

HASIL LO TUTOR SKENARIO 1

“ Penyulit Persalinan”

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



NAMA : YUSITADIKA ARINI

NIM : 1910105012

KELAS : A1

PRODI : DIII KEBIDANAN

LO "PENYULIT PERSALINAN"

1. Pengertian penyulit persalinan
2. Macam-macam penyulit persalinan
3. Penatalaksanaan setiap penyulit persalinan
4. Faktor/Penyebab penyulit persalinan
5. Tanda-tanda/gejala terjadinya penyulit persalinan
6. Kewenangan bidan dalam menangani penyulit persalinan

1. 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 adalah kelainan yang mempengaruhi jalan persalinan sehingga memerlukan intervensi persalinan untuk mencapai well born baby dan well health mother (Manuaba, 2009). Teibang (2012), menyebutkan penyulit persalinan sebagai persalinan abnormal yang ditandai dengan kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam ukuran satuan waktu tertentu.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, penyulit persalinan merupakan persalinan abnormal yang memerlukan intervensi pertolongan persalinan yang lebih kompleks dibandingkan dengan persalinan normal untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan bayi pasca persalinan.

2. Macam-macam, tanda gejala, dan penatalaksanaan setiap penyulit persalinan

Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala I dan II Persalinan dengan beberapa penyulit dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi.

A. DISTOSIA KELAINAN PRESENTASI DAN POSISI (MAL POSISI)

1. Pengertian

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama. Penilaian posisi normal apabila kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal atau anterior. Sedangkan keadaan dimana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi. Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi sehingga kepala defleksi.

Hasil pemeriksaan untuk mendiagnosa malposisi:

- a. Pemeriksaan abdominal: bagian terendah abdomen datar, bagian kebagian terendah abdomen datar, bagian kecil janin teraba bagian anterior dan DJJ dibagian

samping
(flank)

b. Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput dianterior akan mudah teraba bila kepala defleksi

Posisi Oksiput Posterior

Persalinan yang terganggu terjadi bila kepala janin tidak atau turun, dan pada persalinan dapat terjadi robekan perineum yang tidak teratur atau ekstensi dari episiotomi.

2. Etiologi

- a. Diameter antero posterior biasanya pada panggul android
- b. Segmen depan menyempit biasanya pada panggul android
- c. Otot – otot dasar panggul yang lembek pada multipara

Kepala janin kecil

Konsep Dasar Kelainan Malposisi Pada

a. Presentasi puncak kepala

Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi, dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi, sehingga ke defleksi. Presentasi puncak kepala disebut juga presentasi sinsiput.

Etiologi:

- 1) Kelainan Panggul
- 2) Anak kecil/mati
- 3) Kerusakan dasar panggul

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 Ubum Ubum Besar

Komplikasi

- 1) Ibu
 - a) Robekan jalan lahir yang lebih luas
 - b) Partus lama
- 2) Anak Karena partus lama dan molase hebat sehingga mortalitas anak agak tinggi

b. Presetasi dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian teredah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala. Kepala menusuk panggul dengan dahi melintang/miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar kedepan dan berada di bawah alkus pubis, kemudian terjadi fleksi sehingga belakang kepala terlahir melewati perineum lalu terjadi defleksi sehingga lahirlah dagu.

Etiologi :

- 1) Panggul sempit
- 2) Janin besar
- 3) Multiparitas
- 4) Kelainan janin
- 5) Kematian janin intra uterin

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

Komplikasi :

1) Pada Ibu

Partus lama dan lebat sulit, bisa terjadi robekan yang hebat dan ruptur uteri

2) Pada Anak

Mortalitas janin tinggi

c. Persentasi occipito posterior

Pada persalinan persentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui Pintu Atas Panggul dengan sutura sagitaris melintang/miring, sehingga Uzun Uzun Kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang.

Etiologi :

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranvesa
- 2) Segmen depan menyempit
- 3) Otot - otot dasar panggul yang lembek pada multipara
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat

Penanganan :

- 1) Lakukan pengawasan dengan seksama dengan harapan dapat lahir spontan
- 2) Tindakan baru dilakukan jika kala II terlalu lama/ada tanda bahaya terhadap janin Pada persalinan dapat terjadi robekan peremium yang teratur atau ekstensi dari episiotomi :

- 1) Periksa ketuban bila intake, pecah ketuban
- 2) Bila penurunan kepala 3/5 diatas PAP atau diatas 2 SC
- 3) Bila pembukaan belum lengkap dan tidak ada tanda obstruksi, beri oksitosin drip.
- 4) Bila pembukaan lengkap dan tidak ada kemajuan pada fase pengeluaran, ulangi apakah ada obstruksi. Bila tidak ada tanda abstruksi oksitosin drip
- 5) Bila pembukaan lengkap dan kepala masuk sampai tidak kurang 1/5 atau o ekstraksi vaccum atau forseps
- 6) Bila ada tanda obstruksi/gawat janin lakukan Secio Cesaria

d. Persentasi muka

Disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung dan pipi.

Etiologi :

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transvesa
- 2) Segmen depan menyempit Otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara
- 3) Kepala janin yang kecil dan bulat

Dagu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka dagu

Anterior dan Posterior :

- 1) Presentasi muka dagu anterior posisi muka fleksi
- 2) Presentasi muka dagu posterior posisi muka defleksi Max

Penanganan

a. Daggu 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.

b. Daggu anterior

1) Bila pembukaan lengkap Secio Caesaria

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

4. Diagnosa

Leopold I : pada fundus teraba bokong

Leopold II : punggung teraba sebelah kanan, bagian-bagian kecil sebelah kiri agak kedepan dan lebih mudah teraba

Leopold III : kepala dapat digerakan diatas symphisis kecuali kalau kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul

Leopold IV : tonjolan kepala sebelah kiri

Auskultasi : jantung anak bayi terdengar sebelah kanan

B. DISTOSIA KARENA KELAINAN HIS

1. False labour (persalinan palsu/belum inpartu)

His belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

Persalinan lama

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

- Kontraksi uterus yang tidak efektif
- Disproporsi sefalopelvik
- Posisi oksipitoposterior

Distosia secara harfiah berarti “persalinan yang sulit dan menyebabkan lambatnya kemajuan dan kegagalan kemajuan persalinan”. Distosia dapat disebabkan oleh berbagai

masalah yang berkaitan dengan kontraksi:

- Tidak efektif dalam mendilatasi.
- Tidak terkoordinasi, yaitu ketika dua segmen uterus gagal bekerja secara harmonis.
- Menyebabkan ekspulsi involunter yang tidak adekuat.

Penyebab lain distosia adalah abnormalitas presentasi dan posisi, tulang pelvis dan jalan lahir termasuk abnormalitas kongenital

3. Prolonged latent phase (fase laten yang memanjang)

Fase laten persalinan lama dapat didiagnosis secara tidak akurat jika ibu mengalami persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo, 2007 menyatakan bahwa pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu.

4. Prolonged active phase (Fase aktif memanjang)

Fase aktif ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks, yang disertai dengan penurunan bagian presentasi janin. Kemajuan yang lambat dapat didefinisikan sebagai durasi total persalinan atau kegagalan serviks untuk berdilatasi dengan kecepatan perjam yang telah ditetapkan. Kecepatan dilatasi 1 cm perjam paling banyak digunakan, tetapi pemeriksaan vagina tidaklah tepat, dengan adanya kemungkinan variasi antar pemeriksa. Fase aktif yang memanjang disebabkan oleh kombinasi berbagai faktor yang meliputi serviks, uterus, fetus dan pelvis ibu (Myles, 2009).

5. Inersia Uteri Hipotonik

Adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Diisi kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan kurang

baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang, misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik.

Macam-macam

a. Inersia uteri primer

Terjadi pada permulaan fase latent. 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 permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan.

Penatalaksanaan

- 1) Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
- 2) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan-kemungkinan yang ada.
- 3) 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.

6. Inersia Uteri Hipertonik

Adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Etiologi : Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya.

Penatalaksanaan :

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.

7. His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antar kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju

Penatalaksanaan :

Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot: 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.

C. DISTOSIA KARENA KELAINAN ALAT KANDUNGAN

1. VULVA

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

a. Oedema vulva

Bisa timbul pada waktu hamil, biasanya sebagai gejala preeclampsia akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain misalnya gangguan gizi. Pada persalinan lama dengan penderita dibiarkan mengejan terus, dapat pula timbul oedema pada vulva. Kelainan ini umumnya jarang merupakan rintangan bagi kelahiran pervaginam.

b. Stenosis vulva

Biasanya terjadi sebagai akibat perlukaan dan radang yang menyebabkan ulkus-ulkus yang sembuh dengan parut-parut yang dapat menimbulkan kesulitan. Walaupun pada umumnya dapat diatasi dengan mengadakan episiotomy, yang cukup luas. Kelainan congenital pada vulva yang menutup sama sekali hingga hanya orifisium uretra eksternum yang tampak dapat pula terjadi. Penanganan ini ialah mengadakan sayatan median secukupnya untuk melahirkan kepala.

c. Kelainan bawaan

Atresia vulva dalam bentuk atresia himenalis yang menyebabkan hematokolpos, hematometra dan atresia vagina dapat menghalangi konsepsi.

d. Varises

Wanita hamil sering mengeluh melebarnya pembuluh darah di tungkai, vagina, vulva dan wasir, tetapi dapat menghilang setelah kelahiran. Hal ini karena reaksi sistem vena pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain melemah akibat hormone estroid. Bahaya varises dalam kehamilan dan persalinan adalah bila pecah dapat menjadi fatal dan dapat pula terjadi emboli udara. Varises yang pecah harus di jahit baik dalam kehamilan maupun setelah lahir.

e. Hematoma

Pembuluh darah pecah sehingga hematoma di jaringan ikat yang renggang di vulva, sekitar vagina atau ligamentum latum. Hematoma vulva dapat juga terjadi karena trauma misalnya jatuh terduduk pada tempat yang keras atau koitus kasar, bila hematoma kecil resorpsi sendiri, bila besar harus insisi dan bekuan darah harus dikeluarkan.

f. Peradangan

Peradangan vulva sering bersamaan dengan peradangan vagina dan dapat terjadi akibat infeksi spesifik, seperti sifilis, gonorrhoea, trikomoniasis.

g. Kondiloma akuminta

Merupakan pertumbuhan pada kulit selaput lendir yang menyerupai jengger ayam jago. Berlainan dengan kondiloma akumulatum permukaan kasar papiler, tonjolan lebih tinggi, warnanya lebih gelap. Sebaiknya diobati sebelum bersalin. Banyak penulis menganjurkan insisi dengan elektrocauter atau dengan tingtura podofilin. Kemungkinan ada penyebab rangsangan tidak diberantas lebih dahulu atau penyakit primernya kambuh.

h. Fistula

Fistula vesikovaginal atau fistula rektovaginal biasanya terjadi pada waktu bersalin sebagai tindakan operatif maupun akibat nekrosis tekanan. Tekanan lama antara kepala dan tulang panggul gangguan sirkulasi sehingga terjadi kematian jaringan lokal dalam 5-10 hari lepas dan terjadi lubang. Akibatnya terjadi inkontinensia alvi. Fistula kecil yang tidak disertai infeksi dapat sembuh dengan sendirinya. Fistula yang sudah tertutup merupakan kontra indikasi pervaginam.

2. Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

a. Kelainan vagina

Pada aplasia vagina tidak ada vagina ditempatnya introitus vagina dan terdapat cekungan yang agak dangkal atau yang agak dalam. Terapi terdiri atas pembuatan vaginabaru beberapa metode sudah dikembangkan untuk keperluan itu, operasi ini sebaiknya dilakukan pada saat wanita bersangkutan akan menikah. Dengan demikian vagina dapat digunakan dan dapat dicegah bahwa vagina buatan dapat menyempit. Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin padapartus kala II.

b. Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang. Pada stenosis vagina yang tetap laku dalam kehamilan dan merupakan halangan untuk lahirnya janin perlu ditimbang section caesarea.

c. Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap mengandung terlampau banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

d. Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisum uretra eksternal. Bila kecil dan tidak ada keluhan dapat dibiarkan tetapi bila besar dilakukan pembedahan. Marsupialisasi sebaiknya 3 bulan setelah lahir.

3. Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis. Karena disfunctional uterine action atau karena

parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin. Diagnosis dibuat dengan menemukan lubang kecil yakni ostium uteri eksternum ditengah-tengah lapisan tipis atau disebut dengan konglutinasio orifisii eksterni bila ujung, dimasukan ke orifisum ini biasanya serviks yang kaku pada primitua sebagai akibat infeksi atau operasi.

D. DISTOSIA KARENA KELAINAN JANIN

1. Bayi Besar (Makrosomia)

a. Pengertian

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4%.

b. Etiologi

1. Bayi dan ibu yang menderita diabetes sebelum hamil dan bayi dari ibu hamil yang menderita diabetes selama kehamilan.
2. Terjadi obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar (bayi giant).
3. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar

c. Tanda dan Gejala

1. Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
2. Wajah mengembung, pletoris (wajah tomat)
3. Besar untuk usia gestasi
4. Riwayat intrauterus dari ibu yang diabetes dan ibu yang polihidramnion

d. Penatalaksanaan

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.

Masalah potensial yang akan dialami adalah:

- 1) Resiko dari trauma lahir yang tinggi jika bayi lebih besar dibandingkan panggul ibunya
- 2) Perdarahan intracranial
- 3) Distocia bahu
- 4) Rupture uteri
- 5) Robekan perineum
- 6) Fraktur anggota gerak

2. Hidrosefalus

a. Pengertian

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500 –1500 ml akan tetapi kadang – kadang dapat mencapai 5

liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan – kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun.

b. Etiologi

1. Kelainan bawaan (congenital)
2. Stenosis akuaduktus sylvii
3. Spina bifida dan cranium bifida
4. Sindrom Dandy Walker
5. Infeksi

Akibat infeksi dapat timbul perlekatan meningen. Secara patologis terlihat penebalan jaringan piamater dan araknoid sekitar sisterna basalis dan daerah lain. Penyebab infeksi lain adalah toxoplasmosis.

- Neoplasma
- Hidrosefalus oleh obstruksi mekanik yang dapat terjadi di setiap tempat aliran CSS. Pada anak yang terbanyak menyebabkan penyumbatan ventrikel IV atau akuaduktus sylvii bagian terakhir biasanya suatu gliom yang berasal dari cerebrum, penyumbatan bagian depan ventrikel III disebabkan kraniofaringioma.

6. Perdarahan

Perdarahan sebelum dan sesudah lahir dalam otak, dapat menyebabkan fibrosis leptomeningen terutama pada daerah basal otak, selain penyumbatan yang terjadi akibat organisasi dari darah itu sendiri

c. Diagnosa

1. Saat palpasi teraba ukuran kepala yang besar dan kepala tidak masuk pintu atas panggul. Pada pemeriksaan dalam terdapat kepala dengan sutura yang dalam dan ubun-ubun yang luas, serta tulang kepala terasa tipis seperti menekan bola pingpong.
2. Ditemukan bayangan tengkorak yang besar sekali pada pemeriksaan rontgen.
3. Pada pemeriksaan USG tampak kepala yang besar dengan ukuran diameter
4. biparietalis yang lebar.

d. Penatalaksanaan

- 1) 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.
- 2) After coming head akan terjadi pada letak sungsang. Lakukan perforasi dari foramen ovale untuk mengeluarkan cairan, agar kepala janin dapat lahir pervaginam.

3. Anensefalus

a. Pengertian

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang

tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suatu kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis).

b. Etiologi

Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6 - 4,6 dari 10.000 bayi baru lahir.

Faktor resiko terjadinya anensefalus adalah:

- 1) Riwayat anensefalus pada kehamilan sebelumnya
- 2) Kadar asam folat yang rendah

c. Tanda dan Gejala

1. Pada ibu: polihidramnion (cairan ketuban didalam rahim terlalu banyak)
2. Pada bayi:
 - Tidak memiliki tulang tengkorak
 - Tidak memiliki otak (hemisfer serebri dan serebelum)
 - Kelainan pada gambaran wajah
 - Kelainan jantung.

d. Penatalaksanaan

1. Anjurkan pada setiap wanita usia subur yang telah menikah untuk mengkonsumsi multivitamin yang mengandung 400 mcg asam folat setiap harinya.
2. Pada ibu dengan riwayat anensefalus anjurkan untuk mengkonsumsi asam folat yang lebih tinggi yaitu 4 mg saat sebelum hamil dan selama kehamilannya.
3. Lakukan asuhan antenatal secara teratur.
4. Bayi yang menderita anensefalus tidak akan bertahan, mereka lahir dalam keadaan meninggal atau akan meninggal dalam waktu beberapa hari setelah lahir.

4. Janin Kembar Siam

a. Pengertian

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah satu dalam 200.000 kelahiran. Yang bisa bertahan hidup antara 5% dan 25 % dan kebanyakan (75%) berjenis kelamin perempuan.

b. Etiologi

Banyak faktor diduga sebagai penyebab kehamilan kembar. Selain faktor genetik obat penyubur yang dikonsumsi dengan tujuan agar sel telur matang secara sempurna juga diduga dapat memicu terjadinya bayi kembar. Alasannya jika indung telur bisa memproduksi sel telur dan diberi obat penyubur maka sel telur yang matang pada saat bersamaan bisa banyak bahkan sampai lima dan enam.

Penatalaksanaan

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

caesarea.

5. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir

a. Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

1. Diameter antero-posterior terpendek <10 cm.
 2. Diameter transversal terbesar <12 cm.
 3. Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm.
- a) Kehamilan aterm: ukuran rata – rata biparietal (BPD) 9,5 – 9,8 cm. kepala janin normal tidak mungkin dapat melalui panggul bila diameter antero posterior pintu atas panggul <10 cm.
 - b) Kesempitan PAP merupakan predisposisi terjadinya kelainan presentasi.
 - c) Pada ibu dengan kesempitan panggul angka kejadian letak muka dan letak lintang meningkat 3 kali lipat dan angka kejadian prolapsus tali pusat meningkat 5-6 kali lipat
 - d) Pada kasus kesempitan panggul dimana kepala janin masih berada diatas pintu atas panggul semua tekanan hidrostatis disalurkan pada bagian selaput ketuban yang berada diatas ostium uteri internum sehingga sering terjadi peristiwa Ketuban Pecah Dini (KPD) pada kasus kesempitan Pintu Atas Panggul.

b. Kesempitan Bidang Tengah Pelvis

- 1) Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP.
- 2) Kejadian ini sering menyebabkan kejadian “deep transverse arrest” (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul).
- 3) Bidang Obstetrik Bidang Tengah Panggul terbentang dari tepi bawah simfisis pubis melalui spina ischiadika dan mencapai sacrum di dekat pertemuan antara vertebra sacralis 4-5.

c. Kesempitan Pintu Bawah Panggul

1. PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberosus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosus menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas.
2. Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hamper selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul.

Penyulit/Komplikasi Persalinan Kala III dan IV Persalinan

Penyulit dan komplikasi yang terjadi pada masa persalinan dapat mengancam jiwa ibu. Untuk mendukung keterampilan seorang bidan dalam menolong persalinan perlu memiliki pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan

karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif. Dalam modul ini anda akan mempelajari asuhan persalinan dengan beberapa penyulit yang dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif, sehingga kemungkinan perbaikan pada ibu dan bayi akan meningkat. Kemampuan tersebut juga sangat penting bagi mahasiswa, karena kemampuan ini akan menjadi bekal saat belajar di klinik dan Rumah Sakit untuk bisa memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan baik.

PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER

Perdarahan pasca persalinaan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

1. Atonia uteri
2. Perlukaan jalan lahir
3. Retensio plasenta
4. Tertinggalnya sebagian plasenta di dalam uterus
5. Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
6. Penatalaksanaan kala III yang salah.

A. ATONIA UTERI

1. Pengertian

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. 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.

2. Etiologi

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a. Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d. Partus lama/partus terlantar
- e. Malnutrisi
- f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

3. Penatalaksanaan

- a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
- b. Pastikan bahwa kantung kemih kosong

- c. Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan
- b. memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
 - a. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
 - b. Keluarkan tangan perlahan – lahan.
 - c. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
 - d. Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
 - e. Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin
 - f. Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
 - g. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
 - h. Lanjutkan infuse ringer laktat +20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat kan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.

B. RETENSIO PLASENTA

1. Pengertian

Etiologi Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan

2. Etologi

- a. Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
- b. Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
- c. Faktor plasenta: plasenta previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta

3. Klasifikasi

- a. Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b. Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c. Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua
- d. endometrium sampai ke miometrium.
- e. Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum
- f. dinding rahim.
- g. Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan
- h. oleh konstiksi ostium uteri.

4. Penatalaksanaan

Apabila plasenta belum lahir ½-1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

C. EMBOLI AIR KETUBAN

1. Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur – unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental.

2. Etiologi

Belum jelas diketahui secara pasti.

3. Faktor Resiko

- a. Multipara
- b. Solusio plasenta
- c. IUFD
- d. Partus presipitatus
- e. Suction curettage
- f. Terminasi kehamilan
- g. Trauma abdomen
- h. Versi luar Amniosentesis

5. Gambaran Klinik

- a. Umumnya terjadi secara mendadak
- b. Pasien hamil tiba – tiba mengalami kolaps
- c. Menjelang akhir persalinan pasien batuk – batuk, sesak terengah – engah, dan kadan cardiac arrest.

6. Penatalaksanaan

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

D. ROBEKAN JALAN LAHIR

Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan:

1. Disfungsional organ bagian luar sampai alat reproduksi vital
2. Sebagai sumber perdarahan yang berakibat fatal.

3. Sumber atau jalannya infeksi.

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

1. Robekan Perineum

a. Pengertian

Adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

b. Etiologi

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

c. Klasifikasi

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot – otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

d. Penatalaksanaan

1. Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit
2. Derajat II: lakukan penjahitan
3. Derajat III dan IV: lakukan rujukan

2. Robekan Serviks

a. Pengertian

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri.

b. Etiologi

1. Partus presipitatus
2. Trauma karena pemakaian alat – alat kontrasepsi
3. Melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa, pembukaan belum lengkap.
4. Partus lama.

c. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan spekulum.

d. Penatalaksanaan

- 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.

3. Robekan Dinding Vagina

Perluasan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

a. Penatalaksanaan

- 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.

4. Inversio Uteri

a. Pengertian

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstiksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.

b. Etiologi

- 1) Grande multipara
- 2) Atonia uteri
- 3) Kelemahan alat kandungan
- 4) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- 5) Cara crade yang berlebihan
- 6) Tarikan tali pusat
- 7) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- 8) Retensio plasenta

c. Penatalaksanaan

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

5. Syok Obstetrik

a. Pengertian

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil

metabolisme.

- b. Penyebab
 - 1) Perdarahan
 - 2) Infeksi berat
 - 3) Solusio plasenta
 - 4) Inversion uteri
 - 5) Emboli air ketuban
 - 6) Komplikasi anestesi
- c. Gejala Klinik
 - 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

d. Penatalaksanaan

Penanganan syok terdiri dari tiga garis utama, yaitu:

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

3. Penatalaksanaan setiap penyulit persalinan

Berdasarkan Manuaba (2009), penatalaksanaan persalinan dengan penyulit terdiri dari :

1) Versi Sefalik Luar (External Cephalic Version)

Merupakan upaya memutar janin dari presentasi bokong atau bahu ke presentasi vertex. Upaya ini dilakukan setelah usia kehamilan 37 minggu dan dilakukan di kamar bersalin. Ultrasonography diperlukan untuk memastikan posisi janin, usia gestasi, jumlah cairan amnion, dan menyingkirkan diagnosis plasenta previa dan anomaly.

2) Percobaan Partus (Trial of Partus)

Percobaan partus dilakukan jika pelvis ibu masih dipertanyakan baik ukuran maupun bentuknya atau jika ibu ingin melahirkan pervaginam setelah sebelumnya melahirkan dengan SC dan bila janin menunjukkan presentasi yang abnormal.

3) Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah penggunaan stimulasi fisik atau kimiawi untuk mempercepat intensitas kontraksi uterus. Hal ini dilakukan pada wanita DM, penyakit kronik, penyakit ginjal, riwayat persalinan presipitatus (kurang dari 4 jam), KPD, pre eklamsi berat/eklamasi, dan abrupsi plasenta. Persalinan induksi juga dilakukan pada penyakit hemolitik janin yang berat, untuk kehamilan postrem, ketika janin telah mati, dan untuk memudahkan ibu serta dokter. Sebelum dilakukan induksi, dikaji tentang kesiapan serviks dan maturitas janin. Metode yang sering digunakan dalam induksi adalah : amniotomim, infuse oksitosin, dan pemberian prostaglandin (Farrer, 2001 dalam Manuaba, 2009).

a) Amniotomi

Amniotomi adalah perobekan membran amnion dengan tujuan medis untuk mengalirkan cairan. Bila serviks telah siap dan kepala bayi berada di segmen bawah uterus, amniotomi secara efektif merangsang persalinan 80% pada pasien dalam 24 jam. Keuntungannya adalah kontraksinya serupa dengan persalinan spontan, pengawasan janin dapat dilakukan, dan warna serta komposisi cairan amnion dapat dievaluasi. Kerugian adalah persalinan tidak segera mulai, mungkin terjadi prolaps tali pusat, dan selanjutnya terjadi infeksi (Prabulos dan Philipson, 1998 dalam Chapman, 2006).

b) Infus Oksitosin

Infus oksitosin intravena adalah metode yang efektif untuk merangsang kontraksi uterus. Oksitosin 10 unit ditambahkan kedalam 1 liter cairan intravena (biasanya Ringer Laktat), menghasilkan 10 mU oksitosin per milliliter. Dibuatkan aliran intravena tanpa menggunakan cairan yang mengandung obat, dan hubungkan botol oksitosin pada aliran tersebut. Alat monitoring eksternal mungkin dipasangkan pada abdomen ibu kontraksi uterus dosisnya ditentukan oleh dokter yang hadir dan secara bertahap ditingkatkan. tujuannya adalah untuk mencapai intensitas kontraksi yang baik setiap 2 sampai 3 menit, masing-masing berlangsung 40 sampai 50 detik.

Induksi oksitosin secara keseluruhan tidak bebas dari risiko. Infus yang berlalu cepat dapat memberikan rangsangan yang berlebihan pada uterus. Hal ini mengganggu janin karena penurunan perfusi plasenta dan menyebabkan kelahiran yang cepat dengan bahaya robekan servik, laserasi perineal, atau ruptur uterus. Mungkin terjadi intoksikasi cairan bila diberikan dosis yang besar dalam cairan elektrolit bebas dalam waktu yang panjang.

c) Pemberian Prostaglandin

Prostaglandin sangat efektif dalam mematangkan servik selama induksi persalinan (Pamilih, 2006). Prostaglandin diberikan baik melalui infuse intravena maupun melalui jeli intravena. Jeli ini juga digunakan untuk mematangkan servik. Karena pemberian prostaglandin efektif, bebas dari efek samping, dan bukan tindakan invasive, beberapa lembaga yang berwenang yakin tindakan ini dapat menggantikan amniotomi dan oksitosin sebagai metode pilihan untuk induksi persalinan.

4) Metode Pematangan Serviks

Metode pematangan serviks yang sering dilakukan adalah dengan memberikan hormone progesterone sintetis melalui kateter dan dimasukkan ke kanalis servikalis atau dipasang pada diafragma yang diletakkan dekat serviks. selain hormonal penggunaan gagang laminaria (dilator serviks alamiah yang terbuat dari rumput laut) dan dilator sintetis juga efektif untuk mematangkan serviks. Jika dilator ini mengabsorpsi cairan serviks, ia akan mengembang dan menyebabkan serviks dilatasi (Macmudah, 2010).

5) Persalinan dengan Bantuan Forsep

Indikasi persalinan dengan bantuan forsep adalah kebutuhan untuk memperpendek kala dua pada kasus distosia atau untuk membantu upaya mendorong ibu yang kurang (pada ibu yang kelelahan akibat anastesi atau epidural) atau membantu proses persalinan pada ibu dengan dekomensasi kordis. Indikasi pada janin adalah presentasi belum pasti, atau janin berhenti berotasi, dan juga upaya melahirkan kepala pada presentasi bokong. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam persalinan bantuan forsep adalah pembukaan sudah lengkap, bagian terendah sudah masuk panggul, presentasi vertex, selaput ketuban sudah pecah, dan tidak boleh ada CPD (Machmudah, 2010).

6) Persalinan dengan Bantuan Vakum Ekstraksi

Ekstraksi vakum merupakan alternatif yang sangat membantu untuk menggantikan tindakan forceps rendah pada saat ibu merasa letih dan tidak mampu mengejan dengan efektif. Disamping itu, ekstraksi Vakum kadang – kadang dipakai untuk membantu memutar presentasi melintang atau oksiput posterior menjadi anterior . dengan menggunakan ekstraksi vakum. Kemungkinan laserasi atau keharusan untuk melakukan episiotomi akan lebih kecil bila dibandingkan dengan tindakan forceps. Namun demikian, ekstraksi vakum relatif berlangsung lambat sehingga tidak dilakukan pada keadaan *fetal distress* (Manuaba, 2009).

7) Persalinan Sectio Cesarean (SC)

Persalinan SC adalah kelahiran bayi melalui abdomen dan insisi uterus (Bobaket al, 2005). Kehilangan pengalaman melahirkan anak secara tradisional dapat memberikan efek negative pada konsep diri ibu. Tujuan SC adalah memelihara kehidupan atau kesehatan ibu dan janinnya, yaitu karena adanya indikasi yang mendukung.

Indikasi dilakukan SC adalah distosia, SC ulang, presentasi bokong, dan gawat janin (Bobaket al, 2005). Indikasi lain antara lain infeksi, prolaps tali pusat, preeklamsia, plasenta previa, solusio plasenta, malpresentasi, dan anomaly janin, seperti hidrocephalus.

Komplikasi yang ditimbulkan SC antara lain, aspirasi, emboli pulmoner, infeksi luka, luka, tromboflebitis, perdarahan, infeksi saluran kemih (ISK), cedera pada kandung kemih, dan komplikasi yang berhubungan dengan anastesia.

4. Faktor/Penyebab penyulit persalinan

1. Kelainan Tenaga/His (Power)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan dapat mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan ini antara lain:

a) Persalinan Hipertonik

Persalinan hipertoniik biasanya terjadi pada fase laten persalinan, dengan peningkatan frekuensi kontraksi dan penurunan lama kontraksi. Kontraksi menjadi amat menyakitkan karena sel-sel otot uretus mengalami anoksi, tetapi terjadi dilatasi dan pendaratan serviks inefektif, yang menyebabkan kelelahan kelelahan bahkan kematian janin (Manuaba, 2009)

b) Persalinan Hipotonik

Persalinan hipotonik didefinisikan sebagai persalinan dengan kontraksi kurang dari tiga kali dengan intensitas ringan sampai sedang selama periode 10 menit dalam fase persalinan aktif. Dilatasi servikal dan penurunan kepala janin sangat lambat atau terhenti. Persalinan ini terjadi ketika serat-serat uterus mengalami perenggangan yang berlebihan karena ukuran bayi yang sangat besar, bayi kembar, hidramnion atau kehamilan yang banyak (multipara). Persalinan hipotonik juga dapat terjadi bila obat-obatan seperti meperedin diberikan pada fase persalinan laten atau ketika distensi usus atau kandung kemih. Walaupun tidak sakit, persalinan seperti itu dapat menyebabkan keletihan maternal, stress, infeksi intrauterine, dan pendarahan postpartum. Persalinan yang lama dapat mengarah pada sepsis janin (Manuaba, 2009).

c) Partus Lama

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Teibang, 2012). Partus lama ditandai oleh fase persalinan kala 1 berlangsung lebih lama fase aktif dan laten menjadi lebih lama dan terjadi kegagalan dilatasi serviks dalam waktu yang dapat diterima. Untuk mencegah penyulit, pengenalan dini dan pengobatan merupakan hal yang vital. Penyebab penyulit persalinan yang lama meliputi keletihan maternal, infeksi, dan pendarahan karena atonia uteri, ruptur uterus atau laserasi jalan lahir. Komplikasi persalinan lama meliputi: 1) Distres janin terjadi karena gangguan suplai darah dan berkurangnya oksigen, menyebabkan asfiksia janin, 2) Ketuban pecah dini (KPD) meningkatkan risiko infeksi dan prolaps tali pusat bila bagian presentasi gagal untuk turun, 3) Cedera jaringan lunak atau trauma serebral karena tekanan terus-menerus yang kuat pada kepala janin atau karena kelahiran forsep. Oleh karena itu, penatalaksanaan kelahiran dengan forsep atau seksio cesarean kemungkinan menjadi penting untuk mengurangi komplikasi persalinan lama.

d) Persalinan Presipitatus

Persalinan presipitatus adalah peristiwa persalinan yang selesai dalam waktu empat jam (Farrer, 2001). Penyebab tersering pada kelahiran presipitatus adalah kurangnya tahanan pada jaringan ibu, hiperaktif kontraksi uterus, dan janin yang kecil tertetak pada posisi yang mudah turun. Persalinan demikian sering terjadi pada wanita multipara memiliki riwayat persalinan presipitatus atau memiliki ukuran pelvis yang terlalu besar (Manuaba, 2009).

Apabila serviks telah mendatar dan jaringan tetap teregang, maka laserasi jalan lahir, ruptur uterus, dan emboli cairan amnion dapat terjadi. Perdarahan postpartum dapat terjadi karena regangan serabut uterus. Janin berisiko mengalami hipoksia karena penurunan periode relaksasi uterus dan trauma serebral karena kelahiran bayi kemungkinan akan mengalami sufokasi atau aspirasi (Manuaba, 2009).

e) Persalinan Preterm

Persalinan preterm ditandai dengan irama kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan servikal antara kehamilan minggu ke-26 sampai ke-37, sehingga persalinan preterm ditandai sebagai kedaruratan obstetri. Faktor yang berhubungan dengan kejadian persalinan preterm meliputi bayi lebih dari satu, hidramnion, hipertensi pada kehamilan, operasi abdomen atau trauma, kematian janin, pendarahan uterus atau abnormalitas, inkompeten serviks dan KPD. Faktor-faktor maternal lainnya meliputi status sosio- ekonomi, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, merokok lebih dari 10 batang rokok sehari, dan riwayat persalinan premature (Saifuddin, 2006). Persalinan preterm mendapatkan perhatian khusus karena masa kehamilan belum mencapai 37 minggu, sehingga menyebabkan mortalitas janin meningkat, terutama karena imaturitas sistem pernafasan.

f) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu, yaitu jika pembukaan primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2002). Penyebab KPD belum diketahui tetapi beberapa bukti membuktikan bahwa bakteri atau sekresi maternal yang menyebabkan iritasi dapat menghancurkan selaput ketuban, dan KPD pada trisemester kedua sebagian besar disebabkan oleh serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi (inkompeten).

Penyebab kematian janin pada kasus KPD adalah infeksi, saluran pernafasan, prolaps tali pusat dan malpresentasi akan memperburuk kondisi bayi preterm (Champman, 2006). Perhatian khusus yang diberikan sehubungan dengan KPD adalah persalinan preterm dan infeksi *intrauterine ascending*, karena menyebabkan mortalitas janin sebesar 30%.

g) Ruptur Uterus

Ruptur Uterus adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah janin lahir hidup. Ruptur sempurna melibatkan ketiga lapisan otot uterus dan mungkin disebabkan oleh perlemahan jaringan parut pada persalinan cesarean, trauma obstetri, kelainan uterus, atau trauma eksternal (Kroll & Lyne, 2002 dalam Champman, 2006). Tanda-tanda pada ruptur sempurna meliputi rasa sakit yang sangat dan hilangnya kontraksi, perdarahan per vagina kemungkinan terlihat tetapi biasanya tidak parah, dan perdarahan internal. Rupture uterus mengakibatkan janin terdorong ke dalam abdomen menjadi lebih aktif karena mengalami asfiksia DJJ menjadi lemah dan kemudian hilang karena janin mati (Champman, 2006).

2. Kelainan Janin (Passanger)

Persalinan dapat mengalami kesulitan karena kelainan pada besar/berat janin, kelainan bentuk (seperti asites dan hidrocefalus), kelainan presentasi atau letak (malpresentasi/malposisi), masalah plasenta/tali pusat, masalah cairan amnion/perdarahan, dan kembar/kembar siam. Kelainan janin (passanger) meliputi: (Manuaba, 2009)

a) Distres Janin

Distres janin merupakan kondisi ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen melalui sirkulasi janin maternal, sehingga menyebabkan hipoksia. Hipoksia pada janin disebabkan oleh faktor-faktor sebagai masalah pada uterus, tali pusat, plasenta, dan janin. Manifestasi terjadinya hipoksia janin adalah

melambatnya DJJ, cairan amnion berwarna mekonium, dan

hiperaktivitas janin, serta sampel darah kulit kepala janin memperlihatkan pH 7,2 atau kurang. Hipoksia janin yang lebih lama dapat menyebabkan retardasi mental, serebral palsy, dan bahkan kematian (Manuaba, 2009).

b) ukuran terlalu besar (makrosomia)

Banyak bayi lahir dengan berat badan melebihi 10 pounds (4536 g) pada saat lahir, hal tersebut tidak menguntungkan karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Besarnya ukuran tersebut berhubungan dengan beberapa faktor, termasuk keturunan. Ibu yang mengalami diabetes, dan kehamilan yang sering (Chapman, 2006).

Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus. Hal ini menyebabkan disfungsi persalinan yaitu rupture uterus dan peningkatan insiden perdarahan postpartum. Persalinan dapat lebih lama, dan tindakan operasi menjadi lebih dimungkinkan.

c) Hidrosefalus

Hidrosefalus secara harafiah berarti "air kepala". Hal ini merupakan kondisi abnormal dimana cairan serebrospinal terkumpul pada kepala bayi, menyebabkan perbesaran kepala janin.

Persalinan dengan penyulit berupa hidrosefalus pada janin memerlukan beberapa pemeriksaan antepartal, meliputi: Palpasi abdomen antepartal merupakan pemeriksaan antepartal yang dapat membantu dokter untuk mengetahui kemungkinan posisi sungsang, pemeriksaan sonogram diperlukan untuk mengevaluasi cranium dan dengan presentasi vertex, pemeriksaan vagina memberikan gambaran garis suture antar tulang – tulang tengkorak dan globular kepala. Harapan hidup pada bayi ini sangat minim. Malformasi congenital lain, seperti spinabifida dan mielomeningocele, sering menyertai hidrosefalus. Neonatus mengalami kerusakan otak berat dan mungkin mati selama atau setelah persalinan (Surjadinigrat & Saifuddin, 2006).

d) Kehamilan Ganda

Kembar monozigot merupakan kembar identik karena mereka berkembang dari satu ovum yang dibuahi. Kembar dizigotik disebabkan dari pembuahan dua ovum secara terpisah. Kembar ini tidak identik, dan bisa berjenis kelamin yang berbeda. Hereditas, usia, paritas, dan obat-obatan fertilitas mempengaruhi insiden kembar dizigotik. Anomali janin lebih sering terjadi pada kehamilan lebih dari satu (Manuaba, 2009)

e) Malposisi dan malpresentasi

Ketika janin normal dan jalan lahir adekuat, persalinan kemungkinan dapat mengalami penyulit jika posisi bayi abnormal terhadap pelvis ibu. Pada 9 dari 10 persalinan posisi bayi pada saat lahir adalah oksiput anterior. Oleh karena itu, wajah belakang menghadap ibu dan osoccipitale menghadap pubis ibu. kecuali terdapat masalah pada ukuran atau kekuatan uterus, posisi ini memungkinkan bayi untuk lewat melalui alan lahir yang tidak teratur dengan mengalami sedikit kesulitan (Pamilih, 2005).

f) presentasi sungsang

presentasi sungsang terjadi pada 3% sampai 4% dari semua kehamilan. Penyebabnya belum diketahui, tetapi beberapa teori menyebutkan faktor yang berhubungan dengan presentasi sungsang adalah bayi preterm, plasenta preveia, hidramnion, kehamilan multipel, dan kelainan kranial janin. Bila dilakukan persalinan per vagina, persalinan akan mengalami perpanjangan karena kepala tidak dapat bereaksi efektif sebagai pendilatasiseviks, sehingga laserasi, dan episotomi yang lebar mungkin dilakukan. Persalinan per vagina pada presentasi sungsang lebih beresiko mengalami prolaps tali pusat, janin mengalami peningkatan resiko terhadap pendarahan intrakranial; cedera medula spinalis disebabkan oleh regangan dan manipulasi, palsy pleksus brakialis.

Persalinan per vagina dengan presentasi sungsang dapat terlalu lambat untuk menyelamatkan bayi bila terjadi masalah, karena bagian-bagian besar bayi lahir terlambat. Untuk alasan ini, versi pada kehamilan 37 minggu mungkin dilakukan, dan apabila tidak mungkin untuk memutar posisi janin sampai posisi verteks, persalinan cesarean mungkin dilakukan (Annisa, 2011).

g) Kematian janin inera uterin

Intra uteri fetal death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim, sebelumnya di sebut stillbirth, berhubungan dengan preeklamsi atau eklamsia ,abrupsi, plasenta previa , diabetes , dan infeksi anomali kongenital (champman, 2006). Tanda-tanda pertama kematian janin adalah kurangnya gerakan janin yang diikuti dengan menurunnya secara bertahap tanda-tanda dan gejala kehamilan. Denyut jantung bayi menghilang, sonografi memperlihatkan tidak terdapatnya denyutan jantung, dan radiografi menunjukkan adanya tonjolan tulang- tulang kepada janin, disebut tanda-tanda spalding (Manuaba, 2009).

3. Kelainan Jalan Lahir(Passageway)

Bahkan ketika tidak terdapat masalah pada power dan passanger, kelahiran yang berhasil tidak akan terjadi jikapassageway (jalan lahir) kontraktur (terlalu kecil) atau jika terhambat oleh sumbatan seperti tumor atau faktor lainnya. Kelainan tersebut antara lain:

a) Kontraktur pada Tulang Pelvik

Kontraktur pada tulang pelvik merupakan keadaan dimana tulang yang berbentuk seperti corong dari pelvic pasien terlalu sempit pada beberapa menit sehingga tidak dapat dilalui janin. Kontraktur mungkin terjadi pada bagian inlet, midpelvik, atau outlet (Manuaba, 2009). Sebelum kehamilan, pengukuran pelvik dapat dilakukan dengan menggunakan pelvimetri klinik dan X-ray. Selamanya kehamilan, sonografi dilakukan untuk mengukur kepala janin dengan pelvik. ukuran pelvik yang besar sebagai jalan lahir merupakan ukuran

pelvik yang adekuat, sedangkan ukuran pelvik yang minimal pada satu tempat atau lebih dan ukuran kepala bayi tidak terlalu besar, dalam posisi normal, dan kontraksinya kuat disebut sebagai pelvic marginal. Jika pengukuran pelvic menunjukkan ukuran marginal, dokter kemungkinan akan mencoba melakukan persalinan spontan untuk beberapa jam. Kemudian, jika bayi turun dengan normal, persalinan per vagina dapat diteruskan, dan pasien terhindar dari persalinan per abdominal. Jika terdapat sedikit atau tidak ada kemajuan turunnya kepala bayi, dilakukan kelahiran cesarean.

Ketidakselarasan antara kepala janin dengan pelvik ibu disebut sebagai *Cephalo Pelvic Disproportional* (CPD) seperti yang dinyatakan oleh Macmudah (2010), jika pelvik terlalu kecil sehingga tidak mungkin untuk janin melewati pelvik, maka tidak mungkin diteruskan persalinan vagina. Komplikasi CPD pada maternan dengan persalinan dengan demikian meliputi KPD, rupture uterus, dan nekrosis jaringan lunak, aternal karena tekanan kepala bayi. Sedangkan komplikasi pada janin meliputi tidak masuk ke dalam inlet, molding yang berlebihan, dan pendarahan intrakranial (Manuaba, 2009).

b) tumor

Penyebab lain pada *dystosia* (persalinan yang sulit) adalah terdapatnya tumor yang menyumbat sebagian atau keseluruhan jalan lahir. Tumor mungkin terdapat pada uterus, pada serviks, pada vagina, pada ovarium, atau dalam jaringan yang berdekatan. Tumor tersebut mungkin tidak diketahui sampai pasien mendapatkan perawatan antepartal. Penanganan tumor direncanakan tergantung pada ukuran, posisi, dan tipe tumor, usia pasien, jumlah kehamilan sebelumnya dan usia kehamilan. Kemungkinan penatalaksanaannya adalah: 1) operasi insisi siaga,

2) percobaan persalinan pada cukup bulan dengan kemungkinan persalinan *Section Cesarean* (SC), 3) perencanaan persalinan SC pada preterm, atau 4) persalinan cesarean diikuti dengan histerektomi (Manuaba, 2009).

Ketiga kelainan ini dapat menyebabkan persalinan lama, berupa:

- 1) Kelainan kala I, meliputi fase aktif memanjang, fase laten memanjang, dan penurunan kepala janin pada persalinan aktif.
- 2) Kelainan kala II, meliputi kala II memanjang

Dalam menghadapi persalinan lama, maka untuk menolong keselamatan ibu dan bayi dalam proses persalinan, sering kali dilakukan tindakan persalinan operatif dengan menggunakan bantuan alat, seperti pada persalinan seksio sesarea.

5. Kewenangan bidan dalam menangani penyulit persalinan

Kewenangan bidan dalam menolong penyulit persalinan dalam permenkes 1464 tahun 2013 pasal 10 ayat 3 :

Bidan berwenang untuk melakukan episiotomi, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan perujukan, pemberian tablet Fe pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, bimbingan IMD dan promosi ASI eksklusif, pemberian uterotonika pada MAX 3 dan post partum, penyuluhan dan konseling, pemberian surat keterangan

kematian, dan pemberian surat keterangan cuti bersalin.

Pasal 11 ayat 1 menerangkan kewenangan bidan yang berbunyi: pelayanan kesehatan anak yang diberikan pada bayi baru lahir, anak balita, dan anak pra sekolah. Pasal 11 ayat 2 menerangkan berbunyi: Peraturan yang diatur untuk: kewenangan bidan yang

1. melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusu dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0 - 28 hari), dan perawatan tali pusat.
2. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera.
3. Penanganan kegawat daruratan dengan rujukan
4. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
6. Pemberian konseling dan penyuluhan
7. Pemberian surat nama kelahiran,
8. Pemberian surat keterangan kematian

DAFTAR PUSTAKA

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

(Sataloff et al., n.d.)Sataloff, R. T., Johns, M. M., & Kost, K. M. (n.d.). asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir.

file:///D:/Documents/Downloads/bf17d68bf6a144e2b721561bfaf63055.pdf