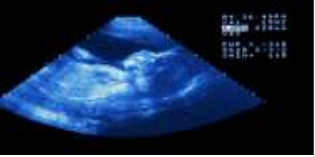




BUKU AJAR

KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN BERESIKO

**TRI DIANI AGUSTUTI
NURAI DAH
ENI RIZKI RAHAYU
SRI UNTARI
RATIH SURYAMAN
NOOR SITI NOVIANI INDAH SARI
FITRIA HARI WIBAWATI
VERONIKA HUTABARAT
MEICY SEPTI
DEDE ASTI**



Buku Ajar

KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN BERESIKO

Oleh:

TRI DIANI AGUSTUTI

NURAIDAH

ENI RIZKI RAHAYU

SRI UNTARI

RATIH SURYAMAN

NOOR SITI NOVIANI INDAH SARI

FITRIA HARI WIBAWATI

VERONIKA HUTABARAT

MEICY SEPTI

DEDE ASTI

Penerbit : Wijaya Husada



Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko

TRI DIANI AGUSTUTI

NURAIDAH

ENI RIZKI RAHAYU

SRI UNTARI

RATIH SURYAMAN

NOOR SITI NOVIANI INDAH SARI

FITRIA HARI WIBAWATI

VERONIKA HUTABARAT

MEICY SEPTI

DEDE ASTI

Hak Cipta ©2021, Penerbit Wijaya Husada
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang, Bogor Barat-
Bogor
Telp. (0251) 8327396
SMS. 085216701658
E-mail : wijayahusada@gmail.com

Cetakan I, April 2021

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta

- 1) Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
 - 2) Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)
-



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahiim
Assalamu'alaikum, Wr.Wb.

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan karunia, taufiq, hidayah, kesehatan, kekuatan serta kesempatan sehingga penulis mampu menyelesaikan Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko ini.

Penulis patut berterima kasih yang setinggi-tingginya kepada segenap pimpinan STIKes Wijaya Husada Bogor, serta ketua LPPM STIKes Wijaya Husada Bogor yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada penulis untuk menyusun sebuah buku ajar.

Buku ajar ini sebagai sumbangsih penulis untuk para mahasiswa keperawatan untuk lebih memahami Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko. Format buku ini dipilih penulis untuk memudahkan mahasiswa dalam memahami materi Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko karena lebih sederhana dan fleksibel.

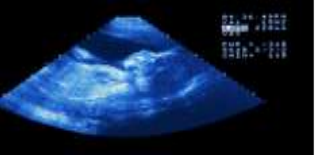
Buku Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko ini berisi tentang aspek pada komplikasi awal kehamilan, aspek pada komplikasi kehamilan lanjut, aspek pada penyakit yang menyertai kehamilan, aspek pada komplikasi persalinan, dan aspek pada komplikasi postpartum.

Berbagai literatur, gambar, ilustrasi penulis sertakan untuk lebih memperkaya isi buku ini. Pada kesempatan ini, penulis mohon maaf sekaligus izinnya kepada penulis yang karyanya penulis jadikan rujukan atau bahan kepustakaan dimana ada beberapa pemahaman, kutipan, tulisan dan gambar yang diambil untuk melengkapi penulisan buku ini. Dengan penuh harap, semoga buku kecil ini dapat menjadikan sumbangsih penulis bagi mahasiswa keperawatan untuk dapat meningkatkan ilmunya, sebagai bekal dalam mengaplikasikannya untuk kesehatan klien dan masyarakat seluruhnya.

Penulis menyadari kekurangan yang terdapat pada buku ini, oleh karena itu penulis senantiasa mengharapkan masukan dalam bentuk apapun untuk perbaikan buku ini. Dan semoga dapat menambah kesempurnaan pada buku ini serta buku berikutnya.

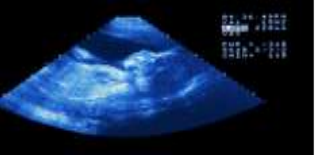
Wassalamu'alaikum, Wr.Wb
Bogor, April 2021

Penulis



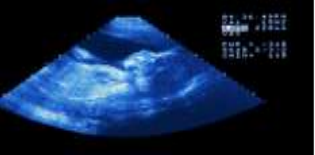
DAFTAR ISI

Cover.	1
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
 BAB I KOMPLIKASI AWAL KEHAMILAN	6
A. Kehamilan Ektopik.	6
B. Hiperemesis Gravidarum	14
C. Abortus	20
 BAB II KOMPLIKASI KEHAMILAN LANJUT	26
A. Preeklampsia.....	26
B. Plasenta Previa	32
C. Solusio Plasenta	38
 BAB III PENYAKIT YANG MENYERTAI KEHAMILAN	43
A. Ibu Hamil Dengan Diabetes Mellitus.	43
B. Ibu Hamil Dengan Penyakit Jantung.	46
C. Ibu Hamil Dengan Anemia.	49
D. Ibu Hamil Dengan HIV/AIDS.....	52
 BAB IV KOMPLIKASI PERSALINAN	57
A. Distosia.....	57
B. Ketuban Pecah Dini.	61
C. Kehamilan Post Matur.....	67



BAB V KOMPLIKASI POST PARTUM	71
A. Perdarahan Post Partum.	71
B. Infeksi Post Partum.....	80
C. Post Partum Blues.	88

DAFTAR PUSTAKA



BAB 1

KOMPLIKASI AWAL KEHAMILAN

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari BAB 1 ini, mahasiswa mampu menjelaskan kembali tentang :

1. Pendekatan proses kehamilan ektopik
2. Pendekatan proses hiperemesis gravidarum
3. Pendekatan proses abortus

A. KEHAMILAN EKTOPIK

1. Definisi

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

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus. Tuba falopii merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik. Sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba, jarang terjadi implantasi pada ovarium, rongga perut, kanalis servikalis uteri, tanduk uterus yang rudimenter dan divertikel pada uterus (Prawiroharjho, 2005). Menurut Prawiroharjho (2005) kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus. Tuba falopi merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik (lebih besar dari 90 %).



Kehamilan ektopik ialah kehamilan di tempat yang luar biasa. Tempat kehamilan yang normal ialah di dalam *cavum uteri*. Kehamilan ektopik dapat terjadi di luar rahim misalnya dalam tuba, ovarium atau rongga perut, tetapi dapat juga terjadi di dalam rahim di tempat yang luar biasa misalnya dalam cervix, pars interstitialis tuba atau dalam tanduk rudimenter rahim. Kehamilan ektopik adalah implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi di luar endometrium kavum uteri (Kapita Selekt Kedokteran, 2001).

2. Etiologi

Etiologi kehamilan ektopik terganggu telah banyak diselidiki, tetapi sebagian besar penyebabnya tidak diketahui. Beberapa faktor yang diduga berhubungan dengan penyebab kehamilan ektopik terganggu antara lain:

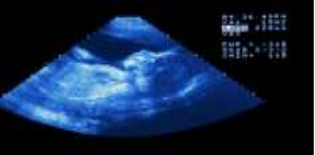
a. Faktor Mekanis

Hal-hal yang mengakibatkan terhambatnya perjalanan ovum yang dibuahi ke dalam kavum uteri, antara lain:

1. Salpingitis, terutama endosalpingitis yang menyebabkan aglutinasi silia lipatan mukosa tuba dengan penyempitan saluran atau pembentukan kantong-kantong buntu. Berkurangnya silia mukosa tuba sebagai akibat infeksi juga menyebabkan implantasi hasil zigot pada tuba falopii.
2. Adhesi peritubal setelah infeksi pasca abortus/infeksi pasca nifas, apendisitis, atau endometriosis, yang menyebabkan tertekuknya tuba atau penyempitan lumen
3. Kelainan pertumbuhan tuba, terutama divertikulum, ostium asesorius, dan hipoplasia namun ini jarang terjadi. Bekas operasi tuba memperbaiki fungsi tuba atau terkadang kegagalan usaha untuk memperbaiki patensi tuba pada sterilisasi.
4. Tumor yang mengubah bentuk tuba seperti mioma uteri dan adanya benjolan pada adneksia.
5. Penggunaan *intra uterine device* (IUD).

b. Faktor Fungsional

1. Migrasi eksternal ovum terutama pada kasus perkembangan duktus mulleri yang abnormal.
2. Refluks menstruasi.



3. Berubahnya motilitas tuba karena perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron..
4. Peningkatan daya penerimaan mukosa tuba terhadap ovum yang dibuahi.
5. Hal lain seperti riwayat kehamilan ektopik terganggu (KET) dan riwayat abortus induksi sebelumnya.

3. Klasifikasi

Kehamilan ektopik berdasarkan lokasinya antara lain:

- a. Tuba Falopii
- b. Uterus
- c. Ovarium
- d. Intraligamenter
- e. Abdominal
- f. Kombinasi kehamilan dalam dan luar uterus.

4. Patofisiologi

Tempat-tempat implantasi kehamilan ektopik antara lain ampula tuba (lokasi tersering, ismum, fimbriae, pars interstitialis, kornu uteri, ovarium, rongga abdomen, serviks, dan ligamentum kardinal. Zigot dapat berimplantasi tepat pada sel kolumnar tuba maupun secara interkolumnar. Pada keadaan yang pertama, zigot melekat pada ujung atau sisi jonjot, endosalping yang relatif sedikit mendapat suplai darah, sehingga zigot mati dan kemudian direabsorpsi.

Pada implantasi interkolumnar, zigot menempel di antara dua jonjot. Zigot yang telah bernidasi kemudian tertutup oleh jaringan endosalping yang menyerupai desidua, yang disebut pseudokapsul. Villi korialis dengan mudah menembus endosalping dan mencapai lapisan miosalping dengan merusak integritas pembuluh darah di tempat tersebut. Selanjutnya, hasil konsepsi berkembang dan perkembangannya tersebut di pengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu tempat implantasi, ketebalan tempat implantasi, dan banyaknya perdarahan akibat invasi trofoblas.

Seperti kehamilan normal, uterus pada kehamilan ektopik pun mengalami hipertropi akibat pengaruh hormon estrogen dan progesteron, sehingga tanda-tanda kehamilan seperti tanda Hegar dan Chadwick pun ditemukan. Endometrium pun berubah menjadi desidua,



meskipun tanpa trofoblas. Sel-sel epitel endometrium menjadi hipertropik, hiperkromatik, intinya menjadi lobular, dan sitoplasmanya bervakuola. Perubahan selular demikian disebut sebagai reaksi Arias-Stella. Karena tempat pada implantasi pada kehamilan ektopik tidak ideal untuk berlangsungnya kehamilan, suatu saat kehamilan akan terkompromi.

Kemungkinan yang dapat terjadi pada kehamilan ektopik adalah :

- a. Hasil konsepsi mati dini dan direabsorpsi
- b. Abortus ke dalam lumen tuba
- c. Ruptur dinding tuba

5. Manifestasi klinis

Gambaran klinik kehamilan ektopik sangat bervariasi tergantung dari ada tidaknya ruptur. Triad klasik dari kehamilan ektopik adalah nyeri, amenorrhea, dan perdarahan per vaginam. Pada setiap pasien wanita dalam usia reproduktif, yang datang dengan keluhan amenorrhea dan nyeri abdomen bagian bawah, harus selalu dipikirkan kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik.

Selain gejala-gejala tersebut, pasien juga dapat mengalami gangguan vasomotor berupa vertigo atau sinkop; mual, payudara terasa penuh, fatigue, nyeri abdomen bagian bawah, dan dispnea. Dapat juga ditemukan tanda iritasi diafragma apabila perdarahan intraperitoneal cukup banyak, berupa kram yang berat dan nyeri pada bahu atau leher, terutama saat inspirasi.

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan nyeri tekan pelvis, pembesaran uterus, atau massa pada adnexa. Namun tanda dan gejala dari kehamilan ektopik harus dibedakan dengan appendisitis, salpingitis, ruptur kista korpus luteum atau folikel ovarium. Pada pemeriksaan vaginal, timbul nyeri jika serviks digerakkan, kavum Douglas menonjol, dan nyeri pada perabaan.

Pada umumnya pasien menunjukkan gejala kehamilan muda, seperti nyeri di perut bagian bawah, vagina uterus membesar dan lembek, yang mungkin tidak sesuai dengan usia kehamilan. Tuba yang mengandung hasil konsepsi menjadi sukar diraba karena lembek.

Nyeri merupakan keluhan utama. Pada ruptur, nyeri terjadi secara tiba-tiba dengan intensitas tinggi disertai perdarahan, sehingga pasien dapat jatuh dalam keadaan syok. Perdarahan per vaginam menunjukkan terjadi kematian janin.



Amenorrhea juga merupakan tanda penting dari kehamilan ektopik. Namun sebagian pasien tidak mengalami amenorrhea karena kematian janin terjadi sebelum haid berikutnya.

6. Tanda dan gejala

Tanda :

- a. Nyeri abdomen bawah atau pelvis, disertai amenorrhea atau spotting atau perdarahan vaginal.
- b. Menstruasi abnormal.
- c. Abdomen dan pelvis yang lunak.
- d. Perubahan pada uterus yang dapat terdorong ke satu sisi oleh massa kehamilan, atau tergeser akibat perdarahan. Dapat ditemukan sel desidua pada endometrium uterus.
- e. Penurunan tekanan darah dan takikardi bila terjadi hipovolemi.
- f. Kolaps dan kelelahan
- g. Pucat
- h. Nyeri bahu dan leher (iritasi diafragma)
- i. Nyeri pada palpasi, perut pasien biasanya tegang dan agak gembung.
- j. Gangguan kencing

Gejala:

a. Nyeri:

Nyeri panggul atau perut hampir terjadi hampir 100% kasus kehamilan ektopik. Nyeri dapat bersifat unilateral atau bilateral, terlokalisasi atau tersebar.

b. Perdarahan

Dengan matinya telur desidua mengalami degenerasi dan nekrose dan dikeluarkan dengan perdarahan. Perdarahan ini pada umumnya sedikit, perdarahan yang banyak dari vagina harus mengarahkan pikiran kita ke abortus biasa. Perdarahan abnormal uterin, biasanya membentuk bercak, dan biasanya terjadi pada 75% kasus.

c. Amenorhea

Hampir sebagian besar wanita dengan kehamilan ektopik memiliki berkas perdarahan pada saat mereka mendapatkan menstruasi, dan mereka tidak menyadari bahwa mereka hamil.



7. Penatalaksanaan

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi. Dalam tindakan tersebut, beberapa hal harus diperhatikan dan dipertimbangkan, yaitu sebagai berikut:

- a. Kondisi ibu pada saat itu
- b. Keinginan ibu untuk mempertahankan fungsi reproduksinya
- c. Lokasi kehamilan ektopik
- d. Kondisi anatomis organ pelvis
- e. Kemampuan teknik bedah mikro dokter
- f. Kemampuan teknologi fertilasi *in vitro* setempat

Hasil pertimbangan ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi pada kehamilan tuba atau dapat dilakukan pembedahan konservatif. Apakah kondisi ibu buruk, misalnya dalam keadaan syok, lebih baik dilakukan salpingektomi. Pada kasus kehamilan ektopik di *pars ampularis* tuba yang belum pecah biasanya ditangani dengan menggunakan kemoterapi untuk menghindari tindakan pembedahan.

Karena kehamilan ektopik dapat mengancam nyawa, maka deteksi dini dan pengakhiran kehamilan adalah tatalaksana yang disarankan. Pengakhiran kehamilan dapat dilakukan melalui:

- a. Obat-obatan
Dapat diberikan apabila kehamilan ektopik diketahui sejak dini. Obat yang digunakan adalah methotrexate (obat anti kanker).
- b. Operasi
Untuk kehamilan yang sudah berusia lebih dari beberapa minggu, operasi adalah tindakan yang lebih aman dan memiliki angka keberhasilan lebih besar daripada obat- obatan. Apabila memungkinkan, akan dilakukan operasi laparaskopi.

Bila diagnosa kehamilan ektopik sudah ditegakkan, terapi definitif adalah pembedahan :

- a. *Laparotomi* : eksisi tuba yang berisi kantung kehamilan (*salpingo-ovarektomi*) atau insisi longitudinal pada tuba dan dilanjutkan dengan pemencetan agar kantung kehamilan keluar dari luka insisi dan kemudian luka insisi dijahit kembali.
- b. *Laparoskop* : untuk mengamati tuba falopii dan bila mungkin lakukan insisi pada tepi superior dan kantung kehamilan dihisap keluar tuba.



Operasi Laparoskopik : Salfingostomi

Bila tuba tidak pecah dengan ukuran kantung kehamilan kecil serta kadar β -hCG rendah maka dapat diberikan *injeksi methrotexate* ke dalam kantung gestasi dengan harapan bahwa trofoblas dan janin dapat diabsorpsi atau diberikan injeksi methrotexate 50 mg/m³ intramuskuler.

Syarat pemberian methrotexate pada kehamilan ektopik:

- Ukuran kantung kehamilan
- Keadaan umum baik (*"hemodynamically stabil"*)
- Tindak lanjut (evaluasi) dapat dilaksanakan dengan baik

Keberhasilan pemberian methrotexate yang cukup baik bila:

- Masa tuba
- Usia kehamilan
- Janin mati
- Kadar β -hCG

Kontraindikasi pemberian Methrotexate :

- Laktasi
- Status imunodefisiensi
- Alkoholisme
- Penyakit ginjal dan hepar
- Diskrasia darah
- Penyakit paru aktif
- Ulkus peptikum

Pasca terapi konservatif atau dengan methrotexate, lakukan pengukuran serum hCG setiap minggu sampai negatif. Bila perlu lakukan *"second look operation"*.

8. Komplikasi

Komplikasi kehamilan ektopik dapat terjadi sekunder akibat kesalahan diagnosis, diagnosis yang terlambat, atau pendekatan tatalaksana. Kegagalan penegakan diagnosis secara cepat dan tepat dapat mengakibatkan terjadinya ruptur tuba atau uterus, tergantung



lokasi kehamilan, dan hal ini dapat menyebabkan perdarahan masif, syok, DIC, dan kematian.

Komplikasi yang timbul akibat pembedahan antara lain adalah perdarahan, infeksi, kerusakan organ sekitar (usus, kandung kemih, ureter, dan pembuluh darah besar). Selain itu ada juga komplikasi terkait tindakan anestesi.

9. Pencegahan

Berhenti merokok akan menurunkan risiko kehamilan ektopik. Wanita yang merokok memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami kehamilan ektopik. Berhubungan seksual secara aman seperti menggunakan kondom akan mengurangi risiko kehamilan ektopik dalam arti berhubungan seks secara aman akan melindungi seseorang dari penyakit menular seksual yang pada akhirnya dapat menjadi penyakit radang panggul. Penyakit radang panggul dapat menyebabkan jaringan parut pada saluran tuba yang akan meningkatkan risiko terjadinya kehamilan ektopik.

10. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosis keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

- a. Defisit volume cairan yang berhubungan dengan ruptur pada lokasi implantasi sebagai efek tindakan pembedahan.
- b. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman nutrisi ke sel.
- c. Nyeri yang berhubungan dengan ruptur tuba falopi, pendarahan intraperitoneal.
- d. Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurang pemahaman atau tidak mengenal sumber-sumber informasi.



B. HIPEREMESIS GRAVIDARUM

1. Definisi

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan selama masa hamil, terjadi pada trimester pertama. Tidak seperti *morning sickness* yang biasa dan bisa menyebabkan dehidrasi dan kelaparan.

- a. Menurut Prof. Sarwono Prawirohardjo dalam *Buku Ilmu Kebidanan*, *hiperemesis gravidarum* adalah mual dan muntah yang terjadi pada kehamilan muda yang mengganggu pekerjaan sehari-hari dan keadaan umum ibu menjadi buruk.
- b. Menurut Prof. Dr. Rustam Mochtar, MPH dalam *Buku Sinopsis Obstetri*, *hiperemesis*
- c. *gravidarum* adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk dan terjadi dehidrasi.
- d. Menurut Prof. Ida Bagus, Gde Manuaba DSOG dalam *Buku Ilmu Kebidanan, Penyakit*
- e. *Kandungan Dan Keluarga Berencana*, *hiperemesis gravidarum* adalah mual dan muntah yang berkelanjutan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari dan menimbulkan kekurangan cairan dan terganggunya keseimbangan elektrolit.
- f. Menurut *Buku Obstetri Patologi*, *hiperemesis gravidarum* merupakan kondisi ketika seorang ibu memuntahkan segala apa yang dimakan dan diminum hingga berat badan menurun, turgor kulit kurang, dan timbul aseton dalam urine.

2. Etiologi Hiperemesis Gravidarum

- a. Peningkatan hormon estrogen
Peningkatan hormon ini membuat kadar asam lambung meningkat, hingga muncullah keluhan rasa mual. Keluhan ini biasanya muncul di pagi hari saat perut ibu dalam keadaan kosong dan terjadi peningkatan asam lambung.



b. Faktor HCG

Hormon *Human Chorionic Gonadotrophin* yang dihasilkan plasenta di awal kehamilan diduga merupakan penyebab timbulnya rasa mual. Tidak heran bila keluhan mual dan muntah biasanya akan mereda dengan sendirinya seiring bertambahnya usia kehamilan.

c. Perubahan metabolisme glikogen hati

Kehamilan menyebabkan metabolisme glikogen hati dan inilah yang diduga sebagai faktor pemicu keluhan mual dan muntah, karena metabolisme glikogen akan meningkatkan produksi keton. Kadar keton dalam darah menjadi pemicu munculnya keluhan mual dan muntah. Namun keluhan ini akan lenyap saat terjadi kompensasi metabolisme glikogen dalam tubuh.

d. Faktor psikologis

Seorang ibu yang tengah hamil muda, belum siap hamil, atau tidak menginginkan kehamilan lazimnya akan merasa sedemikian tertekan. Perasaan tertekan inilah yang semakin memicu mual dan muntah. Stres dapat meningkatkan produksi asam lambung yang dapat memicu munculnya mual.

3. Patofisiologi

Perasaan mual adalah akibat dari meningkatnya kadar estrogen, oleh karena keluhan ini terjadi pada trisemester pertama. Pengaruh fisiologis hormon estrogen masih belum jelas, mungkin berasal dari sistem saraf pusat atau akibat berkurangnya pengosongan lambung. Penyesuaian terjadi pada kebanyakan wanita hamil, meskipun demikian, mual dan muntah dapat berlangsung berbulan-bulan. Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil muda, bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak sebangunnya elektrolit dengan alkalosis hipokloremik. Belum jelas mengapa gejala-gejala ini terjadi pada sebagian kecil wanita, tetapi faktor psikologis merupakan faktor utama, disamping pengaruh hormonal. Yang jelas, wanita yang sebelum kehamilan sudah menderita lambung spastik dengan gejala tidak suka makan dan mual, akan mengalami emesis gravidarum yang lebih berat (Wiknjosastro, 1997).



Hiperemesis gravidarum ini dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi karena oksidasi lemak yang tidak sempurna, terjadilah ketosis dengan tertimbunnya asam aseton-asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam darah. Kekurangan cairan yang diminum dan kehilangan cairan karena muntah menyebabkan dehidrasi, sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida darah turun, demikian pula klorida air kemih. Selain itu dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi, sehingga aliran darah ke jaringan berkurang. Hal ini menyebabkan jumlah zat makanan dan oksigen ke jaringan berkurang pula dan tertimbunnya zat metabolik yang toksik. Kekurangan kalium sebagai akibat dari muntah dan bertambahnya ekskresi lewat ginjal, menambah frekuensi muntah yang lebih banyak, dan dapat merusak hati. Disamping dehidrasi dan terganggunya keseimbangan elektrolit, dapat terjadi robekan pada selaput lendir esofagus dan lambung (sindroma Mallory-Weiss), dengan akibat perdarahan gastrointestinal. Pada umumnya robekan ini ringan dan perdarahan dapat berhenti sendiri. Jarang sampai diperlukan transfusi atau tindakan operatif.

Muntah adalah cara saluran pencernaan bagian atas membuang isinya sendiri bila usus teriritasi, teregang, atau terangsang berlebihan. Impuls dihantarkan oleh *nervous vagus* dan aferens simpatis pusat muntah di medulla oblongata. Reaksi motorik yang sesuai kemudian diberikan untuk menyebabkan muntah, dan impuls motorik yang menyebabkan muntah sebenarnya dihantarkan dari pusat muntah melalui saraf otak ke-V, VII, IX, X, dan XII ke saluran cerna bagian atas dan melalui saraf spinal ke diafragma dan otot abdomen. Waktu pusat muntah sudah cukup dirangsang terjadi inspirasi dalam yang mengangkat os hoideus dan laring untuk mendorong sfingter esofageal terbuka, sehingga menutup glotis kemudian palatum molle untuk menutup nares posterior. Berikutnya timbul kontraksi kuat diafragma menuju ke bawah bersama semua otot abdomen. Hal ini memberi tekanan di lambung antara dua lapisan otot dan menimbulkan tekanan intra gastric yang tinggi. Akhirnya sfingter esofageal relaksasi, memungkinkan pengeluaran isi lambung ke atas melalui esofagus sehingga terjadi muntah.



4. Epidemiologi

Mual dan muntah terjadi pada 60%-80% wanita dengan kehamilan pertama (primigravida) dan 40-60% pada wanita yang sudah pernah hamil (multigravida). Satu di antara 1.000 kehamilan, gejala-gejala ini menjadi lebih berat. Perasaan mual disebabkan meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Umumnya wanita dapat menyesuaikan dengan keadaan ini, meski gejala mual dan muntah berat dapat berlangsung sampai 4 bulan. Pekerjaan sehari-hari menjadi terganggu dan keadaan umum menjadi buruk.

5. Manifestasi Klinis

Tidak ada batas jelas antara mual yang masih fisiologis dalam kehamilan dengan hiperemesis gravidarum. Tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh, sebaiknya ini dianggap sebagai hiperemesis gravidarum, yang menurut berat ringannya dapat dibagi ke dalam tiga tingkatan sebagai berikut :

Tingkat I

Muntah yang terus-menerus, timbul intoleransi terhadap makanan dan minuman, berat-badan menurun, nyeri epigastrium, muntah pertama keluar makanan, lendir dan sedikit empedu kemudian hanya lendir, cairan empedu dan terakhir keluar darah. Nadi meningkat sampai 100 kali per menit dan tekanan darah sistole menurun. Mata cekung dan lidah kering, turgor kulit berkurang dan urin masih normal.

Tingkat II

Gejala lebih berat, segala yang dimakan dan diminum dimuntahkan, haus hebat, subfebril, nadi cepat dan lebih 100-140 kali per menit, tekanan darah sistole kurang 80 mmHg, apatis, kulit pucat, lidah kotor, kadang ikterus ada, aseton ada, bilirubin ada dan berat-badan cepat menurun.

Tingkat III

Gangguan kesadaran (delirium-koma), muntah berkurang atau berhenti, ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung, bilirubin ada, dan proteinuria.



6. Penatalaksanaan

a. Medikamentosa :

- 1) Vitamin B Komplek (vitamin B1 dan B6) 2 ml
- 2) Vitamin C 1 amp
- 3) Antivomitus (Primperan inj. +/- oral) tranquiliser.
- 4) Antihistamin seperti dramamin dan avomin.
- 5) Antiemetik (metoklopramid hidrochlorid) 1 amp (10 mg), disiklomin hidrokloride atau khlorpromasin
- 6) Sedativa (obat yang punya efek mengantuk) yang sering diberikan adalah Phenobarbital
- 7) Pasang Infus D 10 % (2000 ml) + RL 5 % (2000 ml) per hari tiap botol tambahan. Stop makan atau minum dalam 24 jam pertama, bila membaik : boleh makan atau minum bertahap. Bila tetap : Stop makan minum untuk 24 jam kedua. Bila dalam 24 jam kedua tidak membaik, pertimbangan untuk rujukan
- 8) Rawat inap

b. Penatalaksanaan umum

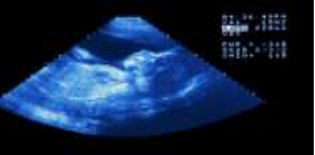
Pendekatan psikologis, terangkan bahwa itu merupakan gejala kehamilan muda, akan hilang sendiri setelah kehamilan 16 minggu. Hindari stres dan ketegangan dalam bentuk apa pun. Jangan pernah menganggap kehamilan sebagai beban, melainkan sebagai fase kehidupan baru yang menyenangkan.

- 1) Perbanyak istirahat, kurangi beban kerja sehari-hari dan beban psikologis.

Istirahat dan relaks akan sangat membantu mengatasi rasa mual muntah. Karena stress hanya akan memperburuk rasa mual. Cobalah beristirahat yang cukup dan santai, dengarkan musik, membaca buku bayi atau majalah kesayangan dan lain lain.

- 2) Pengaturan diet

- Mengingat peningkatan kadar asam lambung merupakan salah satu penyebab utama rasa mual, jangan biarkan perut dalam keadaan kosong. Pola makan diatur menjadi lebih sedikit porsi tapi lebih sering frekuensinya. Yang perlu diingat, ibu hamil tak perlu makan berlebihan.



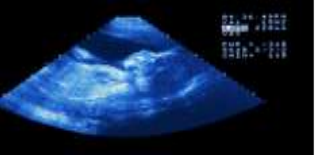
- Lambung yang mengalami perlukaan bisa sedikit terobati oleh makanan dan minuman yang segar dan hangat. Sekalipun hobi, sebaiknya menghindari dulu menyantap makanan pedas, asam, dan bersantan karena akan memperberat kerja lambung.
- Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi memakan roti kering dan teh hangat.
- Menghindari kekurangan karbohidrat dengan makan makanan yang tinggi karbohidrat dan protein seperti roti, kentang, atau biskuit, yang dapat untuk membantu mengatasi rasa mual.
- Banyak mengkonsumsi buah dan sayuran
- Minum air putih atau jus yang cukup untuk menghindari dehidrasi akibat muntah..
- Hindari minuman yang mengandung kafein dan karbonat.
- Jenis-jenis makanan yang diduga memicu perut kembung sebaiknya juga tidak dikonsumsi karena kondisi kembung akan membuat perut serasa terisi penuh padahal kosong.
- Walaupun tidak semua ibu hamil mengalaminya, banyak yang mengeluh merasa mual dan ingin muntah begitu mengonsumsi susu, termasuk susu yang diperuntukkan untuk ibu hamil. Keluhan ini tampaknya bisa diatasi dengan mengonsumsi susu formula tinggi vitamin B6

3) Pengobatan Tradisional

Biasanya orang menggunakan jahe dalam mengurangi rasa mual pada berbagai pengobatan tradisional. Penelitian di Australia menyatakan bahwa jahe dapat digunakan sebagai obat tradisional untuk mengatasi rasa mual dan aman untuk ibu dan bayi. Pada beberapa wanita hamil ada yang mengonsumsi jahe segar atau permen jahe untuk membantu mengatasi rasa mualnya.

4) Pemeriksaan Urin

Adakalanya ibu hamil mesti menjalani pemeriksaan urin di laboratorium untuk mengecek kadar keton dalam darah yang menjadi pemicu munculnya keluhan mual dan muntah. Kalau hasilnya positif, maka ibu mesti menjalani perawatan di rumah sakit. Asupan makanan pun harus melalui selang infus agar



lambung bisa beristirahat. Setelah sekitar 8 jam, barulah boleh mendapat asupan makanan secara oral. Namun pemberiannya harus bertahap, dari cair, semi padat, sampai padat.

C. ABORTUS

1. Definisi

Abortus didefinisikan sebagai berakhirnya masa kehamilan sebelum anak dapat hidup di dunia luar (Bagian Obgyn Unpad, 1999). Dapat pula didefinisikan sebagai pengeluaran atau ekstraksi janin atau embrio yang berbobot 500 gram atau kurang dari ibunya yang kira – kira berumur 20 sampai 22 minggu kehamilan (Hacker and Moore, 2001). Anak baru mungkin hidup di dunia luar kalau beratnya telah mencapai 1000 gram atau umur kehamilan 28 minggu.

2. Jenis Abortus, Macam Abortus, Definisi, Tanda dan Gejala

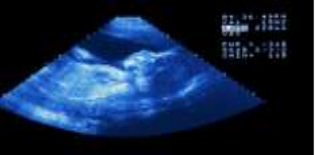
a. Abortus Spontan

Abortus spontan (terjadi dengan sendiri, keguguran) merupakan $\pm$ 20% dari semua abortus. Abortus spontan terdiri dari 7 (tujuh) macam, diantaranya :

1. *Abortus imminens* (keguguran mengancam) adalah abortus yang baru mengancam dan ada harapan untuk mempertahankan.

Tanda dan gejala:

- Perdarahan per-vaginal sebelum minggu ke 20.
- Kadang nyeri, terasa nyeri tumpul pada perut bagian bawah menyertai perdarahan.
- Nyeri terasa memilin karena kontraksi tidak ada atau sedikit sekali.
- Tidak ditemukan kelainan pada serviks.
- Serviks tertutup.



2. *Abortus incipiens* (keguguran berlangsung) adalah abortus yang sudah berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi.

Tanda dan gejala:

- Perdarahan per vaginam masif, kadang – kadang keluar gumpalan darah.
- Nyeri perut bagian bawah seperti kejang karena kontraksi rahim kuat.
- Serviks sering melebar sebagian akibat kontraksi.

3. *Abortus incomplete* (keguguran tidak lengkap) adalah buah kehamilan telah dilahirkan tetapi sebagian (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal di rahim.

Tanda dan gejala:

- Perdarahan per vaginam berlangsung terus walaupun jaringan telah keluar.
- Nyeri perut bawah mirip kejang.
- Dilatasi serviks akibat masih adanya hasil konsepsi di dalam uterus yang dianggap sebagai corpus allienum.
- Keluarnya hasil konsepsi (seperti potongan kulit dan hati)

4. *Abortus completus* (keguguran lengkap) adalah seluruh buah kehamilan telah dilahirkan lengkap. Kontraksi rahim dan perdarahan mereda setelah hasil konsepsi keluar.

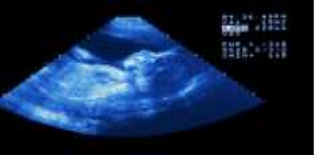
Tanda dan gejala:

- Serviks menutup.
- Rahim lebih kecil dari periode yang ditunjukkan amenorea.
- Gejala kehamilan tidak ada.
- Uji kehamilan negatif.

5. *Missed abortion* (keguguran tertunda) adalah keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke 22 tetapi tertahan di dalam rahim selama 2 bulan atau lebih setelah janin mati.

Tanda dan gejala:

- Rahim tidak membesar, malahan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin.
- Buah dada mengecil kembali.
- Gejala kehamilan tidak ada, hanya amenorea terus berlangsung.



6. Abortus habitualis (keguguran berulang-ulang) adalah abortus yang telah berulang dan berturut-turut, terjadi sekurang-kurangnya 3 kali berturut-turut.
7. Abortus febrilis adalah sbortus incompletus atau abortus incipiens yang disertai infeksi.
Tanda dan gejala:
 - Demam kadang – kadang menggigil.
 - Lochea berbau busuk.

b. Abortus provocatus

Abortus provocatus merupakan keguguran yang disengaja (digugurkan) merupakan penyebab 80% dari semua abortus.

Abortus provocatus terdiri dari 2 macam, diantaranya :

1. Abortus provocatus artificialis atau abortus therapeutics adalah pengguguran kehamilan dengan alat – alat dengan alasan bahwa kehamilan membahayakan membawa maut bagi ibu, misal ibu berpenyakit berat. Indikasi pada ibu dengan penyakit jantung (rheuma), hipertensi essensialis, atau karsinoma serviks.
2. Abortus provocatus criminalis adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah dan dilarang oleh hukum.

3. Etiologi Abortus

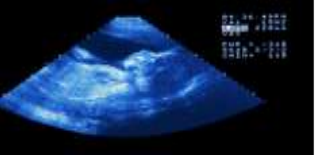
a. Kelainan telur

Kelainan telur menyebabkan kelainan pertumbuhan yang sedimikian rupa hingga janin tidak mungkin hidup terus, misalnya karena faktor endogen seperti kelainan kromosom (trisomi dan polyploidy).

b. Penyakit ibu

Berbagai penyakit ibu yang dapat menimbulkan abortus, yaitu:

- 1) Infeksi akut yang berat: pneumonia dan thypus dapat mneyebabkan abortus dan partus prematurus.
- 2) Kelainan endokrin, misalnya kekurangan progesteron atau disfungsi kelenjar gondok.
- 3) Trauma, misalnya laparatomi atau kecelakaan langsung pada ibu.
- 4) Gizi ibu yang kurang baik.
- 5) Kelainan alat kandungan:
 - Hypoplasia uteri.



- Tumor uterus
- Cerviks yang pendek
- Retroflexio uteri incarcerata
- Kelainan endometrium

6) Faktor psikologis ibu.

c. Faktor suami

Terdapat kelainan bentuk anomali kromosom pada kedua orang tua serta faktor imunologi yang dapat memungkinkan hospes (ibu) mempertahankan produk asing secara antigenetik (janin) tanpa terjadi penolakan.

d. Faktor lingkungan

Paparan dari lingkungan seperti kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol serta paparan faktor eksogen seperti virus, radiasi, zat kimia, memperbesar peluang terjadinya abortus.

4. Penatalaksanaan Abortus

a. Abortus imminens

Karena ada harapan bahwa kehamilan dapat dipertahankan, maka pasien:

- 1) Istirahat rebah (tidak usah melebihi 48 jam).
- 2) Diberi sedativa misal luminal, kodein, atau morfin.
- 3) Progesteron 10 mg sehari untuk terapi substitusi dan mengurangi kerentanan otot-otot rahim (misal gestanon).
- 4) Dilarang coitus sampai 2 minggu.

b. Abortus incipiens

Kemungkinan terjadi abortus sangat besar sehingga dilakukan:

- 1) Percepatan pengosongan rahim dengan oxytocin 2½ satuan tiap ½ jam se-banyak 6 kali.
- 2) Pengurangan nyeri dengan sedativa.
- 3) Jika ptocin tidak berhasil, dilakukan curetage asal pembukaan cukup besar.

c. Abortus incompletes

Harus segera kuretase atau secara digital untuk menghentikan perdarahan



d. Abortus febrilis

- 1) Pelaksanaan *curetage* ditunda untuk mencegah sepsis, kecuali perdarahan ba-nyak sekali.
- 2) Diberi antibiotika.
- 3) *Curetage* dilakukan setelah suhu tubuh turun selama 3 hari.

e. Missed abortion

- 1) Diutamakan penyelesaian missed abortion secara lebih aktif untuk mencegah perdarahan dan sepsis dengan *oxytocin* dan antibiotika. Segera setelah kematian janin dipastikan, segera diberi pitocin 10 satuan dalam 500cc *glucose*.
- 2) Untuk merangsang dilatasi serviks diberi laminaria stiff.

5. Penyulit Abortus

- a. Perdarahan hebat.
- b. Infeksi kadang-kadang sampai terjadi sepsis, infeksi dari tuba dapat menimbulkan kemandulan.
- c. Gagal ginjal disebabkan karena infeksi dan syok.
- d. Syok bakteri karena toksin.
- e. Perforasi saat *curetage*

6. Konsep Asuhan Keperawatan Ibu dengan Abortus

a. Pengkajian Data Fokus

Pada Ibu hamil dengan kasus abortus pada umumnya mengalami keluhan sebagai berikut:

- 1) Tidak enak badan.
- 2) Badan panas, kadang- kadang panas disertai menggigil dan panas tinggi.
- 3) Sakit kepala dan penglihatan terasa kabur.
- 4) Keluar perdarahan dari alat kemaluan, kadang-kadang keluar flek-flek darah atau perdarahan terus-menerus.
- 5) Keluhan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dirasakan melilit menyebar sampai ke punggung dan pinggang.
- 6) Keluhan perut dirasa tegang, keras seperti papan, dan kaku.
- 7) Keluhan keluar gumpalan darah segar seperti kulit mati dan jaringan hati dalam jumlah banyak.
- 8) Perasaan takut dan khawatir terhadap kondisi kehamilan.



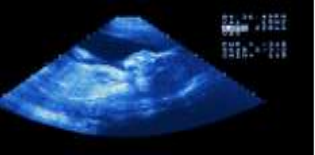
- 9) Ibu merasa cemas dan gelisah sebelum mendapat kepastian penyakitnya.
- 10) Nadi cenderung meningkat, tekanan darah meningkat, respirasi meningkat dan suhu meningkat.

Pemeriksaan Penunjang:

- 1) Pada pemeriksaan dalam ditemukan terdapat pembukaan serviks atau pada kasus abortus imminens sering ditemukan serviks tertutup dan keluhan nyeri hebat pada pasien.
- 2) Porsio sering teraba melunak pada pemeriksaan dalam, terdapat jaringan yang ikut keluar pada pemeriksaan.
- 3) Pemeriksaan kadar hemoglobin cenderung menurun akibat perdarahan.
- 4) Pemeriksaan kadar HCG dalam urine untuk memastikan kehamilan masih berlangsung.
- 5) Pemeriksaan auskultasi dengan funduskop dan doppler untuk memastikan kondisi janin.
- 6) Pemeriksaan USG untuk memastikan kondisi janin.

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri berhubungan dengan adanya kontraksi uterus, sekunder terhadap pelepasan separasi plasenta.
- 2) Risiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui rute normal dan atau abnormal (perdarahan).
- 3) Kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energy metabolik, peningkatan kebutuhan energi (status hipermetabolik); kebutuhan psikologis/emosional berlebihan; perubahan kimia tubuh; perdarahan.
- 4) Ketakutan/ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan); ancaman/perubahan pada status kesehatan, fungsi peran, pola interaksi; ancaman kematian; perpisahan dari keluarga (hospitalisasi, pengobatan), transmisi/penularan perasaan interpersonal.
- 5) Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan sekunder akibat perdarahan; prosedur invasif.



BAB 2

KOMPLIKASI KEHAMILAN LANJUT

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari BAB 2 ini, mahasiswa mampu menjelaskan kembali tentang :

1. Pendekatan proses preeklamsi
2. Pendekatan proses plasenta previa
3. Pendekatan proses solusio plasenta

A. PREEKLAMPSIA

1. Definisi

Preeklamsi merupakan penyulit dalam kehamilan yang kejadiannya senantiasa tinggi. Faktor ketidaktahuan tentang gejala awal oleh masyarakat merupakan penyebab keterlambatan pengambilan tindakan yang dapat berakibat buruk bagi ibu maupun janin.

Dari kasus kehamilan yang dirawat di rumah sakit, 3 – 5 % merupakan kasus preeklamsi atau eklamsi (Manuaba, 1998). Masih tingginya angka kejadian menunjukkan gambaran umum tingkat kesehatan ibu hamil dan tingkat kesehatan masyarakat pada umumnya. Besarnya efek komplikasi preeklamsi terhadap tingginya angka kematian ibu dan janin, sudah selayaknya dilakukan upaya pencegahan dan penanganan kasus preeklamsi.

Preeklamsi merupakan penyakit yang diderita oleh ibu hamil yang ditandai dengan adanya hipertensi, oedema, dan proteinuria, dimana gejalanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih (Rustam Muchtar, 1998).

Penyebab timbulnya gejala tersebut secara pasti belum diketahui, teori yang digunakan ilmuwan belum dapat menjawab beberapa hal berikut :



- a) Frekuensi bertambah banyak pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa.
- b) Sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan.
- c) Sebab jarang terjadinya preeklamsi pada kehamilan – kehamilan berikutnya.
- d) Sebab timbulnya hipertensi, oedema, dan proteinuria.

Dari semua gejala tersebut, gejala awal yang muncul adalah hipertensi, dimana untuk menegaskan diagnosa tersebut adalah kenaikan tekanan sistole sampai 30 mmHg atau lebih dibandingkan dengan tekanan darah sebelumnya. Kenaikan diastolik 15 mmHg atau menjadi 90 mmHg atau lebih. Untuk memastikan diagnosa tersebut harus dilakukan pemeriksaan tekanan darah minimal dua kali dengan jarak waktu 6 jam pada saat istirahat.

Oedema merupakan penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dengan kenaikan BB lebih dari 1 kg setiap minggunya selama beberapa kali, maka perlu adanya kewaspadaan akan timbulnya preeklamsi.

Proteinuria berarti konsentrasi protein dalam urin $>0,3$ gr/liter urin 24 jam atau pemeriksaan kuantitatif menunjukkan +1 atau +2 atau 1 gr/liter atau lebih dalam urin midstream yang diambil minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam. Proteinuria timbul lebih lambat dari dua gejala sebelumnya, sehingga perlu kewaspadaan jika muncul gejala tersebut.

2. Predisposisi Preeklamsi

- a) Penyakit tropoblastik
Terjadi pada 70% wanita dengan mola hidatidosa terutama pada usia kehamilan 24 minggu.
- b) Multigravida
Walaupun kejadian preeklamsi lebih besar pada primigravida, insidennya meningkat juga pada multipara, dimana kejadiannya mendekati 30%.
- c) Penyakit hipertensi kronik
- d) Penyakit ginjal kronik
- e) Hidramnion, gemeli
- f) Usia ibu > 35 tahun
- g) Cenderung genetic
- h) Memiliki riwayat preeklamsi
- i) DM, insiden 50 %
- j) Obesitas



3. Patofisiologi

Pada preeklamsia terdapat kepekaan yang lebih tinggi terhadap bahan-bahan vasoaktif, dibandingkan kehamilan normal. Fakta ini telah dibuktikan dengan penelitian prospektif dengan memakai bahan vasoaktif katekolamin atau angiotensin II. Pada kehamilan normal, kepekaan ini memang relatif lebih rendah, karena kadar angiotensin II dalam plasma memang lebih tinggi, sehingga refrakter terhadap rangsangan angiotensin II. Desakan darah normal terjadi kenaikan yang tinggi dari renin plasma, aktivitas renin, substrak renin, angiotensin II dan aldosteron. Tingginya kadar bahan-bahan tersebut sejalan dengan kenaikan volume plasma yang memang cukup tinggi, sehingga terjadi vasodilatasi.

Pada kehamilan normal, otot pembuluh darah resisten terhadap bahan-bahan pressor, dibandingkan kehamilan dengan hipertensi. Cardiac output (CO) pada kehamilan normal meningkat antara 25-50%. Peningkatan CO akan lebih tinggi bila ibu hamil tidur miring daripada tidur terlentang. Perbedaan ini dapat mencapai 21%. Kenaikan CO akibat kenaikan stroke volume (volume plasma) dan heart rate detak jantung, tetapi desakan darah relatif menurun. Kenaikan darah meningkat dengan signifikan sampai umur kehamilan 30-34 minggu.

Pada kehamilan normal, tahanan vaskuler dalam darah otak tidak berubah, tetapi pada kehamilan dalam hipertensi, tahanan vaskuler meningkat dalam otak sampai 50%. Aliran darah ke plasenta tergantung dari desakan darah ibu, yang memberi desakan perfusi sebanding dengan aliran darah ke plasenta.

Pada preeklamsia terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematokrit, dimana perubahan pokok pada preeklamsia yaitu mengalami spasme pembuluh darah, perlu adanya kompensasi hipertensi (suatu usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan tercukupi). Adanya spasme pembuluh darah menyebabkan perubahan-perubahan ke organ antara lain:

a) Otak

Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat, sehingga dapat menyebabkan terjadinya oedema cerebral yang bisa menimbulkan pusing dan cerebrovascular accident (CVA), serta kelainan visus pada mata.

b) Ginjal

Terjadi spasme arteriole glomerulus yang menyebabkan aliran darah ke ginjal berkurang maka terjadi filtrasi glomerulus negatif, dimana filtrasi natrium lewat glomerulus mengalami penurunan sampai



dengan 50% dari normal yang mengakibatkan retensi garam dan air, sehingga terjadi oliguri dan oedema.

c) Uri

Berkurangnya aliran darah ke plasenta menyebabkan gangguan plasenta maka akan terjadi Intrauterine Growth Restriction (IUGR), oksigenasi berkurang sehingga akan terjadi gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, serta kematian janin dalam kandungan.

d) Rahim

Peningkatan kepekaan otot rahim terhadap rangsang, sehingga dapat menyebabkan partus prematus.

e) Paru

Dekompensasi kordis yang akan menyebabkan oedema paru, sehingga oksigenasi terganggu dan sianosis, serta dapat terjadi gangguan pola nafas.

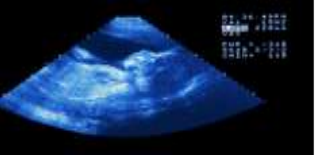
f) Hepar

Penurunan perfusi hati dapat mengakibatkan oedema hati, dan perdarahan subskapular sehinggasing menyebabkan nyeri epigastrium, serta ikterus.

4. Proses Keperawatan Preeklamsi

a) Anamnesa

- Nama, umur (biasanya sering terjadi pada primigravida < 20 tahun atau >35 tahun), agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, berapa kali menikah, dan berapa lama.
- Riwayat kesehatan ibu sekarang, terjadi peningkatan tekanan darah, oedema, pusing, nyeri epigastrium, mual, muntah, penglihatan kabur.
- Riwayat kesehatan ibu sebelumnya: penyakit jantung, ginjal, hipertensi, paru, DM.
- Riwayat kehamilan sekarang, kehamilan ke berapa, sudah pernah melakukan antenatal care, terjadi peningkatan tensi, oedema, pusing, nyeri epigastrium, mual muntah dan penglihatan kabur.
- Riwayat kehamilan yang lalu: riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion, riwayat kehamilan dengan preeklamsi atau eklamsi sebelumnya.
- Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, adalah hipertensi atau preeklamsi.



- Riwayat kesehatan keluarga yang menderita penyakit jantung, ginjal, hipertensi, dan gemeli.
- Pola pemenuhan nutrisi, jenis makanan yang dikonsumsi, baik makanan pokok maupun selingan.
- Pola istirahat
- Psikososial-spiritual, emosi, yang tidak stabil, dapat menyebabkan kecemasan.

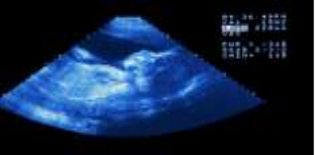
b) Pemeriksaan fisik

- Inspeksi: oedema tidak hilang dalam kurun waktu 24 jam
- Palpasi: mengidentifikasi tinggi fundus uteri, letak janin, lokasi oedema dengan menekan bagian tertentu dari tubuh
- Auskultasi: mendegarkan DJJ untuk mengidentifikasi ada nya fetal distress, kelainan jantung dan paru ibu.
- Perkusi: untuk mengidentifikasi reflek patela.

c) Pemeriksaan Diagnostik

- Pemeriksaan laboratorium :
Pada umumnya pemeriksaan laborat adalah normal, kecuali hematokrit, serum kretinin, pemecahan fibrin dan proteinuria.

Bahan	Hasil
a. Urinalisis	a. Proteinuria + >0,3 gr/l/24 jam
b. Srum total protein/albumin	b. Albumin +
c. Hematokrit	c. Meningkat
d. Asama urat	d. Meningkat
e. BUN dan kreatinin	e. normal/meningkat
f. Elektrolit	f. normal
g. AST (aspartat Aminofosfate)	g. Meningkat
h. Bilirubin	h. Meningkat
i. Platelet count	i. Menurun



- Pemeriksaan diagnostik :

- Untuk melihat gerakan janin - Letak plasenta - Denyut jantung janin - Kontraksi uterus - Untuk melihat kontaksi uterus - Denyut jantung janin	- Denyut Jantung Janin - Normal 120-160 x/mnt - Takikardia > 160 x/mnt - Bradikardia , 120 kali/menit - Gerakan janin : bersifat subjektif - Dalam 24 jam > 10 kali (aterm), Preterm >5 kali/24 jam
--	---

- Pemeriksaan lain-lain

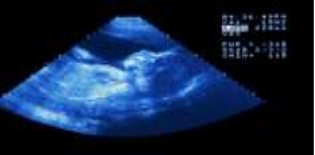
1. Foto rongent (X-Ray)
2. Electrocardiogram

- Konsultasi

1. Bagian penyakit mata
2. Bagian penyakit jantung
3. Bagian lain dengan indikasi

d) Diagnosa Keperawatan

- Risiko injury maternal berhubungan dengan disfungsi sistem vasospasme dan peningkatan tekanan darah
- Risiko injury janin berhubungan dengan penurunan perfusi jaringan plasenta
- Risiko Penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan vasospasme vaskuler
- Risiko terjadi perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan penurunan perfusi jaringan
- Risiko terjadinya cedera berhubungan dengan vasospasme cerebral (kejang)
- Ansietas berhubungan dengan keadaan penyakitnya
- Kurangnya pemenuhan kebutuhan oksigen berhubungan dengan disfungsi paru
- Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan disfungsi thermoregulasi
- Risiko terjadi perdarahan berhubungan dengan disfungsi hemolitik



- Nyeri berhubungan dengan efek disfungsi pada hepar
- Kurang pengetahuan berhubungan dengan inadekuatnya informasi
- Intoleransi aktivitas berhubungan dengan perawatan tirah baring
- Penurunan fungsi penglihatan berhubungan dengan disfungsi retina

B. PLASENTA PREVIA

1. Definisi

Plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi di sekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (Manuaba, 1998). Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. (Wiknjosastro, 2005)

2. Epidemiologi

Menurut Brenner dkk (1978), menemukan dalam paruh terakhir kehamilan, insiden plasenta previa sebesar 8,6 % atau 1 dari 167 kehamilan dalam paruh terakhir kehamilan, 20% diantaranya merupakan plasenta previa totalis (Williams, 847). Di RS. DR Cipto Mangunkusumo antara tahun 1971-1975, terjadi 37 kasus plasenta previa diantara 4.781 persalinan yang terdaftar atau kira-kira 1 diantara 125 persalinan terdaftar (Ilmu Kebidanan, 367). Kejadian plasenta previa adalah 0,4 - 0,6% dari keseluruhan persalinan (Acuan Nasional, 16).

Frekuensi plasenta previa pada primigravida yang berumur lebih 35 tahun kira-kira 10 kali lebih sering dibandingkan dengan primigravida yang berumur kurang dari 25 tahun. Pada grandemultipara yang berumur lebih dari 30 tahun kira-kira 4 kali lebih sering dari grandemultipara yang berumur kurang dari 25 tahun (Kloosterman, 1973).



3. Etiologi

Penyebab pasti dari plasenta previa belum diketahui sampai saat ini. Tetapi berkurangnya vaskularisasi pada segmen bawah rahim karena bekas luka operasi uterus, kehamilan molar, atau tumor yang menyebabkan implantasi plasenta jadi lebih rendah merupakan sebuah teori tentang penyebab plasenta previa.

Memang dapat dimengerti bahwa apabila aliran darah ke plasenta tidak cukup seperti pada kehamilan kembar maka plasenta yang letaknya normal sekalipun akan memperluaskan permukaannya sehingga mendekati atau menutupi sama sekali pembukaan jalan lahir. Selain itu, kehamilan multipel/ lebih dari satu yang memerlukan permukaan yang lebih besar untuk implantasi plasenta mungkin juga menjadi salah satu penyebab terjadinya plasenta previa. Dan juga pembuluh darah yang sebelumnya mengalami perubahan yang mungkin mengurangi suplai darah pada daerah itu, faktor predisposisi itu untuk implantasi rendah pada kehamilan berikutnya.

4. Klasifikasi

Ada 4 derajat abnormalitas plasenta previa yang didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu yaitu:

- a. Plasenta previa totalis, apabila seluruh pembukaan (ostium internus servisis) tertutup oleh jaringan plasenta
- b. Plasenta previa parsialis, apabila sebagian pembukaan (ostium internus servisis) tertutup oleh jaringan plasenta
- c. Plasenta previa marginalis, apabila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan (ostium internus servisis)
- d. Plasenta letak rendah, apabila plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus belum sampai menutupi pembukaan jalan lahir atau plasenta berada 3-4 cm diatas pinggir permukaan sehingga tidak akan teraba pada pembukaan jalan lahir

5. Patofisiologi

Pendarahan tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Perdarahan dapat terjadi selagi penderita tidur atau bekerja biasa, perdarahan pertama biasanya



tidak banyak, sehingga tidak akan berakibat fatal. Perdarahan berikutnya hampir selalu banyak daripada sebelumnya, apalagi kalau sebelumnya telah dilakukan pemeriksaan dalam. Sejak kehamilan 20 minggu segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat dari dinding uterus. Pada saat ini dimulai terjadi perdarahan darah berwarna merah segar.

Sumber perdarahan ialah sinus uterus yang terobek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus. Perdarahan tidak dapat dihindari karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahan, tidak sebagai serabut otot uterus untuk menghentikan perdarahan kala III dengan plasenta yang letaknya normal. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi, oleh karena itu perdarahan pada plasenta previa totalis akan terjadi lebih dini daripada plasenta letak rendah, yang mungkin baru berdarah setelah persalinan mulai. (Wiknjosostro, 1999 : 368)

6. Gejala Klinis

- a) Perdarahan tanpa nyeri, usia gestasi > 22 minggu
- b) Perdarahan berulang
- c) Perdarahan terjadi setelah miksi atau defekasi, aktivitas fisik, koitus
- d) Perdarahan permulaan jarang begitu berat. Biasanya perdarahan akan berhenti sendiri dan terjadi kembali tanpa diduga
- e) Warna perdarahan merah segar
- f) Adanya anemia dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah
- g) His biasanya tidak ada.
- h) Rasa tidak tegang saat palpasi
- i) DJJ terdengar
- j) Teraba jaringan plasenta dalam vagina
- k) Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul

7. Pemeriksaan Fisik

- a) Pemeriksaan luar bagian terbawah janin biasanya belum masuk pintu atas
- b) Pintu atas panggul ada kelainan letak janin
- c) Pemeriksaan inspekulo: perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum.



8. Pemeriksaan Diagnostik / penunjang

a) USG (Ultrasonografi)

Dapat mengungkapkan posisi rendah berbaring plasenta tapi apakah plasenta melapisi serviks tidak bisa diungkapkan

b) Sinar X

Menampakkan kepadatan jaringan lembut (lunak?) untuk menampakkan bagian- bagian tubuh janin.

c) Pemeriksaan laboratorium

Hemoglobin dan hematokrit menurun. Faktor pembekuan pada umumnya di dalam batas normal.

d) Pengkajian vaginal

Pengkajian ini akan mendiagnosa plasenta previa tapi seharusnya ditunda jika memungkinkan hingga kelangsungan hidup tercapai (lebih baik sesudah 34 minggu). Pemeriksaan ini disebut pula prosedur susunan ganda (double set-up procedure). Double set-up adalah pemeriksaan steril pada vagina yang dilakukan di ruang operasi dengan kesiapan staf dan alat untuk efek kelahiran secara cesar.

e) Isotop Scanning atau lokasi penempatan plasenta.

Amniocentesis, jika 35 – 36 minggu kehamilan tercapai, panduan ultrasound pada amniocentesis untuk menaksir kematangan paru-paru (rasio lecithin/spingomyelin [LS] atau kehadiran phosphatidygliserol) yang dijamin. Kelahiran segera dengan operasi direkomendasikan jika paru-paru fetal sudah matur.

9. Komplikasi

Pada ibu dapat terjadi perdarahan hingga syok akibat perdarahan anemia karena perdarahan, plasentitis dan endometritis pasca persalinan. Pada janin biasanya terjadi persalinan prematur dan komplikasinya seperti asfiksia berat.



10. Penatalaksanaan

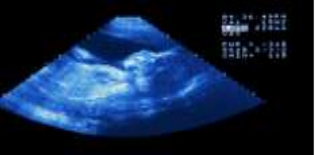
a) Penatalaksanaan umum plasenta previa:

- Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap ke kiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan tekanan rongga perut (misalnya batuk, mencedakan karena sulit buang besar)
- Perhatian: tidak dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan dalam pada perdarahan antepartum sebelum tersedia persiapan untuk seksio sesarea.
- Pemeriksaan inspekulo secara hati-hati, dapat menentukan sumber perdarahan berasal dari kanalis serviks atau sumber lain (servisititis, polip, keganasan, laserasi atau trauma). Meskipun demikian, adanya kelainan di atas menyingkirkan diagnosa plasenta previa.
- Perbaiki kekurangan cairan/darah dengan memberi infuse cairan I.V (NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat).
- Lakukan penilaian jumlah perdarahan. Jika perdarahan banyak dan berlangsung terus, persiapan seksio sesarea tanpa memperhitungkan usia kehamilan/prematuris.
- Terapi ekspektatif dengan tujuan supaya janin tidak terlahir prematur dan upaya diagnosis dilakukan secara non invasif.

b) Syarat Terapi Ekspektatif:

Syarat terapi ekspektatif antara lain:

- Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
- Belum ada tanda inpartu.
- Keadaan umum ibu cukup baik (kadar Hb dalam batas normal).
- Janin masih hidup.
- Rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotik profilaksis.
- Pemeriksaan USG untuk menentukan implantasi plasenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak, presentasi janin.
- Perbaiki anemia dengan pemberian sulfas ferosus atau ferosus fumarat per oral 60 mg selama 1 bulan.
- Pastikan tersedianya sarana untuk melakukan transfusi.
- Jika perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dirawat jalan (kecuali rumah pasien di luar kota atau diperlukan waktu >2 jam untuk mencapai rumah sakit) dengan pesan segera kembali ke RS jika terjadi perdarahan.



- Jika perdarahan berulang pertimbangkan manfaat dan risiko ibu dan janin untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dibandingkan dengan terminasi kehamilan.

c) Syarat Terapi Aktif

Rencanakan terminasi kehamilan jika :

- Janin matur
- Janin mati atau menderita anomali atau keadaan yang mengurangi kelangsungan hidupnya (misalnya anensefali).
- Pada perdarahan aktif dan banyak, segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang maturitas janin.
- Jika terdapat plasenta previa letak rendah dan perdarahan yang terjadi sangat sedikit, persalinan pervaginam masih mungkin. Jika tidak, lahirkan dengan seksio sesarea.
- Jika persalinan dengan seksio sesarea dan terjadi perdarahan dari tempat plasenta
- Jahit tempat perdarahan dengan benang.
- Pasang infuse oksitosin 10 unit 500 ml cairan IV (NaCl atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 60 tetes permenit, penanganan yang sesuai. Hal tersebut meliputi ligasi arteri atau histerektomi. Jika perdarahan terjadi pascapersalinan, segera lakukan.

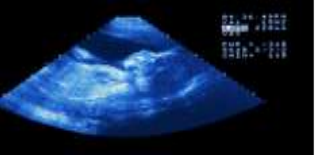
Penatalaksanaan pada kasus plasenta previa terbagi menjadi dua bagian yakni:

a) Penatalaksanaan Konservatif, bila:

- Kehamilan kurang dari 37 minggu
- Perdarahan tidak ada atau tidak banyak (Hb dalam batas normal)
- Tempat tinggal pasien dekat dengan rumah sakit (menempuh perjalanan tidak lebih dari 15 menit)

b) Perawatan Konservatif dapat berupa:

- Istirahat.
- Memberikan hematilik dan spasmolitik untuk mengatasi anemia.
- Memberikan anti biotik bila ada indikasi.
- Pemeriksaan USG, Hb, dan hematokrit.
- Bila selama tiga hari tidak terjadi perdarahan setelah melakukan pengawasan konserpatif maka lakukan mobilisasi bertahap. Pasien dipulangkan bila tetap tidak ada perdarahan. Bila timbul perdarahan segera bawa ke rumah sakit dan tidak boleh melakukan senggama.



- c) Penanganan Aktif, bila:
- Perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan.
 - Umur kehamilan 37 minggu atau lebih.
 - Anak mati.

Penanganan Aktif dapat berupa:

- Persalinan per vaginam
- Persalinan per abdominal
- Penderita disiapkan untuk pemeriksaan dalam di atas meja operasi (double set up) yakni dalam keadaan siap operasi.

C. SOLUSIO PLASENTA

1. Definisi

Solutio plasenta adalah lepasnya plasenta dengan implantasi normal sebelum waktunya pada kehamilan yang berusia di atas 28 minggu. (Mansjoer, 2001). Solutio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir, dengan masa kehamilan 22 minggu sampai 28 minggu / berat janin di atas 500 gr. Menurut Achadiat (2003), solutio plasenta merupakan suatu keadaan dalam kehamilan viable, di mana plasenta yang tempat implantasinya normal (pada fundus atau korpus uteri) terkelupas atau terlepas sebelum kala III (Achadiat, 2003).

2. Etiologi

Sebab primer Solutio Plasenta belum jelas, tapi diduga bahwa hal-hal tersebut dapat disebabkan karena:

- a) Hipertensi dalam kehamilan (penyakit hipertensi menahun, preeklamsia, eklamsia)
- b) Multiparitas, umur ibu yang tua.
- c) Tali pusat pendek.
- d) Uterus yang tiba-tiba mengecil (hidramnion, gemelli anak ke-2).
- e) Tekanan pada vena cava inferior.
- f) Defisiensi gizi, defisiensi asam folat.
- g) Trauma



Disamping itu ada pengaruh beberapa hal berikut ini:

- a) Umur lanjut
- b) Multiparitas
- c) Defisiensi ac. Folicum
- d) Defisiensi gizi
- e) Merokok
- f) Konsumsi alkohol
- g) Penyalahgunaan kokain

3. Patofisiologi

Terjadinya solusio plasenta dipicu oleh perdarahan ke dalam desidua basalis yang kemudian terbelah dan meningkatkan lapisan tipis yang melekat pada mometrium sehingga terbentuk hematoma desidua yang menyebabkan pelepasan, kompresi dan akhirnya penghancuran plasenta yang berdekatan dengan bagian tersebut.

Ruptur pembuluh arteri spiralis desidua menyebabkan hematoma retro plasenta yang akan memutuskan lebih banyak pembuluh darah, hingga pelepasan plasenta makin luas dan mencapai tepi plasenta, karena uterus tetap berdistensi dengan adanya janin, uterus tidak mampu berkontraksi optimal untuk menekan pembuluh darah tersebut. Selanjutnya darah yang mengalir keluar dapat melepaskan selaput ketuban.

4. Klasifikasi Solusio Plasenta

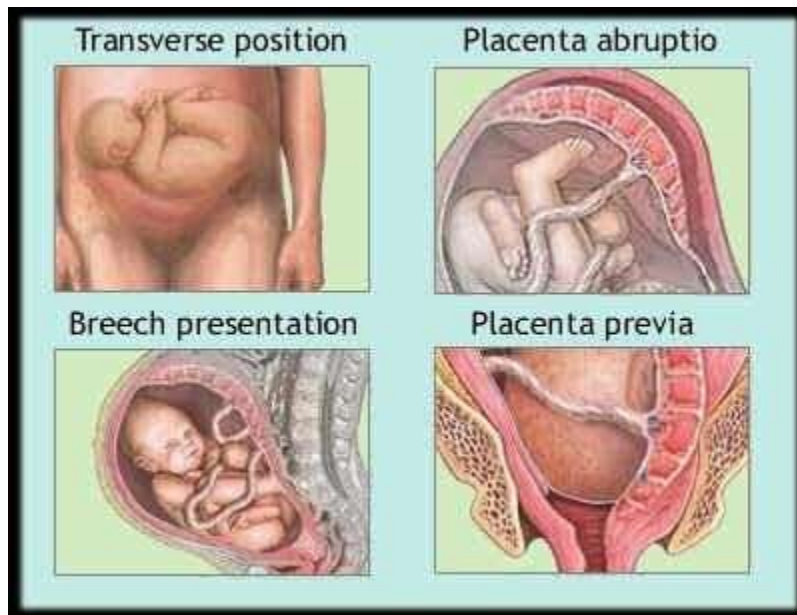
Plasenta yang terlepas semuanya disebut Solusio Plasenta Totalis. Plasenta yang terlepas sebagian disebut Solusio Plasenta Parsial. Plasenta yang terlepas hanya sebagian kecil pinggir plasenta disebut Ruptura Sinus Marginalis.

Solusio Plasenta dibagi menjadi tiga:

- a) Solutio Plasenta ringan
 - Tanpa rasa sakit
 - Pendarahan kurang dari 500cc warna akan kehitam-hitaman
 - Plasenta lepas kurang dari 1/5 bagian
 - Fibrinogen diatas 250mg %
- b) Solutio Plasenta sedang
 - Bagian janin masih teraba
 - Pendarahan antara 500-100cc



- Terjadi fetal distress
 - Plasenta lepas kurang dari 1/3 bagian
- c) Solutio Plasenta berat
- Abdomen nyeri, palpasi janin suka
 - Janin telah meninggal



Gambar Solusio Plasenta

5. Manifestasi Klinis

a) Anamnesis

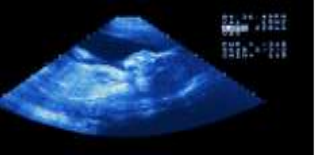
Perdarahan biasanya pada trimester ketiga, perdarahan pervaginam berwarna kehitam-hitaman yang sedikit sekali dan tanpa rasa nyeri sampai dengan yang disertai nyeri perut, uterus tegang perdarahan pervaginam yang banyak, syok dan kematian janin intra uterin.

b) Pemeriksaan Fisik

Tanda vital dapat normal sampai menunjukkan tanda syok.

c) Pemeriksaan Obstetri

Nyeri tekan uterus dan tegang, bagian-bagian janin yang sukar dinilai, denyut jantung janin sulit dinilai / tidak ada, air ketuban berwarna kemerahan karena tercampur darah.



d) Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan laboratorium darah: hemoglobin, hemotokrit, trombosit, waktu protombin, waktu pembekuan, waktu tromboplastin, parsial, kadar fibrinogen, dan elektrolit plasma.
- Cardiotokografi untuk menilai kesejahteraan janin.
- USG untuk menilai letak plasenta, usia gestasi dan keadaan janin.

6. Komplikasi

a) Langsung (immediate)

- Perdarahan
- Infeksi
- Emboli

b) Tidak langsung (delayed)

- Couvelair uterus, sehingga kontraksi tidak baik, menyebabkan perdarahan post partum.
- Hipofibrinogenemia dengan perdarahan post partum.
- Nekrosis korteks neralis, menyebabkan anuria dan uremia
- Kerusakan-kerusakan organ seperti hati dan hipofisis.

c) Tergantung luas plasenta yang terlepas dan lamanya solusio plasenta berlangsung.

Komplikasi pada ibu ialah perdarahan, koagulopati konsumtif (kadar fibrinogen kurang dari 150 mg % dan produk degradasi fibrin meningkat), oliguria, gagal ginjal, gawat janin, kelemahan janin dan apopleksia utero plasenta (uterus couvelar). Bila janin dapat diselamatkan, dapat terjadi komplikasi asfiksia, berat badan lahir rendah dan sindrom gagal nafas.

7. Penatalaksanaan

- Harus dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas operasi.
- Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap ke kiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan tekanan rongga perut.
- Pasang infus cairan NaCl fisiologi. Bila tidak memungkinkan, berikan cairan peroral.
- Pantau tekanan darah dan frekuensi nadi tiap 15 menit untuk mendeteksi adanya hipotensi/ syok akibat perdarahan. Pantau pula BJJ dan pergerakan janin.

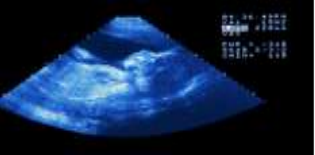


- e) Bila terdapat renjatan, segera lakukan resusitasi cairan dan tranfusi darah, bila tidak teratasi, upayakan penyelamatan optimal. Bila teratasi perhatikan keadaan janin.
- f) Setelah renjatan diatasi pertimbangkan seksio sesarea bila janin masih hidup atau persalinan per vaginam diperkirakan akan berlangsung lama. Bila renjatan tidak dapat diatasi, upayakan tindakan penyelamatan optimal.
- g) Setelah syok teratasi dan janin mati, lihat pembukaan. Bila lebih dari 6 cm pecahkan ketuban lalu infus oksitosin. Bila kurang dari 6 cm lakukan seksio sesarea .
- h) Bila tidak terdapat renjatan dan usia gestasi kurang dari 37 minggu / taksiran berat janin kurang dari 2.500 gr. Penganganan berdasarkan berat / ringannya penyakit yaitu: a. Solusi plasenta ringan
Ekspektatif, bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, kontraksi uterus tidak ada, janin hidup) dengan tirah baring atasi anemia, USG & KTG serial, lalu tunggu persalinan spontan.

Aktif, bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus, uterus berkontraksi, dapat mengancam ibu/ janin) usahakan partus per vaginam dengan amnintomi/infus oksitosin bila memungkinkan. Jika terus perdarahan skor pelvik kurang dari 5 atau persalinan masih lama, lakukan seksio sesarea.

b. Solusio plasenta sedang / berat

Resusitasi cairan. Atasi anemia dengan pemberian tranfusi darah. Partus per vaginam bila diperkirakan dapat berkurang dalam 6 jam per abdomen bila tidak dapat renjatan, usia gestasi 37 minggu / lebih / taksiran berat janin 2.500 gr/ lebih, pikirkan partus per abdomen bila persalinan per vaginam diperkirakan berlangsung lama.



BAB 3

PENYAKIT YANG MENYERTAI KEHAMILAN

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari BAB 3 ini, mahasiswa mampu menjelaskan kembali tentang :

1. Ibu hamil dengan diabetes mellitus
2. Ibu hamil dengan penyakit jantung
3. Ibu hamil dengan anemia
4. Ibu hamil dengan HIV AIDS

A. IBU HAMIL DENGAN DIABETES MELLITUS (DMG)

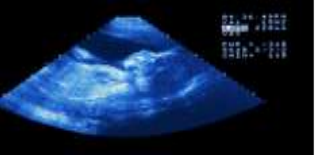
1. Definisi

Diabetes mellitus gestasional (DMG) didefinisikan sebagai derajat apapun intoleransi glukosa dengan onset atau pengakuan pertama selama kehamilan. (WHO, 2011).

2. Etiologi

Selama kehamilan, peningkatan hormon yang dihasilkan oleh plasenta menyebabkan terganggunya intoleransi glukosa progresif (kadar gula darah yang lebih tinggi). Untuk mencoba menurunkan kadar gula darah, tubuh membuat insulin lebih banyak supaya sel mendapat glukosa bagi memproduksi sumber energi.

Biasanya pankreas ibu mampu memproduksi insulin lebih (sekitar tiga kali jumlah normal) untuk mengatasi efek hormon kehamilan pada tingkat gula darah. Namun, jika pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang cukup untuk mengatasi efek dari peningkatan hormon selama kehamilan, kadar gula darah akan naik, mengakibatkan DMG.



3. Faktor Risiko

a) Riwayat kebidanan:

- 1) Beberapa kali keguguran
- 2) Riwayat pernah melahirkan anak mati tanpa sebab jelas
- 3) Riwayat pernah melahirkan bayi dengan cacat bawaan
- 4) Pernah melahirkan bayi > 4000 gram
- 5) Pernah preeklampsia
- 6) Polihidramnion

b) Riwayat Ibu

- 1) Umur ibu hamil > 30 tahun
- 2) Riwayat DM dalam keluarga
- 3) Pernah DMG pada kehamilan sebelumnya
- 4) Infeksi saluran kemih berulang-ulang selama hamil

4. Penyulit Pada Ibu Dan Bayi Sebagai Dampak DMG

a) Ibu

- 1) Pre eklampsia
- 2) Polihidramnion
- 3) Infeksi saluran kemih
- 4) Persalinan seksio sesarea
- 5) Trauma persalinan akibat bayi besar

b) Perinatal

- 1) Makrosomia
- 2) Cacat bawaan
- 3) Hipoglikemia
- 4) Hipokalsemia dan hipomagnesemia
- 5) Hiperbilirubinemia
- 6) Polisitemia hematologis
- 7) Asfiksia perinatal
- 8) Sindrom gawat napas neonatal

5. Penanganan Umum

- #### a) Penatalaksanaan DMG dilakukan secara terpadu oleh spesialis penyakit dalam, spesialis obstetrik ginekologi, ahli gizi dan spesialis anak. Tujuan penanganan adalah mencapai dan mempertahankan keadaan normoglikemia sejak hamil hingga persalinan, yaitu kadar glukosa darah puasa < 105 mg/dl dan dua jam sesudah makan < 120 mg/dl. Tindakan yang dilakukan untuk mencapai sasaran

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 44



tersebut yaitu: Perencanaan makan yang sesuai dengan kebutuhan, Pemantauan glukosa darah sendiri di rumah, Pemberian insulin bila belum tercapai normoglikemia dengan perencanaan makanan. Segera setelah pasien didiagnosis DMG, maka dilakukan pemeriksaan glukosa darah puasa dan 2 jam sesudah makan untuk menentukan langkah penatalaksanaan.

- b) Bila kadar glukosa darah puasa > 130 mg/dl pasien langsung diberikan insulin disamping perencanaan makanan, terutama pada penderita yang terdiagnosis setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu
- c) Bila kadar glukosa darah puasa < 130 mg/dl, dimulai dengan perencanaan makan saja dulu.
- d) Monitor kesejahteraan janin.
- e) Saat melahirkan janin disesuaikan dengan kemampuan control gula darah dan kesejahteraan janin. Pada kelahiran per vaginam perhitungkan kemungkinan terjadinya kesulitan Karena makrosomia.

6. Asuhan Keperawatan pada Ibu DMG

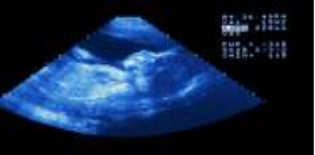
a) *Komplikasi potensial diabetes pada kehamilan: hiperglikemia dan ketoasidosis diabetik maternal*

- 1) Jelaskan tanda dan gejala hiperglikemia
- 2) Ajarkan penatalaksanaan diet
- 3) Pantau glukosa darah
- 4) Ajarkan pemberian insulin
- 5) Ajarkan program latihan fisik yang dianjurkan
- 6) Jelaskan faktor-faktor risiko (infeksi, cedera, penyakit, stress, kurang latihan fisik, diet)
- 7) Rujuk ke ahli gizi
- 8) Anjurkan untuk membawa insulin dan spuit saat keluar rumah
- 9) Siapkan untuk kelahiran janin melalui vagina atau pembedahan jika terdeteksi adanya penebaran atau insufisiensi plasenta.

b) *Komplikasi potensial diabetes pada kehamilan: restriksi pertumbuhan intrauteri*

- 1) Lakukan USG
- 2) Lakukan NST tiap minggu pada usia kehamilan 28 hingga 32 minggu, kemudian dua kali seminggu setelah 32 minggu
- 3) Kaji tinggi fundus dan lakukan perasat Leopold
- 4) Pantau adanya pre eklampsia

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 45



- 5) Pantau dan kontrol kadar glukosa darah dengan diet, istirahat dan latihan fisik yang seimbang, pengendalian stresor serta obat-obatan.

B. IBU HAMIL DENGAN PENYAKIT JANTUNG

1. Pendahuluan

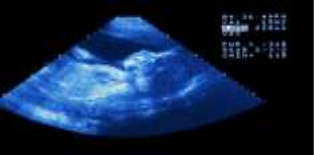
Pada keadaan kehamilan sampai nifas secara normal terjadi beberapa perubahan mendasar yang dapat menjadi masalah bagi ibu hamil, yaitu sebagai berikut:

- a) Terjadi metabolisme yang meningkat pada ibu hamil karena tumbuh kembang janin intrauteri 20-25%.
- b) Terjadi retensi air dan garam sekitar 6-8%.
- c) Terdapat arterio-venous *shunt* melalui sirkulasi retroplasenta.
- d) Terjadi perubahan posisi jantung dan pembuluh darah besar.
- e) Terdapat masa-masa yang menimbulkan gagal jantung mendadak diantaranya umur kehamilan 32-34 minggu saat puncak hemodilusi, saat inpartu dengan proses mengejan, segera setelah persalinan dalam waktu 12-24 jam dimana darah kembali ke sirkulasi umum sebanyak 600 cc.

2. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda dekompensasi jantung dan gagal jantung kongestif:

- a) Suara paru-paru abnormal, dengan atau tanpa batuk, masih berbunyi abnormal saat wanita dengan gagal jantung kongestif mengambil nafas dalam 2 atau 3 kali
- b) Peningkatan ketidakmampuan melakukan aktivitas normal
- c) Peningkatan kesulitan bernafas (dyspnea) saat menggunakan tenaga berlebihan (berbeda dari normal dyspnea yang terjadi saat kehamilan akibat hiperventilasi karena peningkatan progesteron)
- d) Hemoptysis
- e) Sianosis
- f) Edema pada bagian bawah kaki dan tangan (berbeda dari normal "*dependent edema*" saat kehamilan).



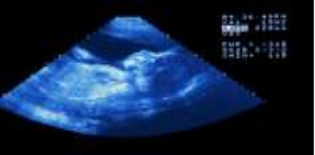
3. Klasifikasi Penyakit Jantung dalam Kehamilan

New York Heart Association (NYHA) mengklasifikasikan penyakit jantung menurut gejala sebagaimana tertera pada tabel berikut:

Kelas	Gejala
Kelas I	Pasien yang aktivitas fisiknya tidak terganggu oleh penyakit jantung. Aktivitas biasa tidak menimbulkan gejala seperti kelelahan, palpitasi, <i>dyspnea</i> , dan angina.
Kelas II	Pasien yang mengalami sedikit keterbatasan dalam aktivitas fisik akibat penyakit jantung. Pasien merasa nyaman saat istirahat, tetapi aktivitas fisik biasa akan memicu timbulnya gejala.
Kelas III	Pasien yang mengalami keterbatasan fisik secara bermakna akibat penyakit jantung. Pasien merasa nyaman saat istirahat, tetapi aktivitas fisik yang lebih sedikit dari biasa akan memicu timbulnya gejala.
Kelas IV	Pasien yang tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa disertai rasa nyeri secara fisik akibat penyakit jantung. Gejala dapat dirasakan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan tersebut meningkat jika melakukan aktivitas fisik apapun.

4. Penatalaksanaan Penyakit Jantung yang Menyertai Kehamilan

Penanganan wanita hamil dengan penyakit jantung, yang sebaiknya dilakukan dalam kerjasama dengan ahli penyakit dalam atau kardiolog, banyak ditentukan oleh kemampuan fungsional jantungnya. Pengobatan dan penatalaksanaan penyakit jantung dalam kehamilan tergantung pada derajat fungsionalnya, dan ini harus ditentukan pada setiap kunjungan pemeriksaan hamil. Berikut penatalaksanaan penyakit jantung dalam kehamilan tergantung pada derajat fungsionalnya.



Kelas	Gejala
Kelas I	Tidak ada pengobatan tambahan yang dibutuhkan.
Kelas II	Umumnya penderita pada keadaan ini tidak membutuhkan pengobatan tambahan, tetapi mereka harus menghindari aktivitas yang berlebihan, terutama pada kehamilan usia 28-32 minggu. Bila kondisi sosial tidak menguntungkan atau terdapat tanda-tanda perburukan dari jantung, maka penderita harus dirawat.
Kelas III	Yang terbaik bagi penderita dalam keadaan seperti ini adalah dirawat di rumah sakit selama hamil, terutama pada usia kehamilan 28 minggu. Biasanya dibutuhkan pemberian diuretika.
Kelas IV	Penderita dalam keadaan seperti ini memiliki risiko yang besar dan harus dirawat di rumah sakit selama kehamilannya.

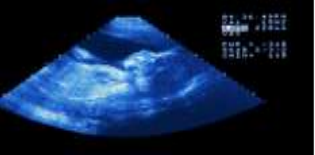
5. Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Penyakit Jantung

a) Komplikasi potensial penyakit jantung pada kehamilan: dekompensasi jantung

- 1) Tekankan pentingnya menemui penyedia layanan kesehatan primer setiap 2 minggu pada pertengahan pertama kehamilan dan tiap minggu sesudahnya
- 2) Pada tiap kunjungan, pantau TD, denyut jantung, dan frekuensi pernapasan serta bandingkan dengan nilai dasar sebelum kehamilan
- 3) Klasifikasikan kembali ibu menurut system klasifikasi NYHA
- 4) Diskusikan perlunya membatasi natrium dalam diet
- 5) Anjurkan klien untuk istirahat dengan posisi rekumben lateral kiri
- 6) Tingkatkan nutrisi prenatal yang baik
- 7) Jelaskan pembatasan aktivitas
- 8) Jelaskan tanda dan gejala dekompensasi jantung

b) Komplikasi potensial penyakit jantung dalam kehamilan: retardasi pertumbuhan janin

- 1) Lakukan NST mulai usia gestasi 32 minggu pada tiap kunjungan klinik
- 2) Pantau status janin setiap melakukan pengkajian pada ibu: yang mencakup DJJ dan viabilitas



- 3) Ukur tinggi fundus
- 4) Lakukan USG serial
- 5) Jelaskan pengaruh dekompensasi jantung terhadap sirkulasi plasenta dan perfusi jaringan janin
- 6) Mulai minggu ke 29 instruksikan penggunaan metode untuk mengkaji pergerakan janin setiap hari.

C. IBU HAMIL DENGAN PENYAKIT ANEMIA

1. Definisi Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar hemoglobin < 10,5gr% pada trimester II. Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk memenuhi organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang.

2. Penyebab Anemia pada Ibu Hamil

Sekitar 50% dari seluruh jenis anemia diperkirakan akibat dari defisiensi besi (Susiloningtyas, 2012). Anemia zat besi menurut WHO disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut:

a) *Usia*

Perempuan pada usia reproduksi akan memiliki risiko untuk mengalami anemia zat besi karena kehilangan darah secara fisiologis.

b) *Jenis Kelamin*

Remaja perempuan saat mengalami *menarche* sering tidak mengonsumsi zat besi secara cukup, sehingga berdampak pada timbulnya anemia zat besi.

c) *Kondisi Fisiologis*

Selama kehamilan diperlukan tambahan zat besi sebesar 700-850 mg. Jika selama kehamilan, ibu hamil tidak mendapatkan zat besi secara cukup maka berisiko untuk terjadi anemia zat besi

d) *Kondisi Patologis*

Kondisi infeksi akut atau kronis akan berdampak pada gangguan hematopoiesis dan menyebabkan anemia. Penyakit malaria dan beberapa infeksi parasit seperti cacing, trichuriasis, amoebiasis

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 49



dan schistosomiasis dapat menyebabkan kehilangan darah secara langsung yang berdampak pada kondisi anemia defisiensi besi.

e) *Lingkungan*

Diet yang rendah kandungan zat besi atau cukup jumlah zat besi namun memiliki bioavailabilitas yang rendah juga mempengaruhi timbulnya anemia zat besi. Kurangnya nutrisi penting untuk hematopoiesis dapat berdampak pada kondisi defisiensi, seperti asam folat, vitamin A, B12, C, protein, *copper* dan mineral lainnya.

f) *Sosial Ekonomi*

Kondisi anemia zat besi umumnya terjadi pada kelompok dengan status sosial ekonomi yang rendah.

Terdapat tiga penyebab anemia defisiensi zat besi, yaitu (1) kehilangan darah secara kronik sebagai dampak perdarahan kronis, seperti pada penyakit ulkus peptikum, hemoroid, infeksi parasit, dan proses keganasan; (2) asupan zat besi tidak cukup dan penyerapan tidak adekuat; dan (3) peningkatan kebutuhan akan zat besi untuk pembentukan sel darah merah yang lazim berlangsung pada masa pertumbuhan bayi, masa pubertas, masa kehamilan, dan menyusui (Arisman, 2010).

3. Pengaruh Anemia terhadap Kehamilan

Penyulit-penyulit yang dapat timbul akibat anemia adalah: keguguran (aborts), kelahiran prematur, persalinan yang lama, perdarahan pasca melahirkan karena tidak adanya kontraksi otot rahim (atonia uteri), syok, infeksi, serta anemia yang berat ($< 4 \text{ gr\%}$) dapat menyebabkan dekompensasi kardis (Wiknjosastro, 2005).

4. Pencegahan Anemia Ibu Hamil

Pencegahan anemia dapat dilakukan melalui 5 hal yaitu

- a) Pemberian suplementasi tablet besi.
- b) Pendidikan pada ibu hamil tentang bahaya yang mungkin terjadi akibat anemia.
- c) Modifikasi makanan. Pencegahan anemia ibu hamil dapat dilakukan dengan cara meningkatkan konsumsi zat besi dari makanan, mengonsumsi pangan hewani, dan memakan beraneka ragam makanan yang memiliki vitamin yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi seperti vitamin C



- d) Pengawasan penyakit cacingan dan infeksi.
- e) Pengaturan jarak kehamilan

Untuk meningkatkan proses absorpsi tablet suplemen zat besi, maka perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut dalam mengkonsumsi tablet suplemen zat besi:

- a) Minum tablet tambah darah dengan air jeruk, agar penyerapan zat besi dalam tubuh dapat berjalan dengan baik atau paling tidak dengan air putih.
- b) Sebaiknya diminum setelah makan malam disertai buah-buahan untuk membantu proses penyerapan, karena kandungan vitamin C pada buah dapat membantu penyerapan zat besi.
- c) Tidak minum tablet tambah darah bersamaan dengan susu, teh, tablet calcium (Kalk), karena akan menghambat penyerapan zat besi.
- d) Kemasan tablet tambah darah yang telah dibuka harus ditutup kembali dengan rapat.

5. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Anemia

- a) Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh (untuk zat besi) Intervensi keperawatan:
 - 1) Pantau keadekuatan asupan zat besi selama 24 jam terakhir
 - 2) Kaji pengetahuan mengenai makanan kaya zat besi dan jumlah yang dibutuhkan untuk kehamilan yang sehat
 - 3) Pantau motivasi untuk mematuhi perubahan diet
 - 4) Kaji pilihan makanan dan perubahan diet menurut budaya/agama
 - 5) Pantau frekuensi mual dan muntah
 - 6) Pantau kadar Hb dan Ht
 - 7) Pantau pengkajian tingkat energi dengan menggunakan skala 1-5
 - 8) Kaji kemampuan finansial untuk membeli makanan yang sesuai.
 - 9) Anjurkan untuk menyertakan daging tanpa lemak dalam diet, atau mengombinasikan makanan tanpa daging dengan makanan yang kaya vitamin C
 - 10) Sarankan untuk memasukkan sayuran berdaun hijau tua, telur, dan gandum utuh serta roti kaya gizi dan sereal dalam diet; juga sertakan buah – buahan yang dikeringkan, polong-polongan, kerang serta sirup gula



e) Defisiensi pengetahuan

- 1) Jelaskan mengenai tujuan dan kerja zat besi, perannya dalam kesehatan ibu dan janin.
- 2) Jelaskan mengenai pemberian zat besi yang benar.
- 3) Anjurkan untuk mengkonsumsi zat besi dengan cairan yang kaya vitamin C.
- 4) Sarankan untuk mengkonsumsi zat besi bersama makanan bila ibu merasa mual akibat obat
- 5) Jelaskan bahwa suplemen zat besi dapat menyebabkan konstipasi.
- 6) Anjurkan untuk menyimpan obat-obatan zat besi di luar jangkauan anak-anak.
- 7) Anjurkan untuk memasak dengan peralatan dari besi.

D. IBU HAMIL DENGAN PENYAKIT HIV/AIDS

1. Pendahuluan

Secara akumulatif dalam 10 tahun terakhir hingga 31 Desember 2006 tercatat 5.230 kasus HIV dan 8.194 kasus AIDS. Prevalensi kasus AIDS lebih besar karena merupakan kewajiban untuk melaporkan kasus kematian AIDS, tetapi kasus HIV cenderung untuk tidak dilaporkan. Kecenderungan infeksi HIV pada perempuan dan anak meningkat, oleh karenanya diperlukan berbagai upaya untuk mencegah infeksi HIV pada perempuan, serta mencegah penularan HIV dari ibu hamil ke bayi yaitu PMTCT (*Prevention of Mother to Child HIV Transmission*). Infeksi HIV dapat berdampak kepada ibu dan bayi. Dampak infeksi HIV pada ibu antara lain: timbulnya stigma sosial, diskriminasi, morbiditas dan mortalitas maternal. Karena terjadi penurunan daya tahan tubuh secara bermakna, maka morbiditas dan mortalitas maternal akan meningkat juga. Sedangkan dampak infeksi terhadap bayi antara lain : gangguan tumbuh kembang karena rentan terhadap penyakit, peningkatan mortalitas, stigma sosial, yatim piatu lebih dini akibat orang tua meninggal karena AIDS, dan permasalahan ketaatan minum obat ARV.



2. Tujuan PMTCT

Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi bertujuan untuk

- a) Mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi
Sebagian besar infeksi HIV pada bayi disebabkan penularan dari ibu. Infeksi yang ditularkan dari ibu ini kelak akan mengganggu kesehatan anak.
- b) Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap ibu dan bayi
Dampak akhir dari epidemi HIV berupa berkurangnya kemampuan produksi dan peningkatan beban biaya hidup yang harus ditanggung oleh ODHA dan masyarakat Indonesia di masa mendatang karena morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan bayi.

3. Bentuk-bentuk Intervensi PMTCT

Intervensi untuk pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Bayi meliputi 4 konsep dasar

- a) Mengurangi jumlah ibu hamil dengan HIV positif
Perempuan ODHA dapat memberikan keputusan untuk hamil setelah melalui proses konseling, pengobatan dan pemantauan. Pertimbangan untuk mengizinkan ODHA hamil yaitu : bila daya tahan tubuh cukup baik (CD4 diatas 500), kadar virus minimal/tidak terdeteksi (kurang dari 1.000 kopi/ml), dan menggunakan ARV secara teratur.
- b) Menurunkan viral load/ kadar virus serendah-rendahnya
Obat antiretroviral (ARV) yang ada sampai saat ini baru berfungsi untuk menghambat multiplikasi virus, belum menghilangkan secara total keberadaan virus dalam tubuh ODHA
- c) Meminimalkan paparan janin dan bayi terhadap cairan tubuh ibu
Persalinan dengan seksio sesarea sebelum saat persalinan tiba merupakan pilihan pada ODHA. Pada saat persalinan per vaginam, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Persalinan seksio sesarea dapat menurunkan risiko penularan HIV dari ibu ke bayi sebesar 50-66%. Pada masa nifas, ibu HIV positif perlu untuk mendapatkan konseling untuk menggunakan susu formula atau ASI Eksklusif. Untuk mengurangi risiko penularan, ibu HIV positif perlu memberikan susu formula. Pemberian susu formula harus memenuhi 5 persyaratan AFASS dari WHO (Acceptable = mudah diterima, Feasible = mudah dilakukan, Affordable = harga terjangkau, Sustainable = berkelanjutan, Safe= aman

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 53



penggunaannya). Pada daerah dimana AFASS tidak terpenuhi, maka ibu HIV positif dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif hingga maksimal 3 bulan. Setelah usai pemberian ASI eksklusif, bayi hanya diberikan susu formula dan menghentikan pemberian ASI. Sangat tidak dianjurkan pemberian makanan campuran yaitu ASI bersamaan dengan susu formula/PASI lain. Mukosa usus bayi pasca pemberian susu formula akan mengalami proses inflamasi. Apabila pada mukosa yang inflamasi tersebut diberikan ASI yang mengandung HIV maka akan berisiko transmisi melalui mukosa usus.

- d) Mengoptimalkan kesehatan ibu dengan HIV Positif
Melalui pemeriksaan ANC secara teratur dilakukan pemantauan kehamilan dan keadaan janin. Roboransia diberikan untuk suplemen peningkatan kebutuhan mikronutrien. Pola hidup sehat antara lain cukup nutrisi, cukup istirahat, cukup olah raga, tidak merokok, tidak minum alkohol juga perlu diterapkan penggunaan kondom tetap diwajibkan untuk menghindari kemungkinan superinfeksi bila pasangan juga ODHA, atau mencegah penularan bila pasangan bukan ODHA.

4. Strategi Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi

Menurut WHO terdapat 4 (empat) program yang perlu diupayakan untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi

- a) Pencegahan terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi.

Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dalam upaya pencegahan primer antara lain:

- 1) Menyebarluaskan informasi mengenai HIV AIDS
 - 2) Mengadakan penyuluhan HIV/AIDS secara berkelompok
 - 3) Mobilisasi masyarakat untuk membantu masyarakat mendapatkan akses terhadap informasi tentang HIV/AIDS
 - 4) Konseling untuk perempuan HIV negatif
 - 5) Layanan yang bersahabat untuk pria
- b) Mencegah kehamilan tidak direncanakan pada ibu HIV positif
Untuk mencegah kehamilan alat kontrasepsi yang dianjurkan adalah kondom, karena bersifat proteksi ganda. Kontrasepsi hormonal bukan kontraindikasi pada ODHA. Pemakaian AKDR tidak dianjurkan karena bisa menyebabkan infeksi. Spons dan



diafragma kurang efektif untuk mencegah kehamilan maupun penularan HIV.

c) Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya Bentuk intervensi berupa:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu dan anak yang komprehensif
- 2) Layanan konseling dan tes HIV secara sukarela (VCT)
- 3) Pemberian obat antiretrovirus (ARV)
- 4) Konseling tentang HIV dan makanan bayi, serta pemberian makanan bayi
- 5) Persalinan yang aman

d) Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya

Upaya PMTCT tidak berhenti setelah ibu melahirkan. Karena ibu tersebut terus menjalani hidup dengan HIV di tubuhnya, maka dibutuhkan dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu. Jika bayi dari ibu tersebut tidak terinfeksi HIV, tetap perlu dipikirkan tentang masa depannya, karena kemungkinan tidak lama lagi akan menjadi yatim dan piatu. Sedangkan bila bayi terinfeksi HIV, perlu mendapatkan pengobatan ARV.

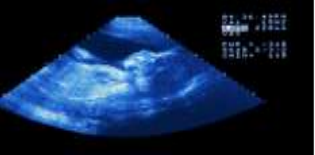
5. Pemberian ARV untuk PMTCT

Terapi antiretroviral/ARV dalam PMTCT adalah penggunaan obat antiretroviral jangka panjang untuk mengobati perempuan hamil HIV positif, mencegah penularan HIV dari ibu ke anak/MTCT, dan diberikan seumur hidup. Pemberian obat ARV dilakukan dengan kombinasi sejumlah regimen obat (biasanya diberikan dalam 3 macam obat dalam 1 kombinasi) sesuai dengan pedoman yang berlaku (Depkes RI, 2008)

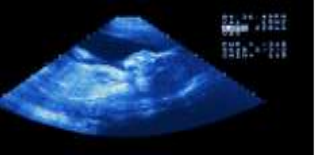
6. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan HIV AIDS

a) Risiko infeksi (oportunistik) Intervensi:

- 1) Ajarkan cara untuk mengurangi risiko penularan HIV ke bayi
- 2) Jelaskan tanda dan gejala perkembangan penyakit dan infeksi oportunistik
- 3) Ajarkan praktik seks yang lebih aman
- 4) Jelaskan cara lain penularan HIV
- 5) Jelaskan perlunya melanjutkan kunjungan prenatal sehingga CD4 dan jumlah virus serta darah periksa lengkao ibu dapat dipantau



- 6) Anjurkan untuk melanjutkan terapi obat Antiretrovirus yang diprogramkan
 - 7) Ajarkan cara untuk mengurangi pemajanan terhadap infeksi
- b) Ketidak seimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
- Intervensi:
- 1) Timbang berat badan dan pantau kecenderungannya
 - 2) Lakukan pengukuran biokimia
 - 3) Kaji pola makan dan makanan yang disukai dan tidak disukai
 - 4) Jelaskan pentingnya mempertahankan asupan gizi tinggi kalori, tinggi protein dan tinggi karbohidrat
 - 5) Sarankan untuk mengkonsumsi sayuran atau buah-buahan matang
 - 6) Dorong untuk makan 6 porsi kecil tiap hari



BAB

4

KOMPLIKASI PERSALINAN

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari BAB 4 ini, mahasiswa mampu menjelaskan kembali tentang :

1. Konsep kasus distosia
2. Konsep kasus ketuban pecah premature
3. Konsep kasus kehamilan post matur

A. DISTOSIA

1. Definisi

Distosia atau juga bisa disebut persalinan disfungsional merupakan persalinan yang tidak berjalan dengan semestinya dikarenakan adanya berbagai penyulit yang menyertai.

2. Epidemiologi

Angka kejadian distosia terjadi sekitar 0,58-0,70% pada persalinan per vaginam.

3. Etiologi

Secara garis besar penyebab dari distosia dapat dibedakan menjadi 3 yaitu (Fraser et al. 1995):

a) Power (Uterus)

Faktor power atau tenaga berkaitan dengan aktivitas uterus yang abnormal, yaitu:

- 1) Hipotonik (inersia uteri), yaitu ketika tekanan uterus lemah (25 mmHg) sehingga tidak mampu menipiskan dan membuka serviks
- 2) Hipertonik (tetania uteri), yaitu ketika uterus berkontraksi sangat kuat dan sering namun tidak terkoordinasi dengan baik

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 57



b) Passenger (Fetal)

Faktor passenger/ penumpang adalah faktor yang berhubungan dengan kelainan posisi/ letak janin dan juga presentasi janin (letak sungsang, letak lintang) dan janin yang besar (makrosomia).

c) Passage (Pelvis)

Faktor passage berkaitan dengan jalan lahir (pelvis), yang meliputi kelainan bentuk rahim (panggul sempit), kelainan postur tubuh (skoliosis, kifosis, rickets)

4. Tipe Distosia

Secara garis besar terdapat 2 tipe distosia, yaitu :

a) Distosia Bahu

Dalam mekanisme persalinan ada saatnya bayi akan menyesuaikan dengan jalan lahir dengan cara fleksi kepala, kemudian melakukan internal rotasi-ekstensi, dan ekspulsi kepala. Pada posisi ini bahu janin masih berada di dalam pelvis, dan jika bahu janin terjepit dan tidak bisa melewati pelvis, bayi dapat bernafas namun dada bayi tidak bisa ekspansi dengan lega sehingga dapat memicu hipoksia pada bayi yang dapat menyebabkan kematian jika tidak segera dilakukan pertolongan dengan segera.

b) Distosia Servikal

Serviks gagal berdilatasi ketika persalinan. Hal ini bisa disebabkan karena riwayat trauma pada serviks sebelumnya, seperti biopsi atau katerisasi. Selain itu juga bisa disebabkan karena kontraksi uterus yang tidak adekuat.

5. Faktor Risiko

Risiko distosia semakin besar pada wanita penderita diabetes dikarenakan kemungkinan mengandung bayi yang besar (makrosomia). Ibu hamil dengan obesitas juga berisiko mengalami distosia seiring dengan berbagai kondisi medis yang menyertai. Aktivitas uterus yang tidak terkoordinasi dapat terjadi akibat dari induksi persalinan yang tidak tepat atau pemberian oksitosin yang berlebihan. Tinggi badan <150 cm pada ibu hamil dapat menjadi risiko distosia karena kemungkinan ukuran panggul yang sempit.



6. Tanda dan Gejala

a) Distosia Bahu

Distosia bahu terjadi dikarenakan posisi/letak/presentasi janin yang abnormal ataupun CPD karena jalan lahir yang sempit, sehingga distosia bahu dapat dikategorikan menjadi distosia fetal dan distosia pelvis. Distosia jenis ini dapat ditandai dengan:

- 1) Kesulitan dalam melahirkan wajah bayi
- 2) Kepala bayi seperti terjepit di vulva, atau atau mengalami retraksi (turtle neck sign)
- 3) Leher bayi sulit sekali untuk dilahirkan

b) Distosia servikal

Penyebab distosia servikal adalah faktor power (uterus) sehingga distosia ini ditandai dengan:

- 1) Uterus yang tidak berkontraksi dengan adekuat (sering tapi lemah, atau kuat tapi tidak beraturan).
- 3) Penipisan dan pembukaan serviks tidak bertambah (partus lama)
- 4) Kepala bayi tidak dapat turun dikarenakan serviks tidak membuka

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan distosia dibedakan berdasarkan tipenya:

a) Distosia Bahu

- 1) Cari pertolongan, terutama jika tersedia bantuan dari dokter Sp.OG senior atau bidan senior atau ahli anestesi
- 2) Minta ibu untuk berhenti mendorong bayi karena dapat menyebabkan impaksi yang lebih buruk dan meningkatkan risiko BPI
- 3) Lakukan maneuver McRobert Jika gagal, lakukan episiotomi, dan second line maneuver : Rubins maneuver ,Wood's screw maneuver, extra maneuver

b) Distosia Servikal

Penatalaksanaan untuk distosia servikal tergantung dari penyebabnya. Pada kasus insersia uteri, dimana uterus tidak mampu berkontraksi dengan adekuat, maka perlu pemberian oksitosin untuk memperkuat kontraksi. Namun jika tidak adekuatnya kontraksi uterus disebabkan oleh CPD maka operasi SC merupakan jalan satu- satunya. Sedangkan pada kasus tetania uteri, dimana uterus berkontraksi sangat kuat, namun tidak



terkoordinasi dengan baik, maka perlu dilakukan evaluasi ulang terkait kondisi kesejahteraan janin. Apabila kala I fase aktif belum melebihi 6 jam dan tidak ada tanda-tanda distress janin maka persalinan per vaginam masih tetap bisa diusahakan dengan mempertimbangkan pemberian agen analgetik atau anestesi untuk mengurangi nyeri akibat kontraksi, dan juga pertimbangan penggunaan vacuum ekstraksi atau forceps untuk mempercepat proses kala II. Namun, apabila terdapat tanda-tanda distress janin akibat kompresi uterus berlebihan yang memicu hipoksia maka operasi SC merupakan satu-satunya jalan yang harus ditempuh.

8. Komplikasi

a) Fetal

Komplikasi yang dapat terjadi pada bayi antara lain brachial plexus injury sebanyak 2,3 – 16% pada distosia bahu, kecacatan dan kematian bayi akibat hipoksia dan asidosis, fraktur humerus atau fraktur klavikula, dan pneumothoraks

b) Maternal

Pada ibu yang mengalami persalinan dengan distosia kemungkinan dapat terjadi Haemorrhagic Post Partum (HPP) pada 11% kasus, robekan perineum derajat 3 dan 4 pada 3,8% kasus, laserasi vagina, robekan serviks, ruptur blader, ruptur uteri, symphyseal separation, sacroiliac joint dislocation, lateral femoral nerve neuropathy.

9. Masalah Keperawatan dan Intervensi (NANDA International 2014; Carpenito 2012)

a) Cemas berhubungan dengan distosia

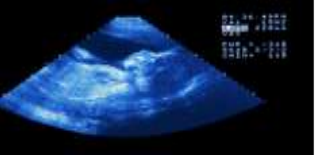
Tujuan: menurunkan kecemasan yang dialami oleh klien

Kriteria hasil:

- 1) Klien dapat memahami kondisi dirinya dan janin yang diakibatkan oleh distosia
- 2) Klien tetap kooperatif selama tindakan persalinan
- 3) Klien dapat menerapkan teknik relaksasi yang tepat

Intervensi Keperawatan:

- 1) Memberikan health education kepada klien dan keluarga tentang penyebab distosia, dan rencana penatalaksanaannya dengan singkat, padat, dan jelas
- 2) Mengajarkan teknik relaksasi yang efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan klien



- 3) Menginformasikan setiap perkembangan yang terjadi selama proses persalinan
 - 4) Menganjurkan kepada keluarga klien untuk terus mendampingi klien selama proses persalinan.
- b) Proses melahirkan tidak efektif b.d distosia
- Tujuan: persalinan dapat berlangsung dengan efektif
- Kriteria hasil:
- 1) TTV ibu dalam batas normal
 - 2) Tidak terjadi distress janin
 - 3) Klien dan keluarga proaktif dalam tindakan persalinan
- Intervensi Keperawatan:
- 1) Pantau TTV ibu secara berkala
 - 2) Pantau tanda-tanda distress janin: DJJ dan gerakan janin secara berkala
 - 3) Pantau kemajuan persalinan: Kala 1, 2, 3, dan 4
 - 4) Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan tatalaksana distosia yang diperlukan

B. KETUBAN PECAH DINI (KPD)

1. Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum ada tanda-tanda persalinan dan tidak diikuti oleh munculnya tanda persalinan 1 jam setelahnya. KPD dapat terjadi pada usia kehamilan prematur (<37 minggu) dan aterm (≥37 minggu).

2. Epidemiologi

Angka kejadian KPD berkisar antara 2-18% dari seluruh kehamilan, dan 20% dari kasus KPD terjadi usia kehamilan <36 minggu (Harmon, 1993).

3. Etiologi

Penyebab pasti dari KPD belum diketahui secara pasti. Namun seringkali terjadi pada kehamilan yang disertai dengan (James 1991):

- a) Peningkatan tekanan intra uteri pada kasus kehamilan ganda, polihidramnion.



- b) Proses inflamasi urogenital pada kasus infeksi menular seksual yang dapat menjalar sampai terjadi cervicitis, korioamnionitis.
- c) Inkompetensi serviks, yaitu keadaan dimana serviks tidak cukup kuat untuk menahan beratnya uterus dan janin sehingga mudah terbuka. Hal ini bisa disebabkan oleh riwayat trauma pada serviks sebelumnya misalnya pada grandemultipara, riwayat kuretase, atau riwayat katerisasi
- d) Disproporsi sefalopelvik, suatu keadaan dimana terjadi ketidakseimbangan antara ukuran kepala janin dengan ukuran panggul ibu.
- e) Trauma selama masa kehamilan, misalnya jatuh, hubungan seksual, pemeriksaan dalam, atau amniosintesis.
- f) Faktor genetik, yang seringkali dihubungkan dengan rendahnya kadar vitamin C dalam tubuh seseorang.

4. Klasifikasi

Berdasarkan waktu terjadinya KPD dibedakan menjadi (Green-top Guideline 2010):

- a) Ketuban pecah pada usia kehamilan prematur (<37 minggu) disebut dengan ketuban pecah prematur yang dapat memicu terjadinya persalinan prematur.
- b) Ketuban pecah pada usia kehamilan aterm (≥ 37 minggu) atau apabila ketuban pecah ketika ibu masih berada pada kala I fase laten dimana masih memerlukan waktu >12 jam untuk sampai pada pembukaan lengkap.

5. Faktor Risiko

- a) Riwayat KPD pada kehamilan sebelumnya
- b) Kehamilan kembar
- c) Polihidramnion
- d) Penderita infeksi urogenital
- e) Ibu hamil dengan aktivitas fisik yang tinggi

6. Fisiologi

Selama kehamilan, janin di dalam rahim dilindungi oleh dua lapisan membrane yaitu amnion dan korion. Membran tersebut tidak mengandung pembuluh darah maupun sistem persarafan dengan karakteristik tipis, elastis, namun sangat kuat karena mengandung serat kolagen yang tinggi, dan tidak mudah pecah karena adanya kontrol



inhibitor terhadap enzim kolagenolitik yaitu tripsin dan kolagenase. Pada usia kehamilan yang menjelang aterm secara fisiologis terjadi penurunan kontrol inhibitor dan peningkatan enzim kolagenolitik. Pada waktu yang bersamaan juga terjadi pengaktifan enzim phospholipase yang menyebabkan konversi phospholipid menjadi asam arakidonat, yang merupakan prekursor prostaglandin. Kadar prostaglandin yang tinggi memicu munculnya tanda-tanda persalinan, dan phospholipid yang rendah menyebabkan gesekan antara membrane korion dan amnion. Kedua kondisi ini, yaitu penurunan phospholipid dan peningkatan enzim kolagenolitik secara bersamaan menyebabkan pecahnya membran.

Cairan amnion/cairan ketuban merupakan cairan yang berada di dalam kantung kehamilan yang diproduksi oleh ibu dan aktivitas janin. Pada awal kehamilan, cairan amnion ini diproduksi oleh membran amnion dengan cara mentransfer cairan dan partikel solid dari serum ibu. Seiring bertambahnya usia kehamilan, janin berkontribusi untuk menambah produksi cairan ini melalui mekanisme difusi membran permiabel dari kulit janin, produksi urin janin, serta produksi cairan trakeoesofagus. Cairan ini direabsorbsi oleh janin dengan cara dipakai untuk bernafas dan ditelan. Mekanisme reabsorbsi dan reduksi cairan ketuban yang berlangsung setiap 3 jam mampu menjaga jumlah cairan ketuban dalam keadaan yang cukup hingga pada kehamilan aterm jumlah cairan ketuban maksimal dapat mencapai 1500 ml. Oleh karena itu jika terdapat kelainan pada janin seperti agenesis ginjal, atresia esophagus, atau anensefali maka dapat terjadi keadaan polihidramnion. Komposisi cairan ketuban meliputi 98% air, dan sisanya berupa albumin, urea, asam urat, kreatinin, sel-sel epitel, lanugo, verniks kaseosa, dan garam anorganik.

Fungsi dari cairan ketuban antara lain sebagai pelindung janin dari benturan, memungkinkan janin untuk bergerak dengan bebas, dan regulasi suhu. Cairan ketuban juga berfungsi sebagai media janin untuk bernafas, minum, dan kencing. Selain itu kandungan peptid antimikrobal terhadap beberapa bakteri dan jamur memungkinkan cairan ketuban juga mempunyai fungsi imunologi bagi janin.

7. Patofisiologi

KPD dapat terjadi karena adanya penurunan jumlah kolagen yang menyebabkan kekuatan membran selaput ketuban menjadi lemah atau terjadinya peningkatan tekanan intraamniotik. Pada kasus infeksi terjadi respon inflamasi dan pelepasan bakterial protease dan kolagenase yang menyebabkan menurunnya kekuatan kolagen di dalam selaput ketuban.



8. Tanda dan Gejala

- Keluarnya cairan per vaginam yang tidak dapat ditahan. Cairan dapat berwarna jernih dan berbau khas, atau keruh (kehijauan, kekuningan, coklat). Cairan juga dapat merembes sedikit demi sedikit atau sekaligus banyak.
- Pada palpasi abdomen janin mudah diraba karena cairan ketuban berkurang
- Tes lakmus didapatkan perubahan warna kertas lakmus apabila dibasahi dengan cairan ketuban yaitu dari warna merah akan menjadi biru karena sifat cairan ketuban yang basa (ph 6,5-7,5).

9. Penatalaksanaan

Anamnesa dan pemeriksaan fisik yang akurat memegang peranan yang sangat penting dalam penatalaksanaan kasus KPD. Beberapa hal yang harus dikaji dengan teliti pada kasus KPD adalah:

- Pastikan usia kehamilan ibu, karena tata laksana untuk kehamilan aterm dan prematur berbeda.
- Pastikan kapan waktu ketuban pecah dan telah berlangsung berapa lama.
- Pastikan tanda-tanda infeksi, yang meliputi: peningkatan suhu tubuh ibu (lakukan observasi setiap 3 jam), maternal dan fetal tachycardia, uterus lembek, dan peningkatan leukosit pada hasil periksa darah ibu. Jika diperlukan maka dapat dilakukan kultur cairan ketuban untuk memastikan adanya infeksi intraamnion.
- Pastikan ada / tidaknya tanda – tanda distress janin dengan pemeriksaan Non Stress Test (NST) dan USG. NST dapat mengidentifikasi DJJ dan gerakan janin. Sedangkan USG dapat mengidentifikasi kondisi biofisik janin dan jumlah cairan ketuban yang masih tersisa / Amnion Fluid Index (AFI).
- Pengkajian terhadap maturitas paru janin juga sangat penting dilakukan, terutama pada kasus KPP. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengambil sampel cairan ketuban untuk kemudian dilihat kadar Phosphatidylgliserol (PG) di dalamnya atau untuk dilihat perbandingan kadar lecithin / sphingomyelin (L/S) di dalamnya. Paru janin dikatakan telah matur jika di dalam cairan ketuban telah mengandung (PG) atau perbandingan L/S adalah 2:1.
- Observasi tanda-tanda inpartu yang menyertai KPD.



10. Tata laksana KPD pada usia kehamilan aterm

- a) Berikan antibiotik profilaksis
- b) Evaluasi skor pelvic (Bishop score) jika >5 , maka dapat dilakukan induksi persalinan, dengan misoprostol, dan oksitosin.
- c) Jika dengan induksi tanda-tanda inpartu tidak segera muncul dalam waktu 12 jam, maka tindakan terminasi secara SC dapat dilakukan.

11. Tata laksana KPD pada usia kehamilan premature

- a) Usia kehamilan 24-31 minggu
 - 1) Berikan kortikosteroid
 - 2) Berikan antibiotik
 - 3) Jika tidak ada tanda-tanda infeksi ataupun distress janin, pertahankan kehamilan sampai usia 34 minggu jika memungkinkan, atau setidaknya jika telah ada indikasi maturitas paru janin pada usia kehamilan sekitar 32-33 minggu
- b) Usia kehamilan 32-33 minggu
 - 1) Berikan kortikosteroid
 - 2) Berikan antibiotik
 - 3) Jika tidak ada tanda-tanda infeksi ataupun distress janin, pertahankan kehamilan sampai usia 34 minggu, jika tidak memungkinkan dapat dilakukan terminasi kehamilan
- c) Usia kehamilan 34-36 minggu
 - 1) Berikan antibiotik
 - 2) Induksi persalinan, jika tidak berhasil dalam waktu 12 jam terminasi dengan SC

12. Komplikasi

- a) Pada ibu:

Komplikasi yang paling sering terjadi pada ibu yang mengalami KPD adalah infeksi yang dapat berkembang secara transenden dan bisa sampai pada kondisi septikemia yang dapat menyebabkan kematian apabila tidak segera ditangani dengan tepat. Contoh kasus infeksi yang bisa terjadi akibat KPD adalah endometritis dan peritonitis yang terjadi pada saat ibu telah memasuki periode postpartum. Dampak selanjutnya adalah terjadinya perdarahan pasca salin yang disebabkan oleh atonia uteri.
- b) Pada janin :

Risiko infeksi akibat invasi mikrobakteri yang berjalan secara transenden dari jalan lahir dapat pula berdampak pada janin. Apabila

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 65



telah terdapat tanda-tanda infeksi, maka dapat memicu kondisi distress janin yang bisa berdampak buruk seperti terjadinya deformitas, asfiksia, bahkan kematian. Akibat cairan ketuban yang merembes terus menerus, dapat terjadi kondisi oligohidramnion yang dapat menyebabkan kompresi umbilical cord sehingga memicu terjadinya asfiksia pada janin. Selain itu KPD yang terjadi pada usia kehamilan <37 minggu meningkatkan risiko kelahiran premature yang mungkin disertai dengan kondisi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS).

13. Masalah Keperawatan dan Intervensi (F. Gary Cunningham et al. 2010; Carpenito 2012; NANDA International 2014)

a) Risiko infeksi b.d pecahnya selaput membrane amnion Tujuan: menurunkan risiko infeksi pada ibu dan janin Kriteria hasil:

- 1) Suhu tubuh pasien tetap dalam rentang normal
- 2) Rabas vagina tetap tidak berbau
- 3) Leukosit tetap dibawah 18.000/mm³
- 4) Fetus tetap aktif dengan DJJ 120-160 x/menit

Intervensi keperawatan:

- 1) Hindari pemeriksaan dalam (VT) terlalu sering, sebaiknya hanya dilakukan ketika ibu telah memasuki kala I fase aktif
- 2) Pertahankan hygiene pasien selama perawatan
- 3) Pertahankan intake nutrisi yang adekuat
- 4) Observasi tanda-tanda vital tubuh setiap 4 jam, terutama untuk suhu tubuh diukur suhu rektal
- 5) Pantau DJJ secara berkala
- 6) Kolaborasi pemberian antibiotik profilaksis sesuai dengan indikasi

b) Risiko gangguan hubungan ibu dan janin b.d ketuban pecah prematur

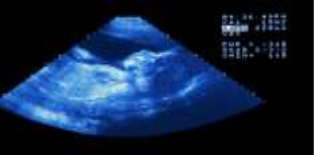
Tujuan: mencegah kondisi distress janin

Kriteria hasil:

- 1) TTV ibu dalam batas normal
- 2) DJJ dan gerakan janin dalam batas normal
- 3) Jumlah cairan ketuban masih cukup

Intervensi keperawatan:

- 1) Anjurkan klien untuk total bed rest
- 2) Evaluasi keadaan ibu dan janin terkait rencana tindak lanjut persalinan



- 3) Berikan medikasi sesuai dengan instruksi dari dokter: kortikosteroid, tokolitik, antibiotik
- 4) Bantu ibu untuk memenuhi kebutuhan dasar selama menjalani bed rest
- 5) Kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan NST dan USG secara berkala
- 6) Berikan hidrasi cairan dalam jumlah cukup

C. KEHAMILAN POST MATUR

1. Definisi

Kehamilan post matur atau juga biasa disebut dengan kehamilan post term atau serotinus adalah kehamilan yang berlangsung sampai usia kehamilan > 40 minggu.

2. Epidemiologi

Angka kejadian kehamilan lewat waktu kira-kira 10%, bervariasi antara 3,5% – 14%.

3. Etiologi

- a) Faktor obstetrik, misalnya, pemeriksaan kehamilan yang terlambat atau tidak adekuat, kehamilan sebelumnya yang lewat waktu, ketidakpastian tanggal menstruasi, ketidakmampuan ibu mengingat HPHT, perdarahan selama kehamilan, siklus haid tidak teratur, kehamilan dalam masa pasca persalinan (Oxorn, 2003).
- b) b. Hormon penurunan konsentrasi estrogen yang menandai kasus – kasus kehamilan serotinus dianggap merupakan hal penting, karena kadar estrogen tidak cukup untuk menstimulasi produksi dan penyimpanan glikofosfolipid didalam membrane janin. Pada jumlah estrogen yang normal dan uterus meningkat sehingga kepekaan terhadap oksitosin meningkatkan dan merangsang kontraksi (Williams, 1995). Kadar estrogen tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang namun faktor yang lebih menentukan adalah belum diproduksinya prostaglandin yang berpengaruh terhadap terjadinya kontraksi uterus pada akhir kehamilan.

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 67



- c) Hereditas karena postmaturitas sering dijumpai pada satu keluarga tertentu (Rustam, 1998).
- d) Masalah yang berasal dari faktor ibu antara lain: serviks belum matang, kecemasan ibu, persalinan traumatis, hormonal
- e) Masalah dari faktor bayi, meliputi: kelainan pertumbuhan tulang janin/osteogenesis imperfekta, oligohidramnion, kelenjar adrenal janin yang fungsinya kurang baik, kekurangan enzim sulfatase plasenta, anensefalus, defisiensi sulfatase plasenta, dan kehamilan ektrauterin (Pritchard & MacDonald, 1991).

4. Derajat / Klasifikasi

Dilihat dari karakteristik bayi yang dilahirkan dibedakan menjadi:

- a) Stadium I: kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit menjadi kering, rapuh dan mudah terkelupas.
- b) Stadium II: seperti stadium I, ditambah dengan pewarnaan mekoneum (kehijauan di kulit).
- b) Stadium III: seperti stadium I, ditambah dengan warna kuning pada kuku, kulit dan tali pusat.

5. Faktor Risiko

Belum diketahui secara pasti penyebab dari kehamilan post matur, namun berdasarkan studi epidemiologi kehamilan post matur dapat terjadi pada primi para, riwayat kehamilan post matur sebelumnya, bayi laki-laki, obesitas, gangguan hormonal, dan faktor genetik (Willacy n.d.).

6. Tanda dan Gejala

Gejala-gejala klinis pada kehamilan postmatur dikenal sebagai sindrom klinis yang spesifik disebut sindrom postmatur. Sindrom postmatur meliputi difungsi plasenta (penuaan plasenta) dan oligohidramnion yang dapat menimbulkan gawat janin dan ibu. Manifestasi klinis bisa diidentifikasi dari kesejahteraan janin di dalam rahim melalui serangkaian pemeriksaan, meliputi (NSW Health Guideline 2014):

- a) Tes tanpa tekanan (non stress test). Bila memperoleh hasil non reaktif maka dilanjutkan dengan tes tekanan oksitosin. Bila diperoleh hasil reaktif maka nilai spesifisitas 98,8% menunjukkan kemungkinan besar janin baik. Bila ditemukan hasil tes tekanan yang positif, meskipun sensitifitas relatif rendah tetapi telah dibuktikan berhubungan dengan keadaan postmatur.



- b) Gerakan janin. Gerakan janin dapat ditentukan secara subjektif (normal rata-rata 7 kali/20 menit) atau secara objektif dengan tokografi (normal rata-rata 10 kali/20 menit), dapat juga ditentukan dengan USG.
- c) Penilaian banyaknya air ketuban secara kualitatif dengan USG (normal >1 cm/bidang) memberikan gambaran banyaknya air ketuban, bila ternyata oligohidramnion maka kemungkinan telah terjadi kehamilan lewat waktu.
- d) Amnioskopi. Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami risiko 33% asfiksia.

7. Penatalaksanaan

Setelah diagnosa kehamilan post matur telah benar-benar ditegakkan, maka tindakan yang harus dilakukan meliputi (Norwitz 2015):

- a) Monitor kondisi janin selama antenatal secara berkala setiap kunjungan ANC setelah
- b) kehamilan melebihi 40 minggu untuk mendeteksi adanya kondisi distress janin.
- c) Contraction stress test merupakan tindakan pemberian oksitosin yang diberikan secara intravena untuk merangsang kontraksi pada ibu. Tes ini juga berfungsi untuk mengetahui keadaan janin dalam rahim ketika ibu mengalami kontraksi.
- d) Profil biofisik janin untuk melihat gerakan, tonus otot, pernafasan janin selama di dalam rahim serta untuk mengevaluasi jumlah cairan ketuban dalam janin.
- e) Induksi persalinan, dilakukan apabila ada indikasi distress janin. Induksi dapat dilakukan dengan pemberian obat-obatan kimiawi untuk merangsang persalinan atau dengan sectio caesaria.

8. Komplikasi

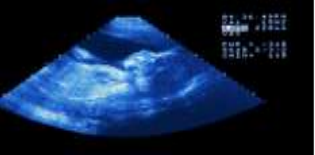
- a) Pada ibu
Persalinan postmatur dapat menyebabkan distosia karena kontraksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, molding kepala kurang, sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia bahu, perdarahan post partum yang mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.
 - b) Pada janin
Fungsi plasenta terhadap janin mencapai puncaknya pada kehamilan 28 minggu kemudian mulai menurun terutama setelah 42
- Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 69*



minggu, hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan kadar estriol, kadar plasenta dan estrogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan risiko tiga kali. Akibat dari proses penuaan plasenta maka pasokan makanan dan oksigen akan menurun disamping dengan adanya spasme arteri spiralis. Janin akan mengalami pertumbuhan terhambat dan penurunan berat dalam hal ini dapat disebut dismatur. Sirkulasi utero plasenter akan berkurang 50% menjadi 250 mm/menit. Kematian janin akibat kehamilan serotinus terjadi pada 30 % sebelum persalinan, 50% dalam persalinan dan 15% dalam postnatal. Penyebab utama kematian perinatal adalah hipoksia dan aspirasi mekonium.

9. Masalah Keperawatan dan Intervensi (NANDA International 2014; Carpenito 2012)

- a) Risiko distress janin b.d insufisiensi sirkulasi utero plasenta
Tujuan: mencegah terjadinya distress janin
Kriteria hasil:
 - 1) DJJ dan gerakan janin dalam batas normal
 - 2) Jumlah cairan ketuban masih cukupIntervensi keperawatan:
 - 1) Pantau kesejahteraan janin dalam rahim secara berkala
 - 2) Kolaborasi pemeriksaan prosedur diagnostik untuk evaluasi kesejahteraan janin dalam rahim
 - 3) Monitor tanda-tanda vital pada ibu
 - 4) Beritahukan klien dan keluarga rencana induksi persalinan jika diperlukan
- b) Cemas b.d proses penantian kelahiran bayi Tujuan: mengurangi kecemasan klien
Kriteria hasil:
 - 1) TTV klien dalam batas normal
 - 2) Klien kooperatif selama tindakanIntervensi keperawatan:
 - 1) Informasikan tentang prosedur tindakan diagnostik yang akan dijalani oleh klien
 - 2) Bersikap empati dan solutif terhadap setiap keluhan klien
 - 3) Ajarkan teknik relaksasi yang dapat diterapkan oleh klien: progressif muscle relaxation (PMR), guided imagery.
 - 4) Libatkan klien dan keluarga dalam setiap rencana tindakan yang akan dilakukan.



BAB 5

KOMPLIKASI POSTPARTUM

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari BAB 5 ini, mahasiswa mampu menjelaskan kembali tentang :

1. Perdarahan post partum
2. Infeksi post partum
3. Post partum blues

A. PERDARAHAN POST PARTUM

1. Definisi

Perdarahan post partum merupakan kehilangan darah maternal dari dalam uterus yang melebihi 500 ml dalam periode 24 jam sesudah melahirkan (Saputra Lyndon, Dr, 2014).

Perdarahan pasca persalinan (PPP) adalah perdarahan yang masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir, dan jaringan sekitar dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu disamping perdarahan karena hamil ektopik dan abortus (Sarwono, 2010).

2. Klasifikasi

Menurut waktu terjadinya perdarahan post partum dibagi atas dua bagian:

- a) Perdarahan post partum primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, biasanya disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir dan sisa sebagian plasenta, dalam kasus yang jarang, bisa karena inversion uteri.
- b) Perdarahan post partum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke 5 sampai 15 dari postpartum, biasanya disebabkan oleh sisa plasenta.



3. Etiologi

Penyebab terjadinya perdarahan postpartum dibedakan atas (Bobak, 2004);

- a) Hipotoni sampai atonia uteri
 - Akibat anestesi
 - Distensi berlebihan (gemeli, anak besar, hidramnion)
 - Partus lama atau partus kasep
 - Partus presipitatus/ partus terlalu cepat
 - Multipartus
 - Pernah atonia uteri sebelumnya
- b) Retensi jaringan plasenta
 - Avulsi kotiledon, lobus suksenturiatus atau selaput ketuban tersisa
 - Perlekatan abnormal: akreta, inkreta, perkreta
- c) Trauma saluran genitalia
 - Episiotomi yang melebar
 - Robekan pada perineum, vagina, dan serviks
 - Ruptur uteri
- d) Gangguan koagulasi

Jarang terjadi tetapi dapat memperburuk keadaan di atas, misalnya pada kasus trombofilia, syndrome HELLP, preeklamsi, solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan, infeksi, hepatitis dan emboli air ketuban (Bobak, 2004).

4. Patofisiologi

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah di dalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum sehingga sinus-sinus maternalis ditempat insersinya plasenta terbuka.

Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan terhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan pasca persalinan. Perlukaan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan serviks, vagina dan perinium. Dalam persalinan pembuluh darah yang ada di uterus melebar untuk meningkatkan sirkulasi ke sana, atonia uteri dan subinvolusi uterus menyebabkan kontraksi uterus menurun sehingga pembuluh darah yang melebar tadi tidak menutup sempurna



sehingga terjadi perdarahan terus menerus. Trauma jalan terakhir seperti episiotomi yang lebar, laserasi perineum, dan ruptur uteri juga menyebabkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah, penyakit darah pada ibu; misalnya afibrinogemia atau hipofibrinogemia karena tidak ada kurangnya fibrin untuk membantu proses pembekuan darah juga merupakan penyebab dari perdarahan dari postpartum. Perdarahan yang sulit dihentikan bisa mendorong pada keadaan syok hemoragik.

Lepasnya plasenta tidak terjadi bersamaan sehingga sebagian masih melekat pada tempat implantasinya yang akan menyebabkan terganggunya retraksi dan kontraksi otot uterus, sehingga sebagian pembuluh darah terbuka serta menimbulkan perdarahan. Perdarahan placenta rest dapat diterangkan dalam mekanisme yang sama ketika akan terjadi gangguan pembentukan trombus di ujung pembuluh darah, sehingga menghambat terjadinya perdarahan. Pembentukan epitel akan terganggu sehingga akan menimbulkan perdarahan berkepanjangan.(Manuaba, 2007).

5. Manifestasi Klinis

Setelah persalinan, pasien mengeluh lemah, pucat, limbung, berkeringat dingin, menggigil, pusing, gelisah hipernea, sistolik < 90 mmhg, nadi > 100x/mnt, Hb < 8 % ini terjadi akibat kehilangan darah lebih dari normal, dan dapat terjadi syok hipovolemik, tekanan darah rendah, ekstermitas dingin, dan mual (Abdul Bari dalam buku Asuhan keperawatan praktis, 2016).

Ada pun gejala klinis berdasarkan penyebab:

a) Atonia Uteri

Atonia Uteri adalah keadaan lemahnya tonus/ kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Sarwono, 2010).

- Gejala yang selalu ada: uterus tidak berkontraksi dan lembek dan perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan postpartum primer)
- Gejala yang kadang – kadang timbul: syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstermitas dingin, gelisah, mual dll)

b) Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir pada umumnya terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena



itu hindari memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap.

- Gejala yang selalu ada: perdarahan segera dan segar, mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik dan plasenta baik.
- Gejala yang kadang-kadang muncul : pucat, lemah dan menggigil

c) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta yang tertinggal dalam uterus setengah jam setelah kelahiran. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III disebabkan adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Plasenta akreta adalah akibat ketiadaan total atau parsial desidua basalis dan ketidak-sempurnaan perkembangan lapisan Nitabuch atau fibrinoid, fili plasenta melekat pada miometrium. Sedangkan plasenta inkreta adalah kondisi ketika fili benar-benar menginvasi ke dalam miometrium, dan plasenta prekreta adalah kondisi ketika fili menembus ke seluruh lapisan/ ketebalan miometrium.

- Gejala yang selalu ada: plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik.
- Gejala yang kadang-kadang timbul: tali pusat putus akibat retraksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjut.

d) Tertinggalnya Plasenta (sisa plasenta)

- Gejala yang selalu ada: plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera
- Gejala yang kadang-kadang muncul: uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus uteri tidak berkurang

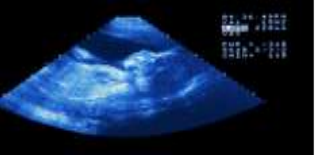
e) Inversio Uterus

Inversio uteri adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum yang dapat bersifat komplit / non komplit

- Gejala yang selalu ada: uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera dan nyeri sedikit atau berat
- Gejala yang kadang-kadang timbul: syok neurogenic, pucat atau limbung.

f) Perdarahan Terlambat (endometritis dan sisa plasenta)

- Gejala yang selalu ada: sub involutio uteri, nyeri tekan perut bawah, perdarahan 24 jam setelah persalinan. Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)



- Gejala yang kadang – kadang timbul : anemia atau demam
- g) Robekan dinding uterus atau ruptur uteri
- Gejala yang selalu ada: perdarahan segera (perdarahan intraabdominal dan /atau vaginum, nyeri perut berat (kurangi dengan ruptur)
- Gejala yang kadang- kadang timbul : syok, nyeri tekan perut, atau denyut nadi ibu cepat

6. Komplikasi

Memudahkan terjadinya:

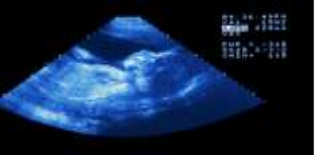
- a) Anemia yang berkelanjutan
- b) Infeksi puerporium

Terjadi insufisiensi hipofisis anterior atau sindrom Sheehan

- a) Kelemahan umum dan letargi
- b) Involusi mammae dan kegagalan laktasi
- c) Hipersensitif terhadap dingin
- d) Produksi keringat menurun
- e) Involusi uteri berlebihan
- f) Atrofi genetalia eksterna
- g) Amenorrhea dan oligomenorrhea
- h) Luruhnya bulu-bulu termasuk rambut di daerah pubis
- i) Kematian perdarahan post partum

7. Pemeriksaan Diagnostik

- a) Golongan darah : Menentukan Rh, Golongan ABO, dan pencocokan silang
- b) Jumlah darah lengkap : Menunjukkan penurunan hemoglobin/hemotokrit (Hb/Ht) dan/atau peningkatan sel darah putih, dan peningkatan laju sedimen menunjukkan infeksi
- c) Sonografi : menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan
- d) Fibrinogen : untuk mendeteksi masalah pembekuan
- e) PT (protombin time) dan PTT (partial thromboplastin time) : untuk mendeteksi masalah pembekuan
- f) Golongan darah dan crossmatch: persiapan donor
- g) Elektrolit serum : untuk mendeteksi ketidakseimbangan elektrolit
- h) Gas darah arteri : untuk mengkaji oksigenasi



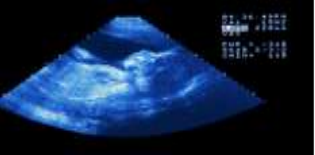
8. Penatalaksanaan

a) Penanganan Umum

- 1) Mintalah bantuan segera. Mobilisasi seluruh tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat.
- 2) Lakukan pemeriksaan secara cepat keadaan umum ibu termasuk TTV.
- 3) Jika dicurigai adanya syok segera lakukan tindakan.
- 4) Pastikan kontraksi uterus baik:
 - Lakukan pijatan uterus untuk mengeluarkan bekuan darah. Bekuan darah yang terperangkap dalam uterus akan menghalangi kontraksi uterus yang efektif
 - Berikan 10 unit oksitisin IM.
- 5) Pasang infuse cairan IV.
- 6) Lakukan kateterisasi dan pantau cairan keluar masuk
- 7) Periksa kelengkapan plasenta
- 8) Periksa kemungkinan robekan serviks, vagina, dan perineum
- 9) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah
- 10) Setelah perdarahan teratasi (24 jam setelah darah berhenti) periksa kadar hemoglobin:
 - Jika Hb < 7g/dl atau hematokrit < 20 % (anemia berat) berikan sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali per hari selama 6 bulan
 - Jika Hb 7 -11 g/dl: berikan sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali per hari selama 6 bulan
 - Pada daerah endemik cacing gelang (prevalensi ≥ 20 %), berikan terapi :
 - Albendazol 400 mg/ hari oral
 - Mebendazol 500 mg/hari oral atau 100 mg 2x1 selama 3 hari
 - Pada daerah endemik tinggi cacing gelang (prevalensi ≥ 50 %), berikan dosis tersebut selama 12 minggu. (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2010)

b) Penanganan Sesuai Penyebab:

- 1) Perdarahan kala uri
 - Memberikan oksitosin
 - Mengeluarkan plasenta menurut cara credee (1-2 kali)
 - Mengeluarkan plasenta dengan tangan
 - Pengeluaran plasenta secara manual segera setelah bayi lahir dilakukan bila:



- a) Menyangka akan terjadi perdarahan post partum
 - b) Perdarahan banyak (lebih 500 cc)
 - c) Retensio plasenta
 - d) Melakukan tindakan obstetric dalam narkosa
 - e) Riwayat perdarahan post partum pada persalinan yang lalu
- Jika masih ada sisa plasenta yang agak melekat dan masih terdapat perdarahan segera lakukan utero-vaginal tamponade selama 24 jam diikuti pemberian uterotonika dan antibiotikselama 3 hari berturut-turut dan pada hari ke - 4 baru lakukan kuretase untuk membersihkannya.



Gambar Manual plasenta

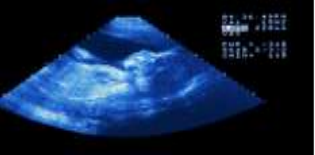
2) Atonia Uteri

Perdarahan oleh karena atonia uteri dapat di cegah dengan:

- Melakukan manajemen aktif kala III secara rutin pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan postpartum akibat atonia uteri
- Memberikan misoprostol peroral 2 – 3 tablet (400 – 600 µg) segera setelah bayi lahir

Faktor-faktor predisposisi atonia uteri adalah sebagai berikut:

- a) Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli, polihidramnion, atau anak terlalu besar
- b) Kelelahan karna persalinan lama atau persalinan kasep
- c) Kehamilan grade-multipara

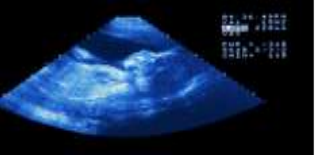


- d) Ibu dengan keadaan umum jelek, anemia atau penyakit menahun
- e) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim
- f) Infeksi intrauterine (korioamnionitis)
- g) Adanya riwayat pernah atonia uteri sebelumnya

Diagnosis atonia uteri ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapat fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi lembek.

Penanganan atonia uteri:

- a) Teruskan pemijatan uterus
 - b) Berikan uterotonika
 - c) Kenali dan tegakkan diagnosis kerja atonia uteri.
 - d) Antipasi dini akan kebutuhan darah dan lakukan transfusi sesuai kebutuhan
 - e) Jika perdarahan terus berlangsung:
 - Pastikan plasenta lahir lengkap
 - Jika terdapat tanda – tanda sisa plasenta, keluarkan sisa plasenta tersebut
 - Lakukan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya koagulopati.
 - f) Jika perdarahan terus berlangsung dan semua tindakan diatas telah dilakukan, lakukan:
 - Kompresi bimanual internal
 - Kompresi aorta abdominalis
 - g) Jika perdarahan terus berlangsung setelah dilakukan kompresi:
 - Lakukan ligasi arteri uterine dan ovarika
 - Lakukan histerektomi jika terdapat perdarahan yang mengancam jiwa setelah ligase
- 3) Robekan Jalan Lahir
- a) Periksa dengan seksama dan perbaiki robekan pada serviks, vagina dan perineum
 - b) Lakukan uji pembekuan darah sederhana



4) Retensio Plasenta

- Plasenta atau bagian – bagiannya dapat tetap berada dalam uterus setelah bayi lahir.
- Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk mengedan, jika dapat merasakan plasenta dalam vagina keluarkan.
- Pastikan kandung kemih kosong. Jika diperlukan pasang kateter.
- Jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM, jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III.
- Jika plasenta belum dilahirkan selama 30 mnt pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali.
- Jika traksi terkendali tali pusat belum berhasil, coba lakukan pengeluaran plasenta secara manual.
- Jika perdarahan terus berlangsung lakukan uji bekuan darah sederhana.
- Jika terdapat tanda – tanda infeksi (demam, sekret vagina berbau) berikan antibiotika untuk metritis.

5) Sisa Plasenta

Sewaktu suatu bagian dari plasenta satu atau lebih lobus tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.

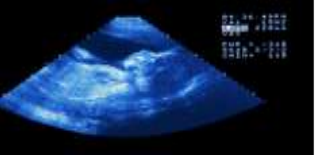
- Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta. Eksplorasi manual uterus.
- Keluarkan sisa plasenta dengan tangan, cunam ovum , atau kuretase.
- Catatan : jika melekat kuat curiga plasenta akreta.
- Jika perdarahan berlanjut lakukan uji pembekuan darah sederhana.

6) Inversio Uteri.

Inversi uterus adalah keadaan saat lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit

Faktor - faktor yang memungkinkan terjadinya inversio uteri adalah:

- Adanya atonia uteri
- Serviks yang masih terbuka lebar



- Adanya kekuatan yang menarik fundus kebawah (misalnya plasenta akreta, inkreta, dan perkreta yang tali pusatnya ditarik keras dari bawah)
- Ada tekanan pada fundus uteri dari atas (maneuver crede)
- Tekanan intra-abdomen yang keras dan tiba-tiba (misalnya batuk keras dan bersin)

Tanda – tanda inversio uteri:

- Syok karena kesakitan
- Perdarahan banyak dan bergumpal
- Di vulva tampak endometrium terbalik dengan atau tanpa plasenta yang masih melekat
- Bila baru terjadi, prognosis baik, tetapi bila kejadian cukup lama maka jepitan serviks yang mengecil akan membuat uterus mengalami iskemik, nekrosis, dan infeksi.

B. INFEKSI POST PARTUM

1. Definisi

Infeksi adalah berhubungan dengan berkembang-biaknya mikroorganisme dalam tubuh manusia yang disertai dengan reaksi tubuh terhadapnya (Iskandar Z., 1999).

Masa nifas (puerperium) adalah masa sesudah persalinan yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. Infeksi nifas adalah infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan (Saifuddin, 2006). Infeksi nifas adalah infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan.

2. Etiologi

Menurut Lusa (2011), infeksi nifas dapat disebabkan oleh masuknya kuman ke dalam organ kandungan maupun kuman dari luar yang sering menyebabkan infeksi. Berdasarkan masuknya kuman ke dalam organ kandungan terbagi menjadi:

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 80



- a) Ektogen (kuman datang dari luar jalan lahir)
- b) Autogen (kuman dari tempat lain)
- c) Endogen (kuman dari jalan lahir sendiri)

Selain itu infeksi nifas atau post partum dapat di bedakan menjadi dua faktor, yaitu:

a) Faktor Presipitasi Infeksi Post Partum

Penyebab dari infeksi postpartum ini melibatkan mikroorganisme anaerob dan aerob patogen yang merupakan flora normal serviks dan jalan lahir atau mungkin juga dari luar. Penyebab yang terbanyak dan lebih dari 50% kasus adalah bakteri *Streptococcus* dan anaerob lainnya yang sebenarnya tidak patogen sebagai penghuni normal jalan lahir. Kuman-kuman yang sering menyebabkan infeksi post partum antara lain :

1) *Streptococcus haematilis* aerobik

Masuknya secara eksogen dan menyebabkan infeksi berat yang ditularkan dari penderita lain, alat-alat yang tidak steril, tangan penolong, dan sebagainya.

2) *Staphylococcus aureus*

Masuk secara eksogen, infeksiya sedang, banyak ditemukan sebagai penyebab infeksi di rumah sakit.

3) *Escherichia coli*

Sering berasal dari kandung kemih dan rektum, menyebabkan infeksi terbatas.

4) *Clostridium welchii*

5) Kuman anaerob yang sangat berbahaya, sering ditemukan pada abortus kriminalis dan partus yang di tolong dukun dari luar rumah sakit.

b) Faktor Predisposisi Infeksi Post Partum

1) Semua keadaan yang dapat menurunkan keadaan tubuh, seperti perdarahan, dan kurang gizi atau malnutrisi

2) Partus lama, terutama partus dengan ketuban pecah lama

3) Tindakan bedah vaginal yang menyebabkan perlukaan jalan lahir

4) Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.

5) Anemia, hygiene, kelelahan.

6) Partus lama atau macet, korioamnionitis, persalinan traumatik, kurang baiknya proses pencegahan infeksi, manipulasi yang berlebihan, dapat berlanjut ke infeksi dalam masa nifas.



3. Proses Terjadinya Infeksi

- a) Tangan penderita atau penolong yang tertutup sarung tangan pada pemeriksaan dalam atau operasi membawa bakteri yang sudah ada dalam vagina ke dalam uterus. Kemungkinan lain ialah bahwa sarung tangan atau alat-alat yang dimasukkan ke dalam jalan lahir tidak sepenuhnya bebas dari kuman.
- b) Droplet infection. Sarung tangan atau alat-alat terkena kontaminasi bakteri yang berasal dari hidung atau tenggorokan dokter atau para asistennya. Oleh karena itu, hidung dan mulut petugas harus ditutup dengan masker.
- c) Infeksi rumah sakit (hospital infection). Dalam rumah sakit banyak sekali kuman patogen berasal dari penderita di seluruh rumah sakit. Kuman ini terbawa oleh air, udara, alat dan benda rumah sakit yang sering dipakai para penderita (handuk, kain- kain lainnya).
- d) Koitus pada akhir kehamilan sebenarnya tidak begitu berbahaya, kecuali bila ketuban sudah pecah.
- e) Infeksi intrapartum, sering dijumpai pada kasus lama, partus terlantar, ketuban pecah lama, dan/ atau terlalu sering diperiksa dalam. Gejalanya adalah demam, dehidrasi, leukositosis, takikardi, denyut jantung janin naik, dan air ketuban berbau serta berwarna keruh kehijauan.

4. Patofisiologi

Infeksi nifas setelah per vaginam terutama mengenai tempat implantasi plasenta dan desidua serta miometrium di dekatnya. Pada sebagian kasus, lochea yang keluar berbau, banyak, berdarah dan kadang-kadang berbusa. Pada kasus lain lochea hanya sedikit dan ini menyebabkan involusi uterus dapat terhambat. Potongan mikroskopis mungkin memperlihatkan lapisan bahan nekrotik di superfisial yang mengandung bakteri dan sebaran leukosit padat.

Sewaktu persalinan, bakteri yang mengkoloni serviks dan vagina memperoleh akses ke cairan amnion, dan post partum. Bakteri-bakteri ini akan menginvasi jaringan mati di tempat histerektomi. Kemudian terjadi selulitis para metrium dengan infeksi jaringan ikat fibroareolar retroperitonium panggul. Hal ini dapat disebabkan oleh penyebaran limfogen organisme dari tempat laserasi serviks atau insisi/ laserasi uterus yang terinfeksi. Proses ini biasanya terbatas pada jaringan para vagina dan jarang meluas ke dalam panggul.



5. Perjalanan penyakit

Apabila timbul demam post partum kita harus mencurigai kemungkinan infeksi uterus. Keparahan demam mungkin setara dengan luas infeksi, dan apabila terbatas di endometrium (desidua) dan miometrium superfisial, kasusnya biasanya ringan dan demamnya minimal. Bila demamnya lebih dari 38 sampai 39 °C dapat disertai menggigil, biasanya mengisyaratkan adanya bakterimia, yang terbukti yang terjadi pada 10-20 % wanita dengan infeksi panggul setelah seksio sesaria. Denyut nadi biasanya mengikuti kurva suhu.

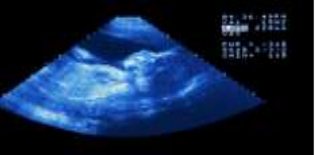
Wanita yang bersangkutan biasanya mengeluh nyeri abdomen, dan pada pemeriksaan abdomen dan bimanual di jumpai nyeri tekan parametrium. Karena nyeri insisi, nyeri tekan abdomen dan fundus uterus mungkin lebih bermanfaat untuk memastikan diagnosis metritis setelah perlahiran per vaginam daripada seksio sesaria. Bahkan pada tahap awal sudah dapat timbul duh berbau. Namun, pada banyak wanita dijumpai lokea berbau tidak enak tanpa tanda-tanda infeksi yang lain. Sebagian infeksi dan terutama yang disebabkan oleh streptokokus β hemolitikus grup A, sering disertai dengan lokea yang sedikit dan tidak berbau. Lekositosis dapat berkisar dari 15000-30000 sel/ μ l. Rata-rata peningkatan hitung leukosit post partum adalah 22 % (Hartmann dkk.,2000). Dengan demikian, setelah mengeksklusi kausa lain, demam merupakan kriteria terpenting untuk diagnosis metritis post partum. Apabila proses terbatas di uterus, suhu dapat kembali ke normal tanpa terapi antimikroba. Memang metritis lokal mungkin bisa salah didiagnosis sebagai infeksi saluran kemih, pembengkakan payudara, atau atelektaksisi paru. Tanpa terapi, selulitis uterus dan panggul akan memburuk: namun, dengan terapi antimikroba yang sesuai penyembuhan biasanya cepat terjadi.

6. Manifestasi Klinis

Rubor (kemerahan), kalor (demam setempat) akibat vasodilatasi dan tumor (bengkak) karena eksudasi. Ujung saraf merasa akan terangsang oleh peradangan sehingga terdapat rasa nyeri (dolor). Nyeri dan pembengkakan mengakibatkan gangguan faal, dan reaksi umum antara lain berupa sakit kepala, demam dan peningkatan denyut jantung (Sjamsuhidajat, R. 1997).

Manifestasi klinis yang lain :

- a) Peningkatan suhu
- b) Takikardi



- c) Nyeri pada pelvis
- d) Demam pelvis
- e) Nyeri tekan pada uterus.
- f) Lokea berbau busuk atau menyengat.
- g) Penurunan uterus yang lambat.
- h) Nyeri dan bengkak pada luka episiotomi.

Infeksi postpartum dapat dibagi atas 2 golongan, yaitu :

- a) Infeksi yang terbatas pada perineum, vulva, vagina, serviks, dan endometrium.
- b) Penyebaran dari tempat-tempat tersebut melalui vena, jalan limfe dan permukaan endometrium.

a) Infeksi perineum , vulva, vagina ,dan serviks

- 1) Gejalanya berupa rasa nyeri dan panas pada tempat infeksi, kadang-kadang perih saat kencing.
- 2) Bila getah radang bisa keluar, biasanya keadaannya tidak berat, suhu sekitar 38 derajat selsius dan nadi dibawah 100 per menit. Bila luka yang terinfeksi, tertutup jahitan dan getah radang tidak dapat keluar, demam bisa naik sampai 39-40 derajat selsius, kadang-kadang disertai menggigil.

b) Endometritis

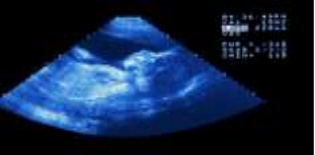
- 1) Kadang-kadang lokia tertahan dalam uterus oleh darah, sisa plasenta dan selaput ketuban yang disebut lokiometra dan dapat menyebabkan kenaikan suhu.
- 2) Uterus agak membesar, nyeri pada perabaan dan lembek.

c) Septikemia

- 1) Sejak permulaan, pasien sudah sakit dan lemah.
- 2) Sampai 3 hari pasca persalinan suhu meningkat dengan cepat, biasanya disertai menggigil.
- 3) Suhu sekitar 39-40 derajat selsius, keadaan umum cepat memburuk, nadi cepat (140-160 kali per menit atau lebih).
- 4) Pasien dapat meninggal dalam 6-7 hari pasca persalinan.

d) Piemia

- 1) Tidak lama pasca persalinan, pasien sudah merasa sakit, perut nyeri dan suhu agak meningkat.



- 2) Gejala infeksi umum dengan suhu tinggi serta menggigil terjadi setelah kuman dengan emboli memasuki peredaran darah umum.
- 3) Ciri khasnya adalah berulang-ulang suhu meningkat dengan cepat disertai menggigil lalu diikuti oleh turunnya suhu.
- 4) Lambat laun timbul gejala abses paru, pneumonia dan pleuritis.

e) Peritonitis

- 1) Pada peritonitis umum terjadi peningkatan suhu tubuh, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, dan ada defense musculaire.
- 2) Muka yang semula kemerah-merahan menjadi pucat, mata cekung, kulit muka dingin dan terdapat fasies hippocratica.
- 3) Pada peritonitis yang terbatas di daerah pelvis, gejala tidak seberat peritonitis umum.
- 4) Peritonitis yang terbatas : pasien demam, perut bawah nyeri tetapi keadaan umum tidak baik.
- 5) Bisa terdapat pembentukan abses.

f) Selulitis pelvis

- 1) Bila suhu tinggi menetap lebih dari satu minggu disertai rasa nyeri di kiri atau kanan dan nyeri pada pemeriksaan dalam, patut dicurigai adanya selulitis pelvis.
- 2) Gejala akan semakin lebih jelas pada perkembangannya.
- 3) Pada pemeriksaan dalam dapat diraba tahanan padat dan nyeri di sebelah uterus.
- 4) Di tengah jaringan yang meradang itu bisa timbul abses dimana suhu yang mula-mula tinggi menetap, menjadi naik turun disertai menggigil.
- 5) Pasien tampak sakit, nadi cepat, dan nyeri perut.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium:

- a) Darah: Hemoglobin dan hematokrit 12-24 jam post partum (jika Hb <10 g% dibutuhkan suplemen FE), eritrosit, leukosit, trombosit.
- b) Klien dengan Dower kateter diperlukan kultur urine.



- c) Pemeriksaan mikroskopis urine: guna pemeriksaan mikroskopis urine adalah untuk melihat kelainan ginjal dan salurannya (stadium, berat ringannya penyakit).
- d) Pemeriksaan protein urine: ditemukan protein dalam urin tetapi kelainan yang terjadi tidak menandakan adanya indikasi penyakit. Normalnya tidak boleh sampai +1.
- e) Pemeriksaan glukosa urine: Pada keadaan normal tidak ditemukan glukosa didalam urine. Karena molekul glukosa besar dan ginjal akan menyerap kembali hasil filtrasi dari glomerulus (normal : 1-25 mg/dL).

8. Penanganan Umum

- a) Antisipasi setiap kondisi (faktor predisposisi dan masalah dalam proses persalinan) yang dapat berlanjut menjadi penyulit/ komplikasi dalam masa nifas.
- b) Berikan pengobatan yang rasional dan efektif bagi ibu yang mengalami infeksi nifas.
- c) Lanjutkan pengamatan dan pengobatan terhadap masalah atau infeksi yang dikenali pada saat kehamilan ataupun persalinan.
- d) Jangan pulangkan penderita apabila masa kritis belum terlewati.
- e) Rencanakan. Beri catatan atau instruksi tertulis untuk asuhan mandiri di rumah dan gejala-gejala yang harus diwaspadai dan harus mendapat pertolongan dengan segera.
- f) Lakukan tindakan dan perawatan yang sesuai bagi bayi baru lahir, dari ibu yang mengalami infeksi pada saat persalinan.
- g) Berikan hidrasi oral/IV secukupnya.

9. Pencegahan

Pencegahan infeksi postpartum :

- a) Anemia diperbaiki selama kehamilan. Berikan diet yang baik. Koitus pada kehamilan tua sebaiknya dilarang.
- b) Membatasi masuknya kuman di jalan lahir selama persalinan. Jaga persalinan agar tidak berlarut-larut. Selesaikan persalinan dengan trauma sesedikit mungkin. Cegah perdarahan yang masif dan penularan penyakit dari petugas dalam kamar bersalin. Alat-alat persalinan harus steril dan lakukan pemeriksaan hanya bila perlu dan atas indikasi yang tepat.



- c) Selama nifas, rawat hygiene perlukaan jalan lahir. Jangan merawat pasien dengan tanda-tanda infeksi nifas bersama dengan wanita sehat yang berada dalam masa nifas.

10. Pengobatan Secara Umum

- a) Sebaiknya segera dilakukan pembiakan (kultur) dari sekret vagina, luka operasi dan darah serta uji kepekaan untuk mendapatkan antibiotik yang tepat dalam pengobatan.
- b) Berikan dalam dosis yang cukup dan adekuat.
- c) Karena hasil pemeriksaan memerlukan waktu, maka berikan antibiotik spektrum luas (broad spectrum)sembari menunggu hasil laboratorium.
- d) Pengobatan mempertinggi daya tahan tubuh penderita, infus atau transfusi darah diberikan perawatan lainnya sesuai dengan komplikasi yang dijumpai.

11. Penanganan Infeksi Postpartum :

- a) Suhu harus diukur dari mulut sedikitnya 4 kali sehari.
- b) Berikan terapi antibiotik dan perhatikan diet. Lakukan transfusi darah bila perlu, hati- hati bila ada abses, jaga supaya nanah tidak masuk ke dalam rongga perineum.

12. Komplikasi

- a) Peritonitis (peradangan selaput rongga perut)
- b) Tromboflebitis pelvika (bekuan darah di dalam vena panggul), dengan risiko terjadinya emboli pulmoner.
- c) Syok toksik akibat tingginya kadar racun yang dihasilkan oleh bakteri di dalam darah.

Syok toksik bisa menyebabkan kerusakan ginjal yang berat dan bahkan kematian.



C. POST PARTUM BLUES

1. Definisi

Postpartum Blues (PPB) atau sering juga disebut Maternity Blues atau Baby Blues dimengerti sebagai suatu sindroma gangguan afek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan dan memuncak pada hari ke tiga sampai kelima dan menyerang dalam rentang waktu 14 hari terhitung setelah persalinan (Arfian, 2012).

Postpartum blues merupakan perubahan mood pada ibu postpartum yang terjadi setiap waktu setelah ibu melahirkan tetapi seringkali terjadi pada hari ketiga atau keempat postpartum dan memuncak antara hari kelima dan ke-14 postpartum yang ditandai dengan tangisan singkat, perasaan kesepian dan ditolak, cemas, bingung, gelisah, letih, pelupa dan tidak dapat tidur (Bobak, 2004).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Postpartum Blues (PPB) adalah gangguan mood yang terjadi pada ibu postpartum yang merupakan sindroma gangguan afek ringan yang terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-14 setelah melahirkan.

2. Klasifikasi

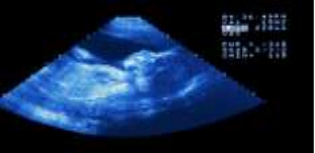
Menurut Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, 2008) dalam risetnya Maternal Mental Health & Child Health and Development yang berjudul "Literatur Review of Risk Factors and Interventions on Postpartum Depression" mengatakan bahwa Postpartum Affective Disorder ada 3 macam, yaitu :

a) Baby Blues (Postpartum Blues)

Merupakan bentuk yang paling ringan dan berlangsung hanya beberapa hari saja. Gejala berupa perasaan sedih, gelisah, sering kali uring-uringan dan khawatir tanpa alasan yang jelas. Tahapan baby blues ini hanya berlangsung dalam waktu beberapa hari saja. Pelan- pelan si ibu dapat pulih kembali dan mulai bisa menyesuaikan diri dengan kehidupan barunya.

b) Postpartum Depression (PPD)

Bentuk yang satu ini lumayan agak berat tingkat keparahannya yang membedakan ibu tidak bisa tidur atau sulit untuk tidur. Dapat terjadi dua minggu sampai setahun setelah melahirkan.



- c) Puerperal Psychosis atau Postpartum Psikosis.
Jenis ini adalah yang paling parah. Ibu dapat mengalami halusinasi, memiliki keinginan untuk bunuh diri. Tidak saja psikis si ibu yang nantinya jadi tergantung secara keseluruhan.

Jenis-Jenis Postpartum Disorder

Jenis Gangguan	Prevalensi	Onset	Durasi	Tindakan
Postpartum Blues	30 % - 75%	Hari ke 3-4	Beberapa jam sampai beberapa hari	Tidak perlu perawatan khusus, hanya perlu hiburan
Postpartum Depression	10-15%	Dalam kurun 12 bulan	Beberapa minggu sampai bulan	Diperlukan perawatan biasanya
Puerperal Psychotic	0.1% - 0.2 %	Dalam kurun 2 minggu	Beberapa minggu sampai bulan	Diperlukan perawatan di rumah sakit

3. Etiologi

Faktor-faktor penyebab terjadinya postpartum blues menurut (Kasdu,2005) diantaranya adalah:

- Faktor hormonal, yaitu terjadinya perubahan kadar sejumlah hormon dalam tubuh ibu pasca persalinan, yaitu:
 - Hormon progesteron pada masa kehamilan secara perlahan meningkat cukup tinggi, tetapi turun mendadak setelah persalinan.
 - Tingkat hormon estrogen yang mengalami proses perubahan kembali ke keadaan sebelum hamil.
 - Ketidakstabilan kelenjar tiroid yang turun ketika melahirkan dan tidak kembali pada jumlah yang normal.
 - Kadar endorfin (hormon yang dapat memompa rasa senang) meningkat selama kehamilan, namun turun drastis pada saat melahirkan.
- Harapan persalinan yang tidak sesuai dengan kenyataan atau adanya perasaan kecewa dengan keadaan fisik dirinya juga bayinya.
- Kelelahan fisik akibat proses persalinan yang baru dilaluinya.



- d) Kesibukan mengurus bayi dan perasaan ibu yang merasa tidak mampu atau khawatir akan tanggung jawab barunya sebagai ibu.
- e) Kurangnya dukungan dari suami dan orang-orang sekitar.
- f) Terganggu dengan penampilan tubuhnya yang masih tampak gemuk.
- g) Kekhawatiran pada keadaan sosial ekonomi, seperti tinggal bersama mertua, lingkungan rumah yang tidak nyaman, dan keadaan ibu yang harus kembali bekerja setelah melahirkan.

4. Manifestasi Klinis

Karakteristik kondisi ini adalah iritabilitas meningkat, perubahan mood, cemas, pusing, serta perasaan sedih dan sendiri (Bahiyatun, 2009). Menurut American College of Obstetrician and Gynecologist (2011), seorang wanita yang menjadi seorang ibu pada pertama kali, memiliki tanda dan gejala depresi pasca melahirkan, diantara tanda dan gejalanya adalah :

- a) Perasaan depresi yang tidak hilang lebih dari 1 minggu pasca melahirkan
- b) Perasaan depresi yang sangat selama 1-2 bulan sesudah melahirkan
- c) Perasaan sedih, ragu-ragu, bersalah, atau peningkatan ketergantungan terhadap orang lain
- d) Tidak dapat merawat diri sendiri dan bayinya
- e) Gangguan mengerjakan aktivitas sehari-hari di rumah dan pekerjaannya
- f) Perubahan nafsu makan
- g) Benci dan takut terhadap bayi, tidak tertarik dengan si bayi
- h) Ansietas atau panik

5. Patofisiologi

Ibu dengan persalinan episiotomi disebabkan adanya persalinan yang lama: gawat janin (janin prematur, letak sungsang, janin besar), tindakan operatif dan gawat ibu (perineum kaku, riwayat robekan perineum lalu, arkus pubis sempit). Persalinan dengan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut BAB dan ini menyebabkan risiko tinggi konstipasi. Terputusnya jaringan juga merusak pembuluh darah dan



menyebabkan risiko defisit volume cairan. Terputusnya jaringan menyebabkan resti infeksi apabila tidak dirawat dengan baik kuman mudah berkembang karena semakin besar mikroorganisme masuk ke dalam tubuh semakin besar risiko terjadi infeksi.

Ibu dengan persalinan dengan episiotomi setelah 6 minggu persalinan ibu berada dalam masa nifas. Pada saat masa nifas, ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis pada ibu akan terjadi uterus yang berkontraksi. Kontraksi uterus tersebut bisa adekuat atau tidak adekuat. Dikatakan adekuat apabila kontraksi uterus kuat ketika terjadi adanya perubahan involusi yaitu proses pengembalian uterus ke dalam bentuk normal yang dapat menyebabkan nyeri/ mules, yang prosesnya mempengaruhi saraf pada uterus. Saat setelah melahirkan, ibu mengeluarkan lochea yaitu ruptur dari sisa plasenta sehingga pada daerah vital kemungkinan terjadi risiko kuman mudah berkembang. Dikatakan tidak adekuat dikarenakan kontraksi uterus lemah yang mengakibatkan terjadinya perdarahan dan atonia uteri.

Perubahan fisiologis dapat memengaruhi payudara. Setelah melahirkan terjadi penurunan hormon progesteron dan estrogen sehingga terjadi peningkatan hormon prolaktin yang menghasilkan pembentukan ASI. ASI keluar untuk pemenuhan gizi pada bayi, apabila bayi mampu menerima asupan ASI dari ibu, maka reflek bayi baik dan berarti proses laktasi berlangsung efektif. Sedangkan jika ASI tidak keluar disebabkan kelainan pada bayi dan ibu yaitu bayi menolak, bibir sumbing, puting lecet, suplai tidak adekuat, berarti proses laktasi tidak efektif.

Pada perubahan psikologis terjadi *aking In*, *Taking Hold*, dan *Letting Go*. Pada fase *Taking In* kondisi ibu lemah maka terfokus pada diri sendiri sehingga butuh pelayanan dan perlindungan yang mengakibatkan defisit perawatan diri. Pada fase *Taking Hold*, ibu belajar tentang hal baru dan mengalami perubahan yang signifikan. Pada fase ini ibu butuh informasi lebih karena ibu kurang pengetahuan. Pada fase *Letting Go* ibu mampu menyesuaikan diri dengan keluarga sehingga di sebut ibu yang mandiri, menerima tanggung jawab dan peran baru sebagai orangtua.



6. Pemeriksaan Diagnostik

Sampai saat ini belum ada alat tes khusus yang dapat mendiagnosa secara langsung post partum blues. Secara medis, dokter menyimpulkan beberapa tanda dan gejala yang tampak dapat disimpulkan sebagai gangguan depresi post partum blues bila memenuhi kriteria gejala yang ada. Kekurangan hormon tiroid yang ditemukan pada individu yang mengalami kelelahan luar biasa (fatigue), ditemukan juga pada ibu yang mengalami post partum blues mempunyai kadar tiroid yang sangat rendah.

Skrining untuk mendeteksi gangguan mood/ depresi sudah merupakan acuan pelayanan pasca salin yang rutin dilakukan. Untuk skrining ini dapat dipergunakan beberapa kuesioner dengan sebagai alat bantu. Edinburgh Posnatal Depression Scale (EPDS) merupakan kuesioner dengan validitas yang teruji yang dapat mengukur intensitas perubahan perasaan depresi selama 7 hari pasca persalinan. Pertanyaan-pertanyaannya berhubungan dengan labilitas perasaan, kecemasan, perasaan bersalah serta mencakup hal - hal lain yang terdapat pada post partum blues. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan, setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban yang mempunyai nilai skor dan harus dipilih satu dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu pasca persalinan saat itu. Pertanyaan harus dijawab sendiri oleh ibu dan rata-rata dapat diselesaikan dalam waktu lima menit. Cox et, al., mendapati bahwa nilai skoring lebih besar dari 12 memiliki sensitivitas 86 % dan nilai prediksi positif 73 % untuk mendiagnosis post partum blues. EPDS juga telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Italia, dan Indonesia. EPDS dapat dipergunakan dalam minggu pertama pasca persalinan dan bila hasilnya meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian.

7. Penatalaksanaan

Post partum blues pasca persalinan sering kali terabaikan dan tidak ditangani dengan baik. Banyak ibu yang berjuang sendiri dalam beberapa saat setelah melahirkan. Mereka merasakan ada suatu hal yang salah namun mereka sendiri tidak benar-benar mengetahui apa yang sedang terjadi. Penanganan gangguan mental pasca salin pada prinsipnya tidak berbeda dengan penanganan gangguan mental pada momen-momen lainnya. Para ibu yang mengalami post partum blues membutuhkan pertolongan yang sesungguhnya. Para ibu ini membutuhkan dukungan psikologis seperti juga kebutuhan fisik lainnya

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko 92



yang harus juga dipenuhi. Mereka membutuhkan kesempatan untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dari situasi yang menakutkan. Mungkin juga mereka membutuhkan pengobatan dan/ atau istirahat dan sering kali akan merasa gembira mendapat pertolongan yang praktis. Dengan bantuan dari teman dan keluarga, mereka perlu mengatur atau menata kembali kegiatan rutin sehari-hari, atau mungkin menghilangkan beberapa kegiatan, disesuaikan dengan konsep mereka tentang keibuan dan perawatan bayi. Bila memang diperlukan, dapat diberikan pertolongan dari para ahli, misalnya dari seorang psikolog atau konselor yang berpengalaman dalam bidang tersebut.

8. Pencegahan

Post partum blues dapat dicegah dengan cara:

- a) Anjurkan ibu untuk merawat dirinya, yakinkan pada suami atau keluarga untuk selalu memperhatikan si ibu.
- b) Menu makanan yang seimbang
- c) Olah raga secara teratur
- d) Mintalah bantuan pada keluarga atau suami untuk merawat ibu dan bayinya
- e) Rencanakan acara keluar bersama bayi berdua dengan suami
- f) Rekreasi

9. Komplikasi

Komplikasi dapat menyebabkan gangguan secara fisik, emosi, dan kognitif bagi ibu dan keluarga. Persalinan yang lama akan membuat ibu memiliki pengalaman persalinan yang kurang memuaskan, sehingga ibu menunjukkan citra diri negatif dan dapat berlanjut menjadi kemarahan yang dapat mempersulit proses adaptasi ibu terhadap peran dan fungsi barunya. Proses persalinan yang berlangsung penuh tekanan akan membuat ibu lebih sulit mengontrol dirinya sehingga membuat ibu lebih sering marah serta dapat menurunkan kemampuan koping ibu yang efektif.

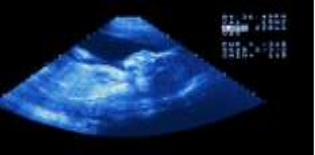
Persalinan yang lama biasanya diakhiri dengan tindakan, antara lain persalinan dengan bantuan alat (forsep atau vakum), penggunaan analgesik epidural, dan seksio saesarea. Intervensi tersebut dapat menimbulkan efek jangka panjang, yaitu dapat mengurangi kepercayaan diri ibu dalam menjalankan perannya, mengganggu proses kelekatan



(bonding) yang alami serta dapat meningkatkan kejadian depresi postpartum.

10. Prognosis

Postpartum blues biasanya akan hilang dalam satu bulan setelahnya. Beberapa ibu mempunyai berbagai gejala dalam bulan hingga tahun. Dengan bantuan penatalaksanaan yang sesuai, prognosis untuk postpartum blues biasanya cukup baik.



DAFTAR PUSTAKA

- Arisman. (2010). *Buku ajar ilmu gizi: gizi dalam daur kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Bobak, dkk (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. EGC. Jakarta, hal: 106-122; 143.
- Bailey, P.E (2007). Increasing Awareness of Danger Signs in Pregnancy Through Community- and Clinic. *Maternal and Child health Journal*, p. 19-28. Cunningham, F.G, et all (2005). *Obstetric Williams*. EGC. Jakarta, hal: 235.
- Danfort, dkk (2002). *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Widya Medika. Jakarta, hal: 54.
- Depkes (1995). *Keperawatan Ibu dan Anak Di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat*. Depkes. Jakarta, hal: 84.
- Depkes RI (2006). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta, hal: 2-5.
- Green, C. J., & Wilkinson, J. M. (2012). *Rencana asuhan keperawatan: Maternal & bayi baru lahir*. Jakarta: EGC.
- Hamilton, P.M (1995). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*. EGC. Jakarta, hal: 63; 79-83.
- Lowdermilk et al (1999). *Maternity Nursing*. 5th edition. Mosby Year Book. Missouri, hal: 286, 293-299.
- Manuaba, IBG (1995). *Penuntun Diskusi Obstetri Dan Ginekologi untuk Mahasiswa Kedokteran*. EGC. Jakarta, hal: 25-30.
- Manuaba, IBG (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. EGC. Jakarta, hal: 106-110; 125-126; 128-130; 133.
- Manuaba, IBG (2001). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. EGC. Jakarta, hal: 40; 58; 169; 172; 179; 184.
- Mochtar, Rustam (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jilid 2. EGC. Jakarta, hal: 47; 191-193; 207. Manuaba, Ida Bagus (1999). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Arcan. Jakarta, hal: 1-12.
- Moore, et all (2004). *Essentials of Obstetrics and Gynecology*. Fourth Edition. Elsevier Saunders. Pennsylvania
- Manuaba, I. B. . (2007). *Pengantar kuliah obstetri*. Jakarta: EGC.
- NANDA International, I., 2014. *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2015-2017 1st ed*. T. H. Herdman & S. Kamitsuru, eds., Chichester West Sussex UK: Wiley Blackwell.



- Prawirohardjo, Y. B. P. S. (2006). *Buku Acuan Nasional* (pertama). Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Y. B. P. S. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Susiloningtyas, I. (2012). Pemberian zat besi (Fe) dalam kehamilan. *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 50 (128). Retrieved from <http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/majalahilmiahsultanagung/article/viewFile/74/68>
- Varney, H. (2006). *Buku ajar asuhan kebidanan*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2001). *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control*.
- Wiknjosastro. (2005). *Ilmu kebidanan* (7th ed.). Jakarta: EGC.



BUKU AJAR

KEGAWATDARURATAN *Pada* **KEHAMILAN & PERSALINAN BERESIKO**

TRI DIANI AGUSTUTI
NURAIDAH
ENI RIZKI RAHAYU
SRI UNTARI
RATIH SURYAMAN
NOOR SITI NOVIANI INDAH SARI
FITRIA HARI WIBAWATI
VERONIKA HUTABARAT
MEICY SEPTI
DEDE ASTI

Buku Ajar Kegawatdaruratan Pada Kehamilan dan Persalinan Beresiko, ditulis untuk memberikan kemampuan kepada mahasiswa dalam melakukan perawatan kepada pasien khususnya yang mengalami gangguan dalam kehamilan maupun persalinan. Buku ini berisi tentang askep pada komplikasi awal kehamilan, askep pada komplikasi kehamilan lanjut, askep pada penyakit yang menyertai kehamilan, askep pada komplikasi persalinan, dan askep pada komplikasi postpartum. Dengan memahami isi buku ini diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan berbagai gangguan pada ibu hamil maupun bersalin serta dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat.