

PENYULIT PERSALINAN

Tutorial Asuhan Kebidanan Patologi

Dosen Pengampu : Evi Wahyuntari S.ST., M.Keb



Disusun Oleh

Ananda Sefti Fitriana

NIM : 1910105005

A_A1

D3 KEBIDANAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA

2021

Penyulit Persalinan

1. Pengertian penyulit persalinan

Penyulit persalinan adalah kelainan-kelainan yang terjadi selama proses persalinan seperti kala II lama, kelainan presentasi, perdarahan postpartum, dan bedah saesar (Bobak, 2005). Menurut teibang (2012) penyulit persalinan sebagai persalinan yang abnormal yang ditandai dengan kelambatan atau ketidakhadanya kemajuan proses persalinan dalam ukuran satuan waktu tertentu.

Jadi, dapat didefinisikan penyulit persalinan adalah persalinan yang abnormal yang ditandai dengan adanya kelainan-kelainan selama proses persalinan yang dapat menghambat proses persalinan.

2. Macam-macam penyulit persalinan

a) Penyulit persalinan kala I dan kala II

i. Kelainan tenaga/his

1. Persalinan Hipertonik
2. Persalinan Hipotonik
3. Partus Lama
4. KPD (Ketuban Pecah Dini)

ii. Kelainan janin

1. Distres janin
2. Ukuran terlalu besar (makrosemia)
3. Hidrosefalus
4. Kehamilan ganda
5. Malposisi dan malpresentasi
6. Presentasi sungsang

iii. Kelainan jalan lahir

1. Kontraktur pada tulang pelvik

2. Tumor

b) Penyulit persalinan kala III dan IV

- i. Atonia Uteri
- ii. Retensio plasenta
- iii. Emboli air ketuban
- iv. Robekan perineum
- v. Robekan serviks
- vi. Robekan dinding vagina
- vii. Inversio Uteri
- viii. Syok obetetrik

3. Penatalaksanaan setiap penyulit persalinan

a) Penyulit persalinan kala I dan kala II

i. Kelainan tenaga/his

1. Persalinan Hipertonik

Dilakukan pengobatan simptomatis untuk mengurangi tonus otot, nyeri dan mengurangi ketakutan. Denyut jantung janin harus terus dievaluasi. Bila dengan cara tersebut tidak berhasil, persalinan harus diakhiri dengan section caesarea.

2. Persalinan Hipotonik

- a) Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
- b) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan-kemungkinan yang ada.
- c) Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan section caesarea.

3. Partus Lama

- a) Pantau tanda-tanda vital ibu
- b) Berikan ibu makanan dalam bentuk cairan
- c) Berikan infus larutan glukosa 5% dan larutan NaCl isotonik secara IV
- d) Berikan petidin 50 mg yang dapat di ulangi
- e) Pada permulaan kala I dapat diberikan 10 mg morfin.
- f) Apabila persalinan berlangsung 24 jam tanpa kemajuan perlu diadakan penilaian seksama tentang keadaan. Apabila ketuban sudah pecah maka, keputusan untuk menyelesaikan persalinan tidak boleh ditunda terlalu lama berhubung mengantisipasi bahaya infeksi.
- g) Apabila dalam 24 jam setelah ketuban pecah sudah dapat diambil keputusan apakah perlu dilakukan seksio sesarea dalam waktu singkat atau persalinan dapat dibiarkan berlangsung terus yang diberikan induksi.

4. KTD (Ketuban Pecah Dini)

Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (>37 minggu). Apabila dalam 24 jam setelah selaput ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan, dan bila gagal dilakukan bedah caesar. Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan setelah diagnosis KPD ditegakkan dengan pertimbangan lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi. Induksi persalinan segera diberikan atau ditunggu sampai 6-8 jam. Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan ibu, janin dan jalannya proses persalinan. Induksi dilakukan dengan memperhatikan bishop skor jika >5, induksi dilakukan, sebaliknya jika bishop skor < 5, dilakukan pematangan serviks dan jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan SC.

ii. Kelainan janin

1. Distres janin

a) Cara pemantauan

- i. Kasus resiko rendah – auskultasi DJJ selama persalinan :
Setiap 15 menit kala I, Setiap setelah his kala II, Hitung selama satu menit setelah his selesai
- ii. Kasus resiko tinggi – gunakan pemantauan DJJ elektronik secara berkesinambungan
- iii. Hendaknya sarana untuk pemeriksaan pH darah janin disediakan

b) Interpretasi data dan pengelolaan

- i. Untuk memperbaiki aliran darah uterus : Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta
- ii. Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan)
- iii. Berikan oksigen 6-8 L/menit d) Untuk memperbaiki hipotensi ibu (setelah pemberian anastesi epidural) segera berikan infus 1 L infus RL
- iv. Kecepatan infus cairan-cairan intravaskular hendaknya dinaikkan untuk meningkatkan aliran darah dalam arteri uterina.

c) Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus

- i. Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.
- ii. Berikan ibu oksigen 6-8 L/menit
- iii. Perlu kehadiran dokter spesialis anak Biasanya resusitasi intrauterin tersebut diatas dilakukan selama 20 menit.

d) Tergantung terpenuhinya syarat-syarat, melahirkan janin dapat pervaginam atau perabdominal.

2. Ukuran terlalu besar (makrosemia)

Jika dijumpai diagnosis makrosomia maka bidan harus segera membuat rencana asuhan atau perawatan untuk segera diimplementasikan, tindakan tersebut adalah merujuk pasien. Alasan dilakukan rujukan adalah untuk mengantisipasi adanya masalah-masalah pada janin dan juga ibunya.

3. Hidrosefalus

a) Pada pembukaan 3-4 cm, lakukan pungsi sisterna untuk mengecilkan kepala janin. Pungsi dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi spinal yang besar, kemudian cairan dikeluarkan sebanyak mungkin dari ventrikel.

b) After coming head akan terjadi pada letak sungsang. Lakukan perforasi dari foramen ovale untuk mengeluarkan cairan, agar kepala janin dapat lahir pervaginam.

4. Kehamilan ganda (janin kembar siam)

a) Jika pada saat pemeriksaan kehamilan sudah ditegakkan janin kembar siam, tindakan yang lebih aman adalah melakukan section caesarea.

5. Malposisi dan malpresentasi

a) Presentasi Puncak Kepala

Penanganan :

1. Usahakan lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir spontan.
2. Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep biasanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubus Ubus Besar

b) Presentasi Dahi

Penanganan : Persentase dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak dapat lahir spontan pervaginam, jadi lakukan SC.

c) Presentasi Muka

i. Penanganan dagu posterior Bila pembukaan lengkap :

1. Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
2. Bila kemajuan persalinan lembut lakukan oksitosin drip
3. Bila penurunan kurang lancar

Bila pembukaan belum lengkap : Tidak didapatkan tanda obstruksi, lakukan oksitosin drip. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertek.

ii. Dagu anterior

1. Bila pembukaan lengkap Secio Caesaria
2. Bila pembukaan tidak lengkap, lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Secio Caesaria

6. Presentasi sungsang (Presbo)

a) SPONTANEUS BREECH

- i. Setelah bokong lahir maka tangan penolong mencengkramnya secara Bracht yaitu kedua ibu jari sejajar sumbu panjang paha bayi, sedangkan jari-jari lain memegang panggul (dapat juga perasat Bracht ini dilakukan dengan menggunakan duk steril)
- ii. Pada setiap his ibu terus diminta meneran
- iii. Setelah lahirnya perut kendorkan tali pusat dengan salah satu jari tangan

- iv. Kemudian lakukan hiperlordosis pada badan janin secara perlahan (bokong dibawa ke arah perut ibu) pada saat angulus skapula inferior tampak di bawah simpisis, penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa tarikan sampai kepala lahir dan bayi lahir secara keseluruhan
 - v. Sementara itu dapat meminta asisten melakukan penekanan kepala bayi di daerah untuk mempertahankan agar kepala anak tetap dalam keadaan fleksi
 - vi. Bila ada kemacetan saat melahirkan bahu atau kepala maka perasat Bracht dinyatakan gagal
- b) CARA KLASIK (DEVENTER) Prinsip melahirkan bahu belakang dahulu
- i. Badan ditarik ke bawah sampai ujung bawah skapula kelihatan di bawah simpisis
 - ii. Kedua pergelangan kaki bayi dipegang dengan tangan penolong yang bertentangan dengan bahu yang akan dilahirkan dan ditarik sejauh mungkin ke arah sisi perut ibu yang berlawanan dengan punggung bayi
 - iii. Masukkan tangan penolong ke dalam jalan lahir dan dengan jari tengah dan telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fosa kubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka bayi (lengan kiri dilahirkan dengan tangan kiri dan sebaliknya)
 - iv. Untuk melahirkan bahu depan, pegang pergelangan kaki bayi dengan berganti tangan
 - v. Tarik bayi curam ke arah bawah (kontralateral)
 - vi. Dengan tangan yang satunya penolong melahirkan lengan depan dengan teknik yang sama seperti melahirkan lengan belakang

- vii. Catatan: bila lengan depan sukar dilahirkan maka dapat juga dilakukan pemutaran sehingga lengan depan dilahirkan juga sebagai lengan belakang
- c) CARA MUELLER (Prinsipnya melahirkan bahu depan dahulu)
- i. Bokong janin dipegang dengan kedua ibu jari diletakan sejajar spina sakralis media dan jari telunjuk pada krista iliaka dan jari-jari lain mencengkram paha bagian depan (teknik duimbekken greep). Kemudian bayi ditatik curam ke arah bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak dibawah simpisis
 - ii. Melahirkan lengan depan dengan mengaitnya keluar
 - iii. Setelah bahu dan lengan depan lahir, dengan posisi pegangan yang sama tarik bayi ke arah atas sampai lengan belakang lahir dengan sendirinya. Bila lengan belakang tidak bisa lahir dengan sendirinya maka dengan jari telunjuk dan jari tengah penolong mengaitnya keluar
- d) CARA LOVSET
- i. Dengan memegang bayi secara duimbekken greep putar badan bayi 180° (setengah lingkaran) beberapa kali sampai bahu dan lengan lahir, bila lengan tidak bisa lahir dengan sendirinya, kait lengan bayi
- e) MELAHIRKAN KEPALA SECARA MAURICEAU (VEIT-SMELLIE) After Coming Head
- i. Setelah bahu dan lengan lahir, posisikan badan bayi menunggangi lengan kiri penolong
 - ii. Jari tengah tangan kiri penolong dimasukan ke dalam mulut bayi sedangkan
 - iii. jari yang lain mencengkram fosa kanina Tangan kanan penolong mencengkram leher bayi bagian belakang dengan posisi leher dijepit oleh jari telunjuk dan tengah

- iv. Kemudian kepala bayi ditarik curam ke bawah sambil asisten melakukan dorongan Kristeller
- v. Setelah suboksiput tampak di bawah simpisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, UUB dan akhirnya lahirlah seluruh badan bayi

iii. Kelainan jalan lahir

- 1. Kontraktur pada tulang pelvik
- 2. Tumor
 - a) Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
 - b) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinankemungkinan yang ada.
 - c) Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan section caesarea.

b) Penyulit persalinan kala III dan IV

i. Atonia Uteri

- 1. Segera setelah plasenta lahir lakukan massase pada fundus selama 15 detik. Bila selama 15 detik setelah dilakukan massase uterus tidak berkontraksi maka dinyatakan atonia uteri dan segera lakukan kompresi bimanual interna (KBI).
- 2. Menggunakan sarung tangan DTT/Steril(sarung tangan panjang pada tangan kanan).
- 3. Masukkan tangan kanan kedalam vagina secara obstetrik.
- 4. Lakukan eksplorasi, lakukan pemeriksaan dinding vagina dan cavum uteri, pastikan tidak ada sisa selaput ketuban dan bekuan darah.

5. Kepalkan tangan yang berada didalam vagina, letakkan pada fornix anterior.
6. Tangan kiri meraba corpus uteri posterior seluas mungkin.
7. Menekan kuat uterus diantara kedua tangan selama 5 menit. Apabila dalam 5 menit uterus berkontraksi maka KBI di lanjutkan selama 2 menit lagi sehingga total waktu KBI 7 menit, kemudian dilanjutkan dengan perawatan ibu kala IV.
8. Apabila uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit lakukan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE). KBE ini dilakukan apabila tidak ada asisten yang membantu untuk pemberian injeksi ergometrin dan infus. Namun apabila ada asisten, maka KBI dilanjutkan, tidak perlu dilakukan KBE. Pemberian injeksi ergometrin dan infus dilakukan oleh asisten.
9. Meminta bantuan keluarga ibu untuk menggantikan bidan dalam melakukan Kompresi Bimanual, lakukan Kompresi Bimanual Eksterna. Letakkan kepala tangan dibagian suprapubik dengan satu tangan dan tangan lain meraba corpus uteri posterior seluas mungkin, kemudian tekan uterus diantara kedua tangan.
10. Sementara itu, keluarkan tangan yang ada didalam vagina.
11. Berikan injeksi ergometrin 0,2 mg secara IM atau mesoprostol 600-1000 mcg per rektal setara dengan 3-5 tablet.
12. Memasang infus RL + oksitosin 20 U dengan jarum no 16 atau 18 (dihabiskan dengan cepat \pm 10 menit) botol ke 1, siapkan 2 botol. (apabila tidak ada asisten, dan botol infus 1 telah habis, minta bantuan keluarga ibu untuk mengganti botol infus dengan yang baru).
13. Menggunakan kembali sarung tangan panjang DTT/steril.
14. Ulangi KBI
 - a) Jika dalam waktu 1-2 menit uterus belum berkontraksi segera rujuk dengan tetap memberikan infus RL 500 cc + 20 U oksitosin.
 - b) Botol infus yang ke 2-4 (2 liter) dihabiskan dalam waktu 1 jam tiap botolnya.

- c) Selanjutnya tiap botol dihabiskan dalam waktu 4 jam atau 125 cc/jam, sampai ketempat rujukan.
- d) Bila tidak cukup tersedia cairan infus maka botol kedua diberikan dengan tetesan sedang dan diberi tambahan pemberian cairan peroral.

15. Lakukan terus KBI kepada ibu sampai tempat rujukan dan sampai ibu ditangani oleh dokter yang berwenang.

ii. Retensio plasenta

Apabila plasenta belum lahir $\frac{1}{2}$ -1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

iii. Emboli air ketuban

1. Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif
2. Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
3. Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
4. X-Ray torax memperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
5. Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO₂ dan PaCO₂)
6. Terapi tambahan:
 - a) Resusitas cairan
 - b) Infuse dopamine untuk memperbaiki cardiac output
 - c) Adrenalin untuk mengatasi anafilaksis
 - d) Terapi DIC dengan fresh frozen plasma
 - e) Terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin

iv. Robekan perineum

1. Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit

2. Derajat II: lakukan penjahitan
 3. Derajat III dan IV: lakukan rujukan
- v. Robekan serviks
1. Jepit klem ovum pada ke-2 biji sisi portio yang robek, sehingga perdarahan dapat segera dihentikan.
 2. Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan dimulai dari ujung atas robekan ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
 3. Setelah tindakan periksa TTV, KU, TFU dan perdarahan
 4. Beri antibiotic profilaksis, kecuali bila jelas – jelas ditemui tanda – tanda infeksi.
- vi. Robekan dinding vagina
1. Pada robekan yang kecil dan superfisiil, tidak diperlukan penanganan khusus.
 2. Pada robekan yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara jelujur.
 3. Apabila perdarahan tidak bisa diatasi, lakukan laparotomi dan pembukaan ligamentum latum.
 4. Jika tidak berhasil, lakukan pengangkatan arteri hipogastrika.
- vii. Inversio Uteri
1. Lakukan pengkajian ulang
 2. Pasang infuse
 3. Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan, atau anastesia umum jika diperlukan.
 4. Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl hangat) menjelang operasi
 5. Lakukan reposisi

viii. Syok obetetrik

Penanganan syok terdiri dari tiga garis utama

1. Pengembalian fungsi sirkulasi darah dan oksigenasi
2. Eradikasi infeksi
3. Koreksi cairan dan elektrolit.

4. Faktor/Penyebab penyulit persalinan

Menurut Machmudah (2010), penyulit persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor

a) Faktor Usia

Ibu hamil yang berusia < 19 tahun atau > 35 tahun akan memiliki banyak resiko tinggi dan memiliki resiko terjadinya komplikasi pada saat kehamilan, melahirkan dan nifas.

b) Paritas

Persalinan lama lebih sering terjadi pada ibu multipara karena pada dinding uterus terdapat jaringan perut karena kehamilan sebelumnya yang dapat menghambat terjadinya kontraksi.

c) Jarak kehamilan

Proses pemulihan uterus membutuhkan waktu minimal 6 minggu, namun organ reproduksi akan kembali seperti sebelum hamil memerlukan waktu dalam hitungan bulan. Jika terjadi kehamilan sebelum dua tahun dimungkinkan dapat menyebabkan pembuluh darah belum siap beradaptasi dengan adanya peningkatan jumlah plasma darah pada waktu hamil dan memiliki resiko terjadinya komplikasi dalam persalinan.

d) Aktivitas selama kehamilan

Aktivitas ibu hamil juga sangat mempengaruhi terjadinya komplikasi pada kehamilan ataupun persalinan. Ibu hamil yang banyak bergerak akan mempercepat proses persalinan. Namun dalam hal ini yang dimaksud bukan dengan ibu hamil yang melakukan aktivitas berat seperti mengangkat beban

berat dan kerja berat karena dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi dalam persalinan atau penyulit dalam persalinan.

e) Kunjungan ANC

Kunjungan antenatal care ini bertujuan untuk dilakukan pengawasan yang memberikan manfaat dengan ditemukannya kelainan serta digunakan dalam persiapan persalinan. Melakukan pengawasan atau pemantauan secara dini dapat mencegah atau menurunkan resiko komplikasi atau penyulit dalam persalinan maupun nifas.

5. Tanda-tanda/gejala terjadinya penyulit persalinan

a) Penyulit persalinan kala I dan kala II

i. Kelainan tenaga/his

1. Partus Lama

a) Persalinan lama paling sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh:

i. Kontraksi uterus yang tidak efektif

ii. Disproporsi sefalopelvik

iii. Posisi oksipitoposterior

2. KPD (Ketuban Pecah Dini)

a) Air ketuban bocor

b) Panggul terasa tertekan.

c) Keputihan atau vagina terasa lebih basah daripada biasanya.

d) Perdarahan melalui vagina.

ii. Kelainan janin

1. Distres janin

a) Adanya penurunan pergerakan janin yang terasa oleh ibu (kurang dari 10 kali/hari). Pergerakan janin adalah cara terbaik untuk mengetahui kondisi kesehatan janin. Janin yang

sehat biasanya memiliki pergerakan yang kuat, sering, dan teratur.

- b) Usia kandungan lebih dari 42 minggu
 - c) Hasil pemeriksaan USG yang abnormal.
 - d) Adanya peningkatan resistensi pembuluh darah plasenta pada usia 34 minggu
 - e) Hasil pemeriksaan detak jantung janin lebih dari rentang normal (120 – 160 kali/menit)
 - f) Volume cairan ketuban yang meningkat atau menurun
 - g) Ukuran diameter perut ibu lebih kecil dari ukuran normal usia kehamilan
 - h) Air ketuban berwarna kehijauan atau berbau
2. Ukuran terlalu besar (makrosemia)
- a) Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
 - b) Wajah mengembung, pletoris (wajah tomat)
 - c) Besar untuk usia gestasi
 - d) Riwayat intrauterus dari ibu yang diabetes dan ibu yang polihidramnion
3. Kehamilan ganda
- a) Memiliki ukuran perut yang lebih besar. Ukuran perut ini sudah dapat terlihat sejak awal kehamilan
 - b) Mengalami mual dan muntah (morning sickness) yang lebih parah
 - c) Mengalami kenaikan berat badan yang lebih banyak
 - d) Merasa lebih lelah
 - e) Merasakan sakit punggung yang muncul lebih awal dan rasanya lebih menyakitkan

f) Merasakan gerakan janin secara lebih dini, yakni pada trimester kedua.

4. Malposisi dan malpresentasi

a) Malposisi Puncak kepala

Saat melakukan periksa dalam teraba bagian puncak kepala janin.

b) Malposisi Dahi

Saat melakukan periksa dalam teraba bagian dahi janin

c) Malposisi Muka

Saat melakukan periksa dalam teraba bagian muka janin baik bagian dagu posterior maupun dagu anterior.

5. Presentasi sungsang

a) Saat dilakukan palpasi bagian bawah janin teraba lunak

b) Saat pemeriksaan DJJ, ditemukan DJJ berada di posisi lebih tinggi

c) Dilakukan periksa dalam teraba bokong

iii. Kelainan jalan lahir

1. Kontraktur pada tulang pelvik

a) Gejala utama kontraktur adalah sendi yang tidak bisa digerakkan. Bahkan dengan gerakan pasif dari pemeriksa, sendi juga sangat sulit digerakkan. Bila dipaksa untuk digerakkan, umumnya akan timbul rasa nyeri yang hebat.

2. Tumor

a) Pendarahan vagina dan diikuti rasa sakit,

b) Pendarahan setelah hubungan seksual,

c) Panggul atau vagina sakit. □

- d) Sekresi cairan encer dari vagina
 - e) Benjolan pada vagina
 - f) Bila kanker sudah berukuran besar bisa mempengaruhi fungsi kandung kemih dan rektum sehingga penderita mengalami nyeri ketika berkemih.
- b) Penyulit persalinan kala III dan IV
- i. Atonia Uteri
 1. Uterus tidak berkontraksi
 2. Konsistensi uterus lembek
 3. Perdarahan pervaginam
 4. Fundus Uteri Naik
 5. Terdapat tanda-tanda syok
 - a) Nadi cepat atau lemah
 - b) Tekanan darah rendah (sistolik < 90 x/menit)
 - c) Pucat
 - d) Keringat dingin atau kulit terasa dingin dan lembab
 - e) Pernafasan cepat frekuensi 30 kali/ menit atau lebih
 - f) Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran
 - g) Urine sedikit (< 30 cc/jam)
 - ii. Retensio plasenta
 1. Demam
 2. Perdarahan segar dari vagina beberapa hari setelah melahirkan
 3. Nyeri hebat pada bagian perut bawah
 4. Keluarnya cairan tubuh yang berbau disertai keluarnya jaringan yang menggumpal
 - iii. Emboli air ketuban
 1. Sesak napas atau napas berat
 2. Mual dan muntah
 3. Keringat dingin

4. Kulit dan bibir tampak kebiruan (sianosis)
5. Dada berdebar
6. Kejang
7. Penurunan kesadaran atau pingsan
8. Perdarahan

iv. Robekan perineum, serviks, dinding vagina

Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya adalah perdarahan, darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta normal. Gejala yang sering terjadi antara lain pucat, lemah, pasien dalam keadaan menggigil.

v. Inversio Uteri

Tanda dan gejala pada pasien yang meliputi:

1. Keluarnya bagian rahim yang menonjol dari vagina
2. Setelah melakukan pemeriksaan, rahim tidak berada ditempatnya
3. Pendarahan dari jalan lahir, pasien kehilangan cukup banyak darah sehingga tekanan darah cepat turun.

Adapun gejala inversio uteri akibat kehilangan banyak darah antara lain:

1. Penglihatan kunang-kunang
2. Pusing
3. Kedinginan
4. Kelelahan
5. Sesak napas

vi. Syok obetetrik

1. Tekanan darah menurun
2. Nadi cepat dan lemah

3. Keringat dingin
4. Sianosis jari – jari
5. Sesak nafas
6. Penglihatan kabur
7. Gelisah
8. Oligouria

6. **Kewenangan bidan dalam menangani penyulit persalinan**

Permenkes No 1464/Menkes/Per/X/2010

Pasal 10

1. Pelayanan kesehatan ibu pada masa pra-hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan ibu yang dimaksud pada ayat 1 (a-f)
C Pelayanan persalinan normal
3. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana yang dimaksud pada ayat 2 berwenang untuk : (a-k)
C Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. (2010). Peraturan Menteri Kesehatan No. 1464 MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. 4 Oktober 2010. Retrieved from [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 1464 thn ttg Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.1464%20thn%20ttg%20Izin%20dan%20Penyelenggaraan%20Praktik%20Bidan.pdf)
- Kurniarum, A. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Lestari, D. (2015). *Hubungan antara Usia Ibu dengan Kejadian Penyulit Persalinan di RSUD Banyumas*. 1-29
- Lestari, D. (2015). Hubungan antara Usia Ibu d.