

Nama : Hayu Wardani Sati

Nim : 1910105010

Prodi : D3 Kebidanan

Kelas : A1

Skenario 1

LO "PENYULIT PERSALINAN"

A. Pengertian penyulit persalinan

Penyulit persalinan adalah kelainan-kelainan yang terjadi selama proses persalinan, seperti Kala II lama, Kelainan Presentasi, Perdarahan Post Partum, dan Bedah Caesar (Bobak, 2005)

Penyulit persalinan merupakan kelainan yang mempengaruhi jalan persalinan sehingga memerlukan intervensi persalinan untuk mencapai *well born baby* dan *well health mother* (Manuaba, 2009)

Penyulit persalinan adalah persalinan abnormal yang ditandai dengan kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam ukuran satuan waktu tertentu (Teibang, 2012)

Penyulit persalinan adalah kelainan atau persalinan abnormal yang memerlukan intervensi yang lebih untuk menolong ibu dan bayi.

B. Macam-Macam Penyulit Persalinan

1. Penyulit Persalinan Kala I dan Kala II

a. Kelainan Tenaga / His

- a) Persalinan Hipertonik
- b) Persalinan Hipotonik
- c) Partus Lama
- d) KPD (Ketuban Pecah Dini)

b. Kelainan Janin

1. Distres Janin
2. Ukuran Terlalu Besar (Makrosemia)

3. Hidrosefalus
 4. Kehamilan Ganda
 5. Malposisi dan Malpresentasi
 6. Presentasi Sungsang
 7. Kematian Janin Intrauteri
- c. Kelainan Jalan Lahir
- A. Kontraktur pada tulang pelvik
 - B. Tumor

2. Penyulit Kala III dan IV

- a. Atonia Uteri
- b. Retensio Plasenta
- c. Emboli Air Ketuban
- d. Robekan Perineum
- e. Robekan Serviks
- f. Robekan Dinding Vagina
- g. Inversio Uteri
- h. Syok Obstetrik

C. Penatalaksanaan setiap penyulit persalinan

Penyulit Persalinan Kala I dan Kala II

i. Kelainan Tenaga / His

1. His Yang Tidak Terkondisi

Berikan obat-obatan anti sakit dan penenang (sedative dan analgetika) seperti morfin, peidin dan valium. Apabila persalinan berlangsung lama dan berlarut-larut, selesaikanlah partus menggunakan hasil pemeriksaan dan evaluasi, dengan ekstraksi vakum, forceps atau section caesarea.

2. 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.

3. 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.

4. Partus Lama

- a. Nilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya.
- b. Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II.
- c. Memperbaiki keadaan umum
 - a) Dengan memberikan dukungan emosional, bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak duduk dengan posisi yang berubah.
 - b) Berikan cairan searah oral atau parenteral dan upaya buang air kecil.
 - c) Berikan analgesia : tramadol atau petidin 25 mg IM (maksimum 1 mg/kg BB), jika pasien merasakan nyeri yang sangat.

5. KPD (Ketuban Pecah Dini)

- a. Mempertahankan kehamilan sampai cukup matur

khususnya maturitas paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat.

- b. Terjadi infeksi dalam rahim, yaitu korioamnionitis yang menjadi peicu sepsis, meningitis janin, dan persalinan prematuritas.
- c. Dengan perkiraan janin sudah cukup besar dan persalinan diharapkan berlangsung dalam waktu 72 jam dapat diberikan kortikosteroid, sehingga kematangan paru janin dapat terjamin.

ii. Kelainan Janin

a. Distres Janin

a) Penanganan Umum

1. Cara pemantauan

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

2. Interpretasi data dan pengelolaan

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



hendaknya dinaikkan untuk meningkatkan aliran darah dalam arteri uterina.

3. Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus

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

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

b. Ukuran Terlalu Besar (Makrosemia)

Jika terdapat diagnosis makrosomia maka bidan harus segera membuat rencana asuhan atau perawatan untuk segera diimplementasikan, tindakan tersebut adalah merujuk pasien untuk mengantisipasi masalah pada ibu dan janin.

c. 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.

d. Kehamilan Ganda

Melakukan section caesarea.

e. Malposisi dan Malpresentasi

- a) Presentasi Puncak Kepala
 - Usahakan lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir pervaginam karena kira-kira 75 % bisa lahir spontan.

- Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep biasanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubun Ubun Besar

b) Presentasi Dahi

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

c) Presentasi occipito posterior

- Lakukan pengawasan dengan seksama dengan harapan dapat lahir spontan.
- Tindakan baru dilakukan jika kala II terlalu lama/ada tanda bahaya terhadap janin.

d) Presentasi Muka

1. Daggu posterior

Bila pembukaan lengkap :

- Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
- Bila kemajuan persalinan lambat lakukan oksitosin drip
- Bila penurunan kurang lancar

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

2. Daggu anterior

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

f. Presentasi Bokong

1. Spontaneus Breech

- a) 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)
- b) Pada setiap his ibu terus diminta meneran
- c) Setelah lahirnya perut kendorkan tali pusat dengan salah satu jari tangan
- d) 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
- e) Sementara itu dapat meminta asisten melakukan penekanan kepala bayi di daerah untuk mempertahankan agar kepala anak tetap dalam keadaan fleksi
- f) Bila ada kemacetan saat melahirkan bahu atau kepala maka perasat Bracht dinyatakan gagal

2. Cara Klasik (Deventer)

Prinsip melahirkan bahu belakang dahulu

- a) Badan ditarik ke bawah sampai ujung bawah skapula kelihatan di bawah simpisis
- b) 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
- c) 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)
- d) Untuk melahirkan bahu depan, pegang pergelangan kaki bayi dengan berganti tangan



- e) Tarik bayi curam ke arah bawah (kontralateral)
- f) Dengan tangan yang satunya penolong melahirkan lengan depan dengan teknik yang sama seperti melahirkan lengan belakang

Catatan: bila lengan depan sukar dilahirkan maka dapat juga dilakukan pemutaran sehingga lengan depan dilahirkan juga sebagai lengan belakang

3. Cara Mueller

Prinsipnya melahirkan bahu depan dahulu.

- a) 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
- b) Melahirkan lengan depan dengan mengaitnya keluar
- c) 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

4. Cara Lovset

- a) 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

5. Melahirkan Kepala Secara Mauriceau (Veit-Smellie)

After Coming Head

- a) Setelah bahu dan lengan lahir, posisikan badan bayi menunggangi lengan kiri penolong
- b) Jari tengah tangan kiri penolong dimasukan ke dalam mulut bayi sedangkan



- c) jari yang lain mencengkram fosa kanina Tangan kanan penolong mencengkram leher bayi bagian belakang dengan posisi leher dijepit oleh jari telunjuk dan tengah
- d) Kemudian kepala bayi ditarik curam ke bawah sambil asisten melakukan dorongan Kristeller

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

a. Kontraktur pada tulang pelvik

b. Tumor

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

Penyulit Kala III dan IV

i. Atonia Uteri

1. Segera setelah plasenta lahir lakukan masasepadafundusuteri. Bila dalam 15 detik setelah di masase uterus tidak berkontraksi maka dikatakan atoniauteri. Segera lakukan kompresi bimanual interna (KBI)
2. Memakai sarung tangan panjang DTT/steril
3. Memasukkan tangan kanan ke dalam vagina secara obstetrik
4. Memeriksa dinding vagina dan cavum uteri apakah ada selaput ketuban atau bekuan darah atau tidak, lakukan eksplorasi
5. Kepalkan tangan dalam vagina, letakkan di forniks anterior
6. Tangan yang diluar meraba corpus uteri posterior seluas mungkin
7. Menekan kuat uterus diantara kedua tangan sampai kedua tangan terasa bertemu selama 5 menit

- Jika dalam 5 menit terjadi kontraksi uterus maka KBI diteruskan selama 2 menit, sehingga total waktu KBI adalah 7 menit
- Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit lakukan kompresi bimanual eksterna (KBE).

Catatan :

- *Jika ada asisten maka bidan melanjutkan KBI dan tidak perlu melakukan KBE. Asisten memberikan injeksi ergometrin dan memasang infus RL yang dicampur dengan 20 unit oksitosin*
 - *Jika tidak ada asisten maka bidan meminta pertolongan keluarga ibu untuk melakukan KBE. Kemudian bidan memberikan injeksi ergometrin dan memasang infus RL yang dicampur dengan 20 unit oksitosin. Selanjutnya bidan melakukan KBI kembali menggantikan KBE yang dilakukan keluarga ibu*
8. KBE : Meminta keluarga ibu meletakkan kepala dibagian suprapubik dengan satu tangan dan tangan yang lain meraba corpus uteri posterior seluas mungkin, kemudian tekan uterus sekuat mungkin dengan kedua tangan sampai kedua tangan terasa bertemu
 9. Sementara itu keluarkan tangan yang ada di dalam vagina
 10. Berikan injeksi ergometrin 0,2 mg IM atau mesoprostol 600-1000 mcg per rektal
 11. Memasang infus RL + 20 unit oksitosin dengan jarum no. 16/18 (botol pertama dihabiskan dengan cepat kurang lebih 10 menit). Siapkan botol kedua (infus RL + 20 unit oksitosin)
 12. Memakai kembali sarung tangan panjang steril/DTT
 13. Ulangi KBI
 - Jika dalam waktu 1-2 menit uterus tidak berkontraksi segera rujuk ibu dengan tetap memberikan infus RL 500 cc + 20 unit oksitosin



- Botol infus ke 2-4 dihabiskan dalam waktu 1 jam tiap-tiap botolnya. Jadi dalam 1 jam diberi cairan 2 liter
- Selanjutnya tiap botol dihabiskan dalam waktu 4 jam atau 125 cc/jam sampai ke tempat rujukan
- Bila tidak tersedia cukup cairan infus maka botol infus ke 2 diberikan dengan tetesan sedang dan ditambah pemberian cairan per oral

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 Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
2. Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
3. X-Ray torax memperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
4. Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO₂ dan PaCO₂)
5. Terapi tambahan:
 - Resusitas cairan
 - Infuse dopamine untuk memperbaiki cardiac output
 - Adrenalin untuk mengatasi anafilaksis
 - Terapi DIC dengan fresh frozen plasma
 - Terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin
 - Segera rawat di ICU

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. 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.

vii. Inversio Uteri

1. Lakukan pengkajian ulang
2. Pasang infuse^v Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir ^v 129
3. Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan – lahan, atau anastesia umum jika diperlukan.
4. Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl hangat) menjelang operasi
5. Lakukan reposisi



viii. Syok Obstetrik

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

D. Faktor/Penyebab Penyulit Persalinan

1. Faktor Usia

Ibu hamil di atas 35 tahun atau lebih memiliki resiko tinggi dalam melahirkan seperti kehamilan kembar, distorsia, preeklampsia/eklampsia, hipertensi dalam kehamilan dan kehamilan premature (Manuaba, 2009).

2. Paritas

Persalinan lama lebih sering terjadi pada ibu multipara atau grandemultipara karena pada dinding abdomen atau uterus terdapat jaringan perut karena kehamilan sebelumnya yang dapat menghambat proses kontraksi (Cumingham, 2006).

3. Jarak Kehamilan

Proses pemulihan pada ibu postpartum memerlukan waktu kurang lebih enam minggu namun organ reproduksi akan kembali ke kondisi sebelum hamil memerlukan waktu dalam hitungan bulan bukan tahun (Machmudah, 2010).

4. Aktivitas Selama Kehamilan

Kondisi ibu hamil juga dipengaruhi oleh aktivitas ibu selama hamil. Ibu hamil yang banyak bergerak selama hamil akan dapat mempengaruhi (mempercepat) proses persalinan (Machmudah, 2010).

5. Kunjungan *Antenatal Care*

Melakukan pemeriksaan secara dini dan pengobatan secara teratur dalam menurunkan resiko komplikasi selama persalinan dan nifas (Machmudah, 2010)

E. Tanda-tanda/gejala terjadinya penyulit persalinan

1. Penyulit Persalinan Kala I dan Kala II

a. Kelainan Tenaga / His

- a) **Persalinan Hipertonik**
- b) **Persalinan Hipotonik**
- c) **Partus Lama**
 - 1) Dehidrasi dan ketoasidosis (ketonuria, nadi cepat, mulut kering)
 - 2) Demam
 - 3) Nyeri abdomen
 - 4) Syok (nadi cepat, anuria, ekstremitas dingin, kulit pucat, tekanan darah rendah)
 - 5) KU lemah, kelelahan, nadi cepat, respirasi cepat, perut kembung dan edema alat genital.
- d) **KPD (Ketuban Pecah Dini)**
 - 1) Keluarnya cairan ketuban mrembes melalui vagina.
 - 2) Ketuban yang pecah ditandai dengan adanya air yang mengalir dari vagina yang tidak bisa di bendung lagi.

b. Kelainan Janin

- a) **Distres Janin**
 - 1) Hipoksia awal pada janin

Janin melakukan kompensasi untuk mengurangi aliran darah dengan meningkatkan stimulasi simpatik atau melepaskan epinefrin dari medulla adrenal atau keduanya.
 - 2) Demam pada maternal

Mempercepat metabolisme dari miokardium janin, meningkatkan aktivitas kardial akselerasi simpatik sampai 2 jam sebelum ibu demam.
- b) **Ukuran Terlalu Besar (Makrosemia)**
 - 1) Besar untuk usia gestasi
 - 2) Riwayat intrauterus dari ibu diabetes dan polihidramnion

- 3) Pemantauan glukosa darah, kimia darah, analisa gas darah
- 4) Hemoglobin (Hb), Hematokrit (Ht)

c) Hidrosefalus

- 1) Kepala bisa berukuran normal dengan fontanela anterior menonjol, lama kelamaan menjadi besar dan mengeras menjadi bentuk yang karakteristik oleh peningkatan dimensi ventrikel lateral dan anterior -posterior diatas proporsi ukuran wajah dan bandan bayi.
- 2) Puncak orbital tertekan kebawah dan mata terletak agak kebawah dan keluar dengan penonjolan putih mata yang tidak biasanya.
- 3) Tampak adanya dsitensi vena superfisialis dan kulit kepala menjadi tipis serta rapuh.
- 4) Uji radiologis terlihat tengkorak mengalami penipisan dengan sutura yang terpisah pisah dan pelebaran fontanela.
- 5) Ventrikulogram menunjukkan pembesaran pada sistim ventrikel.
- 6) CT scan dapat menggambarkan sistim ventrikuler dengan penebalan jaringan dan adanya massa pada ruangan Occipital.
- 7) Pada bayi terlihat lemah dan diam tanpa aktivitas normal.

d) Kehamilan Ganda

- 1) Perut lebih buncit dari semestinya sesuai dengan umurnya kehamilan
- 2) Gerakan janin dirasakan lebih banyak, uterus terasa lebih cepat membesar
- 3) Pada palpasi bagian kecil teraba lebih banyak, teraba ada 3 bagian besar janin, teraba ada 2 bollatmen
- 4) Terdengar 2 denyut jantung janin.

e) Malposisi dan Malpresentasi

1) Malposisi Puncak Kepala

- Saat melakukan periksa dalam teraba bagian puncak kepala janin

2) Malposisi Dahi

- Saat melakukan periksa dalam teraba bagian dahi janin

3) Malposisi Muka

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

f) Presentasi Sungsang

- 1) Saat dilakukan palpasi bagian bawah janin teraba bulat lunak
- 2) Saat pemeriksaan DJJ, ditemukan DJJ pada posisi lebih tinggi
- 3) Dilakukan pemeriksaan dalam teraba bokong

c. Kelainan Jalan Lahir

a) Kontraktur pada tulang pelvik

Gejala utama kontraktur adalah sendi yang tidak dapat digerakkan, bahkan gerakan pasif dari pemeriksa sendi juga sangat sulit untuk digerakkan. Bila dipaksa untuk digerakkan umumnya akan timbul nyeri hebat.

b) Tumor

- 1) Perdarahan vagina dan diikuti rasa sakit
- 2) Terjadi perdarahan setelah melakukan hubungan seksual
- 3) Panggul atau vagina sakit
- 4) Sekresi cairan encer dari vagina
- 5) Benjolan pada vagina



- 6) Bila kanker berukuran besar dapat mempengaruhi fungsi kandung kemih dan rektum sehingga penderita mengalami nyeri ketika berkemih

2. Penyulit Kala III dan IV

a. Atonia Uteri

- 1) Perdarahan pervaginam
Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Biasanya darah keluar disertai gumpalan disebabkan tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.
- 2) Konsistensi rahim lunak
Merupakan gejala terpenting yang membedakan atonia uteri dengan penyebab perdarahan lain.
- 3) Fundus uteri naik
- 4) Terdapat tanda-tanda syok
 - a) Nadi cepat dan lemah (110x/menit atau lebih)
 - b) Tekanan darah sangat rendah yaitu tekanan sistolik <90mmHg
 - c) Pucat
 - d) Keringat atau kulit terasa dingin dan lembab
 - e) Pernafasan cepat dengan frekuensi 30 x / menit atau lebih
 - f) Gelisah, bingung, atau kehilangan kesadaran
 - g) Urine yang sedikit (< 30 cc / jam)

b. Retensio Plasenta

Menurut Saifuddin AB (2001) tanda gejala dari retensio plasenta antara lain :

- 1) Tanda dan gejala yang selalu ada :
 - a) Plasenta belum lahir setelah 30 menit
 - b) Perdarahan segera
 - c) Kontraksi uterus baik
- 2) Tanda dan gejala yang kadang-kadang ada :
 - a) Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan
 - b) Inversio uterus akibat tarikan
 - c) Perdarahan lanjutan



c. Emboli Air Ketuban

- 1) Sesak napas mendadak
- 2) Cairan berlebih dalam paru-paru (edema paru)
- 3) Tekanan darah rendah yang mendadak
- 4) Jantung mendadak gagal untuk memompa darah dengan efektif (kolaps kardiovaskular)
- 5) Masalah pembekuan darah yang mengancam nyawa
- 6) Perubahan keadaan mental seperti kecemasan
- 7) Kedinginan
- 8) Ritme jantung cepat atau gangguan dalam ritme jantung
- 9) Fetal distress, seperti ritme jantung lambat
- 10) Kejang
- 11) Koma
- 12) Abnormalitas ritme jantung pada janin secara mendadak
- 13) Pendarahan dari rahim, sayatan, atau lokasi intravena (IV)

d. Robekan Perineum, Serviks, Dinding Vagina

Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya :

- 1) Perdarahan
- 2) Darah segar yang mengalir setelah bayi lahir
- 3) Uterus berkontraksi dengan baik
- 4) Plasenta normal.

Gejala yang sering terjadi antara lain :

- 1) Pucat
- 2) Lemah
- 3) Pasien dalam keadaan menggigil



e. Inversio Uteri

- 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

Gejala inversio akibat kehilangan darah :

- 1) Pandangan kunang-kunang
- 2) Pusing
- 3) Kedinginan
- 4) Kelelahan
- 5) Sesak napas

f. Syok Obstetrik

- 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

F. Kewenangan bidan dalam menangani penyulit persalinan

Permenkes No.1464/Menkes/Per/X/2010

1. Pasal 10 ayat 2 C
"pelayanan persalinan normal"
2. Pasal 10 ayat 3 C
"penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan"

Daftar Pustaka

Lestari, D. (2015). *Hubungan antara Usia Ibu dengan Kejadian Penyulit Persalinan di RSUD Banyumas*. 1-29

Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

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_No_1464_thn_ttg_Izin_dan_Penyelenggaraan_Praktik_Bidan.pdf)

