantung janin berkurang atau bradikardi. Kegagalan mekanisme autoregulasi otak menyebabkan aliran darah ke otak berkurang,

hipotensi pada janin serta dapat menyebabkan manifestasi neurologi jangka panjang.

H. Contoh Kasus

Seorang perempuan, umur 27 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 38 minggu datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut tembus kebelakang, Hasil anamnesis pengeluaran lendir bercampur darah, pergerakan janin kurang, Hasil pemeriksaan fisik ku baik, TD 110/80, N 80x/mnt, P 20x/mnt, S 37,0 C, DJJ 115x/mnt, his 5x/10'/45", Hasil VT, pembukaan 6 cm, ketuban negatif, UUK depan, H II, teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.

Berikut pendokumentasian bersasarkan kasus tersebut:

Data Subjektif	Data Objektif	Analisa	Penatalaksanaan
1. Ibu mengatakan nyeri perut tembus kebelakang	1. Djj : 115x/mnt 2. VT : pembukaan 6 cm 3. Ketuban : negatif 4. Hodge : II	Inpartu Kala I Fase Aktif dengan Tali Pusat Menumbang	1. Dekompresi Tali Pusat. 2. Persiapan sectio searea
2. Ibu mengatakan adanya pelepasan lendir bercampur darah	5. Teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.		
3. Pergerakan janin berkurang			

I. Soal

- Seorang perempuan, usia 25 tahun, G1P0A0, datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut tembus kebelakang. Hasil anamnesis pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan fisik ku baik, TD 110/80, N 80x/mnt, P 20x/mnt, S 37,0 C, DJJ 115x/mnt, his 5x/10'/45", Hasil VT, pembukaan 9 cm, ketuban negatif, UUK depan, H II, teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.

Apakah diagnosa yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?

- Fetal Disstres
- Panggul Sempit

- c. Ketuban Pecah Dini
 - d. Tali Pusat Terkemuka
 - e. Tali Pusat Menumbung
2. Seorang perempuan, usia 25 tahun, GIP0A0, datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut tembus kebelakang. Hasil anamnesis pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan fisik ku baik, TD 110/80, N 80x/mnt, P 20x/mnt, S 37,0 C, DJJ 115x/mnt, his 5x/10'/45", Hasil VT, pembukaan 9 cm, ketuban negatif, UUK depan, H II, teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.
Apakah komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- a. KJDR
 - b. Cacat Lahir
 - c. Gawat Janin
 - d. Hipoksia Janin
 - e. Infeksi Neonatorum
3. Seorang perempuan, usia 25 tahun, GIP0A0, datang ke Rumah Sakit dengan keluhan nyeri perut tembus kebelakang. Hasil anamnesis pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan fisik ku baik, TD 110/80, N 80x/mnt, P 20x/mnt, S 37,0 C, DJJ 115x/mnt, his 5x/10'/45", Hasil VT, pembukaan 7 cm, ketuban negatif, UUK depan, H II, teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.
Apakah Penatalaksanaan awal yang dapat dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Persalinan Pervaginam
 - b. Induksi Persalinan
 - c. Dekompresi Tali Pusat
 - d. Pematangan Tali Pusat
 - e. Sectio Secarea
4. Seorang perempuan, usia 25 tahun, GIP0A0, datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut tembus kebelakang. Hasil anamnesis pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan fisik ku baik, TD 110/80, N 80x/mnt, P 20x/mnt, S 37,0 C, DJJ 115x/mnt, his 5x/10'/45", Hasil VT, pembukaan 7 cm, ketuban negatif, UUK depan, H II, teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.

Apakah Penatalaksanaan Lanjutan yang mungkin dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Persalinan Pervaginam
 - b. Induksi Persalinan
 - c. Dekompresi Tali Pusat
 - d. Pemotongan Tali Pusat
 - e. Sectio Secarea
5. Seorang perempuan, usia 25 tahun, GIP0A0, datang ke TPMB dengan keluhan nyeri perut tembus kebelakang. Hasil anamnesis pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan fisik ku baik, TD 110/80, N 80x/mnt, P 20x/mnt, S 37,0 C, DJJ 115x/mnt, his 5x/10'/45", Hasil VT, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, UUK depan, H II, teraba bagian berdenyut disamping bagian terendah janin.

Apakah Penatalaksanaan yang mungkin dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Persalinan Pervaginam
- b. Induksi Persalinan
- c. Dekompresi Tali Pusat
- d. Pemotongan Tali Pusat
- e. Sectio Secarea

KUNCI JAWABAN

1. E
2. D
3. C
4. E
5. A

J. Daftar Pustaka

- Buku Ajar Pengantar Keperawatan Maternitas. (n.d.). (n.p.): Penerbit Adab.
- Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Persalinan. (n.d.). (n.p.): Penerbit Andi.Sodikin, M. K. (2009). Buku Saku Perawatan Tali Pusat. EGC.
- Ilmu Kebidanan (Konsep, Teori dan Isu). (2022). (n.p.): Media Sains Indonesia.
- Nofriantika, D., Nugraheni, D. E., Yanniarti, S., Rachmawati, R., & Sri Rahayu, E. (2022). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Bengkulu).
- Panduan Menjalani Kehamilan Sehat. (n.d.). (n.p.): Niaga Swadaya.
- Prolaps, P. D., & PUSAT, T. (2022). Bab 3. *Ketidaknyamanan dan Komplikasi Yang Sering Terjadi Selama Persalinan Dan Nifas*.
- Rukmono, P., Anggunan, A., Pinili, A., & Madienda, K. D. P. (2022). Hubungan Antara Asfiksia dengan Kematian Neonatal di RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek Bandar Lampung. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, 2(3), 428-437.
- Sumarni, S., Kusumastuti, K., Astuti, D. P., Prabandari, F., & Hikmah, Y. N. (2023, January). Faktor Risiko Asfiksia Neonatorum Di Rumah Sakit Soedirman Kebumen. In *Prosiding University Research Colloquium* (pp. 1591-1602).

BAB XVI

PERUT MULAS PADA KEHAMILAN MUDA

Nining Mustika Ningrum, S.ST., M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB XVI

PERUT MULAS PADA KEHAMILAN MUDA

Nining Mustika Ningrum, S.ST., M.Kes

A. Latar Belakang

Kehamilan dapat memunculkan berbagai perubahan pada tubuh ibu terutama pada kehamilan muda yaitu pada usia kehamilan trimester I dan trimester II. Perubahan tersebut mulai dari mual dan muntah, kram perut, berat badan naik, payudara membesar, hingga nyeri perut saat hamil muda. Keluhan saat hamil muda tidak hanya soal mual dan muntah (*morning sickness*), ibu juga bisa mengalami sakit perut pada area rahim. Hal ini merupakan keluhan normal karena perubahan hormon selama kehamilan. Ketika mengalami sakit perut saat hamil, ibu akan merasakan nyeri seperti sedang menstruasi. Secara garis besar, **rasa mulas (*mules*) dan perut nyeri saat hamil muda merupakan** hal yang normal. Menurut *American Pregnancy Association*, kondisi ini menjadi tanda bahwa tubuh sedang beradaptasi dengan perkembangan janin di dalam rahim (Darwiten, 2019).

Meski umumnya normal terjadi, kondisi perut mulas saat hamil muda bisa menjadi tanda bahaya pada kehamilan. Jika rasa nyeri dan mulas pada perut tidak tertahankan sampai kemudian muncul perdarahan. Perut mulas yang berlebihan merupakan suatu pertanda adanya gangguan pada kehamilan. Perut mulas yang berlebihan pada kehamilan muda merupakan salah satu indikasi adanya komplikasi pada kehamilan muda. Kemungkinan penyebab terjadinya perut mulas pada kehamilan muda meliputi perdarahan subkorionik, kematian embrio, kehamilan tanpa embrio, abortus inkomplit, kehamilan ektopik, dan kehamilan mola. Pasa Sub bab ini akan membahas mengenai etiologi, patologi, gejala klinis, penegakan diagnosis, serta tatalaksana yang tepat pada perut mulas pada kehamilan yang disusun dari berbagai sumber kepustakaan ilmiah (Indryani, 2022).

Mulas pada kehamilan muda merupakan kondisi dimana ibu hamil merasakan nyeri yang tidak tertahankan bahkan ada yang sampai muncul perdarahan pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu. Mulas pada kehamilan muda seringkali disertai dengan perdarahan. Perut mulas pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan abortus, kehamilan ektopik dan molahidtidosa.

B. Abortus / Keguguran

1. Definisi

Abortus merupakan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan yaitu berat janin yang kurang dari 500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Firmansyah et al., 2021).

2. Etiologi/Penyebab

Faktor penyebab abortus meliputi faktor endokrin (defisiensi progesteron, penyakit tiroid, diabetes mellitus tidak terkontrol), aneuploidi genetik (menyumbang sekitar setengah dari aborsi spontan), faktor imun (sindrom antifosfolipid, SLE), infeksi (seperti chlamydia, gonorrhea, herpes, listeria, mycoplasma, sifilis, toksoplasmosis), paparan kimia, paparan radiasi, dan faktor uterus (retroversi uteri, mioma uteri, kelainan bawaan uterus).

3. Faktor resiko

Faktor resiko terjadinya abortus antara lain paritas, usia ibu, penyakit infeksi, penyakit kronis, riwayat abortus.

4. Tanda dan Gejala

- a. Bercak Atau Perdarahan Vagina,
- b. Nyeri Punggung Bagian Bawah,
- c. Nyeri Panggul, Dan
- d. Keluar [keputihan yang tidak normal](#) dari vagina.

Meski begitu, tidak semua gejala perut mulas pada kehamilan muda adalah tanda dari abortus. Gejala abortus mirip seperti kram perut biasa yang umum terjadi saat hamil. Ibu hamil disarankan untuk USG agar mengetahui penyebab pasti dari perut mulas yang dialaminya.

5. Klasifikasi

Klasifikasi abortus, pengertian, pemeriksaan, tanda gejala dan penatalaksanaan :

a. Abortus iminens

Merupakan abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai dengan perdarahan pervaginam, ostium uteri tertutup (merupakan ciri khas dari abortus iminens), dan hasil konsepsi masih baik di dalam kandungan. Pasien mengeluh mulas sedikit atau tidak ada keluhan sama sekali kecuali perdarahan pervaginam. Untuk menentukan prognosis dapat dilakukan dengan melihat kadar hormon HCG pada urin tanpa pengenceran dan pengenceran 1/10. Jika hasil keduanya positif, maka prognosis adalah

baik. Pemeriksaan USG juga dilakukan untuk mengetahui pertumbuhan janin. Pasien disarankan melakukan tirah baring, pemberian spasmolitik atau tambahan hormon progesteron dan dipulangkan setelah tidak terdapat perdarahan dengan edukasi tidak boleh melakukan hubungan seksual sampai kurang lebih 2 minggu.

b. Abortus insipiens

Abortus insipiens merupakan abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, namun hasil konsepsi masih di dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran. Pasien mengeluh mulas karena kontraksi yang sering dan kuat. Besar uterus masih sesuai dengan usia kehamilan. Pada pemeriksaan USG ukuran uterus masih sesuai, dan terlihat penipisan serviks uterus atau pembukaannya. Tatalaksana meliputi pemberian cairan untuk memperbaiki keadaan hemodinamik. Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, dilakukan pengosongan uterus dengan memakai kuret vakum atau cunam abortus, disusul dengan kerokan memakai kuret tajam. Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, diberikan infus oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% 500 ml sampai terjadi abortus komplit.

c. Abortus inkompletus/inkomplit

Abortus inkomplit merupakan pengeluaran sebagian hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan masih ada sebagian konsepsi yang tertinggal di dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum. Ciri abortus inkompletus meliputi perdarahan yang banyak disertai kontraksi, kanalis servikalis yang terbuka, dan sebagian jaringan telah keluar. Perdarahan biasanya masih terjadi dan pasien dapat jatuh ke dalam keadaan anemia atau syok. Penatalaksanaan harus diawali dengan nilai keadaan umum dan keadaan hemodinamik. Bila disertai syok karena perdarahan, berikan infus cairan NaCl fisiologis atau Ringer Laktat dan transfusi darah bila diperlukan. Setelah syok diatasi, segera lakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual dan tindakan kuretase.

d. Abortus kompletus/komplit

Abortus kompletus ditandai dengan telah keluarnya seluruh hasil konsepsi. Pada penderita didapati perdarahan yang sedikit, ostium

uteri sebagian besar telah menutup, dan uterus yang telah mengecil. Pemeriksaan USG tidak perlu dilakukan bila pemeriksaan klinis telah memadai. Pemeriksaan tes urin biasanya masih positif sampai 7-10 hari setelah abortus. Tidak diperlukan tindakan khusus atau pengobatan, namun pemberian hematenik dan roboransia dapat diberikan tergantung kondisi pasien.

e. *Missed abortion*

Missed abortion ditandai dengan telah terjadinya kematian hasil konsepsi di dalam kandungannya, tidak adanya pertambahan tinggi fundus uterus, serta tidak disertai perdarahan pervaginam, pembukaan serviks maupun kontraksi uterus. Pada pemeriksaan tes urin kehamilan memberikan hasil negatif, dan pada pemeriksaan USG didapatkan uterus dan kantong gestasi yang mengecil dan tidak beraturan. Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, dilakukan tindakan evakuasi berupa dilatasi dan kuretase. Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, dilakukan induksi dengan infus oksitosin intravena.

f. Abortus habitualis

Merupakan abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih secara berturut-turut.

g. Abortus infeksiosa dan septik Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia. Abortus septik adalah abortus infeksius berat disertai penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Diagnosis abortus infeksius ditentukan dengan adanya abortus yang disertai gejala dan tanda infeksi alat genital seperti demam, takikardi, perdarahan pervaginam yang berbau, uterus yang besar namun lembek, nyeri tekan uterus, dan leukositosis. Apabila terdapat sepsis, penderita tampak sakit berat, demam tinggi, dan penurunan tekanan darah.

6. Komplikasi

- a. Perdarahan
- b. Perforasi uterus
- c. Infeksi uterus atau sekitarnya
- d. Syok

C. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

1. Definisi

Kehamilan ektopik merupakan kelainan reproduksi dimana kehamilan terjadi diluar rahim yang menyebabkan nyeri pada bagian perut dan panggul. Kehamilan ektopik terjadi karena hasil fertilisasi/pembuahan tidak tumbuh dan berimplantasi pada dinding endometrium kavum uteri, namun berimplantasi pada organ tubuh yang lain, seperti tuba fallopi atau dinding abdomen (Załęcka et al., 2022).

2. Etiologi/Penyebab

Kehamilan ektopik disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor genetik, ketidakseimbangan hormon dalam tubuh, peradangan pada saluran indung telur sehingga dapat menutup jalan sel telur menuju rahim dan jaringan parut bekas operasi sebelumnya.

3. Faktor Resiko

Faktor risiko kehamilan ektopik meliputi :

- a. Hamil dalam usia > 35 tahun
- b. Memiliki riwayat radang panggul sebelumnya
- c. Memiliki riwayat kehamilan ektopik sebelumnya
- d. Riwayat infeksi genital (*Pelvic Inflammatory Diseases*/PID, chlamydia, atau gonore)
- e. Riwayat operasi tubafallopi
- f. Fertilisasi in vitro
- g. Sering berganti-ganti pasangan seksual (menyebabkan infeksi genital)
- h. Memiliki kebiasaan merokok

4. Tanda dan Gejala

Tanda gejala awal yang sering dialami pada kehamilan ektopik pada umumnya menunjukkan gejala seperti kehamilan muda yaitu :

- a. Amenorhea
- b. Mual
- c. Pembesaran payudara disertai sedikit rasa sakit
- d. Perdarahan pervaginam
- e. Nyeri hebat pada perut bagian bawah sampai syok atau pingsan (merupakan pertanda khas kehamilan ektopik terganggu).

Kehamilan ektopik biasanya terdeteksi pada usia kehamilan 4 minggu sampai 10 minggu. Gejalanya mulai dirasakan sekitar 2 minggu setelah terlambat haid.

5. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Triana, 2018) :

a. Anamnesis

Pada anamnesis didapat kan data : amenorea, dijumpai keluhan hamil muda (mual, payudara tegang dan besar), nyeri hebat pada perut bagian bawah dan perdarahan pervaginam.

b. Pemeriksaan fisik umum

Penderita tampak kesakitan, pucat, dan beberapa kasus yang terjadi pada perdarahan dalam rongga perut ditemukan adanya tanda-tanda syok.

c. Pemeriksaan ginekologi

Pada kehamilan ektopik terganggu, usaha menggerakkan serviks menyebabkan rasa nyeri yang disebut nyeri goyang (+). Pada kavum douglas terdapat penonjolan dan nyeri raba karena terisi darah.

d. Tes kehamilan

Apabila test positif, dapat membantu menyingkirkan diagnosis tertentu khususnya terhadap tumor-tumor adneksa, yang tidak ada hubungannya dengan kehamilan.

e. Ultrasonografi

USG dilakukan secara perabdominal atau pervaginam. Tampak gambaran uterus yang tidak ada kantong gestasinya, dan gambaran kantong gestasi yang berisi mudigah di luar uterus.

f. Kuldosintesis

Kuldosintesis adalah prosedur klinik diagnostik untuk mengidentifikasi adanya perdarahan intraperitoneal, khususnya pada kehamilan ektopik terganggu. Kuldosintesis diindikasikan pada kasus kehamilan ektopik dan abses pelvik.

g. Diagnosis Deferensial

Yang perlu dipikirkan sebagai diagnosis diferensial adalah infeksi pelvik, abortus, tumor ovarium, dan ruptur korpus luteum.

6. Penatalaksanaan

a. Medikamentosa

Terapi medikamentosa yang utama pada kehamilan ektopik adalah methotrexate (MTX). Methotrexate adalah obat untuk menghambat pertumbuhan sel ektopik yaitu menghentikan proliferasi trofoblas.

Pemberian methotrexate dapat secara oral, sistemik IV, IM, atau injeksi lokal dengan panduan USG atau laparoskopi. Kriteria untuk terapi Methotrexate adalah:

- (1) Kehamilan di pars ampularis tuba belum pecah
- (2) Diameter kantong gestasi <4 cm
- (3) Perdarahan dalam rongga perut < 100 ml
- (4) Tanda vital baik dan stabil.

b. Pembedahan

Pembedahan merupakan penatalaksanaan primer pada kehamilan ektopik terutama pada KET dimana terjadi abortus atau ruptur pada tuba. Penatalaksanaan pembedahan terbagi atas dua yaitu pembedahan konservatif dan radikal. Pembedahan konservatif terutama ditujukan pada kehamilan ektopik yang mengalami ruptur pada tubanya. Terdapat dua kemungkinan prosedur yang dapat dilakukan yaitu salpingotomi linier, atau reseksi segmental. Pendekatan dengan pembedahan konservatif ini mungkin dilakukan apabila diagnosis kehamilan ektopik cepat ditegakkan sehingga belum terjadi ruptur pada tuba (Triana, 2018).

c. Salpingektomi

Salpingektomi total diperlukan apabila satu kehamilan tuba mengalami ruptur, karena perdarahan intraabdominal akan terjadi dan harus segera diatasi.

7. Pencegahan

- a. Menghindari gaya hidup berganti ganti pasangan
- b. Menghindari merokok
- c. Pemeriksaan USG secara rutin

D. Kehamilan Mola (*Mola Hydatidosa*)

1. Definisi

Mola hydatidosa atau hamil anggur merupakan komplikasi kehamilan yang jarang terjadi. *Mola hydatidosa* adalah pembentukan placenta yang tidak normal pada kehamilan dan terbentuk seperti sekumpulan anggur, sehingga *mola hydatidosa* sering disebut juga sebagai hamil anggur. Janin tidak terbentuk sama sekali hanya jaringan plasenta yang abnormal menyerupai anggur. Kondisi ini tergolong sebagai penyakit *trofoblastik gestasional* (Zilberman Sharon et al., 2020).

2. Etiologi

Mola hydatidosa dapat terjadi karena proses awal pembuahan yang tidak normal, kondisi ini bisa terjadi karena sperma yang membuahi sel telur kosong atau terdapat dua sperma yang membuahi satu sel telur. Kondisi sel sperma yang membuahi sel telur kosong disebut hamil anggur lengkap yang menyebabkan placenta tumbuh tidak normal dan tidak ada embrio, sedangkan kondisi ketika dua sperma membuahi satu sel telur disebut dengan hamil anggur sebagian yang menyebabkan placenta menjadi tidak normal (Tri putri M, 2022).

3. Faktor Resiko

Terdapat beberapa faktor yang diduga bisa meningkatkan resiko seorang wanita mengalami *mola hydatidosa* diantaranya :

- a. Hamil lebih dari 35 tahun
- b. Memiliki riwayat kehamilan dengan *mola hydatidosa*
- c. Pernah mengalami keguguran

4. Tanda dan Gejala

- a. Amenorhea
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Mual muntah yang berlebihan/hiperemesis gravidarum (ciri khas *mola hydatidosa*)
- d. Pembesaran uterus melebihi usia kehamilan (ciri khas *mola hydatidosa*)
- e. Keluar cairan berwarna kecoklatan atau gumpalan seperti anggur dari vagina
- f. Nyeri panggul, nyeri perut bagian bawah.

5. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

- a. Pemeriksaan anamnesis
 - 1) Memiliki riwayat menstruasi yang telat pada beberapa siklus haid.
 - 2) Ibu tidak merasakan adanya pergerakan anak.
 - 3) Pada pemeriksaan fisik ditemukan ukuran uterus yang lebih besar dari usia kehamilan, serta tidak ditemukan tanda kehamilan pasti seperti balotemen dan denyut jantung janin.
- b. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah USG dan pemeriksaan hCG urin dan serum. Kadar hCG urin lebih dari 100.000 mIU/L dan Kadar hCG serum hingga lebih dari 1.000.000 IU/L sangat

khas pada kelainan kehamilan mola dan mengindikasikan pertumbuhan ukuran yang berlebihan dari trofoblastik dan meningkatkan kecurigaan adanya kehamilan mola namun kadang kehamilan mola dapat memiliki nilai hCG normal.

c. Pemeriksaan USG

Hasil pemeriksaan USG pada *mola hydatidosa* lengkap :

- 1) Tidak ada janin di dalam rahim
- 2) Tidak terlihat air ketuban
- 3) Kadang muncul kista ovarium
- 4) Placenta menebal hampir memenuhi rahim
- 5) Placenta membentuk seperti buah anggur dan menunjukkan gambaran yang khas yaitu berupa badai salju (*snow flake pattern*) atau gambaran seperti sarang lebah (*honey comb*).

Hasil pemeriksaan USG pada *mola hydatidosa* parsial/sebagian :

- 1) Pertumbuhan janin yang terhambat
- 2) Cairan ketuban sedikit
- 3) Placenta menebal

d. Tes darah

Tes darah dilakukan setelah pasien didiagnosis *mola hydatidosa* untuk mengetahui apakah ada kondisi *preeklampsia*, anemia atau *hipertiroidisme*.

Diagnosis banding dari mola hidatidosa, yaitu abortus, kehamilan ganda, kehamilan dengan mioma, dan hidramnion.

6. Penatalaksanaan

Sebagian besar penderita *mola hydatidosa* akan mengalami abortus spontan ditandai dengan keluarnya jaringan berbentuk gumpalan menyerupai buah anggur. Jika tidak terjadi pengeluaran jaringan /abortus spontan harus dilakukan tindakan segera untuk mencegah terjadinya hal yang lebih buruk, yaitu dengan (Indryani, 2022):

a. Kuretase/*curettage*

Pada prosedur kuretase dilakukan dengan melebarkan serviks dan mengangkan jaringan abnormal/seperi anggu dari dalam rahim. Ini merupakan prosedur yang sangat efektif pada pasien yang berencana ingin hamil kembali.

b. Histerektomi

Histerektomi adalah operasi untuk pengangkatan rahim. Prosedur ini hanya dilakukan pada pasien yang tidak berencana hamil lagi atau berisiko tinggi mengalami penyakit berbahaya *gestational trophoblastic neoplasia*.

c. Pemulihan

Sisa sel abnormal dari hasil kuretase bisa saja masih tertinggal di dalam rahim dan biasanya akan hilang setelah beberapa bulan. Namun pada beberapa kasus diperlukan tindakan tertentu untuk menghilangkannya. Untuk memastikan sel abnormal sudah hilang, pasien perlu menjalani pemeriksaan kadar HCG melalui tes darah dan tes urine. Jika kadar hormon tetap tinggi berarti masih ada sel abnormal yang tersisa dalam rahim. Pemeriksaan ini dilakukan selama 6 bulan sampai 1 tahun setelah mengalami kehamilan mola. Sehingga pasien disarankan untuk tidak hamil dulu selama 1 tahun.

7. Komplikasi

a. *Gestational trophoblastic neoplasma*

Komplikasi ini banyak terjadi pada penderitanya *mola hydatidosa* lengkap yang ditandai dengan tetap tingginya hormon HCG setelah kuretase.

b. *Choriocarcinoma*

Choriocarcinoma merupakan bentuk kanker dari *gestational trophoblastic neoplasia*. Meski jarang terjadi kanker ini lebih sering dialami penderita hamil anggur lengkap.

8. Pencegahan

Mola hydatidosa terjadi karena kesalahan gen dalam proses pembuahan. Oleh sebab itu kondisi ini sulit dicegah, namun beberapa upaya yang bisa dilakukan pada penderita mola hydatidosa untuk mengurangi terjadinya kondisi serupa dikehamilan serupa pada kehamilan selanjutnya. Salah satu upaya untuk mengurangi resiko hamil mola hydatidosa adalah menunda kehamilan minimal 1 tahun setelah kuterase. Jika ibu hamil lagi harus periksa secara rutin ke dokter untuk memastikan pertumbuhan plasenta dan janin berlangsung dengan normal (Zilberman Sharon et al., 2020).

E. Kesimpulan

Perut mulas pada kehamilan muda dapat disebabkan oleh berbagai faktor, tiga diantaranya adalah abortus, kehamilan ektopik, dan kehamilan mola. Keluhan penderita umumnya amenore, disertai nyeri perut yang diikuti oleh perdarahan pervaginam. Penegakan diagnosis dilakukan setelah anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan ginekologi yang tepat, serta pemeriksaan penunjang untuk memastikan keadaan kehamilan apakah masih viabel atau tidak. Tatalaksana dini dan tepat diharapkan akan menurunkan angka morbiditas, mortalitas, serta meningkatkan keberhasilan terapi.

F. Soal Kasus

1. Seorang perempuan umur 21 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 8 minggu datang ke bidan untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengeluh keluar bercak darah pada celana dalamnya dan mengalami sedikit nyeri pada perut bagian bawah. Hasil pemeriksaan : TD 110/80 mmHg, N 76x/mnt, T 36,5°C, R 24x/mnt, uterus belum teraba, pemeriksaan inspekulo ostium uteri internum tertutup. Apakah diagnosa yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
 - a. Abortus iminens
 - b. Abortus insipiens
 - c. Abortus komplit
 - d. Abortus inkomplit
 - e. Abortus habiatualis

2. Seorang perempuan umur 21 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 8 minggu datang ke bidan untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengeluh keluar bercak darah pada celana dalamnya dan mengalami sedikit nyeri pada perut bagian bawah. Hasil pemeriksaan : TD 110/80 mmHg, N 76x/mnt, T 36,5°C, R 24x/mnt, uterus belum teraba, pemeriksaan inspekulo ostium uteri internum tertutup. Apakah tindakan pertama yang dilakukan bidan pada kasus tersebut?
 - a. Memberi KIE bahwa kehamilan ibu baik-baik saja
 - b. Memberikan konseling pada ibu untuk bedrest total
 - c. Memberikan obat-obatan
 - d. Memberikan terapi hormon
 - e. Melakukan curetase

3. Seorang perempuan umur 30 tahun G2P1A0 usia kehamilan 12 minggu datang ke bidan untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengeluh merasakan mulas pada perut bagian bawah dan keluar darah banyak dari vagina. Hasil pemeriksaan : TD 100/70 mmHg, N 80x/mnt, T 37,5°C, R 20x/mnt, ibu tampak sedikit pucat, ibu tampak meringis kesakitan. Pemeriksaan inspekulo kanalis servikalis terbuka, keluar jaringan pada lubang vagina dan masih teraba jaringan pada kavum uteri. Apakah diagnosa yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- Abortus iminens
 - Abortus insipiens
 - Abortus komplit
 - Abortus inkomplit
 - Abortus habiatualis
4. Seorang perempuan umur 37 tahun G3P1A1 usia kehamilan 8 minggu datang ke bidan dengan keluhan keluar darah dari vagina, mual muntah berlebihan dan mulas pada perut bagian bawah. Hasil pemeriksaan : TD 100/70 mmHg, N 80x/mnt, T 37,5°C, R 24x/mnt, uterus lebih besar dari usia kehamilan, tampak gumpalan jaringan keluar dari vagina. Apakah diagnosa yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- Abortus insipiens
 - Abortus komplit
 - Abortus inkomplit
 - Mola hydatidosa*
 - Kehamilan Ektopik Terganggu
5. Seorang perempuan umur 36 tahun G3P1A1 usia kehamilan 8 minggu datang ke bidan dengan keluhan keluar darah dari vagina, mual muntah berlebihan dan mulas pada perut bagian bawah. Hasil pemeriksaan : TD 100/70 mmHg, N 80x/mnt, T 37,5°C, R 24x/mnt, uterus lebih besar dari usia kehamilan, tampak gumpalan jaringan keluar dari vagina. Apakah penanganan yang tepat pada kasus tersebut?
- Kuretase
 - Laparascopy
 - Laparastomi
 - Histerektomi
 - Pembedahan/SC

Kunci Jawaban

1. A
2. B
3. D
4. D
5. A

G. Daftar Pustaka

- Darwiten, Y. N. (2019). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan* (Penerbit A).
- Firmansyah, Y. H., & Singgih, R. (2021). Double trouble: A combination from abortus provocation and septic shock how to care on limiting facility. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 5(2), 70–75. <https://doi.org/10.33545/gynae.2021.v5.i2b.868>
- Indryani, Mukhoirotin, M. Iestari. (2022). *Komplikasi kehamilan dan penatalaksanannya*. Yayasan kita menulis.
- Tri putri magdalena, Rahmawati eka, siti qoiriyah. (2022). *Komplikasi Kehamilan dan Penatalaksanaannya*. Get Press.
- Triana, A. (2018). Hubungan Umur Dan Paritas Ibu Hamil Dengan Kejadian Kehamilan Ektopik Terganggu Di Rsud Arifin Achmad Pekanbaru. *Journal of Health Sciences*, 11(2), 183–187. <https://doi.org/10.33086/jhs.v11i2.111>
- Załęcka, J., Pankiewicz, K., Issat, T., & Ludański, P. (2022). Molecular Mechanisms Underlying the Association between Endometriosis and Ectopic Pregnancy. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(7). <https://doi.org/10.3390/ijms23073490>
- Zilberman Sharon, N., Maymon, R., Melcer, Y., & Jauniaux, E. (2020). Obstetric outcomes of twin pregnancies presenting with a complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(12), 1450–1457. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16283>

BAB XVII

MALPRESENTASI

Dr. Sundari, S.S.T., MPH



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB XVII

MALPRESENTASI

Dr. Sundari, S.S.T., MPH

A. Pengertian

Malpresentasi adalah kondisi di mana bagian anatomi janin yang masuk terlebih dahulu ke pelvic inlet adalah bagian lain selain vertex. Pada kondisi normal, presentasi janin yang ditemukan adalah presentasi vertex. Vertex merupakan bagian kepala janin yang terletak di antara fontanel anterior dan fontanel posterior. Presentasi lain selain vertex seperti presentasi bokong (sungsang), transverse, muka, dahi, atau compound disebut sebagai malpresentasi (Pilliod & Caughey, 2017). Dari kelima jenis malpresentasi tersebut, presentasi bokong adalah yang paling sering ditemui. Penyebab malpresentasi janin adalah faktor-faktor yang meningkatkan atau menurunkan pergerakan janin, serta faktor-faktor yang mempengaruhi polaritas vertikal rongga uterus. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari sisi maternal seperti adanya plasenta previa atau fibroid, dan bisa juga berasal dari janin seperti adanya hidrosefalus atau anensefalus. Penatalaksanaan yang dilakukan untuk kasus malpresentasi disesuaikan dengan jenis malpresentasi yang dialami. Pada beberapa kasus, dapat dilakukan persalinan per vaginam baik yang didahului atau tidak didahului tindakan External Cephalic Version (ECV). Namun, pada malpresentasi dengan penyulit atau dengan kontraindikasi persalinan pervaginam, tindakan section caesarea lebih direkomendasikan. Diagnosis malpresentasi janin dapat ditegakkan melalui pemeriksaan Leopold atau melalui pemeriksaan vagina dengan jari (digital vaginal examination) untuk meraba anatomi janin yang muncul ketika sudah terjadi dilatasi serviks. Konfirmasi diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi.

Malpresentasi adalah kondisi di mana bagian anatomi janin yang masuk terlebih dahulu ke pelvic inlet adalah bagian lain selain vertex. Pada kondisi normal, presentasi janin yang ditemukan adalah presentasi vertex. Vertex merupakan bagian kepala janin yang terletak di antara fontanel anterior dan fontanel posterior. Presentasi lain selain vertex seperti presentasi bokong (sungsang), transverse, muka, dahi, atau compound disebut sebagai malpresentasi. Dari kelima jenis malpresentasi tersebut, presentasi bokong adalah yang paling sering ditemui.

Malpresentasi adalah bagian terendah janin bukan verteks, contohnya presentasi dahi, wajah, bahu, dan bokong. Sedangkan, malposisi merupakan presentasi verteks dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi (Liu, 2008).

B. Penyebab

Etiologi malpresentasi janin adalah kondisi klinis yang meningkatkan atau menurunkan pergerakan janin maupun mempengaruhi polaritas vertikal cavum uteri. Kondisi-kondisi tersebut bisa berasal dari faktor maternal dan bisa juga berasal dari faktor janin.

Penyebab malpresentasi janin adalah faktor-faktor yang meningkatkan atau menurunkan pergerakan janin, serta faktor-faktor yang mempengaruhi polaritas vertikal rongga uterus. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari sisi maternal seperti adanya plasenta previa atau fibroid, dan bisa juga berasal dari janin seperti adanya hidrosefalus atau anensefalus.

a. Faktor Risiko

Beberapa faktor risiko yang berasal dari janin dan dapat mengganggu pergerakan janin itu sendiri adalah kondisi hidrosefalus, anensefalus, dan intrauterine growth restriction. Sedangkan faktor risiko maternal yang dapat mengganggu pergerakan janin adalah kelainan pada uterus seperti adanya fibroid atau plasenta previa.

b. Faktor Janin

Faktor risiko yang berasal dari janin dapat berupa kelainan anatomi seperti kondisi hidrosefalus, anensefalus, intrauterine growth restriction yang menyebabkan janin berukuran lebih kecil dari seharusnya, bayi besar, atau adanya massa pada leher janin. Selain itu, faktor janin juga dapat meliputi aneuploidy, polihidramnion, dan prematuritas.

c. Faktor Maternal

Faktor risiko yang berasal dari sisi maternal adalah gestasi multipel, multiparitas, cephalopelvic disproportion, anomaly Mullerian, leiomyoma uteri, dan plasenta previa.

Penyebab malpresentasi janin belum diketahui secara pasti, tetapi ada dugaan bahwa malpresentasi janin terkait dengan beberapa faktor risiko berikut:

a. Kehamilan kembar dua atau lebih

- b. Kehamilan kedua atau selanjutnya
- c. Riwayat persalinan prematur
- d. Ukuran tulang panggul ibu yang sempit
- e. Kadar air ketuban terlalu banyak (polihidramnion) atau terlalu sedikit
- f. Pertumbuhan benjolan tidak normal di dalam rongga rahim, seperti miom
- g. Kelainan bentuk rahim
- h. Kelainan pada janin
- i. Plasenta previa

C. Diagnosis

Diagnosis malpresentasi janin dapat ditegakkan melalui pemeriksaan Leopold atau melalui pemeriksaan vagina dengan jari (digital vaginal examination) untuk meraba anatomi janin yang muncul ketika sudah terjadi dilatasi serviks. Konfirmasi diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan ultrasound untuk memastikan posisi bayi, melihat ukuran panggul pasien, serta melihat posisi plasenta dan tali pusar janin. Pemeriksaan ini akan menentukan apakah bayi dapat dilahirkan secara normal atau tidak.

D. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk kasus malpresentasi disesuaikan dengan jenis malpresentasi yang dialami. Pada beberapa kasus, dapat dilakukan persalinan per vaginam baik yang didahului atau tidak didahului tindakan external cephalic version (ECV). Namun, pada malpresentasi dengan penyulit atau dengan kontraindikasi persalinan per vaginam, tindakan sectio caesarea lebih di rekomendasikan. [1,3]

E. Patologis

Patofisiologi malpresentasi berhubungan dengan faktor maternal maupun faktor janin yang mengganggu proses pergerakan janin di dalam uterus. Posisi janin sebelum minggu ke-22 kehamilan umumnya masih terus berubah. Namun, seiring bertambahnya usia gestasi, kebanyakan janin akan memasuki presentasi kepala. Bila terdapat faktor yang mengganggu pergerakan janin, dapat terjadi malpresentasi.

Sebelum minggu ke-22 kehamilan, posisi janin umumnya masih terus berubah. Namun setelah itu, akan semakin banyak janin yang bergerak ke

posisi normal yaitu posisi longitudinal (searah dengan tulang punggung ibu) dengan presentasi kepala. Setelah mencapai minggu ke-36 kehamilan, umumnya posisi janin mulai menetap dan tidak mengalami perubahan signifikan. Presentasi kepala (vertex) ini hanya dapat tercapai bila tidak ada kondisi yang mengganggu proses pergerakan janin di dalam kandungan seperti kelainan anatomi janin maupun kelainan uterus.

Presentasi vertex memungkinkan kepala janin untuk mengalami fleksi saat proses persalinan dan mencapai diameter terkecil untuk melewati jalan lahir. Malpresentasi janin dapat menyebabkan persalinan menjadi lebih lama atau macet karena diameter anggota tubuh yang harus melewati pintu panggul menjadi lebih besar.

a. Malpresentasi Bokong

Beberapa kondisi klinis yang mengganggu pergerakan janin ke presentasi kepala, baik dengan meningkatkan maupun menurunkan motilitas janin, dapat menyebabkan malpresentasi bokong (sungsang). Contoh kondisi klinis tersebut adalah prematuritas, gestasi multipel, anomali kongenital, fibroid uterus, dan plasenta previa. Semakin prematur bayi dilahirkan, semakin tinggi angka kejadian malpresentasi bokong. Apabila bayi dilahirkan aterm, maka persentase terjadinya malpresentasi bokong hanya berkisar di 3-4% kasus saja.

b. Malpresentasi Muka atau Dahi

Pada malpresentasi muka atau dahi, biasanya penyebab tersering yang mengganggu pergerakan janin ke presentasi vertex adalah anomali seperti hidrosefalus, anensefalus, adanya massa pada leher, dan cephalopelvic disproportion.

c. Malpresentasi Transverse

Sama seperti pada malpresentasi bokong, malpresentasi transverse (bahu) umumnya disebabkan oleh prematuritas janin atau adanya intrauterine growth restriction yang menyebabkan janin berukuran lebih kecil. Selain itu, multiparitas yang menyebabkan perubahan uterus juga dapat menjadi penyebab.

F. Jenis Malpresentasi Janin

Malpresentasi janin dibagi menjadi lima jenis, yaitu:

1. Ubun-ubun belakang (cephalic occiput posterior)

Cephalic occiput posterior merupakan kebalikan dari cephalic occiput anterior. Pada presentasi ini, posisi kepala janin berada di jalan lahir, tetapi wajah janin menghadap ke perut ibu sehingga ubun-ubun tidak terlihat.

Pada sebagian besar kasus, presentasi ini tidak berbahaya dan bayi bisa terlahir dengan selamat melalui persalinan vagina. Namun, terkadang janin sulit keluar dari vagina sehingga perlu dilakukan operasi caesar. Cephalic occiput posterior merupakan jenis malpresentasi janin yang paling sering terjadi, yaitu sekitar 5 persen dari keseluruhan kasus persalinan.

2. Presentasi sungsang

Pada presentasi sungsang, bagian tubuh yang terletak di jalan lahir adalah kaki atau bokong janin, sedangkan kepala janin berada di bagian atas. Presentasi sungsang atau breech terbagi dalam empat jenis, yaitu:

- a. Complete breech atau sungsang sempurna, yaitu posisi bokong janin berada di dekat jalan lahir dengan dua kaki terlipat sempurna pada bagian lutut.
- b. Incomplete breech atau sungsang tidak sempurna, yaitu posisi bokong janin berada di dekat jalan lahir, dengan salah satu kaki di dekat bokong dan satu kaki lagi terlipat pada bagian lutut.
- c. Frank breech, yaitu posisi bokong janin berada di dekat jalan lahir dengan dua kaki menekuk ke atas hingga dekat dengan wajah.
- d. Footling breech, yaitu posisi salah satu atau kedua kaki janin berada di dekat jalan lahir.

Presentasi sungsang diperkirakan terjadi pada 1 dari tiap 25 persalinan.

3. Presentasi lintang

Presentasi lintang atau transverse lie ditandai dengan posisi janin yang horizontal atau melintang di dalam rahim. Pada kondisi ini, posisi kepala bayi terletak di sebelah kanan atau kiri perut ibu. Sedangkan bagian tubuh janin yang menghadap ke jalan lahir bisa punggung, bahu atau perut.

Biasanya, janin dalam presentasi lintang masih akan bergerak sampai mendekati waktu persalinan. Jika tidak, posisi janin yang melintang dapat membahayakan ibu dan janin, karena ada risiko prolaps tali pusar saat pecah air ketuban. Pada kondisi tersebut, janin harus dikeluarkan melalui operasi

caesar. Meski berbahaya, malpresentasi ini jarang terjadi. Diperkirakan, hanya 1 dari 300 janin yang mengalami presentasi lintang saat persalinan.

4. Presentasi majemuk

Compound presentation atau presentasi majemuk ditandai dengan posisi tangan, lengan atau kaki janin terletak di sebelah kepala janin. Biasanya, janin dengan presentasi ini bisa dilahirkan melalui vagina, karena bagian tubuh yang menyertai kepala janin akan masuk kembali ke dalam rahim saat proses persalinan. Namun, jika tangan atau lengan janin telah melewati bagian kepala, dokter akan menyarankan operasi caesar. Berdasarkan penelitian, presentasi majemuk diperkirakan hanya terjadi pada 1 dari tiap 700 persalinan.

5. Presentasi dahi atau wajah

Pada presentasi ini, bagian tubuh janin yang terletak di jalan lahir adalah dahi atau wajah sehingga bagian kepala janin seperti mendongak. Umumnya, janin dengan presentasi ini beralih posisi ke presentasi ubun-ubun secara alamiah pada pembukaan kedua persalinan

Presentasi dahi atau wajah merupakan jenis malpresentasi janin yang paling jarang terjadi, yaitu hanya 1 dari tiap 800 persalinan. Biasanya, presentasi ini terjadi pada janin yang kepalanya besar, pada kehamilan kedua atau selanjutnya, atau ketika kantung ketuban pecah prematur.

G. Gejala Malpresentasi Janin

Ibu hamil terkadang bisa mengetahui posisi janin ketika janin melakukan gerakan seperti menendang. Sebagai contoh, jika posisi janin sungsang, biasanya akan terasa tendangan di bagian bawah perut atau di dekat selangkangan. Sebaliknya, jika kepala janin berada di jalan lahir, tendangan akan terasa di perut bagian atas. Untuk memastikan posisi janin, kontrol kehamilan secara rutin ke dokter perlu dilakukan.

H. Komplikasi Malpresentasi Janin

Malpresentasi janin tidak perlu dikhawatirkan bila masih jauh dari waktu persalinan, karena posisi janin di dalam rahim masih bisa berubah secara alami. Namun, jika posisinya masih belum berubah ke posisi normal sampai dekat waktu persalinan, dokter akan segera melakukan operasi caesar.

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat malpresentasi janin adalah

1. Janin tersangkut di jalan lahir atau persalinan macet
2. Janin terlilit tali pusar
3. Tali pusar keluar dari jalan lahir sebelum waktu persalinan (prolaps tali pusar)
4. Rahim robek
5. Cedera pada rahim atau jalan lahir
6. Cedera pada janin
7. Janin lahir mati

I. Pencegahan Malpresentasi Janin

Malpresentasi janin tidak bisa dicegah, tetapi risiko yang timbul akibat malpresentasi janin dapat dihindari dengan menjalani pemeriksaan kehamilan secara berkala. Dengan melakukan kontrol kehamilan rutin, dokter bisa segera melakukan tindakan yang diperlukan bila ada kondisi yang membahayakan ibu dan janin.

J. Penanganan

1. Penanganan Umum
 - a. Evaluasi Keadaan ibu termasuk tanda-tanda vital
 - b. Lakukan evaluasi kondisi janin:
 - 1) Dengarkan BJJ atau CTG
 - 2) Bila ketuban pecah, lihat warna air ketuban: Bila wwarna air ketuban bercampur meconium lakukan pengawasan lebih ketat atau lakukan intervensi. Bila tidak didapatkan cairan ketuban kemungkinan terjadi oligohidramnion yang bisamenyebabkan gawat janin.
 - 3) Perbaiki kondisi ibu dengan memberikan support emosi, makanan/cairan dan perbaiki kontraksi.
 - 4) Lakukan penilaian kemajuan persalinan dengan partograf
 - 5) Bila terjadi partus lama lakukan penilaian secara spesifik
2. Penilaian klinik

Tentukan bagian terendah janin:

 - a. Bila bagian terendak kepala lakukan evaluasi posisi kepala janin.
 - b. Posisi oksiput transversal atau anterior adalah keadaan normal, bila keadaan fleksi maka oksiput lebih rendah dari pada sinsiput.
3. Penanganan Khusus

a. Oksiput posterior

Pengertian : Keadaan dimana oksiput berada di daerah posterior dari diameter transversal pelviks. Kondisi ini rotasi terjadi secara spontan pada 90 % kasus. Persalinan akan terganggu apabila terjadi kepala janin tidak terjadi rotasi atau tidak turun. Pada persalinan posisi ini dapat menyebabkan robekan perineum yang luas/tidak teratur.

Etiologinya : disebabkan usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Pada diameter antero-posterior pada panggul ibu anthropoid, ukuran transversa atau segmen depan menyempit, sehingga UUK akan sulit memutar kedepan.

Mekanisme persalinan : setelah kepala mencapai dasar dan UUB berada dibawah simfisis, dengan UUB sebagai hipomoklion, oksiput lahir melalui perineum diikuti bagian kepala yang lain.

Penangan :

- a) Bila persalinan memanjang: periksa ketuban, bila sudah intak pecahkan ketuban, bila kepala turun $>3/5$ atau diatas H2 makalakukan SC
- b) Bila pembukaan belum lengkap dan tidak ada CPD berikan oksitosin drip.
- c) Bila kepala turun hingga $1/5$ atau O lakukan ekstraksi vakum atau forcep
- d) Jika ada CPD atau gawat janin maka lakukan SC.

b. Presentasi Dahi

Pengertian: keadaan dimana kepala berada diantara fleksi maksimal dan defleksi maksimal. Umumnya merupakan kedudukan yang sementara dan bagian besar akan berubah menjadi presentasi muka atau belakang kepala.

Penyebab: adanya CPD, janin besar, anensefalus, tumor di leher, multiparitas dan perut gantung.

Mekanisme persalinan: Kepala masuk PAP dengan sirkumferensia maksiloparietal serta sutura frontalis melintang atau miring, setelah terjadi moulage dagu akan memutar kedepan. Dengan fossa kanina sebagai hipomoklion terjadi fleksi sehingga UUB dan belakang kepala lahir melalui perineum. Kemudian terjadi defleksi sehingga, mulut dan dagu lahir dibawah simfisis.

Diagnosis: pada pemeriksaan dalam dapat diraba sutura frontalis, pangkal hidung dan lingkaran orbita. Mulut dan dagu tidak dapat diraba.

Biasanya penurunan dan persalinan macet. Konversi kearah vertex atau muka jarang terjadi. Persalinan spontan dapat terjadi jika bayi kecil atau mati dengan maserasi.

Penanganan : bila janin hidup lakukan SC, bila janin mati, pembukaan belum lengkap lakukan Sectio caesaria. Bila pembukaan lengkap lakukan embriotomi.

c. Presentasi Muka

Pengertian keadaan dimana kepala hiperekstensi sehingga oksiput tertekan pada punggung janin dan muka merupakan bagian terendah.

Penyebabnya:terjadinya ekstensi yang penuh dari kepalajanin.

Diagnosis: penolong akan meraba muka, mulut, hidung dan pipi.

Etiologi: panggul sempit, janin besar, multiparitas, perut gantung, anensefal, tumor dileher, lilitan tali pusat.

Dagu merupakan titik acuan, sehingga ada presentasi muka dengan dagu anterior dan posterior. Sering terjadi partus lama, pada dagu anterior kemungkinan persalinan dengan terjadi fleksi. Pada presentasi muka dengan dagu posterior akan terjadi kesulitan penurunan karena kepala dalam keadaan defleksi maksimal.

Penanganan:

Posisi dagu anterior dengan pembukaan lengkap:

- Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
- Bila kemajuan persalinan lambat lakukan oksitosin drips
- Bila penurunan kurang lancar, lakukan forceps.

Perasat thorn: bagian belakang kepala dipegang oleh tangan penolong yang dimasukkan ke vagina kemudian ditarik kebawah, sedangkan tangan lain menekan dada dari luar.

Mengubah presentasi muka menjadi presentasi belakang kepala dengan syarat:

- Dagu harus berada di belakang kepala
- Kepala belum turun kedalam rongga panggul.



Gambar 1: perasat thorn

Bila pembukaan belum lengkap:

- Tidak didapatkan obstruksi, lakukan oksitosin drips. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertex.

Posisi dagu posterior:

- Bila pembukaan lengkap atau belum lengkap, lakukan seksio sesaria.
- Bila janin mati lakukan kraniotomi
- Jangan lakukan ekstraksi vakum pada presentase muka.

d. Presentase ganda/Majemuk/rangkap

Pengertian: Presentasi ganda ialah keadaan di mana di samping kepala janin di dalam rongga panggul dijumpai tangan, lengan atau kaki, atau keadaan di mana di samping bokong janin dijumpai tangan. Menurut EASTMAN presentasi rangkap/ganda adalah keadaan dimana bagian kecil janin menumpang disamping bagian besar janin dan bersama-sama memasuki panggul. Misalnya tangan disamping kepala, kaki di samping kepala, atau tangan disamping. Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan/atau tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersama dengan tangan. Pengertian presentasi mejemuk tidak termasuk presentasi bokong - kaki, presentasi bahu, atau prolaps tali pusat. Apabila bagian

terendah janin tidak menutupi dengan sempurna pintu atas panggul, maka presentasi majemuk dapat terjadi. (Sarwono,2007).

Etiologi:

Letak rangkap/ganda terjadi pada keadaan dimana pintu atas panggul tidak di masuki seluruhnya oleh bagian terbawah janin (Roestam, M, 2010).Panggul sempit. Janin yang kecil atau mati. Multipara, karena dinding perut sudah kendor.Gimelly.Pecahnya selaput ketuban dengan bagian terendah janin yang masih tinggi. (Sarwono, 2007)

Diagnosisnya : kemungkinan adanya presentasi majemuk dapat dipikirkan apabila terjadi kelambatan kemajuan persalinan pada persalinan : Fase akti, bagian terendah janin kepala atau bokong tidak dapat masuk panggul terutama setelah terjadi pecah ketuban. Diagnosis presentasi majemuk dibuat melalui periksa dalam vagina. Apabila pada presentasi kepala teraba juga tangan/lengan dan/atau kaki atau apabila pada presentasi bokong teraba juga tangan/lengan,maka diagnosis presentasi majemuk dapat ditegakkan. kesulitan menegakkan diagnosis tersebut karena seringkali terjadi koreksi spontan terutama pada derajat ringan prolaps ekstremitas.

Mekanisme persalinan:

Kelahiran spontan pada persalinan dengan presentasi majemuk hanya dapat terjadi apabila janinnya sangat kecil !sedemikian sehingga panggul dapat dilalui bagian terendah janin bersamaan dengan esktremitas yang menyertainya, atau apabila janin mati yang sudah mengalami maserasi. Mekanisme persalinan dapat terjadi seba gaimana mekanisme persalinan presentasi kepala atau presentasi bokong apabila terjadi reposisi baik secara spontan maupun melalui upaya.

Penanganan :

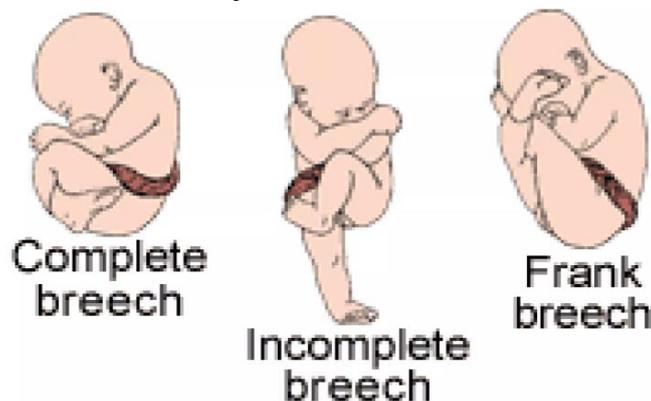
Penanganan biasanya kita tidak memerlukan tindakan terburu-buru, hanya menunggu dan observasi. bila perlu dilakukan reposisi, kemudian ibu dalam posisi Trendel enburg, Knee-Chest- Potition, dan disuruh tidur miring ke arah yang

berlawanan. Pada panggul sempit atau dengan tali pusat menumbung, sebaiknya dilakukan seksio sesarea.

e. Presentasi sungsang

Pengertian : Pada presentasi sungsang, bagian tubuh yang terletak di jalan lahir adalah kaki atau bokong janin, sedangkan kepala janin berada di bagian atas. Presentasi sungsang atau breech terbagi dalam empat jenis, yaitu:

- a) Complete breech atau sungsang sempurna, yaitu posisi bokong janin berada di dekat jalan lahir dengan dua kaki terlipat sempurna pada bagian lutut.
- b) Incomplete breech atau sungsang tidak sempurna, yaitu posisi bokong janin berada di dekat jalan lahir, dengan salah satu kaki di dekat bokong dan satu kaki lagi terlipat pada bagian lutut.
- c) Frank breech, yaitu posisi bokong janin berada di dekat jalan lahir dengan dua kaki menekuk ke atas hingga dekat dengan wajah.
- d) Footling breech, yaitu posisi salah satu atau kedua kaki janin berada di dekat jalan lahir.



Gambar 2: Presentasi bokong

Etiologi: Multiparitas, hamil kembar, hidramnion, hidrocephalus, plasenta previa, CPD

Komplikasi pada ibu:

- Pelepasan plasenta
- Perluasan vagina dan serviks
- Endometritis

Komplikasi pada janin:

- Kematian perinatal
- Prolaps funikuli
- Trauma bayi akibat: tangan extended, CPD
- Asfiksia karena prolapsus funikuli, kompresi talipusat, pelepasan plasenta, kepala macet. Trauma pada organ abdominal atau pada leher.

Penanganan :

Saat inpartu:

- Persalinan pervaginam terlatih akan aman bila: pelviks adekuat, complete breech/frak breech, kepala fleksi.
- Ikuti kemajuan dengan partograf
- Jangan pecahkan ketuban. Bila ketuban pecah periksa apakah ada prolaps tali pusat dan apabila prolaps tali pusat dan apabila prolaps tali pusat dan kelahiran pervaginam tidak mungkin maka lakukan SC.
- Prinsip persalinan pervaginam pada bokong yaitu persalinan spontan (bracht)
- Persalinan ini bila pada primigravida sebaiknya di RS dan harus dievaluasi sangat hati-hati karena kelahiran bokong belum tentu kepala lahir (after coming head) yang dapat menyebabkan kematian janin.
- Kepala harus lahir dalam waktu 8 menit setelah lahir sebatas pusar.

f. Letak lintang

Pengertian: Letak lintang adalah keadaan dimana sumbu panjang anak tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu (Sastrawinata, 2004). Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain (Wiknjosastro, 2011).

Komplikasi: dapat terjadi ruptur uteri

Penanganan:

- Persalinan akan macet
- Lakukan versiluar bila permulaan inpartu dan ketuban intact
- Bila ada kontraindikasi versi luar maka lakukan SC
- Lakukan pengawasan adanya prolapsus funikuli.

- Dalam obstetric modern, pada letak lintang inpartu dilakukan Seksio saesaria walaupun janin mati.

K. Contoh Soal

1. Seorang perempuan, umur 31 tahun, G5P3A1, kehamilan 38 minggu, datang ke Puskesmas PONED diantar suami untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: teraba keras dekat lambung yang jika janin bergerak merasa mau muntah. Hasil pemeriksaan: teraba keras dan melenting pada fundus, teraba lunak dan lebar diatas symfisis, DJJ setinggi pusat. Apakah diagnosis malpresentasi yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - A. Sungsang
 - B. Melintang
 - C. Obliq
 - D. Muka
 - E. Dahi
2. Seorang perempuan, umur 34 tahun, G5P3A1, kehamilan 38 minggu, datang ke Puskesmas PONED diantar suami untuk memeriksakan kehamilan. Hasil anamnesis: teraba keras dekat lambung yang jika janin bergerak merasa mau muntah. Hasil pemeriksaan: teraba keras dan melenting pada fundus, teraba lunak dan lebar diatas symfisis, DJJ setinggi pusat, di diagnosis presentasi bokong. Apakah penyebab yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Grande Multipara
 - B. Riwayat abortus
 - C. Usia kehamilan
 - D. Multipara
 - E. Umur ibu
3. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G2P1A0, kehamilan 40 minggu, datang ke TPMB diantar suami untuk melahirkan. Mengeluh kenceng-kenceng di perut bagian bawah. Hasil anamnesis: keluhan dirasakan sejak 4 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: teraba lunak dan lebar di Fundus, teraba keras dan bulat di symfisis. DJJ dibawah pusat. VT: teraba sutura frontalis, pangkal hidung dan lingkaran orbita. Apakah diagnosis malpresentasi yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - A. Dahi
 - B. Muka

- C. Majemuk
 - D. Puncak kepala
 - E. Oksiput posterior
4. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G3P1A0, kehamilan 40 minggu, datang ke TPMB diantar suami untuk melahirkan. Mengeluh kencing-kencing di perut bagian bawah. Hasil anamnesis: keluhan dirasakan sejak 4 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: teraba lunak dan lebar di Fundus, teraba keras dan bulat di symfisis. DJJ dibawah pusat. VT: teraba sutura frontalis, pangkal hidung dan lingkaran orbita, Mulut dan dagu tidak dapat diraba, Spina isciadica menonjol, arkus pubis 90%. Apakah penyebab yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Janin besar
 - B. adanya CPD
 - C. Multiparitas
 - D. Panggul bawah sempit
 - E. Pintu atas panggulsempit
5. Seorang perempuan, umur 32 tahun, G3P1A0, kehamilan 40 minggu, datang ke TPMB diantar suami untuk melahirkan. Mengeluh kencing-kencing di perut bagian bawah. Hasil anamnesis: keluhan dirasakan sejak 4jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: teraba lunak dan lebar di Fundus, teraba keras dan bulat di symfisis. DJJ dibawah pusat. VT: teraba sutura frontalis, pangkal hidung dan lingkaran orbita, Mulut dan dagu tidak dapat diraba, Spina isciadica menonjol, arkus pubis 90%. Apakah yang menjadi hipomoglion saat persalinan pada kasus tersebut?
- A. Fossa kanina
 - B. Sub oksiput
 - C. Sakrum
 - D. UUB
 - E. UUK

KUNCI JAWABAN

- 1. A
- 2. A
- 3. A
- 4. D
- 5. A

L. Daftar Pustaka

- Benmessaoud, I., et al. (2022). Analysis of Spontaneous Labor Progression of Breech Presentation at Term. *PLoS One*, 17(3), pp. 1–12.
- Slavov, S. (2021). Malpresentation of the Fetus in Singleton Pregnancies after In Vitro Fertilization. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(B), pp. 573–6.
- Ferreira JCP, Borowski D, Czuba B, et al. The evolution of fetal presentation during pregnancy: a retrospective, descriptive cross-sectional study. *Acta Obstet Gyn Scan*. 2015;94: 660-63. doi: 10.1111/aogs.12626
8. Walker S, Breslin E, Scamell M, Parker P. Effectiveness of vaginal breech birth training strategies: An integrative review of the literature. *Birth*. 2017;44(2):101-109. <https://doi.org/10.1111/birt.12280>
- Gray CJ, Shanahan MM. Breech presentation. *StatPearls*. 2019.
- Medscape. Breech presentation. 2016. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/262159-overview> 6.
- Medscape. Compound presentation. 2019. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/262444-overview>
- Medscape. Face and brow presentation. 2016. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/262341-overview#a>
- Pilliod RA, Caughey AB. Fetal malpresentation and malposition: diagnosis and management. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2017; 44:631-43. doi: 10.1016/j.ogc.2017.08.003
- Sharshiner R, Silver RM. Management of fetal malpresentation. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58(2): 246-55. doi: 10.1097/GRF.000000000000103

PROFIL PENULIS

Yuli Astuti, S.S.T., M.Keb



Penulis Lahir di Pontianak, 19 Juli 1990. Penulis menempuh Pendidikan dasar di SDN 35 Kecamatan Pontianak Selatan, SLPTN 3 Pontianak, dan SMAN 3 Pontianak. Selanjutnya penulis menempuh Pendidikan D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Pontianak, D4 Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menempuh pendidikan magister di S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung dan lulus pada tahun 2019. Penulis memulai karir di pendidikan kebidanan sejak tahun 2012. Saat ini di Prodi Kebidanan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Saat ini penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, riset, dan pengabdian masyarakat khususnya dalam bidang Asuhan Persalinan dan Neonatus.

Tutik Iswanti, SST., M. Keb.



Lahir di Sragen Jawa Tengah, 13 Agustus 1983. Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan di Akbid Pemda Kendal pada tahun 2004. Selanjutnya menyelesaikan Pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Politeknik Karya Husada Jakarta pada tahun 2010 dan menyelesaikan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2017. Saat ini penulis menjadi Dosen di Jurusan Kebidanan Rangkasbitung Poltekkes Kemenkes Banten. Penulis berharap agar pembaca memiliki pengetahuan dan keterampilan agar bisa menjadi Bidan yang Kompeten.

Ratna Suminar, S.ST., M.Tr.Keb.



Lahir di Ciamis, 7 Nopember 1993. Telah menyelesaikan studi pada D III Kebidanan STIKes Muhammadiyah Ciamis tahun 2015, Lulus D IV Bidan Pendidik STIKes Kharisma Karawang (Sekarang STIKes Horizon Karawang) tahun 2016, dan menyelesaikan Pendidikan S 2 Terapan Kebidanan di STIKes Dharma Husada Bandung pada tahun 2021. Saat ini aktif sebagai Dosen Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh. Merupakan seorang Dosen, Tutor, Penulis, Entrepreneur, dan Influencer yang giat memberikan pengaruh mengenai "Woman Empowerment", bahwasanya perempuan berhak untuk menentukan jalan hidupnya dan memiliki otoritas untuk berkembang berdasar passion dan skill yang dimiliki sesuai dengan kehendak-Nya.

PROFIL PENULIS

Bd. Kristin Natalia, SST, M.Kes



Penulis menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara pada Tahun 2009-2010. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Sumatera Utara pada Tahun 2013-2015. Pada Tahun 2019 penulis melanjutkan pendidikan profesi bidan di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam. Sejak Tahun 2015 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan di Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui email kristin.desember28@gmail.com. Pesan untuk para pembaca: "Kedisiplinan adalah kunci dari kesuksesan"

Viqy Lestalu, S.ST., M.Keb



Lahir di Ambon, 31 Januari 1990. Riwayat pendidikan lulus SD Negeri Selamon Banda tahun 2001, lulus SLTP Negeri 2 Banda tahun 2004 dan lulus SMA Kartika XVIII-1 Ambon tahun 2007. Tahun 2007 melanjutkan pendidikan DIII Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Maluku, lulus tahun 2010. Melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan tahun 2011 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Makassar, lulus tahun 2012. Pada tahun 2016 mengambil pendidikan program studi Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan tamat pada tahun 2018. Tahun 2011 sampai sekarang bekerja di Politeknik Kesehatan Kemenkes Maluku.

Vera Iriani Abdullah M., M.Kes.,M.Keb.,AIFO



Penulis lahir di Jayapura tanggal 22 Agustus 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Bahasa Inggris Fakultas Bahasa Inggris Program Studi Diploma III Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Sorong. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik Pada Poltekkes Kemenkes Bandung pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 lenpada Universitas Padjadjaran Bandung Tahun 2018.

PROFIL PENULIS

Siska Rosdiana, S.ST., M.Keb.



Lahir di Ciamis, 28 Mei 1985. Bertempat tinggal di Sunyaragi Kec. Kesambi Kota Cirebon, Jawa Barat. Penulis menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga (D3) Kebidanan pada tahun 2006 di Prodi Kebidanan Karawang Poltekkes Bandung. Pada Tahun 2009 menyelesaikan Pendidikan Diploma Empat (D4) Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran. Tahun 2019 penulis menyelesaikan Pendidikan Strata 2 (S2) Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung.

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.



Penulis lahir di Kudus pada tanggal 25 Agustus 1983. Riwayat pendidikan penulis telah menyelesaikan pendidikan D4 di Program Studi Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran lulus tahun 2008, menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro lulus Tahun 2011 kemudian menyelesaikan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta lulus tahun 2019. Penulis pernah bekerja di Rumah Bersalin (RB) Utami sebagai bidan pelaksana mulai tahun 2004 s.d 2006. Pada tahun 2006-2008 bekerja Akbid Bakti Utama Pati sebagai laboran. Awal karier sebagai dosen penulis aktif dalam kegiatan mengajar, penelitian, pengabdian masyarakat sejak tahun 2008 di Akbid Bakti Utama Pati hingga saat ini berubah menjadi STIKes Bakti Utama Pati. Beberapa penelitian yang telah dilakukan memperoleh pendanaan dari DRPM/Kemenristek DIKTI. Luaran dari hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah dipublikasikan di jurnal nasional, nasional terakreditasi dan internasional (accepted) serta buku yang memperoleh sertifikat HaKi. Selain itu, pada tahun 2018 penulis mendapatkan penghargaan berupa "*Best Article*" dari NTUNHS. Hasil karya lainnya penulis, yaitu berupa buku yang telah diterbitkan oleh EGC, PT Kanisius, Yayasan Barcode, K-Media, Optimal, Sada serta menciptakan sebuah aplikasi yang diberi nama "*IrFa Contraction*" yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat utamanya ibu hamil dan ibu dalam proses persalinan. Selain menjalankan tugas sebagai dosen, saat ini penulis aktif pada Organisasi Ahli Dosen Republik Indonesia (ADRI) Propinsi Jawa Tengah pada devisi kedharmaan PT, Forkom Institusi Kebidanan Propinsi Jawa Tengah dan reviewer artikel jurnal pada beberapa institusi di Indonesia serta aktif mengikuti kegiatan seminar/webinar/workshop/pelatihan. Penulis mempunyai harapan untuk slalu dapat berkontribusi positif dan memberikan manfaat kepada masyarakat, nusa, bangsa dan negara ini.

PROFIL PENULIS

Rahmah Fitria, S.ST., M.Keb



Penulis dilahirkan di Bandar Lampung 04 Mei 1989 merupakan lulusan D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang dan melanjutkan D4 Bidan Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran UNPAD) Bandung. Gelar Magister Kebidanan (M.Keb) diperolehnya di Universitas Andalas (UNAND) Padang pada tahun 2018. Sejak tahun 2013 sampai saat ini aktif menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat sebagai dosen tetap di Prodi D3 Kebidanan STIKes Panca Bhakti dan saat ini menjabat sebagai ketua BAAK di STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung.

Indra Yulianti, S.S.T., M.Kes.



Telah menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Negeri Surakarta (UNS) tahun 2011 dan Pendidikan Profesi Bidan tahun 2022 di Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto Riwayat Pekerjaan Sebagai Dosen tetap D III Kebidanan di Stikes Dian Husada Mojokerto tahun 2006 – 2013 dan KaProdi D III Kebidanan tahun 2010 – 2013. Sebagai Dosen tetap pada Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto di Program Studi D III tahun 2013 sampai 2019 dan Dosen tetap dan staf lembaga Penjamin Mutu di Prodi S1 Kebidanan mulai 2019 sampai sekarang. Sebagai Kaprodi S1 Kebidanan dan Profesi Bidan Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto mulai Agustus 2022 – sekarang. Aktif dalam keorganisasian Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan penulisan dalam berbagai jurnal ilmiah. Di Pelayanan Kebidanan, keseharian sebagai Bidan Praktik Mandiri (PMB) mulai tahun 2013 hingga sekarang.

PROFIL PENULIS

Eva Susanti, S.ST.,M.Keb



Lahir di Curup tanggal 06 Februari 1978. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Curup Tahun 1995, Program pendidikan Bidan A Curup tahun 1996, Program Khusus D-III Kebidanan pada Poltekkes Kemenkes Bengkulu tahun 2008, D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Bengkulu tahun 2010 dan terakhir melanjutkan paandidikan Magister Kebidanan di UNPAD Bandung tahun 2015.

Penulis seorang Praktisi lapangan sampai saat ini, dan Sejak tahun 2011 penulis mulai aktif sebagai dosen pada Prodi Kebidanan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu sampai sekarang. Penulis juga aktif sebagai nara sumber, menulis buku dan artikel di berbagai jurnal. Penulis dapat dihubungi melalui email evahamdani06@gmail.com

Leni Suhartini, S.ST., M.Kes



Menyelesaikan pendidikan S1 di Poltekkes Jakarta III, penulis melanjutkan pendidikan S2 di STIKIM. Sejak tahun 2016 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan dan saat ini beliau aktif mengajar di STIKes SPAD Gatot Soebroto Prodi Pendidikan Profesi Bidan. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui email lenibestari@gmail.com. Pesan untuk para pembaca: Belajar tiada akhir, setiap detiknya adalah bagian dari proses belajar.

Muninggar, SST.M.Kes



Lahir di Ngawi ,17 Juni 1973. Telah menyelesaikan studi pada D III Kebidanan Politeknik Karya Husada Jakarta pada tahun 2010, Lulus D IV Bidan Politeknik Karya Husada Jakarta pada tahun 2011, serta menyelesaikan pedidikan S2 Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) sekarang menjadi Universitas Indonesia Maju (UIMA) pada tahun 2015. Saat ini aktif sebagai dosen kebidanan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia.

PROFIL PENULIS

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb.



Lahir di Banjar, 27 Februari 1987. Penulis lulus Program Studi D-III Kebidanan STIKes Muhammadiyah Ciamis pada tahun 2008, lulus Program Studi DIV Bidan Pendidik STIKES Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2011 dan lulus Program Studi S2 Terapan Kebidanan di STIKES Dharma Husada Bandung tahun 2019. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi D3 Kebidanan STIKes Muhammadiyah Ciamis sejak tahun 2011 sampai sekarang. Mata kuliah yang diampu adalah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.

Nur Anita, S.S.T., M.Kes



Penulis Lahir di Limboro Timur, Tanggal 13 Mei 1990, Penulis memulai pendidikan Sekolah dasar di SDN. 59 Limboro Timur, Pendidikan SMP di SMP Neg. 5 Tande & SMP Negeri 3 Majene, pendidikan SMA di SMA Negeri 1 Majene, Pendidikan Diploma Tiga kebidanan di STIKes Bina Bangsa Majene pada tahun 2008 dan selesai pada tahun 2011, kemudian melanjutkan studi Diploma IV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Makassar tahun 2012 dan selesai pada tahun 2013. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan studi pada program studi S2 Magister Kesehatan Reproduksi Universitas Muslim Indonesia. Penulis sangat tertarik dengan dunia menulis dan riset. Penulis juga sering mengikuti riset-riset nasional yang dilaksanakan oleh kementerian kesehatan antara lain sebagai enumerator pada riset PTM tahun 2016, sebagai Enumerator pada Rifaskes tahun 2017 dan sebagai Penanggung jawab teknis (PJT) Kabupaten Polewali Mandar pada Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) tahun 2018. Penulis saat ini aktif di dunia mengajar, menulis, riset, pengabdian masyarakat dan tetap menjalankan tugas utama sebagai ibu rumah tangga bagi suami dan keempat buah hatinya.

PROFIL PENULIS

Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes



Lahir di Sampang, 01 April 1985. Penulis lulus Program Studi D III Kebidanan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang pada tahun 2007, lulus Program Studi DIV Bidan Pendidik STIKES Insan Cendekia Medika Jombang pada tahun 2010 dan lulus Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2015. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi D III Kebidanan Fakultas Vokasi Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang sejak tahun 2015 sampai sekarang. Mata kuliah yang diampu adalah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Penulis aktif menulis modul, buku ajar tentang kebidanan. Penulis juga aktif dalam menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.

Dr. Sundari, SST., MPH



Lahir dipelitakan tanggal 2 Mei 1976. Pendidikan dimulai dari Sekolah Perawat kesehatan (SPK) di Depkes Majene, D1 Kebidanan (PPB-A) di Muhammadiyah Makassar. DIII Kebidanan Di Poltekkes Makassar, DIV Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung. S2 KIA Kespro Di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. S3 Ilmu Biomedik di Universitas Hasanuddin Makassar. Pernah bekerja di Rumah bersalin tahun 1998-2023. Tahun 2004- 2014 bekerja sebagai dosen di STIKES Bina Bangsa Maene sebagai Ketua Program Studi. 2015 - hingga sekarang di Universitas Muslim Indonesia Makassar sebagai ketua Program Studi. Aktif sebagai Reviewer diberbagai jurnal Nasional dan menjadi auditor SPMI di kampus. Pengurus Inti AIPKIND Suselbar.

Harapan penulis: berubahlah karena dengan berubah kita akan maju. Jangan pernah berhenti belajar, karena hidup tak pernah berhenti mengajarkan. Belajar memang melelahkan, namun akan lebih melelahkan lagi jika saat ini kamu tidak belajar.

SINOPSIS

Buku ini berisi materi mengenai persalinan patologis sesuai dengan daftar masalah lingkup asuhan kebidanan pada persalinan yang tercantum dalam Kepmenkes No 320 Tahun 2020 serta masalah lain yang terkait dengan masalah dalam daftar tersebut. Masalah yang dibahas dalam buku ini antara lain: ketuban pecah perut tidak mulas, his lemah saat pembukaan lengkap, plasenta tidak utuh/kotiledon tidak lengkap, perdarahan banyak, kejang, bayi sungsang, bayi lintang, bahu bayi tersangkut, adanya tanda-tanda bersalin sebelum usia kehamilan 37 minggu, kontraksi ada tetapi persalinan tak maju, tali pusar menumbung saat kala 1, mules pada kehamilan muda, dan malpresentasi. Pada setiap sesi berisi latar belakang masalah, definisi, etiologi/penyebab, faktor risiko, penatalaksanaan dan komplikasi. Buku ini juga berisi contoh asuhan kebidanan dengan format SOAP singkat, serta 5 contoh soal kasus beserta kunci jawabannya. Buku ini diharapkan dapat membantu dalam menetapkan diagnosis kebidanan dan menentukan penatalaksanaan yang tepat sesuai asuhan kebidanan berdasarkan evidence based terkini.

Buku ini berisi materi mengenai persalinan patologis sesuai dengan daftar masalah lingkup asuhan kebidanan pada persalinan yang tercantum dalam Kepmenkes No 320 Tahun 2020 serta masalah lain yang terkait dengan masalah dalam daftar tersebut. Masalah yang dibahas dalam buku ini antara lain: ketuban pecah perut tidak mulas, his lemah saat pembukaan lengkap, plasenta tidak utuh/kotiledon tidak lengkap, perdarahan banyak, kejang, bayi sungsang, bayi lintang, bahu bayi tersangkut, adanya tanda-tanda bersalin sebelum usia kehamilan 37 minggu, kontraksi ada tetapi persalinan tak maju, tali pusar menumbung saat kala 1, mules pada kehamilan muda, dan malpresentasi. Pada setiap sesi berisi latar belakang masalah, definisi, etiologi/penyebab, faktor risiko, penatalaksanaan dan komplikasi. Buku ini juga berisi contoh asuhan kebidanan dengan format SOAP singkat, serta 5 contoh soal kasus beserta kunci jawabannya. Buku ini diharapkan dapat membantu dalam menetapkan diagnosis kebidanan dan menentukan penatalaksanaan yang tepat sesuai asuhan kebidanan berdasarkan evidence based terkini.

ISBN 978-623-8411-11-5



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



Anggota IKAPI
No. 624/DKI/2022