**TUTORIAL 1 PATOLOGI**

DOSEN PENGUJI : EVI WAHYUNTARI,S.ST.,M.Keb



NAMA : VANY PUSPITA ANGGRAENI

NIM : 1910105013

KELAS : A1

DIII KEBIDANAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS AISYIYAH YOGYAKARTA

**LO "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.

1. Macam-macam penyulit persalinan
2. KALA 1
* persalinan lama
* KPD
* fetal distress
1. KALA II
* Distosia bahu
* prebo
1. KALA III
* Retensio plasenta
1. KALA IV
* Atonia uteri
1. Penatalksanaan setiap penyulit persalinan
2. Penatalaksanaan persalinan lama

Asuhan yang diberikan adalah:

- membantu ibu merelaksasi tubuhnya, dengan massase, memandikan dengan air hangat atau meberi pakaian hangat

- Bantu ibu untuk menyambut kontraksi dengan mengajarkan teknik relaksasi

- Perlakukan ibu dengan penuh perhatian dan penghargaan

1. Penatalaksanaan KPD

Penatalaksanaan

Konservatif:

* Rawat di Rumah Sakit
* Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari
* Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, rawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
* Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu
* Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam
* Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi
* Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda-tanda infeksi uterin)
* Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali

Aktif

* Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
* Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri :
1. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian insuksi. Jika tidak berhasil,akhiri persalinan dengan SC.
2. Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam
3. Penatalaksanaan fetal distress

Penanganan:

* Bila sedang dalam infus oksitosin : STOP
* Ibu berbaring miring ke kiri
* Cari penyebab DJJ yang abnormal. Misalnya : ibu demam, atau efek obat tertentu. Bila penyebab diketahui, atau permasalahannya
* Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui hal-hal berikut:
1. Kemajuan persalinan
2. Adakah kompresi tali pusat?
3. Air ketuban sedikit?
* Bila terdapat oligohidramnion akibat ketuban pecah maka kompresi tali pusat dapat diatasi dengan amnio infusi.
* Bila DJJ tetap tak normal, segera akhiri persalinan dengan cara yang sesuai syarat tindakan (EV, FE atau Seksio sesaria)
* Pada kala II sebanyak 30-40% dapat terjadi bradikardia akibat kompresi, bila persalinan lancar tidak perlu tindakan
1. Penatalaksanaan Distosia bahu

Asuhan kebidanan pada distosia bahu :

1. Lakukan tindakan HELPERR
* Help! Panggil bantuan, aktivasi protokol.
* Episiotomi : memungkinkan akses lebih baik bagi janin dan manuver internal
* Legs (tungkai) : manuver Mc Robert (30-60 detik), yaitu hiperfleksi tungkai ibu membentuk posisi lutut mendekati dada, untuk memperbaiki hubungan sakrum dengan lumbal dan memungkinkan simpisis pubis berotasi ke arah superior sehingga PAP (pintu atas panggul) tegak lurus terhadap kekuatan maksimum ekspulsif maternal, serta mengurangi sudut inklinasi.
* Pressure (tekanan) : tekanan suprapubis eksternal (30-60 detik) yaitu memberikan tekanan lembut dengan telapak tangan atau pangkal tangan terhadap punggung janin, arahkan tekanan ke arah garis tengah janin. Tindakan ini akan mengaduksi bahu dan mengurangi diameter bisakromial sehingga memungkinkan bahu untuk memutar tulang pubis dan ke dalam panggul. Yakinkan kandung kemih dalam keadaan kosong
* Enter the vagina (masuk vagina) : Manuver wood’s screw; Rubin (30-6- detik). Manuver woows’s srew memerlukan bantuan asisten yang memberikan tekanan ke bawah secara lembut pada bokong janin dengan satu tangan sementara bidan memasukkan dua jari ke dalam vagina sampai menemukan dinsing dada anterior yang berhadapan dengan bahu posterior dan mendorong bahu posterior ke belakang dengan arkus 1800. Manuver Rubin dijelaskan sebagai kebalikan manuver woods’ screw.
* Remove (keluarkan) lengan posterior. Pelahiran lengan posterior dilakukan jika manuver rotasional gagal menurunkan impaksi janin yang tersangkut pada PAP. Tekanan ke dalam fossa antekubiti membantu lengan bawah fleksi sehingga dapat melewati dada. Pelahiran lengan posterior dapat memudahkan rotasi janin dengan arkus 1800
* Roll (putar) melalui manuver all fours. Jika manuver Mc Robert bukan tindakan yang tepat, posisikan ibu dalam keadaan menungging dengan tangan dan lutut menjadi tumpuan (posisi all four).
1. Lakukan pencatatan
2. Komunikasikan dengan ibu dan pasangannya atau keluarga.
3. Praktik Manuver
4. Refleksikan pengalaman dengan teman sejawat
5. Pertimbangkan isu penatalaksanaan risiko
6. Penatalaksanaan presbo
* Cara Bracht: dilakukan segera setelah bokong lahir dengan mencengkram secara bracht
* Cara klasik/Deventer: digunakan jika bahu masih tinggi
* Cara Muller: digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul
* Cara Lovset: digunakan jika lengan bayi terjungkit di belakang kepala
* Cara Mauriceau : digunakan bila bayi dilahirkan secara manual aid atau bila dengan cara bracht kepala belum lahir
1. Penatalaksanaan retensio plasenta

Penatalaksanaan

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

1. Penatalaksanaan atonia uteri
* Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
* Pastikan bahwa kantung kemih kosong
* Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
* Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
* Keluarkan tangan perlahan – lahan.
* Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
* Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
* Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin
* Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
* Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
* 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.
1. Faktor/Penyebab penyulit persalinan
2. Faktor penyebab persalinan lama

Penyebab penyulit persalinan yang lama meliputi keletihan maternal, infeksi, dan pendarahan karena atonia uteri, rupture uterus atau laserasi jalan lahir.

1. Faktor penyebab KPD

Penyebab KPD belum diketahui, tetapi beberapa bukti menunjukan 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).

1. Faktor penyebab fetal distress

Penyebab Distres janin adalah 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.

1. Faktor penyebab distosia bahu
* Janin besar
* Diabetes Maternal, terutama Diabetes Kehamilan atau diabetes kelas A Tipe 1
* Serotinus
* Riwayat Obstetri bayi besar
* Riwayat keluarga dengan saudara kandung besar
* Obesitas maternal
* Riwayat obstetri sebelumnya distosia bahu
* Panggul sempit atau Cepalopelvic Disproporsi (CPD)
* Perlambatan fase aktif
* Kala II Memanjang
1. Faktor penyebab presengasi sungsang

Penyebabnya belum diketahui, tetapi beberapa teori menyebutkan faktor yang berhubungan dengan presentasi sungsang adalah bayi preterm, plasenta preveia, hidramnion, kehamilan multipel, dan kelainan krainal janin.

1. Faktor penyebab retensio plasenta
* Grandemultipara
* Kehamilan ganda, sehingga memerlukan implatasi plasenta yang agak luas.
* Kasus infertilitas, karena lapisan endometriumnya tipis.
* Plasenta previa, karena dibagian isthmus uterus, pembuluh daarh sedikit, sehingga perlu masuk jauh ke dalam.
* Bekas operasi pada uterus.
* Plasenta Adhesiva

Tipis sampai hilangnya lapisan jaringan ikat Nitabush, sebagian atau seluruhnya

sehingga menyulitkan lepasnya plasenta saat terjadi kontraksi dan retraksi otot uterus

* Plasenta akreta

Hilangnya lapisan jaringan ikat longgar Nitabush sehingga plasenta sebagian atau seluruhnya mencapai lapisan desidua basalis. Dengan demikian agak sulit melepaskan diri saat saat kontraksi atau retraksi otot uterus. Dapat terjadi tidak diikuti perdarahan karena sulitnya plasenta lepas. Plasenta manual sering tidak lengkap sehingga perlu diikuti dengan kuretase.

* Plasenta inkreta

Implantasi jonjot plasenta sampai mencapai otot uterus sehingga tidak mungkin lepas sendiri. Perlu dilakukan plasenta manual, tetapi tidak akan lengkap dan harus diikuti:Kuretase tajam dan dalam, histerektomi.

* Plasenta perkreta

Jonjot plasenta menembus lapisan otot dan sampai lapisan peritoneum kavum abdominalis. Retensio plasenta tidak diikuti perdarahan. Plasenta manual sangat sukar,bila dipaksa akan terjadi perdarahan dan sulit dihentikan, atau perforasi. Tindakan definitif: hanya histerektomi.

* Plasenta inkarserata

Plasenta telah lepas dari implantasinya, tetapi tertahan oleh karena kontraksi SBR.

1. Faktor penyebab atonia uteri

- Regangan rahim berlebih karena kehamilan gemelli,polihidramnion, atau anak terlalu besar.

- Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep.

- Kehamilan grade-multipara.

- Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun.

- Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

- Infeksi intrauterine (korioamnionitis)

- Ada riwayat pernah atonia uteri sebelumnya.

- Dapat terjadi akibat melahirkan plasenta dengan memijat dan mendorong uterus kebawah sementara uterus belum terlepas dari tempat implannya atau

uterus.

1. Tanda-tanda/gejala terjadinya penyulit persalinan
2. Tanda gejala Persalinan 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.

1. Tanda gejala KPD

Gejala KPD seperti ketuban pecah sebagai tanda melahirkan, yaitu kebocoran cairan dari vagina. Air ketuban bisa keluar menetes bocor, mengalir, atau menyembur kuat seperti air kencing.

1. Tanda gejala fetal distress
* melambatnya DJJ,
* cairan amnion berwarna mekonium, dan
* hiperaktivitas janin
* serta sampel darah kulit kepala janin memperlihatkan pH 7,2 atau kurang.
* Keadaan janin dikatakan fetal distress atau gawat janin apabila terjadi takikardi (>160 x/menit) atau bradikardi (<110x/menit)
1. Tanda gejala distosia bahu
* Kemajuan persalinan yang lambat dari 7 – 10 cm pada kala I persalinan
* Kala II yang lama
* Penurunan berhenti atau kegagalan penurunan kepala
* Turtle sign,
1. Tanda gejala presbo
* presentasi bokong
* Lokasi detak jantung tinggi
1. Tanda gejala retensio plasenta

Gejala dan tanda yang selalu ada:

* Plasenta belum lahir setelah 30 menit
* Perdarahan segera
* kontraksi Uterus baik

Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada:

* Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
* Inversio uteri akibat tarikan
* Perdarahan lanjutan
1. Tanda gejala atonia uteri
* Uterus tidak berkontraksi dan lembek
* Perdarahan segera setelah anak lahir (post partum primer).

Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia uteri sangat banyak dan tidak merembes.Yang sering terjadi adalah darah keluar disertai gumpalan, hal ini terjadi karena tromboplastin sudah tidak lagi sebagai anti beku darah.

* Fundus uteri naik

Disebabkan adanya darah yang terperangkap dalam cavum uteri dan menggumpal.

* Terdapat tanda-tanda syok

Tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil,ekstrimitas dingin, gelisah, mual, apatis, dll.

1. Kewenangan bidan dalam menangani penyulit persalinan

Permenkes 1464 pasal 14 (1) menyatakan bahwa Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa bidan harus dapat melakukan pertolongan penyulit persalinan terutama dalam kondisi darurat, apabila di kemudian hari bekerja di tempat yang tidak tersedia tenaga kesehatan terlatih dan fasilitas yang terbatas.

DAFTAR PUSTAKA

Patimah, S., Astuti, K. W., & Tajmuati, A. (2016). *Praktik Klinik Kebidanan III.* Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.