

Buku ini telah dilengkapi dengan materi perkuliahan dan latihan soal!

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks merupakan media pembelajaran yang digunakan mahasiswa untuk membantu jalannya proses perkuliahan sejak awal semester sampai akhir semester. Buku ini dilengkapi dengan latihan soal pada masing-masing babnya.

Buku ajar ini diimplementasikan dari kurikulum kesehatan yang terbaru sehingga ilmu yang disajikan dalam buku ajar ini dapat menjadi rujukan yang tepat untuk mahasiswa Kebidanan.

Buku ini ditulis tim dosen yang ahli di bidangnya, kemudian melewati proses tinjauan (*review*) dan pengeditan (*editing*) yang cukup ketat hingga tangan *panel expert* dan *proofreading*.

Harapan kami, buku ini dapat memperkaya pengetahuan mahasiswa terkait ilmu kesehatan dan kemampuan dalam menjawab latihan soal berbentuk kasus, sehingga dapat mengantarkan calon tenaga kesehatan yang sukses dan profesional.

Salam Cumlaude ❤️



ISBN 978-623-8118-50-2



9 786238 118502

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KASUS KOMPLEKS



Anggota IKAPI No. 606/DKI/2021

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KASUS KOMPLEKS



Penulis:

Dr. Emi Kusumawardani, S.S.T., M.Kes., Niken Bayu Argaheni, S.ST., Bdn., M.Keb.,
Megawati, S.ST., M.K.M., Wiwin Widayanti, S.S.T., M.Kes., Bdn. Pipih Salanti, SST., MKM.,
Diani Magasida, S.Si.T., M.Keb., Bdn. Nunung Nurjanah, SST., M.Keb.,
Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.Si.T., M.Kes., Nur Fadri Nilakesuma, BD., M.Keb.



Buku Ajar **Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks**

Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru

TAHUN 2024

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

- (1) Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersil dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000,00 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h, untuk penggunaan secara komersil dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g, untuk penggunaan secara komersil dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat milia rupiah).

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks

Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru

TAHUN 2024

Penulis:

- Dr. Emi Kusumawardani, S.S.T., M.Kes.
- Niken Bayu Argaheni, S.ST., Bdn., M.Keb.
- Megawati, S.ST., M.K.M.
- Wiwin Widayanti, S.S.T., M.Kes.
- Bdn. Pipih Salanti, SST., MKM.
- Diani Magasida, S.Si.T., M.Keb.
- Bdn. Nunung Nurjanah, SST., M.Keb.
- Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.Si.T., M.Kes.
- Nur Fadjri Nilakesuma, BD., M.Keb.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks

Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru

Penerbit

Mahakarya Citra Utama

Anggota IKAPI : No. 606/DKI/2021

Infiniti Office, Bellezza BSA 1st Floor Unit 106,
Jl. Letjen Soepeno, Kebayoran Lama Jakarta Selatan 12210.

E-Mail : admin@mahakarya.academy

Website : www.mahakarya.academy

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

KUSUMAWARDANI, Emi., dkk.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks / oleh KUSUMAWARDANI,
Emi., dkk., --Jakarta: Mahakarya Citra Utama, Februari 2024.

ix, 319 hlm.; Uk: 14x21 cm

ISBN : 978-623-8118-50-2

1. Ilmu Kebidanan

1. Judul

618.2

Desain Cover : Dimasqi Sulthan Sabiq Jiddan

Penata Letak : Qoriatul Adawiyah

Cetakan ke-1 : Februari 2024

© Hak cipta dilindungi oleh undang-undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa
izin tertulis dari Penerbit.

PRAKATA

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh Puji syukur Penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmatnya akhirnya “Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks” ini dapat diselesaikan. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks adalah salah satu sarana yang sangat diperlukan oleh dosen dan mahasiswa sebagai sebuah pedoman dalam melaksanakan perkuliahan.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks ini di susun dengan harapan agar setelah menempuh mata kuliah ini mahasiswa mampu menganalisis secara komprehensif berbagai masalah yang berkaitan dengan: Konsep asuhan kebidanan pada kasus kompleks, memahami patofisiologi asuhan kebidanan pada kasus kompleks, memahami ginekologi asuhan kebidanan pada kasus kompleks, obstetrik serta komplikasi pada kehamilan yang umum terjadi pada asuhan kebidanan pada kasus kompleks, obstetrik serta komplikasi pada persalinan yang umum terjadi pada asuhan kebidanan pada kasus kompleks, lingkup asuhan pada kasus kompleks, memahami menjelaskan dan menyampaikan tentang komunikasi pada perempuan dengan disabilitas, memahami pengkajian asuhan dengan kebutuhan kompleks meliputi pengkajian faktor resiko dan sosial yang berkontribusi pada kondisi ibu yang buruk, asuhan primer pada bayi usia 6 minggu pertama, bekerja dalam tim interdisiplin (IPE) alur rujukan pada kasus kompleks.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks ini dibuat dengan memperhatikan kepentingan yang seimbang antara pendidikan dan pelayanan/klinis praktis, dan dengan demikian akan sangat memberikan manfaat bagi para mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Untuk kepentingan pendidikan maka topik/bahasan yang dipilih dan dijabarkan pada buku ajar ini sangat memadai, karena sesuai dengan kemutakhiran baik dari sisi konsep dan tatalaksana yang ada di bidang kegawatdaruratan kebidanan, sehingga dapat menjadi tambahan pengetahuan yang baik.

Akhir kata kami ucapkan terimakasih yang tulus Kepada: 1. Tim manajemen Mahakarya Cipta Utama 2. Para pihak yang telah membantu penyelesaian buku Ajar ini. Akhirnya besar harapan kami semoga kehadiran” Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks ”ini dapat diterima dan dimanfaatkan dengan sebaik-banyaknya.

Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

Prakata	i
Daftar Isi	vi
BAB I KONSEP ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS	1
Pengertian Kasus Kompleks	3
Penilaian Komprehensif	6
Perencanaan Asuhan Kebidanan	9
Implementasi Asuhan Kebidanan	11
Kolaborasi dengan Profesional Kesehatan Lain dan Konsultasi	13
Manajemen Risiko dan Pengambilan Keputusan Dalam Kasus-kasus Kompleks	15
Konseling dan Dukungan Psikososial Bagi Klien	17
Etika Dalam Merawat Klien Dalam Kasus-kasus Kompleks	19
BAB II MEMAHAMI PATOFISIOLOGI ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS	25
Konsep Umum Patofisiologi	26
Patofisiologi Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks	30
Konsep Penyakit	31
Etiologi atau Sebab	34
Tanda dan Gejala Penyakit	35
BAB III MEMAHAMI GINEKOLOGI ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS	38
Konsep Umum Ginekologi	39

	Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks Tentang Jenis Penyakit Kandungan atau Ginekologi	40
BAB IV	OBSTETRIC SERTA KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG UMUM TERJADI PADA ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS	81
	Konsep Umum Obstetric	84
	Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks pada Kehamilan yang Umum Terjadi	85
BAB V	OBSTETRIC SERTA KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG UMUM TERJADI PADA ASUHAN KEBIDANAN KASUS KOMPLEKS PERSALINAN	106
	Distosia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal- Posisi): Presentasi Puncak Kepala, Dahi, Muka, Occipito Posterior	107
	Distosia Karena Kelainan His: Inersia Uteri Hipotonik, Inersia Uteri Hipertonik, His yang Tidak Terkoordinasi	124
	Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan: Vulva, Vagina, Uterus	131
	Distosia Karena Kelainan Janin: Makrosomia, Hidrosefalus, Anensefalus, Janin Kembar Siam, Kelainan Jalan Lahir	151
	Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala III dan IV: Atonia Uteri, Retensio Plasenta, Emboli Air Ketuban, Robekan Jalan Lahir	164

BAB VI	LINGKUP ASUHAN PADA KASUS KOMPLEKS	175
	Kehamilan	176
	Persalinan	178
	Epidemiologi	195
	Pengambilan Keputusan	196
BAB VII	MEMAHAMI, MENJELASKAN DAN MENYAMPAIKAN TENTANG KOMUNIKASI PADA PEREMPUAN DENGAN DISABILITAS	199
	Latar Belakang	200
	Definisi Disabilitas	202
	Ragam Disabilitas	203
	Masalah Reproduksi pada Perempuan Penyanggah Disabilitas	206
	Penanganan Masalah Reproduksi pada Perempuan Penyanggah Disabilitas	208
	Komunikasi dengan Perempuan Penyanggah Disabilitas	210
	Menyampaikan Keadaan Buruk, Pilihan, <i>Informed Consent</i> dan Pemberian Informasi pada Kasus Kompleks yang dialami Perempuan Penyanggah Disabilitas	212
BAB VIII	MEMAHAMI PENGKAJIAN ASUHAN DENGAN KEBUTUHAN KOMPLEKS MELIPUTI PENGKAJIAN FAKTOR RISIKO DAN SOSIAL YANG BERKONTRIBUSI PADA KONDISI IBU YANG BURUK	217
	Profesionalisme Dalam Kasus Kompleks	219
	Isu Etik dan Legal yang Berhubungan dengan Kondisi Kompleks	236

	Komunikasi pada Perempuan dengan Disabilitas	239
BAB IX	ASUHAN PRIMER PADA BAYI USIA 6 MINGGU PERTAMA	246
	Gambaran Penyebab Kematian Ibu: Penyebab Langsung dan Tidak Langsung	247
	Epidemiologi Kematian Maternal	248
	Pencegahan dan Penanganan	249
	Kebijakan Penatalaksanaan, Pengkajian dan Risiko pada Kehamilan	253
	Kebijakan Pengelolaan dan Pengkajian Serta Risiko Dalam Persalinan	256
	Kebijakan Pengelolaan dan Pengkajian Serta Risiko Dalam Masa Nifas	256
	Kebijakan Pengelolaan dan Pengkajian Serta Risiko Dalam Bayi Baru Lahir	257
BAB X	BEKERJA DALAM TIM INTERDISIPLIN (IPE), ALUR RUJUKAN DAN RENCANA ASUHAN PADA KASUS KOMPLEKS	261
	Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan dengan Kebutuhan yang Kompleks Sebagai Bagian dari Tim Interdisiplin	262
	Bekerja Dalam Tim Interdisiplin (IPE)	266
	Alur Rujukan dan Rencana Asuhan pada Kasus Kompleks	271
	Sistem Rujukan Terintegrasi Berbasis Teknologi Informasi	281
	Daftar Pustaka	290
	Biografi	308

BAB 1.

KONSEP ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS

Ditulis Oleh: Niken Bayu Argaheni, S.ST., Bdn, M.Keb.

Deskripsi

Mata kuliah ini dirancang untuk memberikan pemahaman mendalam kepada mahasiswa bidan tentang bagaimana memberikan asuhan kebidanan dalam situasi yang kompleks. Ini mencakup berbagai kasus yang melibatkan komplikasi medis, masalah sosial, atau kombinasi dari keduanya selama kehamilan, persalinan, dan pasca melahirkan.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Memahami Konsep asuhan kebidanan pada kasus kompleks.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Memahami konsep dasar dari asuhan kebidanan dan peran bidan dalam merawat perempuan hamil, melahirkan, dan pasca melahirkan.
2. Mengidentifikasi kasus-kasus yang kompleks dan memahami faktor-faktor yang membuat mereka kompleks.

3. Melakukan penilaian komprehensif terhadap klien dalam kasus kompleks, termasuk pemeriksaan fisik, pemantauan tanda-tanda vital, dan evaluasi risiko.
4. Merencanakan asuhan kebidanan yang sesuai dengan kondisi klien, termasuk perencanaan untuk mengatasi masalah yang kompleks.
5. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana perawatan yang telah disusun, termasuk intervensi yang diperlukan dalam kasus-kasus kompleks.
6. Berkolaborasi dengan profesional kesehatan lain dan melakukan konsultasi dengan dokter spesialis atau tim medis lainnya dalam kasus-kasus kompleks.
7. Mengevaluasi perkembangan klien, mengidentifikasi perubahan kondisi yang mengkhawatirkan, dan mengambil keputusan berdasarkan pemantauan dan penilaian yang tepat.
8. Memberikan konseling dan dukungan psikososial kepada klien dan keluarganya dalam menghadapi kasus-kasus kompleks.
9. Memahami etika profesi kebidanan dan menjalankan praktik kebidanan dengan prinsip-prinsip etika yang tinggi dalam menghadapi kasus-kasus kompleks.
10. Mengembangkan kompetensi diri dalam menangani kasus-kasus kebidanan yang kompleks melalui pembelajaran berkelanjutan dan pengalaman praktik.
11. Menjaga keamanan dan kualitas pelayanan kebidanan dalam menghadapi kasus-kasus yang kompleks.

Dengan mencapai sub capaian pembelajaran ini, mahasiswa akan memiliki pemahaman yang kuat tentang asuhan kebidanan pada kasus-kasus kompleks dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada perempuan hamil, ibu yang melahirkan, dan pasca melahirkan dalam berbagai situasi yang kompleks.

Uraian Materi

A. Pengertian Kasus Kompleks

Definisi kasus kompleks dalam kebidanan.

Kasus kompleks dalam kebidanan merujuk pada situasi-situasi yang melibatkan faktor-faktor tambahan atau komplikasi yang membuat perawatan dan pengelolaan lebih rumit. Situasi ini dapat berkaitan dengan kehamilan, persalinan, atau masa pasca melahirkan (Amellia, 2020).

Kasus kompleks dalam kebidanan adalah situasi yang melibatkan satu atau lebih dari berikut ini:

1. **Komplikasi Medis:** Kasus-kasus ini melibatkan masalah medis atau kondisi kesehatan yang menyulitkan atau meningkatkan risiko selama kehamilan, persalinan, atau masa pasca melahirkan.

Contoh komplikasi medis meliputi:

- a. Diabetes gestasional (Irwin & Midwife, 2010).
 - b. Tekanan darah tinggi (preeklampsia atau eklampsia) (Hauspurg & Jeyabalan, 2022).
 - c. Kelainan plasenta, seperti plasenta previa (Podungge et al., 2023).
 - d. Infeksi seperti HIV atau sifilis yang dapat ditularkan kepada bayi (CDC, 2021; Go et al., 2003; Kourtis et al., 2006).
 - e. Kelainan jantung atau pernapasan pada ibu.
 - f. Masalah metabolik atau endokrin lainnya.
2. **Masalah Sosial atau Psikologis:** Kasus-kasus ini melibatkan masalah sosial atau psikologis yang mempengaruhi kesejahteraan ibu, pasangan, atau bayi yang belum lahir. Contoh masalah sosial atau psikologis meliputi:
 - a. Kekerasan dalam rumah tangga.
 - b. Keterbatasan dukungan sosial atau dukungan keluarga.

- c. Masalah kesehatan mental pada ibu, seperti depresi atau kecemasan.
 - d. Masalah pernikahan atau hubungan yang konflik.
3. Kombinasi Faktor-faktor: Beberapa kasus kompleks dapat melibatkan kombinasi faktor-faktor medis, sosial, dan psikologis yang membuat perawatan lebih rumit. Misalnya, seorang ibu mengalami komplikasi medis seperti preeklampsia dan juga menghadapi masalah sosial seperti ketidakstabilan perumahan.
4. Kehamilan Berisiko Tinggi: Kehamilan dengan risiko tinggi adalah istilah lain yang digunakan untuk menggambarkan kasus kompleks. Kehamilan berisiko tinggi dapat berarti bahwa ibu atau bayi memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi selama kehamilan atau persalinan.

Faktor-faktor yang membuat suatu kasus dianggap kompleks, seperti komplikasi medis, masalah sosial, atau kombinasi dari keduanya. Faktor-faktor yang membuat suatu kasus dianggap kompleks dalam konteks kebidanan dapat mencakup, tetapi tidak terbatas pada, hal-hal berikut :

1. Komplikasi Medis: Kasus dapat dianggap kompleks jika ibu hamil atau ibu yang melahirkan mengalami komplikasi medis selama kehamilan, persalinan, atau pasca melahirkan. Beberapa contoh komplikasi medis meliputi:
 - a. Preeklampsia atau Eklampsia: Tekanan darah tinggi selama kehamilan.
 - b. Diabetes Gestasional: Gangguan gula darah yang terjadi selama kehamilan.
 - c. Plasenta Previa: Plasenta yang menutupi sebagian atau seluruh leher rahim.
 - d. Kelainan Janin: Masalah kesehatan atau perkembangan pada janin yang memerlukan pemantauan atau tindakan medis khusus.

2. Masalah Sosial: Kasus dapat dianggap kompleks jika ibu atau keluarga menghadapi masalah sosial yang mempengaruhi kesejahteraan ibu dan bayi yang belum lahir. Beberapa contoh masalah sosial meliputi:
 - a. Ketidakstabilan Perumahan: Keluarga tidak memiliki tempat tinggal yang aman atau stabil.
 - b. Kekerasan dalam Rumah Tangga: Situasi rumah tangga yang berpotensi membahayakan ibu hamil.
 - c. Isolasi Sosial: Kurangnya dukungan sosial atau hubungan sosial yang buruk.
 - d. Masalah Keuangan: Kesulitan finansial yang mempengaruhi akses perawatan medis yang memadai.
3. Kombinasi Faktor-faktor: Kasus kompleks seringkali melibatkan kombinasi faktor-faktor medis dan sosial. Sebagai contoh, seorang ibu hamil memiliki diabetes gestasional (komplikasi medis) dan juga menghadapi ketidakstabilan perumahan (masalah sosial). Kombinasi faktor-faktor ini membuat perawatan menjadi lebih rumit.
4. Kehamilan Berisiko Tinggi: Sebuah kehamilan dapat dianggap berisiko tinggi jika ibu atau bayi memiliki faktor risiko tertentu yang meningkatkan kemungkinan komplikasi. Contoh kehamilan berisiko tinggi meliputi kehamilan pada usia lanjut atau kehamilan kembar (Prasetyo et al., 2020; Vaghela, 2019).
5. Keterbatasan Sumber Daya: Jika sumber daya medis, finansial, atau infrastruktur terbatas, kasus dapat dianggap kompleks karena sulit untuk memberikan perawatan yang memadai.
6. Masalah Kesehatan Mental: Kesehatan mental yang buruk pada ibu atau anggota keluarga juga dapat membuat kasus dianggap kompleks. Misalnya, ibu yang mengalami depresi postpartum memerlukan perhatian khusus.
7. Faktor Budaya: Perbedaan budaya dan nilai-nilai dalam masyarakat tertentu juga dapat membuat kasus menjadi

kompleks. Perawat dan bidan harus memahami dan menghormati budaya klien saat memberikan asuhan.

B. Penilaian Komprehensif

Pentingnya melakukan penilaian komprehensif pada klien dalam kasus kompleks. Melakukan penilaian komprehensif pada klien dalam kasus kompleks sangat penting karena berbagai alasan berikut:

1. Mengidentifikasi Masalah yang Kompleks: Dalam kasus kompleks, masalah kesehatan ibu dan bayi dapat sangat bervariasi dan saling terkait. Dengan melakukan penilaian komprehensif, profesional kesehatan dapat mengidentifikasi semua masalah yang relevan, termasuk komplikasi medis, masalah sosial, atau faktor risiko lainnya.
2. Menilai Keparahan Masalah: Penilaian komprehensif membantu dalam menilai sejauh mana masalah-masalah tersebut mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Ini membantu dalam menentukan prioritas perawatan dan tindakan yang diperlukan.
3. Perencanaan Perawatan yang Tepat: Dengan pemahaman yang mendalam tentang kondisi klien, profesional kesehatan dapat merencanakan perawatan yang sesuai. Ini mencakup pemilihan intervensi medis yang tepat, perencanaan tindakan pemantauan yang diperlukan, dan pengelolaan resiko yang efektif.
4. Kolaborasi Interprofesional: Dalam kasus kompleks, seringkali diperlukan kolaborasi dengan berbagai profesional kesehatan, termasuk dokter spesialis, psikolog, pekerja sosial, dan lainnya. Penilaian komprehensif memberikan dasar yang kuat untuk berkomunikasi dengan tim perawatan dan membuat keputusan bersama.
5. Pengambilan Keputusan Informatif: Hasil dari penilaian komprehensif memberikan dasar informasi yang kuat untuk pengambilan keputusan yang tepat. Ini termasuk

pemantauan perkembangan klien, rencana tindakan lanjutan, dan evaluasi dampak dari tindakan yang diambil.

6. Menghormati Preferensi Klien: Dalam asuhan kebidanan yang kompleks, sangat penting untuk menghormati preferensi dan nilai-nilai klien. Penilaian komprehensif membantu dalam memahami keinginan dan ekspektasi klien, yang dapat membimbing perawatan yang lebih individual.
7. Pemantauan Proses dan Perubahan: Dalam kasus kompleks, kondisi klien dapat berubah dengan cepat. Penilaian komprehensif yang berulang membantu dalam pemantauan terhadap perubahan kondisi dan pengambilan tindakan yang cepat jika diperlukan.
8. Peningkatan Keselamatan Pasien: Dengan memahami kondisi klien secara menyeluruh, profesional kesehatan dapat mengurangi risiko kesalahan atau komplikasi yang dapat terjadi selama perawatan.
9. Edukasi dan Konseling yang Tepat: Penilaian komprehensif membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan edukasi dan konseling klien. Ini memungkinkan profesional kesehatan untuk memberikan informasi yang relevan dan mendukung klien dalam mengelola kondisinya.
10. Kualitas Asuhan yang Lebih Baik: Secara keseluruhan, penilaian komprehensif meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan kepada klien dalam kasus kompleks. Hal ini dapat berkontribusi pada hasil yang lebih baik bagi ibu dan bayi.

Pentingnya penilaian komprehensif tidak hanya terbatas pada pemahaman tentang masalah kesehatan, tetapi juga dalam memberikan pelayanan yang terbaik dan memastikan keselamatan serta kesejahteraan klien dalam kasus yang kompleks.

Teknik dan alat yang digunakan dalam penilaian, termasuk pemeriksaan fisik, pemantauan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan laboratorium.

Dalam penilaian komprehensif pada kasus kompleks dalam bidang kebidanan, berbagai teknik dan alat digunakan untuk mendapatkan informasi yang akurat dan menyeluruh tentang kesehatan ibu hamil atau ibu yang melahirkan serta bayi yang belum lahir. Berikut beberapa teknik dan alat yang sering digunakan dalam penilaian kebidanan:

1. **Pemeriksaan Fisik:** Pemeriksaan fisik melibatkan pengamatan dan penilaian tubuh secara langsung. Ini mencakup pemeriksaan abdomen, palpasi rahim dan janin, pemeriksaan payudara, pemeriksaan ekstremitas, dan pemeriksaan fisik umum lainnya. Pemeriksaan fisik membantu dalam mendeteksi gejala fisik yang relevan, seperti pembengkakan, perubahan warna kulit, atau sensasi yang tidak biasa.
2. **Pemantauan Tanda-Tanda Vital:** Pemantauan tanda-tanda vital adalah bagian penting dari penilaian kesehatan. Ini mencakup pengukuran tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu tubuh, dan kadar oksigen dalam darah. Pemantauan tanda-tanda vital membantu dalam pemantauan kesejahteraan umum klien serta mendeteksi perubahan yang mengindikasikan komplikasi.
3. **Pemeriksaan Ultrasonografi:** Ultrasonografi atau USG digunakan untuk mendapatkan gambaran visual tentang perkembangan janin dan kondisi rahim. USG sering digunakan untuk menentukan usia kehamilan, memeriksa pertumbuhan janin, dan mendeteksi kelainan struktural atau masalah lainnya.
4. **Pemeriksaan Laboratorium:** Pemeriksaan laboratorium melibatkan pengambilan sampel darah atau urine untuk analisis laboratorium. Contoh pemeriksaan laboratorium yang umum dilakukan meliputi pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan gula darah, pemeriksaan urin, dan

pemeriksaan fungsi hati. Hasil pemeriksaan laboratorium memberikan informasi tentang kondisi medis yang mempengaruhi kesehatan klien.

5. Pemeriksaan Pencitraan: Selain USG, pemeriksaan pencitraan lain seperti MRI atau CT scan dapat digunakan jika diperlukan untuk mendapatkan gambaran yang lebih rinci tentang masalah kesehatan tertentu.
6. Pemeriksaan Laboratorium Genetik: Pemeriksaan genetik dapat digunakan untuk menilai risiko kelainan genetik pada janin. Ini dapat mencakup pemeriksaan amniotik atau tes darah khusus.
7. Pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG): Pemeriksaan EKG dapat dilakukan jika ada indikasi masalah jantung yang mempengaruhi kehamilan.
8. Pemeriksaan Endoskopi: Dalam beberapa kasus, endoskopi diperlukan untuk melihat langsung kondisi dalam rahim atau organ-organ lainnya. Histeroskopi adalah jenis endoskopi untuk ke dalam rahim (uterus) jika seorang wanita mengalami masalah seperti menstruasi yang tidak teratur atau mengalami keguguran lebih dari satu kali.
9. Kartu Skor atau Alat Penilaian: Kadang-kadang digunakan kartu skor atau alat penilaian khusus untuk mengukur tingkat risiko atau kemajuan dalam kasus tertentu. Misalnya, skor Apgar digunakan untuk mengevaluasi kesehatan bayi yang baru lahir.
10. Penggunaan Teknologi Canggih: Dalam beberapa situasi, teknologi canggih seperti monitor kardiotokografi (CTG) untuk pemantauan denyut jantung janin atau monitor tekanan darah invasif dapat digunakan.

C. Perencanaan Asuhan Kebidanan

Proses perencanaan asuhan kebidanan yang tepat untuk kasus kompleks. Proses perencanaan asuhan kebidanan yang tepat untuk kasus kompleks melibatkan langkah-langkah berikut:

1. **Evaluasi Data Awal:** Mulailah dengan mengevaluasi semua data yang telah dikumpulkan melalui penilaian komprehensif, termasuk data medis, sosial, dan historis. Identifikasi semua masalah kesehatan yang relevan dan tentukan tingkat kompleksitas setiap masalah.
2. **Prioritaskan Masalah:** Tentukan masalah kesehatan mana yang harus diprioritaskan berdasarkan tingkat keparahan, urgensi, atau dampaknya terhadap kesehatan ibu dan bayi.
3. **Tentukan Tujuan Perawatan:** Untuk setiap masalah kesehatan yang telah diidentifikasi, tetapkan tujuan perawatan yang spesifik, terukur, dan dapat dicapai. Misalnya, jika ada komplikasi medis, tujuan perawatan dapat berfokus pada mengendalikan komplikasi tersebut.
4. **Rencanakan Tindakan:** Buat rencana tindakan yang mencakup langkah-langkah konkret yang perlu diambil untuk mencapai tujuan perawatan. Ini termasuk pemilihan intervensi medis yang tepat, pengaturan pemantauan yang diperlukan, dan rencana tindakan darurat jika diperlukan.
5. **Konsultasi dan Kolaborasi:** Jika diperlukan, identifikasi profesional kesehatan lain yang perlu dilibatkan dalam perawatan kasus kompleks. Ini bisa termasuk dokter spesialis, psikolog, pekerja sosial, atau ahli lainnya. Pastikan kolaborasi yang efektif untuk memberikan perawatan terbaik.
6. **Pertimbangkan Preferensi Klien:** Libatkan klien (ibu hamil atau ibu yang melahirkan) dalam proses perencanaan perawatan. Pertimbangkan preferensi dan nilai-nilai klien dalam membuat keputusan tentang perawatan yang akan diberikan.
7. **Dokumentasikan Rencana Asuhan:** Penting untuk mendokumentasikan rencana asuhan dengan jelas dan rinci. Ini mencakup tujuan perawatan, tindakan yang akan diambil, jadwal pemantauan, dan catatan tentang

konsultasi atau kolaborasi dengan profesional kesehatan lain.

8. Kendalikan Resiko: Dalam kasus kompleks, identifikasi dan kendalikan risiko potensial yang dapat timbul selama perawatan. Pertimbangkan tindakan pencegahan yang diperlukan untuk meminimalkan risiko komplikasi atau keadaan darurat.
9. Rencanakan Edukasi dan Konseling: Tentukan kebutuhan edukasi dan konseling untuk klien dan keluarga. Persiapkan materi edukasi yang sesuai dan jadwalkan sesi konseling jika diperlukan.
10. Evaluasi dan Revaluasi: Setelah rencana asuhan diterapkan, lakukan evaluasi berkala untuk memantau kemajuan klien dan hasil perawatan. Jika ada perubahan dalam kondisi atau perkembangan, reevaluasi rencana asuhan dan sesuaikan jika diperlukan.
11. Komunikasi yang Efektif: Pastikan komunikasi yang efektif antara tim perawatan dan klien. Jelaskan dengan jelas tentang perawatan yang akan diberikan, tujuan, dan perkembangan kesehatan.
12. Kontinuitas Perawatan: Pastikan ada rencana untuk melanjutkan perawatan setelah persalinan atau perawatan pasca-kehamilan. Ini termasuk pemantauan dan perawatan lanjutan yang diperlukan.

Proses perencanaan asuhan kebidanan yang tepat sangat penting dalam mengelola kasus kompleks. Ini membantu memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien dan dapat mencapai hasil yang terbaik dalam situasi yang rumit.

D. Implementasi Asuhan Kebidanan

Keterampilan dan intervensi yang diperlukan dalam menangani kasus-kasus kompleks, seperti pemantauan intensif dan tindakan medis. Keterampilan dan intervensi yang diperlukan dalam menangani kasus-kasus kompleks

dalam kebidanan mencakup berbagai aspek, termasuk pemantauan intensif dan tindakan medis.

Berikut beberapa keterampilan dan intervensi yang relevan:

1. Pemantauan Tanda-Tanda Vital: Keterampilan dalam memantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan secara teratur. Pemantauan ini penting untuk mendeteksi perubahan yang terjadi dalam kondisi klien.
2. Pemantauan Janin: Dalam kasus kehamilan, keterampilan dalam pemantauan janin sangat penting. Ini bisa mencakup penggunaan alat seperti doppler fetal atau monitor janin elektronik untuk memantau detak jantung janin.
3. Pemeriksaan Fisik: Keterampilan dalam melakukan pemeriksaan fisik yang komprehensif untuk mengidentifikasi masalah kesehatan atau komplikasi yang muncul. Ini mencakup pemeriksaan abdomen, pemeriksaan panggul, dan pemeriksaan payudara.
4. Pemantauan Kontraksi: Jika dalam proses persalinan, pemantauan kontraksi uterus sangat penting. Ini bisa dilakukan dengan menggunakan tokograf atau dengan pemeriksaan manual.
5. Pengelolaan Nyeri: Keterampilan dalam mengelola nyeri pada klien, baik selama proses persalinan maupun dalam konteks perawatan pasca-kehamilan. Ini mencakup penggunaan teknik non-farmakologis seperti relaksasi, posisi tubuh yang nyaman, dan pijatan, serta pemberian obat-obatan penghilang nyeri jika diperlukan.
6. Keterampilan dalam Menyusui: Memberikan dukungan dan konseling tentang menyusui adalah keterampilan penting dalam merawat ibu dan bayi pasca-kehamilan. Ini mencakup membantu ibu dalam menempelkan bayi pada payudara, memastikan bayi mendapatkan cukup ASI, dan mengatasi masalah yang timbul dalam menyusui.

7. Keterampilan Komunikasi: Kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif dengan klien dan keluarganya, termasuk memberikan informasi tentang perawatan dan mendengarkan kekhawatiran atau pertanyaan mereka.
8. Penilaian Perkembangan Janin dan Neonatal: Dalam kasus kasus kompleks, pemantauan perkembangan janin dan bayi baru lahir sangat penting. Ini mencakup pemeriksaan perkembangan fisik, penilaian refleks neonatal, dan evaluasi tanda-tanda vital bayi.
9. Tindakan Medis Darurat: Keterampilan dalam mengenali tanda-tanda kondisi medis darurat seperti preeklampsia, perdarahan hebat, atau komplikasi lainnya. Dalam kasus darurat, tindakan medis yang cepat dan tepat sangat penting untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi.
10. Konseling dan Dukungan Psikologis: Memberikan konseling dan dukungan emosional kepada klien dan keluarganya, terutama dalam kasus yang kompleks di mana ada masalah sosial atau emosional yang signifikan.
11. Kolaborasi Tim Kesehatan: Kemampuan untuk bekerja dalam tim yang terdiri dari berbagai profesional kesehatan, termasuk dokter, perawat, ahli gizi, dan psikolog, untuk memberikan perawatan yang komprehensif kepada klien.

E. Kolaborasi dengan Profesional Kesehatan Lain dan Konsultasi

Kolaborasi dengan profesional kesehatan lain dan konsultasi adalah aspek yang sangat penting dalam asuhan kebidanan kasus kompleks. Dalam kasus-kasus yang kompleks, seringkali diperlukan pendekatan tim yang melibatkan berbagai profesional kesehatan untuk memberikan perawatan yang terbaik kepada klien. Berikut adalah beberapa poin penting terkait kolaborasi dan konsultasi dalam asuhan kebidanan kasus kompleks:

1. Tim Kesehatan Multidisiplin: Dalam kasus kompleks, perawatan sering melibatkan tim kesehatan multidisiplin yang terdiri dari berbagai jenis profesional kesehatan, termasuk dokter spesialis (misalnya, obstetri, anesthesiologi, atau neonatologi), perawat spesialis, bidan, ahli gizi, psikolog, pekerja sosial, dan lain-lain. Kolaborasi yang efektif antara anggota tim ini sangat penting.
2. Konsultasi dengan Dokter: Jika ada komplikasi medis atau tanda-tanda yang mengkhawatirkan, bidan perlu melakukan konsultasi dengan dokter, terutama dokter spesialis kebidanan dan ginekologi. Dokter dapat memberikan panduan tentang tindakan medis yang diperlukan atau memberikan masukan tambahan tentang manajemen kasus.
3. Konsultasi dengan Ahli Lain: Selain dokter, kolaborasi dengan ahli lain seperti ahli gizi (untuk manajemen gizi yang tepat), psikolog (untuk konseling psikologis), atau perawat spesialis (untuk pemantauan intensif) juga bisa diperlukan tergantung pada jenis kasus dan kompleksitasnya.
4. Konsultasi antarbidan: Dalam situasi di mana bidan merawat klien dengan masalah kesehatan yang kompleks, kolaborasi dengan bidan lain yang memiliki pengalaman atau keahlian khusus dalam kasus serupa bisa sangat membantu. Pertukaran pengalaman dan pengetahuan antarbidan dapat meningkatkan kualitas perawatan.
5. Konsultasi Pasien dan Keluarga: Jangan lupakan pentingnya berkolaborasi dengan pasien dan keluarganya. Diskusi terbuka dan konseling kepada pasien dan keluarga tentang perawatan yang direncanakan, risiko, dan pilihan yang tersedia sangat penting untuk pengambilan keputusan bersama yang informasional.
6. Koordinasi Perawatan: Koordinasi perawatan antara berbagai profesional kesehatan adalah kunci. Pastikan

bahwa semua anggota tim memiliki informasi yang diperlukan dan terkoordinasi dengan baik untuk memberikan perawatan yang terintegrasi dan komprehensif.

7. **Pemantauan Bersama:** Dalam beberapa kasus, pemantauan bersama dengan profesional kesehatan lain adalah langkah penting untuk mengamati perkembangan kesehatan klien. Misalnya, dokter dan bidan dapat bekerja sama dalam pemantauan perkembangan janin selama kehamilan.
8. **Konsultasi Tindak Lanjut:** Setelah konsultasi atau kolaborasi dilakukan, penting untuk mengikuti panduan atau rekomendasi yang diberikan oleh profesional kesehatan lain dan melakukan tindakan lanjut sesuai kebutuhan.

Dalam kasus kasus kompleks dalam kebidanan, kolaborasi dan konsultasi dengan profesional kesehatan lain membantu memastikan bahwa klien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka dan dapat mengurangi risiko komplikasi serta meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi.

F. Manajemen Risiko dan Pengambilan Keputusan Dalam Kasus-kasus Kompleks

Manajemen risiko dan pengambilan keputusan dalam kasus-kasus kompleks dalam kebidanan merupakan bagian yang sangat penting dari perawatan. Dalam situasi ini, bidan harus mempertimbangkan berbagai faktor risiko dan memutuskan langkah-langkah terbaik untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang aman. Berikut beberapa poin penting terkait manajemen risiko dan pengambilan keputusan dalam kasus-kasus kompleks:

1. **Evaluasi Risiko:** Langkah pertama dalam manajemen risiko adalah melakukan evaluasi risiko secara

komprehensif. Ini mencakup mengidentifikasi semua faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Faktor-faktor ini dapat meliputi komplikasi medis, masalah sosial, riwayat kesehatan, dan lain-lain.

2. Pengumpulan Informasi: Untuk membuat keputusan yang tepat, bidan harus mengumpulkan informasi yang cukup tentang kondisi klien. Ini mencakup riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan laboratorium (jika diperlukan), dan laporan dari profesional kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan.
3. Pengambilan Keputusan Bersama: Idealnya, pengambilan keputusan harus melibatkan klien dan keluarganya. Bidan harus memberikan informasi yang jelas dan akurat tentang pilihan perawatan yang tersedia, risiko dan manfaatnya, serta konsekuensi dari setiap pilihan. Ini memungkinkan klien untuk berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan yang mengenai kesehatannya.
4. Penilaian Risiko vs. Manfaat: Bidan harus mengevaluasi risiko yang terkait dengan setiap tindakan atau intervensi yang direncanakan dan membandingkannya dengan manfaatnya. Keputusan harus didasarkan pada penilaian risiko vs. manfaat yang matang.
5. Perencanaan Alternatif: Dalam beberapa kasus, perlu ada perencanaan alternatif jika situasi berubah atau jika perawatan yang direncanakan tidak sesuai. Ini mencakup mengidentifikasi opsi lain yang diperlukan dalam skenario yang berbeda.
6. Komunikasi Tim: Manajemen risiko melibatkan komunikasi yang efektif dengan anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan. Pemantauan dan koordinasi perlu dilakukan secara teratur untuk memastikan perawatan yang terintegrasi.
7. Dokumentasi yang Akurat: Semua langkah dalam manajemen risiko dan pengambilan keputusan harus didokumentasikan dengan akurat. Ini termasuk catatan

mengenai evaluasi risiko, informasi yang diberikan kepada klien, rencana perawatan, dan hasil keputusan.

8. **Evaluasi dan Pemantauan:** Setelah keputusan diambil dan perawatan dimulai, penting untuk terus memantau perkembangan kesehatan klien dan merespons dengan cepat jika ada perubahan atau komplikasi yang muncul. Evaluasi yang teratur memastikan bahwa perawatan tetap sesuai dengan kebutuhan klien.
9. **Konsultasi:** Jika perlu, bidan harus siap untuk berkonsultasi dengan dokter atau profesional kesehatan lain yang memiliki keahlian khusus dalam menangani kasus-kasus kompleks. Konsultasi ini dapat memberikan panduan tambahan dalam pengambilan keputusan.

Manajemen risiko dan pengambilan keputusan yang tepat sangat penting dalam asuhan kebidanan kasus kompleks. Tujuan utamanya adalah memberikan perawatan yang aman dan efektif kepada klien serta mengoptimalkan hasil kesehatan ibu dan bayi.

G. Konseling dan Dukungan Psikososial Bagi Klien

Konseling dan dukungan psikososial adalah komponen penting dalam asuhan kebidanan, terutama dalam kasus-kasus kompleks dimana klien menghadapi stres, kecemasan, atau masalah emosional. Berikut adalah poin-poin kunci terkait konseling dan dukungan psikososial dalam kasus-kasus kompleks:

1. **Evaluasi Kebutuhan Psikososial:** Langkah awal adalah melakukan evaluasi kebutuhan psikososial klien. Ini mencakup mengidentifikasi faktor-faktor stres, kecemasan, atau masalah emosional yang mempengaruhi kesehatan dan perawatan klien.
2. **Konseling Informasi:** Memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada klien tentang kondisi mereka, perawatan yang direkomendasikan, risiko dan manfaatnya, serta pilihan yang tersedia. Ini membantu

klien untuk memahami situasinya dan membuat keputusan yang terinformasikan.

3. **Konseling Kesehatan Mental:** Dalam kasus-kasus di mana klien mengalami masalah kesehatan mental atau stres yang signifikan, perlu adanya konseling kesehatan mental oleh profesional yang terlatih. Konselor kesehatan mental dapat memberikan dukungan emosional dan teknik manajemen stres.
4. **Dukungan Emosional:** Bidan harus memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan emosional kepada klien. Ini mencakup mendengarkan klien dengan empati, menanggapi kekhawatiran mereka, dan memberikan dorongan positif.
5. **Konseling Keluarga:** Dalam beberapa kasus, melibatkan keluarga atau pendukung klien dalam konseling dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung bagi klien. Keluarga dapat menjadi sumber dukungan penting.
6. **Perencanaan Persalinan yang Sensitif:** Dalam kasus kompleks yang melibatkan persalinan, perencanaan persalinan yang sensitif dan sesuai dengan keinginan klien harus menjadi prioritas. Diskusi tentang pilihan persalinan, dukungan selama persalinan, dan perawatan pasca persalinan harus dilakukan secara hati-hati.
7. **Pengelolaan Trauma:** Beberapa klien mengalami trauma terkait dengan kehamilan atau persalinan mereka. Memahami dampak trauma dan bagaimana mengelolanya secara sensitif adalah penting.
8. **Pemantauan Psikososial:** Penting untuk memantau perkembangan kesehatan mental dan emosi klien selama perawatan. Jika perlu, langkah-langkah tambahan dalam manajemen kesehatan mental harus diambil.
9. **Koordinasi dengan Profesional Lain:** Dalam beberapa kasus, konseling dan dukungan psikososial dapat memerlukan kolaborasi dengan profesional kesehatan mental, psikolog, atau pekerja sosial. Koordinasi dengan

profesional lain yang memiliki keahlian khusus dalam bidang ini adalah penting.

10. Penghargaan Terhadap Budaya dan Nilai Klien: Dalam memberikan konseling dan dukungan, penting untuk menghormati budaya, nilai, dan keyakinan klien. Sensitivitas budaya dapat meningkatkan efektivitas konseling.

Konseling dan dukungan psikososial membantu klien mengatasi tantangan emosional dan psikologis yang timbul dalam kasus-kasus kompleks. Ini juga berperan dalam menciptakan pengalaman perawatan yang lebih positif dan mempengaruhi hasil kesehatan secara keseluruhan.

H. Etika Dalam Merawat Klien Dalam Kasus-kasus Kompleks

Etika dalam merawat klien dalam kasus-kasus kompleks adalah aspek kunci dari praktik kebidanan yang berkualitas. Berikut adalah beberapa poin penting terkait etika dalam merawat klien dalam kasus-kasus kompleks:

1. Penghormatan terhadap Otonomi Klien: Otonomi klien harus dihormati dan dijunjung tinggi. Klien memiliki hak untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri, termasuk dalam situasi kasus kompleks. Bidan harus memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada klien, serta memungkinkan mereka untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mengenai kesehatan mereka.
2. Kerahasiaan dan Privasi: Informasi kesehatan klien harus dijaga kerahasiaannya. Bidan harus menghormati privasi klien dan hanya mengungkapkan informasi yang relevan kepada anggota tim kesehatan yang berwenang atau saat ada persetujuan dari klien.
3. Non-Diskriminasi: Semua klien harus diperlakukan dengan adil dan tanpa diskriminasi, tanpa memandang ras, agama, etnisitas, orientasi seksual, status sosial, atau

faktor lainnya. Kebijakan non-diskriminasi harus diterapkan dengan ketat.

4. Konsen Khusus untuk Klien Rentan: Klien yang termasuk dalam kelompok rentan, seperti remaja, orang dengan disabilitas, atau mereka yang berisiko tinggi, harus mendapatkan perhatian khusus dan perlindungan tambahan.
5. Komunikasi yang Jelas dan Terbuka: Komunikasi antara bidan dan klien harus jelas, terbuka, dan dapat dimengerti. Klien harus diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan mendapatkan jawaban yang memadai.
6. Informed Consent: Konsen informasi harus diperoleh dari klien sebelum melakukan tindakan medis atau intervensi. Klien harus sepenuhnya memahami risiko dan manfaatnya serta alternatif yang ada sebelum memberikan persetujuan.
7. Pengambilan Keputusan Bersama: Idealnya, pengambilan keputusan harus bersifat bersama antara bidan, klien, dan keluarga klien jika diperlukan. Diskusi kolaboratif membantu memastikan bahwa keputusan yang diambil adalah yang terbaik untuk kesehatan dan kepentingan klien.
8. Penghargaan terhadap Kultur dan Nilai Klien: Kebidanan harus menghormati budaya, nilai, dan keyakinan klien. Penghargaan terhadap keragaman budaya dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dan perawatan yang lebih baik.
9. Kehandalan dan Kompetensi Profesional: Bidan harus menjalankan praktik mereka dengan keandalan dan kompetensi yang tinggi. Mereka harus selalu memastikan bahwa mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk merawat klien dengan kasus kompleks.
10. Melaporkan Pelanggaran Etika: Jika bidan menemui situasi di mana etika dalam perawatan klien dilanggar

oleh diri mereka sendiri atau oleh anggota tim kesehatan lainnya, mereka harus melaporkannya sesuai dengan pedoman etika dan kebijakan organisasi mereka.

Etika adalah fondasi dari praktik kebidanan yang aman, dan mematuhi prinsip-prinsip etika ini membantu menjaga kepercayaan klien, mempromosikan perawatan yang bermartabat, dan memberikan perawatan yang efektif dalam kasus-kasus kompleks.

Tugas

Tugas 1: Studi Kasus Kehamilan dengan Komplikasi

1. Pilih sebuah studi kasus yang melibatkan kehamilan dengan komplikasi. Ini bisa menjadi kasus nyata atau kasus hipotetis.
2. Identifikasi dan jelaskan dengan rinci komplikasi medis yang dialami oleh ibu hamil dalam kasus tersebut.
3. Buat riwayat lengkap pasien, termasuk usia, paritas, riwayat kehamilan sebelumnya, dan faktor risiko lainnya.
4. Jelaskan pemeriksaan fisik yang relevan dan hasilnya.
5. Diskusikan tindakan perawatan yang telah diambil atau yang direkomendasikan untuk mengelola komplikasi tersebut.
6. Tinjau literatur ilmiah terkait dengan komplikasi tersebut dan diskusikan metode-manfaat-risiko yang terkait dengan tindakan perawatan yang diambil.
7. Buat rencana perawatan jangka panjang dan pendek untuk pasien berdasarkan temuan.

Tugas 2: Perencanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif

1. Pilih sebuah kasus kompleks yang melibatkan seorang ibu hamil dengan masalah medis dan sosial yang kompleks, seperti riwayat medis yang rumit atau masalah sosial seperti kurangnya dukungan sosial.
2. Buat ringkasan lengkap kasus, termasuk semua informasi medis dan sosial yang relevan.

3. Identifikasi faktor-faktor risiko yang ada dalam kasus tersebut.
4. Rencanakan serangkaian tindakan dan perawatan kebidanan yang mencakup pemantauan, intervensi medis, konseling, dan dukungan sosial.
5. Tinjau etika yang terlibat dalam kasus ini dan bagaimana mereka mempengaruhi pengambilan keputusan dan perawatan.
6. Buat rencana manajemen risiko yang mencakup identifikasi potensi komplikasi dan langkah-langkah yang akan diambil jika mereka terjadi.

Tugas 3: Konseling Psikososial dalam Kasus Kehamilan Remaja

1. Pilih seorang remaja yang sedang hamil atau memiliki risiko tinggi untuk kehamilan remaja dalam sebuah kasus.
2. Identifikasi masalah psikososial yang dihadapi remaja dalam kasus tersebut, seperti stres, dukungan sosial yang terbatas, atau masalah kesehatan mental.
3. Buat rencana konseling psikososial yang mencakup langkah-langkah untuk mendukung remaja tersebut selama kehamilan dan masa persalinan.
4. Diskusikan bagaimana komunikasi efektif dan empati dapat digunakan dalam konseling.
5. Tinjau dampak sosial dan emosional dari kehamilan remaja dan bagaimana mereka dapat diatasi.
6. Evaluasi hasil yang diharapkan dari konseling dan cara untuk mengukur keberhasilannya.

Tugas 4: Kolaborasi Interprofesional dalam Kasus Bersalin dengan Komplikasi

1. Pilih sebuah kasus yang melibatkan persalinan dengan komplikasi yang memerlukan kolaborasi antara bidan, dokter, dan tim medis lainnya.

2. Deskripsikan kasus tersebut dengan rinci, termasuk komplikasi yang dihadapi ibu dan bayi.
3. Jelaskan peran dan tanggung jawab masing-masing anggota tim medis dalam merawat pasien dalam kasus tersebut.
4. Diskusikan bagaimana komunikasi yang efektif dan kolaborasi antarprofesional dapat meningkatkan hasil perawatan.
5. Tinjau prosedur darurat yang diperlukan dalam kasus tersebut dan bagaimana mereka akan dihandle oleh tim medis.
6. Evaluasi pelajaran yang dapat dipetik dari kasus ini tentang pentingnya kolaborasi antarprofesional dalam asuhan kebidanan.

Latihan Soal

1. Seorang ibu hamil yang sedang dalam trimester kedua mengalami hipertensi gestasional. Kapan biasanya hipertensi gestasional mulai terjadi?
 - A. Trimester pertama
 - B. Trimester kedua
 - C. Trimester ketiga
 - D. Setiap trimester
 - E. Saat persalinan
2. Seorang ibu hamil dilaporkan mengalami diabetes gestasional. Apa yang paling penting dalam manajemen diabetes gestasional?
 - A. Penggunaan insulin
 - B. Diet rendah karbohidrat
 - C. Olahraga yang intens
 - D. Pemantauan berat badan
 - E. Pemberian antibiotik

3. Seorang ibu hamil mengalami preeklamsia. Tanda-tanda apa yang muncul pada ibu hamil dengan preeklamsia?
 - A. Kenaikan berat badan yang normal
 - B. Tekanan darah tinggi dan edema
 - C. Penurunan denyut jantung janin
 - D. Kehilangan nafsu makan
 - E. Detak jantung yang lebih lambat

4. Seorang ibu hamil mengalami perdarahan vaginal pada trimester ketiga. Apa yang harus menjadi tindakan pertama yang diambil dalam kasus ini?
 - A. Memberikan obat penghenti perdarahan
 - B. Memeriksa denyut jantung janin
 - C. Memberikan oksigen kepada ibu
 - D. Merujuk ibu ke dokter
 - E. Memberikan induksi persalinan segera

5. Seorang ibu hamil memiliki riwayat penyakit jantung yang kompleks sebelum hamil. Apa yang paling penting dalam manajemen perawatan ibu hamil dengan penyakit jantung prahamil?
 - A. Pemberian obat antihipertensi
 - B. Pemantauan intensif selama persalinan
 - C. Persalinan segera dengan operasi caesar
 - D. Konsultasi dengan ahli jantung dan bidan
 - E. Pemberian terapi hormon

BAB 2.

MEMAHAMI PATOFISIOLOGI ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS

Ditulis Oleh: Megawati, S.ST., M.K.M.

Deskripsi

Pada mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk melakukan asuhan kebidanan pada kasus kompleks meliputi patofisiologi asuhan kebidanan pada kasus kompleks.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan konsep umum patofisiologi dan patofisiologi asuhan kebidanan pada kasus kompleks.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep umum patofisiologi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan patofisiologi asuhan kebidanan pada kasus kompleks.

Uraian Materi

A. Konsep Umum Patofisiologi Patologi

Patologi mempunyai peranan yang sangat penting dan merupakan suatu dasar ilmu kedokteran. Diagnosis penyakit yang pasti seringkali ditegakkan melalui patologi (histopatologi). Patologi adalah subdisiplin ilmu kedokteran yang menyelidiki alasan dan konsekuensi dari penyakit atau kelainan pada tubuh. Namun, patofisiologi mengacu pada reaksi fungsi tubuh terhadap penyakit.

Patologi secara umum, juga dikenal sebagai investigasi patologi, eksperimental patologi, atau teoretis patologi, adalah lapangan ilmiah yang luas dan kompleks yang berusaha untuk memahami mekanisme cedera sel dan jaringan, serta bagaimana tubuh menanggapi dan memperbaiki cedera. Patologi juga mencakup kajian dan diagnosis penyakit melalui pemeriksaan organ, jaringan, cairan, dan seluruh tubuh (autopsi).

1. Pembagian Patologi

a. Patologi anatomi

Ilmu patologi adalah bidang yang menyelidiki dan mendiagnosa penyakit menggunakan hasil pemeriksaan sel, organ, atau jaringan tubuh. Sebagai contoh, untuk mendiagnosa tumor pada pasien, pemeriksaan patologi anatomi dilakukan terhadap sel tumor untuk menentukan apakah tumor tersebut jinak atau ganas. Dalam patologi anatomi, beberapa jenis pemeriksaan termasuk:

1) Histopatologi

Histopatologi merupakan suatu ilmu yang mempelajari dan mendiagnosa penyakit berdasarkan hasil pemeriksaan jaringan tubuh, seperti biopsi, untuk mendapatkan diagnosa definitif.

2) Sitopatologi

Merupakan ilmu yang mempelajari dan mendiagnosa suatu kondisi penyakit berdasarkan pemeriksaan sel tubuh yang diambil atau didapat. Sebagai contoh, pemeriksaan sel neoplasma dilakukan untuk menentukan jenis sel, apakah itu jinak atau ganas.

b. Patologi klinik

Suatu ilmu yang mempelajari dan mengetahui kondisi penyakit yang diketahui dari pemeriksaan biokimia tubuh sehingga bahan pemeriksaannya berupa urine, darah dan cairan tubuh lainnya dapat dicontohkan dalam menentukan diagnosa penyakit gagal ginjal maka pemeriksaan patologi klinik dapat dilakukan menggunakan urine pasien.

c. Patologi forensik

Suatu ilmu dalam menentukan sebab kematian dalam situasi kondisi tertentu, dalam menentukan sebab kematian korban yang diduga bunuh diri. Pemeriksaan dilakukan untuk menentukan korban benar-benar bunuh diri atau dibunuh sebelum direkayasa seperti bunuh diri.

d. Patologi molekuler

Cara mendiagnosa penyakit berdasarkan hasil pemeriksaan struktur kimiawi molekul. Ini termasuk mendiagnosa penyakit sickle cell, yang merupakan kondisi molekul haemoglobin yang tidak normal.

2. Pembagian Patologi Menurut Beberapa Ahli

Terdapat beberapa pakar ahli dalam memberikan pembagian yang lebih praktis dalam mempelajari ilmu patologi yang dibagi menjadi 3 bagian sebagai berikut:

a. Patologi umum

Ilmuwan patologi mempelajari dan mendiagnosa penyakit berdasarkan mekanisme dan ciri-ciri bentuknya. seperti mempelajari kelainan kongenital, radang, dan tumor.

b. Patologi sistemik

Mempelajari dan menjelaskan suatu penyakit yang berdampak pada organ tertentu. Seperti contoh, penyakit kanker paru-paru akan berpengaruh pada paru-paru. Dengan bantuan teknologi, pengetahuan dan metode untuk memeriksa penyebab penyakit terus berkembang.

3. Teknik Pemeriksaan Patologi

a. Patologi makroskopik

Hingga saat ini, metode yang masih digunakan untuk mempelajari suatu penyakit dengan mata telanjang sebelum penggunaan mikroskop dalam patologi. Kelainan makroskopik yang berbeda dari berbagai penyakit sangat unik sehingga ahli patologi yang berpengalaman dapat membuat diagnosis yang tepat. Hingga saat ini, pemeriksaan otopsi adalah salah satu jenis pemeriksaan patologi makroskopik yang masih digunakan. Otopsi, yang berasal dari kata Yunani "lihat dengan mata kepala sendiri", adalah pemeriksaan bedah mayat. Otopsi terdiri dari dua jenis, yaitu:

1) Otopsi klinis

Selain mencari penyebab medis kematian untuk kasus kematian yang tidak diketahui atau tidak pasti, dilakukan untuk tujuan pembelajaran dan penelitian.

2) Otopsi forensik

Pemeriksaan yang dilakukan dilakukan atas permintaan penegak hukum dalam kasus di mana penyebab kematian dapat merupakan masalah pidana.

b. Mikroskop cahaya

Dengan menggunakan mikroskop cahaya, pemeriksaan patologi saat ini lebih tepat daripada pemeriksaan makroskopik. Jaringan harus dibuat dengan potongan tipis sehingga cahaya dapat melewatinya. Jika diperlukan, bagian jaringan atau sel yang akan diamati harus dicat untuk memperjelas perbedaan.

c. Histokimiawi

Histokimiawi adalah bidang yang mempelajari kondisi kimiawi sebuah jaringan setelah perlakuan dengan reagen tertentu. Teknik ini memungkinkan pemeriksaan mikroskopik berbagai keadaan sel dan jaringan.

d. Mikroskop elektron

Penggunaan mikroskop elektron saat ini memungkinkan pemeriksaan patologi yang lebih luas. Pemeriksaan dapat mencapai tingkat organel dan menemukan adanya virus dalam jaringan.

e. Teknik biokimia

Pemeriksaan biokimia merupakan teknik patologi yang biasa dilakukan untuk melihat jaringan tubuh dan cairan tubuh. Hal ini dilakukan untuk mengetahui kondisi keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh pasien sehingga terapi yang lebih tepat dapat diberikan.

f. Teknik hematologi

Pemeriksaan ini difokuskan untuk mengidentifikasi kelainan darah, mulai dari metode dasar seperti hitung sel hingga pemeriksaan terkini dengan peralatan elektronik yang memeriksa faktor koagulasi darah.

g. Kultur sel

Terdapat berbagai macam untuk melakukan kultur telah berkembang, cakupan pemeriksaan patologi semakin luas. Ini karena mudah untuk melacak respons sel pada berbagai media.

h. Mikrobiologi medis

Pemeriksaan mikrobiologi medis akan membuat pemberian antibiotik yang tepat pada pasien yang terinfeksi mudah. Setelah bahan pemeriksaan dicat secara khusus, seperti pada nanah, organisme seperti jamur, bakteri, virus, dan parasit akan mudah dikenali di bawah mikroskop. Untuk mengetahui sensitivitas bakteri terhadap berbagai obat, pemeriksaan dilakukan.

B. Patofisiologi Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks

Patofisiologi

Patofisiologi merupakan dasar dalam mengetahui dinamis dari proses penyakit. Hal ini diketahui sebagai ilmu yang mempelajari proses terjadinya perubahan atau gangguan dalam fungsi tubuh yang disebabkan oleh penyakit. Contohnya, patofisiologi edema pada orang dengan gagal jantung adalah karena aliran darah balik ke jantung yang terhambat, yang mengganggu keseimbangan cairan.

1. Patofisiologi pada kelainan jantung

Untuk mengetahui patofisiologi edema pada pasien dengan gagal jantung, penjelasan berikut diberikan. Jika kontraksi jantung menjadi lebih lemah, efektivitas aliran darah menurun, yang mengakibatkan tubuh melakukan reaksi berikut:

- a. Peningkatan sekresi renin disebabkan karena adanya peningkatan sekresi renin yang menyebabkan terjadinya peningkatan sekresi aldosteron sehingga ginjal melakukan reabsorpsi natrium di tubulus distal.
- b. Sekresi hormon ADH (anti diuretik hormon) meningkat. Peningkatan sekresi hormon ADH inilah yang menyebabkan peningkatan reabsorpsi air oleh ginjal di tubulus distal meningkat.
- c. Vasokonstriksi di ginjal: Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal menyebabkan laju filtrasi glomerulus dan reabsorpsi natrium dan air menurun. Berdasarkan ketiga respons di atas, dapat diketahui bahwa ginjal akan menahan air dan natrium. Akibatnya, volume plasma darah meningkat, yang memicu transudasi cairan keluar sel dan akhirnya menyebabkan edema.

2. Patofisiologi terjadinya tukak pada lambung

Diketahuinya pasien mengalami stres, ada riwayat peningkatan asam lambung dan konsumsi alkohol, yang menyebabkan tukak lambung:

- a. Sel epitel lambung hancur Ini menyebabkan sel epitel lambung yang hancur mengeluarkan histamin.
- b. Vasodilatasi vascular di lambung mengeluarkan histamin yang akan merangsang pembuluh darah di lambung.
- c. Peningkatan permeabilitas pembuluh darah karena pembuluh darah dilebarkan, yang menyebabkan kebocoran plasma, yang menjadi alasan terjadinya perdarahan lambung.
- d. Sekresi pepsin Sel epitel lambung menyebabkan jaringan mukosa lambung hancur dan menimbulkan rangsangan dikeluarkannya pepsin.
- e. Pepsin yang banyak dikeluarkan akan meningkatkan peristaltik lambung dan menyebabkan perdarahan lambung menjadi lebih parah.
- f. Dilihat dari sisi lain pepsin juga akan menghancurkan vena dan kapiler di lambung yang mendukung terjadinya perdarahan lambung berlanjut.
- g. Pada akhirnya terjadi tukak lambung yang disebabkan mukosa lambung hancur dan terjadi perdarahan.

C. Konsep Penyakit

Sakit dapat diartikan sebagai kondisi tubuh yang tidak baik, yang menyebabkan hilangnya kondisi normal yang sehat. Dalam pengertian lain yaitu perubahan dalam individu yang menyebabkan parameter kesehatan mereka berubah di luar batas-batas normal.

Perubahan Parlementer pada Tubuh

1. Parlementer bernafas

Parameter bernafas normal berarti pasien tidak sakit atau menderita penyakit jika dia mengalami sesak saat menarik dan mengeluarkan nafas.

2. Parlementer saluran nafas

Parameter saluran nafas seorang anak dalam kondisi normal, yaitu tidak mengeluarkan sekret berlebihan dari hidung. Perubahan dalam parameter ini, seperti banyak

sekret keluar dari hidung, menunjukkan bahwa anak dalam kondisi sakit atau menderita penyakit.

3. Parlementer penglihatan

Penglihatan normal adalah mata tidak terdapat sekret dan penglihatan mata yang normal. Dengan demikian, perubahan seperti keluarnya sekret atau penglihatan kabur menunjukkan bahwa mata dalam kondisi sakit.

4. Parlementer abdomen

Parameter abdomen yang normal yaitu tidak merasakan nyeri pada lambung akan tetapi parameternya dapat berubah seperti mengalami nyeri, rasa penuh atau terbakar berarti sedang sakit atau menderita penyakit.

Sistem Pemberian Nama Penyakit

Primer dan sekunder

1. Primer

Tekanan darah tinggi tanpa sebab yang jelas dikategorikan primer. Esensial, idiopatik, dan kriptogenik adalah istilah yang memiliki arti yang sama dengan kata primer. Kata "primer" dapat digunakan untuk membedakan antara stadium awal dan stadium lanjut suatu penyakit. Sebagai contoh, kanker primer mengacu pada kanker awal.

2. Sekunder

Kategori Sekunder berarti tekanan darah abnormal yang tinggi sebagai akibat atau komplikasi dari penyakit lain seperti arteriostenosis renalis.

Akut dan Kronis

1. Kata "akut" untuk menerangkan perkembangan suatu penyakit yang cepat dan seringkali tidak memiliki solusi yang cepat. Selain itu, kata "akut" juga digunakan untuk menggambarkan kondisi penyakit yang sangat berat dan jelas sangat yang diderita pasien.
2. Istilah "kronis" digunakan untuk menerangkan perkembangan penyakit yang lambat atau berlangsung lama, mungkin berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun,

dengan proses penyakit yang tidak terlihat atau tersembunyi.

Jinak dan Ganas

1. "Jinak" adalah istilah yang digunakan dalam mengkategorikan penyakit tertentu berdasarkan kondisi dan efeknya. Dapat dicontohkan, tumor jinak menunjukkan hasil biopsi jaringan dan jarang menyebabkan kematian kecuali menekan atau mendesak organ penting seperti otak.
2. Ganas adalah terminologi yang digunakan dalam mengklasifikasi penyakit tertentu yang dapat menyebar dari tempat asalnya atau menginfiltrasi dan kategori ganas sering ditemui mematikan.

Tambahan Awalan

Beberapa penyakit namanya diberikan dengan menambahkan awalan seperti contoh berikut ini:

1. Ana adalah tidak ada, dapat dicontohkan seperti anafilaksis.
2. Dis adalah penyimpangan, sebagai contoh dislokasi patella.
3. Hiper adalah kelebihan di atas normal, contohnya hiperpigmentasi.
4. Hipo adalah kekurangan di bawah normal, sebagai contoh hipoglikemi.
5. Meta adalah perubahan ke bentuk yang lain, contohnya metaplasia.

Tambahan Akhiran

Beberapa penyakit namanya diberikan dengan menambahkan akhiran seperti contoh berikut ini.

1. Itis adalah radang, sebagai contoh peritonitis.
2. Penia adalah tidak ada, sebagai contoh trombositopenia.
3. Oma adalah tumor, sebagai contoh karsinoma.

4. Osis adalah kondisi yang tidak selalu patologis, contohnya osteoporosis.
5. Sitosi adalah jumlah sel naik, sebagai contoh leukositosis.
6. Oid adalah mirip sesuatu, sebagai contoh rheumatoid.
7. Opatiartinya merupakan abnormal kehilangan karakteristik, contohnya limfadenopati.

Eponimosa

Dalam pemberian nama suatu penyakit sangat berkaitan dengan orang yang pertama kali dalam menggambarkan suatu kondisi penyakit atau berkaitan dengan tempat. Contohnya seperti: penyakit Graves, Hodgkin, Crohn.

Sindroma

Sindroma merupakan tanda, gejala atau kombinasi suatu lesi. Penyakit yang tidak dapat diketahui atau didiagnosis mempunyai nama eponimosa.

1. Cushing syndrome merupakan sindroma yang terjadi dikarenakan tumor pada kelenjar pituitari yang diakibatkan penderita kegemukan, hirsutisme dan hipertensi.
2. Nefrotik syndrome yaitu sindroma yang disebabkan karena akibat kelainan di glomerulus atau karena penyakit ginjal lainnya dapat diketahui dalam bentuk edema di seluruh tubuh penderita. Dari hasil pemeriksaan laboratorium diketahui albuminuria dan hipoalbuminemia. $\cong v$ Patologi $\cong v$ 27 c. Sistem pengkodean angka yang digunakan untuk pemberian nama penyakit disusun oleh ICD (*international Classification of Disease*).

D. Etiologi atau Sebab

Etiologi merupakan suatu kondisi sakitnya penderita. Arti lain dari etiologi adalah penetapan sebab dari fenomena yang terdiri dari identifikasi faktor apa saja yang yang

menimbulkan penyakit. Masalah penyakit ini berkaitan dengan hubungan sebab dari suatu penyakit. Diketahui dari penyebab yang bersifat absolut atau tidak absolut (eksklusif). Para ahli telah menyimpulkan etiologi suatu penyakit antara lain:

1. Adanya Kelainan genetik.
2. Agen infeksi seperti bakteri, virus, parasit dan jamur.
3. Bahan kimia dan radiasi.
4. Trauma atau ruda paksa.

E. Tanda dan Gejala Penyakit

Suatu perubahan biologis akibat suatu penyakit dapat ditandai dengan adanya tanda dan gejala antara lain:

1. Tanda-tanda penyakit adalah manifestasi penyakit secara obyektif yang dapat diamati seperti batuk, diare, muntah dan besar.
2. Gejala yang dirasakan seperti mual, pusing dan nyeri di perut dapat diamati secara subyektif.
3. Proses perubahan dari keadaan aslinya yang terjadi secara sekunder.

Tugas

1. Jabarkan menurut pendapat anda mengenai teknik pemeriksaan patologi ?
2. Sebutkan terdapat 4 (empat) perubahan parlementer pada tubuh?
3. Jelaskan yang anda ketahui mengenai etiologi suatu penyakit?
4. Jabarkan menurut pendapat anda mengenai ilmu patologi?
5. Terdapat perubahan biologis yang terjadi akibat suatu penyakit yang ditandai dengan beberapa gejala. Sebutkan tanda dan gejala tersebut?

Latihan Soal

1. Seorang perempuan umur 29 tahun, G1P0A0 melahirkan bayi laki-laknya di TPMB, plasenta belum lahir. Hasil anamnesa: sudah diberikan oksitosin kedua, plasenta belum lahir. Hasil pemeriksaan : KU naik, TD: 110/70 mmHg, N: 84 x/menit, P: 20 x/menit, S: 37,2°C, uterus teraba discid, tidak ada pengeluaran darah.
Diagnosis apakah yang tepat pada kasus tersebut ?
 - A. Plasenta previa
 - B. Solution plasenta
 - C. Ablation plasenta
 - D. Retensio plasenta
 - E. Plasenta sirkumvalata
2. Seorang perempuan, 25 tahun, dibawa oleh keluarganya ke RS karena $\frac{1}{2}$ jam yang lalu mengalami kejang-kejang. Hasil anamnesis: hamil 9 bulan. Hasil pemeriksaan: KU tidak sadar, TD: 190/110 mmHg, N: 90 x/menit, S: 36,3°C, P: 26 x/menit, TFU: 34 cm, punggung kiri, letak kepala, DJJ: 100 x/menit tidak teratur, protein urine (+++).
Apakah diagnosis yang paling mungkin sesuai kasus tersebut?
 - A. Eklampsia
 - B. Hipertensi kronis
 - C. Preeklampsia berat
 - D. Preeklampsia ringan
 - E. Hipertensi gestasional
3. Seorang perempuan umur 31 tahun G1P0A0, hamil 30 minggu, datang ke Puskesmas dengan keluhan keluar darah dari kemaluan. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5°C, P: 20x/menit, TFU: 28 cm, konvergen, his(-), DJJ: 140 x/menit teratur, Hb 12,4 gr/Dl.
Apa diagnosis yang paling mungkin pada kasus tersebut?
 - A. Inpartu

- B. Solusio plasenta
 - C. Plasenta previa
 - D. Persalinan prematur
 - E. Haemorrhagic ante partum
4. Seorang remaja putri umur 14 tahun, datang ke TPMB diantar ibunya dengan keluhan setiap haid jumlah darah banyak setiap bulannya dan sering pusing. Hasil anamnesis: siklus haid teratur 28 hari, haid berlangsung 8-10 hari, ganti pembalut 8-10 x/hari. Hasil pemeriksaan: TD: 90/60 mmHg, NA: 80x/menit, S: 36,5°C, P: 20 x/menit, N: 84x/menit muka terlihat pucat, konjungtiva anemis.
Apakah diagnosis yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Amenorrhea
 - B. Oligomenorhea
 - C. Dysmenorhoe
 - D. Polimenorhoe
 - E. Hypermenorhoe
5. Seorang perempuan umur 16 tahun, datang ke Puskesmas diantar ibunya dengan keluhan haid banyak dan sering. Hasil anamnesis: siklus haid teratur sejak 3 bulan terakhir. Hasil pemeriksaan: TD: 100/60 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5°C, abdomen tidak teraba massa, tampak darah keluar dari kemaluan.
Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?
- A. Menoragia
 - B. Metroragia
 - C. Polimenore
 - D. Hipermenore
 - E. Menometroragia

BAB 3.

MEMAHAMI GINEKOLOGI ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS

Ditulis Oleh: Wiwin Widayanti, S.S.T., M.Kes.

Deskripsi

Pokok bahasan ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami teori dan konsep umum ginekologi dan asuhan kebidanan pada kasus kompleks tentang jenis penyakit kandungan atau ginekologi, yaitu kista bartholin, vaginitis, vulvovaginitis, salpingitis akut, adnexitis kronis, endometritis, parametritis, cervicitis, mioma uteri, prolaps uteri, kista ovarium, hiperplasia endometrium, fistula rektovagina meliputi pengertian, gejala, penyebab, diagnosis, faktor resiko, pencegahan, penanganan dan atau pengobatan, serta komplikasi.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan dan membedakan konsep umum ginekologi dan asuhan kebidanan pada kasus kompleks tentang jenis penyakit kandungan atau ginekologi.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep umum ginekologi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan dan membedakan asuhan kebidanan pada kasus kompleks tentang jenis penyakit kandungan atau ginekologi meliputi pengertian, gejala, penyebab, diagnosis, faktor resiko, pencegahan, penanganan dan atau pengobatan, serta komplikasi pada kasus :
 - a. Kista Bartholin
 - b. Vaginitis
 - c. Vulvovaginitis
 - d. Salpingitis Akut
 - e. Adnexitis Kronis
 - f. Endometritis
 - g. Parametritis
 - h. Cervicitis
 - i. Mioma Uteri
 - j. Prolaps Uteri
 - k. Kista Ovarium
 - l. Hiperplasia Endometrium
 - m. Fistula Rekto Vagina

Uraian Materi

A. Konsep Umum Ginekologi

Secara harfiah ginekologi memiliki arti “ilmu tentang wanita”, merupakan cabang ilmu yang mempelajari secara khusus penyakit-penyakit yang terdapat pada sistem reproduksi wanita. Tokoh J.Marion Sims, dikenal sebagai Bapak ginekologi.

B. Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks Tentang Jenis Penyakit Kandungan atau Ginekologi

Kista Bartholin

1. Pengertian

Kelenjar Bartholin disebut juga kelenjar vestibular mayor, merupakan sepasang kelenjar berukuran 0,5 cm. letaknya di bagian kanan sebelah bawah dan kiri pada posisi introitus vagina jam 4 dan jam 8. Kelenjar Bartholin merupakan kelenjar penghasil lendir yang berperan dalam pelumasan vagina. Kelenjar Bartholin umumnya tidak teraba jika tidak ada obstruksi. Kista dan abses sering ditemukan setelah masa pubertas dan penurunan kejadian setelah menopause.

2. Gejala

Gejala jarang timbul pada kasus kista bartholin. Gejala akan muncul apabila ukuran kista telah cukup besar. Gejala yang ditimbulkan karena pada kelenjar bartholin terdapat sumbatan berupa :

- a. Benjolan berukuran kecil yang biasanya tidak dirasakan sakit pada salah satu sisi labia
- b. ketika berjalan, duduk, atau berhubungan seksual mengalami perasaan yang tidak nyaman
- c. Disekitar sisi bibir vagina terlihat kemerahan dan bengkak

Gejala lain akan muncul, apabila kista mengalami infeksi kemudian berkembang menjadi abses yaitu:

- a. Vagina terlihat membengkak
- b. Benjolan terasa nyeri dan lunak
- c. Terdapat pengeluaran nanah dari benjolan
- d. Terdapat demam

3. Penyebab

Kista Bartholin terjadi karena adanya penyumbatan saluran kelenjar bartholin. Penyebab pasti terjadinya sumbatan tersebut belum diketahui. Penyebab yang sering dikaitkan dengan kista Bartholin adalah:

- a. Cedera, iritasi atau pertumbuhan ekstra kulit di area vulva vagina.
- b. Klamidia, gonore atau infeksi menular seksual (IMS) lainnya .
- c. Infeksi bakteri seperti Escherichia (E.coli).

4. Diagnosis

Dokter akan melakukan tanya jawab terlebih dahulu (pada tahap awal) terkait keluhan dan juga riwayat kesehatan pasien. Pada daerah panggul dilakukan pemeriksaan fisik dengan tujuan melihat kista secara langsung. Biasanya, kista terjadi pada satu sisi vagina, dan sisi yang lain ukuran nya normal.



Gambar 3.1 Kista Bartholin

Dokter dapat melakukan pemeriksaan penunjang seperti berikut sesuai kebutuhan :

- a. Untuk dapat mengetahui apakah ada infeksi menular seksual maka dari leher rahim atau kista dilakukan pemeriksaan kultur swab cairan.

- b. Mendeteksi sel-sel abnormal termasuk sel kanker, dilakukan pengambilan sampel jaringan (biopsi) dari kelenjar Bartholin.

5. Faktor risiko

Pada wanita dengan kategori usia subur, sebagian kista/abses bartholin ditemukan. Masa awal pubertas kemunculan Kista Bartholin paling sering terjadi kemudian dapat meningkat dengan bertambahnya usia hingga menopause. Dari seluruh kunjungan ginekologi per tahun, Kista dan abses Bartholin dengan gejala sebanyak 2%.

6. Pencegahan

Kista Bartholin sulit untuk dicegah, karena penyebabnya belum diketahui secara pasti. Upaya menurunkan risiko pada kejadian abses atau infeksi kista, yaitu :

- a. Menjaga kebersihan area sekitar vagina, biasakan membersihkan vagina dari arah depan ke belakang.
- b. Harus menghindari aktivitas yang bisa menyebabkan vagina cedera.
- c. Untuk mencegah infeksi menular seksual, penggunaan kondom dapat dilakukan.

7. Penanganan atau pengobatan

Pengobatan kista Bartholin tergantung dari gejalanya. Jika kista berukuran kecil, rasa sakit mungkin tidak timbul, dan tidak tampak terinfeksi, maka kista tersebut mungkin tidak memerlukan pengobatan.

Jika gejalanya menetap atau kista tumbuh, Anda mungkin mengalami abses (infeksi). Dalam kasus yang parah, abses mungkin memerlukan pembedahan. Pilihan pengobatan mungkin termasuk:

- a. Mandi Sitz: Duduklah di bak mandi dengan air hangat setinggi 3 hingga 4 inci beberapa kali sehari selama beberapa hari. Hal ini dapat memberikan kenyamanan

dan mempercepat penyembuhan. Ini juga dapat membantu kista yang terinfeksi pecah dan mengering dengan sendirinya.

- b. Obat pereda nyeri yang dijual bebas: Minum sesuai petunjuk untuk menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan.
- c. Antibiotik: Jika kista terinfeksi atau dari hasil tes menderita Infeksi Menular Seksual (IMS), penyedia layanan kesehatan Anda mungkin akan meresepkan antibiotik.
- d. Pengurasan melalui pembedahan: Jika kista Anda besar dan terinfeksi, pembedahan mungkin dilakukan untuk mengeluarkan cairan. Sebuah kateter nanti dimasukkan ke dalam kista. Kateter biasanya dibiarkan di tempatnya selama beberapa minggu untuk memungkinkan drainase lengkap.
- e. Marsupialisasi: Kista akan dibuka kemudian dikeringkan melalui pembedahan. Tepi dinding kista akan dijahit oleh dokter bedah dengan tujuan untuk membentuk kantong terbuka yang permanen atau untuk drainase. Hal ini sering kali membantu untuk kista Bartholin yang berulang.
- f. Pengangkatan kelenjar Bartholin: jika pengobatan yang dilakukan tidak berhasil, penyedia layanan kesehatan Anda mungkin akan melakukan operasi pengangkatan kelenjar Bartholin.

8. Komplikasi

Kambuhnya kista atau infeksi merupakan komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus kista Bartholin. Infeksi bisa masuk dalam aliran darah kemudian menyebar ke seluruh tubuh sehingga menyebabkan sepsis apabila tidak ditangani. Meski demikian, kondisi ini jarang terjadi.

Vaginitis

1. Pengertian

Vaginitis adalah suatu kondisi dimana terdapat peradangan atau infeksi pada vagina. Keluarnya cairan yang berbau dari vagina biasanya menandakan kondisi pada kasus vaginitis.

2. Gejala

Gejala yang ditimbulkan adalah gatal, iritasi pada area vagina dan merasa perih pada saat buang air kecil.

3. Penyebab

Alergi menjadi reaksi yang terjadi pada beberapa kasus vaginitis. Biasanya disebabkan oleh kuman yang penularannya melalui aktivitas seksual atau kuman yang awalnya menetap di vagina dan berkembang karena gangguan keseimbangan di dalam vagina.

4. Diagnosis

Petugas kesehatan akan mengambil riwayat kesehatan secara menyeluruh, menyelesaikan pemeriksaan fisik dan menyeka bagian dalam vagina untuk mengambil sampel cairan. Sampel cairan akan dibawa ke laboratorium sehingga sel-selnya dapat diperiksa untuk mengetahui tanda-tanda vaginitis. Petugas kesehatan kemudian akan memeriksa tingkat PH cairan vagina untuk mendekati diagnosis. Pasien biasanya selama 24 jam diminta untuk tidak melakukan hubungan seksual sebelum janji temu.

5. Faktor risiko

Faktor risiko dari vaginitis diantaranya :

- a. Pengobatan terkini dengan antibiotik
- b. Diabetes yang kurang terkelola
- c. Kehamilan
- d. Kontrasepsi dengan estrogen tinggi
- e. Gangguan yang berhubungan dengan sistem pada kekebalan tubuh (HIV dan transplantasi organ)

- f. Gangguan tiroid atau endokrin
- g. Terapi kortikosteroid
- h. Douching vagina

6. Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan untuk meminimalkan kemungkinan di diagnosis vaginitis.

- a. Hindari memakai pakaian yang tahan panas dan lembab. Mengenakan celana dalam yang menyerap keringat, tidak ketat
- b. Hindari mengenakan baju yang basah atau baju olahraga yang berkeringat terlalu lama. Lingkungan yang hangat dan lembab sangat ideal bagi pertumbuhan jamur dan bakteri
- c. Hindari membersihkan vagina dengan sabun atau semprotan yang sangat wangi. Semprotan vagina atau sabun yang sangat wangi dapat mengiritasi vagina dan membantu infeksi vagina.
- d. Jangan melakukan *douche*. *Douching* dapat mengganggu keseimbangan bakteri yang sehat di vagina dan infeksi menyebabkan vagina. *Douching* juga dapat menyembunyikan infeksi yang sudah Anda derita.
- e. Gunakan kondom. Praktik seksual agar aman dan membantu mencegah penularan penyakit antar pasangan. Dapatkan pemeriksaan rutin, kebiasaan kesehatan yang baik itu penting. Jalani pemeriksaan ginekologi lengkap, termasuk skrining kanker serviks , secara berkala.

7. Penanganan atau pengobatan

Kunci pengobatan vaginitis yang tepat adalah diagnosis yang tepat. Hal ini tidak selalu mudah karena gejala yang sama dapat muncul pada berbagai bentuk vaginitis. Pasien dapat membantu petugas kesehatan dengan memperhatikan gejala apa yang dialami dan kapan gejala tersebut terjadi,

serta deskripsi warna, konsistensi, jumlah dan bau dari cairan yang tidak normal.

Pengobatan hanya dapat menyembuhkan jenis kandida paling umum yang berhubungan dengan infeksi jamur vagina dan tidak akan menyembuhkan infeksi jamur lain atau jenis vaginitis lainnya.

- a. Temui penyedia layanan kesehatan Anda jika:
- b. Semua gejala tidak hilang sepenuhnya.
- c. Gejalanya kembali segera atau segera setelah Anda menyelesaikan pengobatan.
- d. Anda memiliki masalah medis serius lainnya seperti diabetes.
- e. Anda mungkin hamil.
- f. Anda mempunyai pasangan seks baru dan khawatir dengan IMS.

Vaginitis non-infeksi diobati dengan mengubah kemungkinan penyebabnya. Jika pasien menggunakan baru menggunakan produk pembersih kewanitaan. Dapat dipertimbangkan untuk menghentikan penggunaan produk baru untuk melihat apakah gejalanya masih ada. Hal yang sama juga berlaku untuk semprotan vagina, *douche*, pembalut wanita. Secara umum, semakin sedikit bahan kimia dan produk yang terpapar pada kulit sensitif pada vagina dan vulva, semakin baik. Jika vaginitis disebabkan oleh perubahan hormonal, tersedia berbagai pilihan hormonal untuk membantu mengurangi gejala (baik digunakan secara lokal di vagina atau secara sistemik).

8. Komplikasi

Bakteri yang dapat menyebabkan vaginitis bisa meningkatkan risiko terjadi infeksi menular seksual lainnya, diantaranya HIV. Disamping itu, ibu hamil dengan kondisi *vaginosis bakterialis* atau *trikomoniasis* berisiko tinggi mengalami persalinan preterm.

Vulvovaginitis

1. Pengertian

Pembengkakan atau kondisi infeksi pada area vulva dan juga vagina. Masalah ini bisa menyerang pada perempuan juga anak perempuan pada segala usia.

2. Gejala

Gejalanya vulvovaginitis meliputi:

- a. Iritasi dan gatal pada area genital
- b. Peradangan (iritasi, kemerahan, dan bengkak) pada area genital
- c. Keputihan
- d. Bau vagina yang tidak sedap
- e. Ketidaknyamanan atau rasa terbakar saat buang air kecil

3. Penyebab

Kandidiasis dan vaginosis bakterial adalah penyebab paling umum. Oleh karena itu antijamur dan antibiotik digunakan dalam penatalaksanaannya.

4. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan apabila terdapat *Candida sp.* pada sediaan basah, pewarnaan gram, atau kultur duh vagina. *Pruritus vulvovaginal* biasa menjadi temuan klinis khas. Gejala rasa terbakar, edema, duh vagina, plak eritema dengan lesi satelit.

5. Faktor risiko

Kadar estrogen yang meningkat, immunosupresi, diabetes mellitus, terapi antibiotik spektrum luas, faktor genetik, kontrasepsi intravaginal, dan perilaku individu merupakan kejadian yang menjadi faktor risiko.

6. Pencegahan

Menjaga area genitalia tetap bersih dan kering, hindari penggunaan sabun. Bilas dengan air saja untuk membersihkan diri. Hindari melakukan *douching*. Banyak wanita merasa lebih bersih saat melakukan *douche*, namun hal ini justru dapat memperburuk gejala dikarenakan bakteri sehat pada vagina menjadi menghilang. Pencegahan lain dapat dilakukan yaitu:

- a. Tidak menggunakan semprotan kebersihan, pewangi, atau bedak di area genital.
- b. Pakai pembalut ketika mengalami infeksi.
- c. Pasien menderita diabetes, jaga kadar glukosa darah tetap terkendali.
- d. Biarkan lebih banyak udara mencapai area genital dengan cara :
 - 1) Mengenakan pakaian dalam yang longgar.
 - 2) Mengenakan pakaian dalam berbahan katun atau pakaian dalam dengan lapisan katun pada bagian selangkangannya. Kapas memungkinkan penguapan kelembapan secara normal sehingga penumpukan kelembapan berkurang.
- e. Ketahui cara supaya area genital dibersihkan dengan benar saat atau ketika mandi.
- f. Selalu bersihkan vagina dari arah depan ke arah belakang.
- g. Biasakan mencuci dengan bersih sebelum dan setelah menggunakan toilet.
- h. Gunakan kondom untuk menghindari tertular atau menyebarkan infeksi.

7. Penanganan atau pengobatan

Pengobatan vulvovaginitis diberikan sesuai dengan penyebabnya. Pada kasus vulvovaginitis akibat infeksi bakteri, dapat diberikan antibiotik. Pada kasus vulvovaginitis oleh infeksi jamur, obat antijamur dapat digunakan. Untuk mengurangi peradangan dan iritasi pada

vulva dan vagina pada kasus vulvovaginitis yang parah, pemberian obat kortikosteroid mungkin diberikan. Obat antihistamin bisa digunakan mengobati keluhan gatal pada area vagina dan vulva.

8. Komplikasi

Dispareunia atau *disuria* merupakan komplikasi yang diakibatkan oleh kandidiasis vulvovaginal. Perasaan malu, menarik diri untuk melakukan aktivitas seksual, dan disfungsi seksual sering dikaitkan dengan kasus vulvovaginitis.

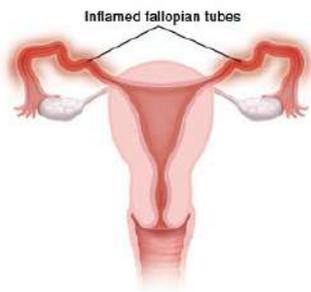
Kondisi tertentu seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, *imunosupresi*, mukosa vagina, kelainan imunitas dan kerentanan genetik bisa menjadi faktor risiko terjadinya kasus yang berulang.

Pada kehamilan, kasus kandidiasis vulvovaginal bisa menjadi penyebab dari infeksi yang sistemik pada neonatus, hal ini dapat berisiko mengalami Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan bayi prematur.

Salpingitis Akut

1. Pengertian

Salpingitis merupakan peradangan akut di saluran tuba, paling sering disebabkan karena mikroorganisme menular seksual pada wanita remaja dan dewasa.



Gambar 3.2 Salpingitis Akut

2. Gejala

Beberapa wanita dengan salpingitis akut memiliki gejala yaitu:

- a. Sakit perut bagian bawah atau atas
- b. Pendarahan tidak normal
- c. Keputihan yang tidak normal
- d. Buang air kecil yang menyakitkan
- e. Mual dan muntah
- f. Hubungan intim yang menyakitkan
- g. Demam

Beberapa wanita mungkin tidak menunjukkan gejala sama sekali.

3. Penyebab

Infeksi pada vagina atau leher rahim seringkali menyebabkan salpingitis. Jika infeksi ini menyebar ke dalam rahim (rahim), maka dapat mencapai saluran tuba. Pasien mungkin tertular infeksi, seperti klamidia atau gonore, jika berhubungan seks dengan orang yang terinfeksi. Pembedahan atau prosedur, seperti persalinan atau pemasangan IUD, juga dapat menyebabkan salpingitis akut. Tapi ini jarang terjadi. Salpingitis paling sering terjadi pada wanita muda dan aktif secara seksual. Namun hal ini bisa terjadi pada wanita di berbagai usia.

Salpingitis juga disebut penyakit pada radang panggul/*Pelvic Inflammatory Disease* (PID). PID artinya adanya infeksi serta peradangan di salah satu organ reproduksi. Salpingitis akut adalah istilah khusus untuk infeksi saluran tuba.

4. Diagnosis

Tidak ada tes tunggal untuk mendiagnosis salpingitis. Sebaliknya, petugas kesehatan melakukan tes berbeda untuk menyingkirkan masalah lain. Pertama, petugas kesehatan melakukan pemeriksaan panggul dan menanyakan gejala

serta riwayat kesehatan. Kemudian, pasien akan menjalani satu atau lebih tes berikut:

- a. Tes urin untuk mencari tanda-tanda infeksi
- b. Tes darah
- c. Usap vagina atau serviks untuk mengambil sampel dan memeriksa infeksinya
- d. USG panggul untuk melihat gambar organ panggul
- e. Biopsi endometrium untuk mengambil sampel sel dari dalam rahim dan memeriksa adanya infeksi
- f. Pembedahan laparoskopi mungkin diperlukan dalam beberapa kasus untuk mendiagnosis atau mengobati salpingitis akut

5. Faktor risiko

Faktor gaya hidup dapat secara signifikan meningkatkan risiko seorang wanita tertular salpingitis antara lain:

- a. Melakukan hubungan seksual tanpa kondom
- b. Infeksi sebelumnya dengan penyakit menular seksual

6. Pencegahan

Pencegahan salpingitis dapat dilakukan dengan cara :

- a. Menggunakan kondom setiap kali berhubungan intim untuk mencegah infeksi menular seksual. Kondom tetap digunakan meski sudah menggunakan metode kontrasepsi lain
- b. Setia dengan pasangan
- c. Segera periksakan diri ke dokter bila berisiko mengalami infeksi menular seksual
- d. Pastikan pasangan seksual juga diperiksa

7. Penanganan atau Pengobatan

Untuk mengobati infeksi, biasanya diberikan antibiotik. Jika infeksinya ringan, pasien bisa meminumnya di rumah. Perawatan di RS diperlukan jika infeksinya parah. Hal ini agar Anda bisa mendapatkan antibiotik melalui jalur infus. Pada kebanyakan kasus, antibiotik akan menyembuhkan

infeksi. Terkadang pembedahan diperlukan untuk mengobati infeksi.

8. Komplikasi

Komplikasi dari salpingitis akut diantaranya Infertilitas, infeksi dapat merusak tuba falopi dengan permanen hal ini menyebabkan sel telur yang dikeluarkan oleh ovarium tidak bisa bertemu sel sperma. Infeksi ini bisa juga menyerang indung telur dan rahim. Kehamilan ektopik, kehamilan di luar rahim yang disebabkan sel telur yang dibuahi tidak dapat memasuki rahim.

Adnexitis Kronis

1. Pengertian

Kondisi dimana terjadinya infeksi pada rahim. Adnexa adalah jaringan dengan posisi berada pada rahim hal ini termasuk saluran tuba falopi serta ovarium. Adnexitis merupakan radang yang terjadi bersamaan di tuba falopi dan ovarium. Adnexitis lebih dikenal dengan istilah *Pelvic Inflammatory Disease* (PID), yaitu penyakit radang panggul.

2. Gejala

Keluhan yang sering ditemukan pada kondisi adnexitis :

- a. Demam (menggigil)
- b. Nyeri tekan perut bagian bawah (uterus dan adnexa) serta nyeri panggul
- c. Peningkatan laju endap darah (LED) dan kadar leukosit (sel darah putih)
- d. Keputihan
- e. Sakit pinggang
- f. Haid tidak teratur

3. Penyebab

Faktor yang menjadi penyebab Adnexitis :

- a. Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti *gonore* atau *chlamydia*, dimana penyebaran infeksi terjadi saat berhubungan seksual dari jalan lahir menuju adnexa
- b. Pemasangan alat kontrasepsi IUD (KB spiral) yang kurang steril
- c. Mempunyai riwayat keguguran atau tindakan aborsi
- d. Penyebaran infeksi dari tempat lain ke adnexa yang kemudian menyebar ke seluruh panggul
- e. Tidak/kurang memperhatikan kebersihan organ intim

4. Diagnosis

- a. Menggali riwayat kesehatan pasien, diantaranya kebiasaan seksual
- b. Tanda dan gejala
- c. Pemeriksaan panggul
- d. Tes darah dan urine
- e. Ultrasonografi

Tes tambahan yang dapat dilakukan :

- a. Laparoskopi
- b. Biopsi endometrium

5. Faktor risiko

Sejumlah faktor dapat meningkatkan risiko penyakit yaitu:

- a. Pasangan seksual yang berganti-ganti
- b. Melakukan hubungan seksual tidak menggunakan kondom.
- c. Menggunakan sabun berbahan dasar kimia saat membersihkan vagina
- d. Punya riwayat infeksi menular seksual atau kondisi radang panggul.
- e. Melalui pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD).

6. Pencegahan
 - a. Berhubungan seksual dengan aman
 - b. Lakukan pemeriksaan secara rutin
 - c. Pengobatan pada radang panggul dilakukan hingga benar-benar tuntas
 - d. Tidak membasuh vagina dengan sabun, karena bisa mengganggu keseimbangan bakteri baik di dalam vagina

7. Penanganan atau pengobatan

Pada kasus ini, penanganan adnexitis diberikan mempertimbangkan berat atau ringannya penyakit serta kondisi pada pasien. Pengobatan yang diberikan pada umumnya berupa antibiotik tablet, pemberian injeksi bisa melalui infus apabila pasien harus dirawat inap. Apabila pada adnexa timbul abses dan tidak membaik melalui pemberian obat-obatan, tindakan operasi biasanya dilakukan untuk mengeluarkan abses.

8. Komplikasi

- a. Infertilitas
- b. Perlengketan tuba falopi
- c. Kehamilan ektopik (kehamilan diluar kandungan)
- d. Nyeri panggul yang berkepanjangan

Endometritis

1. Pengertian

Endometritis adalah peradangan pada lapisan rahim (endometrium). Endometritis dapat mempengaruhi seluruh lapisan rahim. Biasa disebabkan oleh infeksi. Endometritis bisa bersifat akut atau kronis. Endometritis yang bersifat akut bisa saja terjadi setelah proses melahirkan, terjadi keguguran, atau setelah prosedur pembedahan yang melibatkan leher rahim atau rahim. Kasus endometritis kronis sering terjadi pada pasien dengan kondisi menopause atau pada kondisi infeksi diantaranya klamidia atau gonore.

2. Gejala

Gejala endometritis meliputi:

- a. Nyeri pada panggul
- b. Merasa tidak enak badan
- c. Suhu tubuh meningkat/demam
- d. Pendarahan atau keputihan yang keluar dari vagina
- e. Sembelit atau nyeri saat buang air besar
- f. Bengkak di bagian perut

3. Penyebab

Infeksi bakteri pada rahim merupakan penyebab endometritis. Bakteri tersebut bisa masuk dari Infeksi menular seksual (IMS), tuberkulosis, atau bakteri yang tumbuh dengan alami di vagina. Bakteri alami pada vagina terkadang dapat berubah setelah melahirkan atau hal-hal yang melibatkan vagina. Bakteri yang tercampur tersebut dapat mengakibatkan terjadinya infeksi, dan berujung pada peradangan.

4. Diagnosis

Petugas kesehatan melakukan pemeriksaan panggul untuk mendiagnosis endometritis. Untuk memastikan penegakan diagnosis, maka bisa dilakukan pemeriksaan/tes diantaranya:

- a. Menghapus jaringan dari rahim dan mengujinya untuk bakteri (biopsi)
- b. Uji cairan dari vagina dengan tujuan mengetahui adanya infeksi menular seksual (IMS) atau bakteri
- c. Melihat rahim lebih jelas dengan laparoskopi
- d. Melihat jumlah darah putih (WBC) atau laju sedimentasi eritrosit (ESR) melalui tes darah. Kadar yang tinggi biasanya mengindikasikan adanya infeksi atau peradangan
- e. Menggunakan mikroskop untuk mengetahui cairan vagina

5. Faktor risiko

Pasien mungkin berisiko lebih tinggi terkena endometriosis jika baru saja melahirkan atau menjalani prosedur yang melibatkan serviks. Beberapa contoh prosedur adalah:

- a. Dilatasi dan kuretase (D&C)
- b. Pelebaran dan evakuasi (D&E)
- c. Histeroskopi
- d. Biopsi pada endometrium (mengambil jaringan pada lapisan dinding rahim untuk diuji)
- e. Melahirkan (terutama jika Anda mengalami infeksi saat persalinan, ketuban pecah berkepanjangan, atau positif mengidap radang Grup B)
- f. Penempatan IUD (alat kontrasepsi dalam rahim)

Beberapa orang terkena endometritis karena melakukan douching atau memasukkan benda lain ke dalam vaginanya.

6. Pencegahan

Karena Infeksi Menular Seksual (IMS) yang tidak diobati sering kali menyebabkan endometritis, pencegahan terbaik adalah dengan:

- a. Ikuti praktik seks yang aman (gunakan kondom)
- b. Segera obati IMS
- c. Dapatkan pemeriksaan rutin untuk IMS
- d. Dorong pasangan seksual Anda untuk melakukan pemeriksaan IMS secara teratur
- e. Orang yang menjalani operasi caesar harus mendapat antibiotik sebelum prosedur untuk mencegah infeksi

7. Penanganan atau pengobatan

Petugas kesehatan akan merawat pasien dengan antibiotik jika pasien menderita endometritis. Jika pasien yang baru melahirkan atau mengalami infeksi serius, pengobatan dapat dilakukan melalui cairan infus (IV) serta pasien dapat istirahat di tempat tidur.

8. Komplikasi

Kasus endometritis dapat menjadi lebih serius apabila tidak diobati. Beberapa komplikasi meliputi:

- a. Infertilitas
- b. Infeksi pada panggul
- c. Abses pada panggul atau rahim
- d. Septicemia (infeksi yang terjadi dalam darah)

Parametritis

1. Pengertian

Parametritis adalah kondisi peradangan yang terjadi di parametrium atau jaringan ikat yang berdekatan dengan rahim. Parametritis diartikan juga sebagai kondisi penyakit radang panggul pada parametrium.

2. Gejala

Gejala parametritis berbeda-beda pada setiap wanita, diantaranya :

- a. Peningkatan suhu tubuh
- b. Sakit kepala
- c. Peningkatan pada detak jantung
- d. Panas dingin
- e. Nafsu makan kurang
- f. Mengalami keputihan yang berbau
- g. Mengalami nyeri di perut bagian bawah
- h. Nyeri di area panggul, disebabkan oleh rahim yang bengkak
- i. Kulit pucat karena kehilangan banyak darah
- j. Pendarahan yang tidak normal, terutama setelah berhubungan seks
- k. Sakit saat berhubungan seks
- l. Sakit atau mengalami kesulitan saat buang air kecil

3. Penyebab

Penyebab parametritis yaitu infeksi yang terjadi di serviks. 85% kasus parametritis disebabkan oleh infeksi karena bakteri yang menular karena aktivitas seksual. Bakteri yang paling umum muncul yaitu *Neisseria gonorrhoeae* atau *Chlamydia trachomatis*. Bakteri tersebut menyerang *endoserviks* pada wanita kemudian berkembang menjadi parametritis.

4. Diagnosis

Memeriksa tanda-tanda infeksi, melakukan pemeriksaan uterus melalui ultrasound rongga perut, X-ray dari rahim dan ovarium, gesekan diagnostik dari dinding rahim.

5. Faktor risiko

Faktor risiko seorang wanita dapat mengalami parametritis yaitu :

- a. Anemia
- b. Obesitas
- c. infeksi menular seksual atau Vaginosis bakteri
- d. Pemeriksaan vagina yang dilakukan selama proses persalinan
- e. Pemeriksaan janin internal
- f. Persalinan lama
- g. Pendarahan yang banyak setelah melahirkan
- h. Ketuban pecah saat persalinan
- i. Melahirkan di usia muda
- j. Kolonisasi saluran vagina dengan bakteri streptokokus
- k. Terdapat sisa-sisa plasenta di dalam rahim setelah melahirkan
- l. Terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah

6. Pencegahan

- a. Mencegah anemia selama hamil
- b. Menjaga keadaan gizi

- c. Membatasi kemungkinan kuman-kuman yang bisa masuk melalui jalan lahir
- d. Meminimalkan trauma persalinan
- e. Mencegah terjadinya perdarahan banyak
- f. Menjaga luka post partum dari kuman

7. Penanganan atau pengobatan

Obat-obatan yang diberikan segera bisa membantu penyembuhan pada pasien. Belum ada cara untuk mengatasi kerusakan pada saluran reproduksi. Perawatan yang dilakukan untuk mengobati parametritis yaitu :

- a. Mengonsumsi antibiotik
- b. Pemeriksaan pasangan, untuk menghindari kondisi berulang
- c. Operasi, dilakukan apabila terjadi pecah pada abses, pasien juga tidak melakukan pengobatan dan tidak mendapatkan antibiotik.

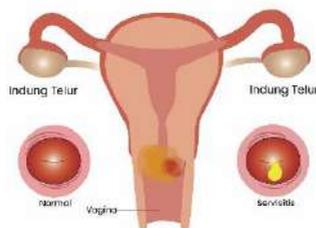
8. Komplikasi

Kondisi pasien memburuk, rasa sakit meningkat tajam, suhu menjadi sangat tinggi, menggigil muncul.

Cervicitis

1. Pengertian

Servicitis merupakan suatu kondisi iritasi, peradangan, atau luka pada leher rahim. Luka ini dapat menyebabkan beberapa kondisi yaitu kemerahan, pembengkakan dan pengeluaran lendir atau nanah pada leher rahim.



Gambar 3.3 Servisitis

2. Gejala

Sebagian besar penderita servisititis tidak mengalami gejala dan sebagian dengan gejala yaitu :

- a. Keluar cairan dalam jumlah banyak dan tidak biasa dari vagina
- b. Setelah berhubungan seksual, terjadi perdarahan dari vagina
- c. Buang air kecil dengan intensitas sering dan disertai nyeri
- d. Dispareunia atau kondisi nyeri pada saat berhubungan intim
- e. Vagina terasa nyeri
- f. Panggul atau perut terasa tertekan atau nyeri
- g. Punggung terasa sakit
- h. Peningkatan suhu tubuh

Terbentuknya luka terbuka atau keluarnya nanah dari vagina merupakan kondisi peradangan serviks yang lebih parah.

3. Penyebab

Virus atau infeksi bakteri melalui hubungan seksual menjadi penyebab servisititis, yaitu:

- a. *Mycoplasma genitalium*
- b. Gonore
- c. Trikomoniasis
- d. Klamidia
- e. Herpes genital

Servisititis dapat disebabkan oleh kondisi lain, yaitu:

- a. Hormon estrogen dan progesteron mengalami gangguan keseimbangan hormon berakibat pada kesehatan leher rahim
- b. Reaksi alergi pada zat yang mengandung spermisida
- c. Pertumbuhan bakteri di dalam vagina yang tidak seimbang
- d. Kanker atau efek samping pengobatan

4. Diagnosis

Untuk menegakan diagnosis servicitis petugas kesehatan akan melakukan anamnesis tentang gejala, riwayat kesehatan, riwayat tentang aktivitas seksual, dan riwayat pada kehamilan serta persalinan. Kemudian pemeriksaan fisik dilakukan, meliputi pengamatan dan pemeriksaan dalam.

Pemeriksaan dengan menggunakan spekulum akan dilakukan untuk melihat kondisi dinding vagina dan leher rahim. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menegakan diagnosis dengan melakukan :

- a. *Pap smear*, mendeteksi sel-sel tidak normal melalui pengambilan sampel dari cairan diserviks dan vagina.
- b. *Kolposkopi*, memeriksa kondisi yang tidak normal di bagian dalam vagina melalui bantuan alat kolposkop.

5. Faktor risiko

Faktor risiko yaitu:

- a. Hubungan seksual tidak aman, seperti sering berganti pasangan atau tidak menggunakan alat kontrasepsi
- b. Memiliki riwayat penyakit menular seksual
- c. Aktif berhubungan seksual sejak usia muda
- d. Pernah menderita servicitis sebelumnya

6. Pencegahan

Pencegahan dilakukan dengan cara:

- a. Menjaga kebersihan vagina
- b. Setia terhadap pasangan
- c. Tidak menggunakan produk kewanitaian yang mengandung pewangi

7. Penanganan atau Pengobatan

Penanganan servicitis diberikan dengan memperhatikan penyebab dan tingkat keparahannya.

- a. Pasien yang terkena akibat sensitif terhadap bahan atau produk tertentu yang mengiritasi diharuskan menghentikan penggunaan sampai dinyatakan sembuh.
- b. Kasus servisititis karena infeksi, pemberian obat :
 - 1) Antibiotik, misalnya azithromycin, doxycycline, erythromycin, ofloxacin, atau ceftriaxone, untuk mengatasi servisititis akibat infeksi bakteri
 - 2) Antivirus, seperti acyclovir, valacyclovir, atau famciclovir, untuk mengatasi servisititis akibat infeksi virus
 - 3) Antijamur, seperti fluconazole atau ketoconazole, untuk mengatasi servisititis akibat infeksi jamur
 - 4) Perlu diingat bahwa obat-obatan tersebut harus diresepkan dan dikonsumsi sesuai anjuran dokter.
- c. Obat diberikan pada kasus servisititis dengan penyebab infeksi menular seksual.

8. Komplikasi

Komplikasi yaitu:

- a. Infeksi bisa menyebar pada rahim dan saluran indung telur
- b. Peningkatan risiko penularan penyakit HIV
- c. Gangguan kesuburan
- d. Radang panggul

Mioma Uteri

1. Pengertian

Mioma uteri adalah salah satu jenis penyakit organ reproduksi wanita berupa tumbuhnya tumor jinak di bagian dalam maupun luar rahim. Mioma uteri lebih sering muncul pada bagian dinding dan permukaan rahim. Ukuran tumor jinak yang tumbuh pada organ rahim ini umumnya beragam, mulai dari seukuran kelereng hingga bola tenis.

2. Gejala

Gejala spesifik sering tidak diketahui oleh pasien. Namun, beberapa gejala umum dari mioma uteri adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri haid
- b. Perut terasa begah dan membesar
- c. Sering buang air kecil, gejala ini timbul apabila mioma uteri menekan kandung kemih.
- d. Sembelit atau konstipasi, gejala ini akan timbul apabila mioma uteri menekan usus besar.
- e. Volume darah yang keluar saat haid melebihi batas normal
- f. Siklus menstruasi berlangsung lebih lama dari biasanya
- g. Nyeri punggung yang tidak kunjung sembuh

3. Penyebab

Penyebab yang bisa meningkatkan risiko:

- a. Belum pernah hamil
- b. Usia lebih dari 40 tahun
- c. Riwayat pada keluarga dengan kondisi mioma uteri
- d. Mendapatkan siklus menstruasi pertama kali di usia yang tergolong muda, yaitu di bawah 12 tahun
- e. Obesitas atau berat badan berlebih
- f. Kebiasaan merokok
- g. Konsumsi alkohol berlebih
- h. faktor genetik dan hormon
- i. Gangguan hormon reproduksi, yaitu estrogen dan progesteron
- j. Kekurangan vitamin D

4. Diagnosis

Mioma uteri ditegakkan melalui pemeriksaan:

- a. Wawancara medis, anamnesia terhadap gejala yang dikeluhkan dan riwayat penyakit pada keluarga
- b. Pemeriksaan fisik, dengan memeriksa keadaan perut dan punggung untuk memastikan gejala fisik dari mioma uteri

- c. Pemeriksaan USG (ultrasonografi), yaitu pemeriksaan menggunakan gelombang suara untuk mendapatkan gambar rahim
 - d. Magnetic Resonance Imaging (MRI), yaitu untuk melihat ukuran serta lokasi mioma uteri
 - e. Histeroskopi, dilakukan dengan memasukkan selang tipis dan lentur yang dilengkapi oleh kamera melalui vagina untuk memeriksa kondisi rahim
5. Faktor risiko
- a. Obesitas
 - b. Riwayat mioma pada keluarga
 - c. Menarche < 10 tahun
 - d. Belum pernah hamil
 - e. Kebiasaan merokok
 - f. Kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol
 - g. Penggunaan kontrasepsi hormonal tinggi estrogen
 - h. Keturunan Afrika-Amerika kemungkinan 2,9 kali lebih tinggi berisiko dibandingkan ras Kaukasia
6. Pencegahan
- a. Melakukan aktivitas fisik secara teratur dan berkala. Anda bisa melakukan aktivitas ringan, seperti jalan pagi, berenang, bersepeda, dan lain-lain
 - b. Tidak merokok
 - c. Tidak mengonsumsi alkohol
 - d. Menjaga berat badan ideal
 - e. Mengonsumsi makanan sehat dengan gizi seimbang
 - f. Menghindari konsumsi makanan tinggi gula dan tinggi lemak
7. Penanganan atau pengobatan
- Penanganan mioma uteri yaitu :
- a. Meresepkan obat pereda nyeri, seperti ibuprofen atau paracetamol.

- b. Pemeriksaan USG, dilakukan secara berkala untuk memantau pertumbuhan mioma uteri.
- c. Terapi hormon, terapi ini umumnya menggunakan hormon sintetis progestin atau GnRH (*gonadotropin releasing hormone*).
- d. Miomektomi, yaitu prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat mioma uteri. Dokter biasanya akan memilih tindakan ini untuk menangani pasien dengan ukuran mioma uteri yang besar atau masih berusia muda dan berencana melakukan program hamil.
- e. Histerektomi, yaitu prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat rahim. Tindakan ini dilakukan untuk menangani pasien mioma uteri yang sudah tidak dalam usia subur dan memiliki gejala yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

8. Komplikasi

Anemia, gangguan pertumbuhan janin pada ibu hamil, keguguran, terhambatnya sirkulasi darah.

Prolaps Uteri

1. Pengertian

Prolaps uteri adalah herniasi rahim dari letak anatomi alaminya ke dalam saluran vagina, melalui selaput dara, atau melalui introitus vagina. Pada keadaan normal, rahim terletak di bagian apikal organ panggul. Rahim dan vagina digantung dari sakrum dan dinding lateral panggul melalui kompleks ligamen uterosakral dan kardinal.

Dalam pengertian lain, prolaps rahim adalah suatu kondisi dimana otot dan jaringan di sekitar rahim jadi lemah. Kondisi tersebut membuat rahim melorot atau turun ke dalam vagina. Prolaps uterus bisa bersifat ringan atau berat, bergantung pada seberapa lemah otot pendukung rahim. Pada prolaps inkomplit, rahim berada sebagian di dalam vagina. Hal ini menimbulkan benjolan atau tonjolan. Dalam

kasus yang lebih parah, rahim Anda bisa tergelincir cukup jauh hingga keluar dari vagina Anda. Ini disebut prolaps total.

2. Gejala

Pada prolaps uterus ringan, gejala yang jelas mungkin tidak dirasakan. Tapi saat rahim Anda semakin bergeser keluar dari posisinya, hal ini dapat memberi tekanan pada organ panggul lain, yaitu kandung kemih atau usus dan menyebabkan gejala seperti:

- a. Perasaan berat, penuh atau tertekan di panggul
- b. Nyeri di panggul, perut, atau punggung bawah
- c. Nyeri saat berhubungan seks (berhubungan badan)
- d. Jaringan rahim yang jatuh melalui lubang vagina
- e. Kesulitan memasukkan tampon atau aplikator lain ke dalam vagina
- f. Sembelit
- g. Masalah buang air kecil, antara lain tidak bisa menahan buang air kecil (inkontinensia), frekuensi buang air kecil sering, atau keinginan atau urgensi buang air kecil.

Gejalanya bisa bertambah buruk saat berdiri atau berjalan dalam waktu lama atau saat batuk dan bersin. Dalam posisi ini, gravitasi memberikan tekanan ekstra pada otot panggul Anda.

3. Penyebab

Prolaps disebabkan struktur ligamen melemah, mereka menjadi tidak mampu menahan posisi rahim. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan melemahnya otot panggul, antara lain:

- a. Hilangnya tonus otot akibat menopause
- b. Kehamilan
- c. Persalinan pervaginam, terutama jika Anda pernah memiliki banyak bayi atau bayi berukuran besar (lebih dari 9 pon)
- d. Kegemukan

- e. Batuk kronis atau mengejan
- f. Sembelit kronis
- g. Mengangkat barang berat secara berulang-ulang

4. Diagnosis

Petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan apakah rahim telah turun dari posisi normalnya. Selama pemeriksaan panggul, petugas kesehatan memasukkan spekulum (alat yang memungkinkan mereka melihat ke dalam vagina) dan memeriksa vagina dan rahim.

Petugas kesehatan akan merasakan adanya tonjolan yang disebabkan oleh turunnya rahim ke dalam saluran vagina. Pasien diminta untuk batuk, mengejan, atau bersikap seperti menahan kencing. Ini dapat membantu mereka melihat betapa lemahnya otot Anda.

5. Faktor risiko

Prolaps uterus kemungkinan besar terjadi pada orang yang:

- a. Pernah mengalami satu kali atau lebih persalinan pervaginam
- b. Telah mencapai masa menopause, terjadi ketika ovarium Anda berhenti memproduksi hormon yang mengatur periode menstruasi bulanan Anda. Salah satu hormon tersebut adalah estrogen . Hormon khusus ini membantu menjaga otot panggul Anda tetap kuat. Tanpanya, Anda berisiko lebih tinggi terkena prolaps.
- c. Memiliki riwayat keluarga dengan prolaps uterus
- d. Pernah menjalani operasi panggul sebelumnya

6. Pencegahan

Cara untuk mengurangi risiko terkena prolaps :

- a. Pertahankan gaya hidup yang sehat
- b. Hindari mengangkat benda terlalu berat yang dapat menyebabkan cedera

7. Penanganan atau Pengobatan

Ada pilihan bedah dan non-bedah untuk mengobati prolaps uterus.

a. Pilihan non-bedah

- 1) Kasus prolaps uterus ringan, senam Kegel dapat dilakukan untuk memperkuat otot dasar panggul.
- 2) Alat pencegah kehamilan. Alat ini membantu menopang rahim Anda dan menahannya di tempatnya
- 3) Pola makan dan gaya hidup untuk membantu meringankan gejala seperti sembelit

b. Pilihan bedah

- 1) Histerektomi dan perbaikan prolaps, Prolaps uterus dapat diobati dengan mengangkat rahim melalui prosedur pembedahan yang disebut histerektomi.
- 2) Perbaikan prolaps tanpa histerektomi, prosedur ini melibatkan mengembalikan rahim ke posisi normal. Penangguhan rahim dapat dilakukan dengan menyambungkan kembali ligamen panggul ke bagian bawah rahim untuk menahannya pada tempatnya.

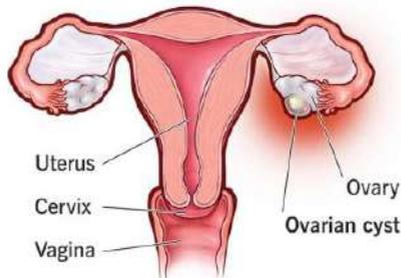
8. Komplikasi

Prolaps uterus dapat mempengaruhi organ lain di area panggul tubuh Anda (seperti kandung kemih dan rektum). Kelemahan perlekatan dasar panggul yang memungkinkan terjadinya prolaps kompartemen apikal juga dapat menyebabkan prolaps kompartemen anterior dan posterior yang mengakibatkan gabungan sistokel, rektokel, dan/atau enterokel. Kondisi yang sering terjadi bersamaan ini dapat menyebabkan inkontinensia urin, inkontinensia tinja, dan morbiditas jangka panjang.

Kista Ovarium

1. Pengertian

Kista ovarium merupakan kantung yang berisi cairan atau bahan setengah padat yang terbentuk dalam salah satu atau kedua ovarium.



Gambar 3.4 kista ovarium

2. Gejala

Kista dengan ukuran lebih kecil tidak menimbulkan gejala, sedangkan kista yang lebih besar dapat menyebabkan:

- a. Nyeri pada panggul atau nyeri tumpul di punggung
- b. Perasaan kenyang (kembung) yang terletak di perut bagian bawah yang mungkin lebih terasa pada satu sisi tubuh
- c. Nyeri saat berhubungan intim (dispareunia)
- d. Periode yang menyakitkan

Gejala yang berkepanjangan bisa jadi mengindikasikan kondisi sindrom ovarium polikistik (PCOS). PCOS merupakan kondisi yang dapat menyebabkan menstruasi tidak teratur, obesitas dan infertilitas. Hirsutisme (peningkatan pertumbuhan rambut di tubuh) dan kesulitan menurunkan berat badan merupakan gejala lain dari sindrom ovarium polikistik.

3. Penyebab

Ovulasi adalah penyebab utama kista ovarium. Penyebab lainnya antara lain:

- a. Endometriosis
- b. Reproduksi sel yang tidak normal, menyebabkan terbentuknya kista seperti dermoid dan kistadenoma.
- c. Penyakit radang panggul (PID) dapat menyebar ke indung telur dan menyebabkan kista.

4. Diagnosis

Petugas kesehatan pertama-tama akan mengesampingkan kehamilan sebagai penyebab gejala. Kemudian, mereka mungkin menggunakan tes berikut untuk mendiagnosis kista ovarium:

- a. Pemeriksaan panggul : petugas kesehatan akan meraba bagian dalam panggul untuk mencari adanya benjolan atau perubahan
- b. USG : Alat ini dapat mendeteksi kista di indung telur, termasuk lokasinya dan apakah kista tersebut berbentuk cair atau padat.
- c. Laparoscopi : Ini adalah prosedur yang dilakukan di ruang operasi. Petugas kesehatan memasukkan kamera melalui sayatan di perut dan dapat melihat organ reproduksi dan rongga panggul. Jika petugas kesehatan mendiagnosis kista saat ini, mereka dapat menghilangkannya.

5. Faktor risiko

Risiko terkena kista ovarium berpeluang lebih besar pada kondisi :

- a. Usia, kista ovarium lebih sering terjadi jika Anda belum mengalami menopause.
- b. Status kehamilan, kista lebih mungkin terbentuk dan menetap selama kehamilan.

- c. Riwayat kista ovarium, wanita lebih mungkin menderita kista ovarium jika Anda pernah mengalaminya sebelumnya.
- d. Kondisi medis saat ini, lebih mungkin terkena kista ovarium jika Anda memiliki: endometriosis, masalah hormon, atau jika Anda mengonsumsi obat untuk membantu ovulasi, seperti clomiphene (Clomid®).

6. Pencegahan

Konsumsi obat yang mengandung hormon (seperti pil KB) akan menghentikan ovulasi. Biasanya, kista ovarium tidak berbahaya. Sebaliknya, catat gejala apa pun yang mungkin mengindikasikan kista dan beri tahu petugas kesehatan tentang gejala tersebut. Jadwalkan pemeriksaan panggul secara teratur sehingga petugas kesehatan dapat menemukan kista yang memerlukan pengobatan.

7. Penanganan atau Pengobatan

Perawatan disesuaikan dengan faktor-faktor seperti usia, gejala yang dialami, dan kemungkinan penyebab kista.

- a. Kista ovarium fungsional kemungkinan hilang tanpa pengobatan. USG mungkin dilakukan sebagai tindak lanjut dalam beberapa minggu atau bulan setelah diagnosis untuk melihat apakah kista Anda telah hilang dengan sendirinya.
- b. Obat kista ovarium, yang mengandung hormon
- c. Operasi kista ovarium, pembedahan mungkin diperlukan jika kista menimbulkan gejala dan semakin. Prosedur Jenis operasi tergantung pada ukuran kista dan tampilannya pada USG, meliputi:
 - 1) Laparoskopi
 - 2) Laparotomi : prosedur ini dilakukan jika kista sangat besar atau jika ada kekhawatiran lain.

Jika dicurigai adanya kanker, biasanya dikonsultasikan dengan spesialis kanker, atau ahli onkologi ginekologi.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi yaitu :

- a. Kista kanker. Kista ovarium yang berkembang setelah menopause lebih mungkin menjadi kanker dibandingkan kista yang terbentuk sebelum menopause.
- b. Kista ovarium pecah. Kista fungsional biasanya pecah tanpa menimbulkan gejala negatif. Namun terkadang, kista yang pecah bisa menyebabkan rasa sakit yang parah dan bengkak di perut Anda. Semakin besar, semakin besar kemungkinan pecahnya.
- c. Torsi ovarium. Kista dapat tumbuh sangat besar sehingga mengubah bentuk ovarium Anda, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya memutar. Memutarnya dapat menghalangi aliran darah ke ovarium Anda, sehingga menyebabkan kematian. Rasa sakit yang luar biasa, mual dan muntah adalah tanda-tanda torsio ovarium.

Hiperplasia Endometrium

1. Pengertian

Hiperplasia endometrium adalah proliferasi kelenjar endometrium yang tidak teratur. Hiperplasia endometrium terjadi ketika lapisan rahim (endometrium) menjadi terlalu tebal. Endometrium Anda adalah lapisan yang Anda keluarkan selama periode menstruasi. Ini juga merupakan jaringan tempat tumbuhnya janin selama kehamilan.

2. Gejala

Orang dengan hiperplasia endometrium mungkin mengalami:

- a. Perdarahan menstruasi yang tidak normal atau pendarahan antar periode
- b. Siklus menstruasi pendek (kurang dari 21 hari)
- c. Darah keluar banyak saat menstruasi
- d. Pendarahan setelah menopause
- e. Tidak mengalami menstruasi sama sekali (amenore)

Banyak dari gejala-gejala ini umum terjadi pada orang yang sedang dalam masa transisi menuju menopause. Transisi menuju menopause sering kali berarti menstruasi yang tidak menentu atau melewatkan menstruasi dan pendarahan yang tidak teratur.

3. Penyebab

Orang dengan hiperplasia endometrium menghasilkan terlalu banyak estrogen dan tidak cukup progesteron. Selama ovulasi, estrogen mengentalkan endometrium, sementara progesteron mempersiapkan rahim untuk kehamilan. kadar progesteron turun jika pembuahan tidak terjadi. Penurunan progesteron memicu rahim melepaskan lapisannya seiring dengan periode menstruasi.

Orang yang menderita hiperplasia endometrium menghasilkan sedikit, jika ada, progesteron. Akibatnya, rahim Anda tidak melepaskan lapisan endometriunya. Sebaliknya, lapisan tersebut terus tumbuh dan menebal. Sel-sel yang menyusun lapisan tersebut dapat tumbuh berdekatan dan menjadi tidak beraturan.

4. Diagnosis

Banyak kondisi yang dapat menyebabkan pendarahan rahim yang tidak normal. Untuk mengidentifikasi penyebab gejala, petugas kesehatan biasanya melakukan satu atau lebih tes berikut:

- a. USG: USG transvaginal dapat menunjukkan apakah lapisan rahim terlalu tebal.
- b. Biopsi: Biopsi endometrium menghilangkan sampel jaringan dari lapisan rahim.
- c. Histeroskopi: untuk memeriksa leher rahim dan melihat ke dalam rahim. Petugas kesehatan mungkin melakukan prosedur ini bersamaan dilatasi dan kuretase (D&C) atau biopsi. Petugas kesehatan bisa mengetahui kelainan pada

rongga endometrium dan melakukan biopsi pada area yang mencurigakan.

5. Faktor risiko

Orang yang berada dalam masa perimenopause atau menopause lebih mungkin mengalami hiperplasia endometrium. Faktor risiko lainnya meliputi:

- a. Perawatan kanker payudara tertentu (tamoxifen)
- b. Kencing manis
- c. Usia dini untuk menstruasi atau terlambatnya menopause
- d. Riwayat keluarga memiliki kasus kanker ovarium, rahim, atau usus besar
- e. Penyakit kandung empedu.
- f. Terapi hormon hanya menggunakan estrogen saat Anda masih memiliki rahim
- g. Tidak pernah hamil
- h. Kegemukan
- i. Sindrom ovarium polikistik (PCOS)
- j. Merokok
- k. Penyakit tiroid
- l. Riwayat panjang menstruasi yang tidak teratur atau tidak ada sama sekali
- m. Riwayat penyinaran panggul (radiasi pada panggul Anda)
- n. Sistem kekebalan tubuh terganggu karena penyakit autoimun atau obat-obatan

6. Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan:

- a. Jika menggunakan terapi hormon, gunakan progesteron bersama dengan estrogen setelah menopause
- b. Pertimbangkan untuk meminum pil KB dengan kandungan estrogen dan progestin jika menstruasi Anda tidak teratur
- c. Berhenti merokok
- d. Pertahankan berat badan yang sehat untuk Anda

7. Penanganan atau Pengobatan

Perawatan untuk sebagian besar kasus hiperplasia endometrium melibatkan penggunaan progestin. Progestin adalah versi progesteron buatan manusia, hormon yang tidak dimiliki tubuh Anda. Progestin hadir dalam berbagai bentuk:

- a. Terapi progesteron oral
- b. Alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) yang mengandung progesteron
- c. Injeksi (Depo-Provera®)
- d. Krim atau gel vagina
- e. Petugas kesehatan mungkin merekomendasikan histerektomi untuk mengangkat rahim pada kondisi:
 - 1) Kondisi memburuk atau sel kanker berkembang.
 - 2) Kondisi tidak membaik dengan pengobatan progestin.

8. Komplikasi

Hiperplasia bisa menyebabkan perdarahan abnormal dan berat sehingga bisa menyebabkan anemia. Apabila tidak diobati hiperplasia endometrium atipikal dapat menjadi kanker.

Fistula Rektovagina

1. Pengertian

Fistula rektovaginal adalah lubang yang berkembang antara vagina dan rektum. Vagina adalah saluran yang menghubungkan rahim ke vulva. Rektum adalah bagian dari sistem pencernaan yang menghubungkan usus besar (kolon) ke anus. Rektum berfungsi menahan tinja dan gas sampai tubuh melepaskannya.

Pada fistula rektovaginal, kerusakan jaringan vagina menyebabkan jaringan mati dan terbentuk lubang (fistula). Pembukaan ini memungkinkan tinja dan gas masuk ke vagina.

2. Gejala

Gejala fistula rektovaginal meliputi:

- a. Sakit perut
- b. Keputihan berbau busuk
- c. Gas, nanah, atau feses yang keluar dari vagina (inkontinensia tinja)
- d. Mual dan muntah atau diare
- e. Hubungan seksual yang menyakitkan (dispareunia)
- f. Infeksi saluran kemih berulang (ISK) atau vaginitis (infeksi vagina)
- g. Pendarahan dubur atau pendarahan vagina
- h. Iritasi kulit di vagina, vulva (pintu masuk vagina) atau perineum (area antara vagina dan anus)
- i. Berat badan menurun tanpa tahu penyebabnya

3. Penyebab

Trauma pada jaringan vagina menghentikan aliran darah, menyebabkan jaringan mati dan menimbulkan fistula. Fistula rektovaginal bisa berkembang dalam hitungan hari, atau mungkin terbentuk selama beberapa tahun. Jarang sekali seseorang mempunyai kelainan rektovaginal kongenital, yang artinya lubang tersebut sudah ada sejak lahir.

Penyebab terjadinya fistula rektovaginal antara lain:

- a. Persalinan lama, robekan vagina saat melahirkan, atau jika petugas kesehatan membuat sayatan untuk membantu melahirkan bayi (*episiotomi*)
- b. Operasi perut atau panggul, termasuk operasi caesar dan histerektomi
- c. Kanker di daerah panggul, seperti kanker serviks atau kanker kolorektal (usus besar)
- d. Penyakit radang usus (IBD) seperti penyakit *Crohn* dan *kolitis ulserativa*
- e. Infeksi usus besar seperti *divertikulitis*
- f. Terapi radiasi ke daerah panggul

4. Diagnosis

Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan panggul akan dilakukan petugas kesehatan. Selain itu petugas kesehatan juga menanyakan gejala yang dirasakan. Tes diagnostik untuk fistula rektovaginal meliputi:

- a. Hitung darah lengkap dan urinalisis untuk mencari infeksi
- b. Tes pewarna menggunakan pewarna di rektum untuk memeriksa tanda-tanda kebocoran antara vagina dan rektum
- c. Rontgen fistulogram untuk mengetahui jumlah dan ukuran fistula
- d. MRI panggul atau CT scan untuk mengambil gambar vagina dan rektum
- e. Sigmoidoskopi fleksibel untuk melihat rektum dan bagian bawah usus besar (kolon)
- f. Kolonoskopi untuk memeriksa bagian dalam rektum dan seluruh usus besar

5. Faktor risiko

Orang yang mengalami persalinan lama atau menjalani operasi panggul lebih mungkin mengalami fistula rektovaginal

6. Pencegahan

Makanlah makanan bergizi serta bernutrisi karena makanan bergizi membantu proses pemulihan, hindari mengangkat barang berat atau beraktivitas berat, hindari merokok, merawat kebersihan area bekas operasi dan pastikan agar tidak lembab karena berisiko terjadinya infeksi, hindari memegang pada area pasca operasi tersebut, perbanyak minum air putih, kelola stres dengan baik dan istirahat yang cukup.

7. Penanganan atau pengobatan

Kebanyakan orang dengan fistula rektovaginal memerlukan pembedahan untuk menutup lubangnya. Petugas kesehatan mungkin menggunakan jaringan pasien atau jaringan buatan laboratorium untuk memperbaiki fistula rektovaginal. Sebanyak 9 dari 10 orang sembuh total setelah operasi.

Jika pembukaannya besar, pasien mungkin memerlukan kolostomi sementara. Prosedur ini mengalihkan kotoran (tinja) dari usus besar dan rektum sampai fistula sembuh. Kotoran keluar dari tubuh pasien melalui lubang bedah di perut yang disebut stoma. Pasien memerlukan operasi lain nanti untuk menyambung kembali usus dan menutup stoma.

8. Komplikasi

Kebanyakan orang yang mengalami perbaikan fistula rektovaginal pulih sepenuhnya. Mereka tidak lagi menunjukkan gejala. Jarang terjadi, fistula tidak sembuh dengan baik, atau terbuka kembali setelah pengobatan. Hal ini kemungkinan besar terjadi jika pasien menderita kanker usus besar atau penyakit Crohn atau faktor risiko lain seperti diabetes yang tidak terkontrol atau jika Anda merokok. Perawatan yang tepat sangat penting. Hidup dengan gejala fistula rektovaginal yang tidak diobati dapat menyebabkan depresi atau kecemasan.

Tugas

Carilah satu contoh kasus pada tiap sub pokok bahasan, pelajari dan perhatikan kasus tersebut, kemudian bedakan apa yang menjadi penentu dalam penegakan diagnosa.

Latihan Soal

1. Seorang perempuan 31 tahun berobat ke klinik dengan keluhan ada benjolan di sisi bibir vagina sebelah kiri. Merasa tidak nyaman dengan adanya benjolan tersebut. Dilakukan pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 84 x/menit, S: 37,6°C, P: 22 x/menit. Daerah genitalia terlihat pembesaran dan teraba benjolan pada labia sinistra.
Diagnosa apa yang bisa ditegakan berdasarkan kasus tersebut?
 - A. Mioma uteri
 - B. Endometritis
 - C. Kista ovarium
 - D. Kista Bartholin
 - E. Fistula rektovaginal
2. Seorang perempuan usia 29 tahun P1A0 datang ke Rumah Sakit merasa perut membesar dan ada benjolan tetapi saat test pack hasil negatif, siklus haid lancar. Dilakukan pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, P: 21 x/menit, S: 36,5°C. Palpasi abdomen teraba massa, dilakukan USG terlihat gambaran massa diameter 10 cm bertangkai.
Diagnosa apa yang bisa ditegakan berdasarkan kasus tersebut?
 - A. Cervicitis
 - B. Mioma uteri
 - C. Endometritis
 - D. Kista ovarium
 - E. Salpingitis Akut
3. Seorang perempuan 24 tahun datang bersama suaminya ke Poliklinik, mengeluh sering terasa sakit tiba-tiba di perut bagian bawah apalagi jika sedang menstruasi. Siklus haid tidak teratur, jumlah darah kadang banyak, kadang sedikit, perut sering terasa kembung. Dilakukan

pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N: 84 x/menit, P: 23 x/menit, S: 36,5°C.

Pemeriksaan tambahan apa yang dilakukan untuk penegakan diagnosa pasti berdasarkan kasus tersebut?

- A. Pemeriksaan USG
- B. Pemeriksaan HCG
- C. Laparoskopi
- D. Laparotomi
- E. Operasi

4. Seorang perempuan 29 tahun P1A0, 6 hari pasca salin datang ke Rumah Sakit dengan keluhan Sakit pada bagian perut dan panggul, keluar darah, urine, atau tinja dari vagina. Hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N: 88 x/menit, S: 37,4°C, P: 24 x/menit. Terdapat celah atau lubang dari vagina ke anus.

Diagnosa apa yang bisa ditegakan berdasarkan kasus tersebut?

- A. Fistula Ani
- B. Fistula usus
- C. Fistula vagina
- D. Fistula rektovaginal
- E. Fistula pembuluh darah

5. Seorang perempuan 46 tahun sedang proses persalinan anak ke-5 di TPMB dengan taksiran berat janin 3500 gram. Saat proses persalinan terdapat kondisi dimana otot dan jaringan di sekitar rahim menjadi lemah. Hal ini menyebabkan rahim turun ke dalam vagina.

Diagnosa apa yang bisa ditegakan berdasarkan kasus tersebut?

- A. Mioma Uteri
- B. Prolaps Uteri
- C. Parametritis
- D. Endometritis
- E. Vulvovaginitis

BAB 4.

OBSTETRIC SERTA KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG UMUM TERJADI PADA ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS

Ditulis Oleh: Niken Bayu Argaheni, S.ST., Bdn, M.Keb.

Deskripsi

Mata kuliah ini membahas konsep-konsep obstetri umum serta fokus pada penanganan dan asuhan kebidanan pada kasus-kasus kompleks selama kehamilan dan persalinan. Mahasiswa akan diperkenalkan dengan dasar-dasar obstetri, termasuk anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita, perkembangan janin, dan perubahan yang terjadi selama kehamilan. Selain itu, mata kuliah ini juga akan mengulas secara mendalam komplikasi yang sering terjadi selama kehamilan seperti hiperemesis, abortus, anemia, kehamilan ektopik, dan lainnya.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan

1. Memahami prinsip-prinsip dasar dalam obstetri dan perawatan kehamilan.

2. Mengenali tanda-tanda dan gejala komplikasi kehamilan yang umum terjadi.
3. Mengembangkan keterampilan untuk memberikan asuhan kebidanan yang efektif pada kasus-kasus kehamilan yang kompleks.
4. Memahami peran seorang bidan dalam menjaga kesehatan ibu dan janin selama kehamilan dan persalinan.
5. Mempelajari tindakan pencegahan, deteksi dini, dan tindakan penanganan komplikasi kehamilan.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengidentifikasi dan memahami komplikasi kehamilan yang umum terjadi.
2. Merencanakan dan memberikan asuhan kebidanan yang sesuai pada kasus-kasus kompleks.
3. Memahami pentingnya pemantauan prenatal yang berkualitas.
4. Menerapkan pengetahuan obstetri dalam praktik kebidanan dengan etika dan profesionalisme

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Konsep Umum Obstetri

- a. Memahami dasar-dasar obstetri, termasuk perkembangan janin, anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita, dan konsep dasar dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.
2. **Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks pada Kehamilan yang Umum Terjadi:**
 - a. Mengidentifikasi faktor risiko kehamilan yang kompleks.
 - b. Mengembangkan rencana asuhan kebidanan yang sesuai untuk kasus-kasus kompleks pada kehamilan yang umum terjadi.

- c. Memahami pentingnya pemantauan prenatal, evaluasi risiko, dan tindakan intervensi yang diperlukan.

3. Hiperemesis

- a. Menjelaskan pengertian, gejala, dan tanda hiperemesis gravidarum.
- b. Menganalisis faktor risiko yang berhubungan dengan hiperemesis.
- c. Mengidentifikasi strategi manajemen hiperemesis gravidarum, termasuk terapi cairan dan nutrisi.

4. Abortus

- a. Memahami definisi abortus dan jenis-jenisnya.
- b. Menjelaskan gejala dan tanda abortus.
- c. Menganalisis faktor risiko yang dapat memicu abortus.
- d. Menggambarkan tindakan penanganan dan dukungan yang diberikan pada pasien yang mengalami abortus.

5. Anemia

- a. Mengidentifikasi anemia dalam konteks kehamilan.
- b. Menjelaskan penyebab anemia pada kehamilan.
- c. Memahami pentingnya pemeriksaan darah dan pengobatan untuk mengatasi anemia pada ibu hamil.

6. Kehamilan Ektopik

- a. Memahami pengertian kehamilan ektopik dan faktor risiko yang terkait.
- b. Menjelaskan gejala dan tanda kehamilan ektopik.
- c. Menganalisis tindakan darurat dan tindakan medis yang diperlukan dalam kasus kehamilan ektopik.

Dengan mencapai sub capaian pembelajaran ini, mahasiswa akan memiliki pemahaman yang kuat tentang asuhan kebidanan pada kasus-kasus kompleks dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada perempuan hamil, ibu yang melahirkan, dan pasca melahirkan dalam berbagai situasi yang kompleks.

Uraian Materi

A. Konsep Umum Obstetric

Konsep umum obstetri adalah dasar-dasar pengetahuan tentang perawatan kehamilan, persalinan, dan perawatan pasien yang sedang hamil. Berikut adalah beberapa poin dalam konsep umum obstetri:

Definisi Obstetri:

Obstetri adalah cabang ilmu kedokteran yang berfokus pada perawatan dan manajemen kehamilan, persalinan, dan masa pasca persalinan.

Perkembangan Janin:

Memahami perkembangan janin dari konsepsi hingga kelahiran adalah bagian penting dari konsep obstetri. Ini mencakup pemahaman tentang tahapan perkembangan janin, organ-organ yang terbentuk, dan perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil.

Tahap-tahap Kehamilan:

Kehamilan biasanya dibagi menjadi tiga trimester. Setiap trimester memiliki ciri-ciri dan perkembangan khusus. Pemahaman tentang tahap-tahap ini membantu dalam perawatan dan pemantauan yang tepat.

Pemeriksaan Kehamilan:

Konsep umum obstetri juga mencakup pemeriksaan kehamilan yang rutin, seperti pemeriksaan fisik, pemeriksaan ultrasonografi, dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memantau perkembangan janin dan kesehatan ibu.

Perawatan Prenatal:

Perawatan prenatal mencakup pengelolaan kesehatan ibu hamil, pemantauan tekanan darah, gula darah, dan faktor risiko lainnya. Selain itu, perawatan prenatal juga mencakup edukasi kepada ibu hamil tentang gaya hidup yang sehat, nutrisi yang baik, dan persiapan untuk persalinan.

Komplikasi Kehamilan:

Memahami komplikasi yang terjadi selama kehamilan, seperti preeklamsia, diabetes gestasional, atau kehamilan ektopik, sangat penting dalam konsep umum obstetri. Ini membantu dalam pengenalan dini dan penanganan yang tepat.

Proses Persalinan:

Konsep umum obstetri juga mencakup pengetahuan tentang tahap-tahap persalinan, tanda-tanda awal persalinan, serta teknik pengelolaan dan pemantauan selama proses persalinan.

Perawatan Pasca Persalinan:

Setelah persalinan, perawatan pasca persalinan melibatkan pemantauan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta memberikan dukungan dalam perawatan postpartum.

Konseling dan Pendidikan Kesehatan:

Bagian penting dari konsep obstetri adalah memberikan konseling dan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil dan keluarganya, termasuk informasi tentang perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, dan tanda-tanda yang perlu diperhatikan selama kehamilan.

Konsep umum obstetri adalah dasar bagi para profesional medis, seperti dokter obstetri dan bidan, dalam memberikan perawatan dan dukungan kepada ibu hamil dan pasien mereka. Pemahaman yang kuat tentang konsep ini sangat penting untuk mencapai kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman.

B. Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks pada Kehamilan yang Umum Terjadi Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah kondisi medis yang serius yang terjadi selama kehamilan dan ditandai oleh mual dan muntah berlebihan yang signifikan. Ini bisa mengarah pada dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, dan masalah

gizi. Hiperemesis gravidarum dapat memengaruhi kualitas hidup ibu hamil dan juga dapat berdampak pada perkembangan janin jika tidak dikelola dengan baik (Adane et al., 2023).

1. Gejala Hiperemesis Gravidarum:

- a. Mual berlebihan yang terus-menerus, bahkan setelah makan.
- b. Muntah berulang kali sepanjang hari.
- c. Penurunan berat badan yang signifikan selama kehamilan.
- d. Dehidrasi, yang dapat menyebabkan mulut kering, sedikit produksi urin, dan peningkatan detak jantung.
- e. Ketidakmampuan untuk mengonsumsi makanan atau cairan dalam jumlah yang mencukupi.

2. Penyebab:

- a. Penyebab pasti hiperemesis gravidarum belum sepenuhnya dipahami. Namun, faktor-faktor yang berperan termasuk perubahan hormon selama kehamilan, seperti peningkatan hormon hCG (human chorionic gonadotropin).
- b. Riwayat keluarga dengan riwayat hiperemesis gravidarum juga dapat meningkatkan risiko.

3. Pengelolaan Hiperemesis Gravidarum:

- a. Perawatan utama adalah menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Pasien memerlukan cairan intravena untuk menggantikan kehilangan cairan yang signifikan.
- b. Obat anti-mual seperti vitamin B6 atau obat resep seperti ondansetron dapat diberikan untuk mengurangi mual dan muntah.
- c. Diet yang sesuai dapat membantu mengurangi ketidaknyamanan. Makanan ringan atau cairan seperti air kelapa atau minuman elektrolit dapat membantu menjaga asupan cairan.

- d. Jika mual dan muntah sangat parah, pasien perlu selang nasogastrik untuk memberikan nutrisi dan cairan.
 - e. Kapan Mencari Bantuan Medis:
 - f. Jika seorang ibu hamil mengalami gejala mual dan muntah yang parah dan berkepanjangan, sangat penting untuk mencari bantuan medis segera.
 - g. Tanda-tanda dehidrasi, seperti mulut kering, sedikit produksi urin, dan pusing, adalah tanda-tanda bahwa perlu segera diberikan perawatan medis.
4. Dampak pada Kehamilan:
- a. Hiperemesis gravidarum yang tidak diobati dapat memengaruhi perkembangan janin karena kurangnya asupan nutrisi dan dehidrasi. Oleh karena itu, perawatan yang tepat adalah kunci untuk menjaga kesehatan ibu dan janin selama kehamilan.

Hiperemesis gravidarum adalah kondisi yang memerlukan perawatan medis yang serius. Dalam beberapa kasus, pasien perlu dirawat di rumah sakit untuk pengawasan dan pengelolaan yang lebih intensif. Konsultasikan dengan dokter obstetri atau profesional medis untuk evaluasi dan perawatan yang sesuai.

Abortus

Abortus adalah istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan pengakhiran kehamilan sebelum janin memiliki kemampuan untuk bertahan hidup di luar rahim. Abortus dapat terjadi secara alami (spontan) atau diinduksi secara medis (aborsi)(Kanmaz et al., 2019; Susila, 2021).

1. Jenis Abortus:
 - a. Abortus Spontan:
 - 1) Abortus spontan adalah pengakhiran kehamilan yang terjadi tanpa campur tangan medis. Ini sering disebut sebagai "keguguran."

- 2) Abortus spontan biasanya terjadi pada tahap awal kehamilan karena adanya masalah kromosom atau kondisi medis pada janin atau ibu hamil.
 - 3) Gejalanya termasuk pendarahan vaginal, kram perut, dan seringkali kehilangan gejala kehamilan seperti mual dan payudara yang membengkak.
- b. Abortus Medis atau Aborsi:
- 1) Abortus medis adalah pengakhiran kehamilan yang diinduksi secara sengaja melalui tindakan medis.
 - 2) Aborsi dapat dilakukan karena berbagai alasan, seperti masalah kesehatan, kondisi janin yang abnormal, atau alasan pribadi.
 - 3) Terdapat dua jenis aborsi: aborsi medis yang dilakukan dengan obat-obatan dan aborsi bedah yang melibatkan prosedur bedah.
2. Faktor Risiko Abortus Spontan:
- a. Usia ibu: Risiko abortus spontan meningkat dengan usia ibu, terutama setelah usia 35 tahun.
 - b. Riwayat abortus spontan sebelumnya.
 - c. Gangguan hormon atau masalah medis pada ibu, seperti diabetes atau penyakit tiroid.
 - d. Faktor genetik atau kromosom yang tidak normal pada janin.
 - e. Kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, atau penggunaan obat-obatan terlarang selama kehamilan.
3. Tanda-tanda Abortus Spontan:
- a. Pendarahan vaginal.
 - b. Kram perut atau nyeri panggul.
 - c. Keluarnya jaringan atau bercak.

- d. Penurunan gejala kehamilan seperti mual dan payudara yang membengkak.

4. Pengelolaan Abortus:

- a. Abortus spontan biasanya tidak dapat dicegah, tetapi jika gejalanya muncul, perlu berkonsultasi dengan dokter.
- b. Pada beberapa kasus, dokter merekomendasikan prosedur medis atau bedah untuk mengosongkan rahim.
- c. Abortus medis (aborsi) hanya dilakukan oleh profesional medis yang terlatih dan sesuai dengan regulasi hukum setempat.

5. Abortus iminen

Abortus iminen adalah istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan keadaan di mana terdapat tanda-tanda awal pengguguran (keguguran) pada seorang wanita hamil, tetapi belum terjadi pengeluaran janin atau hasil konsepsi dari rahim. Ini adalah tahap awal dari proses pengguguran yang dapat berkembang menjadi keguguran yang lebih lengkap jika tidak diatasi dengan tepat. Berikut adalah beberapa informasi lebih lanjut tentang abortus iminen:

- a. Tanda-tanda dan Gejala Abortus Iminen:
 - 1) Pendarahan vaginal yang ringan hingga sedang. Ini dapat muncul dalam bentuk bercak atau darah yang mengalir.
 - 2) Nyeri perut bagian bawah yang bisa terasa seperti kram.
 - 3) Terkadang, wanita hamil masih memiliki gejala kehamilan seperti mual, payudara yang membengkak, atau peningkatan hormon kehamilan dalam tes kehamilan.

- b. Penyebab Abortus Imminens:
 - 1) Abortus imminens dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk masalah genetik atau kromosom pada janin, masalah hormon pada ibu hamil, masalah imunologi, infeksi, atau masalah rahim.
- c. Pengelolaan Abortus Iminen:
 - 1) Ketika seorang wanita mengalami tanda-tanda abortus iminen, dia harus segera berkonsultasi dengan dokter atau bidan.
 - 2) Dokter dapat melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan ultrasonografi, dan tes darah untuk mengonfirmasi diagnosis.
 - 3) Pengelolaan abortus iminen mencakup istirahat, penghindaran aktivitas fisik yang berat, dan pemantauan ketat oleh tenaga medis.
 - 4) Dalam beberapa kasus, jika risiko keguguran lengkap masih tinggi, dokter akan merekomendasikan tindakan medis, seperti pemberian progesteron atau obat-obatan lain yang dapat membantu mempertahankan kehamilan.
- d. Dampak Emosional:
 - 1) Abortus iminen dapat memiliki dampak emosional yang signifikan pada wanita dan pasangan. Kehilangan yang dihadapi bisa sulit untuk diatasi.
 - 2) Dukungan psikologis dan konseling dapat membantu mengatasi stres dan trauma yang timbul akibat abortus imminens.

6. Abortus Insipiens

Abortus insipiens adalah salah satu jenis dari beberapa jenis keguguran atau pengguguran selama kehamilan. Abortus insipiens adalah tahap awal keguguran yang ditandai dengan adanya tanda-tanda awal pengguguran, seperti pendarahan vaginal ringan, tetapi janin masih berada di dalam rahim. Ini adalah kondisi yang seringkali terjadi pada

tahap awal kehamilan. Berikut adalah beberapa informasi lebih lanjut tentang abortus insipiens:

- a. Tanda-tanda dan Gejala Abortus Insipiens:
 - 1) Pendarahan Vaginal Ringan: Ini adalah tanda utama abortus insipiens. Pendarahan ini berupa bercak atau darah yang mengalir, tetapi jumlahnya tidak sebanyak pada keguguran yang lebih lanjut.
 - 2) Nyeri Perut Bawah: Wanita yang mengalami abortus insipiens juga dapat merasakan nyeri perut bagian bawah, yang seringkali mirip dengan kram.
- b. Penyebab Abortus Insipiens:
 - 1) Abortus insipiens dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk masalah genetik pada janin, masalah hormon, masalah rahim atau leher rahim, atau faktor lingkungan tertentu.
- c. Pengelolaan Abortus Insipiens:
 - 1) Jika seorang wanita mengalami tanda-tanda abortus insipiens, dia harus segera menghubungi dokter atau bidan.
 - 2) Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan ultrasonografi, dan tes darah untuk menilai kondisi dan memastikan diagnosis.
 - 3) Pengelolaan abortus insipiens mencakup istirahat, penghindaran aktivitas fisik yang berat, dan pemantauan ketat oleh tenaga medis.
 - 4) Dalam beberapa kasus, jika risiko keguguran lengkap masih tinggi, dokter akan merekomendasikan tindakan medis, seperti pemberian obat untuk membantu mempertahankan kehamilan.
- d. Dampak Emosional:
 - 1) Abortus insipiens dapat memiliki dampak emosional yang signifikan pada wanita dan pasangannya, meskipun janin masih ada di dalam rahim.
 - 2) Kehilangan kehamilan pada tahap mana pun dapat menimbulkan stres dan trauma emosional.

7. Abortus Komplet

Abortus komplet adalah salah satu bentuk dari berbagai jenis keguguran atau pengguguran selama kehamilan. Abortus komplet terjadi ketika seluruh hasil konsepsi (janin dan semua jaringan yang berkembang) dieksplusi atau dikeluarkan dari rahim dengan lengkap tanpa sisa jaringan yang tertinggal. Ini adalah jenis keguguran yang paling jelas dan lengkap. Berikut adalah beberapa informasi lebih lanjut tentang abortus komplet:

a. Tanda-tanda dan Gejala Abortus Komplet:

- 1) Pendarahan Vaginal yang Signifikan: Abortus komplet sering kali disertai dengan pendarahan vaginal yang lebih kuat daripada abortus lainnya. Pendarahan ini berlangsung selama beberapa hari.
- 2) Nyeri Perut Bawah: Wanita yang mengalami abortus komplet sering merasakan nyeri perut bagian bawah yang mirip dengan kram.
- 3) Ekspulsi Janin dan Jaringan: Seluruh hasil konsepsi, termasuk janin, plasenta, dan jaringan lainnya, biasanya dikeluarkan dari rahim.

b. Penyebab Abortus Komplet:

- 1) Abortus komplet dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti masalah genetik pada janin, masalah hormon, atau masalah kesehatan ibu yang mempengaruhi perkembangan kehamilan.

c. Pengelolaan Abortus Komplet:

- 1) Jika seorang wanita mengalami abortus komplet, dia perlu segera menghubungi dokter atau bidan.
- 2) Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik, melakukan ultrasonografi, dan memantau tingkat hCG (human chorionic gonadotropin) dalam darah untuk memastikan seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan.
- 3) Pengelolaan bisa mencakup pemantauan ketat dan pemberian dukungan emosional kepada pasien.

d. Dampak Emosional:

- 1) Abortus lengkap dapat memiliki dampak emosional yang signifikan pada wanita dan pasangannya. Kehilangan kehamilan pada tahap apa pun dapat menimbulkan stres dan trauma emosional.
- 2) Dukungan psikologis dan konseling dapat membantu individu dan pasangannya mengatasi kesedihan dan trauma yang timbul.

8. Abortus Inkomplet

Abortus inkomplet adalah salah satu bentuk keguguran selama kehamilan di mana hanya sebagian hasil konsepsi (janin, plasenta, atau jaringan lainnya) yang dikeluarkan dari rahim, sedangkan sebagian lagi tetap berada di dalam rahim. Ini adalah bentuk keguguran yang belum selesai, dan memerlukan perawatan medis untuk mengeluarkan sisa-sisa jaringan dan menghindari komplikasi. Berikut adalah beberapa informasi lebih lanjut tentang abortus inkomplet:

a. Tanda-tanda dan Gejala Abortus Inkomplet:

- 1) Pendarahan Vaginal yang Berkelanjutan: Salah satu tanda utama abortus inkomplet adalah adanya pendarahan vaginal yang lebih berat atau berlangsung lebih lama daripada menstruasi normal.
- 2) Nyeri Perut Bawah: Wanita yang mengalami abortus inkomplet sering merasakan nyeri perut bagian bawah, yang bisa menjadi lebih intens saat proses pengeluaran jaringan masih berlangsung.
- 3) Ekspulsi Sebagian Jaringan: Pada abortus inkomplet, sebagian hasil konsepsi (seperti bagian plasenta atau jaringan janin) telah dikeluarkan, tetapi masih ada sisa jaringan yang tertinggal di dalam rahim.

b. Penyebab Abortus Inkomplet:

- 1) Abortus inkomplet dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk masalah genetik pada janin, masalah hormon, atau masalah kesehatan ibu yang mempengaruhi perkembangan kehamilan.

- c. Pengelolaan Abortus Inkomplet:
- 1) Jika seorang wanita mengalami tanda-tanda abortus inkomplet, dia perlu segera menghubungi dokter atau bidan.
 - 2) Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik, melakukan ultrasonografi, dan memantau tingkat hCG (human chorionic gonadotropin) dalam darah untuk menilai kondisi.
 - 3) Pengelolaan abortus inkomplet umumnya melibatkan prosedur medis, seperti pengosongan rahim dengan aspirasi vakum atau dilatasi dan kuretase (D&C). Tujuan dari prosedur ini adalah mengeluarkan sisa-sisa jaringan dari rahim.
- d. Dampak Emosional:
- 1) Abortus inkomplet dapat memiliki dampak emosional yang signifikan pada wanita dan pasangannya, karena mereka harus menghadapi situasi yang berhubungan dengan keguguran yang belum selesai.
 - 2) Dukungan psikologis dan konseling dapat membantu individu dan pasangannya mengatasi stres, kesedihan, dan trauma yang timbul.

9. Abortus Berulang

Abortus berulang, juga dikenal sebagai keguguran berulang, merujuk pada pengalaman seorang wanita yang mengalami tiga atau lebih keguguran berturut-turut selama kehamilan. Ini adalah kondisi yang sangat menantang secara emosional dan fisik, dan perlu dikelola dengan hati-hati. Berikut adalah beberapa informasi lebih lanjut tentang abortus berulang:

a. Penyebab abortus berulang:

- 1) Abortus berulang bisa disebabkan oleh berbagai faktor, dan seringkali lebih sulit untuk menentukan penyebabnya daripada keguguran tunggal. Beberapa penyebab yang termasuk:

- 2) Masalah genetik pada janin.
 - 3) Masalah kromosom pada salah satu pasangan.
 - 4) Gangguan hormon yang mempengaruhi kemampuan rahim untuk mendukung kehamilan.
 - 5) Masalah autoimun yang dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan kemampuannya untuk menerima kehamilan.
- b. Evaluasi dan diagnostik:
- 1) Untuk menentukan penyebab abortus berulang, seorang wanita akan menjalani berbagai tes dan evaluasi, termasuk tes darah untuk melihat faktor-faktor imunologi, pemeriksaan kromosom, pemeriksaan hormonal, dan ultrasonografi rahim.
- c. Pengelolaan abortus berulang:
- 1) Pengelolaan abortus berulang akan sangat tergantung pada penyebabnya. Setelah penyebabnya diidentifikasi, dokter akan merancang rencana perawatan yang sesuai.
 - 2) Perawatan dapat mencakup pemberian obat, perawatan hormon, atau bahkan prosedur medis atau bedah seperti pengosongan rahim.
 - 3) Terkadang, pasangan memerlukan konseling genetik atau dukungan emosional untuk mengatasi kesulitan ini.
- d. Kehamilan berikutnya:
- 1) Setelah seorang wanita mengalami abortus berulang, penting untuk mengevaluasi risiko kehamilan berikutnya dengan bantuan dokter atau ahli genetik.
 - 2) Pilihan seperti pengujian genetik janin selama kehamilan atau metode perawatan khusus direkomendasikan untuk mengurangi risiko keguguran berulang.

10. Missed Abortion

Missed abortion, yang juga dikenal sebagai keguguran tersembunyi, adalah kondisi di mana janin menghentikan

pertumbuhannya atau meninggal di dalam rahim, tetapi belum dikeluarkan secara alami oleh tubuh ibu atau belum terdeteksi sebagai keguguran melalui pendarahan atau gejala lainnya. Dalam keadaan missed abortion, janin dan jaringan yang berkembang tetap ada di dalam rahim, seringkali tanpa gejala yang jelas. Kondisi ini memerlukan perawatan medis untuk mengeluarkan sisa janin dan jaringan yang sudah mati dari rahim. Berikut adalah beberapa informasi lebih lanjut tentang missed abortion:

a. Tanda-tanda dan Gejala Missed Abortion:

- 1) Seringkali, seorang wanita yang mengalami missed abortion tidak mengalami pendarahan vaginal atau nyeri perut yang khas yang terkait dengan keguguran.
- 2) Tes kehamilan tetap positif, karena tubuh masih menghasilkan hormon kehamilan (hCG).
- 3) Dalam beberapa kasus, wanita merasa bahwa gejala kehamilan seperti mual, payudara yang membengkak, atau gejala lainnya telah menghilang.

b. Penyebab Missed Abortion:

- 1) Penyebab missed abortion bisa bervariasi, termasuk masalah genetik pada janin, masalah plasenta, atau masalah kromosom yang mempengaruhi perkembangan janin.
- 2) Faktor risiko lainnya termasuk masalah hormon atau masalah kesehatan ibu.

c. Pengelolaan Missed Abortion:

- 1) Untuk mengatasi missed abortion, dokter akan merekomendasikan prosedur medis atau bedah untuk mengeluarkan sisa janin dan jaringan dari rahim. Prosedur ini biasanya disebut "dilatasi dan kuretase" (D&C) atau "aspirasi vakum."
- 2) Dokter juga dapat melakukan pemeriksaan kromosom pada jaringan yang dikeluarkan untuk membantu menentukan penyebab missed abortion.
- 3)

d. Dampak Emosional:

- 1) Missed abortion dapat memiliki dampak emosional yang signifikan pada wanita dan pasangannya, karena mereka harus menghadapi situasi yang tidak terduga dan penuh kesedihan.
- 2) Dukungan psikologis dan konseling dapat membantu individu dan pasangannya mengatasi stres, kesedihan, dan trauma yang timbul.

Anemia

Anemia pada kehamilan adalah kondisi di mana seorang wanita hamil memiliki kadar hemoglobin yang rendah dalam darahnya. Hemoglobin adalah protein dalam sel darah merah yang membawa oksigen ke seluruh tubuh. Anemia pada kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan perkembangan janin (Gari et al., 2020).

Derajat anemia pada kehamilan mengacu pada tingkat keparahan yang dialami oleh seorang wanita hamil. (Monna & Soindemi, 2022; WIDIASTUTI, 2017; Wisnu & Ngestiningrum, 2020) Tingkat keparahan ini biasanya diukur berdasarkan kadar hemoglobin dalam darah. Hemoglobin adalah protein yang membawa oksigen dalam sel darah merah (James, 2021). Berikut adalah tiga tingkat keparahan anemia yang umum digunakan pada kehamilan:

1. Anemia Ringan:
 - a. Kadar hemoglobin berada dalam kisaran normal, tetapi cenderung rendah.
 - b. Biasanya diukur dengan kadar hemoglobin antara 10,0 hingga 10,9 gram per desiliter (g/dL).
2. Anemia Sedang:
 - a. Kadar hemoglobin berada di bawah batas normal.
 - b. Biasanya diukur dengan kadar hemoglobin antara 7,0 hingga 9,9 g/dL.

3. Anemia Berat:

- a. Kadar hemoglobin sangat rendah dan dapat mengancam nyawa.
- b. Biasanya diukur dengan kadar hemoglobin di bawah 7,0 g/dL.

Anemia pada kehamilan sering kali disebabkan oleh peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan. Meskipun peningkatan volume darah adalah normal, kadang-kadang tubuh tidak dapat memproduksi sel darah merah dalam jumlah yang cukup untuk mengimbangi peningkatan volume darah, menyebabkan anemia.

Perawatan mencakup suplemen zat besi, vitamin B12, atau asam folat, tergantung pada penyebab anemia. Selain itu, perubahan diet dan pemantauan yang cermat selama kehamilan juga dapat membantu mengatasi anemia.

1. Penyebab Anemia pada Kehamilan:

- a. Kebutuhan besi yang meningkat: Selama kehamilan, tubuh memerlukan jumlah besi yang lebih banyak untuk memproduksi lebih banyak sel darah merah guna memenuhi kebutuhan oksigen tambahan untuk janin.
- b. Kehilangan darah: Kadang-kadang, wanita hamil dapat mengalami kehilangan darah melalui pendarahan seperti yang terjadi pada keguguran, plasenta previa, atau pendarahan dalam.
- c. Kekurangan nutrisi: Diet yang tidak mencukupi gizi, termasuk kekurangan zat besi dan vitamin B12 atau asam folat, dapat menyebabkan anemia pada kehamilan.
- d. Kondisi medis: Beberapa kondisi medis, seperti talasemia atau penyakit sel sabit, juga dapat meningkatkan risiko anemia pada kehamilan.

2. Tanda dan Gejala Anemia pada Kehamilan:

Tanda-tanda dan gejala anemia pada kehamilan dapat termasuk:

- a. Kelelahan yang berlebihan.
- b. Kulit pucat.
- c. Sesak nafas.
- d. Pusing.
- e. Detak jantung cepat.
- f. Kuku rapuh dan rambut rontok.

3. Dampak Anemia pada Kehamilan:

Anemia yang tidak diobati selama kehamilan dapat memiliki dampak negatif pada kesehatan ibu dan janin, termasuk:

- a. Risiko melahirkan bayi dengan berat badan rendah.
- b. Risiko kelahiran prematur.
- c. Kehamilan dengan komplikasi seperti preeklamsia atau eklamsia.
- d. Kelelahan yang parah yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

4. Pengelolaan Anemia pada Kehamilan:

Pengelolaan anemia pada kehamilan tergantung pada tingkat keparahan dan penyebabnya. Beberapa langkah pengelolaan meliputi:

- a. Suplemen zat besi: suplemen zat besi untuk meningkatkan kadar hemoglobin.
- b. Makanan bergizi: Mengonsumsi makanan yang kaya akan zat besi, vitamin B12, dan asam folat sangat penting.
- c. Pemantauan teratur: Ibu hamil dengan anemia akan dipantau secara teratur untuk memantau perbaikan kadar hemoglobin dan mengidentifikasi masalah yang muncul selama kehamilan.

Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik, juga dikenal sebagai kehamilan di luar rahim, adalah kondisi medis serius di mana hasil konsepsi (zigot) menempel dan berkembang di luar rahim, biasanya dalam salah satu saluran tuba falopi. Kehamilan ektopik tidak dapat berkembang menjadi kehamilan yang sehat, dan jika tidak diobati, dapat mengancam nyawa ibu hamil (Eke et al., 2022).

1. Penyebab Kehamilan Ektopik:
 - a. Penyebab pasti kehamilan ektopik belum sepenuhnya dipahami, tetapi kondisi ini seringkali terjadi ketika saluran tuba falopi, yang seharusnya menjadi tempat perkembangan janin, mengalami hambatan atau kerusakan.
2. Gejala Kehamilan Ektopik:
 - a. Tanda dan gejala kehamilan ektopik dapat mencakup:
 - b. Nyeri panggul atau perut bagian bawah, seringkali pada satu sisi.
 - c. Pendarahan vaginal yang tidak normal, seringkali lebih ringan daripada menstruasi normal.
 - d. Nyeri di bahu, leher, atau punggung akibat iritasi pada saraf oleh pendarahan internal.
 - e. Kelemahan, pusing, atau pingsan akibat perdarahan internal dan penurunan tekanan darah.
3. Diagnosis Kehamilan Ektopik:
 - a. Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik dan melakukan pemeriksaan ultrasonografi untuk mencari tanda-tanda kehamilan ektopik.
 - b. Pemeriksaan darah juga dapat digunakan untuk mengukur kadar hormon kehamilan (hCG) dan memantau apakah hCG meningkat seiring waktu.
4. Pengelolaan dan Perawatan Kehamilan Ektopik:
 - a. Kehamilan ektopik harus diatasi segera karena dapat menjadi kondisi yang mengancam nyawa. Perawatan

- tergantung pada tingkat keparahan dan lokasi kehamilan ektopik.
- b. Pengobatan dapat mencakup pemantauan ketat, obat-obatan (misoprostol) untuk merangsang pengeluaran hasil konsepsi jika kondisi memungkinkan, atau tindakan bedah seperti laparoskopi atau laparotomi untuk mengangkat hasil konsepsi yang abnormal.
5. Dampak Psikologis:
- a. Kehamilan ektopik dapat memiliki dampak psikologis yang signifikan pada ibu hamil dan pasangannya karena mereka harus menghadapi keguguran dan risiko kesehatan yang serius.
 - b. Dukungan psikologis dan konseling dapat sangat membantu dalam mengatasi stres dan trauma yang timbul.

Tugas

Judul Tugas: Konsep Umum Obstetric dan Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks Kehamilan

Tujuan Tugas:

Tugas ini bertujuan untuk memahami konsep umum obstetric serta melihat asuhan kebidanan pada kasus kompleks yang umum terjadi selama kehamilan, seperti hiperemesis, abortus, anemia, dan kehamilan ektopik. Mahasiswa diharapkan dapat memahami gejala, penyebab, diagnosis, pengelolaan, dan dampak emosional dari setiap kasus.

Petunjuk Tugas:

Bagian 1 : Konsep Umum Obstetric

1. Buatlah ringkasan singkat tentang konsep umum obstetric, termasuk definisi obstetri, tujuan obstetri, dan peran bidan dalam perawatan ibu hamil.

Bagian 2 : Hiperemesis

1. Jelaskan apa itu hiperemesis gravidarum.
2. Identifikasi gejala dan tanda-tanda hiperemesis gravidarum.
3. Jelaskan faktor risiko yang dapat menyebabkan hiperemesis gravidarum.
4. Berikan penjelasan tentang pengelolaan dan perawatan hiperemesis gravidarum.
5. Diskusikan dampak emosional yang dialami oleh ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum.

Bagian 3 : Abortus

1. Jelaskan apa itu abortus dan jenis-jenis abortus yang umum terjadi.
2. Identifikasi gejala dan tanda-tanda abortus.
3. Jelaskan faktor risiko yang dapat menyebabkan abortus.
4. Berikan penjelasan tentang pengelolaan dan perawatan abortus.
5. Diskusikan dampak emosional yang dialami oleh ibu hamil yang mengalami abortus.

Bagian 4 : Anemia

1. Jelaskan apa itu anemia pada kehamilan dan jenis-jenisnya.
2. Identifikasi gejala dan tanda-tanda anemia pada kehamilan.
3. Jelaskan faktor risiko yang dapat menyebabkan anemia pada kehamilan.
4. Berikan penjelasan tentang pengelolaan dan perawatan anemia pada kehamilan.
5. Diskusikan dampak anemia pada kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin.

Bagian 5 : Kehamilan Ektopik

1. Jelaskan apa itu kehamilan ektopik dan faktor risiko yang meningkatkan risiko terjadinya.
2. Identifikasi gejala dan tanda-tanda kehamilan ektopik.
3. Jelaskan mengenai diagnosa dan pengelolaan kehamilan ektopik.
4. Diskusikan mengenai konsekuensi potensial dan dampak emosional dari kehamilan ektopik.

Format Penyajian Tugas:

1. Tugas ini harus disusun dalam bentuk makalah atau laporan tertulis.
2. Gunakan referensi ilmiah yang sah untuk mendukung informasi yang disajikan.
3. Sertakan daftar pustaka yang mencantumkan sumber-sumber yang digunakan.
4. Tulis dengan bahasa yang jelas dan tata bahasa yang benar.

Pengumpulan Tugas:

1. Tugas harus dikumpulkan dalam bentuk file dokumen elektronik (misalnya, Word atau PDF) melalui platform pembelajaran online yang ditentukan oleh instruktur.
2. Tentukan tanggal pengumpulan tugas yang telah ditetapkan oleh instruktur/dosen.

Penilaian:

1. Tugas akan dinilai berdasarkan pemahaman konsep, kelengkapan informasi, kejelasan penyajian, penggunaan referensi ilmiah, dan kemampuan menyampaikan informasi dengan baik.

Pastikan untuk mengikuti instruksi dengan cermat dan menyediakan informasi yang akurat dalam tugas. Jika memerlukan klarifikasi tambahan atau bantuan, jangan ragu untuk berkonsultasi dengan instruktur.

Latihan Soal

1. Apa yang dimaksud dengan kehamilan ektopik?
 - A. Kehamilan yang terjadi di luar rahim.
 - B. Kehamilan ganda.
 - C. Kehamilan yang tidak dapat terdeteksi melalui tes kehamilan.
 - D. Kehamilan yang tidak normal.
 - E. Kehamilan yang berlangsung lebih lama dari biasanya.

2. Apa yang merupakan tanda dan gejala umum *hiperemesis gravidarum*?
 - A. Kehilangan berat badan dan kulit kering.
 - B. Mual dan muntah yang parah, dehidrasi, dan ketidakseimbangan elektrolit.
 - C. Pembengkakan pergelangan kaki dan perut kembung.
 - D. Tekanan darah tinggi dan pendarahan vaginal.
 - E. Nyeri panggul dan pendarahan hebat.

3. Apa yang dimaksud dengan abortus iminen?
 - A. Pengguguran yang terjadi di luar rahim.
 - B. Pengguguran yang terjadi pada usia kehamilan yang sangat muda.
 - C. Tahap awal dari proses pengguguran yang belum terjadi pengeluaran janin atau hasil konsepsi dari rahim.
 - D. Keguguran yang terjadi pada trimester ketiga.
 - E. Keguguran yang disebabkan oleh infeksi.

4. Apa yang bisa menjadi penyebab anemia pada kehamilan?
 - A. Penurunan volume darah selama kehamilan.
 - B. Peningkatan asupan nutrisi selama kehamilan.
 - C. Kehamilan ektopik.
 - D. Pendarahan vaginal selama menstruasi.
 - E. Penyakit jantung bawaan.

5. Apa tindakan medis yang diperlukan untuk mengelola kehamilan ektopik?
 - A. Suplemen zat besi.
 - B. Tes kehamilan ulang.
 - C. Pemberian obat mual.
 - D. Aspirasi vakum atau operasi bedah.
 - E. Terapi hormonal.

BAB 5.

OBSTETRIC SERTA KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG UMUM TERJADI PADA ASUHAN KEBIDANAN KASUS KOMPLEKS PERSALINAN

Ditulis Oleh: Dr. Emi Kusumawardani, S.S.T., M.Kes.

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk mendeskripsikan konsep kegawatdaruratan maternal neonatal; memberikan penanganan sesuai dengan kewenangannya dalam Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Pokok bahasan dalam mata kuliah ini adalah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Masa Persalinan Kala I dan II.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan penanganan sesuai dengan kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Masa Persalinan Kala I dan II

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Distosia kelainan presentasi dan posisi (mal posisi): presentasi puncak kepala, dahi, occipito posterior, muka
2. Distosia Karena kelainan his: inersia uteri hipotonik, inersia uteri hipertonic, his yang tidak terkoordinasi
3. Distosia Karena kelainan alat kandungan: vulva, vagina, uterus
4. Distosia karena kelainan janin: makrosomia, hidrosefalus, anensefalus, janin kembar siam, kelainan jalan lahir
5. Penyulit/komplikasi persalinan kala III dan IV: atonia uteri, retensio plasenta, emboli air ketuban, robekan jalan lahir

Uraian Materi

A. Distosia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi): Presentasi Puncak Kepala, Dahi, Muka, Occipito Posterior

Proses persalinan spontan dapat terhambat oleh beberapa kelainan persalinan. Ini disebut distosia. Secara harfiah, istilah “distosia” mengacu pada persalinan yang sulit dan ditandai dengan kemajuan persalinan yang lambat. Ini adalah akibat dari empat kelainan berbeda, yang dapat terjadi secara individual atau bersamaan. Pertama, kekuatan pengusirannya mungkin tidak biasa. Misalnya, kontraksi rahim mungkin tidak cukup kuat atau terkoordinasi dengan baik untuk mengencangkan dan melebarkan serviks yang tidak berfungsi. Selain itu, otot ibu mungkin tidak melakukan upaya yang cukup selama persalinan kala dua. Kedua, persalinan dapat tertunda karena presentasi, posisi, atau perkembangan janin yang tidak normal. Selain itu, kelainan panggul ibu dapat menyebabkan kontraksi panggul. Terakhir, turunnya janin dapat terhambat oleh kelainan jaringan lunak saluran reproduksi. Secara mekanis, kelainan ini dapat disederhanakan menjadi tiga kategori: meliputi kelainan kontraksi uterus dan upaya ekspulsif ibu; the passenger-

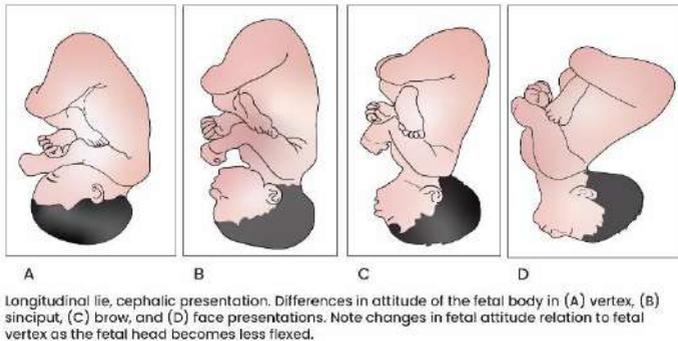
janin; dan the passage-panggul (Williams Obstetrics, Twenty-Sixth Edition, 2022). Persalinan normal melibatkan janin dengan ukuran yang sesuai dalam presentasi belakang kepala dengan kepala yang lentur yang turun dan berputar di dalam panggul ibu sebagai respons terhadap kontraksi uterus, melahirkan dalam posisi oksiput anterior. Persalinan abnormal terjadi ketika salah satu atau kombinasi dari faktor-faktor ini menyimpang dari normal. Hal ini dapat melibatkan malpresentasi (misalnya muka, dahi, atau sungsang), malposisi (misalnya oksiput anterior), atau disproporsi sefalopelvik (Oxford textbook of obstetrics and gynaecology, 2020).

Hampir 95% janin cukup bulan lahir dengan verteks dan dengan presentasi belakang kepala, sebagian besar wanita dapat melalui proses persalinan dengan baik dan melakukan persalinan pervaginam secara spontan. Malpresentasi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan presentasi yang tidak menggunakan verteks sebagai hipomoklion. Malpresentasi kepala janin terjadi karena perpanjangan kepala janin yang menyebabkan dahi atau muka muncul selama persalinan. Malposisi kepala janin terjadi ketika oksiput bertahan pada posisi lateral atau posterior. Ini biasanya didiagnosis selama persalinan dan terkait dengan persalinan yang sulit dan risiko intervensi operasi yang lebih tinggi. Pemeriksaan klinis sistematis secara teratur untuk memantau kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin diperlukan setelah malpresentasi atau malposisi janin didiagnosis (Suparna Sinha *et al.*, 2018).

Presentasi Puncak Kepala

Ketika janin melewati jalan lahir, kepalanya berada dalam keadaan fleksi. Ini adalah ciri persalinan normal. Dalam kondisi tertentu, kepala dapat bergerak ke arah defleksi. Presentasi kepala, disebut juga presentasi cephalic, terjadi bila derajat deviasinya kecil, sehingga ubun-ubun berada

pada titik terendah; menyajikan dahi yang derajat deviasinya lebih besar, sehingga dahi berada pada tingkat yang paling rendah; dan presentasi wajah, yang derajat biasanya maksimum, sehingga wajah janin berada pada titik terendah (Prawirohardjo, 2020).



Gambar 5.1 Variations In Fetal Attitude

Dalam kebanyakan kasus, Presentasi puncak kepala adalah posisi sementara yang kemudian bertransisi ke presentasi posterior. Pemindahannya hampir sama dengan transposisi oksipital posterior persistens, namun presentasi puncak kepala tidak memiliki fleksi yang maksimal. Lingkaran kepala yang melewati jalan lahir merupakan lingkaran fronto oksipital dengan titik balik pada simfisis (Prawirohardjo, 2020).

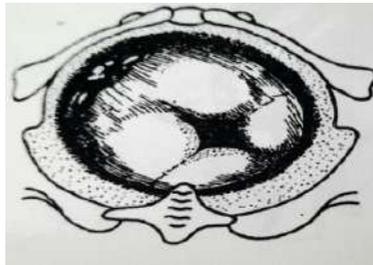
Presentasi Dahi

Presentasi frontal adalah suatu keadaan dimana kepala berada diantara fleksi maksimum dan defleksi maksimum, dengan dahi pada titik terendah. Ini biasanya merupakan kondisi sementara dan sering berkembang menjadi manifestasi wajah atau posterior (Prawirohardjo, 2020). Presentasi dahi dianggap sebagai yang paling langka dari

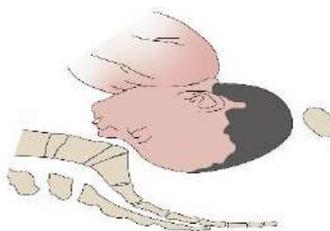
semua malpresentasi dengan prevalensi 1 dari 500 hingga 1 dari 4000 kelahiran (Makajeva *et al.*, 2023).

1. Diagnosis

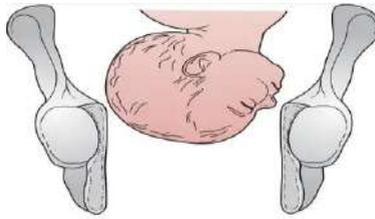
- a. Pemeriksaan vaginal touch memberikan hasil yang mirip dengan presentasi wajah, namun bagian belakang kepala tidak begitu menonjol.
- b. DJJ lebih jelas terdengar di bagian dada, yaitu sama dengan bagian-bagian kecil.
- c. Kepala janin tidak dapat masuk ke rongga panggul pada wanita yang belum pernah mengalami kesulitan sebelumnya.
- d. Pada Vaginal Touch, sutura frontalis dapat diraba dengan ubun-ubun besar di satu ujung dan pangkal hidung serta tepi orbital di ujung lainnya. Dengan presentasi frontal ini, mulut dan dagu tidak dapat dipalpasi.



Gambar 5.2 Pemeriksaan Dalam pada Presentasi Dahi



Gambar 5.3 Presentasi Dahi



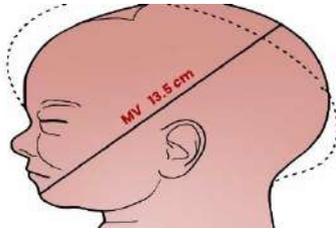
Gambar 5.4 Presentasi dahi

2. Etiologi

- a. Multiparitas dan perut gantung
- b. Kehamilan ganda
- c. Polihidramnion
- d. Bentuk panggul ibu yang tidak normal (panggul sempit) (Prawirohardjo, 2020)

3. Mekanisme Persalinan

Dagu memutar ke depan setelah kepala memasuki pintu panggul superior dengan lingkaran rahang atas dan sutura frontal horizontal atau miring. Bila dagu diarahkan ke depan, dengan fossa kaninus sebagai hipomoklion, terjadi fleksi sehingga bagian atas kepala dan belakang kepala menonjol melalui perineum, kemudian terjadi misalignment yang menyebabkan mulut dan dagu menonjol ke bawah simpisis, yang mencegah presentasi dahi beralih ke presentasi wajah, biasanya karena molase yang besar dan caput succedaneum di dahi saat kepala masuk ke panggul, sehingga sulit untuk memperbesar deviasi. Karena ukurannya yang besar, kepala baru masuk ke rongga panggul setelah dibentuk agar sesuai dengan ukuran dan bentuk PAP.



Gambar 5.5 Moulage pada Presentase Dahi
(pada garis putus-putus)

4. Penanganan

Persalinan memakan waktu lama dan hanya 15% yang terjadi secara alami, sedangkan persalinan pervaginam menyebabkan kerusakan parah pada perineum dan saluran genital lainnya. Angka kematian perinatal lebih dari 20% (Prawirohardjo, 2020). Karena presentasi ini dianggap tidak stabil, maka biasanya diubah menjadi presentasi muka atau oksiput, karena diameter sefalika lebih lebar dari panggul ibu, kepala janin tidak dapat masuk; dengan demikian, persalinan melalui pervaginam tidak dapat terjadi. Kecuali jika janinnya kecil atau panggulnya sangat lebar, prognosis persalinan pervaginam buruk. Dengan presentasi dahi yang persisten, operasi caesar diperlukan untuk persalinan yang aman (Makajeva *et al.*, 2023).

5. Komplikasi

Komplikasi presentasi dahi hampir sama dengan malpresentasi lainnya:

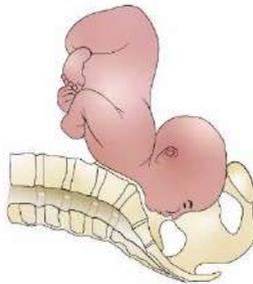
- a. Persalinan yang terhambat dan ruptur uteri
- b. Prolaps tali pusat
- c. Memar pada wajah
- d. Perdarahan otak

(Labour and Delivery Care Module, 2023)

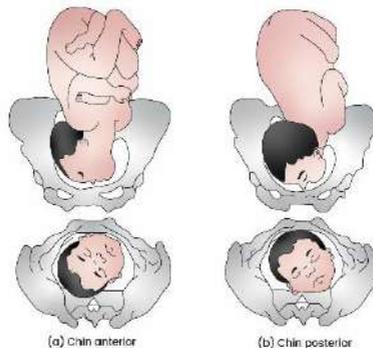
Presentasi Muka

Presentasi muka jarang terjadi kelahiran melalui vagina. Cruikshank dan White melaporkan kejadian 1 dari 600, atau 0,17%, dari lebih dari 70.000 bayi tunggal yang lahir di Rumah Sakit Parkland di Inggris, sekitar 1 dari 2.000 mengalami presentasi wajah saat lahir (Williams Obstetrics, Twenty-Sixth Edition, 2022).

Angka kejadian presentasi muka adalah kurang dari 0,1 di antara 12.827 persalinan di RS Dr. Cipto Mangunkusumo di Indonesia selama 5 tahun. Ini adalah kondisi di mana kepala dalam keadaan defleksi maksimal sehingga oksiput tertekan pada pinggul dan bagian terendah menghadap ke bawah.



Gambar 5.6 Presentasi Muka

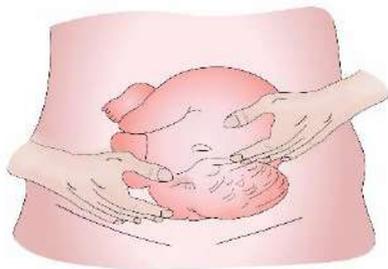


Gambar 5.7 Presentasi muka (a) Dagu bayi menghadap ke arah depan panggul ibu; (b) dagu menghadap ke arah tulang punggung ibu

Kejadian presentasi muka adalah sekitar 1 dari 500 kehamilan pada persalinan cukup bulan. Pada Gambar diatas, dapat dilihat bagaimana fleksi kepala pada leher. Bayi yang hadir dalam posisi 'dagu posterior' biasanya berputar secara spontan selama proses persalinan, dan mengambil posisi 'dagu anterior', yang membuatnya lebih mudah untuk dilahirkan. Namun, mereka tidak mungkin dilahirkan melalui vagina jika mereka gagal menjalani rotasi spontan ke posisi dagu anterior, karena dagu bayi biasanya tersangkut di sakrum ibu (tulang yang menonjol di bagian belakang panggul) (Labour and Delivery Care Module, 2023).

1. Diagnosis

- a. Pada presentasi muka, tubuh janin terbuka sehingga teraba seperti punggung, dengan bagian kecil janin di dada dan DJJ yang lebih jelas.
- b. Belakang kepala, bagian kepala yang menonjol, terletak di sebelah dada.
- c. Untuk menghindari kerusakan pada mata dan mulut, pemeriksaan dalam harus dilakukan dengan hati-hati saat muka dimasukkan ke dalam rongga panggul dan teraba dagu, mulut, hidung, dan pinggir orbita.
- d. Jika kaput suksedaneum ada, pemeriksaan akan lebih sulit karena bentuk bokong akan dikacaukan. Namun, jika pemeriksaan luar telah dilakukan dengan teliti dengan USG dan MRI, kesalahan ini tidak perlu terjadi sebelumnya (Prawirohardjo, 2020)



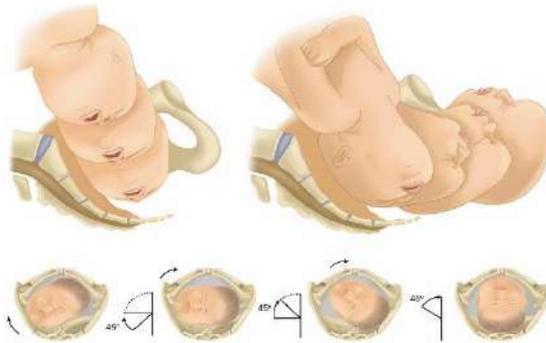
Gambar 5.8 Palpasi Abdomen pada Kepala di Wajah Presentasi. Posisi Mentoposterior Kanan

2. Etiologi

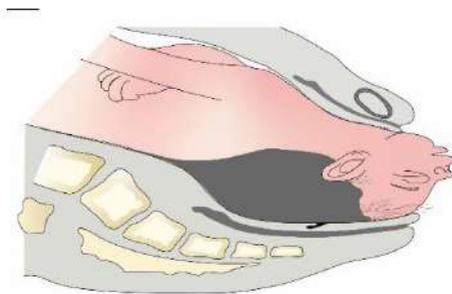
- a. Panggul sempit
- b. Janin besar
- c. wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali dan perut menjuntai
- d. Cacat janin, seperti anencephaly dan tumor di bagian depan leher (Prawirohardjo, 2020)
- e. Lemahnya (kendur) rahim setelah banyak kehamilan cukup bulan sebelumnya
- f. Kehamilan ganda
- g. Polihidramnion (cairan ketuban yang berlebihan) (Labour and Delivery Care Module, 2023).

3. Mekanisme persalinan

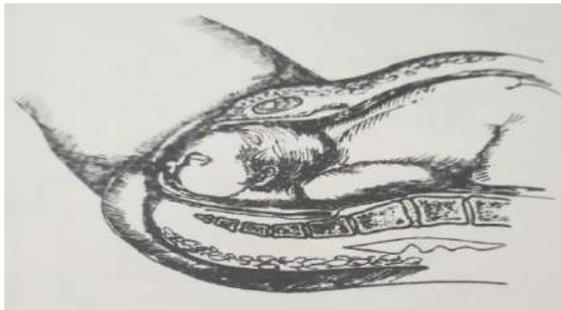
Kepala turun melalui sirkumferensia trakelo-parietalis dan dengan dagu horizontal atau miring. Ketika wajah mencapai dasar panggul, poros internal berputar, menyebabkan dagu berputar ke depan dan terletak di bawah arkus pubis di bawah dagu seperti hipomokleon. Kepala dilahirkan dengan gerakan fleksi, sehingga dahi, bagian atas kepala, dan belakang kepala menonjol melalui perineum. Saat kepala lahir mencapai dasar panggul, poros luar dan tubuh janin akan berputar. Saat berbelok ke dalam, dagu harus bergerak lebih jauh agar tetap maju. Terkadang dagu tidak bisa berputar ke depan dan ke belakang sekitar 10%. Kondisi ini disebut dengan posisi Mento-Posterior persisten dan janin hanya dapat melahirkan dengan sendirinya jika ukurannya kecil atau sudah mati



Gambar 5.9 Mekanisme persalinan untuk posisi mentoposterior kanan dengan rotasi mentum ke arah anterior dan persalinan



Gambar 5.10 Presentasi Muka dengan Daggu didepan



Gambar 5.11 Presentasi Muka dengan Daggu dibelakang

4. Penanganan

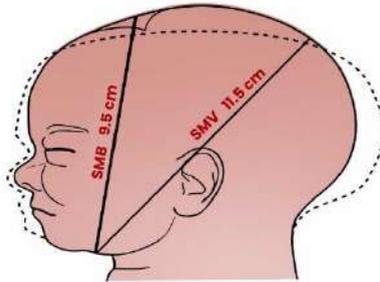
- a. Setelah mendiagnosis presentasi muka, bidan harus memberi tahu dokter tentang hasil pemeriksaan.
- b. Pengamatan rutin terhadap kondisi ibu dan ibu dan janin dilakukan seperti pada persalinan normal, dan harus berhati-hati agar tidak menginfeksi atau melukai mata selama pemeriksaan vagina.
- c. Segera setelah ketuban pecah, pemeriksaan vagina pemeriksaan vagina harus dilakukan untuk menyingkirkan prolaps tali pusat; kejadian seperti itu lebih mungkin terjadi karena wajah adalah bagian yang tidak pas.
- d. Penurunan kepala harus diobservasi melalui abdomen, dan pemeriksaan vagina yang cermat dilakukan setiap 2-4 jam untuk menilai dilatasi serviks dan penurunan kepala.
- e. Pada posisi mentoposterior, bidan harus perhatikan apakah mentum lebih rendah dari cincin, karena rotasi dan penurunan tergantung pada hal ini. Jika kepala tetap tinggi meskipun ada kontraksi yang baik, operasi caesar mungkin dilakukan.

(Coates T, 2020)

5. Komplikasi

Komplikasi pada janin meliputi:

- a. Persalinan yang terhambat dan rahim yang pecah.
- b. Prolaps tali pusat.
- c. Wajah memar Saat bayi lahir, wajah bayi selalu memar dan bengkak, disertai kelopak mata dan bibir bengkak. Kepala memanjang, Bidan harus memperingatkan orang tua orang tua sebelumnya tentang penampilan bayi yang 'memar', yakinkan mereka bahwa hal ini hanya bersifat sementara; Pembengkakan akan hilang dalam satu atau dua hari, dan memar biasanya akan sembuh dalam waktu seminggu.

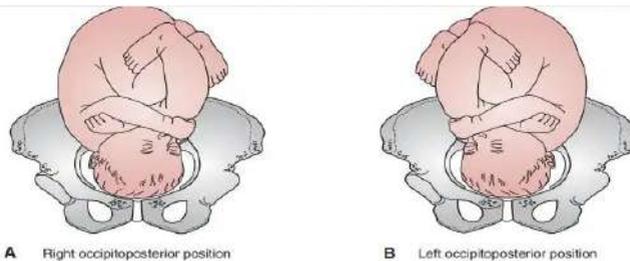


Gambar 5.12 Moulage Dalam Presentasi Muka (titik-titik garis). SMB, sub-mentobregmatik; SMV, sub-mentovertekal

- d. Pendarahan otak (pendarahan di dalam tengkorak janin).
(Labour and Delivery Care Module, 2023).

Posisi Oksiput Posterior

Jenis malposisi oksiput yang paling umum terjadi pada sekitar 10% persalinan. Posisi oksipitoposterior yang terus-menerus terjadi karena kegagalan rotasi internal sebelumnya sebelum kelahiran dan terjadi pada 5% kelahiran. Teks lahir, tetapi oksiput di belakang daripada anterior panggul. Ini mengakibatkan defleksi kepala janin dan lahir dengan tengkorak yang lebih besar (Coates T, 2020).



Gambar 5.13 (A) Posisi oksipitoposterior kanan. (B) Posisi oksipitoposterior kiri

Biasanya (pada empat dari lima kasus), ketika kepala janin masuk ke dalam panggul ibu, oksiput berada di lateral dan kemudian mengalami rotasi ke arah anterior selama proses persalinan. Posisi oksipito posterior hanya terjadi pada sekitar 20% janin pada tahap awal persalinan. Selain itu, bahkan dalam kasus-kasus ini, sebagian besar kepala janin mengalami rotasi spontan lebih lanjut ke oksipito anterior pada saat persalinan. Oleh karena itu, posisi oksipito posterior yang persisten terjadi pada sekitar 5-10% persalinan verteks (Suparna Sinha, 2018).

1. Etiologi

- a. Bentuk panggul yang abnormal (antropoid dan android)
- b. Otot-otot dasar panggul yang melemah pada multipara
- c. Kelainan ukuran kepala janin yang kecil dan bulat (Prawirohardjo, 2020)
- d. Penyebab lain dari malpresentasi, seperti :
 - 1) plasenta praevia,
 - 2) tumor panggul,
 - 3) perut yang menonjol,
 - 4) polihidramnion,
 - 5) kehamilan ganda(Labour and Delivery Care Module, 2023).

2. Diagnosis

Selama kehamilan

- a. Pemeriksaan Inspeksi:
 - 1) Perut terlihat rata di bawah pusar karena tidak adanya kontur bulat pada punggung janin.
 - 2) Sebuah lekukan dapat terlihat di bawah umbilikus yang sesuai dengan leher.
 - 3) Gerakan janin dapat terdeteksi di dekat garis tengah.

- b. Pemeriksaan Palpasi:
 - 1) Pegangan fundal.
 - 2) Bokong janin dirasakan sebagai massa yang lembut, besar, dan tidak beraturan yang tidak dapat diraba.
 - 3) Pegangan pusar:
 - 4) Punggung janin sulit teraba di sisi yang jauh dari garis tengah.
 - 5) Bahu anterior setidaknya 3 inci dari garis tengah.
 - 6) Tungkai mudah dirasakan di dekat, atau di kedua sisi, garis tengah.
- c. Pemeriksaan Leopold I :
 - 1) Kepala biasanya tidak bergerak karena defleksi.
 - 2) Kepala terasa lebih kecil dan mudah lepas dari jari-jari yang meraba karena jari-jari tersebut menangkap diameter bitemporal, bukan diameter biparietal di oksipito-anterior.
- d. Pemeriksaan Leopold II :
 - 1) Kepala biasanya mengalami defleksi.
- e. Auskultasi:
 - 1) DJJ terdengar di sisi yang jauh dari garis tengah. Pada derajat defleksi yang besar, DJJ dapat terdengar di garis tengah.
 - 2) Ultrasonografi atau rontgen pandangan lateral.

Selama persalinan

Selain temuan sebelumnya, pemeriksaan vagina touch (VT) mengungkap:

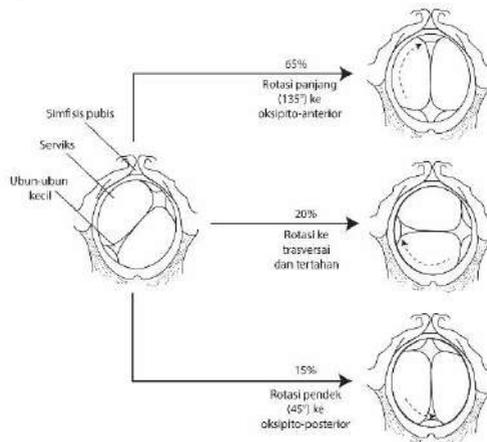
- a. Arah oksiput.
- b. Derajat defleksi.

3. Mekanisme Persalinan

a. Kala I

- 1) Singkirkan tanda panggul yang berkontraksi.
- 2) Singkirkan tanda presentasi atau prolaps tali pusat.

- 3) Inersia dan persalinan yang lama diperkirakan akan terjadi sehingga pemberian drip oksitosin dapat diindikasikan kecuali jika ada kontraindikasi.
- 4) Kontraksi yang berkelanjutan, tidak teratur dan disertai dengan nyeri punggung yang nyata yang membutuhkan analgesia seperti petidin atau analgesia epidural.
- 5) Hindari ketuban pecah dini dengan cara:
 - a) Beristirahat di tempat tidur,
 - b) Tidak mengejan,
 - c) Hindari enema tinggi,
 - d) Meminimalkan pemeriksaan vagina.
- 6) Manajemen dan observasi lainnya seperti pada persalinan normal.



Gambar 5.14 Kemungkinan Rotasi Kepala

b. Kala II

Tunggu selama 60-90 menit.

1) Selama periode ini:

- a) Amati ibu dan janin dengan cermat

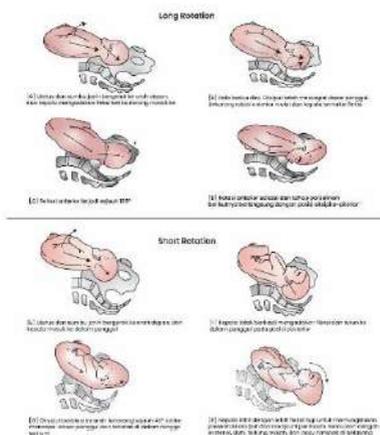
- b) Atasi inersia dengan pemberian drip oksitosin kecuali jika ada kontraindikasi. Kontraindikasi oksitosin:
- Ketidakseimbangan cairan
 - Tindakan uterus yang tidak terkoordinasi
 - Bekas luka uterus, misalnya sesar sebelumnya, histerotomi, miomektomi, metroplasti, atau perforasi sebelumnya
 - Multipara besar
 - Gawat janin
- 2) Salah satu dari yang berikut ini akan terjadi:
Rotasi internal panjang $3/8$ lingkaran:
- a) Terjadi pada sekitar 90% kasus dan persalinan selesai seperti pada persalinan normal
 - b) Oksipito-posterior langsung (wajah ke pubis): terjadi pada sekitar 6% kasus
 - c) Kepala dapat dilahirkan secara spontan atau dengan bantuan forsep
 - d) Episiotomi dilakukan untuk menghindari laserasi perineum
 - e) Henti melintang yang dalam (1%) dan oksipito-posterior yang menetap (3%)
- 3) Persalinan terhambat dan salah satu dari yang berikut ini harus dilakukan:
- a) Ekstraksi vakum (ventouse): Tindakan yang tepat sedekat mungkin dengan oksiput akan mendorong fleksi kepala
 - b) Traksi akan memandu kepala masuk ke dalam panggul hingga bertemu dengan dasar panggul di mana ia akan berputar
 - c) Rotasi dan ekstraksi secara manual dengan forsep
- 4) Di bawah anestesi umum, langkah-langkah berikut ini dilakukan:

- a) Disimpaksi: kepala dipegang sedikit dan didorong sedikit ke atas
- b) Fleksi kepala
- c) Rotasi oksiput ke arah anterior oleh tangan kanan dengan bantuan vagina
- d) Rotasi bahu anterior ke arah perut ke arah garis tengah oleh tangan kiri atau asisten
- e) Fiksasi kepala secara abdomen oleh asisten, gunakan forsep dan keluarkan

c. Bedah caesar:

Hal ini ditunjukkan dalam:

- 1) Kegagalan metode-metode di atas
 - a) Indikasi lain untuk operasi caesar sebagai
 - b) Panggul yang berkontraksi
 - c) Plasenta praevia
 - d) Tali pusat yang berdenyut prolaps sebelum dilatasi serviks penuh, dan
 - e) Primigravida lanjut usia
- 2) Kraniotomi: jika janin sudah mati.
(Labour and Delivery Care Module, 2023).



Gambar 5.15 Oksipito Posterior, Rotasi Panjang (A-D); Rotasi Pendek (E-H)

4. Komplikasi

a. Persalinan macet

Hal ini dapat terjadi ketika kepala mengalami defleksi atau ekstensi sebagian dan mengalami benturan di panggul.

b. Trauma ibu

Persalinan dengan forcep dapat menyebabkan memar pada perineum dan trauma. Kelahiran bayi dengan posisi oksipito oposterior yang terus-menerus, terutama jika sebelumnya tidak terdiagnosis, dapat menyebabkan robekan tingkat tiga.

c. Trauma neonatal

Trauma neonatal yang terjadi setelah lahir dengan posisi oksiput-posterior berhubungan dengan kelahiran menggunakan forceps atau ventilator. Hasil akhir pada bayi yang lahir dengan posisi oksiput-posterior sebanding dengan hasil yang diharapkan pada bayi yang lahir dengan posisi oksiput-anterior.

d. Prolaps tali pusat

Posisi kepala yang tinggi mempunyai risiko ketuban pecah dini, yang dikombinasikan dengan presentasi yang tidak tepat dapat menyebabkan prolaps tali pusat.

e. Perdarahan otak

Pembentukan tengkorak janin ke atas yang tidak baik, ditemukan pada posisi oksipito oposterior, dapat menyebabkan perdarahan intrakranial, sebagai akibat dari falx cerebri yang ditarik dari tentorium cerebelli (Williams Obstetrics, Twenty-Sixth Edition, 2022).

B. Distosia Karena Kelainan His: Inersia Uteri Hipotonik, Inersia Uteri Hipertonik, His yang Tidak Terkoordinasi

Kelainan rahim yang tidak mampu membuka serviks atau mendorong janin keluar disebut inersia uteri. Kelainan, faktor emosi dan kekuatan, persalinan yang salah arah, lokasi perkembangan janin (CPD) yang tidak normal, gangguan

pembentukan rahim selama periode embrio, Penggunaan oksitosin dan obat penenang yang tidak tepat, pembesaran rahim yang berlebihan pada kehamilan ganda atau polihidramnion, dan kehamilan pasca persalinan adalah beberapa penyebab inersia uteri. Persalinan yang panjang, kelelahan, kekurangan air, dan infeksi intrapartum adalah akibat dari inersia uteri (Mujur, 2023).

Menurut data yang dikumpulkan oleh Peneliti Mujur dari rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari pada tahun 2023, ibu bersalin yang mengalami inersia uteri mengalami 23 kasus (2,81%) dari 816 ibu bersalin pada tahun 2017, 14 kasus (1,49%) dari 939 ibu bersalin pada tahun 2018, 28 kasus (2,23%) dari 1251 ibu bersalin pada tahun 2019, 28 kasus (2,23%) dari 1251 ibu bersalin pada tahun 2020, dan 37 kasus (2,23%) pada tahun 2021 (Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari, 2017-2021).

Inersia Uteri Hipotonik

Sebagian besar kelainan persalinan sering terjadi pada wanita nulipara (25%) dibandingkan dengan kelompok multipara (10%), termasuk yang disebabkan oleh tindakan uterus hipokontraksi. Kejadian kelainan persalinan juga tercatat lebih tinggi pada wanita nulipara lanjut usia.

Inersia uteri merupakan indikasi umum untuk operasi sesar primer. Banyak persalinan sesar ditemukan sebagai akibat dari kemajuan persalinan yang macet. Penelitian telah menemukan penyebab paling umum dari kelainan kemajuan persalinan adalah kontraksi uterus hipotonik. Pada tahun 2017, Amerika Serikat dan Inggris memiliki angka operasi sesar masing-masing sebesar 37% dan 27,3%. Tren peningkatan persalinan sesar ini, terutama di negara maju, telah menarik perhatian pada kebutuhan untuk menilai indikasi operasi sesar primer (Dike, 2022).

Persalinan dengan uterus hipotonik adalah pola persalinan yang tidak normal, terutama selama fase aktif persalinan, yang ditandai dengan kontraksi uterus yang buruk dan tidak memadai yang tidak efektif untuk menyebabkan pelebaran serviks, pelepasan, dan penurunan janin, yang menyebabkan persalinan yang lama atau berlarut-larut.

Persalinan normal dibagi menjadi tiga tahap, dengan tahap pertama biasanya digambarkan dalam dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Pada fase aktif, kontraksi uterus diharapkan terjadi dalam interval yang sering, meningkatkan intensitas dan durasi setiap kontraksi. Hal ini terjadi pada persalinan hipotonik. Empat faktor mempengaruhi perkembangan normal persalinan, dilambangkan sebagai -4P, power (kontraksi uterus), passage (panggul ibu), passenger (janin), dan presentasi janin.

Persalinan dengan uterus hipotonik pada dasarnya adalah disfungsi kekuatan. Daya dorong yang tidak memadai untuk menyebabkan turunnya janin, dilatasi serviks, dan akhirnya pengeluaran janin dan plasenta. (Dike, 2022).

1. Etiologi

Tidak diketahui, tetapi faktor-faktor berikut ini dapat memberikan penjelasan:

a. Faktor umum:

- 1) Primigravida terutama yang berusia lanjut.
- 2) Anemia dan asthenia.
- 3) Gugup dan emosional seperti kecemasan dan ketakutan.
- 4) Hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin seperti pada persalinan yang diinduksi.
- 5) Penggunaan analgesik yang tidak tepat.

b. Faktor lokal:

- 1) Rahim yang terlalu kencang kontraksi.
 - 2) Kelainan perkembangan rahim, misalnya hipoplasia.
 - 3) Mioma rahim yang mengganggu kontraksi secara mekanis.
 - 4) Malpresentasi, malposisi, dan disproporsi sefalopelvik. Bagian yang lahir tidak pas di segmen rahim bagian bawah yang menyebabkan tidak adanya kontraksi rahim refleks.
 - 5) Kandung kemih dan rektum penuh.
- (El-Mowafi, 2023)

2. Penanganan/penatalaksanaan

Penting untuk menilai ibu dan janin untuk menyingkirkan penyebab lain dari perkembangan persalinan abnormal, seperti disproporsi sefalopelvik (CPD) dan malposisi janin. Penatalaksanaan dapat didiskusikan sebagai tindakan suportif dan tindakan aktif.

a. Tindakan Supportif

- 1) Kaji kondisi Ibu untuk menjaga agar ibu tetap tenang. Stres pada ibu akan meningkatkan adrenalin endogen, yang dapat menghambat kontraksi rahim.
- 2) Support ambulasi dan hindari posisi terlentang. Meskipun hal ini tidak terbukti meningkatkan kontraksi atau persalinan lama karena hiperkontraktilitas, namun dapat meningkatkan kenyamanan ibu bersalin.
- 3) Kosongkan kandung kemih, pertimbangkan untuk melakukan kateterisasi.
- 4) Pertahankan hidrasi yang memadai.
- 5) Pereda nyeri yang memadai.

b. Tindakan Aktif

Manajemen medis: Ini adalah intervensi yang meningkatkan kualitas kontraksi rahim.

1) Amniotomi

Pecahnya selaput ketuban (amniotomi) merangsang kontraksi melalui pelepasan prostaglandin dan rangsangan refleks pada rahim ketika bagian presentasi menempel pada segmen rahim bagian bawah. Amniotomi harus diupayakan ketika persalinan pervaginam memungkinkan; di mana dilatasi serviks > 4 cm, ada penurunan janin yang memadai (stasiun -2 atau lebih rendah), dan bagian presentasi melekat dengan baik pada segmen uterus bawah.

2) Oksitosin

Asalkan tidak ada kontraindikasi. Oksitosin adalah obat pilihan untuk meningkatkan kontraksi. Regimen dosis harus dititrasi untuk mencapai kontraksi rahim yang memadai. Namun, dosis umumnya tidak melebihi 30 milliunit/menit. Protokol yang biasa digunakan adalah 5 unit oksitosin dalam 500 ml infus intravena Dekstrosa 5%, dimulai dengan 10 tetes/menit dan secara bertahap melakukan titrasi untuk mencapai tingkat kontraksi minimal 3 per menit.

3) Kombinasi amniotomi dan penambahan oksitosin efektif dalam penanganan persalinan hiperkontraksi dibandingkan amniotomi saja jika dilakukan di awal fase aktif.

4) Tindakan pembedahan:

a) Persalinan pervaginam dengan bantuan dapat dilakukan dengan menggunakan forsep, vakum, atau ekstraksi breaktasi asalkan serviks telah melebar sepenuhnya, dan persalinan pervaginam diindikasikan dan memungkinkan.

b) Persalinan operatif melalui bedah sesar harus dipertimbangkan sejak dini ketika penilaian mengindikasikan adanya CPD atau malposisi/malpresentasi janin. Namun, jika tidak ada indikasi awal, operasi caesar dilakukan jika semua tindakan lain gagal merangsang kontraksi uterus; ketika

oksitosin dikontraindikasikan (termasuk disproporsi sefalopelvis), jika terjadi kelelahan pada ibu, gawat janin (pelacakan jantung janin kategori III), atau sebelum pembukaan serviks penuh. (Dike, 2022).

3. Komplikasi

Komplikasi persalinan dengan uterus hipotonik dapat terjadi pada ibu, janin, atau keduanya.

- a. Macet persalinan
 - b. Kecemasan dan kelelahan ibu
 - c. Perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri
 - d. Plasenta yang tertahan karena retraksi miometrium yang tidak efektif
 - e. Peningkatan risiko persalinan lama dan kemungkinan cedera pada ibu dan bayi
 - f. Risiko operasi caesar dengan komplikasi bedah dan anestesi yang menyertainya
 - g. Gawat janin dan asfiksia kelahiran
- (Dike, 2022).

Inersia Uteri Hipertonik

1. Jenis

- a. Uterus kolik: ketidakkoordinasian berbagai bagian rahim dalam kontraksi.
- b. Segmen bawah rahim yang hiperaktif: sehingga dominasi segmen atas hilang.

2. Gambaran Klinis

Kondisi ini lebih sering terjadi pada primigravida dan ditandai dengan:

- a. Persalinan berlangsung lama.
- b. Kontraksi uterus tidak teratur dan lebih menyakitkan. Nyeri dirasakan sebelum dan selama kontraksi dengan nyeri punggung bawah yang ditandai dengan seringnya pada posisi oksipito-posterior.

- c. Tekanan intrauterin istirahat yang tinggi di antara kontraksi uterus yang terdeteksi oleh tokografi (nilai normal 5-10 mmHg).
 - d. Dilatasi serviks yang lambat.
 - e. Ketuban pecah dini.
 - f. Gawat janin dan ibu.
3. Manajemen
- a. Tindakan umum: sama seperti inersia hipotonik.
 - b. Tindakan medis:
 - 1) Analgesik dan antispasmodik seperti petidin.
 - 2) Analgesia epidural mungkin bermanfaat.
 - 3) Operasi caesar diindikasikan pada:
 - a) Kegagalan metode sebelumnya.
 - b) Disproporsi.
 - c) Gawat janin sebelum dilatasi serviks penuh.
- (El-Mowafi, 2023)

His yang Tidak Terkoordinasi

Tonus otot rahim juga meningkat, bahkan di luar rahim, dan kontraksi tidak terjadi seperti biasanya karena tidak ada sinkronisasi antar kontraksi organ rahim. Ini dikenal sebagai his yang tidak terkoordinasi atau *Incoordinate Uterine Action* (Prawirohardjo, 2020).

1. Etiologi
- a. Primigravida, terutama primigravida tua
 - b. Multipara
 - c. Faktor herediter
 - d. Peregangan uterus yang berlebihan pada kehamilan ganda
 - e. Faktor emosi
 - f. Disproporsi sefalopelvik
 - g. Gangguan dalam pembentukan uterus pada masa embrional, misal uterus bikornis unikolis
 - h. Tidak diketahui
- (Prawirohardjo, 2020).

2. Penanganan

- a. Pengawasan kondisi Ibu.
- b. TD diukur tiap 4 jam, DJJ dicatat tiap setengah jam dalam kala I dan lebih sering dalam kala II.
- c. Kaji adanya asidosis dan dehidrasi.
- d. Pemeriksaan dalam perlu dilakukan namun perhatikan bahaya infeksi.
- e. Bila persalinan berlangsung selama 24 jam tanpa kemajuan, perlu dilakukan penilaian dengan seksama.
- f. Apabila ketuban sudah pecah, maka keputusan untuk menyelesaikan persalinan tidak boleh ditunda, bila ketuban pecah sudah 24 jam maka dapat diambil keputusan untuk dilakukan sectio caesarea.

(Prawirohardjo, 2020).

C. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan: Vulva, Vagina, Uterus

Edema, stenosis, dan tumor adalah kelainan yang dapat menyebabkan distosia ini. Edema pada vulva dapat muncul selama kehamilan, biasanya sebagai gejala preeklampsia, tetapi dapat terjadi karena alasan lain, seperti gangguan gizi. Pada persalinan lama yang dibiarkan meneren terus, dapat terjadi edema pada vulva, tetapi kondisi ini umumnya jarang terjadi dan dapat mempersulit kelahiran pervaginam.

Perluasan dan radang vulva menyebabkan stenosis, yang menyebabkan ulkus dan sembuh dengan parut-parut yang sulit, tetapi biasanya dapat diatasi dengan membuat episiotomi yang luas. Kelainan kongenital vulva dapat menutup sebagian hingga orifisium uretra eksternum tersisa. Membuat sayatan median secukupnya untuk melahirkan kepala adalah pengobatannya.

Vulva jarang memiliki tumor dalam bentuk neoplasma; kondiloma akuminata, kista, atau abses glandula bartholin lebih sering terjadi. Infeksi puerperalis dapat terjadi jika abses pecah selama persalinan (Prawirohardjo, 2020).

Distosia Kelainan Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah :

1. Kelainan Vagina (Aplasia vagina)

a. Pengertian

Aplasia vagina menyebabkan cekungan di introitus vagina yang agak dangkal atau yang agak dalam.

b. Penyebab

Kelainan congenital, atau pertumbuhan atau pembentukan organ janin yang belum lengkap selama kehamilan.

c. Penatalaksanaan

Pembuatan vagina baru adalah bagian dari terapi, dan beberapa teknik telah dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan ini. Operasi ini sebaiknya dilakukan pada saat wanita bersangkutan akan menikah, sehingga vagina dapat digunakan dan mencegah vagina buatan menyempit.



Gambar 5.16 Aplasia Vagina

2. Stenosis Vagina Kongenital

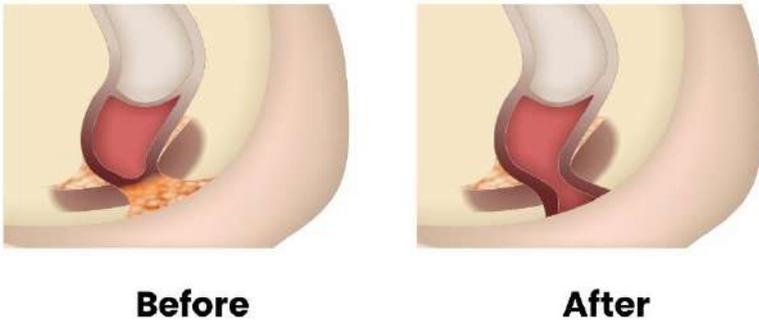
a. Pengertian

Septum vagina biasanya memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada sisi kanan atau kiri.

Karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar untuk koitus dan lahirnya janin, septum lengkap biasanya tidak menyebabkan distosia dan harus dipotong sebelum kepala janin turun selama persalinan.

b. Penyebab

Perlukaan dan radang parut dapat menyebabkan stenosis. Sectio caesarea harus dipertimbangkan jika stenosis vagina tetap kaku selama kehamilan dan menghalangi lahirnya janin.



Gambar 5.17 Stenosis Vaginal Kongenital

3. Tumor Vagina

Adanya tumor di dalam vagina dapat menghalangi persalinan per vaginam, dan tergantung pada jenis dan besarnya tumor, perlu dipertimbangkan apakah persalinan per vaginam atau seksio sesar diperlukan.

4. Kista Vagina

a. Penyebab

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, yang terletak secara lateral di bagian proximal vagina, di tengah, di bawah orifisium urethra eksterna. Mereka dapat menjadi sangat kecil atau sangat besar, yang dapat mengganggu pertumbuhan dan menyulitkan persalinan.

b. Penatalaksanaan

- 1) Kehamilan muda : diekstirpasi setelah kehamilan 3-4 bulan.
- 2) Dalam persalinan : Jika kecil, itu tidak menghentikan turunnya kepala atau mengganggu persalinan. Jika besar, itu memerlukan aspirasi cairan tumor.

Distosia Kelainan Uterus

1. Retroflexio Uteri

a. Pengertian

Uterus hamil semakin besar dan semakin tertutup dalam rongga panggul, tidak dapat keluar. Karena uterus dapat bergerak selama kehamilan dan keluar dari ruang pelvis minor, kehamilan dengan retrofleksi uteri jarang terjadi. Kehamilan dalam retroflexio jarang mencapai umur yang tepat.

b. Penyebab

Uterus terkurung, mungkin retrofleksi, atau mungkin tertahan karena perlekatan-perlekatan atau alasan lain yang tidak diketahui. Terdapat kemungkinan dari nasib kehamilannya :

- 1) Koreksi spontan terjadi ketika tubuh dan fundus masuk ke dalam rongga perut pada usia tiga bulan.
- 2) Abortus adalah ketika sirkulasi terganggu, hasil konsepsi berhenti berkembang dan keluar.
- 3) Retrofleksi uteri gravidasi partialis adalah koreksi tidak sempurna di mana bagian yang melekat tetap tertinggal sedangkan bagian uterus yang hamil naik ke dalam rongga perut. Kehamilan selanjutnya dapat menyebabkan abortus, partus prematur, kesalahan letak, dan bersalin normal.

c. Diagnosa

Diagnosa *Subjectif*

Sulit untuk buang air besar, sakit saat defekasi, dan penuh di dalam rongga panggul. Keluhan muncul

di Inggris Raya di atas 16 minggu, saat uterus memenuhi rongga panggul.

d. Penatalaksanaan

- 1) Salah satu penanganan yang masih disarankan adalah tidur dengan kedudukan dada-kaki beberapa kali. Ini memungkinkan retrofleksi uteri gravidasi keluar dari ruang pelvis minor. Selain itu, uterus gravidus dapat dilepaskan dari ruang pelvis minor dengan tidur dengan kedudukan dada-kaki.
- 2) Bila tidak terjadi perlekatan dapat dilakukan :
 - a) Reposisi digital bila diperlukan pada penggunaan obat-obatan narkotika.
 - b) Koreksi dengan posisi kepala-dada dengan frekuensi 3 x 15 per hari atau koreksi langsung melalui vagina dengan 2 jari mendorong korpus uteri ke atas keluar dari rongga panggul.
 - c) Pemosisian dan istirahat Trendelenburg.
 - d) Operasi reposisi.

2. Prolapsus Uteri

a. Pengertian

Prolapsus uteri atau turunnya uterus dapat dibagi menjadi 3 tingkat :

- 1) Tingkat I : Uterus turun dengan serviks uteri sampai introitus vagina.
- 2) Tingkat II : Sebagian uterus keluar dari vagina.
- 3) Tingkat III : Uterus keluar seluruhnya dari vagina dengan inversion vaginae.

Setelah bulan ke IV, uterus biasanya naik dan keluar dari rongga panggul kecil, yang menyebabkan prolapsus uteri yang inkomplit berkurang. Namun, kadang-kadang

portio ini menjadi oedemateus. Kadang-kadang, sistokel dan rektokel disertakan.

b. Penyebab

- 1) Hal ini disebabkan oleh kelemahan ligament endopelvik, terutama ligamentum transversal. Ini dapat diamati pada nullipara, di mana terjadi elangosiopoli bersamaan dengan prolapsus uteri tanpa sistokel tetapi ada enterokele. Pada kondisi ini, fasia pelvis mengalami penurunan pertumbuhan dan kerenggangan.
- 2) Melahirkan dan menopause adalah penyebab lain yang sering terjadi.
- 3) Persalinan lama dan sulit:
 - a) Mengejan sebelum pembukaan sempurna
 - b) Robeknya dinding vagina bagian bawah pada stadium 2
 - c) Penatalaksanaan pengeluaran plasenta
 - d) Pemulihan otot dasar panggul yang buruk
- 4) Pada menopause
Karena estrogen berkurang, otot dasar panggul melemah.

c. Diagnosa

Diagnosa Subjektif

- 1) Pasien biasanya merasa ada benda yang mengganjal atau menonjol di genetalia eksterna, serta rasa sakit di punggung dan pinggang. Jika penderita berbaring, keluhan mereka biasanya berkurang.
- 2) Sistokel dapat menyebabkan gejala-gejala:
 - a) Kencingnya sering dan sedikit-sedikit pada siang hari, tetapi menjadi lebih berat pada malam hari.
 - b) Seperti kandung kencing yang tidak dapat dikosongkan sepenuhnya.

- c) Stress incontinence yaitu Stress incontinence, yaitu ketidakmampuan untuk menahan kencing saat batuk atau mengejan.
- 3) Rektokel dapat menjadi gangguan pada defekasi:
 - a) Obstipasi karena feces terkumpul di rongga rektokel.
 - b) Defeksi hanya dapat terjadi setelah vagina menekan rektokel.
- 4) Prolapsus uteri dapat menyebabkan gejala sebagai berikut :
 - a) Penderita mengalami kesulitan saat berjalan dan bekerja karena keluarnya serviks uteri dari vulva. Jika celana menekan porsio uteri, hal itu dapat menyebabkan luka dan dekubitus pada porsio uteri.
 - b) Leukorrhea karena mengganggu pembuluh darah di area serviks karena luka dan infeksi.
- 5) Enterokel dapat menyebabkan rasa penuh di vagina dan rasa berat di rongga panggul.

Diagnosa Objectif

- 6) Penderita yang diposisikan jongkok diminta untuk mengejan sebelum diagnosis dilakukan dengan jari. Apakah serviks uteri telah keluar dari vagina atau apakah porsio uteri berada pada posisi normal atau sampai introitus vagina? Penderita diminta berbaring dalam posisi litotomi untuk menentukan panjang servik uteri. Elongasio kolli adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan serviks uteri yang lebih panjang dari yang biasa.
- 7) Di dinding vagina depan sistokel ditemukan benjolan kistik yang tidak nyeri dan lembek. Jika penderita mengejan, benjolan ini akan semakin parah. Kateter logam dapat dirasakan dekat dengan dinding vagina saat dimasukkan ke

dalam kandung kencing dan diarahkan ke sistokel.

- 8) Diagnosis rektokel sederhana adalah menonjolnya rectum ke dalam lumen vagina sepertiga bagian bawah. Penonjolan ini kistik, berbentuk lonjong, dan memanjang dari proksimal ke distal. Untuk menjamin diagnosis, jari dimasukkan ke dalam rectum dan diraba dinding rektokel, yang menonjol ke dalam vagina.
- d. Penatalaksanaan beberapa faktor, seperti umur penderita, keinginan untuk memiliki anak atau mempertahankan uterus, tingkat prolapsus, dan keluhan, menentukan indikasi operasi prolapsus uteri.



Gambar 5.18 Prolaps Uteri

3. Kelainan Bawaan Uterus

a. Pengertian

Kedua duktus muller secara embriologis membentuk uterus, vagina, dan servik, tetapi saat mudigah berkembang, mereka menyatu.

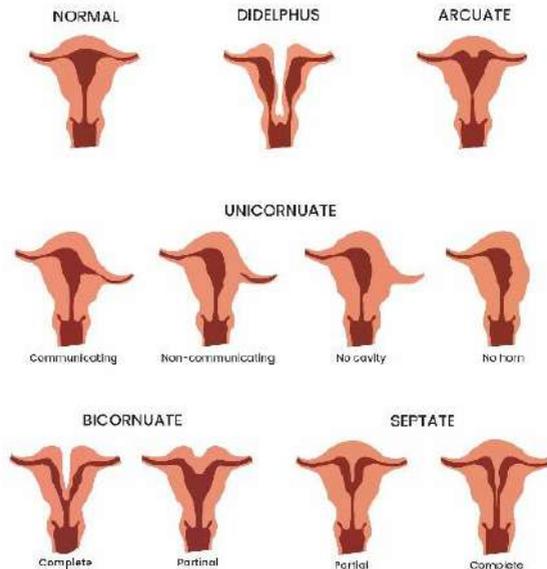
b. Penyebab

Gangguan dalam penyatuan, perkembangan kedua saluran muller, dan kanalisasi dapat menyebabkan kelainan bawaan. Apabila kedua saluran muller berkembang sendiri-sendiri tanpa menyatu, terbentuk dua saluran telur, dua serviks, dan dua vagina. Ini disebut

uterus didelphis, atau uterus duplek. Subseptus uterus terdiri dari vagina, serviks, satu korpus uteri dengan septum yang tidak lengkap, dan cavum uteri kanan dan kiri yang terpisah secara tidak lengkap. Salah satu cekungan uteri arkuatus adalah di fundus uteri. Kelainan ini sangat ringan dan umum. Salah satu sisi rahim birkornis. Satu uterus dan handuk lain membentuk radi mentarius. Uterus unikornis terdiri dari satu uterus dan satu serviks yang berkembang dari saluran kanan dan kiri. Kelainan ini dapat menyebabkan kehamilan ektopik, abortus, atau kelainan letak janin.

c. Penatalaksanaan
Tindakan operatif.

CONGENITAL ANOMALIES OF THE FEMALE GENITAL TRACT



Gambar 5.19 Kelainan Bawaan Uterus

4. Distosia Kelainan Serviks

Kelainan yang signifikan dalam persalinan adalah:

Distosia Servikalis

a. Penyebab

Karena tindakan serviks uteri yang tidak berfungsi atau karena parut di serviks uteri. Meskipun serviks uteri menipis pada kali I, pembukaan tidak terjadi, sehingga janin terletak di bawah kertas.

b. Diagnosis

Diagnosa Objektif

Dibuat dengan menemukan lubang kecil, ostium uteri eksternum, di tengah lapisan tipis. Ini disebut konglutinasi orifisii eksterni ketika ujung dimasukkan ke orifisium. Pada primi tua, ini biasanya serviks kaku karena infeksi atau operasi.

c. Penatalaksanaan

Tindakan operatif

Distosia Kelainan Vulva

Edema vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, jerawat, fistula, dan vulvovaginitis diabetik merupakan tumor yang dapat menyebabkan distosia.

1. Oedema Vulva.

a. Pengertian

Edema vulva (edema) adalah peningkatan volume cairan ekstraseluler dan ekstravaskuler (cairan interstisial) disertai akumulasi cairan abnormal pada jaringan dan kompartemen serosa (jaringan ikat longgar dan rongga tubuh) pada vulva.

b. Penyebab

Selama kehamilan, edema dapat terjadi, biasanya merupakan gejala sebelum eklamsi, tetapi dapat terjadi karena alasan lain, seperti gangguan gizi, malnutrisi, atau persalinan yang terlalu lama. Wanita yang mengalami edema juga dapat mengejan terlalu lama (terus menerus), sedangkan kepala belum cukup turun. Ini menghambat

perkembangan persalinan dan mempersulit pemeriksaan dalam, yang dapat menyebabkan kerusakan yang signifikan pada jalan lahir.

c. Diagnosa

Diagnosa Subjektif

Ibu mengatakan bahwa ada pembengkakan pada vulvanya, yang menyebabkan ketidaknyamanan dan tidak hilang setelah beristirahat. Pembengkakan juga disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti sakit kepala yang parah dan pandangan mata kabur.

Diagnosa Objektif

Adanya pembengkakan di vulva dapat menjadi bukti diagnosis.

d. Penatalaksanaan

- 1) Istirahat cukup
- 2) Mengubah diet Anda, meningkatkan konsumsi protein dan mengurangi karbohidrat dan lemak.
- 3) Jika keadaan memburuk, dokter mungkin mempertimbangkan untuk melahirkan segera untuk keselamatan ibu dan bayi.



Gambar 5.20 Oedem pada Vulva

2. Kelainan Bawaan (Stenosis Vulva)

a. Pengertian

Kelainan kongenital vulva yang menutup sepenuhnya disebut stenosis vulva. Ini juga dapat terjadi hanya orifisium uretra eksternum yang terlihat atau

penyempitan vulva atau vagina. Hal ini juga dapat terjadi karena perleknetan dan parut yang terjadi karena peradangan atau perlukaan selama persalinan sebelumnya.

b. Penyebab

Biasanya terjadi karena perlukaan dan radang, yang menghasilkan ulkus yang sembuh dengan parut yang dapat menimbulkan masalah.

c. Diagnosa

Diagnosa Subjectif

Nyeri pada daerah vulva.

Diagnosa Objectif

Inspeksi: Apakah vulva tertutup atau hanya orifisium eksternum uretra yang terlihat?

d. Penatalaksanaan

Melahirkan kepala dengan sayatan median secukupnya juga dapat dilakukan, meskipun biasanya dapat diatasi dengan melakukan episiotomi yang cukup luas. Selain itu, persalinan dengan operasi biasanya merupakan pilihan utama.



Gambar 5.21 Stenosis pada Vulva

3. Varises

a. Pengertian

Vulva varises adalah pelebaran pembuluh darah vena yang tidak terlihat yang dapat menyebabkan perdarahan selama kehamilan dan persalinan. Kejadian varises

meningkat selama kehamilan dan segera menghilang atau berkurang setelah persalinan.

b. Penyebab

- 1) Ini karena hormone estrogen melemahkan reaksi sistem vena pembuluh darah dan otot lainnya. Salah satu penyebab utama varises adalah lemah atau rusaknya katup pembuluh vena. Katup membiarkan darah terus mengalir ke arah jantung dan mencegah darah turun atau bergerak mundur. Jika katup rusak atau lemah, darah akan bergerak mundur, menyebabkan gumpalan yang mengganggu aliran darah.

- 2) Karena faktor heriditer

c. Bahaya dalam kehamilan dan persalinan adalah : Pecah dapat menyebabkan perdarahan kecil atau besar, dan emboli udara dapat fatal.

d. Diagnosa

Diagnosa Subjectif

Wanita hamil sering mengalami wasir, pembuluh darah yang melebar di tungkai, vagina, dan vulva.

Diagnosa Objectif

Inspeksi: Pembuluh darah vena akan menonjol di permukaan kulit yang berwarna ungu atau biru gelap, biasanya menyerupai tali sepatu. Jika varises sudah lama, pembuluh darah vena akan menyerupai jaring laba-laba biru.



Gambar 5.22 Varises pada Vulva

e. Penatalaksanaan

- 1) Kurangi garam dan makanan tinggi kolesterol.
- 2) Perbanyak sayur dan buah kaya serat serta makanan yang melancarkan peredaran darah seperti jahe, cabai, bawang merah, bawang putih dan bawang bombay. Selain itu, makanan tinggi vitamin B kompleks, vitamin C, vitamin E, vitamin B6, magnesium, folat, kalsium dan seng termasuk gandum dan kedelai.
- 3) Perbanyak konsumsi sayuran hijau, apel, wortel dan jeruk serta makanan dan minuman kaya antioksidan lainnya. Karena susu kedelai tinggi flavonoid, mengandung antioksidan, vitamin B kompleks, vitamin C, vitamin E, vitamin B6, magnesium, folat, kalsium dan zinc, sangat membantu mencegah dan memulihkan pembuluh darah.
- 4) Jangan berdiri atau duduk terlalu lama. Jika pekerjaan Anda mengharuskan Anda berdiri terlalu lama, usahakan untuk tidak berdiri terlalu lama.
- 5) Saat tidur, letakkan kaki anda lebih tinggi dari pinggul atau jantung. Ini akan membantu aliran darah vena kembali ke jantung lebih mudah.
- 6) Jangan memakai ikat pinggang yang terlalu ketat (ketat). • Jalan-jalan dan senam hamil untuk memperlancar peredaran darah.
- 7) Anda dapat mendapatkan obat-obatan seperti Venosan, Glyvenol, Venoruton, dan Varemoid.
- 8) Persalinan dengan seksio sesarea dapat direkomendasikan untuk kasus dengan varises vulva atau vagina yang besar setelah beberapa pertimbangan.
- 9) Selain itu, pengobatan dapat digunakan untuk wanita hamil yang mengalami keluhan wasir untuk sementara waktu sampai persalinan

berakhir. Setelah persalinan berakhir, keluhan wasir akan hilang dan tidak lagi memerlukan pengobatan.

4. Hematoma

a. Pengertian

Pecahnya pembuluh darah vena menyebabkan pendarahan, yang bisa terjadi selama kehamilan atau lebih sering saat melahirkan. Ada kemungkinan adanya massa besar pada vulva dan vagina dengan gumpalan darah atau pendarahan.

b. Penyebab

- 1) Kebocoran pembuluh darah yang nekrosis akibat tekanan yang lama menyebabkan hematoma vulva.
- 2) Kumpulan darah di luar pembuluh darah terjadi ketika dinding arteri, vena, kapiler, atau pembuluh darah rusak, sehingga darah bocor ke jaringan yang tidak dimaksudkan.
- 3) Hematoma terbentuk di jaringan ikat di sekitar vulva atau ligamentum latum karena pembuluh darah yang pecah.
- 4) Hematoma vulva dapat juga disebabkan oleh trauma (di luar persalinan), seperti jatuh terduduk pada tempat yang keras atau koitus kasar.

c. Diagnosa

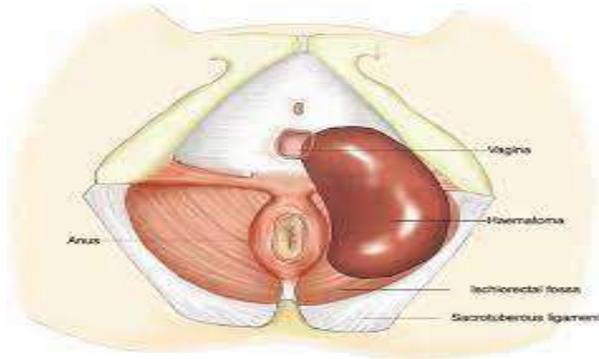
Diagnosa Subyektif

Karena nyeri perineum yang hebat dan pertumbuhan infeksi yang menyeluruh dalam berbagai ukuran, hematoma vulva mudah di diagnosis. Selain itu, ada keputihan yang berkepanjangan dan pendarahan rahim yang tidak teratur atau berlebihan akibat jaringan yang

menutupi bekuan darah. Gumpalan darah tersebut dapat terlepas karena adanya tekanan, sehingga menyebabkan pendarahan hebat.

Diagnosa Obyektif

- 1) Inspeksi: kehamilan membuat uterus terasa lebih besar.
- 2) Palpasi: kehamilan membuat uterus lebih lunak daripada biasanya.



Gambar 5.23 Hematoma Vulva

d. Penatalaksanaan

- 1) Hematoma besar memerlukan eksisi untuk mengeluarkan bekuan darah dan mengikat pembuluh darah yang pecah.
- 2) Hematoma kecil resorpsi sendiri.
- 3) Pada saat ini, hematoma yang terjadi selama pertolongan persalinan sudah jarang terjadi, terutama dengan kehamilan grandemultipara yang sangat sedikit. Bidan yang mengalami hematoma saat melakukan persalinan harus dikirim ke tempat yang dapat memberikan perawatan yang cukup.

5. Peradangan

a. Pengertian

Vulvitis adalah istilah untuk peradangan pada vulva.

b. Penyebab

- 1) Peradangan di vulva sering terjadi bersamaan dengan peradangan vagina.
- 2) Ini dapat berasal dari infeksi tertentu, seperti sifilis, gonorrhoea, atau trikomoniasis, atau dari infeksi non-spesifik, seperti eksema, pruritus vulvae, skabies, pediculus pubis, dan bartholinitis.

c. Diagnosa

Diagnosa Subjektif

- 1) Mengeluh adanya keputihan (four albus)
- 2) Demam
- 3) Pada sifilis stadium II di jumpai kondiloma lata

Diagnosa Objektif

Infeksi: vulva mengalami keputihan dan infeksi

d. Penatalaksanaan

- 1) Peradangan harus diobati selama kehamilan. Sangat penting untuk mempertimbangkan apakah obat yang diberikan dapat membahayakan anak, terutama selama proses pertumbuhan organogenesis.
- 2) Untuk membantu persalinan yang mengalami peradangan, penderita harus dikirim ke tempat yang dapat memberikan perawatan yang memadai.

6. Kondiloma Akuminata

Kutil kelamin, kutil dubur, dan kutil anogenital adalah istilah lain untuk penyakit menular seksual (PMS) yang ditandai dengan munculnya papula berdaging dan berwarna seperti kulit di daerah anorektal. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi beberapa jenis human papillomavirus (HPV) (Ditescu et al., 2021). Hepatitis virus (HPV) adalah infeksi menular seksual yang paling umum di seluruh dunia,

mempengaruhi 9 hingga 13 persen orang di seluruh dunia. Orang yang paling sering terkena dampak adalah mereka yang berusia antara 20 dan 39 tahun. Beberapa faktor risiko yang diketahui untuk tertular HPV termasuk merokok, riwayat infeksi klamidia dan gonore, meningkatnya jumlah pasangan seksual, dan infeksi HIV. Karena kutil anogenital bukan penyakit yang dapat dilaporkan, sulit untuk memperkirakan jumlah kasus kondiloma akuminata. Tetapi perkiraan terbaru melaporkan 1,1–1,2 kasus kutil anogenital per 1.000 orang di Amerika Serikat setiap tahun. (Pennycook, 2023).

Pada wanita hamil, kondiloma akuminata di daerah serviks dapat tumbuh dengan cepat, menyerupai kanker serviks (Chang, *et al.*, 2022). Prevalensi infeksi HPV yang teridentifikasi di Eropa pada wanita hamil dari populasi umum diperkirakan sebesar 14%, dengan puncaknya pada kelompok usia yang diwakili oleh remaja dan wanita berusia awal 20-an, yang mempengaruhi wanita selama masa kehamilan mereka (Stanescu, *et al.*, 2020). Infeksi HPV pada kondiloma akuminata adalah sekitar 1% pada orang dewasa yang aktif secara seksual. Sekitar 15% kasus memiliki infeksi subklinis atau laten, dan setidaknya 80% kasus telah terinfeksi dengan satu atau lebih jenis HPV genital. Kelompok dewasa berusia 18 hingga 28 tahun memiliki tingkat kejadian yang paling tinggi (Oktafiyanti, 2021). Kondiloma akuminata sangat infeksiif, dengan permukaan mukosa yang lebih tipis lebih rentan terhadap virus daripada kulit dengan keratin. Karena perubahan imunitas dan peningkatan suplai darah selama kehamilan, kondiloma akuminata dapat berkembang biak dengan cepat. Kelainan ini dapat menjadi klinis atau subklinis. Karena ibu harus melahirkan melalui operasi caesar, dan bayi berisiko terkena kontaminasi HPV jika melahirkan secara spontan, bentuk klinis menyebabkan lebih banyak gangguan emosional dan fisik kepada pasien (Oktafiyanti, 2021).



Gambar 5.24 Condiloma akuminata
(Lilungulu, et al., 2017)

a. Etiologi

Infeksi papillomavirus (HPV) dapat menyebabkan kondiloma akuminata. Lebih dari 100 jenis HPV telah diidentifikasi, dan 40 jenis hanya mempengaruhi area anogenital. Kondiloma akuminata paling umum disebabkan oleh HPV tipe 6 dan 11. Kutil plantar, yang terjadi di kaki dan tangan, adalah hasil dari strain HPV lainnya. Beberapa jenis HPV juga menyebabkan displasia seluler yang mengarah pada kanker, seperti kanker serviks pada wanita. Subtipe HPV tipe 16 dan 18 adalah yang paling berisiko untuk mengembangkan kanker. Peran mereka dalam perkembangan karsinoma serviks, anogenital, dan oral telah dibuktikan dengan kuat oleh penelitian (Pennycook, 2023).

b. Penatalaksanaan

Terdapat beberapa pilihan pengobatan untuk pasien yang didiagnosis dengan kondiloma akuminata. Pengobatan dapat ditunda pada anak-anak, remaja, dan orang dewasa muda yang sehat, karena lesi sering sembuh secara spontan dalam waktu berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Pengobatan harus dilakukan pada lesi yang bertahan selama lebih dari dua tahun jika lesi bergejala atau untuk tujuan kosmetik. Terapi topikal,

krioterapi, dan eksisi bedah adalah pilihan pengobatan yang tersedia untuk pasien. Algoritma pengobatan formal tidak ada, dan pengobatan tergantung pada lokasi lesi, morfologi, dan preferensi pasien (Pennycook, 2023).

Larutan podofilotoksin 0,5% dan krim 0,15% dapat digunakan untuk mengobati papula berdaging. Krim podoksofilin dioleskan dua kali sehari selama tiga hari, diikuti dengan istirahat selama empat hari. Lesi dapat sembuh setelah empat minggu. Krim Imiquimod 5% adalah pengobatan topikal lain dengan tingkat kekambuhan yang lebih rendah daripada podofilotoksin. Imiquimod dioleskan tiga kali seminggu, setiap dua hari sekali, dengan hasil yang terlihat dalam enam belas minggu. Pengobatan topikal lain yang tersedia adalah salep sinecatechins 15%, yang digunakan tiga kali sehari hingga enam belas minggu (Pennycook, 2023).

Pasien juga dapat menerima perawatan di klinik untuk kondiloma akuminata. Cryotherapy tidak mahal, tidak menimbulkan rasa sakit, dan aman selama kehamilan. Nitrogen cair dioleskan ke tepi lesi tiga sampai lima kali selama dua puluh detik untuk setiap terapi. Terapi ini dilakukan setiap minggu selama enam sampai sepuluh minggu. Asam trikloroasetat (TCA) 80 hingga 90% adalah pengobatan yang tersedia untuk lesi yang lebih kecil. Setelah terapi, ulkus kecil akan terbentuk yang akan sembuh tanpa jaringan parut. TCA dioleskan sekali seminggu selama delapan hingga sepuluh minggu. Terakhir, eksisi bedah dapat dilakukan untuk lesi yang tidak dapat disembuhkan dengan pengobatan dan juga untuk penyakit stadium lanjut. Pilihan bedah meliputi bedah listrik, kuretase, eksisi gunting, dan terapi laser. Hanya terapi bedah yang memiliki tingkat keberhasilan mendekati seratus persen (Pennycook, 2023).

D. Distosia Karena Kelainan Janin: Makrosomia, Hidrosefalus, Anensefalus, Janin Kembar Siam, Kelainan Jalan Lahir

Makrosomia

Tidak peduli berapa usia kehamilannya, seorang bayi yang didiagnosis menderita makrosomia janin memiliki berat lebih dari 8 pon, 13 ons (4.000 gram). Sekitar 9% bayi di seluruh dunia memiliki berat lebih dari 8 pon, 13 ons. Jika berat lahir lebih dari 9 pon, 15 ons (4.500 gram), risiko makrosomia janin meningkat pesat. Makrosomia janin dapat mempersulit persalinan pervaginam dan meningkatkan risiko cedera saat lahir. (Mayo Clinic, 2023)

1. Gejala

- a. Tinggi fundus besar. Selama kunjungan prenatal, penyedia layanan kesehatan Anda dapat mengukur tinggi fundus Anda, yaitu jarak antara bagian atas rahim dan tulang kemaluan Anda. Ukuran fundus yang lebih besar dari perkiraan dapat menunjukkan adanya makrosomia janin.
- b. Polihidramnion, atau cairan ketuban yang berlebihan. Salah satu tanda bahwa bayi Anda lebih besar dari rata-rata adalah terlalu banyak cairan ketuban, cairan yang melindungi dan mengelilingi bayi selama kehamilan. Jumlah cairan ketuban ini juga mencerminkan jumlah urin yang dikeluarkan bayi Anda, dan beberapa kondisi medis yang menyebabkan bayi menjadi lebih besar juga dapat menyebabkan bayi mengeluarkan lebih banyak urin. (Mayo Clinic, 2023)

2. Penyebab

Makrosomia terutama disebabkan oleh kehamilan yang tidak terkontrol, baik diabetes gestasional (diabetes kehamilan) atau diabetes pregestasional sebelumnya. Diabetes yang tidak terkontrol menyebabkan gula darah meningkat di tubuh ibu hamil dan masuk ke plasenta. Gula

akan berubah menjadi lemak dan dapat menyebabkan bayi tumbuh lebih besar dari ukuran normal. Selain diabetes yang tidak terkontrol pada ibu hamil, berbagai kondisi berikut juga dapat menyebabkan makrosomia :

- a. Obesitas pada ibu hamil
- b. Genetik
- c. Multiparitas
- d. Kehamilan Post date atau lewat waktu
- e. Bayi (besar untuk usia kehamilan) sebelumnya: wanita yang pernah memiliki bayi makrosomia sebelumnya berisiko lima hingga sepuluh kali lipat untuk memiliki bayi makrosomia lagi.

Gangguan kesehatan bayi seperti sindrom weaver, sindrom fragile X, atau sindrom *beckwith-wiedemann* (Kemenkes RI, 2022).

3. Komplikasi

- a. Komplikasi pada Ibu :
 - 1) Perdarahan post partum
 - 2) Trauma jalan lahir
 - 3) Kala II lama
 - b. Komplikasi pada Bayi :
 - 1) Distosia bahu
 - 2) Janin distres
 - 3) Kelainan kongenital
 - 4) Ketidakseimbangan metabolik dan elektrolit
 - 5) Polycythemia
 - 6) Hiperbilirubinemia
- (Akanmode, 2023)

4. Penatalaksanaan

Induksi persalinan, yang direkomendasikan secara luas hingga saat ini, telah tidak dianjurkan karena kurangnya bukti yang jelas mengenai signifikansinya dalam pengelolaan makrosomia. Kehamilan yang dipersulit oleh makrosomia janin pada pasien dengan diabetes yang sudah ada

sebelumnya atau diabetes gestasional dan peningkatan kontrol glikemik melalui intervensi farmakologis dan intervensi lain yang direkomendasikan akan mengurangi risiko komplikasi perinatal. Kehamilan dengan makrosomia dan tidak ada diabetes yang mendasari menimbulkan tantangan yang berbeda bagi penyedia layanan kebidanan dan penyedia layanan kesehatan lainnya ketika pengobatan dan intervensi yang tepat diperlukan. American College of Obstetri dan Ginekologi (ACOG) merekomendasikan persalinan caesar elektif untuk wanita dengan kehamilan yang dipersulit oleh makrosomia jika perkiraan berat janin di atas 5.000 g dan tidak ada intoleransi glukosa yang mendasari atau 4.500 g dengan intoleransi glukosa yang mendasari. Persalinan pervaginam dengan alat, seperti forsep atau persalinan berbantuan vakum, harus dilakukan dengan sangat hati-hati pada wanita dengan kehamilan makrosomia.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, dua faktor penentu utama makrosomia janin adalah diabetes ibu yang tidak terkontrol dan kenaikan berat badan yang berlebihan. Kombinasi regimen diet yang dimodifikasi dengan terapi insulin yang memadai pada wanita hamil dengan diabetes dapat menyebabkan penurunan yang signifikan dalam kemungkinan terjadinya makrosomia. Program olahraga yang bertahap dan dapat ditoleransi dapat mengurangi risiko kenaikan berat badan yang tidak perlu selama kehamilan dan, dalam jangka panjang, mengurangi risiko makrosomia jika pasien tidak memiliki faktor risiko lain (Akanmode, 2023).

Hidrosefalus

Hidrosefalus adalah penumpukan cairan di ruang yang disebut ventrikel jauh di dalam otak. Kelebihan cairan meningkatkan ukuran ventrikel dan memberi tekanan pada otak. Cairan serebrospinal biasanya mengalir melalui

ventrikel dan membasahi otak dan tulang belakang. Namun, tekanan cairan serebrospinal yang terlalu banyak dapat merusak jaringan otak dan menyebabkan berbagai gejala yang berkaitan dengan fungsi otak (Mayo Clinic, 2023)

Dandy pertama kali mendeskripsikan hidrosefalus sebagai hidrosefalus komunikatif dan non-komunikatif (obstruktif) pada awal tahun 1913, dan sejak saat itu, lebih banyak lagi klasifikasi yang diusulkan. Pada orang dewasa, terdapat empat jenis yang berbeda; obstruktif, berkomunikasi, hipersekresi, dan hidrosefalus tekanan normal (NPH). Hidrosefalus kongenital atau perkembangan sering terjadi sejak lahir dan sering kali merupakan bagian dari sindrom genetik atau disrafisme tulang belakang.

Perawatan bedah dengan pemasangan pirau ventrikel adalah pilihan perawatan pertama. Ventrikulostomi ketiga endoskopik (ETV) dan kauterisasi pleksus koroid merupakan pilihan yang mungkin dilakukan pada bentuk hidrosefalus yang sesuai. Hidrosefalus akut tanpa penanganan yang cepat dapat menyebabkan herniasi otak dan kematian. Pada anak-anak, hidrosefalus memiliki angka kematian 0 hingga 3%, tergantung pada durasi tindak lanjut (Koleva, 2023)

Hidrosefalus paling sering terjadi pada masa bayi akibat kelainan bawaan dan perdarahan intraventrikular pada bayi prematur. Pada usia lanjut, terjadi peningkatan yang disebabkan oleh kasus NPH. Prevalensi global hidrosefalus secara keseluruhan adalah sekitar 85 per 100.000 orang dengan perbedaan yang signifikan antara kelompok usia yang berbeda; 88 per 100.000 untuk populasi anak dan 11 per 100.000 pada orang dewasa.

Prevalensi pada populasi usia lanjut jauh lebih tinggi, sekitar 175 per 100.000, dan lebih dari 400 per 100.000 untuk mereka yang berusia di atas 80 tahun karena tingginya

insiden NPH (Normal Pressure Hydrocephalus) di kemudian hari. Afrika dan Amerika Selatan memiliki prevalensi hidrosefalus yang lebih tinggi. Prevalensi hidrosefalus pada bayi adalah antara 1 dan 32 per 10.000 kelahiran. Kedua jenis kelamin pada umumnya sama-sama terpengaruh (Koleva, 2023).



Gambar 5.25 Hidrosefalus (Kemenkes RI, 2022)

1. Penyebab

Penyebab paling umum dari hidrosefalus kongenital adalah:

- a. Spina bifida dan cacat otak lainnya serta sumsum tulang belakang (tabung saraf)
- b. Stenosis cair di antara ventrikel ketiga dan keempat otak
- c. Komplikasi kelahiran prematur, seperti perdarahan di dalam ventrikel
- d. Infeksi yang terjadi selama kehamilan, seperti rubella, yang dapat menyebabkan peradangan pada otak janin

Hidrosefalus yang didapat dapat muncul kapan saja setelah kelahiran dan dapat terjadi pada orang dari segala usia. Penyebab paling umum dari kondisi ini adalah :

- a. Trauma kepala.
- b. Stroke.
- c. Tumor di otak atau sumsum tulang belakang.
- d. Meningitis atau infeksi lain di otak atau sumsum tulang belakang.

Selain itu, perdarahan atau komplikasi pembedahan dapat menyebabkan hidrosefalus tekanan normal. Banyak orang mengalami NPH tanpa penyebab yang jelas (Claveland Clinic, 2023)

2. Gejala

Gejala pada bayi dapat meliputi:

- a. Kepala yang sangat besar.
- b. Bonjolan lunak (ubun-ubun) di atas kepala bayi Anda.
- c. Tatapan mata bayi Anda ke bawah (mata matahari).
- d. Muntah.
- e. Mengantuk.

Gejala-gejala pada anak yang lebih besar mungkin termasuk:

- a. Sakit kepala.
- b. Mual dan muntah.
- c. Masalah penglihatan.
- d. Keterlambatan perkembangan.

(Claveland Clinic, 2023)

3. Penatalaksanaan

Saat ini, satu-satunya cara untuk mengobati hidrosefalus adalah dengan pembedahan otak. Ada dua jenis pembedahan otak yang digunakan untuk mengobati hidrosefalus:

- a. Shunt: Perawatan yang paling umum untuk hidrosefalus adalah dengan memasukkan alat medis yang disebut shunt, yang merupakan tabung fleksibel yang ditempatkan di otak Anda. Alat ini mengalirkan CSF yang berlebihan ke area lain di tubuh Anda agar dapat diserap.

- b. Endoskopi ventrikulostomi ketiga (ETV): Selama pembedahan ini, sebuah lubang kecil di lantai ventrikel ketiga Anda dibuat. Ini memungkinkan cairan-cairan cair (CSF) mengalir di dalam dan di sekitar otak Anda seperti biasanya. Proses ini biasanya dilakukan pada anak yang lebih tua dari dua tahun.

Anensefalus

Anencephalus adalah cacat lahir (kelainan bawaan) di mana bayi lahir tanpa bagian otak dan tengkorak. Kondisi ini mempengaruhi sistem saraf bayi, yang meliputi otak, tulang belakang, dan saraf. Hal ini terjadi ketika tabung saraf (yang bertanggung jawab untuk menumbuhkan otak, tengkorak, tulang punggung, dan sumsum tulang belakang) tidak berkembang atau gagal menutup sebagaimana mestinya pada bulan pertama kehamilan. Itulah sebabnya anencephaly adalah jenis kelainan otak yang disebut cacat tabung saraf.

Otak sangat penting untuk kelangsungan hidup. Otak mengontrol fungsi tubuh, emosi dan memori. Karena anencephalus memengaruhi cara otak berkembang, bayi yang lahir dengan anencephaly biasanya hanya hidup beberapa menit, jam, atau hari. Sebagian besar kehamilan dengan anencephalus berakhir dengan keguguran atau lahir mati (Claveland Clinic, 2023).

1. Gejala

Tanda-tanda anencephalus meliputi:

- a. Kadar alfa-fetoprotein (protein janin) yang tinggi dari tes darah atau sampel cairan ketuban orang tua yang sedang hamil. Tes darah ini biasanya dilakukan pada trimester kedua kehamilan.
- b. Terlalu banyak cairan dalam kantung ketuban (polihidramnion) dapat terlihat selama USG prenatal.
- c. Bagian tengkorak dan otak yang hilang.
- d. Area jaringan otak yang terbuka (tidak ada kulit atau tengkorak yang menutupinya).

e. Ukuran kepala lebih kecil dari yang diharapkan. Penyedia layanan kesehatan akan menawarkan tes untuk mendeteksi kondisi seperti anencephaly selama kehamilan. (Claveland Clinic, 2023).



Gambar 5.26 Fetal anencephalus (CDC, 2023)

2. Penyebab

Masalah pada cara pembentukan dan penutupan tabung saraf menyebabkan anensefali. Tabung saraf adalah sepotong jaringan datar yang tumbuh menjadi bentuk tabung. Setiap bagian dari tabung saraf membantu pertumbuhan bagian-bagian tubuh bayi:

- a. Otak dan tengkorak (bagian atas tabung saraf).
- b. Sumsum tulang belakang (bagian tengah tabung saraf).
- c. Tulang punggung (bagian bawah tabung saraf).
- d. Anencephaly terjadi ketika bagian atas tabung saraf tidak menutup selama perkembangan embrio. Ini terjadi selama minggu ketiga dan keempat kehamilan. Janin terus terbentuk, kecuali bagian depan otak (otak depan) dan bagian atas otak (otak besar) tidak tumbuh. Bagian lain dari otak dapat berkembang seperti yang diharapkan, tetapi tidak ada kulit atau tengkorak yang menutupinya.

(Claveland Clinic, 2023).

3. Penatalaksanaan

Tidak ada obat atau perawatan yang tersedia untuk anencephaly. Hampir semua bayi yang lahir dengan anencephaly meninggal dalam beberapa jam atau beberapa hari setelah dilahirkan (Claveland Clinic, 2023).

4. Pencegahan

- a. Mendapatkan banyak asam folat: Konsumsi 400 mcg asam folat setiap hari, bahkan jika Anda tidak berencana untuk segera hamil. Cacat tabung saraf (NTD) terjadi pada bulan pertama kehamilan - bahkan sebelum Anda tahu bahwa Anda hamil. Jadi, sangat penting untuk mulai mengonsumsi asam folat sebelum Anda mulai mencoba untuk hamil. Jika Anda pernah memiliki anak dengan NTD, bicarakan dengan penyedia layanan kesehatan Anda tentang langkah-langkah yang dapat Anda lakukan untuk mencegah NTD di masa depan. Biasanya, dosis asam folat yang lebih tinggi direkomendasikan.
- b. Mendiskusikan perubahan pada obat Anda dengan penyedia layanan kesehatan: Obat-obatan tertentu yang mengatur kejang dan kondisi lain dapat menyebabkan cacat lahir seperti NTD. Tanyakan kepada penyedia layanan kesehatan Anda tentang obat-obatan yang Anda konsumsi jika Anda berencana untuk hamil.

Mengelola kesehatan Anda: Jika Anda memiliki kondisi kesehatan yang mendasari, seperti diabetes, bicarakan dengan penyedia layanan kesehatan Anda tentang cara-cara untuk mengelola kondisi tersebut sehingga Anda dapat tetap sehat (Claveland Clinic, 2023).

Janin Kembar Siam

Kembar siam berkembang dari pembuahan sel telur tunggal oleh sel sperma tunggal dan pemisahan embrio pada periode awal embrio, dimulai dari minggu ketiga

perkembangan intrauterin. Kembar siam juga dapat terbentuk melalui fusi kembar monozigot yang terbentuk sebelumnya. Kembar siam diklasifikasikan berdasarkan lokasi fusi. Thoracopagus (penyatuan di dada), omphalopagus (penyatuan di perut), thoraco-omphalopagus, ischiopagus, dan parapagus adalah jenis kembar siam yang paling sering dilaporkan. Selain lokasi penyatuan, kembar siam mungkin memiliki anggota tubuh yang bervariasi. Dicephalus (dua kepala), tetrabrachius (empat tungkai atas) dan bipus (dua tungkai bawah) adalah salah satu bentuk kembar siam yang paling langka (Alene, 2022).

Banyak kehamilan dengan kelainan bawaan yang diakhiri sebelum kelahiran. Situasi ini mengurangi insiden sebenarnya dari anomali kongenital yang dilaporkan. Insiden kembar siam telah dilaporkan sebesar 1:50.000 hingga 1:100.000. Namun, kejadian sebenarnya dapat mencapai 1:250.000. Hasil akhir dan kelangsungan hidup kembar siam tergantung pada lokasi fusi atau struktur yang mereka miliki. Hampir setengah dari bayi kembar siam lahir mati. Craniopagus/ cephalopagus (fusi pada kepala/tempurung kepala) dan toracopagus (penyatuan di dada) jenis kembar siam biasanya sulit dipisahkan dan memiliki tingkat kelangsungan hidup yang buruk (Alene, 2022). Kembar siam jarang terjadi. Ini diperkirakan terjadi hanya sekali setiap 50.000 kehamilan. Banyak embrio siam kembar tidak dapat bertahan hidup karena anatomi mereka terkadang tidak sesuai dengan kehidupan. Bayi kembar siam hingga 60% mati (tidak hidup saat lahir) atau meninggal segera setelah dilahirkan. (Claveland Clinic, 2023)

1. Jenis Kembar Siam

Bayi kembar siam dapat disatukan di salah satu tempat ini:

a. Dada

Kembar Thoracopagus terletak di depan dada. Mereka sering memiliki jantung yang sama, dan mereka

juga mungkin berbagi hati dan usus bagian atas. Ini adalah salah satu tempat kembar siam paling sering pergi.

b. Perut

Di dekat pusar, kembar omfalopagus disatukan. Banyak kembar berbagi hati dan beberapa bagian dari saluran pencernaan bagian atas (gastrointestinal atau GI). Beberapa kembar juga berbagi bagian bawah usus kecil (ileum) dan bagian terpanjang usus besar (kolon). Mereka biasanya tidak berbagi hati.

c. Pangkal tulang belakang

Kembar pygopagus (pie-GOP-uh-gus) terletak dari belakang ke belakang di pangkal bokong dan pangkal tulang belakang, dan beberapa di antaranya berbagi saluran pencernaan bagian bawah. Beberapa bayi kembar memiliki saluran kemih dan organ genital yang sama.

d. Panjang tulang belakang

Rachipagus juga disebut rachipagus kembar yang disatukan dari belakang ke belakang di sepanjang tulang belakang. Jenis ini sangat jarang terjadi.

e. Panggul

Kembar ischiopagus disambungkan pada panggul, baik secara berhadapan atau ujung ke ujung. Banyak kembar ischiopagus berbagi saluran pencernaan bagian bawah, serta hati dan organ genital dan saluran kemih. Setiap kembar mungkin memiliki dua kaki atau, yang lebih jarang terjadi, kembar berbagi dua atau tiga kaki.

f. Tulang belakang

Kembar parapagus terhubung dari sisi ke sisi pada panggul dan sebagian atau seluruh perut (abdomen) dan dada, tetapi dengan kepala yang terpisah. Anak kembar dapat memiliki dua atau tiga kaki dan tiga atau empat lengan.

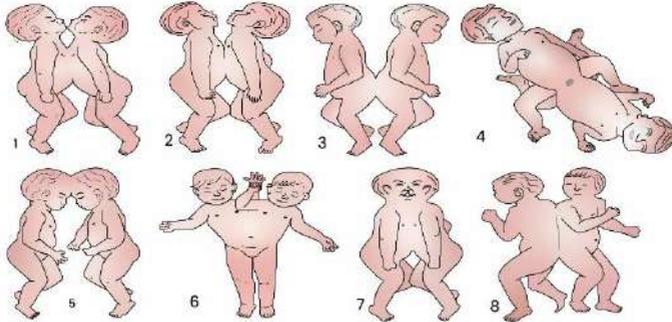
g. Kepala

Kembar kraniopagus berbagi sebagian tengkorak, tetapi tidak di bagian wajah. Mereka mungkin berbagi

beberapa jaringan otak, tetapi otak mereka biasanya terpisah.

h. Kepala dan dada

Bagian kepala dan tubuh bagian atas terdiri dari kembar sefalopagus. Kepala dan wajah mereka berbagi otak. Kembar ini sangat jarang. (Mayo Clinic, 2023).



I. Thoracopagus, 1. Omphalopagus, 3. Pygopagus, 4. Ischiopagus, 5. Cranioopagus, 6. Paropagus, 7. Cephalopagus, 8. Rachipogus

Gambar 5.28 Pascakelahiran dari Kembar Siam Cephalopagus (Mathew, R., Et Al., 2017)



Gambar 4.27 Jenis Kembar siam (Mathew, R., et al., 2017)

2. Penyebab

Kembar identik, atau kembar monozigot, terjadi ketika satu sel telur yang telah dibuahi membelah dan berkembang menjadi dua individu. Lapisan embrio yang membelah mulai berkembang menjadi organ dan struktur tertentu delapan hingga dua belas hari setelah pembuahan. Ketika embrio membelah lebih lambat dari ini—biasanya antara tiga belas dan lima belas hari setelah pembuahan—pemisahan berhenti sebelum proses selesai. Bayi kembar siam dilahirkan. Sebuah teori alternatif mengatakan bahwa dua embrio dapat menyatu dalam perkembangan awal. Tidak ada yang tahu apa yang dapat menyebabkan salah satu rangkaian peristiwa itu terjadi (Mayo Clinic, 2023).

3. Komplikasi

Kehamilan bayi kembar siam sangat sulit dan berisiko mengalami banyak komplikasi. Bayi kembar siam, seperti bayi lainnya, kemungkinan besar akan lahir sebelum waktunya, dan salah satu atau keduanya dapat mati atau meninggal segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi kembar siam memerlukan persalinan bedah, juga dikenal sebagai operasi caesar. Bayi kembar dapat mengalami masalah kesehatan yang parah segera, seperti masalah bernapas atau masalah jantung. Kemudian, masalah kesehatan seperti skoliosis, cerebral palsy, atau ketidakmampuan belajar dapat muncul di kemudian hari.

Ketika bayi kembar siam dilahirkan, keluarga dan tim perawatan kesehatan harus berbicara tentang semua masalah yang mungkin terjadi. Ini tergantung pada lokasi penyambungan bayi kembar, jenis organ atau bagian tubuh lainnya yang mereka miliki, dan kemampuan dan pengalaman tim perawatan kesehatan (Mayo Clinic, 2023).

Kelainan Jalan Lahir

Distosia akibat jalan lahir dapat dibagi atas:

1. Distosia karena kelainan panggul

Gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi (rachitis, neoplasma, fraktur, dll), penyakit kolumna vertebralis (kyphosis, scoliosis, dll), dan kelainan ekstremitas inferior (coxitiex, fraktur, dll) dapat menjadi penyebab kelainan panggul. Kesempitan panggul dapat terjadi karena kelainan panggul. Kesempitan panggul dapat dibagi menjadi 3 bagian:

- a. Pintu atas panggul menyempit jika ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm.
- b. Pintu tengah panggul menyempit jika ukuran intertuberosum kurang dari 8 cm dan diameter transversa dan sagitalis posterior kurang dari 13,5 cm (biasanya 10,5 cm plus 5 cm = 15,5 cm).
- c. Pintu bawah panggul menyempit jika ukuran intertuberosum kurang dari 8 cm dan diameter transversa dan sagitalis posterior kurang dari 15 cm.

2. Kelainan jalan lahir lunak, juga dikenal sebagai kelainan tractus genitalis, kadang-kadang menyebabkan komplikasi selama persalinan. Vulva, vagina, cervix uteri, dan uterus mengalami kelainan ini (Williams Obstetrics, Twenty-Sixth Edition, 2022).

E. Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala III dan IV: Atonia Uteri, Retensio Plasenta, Emboli Air Ketuban, Robekan Jalan Lahir

Atonia Uteri

Atonia uteri merujuk pada sel-sel miometrium korpus uteri yang tidak dapat berkontraksi secara memadai sebagai respons terhadap oksitosin endogen yang dilepaskan saat persalinan. Hal ini menyebabkan perdarahan pasca persalinan karena kelahiran plasenta menyebabkan arteri

spiralis terganggu, yang secara unik tidak memiliki otot dan bergantung pada kontraksi untuk menekannya secara mekanis ke dalam keadaan hemostatik. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan pascapersalinan, suatu keadaan darurat kebidanan. Secara global, ini adalah salah satu dari 5 penyebab utama kematian ibu. Tidak adanya kontraksi rahim yang efektif setelah melahirkan mengakibatkan 1 dari 40 kelahiran di Amerika Serikat dan menjadi penyebab atas setidaknya 75% kasus perdarahan pascapersalinan. (Gill, 2023).

1. Etiologi

Faktor risiko atonia uteri meliputi persalinan lama, persalinan macet, distensi uterus (kehamilan multipel, polihidramnion, makrosomia janin), uterus fibroid, korioamnionitis, infus magnesium sulfat yang terindikasi, dan penggunaan oksitosin dalam waktu lama. Kontraksi uterus yang tidak efektif, baik secara fokal maupun difus, juga dikaitkan dengan beragam etiologi termasuk jaringan plasenta yang tertahan, kelainan plasenta (seperti plasenta yang tidak melekat dengan baik, plasenta previa, dan solusio plasenta), koagulopati (peningkatan produk degradasi fibrin), dan inversi uterus. Indeks massa tubuh (BMI) di atas 40 (obesitas kelas III) juga merupakan faktor risiko yang diakui untuk atonia uteri pasca persalinan (Gill, 2023).

2. Gejala

Salah satu tanda terbesar atonia uteri adalah perdarahan yang berkepanjangan atau berlebihan dari rahim Anda. Penyedia layanan kesehatan Anda mendeteksi sebagian besar kasus atonia uteri segera setelah bayi Anda lahir. Selain itu, rahim Anda terasa rileks, lemah, dan kendur setelah melahirkan. Gejala lain dari atonia uteri adalah:

- a. Tekanan darah rendah.
- b. Denyut jantung yang cepat.
- c. Merasa pusing atau pingsan.
- d. Penampilan pucat.

- e. Kehilangan kesadaran.
- f. Tidak dapat buang air kecil.
- g. Nyeri, terutama di punggung Anda
(Claveland Clinic, 2023)

3. Penatalaksanaan

Atonia uteri merupakan keadaan darurat dan memerlukan tindakan cepat dari tim kesehatan Anda. Tujuan pengobatan adalah untuk menghentikan perdarahan sesegera mungkin dan mengganti darah atau cairan yang hilang. Bahkan setelah perdarahan terkendali, memerlukan transfusi darah atau cairan infus untuk menggantikan yang hilang.

Perawat kehamilan biasanya memulai perawatan dengan memijat rahim untuk meningkatkan kontraksi yang lebih kuat. Tergantung pada tingkat keparahannya, hal ini mungkin cukup untuk mengobati atonia uteri. Selain pijat rahim setelah melahirkan, penyedia layanan kesehatan menggunakan beberapa obat untuk membantu kontraksi rahim Anda. Obat-obatan ini meliputi:

- a. Oksitosin (Pitocin®).
- b. Metilergonovin (Methergine®).
- c. Prostaglandin seperti 15-metil-PGF₂ (Hemabate®), misoprostol (Cytotec®) atau dinoprostone.
- d. Alkaloid ergot seperti ergometrin.

4. Penatalaksanaan

- a. Memberikan tekanan pada dinding rahim (teknik tamponade)
- b. Perawat memberikan lebih banyak tekanan pada rahim Anda untuk membatasi jumlah kehilangan darah. Teknik ini melibatkan pembungkusan rahim Anda dengan kain kasa atau mengembungkan balon di dalam rahim Anda. Dengan metode ini, perawat

memberikan tekanan langsung pada dinding rahim Anda untuk menghentikan pendarahan.

c. Pembedahan

Pembedahan mungkin diperlukan jika semua metode lain tidak dapat menghentikan pendarahan. Pembedahan untuk menangani atonia uteri adalah:

- 1) Kuretase rahim: Dokter akan mengikis darah yang tertahan atau jaringan plasenta dari rahim Anda.
- 2) Ligasi arteri uterus: Prosedur untuk mengikat pembuluh darah di dalam rahim Anda.
- 3) Embolisasi arteri uterus: Prosedur yang menggunakan partikel kecil seperti pasir untuk memblokir aliran darah ke rahim Anda.
- 4) Histerektomi: Pengangkatan rahim Anda merupakan tindakan terakhir jika semua upaya lainnya gagal. (Claveland Clinic, 2023)

Retensio Plasenta

Retensio plasenta yang terjadi setelah persalinan pervaginam didiagnosis ketika plasenta tidak keluar secara spontan dalam waktu yang ditentukan, yang secara bervariasi didefinisikan sebagai periode 18-60 menit. Kondisi ini juga dapat didiagnosis jika pasien mengalami perdarahan yang signifikan sebelum plasenta lahir. Persalinan plasenta normal membutuhkan kontraksi uterus yang memadai, dengan pemotongan plasenta dan desidua dari dinding uterus dan pengeluaran jaringan. Dengan demikian, plasenta yang tertahan dapat terjadi pada kondisi atonia uteri yang signifikan, plasenta yang melekat secara abnormal, seperti pada plasenta akreta spektrum (PAS), atau penutupan serviks sebelum pengeluaran plasenta (Perlman, 2019).

Retensio plasenta yang terjadi pada sekitar 1-3% persalinan, merupakan penyebab yang relatif umum dari kematian pada obstetri (Perlman, 2019). Terjadinya plasenta yang tertahan ini dapat menyebabkan perdarahan pasca

persalinan dan retensio plasenta merupakan penyebab ketiga perdarahan pascapersalinan. Dari 614 wanita dengan persalinan pervaginam, 65 di antaranya (10,6%) mengalami retensio plasenta (Gitasari, *et al.*, 2022).

1. Jenis Retensio Plasenta

- a. Plasenta adhesiva adalah ketika jonjot korion plasenta tertanam dengan kuat sehingga menghambat mekanisme separasi fisiologis.
- b. Plasenta akreta adalah ketika jonjot korion plasenta memasuki sebagian lapisan myometrium, menyebabkan plasenta tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus secara keseluruhan atau sebagian.
- c. Jonjot korion plasenta ditanam oleh plasenta inkreta hingga memasuki myometrium;
- d. Jonjot korion plasenta ditanam oleh plasenta perkreta hingga mencapai lapisan otot dan mencapai lapisan serosa dinding uterus. masuknya zat korionik yang tidak biasa ke dalam lapisan serosa uterus
- e. Plasenta Inkarserata: Karena konstiksi ostium uteri, plasenta tetap berada di dalam kavum uteri.

2. Faktor resiko

Retensio plasenta dapat terjadi pada beberapa ibu jika mereka memiliki risiko berikut::

- a. Riwayat melahirkan yang dilakukan melalui operasi caesar;
- b. Persalinan yang dilakukan sebelum usia kehamilan kurang dari 34 minggu; dan
- c. Bayi yang lahir dengan kondisi yang sudah meninggal.
- d. Ada kelainan dalam rahim.
- e. Persalinan terlalu cepat atau terlalu lama
- f. Riwayat retensi plasenta sebelumnya
- g. Terlalu lama menggunakan obat oksitosin, yang menyebabkan kontraksi rahim,
- h. Pernah menjalani operasi pada rahim, dan

- i. Melahirkan lebih dari dua atau tiga kali.
- j. Kehamilan yang dilakukan melalui prosedur bayi tabung
- k. Mengandung dua anak.
- l. Usia ibu lebih dari tiga puluh tahun.

3. Gejala

Retensi plasenta terjadi ketika plasenta tidak keluar secara spontan dari rahim setelah enam puluh menit setelah bayi lahir. Ibu juga dapat mengalami perdarahan yang sangat banyak. Jika sebagian jaringan plasenta belum keluar dari rahim setelah beberapa hari hingga beberapa minggu, ibu mungkin mengalami gejala seperti di bawah ini:

- a. Tubuh terasa panas
- b. Perdarahan yang menetap dengan bekuan darah
- c. Nyeri dan kram di perut
- d. Keluarnya cairan vagina yang berbau
- e. Gelisah karena demam
- f. Beberapa jaringan besar keluar dari vagina

4. Penatalaksanaan

Setelah bayi lahir, dokter akan berusaha mengeluarkan plasenta secara perlahan dengan bantuan kontraksi rahim. Jika plasenta belum keluar dari rahim dalam 60 menit, dokter akan melakukan prosedur berikut:

- a. Mengambil obat yang memicu kontraksi rahim, seperti oksitosin, yang dapat membantu plasenta terlepas dari lapisan rahim.
- b. Melakukan pemijatan pada perut, yang merupakan prosedur yang merangsang kontraksi rahim dan dapat menyebabkan sakit.
- c. Menyusui bayi segera setelah lahir dapat membantu kontraksi rahim, yang dapat membuat plasenta keluar secara alami dan mencegah retensi plasenta.

- d. Berguling ke samping atau jongkok juga dapat memicu kontraksi rahim, yang dapat mendorong plasenta keluar dari rahim.

Dokter dapat mengeluarkan plasenta secara manual dengan tangan jika plasenta tidak keluar dalam waktu 30 menit setelah prosedur di atas. Pasien akan dibius secara lokal untuk mengurangi rasa sakit. Sebelum prosedur, antibiotik juga dapat diberikan karena kemungkinan infeksi meningkat. Meskipun demikian, penelitian perlu dilakukan terkait manfaat antibiotik sebelum prosedur.

Tenaga medis akan memantau tanda-tanda vital pasien seperti tekanan darah, denyut nadi, napas, dan suhu. Terapi cairan dan oksigen akan diberikan sesuai kebutuhan pasien jika tekanan darah mereka turun hingga syok.

Prosedur operasi dapat dilakukan untuk mengangkat plasenta dari dalam rahim jika plasenta telah melewati beberapa langkah di atas dan tidak terlepas dari dinding rahim. Dalam kasus di mana plasenta telah masuk ke jaringan lain atau telah melekat jauh ke dalam, prosedur pengangkatan rahim dapat dilakukan untuk mencegah perdarahan yang signifikan dan menyelamatkan nyawa pasien (Umaimah, 2023).

Emboli Air Ketuban

Salah satu komplikasi kehamilan yang paling mengkhawatirkan adalah emboli cairan ketuban, juga dikenal sebagai emboli cairan amniotik. Komplikasi ini diduga menyebabkan gagalnya sistem kardiovaskular karena cairan amniotik, sel janin, rambut, atau debris lainnya masuk ke dalam sirkulasi pulmoner ibu. Antara 18.000 dan 80.000 persalinan mengalami emboli air ketuban. Karena diagnosis yang salah dan pelaporan kasus nonfatal yang tidak

konsisten, insiden sebenarnya tidak diketahui. Sindrom ini biasanya muncul selama persalinan, segera setelah persalinan pervaginam atau sesar, atau selama prosedur pelebaran dan evakuasi selama trimester kedua kehamilan. Studi sebelumnya menunjukkan angka kematian sebesar 61–86%, tetapi perkiraan terbaru menunjukkan angka sebesar 13–26%. Kematian ibu akibat emboli air ketuban mungkin lebih rendah karena diagnosis dan perawatan resusitasi yang lebih baik, serta perubahan dalam standar inklusi kasus. Jika emboli air ketuban terjadi sebelum persalinan, hasil janin tetap buruk, dengan angka kematian neonatal lebih dari 10% (Kaur, *et al.*, 2016).

1. Penyebab

Dianggap sebagai kejadian yang tidak dapat diprediksi dan tidak dapat dicegah, emboli cairan ketuban memiliki penyebab yang tidak diketahui.

2. Faktor resiko

a. Faktor risiko yang teridentifikasi meliputi:

- 1) Usia ibu lebih tua.
- 2) Multiparitas.
- 3) Kontraksi yang intens selama persalinan.
- 4) Trauma perut.
- 5) Operasi caesar.
- 6) Induksi persalinan.
- 7) Plasenta previa.
- 8) eklamsia.
- 9) Kehamilan ganda.
- 10) Robeknya rahim atau leher rahim.
- 11) Pemisahan dini plasenta dari dinding rahim.

b. Faktor janin:

- 1) Gawat janin.
- 2) Kematian janin.
- 3) Bayi laki-laki.

3. Penatalaksanaan

Faktor kunci dalam penatalaksanaan emboli air ketuban adalah pengenalan dini, resusitasi segera, dan persalinan janin. Pengenalan dini terhadap emboli air ketuban sangat penting untuk mencapai hasil yang sukses. Penatalaksanaan utamanya bersifat suportif dan resusitasi (Kaur, *et al.*, 2016)

Robekan Jalan Lahir

Robekan vagina saat melahirkan, disebut juga laserasi atau robekan perineum, terjadi ketika kepala bayi masuk melalui lubang vagina dan ukurannya terlalu besar sehingga vagina tidak bisa meregang atau ukurannya normal tetapi vagina tidak mudah meregang. Robekan dapat berkisar dari hanya mengenai kulit di sekitar vagina hingga mengenai sfingter ani (robekan derajat ketiga dan keempat) (Mayo Klinik, 2023).

1. Penyebab

a. Faktor Ibu :

- 1) Usia
- 2) Paritas
- 3) Jarak persaliann
- 4) Lama persalinan
- 5) Partus presipitatus
- 6) Partus lama
- 7) Kesehatan mental

b. Faktor bayi :

- 1) Berat badan bayi baru lahir
- 2) Presentasi janin

2. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan robekan perineum derajat 3 atau 4 memerlukan anestesi umum atau regional untuk mencapai relaksasi sfingter maksimal dan pereda nyeri yang cukup. Prosedur ini dilakukan dalam kondisi aseptik di ruang operasi atau fasilitas dengan asisten, instrumen dan

perlengkapan yang sesuai. Pasien ditempatkan pada posisi litotomi. Tim operasi harus mencakup seorang dokter spesialis dengan pengalaman yang memadai (Mayo Clinic, 2023).

Tugas

1. Mahasiswa harus bisa menjelaskan pengertian distosia
2. Mahasiswa harus bisa menjelaskan penyebab distosia
3. Mahasiswa harus bisa menjelaskan gejala distosia
4. Mahasiswa harus bisa penatalaksanaan distosia
5. Mahasiswa harus bisa menjelaskan komplikasi distosia

Latihan Soal

KASUS I (SOAL No 1 – 3)

1. Ny S, 23 tahun, GIPIA0, melahirkan di bawah bantuan bidan B dalam usia kehamilan 37 minggu kehamilan. Setelah sesaat kepala bayi lahir, Ibu mengalami kesulitan melahirkan bahu. Berat badan janin Ny S 4000 gram. Posisi tepat yang dapat dilakukan oleh bidan B untuk melahirkan bahu bayi Ny S
 - A. Klasik
 - B. Lovset
 - C. Muller
 - D. Mc.Robert
 - E. Maurisceau
2. Bayi Ny. S. dapat mengalami komplikasi jika terjadi kesalahan melahirkan bahu, komplikasi tersebut adalah
 - A. Torsi Cervical
 - B. Fraktur Scapula
 - C. Fraktur Cervical
 - D. Fraktur Klavikula
 - E. Fraktur Mandibula

3. Dalam kasus Ny. S, faktor predisposisi yang terjadi adalah....
- A. CPD
 - B. Makrosomia
 - C. Mal posisi bayi
 - D. Lilitan tali pusat
 - E. Tali pusat menumbung
4. Ny. U, 36 tahun, G VII PV AI, mengalami kasus perdarahan segera setelah plasenta dilahirkan lengkap. Selain itu, Ibu mengalami kontraksi uterus yang lembek dan Tinggi Fundus Uteri sulit diidentifikasi. Hasil pemeriksaan bidan menunjukkan bahwa tidak ada perlukaan pada jalan lahir atau adanya darah di dalam kandung kemih.
- Ny. U dapat mengalami
- A. Atonia Uteri
 - B. Ruptur Uteri
 - C. Inversio Uteri
 - D. Laserasi Portio
 - E. Laserasi Perineum
5. Seorang wanita berusia 23 tahun, G1P0A0, yang hamil 40 minggu, inpartu kala II di BPM. Saat meneran dipimpin, kepala janin lahir tetapi tetap berada di vulva, dagu menekan perineum, dan bahu berada di belakang simfisis.
- Diagnosis mana yang paling tepat untuk kasus ini?
- A. Kala II lama
 - B. Hidrosefalus
 - C. Partus macet
 - D. Distosia bahu
 - E. Lilitan tali pusat

BAB 6.

LINGKUP ASUHAN PADA KASUS KOMPLEKS

Ditulis Oleh: Bdn Pipih Salanti, SST, MKM.

Deskripsi

Kegawatdaruratan maternal merupakan kondisi kesehatan yang mengancam jiwa, terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan serta kelahiran. Banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayi. Kasus kegawatdaruratan maternal termasuk kasus obstetric yang jika tidak segera ditangani akan berakibat kematian pada ibu dan janinnya.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan tindakan bidan terhadap situasi kegawatdaruratan maternal yaitu

1. Mencegah kematian dan cacat (*to save live and limb*) pada ibu dengan kegawatdaruratan
2. Merujuk ibu dengan kegawatdaruratan melalui sistem rujukan guna mendapatkan penanganan yang lebih memadai

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kegawatdaruratan maternal

2. Mahasiswa mampu mengimplementasikan penanganan kegawatdaruratan
3. Mahasiswa mampu dan terampil dalam menangani pasien kegawatdaruratan maternal yang mengancam jiwa ibu
4. Mahasiswa mampu membuat dokumentasi laporan kegawatdaruratan untuk rujukan

Uraian Materi

Ruang Lingkup

A. Kehamilan

Selama kehamilan, kegawatdaruratan yang bisa terjadi antara lain:

Abortus

Abortus atau keguguran adalah keluarnya janin dari dalam Rahim pada usia kehamilan di bawah 20 minggu. Janin yang dilahirkan tersebut tidak dapat hidup di luar kandungan. Dapat dipengaruhi oleh faktor dari luar, seperti radiasi dan bahan kimia (obat terlarang atau obat-obatan) dapat menyebabkan keguguran. Adapun faktor-faktor maternal yang dapat menyebabkan keguguran antara lain :

1. Infeksi yang tidak lazim
2. Defisiensi progesterone (dapat diobati jika terdeteksi dini)
3. Infeksi genital. Dapat menyebabkan masalah yang luas pada bayi. Masalah ini berkisar dari malformasi seperti defek jantung, sampai infeksi neonatus saat lahir. Rubella merupakan salah satu infeksi maternal yang menyebabkan malformasi janin.
4. Antibodi yang terbentuk di dalam tubuh yang menyerang janin atau mengganggu fungsi plasenta
5. Merokok
6. Alkohol atau obat-obatan terlarang, terutama kokain
7. Pada beberapa kasus penyatuan sperma dan sel mengakibatkan keguguran. Penjelasanannya, ketika gen-

gen suami-istri bergabung saat terjadi pembuahan, penggabungan tersebut dapat menyebabkan abnormalitas genetic yang menyebabkan keguguran.

Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya, penyebab pasti memang belum diketahui, tetapi ada keadaan tertentu yang menyebabkan terjadinya solusio plasenta, yaitu masalah sosial ekonomi, fisik, kelainan dalam rahim, dan penyakit ibu.

Jika terjadi nyeri hebat di daerah abdominopelvikum pada kehamilan di usia trimester II atau trimester III dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda berikut ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan maupun tersembunyi. Adapun tanda-tandanya yaitu;

1. Adanya Trauma Abdomen
2. Preeklamsi
3. Terdapat Tinggi fundus uteri yang lebih besar dari usia kehamilan
4. Ada Bagian-bagian janin sulit di raba
5. Uterus teraba tegang dan terasa nyeri
6. Adanya Janin mati dalam Rahim

Plasenta Previa

Plasenta previa yaitu plasenta yang implantasinya berada pada segmen bawah Rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada di depan jalan lahir.

Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia dan eklamsia adalah penyakit hipertensi disertai adanya proteinuria atau oedema dan setelah umur kehamilan >20 minggu pada penyakit trofoblas. Eklamsia

adalah hipertensi akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang yang sebelumnya sudah menimbulkan adanya gejala-gejala preeklamsia.

Preeklamsia atau toksemia kehamilan dapat menjadikan komplikasi kehamilan yang serius. Preeklamsia terjadi hanya selama kehamilan, jika dibiarkan tanpa pengobatan, preeklamsia akan memberikan ancaman serius ibu dan janin. Wanita dengan usia yang lebih tua cenderung mengalami preeklamsia. Gejala dan tanda preeklamsia :

1. Hiperrefleksia
2. Sakit pada kepala atau cepalgia yang tidak sembuh dengan pengobatan umum
3. Terdapat Gangguan penglihatan antara lain. pandangan kabur, scotomata, silau atau mata berkunang-kunang .
4. Terasa Nyeri epigastric
5. Adanya Oliguria (kurang dari 500ml/24 jam)
6. Terdapat Tekanan darah sistolik menurun 20-30 mmhg dan diastolic 10-20 mmhg diatas normal.
7. Adanya hasil Proteinuria diatas positif 3
8. Terdapat Edema menyeluruh.

B. Persalinan

Kegawatdaruratan yang bisa terjadi selama proses persalinan antara lain :

Distosia Bahu

1. Pengertian Distosia Bahu.

Distosia bahu adalah kegagalan persalinan bahu setelah kepala lahir, dengan mencoba salah satu metode persalinan bahu (Manuaba, 2001). diperlukannya tambahan manuver obstetric oleh karena dengan tarikan bisa ke arah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi (Prawirohardjo, 2009). Distosia bahu merupakan kegawatdaruratan obstetric karena terbatasnya waktu persalinan, terjadi trauma janin, dan komplikasi pada ibunya,

kejadiannya sulit diperkirakan setelah kepala lahir, kepala seperti kura-kura dan persalinan bahu mengalami kesulitan (Manuaba, 2001).

2. Etiologi.

Penyebab terjadinya distosia bahu yaitu:

- a. Obesitas ibu atau penambahan berat badan yang berlebihan
- b. Bayi makrosomia atau bayi dengan berukuran besar
- c. Riwayat mempunyai saudara kandung yang besar dan Ibu mempunyai penyakit diabetes

3. Faktor Penyebab Distosia

- a. Distosia karena kelainan his inersia uteri hipotonik atau inersia uteri hipertonic

1) Inersia uteri hipotonik

Inersia Uteri Hipotonik adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan servik atau mendorong anak keluar, disini kekuatan his lemah dan frekuensi jarang, sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta penderita pada keadaan emosi kurang baik. Dapat terjadi pada kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif maupun pada kala pengeluaran. Inersia uteri hipotonik terbagi dua yaitu:

a) Inersia uteri primer

Terjadi pada permulaan fase laten, sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat/kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan. Sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.

b) Inersia uteri sekunder

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada keadaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan.

2) Inersia Uteri Hipertonik

Adalah adanya kelainan his dengan kekuatan cukup besar sampai melebihi his yang normal namun tidak terkoordinasi dengan kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus, sehingga tidak efisien untuk membuka serviks, dari mendorong bayi keluar.

b. Distosia karena kelainan letak

1) Letak sungsang

Letak sungsang adalah letak janin yang terletak memanjang dengan kepala janin berada difundus uteri dan bokong janin berada dibawah cavum uteri.

a) Macam-macam letak sungsang:

- Letak bokong murni (*frank breech*), yaitu letak bokong dengan kedua tungkai terangkat keatas.
- Letak sungsang sempurna (*complete breech*), yaitu dimana kedua kaki ada disamping bokong dan letak bokong kaki sempurna.
- Letak sungsang tidak sempurna (*incomplete breech*), yaitu letak selain bokong sebagian yang terendah adalah kaki atau lutut.

b) Etiologi letak sungsang:

- Fiksasi kepala pada PAP tidak baik atau tidak ada: pada panggul sempit, hidrocephalus, anencefalus, placenta previa, tumor.
- Janin mudah bergerak: pada hidramnion, multipara, janin kecil (premature).
- Gemelii

- Kelainan uterus: mioma uteri
- Janin sudah lama mati
- Sebab yang tidak diketahui

2) Prolaps tali pusat

Yaitu tali pusat berada disamping atau melewati bagian terendah janin setelah ketuban pecah. Bila ketuban belum pecah disebut tali pusat terdepan. Pada keadaan prolaps tali pusat (tali pusat menumbung) timbul bahaya besar, tali pusat terjepit pada waktu bagian janin turun dalam panggul sehingga menyebabkan asfiksia pada janin. Prolaps tali pusat mudah terjadi bila pada waktu ketuban pecah bagian terdepan janin masih berada diatas PAP dan tidak seluruhnya menutup seperti yang terjadi pada persalinan.

c. Distosia karena jalan lahir

Distosia karena kelainan jalan lahir dapat disebabkan karena adanya kelainan pada jaringan keras/tulang panggul, atau kelainan pada jaringan lunak panggul. Distosia karena kelainan panggul/bagian keras dapat berupa:

- 1) Kelainan bentuk panggul yang tidak normal gynecoid misalnya panggul jenis Naegele, Robert dan lain-lain.
- 2) Kelainan ukuran panggul. Panggul sempit pelvic contacttion panggul disebut sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal. Kesempitan panggul bias pada: kesempitan atas panggul dianggap sempit apabila cephalopelvic kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm. Diagnosis (CD) maka inlet dianggap sempit bila CD kurang dari 11,5 cm. Kesempitan indepelvic, Diameter interspinarum 9 cm. kalau diameter

transversa ditambah diameter sagitalis posterior kurang dari 13,5 cm. Kesempitan inderpelvic hanya dapat dipastikan dengan RO- pelvimetri. Kesempitan outlet kalau diameter transversa atau diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm, ukuran rata-rata panggul wanita normal:

- a) DTI+13,5 cm, conjugate vera 12 cm, jumlah rata-rata kedua diameter minimal 22 cm.
- b) Pintu tengah panggul distansia spinarum 10,5 cm, diameter anterior posterior 11 cm, jumlah rata-rata kedua diameter minimal 20 cm.
- c) Pintu bawah panggul diameter anterior 7,5 cm. distansia intertuberosum 10,5 cm.
- d) Kelainan jalan lahir lunak
Adalah kelainan servik uteri, vagina, selaput dara dan keadaan lain pada jalan lahir yang menghalangi lancarnya persalinan.

4. Tanda dan Gejala Terjadinya Distosia Bahu

- a. Pada proses persalinan normal kepala lahir melalui gerakan ekstensi. Pada distosia bahu kepala akan tertarik ke dalam dan tidak dapat mengalami putar paksi luar normal.
- b. Ukuran kepala dan bentuk pipi menunjukkan bahwa bayi gemuk dan besar. Begitu pula dengan postur tubuh parturien yang biasanya juga obese.
- c. Usaha untuk melakukan putar paksi luar, fleksi lateral dan traksi tidak melahirkan bahu.

5. Komplikasi

- a. Pada janin
 - 1) Meninggal, Intrapartum atau neonatal
 - 2) Paralisis plexus brachialis
 - 3) Fraktur klavikula

- 4) Hipoksia janin, dengan atau tanpa kerusakan neurologis permanen
- 5) Fraktur humerus
- b. Pada ibu:
 - 1) Terjadi robekan di perineum derajat III/IV
 - 2) Perdarahan pasca persalinan
 - 3) Rupture uteri (Hakimi, 2003).

6. Faktor Risiko

Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian distosia bahu yaitu:

- a. Maternal
 - 1) Kelainan anatomi panggul
 - 2) Diabetes gestasional
 - 3) Kehamilan postmatur
 - 4) Riwayat distosia bahu
 - 5) Tubuh ibu pendek
 - 6) Ibu obesitas Fetal
 - 7) Makrosomia
 - 8) Distosia bahu sebelumnya(chapman, 2006)

7. Pencegahan

Upaya pencegahan distosia bahu dan cedera yang dapat ditimbulkannya dapat dilakukan dengan cara:

- a. Tawarkan untuk melakukan bedah sesar pada persalinan vaginal beresiko tinggi janin luar biasa besar (>5 kg) janin sangat besar (>4,5 kg) dengan ibu diabetes janin besar (>4 kg) dengan riwayat distosia bahu pada persalinan sebelumnya kala II yang memanjang dengan janin besar.
- b. Identifikasi dan obati diabetes pada ibu.
- c. Selalu bersiap bila waktu-waktu terjadi
- d. Kenali adanya distosia bahu seawal mungkin menekan suprapubis atau fundus dan traksi berpotensi meningkatkan cedera pada janin.

e. Perhatikan waktu dan segera minta pertolongan begitu distosia bahu diketahui, bantuan diperlukan untuk membuat posisi Mcrobert, pertolongan persalinan, resusitasi bayi dan tindakan anestesi (bila perlu).
Diagnosis Distosia Bahu.

8. Distosia Bahu Dapat Dikenali Apabila Didapatkan Adanya:

- a. Kepala janin dapat dilahirkan tetapi tepat berada dekat vulva.
- b. Daggu tertarik dan menekan perineum.
- c. Tarikan pada kepala gagal, melahirkan bahu yang terperangkap di belakang simfisis pubis.

9. Penanganan Distosia Bahu

Diperlukan seorang asisten untuk membantu sehingga bersegeralah minta bantuan, jangan melakukan tarikan atau dorongan sebelum memastikan bahwa bahu posterior sudah masuk ke panggul, bahu posterior yang belum melewati pintu atas panggul akan semakin sulit dilahirkan tarikan pada kepala, untuk mengendorkan ketegangan yang menyulit bahu posterior masuk panggul tersebut dapat dilakukan episiotomy yang luas, posisi Mcrobert, atau posisi dada-lutut, dorongan pada fundus juga tidak diperkenankan karena akan semakin menyulit bahu untuk dilahirkan dan beresiko menimbulkan rupture uteri, di samping perlunya asisten dan pemahaman yang baik tentang mekanisme persalinan, keberhasilan pertolongan dengan distosia bahu juga ditentukan oleh waktu setelah kepala lahir akan terjadi penurunan PH arteri umbilikalis dengan lalu 0,04 unit/menit. Dengan demikian pada bayi sebelumnya tidak mengalami hipoksia tersedia waktu antara 4-5 menit untuk melakukan manuver melahirkan bahu sebelum terjadi cedera hipoksik pada otak.

Secara sistematis tindakan pertolongan distosia bahu adalah sebagai berikut diagnosis:

- a. Hentikan fraksi pada kepala, segera memanggil bantuan
- b. Manuver Mcrobert, posisi Mcrobert, episiotomy bila perlu, tekanan suprapubik, tarikan kepala.
- c. Manuver Rubin (posisi tetap Mcrobert, rotasikan bahu, tekanan suprapubik tarikan kepala)
- d. Lahirkan bahu posterior, atau posisi merangkak, atau maneuver wood.

10. Langkah-langkah Tindakan Cara Pertolongan Distosia Bahu Antara Lain:

a. Langkah pertama: Manuver Mcrobert

Maneuver Mcrobert dimulai dengan memposisikan ibu dalam posisi Mcrobert yaitu ibu terlentang memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin ke dada dan rotasikan kedua kaki ke arah luar (abduksi), lakukan episiotomy yang cukup lebar, gabungan episiotomy dan posisi Mcrobert akan mempermudah bahu posterior melewati promontorium dan masuk ke dalam panggul, mintalah asisten untuk menekan suprasimfisis ke arah posterior menggunakan pangkal tangannya untuk menekan bahu anterior agar mau masuk di bawah simfisis sementara itu dilakukan tarikan pada kepala janin ke arah postero kaudal dengan mantap, langkah tersebut akan melahirkan bahu anterior, hindari tarikan yang berlebihan karena akan mencederai pleksus brakhialis setelah bahu anterior dilahirkan. langkah selanjutnya sama dengan pertolongan persalinan presentasi kepala maneuver ini cukup sederhana, aman dan dapat mengatasi sebagian besar distosia bahu derajat ringan sampai sedang (Prawirohardjo,2009).

b. Langkah kedua: Manuver Rubin

Oleh karna anteroposterior pintu atas panggul lebih sempit daripada diameter oblik atau tranvernya, maka

apabila bahu dalam anteroposterior perlu diubah menjadi posisi oblik atau tranversanya untuk memudahkan melahirkannya tidak boleh melakukan putaran pada kepala atau leher bayi untuk mengubah posisi bahu yang dapat dilakukan adalah memutar bahu secara langsung atau melakukan tekanan suprapubik kearah dorsal, pada umumnya sulit menjangkau bahu anterior, sehingga pemutaran lebih mudah dilakukan pada bahu posteriornya, masih dalam posisi Mcrobert masukkan tangan pada bagian posterior vagina, tekanlah pada daerah ketiak bayi sehingga bahu berputar menjadi posisi oblik/tranversa lebih menguntungkan bila pemutaran itu ke arah yang membuat punggung bayi menghadap ke arah anterior (Manuver Rubin anterior) oleh karena kekuatan tarikan yang diperlukan untuk melahirkannya lebih rendah dibandingkan dengan posisi bahu anteros atau punggung bayi menghadap kearah posterior, ketika dilakukan penekanan suprapubik pada posisi punggung janin anterior akan membuat bahu lebih abduksi sehingga diameternya mengecil, dengan bantuan tekanan simpra simfisis ke arah posterior, lakukan tarikan kepala ke arah postero kaudal dengan mantap untuk melahirkan bahu anterior (Prawirohardjo, 2009).

c. Langkah ketiga: Manuver Wood (Melahirkan bahu posterior, posisi merangkak)

Melahirkan bahu posterior dilakukan pertama kali dengan mengidentifikasi dulu posisi punggung bayi masukkan tangan penolong yang bersebrangan dengan punggung bayi (punggung kanan berarti tangan kanan, punggung kiri berarti tangan kiri) ke vagina temukan bahu posterior, telusuri tangan atas dan buatlah sendi siku menjadi fleksi (bisa dilakukan dengan menekan fossa kubiti) peganglah lengan bawah dan buatlah gerakan mengusap ke arah dada bayi langkah ini akan membuat bahu posterior lahir dan memberikan ruang cukup bagi

bahu anterior masuk ke bawah simfisis, dengan bantuan tekanan suprasimfisis ke arah posterior, lakukan tarikan kepala ke arah postero kaudal dengan mantap untuk melahirkan bahu anterior.

Maneuver Wood: manfaat posisi merangkak didasarkan asumsi fleksibilitas sendi sakroiliaka bisa meningkatkan diameter sagital pintu atas panggul sebesar 1-2 cm dan pengaruh gravitasi akan membantu bahu posterior melewati promontorium pada posisi telentang atau litotomi sandi sakroiliaka menjadi terbatas mobilitasnya pasien menopang tubuhnya dengan kedua tangan dan kedua lututnya pada manuverin, bahu posterior dilahirkan terlebih dahulu dengan melakukan tarikan kepala bahu melalui panggul ternyata tidak dalam gerak lurus, tetapi berputar sebagai aliran sakrup, berdasarkan hal itu memutar bahu akan mempermudah melahirkannya, maneuver woods dilakukan dengan menggunakan 2 jari tangan bersebrangan dengan punggung bayi yang diletakkan dibagian depan bahu posterior menjadi bahu anterior dan posisinya berada dibawah akralis pubis, sedangkan bahu anterior memasuki pintu atas panggul dan berubah menjadi bahu posterior dalam posisi seperti itu, bahu anterior akan mudah dapat dilahirkan.

Perdarahan Pervaginam

Salah satu masalah yang sering terjadi pada kehamilan adalah terjadinya perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Perdarahan pada kehamilan sendiri berarti perdarahan melalui vagina yang terjadi pada masa kehamilan, bukan perdarahan dari organ atau sistem lainnya. Perdarahan pada kehamilan adalah masalah yang cukup serius yang terjadi pada masyarakat Indonesia yang mengakibatkan mortalitas yang cukup tinggi pada ibu-ibu di Indonesia. Perdarahan dalam kehamilan dapat terjadi setiap

saat, baik selama kehamilan, persalinan, maupun saat masa nifas. Oleh karena dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin, setiap perdarahan yang terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan masa nifas dianggap sebagai suatu keadaan akut dan serius. Setiap wanita hamil dan nifas yang mengalami perdarahan, harus segera dirawat dan dicari penyebabnya, untuk selanjutnya dapat diberi pertolongan.

Terdapat klasifikasi perdarahan pada kehamilan muda, yaitu:

1. Abortus Abortus merupakan suatu proses ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan.
2. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) Kehamilan ektopik terganggu adalah suatu kehamilan yang berbahaya bagi wanita yang bersangkutan berhubung dengan besarnya kemungkinan terjadi keadaan yang gawat.
3. Mola hidatidosa Mola hidatidosa merupakan kehamilan abnormal dimana hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan hidrofik.

Atonia Uteri

1. Pengertian 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. (Sylvi Wafda, 2019) Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali (Manuaba, 2012).

2. Etiologi Atonia Uteri

Kasus atonia uteri penyebabnya belum diketahui dengan pasti. Namun demikian ada beberapa faktor predisposisi yang biasa dikenal (Wiknjosastro, 2010) :

- a. Peregangan uterus yang berlebihan otot-otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi. Penyebab peregangan uterus yang berlebihan antara lain:
- 1) Kehamilan ganda (gemeli), kehamilan ganda dapat didefinisikan sebagai suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih embrio atau janin sekaligus.
 - 2) Polihidramnion Suatu keadaan dimana jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya lebih dari 2000 cc.
 - 3) Makrosomia janin (janin besar)
Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4.000 gram. Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir (Oxorn, 2010).
- b. Umur individu terhitung mulai saat dilahirkan hingga waktu umur tersebut dihitung (Oxort, 2010). Umur reproduksi terbagi :
- 1) Masa menunda kehamilan yakni umur < 20 tahun.
 - 2) Masa menjarangkan kehamilan yakni umur 20-35 tahun.
 - 3) Masa mengakhiri kehamilan yakni umur > 35 tahun
Seorang ibu hamil/bersalin dikatakan berisiko jika < 19 tahun atau > 35 tahun (Manuaba, 2012). Remaja berumur antara 15 sampai 19 tahun memiliki kemungkinan lebih besar mengalami anemia dan berisiko lebih tinggi memiliki janin yang pertumbuhannya terhambat, persalinan prematur, dan angka kematian bayi yang tinggi. Ibu hamil yang berumur 35 tahun atau lebih, mengalami perubahan pada alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi.

c. Perlukaan jalan lahir

Perlukaan jalan lahir bisa disebabkan karena terjadi Ruptur Perineum.

1) Pengertian ruptur perineum

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi Ketika bayi lahir, baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan, sering terjadi pada garis tengah namun dapat meluas jika kepala janin lahir terlalu cepat (Winkjosastro, 2008 dalam Fatimah & Lestari, P., 2019: 153). Robekan perineum terjadi pada hampir semua primipara namun tidak jarang juga terjadi pada persalinan berikutnya. Beberapa cedera jaringan penyokong, baik cedera akut maupun non akut, baik telah diperbaiki atau belum, dapat menjadi masalah ginekologis di kemudian hari (Bobak, 2012 dalam Fatimah & Lestari, P., 2019: 67).

2) Jenis ruptur perineum

Ada 2 jenis robekan perineum setelah melahirkan yaitu:

a) Ruptur

Ruptur adalah luka pada perineum yang disebabkan rusaknya jaringan secara alami karena adanya desakan kepala janin atau bahu ketika proses persalinan. Biasanya bentuk luka tidak teratur dan penjahitan sulit dilakukan. Luka yang tidak dirawat dengan baik dapat menyebabkan terjadinya infeksi (Fatimah & Lestari, P., 2019: 68).

b) Episiotomi

Episiotomi adalah sayatan yang disengaja dibuat pada perineum berfungsi untuk memperbesar jalan lahir yang dilakukan tepat sebelum keluarnya bayi. Episiotomi merupakan tindakan yang sengaja dilakukan saat vagina dalam keadaan meregang. Episiotomi dilakukan jika perineum diperkirakan akan robek teregang oleh kepala janin, sebelum episiotomi dilakukan harus diberikan anestesi lokal, kecuali bila pasien sudah diberi anestesi epidural, insisi episiotomi dapat dilakukan di garis tengah atau mediolateral. Insisi garis tengah mempunyai keuntungan karena tidak banyak pembuluh darah besar

dijumpai disini dan daerah ini lebih mudah diperbaiki (Fatimah & Lestari, P., 2019: 68).

d. Retensio plasenta

Definisi Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta selama 30 menit setelah bayi lahir. Hal itu disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal dalam uterus dan dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau lebih sering sekunder. Proses kala III didahului dengan tahap pelepasan atau separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan Duncan) atau plasenta sudah lepas tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan Schultze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta berulang (habitual retensio plasenta).

3. Faktor Risiko

Pada preeklamsia, terdapat faktor risiko yang mengarah pada terjadinya preeklampsia. Berikut adalah daftar faktor risiko.

a. Usia ibu

Usia reproduksi optimal bagi seorang ibu hamil antara usia 20-35 tahun, di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinannya. Pada wanita usia muda organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaannya belum siap menjadi ibu,

sehingga kehamilan sering diakhiri dengan komplikasi obstetrik yang salah satunya preeklampsia.

Menurut teori yang ada preeklampsia lebih sering didapatkan pada masa awal dan akhir usia reproduktif yaitu usia remaja atau diatas 35 tahun. Ibu hamil <20 tahun mudah mengalami kenaikan tekanan darah dan lebih cepat menimbulkan kejang. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun seiring bertambahnya usia rentan untuk terjadinya peningkatan tekanan darah. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa ibu hamil yang berada pada usia <20 tahun dan >35 tahun berisiko 8,3 kali untuk menderita preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang berusia 20-35 tahun.

b. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan ibu. Paritas merupakan faktor penting yang menunjang keberhasilan kehamilan dan persalinan. Pada primigravida pembentukan antibodi meningkatkan (blocking antibodies) atau penghambat pembentukan antibodi, belum sempurna sehingga meningkatkan risiko pada preeklampsia, perkembangan preeklampsia semakin meningkat pada kehamilan pertama.

Paritas yang aman adalah 1-3 jumlah anak, apabila lebih dari 3 mempunyai angka kematian lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas tinggi dapat di kurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Wanita yang telah banyak melahirkan >3 rentan terhadap komplikasi yang serius, bahaya pada masa kehamilan salah satunya adalah preeklampsia dimana pada paritas yang tinggi yaitu >3 aliran darah akan menurun ke plasenta yang menyebabkan gangguan plasenta sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin karena kekurangan oksigenasi. Paritas >3 merupakan salah satu faktor predisposisi dari preeklampsia.

Menurut penelitian Transyah (2018), terdapat hubungan yang bermakna antara paritas ibu bersalin dengan kejadian preeklampsia (p value 0,000). Sedangkan menurut Fatkhiyah (2016), ibu dengan paritas >3 berisiko semakin kecil mengalami preeklampsia (OR=1,34).

c. Riwayat preeklampsia pada keluarga

Preeklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada anak wanita dari ibu penderita preeklampsia atau mempunyai riwayat preeklampsia dalam keluarga. Predisposisi genetik merupakan faktor imunologi yang menunjukkan gen resesif autosom yang mengatur respon imun maternal. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara riwayat keturunan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil dan nilai OR =2,618 artinya bahwa responden yang memiliki riwayat keturunan mempunyai risiko 2,618 kali mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat keturunan.

d. Riwayat preeklampsia sebelumnya

Faktor-faktor imunologi berperan dalam perkembangan preeklampsia. Keberadaan protein asing, plasenta, atau janin bisa membangkitkan respon imunologis lanjut. Teori ini didukung oleh peningkatan insiden preeklampsia-eklampsia pada ibu baru (pertama kali terpapar jaringan janin) dan pada ibu hamil dari pasangan yang baru (materi genetik yang berbeda). Hasil penelitian Fatkhiyah dkk (2016) menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai riwayat preeklampsia 3,26 kali berisiko terjadi preeklampsia dibandingkan ibu hamil tanpa riwayat preeklampsia.

Menurut Duckit risiko preeklampsia meningkat hingga 7 kali lipat (RR 7,19 95%CI 5,85-8,83) pada wanita yang pernah mengalami preeklampsia sebelumnya. Kehamilan pada wanita dengan riwayat preeklampsia sebelumnya

berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Khodijah (2017) menunjukkan bahwa variabel riwayat preeklampsia pada persalinan yang lalu terhadap terjadinya preeklampsia tidak mempunyai hubungan yang bermakna.

Penelitian yang dilakukan Moghadam et al (2012) menunjukkan bahwa riwayat preeklampsia sebelumnya merupakan faktor penting (OR 5,46) yang menimbulkan kekambuhan kembali preeklampsia. penelitian ini menunjukkan hasil sama dengan penelitian Guerier et al (2013) menunjukkan bahwa riwayat preeklampsia sebelumnya berhubungan kuat dengan kejadian preeklampsia yang memiliki risiko 21 kali untuk terjadinya preeklampsia (p-value 0,001 OR 21,5 95% CI 14,2 - 32,5). Hubungan sistem imun dengan preeklampsia menunjukkan bahwa faktor-faktor imunologi memainkan peran penting dalam perkembangan preeklampsia. keberadaan protein asing, plasenta atau janin bisa membangkitkan respon imunologis lanjut.

e. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda adalah kehamilan dimana lebih dari satu janin berkembang. Wanita dengan kondisi kehamilan ganda memiliki plasenta besar yang mengakibatkan penurunan perfusi plasenta. Kelebihan jaringan plasenta tidak dapat perfusi yang memadai dibandingkan dengan wanita dengan kehamilan tunggal yang menyebabkan ibu dan janin berkontribusi terhadap risiko preeklampsia/eklampsia. Proporsi wanita yang telah memiliki kehamilan kembar antara pasien preeklampsia (6,8%) secara signifikan lebih tinggi daripada di wanita tanpa preeklampsia (1,0%).

Hasil penelitian Al-Tairi et al (2017) menunjukkan bahwa seorang wanita dengan kehamilan kembar memiliki 7.44 risiko lebih tinggi untuk mengembangkan preeklampsia dibandingkan yang memiliki bayi tunggal.

f. Hipertensi kronik

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang- kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Preeklampsia pada hipertensi kronik yaitu preeklampsia yang terjadi pada perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil. Angka kejadian Preeklampsia akan meningkat pada hipertensi kronik, karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan. Hipertensi yang mendasari chorionic didiagnosis pada wanita dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg sebelum kehamilan atau sebelum 20 minggu gestasi, atau keduanya.

C. Epidemiologi

Masalah maternal merupakan masalah yang kompleks, meliputi hal-hal non teknis seperti pendidikan dan status wanita. Menurut data WHO, hipertensi dalam kehamilan menyebabkan 16% kematian pada ibu di negara berkembang, 9% kematian di Asia dan Afrika, serta 26% di Amerika Latin dan Karibia. Sebanyak 63.000 kematian pada ibu hamil di seluruh dunia berkaitan dengan preeklamsia dan eklamsia. Indonesia sendiri masih menjadi salah satu negara dengan Angka Kematian Ibu (AKI) yang tinggi dan menduduki peringkat ketiga di ASEAN (*Association of Southeast Asian Nations*). Preeklamsia dan eklamsia merupakan salah satu penyebab kematian utama pada ibu, selain pendarahan dan infeksi. Di Jawa Timur, penyebab utama kematian pada ibu karena preeklamsia, eklamsia dan prevalensinya meningkat di tahun 2016–2019.

D. Pengambilan Keputusan

Definisi

Proses pengambilan keputusan merupakan bagian dasar dan integral dalam praktik suatu profesi dan keberadaannya sangat penting karena akan menentukan tindakan selanjutnya. Menurut George R.Terry, pengambilan keputusan adalah memilih alternatif yang ada.

Teori-teori Pengambilan Keputusan

1. Teori Utilitarisme Ketika keputusan diambil, memaksimalkan kesenangan, meminimalkan ketidaksenangan.
2. Teori Deontologi Menurut Immanuel Kant : sesuatu dikatakan baik bila bertindak baik. Contoh bila berjanji ditepati, bila pinjam harus dikembalikan.
3. Teori Hedonisme Menurut Aristippos, sesuai kodratnya, setiap manusia mencari kesenangan dan menghindari ketidaksenangan.
4. Teori Eudemonisme Menurut Filsuf Yunani Aristoteles, bahwa dalam setiap kegiatannya manusia mengejar suatu tujuan, ingin mencapai sesuatu yang baik bagi kita.

Langkah-langkah Dalam Pengambilan Keputusan



Gambar 6.1 Langkah-langkah Dalam Pengambilan Keputusan

Tugas

1. Buatlah makalah yang berhubungan dengan asuhan kebidanan pada kasus kompleks
2. Penyuluhan untuk ibu hamil, dan bersalin

Latihan Soal

1. Seorang perempuan usia 25 tahun, telah melahirkan anak pertama di BPM pada pukul 10.45 WIB, plasenta belum lahir, tampak semburan darah tiba tiba, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, dan hasil palpasi tidak ada bayi kedua.15 menit kemudian bidan melakukan PTT kembali, hasilnya belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta.
Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut...
 - A. Rujuk
 - B. Pasang infus
 - C. Lakukan manual plasenta
 - D. Lakukan PTT
 - E. Suntikkan oksitosin kedua 10 IU
2. 30 menit kemudian bidan kembali melakukan PTT, hasilnya belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Apakah diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus tersebut...
 - A. P1A0 partus kala III dengan retensio placenta
 - B. P1A0 partus kala III dengan placenta manual
 - C. P1A0 partus kala III dengan atonia uteri
 - D. P1A0 partus kala III dengan HPP
 - E. P1A0 partus kala III

3. Diagnosa potensial yang dapat terjadi pada kasus diatas adalah...
 - A. Atonia uteri
 - B. Ruptur uteri
 - C. Kematian
 - D. HPP
 - E. Inversio uteri

4. Tindakan yang tepat pada kasus diatas adalah...
 - A. Plasenta manual
 - B. Kuretase
 - C. KBI
 - D. KBE
 - E. Menunggu 15 menit lagi

5. Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari tindakan tersebut...
 - A. Inversio uteri
 - B. Perforasi uterus
 - C. Infeksi
 - D. Perdarahan
 - E. Semua jawaban benar

BAB 7.

MEMAHAMI, MENJELASKAN DAN MENYAMPAIKAN TENTANG KOMUNIKASI PADA PEREMPUAN DENGAN DISABILITAS

Ditulis Oleh: Diani Magasida, S.Si.T., M.Keb.

Deskripsi

Komunikasi pada perempuan dengan disabilitas adalah salah satu topik bahasan pada mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks yang menekankan pada pembelajaran komunikasi efektif pada pasien kegawatdaruratan dengan kondisi rentan sehingga menjadikan ia sebagai pasien kasus kompleks.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini mahasiswa:

1. Mampu berkomunikasi dengan Perempuan penyandang disabilitas fisik maupun mental.
2. Mampu memahami, menjelaskan dan menyampaikan keadaan buruk, pilihan, *informed consent* dan pemberian informasi pada kasus kompleks yang dialami perempuan penyandang disabilitas.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Pada materi BAB VII ini akan dibahas dua sub judul, yaitu:

1. Komunikasi pada Perempuan dengan disabilitas (fisik maupun mental).
2. Menyampaikan keadaan buruk, pilihan, informed consent dan pemberian informasi pada kasus kompleks yang dialami Perempuan penyandang disabilitas.

Uraian Materi

A. Latar belakang

Penyandang disabilitas di seluruh dunia mencapai 15%. 1 dari 5 perempuan di dunia merupakan penyandang disabilitas. Survei memperkirakan bahwa prevalensi disabilitas di kalangan perempuan 60% lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Dari semua tingkatan usia, 46% diantaranya adalah lansia di atas usia 60 tahun (Matin *et al.*, 2021; United Nations, 2022).

Penyandang disabilitas di Indonesia saat ini berjumlah 22,97 juta jiwa atau sekitar 8,5% dari jumlah keseluruhan penduduk Indonesia. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2020, penduduk Indonesia berjumlah 270,20 juta jiwa (Badan Pusat Statistik Kementerian Dalam Negeri, 2021; Kemenko PMK, 2023).

Proporsi penduduk dengan kondisi difabel meningkat karena bertambahnya populasi lansia, meningkatnya beban penyakit kronis, perubahan pola makan, peningkatan penggunaan narkoba dan banyaknya bencana alam. Meningkatnya dampak konflik bersenjata terhadap penduduk sipil juga berdampak pada prevalensi disabilitas dalam beberapa dekade terakhir (Casebolt, 2020).

Dalam upaya penghormatan hak-hak disabilitas, PBB telah merumuskan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) sebagai komitmen bersama untuk mewujudkan pembangunan inklusif ramah disabilitas. Indonesia meratifikasi konversi poin-poin CRPD tersebut dalam bentuk undang-undang nomor 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Undang-undang ini merupakan landasan hukum yang berisikan penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak penyandang disabilitas. Tiga tahun setelahnya, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 70 Tahun 2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak penyandang Disabilitas (Yulaswati *et al.*, 2021).

Masalah komunikasi merupakan tantangan bagi praktisi kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas. Sebuah survei skala nasional yang dilakukan di *Massachusetts General Hospital (MGH)* Amerika Serikat menyebutkan bahwa kaum penyandang disabilitas mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan petugas medis dibanding orang non-disabilitas. Hambatan yang dialami termasuk salah satunya kegagalan petugas untuk memahami preferensi pasien atau keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan yang tepat. (Agaronnik *et al.*, 2018).

Undang-Undang Penyandang Disabilitas Amerika (ADA) menjamin komunikasi yang efektif dengan penyandang disabilitas, meskipun tidak mewajibkan adanya modalitas komunikasi khusus. Sebaliknya, ADA mewajibkan bahwa preferensi pasien diprioritaskan ketika memilih di antara pilihan komunikasi, seperti bahasa isyarat, penerjemah akses komunikasi *real-time*, alat bantu bantu untuk orang dengan gangguan pendengaran, penyandang disabilitas yang mampu membaca tulisan braille dan berbagai teknik untuk

berkomunikasi dengan penyandang disabilitas intelektual. (Agaronnik *et al.*, 2018).

Di Indonesia sendiri, komunikasi dengan penyandang disabilitas diatur dalam UU No 8 Tahun 2016 Pasal 12, yaitu, Hak Kesehatan untuk Penyandang Disabilitas meliputi hak memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan Kesehatan. Pasal 24, yaitu, Hak Berekspresi, Berkomunikasi dan Memperoleh Informasi untuk Penyandang Disabilitas meliputi hak memiliki kebebasan berekspresi dan berpendapat, mendapatkan informasi dan berkomunikasi melalui media yang mudah diakses, menggunakan dan memperoleh fasilitas informasi dan komunikasi berupa bahasa isyarat, braille dan komunikasi augmentatif dalam interaksi resmi (DPR RI, 2016).

B. Definisi Disabilitas

Penyandang disabilitas adalah kelompok yang beragam, yang mempunyai kelainan yang berbeda-beda dan bervariasi identitas (misalnya, sebagai perempuan, masyarakat adat orang, dewasa muda, atau anak-anak). Penyandang disabilitas adalah orang-orang yang mempunyai gangguan sensorik, fisik, psiko-sosial, intelektual, atau gangguan lain dalam jangka waktu lama yang jika dihadapkan pada berbagai hambatan, dapat menghambat partisipasi mereka secara penuh dan efektif dalam masyarakat atas dasar kesetaraan dengan orang lain (United Nations, 2022).

Pasal 1 angka 1 UU Penyandang Disabilitas menjelaskan bahwa Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak (Widjaja, Wijayanti and Yulistyaputri, 2020).

C. Ragam Disabilitas

Jika seseorang menyangdang disabilitas, artinya ia menderita kondisi pikiran atau tubuh yang menyulitkannya untuk berkomunikasi secara efektif dengan orang lain atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari dengan cara yang sama seperti orang lain. Ini berarti bahwa kehidupan mereka, dalam beberapa hal, terbatas. Secara umum, kondisi disabilitas dikategorikan menjadi 4 jenis, yaitu :

Disabilitas Mental

Disabilitas mental adalah salah satu jenis gangguan perilaku, hal tersebut diakibatkan karena emosi penyintas sering mempengaruhi tindakannya. Gangguan perilaku dapat mengganggu dan jika tidak didiagnosis pada masa kanak-kanak, hal ini dapat berdampak pada kemampuan seseorang untuk mempertahankan pekerjaan dan mempertahankan hubungan. Gangguan perilaku meliputi gangguan kecemasan, gangguan disosiatif, perilaku mengganggu atau impulsif dan gangguan perkembangan pervasif. (Evie Lee, 2022).

Penderita disabilitas mental juga kesulitan mengendalikan emosi dan sering kali merasa tidak bahagia dalam hidupnya. Artinya, mereka sering bertindak tidak pantas dalam keadaan normal, atau menderita perasaan takut atau cemas, terutama yang berkaitan dengan masalah pribadi.

Disabilitas Sensorik

Jenis disabilitas ini cukup jelas karena berkaitan dengan indera, yaitu pendengaran, penciuman, pengecapan, sentuhan dan penglihatan. Jika seseorang mengalami disabilitas sensorik, artinya inderanya tidak lagi berada pada tingkat yang biasa dialami orang lain. Misalnya, jika seseorang menderita gangguan penglihatan, ini berarti ia perlu memakai kacamata untuk meningkatkan kemampuan penglihatan. Namun, ada juga gangguan penglihatan yang lebih serius, karena beberapa orang tidak dapat melihat sama

sekali atau mengalami kebutaan. Jenis-jenis disabilitas sensorik:

1. Disabilitas Sensorik Penglihatan/Tunanetra:

Kondisi ini terbagi dua, yaitu *Low vision* dan buta total. Pada penderita *low vision*, mereka memiliki keterbatasan ketajaman penglihatan dan kadang menderita buta warna. Penderita *low vision* berbeda dengan penderita buta total. Penderita buta total sama sekali tidak bisa melihat sehingga dalam beraktivitas, mereka menggunakan alat bantu seperti tongkat atau anjing pemandu. Penyebab disabilitas sensorik penglihatan diantaranya, katarak, degenerasi makula karena penambahan usia, glaucoma dan trachoma.

2. Disabilitas Sensorik Pendengaran/Tunarungu

Penderita tunarungu bisa dikategorikan tunarungu total dan gangguan pendengaran. Penyebab tunarungu diakibatkan oleh beberapa hal, diantaranya :

- a. Rubella pada ibu, sifilis maupun infeksi lainnya selama masa kehamilan
- b. Berat badan lahir rendah
- c. Asfiksia lahir
- d. Penggunaan obat-obatan yang tidak tepat selama kehamilan, seperti aminoglikosida, obat antimalaria, dan diuretik (RUTGERS School of Arts and Sciences, 2023)

3. Disabilitas Fisik

Disabilitas fisik adalah suatu kondisi yang mempengaruhi kemampuan fisik, stamina, mobilitas, dan kemampuan seseorang untuk bergerak dan menggunakan anggota gerak (tangan dan kaki) (Evie Lee, 2022).

Disabilitas fisik menunjukkan adanya keterbatasan yang menghambat fungsi fisik satu atau lebih anggota tubuh seseorang. Kondisi ini bisa bersifat sementara atau bahkan permanen. Penyebab penyakit semacam ini bermacam-macam. Siapa pun dapat mengalaminya melalui kecelakaan,

cedera, penyakit pasca operasi ataupun faktor keturunan. Ada banyak disabilitas fisik yang terlihat jelas, seperti cerebral palsy, gangguan pernafasan, cedera sumsum tulang belakang, sklerosis ganda, gangguan penglihatan dan masih banyak disabilitas fisik lainnya. Namun ada kondisi dimana kecacatan fisik ini tidak terlihat secara langsung, seperti epilepsi. Kondisi ini hanya bisa diketahui saat penderita tampak kejang disertai tanda gejala lainnya yang mengarah kepada kondisi epilepsi. (Evie Lee, 2022; RUTGERS School of Arts and Sciences, 2023).

4. Disabilitas Developmental/Gangguan Perkembangan

Disabilitas perkembangan adalah sekelompok kondisi kronis yang disebabkan oleh gangguan pada bidang fisik, pembelajaran, bahasa dan perilaku. Biasanya terjadi pada masa perkembangan dan timbul sebelum masa dewasa. Berdasarkan temuan ilmiah tersebut, kelainan perkembangan dapat dideteksi sejak dini namun akan bertahan seumur hidup. (RUTGERS School of Arts and Sciences, 2023). Beberapa contoh disabilitas perkembangan:

- a. Autisme
- b. Gangguan perilaku
- c. *Sindrom Down*
- d. *Fetal Alcohol Syndrome*
- e. Cacat intelektual

Kondisi disabilitas ini mempengaruhi kemampuan seseorang untuk belajar, memengaruhi bahasanya atau memicu kesulitan perilaku dalam dirinya. Hal ini dapat berdampak pada perawatan diri, pembelajaran, mobilitas, pengarahan diri sendiri, kemandirian ekonomi, bahasa reseptif dan ekspresif, serta kehidupan mandiri. Kondisi seperti ini bisa berkembang sejak masa kanak-kanak hingga usia 22 tahun. (Evie Lee, 2022).

D. Masalah Reproduksi pada Perempuan Penyandang Disabilitas

Akses terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi atau *Sexual Reproductive Health (SRH)* telah meningkat secara global, namun banyak sekali penyandang disabilitas yang menerima diskriminasi reproduksi. Jika ditinjau dari sudut pandang disabilitas dan gender, pelanggaran terhadap hak reproduksi pada perempuan penyandang disabilitas masih sangat parah, mulai dari sterilisasi yang dipaksakan, kekerasan berbasis gender hingga kurangnya akses terhadap layanan dan informasi dasar kesehatan reproduksi. (Mac-seing *et al.*, 2020).

Masalah lain yang dialami penyandang disabilitas ini yakni diskriminasi oleh penyedia layanan kesehatan dan masyarakat. Tidak semua fasilitas kesehatan bisa diakses oleh penyandang disabilitas sehingga mengakibatkan terbatasnya akses mereka ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Hak-hak pelayanan kesehatan reproduksi mereka tidak diprioritaskan oleh sistem pelayanan kesehatan. Disamping itu, dalam bermasyarakat, mereka dianggap tidak memiliki kemampuan dalam hal-hal dasar reproduksi seperti berhubungan seksual (aseksual) atau bahkan dianggap hiperseksual, tidak mampu bereproduksi. Meskipun terdapat bukti, bahwa pada kenyataannya, mereka tidak hanya aktif secara seksual tetapi juga cenderung aktif melakukan hubungan seks yang tidak aman. (Casebolt, 2020; Mac-seing *et al.*, 2020).

Wanita yang tinggal di negara-negara berkembang mengalami komplikasi yang lebih kompleks karena mereka sering dihadapkan pada rendahnya kewenangan pengambilan keputusan tentang pelayanan kesehatan, kekerasan berbasis gender dan kurangnya kemandirian ekonomi. Sebagai penyandang disabilitas, mereka dianggap

tidak mampu memenuhi peran gender ini sebagaimana perempuan dengan non-disabilitas. (Casebolt, 2020).

Pada perempuan penyandang disabilitas, seringkali mereka dihadapkan pada penolakan untuk menjadi ibu dengan tidak diperbolehkan memiliki pasangan dan melakukan kegiatan reproduksi. Hal ini juga disebabkan karena keputusan mengenai hak menjadi orang tua bagi penyandang disabilitas yang dilakukan pada masa pubertas sebagai bagian dari serangkaian tindakan proteksionis. Bentuk tindakan ini yakni keluarga, pengasuh dan institusi lain melakukan infantilisasi terhadap perempuan penyandang disabilitas dan tidak memberikan pengakuan terhadap perkembangan seksualitas mereka. (Sexual Right Initiative Org., 2018)

Inti dari seksualitas dan hak-hak seksual adalah pertanyaan tentang otonomi dan hak untuk memutuskan tubuh dan kehidupannya sendiri. Stigma terhadap penyandang disabilitas dan seksualitasnya berdampak pada pengingkaran terhadap aspek penting kehidupan penyandang disabilitas. Hal ini menjadi lebih buruk bagi perempuan penyandang disabilitas yang hak-hak seksualnya sering kali dianggap berlebihan, dan bahkan tidak menjadi isu sama sekali. Diskusi seputar seksualitas perempuan penyandang disabilitas sering kali bersifat negatif, dan berkisar pada penghentian orang yang “abnormal” untuk mendapatkan pengalaman seks dan keintiman yang “normal”. (Sexual Right Initiative Org., 2018).

Kesehatan penyandang tunarungu biasanya lebih buruk meskipun gaya hidup mereka lebih sehat. Hal ini diakibatkan karena kurangnya informasi kesehatan yang dapat diakses dan miskomunikasi dengan tenaga kesehatan. Masalah kesehatan yang terjadi dengan disabilitas ganda (tuna rungu dan mental) mempengaruhi satu dari dua orang penyandang

tunarungu dan kejadiannya dua kali lipat dari populasi umum. (Zuliyati *et al.*, 2021).

Pada Perempuan penyandang disabilitas intelektual, masalah yang dialami lebih kompleks. Orang-orang di sekitar mereka cenderung melakukan tindakan protektif yang pada kenyataannya malah mengakibatkan pelanggaran privasi. Stigma sebagai penyandang disabilitas pada perempuan dengan disabilitas intelektual memberikan tekanan secara individual sehingga memaksa mereka untuk berusaha melakukan hal-hal normal seperti memiliki hubungan dengan lawan jenis, hamil dan melahirkan di antara keterbatasan akses mereka terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi. (Nelson *et al.*, 2020)

Terdapat beberapa faktor lain yang mempengaruhi masalah reproduksi pada perempuan penyandang disabilitas, yaitu, rendahnya pengetahuan, keterbatasan informasi dan ketidakjelasan informasi yang membatasi akses terhadap pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa staf pelayanan kesehatan tidak memberikan penjelasan yang memadai tentang prosedur persetujuan tindakan medis. Hal ini akan berakibat buruk bagi penyandang disabilitas intelektual, mereka rentan mengalami kesulitan dalam mengingat percakapannya dengan penyedia layanan kesehatan. Masalah ini akan menyebabkan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tidak maksimal. (Matin *et al.*, 2021).

E. Penanganan Masalah Reproduksi pada Perempuan Penyandang Disabilitas

UNESCO-Indonesia menyebutkan beberapa penanganan permasalahan yang timbul akibat masalah reproduksi pada Perempuan Penyandang Disabilitas, diantaranya yaitu:

Perlunya Akses Layanan Kesehatan Menyeluruh/Inklusif

Penyediaan layanan kesehatan yang menyeluruh bagi penyandang disabilitas harus dipenuhi secara bertahap dan ini merupakan tanggung jawab negara. Implementasi layanan kesehatan yang menyeluruh memberikan kesempatan bagi seluruh warga negara termasuk penyandang disabilitas untuk mendapatkan layanan kesehatan yang terjangkau secara fisik dan ekonomi, akses informasi terjangkau, bersifat nondiskriminasi, tersedia dengan memadai, berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan penyandang disabilitas (Purwaningsih *et al.*, 2022).

Perlunya Cakupan Jaminan Kesehatan yang Inklusif

Cakupan menyeluruh dalam jaminan kesehatan berarti bahwa orang menerima layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan dari segi materi. Hal ini mencakup sepenuhnya layanan kesehatan yang penting dan berkualitas, mulai dari promosi kesehatan sampai pencegahan, pengobatan, rehabilitasi dan perawatan paliatif sepanjang hidup. Penyandang disabilitas memiliki kebutuhan yang lebih besar untuk layanan kesehatan umum, layanan rehabilitasi, dan spesialis terkait dengan ragam disabilitasnya (Purwaningsih *et al.*, 2022)

Perlunya Alat Bantu Adaptif yang Terjangkau

Alat bantu sangat penting bagi penyandang disabilitas dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. Namun sayangnya, alat bantu ini masih dianggap peralatan medis sehingga konsep tersebut menyulitkan para penyandang disabilitas untuk mendapatkannya dengan harga murah dan mudah (Purwaningsih *et al.*, 2022).

Perlunya Data yang Akurat

Data akurat mengenai penyandang disabilitas menjadi sangat krusial untuk mengetahui besaran, kebutuhan, dan

kondisi faktual mereka. Selain itu, data menjadi sumber penting dalam perumusan, implementasi dan evaluasi program pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas, termasuk dalam hal pelayanan kesehatan. Program-program pelayanan kesehatan membutuhkan data dasar yang valid agar tepat sasaran. (Purwaningsih *et al.*, 2022)

F. Komunikasi dengan Perempuan Penyandang Disabilitas

Sebelum melakukan tindakan, petugas harus bertanya dahulu apakah mereka membutuhkan bantuan atau tidak, jangan mengasumsikan berdasarkan apa yang terlihat pada kondisi disabilitas mereka dan tetap berikan rasa hormat saat berinteraksi dengan mereka.

Berikut adalah bentuk komunikasi dan interaksi yang bisa dilakukan petugas saat menghadapi penyandang disabilitas dengan ragam disabilitasnya.

Disabilitas Sensorik

1. Penyediaan media konseling, terutama untuk pasien tunarungu disediakan dalam bentuk *audio-visual* yang dilengkapi *caption* atau dibantu dengan media peraga
2. Pemberian konseling bagi pasien tunanetra dibantu dengan menggunakan alat peraga yang dapat memvisualisasi informasi.
3. Pemberian konseling bagi klien dengan disabilitas rungu-wicara dilakukan dengan artikulasi, ritme bicara yang mudah tidak terlalu cepat serta tidak memakai masker. Apabila tidak memungkinkan, maka konseling dilakukan kepada pendamping untuk selanjutnya disampaikan kepada klien.
4. Bagi klien penyandang disabilitas netra, pemberian informasi harus dilakukan setiap kali petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan yang berkontak langsung dengan tubuh pasien. Sebelum melakukan pemeriksaan

dan tindakan, petugas kesehatan menjelaskan dengan detail mengenai langkah-langkah dan proses pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Disabilitas Fisik

1. Fokus pada pasien, bukan kondisi difabelnya
2. Jika menawarkan bantuan, lakukan dengan hormat dan tanyakan kebutuhannya
3. Setelah bertanya untuk memberikan bantuan, tunggulah respon klien. Mereka belum tentu membutuhkan bantuan, sehingga sangat mungkin bagi mereka mengatakan tidak saat ditawari bantuan.
4. Jika pasien adalah pengguna kursi roda, posisikan mata sejajar dengan mata klien. Duduk, jongkok atau berlutut sebagai bentuk rasa hormat.
5. Hindari bersandar pada kursi roda seseorang. Ingatlah bahwa pengguna kursi roda menganggap kursi roda mereka adalah bagian dari tubuh. (Zuliyati *et al.*, 2021).

Disabilitas Intelektual dan atau Mental

1. Bicara dengan tenang, jelas dan volume sedang.
2. Bicara dengan ungkapan yang mudah dipahami.
3. Bicara sewajarnya dan hindari kalimat yang rumit dan panjang.
4. Berikan informasi secara bertahap. Menggunakan alat bantu audio atau visual akan membantu mempermudah pemahaman klien.
5. Tunjukkanlah cara untuk melakukan sesuatu.
6. Tataplah wajah klien saat berkomunikasi dan jangan melihat klien dengan tatapan heran dan tidak wajar.
7. Dengarkan apa yang klien inginkan sebelum memberi penjelasan. Tunjukkan pada klien bahwa Anda tertarik dengan apa yang klien sampaikan.
8. Menerima kebiasaan klien yang dianggap tidak biasa.

9. Minta saran pada keluarga atau pendamping klien jika ada yang kurang dimengerti.

G. Menyampaikan Keadaan Buruk, Pilihan, *Informed Consent* dan Pemberian Informasi pada Kasus Kompleks yang dialami Perempuan Penyandang Disabilitas

Pelayanan kebidanan dalam kasus kompleks yaitu asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu dan bayi dengan berbagai permasalahan khusus yang berkaitan dengan kesehatan fisik, mental maupun sosial. Contohnya ibu hamil yang penyandang disabilitas, ibu dengan bayi yang memiliki disabilitas, kasus pada kehamilan tidak diinginkan, pemerkosaan, KDRT dan lainnya (Zuliyati *et al.*, 2021).

Dalam melakukan pelayanan, petugas tetap harus melakukan tahapan-tahapan yang sama saat memberikan pelayanan kepada non disabilitas, salah satunya yaitu memberikan *Informed consent*. *Informed consent* dalam kaitannya dengan penanganan pasien penyandang disabilitas, memiliki arti penting yaitu untuk menghargai hak-hak dasar pasien (Jayarendra and Indrawati, 2020).

Informed Consent berlaku untuk semua penyandang disabilitas, meskipun itu adalah disabilitas mental atau intelektual. Pada level disabilitas intelektual dan mental ringan, terkadang penyandang disabilitas ini dapat memberikan persetujuannya. Namun, pada kasus yang memerlukan tindakan untuk penanganan kondisi berisiko tinggi, tenaga kesehatan harus memastikan bahwa persetujuan tindakan diberikan oleh pendamping dari keluarga terdekat. Setelah disetujui oleh keluarga pasien, maka petugas kesehatan akan melakukan pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017; Jayarendra and Indrawati, 2020)

Dalam konseling dan edukasi, pada tingkatan disabilitas yang tidak terlalu berat, edukasi bisa melibatkan penyandang disabilitas itu sendiri untuk membuat keputusan, supaya mereka memiliki kesempatan untuk melatih pembuatan keputusan untuk dirinya sendiri.

Konseling tentang seksual dan kesehatan reproduksi selain dilakukan kepada klien juga dilakukan kepada keluarga. Tenaga kesehatan harus memastikan bahwa keluarga memahami penjelasan yang diberikan dan menghargai setiap keputusan yang dibuat oleh penyandang disabilitas.

Pada penyandang disabilitas yang aktif secara seksual, tenaga medis diharapkan dapat membantu terutama penyandang disabilitas mental atau intelektual untuk memilih metode kontrasepsi yang diinginkannya dan melibatkan keluarga untuk keberhasilannya. Begitu pula jika penyandang disabilitas memutuskan untuk hamil, melahirkan dan membesarkan anak, maka petugas kesehatan harus mendampingi selama prosesnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Tugas

1. Buatlah beberapa kelompok di kelas!
2. Satu kelompok terdiri dari 4 orang yang terdiri dari 2 petugas medis, perempuan penyandang disabilitas, pendamping pasien
3. Pilihlah salah satu dari 4 ragam disabilitas beserta dengan permasalahan yang dialami!
4. Lakukan permainan peran sesuai dengan kondisi kasus kompleks yang sudah di setting oleh dosen pengampu!
5. Lakukan bergantian dengan kelompok lain di kelas!

Latihan Soal

1. Seorang perempuan 25 tahun G1P0A0 bersalin di puskesmas ditolong bidan. Hasil anamnesis ibu mengeluh mulas, disampaikan dengan bahasa isyarat karena ibu tidak dapat berbicara. Hasil PD: pembukaan 6 cm, teraba bokong pada vulva, HIS 4x10'45", ketuban (-). Kondisi apa yang sedang dialami ibu saat ini?
 - A. Ibu dengan disabilitas netra G1P0A0 persalinan normal presentasi bokong
 - B. Ibu dengan disabilitas daksa G1P0A0 persalinan normal presentasi bokong
 - C. Ibu dengan disabilitas rungu G1P0A0 persalinan normal presentasi bokong
 - D. Ibu dengan disabilitas ganda G1P0A0 persalinan normal presentasi bokong
 - E. Ibu dengan disabilitas wicara G1P0A0 persalinan normal presentasi bokong

2. Perempuan, umur 13 tahun datang ke puskesmas bersama ibunya, pasien mengeluh sakit perut bagian bawah. Saat dilakukan anamnesis pasien tidak fokus, melantur dan tidak bisa diajak berkomunikasi, namun ibu pasien mengatakan terdapat bercak pada celana dalam klien dan baru pertama kali terjadi . Hasil pemeriksaan: TD: 110/90 mmHg, S: 36,5°C, klien mengalami menarch. Bagaimana konseling yang dilakukan petugas kesehatan berkenaan dengan kondisi klien saat ini?
 - A. Petugas melakukan konseling kepada ibu klien
 - B. Petugas melakukan konseling langsung kepada klien
 - C. Petugas meminta bantuan petugas kesehatan lain untuk melakukan konseling
 - D. Petugas tidak melakukan konseling karena menarch merupakan hal fisiologis
 - E. Petugas memosisikan mata sejajar dengan mata klien baru kemudian melakukan konseling

3. Perempuan, umur 23 tahun datang ke di TPMB dalam kondisi hamil besar didampingi suami. Hasil anamnesis: ini merupakan kehamilan kedua, kehamilan pertama keguguran setelah ibu mengalami kecelakaan lalu lintas yang membuatnya kehilangan janin begitu juga kedua kakinya. Hasil pemeriksaan: TD: 100/70 mmHg, N: 85 x/menit, S: 36°C, P: 25 x/menit, DJJ: 120 x/menit. Bagaimana cara berkomunikasi dengan ibu hamil penyandang disabilitas tersebut?
- Petugas berada sejajar dengan pasien
 - Petugas memindahkan ibu ke bed pasien
 - Petugas sejajar dengan pendamping pasien
 - Petugas menyandarkan tubuh ke kursi roda pasien
 - Petugas berada di belakang meja sementara pasien berada di kursi roda
4. Perempuan umur 28 tahun G2P1A0 datang ke TPMB didampingi suami. Hasil anamnesis: ibu dan suami merasa khawatir dengan kondisi janinnya karena anak pertama mengalami kecacatan. Suami mengatakan ibu adalah pemabuk berat dan sering meminum khamer sejak kehamilan pertama hingga kehamilan saat ini. Hasil pemeriksaan: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 37°C, P: 24 x/menit, DJJ: 130 x/menit. Kondisi kecacatan apa yang paling mungkin dialami bayi jika dilihat dari kebiasaan ibu mengkonsumsi alkohol selama kehamilan?
- Autisme
 - Tunanetra
 - Tunarungu
 - Down Syndrome
 - Fetal Alcoholic Syndrome

5. Perempuan, umur 24 tahun, P1A0 bersalin di rumah sakit didampingi suami dan keluarga. Hasil anamnesis: keluarga mengatakan bahwa ibu dan suami adalah penderita disabilitas intelektual, namun masih bisa memahami beberapa instruksi. Karena kondisi inilah, mereka memerlukan bantuan untuk pergi ke fasyankes dan membesarkan anak. Ibu dan suami menginginkan penundaan untuk kehamilan berikutnya. Bagaimana tindakan yang tepat dilakukan petugas jika dilihat dari kondisi pasangan disabilitas tersebut?
- A. Memberikan konseling KB kepada ibu dan suami
 - B. Memberikan pilihan untuk tidak menunda kehamilan
 - C. Memberikan konseling KB kepada keluarga ibu dan suami
 - D. Memberikan konseling KB kepada ibu dan suami dengan didampingi keluarga
 - E. Menyarankan untuk sterilisasi karena kondisi difabel yang dialami pasangan ini

BAB 8.

MEMAHAMI PENGKAJIAN ASUHAN DENGAN KEBUTUHAN KOMPLEKS MELIPUTI PENGKAJIAN FAKTOR RISIKO DAN SOSIAL YANG BERKONTRIBUSI PADA KONDISI IBU YANG BURUK

Ditulis Oleh: Bdn. Nunung Nurjanah, SST., M.Keb.

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari kuliah pada tatanan asuhan kebidanan kasus kompleks. Kegawatdaruratan maternal neonatal merupakan kondisi kesehatan yang mengancam jiwa.

Asuhan kebidanan dengan kebutuhan kompleks diantaranya Kegawatdaruratan maternal merupakan kondisi kesehatan yang mengancam jiwa, yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan serta kelahiran. Kasus ini termasuk kasus obstetri yang jika tidak segera ditangani akan berakibat kematian pada ibu dan janinnya.

Kemajuan IPTEKS dalam segala bidang berpengaruh meningkatnya kritis masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan terutama pelayanan kebidanan. Bidan sebagai profesi yang terus berkembang, diharapkan dapat mempertahankan profesionalitasnya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, memiliki kompetensi klinis (*midwifery skills*), sosial budaya untuk menganalisa, melakukan pemberdayaan dan inovasi untuk meningkatkan kesejahteraan perempuan, keluarga dan masyarakat (Emmett Grames, 2020). Pokok bahasan dalam mata kuliah ini adalah Pengkajian asuhan dengan kebutuhan kompleks meliputi pengkajian faktor risiko dan sosial yang berkontribusi pada kondisi ibu yang buruk.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan pengkajian asuhan dengan kebutuhan kompleks meliputi pengkajian faktor risiko dan sosial yang berkontribusi pada kondisi ibu yang buruk.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menjelaskan Profesionalisme dalam kasus kompleks.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Isu etik dan legal yang berhubungan dengan kondisi kompleks.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan komunikasi pada perempuan dengan disabilitas (fisik maupun mental), menyampaikan keadaan buruk, pilihan, informed consent dan pemberian informasi.

Uraian Materi

A. Profesionalisme Dalam Kasus Kompleks

Definisi

Kata "profesional" mengacu pada seseorang yang dikaitkan dengan karir dan memerlukan tingkat kecerdasan tertentu untuk melaksanakannya. Dari sinilah kata profesionalisme berasal. Di sisi lain, profesionalisme adalah perilaku, pengetahuan, atau atribut seorang profesional (Fitriyani, 2019).

Perilaku profesional dalam bekerja yang didasarkan pada perilaku manusia dan perilaku profesional, yaitu perilaku sederhana yang mengacu pada keterampilan, pengetahuan, dan disiplin berupa kontribusi para anggota dalam menyelesaikan pekerjaan. Keahlian adalah kemampuan untuk melakukan suatu tugas sesuai dengan bidang kompetensinya yang dicapai melalui penerapan hukum. Kode etik profesi mempunyai implikasi sosial.

Profesionalisme mengacu pada kapasitas untuk menyelesaikan pekerjaan secara konsisten dengan kualitas unggul, ketepatan waktu, perhatian terhadap detail, dan prosedur yang ramah pelanggan. Pandangan ini menekankan bahwa pelatihan profesional memerlukan pengetahuan dan keterampilan khusus yang dikembangkan melalui pendidikan dan pelatihan sebagai cara untuk meningkatkan kompetensi diri.

Karena mereka kompeten, terampil, berpengetahuan, akuntabel, teliti, disiplin, dan serius dalam pekerjaannya, para profesional adalah individu yang dapat diandalkan dan dapat dipercaya. Oleh karena itu, profesionalisme identik dengan bakat, kebijaksanaan, atau pendidikan, serta kemandirian (Fitriyani dkk,2019).

Profesionalisme mengacu pada kapasitas untuk menyelesaikan pekerjaan secara konsisten dengan kualitas yang sangat baik, ketepatan waktu, perhatian terhadap detail, dan prosedur yang ramah pelanggan. Teori ini menekankan bahwa pelatihan profesional memerlukan pengetahuan dan kemampuan khusus yang dikembangkan melalui pendidikan dan pelatihan sebagai sarana perbaikan (Emmett Grames, 2020).

Sebagai komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan, bidan menawarkan layanan profesionalnya baik sendiri, bekerja sama, atau melalui rujukan. (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

Perilaku Profesional pada Kasus Kompleks

Dalam kasus yang kompleks, layanan profesional digambarkan sebagai proses menawarkan layanan yang sepenuhnya sesuai dengan pengetahuan seseorang tanpa mengutamakan kepentingannya sendiri. Jadikan kepentingan klien dan kebutuhan Anda sebagai prioritas utama Anda. Di antara perilaku profesional dalam kasus-kasus kompleks adalah:

1. Introspektif
2. Lanjutkan pengembangan pribadi Anda sebagai bidan terdaftar
3. Mengembangkan dan memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan keterampilan dalam praktik kebidanan untuk meningkatkan mutu kesehatan perempuan, keluarga, dan masyarakat
4. Ambil tindakan dengan keterampilan dan dukungan dari pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan tingkat tinggi
5. Keahlian
6. Bersikaplah jujur, baik kepada orang lain maupun kepada diri Anda sendiri

7. Hindari melakukan eksperimen tanpa dukungan ilmiah. Hindari membuat klaim yang tidak beralasan. Hindari bertindak dengan cara yang dimotivasi oleh keuntungan finansial
8. Hormati etika profesional
9. Mengakui batas-batas pengetahuan; dan saya. Kenali hukum yang membatasi wewenang mereka

Indikator Profesionalisme Bidan Dalam Kasus Kompleks

1. Membantu Masyarakat dengan Pelayanan Khusus atau Spesialis

Sebagai komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan, bidan menawarkan layanan profesionalnya baik sendiri, bekerja sama, atau melalui rujukan. Untuk memastikan bidan dapat memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat, penting bagi mereka untuk mengetahui apa yang bisa dan tidak bisa mereka lakukan. Mereka juga harus berusaha menjadi lebih baik dalam pekerjaannya, mengikuti apa yang perlu mereka ketahui, dan belajar tentang hal-hal baru dalam sains dan teknologi.

Bidan mengumpulkan semua informasi penting tentang kesehatan pasien atau klien dengan berbicara kepada mereka, melakukan pemeriksaan fisik, dan melihat hasil tes. Mereka melihat semua aspek kesehatan seseorang, seperti tubuh, pikiran, jiwa, dan budaya. Informasi ini membantu mereka mengetahui apa yang mungkin salah dan bagaimana cara membantu. Beberapa informasi yang mereka kumpulkan didasarkan pada fakta yang dapat mereka lihat atau ukur, seperti hasil tes. Informasi lainnya didasarkan pada apa yang dikatakan orang tersebut, seperti masalah kesehatan masa lalunya atau perasaannya.

2. Pendidikan Berkelanjutan

Pendidikan formal dan nonformal membantu siswa mempelajari hal-hal penting dan menjadi manusia yang lebih baik. Ini mengajarkan mereka bagaimana bertanggung jawab dan mengikuti aturan. Di dunia sekarang ini, kita memerlukan tenaga kesehatan seperti bidan yang berpengetahuan luas, mampu menjalankan tugasnya dengan baik, dan bertindak profesional.

Setelah menjadi bidan, penting bagi mereka untuk terus belajar dan meningkatkan keterampilannya. Mereka harus bergabung dalam kelompok khusus untuk bisa membantu ibu dan bayi. Dengan menjadi lebih baik dalam pekerjaannya, mereka dapat membantu lebih banyak orang dan melakukan pekerjaan dengan sangat baik.

Dalam Standar Profesi bidan lulusan bidan mampu mengikuti pendidikan berkelanjutan/*Continuing Professional Development* (CPD).

3. Keberadaannya Diakui dan Diperlukan Oleh Masyarakat

Memastikan bidan belajar dan meningkatkan keterampilan mereka akan membuat mereka ingin melakukan pekerjaan yang lebih baik dalam membantu masyarakat. Ketika bidan melakukan tugasnya dengan baik, maka akan lebih banyak orang yang mau menggunakan jasanya. Belajar lebih banyak juga dapat membantu bidan meningkatkan kariernya. Ketika orang senang dengan pelayanan yang mereka terima, mereka lebih menghargainya dan merasa puas.

4. Mempunyai Peran dan Fungsi yang Jelas

Berdasarkan UU Kebidanan No, 4 Tahun 2019 pasal 41 Praktik Kebidanan dilakukan di:

- a. Klinik mandiri bidan
- b. Fasilitas pelayanan medis lainnya

Kegiatan kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan serta sesuai dengan kode etik, standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar operasional prosedur.

Berdasarkan UU Kebidanan Nomor 4 tahun 2019 pasal 43 yaitu Bidan yang telah menyelesaikan pendidikannya pada jenjang yang berbeda dapat bekerja di tempat yang berbeda. Orang yang berpendidikan lebih tinggi dapat bekerja di klinik bidan dan tempat lain, sedangkan orang yang berpendidikan lebih rendah hanya bisa mendapatkan pekerjaan di fasilitas kesehatan.

5. Mempunyai Kompetensi yang Jelas dan Terukur

Kompetensi keterampilan yang perlu dimiliki bidan. Ada dua jenis kompetensi: kompetensi dasar, yaitu keterampilan minimum yang harus dimiliki semua bidan, dan kompetensi lanjutan, yaitu keterampilan tambahan yang membantu bidan mengikuti perubahan masyarakat dan teknologi. Kompetensi mencakup apa yang diketahui bidan, hal-hal tambahan yang dapat mereka lakukan, dan bagaimana mereka berperilaku ketika membantu ibu hamil. (Berliana, 2021).

Kompetensi Keterampilan Klinis Dalam Praktik Kebidanan (Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks)

- a. Kompetensi Inti: Mampu menggunakan keahlian klinis dalam pemberian layanan berbasis bukti di setiap situasi di mana layanan dukungan persalinan disediakan.
- b. Lulusan kebidanan mampu membedakan kasus risiko pada neonatus, bayi baru lahir, anak kecil dan prasekolah, remaja, kehamilan, persalinan, nifas, keguguran, kehamilan tengah bulan, klimakterik, administrasi keluarga, kesejahteraan regeneratif, dan seksualitas perempuan.

- c. Melakukan skrining kelainan dan kelainan pada bayi, anak kecil, anak prasekolah, remaja, pasca keguguran, nifas, paruh baya, klimakterik, pengaturan administrasi keluarga, kesejahteraan regeneratif, dan seksualitas perempuan.
- d. Memberikan edukasi dan penyuluhan tentang hasil skrining pada bayi, anak, remaja, dan dewasa. Juga memberikan bimbingan mengenai kesehatan reproduksi, keluarga berencana, dan seksualitas perempuan.
- e. Bekerja sama dengan para ahli mengenai permasalahan yang dialami bayi, anak kecil, remaja, dan wanita. Ini termasuk masalah sebelum hamil, saat hamil, setelah kehilangan bayi, setelah melahirkan, dan saat menopause. Kami juga memberikan pelayanan keluarga berencana, kesehatan reproduksi, dan kesehatan seksual perempuan.
- f. Melaksanakan tugas memberikan perawatan segera pada bayi, anak kecil, dan ibu dalam situasi darurat sebelum dan sesudah melahirkan, serta memberikan dukungan keluarga berencana. mengacu pada situasi darurat yang melibatkan bayi baru lahir, bayi, anak kecil, ibu hamil, persalinan, perawatan nifas, asuhan pasca keguguran, dan layanan keluarga berencana yang diberikan sesuai dengan protokol yang benar.

6. Memiliki Organisasi Profesi Sebagai Wadah

Dalam bidang membantu perempuan melahirkan, faktor-faktor seperti pengaruh teman sebaya, kemampuan mengontrol pekerjaan sendiri, dan perasaan nyaman dapat membantu membangun kepercayaan. Meningkatkan rasa percaya diri sangat penting bagi bidan, dan asosiasi profesi sangat penting dalam memfasilitasi proses ini.

7. Memiliki Etika Kebidanan

Kata “etika” (ethos) merujuk pada perilaku manusia, meliputi adat istiadat, moral, sikap, perasaan, dan cara berpikir. Sederhananya, etika kebidanan membantu kita memastikan bahwa dalam kasus yang rumit, kita tidak melakukan apa pun yang dapat membahayakan orang lain. Hal ini juga membantu kita menjaga kerahasiaan informasi pribadi orang lain, dan memandu kita dalam bertindak dan berpikir ketika menghadapi suatu masalah. Selain itu, ini membantu kita membuat keputusan yang tepat dan menemukan solusi secara efektif. Masalah etika adalah tentang apa yang benar dan salah, dan mengatur hal-hal praktis berarti membuat peraturan dan mengendalikan bagaimana sesuatu dilakukan. (Bidan, 2014)

8. Memiliki Standar Praktik

Bidan dalam melaksanakan praktik asuhan kebidanan kasus kompleks diatur oleh standar praktik diantaranya:

- a. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Pelayanan Kebidanan, Bidan memberikan pelayanan komprehensif terhadap kesehatan reproduksi wanita. Mereka mempertimbangkan segala sesuatu yang dapat mempengaruhi kesejahteraan perempuan, termasuk faktor fisik, emosional, sosial, budaya, spiritual, ekonomi, dan lingkungan. Mereka menggunakan praktik berbasis bukti dan mengelola perawatan perempuan untuk mempromosikan, mencegah, dan menangani masalah kesehatan. dan membantu orang pulih dan berkembang sesuai dengan kekuatan mereka
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- c. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor hk.01.07/menkes/320/2020 tentang standar profesi bidan (Emmett Grames, 2020)

9. Memiliki Kode Etik Profesi

Kode etik profesi adalah seperangkat aturan yang harus dipatuhi oleh setiap orang dalam pekerjaan tertentu saat melakukan pekerjaannya. Bidan mengikuti serangkaian aturan dalam pekerjaannya. Aturan-aturan ini termasuk pandai dalam pekerjaannya, memiliki kekuatan untuk mengambil keputusan, dan mengambil tanggung jawab atas pekerjaannya.

Profesi bidan mempunyai kode etik yang merupakan seperangkat aturan yang berasal dari dalam maupun luar profesi. Ini adalah pernyataan yang menggambarkan bagaimana seorang bidan harus berperilaku dan menetapkan harapan terhadap pekerjaannya. Dalam kode etik profesi, bidan mempunyai pedoman penting. Mereka harus mengutamakan kebutuhan kliennya, menghormati hak-hak kliennya dan norma-norma komunitasnya. Bidan juga harus memberikan perawatan, memberikan nasihat, dan merujuk kliennya bila diperlukan. Mereka juga harus menjaga kerahasiaan informasi kliennya. Bidan harus mendukung rekan-rekannya dan profesi lainnya serta harus memiliki reputasi yang baik dan mewakili profesinya dengan baik.

Tata tertib bidan dijelaskan pada awal pedomannya. Ini mencakup tanggung jawab mereka terhadap pasien dan masyarakat, seperti merawat klien dan komunitas mereka.

- a. Setiap bidan berjanji akan melaksanakan tugasnya dengan baik dan menjalankan tugasnya dengan sungguh-sungguh.
- b. Dalam melaksanakan tugasnya, seorang bidan berupaya untuk memperlakukan semua orang dengan hormat dan mengupayakan kinerja yang optimal.
- c. Setiap bidan mempunyai tugas tertentu yang harus diselesaikan. Mereka harus memperhatikan kebutuhan masyarakat, klien, dan keluarga klien.

- d. Setiap bidan menjunjung tinggi hak kliennya, mengutamakan kebutuhannya, dan berpegang teguh pada norma setempat.
- e. Setiap bidan selalu mengutamakan kebutuhan kliennya, keluarga, dan masyarakatnya. Mereka memprioritaskan kebutuhan tersebut berdasarkan kemampuannya.
- f. Seorang bidan selalu menciptakan lingkungan yang tenang dan damai dalam menjalankan pekerjaannya, dengan mengikutsertakan masyarakat untuk membantu meningkatkan kesehatannya.

Kewajiban bidan terhadap tugasnya:

- a. Tergantung pada kualifikasinya dan kebutuhan masyarakat, setiap bidan menawarkan layanan penuh kepada pasien, keluarga, dan masyarakat.
- b. Setiap bidan berwenang berdiskusi, mengirim seseorang ke orang atau lokasi lain, dan menawarkan bantuan.
- c. Kecuali jika diperintahkan oleh pengadilan atau penting bagi kesejahteraan klien, setiap bidan wajib menjaga kerahasiaan informasi apa pun yang diungkapkan kepadanya.

Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya yaitu:

- a. bidan hendaknya membina hubungan baik dengan rekan kerja agar tercipta lingkungan kerja yang ramah dan tenteram.
- b. bidan harus memperlakukan rekan kerjanya dengan hormat dalam menjalankan tugasnya, rekan kerja dan orang lain yang bekerja di bidang kesehatan.

Kewajiban bidan terhadap profesinya yaitu :

- a. Bidan hendaknya menjunjung tinggi nama baik dan reputasi profesinya dengan menjadi insan yang berakhlak tinggi dan memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat.

- b. Bidan harus senantiasa berupaya untuk meningkatkan diri dan keterampilan profesionalnya sejalan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan
- c. Bidan harus selalu terlibat dalam penelitian dan kegiatan lain yang meningkatkan standar dan reputasi profesinya

Kewajiban bidan terhadap diri sendiri yaitu :

- a. Setiap bidan perlu menjaga kesehatannya agar dapat menjalankan tugasnya dengan baik.
- b. Setiap bidan hendaknya bekerja keras untuk terus belajar dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya berdasarkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi baru.

Kewajiban bidan terhadap pemerintah tanah air, bangsa dan tanah air adalah: Setiap bidan menaati peraturan pemerintah dalam pekerjaannya khususnya dalam pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak serta kesehatan keluarga dan masyarakat. Bidan juga menyampaikan gagasannya kepada pemerintah untuk menjadikan pelayanan kesehatan menjadi lebih baik, khususnya di bidang kesehatan ibu dan anak serta kesehatan keluarga.

10. Tanggung Jawab

Seorang bidan mempunyai tugas yang beragam dalam menangani kasus-kasus kompleks selama kehamilan, persalinan, dan setelah bayi lahir. Sebagai bidan profesional, sudah menjadi tanggung jawab mereka untuk melakukan tugasnya. Seorang bidan harus mampu menjalankan tugasnya jika dia dituntut atas perbuatannya. Akuntabilitas dapat dibagi menjadi dua bagian.

Bagian pertama disebut akuntabilitas internal dan mencakup pelaporan tentang bagaimana kekuasaan digunakan dalam suatu organisasi. Bagian kedua disebut

akuntabilitas eksternal yang berarti bertanggung jawab kepada pihak lain apabila perbuatan seseorang menimbulkan kerugian bagi dirinya. Dalam hal ini, pihak yang bertanggung jawab mungkin harus mengganti kerugian yang ditimbulkannya yang lain sedang dipertimbangkan untuk pekerjaan yang dimiliki orang tersebut saat ini.

Gagasan yang berkaitan dengan teori kewajiban hukum adalah gagasan tanggung jawab hukum. Jika seseorang secara hukum bertanggung jawab atas sesuatu, itu berarti dia mungkin mendapat masalah karena melakukan hal sebaliknya. Ada dua jenis tanggung jawab dalam undang-undang - yang satu berdasarkan kesalahan dan yang lainnya berdasarkan tanggung jawab mutlak. Terkait peran bidan, mereka dapat melakukan segala sesuatunya sendiri dalam memberikan pelayanan, namun mereka juga harus mengikuti perintah dan bimbingan dokter.

Bidan harus mampu menjelaskan mengapa mereka melakukan sesuatu. Khususnya, yang terhubung ke tempat kerja. Bidan harus mampu menjelaskan dan memperjelas hal-hal yang mereka lakukan. Akuntabilitas profesional memiliki beberapa tujuan. Hal ini termasuk mengevaluasi profesional kesehatan baru dan yang sudah ada, menegakkan standar kesehatan, membantu profesional merefleksikan dan tumbuh secara pribadi dan etis, dan berfungsi sebagai landasan untuk membuat keputusan etis.

Tanggung jawab bidan dalam melaksanakan pelayanan kebidanan antara lain:

- a. Tugas dan tanggungjawab bidan terhadap klien dan masyarakat. Ia harus selalu menghormati dan memenuhi tugasnya sebagai bidan.
 - 1) bidan dalam melaksanakan tugasnya menghormati dan menghargai harkat dan martabat setiap orang

serta menjamin bahwa ia mewakili profesi kebidanan dengan baik.

- 2) Setiap bidan mengikuti aturan dan tanggung jawab tertentu untuk memenuhi kebutuhan kliennya, keluarganya, dan masyarakat.
 - 3) Setiap bidan fokus pada kebutuhan klien, menghormati hak-hak klien, dan mengikuti nilai-nilai masyarakat dalam menjalankan tugasnya.
 - 4) Setiap bidan selalu mengutamakan kebutuhan dan kepentingan kliennya, keluarga, dan masyarakat. Mereka memperlakukan semua orang secara setara berdasarkan apa yang mereka butuhkan dan dapat lakukan.
- b. Sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat, setiap bidan mempunyai tanggung jawab untuk selalu memberikan pelayanan penuh kepada klien, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesionalnya;
- 1) Setiap bidan yang melakukan pertolongan persalinan mampu memberikan pertolongan dan mengambil keputusan dalam pekerjaannya, seperti menentukan apakah akan meminta nasihat atau mengirim orang lain untuk meminta pertolongan.
 - 2) Siapa pun yang membantu persalinan wajib menjaga kerahasiaan informasinya, kecuali diarahkan lain oleh hakim atau kebutuhan orang yang ditolongnya.
- c. Tanggung jawab bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya yaitu:
- Setiap bidan perlu membina hubungan dengan rekan kerja agar tercipta suasana kerja yang harmonis. Setiap bidan harus menghormati baik rekan sejawatnya maupun orang lain dalam menjalankan tugasnya.
- d. Tanggung jawab bidan terhadap profesinya yaitu:
- Setiap bidan perlu membina hubungan dengan rekan kerja agar tercipta suasana kerja yang harmonis. Setiap bidan

harus menghormati baik rekan sejawatnya maupun orang lain dalam menjalankan tugasnya.

- e. Tanggung jawab bidan terhadap pemerintah yaitu
 - 1) Bidan dalam melaksanakan tugasnya selalu melaksanakan kegiatan kenegaraan di bidang kesehatan khususnya masalah KIA/KB serta kesehatan keluarga dan masyarakat;
 - 2) Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyampaikan pemikirannya kepada pemerintah untuk meningkatkan kualitas cakupan pelayanan kesehatan khususnya KIA/KB dan keluarga.

Tanggung jawab bidan meliputi:

- a. Mematuhi semua undang-undang dan peraturan obstetri yang berlaku, memberikan informasi dan bimbingan yang akurat kepada keluarga, memberitahu pasien tentang pemeriksaan yang diperlukan untuk mendiagnosis kehamilan berisiko tinggi,
- b. Melacak dan melaporkan semua layanan yang diberikan.
- c. Memberikan asuhan kebidanan kepada perempuan sebelum, selama, dan setelah melahirkan.
- d. Pemandahan ke fasilitas medis dalam keadaan darurat, perawatan ibu dan bayi baru lahir.
- e. Perundang-undangan tentang kebidanan yang berlaku, memberikan informasi dan saran kepada keluarga dengan baik, memberikan Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan kegiatan-kegiatan pemerintah dalam bidang kesehatan khususnya dalam KIA/KB dan kesehatan keluarga dan masyarakat.
- f. Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikirannya kepada pemerintah untuk meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan, terutama KIA/KB dan keluarga. Bentuk tanggung jawab bidan terdiri dari:

- g. Mematuhi pedoman untuk memberitahu pasien tentang tes yang harus dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan berisiko tinggi.
- h. Memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu mulai pada tahap antenatal, intranatal, dan postnatal.
- i. Melacak semua layanan yang diberikan.
- j. Merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang sesuai dalam keadaan darurat.
- k. Merawat ibu dan bayi.

11. Melakukan Kolaborasi dan Rujukan

Sebagai tenaga kesehatan, bidan perlu bersiap untuk mengirim ibu dan bayi, jika timbul masalah, secepat dan seoptimal mungkin ke fasilitas kesehatan rujukan. Jika bidan tidak kompeten atau ceroboh dalam hal ini, maka keselamatan ibu dan anak akan sangat terganggu (Wahyuni, Indarwati, dan Widayati, 2016).

Kerjasama antarprofesional sangat penting untuk keselamatan pasien di bidang kebidanan. Sebab kematian ibu dan bayi baru lahir juga akan timbul akibat kurangnya kerjasama dan komunikasi. Kolaborasi antarprofesional mungkin terhambat oleh perbedaan profesional. Perspektif yang berbeda mengenai kehamilan dan persalinan disebabkan oleh latar belakang pendidikan; akuntabilitas akan menentukan kebutuhan

Komunikasi yang transparan, kepercayaan timbal balik, rasa hormat terhadap setiap orang, serta tujuan dan tanggung jawab bersama, semuanya berdampak signifikan pada kolaborasi. Kolaborasi antarprofesional akan menjadi lebih menantang dan risiko pasien akan meningkat jika komponen penting dari kolaborasi ini diabaikan. Penting bagi tim multidisiplin untuk mempertimbangkan kebutuhan perawatan pasien dan rasa kerja sama antar anggota tim selama prosedur perawatan pasien.

Kolega atau profesional kesehatan lain yang berkolaborasi dengan Anda dalam pemberian pelayanan pasien berbagai akuntabilitas (kerjasama). Kolaborasi dalam praktiknya mencakup pembicaraan tentang diagnosis pasien, kerja sama dalam penatalaksanaan, dan pemberian perawatan. Bidan yang bekerja sebagai sebuah tim dan melaksanakan tugasnya secara bersamaan atau sebagai komponen pelayanan kebidanan kolaboratif

Tujuan dari layanan ini adalah untuk mendistribusikan otoritas dalam penyediaan layanan berkualitas tinggi dalam setiap domain. Kolaborasi memerlukan berbagai komponen, seperti keterlibatan para ahli dengan beragam bidang keahlian yang dapat bekerja sama dengan baik, keteguhan dan kemauan bekerja dalam tim, serta kemampuan memberikan layanan yang menjadi ciri khas masing-masing karena adanya kombinasi tersebut. perspektif anggota tim dan bidang keahliannya.

Melaksanakan manajemen kebidanan pada setiap kasus kebidanan sesuai dengan peran keterlibatan klien dan keluarga merupakan bagian dari tanggung jawab bidan dalam menjalin kerjasama dan rujukan dalam bidang kebidanan. terdiri dari:

- a. Menilai apakah asuhan bidan diperlukan dan apakah perlu dirujuk atau ditangani di luar wilayah hukum bidan. Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka merujuk klien yang memerlukan pertolongan lebih lanjut kepada petugas atau lembaga pelayanan kesehatan resmi yang memiliki dokumentasi lengkap adalah sebagai berikut:
 - 1) memastikan diagnosis, prognosis, prioritas, sumber daya, dan fasilitas.
 - 2) membuat catatan dan laporan serta mencatat semua kejadian.

- b. Pada kasus kehamilan risiko tinggi dan mendesak, pemberian asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan meliputi hal-hal sebagai berikut:
 - 1) Penetapan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - 2) Mengevaluasi kebutuhan pelayanan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan.
 - 3) Memberikan pertolongan pertama bila diperlukan.
 - 4) Pemberian asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan.
 - 5) Merujuk klien ke petugas atau institusi pelayanan kesehatan yang disetujui untuk mendapatkan intervensi tambahan.
 - 6) Mendokumentasikan semua insiden dan intervensi dengan catatan dan laporan.
- c. Memberikan nasehat dan dukungan selama periode evaluasi klien dan keluarga, meliputi:
 - 1) Menilai apakah pasien mempunyai kondisi stabil atau kondisi kompleks yang memerlukan konsultasi dan bimbingan.
 - 2) Menguraikan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - 3) Mengidentifikasi alat pertolongan pertama bila diperlukan.
 - 4) Merujuk klien ke penyedia layanan kesehatan atau institusi yang bersedia memberikan perawatan jangka panjang jika terjadi keadaan darurat.
 - 5) Membuat ringkasan dan laporan serta mendokumentasikan setiap kejadian dan intervensi.
- d. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup:
 - 1) Mengevaluasi apakah ibu mempunyai kondisi darurat atau komplikasi yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
 - 2) Menetapkan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - 3) Memberikan pertolongan pertama bila diperlukan;

- 4) Merujuk klien ke petugas atau institusi pelayanan kesehatan yang berwenang untuk mendapatkan perawatan tambahan.
 - 5) Memelihara catatan dan laporan serta mendokumentasikan semua insiden dan intervensi.
- e. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga, mencakup:
- 1) Periksa apakah bayi baru lahir mempunyai kondisi darurat atau komplikasi yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
 - 2) Menetapkan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - 3) memberikan pertolongan pertama bila diperlukan;
 - 4) merujuk pasien yang memerlukan intervensi tambahan ke penyedia atau fasilitas layanan kesehatan berlisensi; dan
 - 5) memelihara catatan, laporan, dan dokumentasi. memberikan asuhan kebidanan pada anak balita yang mempunyai kondisi tertentu dan memerlukan perawatan mendesak.

Tugas dan Wewenang Bidan

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, sesuai dengan Undang-Undang kebidanan Nomor 4 tahun 2019 pasal 46 yaitu Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu.
2. Pelayanan kesehatan anak.
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
4. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau,
5. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

B. Isu Etik dan Legal yang Berhubungan dengan Kondisi Kompleks

Definisi

Permasalahan isu adalah permasalahan mendasar yang muncul dalam suatu komunitas atau lingkungan, seringkali memerlukan bukti dan tidak selalu benar. Perbedaan nilai menimbulkan permasalahan. Topik penting yang muncul di masyarakat berkaitan dengan nilai-nilai kemanusiaan dalam menghargai tindakan terkait seluruh aspek kebidanan yang menyangkut baik dan buruknya adalah etika dalam pelayanan kebidanan terkait dengan kondisi yang kompleks.

Contoh Isu Etik

Berikut ini contoh isu etik :

1. Memberikan persetujuan selama persalinan
2. Pengambilan keputusan pada saat persalinan
3. Menggunakan USG selama kehamilan
4. Kasus aborsi
5. Memutuskan untuk mengakhiri kehamilan

Macam-macam Isu Etik

1. Isu Etik Antara Bidan dengan Klien, Keluarga dan Masyarakat

Menurut Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sejalan dengan cita-cita nasional Indonesia (Rezky Fransilya Sumbang, 2021).

Menurut Dewan Perwakilan Rakyat Indonesia (2023), pelayanan kesehatan adalah segala jenis kegiatan atau serangkaian kegiatan yang berkaitan yang diberikan secara langsung kepada orang atau masyarakat dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Kegiatan tersebut dapat bersifat preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif, atau promosional.

Seorang pasien dalam keadaan darurat berada dalam keadaan klinis yang memerlukan perhatian medis segera dan/atau intervensi psikologis untuk mempertahankan hidup dan menghindari kecacatan.

Dilema etika yang muncul dalam hubungan antara bidan dan pasiennya, keluarga, dan masyarakat terkait erat dengan bagaimana manusia menghargai perilaku tertentu. Apabila seorang bidan mempunyai spesialisasi terkait dengan peran dan fungsinya, yakni menunjang persalinan, maka ia dianggap profesional. Akibatnya, mungkin terjadi pelanggaran etika dalam praktik kebidanan, misalnya di praktik swasta atau di antara bidan yang bekerja di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

2. Isu Etik Antara Bidan dengan Teman Sejawat

Diskusi mengenai masalah etika sangatlah penting karena kebanyakan orang akan menyuarakan pendapatnya dengan cara yang konsisten dengan prinsip atau nilai moral—yaitu standar benar dan salah—yang dianut oleh suatu komunitas atau masyarakat.

“Di desa yang tidak jauh dari kota, ada dua orang di desa tersebut, yaitu bidan “A” dan bidan “B”, yang sama-sama memiliki TPMB, dan terjadi persaingan di antara keduanya.” Ini adalah contoh studi kasus.

Suatu hari, bidan TPMB B—tak jauh dari bidan TPMB A—menyambut seorang pasien yang hendak melahirkan. Pasien mempunyai riwayat penyakit CS pada anak pertamanya dan hendak melahirkan. Setelah dilakukan pemeriksaan, diketahui bahwa.

3. Isu Etik Bidan dengan Tim Kesehatan Lainnya
Secara khusus, sikap etis yang dimiliki bidan dan tenaga medis lainnya berbeda satu sama lain, sehingga mengakibatkan konflik atau keterasingan sosial.
4. Isu Etik Antara Bidan dan Organisasi Profesi
Karena terjadi sesuatu yang menyimpang dari aturan yang telah ditetapkan, permasalahan etika antara bidan dan organisasi profesi menjadi topik permasalahan dan diperbincangkan.
5. Masalah Etik yang Berhubungan dengan Teknologi
Transplantasi organ, pemeriksaan bayi baru lahir, dan perawatan intensif pada bayi merupakan beberapa dilema etika seputar teknologi.

Pelanggaran Disiplin Tenaga Medis

Pasal 306 Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 menguraikan sanksi disiplin bagi Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 304 ayat (3). Sanksi tersebut dapat berbentuk:

1. Peringatan tertulis.
2. Wajib mengikuti pendidikan atau pelatihan pada penyelenggara pendidikan bidang kesehatan atau rumah sakit pendidikan terdekat yang mempunyai kemampuan pelatihan yang diperlukan.
3. Penonaktifan sementara STR; dan/atau
4. Rekomendasi pencabutan SIP.

Pasal 429 (1) Hukuman bagi tenaga kesehatan atau tenaga medis yang melakukan kejahatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 428 dapat ditambah sebesar 1/3 atau sepertiganya. Tenaga kesehatan atau tenaga medis yang melanggar ketentuan ayat (1) dapat dikenakan sanksi tambahan, seperti pengingkaran hak-hak tertentu, seperti kemampuan menjalankan profesi tertentu atau menduduki

jabatan publik dalam kapasitas tertentu. Tenaga kesehatan yang melakukan aborsi terhadap pasien korban pemerkosaan atau kejahatan lain yang melibatkan kekerasan seksual yang mengakibatkan kehamilan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60, atau yang melakukan aborsi karena tanda-tanda keadaan darurat medis, tidak akan dikenakan hukuman.

Pasal 438 Sesuai dengan Pasal 174 dan Pasal 275 ayat (1), kepala fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga medis, dan/atau tenaga kesehatan yang tidak memberikan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan darurat di fasilitas pelayanan kesehatan dikenakan pidana penjara paling lama. pidana penjara dua tahun atau denda paling banyak Rp. 200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).

Direktur fasilitas pelayanan kesehatan diancam dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun penjara atau denda paling banyak Rp2.000.000.000,00 (dua miliar rupiah) apabila perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan cacat atau kematian.

C. Komunikasi pada Perempuan dengan Disabilitas

Di Indonesia, permasalahan kesehatan merupakan hal yang rumit dan berkaitan dengan berbagai sistem. Topik seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan difabel, atau penyandang disabilitas dan berbagai kemampuan lainnya, masih menjadi perdebatan, terutama jika menyangkut kebijakan negara yang menangani masalah ini. Di satu sisi, meski UU Nomor 19 Tahun 2011 sudah meratifikasi konvensi hak-hak penyandang disabilitas, implementasi negara atas aturan tersebut masih jauh dari ideal.

Akses terhadap sektor kesehatan menjadi semakin menantang, khususnya bagi perempuan penyandang disabilitas. Tentu saja, permasalahan ini menjadi lebih rumit ketika kita melihat bahwa perempuan penyandang disabilitas menghadapi stigma baik sebagai penyandang disabilitas maupun sebagai perempuan, sehingga mereka memerlukan dukungan ekstra.

Komunikasi

Proses berkomunikasi dengan orang lain untuk menginformasikan atau mengubah sikap, pendapat, dan perilaku dapat dilakukan secara langsung melalui lisan atau tidak langsung melalui media.

Ketika terjadi gangguan pada suatu sistem komunikasi maka pesan yang dikirim dan pesan yang diterima akan berbeda. Unsur komunikasi seperti komunikan, pesan, dan media dapat menjadi sumber interferensi.

Informed Choice

Hak pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang komprehensif telah memunculkan sejumlah tuntutan hukum terhadap penyedia layanan kesehatan di era modern. UUD 1945 menjamin hak warga negara untuk memperoleh dan menikmati haknya, termasuk hak atas pengobatan bagi pasien. Akibatnya, tenaga medis tidak bisa lepas dari tanggung jawab atas kesalahan atau kelalaian dalam menjalankan tugasnya dan tetap harus menaati hukum. kegunaan undang

Salah satu tugas bidan adalah membantu pasien mengambil keputusan. Kesulitan yang dihadapi bidan saat melahirkan sangat berbeda dengan kesulitan yang dihadapi masyarakat.

Pengambilan keputusan setelah mendapat informasi tentang perawatan alternatif yang akan mereka terima disebut pilihan berdasarkan informasi (*informed choice*). Untuk memberikan pilihan yang tepat kepada klien, bidan harus:

1. Perlakukan klien dengan hormat
2. Lakukan interaksi yang santai
3. Menyajikan informasi yang objektif, mudah dipahami, dan mudah diingat;
4. Membantu klien dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka dan membuat keputusan yang sesuai dengan keadaan mereka.

Tujuan dari pilihan berdasarkan informasi adalah untuk memberdayakan perempuan untuk membuat keputusan asuhan kebidanan. Bidan melindungi dan menjunjung tinggi hak perempuan untuk mengambil keputusan asuhan kebidanan dan melaksanakan keinginannya. Mereka juga mendesak perempuan untuk mengambil akuntabilitas atas keputusan yang mereka buat (Luh Putu Sri Yuliasuti, Gladeva Yugi Antari, dan Galuh Permatasari, 2023).

Dalam kasus yang kompleks, pilihannya mencakup episiotomi, prosedur SC, penggunaan obat pereda nyeri, dan lokasi rujukan untuk persalinan.

Informed Consent

1. Definisi

Telah diketahui bahwa memperoleh persetujuan berdasarkan informasi (*informed consent*) sangat penting untuk menghindari dilema atau konflik moral.

Menurut Enddang (2015), *informed consent* adalah persetujuan atau persetujuan pasien terhadap intervensi medis yang akan dilakukan dokter terhadapnya setelah

pasien diberitahu oleh dokter tentang intervensi yang dapat dilakukan terhadap dirinya dan segala risiko yang terkait.

2. Manfaat *informed consent* :
 - a. Mendorong kelancaran pelaksanaan prosedur medis
 - b. Meminimalkan potensi dampak negatif dan komplikasi
 - c. Mempercepat proses pemulihan dan penyembuhan penyakit
 - d. Meningkatkan kualitas pelayanan.
 - e. Melindungi bidan dari kemungkinan litigasi

3. Dimensi *Informed Consent*
 - a. Aspek hukum, perlindungan pasien dari pengawasan bidan, komunikasi terbuka antara bidan dan pasien, pemahaman pasien terhadap informasi, dan kesempatan pasien untuk menawarkan kesempatan yang baik, semuanya merupakan bagian dari *informed consent*.
 - b. Dimensi etis: bidan menghormati otonomi pasien, menahan diri untuk tidak ikut campur, membantu klien bila diperlukan, dan menghormati keinginan pasien, baik yang merupakan produk penalaran atau sentimen.

4. Komponen *Informed Consent*
 - a. Kemauan
 - b. Pengetahuan
 - c. Kemampuan
 - d. Pilihan

5. Formulir Persetujuan Informal
 - a. Persetujuan tersirat: persetujuan yang dikomunikasikan secara halus;
 - b. Persetujuan nyata: pengakuan tertulis atau lisan

6. Pemberian Persetujuan dan Informasi
 - a. Persetujuan secara tertulis;
 - b. Persetujuan secara langsung; dan
 - c. Kesepakatan melalui isyarat

Tugas

1. Mahasiswa harus mampu mengartikulasikan profesionalisme dalam situasi yang kompleks.
2. Mahasiswa harus mampu mengartikulasikan dilema moral dan hukum yang berkaitan dengan situasi yang kompleks.
3. Mahasiswa dapat mendeskripsikan cara berkomunikasi dengan perempuan penyandang disabilitas fisik dan mental, termasuk cara menyampaikan keadaan yang kurang menguntungkan, pilihan, informed consent, dan informasi.

Latihan Soal

1. Bidan TPMB memberikan pelayanan kebidanan kepada penerima KB. Pasien sudah tiga kali melahirkan, dengan anak terakhir berusia empat puluh hari, berdasarkan hasil anamnesis. Pasien mengaku menderita hipertensi. Pembacaan TD:140/80 mmHg, dan N: 85 x/menit. Pasien memberikan *informed consent* kepada bidan agar kontrasepsi IUD disetujui. Saat melakukan pemasangan, bidan tetap menjaga privasinya.
Salah satu aspek kompetensi adalah menghormati hak dan privasi perempuan dan keluarganya merupakan area komponen kompetensi....
 - A. Pengembangan diri dan profesionalisme
 - B. Keselamatan klien dan etik legal
 - C. Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan
 - D. Landasan keilmuan praktik kebidanan
 - E. Promosi dan konseling kesehatan

2. Seorang bidan di Puskesmas Poned X memberikan asuhan pada persalinan ibu mengatakan hamil 9 bulan, mules-mules, sudah keluar air ketuban dirumah 1 jam lalu. Hasil pemeriksaan TD: 160/90 mmHg, DJJ: 145 x/menit, pembukaan 2 cm, HIL, protein urine (++) . Bidan memberikan penjelasan bahwa pasien harus dilakukan rujukan. pasien diberi kebebasan memilih dimana Rumah sakit rujukannya.
- Berdasarkan kasus diatas bidan telah memberikan kesempatan memilih disebut
- A. Pengambilan keputusan
 - B. *Informed consent*
 - C. *Informed choice*
 - D. Komunikasi
 - E. Pilihan
3. Seorang bidan di pelayanan Kesehatan melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan baik pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas. Rujukan. Peraturan tersebut tertuang dalam
- A. Permenkes No.97/2014 Tentang Yankes Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Yankes Seksual
 - B. Permenkes No.28/2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
 - C. UU no 4 tahun 2019 tentang Kebidanan psl 49 Bab VI
 - D. Permenkes No. 320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan
 - E. Undang- Undang Kesehatan Nomor 17 tahun 2023
4. Seorang ibu primipara masuk kamar bersalin, dalam proses persalinan kala II tiba-tiba kemajuan persalinan berjalan sangat lambat, perineum tampak tebal dan kaku, detak jantung janin menunjukkan foetal distress. Bidan memutuskan pentingnya dilakukan episiotomy, bidan

langsung meminta izin kepada pasien untuk melakukan Tindakan episiotomi.

Apakah tindakan bidan melakukan episiotomi tersebut dapat dibenarkan secara etis..

- A. Setuju karena sudah meminta ijin dan telah sesuai dengan pasal 59 UU no 4 tahun 2019 tentang kebidanan serta berdasar pada tindakan utilitarianisme
- B. Setuju karena tindakan penyelamatan segera/ penyelamatan jiwa sesuai dalam pasal 59 UU no 4 tahun 2019 tentang kebidanan
- C. Tidak Setuju karena tidak ada indikasi untuk tindakan episiotomy
- D. Tidak setuju karena bidan memaksakan kehendaknya
- E. Bidan tidak melakukan asuhan sayang ibu

5. Seorang pasien yang sedang melahirkan dan mengalami pendarahan hebat diperiksa oleh bidan di desa yang masih mempunyai izin praktek. Bidan menyarankan agar ibu segera membawanya ke rumah sakit, tanpa diantar dan tanpa pemeriksaan terlebih dahulu; Hingga pasien tiba di rumah sakit, ia tidak dapat bertahan lama. Mengingat hal ini, bidan gagal memberikan pertolongan pertama kepada pasien yang berada dalam keadaan darurat.

Bagaimana hukuman pidana berdasarkan UU Kesehatan 17 Tahun 2023?

- A. Pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun atau pidana denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).
- B. Penonaktifan STR untuk sementara waktu; dan/atau
- C. Rekomendasi pencabutan SIP
- D. Peringatan tertulis
- E. Peringatan lisan

BAB 9.

ASUHAN PRIMER PADA BAYI USIA 6 MINGGU PERTAMA

Ditulis Oleh: Bdn. Kursih Sulastriningsih S.Si.T. M.Kes.

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari kuliah pada tatanan klinik dengan melakukan asuhan kebidanan langsung, bayi, balita yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Asuhan kebidanan diberikan oleh seorang pemberi pelayanan kebidanan sangat mempengaruhi kualitas asuhan yang diberikan dalam tindakan kebidanan seperti upaya pelayanan antenatal, intranatal, postnatal dan perawatan bayi baru lahir. Pokok bahasan dalam mata kuliah ini adalah Asuhan primer pada bayi usia 6 minggu pertama.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan primer pada bayi usia 6 minggu pertama.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan primer pada bayi usia 6 minggu pertama

2. Mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan bayi usia 6 minggu pertama
3. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan primer bayi pada usia 6 minggu pertama
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tanda bahaya bayi
5. Mahasiswa mampu menjelaskan peran bidan pada bayi sehat
6. Mahasiswa mampu menjelaskan *bonding attachment*
7. Mahasiswa mampu menjelaskan pengawasan terhadap bayi
8. Mahasiswa mampu menjelaskan *bonding attachment*

Uraian Materi

A. Gambaran Penyebab Kematian Ibu: Penyebab Langsung dan Tidak Langsung

Kematian ibu menurut batasan Klasifikasi Penyakit Internasional Revisi ke-10 (ICD-10) adalah kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan atau dalam waktu 42 bulan kehamilan. Hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memandang lamanya waktu dan tempat kehamilan, yang disebabkan oleh sebab apa pun yang berhubungan dengan kehamilan, atau karena perburukan kehamilan atau penatalaksanaannya, namun bukan kematian karena kecelakaan atau kebetulan.

Kematian karena kecelakaan atau kebetulan tidak termasuk dalam kematian ibu. Namun dalam praktiknya, sulit membedakan antara kematian karena kecelakaan dan kematian karena sebab tidak langsung. Untuk memudahkan penentuan kematian ibu dalam kasus dimana penyebab kematian dianggap tidak lengkap, ICD-10 memperkenalkan kategori baru yang disebut kematian terkait kehamilan, yaitu kematian seorang wanita selama kehamilan atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan apapun penyebab kematiannya.

Kematian ibu dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

1. Kematian obstetrik langsung adalah kematian akibat komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas akibat perbuatan, kelalaian, pengobatan yang tidak tepat atau serangkaian peristiwa yang timbul akibat keadaan di atas. Komplikasi tersebut antara lain perdarahan antepartum dan postpartum, preeklamsia/eklampsia, infeksi, sulit melahirkan, dan kematian pada ibu hamil muda.
2. Kematian obstetri tidak langsung adalah kematian karena penyakit yang terjadi sebelum hamil atau melahirkan, atau karena penyakit yang timbul pada masa kehamilan yang tidak berhubungan langsung dengan penyebab obstetri tetapi diperburuk oleh akibat kelahiran. Kehamilan menyebabkan kondisi korban semakin buruk. Kematian obstetrik tidak langsung ini misalnya disebabkan oleh hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, tuberkulosis, HIV/AIDS, dll.

B. Epidemiologi Kematian Maternal

Kematian Menurut WHO, sekitar 80% kematian ibu adalah akibat langsung dari kematian ibu. Komplikasi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan 20% kematian ibu disebabkan oleh sebab lain.

Perdarahan, terutama perdarahan nifas, yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dapat membahayakan nyawa ibu, apalagi jika ibu mengalami anemia. Secara keseluruhan, 25% kematian ibu disebabkan oleh pendarahan hebat, yang sebagian besar terjadi setelah kelahiran. Sepsis/infeksi menyumbang hingga 15% kematian ibu, seringkali disebabkan oleh buruknya kebersihan saat melahirkan atau penyakit menular seksual yang sebelumnya tidak diobati. Infeksi dapat dicegah secara efektif dengan menjaga kebersihan kelahiran serta mendeteksi dan menangani penyakit menular selama kehamilan. Perawatan pasca persalinan yang rutin akan memastikan deteksi cepat

penyakit menular dan manajemen antibiotik yang tepat dapat dilakukan.

Hipertensi selama kehamilan, terutama eklampsia, berkontribusi terhadap 12% kematian ibu. Kematian ini dapat dicegah dengan pemantauan selama kehamilan dan pengobatan dengan antikonvulsan, seperti magnesium sulfat. Aborsi yang tidak aman menyumbang 13% kematian ibu karena komplikasi yang ditimbulkannya berupa sepsis, perdarahan, kerusakan rahim, dan keracunan obat. Di beberapa belahan dunia, sepertiga atau lebih kematian ibu berhubungan dengan aborsi yang tidak aman. Kematian ini dapat dihindari jika ibu memiliki akses terhadap informasi dan layanan keluarga berencana, dan jika aborsi tidak dilarang oleh undang-undang, maka aborsi dapat dilakukan dengan menyediakan layanan aborsi yang aman. Persalinan lama atau terhambat menyebabkan sekitar 8% kematian ibu. Kondisi ini seringkali disebabkan oleh ketidakseimbangan sefalopelvik (jika kepala janin tidak dapat masuk melalui panggul ibu) atau posisi yang tidak normal (jika posisi janin tidak tepat untuk melewati panggul ibu atau melalui jalan lahir ibu).

Penyebab tidak langsung kematian ibu berkontribusi hingga 20% terhadap angka kematian ibu. Penyebab tidak langsung kematian ibu ini adalah penyakit ibu yang diderita ibu atau diperburuk oleh kondisi kehamilan atau penanganannya. Contoh penyebab kematian ibu tidak langsung adalah anemia, hepatitis, malaria, tuberkulosis, penyakit jantung, dan infeksi HIV/AIDS.

C. Pencegahan dan Penanganan

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu. Pada tahun 1987, untuk pertama kalinya di tingkat internasional, Konferensi Kematian Ibu diselenggarakan di Nairobi, Kenya. Kemudian, pada tahun

1990, diadakan *World Summit for Children* di New York, AS, yang mencapai tujuh tujuan utama, termasuk mengurangi separuh angka kematian ibu pada tahun 2000. Pada tahun 1994, Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) diadakan di Kairo, Mesir yang menyatakan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi pria dan wanita penting bagi pembangunan sosial dan pengembangan sumber daya manusia. Hal ini mencakup pelayanan kesehatan ibu yang menjamin setiap ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman. Pada tahun 1995, Konferensi Dunia Keempat tentang Perempuan diadakan di Beijing, Tiongkok, dan kemudian pada tahun 1997 di Kolombo, Sri Lanka, diadakan Konferensi Penasihat Teknis tentang Ibu yang Aman.

Pada tahun 2000 Konferensi terbaru adalah Konferensi Tingkat Tinggi Milenium, dimana seluruh anggota PBB berjanji untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) untuk mengurangi angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya pada tahun 2015. Bercita-cita untuk mencapai target penurunan angka kematian ibu dengan mencapai tiga perempat (75%) pada tahun 2015 karena morbiditas ibu merupakan kontributor terbesar terhadap jumlah penyakit yang menyerang perempuan, terutama di negara-negara berkembang, dan karena intervensi yang diperlukan tidak memerlukan biaya yang signifikan (sekitar \$3 hingga \$230 per kematian ibu).

Pada tahun 1999, WHO meluncurkan program Menjadikan Kehamilan Lebih Aman (MPS), untuk mendukung negara-negara anggota dalam upaya mereka mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dan pascapersalinan. MPS adalah bagian dari inisiatif Safe Motherhood yang diluncurkan oleh WHO pada tahun 1987 untuk mengurangi angka kematian ibu. Intinya, MPS

menyerukan perhatian pemerintah dan masyarakat di setiap negara untuk menempatkan ibu yang aman sebagai prioritas utama dalam rencana pembangunan nasional dan internasional. Menyusun acuan nasional dan standar pelayanan kesehatan maternal dan neonatal; Mengembangkan sistem yang menjamin pelaksanaan standar yang telah disusun; Memperbaiki akses pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, keluarga berencana, aborsi legal; Meningkatkan upaya kesehatan promotif dalam kesehatan maternal dan neonatal serta pengendalian fertilitas pada tingkat keluarga dan lingkungannya; Memperbaiki sistem monitoring pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.

Intervensi strategis dalam upaya safe motherhood dinyatakan sebagai empat pilar safe motherhood, yaitu :

1. Keluarga berencana, yang memastikan bahwa setiap orang/pasangan memiliki akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak. Dengan demikian diharapkan tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan, yaitu kehamilan yang masuk dalam kategori “4 terlalu” (terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak).
2. Pelayanan antenatal, untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai.
3. Persalinan yang aman, memastikan bahwa semua penolong persalinan memiliki pengetahuan, keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
4. Pelayanan obstetri esensial, menjamin terselenggaranya pelayanan obstetrik risiko tinggi dan komplikasi tinggi kepada ibu hamil yang membutuhkan.

Kebijakan Kementerian Kesehatan RI untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu terutama mengacu pada intervensi strategis “empat pilar safe motherhood”. Mengingat sekitar 90% kematian ibu terjadi pada saat melahirkan dan sekitar 95% kematian ibu disebabkan oleh komplikasi obstetrik yang seringkali tidak dapat diprediksi, maka kebijakan Kementerian Kesehatan adalah mempercepat penurunan angka kematian ibu termasuk mencoba untuk:

1. Setiap kelahiran ditolong atau setidaknya tidaknya didampingi oleh bidan.
2. Pelayanan kebidanan dapat diakses semaksimal mungkin oleh seluruh ibu hamil. Selama pelaksanaan operasi, sejak tahun 1994, strategi berikut telah diterapkan:
 - a. Memobilisasi tim di tingkat kabupaten (fasilitas kesehatan dan seluruh stafnya hingga tingkat kabupaten dan desa, rumah sakit kabupaten dan pemangku kepentingan) dengan tujuan mempercepat penurunan angka kematian ibu sesuai dengan peran mereka.
 - b. Pembangunan daerah secara intensif di setiap kabupaten sehingga pada akhir Pelita VII diharapkan:
 - 1) Tingkat cakupan persalinan oleh tenaga medis mencapai 80% atau lebih.
 - 2) Penatalaksanaan kasus obstetrik (risiko tinggi dan komplikasi obstetri) yang mencakup sedikitnya 10% dari seluruh kelahiran.
 - 3) Bidan mampu memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan obstetrik neonatal dan Puskesmas dapat memberikan pelayanan obstetrik esensial esensial (PONED) yang didukung oleh rumah sakit di kabupaten tersebut sebagai fasilitas rujukan utama yang mampu memberikan pelayanan obstetri esensial komprehensif (PONEK) 24 jam; Dari situlah tercipta jaringan pelayanan kebidanan yang

stabil dengan tim bidan desa sebagai ujung tombaknya.

- c. Menerapkan pengendalian mutu layanan kesehatan ibu, termasuk menetapkan standar layanan, prosedur permanen, evaluasi kinerja, pelatihan klinis, dan kegiatan skrining perinatal ibu.
- d. Memperkuat Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) untuk mendukung upaya percepatan penurunan angka kematian ibu.
- e. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam berbagai kegiatan dukungan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu.

D. Kebijakan Penatalaksanaan, Pengkajian dan Risiko pada Kehamilan

Beberapa bentuk intervensi terkait program Safe Motherhood dikoordinasikan antara sektor kesehatan dan sektor terkait, khususnya melalui program Gerakan Cinta Ibu (GSI) dan Gerakan Kesuburan Keluarga Sejahtera (GRKS).

GSI adalah gerakan berbasis masyarakat yang bekerja sama dengan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan, termasuk mempercepat penurunan angka kematian ibu akibat kehamilan, persalinan dan masa nifas serta 'dengan menurunkan angka kematian bayi'. Dalam pelaksanaan kegiatannya, GSI menggalakkan kegiatan yang berkaitan dengan Kecamatan Sayang Ibu dan Rumah Sakit Sayang Ibu, guna menghindari tiga jenis penundaan, yaitu:

1. Di tingkat keluarga, terdapat keterlambatan dalam mengenali tanda-tanda bahaya dan memutuskan untuk segera mencari pertolongan.
2. Lambatnya akses terhadap fasilitas kesehatan.
3. Fasilitas pelayanan medis lambat dalam memberikan dukungan yang diperlukan. Kegiatan yang berkaitan dengan bangsal ibu tersayang diusahakan untuk menghindari penundaan yang pertama dan kedua.

Sedangkan kegiatan yang berkaitan dengan rumah sakit sayang ibu berusaha mencegah keterlambatan ketiga.

Melakukan pengkajian terhadap ibu hamil merupakan wawancara yang dilakukan oleh bidan dengan ibu hamil untuk menggali atau mengetahui keadaan kehamilan, riwayat penyakit dan apa yang dirasakan oleh ibu hamil tersebut. Pengkajian digunakan sebagai alat pengumpul data digunakan untuk mendapatkan informasi yang berkenaan dengan pendapat, aspirasi, persepsi, harapan, keyakinan dan lain-lain dari ibu hamil.

Keadaan ibu pra - hamil dapat berpengaruh terhadap kehamilannya. Penyebab tidak langsung kematian maternal ini antara lain adalah anemia, kurang energi kronis (KEK) dan keadaan "4 terlalu" (terlalu muda/tua, terlalu sering dan terlalu banyak).

Depkes RI membagi faktor - faktor yang mempengaruhi kematian maternal sebagai berikut :

1. Faktor medik
 - a. Faktor empat terlalu, yaitu :
 - 1) Usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun)
 - 2) Usia ibu pada waktu hamil terlalu tua (lebih dari 35 tahun)
 - 3) Jumlah anak terlalu banyak (lebih dari 4 orang)
 - 4) Jarak antar kehamilan terlalu dekat (kurang dari 2 tahun)
 - b. Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang merupakan penyebab langsung kematian maternal, yaitu :
 - 1) Perdarahan pervaginam, khususnya pada kehamilan trimester ketiga, persalinan dan pasca persalinan.
 - 2) Infeksi. - Keracunan kehamilan.

- 3) Komplikasi akibat partus lama.
 - 4) Trauma persalinan.
- c. Beberapa keadaan dan gangguan yang memperburuk derajat kesehatan ibu selama hamil, antara lain :
- 1) Kekurangan gizi dan anemia.
 - 2) Bekerja (fisik) berat selama kehamilan.

2. Faktor non medik

Faktor non medik yang berkaitan dengan ibu, dan menghambat upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal adalah :

- a. Kurangnya kesadaran ibu untuk mendapatkan pelayanan antenatal.
- b. Terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan risiko tinggi.
- c. Ketidakterpaparan sebagian besar ibu hamil di pedesaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk.
- d. Ketidakmampuan sebagian ibu hamil untuk membayar biaya transport dan perawatan di rumah sakit.

3. Faktor pelayanan kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan yang belum mendukung upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal antara lain berkaitan dengan cakupan pelayanan KIA, yaitu :

- a. Belum mantapnya jangkauan pelayanan KIA dan penanganan kelompok berisiko.
- b. Masih rendahnya (kurang lebih 30%) cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
- c. Masih seringnya (70 – 80%) pertolongan persalinan yang dilakukan di rumah, oleh dukun bayi yang tidak mengetahui tanda- tanda bahaya.

E. Kebijakan Pengelolaan dan Pengkajian Serta Resiko Dalam Persalinan

P4K yaitu Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh bidan sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil, suami dan keluarga tentang Kehamilan berisiko; Bahaya kehamilan; Ajakan pada ibu, suami dan keluarga untuk merencanakan persalinan. Tujuan P4K antara lain Suami, keluarga dan masyarakat paham tentang bahaya persalinan; Adanya rencana persalinan yang aman; Adanya rencana kontrasepsi yang akan di pakai; Adanya dukungan masyarakat, Toma, kader, dukung untuk ikut KB pasca persalinan; Adanya dukungan sukarela dalam persiapan biaya, transportasi, donor darah; Memantapkan kerjasama antara bidan, dukun bayi dan kader.

Tiga Pesan Kunci MPS (*Make Pregnancy Serving*) :

1. Setiap persalinan ditolong tenaga kesehatan terampil
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal ditangani secara adekuat
3. Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanggulangan komplikasi keguguran tidak aman.

F. Kebijakan Pengelolaan dan Pengkajian Serta Resiko Dalam Masa Nifas

Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas, dilakukan untuk menilai ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan dalam masa nifas antara : Perawatan ibu nifas mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan minimal 4 kali kunjungan nifas yaitu :

1. Pertama : 6 jam – 2 hari setelah persalinan
2. Kedua : 3 – 7 hari setelah persalinan
3. Ketiga : 8 – 28 hari setelah persalinan
4. Keempat : 29 – 42 hari setelah persalinan

Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi serta pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pencegahan komplikasi nifas yaitu dengan cara memberikan ibu konseling setiap ibu nifas melakukan kunjungan nifas dan mengingatkan ibu kembali atau menjelaskan cara melakukan pencegahan komplikasi nifas yang dapat dilakukan dengan kunjungan rumah.

G. Kebijakan Pengelolaan dan Pengkajian Serta Resiko Dalam Bayi Baru Lahir

Upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi.

World Health Organization (WHO) telah merekomendasikan asuhan untuk mempertahankan panas dalam asuhan bayi baru lahir, namun hipotermia terus berlanjut menjadi kondisi yang biasa terjadi pada neonatal, yang tidak diketahui, tidak didokumentasikan dan kurang memperoleh penanganan, Prevalensi yang tinggi dari hipotermia telah dilaporkan secara luas bahkan dari negara tropis.

Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindrom gangguan pernafasan, dan kelainan

kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak pada bayi. Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan ditangani, namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga cakupan target kesehatan, keadaan sosial ekonomi, sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini, dan kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan.

Berbagai upaya yang aman dan efektif untuk mencegah dan mengatasi penyebab utama kematian Bayi Baru Lahir (BBL) adalah pelayanan antenatal yang berkualitas asuhan persalinan normal atau dasar pelayanan kesehatan neonatal oleh tenaga profesional. Untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir dengan BBLR, persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan keterampilan manajemen bayi baru lahir dengan hipotermia. Kemampuan dan keterampilan ini digunakan setiap kali menolong persalinan.

Tugas

1. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan primer bayi pada usia 6 minggu
2. Mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan bayi pada usia 6 minggu
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tanda bahaya bayi
4. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip bidan pada bayi sehat
5. Mahasiswa mampu menjelaskan peran bidan pada bayi sehat
6. Mahasiswa mampu menjelaskan bonding attachment

Latihan Soal

1. Seorang bayi perempuan lahir spontan 1 jam yang lalu ditolong oleh bidan. Hasil anamnesis: usia kehamilan saat lahir 36 minggu. Hasil pemeriksaan: Aktif, menangis, warna kulit merah, BB: 2400 gr, PB: 48 cm, RR: 40 x/menit, 30 menit kemudian terjadi penurunan suhu sampai 36°C.

Tindakan apakah yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Rujuk segera
 - B. Rawat gabung
 - C. Membedong bayi
 - D. Metode kangguru
 - E. Masukkan incubator
2. Seorang bayi laki-laki baru saja dilahirkan di TPMB secara spontan. Bayi menangis kuat, kulit kemerahan, dan bergerak aktif. Kebutuhan kasih sayang apakah yang diperlukan pada kasus tersebut ?
 - A. Perawatan tali pusat
 - B. ASI eksklusif
 - C. *Bonding attachment*
 - D. Perawatan kuku
 - E. Memandikan bayi
 3. Seorang bayi lahir di TPMB dengan mada gestasi 33 minggu. Hasil pemeriksaan fisik nilai APGAR scor bayi 7, berat badan lahir bayi 2100 gram, PB: 48 cm, S: 35°C, P: 65 x/menit.

Tindakan apakah yang paling efektif dalam menangani kasus tersebut?.

 - A. Membungkus dengan kain bersih dan kering
 - B. Melakukan rangsangan tektil
 - C. Melakukan rawat gabung
 - D. Memberikan oksigen masal
 - E. Melakukan resusitasi

4. Seorang bayi lahir di TPMB dengan masa gestasi 34 minggu hasil pemeriksaan fisik nilai APGAR score normal, BB: 2400 gram, PB: 49 cm, S: 37°C, P: 60 x/menit.
Apakah tindakan yang paling tepat pada bayi tersebut?
- A. Mempertahankan suhu tubuh
 - B. Mempertahankan oksigenasi
 - C. Memenuhi kebutuhan nutrisi
 - D. Mencegah dan mengatasi infeksi
 - E. Mengatasi hiperbilirubinemia
5. Seorang perempuan datang ke posyandu pada tanggal 7 mei 2022 untuk memeriksakan bayinya, bayi lahir tanggal 1 desember 2021 di TPMB dengan berat badan lahir 3125 gr, PB: 51 cm.
Asupan nutrisi apakah yang tepat sebagai bentuk *attachmen* untuk bayi tersebut?
- A. ASI eksklusif
 - B. Bubur susu + ASI
 - C. Bubur nasi + ASI
 - D. Nasi lembek + ASI
 - E. Nasi dewasa

BAB 10.

BEKERJA DALAM TIM INTERDISIPLIN (IPE), ALUR RUJUKAN DAN RENCANA ASUHAN PADA KASUS KOMPLEKS

Ditulis Oleh: Nur Fadjri Nilakesuma, BD., M.Keb.

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari kuliah dengan melakukan asuhan kebidanan pada kasus kompleks yang mencakup bekerja dalam tim interdisipliner (IPE), Alur rujukan dan Rencana asuhan pada kasus kompleks dan peran bidan dalam memberikan asuhan kebutuhan yang kompleks sebagai bagian dari tim interdisiplin.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Menerapkan pemikiran logis, kritis, sistematis, inovatif dalam konteks pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora yang sesuai dengan bidang keahliannya
2. Menunjukkan kinerja yang mandiri, bermutu dan terukur

3. Mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah di bidang keahliannya, berdasarkan hasil analisa informasi dan data
4. Mengidentifikasi secara kritis penyimpangan/kelainan sesuai lingkup praktik kebidanan
5. Mendemonstrasikan tatalaksana konsultasi, kolaborasi dan rujukan
6. Mendemonstrasikan pendokumentasian asuhan kebidanan sesuai standar yang berlaku
7. Menguasai konsep teoritis ilmu kebidanan, manajemen asuhan kebidanan, keputusan klinis, model praktik kebidanan, dan etika profesi secara mendalam

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menerapkan pemikiran logis, kritis, sistematis, inovatif dalam konteks pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora yang sesuai dengan bidang keahliannya tentang Peran bidan dalam memberikan asuhan dengan kebutuhan yang kompleks sebagai bagian dari tim interdisiplin
2. Mahasiswa mampu menunjukkan kinerja yang mandiri, bermutu dan terukur terhadap bekerja sama dalam tim interdisiplin
3. Mahasiswa mampu mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah di bidang keahliannya, berdasarkan hasil analisa informasi dan data tentang alur rujukan dan rencana asuhan kasus kompleks

Uraian Materi

A. Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan dengan Kebutuhan yang Kompleks Sebagai Bagian dari Tim Interdisiplin

Bidan merupakan seorang profesional di bidang kesehatan reproduksi yang mampu menangani kondisi-kondisi normal sekaligus mendeteksi adanya komplikasi pada kesehatan reproduksi wanita. Untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi, diperlukan pengetahuan menyeluruh tentang sejauh mana kondisi normal.

Hal ini akan memudahkan bidan untuk mendeteksi komplikasi yang ada sehingga diagnosis banding dan konsultasi dengan dokter dapat dilakukan sedini mungkin bila ada tanda-tanda adanya masalah.

Pada dasarnya praktik bidan diselenggarakan pada suatu sistem kesehatan yang menyediakan jasa konsultasi, penatalaksanaan kolaborasi, atau perujukkan sesuai dengan status kesehatan klien. Pelaksanaan proses kolaborasi adalah suatu proses penatalaksanaan perawatan yang dilakukan secara bersama-sama oleh beberapa professional perawatan kesehatan dengan tujuan berbagi kewenangan untuk menyediakan perawatan yang bermutu dalam ruang lingkup praktik profesional masing-masing.

Di komunitas, bidan seringkali dianggap sebagai orang pertama yang ditemui pasien sebelum mereka dapat memperoleh informasi lebih lanjut dari dokter yang kedudukan, pangkat, dan pengetahuannya lebih tinggi. Sehingga menimbulkan kesan bidan akan menjadi salah satu pengambil keputusan terkait kesehatan ibu dan anak. Seperti Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Peran bidan dalam mensosialisasikan dan mempraktekkan IMD sangat diperlukan untuk menghindari penolakan ibu nifas karena IMD mempunyai kelebihan yaitu mengurangi risiko perdarahan ibu dan menghangatkan bayi.

Bidan sebagai care provider (pemberi pelayanan asuhan kebidanan) mempunyai tiga jenis tanggung jawab, yaitu tanggung jawab independen, tanggung jawab kolaboratif, dan tanggung jawab rujukan. Sebagai bagian dari tim interdisiplin di Puskesmas, Rumah sakit ketika menghadapi kasus kompleks dalam kesehatan reproduksi, bidan mengutamakan tugas kolaborasi. Namun di tempat praktik mandirinya, bidan mengutamakan tugas mandiri untuk mendeteksi tanda bahaya/kelainan yang ada pada pasien dan melakukan rujukan.

Untuk mengoptimalkan perannya mengurangi angka kematian ibu, bidan harus dapat berkolaborasi dengan seluruh aspek yang ada disekitarnya. Bidan harus mengembangkan kerjasama yang baik dengan tenaga kesehatan lain dan masyarakat untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan. Bidan dapat melibatkan keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu hamil, melibatkan kader atau masyarakat dalam penjangkaran sasaran ibu hamil, pendeteksian ibu hamil dengan risiko, dan penyediaan transportasi rujukan. Bidan dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan rencana asuhan pada ibu, misalnya dengan ahli gizi, analis kesehatan, dan lain-lain. Bidan juga dapat berkolaborasi dengan dokter kandungan atau rumah sakit untuk merujuk kasus-kasus yang tidak sesuai dengan wewenangnya agar dapat ditangani dengan baik.

Studi kasus yang dilakukan terhadap seorang perempuan usia 41 tahun G2P1001 36-37 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi bokong dengan Hipertensi kronis Superimposed Preeklampsia dan Myoma servikalis, primi tua sekunder di RS Tipe A Surabaya menggambarkan bagaimana peran seorang bidan dalam memberikan asuhan dengan kebutuhan yang kompleks sebagai bagian dari tim interdisiplin. Peran bidan yang terdapat pada kasus tersebut

terlihat saat tatalaksana kasus. Bidan melakukan tugas kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, spesialis kardiologi, spesialis anestesi, dan spesialis anak serta unit penunjang lain seperti radiologi, laboratorium dan gizi. Adapun tugas mandiri yang dilaksanakan bidan pada kasus terlihat pada pelaksanaan rencana perawatan, komunikasikan terlebih dahulu status ibu dan janin berdasarkan hasil pemeriksaan, bekerjasama menyusun rencana persalinan yaitu mempersiapkan SC dan MOW, memberikan edukasi dan dukungan emosional untuk menurunkan tingkat kecemasan ibu, melibatkan keluarga dalam memberikan perawatan, konsultasi MOW, mendapatkan Persetujuan keluarga (*informed consent*) dan diskusi tentang rencana penatalaksanaan myoma uteri di masa depan, pemenuhan nutrisi ibu dengan diet tinggi protein rendah garam, fasilitasi personal hygiene, mendiskusikan terkait persiapan operasi dan ibu merasa sudah siap baik fisik maupun psikologi, mendampingi ibu hingga ke kamar operasi (Wittiarika, et al., 2022).

Peran bidan pada kehamilan dan persalinan dengan komplikasi adalah mengidentifikasi faktor risiko dengan menilai data subjektif dan objektif yang penting dilakukan secara komprehensif. Kehadiran dan dukungan bidan bertujuan untuk memastikan perempuan dan keluarganya memahami situasi, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan memberikan kesinambungan pelayanan. Keterampilan selanjutnya yang harus dimiliki bidan adalah melakukan skrining, mengenali tanda dan gejala, menegakkan diagnosis pasti atau diagnosis potensial, melakukan penatalaksanaan atau pemantauan awal, berkolaborasi dan mengarahkan rujukan (Crafter, Helen and Brewster, Jenny, 2014). Penatalaksanaan kasus kompleks yang dilakukan bidan di pusat rujukan adalah memberikan asuhan yang berpusat pada perempuan, melibatkan keluarga dalam tatalaksana, memberikan dukungan psikologis.

B. Bekerja Dalam Tim Interdisiplin (IPE)

Praktik kolaboratif antarprofesional merupakan pendekatan layanan yang dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan serta fokus pada individu dan masyarakat. Untuk dapat mempraktikkan kolaborasi multi-profesional dalam tim kesehatan, diperlukan keterampilan kolaborasi multi-profesional yang harus dipersiapkan dan diberikan pada tahap pendidikan yang dikenal dengan pendidikan multidisiplin keahlian (IPE).

Pendidikan multiprofesional dan praktek kolaboratif atau interprofesional Collaboration (IPC) dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan dengan kerjasama antar profesi diharapkan dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi keluarga, pasien penyakit menular dan penyakit tidak menular akan memiliki kualitas yang unggul.

WHO menggambarkan praktik kolaboratif sebagai layanan komprehensif yang diberikan oleh dua atau lebih profesional kesehatan dengan kualifikasi berbeda, bekerja sama dengan pasien, keluarga, perawat, dan komunitas untuk memberikan layanan berkualitas terbaik dalam berbagai situasi.

IPC melibatkan berbagai tenaga kesehatan yang menerapkan keterampilan dan pengetahuannya berdasarkan bidang ilmunya untuk memecahkan masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika anggota tim saling menghormati, lintas disiplin ilmu, dan dapat bekerja sama dengan baik. Selain itu, hubungan baik antar kelompok atau profesi yang bekerja sama akan mendorong terjalinnya kemitraan yang baik antar tenaga medis. Kemitraan dapat tercipta apabila dua atau lebih profesi yang bermitra dapat menunjukkan rasa hormat, percaya, saling pengertian, menerima keberadaan profesi lain dan mengekspresikan

citra diri yang positif (Mora Claramita, Astrid, Marcy R, J.Van, 2017).

Keterampilan petugas kesehatan dalam tim kolaboratif adalah salah satu keterampilan mendasar untuk keberhasilan kolaborasi antarprofesional. Keberhasilan kerja dalam sebuah tim dapat terjadi jika terdapat kerjasama yang baik antar anggota. Kendala yang dihadapi oleh anggota kelompok (individu), seperti loyalitas yang terbagi antara kelompok dan diri sendiri, tanggung jawab dan jabatan yang ganda, bias kompetitif, gender, ras, etnis atau ras, keengganan menerima saran dari anggota tim yang mewakili profesi lain, dan kurang percaya diri dalam suatu hal proses kolaboratif. Kegagalan komunikasi antar anggota tim bertanggung jawab atas tingkat tertinggi kematian yang tidak disengaja di fasilitas pelayanan (Yusra, Findyartini and Soemantri, 2019).

Definisi IPE

IPE adalah sebuah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih profesional kesehatan dengan latar belakang dan keterampilan yang saling melengkapi, berbagi tujuan kesehatan yang sama, dan menggabungkan upaya fisik dan mental untuk menilai, merencanakan, atau mengevaluasi perawatan pasien. Dalam konteks tim interprofesional, otomatis anggotanya akan berasal dari berbeda-beda profesi, oleh karena itu dalam praktiknya “pengambilan keputusan bersama” cenderung menyamakan individu anggota tim membuat keputusan dalam lingkup praktik mereka sendiri dengan cita-cita seluruh tim anggota berbagi dalam semua proses pengambilan keputusan, atau dengan kata lain, keputusan yang “tepat”.

Manfaat IPE

Manfaat yang bisa didapatkan dari IPE adalah mengurangi kerja yang sangat berat dan dapat memberikan kepuasan bagi petugas kesehatan dan pasien karena rasa

saling melengkapi antar profesi kesehatan dan kerjasama yang baik. Disamping itu, IPE dapat membuat tatalaksana dan penanganan pasien lebih tepat dan cepat sehingga mampu menciptakan kondisi kerja yang baik dan nyaman (Soemantri et al, 2019).

Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, WHO (2010) mengungkapkan manfaat yang diharapkan setelah dilaksanakan IPE dikelompokkan menurut domain, antara lain:

- a. Kerja tim: mampu menjadi seorang pemimpin dan mengetahui hambatan dalam kerja tim
- b. Peran dan tanggung jawab: mampu memahami area kompetensi masing-masing profesi dan melakukan dengan penuh tanggung jawab
- c. Komunikasi: mampu mengungkapkan pendapat dan mampu menjadi pendengar yang baik untuk tim lain
- d. Pembelajaran dan refleksi yang kritis: menggambarkan menggambarkan adanya hubungan yang kritis dalam tim
- e. Hubungan dengan mengenali kebutuhan pasien: mampu bekerjasama dalam kepentingan pasien sebagai mitra dalam manajemen perawatan
- f. Etika praktik: memahami pandangan dari stereotype diri sendiri dan profesi lain, mengakui bahwa pandangan yang dimiliki oleh setiap petugas kesehatan itu sama pentingnya dan berlaku.

Khusus Kerjasama Interprofesi dan Perawatan Berbasis Tim

WHO mengakui pendekatan kolaboratif antarprofesional sebagai strategi inovatif dalam menangani masalah kesehatan pasien profesional kesehatan krisis. Kenyataannya, kolaborasi antar pakar bukannya tanpa kendala. Tampaknya kolaborasi antarprofesional yang tidak efektif masih terjadi di berbagai rangkaian layanan kesehatan. Perbedaan status antar profesi, adanya

komunikasi yang tidak efektif, prasangka, perasaan superioritas dan inferioritas serta banyaknya tindakan berupa instruksi dari profesi lain masih menjadi kelebihan dalam praktiknya.

Praktik kolaboratif merupakan tanda-tanda tidak adanya kemitraan yang adil antar profesi. profesional kesehatan, sehingga kesepakatan perlu dicapai. Faktor utama penghambat terlaksananya kolaborasi interprofesional adalah komunikasi interprofesional yang buruk (Utami, 2018). Komunikasi yang gagal diantara anggota tim merupakan kejadian terbanyak dalam kematian yang tidak diinginkan dalam area perawatan kesehatan. Kolaborasi seyogyanya berjalan dengan baik apabila setiap anggota tim saling menghargai dan memahami peran, tugas dan tanggung jawab masing-masing profesi yang ada, memiliki tujuan yang sama, mengakui keahlian masing-masing profesi kesehatan, saling bertukar informasi dengan terbuka, memiliki kemampuan untuk mengelola, merencanakan dan melaksanakan tugas baik secara personal maupun bersama dalam kelompok atau tim (Rosen et al., 2018).

Pengalaman belajar bersama antar tenaga kesehatan pada tahap awal akan membantu memudahkan dalam melakukan praktik kolaborasi untuk perawatan kesehatan pada masa yang akan datang demi peningkatan mutu pelayanan. Kepedulian terhadap penyembuhan pasien akan memotivasi semua tenaga profesional kesehatan untuk ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terhadap perawatan pasien sehingga nantinya praktik kolaborasi dapat berjalan dengan baik dan bermutu (Golom and Schreck, 2018).

Temuan studi Rumah Sakit Islam Sultan Agung mengenai penerapan praktik kolaboratif interprofesional dalam layanan rujukan ibu hamil penderita penyakit jantung menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan sepakat bahwa Integrated Care Pathway (ICP) mendukung langkah penerapan IPE bagi ibu penderita jantung. Memberikan ICP kepada ibu yang sakit dalam layanan rujukan adalah hal yang tepat dan dapat diterima oleh para profesional kesehatan, namun saat ini belum memungkinkan karena berbagai hambatan yang terkait dengan faktor individu, kelompok, organisasi, dan kebijakan (Yulianti et al, 2021).

Praktik kolaboratif dapat berjalan dengan baik bila peran berbagai profesi saling melengkapi dan tidak ada tumpang tindih peran bidan, perawat, dan dokter. Mengatasi tumpang tindih peran antara bidan, perawat, dan dokter dapat diatasi dengan melihat profesinya masing-masing. Dampak positif dengan belajar tentang peran, tugas dan tanggung jawab dari profesi mereka, maka anggota tim tentu maksimal memahami antara satu profesi dengan profesi lainnya, sehingga akan tercipta kerja sama yang baik dalam perawatan pasien dan keluarganya.

Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa tim kesehatan dengan tingkat konflik yang tinggi akan memiliki tingkat pergantian, tingkat stress dan ketidakpuasan kerja yang tinggi, serta memiliki produktivitas yang rendah dibandingkan dengan tim kesehatan yang memiliki frekuensi konflik yang rendah. Konflik dalam organisasi pelayanan kesehatan muncul dalam berbagai bentuk meliputi konflik peran, konflik komunikasi, konflik sasaran, konflik kepribadian serta konflik nilai dalam organisasi tersebut. Bentuk konflik ini erat kaitannya dengan kontrol emosi dan hubungan antar anggota tim pada suatu organisasi (Yusra, Findyartini and Soemantri, 2019).

C. Alur Rujukan dan Rencana Asuhan pada Kasus Kompleks

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 1972 menjelaskan sistem rujukan adalah suatu sistem pemberian pelayanan yang memberikan tanggung jawab bersama terhadap suatu kasus penyakit atau gangguan kesehatan secara vertikal dalam arti unit tersebut kurang kompeten menuju unit yang lebih efisien, atau secara horizontal antar unit dengan tingkat daya yang sama. Tujuan rujukan secara keseluruhan adalah untuk meningkatkan pedoman mutu, ruang lingkup, dan efektivitas kepegawaian Puskesmas dalam pelayanan kesehatan dengan melaksanakan rujukan medis terpadu (Kebidanan Komunitas).

Sistem rujukan berjenjang diciptakan supaya masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan lebih mudah. Rujukan tersebut ditujukan kepada rumah sakit yang memiliki dokter yang lebih baik. Untuk mendapatkan surat rujukan, pasien harus mengakses layanan kesehatan terdekat seperti puskesmas, klinik, dokter umum, atau bidan.

Puskesmas PONED

Salah satu upaya yang dilaksanakan Kementerian Kesehatan untuk mendukung percepatan penurunan AKI dan AKN adalah dengan penatalaksanaan kegawatdaruratan/komplikasi obstetri dan neonatal di tingkat pelayanan dasar dengan pelayanan obstetri neonatal (PONED) di puskesmas binaan. Dengan adanya rumah sakit dengan pelayanan Obstetri Darurat Neonatal (PONEK) komprehensif sebagai bagian dari inovasi kerjasama PONED-PONEK. Puskesmas PONED adalah puskesmas rawat inap yang mampu memberikan pelayanan dasar kegawatdaruratan/komplikasi obstetrik dan neonatal dalam 24 jam setiap hari.

Regionalisasi sistem rujukan PONEB merupakan pembagian wilayah sistem rujukan suatu wilayah kabupaten dan wilayah yang berbatasan dengannya, sebagai rujukan perantara yang akan mendukung berfungsinya RS PONEK sebagai rujukan kegawatdaruratan/komplikasi obstetri dan neonatal di kabupaten yang bersangkutan.

Kasus yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONEB, kemungkinan berasal dari:

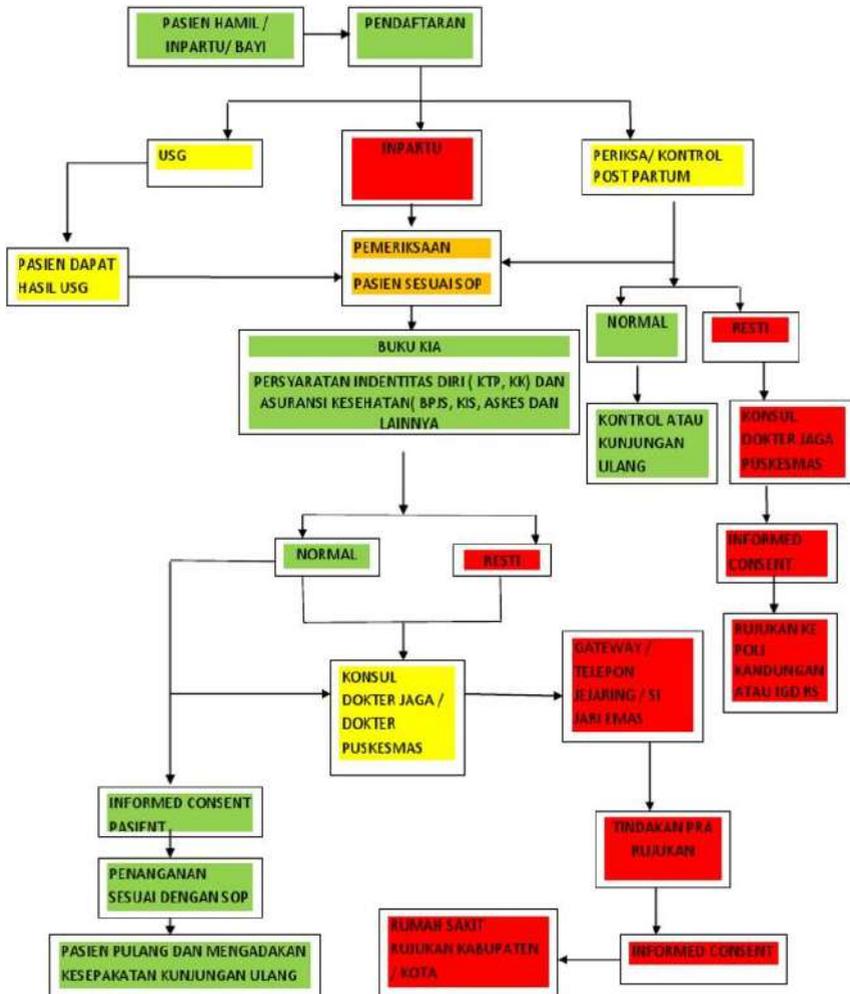
1. Rujukan masyarakat:
 - a. Datang sendiri sebagai pasien perorangan atau keluarga.
 - b. Diantar/dirujuk oleh kader Posyandu, Dukun Bayi, dan lainnya.
 - c. Dirujuk dari institusi masyarakat, seperti Poskesdes, Polindes, dll.
 2. Rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dari wilayah kerja Puskesmas mampu PONEB , antara lain dari:
 - a. Unit rawat jalan Puskesmas, Puskesmas pembantu/ keliling.
 - b. Praktek dokter atau bidan mandiri.
 - c. Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama lainnya.
 3. Rujukan dari Puskesmas sekitar
- Kriteria Puskesmas mampu PONEB
- a. Puskesmas rawat inap yang dilengkapi fasilitas untuk pertolongan persalinan, tempat tidur rawat inap sesuai kebutuhan untuk pelayanan kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi.
 - b. Letaknya strategis dan mudah diakses oleh Puskesmas/ Fasyankes non PONEB dari sekitarnya.
 - c. Puskesmas telah mampu berfungsi dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan tindakan mengatasi kegawatdaruratan, sesuai

dengan kompetensi dan kewenangannya serta dilengkapi dengan sarana prasarana yang dibutuhkan.

- d. Puskesmas telah dimanfaatkan masyarakat dalam/luar wilayah kerjanya sebagai tempat pertama mencari pelayanan, baik rawat jalan maupun rawat inap serta persalinan normal.
- e. Mampu menyelenggarakan UKM dengan standar.
- f. Jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran, pelayanan dasar dan Puskesmas non PONE D ke Puskesmas mampu PONE D paling lama 1 jam dengan transportasi umum mengingat waktu paling lama untuk mengatasi perdarahan 2 jam dan jarak tempuh Puskesmas mampu PONE D ke RS minimal 2 jam
- g. Mempunyai Tim inti yang terdiri atas Dokter, Perawat dan Bidan sudah dilatih PONE D, bersertifikat dan mempunyai kompetensi PONE D, serta tindakan mengatasi kegawatdaruratan medik umumnya dalam rangka mengkondisikan pasien emergensi/komplikasi siap dirujuk dalam kondisi stabil.
- h. Mempunyai cukup tenaga Dokter, Perawat dan Bidan lainnya, yang akan mendukung pelaksanaan fungsi PONE D di Puskesmas/Fasyankes tingkat dasar.
- i. Difungsikan sebagai Pusat rujukan antara kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi, dalam satu regional wilayah rujukan kabupaten
- j. Puskesmas telah mempunyai peralatan medis, non medis, obat-obatan dan fasilitas tindakan medis serta rawat inap, minimal untuk mendukung penyelenggaraan PONE D.
- k. Kepala Puskesmas mampu PONE D sebagai penanggungjawab program harus mempunyai kemampuan manajemen penyelenggaraan PONE D
- l. Puskesmas mampu PONE D mempunyai komitmen untuk menerima rujukan kasus kegawatdaruratan medis kasus obstetri dan neonatal dari Fasyankes di sekitarnya.

- m. Adanya komitmen dari para *stakeholders* yang berkaitan dengan upaya untuk memfungsikan Puskesmas mampu PONED dengan baik.

Alur Rujukan Puskesmas PONED



Gambar 10.1 Alur ruiukan Puskemas PONED

RS Tipe A,B,C,D

Rumah Sakit adalah suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sumber daya manusia pada Rumah Sakit berupa tenaga tetap meliputi: tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan.

a. Klasifikasi Rumah Sakit

Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

1) Rumah Sakit umum kelas A

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.

2) Rumah Sakit umum kelas B

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.

3) Rumah Sakit umum kelas C

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.

4) Rumah Sakit umum kelas D

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah.

NO.	JENIS PELAYANAN	KELAS A	KELAS B	KELAS C
1.	Pelayanan medik dan penunjang medik			
	a. Pelayanan medik spesialis sesuai kekhususan	+	+	+
	b. Pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan	+/-	+/-	+/-
	c. Pelayanan medik spesialis lain	+/-	+/-	+/-
	d. Pelayanan medik subspecialis lain	+/-	+/-	+/-
	e. Pelayanan medik umum	+/-	+/-	+/-
2.	Pelayanan keperawatan dan kebidanan			
	a. Pelayanan keperawatan	+	+	+
	b. Pelayanan kebidanan	+	+	+
3.	Pelayanan nonmedik			
	a. Farmasi	+	+	+
	b. Rekam medik	+	+	+
	c. Psikologi	+/-	+/-	+/-
	d. CSSD	+	+	+
	e. Pengolahan makanan/gizi	+	+	+
	f. Pelayanan darah	+	+	+
	g. Laundry/binatu	+	+	+
	h. Pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan	+	+	+
	i. Informasi dan komunikasi	+	+	+
	j. Pemulasaraan jenazah	+/-	+/-	+/-

Gambar 10.2 Jenis pelayanan di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak

Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan Neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal yang datang ke puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap sesuai dengan buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat puskesmas mampu PONED atau dilakukan rujukan ke RS pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya.

- b. Prinsip utama adanya sistem rujukan
- 1) Mengurangi kepanikan dan kegaduhan yang tidak perlu dengan cara menyiapkan persalinan (rujukan terencana) bagi yang membutuhkan (*pre-emptive strategy*). Sementara itu bagi persalinan emergency harus ada alur yang jelas.
 - 2) Bertumpu pada proses pelayanan KIA yang menggunakan *continuum of care* dengan sumber dana.
 - 3) Sarana pelayanan kesehatan dibagi menjadi 3 jenis: RS PONEK 24 jam, Puskesmas PONEK dan Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya seperti Puskesmas, bidan praktek, Rumah Bersalin, Dokter Praktek Umum, dan lain-lain
 - 4) Harus ada RS PONEK 24 jam dengan hotline yang dapat dihubungi 24 jam.
 - 5) Sebaiknya ada hotline di Dinas Kesehatan 24 jam dengan sistem jaga untuk mendukung kegiatan persalinan di RS.
 - 6) Memperhatikan secara maksimal ibu-ibu yang masuk dalam:
 - a) Kelompok A : merupakan ibu-ibu hamil yang terdeteksi mempunyai permasalahan Obstetrik, dengan atau tanpa penyakit penyerta (kelainan non obstetrik), dan diprediksi akan mempunyai permasalahan pada saat bersalin, sehingga harus dirujuk terencana
 - b) Kelompok B : merupakan Ibu hamil dan bersalin yang selama ANC tidak ditemukan permasalahan Obstetrik dan tidak ditemukan penyakit penyerta, dibagi menjadi 3 sub kelompok:
 - c) Kelompok B1. Kelompok Ibu hamil ataupun bersalin dengan riwayat hasil pemeriksaan ANC normal, tetapi pada saat perjalanan kehamilan ataupun persalinannya, ditemukan kelainan,

sehingga memerlukan pertolongan Emergency ke RS PONEK

- d) Kelompok B2. Ibu hamil dan atau Ibu bersalin dengan permasalahan pada kehamilannya atau pada persalinannya, namun bisa diatasi di puskesmas PONEK.
 - e) Kelompok B3. Ibu-ibu bersalin normal.
 - 7) Menekankan pada koordinasi antar lembaga seperti LKMD, PKK, dan pelaku layanan di bidang obstetrik.
 - 8) Memberikan petunjuk rinci dan jelas mengenai pembiayaan, khususnya untuk mendanai ibu-ibu kelompok A, kelompok B1, kelompok B2 dan BBL.
- c. Perencanaan rujukan
- 1) Komunikasikan rencana rujukan kepada ibu dan keluarganya, karena rujukan harus mendapat persetujuan ibu dan/atau keluarganya. Jika situasi memungkinkan, petugas kesehatan perlu memberikan kesempatan untuk menanggapi pemikiran dan pertanyaan ibu dan keluarga mereka. Beberapa hal yang disampaikan harus mencakup:
 - a) Diagnosis dan pengobatan yang diperlukan
 - b) Alasan merujuk ibu
 - c) Resiko yang mungkin timbul bila tidak dilakukan rujukan
 - d) Risiko yang mungkin timbul selama proses rujukan
 - e) Waktu rujukan yang tepat dan durasi rujukan yang diperlukan
 - f) Tujuan rekomendasi. Moda dan metode transportasi yang digunakan
 - g) Nama petugas kesehatan yang mendampingi ibu
Jam kerja dan nomor telepon rumah sakit/pusat pelayanan kesehatan tujuan
 - h) Perkiraan lama pengobatan

- i) Perkiraan biaya dan sistem pembiayaan (termasuk dokumentasi lengkap Jampersal, Jamkesmas atau asuransi kesehatan)
 - j) Petunjuk arah dan cara menuju tujuan rujukan dengan menggunakan modalitas transportasi lain.
- 2) Hubungi pusat layanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan sampaikan kepada tenaga kesehatan yang akan menerima pasien hal-hal berikut ini:
- a) Indikasi rujukan
 - b) Kondisi ibu dan janin
 - c) Rencana terkait prosedur teknis rujukan (termasuk kondisi lingkungan dan cuaca menuju tujuan rujukan)
 - d) Kesiapan sarana dan prasarana di tujuan rujukan
 - e) Penatalaksanaan yang sebaiknya dilakukan selama dan sebelum transportasi, berdasarkan pengalaman-pengalaman rujukan sebelumnya
- 3) Hal yang perlu dicatat oleh pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien adalah:
- 1) Nama pasien
 - 2) Nama tenaga kesehatan yang merujuk
 - 3) Indikasi rujukan
 - 4) Kondisi ibu dan janin
 - 5) Penatalaksanaan yang telah dilakukan sebelumnya
 - 6) Nama dan profesi tenaga kesehatan yang mendampingi pasien
- 4) Saat berkomunikasi lewat telepon, pastikan hal-hal tersebut telah dicatat dan diketahui oleh tenaga kesehatan di pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien.
- 5) Lengkapi dan kirimlah berkas-berkas berikut ini sesegera mungkin:

- a) Formulir rujukan pasien (minimal berisi identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan)
 - b) Fotokopi rekam medis kunjungan antenatal
 - c) Fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini
 - d) Hasil pemeriksaan penunjang
 - e) Berkas-berkas lain untuk pembiayaan menggunakan jaminan kesehatan
- 6) Pastikan ibu yang dirujuk telah mengenakan gelang identifikasi.
 - 7) Bila terdapat indikasi, pasien dapat dipasang jalur intravena dengan kanul berukuran 16 atau 18.
 - 8) Mulai penatalaksanaan dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi segera setelah berdiskusi dengan tenaga kesehatan di tujuan rujukan. Semua resusitasi, penanganan kegawatdaruratan dilakukan sebelum memindahkan pasien.
 - 9) Periksa kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan Untuk merujuk, dengan mempertimbangkan juga kemungkinan yang dapat terjadi selama transportasi.
 - 10) Selalu siap sedia untuk kemungkinan terburuk.
 - 11) Nilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk, meliputi:
 - a) Keadaan umum pasien
 - b) Tanda vital (Nadi, Tekanan darah, Suhu, Pernafasan)
 - c) Denyut jantung janin
 - d) Presentasi
 - e) Dilatasi serviks
 - f) Letak janin. Kondisi ketuban
 - g) Kontraksi uterus: kekuatan, frekuensi, durasi

- 12) Catat dengan jelas semua hasil pemeriksaan berikut nama tenaga kesehatan dan jam pemeriksaan terakhir. Untuk memudahkan dan meminimalkan resiko dalam perjalanan rujukan, keperluan untuk merujuk ibu dapat diringkaskan menjadi BAKSOKUDA (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, Darah)

D. Sistem Rujukan Terintegrasi Berbasis Teknologi Informasi

Pembangunan sistem referensi berbasis kapasitas dikembangkan oleh Departemen Kesehatan Umum bekerja sama dengan organisasi profesi melalui digitalisasi sistem referensi TI, melalui penerapan sistem referensi terintegrasi (SISRUTE). Pada aplikasi SISRUTE terdapat proses rujukan dan komunikasi aktif antara fasilitas medis dan tenaga medis serta informasi awal sebelum pasien dirujuk melalui media (SMS, Android dan aplikasi Web), sehingga pelayanan di rumah sakit yang dirujuk dapat dilakukan. memberikan pelayanan yang cepat dan akurat, sehingga berdampak pada keselamatan pasien dan kepuasan pasien serta keluarganya.

SISRUTE awalnya dikembangkan terutama untuk rujukan ke pasien darurat. Sistem ini berisi informasi mengenai pasien yang akan dirujuk, asal rujukan, komentar penerima rujukan, informasi umum mengenai rumah sakit dari segi infrastruktur yang ada, sumber daya manusia medis, dokter, jumlah tempat tidur yang tersedia. Informasi rumah sakit ini disediakan dalam permintaan. SISRUTE resmi diimplementasikan secara nasional sesuai dengan surat Edaran Dirjen Yankes No. IR.01.04/1/4345/2016 Tanggal 20 Desember 2016 tentang implementasi Sistem Rujukan terintegrasi. SISRUTE dilatar belakangi oleh banyaknya keluhan ruang perawatan penuh, lambatnya pelayanan IGD dan maraknya penolakan pasien, sehingga pemerintah melakukan pengembangan dengan percepatan layanan

informasi berbasis digital yang tidak dapat direkayasa oleh Rumah Sakit (Risksedas, 2018).

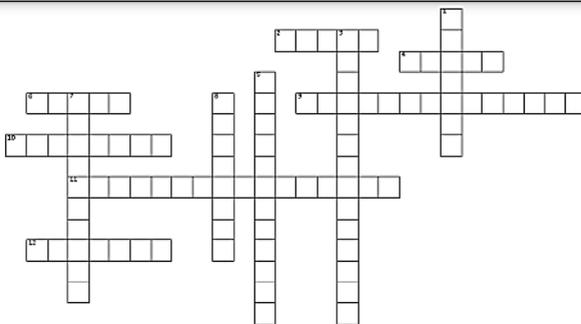
Petugas bisa melakukan transaksi atau kegiatan dengan beberapa media hanya dengan SMS, aplikasi android ataupun melalui website Menu pada SISRUITE yaitu :

1. Identitas pasien serta hasil pemeriksaan penunjang (berupa teks di aplikasi)
2. Pemilihan RS yang akan dituju dengan menyertakan alasan rujukan.
3. Riwayat rujukan gunanya untuk melihat informasi terkait pasien yang telah dirujuk ke rumah sakit rujukan yang dapat update informasi tambahan terkait pasien maupun pembatalan rujukan.
4. Monitoring Rujukan untuk memonitoring jika ada pasien yang dirujuk/direspon.
5. Hasil penelitian tentang permasalahan rujukan ibu untuk mendapatkan SC pada FKTP tingkat II menunjukkan advokasi bidan dalam merujuk pasien untuk dilakukan Tindakan SC di Rumah sakit PPK 2 BPJS harus memperhatikan ketentuan ketentuan yang tidak melanggar kode etik dan merugikan pasien. Bidan dikatakan profesional bila menerapkan etika dalam menjalankan praktek kebidanan dengan memahami peran sebagai bidan, akan meningkatkan tanggung jawab profesional kepada pasien atau klien. Bidan berada pada posisi yang baik, yaitu memfasilitasi pilihan klien dan membutuhkan peningkatan pengetahuan tentang etika untuk diterapkan dalam strategi praktek kebidanan. Bidan sebagai tenaga kesehatan, berhak menjalani praktek kebidanan secara mandiri, namun tidak semua Praktik Mandiri Bidan telah menjadi Pemberi Pelayanan Kesehatan Jenjang I Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (PPK I BPJS), sedangkan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merujuk pasien dilakukan secara berjenjang.

Hasil wawancara mendalam pada penelitian ini menunjukkan proses rujukan yang dilakukan oleh Bidan di Praktik Mandiri Bidan (PMB). Proses rujukan dilakukan sesuai prosedur BPJS yang berlaku dan telah menggunakan SISRUITE (sistem Informasi Rujukan Terintegrasi) BPJS. Alur rujukan dimulai menghubungkan link PMB dengan Rumah sakit (RS) yang akan dituju dan menerima pasien rujukan, lalu pasien diantar ke RS oleh bidan hingga terjadi serah terima pasien dengan pihak RS. Tentunya Bidan merujuk ke Rumah sakit dengan memperhatikan jarak yang terdekat (Yuni Fitriana, Ari Andriyani, Andina Vita Sutanto, 2021).

Tugas

Isilah Teka teki silang berikut dengan cermat



ACROSS

2. Salah satu kelengkapan rujukan yang disiapkan bidan
4. Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
6. Rujukan yang dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan.
9. Jenis kasus pada proses rujukan ibu hamil kelompok A dengan kelainan kehamilan
10. Jenis kasus pada proses rujukan kelompok B2
11. Proses Rujukan Ibu Hamil dan Ibu Bersalin Kelompok B1

12. Prinsip saling mendorong dalam membangun kemitraan upaya kesehatan

DOWN

1. Prinsip saling menghubungi dan berkomunikasi dalam membangun kemitraan upaya kesehatan
3. Jenis kasus pada Proses Rujukan Ibu Hamil Kelompok A
5. Keadaan ibu hamil dengan protein uri positif 2
7. Faktor-faktor penyebab kesehatan
8. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat

Latihan Soal

1. Seorang perempuan 41 tahun datang ke Rumah Sakit dengan keluhan mual, muntah, tidak nafsu makan, terlambat haid. Ini adalah kehamilan pertamanya. Haid terakhir 2 bulan yang lalu. Ibu mengatakan sudah melakukan planotest dengan alat tes kehamilan, dan hasilnya positif. Keadaan ibu baik, hasil pemeriksaan TTV normal. Dokter melakukan pemeriksaan dengan USG. Hasil USG menunjukkan bahwa kantong kehamilan ibu kosong.
Apakah peran bidan yang paling tepat pada kasus diatas?
A. Rujuk
B. KIE kuretase
C. Lakukan anamnesa
D. Lakukan tes kehamilan
E. Lakukan pemeriksaan USG
2. Seorang perempuan, 27 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu, datang ke TPMB dengan keluhan sakit kepala menetap. Hasil pemeriksaan: TD: 180/120 mmHg, N: 88 x/menit, S: 36,5°C, P: 20 x/menit, pandangan mata kabur, bengkak pada tangan dan muka, nyeri ulu hati, reflek patella (+), protein urine (+++).
Apakah peran bidan yang paling tepat pada kasus diatas?

- A. Rujuk
 - B. KIE Operasi Seksio
 - C. Lakukan anamnesa
 - D. Lakukan tes analisa urine
 - E. Lakukan pemeriksaan USG
3. Seorang perempuan, 23 tahun, G1P0A0, hamil 16 minggu, datang ke TPMB dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir. Hasil anamnesis: nyeri perut bagian bawah. Hasil Pemeriksaan: TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36°C, P: 20x/menit, serviks terbuka, perdarahan merah segar, belum ada pengeluaran jaringan.
Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Menganjurkan istirahat total
 - B. Mengeluarkan hasil konsepsi dari uterus
 - C. Melakukan kolaborasi dengan dokter kandungan
 - D. Memberikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml RL
 - E. Mengobservasi suhu badan, kontraksi dan jumlah perdarahan
4. Seorang perempuan, 23 tahun, G1P0A0, hamil 14 minggu, datang ke TPMB, dengan keluhan sakit pada perut dibagian bawah. Hasil pemeriksaan: KU lemah, TD: 90/60 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5°C, P: 20x/menit, keluar darah segar dari vagina, inspekulo serviks terbuka.
Apakah penatalaksanaan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Merujuk pasien
 - B. Mengevaluasi perdarahan
 - C. Menganjurkan pasien istirahat
 - D. Memberikan konseling terkait kehamilan
 - E. Memberitahu ibu hasil dari pemeriksaan yang telah dilakukan

5. Seorang perempuan, umur 24 tahun, G2P1A0, aterm datang ke TPMB dengan keluhan mules ingin melahirkan. Hasil anamnesis: kehamilan pertama, ketuban pecah 2 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 120/mmHg, N: 86 x/menit, P: 20x/menit, S: 37°C, DJJ: 146 x/menit, kontraksi 3x10'/40'', pembukaan 7 cm, ketuban (-) mengandung mekonium, presentasi bokong kaki.

Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Lakukan rujukan
- B. Lengkapi partograf
- C. Lakukan persiapan persalinan
- D. Observasi kemajuan persalinan
- E. Letakkan handuk di atas perut ibu

Kunci Jawaban

BAB 1

1. B. Trimester kedua
2. B. Diet rendah karbohidrat
3. B. Tekanan darah tinggi dan edema
4. B. Memeriksa denyut jantung janin
5. D. Konsultasi dengan ahli jantung dan bidan

BAB 2

1. D. Retensio plasenta
2. A. Eklampsia
3. C. Plasenta previa
4. E. Hypermenorhoe
5. C. Polimenore

BAB 3

1. D. Kista Bartholin
2. B. Mioma uteri
3. A. Pemeriksaan USG
4. E. Fistula rektovaginal
5. B. Prolaps Uteri

BAB 4

1. A. Kehamilan yang terjadi di luar rahim.
2. B. Mual dan muntah yang parah, dehidrasi, dan ketidakseimbangan elektrolit.
3. C. Tahap awal dari proses pengguguran yang belum terjadi
pengeluaran janin atau hasil konsepsi dari rahim.
4. A. Penurunan volume darah selama kehamilan.
5. D. Aspirasi vakum atau operasi bedah.

BAB 5

1. D. Manuver Mc Robert
2. D. Fraktur Klavikula
3. B. Makrosomia
4. A. Atonia Uteri
5. D. Distosia Bahu

BAB 6

1. E. Suntikkan oksitosin kedua 10 IU
2. A. P1A0 partus kala III dengan retensio placenta
3. A. Atonia uteri
4. A. Plasenta manual
5. D. Perdarahan

BAB 7

1. E. Ibu dengan disabilitas wicara G1P0A0 persalinan normal presentasi bokong
2. A. Petugas melakukan konseling kepada ibu klien
3. A. Petugas berada sejajar dengan pasien
4. E. Fetal Alcoholic Syndrome
5. A. Memberikan konseling KB kepada ibu dan suami

BAB 8

1. B. Etik legal dan keselamatan pasien
2. C. Informed choice
3. C. UU no 4 tahun 2019 tentang Kebidanan psl 49 Bab VI
4. B. Setuju karena tindakan penyelamatan segera/ penyelamatan jiwa sesuai dalam pasal 59 UU no 4 tahun 2019 tentang kebidanan
5. A. Pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun atau pidana denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).

BAB 9

1. D. Metode kangguru
2. C. *Bonding attachment*
3. A. Membungkus dengan kain bersih dan kering
4. A. Mempertahankan suhu tubuh
5. A. ASI eksklusif

BAB 10

1. C. Lakukan anamnesa
2. A. Rujuk
3. A. Mengajukan istirahat total
4. A. Merujuk pasien
5. A. Lakukan rujukan

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari Saifuddin, Trijatmo Rachimhadhi, Gulardi H. Wiknjosastro,. (2020). Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. Pp 595-605
- Adane, K. D., Zerga, A. A., Gebeyehu, F. B., & Ayele, F. Y. (2023). Proportion of hyperemesis gravidarum and associated factors among pregnant women admitted into the obstetrics ward at Akesta general hospital, North East Ethiopia. PLOS ONE, 18(2), e0281433. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0281433>
- Agaronnik, N. et al. (2018) 'Communicating with Patients with Disability: Perspectives of Practicing Physicians', JGIM, pp. 1139–1145. doi:10.1007/s11606-019-04911-0.
- Akanmode, A., Mahdy, H., (2023) Macrosomia. National Institute of Health,. National Library of Medicine.
- Alene, T., Abebe, M., (2022) A case of ischiopagus dicephalus conjoined twins with tetrabrachius bipus from Dessie, Ethiopia. International Medical Case Report Journal. Vol 15, pp 425-429. <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S381186>
- Amelia, Wafda.N . (2019). Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks Maternal dan Neonatal. Yogyakarta : Pustaka baru
- Amellia;, S. W. N. (2020). Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks Maternal & Neonatal. [//pustaka.poltekkes-pdg.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D6798%26keywords%3D](http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D6798%26keywords%3D)

- Aprilina, H. Dwi, Suparti, S. (2016). Kombinasi Breast Care Dan Teknik Marmet Terhadap Produksi Asi Post Sectio Caesaria Di Ruang Flamboyan Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, 14(2), 1–9.
- Asih, Y. (2016). Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Asrinah. (2015). Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Astuti, S., & Judistiani, T. D. (2015). Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui. Jakarta: Erlangga.
- Badan Pusat Statistik Kementerian Dalam Negeri (2021) Berita Resmi Statistik: Hasil Sensus Penduduk 2020. Jakarta.
- Berliana (2021) Konsep kebidanan. 1st edn. Yogyakarta.
- Bidan, E. P. (2014) Etika Profesi Bidan. 1st edn. Yogyakarta.
- Casebolt, M.T. (2020) 'Barriers to Reproductive Health Services for Women with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries: A Review of the Literature', *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, pp. 1–14. doi:10.1016/j.srhc.2020.100485.
- CDC. (2021). Prevention Challenges | Women | Gender | HIV by Group | HIV/AIDS | CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/group/gender/women/prevention-challenges.html>

CDC. (2023). Fact about Anencephaly. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/anencephaly.html>

Chang, Kai-Chieh., Chen, Yen-Chang., Ding, Dah-Ching., (2022). Condyloma acuminatum mimicking cervical cancer in a pregnant woman and treatment with cryotherapy : A case report. *Medicine (Baltimore)*. No. 101., Vol 49, e32273., doi: 10.1097/MD.00000000000032273

Chen Cathy J dan Holly Thompson. (2022). Uterine Prolapse. *Bookshelf Statpearls*

Cleveland Clinic. (2023). Anencephaly. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15032-anencephaly>

Cleveland Clinic. (2023). Conjoined Twins. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22895-conjoined-twins>

Cleveland Clinic. (2023). Hydrocephalus. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17334-hydrocephalus>

Cleveland Clinic medical professional. (2021). Bartholin Cyst. Diunggah tanggal 09 Maret 2021. Diakses pada laman : <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17737-bartholin-cyst>

- Cleveland Clinic medical professional. (2022). Endometritis. Diunggah tanggal 25 Oktober 2022. Diakses pada laman : <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24334-endometritis>
- Cleveland Clinic medical professional. (2022). Ovarian Cysts. Diunggah tanggal 20 Juli 2022. Diakses pada laman : <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9133-ovarian-cysts>
- Cleveland Clinic medical professional. (2022). Uterine Prolapse. Diunggah tanggal 09 Juli 2022. Diakses pada laman : <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16030-uterine-prolapse>
- Cleveland Clinic medical professional. (2023). Endometrial Hyperplasia. Diunggah tanggal 16 Februari 2023. Diakses pada laman : <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16569-atypical-endometrial-hyperplasia>
- Coates T., (2020) Malpositions of the Occiput and Malpresentations., Myles Textbook for Midwife 17th edn. Edinburg: Churchill Livingstone. Pp 574-606
- Crafter, Helen and Brewster, Jenny (2014) 'Common Problems associated with early and advance pregnancy, Myles Textbook for Midwifery': Churchill Livingstone Elsevier. Page: 222.
- Cunningham FG. (2022) Williams Obstetrics, 26 thEdition. Chapter 23-Abnormal Labor. United States of America: McGraw-Hill Education; p. 776-780.

- D John dan Jacobson. (2022). Vulvovaginitis. Medline Plus. Peninjauan tanggal 19 April 2022. Diakses pada laman : <https://medlineplus.gov/ency/article/000897.htm>
- Dartiwen, Nurhayati.Y (2019). Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta: CV ANDI
- Dewan Perwakilan Rakyat RI (2023) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan', Undang-Undang, (187315), pp. 1-300.
- Dike, N., Ibine, R., (2022) Hypotonic Labor. National Institute of Health,. National Library of Medicine
- Disitasi tanggal 29 September 2023 https://www.gfmer.ch/Obstetrics_simplified/abnormal_uterine_action.htm
- Ditescu, D., Istrate-Ofiteru, A., Rosu, G., Lovan, L., et al., (2021). Clinical and pathological aspects of condyloma acuminatum – review of literature and case presentation. Rom J Morphol Embryol, Vol Apr-Jun; 62, no 2, pp 369-383
- DPR RI (2016) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Indonesia.
- Eke, E. O., Ekeleme, N. C., Ezirim, E. O., Onwuka, C. J., & Eke, K. O. (2022). Ectopic Pregnancy: A 10 -Year Review of Cases in A Tertiary Health Institution in Umuahia, South East, Nigeria. European Journal of Medical and Health Sciences, 4(4), 54-59. <https://doi.org/10.24018/EJMED.2022.4.4.1395>
- El-Mowafi, Diao N., Abnormal Uterine Action. Geneva Foundation for Medical Education and Research.

- Emmett Grames (2020) 'Standar Profesi Bidan', p. 14. Available at: <https://all3dp.com/2/fused-deposition-modeling-fdm-3d-printing-simply-explained/>.
- Endang (2015) *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta.
- Evie Lee (2022) What Are the Different Types of Disabilities? Available at: <https://cpdonline.co.uk/knowledge-base/care/different-types-of-disabilities/> (Accessed: 27 September 2023).
- Felicia Levina. (2021). *Servisitis*. SehatQ. Artikel. Diunggah tanggal 01 Juni 2021. Diakses pada laman : <https://www.sehatq.com/penyakit/servisitis>
- Fitriana, dkk (2018). *Asuhan Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- Galuh Permatasari, Gladeva Yugi Antari and Luh Putu Sri Yuliasuti (2023) 'Analisis Pelaksanaan Informed Consent Pada Pasien Bersalin Di Praktik Mandiri Bidan Ely Faridah', *Jurnal Kesehatan*, 11(1), pp. 71-79.
- Gari, W., Tsegaye, A., & Ketema, T. (2020). Magnitude of anemia and its associated factors among pregnant women attending antenatal care at Najo General Hospital, northwest Ethiopia. *Anemia*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8851997>
- Gill, P., Patel, a., Van Hook, J., (2023) *Uterine Atony*. National Institute of Health., National Library of Medicine.

- Gitasari, R., Kusumosih, T., Nugroho, D, Rahardjo, H., (2022). Factors associated with retained placenta : a case control at Bethesda Hospital Yogyakarta. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*. Vol. 7., No 1., pp. 11-13
- Go, V. F., Sethulakshmi, C. J., Bentley, M. E., Sivaram, S., Srikrishnan, A. K., Solomon, S., & Celentano, D. D. (2003). When HIV-prevention messages and gender norms clash: The impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *AIDS and Behavior*, 7(3), 263–272. <https://doi.org/10.1023/A:1025443719490>
- Golom, F. D. and Schreck, J. S. (2018) 'The Journey to Interprofessional Collaborative Practice: Are We There Yet?', *Pediatric Clinics of North America*. Elsevier Inc, 65(1), pp. 1–12. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.017
- Hauspurg, A., & Jeyabalan, A. (2022). Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S1211–S1221. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.027>
- <https://doi.org/10.1155/2017/5161783>
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (2017). *Pedoman Imunisasi Di Indonesia*. Edisi 6. Jakarta: IDAI.
- Indarwati, Wahyuni and Widayati, R. S. (2016) Ketepatan Pengambilan Keputusan Bidan dalam Merujuk Pasien Persalinan, *Jurnal Penelitian Pendidikan Guru Sekolah Dasar*.
- Indrayani, D. *Asuhan Persalinan Dan BayiBaruLahir*. Jakarta: Trans Info Media, 2013.

- Irianti, dkk. (2013). *Asuhan Kehamilan Berbasis bukti*. Jakarta: Sagung Seto (2014) *Asuhan Kebidanan Berbasis bukti*. Jakarta: Sagung Seto
- Irwin, J. A., & Midwife, R. (2010). The future role for a diabetes specialist midwife. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(4), 653–662. <https://doi.org/10.1016/J.BEEM.2010.05.004>
- Islami, H. N. (2017). *Peran Bidan Dalam Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Puskesmas Halmahera Kota Semarang*. Disertasi S-3 Tidak diterbitkan. Universitas Diponegoro, Semarang.
- James, A. H. (2021). Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 138(4), 663–674. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004559>
- Jayarendra, A.A.G. and Indrawati, A.A.S. (2020) 'Informed Consent dalam Penangan Pasien Disabilitas Mental', *Jurnal Kertha Semaya*, 8(3), pp. 397–412.
- JNPK-KR. (2016). *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kemenkes RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar (RISKEDES)*. Jakarta: (2019). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta :
- Jones D,L., (2016). *Dasar-Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Hipokrates. Jakarta
- Kanmaz, A. G., Inan, A. H., Beyan, E., & Budak, A. (2019). The effects of threatened abortions on pregnancy outcomes. *Ginekologia Polska*, 90(4), 195–200. <https://doi.org/10.5603/GP.A2019.0035>

Kaur, K., Bhardwaj, M., Kumar, P., Singhal, S., Singh T., Hooda, S., (2016). Amniotic fluid embolism. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. Vol. 32, No. 2., Pp 153-159

Kemenko PMK (2023) Pemerintah Penuhi Hak Penyandang Disabilitas di Indonesia. Available at: [https://www.kemenkopmk.go.id/pemerintah-penuhi-hak-penyandang-disabilitas-di-indonesia#:~:text=Saat ini%2C jumlah penyandang disabilitas,disabilitas terbanyak pada usia lanjut](https://www.kemenkopmk.go.id/pemerintah-penuhi-hak-penyandang-disabilitas-di-indonesia#:~:text=Saat%20ini%20jumlah%20penyandang%20disabilitas,disabilitas%20terbanyak%20pada%20usia%20lanjut.). (Accessed: 26 September 2023).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Usia Dewasa. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).2018

Kementrian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Republik Indonesia,. (2022). Patofisiologi Hidrosefalus. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1598/patofisiologi-hidrosefalus

Kementrian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Republik Indonesia,. (2022). Penyebab Makrosomia dan Upaya Pencegahannya. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2002/penyebab-makrosomia-dan-upaya-pencegahannya

Kementrian Kesehatan RI (2019) 'Undang-Undang Tentang Kebidanan No 4 Tahun 2019', Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, (004078).

- Kimball, John W. 1998. *Biologi Edisi Kelima Jilid 2*. Jakarta : Erlangga.
- Koleva, M., Jesus, O., (2023) Hydrocephalus. National Institute of Health, National Library of Medicine.
- Kourtis, A. P., Lee, F. K., Abrams, E. J., Jamieson, D. J., & Bulterys, M. (2006). Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet Infectious Diseases*, 6(11), 726–732. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(06\)70629-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(06)70629-6)
- Labour and Delivery Care Module: 8. Abnormal Presentations and Multiple Pregnancies. Study Session 8 Abnormal Presentations and Multiple Pregnancies. Health and Education Training in Africa. Disitasi tanggal 29 September 2023
<https://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=276&printable=1>
- Lee William A, etc. (2023) . Bartholin Gland Cyst (Nursing). Diunggah tanggal 05 Juli 2023. Diakses pada laman : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568675/>
- Lilungulu, A., Mpondo, B., Mlwati, A., Matovelo, D., Kihunrwa, A., Gumodoka, B., (2017). Giant Condyloma Acuminatum of Vulva in an HIV-Infected Woman. *Hindawi, Case Reports in Infectious Diseases*. Volume 2017, Article ID 5161783, 3 pages
- Mac-seing, M. et al. (2020) ‘The Intersectional Jeopardy of Disability , Gender and Sexual and Reproductive Health : Experiences and Recommendations of Women and Men With Disabilities in Northern Uganda’, *SRHM*, 28(2), pp. 269–283. doi:10.1080/26410397.2020.1772654.

- Makajeva, J., Ashraf, M., (2023) Delivery, Face and Brow Presentation. National Institute of Health,. National Library of Medicine.
- Mathew, R., Francis, S., Basti, R., Suresh, H., Rajarathnam, A., Cunha, P., Rao, S., (2017). Conjoined twins – role of imaging and recent advances. *J Ultrason*. Vol. 17: 259–266
- Matin, B.K. et al. (2021) ‘Barriers in Access to Healthcare for Women With Disabilities: a Systematic Review in Qualitative Studies’, *BMC Women’s Health*, 21(44), pp. 1–23. doi:10.1186/s12905-021-01189-5.
- Mayo Clinic. (2023). Hydrocephalus. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hydrocephalus/symptoms-causes/syc-20373604>
- Mayo Klinik. (2023). Fetal Macrosemia. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579>
- Monna, C., & Soindemi, A. (2022). Relationship Levels of Knowledge , Attitude , Behavior , and School Support in Anemia Students. 5(August), 286–293.
- Mora Claramita, Astrid, Marcy R, J.Van.(2017). Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien Dalam Konteks Budaya Asia Tenggara. EGC. Jakarta
- Mujur, A., (2023) Identification of Maternity Mothers with Uterine Inertia at the Kendari City Regional General Hospital. *Indonesian Journal of Contemporary Multidisciplinary Research (MODERN)*. Vol.2,No.2, pp. 253-260

Nelson, B. et al. (2020) 'Experiences of Teaching Sexual and Reproductive Health to Students With Intellectual Disabilities', *Sex Education*, 20(4), pp. 398–412. doi:10.1080/14681811.2019.1707652.

Oktafiyanti, Riyana Noor., Ismihari, Putri Cinthya., (2021). Giant Condyloma Accuminata in Pregnancy, Use of Trichloroacetic Acid combined of Electrocauterization and excision Procedure : A case Report. *Herb-Medicine Journal*, ISSN :2620-567X

Pennycook, K., McCready, T., (2023). Condyloma Acuminata. National Institute of Health,. National Library of Medicine

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 3 TAHUN 2020 TENTANG KLASIFIKASI DAN
PERIZINAN RUMAH SAKIT

Perlman, N., Carusi, D., (2019) Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. *Int J Womens Health*. Vol. 11, pp 527-534. doi: 10.2147/IJWH.S218933

Podungge, Y., Yulianingsih, E., Surya Porouw, H., Suherlin, I., Dewi Agustini, R., & Kebidanan Politeknik Kesehatan Gorontalo, J. (2023). LITERATURE REVIEW: FACTORS CAUSING PLACENTA PREVIA IN PREGNANT WOMEN. *Jambura Journal of Health Sciences and Research*, 5(1), 309–315. <https://doi.org/10.35971/JJHSR.V5I1.16074>

Prasetyo, B., Winardi, B., Pranadyan, R., Damayanti, H. E., Laksana, M. A. C., Yusuf, M., & Dewi, E. R. (2020). Increasing of early high-risk pregnancy detection with proactive intervention in Bangkalan District, Madura Indonesia. *Journal of Global Pharma Technology*, 12(6), 26–31.

[https://scholar.unair.ac.id/en/publications/increasing-of-early-high-risk-pregnancy-detection-with-proactive-](https://scholar.unair.ac.id/en/publications/increasing-of-early-high-risk-pregnancy-detection-with-proactive)
Purwaningsih, S.S. et al. (2022) Naskah Kebijakan Pelayanan Kesehatan Inklusif Bagi Penyandang Disabilitas. 1st edn. Edited by Santoso. Jakarta: Penerbit BRIN.

R. Y., Findyartini, A. and Soemantri, D. (2019) 'Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia', *Journal of Interprofessional Education and Practice*. Elsevier Inc., 15(June), pp. 24–29. doi: 10.1016/j.xjep.2019.01.005.

Rezky Fransilya Sumbung (2021) 'Perlindungan Hukum bagi Bidan Praktik Mandiri dalam Menjalankan Praktik Kebidanan', *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, 1(September), pp. 64–72. doi: 10.30649/jhek.v1i1.15.

Rosen, M. A. et al. (2018) 'Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care', *American Psychologist*, 73(4), pp. 433–450. doi: 10.1037/amp000029

RUTGERS School of Arts and Sciences (2023) Physical, Sensoric dan Developmental Disabilities. Available at: <https://kines.rutgers.edu/dshw/disabilities/physical/1060-physical-disabilities> (Accessed: 29 September 2023).

Sabaratnam Arulkumaran, (2020), *Oxford Textbook of Obstetrics and Gynaecology*, Oxford Academic Books, <https://doi.org/10.1093/med/9780198766360.003.0032>

Saifudin AB. Kematian maternal. Dalam : Ilmu Kebidanan, edisi ketiga. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka, 1994 : 22-27.

Sexual Right Initiative Org. (2018) Submission to the Special Rapporteur on Rights of Persons with Disabilities Sexual Rights Initiative, SRI. Available at: [https://www.sexualrightsinitiative.org/sites/default/files/resources/files/2023-05/Submission for SR on Disabilities 1.3%5B1%5D.pdf](https://www.sexualrightsinitiative.org/sites/default/files/resources/files/2023-05/Submission%20for%20SR%20on%20Disabilities%201.3%5B1%5D.pdf) (Accessed: 29 September 2023).

Sheppard Cate. (2020). Treatment of vulvovaginitis . PMC Pubmed Central. Diterbitkan online 2020 1 Des 43(6): 195–199. doi: 10.18773/austprescr.2020.055. Diakses pada laman : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7738700/>

Singh Gunjan dan Yana Puckett. (2023). Endometrial Hyperplasia. Bookhelf StatPearls [Internet]. National Center For Biotechnology Information. Diakses pada laman : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560693/>

Soemantri, D.,Kambey, D.R., Yusra, R.Y., Timor, A.B.,Khairani, C.D., Setyorini, D., Findyartini, A. 2019. The Supporting and inhibiting factors of interprofessional collaborative practice in a newly established teaching hospital. J. Interprofessional Educ. Pract. 15,149 - 156

Sriyanti, Cut. 2016. "Modul Bahan Ajar Keperawatan Patologi". Jakarta

Stanescu, Ana., Cioti, Ana., Simionescu, Anca., Grajdeanu, Ioana., (2020). Condyloma acuminata during pregnancy. Revista Societati Romane de Obstetrica si Ginecologie. Vol LXVIII., No. 4., pp 164-166

Sulaeman Ridawati dkk. (2022). Remaja dan Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta : CV Bintang Semesta Media.

- Suparna Sinha et al., (2018) Malpositions and Malpresentations of the fetal head., *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.*, Volume 28, Issue 3., Pages 61-98
- Suprobowati, D. (2023) 'Komunikasi Kebijakan Pada Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Disabilitas Dan Korban Kekerasan Seksual Di Puskesmas Wagir Kabupaten Malang', *Sintesa*, 1(1), pp. 1-9. doi: 10.30996/sintesa.v1i1.8175.
- Susila, I. (2021). Penyuluhan Kontrasepsi Pasca Abortus. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(2), 308-312. <https://doi.org/10.30994/jceh.v4i2.147>
- Taylor Michael, dkk. (2023). Endometritis. *Pubmed Book. Bookshelf ID: NBK553124*. Diakses pada laman : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553124/>
- Tim Kajian AKI-AKA, Depkes RI. Kajian kematian ibu dan anak di Indonesia. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta; Depkes R.I, 2004.
- Tim Promkes RSST. Servisitis. (2022). Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- UC San Diego Health. (2022). Acute Salpingitis. *Health Library*. Diunggah tanggal 12 Januari 2022. Diakses pada laman : <https://myhealth.ucsd.edu/Library/HealthSheets/3,S,40492>

- Umaimah, L., (2023). Retensio Plasenta. Disitasi pada tanggal 29 September 2023. <https://www.ai-care.id/healthpedia-penyakit/retensio-plasenta>
- UNFPA, SAFE Research study and impacts. Maternal mortality update 2004, delivery into good hands. New York, UNFPA; 2004
- UNFPA. Maternal mortality update 2002, a focus on emergency obstetric care. New York, UNFPA; 2003.
- United Nations (2022) Disability-Inclusive Communications Guidelines. 1st edn. New York: United Nations.
- Utami, L. C. (2018) 'GAMBARAN SIKAP KOLABORASI INTERPROFESI PERAWAT-DOKTER DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr. SOEBANDI JEMBER', Repository.Unej.Ac.Id. Available at: <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/88252>.
- Vaghela, N. (2019). STUDY OF PREGNANCY OUTCOME IN VARIOUS HIGH-RISK PREGNANCIES IN TERTIARY CARE HOSPITAL. *International Journal of Medical and Biomedical Studies*, 3(12), 38–42. <https://doi.org/10.32553/ijmbs.v3i12.793>
- Walyani, ES & Purwoastuti Th. Endang. Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: 2015.
- WHO. Making pregnancy safer, a health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. New Delhi: WHO-SEARO, 2000.
- WHO. Maternal mortality in 2000. Department of Reproductive Health and Research WHO, 2003.

WHO. Reduction of maternal mortality. A joint WHO/ UNFPA/ UNICEF/ World bank statement. Geneva, 1999.

WIDIASTUTI, Y. R. (2017). Perbandingan Kejadian Anemia Dalam Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah Pada Primipara Dan Multipara Di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta. 7–23.
<http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/12151>

Widjaja, A.H., Wijayanti, W. and Yulistyaputri, R. (2020) 'Perlindungan Hak Penyandang Disabilitas dalam Memperoleh Pekerjaan dan Penghidupan yang Layak bagi Kemanusiaan The Protection of the Rights of Persons with Disabilities to Work and to Earn', *Jurnal Konstitusi*, 17(1), pp. 197–223.
[doi:https://doi.org/10.31078/jk1719](https://doi.org/10.31078/jk1719).

Wikipedia. (2023) . Ginekologi. Diunggah tanggal 30 Agustus 2023. Diakses pada laman :
<https://id.wikipedia.org/wiki/Ginekologi>.

Wisnu, N. T., & Ngestiningrum, A. H. (2020). IMPROVING BEHAVIOR OF CONSUMING Fe TABLETS FOR PREGNANT MOTHERS OF ANEMIA IN THE COVID PANDEMIC 19. 07, 7025–7028.
<https://www.ijirr.com/sites/default/files/issues-pdf/3669..pdf>

World Health Organization, (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Second edition. WHO

Yosia Miklael. (2022). Parametritis Adalah: Pengertian, Gejala, dan Cara Mengobatinya. Artikel Carevo Healthcare revolution. Diunggah tanggal 13 September 2022.

Diakses pada laman :
<https://www.carevo.id/parametritis-adalah/>

Yulaswati, V. et al. (2021) Tinjauan Peningkatan Akses dan Taraf Hidup Penyandang Disabilitas Indonesia : Aspek Sosioekonomi dan Yuridis. Jakarta: Kementerian PPN.

Yuliyanti, Suryani., Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D; Prof. dr. Adi Utarini, M. Sc., MPH., Ph.D Yusra, 2021. Implementasi Praktik Kolaborasi Interprofesi pada Pelayanan Rujukan Maternal di Rumah Sakit Islam Sultan Agung dan Jejaring Rujukannya (Participatory Action Research pada Ibu Hamil dengan Kelainan Jantung). Repository Universitas Gadjah Mada. | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

Yuni Fitriana, Ari Andriyani, Andina Vita Sutanto. 2021. Problem of Midwives to Referral Patients for Sectio Caesarea in PPK II BPJS in Bantul Region, 2020 (Permasalahan Bidan Merujuk Pasien untuk Sectio Caesarea di PPK II BPJS di Wilayah Bantul Tahun 2020). SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan. DOI: <https://doi.org/10.24167/shk.v7i2.3281>

Zuliyati, I.C. et al. (2021) Modul Praktikum : Midwifery in Complex Care. 1st edn. Yogyakarta: Universitas Alma Ata.

Biografi Penulis

Dr. Emi Kusumawardani, S.S.T., M.Kes.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan di STIKes Husada Jombang.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Kesehatan Masyarakat UNS Solo.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 di Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Sejak tahun 2008 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: emikusumawardani80@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Orang-orang yang berhenti belajar akan menjadi pemilik masa lalu. Orang-orang yang masih terus belajar, akan menjadi pemilik masa depan, Semangat Belajar.”

Niken Bayu Argaheni, S.ST., Bdn., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Sebelas Maret.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Padjadjaran.

Sejak tahun 2014 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Sebelas Maret. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: kinantiniken@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Winners never quit.”

Megawati, S.ST., M.K.M.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Aisyiyah Yogyakarta.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di STIKes Indonesia Maju.

Sejak tahun 2019 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan di Prodi Sarjana Kebidanan di Institut Citra Internasional. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal ilmiah lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: megawati.s.st@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Proses itu Usahanya, Hasil Itu Karya Nyatanya.”

Wiwin Widayanti, S.S.T., M.Kes.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKes Jenderal Achmad Yani Cimahi.
- Penulis melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Poltekkes Kementerian Kesehatan Tasikmalaya Prodi Kebidanan Cirebon.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Diponegoro jurusan Sain Terapan Kebidanan.

Sejak tahun 2006 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Muhammadiyah Cirebon. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. Buku yang sudah terbit diantaranya buku HIPNOSI (Hipno Laktasi), Buku Ajar Komplementer Pada Masa Nifas.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: wiwinwidayanti12@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Allah tidak akan menurunkan penyakit melainkan menurunkan obatnya juga (HR.Bukhori). Terima, cintai, ikhlas, lepaskan. Jaga selalu energi positifmu.”

Bdn. Pipih Salanti, SST, MKM.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di Poltekkes Bhakti Pertiwi Husada Cirebon.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Profesi Bidan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 di Universitas Nusantara Bandung.

Sejak tahun 2010 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: pipihsalanti@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Teruslah berkarya dan jadilah manusia yang bermanfaat untuk sesama.”

Diani Magasida, S.Si.T., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta Timur Prodi DIV Bidan Pendidik.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Padjadjaran Bandung Prodi S2 Kebidanan.

Sejak tahun 2020 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Muhammadiyah Cirebon. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: dianimagasida@stikesmuhcrb.ac.id

Pesan untuk para pembaca:

“A little knowledge removes a lot of ignorance.” – Imam Ali (as)

Bdn. Nunung Nurjanah, SST., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di Poltekkes Tasikmalaya Program Studi DIV Bidan Pendidik.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Padjadjaran Bandung.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Tasikmalaya.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 di Universitas Diponegoro Semarang.

Sejak tahun 2008 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Muhammadiyah Cirebon. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: nung.bidan@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Janganlah kami mengikuti apa yang kami tidak mempunyai pengetahuan tentangnya, sesungguhnya pendengaran, penglihatan dan hati, semuanya akan dimintai pertanggung jawaban.”-(QS. Al-Isra : 36)

Bdn. Kursih Sulastriningsih, S.Si.T., M.Kes.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di STIKIM Jakarta.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Profesi Bidan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 di UNINUS Bandung.

Sejak tahun 2015 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: Kurshisulastri7@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Semoga buku ini menjadi acuan untuk belajar.”

Nur Fadri Nilakesuma, BD., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Airlangga Surabaya.
- Penulis melanjutkan pendidikan profesi bidan di Universitas Airlangga Surabaya.
- Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di prodi Magister Kebidanan Universitas Andalas Padang.

Sejak tahun 2011 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes MERCU BAKTI JAYA Padang. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: nurfadrink@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Janganlah pernah menyerah ketika Anda masih mampu berusaha lagi
Tidak ada kata berakhir sampai Anda berhenti mencoba.”-Brian Dyson

Hai,
Pejuang Cumlaude !
Bagaimana
dengan bukunya ?



Jika suka, yuk tinggalkan kesan & pesan positif. Agar teman-teman perawat seluruh Indonesia tahu, seberapa rekomendasi buku ini. Dengan cara isi pendapat kamu pada link di bawah

 mculink.id/pesanpositif

Terimakasih bagi yang sudah memberikan pendapat, yuk jadikan kami lebih baik dalam meningkatkan kualitas buku ini. Jangan lupa ikuti sosial media kami.

Sosial Media Kami

Kamu bisa scan QR Code di bawah ini :



Atau buka situs di bawah ini :

 linktr.ee/mcu.kompeten

Terimakasih, salam **Cumlaude** dari **Tim MCU Group**

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks

Buku Ini :

- *Sudah lolos seleksi review dengan baik.*
- *Telah dilengkapi dengan latihan soal pada tiap Bab.*
- *Gambar Ilustrasi Yang detail pada tiap Bab.*

Penulis

Dr. Emi Kusumawardani, S.S.T, M.Kes., dkk.

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks

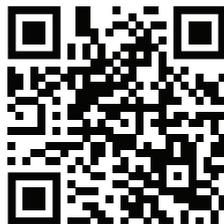
“Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras untuk menduplikat/memperbanyak/mereproduksi sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk atau cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.”

Penyusun : **Dr. Emi Kusumawardani, S.S.T., M.Kes., dkk.**

Infiniti Office, Bellezza BSA 1st Floor Unit 106,
Jl. Letjen Soepeno, Kebayoran Lama Jakarta Selatan 12210.

Kontak Kami

(Silakan Scan)



(Silakan Scan)

Tim Fasilitator

Lucky Dwi Caraka

Rendy Himansyah

Dimasqi Sulthan Sabiq Jiddan

Muhammad Asyfa Dafi

Qoriatul Adawiyah

Adinda Kurnia Ramadhanty

Ervira Mumtaza

Eliesa Putri Syodri

Eka Nanda Rini Yulianti

