**REVIEW TUTORIAL**

**ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI**

**DOSEN PENGAMPU : HERLIN FITRIANI KURNIAWATI, S. SI. T., M. KES**



DISUSUN OLEH

Resti Septira

19101050109

KELOMPOK : A2

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS AISYIYAH YOGYAKARTA**

**2021**

Review Tutorial Asuhan Kebidanan Patologi

1. Apa sajakah penyulit dalam persalinan ? dan bagaimana penatalaksanaannya ?
2. Bagaimana penatalaksanaan ibu hamil yang mengalami infeksi menular seksual ? bagaimana cara pencegahan penularan pada bayi baik selama kehamilan maupun pada proses persalinan ?
3. Melihat kondisi pandemic Covid-19 sekarang ini :
4. Bagaimana penatalakanaan yang tepat pada ibu hamil agar tidak terpapar Covid-19 ?
5. Bagaimana penatalaksanaan pada ibu hamil, bersalin, nifas yang terpapar Covid-19 ?

Jawaban

1. Apa sajakah penyulit dalam persalinan ? dan bagaimana penatalaksanaannya ?
2. **Macam macam penyulit dalam persalinan**

Berdasarkan Manuaba (2009), faktor penyebab persalinan lama dibagi menjadi 3 golongan:

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:

* Persalinan Hipertonik

Persalinan hipertonik 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 pendataran serviks inefektif, yang menyebabkan kelelahan kelelahan maternal. Kontraksi dapat terganggu dengan pertukaran uteroplasenta dan dapat menyebabkan pada distress janin atau bahkan kematian janin (Manuaba, 2009).

* Persalinan Hipotonik

Persalinan hipotonik didefinisikan sebegai 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)

* Partus lama

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Teibang, 2012). Penyebab penyulit persalinan yang lama meliputi keletihan maternal, infeksi, dan pendarahan karena atonia uteri, rupture uterus atau laserasi jalan lahir.

* 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 terketak pada posisi yang mudah turun.

* 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 obsteri.

* 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).

* Ruptur Uterus

Ruptur Uterus adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringanparut 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).

1. Kelainan janin ( passanger )

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

* 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 palsi, dan bahkan kematian (Manuaba, 2009).

* 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 (Champman, 2006).

* Hidrosefalus

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

* 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 mempengarui insiden kembar dizigotik. Anomali janin lebih sering terjadi pada kehamilan lebih dari satu ( Manuaba, 2009 )

* Malposisi / malpresentasi

Ketika janin normal dan jalan lahir adekuat, persalinan kemungkinan dapat mengalami penyulit jika posisi bayi abnormal terhadap pelvilk ibu. Pada 9 dari 10 persalinan posisi bayi pada saat lahir adalah oksiput anterior. Oleh karena itu, wajah belakang menghadap ibu dan osoccipitale menhadap 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)

* 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 krainal janin.

* Kematian janin intra uterine

Intra uteri fetal death (IUFD)merupakan kematian janin dalam rahim, sebelumnya di sebut stillbirth, berhubungan dengan preeklamsia atau eklamsia, abrupsio, plasenta previa, diabetes, dan infeksi anomali kongienital (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 menunjukan adanya tonjolan tulang- tulang kepada janin, disebut tanda–tanda spalding (Manuaba, 2009).

1. Kelainan Jalan Lahir (Passageway)

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

* 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)

* 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.

1. **Penatalaksanaan penyulit persalinan**
2. Penatalaksanaan emboli air ketuban

* Bila sesak nafas γ oksigen atau respirator
* Bila terjadi gangguan bekuan darah γ transfusi
* Observasi tanda vital

Wanita yang bertahan hidup setelah menjalani resusitasi jantung sebaiknya mendapat terapi yang ditujukan untuk oksigenasi dan membantu miokardium yang mengalami kegagalan. Tindakan yang menunjang sirkulasi dan pemberian darah dan komponen darah sangat penting dikerjakan. Belum ada data yang menunjukkan bahwa ada suatu intervensi yang dapat memperbaiki prognosis ibu pada emboli cairan amnion. Penderita yang belum melahirkan perlu tindakan seksio caesarea darurat sebagai upaya menyelamatkan janin.

1. Penatalaksanaan distosia bahu

Penatalaksanaan distosia bahu (APN 2007) :

* Mengenakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
* Melaksanakan episiotomi secukupnya dengan didahului dengan anastesi local
* Mengatur posisi ibu Manuver Mc Robert.
  + Pada posisi ibu berbaring terlentang, minta ibu menarik lututnya sejauh mungkin kearah dadanya dan diupayakan lurus. Minta suami/keluarga membantu.
  + Lakukan penekanan ke bawah dengan mantap diatas simpisis pubis untuk menggerakkan bahu anterior di atas simpisis pubis. Tidak diperbolehkan mendorong fundus uteri, beresiko menjadi ruptur uteri.
* Ganti posisi ibu dengan posisi merangkak dan kepala berada di atas
  + Tekan ke atas untuk melahirkan bahu depan
  + Tekan kepala janin mantap ke bawah untuk melahirkan bahu belakang

Penatalaksaan distosia bahu menurut varney :

* Bersikap relaks. Hal ini akan mengkondisikan penolong untuk berkonsentrasi dalam menangani situasi gawat darurat secara efektif.
* Memanggil dokter. Bila bidan masih terus menolong sampai bayi lahir sebelum dokter adatang, maka dokter akan menangani perdarahan yang mungkin terjadi atau untuk tindakan resusitasi.
* Siapkan peralatan tindakan resusitasi.
* Menyiapkan peralatan dan obat-obatan untuk penanganan perdarahan.
* Beritahu ibu prosedur yang akan dilakukan.
* Atur posisi Mc Robert.
* Cek posisi bahu. Ibu diminta tidak mengejan. Putar bahu menjadi diameter oblik dari pelvis atau anteroposterior bila melintang. Kelima jari satu tangan diletakkan pada dada janin, sedangkan kelima jari tangan satunya pada punggung janin sebelah kiri. Perlu tindakan secara hati-hati karena tindakan ini dapat menyebabkan kerusakan pleksus syaraf brakhialis.
* Meminta pendamping persalinan untuk menekan daerah supra pubik untuk menekan kepala ke arah bawah dan luar. Hati-hati dalam melaksanakan tarikan ke bawah karena dapat menimbulkan kerusakan pleksus syaraf brakhialis. Cara menekan daerah supra pubik dengan cara kedua tangan saling menumpuk diletakkan di atas simpisis. Selanjutnya ditekan ke arah luar bawah perut.
* Bila persalinan belum menunjukkan kemajuan, kosongkan kandung kemih karena dapat menganggu turunnya bahu, melakukan episiotomy, melakukan pemeriksaan dalam untuk mencari kemungkinan adanya penyebab lain distosia bahu. Tangan diusahakan memeriksa kemungkinan :
* Tali pusat pendek
* Bertambah besarnya janin pada daerah thorak dan abdomen oleh karena tumor.
* Lingkaran bandl yang mengindikasikan akan terjadi ruptur uteri
* Mencoba kembali melahirkan bahu. Bila distosia bahu ringan, janin akan dapat dilahirkan.
* Lakukan tindakan perasat seperti menggunakan alat untuk membuka botol (corkcrew) dengan cara seperti menggunakan prinsip skrup wood. Lakukan pemutaran dari bahu belakang menjadi bahu depan searah jarum jam, kemudian di putar kembali dengan posisi bahu belakang menjadi bahu depan berlawanan arah dengan jarum jam putar 180oC. Lakukan gerakan pemutaran paling sedikit 4 kali, kemudian melahirkan bahu dengan menekan kepada ke arah luar belakang disertai dengan penekanan daerah suprapubik.
* Bila belum berhasil, ulangi melakukan pemutaran bahu janin seperti langkah 11.
* Bila tetap belum berhasil, maka langkah selanjutnya mematahkan klavikula anterior kemudian melahirkan bahu anterior, bahu posterior, dan badan janin.
* Melakukan maneuver Zavenelli, yaitu suatu tindakan untuk memasukkan kepala kembali ke dalam jalan lahir dengan cara menekan dinding posterior vagina, selanjutnya kepala janin di tahan dan dimasukkan, kemudian dilakukan SC.

1. Penatalaksaan persalinan letak sungsang

* Pada saat masuk kamar bersalin perlu dilakukan penilaian secara cepat dan cermat mengenai : keadaan selaput ketuban, fase persalinan, kondisi janin serta keadaan umum ibu.
* Dilakukan pengamatan cermat pada DJJ dan kualitas his dan kemajuan persalinan.
* Persiapan tenaga penolong persalinan dan asisten penolong

1. Penatalaksanaan partus lama

Menurut Winkjosastro (2002), penatalaksanaan berdasarkan diagnosisnya, yaitu:

* Fase laten memanjang
* Bila fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks.
* Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum inpartu.
* Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.
* Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
* Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam,cairan vagina berbau): lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin.
* Berikan antibiotika kombinasi sampai persalinan.
* Ampisilin 2 g IV setiap 6 jam.
* Ditambah gentamisin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam.
* Jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotika pascapersalinan.
* Jika dilakukan SC, lanjutkan antibiotika ditambah metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.
* Fase aktif memanjang :
* Jika tidak ada tanda - tanda disproporsi sefalopelfik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.
* Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inertia uteri.
* Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi.
* Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

1. Penatalaksanaan preeclampsia

* Rangsangan untuk menimbulkan kejang dapat berasal dari luar dari penderita sendiri, dan his persalinan merupakan rangsangan yang kuat. Maka dari itu preeklampsia berat lebih mudah menjadi eklampsia pada waktu persalinan.
* Pada persalinan diperlukan sedativa dan analgetik yang lebih banyak.
* Pada kala II, pada penderita dengan hipertensi bahaya perdarahan dalam otak lebih besar sehingga hendaknya persalinan diakhiri dengan cunam atau ekstraksi vakum dengan memberikan narkosis umum untuk menghindari rangsangan pada susunan saraf pusat.
* Anastesi lokal dapat diberikan bila tekanan darah tidak terlalu tinggi dan penderita masih sanmolen karena pengaruh obat.
* Hindari pemberian ergometrin pada kala III karena dapat menyebabkan kontriksi pembuluh darah dan dapat meningkatkan pembuluh darah.
* Pemberian obat penennag diteruskan sampai dengan 48 jam postpartum karena ada kemungkinan setelah persalinan tekanan darah akan naik dan berlanjut menjadi eklampsia. (Winkjosastro, 2007).

1. Malposisi pada

* Presentasi puncak kepala

Cara 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 bisanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubun Ubun Besar

* Occipito posterior

Cara 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

* Presentasi muka

1. Dagu posterior

Bila pembukaan lengkap :

* + - Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
    - Bila kemajuan persalinan lembut lakukan oksitosin drip
    - Bila penurunan kurang lancar

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

1. Dagu anterior
   * Bila pembukaan lengkap : Sectio Caesaria
   * Bila pembukaan tidak lengkap, lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Sectio Caesaria
2. **Penatalaksanaan IMS**
3. Pengobatan infeksi bakteri dan parasite

Antibiotik digunakan untuk mengobati berbagai penyakit menular seksual yang disebabkan oleh infeksi bakteri, seperti gonore, chlamydia, dan sifilis. Antibiotik harus tetap dikonsumsi, walaupun gejala yang dirasakan telah membaik. Hal ini dilakukan untuk mencegah infeksi kembali terjadi. Dokter juga akan menganjurkan pasien untuk tidak berhubungan intim hingga masa pengobatan berakhir dan gejala menghilang. Jenis antibiotik yang diberikan antara lain penisilin, doxycycline, amoxicillin, dan erythromycin. Selain membunuh bakteri, antibiotik seperti metronidazole dapat membunuh parasit pada penyakit trikomoniasis. Obat ini tersedia dalam bentuk tablet yang diminum maupun sediaan yang dimasukkan ke dalam vagina

1. Pengobatan infeksi virus

Pengobatan dengan obat antivirus hanya bertujuan untuk meredakan gejala dan mengurangi risiko penyebaran. Jenis obat antivirus yang digunakan untuk menangani herpes genital adalah acyclovir, famciclovir, dan valacyclovir. Sementara untuk hepatitis, obat yang diberikan meliputi entecavir, interferon, dan lamivudine.

1. Pengobatan infeksi jamur

Untuk penyakit menular seksual yang disebabkan oleh jamur, seperti candidiasis, dokter akan memberikan krim antijamur yang dioleskan ke vagina, seperti nystatin dan clotrimazole. Anti jamur dalam bentuk tablet seperti fluconazole dan miconazole.

Upaya pencegahan penyakit menular seksual dapat dilakukan dengan:

* Setia pada pasangan
* Tidak berganti-ganti pasangan seksual.
* Menerapkan perilaku seks yang aman, misalnya menggunakan kondom.
* Lakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, khususnya yang berkaitan dengan organ reproduksi.
* Menjalani vaksinasi untuk mencegah infeksi, misalnya vaksin HPV dan hepatitis B.
* Tidak menggunakan obat-obatan terlarang, terutama yang melalui jarum suntik.

1. **Penatalaksanaan Bagi Ibu Hamil Agar Tidak Terpapar Virus Covid19**

Para ahli masih mempelajari pengaruh COVID-19 atau infeksi virus Corona pada ibu hamil. Namun, perubahan sistem imun yang terjadi pada kehamilan dapat membuat ibu hamil lebih rentan terkena infeksi virus Corona dan lebih berisiko mengalami gejala penyakit yang berat dan fatal. Selain itu, demam tinggi yang terjadi akibat COVID-19 di trimester pertama kehamilan dapat meningkatkan risiko terjadinya cacat lahir pada anak. Virus yang menyebabkan COVID-19 berasal dari golongan virus yang sama dengan virus penyebab severe acute respiratory syndrome (SARS) dan Middle-East respiratory syndrome (MERS). Berdasarkan kejadian yang lalu, ibu hamil dengan SARS atau MERS juga berisiko lebih tinggi mengalami keguguran atau melahirkan bayi prematur. Kejadian ini juga bisa terjadi pada ibu hamil dengan COVID-19, namun laporan kejadiannya masih sangat sedikit. Sejauh ini, penularan utama virus Corona adalah melalui percikan air liur pada batuk atau bersin. Belum ada data yang jelas terkait penularan virus Corona dari ibu ke janin selama kehamilan atau saat melahirkan.

Beberapa upaya pencegahan yang dapat dilakukan oleh ibu hamil, bersalin dan nifas :

* Cuci tangan anda dengan sabun dan air sedikitnya selama 20 detik. Gunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alkohol 70%, jika air dan sabun tidak tersedia.
* Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
* Sebisa mungkin hindari kontak dengan orang yang sedang sakit.
* Saat anda sakit gunakan masker medis. Tetap tinggal di rumah saat anda sakit atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, jangan banyak beraktivitas di luar
* Tutupi mulut dan hidung anda saat batuk atau bersin dengan tissue. Buang tissue pada tempat yang telah ditentukan. Bila tidak ada tissue lakukan batuk sesui etika batuk.
* Bersihkan dan lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.
* Menggunakan masker medis adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19. Akan tetapi penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Pengunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha-usaha pencegahan lainnya.
* Penggunaan masker yang salah dapat mengurangi keefektivitasannya dan dapat membuat orang awam mengabaikan pentingnya usaha pencegahan lain yang sama pentingnya seperti hand hygiene dan perilaku hidup sehat
* Cara menggunakan masker medis yang efektif :
* Pakai masker secara seksama untuk menutupi mulut dan hidung, kemudian eratkan dengan baik untuk meminimalisasi celah antara masker dan wajah
* Saat digunakan, hindari menyentuh masker.
* Lepas masker dengan teknik yang benar (misalnya; jangan menyentuh bagian depan masker, tapi lepas dari belakang dan bagian dalam).
* Setelah dilepas jika tidak sengaja menyentuh masker yang telah digunakan segera cuci tangan.
* Gunakan masker baru yang bersih dan kering, segera ganti masker jika masker yang digunakan terasa mulai lembab.
* Jangan pakai ulang masker yang telah dipakai.
* Buang segera masker sekali pakai dan lakukan pengolahan sampah medis sesuai SOP.
* Masker pakaian seperti katun tidak direkomendasikan
* Diperlukan konsultasi ke spesialis obstetri dan spesialis terkait untuk melakukan skrining antenatal, perencanaan persalinan dalam mencegah penularan COVID19
* Menghindari kontak dengan hewan seperti: kelelawar, tikus, musang atau hewan lain pembawa COVID-19 serta pergi ke pasar hewan
* Bila terdapat gejala COVID-19 diharapkan untuk menghubungi telepon layanan darurat yang tersedia untuk dilakukan penjemputan di tempat sesuai SOP, atau langsung ke RS rujukan untuk mengatasi penyakit ini
* Hindari pergi ke negara terjangkit COVID-19, bila sangat mendesak untuk pergi ke negara terjangkit diharapkan konsultasi dahulu dengan spesialis obstetri atau praktisi kesehatan terkait.
* Rajin mencari informasi yang tepat dan benar mengenai COVID-19 di media sosial terpercaya

1. **Penatalaksanaan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas Yang Terpapar Covid19**
2. **Bagi ibu hamil**
3. Pemeriksaan kehamilan pertama kali dibutuhkan untuk skrining faktor risiko (termasuk Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak / PPIA). Oleh karena itu, dianjurkan pemeriksaannya dilakukan oleh dokter di fasilitas pelayanan kesehatan dengan perjanjian agar ibu tidak menunggu lama. Apabila ibu hamil datang ke bidan tetap dilakukan pelayanan ANC, kemudian ibu hamil dirujuk untuk pemeriksaan oleh dokter.
4. Dilakukan anamnesis dan pemeriksaan skrining kemungkinan ibu menderita Tuberculosis.
5. Pada daerah endemis malaria, seluruh ibu hamil pada pemeriksaan pertama dilakukan pemeriksaan RDT malaria dan diberikan kelambu berinsektisida.
6. Jika ada komplikasi atau penyulit maka ibu hamil dirujuk untuk pemeriksaan dan tata laksana lebih lanjut.
7. Pemeriksaan rutin (USG) untuk sementara dapat DITUNDA pada ibu dengan PDP atau terkonfirmasi COVID-19 sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.
8. Ibu hamil diminta mempelajari buku KIA untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari termasuk mengenali TANDA BAHAYA pada kehamilan. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, ibu hamil harus segera memeriksakan diri ke fasyankes.
9. Pengisian stiker P4K dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi
10. Kelas Ibu Hamil ditunda pelaksanaannya di masa pandemi COVID-19 atau dapat mengikuti kelas ibu secara online.
11. Tunda pemeriksaan pada kehamilan trimester kedua. Atau pemeriksaan antenatal dapat dilakukan melalui tele-konsultasi klinis, kecuali dijumpai keluhan atau tanda bahaya.
12. Ibu hamil yang pada kunjungan pertama terdeteksi memiliki faktor risiko atau penyulit harus memeriksakan kehamilannya pada trimester kedua. Jika Ibu tidak datang ke fasyankes, maka tenaga kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pemeriksaan ANC, pemantauan dan tataksana faktor penyulit. Jika diperlukan lakukan rujukan ibu hamil ke fasyankes untuk mendapatkan pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut, termasuk pada ibu hamil dengan HIV, Sifilis dan Hepatitis B.
13. Pemeriksaan kehamilan trimester ketiga HARUS DILAKUKAN dengan tujuan utama untuk menyiapkan proses persalinan. Dilaksanakan 1 bulan sebelum taksiran persalinan.
14. Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko/tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), seperti mualmuntah hebat, perdarahan banyak, gerakan janin berkurang, ketuban pecah, nyeri kepala hebat, tekanan darah tinggi, kontraksi berulang, dan kejang. Ibu hamil dengan penyakit diabetes mellitus gestasional, pre eklampsia berat, pertumbuhan janin terhambat, dan ibu hamil dengan penyakit penyerta lainnya atau riwayat obstetri buruk maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.
15. Pastikan gerak janin dirasakan mulai usia kehamilan 20 minggu. Setelah usia kehamilan 28 minggu, hitunglah gerakan janin secara mandiri (minimal 10 gerakan per 2 jam).
16. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil/yoga/pilates/peregangan secara mandiri di rumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
17. Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan
18. . Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil dengan status PDP atau terkonfirmasi positif COVID-19 dilakukan dengan pertimbangan dokter yang merawat.
19. Antenatal care untuk wanita hamil yang terkonfirmasi COVID-19 pasca perawatan, kunjungan antenatal selanjutnya dilakukan 14 hari setelah periode penyakit akut berakhir. Periode 14 hari ini dapat dikurangi apabila pasien dinyatakan sembuh. Direkomendasikan dilakukan USG antenatal untuk pengawasan pertumbuhan janin, 14 hari setelah resolusi penyakit akut. Meskipun tidak ada bukti bahwa gangguan pertumbuhan janin (IUGR) akibat COVID-19, didapatkan bahwa duapertiga kehamilan dengan SARS disertai oleh IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS, sehingga tindak lanjut ultrasonografi diperlukan.
20. Jika ibu hamil datang di rumah sakit dengan gejala memburuk dan diduga / dikonfirmasi terinfeksi COVID-19, berlaku beberapa rekomendasi berikut: Pembentukan tim multi-disiplin idealnya melibatkan konsultan dokter spesialis penyakit infeksi jika tersedia, dokter kandungan, bidan yang bertugas dan dokter anestesi yang bertanggung jawab untuk perawatan pasien sesegera mungkin setelah masuk. Diskusi dan kesimpulannya harus didiskusikan dengan ibu dan keluarga tersebut.
21. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri dengan mengikuti anjuran perjalanan (travel advisory) yang dikeluarkan pemerintah. Dokter harus menanyakan riwayat perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran luas COVID-19
22. **Bagi ibu bersalin**
23. Ibu tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan. Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan.
24. Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko
25. Tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan:
    * Kondisi ibu sesuai dengan level fasyankes penyelenggara pertolongan persalinan.
    * Status ibu ODP, PDP, terkonfirmasi COVID-19 atau bukan ODP/PDP/COVID-19.
26. Ibu dengan status ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 bersalin di rumah sakit rujukan COVID-19
27. Ibu dengan status BUKAN ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 bersalin di fasyankes sesuai kondisi kebidanan (bisa di FKTP atau FKTRL).
28. Saat merujuk pasien ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 sesuai dengan prosedur pencegahan COVID-19.
29. Pelayanan KB pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan MKJP
30. **Bagi ibu nifas**
31. Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya di masa nifas (lihat Buku KIA). Jika terdapat risiko/ tanda bahaya, maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.
32. Pelaksanaan kunjungan nifas pertama dilakukan di fasyankes. Kunjungan nifas kedua, ketiga dan keempat dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.
33. Periode kunjungan nifas (KF) :
    * KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
    * KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
    * KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;
    * KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.
34. Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas. Diutamakan menggunakan MKJP
35. **Bagi bayi baru lahir**
36. Bayi baru lahir rentan terhadap infeksi virus COVID-19 dikarenakan belum sempurna fungsi imunitasnya.
37. Bayi baru lahir dari ibu yang BUKAN ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0 – 6 jam) yaitu pemotongan dan perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), injeksi vit K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik, dan imunisasi Hepatitis B.
38. Bayi baru lahir dari ibu ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19:
    * Tidak dilakukan penundaan penjepitan tali pusat (Delayed Chord Clamping).
    * Bayi dikeringkan seperti biasa.
    * Bayi baru lahir segera dimandikan setelah kondisi stabil, tidak menunggu setelah 24 jam
    * TIDAK DILAKUKAN IMD. Sementara pelayanan neonatal esensial lainnya tetap diberikan.
39. Bayi lahir dari ibu hamil HbsAg reaktif dan COVID-19 terkonfirmasi dan bayi dalam keadaan:
    * Klinis baik (bayi bugar) tetap mendapatkan pelayanan injeksi vitamin K1 dan tetap dilakukan pemberian imunisasi Hepatitis B serta pemberian HbIg (Hepatitis B immunoglobulin kurang dari 24 jam).
    * Klinis sakit (bayi tidak bugar atau tampak sakit) tetap mendapatkan pelayanan injeksi vitamin K1 dan tetap dilakukan pemberian HbIg (Hepatitis B immunoglobulin kurang dari 24 jam). Pemberian vaksin Hepatitis B ditunda sampai keadaan klinis bayi baik (sebaiknya dikonsultasikan pada dokter anak untuk penatalaksanaan vaksinasi selanjutnya).
40. Bayi baru lahir dari ibu dengan HIV mendapatkan ARV profilaksis, pada usia 6-8 minggu dilakukan pemeriksaan Early Infant Diagnosis(EID) bersamaan dengan pemberian imunisasi DPT-HB-Hib pertama dengan janji temu.
41. Bayi lahir dari ibu yang menderita sifilis dilakukan pemberian injeksi Benzatil Penisilin sesuai Pedoman Neonatal Esensial.
42. Bayi lahir dari Ibu ODP dapat dilakukan perawatan RAWAT GABUNG di RUANG ISOLASI KHUSUS COVID-19.
43. Bayi lahir dari Ibu PDP/ terkonfirmasi COVID-19 dilakukan perawatan di ruang ISOLASI KHUSUS COVID-19, terpisah dari ibunya (TIDAK RAWAT GABUNG).
44. Untuk pemberian nutrisi pada bayi baru lahir harus diperhatikan mengenai risiko utama untuk bayi menyusui adalah kontak dekat dengan ibu, yang cenderung terjadi penularan melalui droplet infeksius di udara. Sesuai dengan protokol tatalaksana bayi lahir dari Ibu terkait COVID-19 yang dikeluarkan IDAI adalah :
    * Bayi lahir dari Ibu ODP dapat menyusu langsung dari ibu dengan melaksanakan prosedur pencegahan COVID-19 antara lain menggunakan masker bedah, menjaga kebersihan tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, dan rutin membersihkan area permukaan di mana ibu telah melakukan kontak.
    * Bayi lahir dari Ibu PDP/Terkonfirmasi COVID-19, ASI tetap diberikan dalam bentuk ASI perah dengan memperhatikan :

* Pompa ASI hanya digunakan oleh ibu tersebut dan dilakukan pembersihan pompa setelah digunakan.
* Kebersihan peralatan untuk memberikan ASI perah harus diperhatikan.
* Pertimbangkan untuk meminta bantuan seseorang dengan kondisi yang sehat untuk memberi ASI.
* Ibu harus didorong untuk memerah ASI (manual atau elektrik), sehingga bayi dapat menerima manfaat ASI dan untuk menjaga persediaan ASI agar proses menyusui dapat berlanjut setelah ibu dan bayi disatukan kembali. Jika memerah ASI menggunakan pompa ASI, pompa harus dibersihkan dan didesinfeksi dengan sesuai.
* Pada saat transportasi kantong ASI dari kamar ibu ke lokasi penyimpanan harus menggunakan kantong spesimen plastik. Kondisi penyimpanan harus sesuai dengan kebijakan dan kantong ASI harus ditandai dengan jelas dan disimpan dalam kotak wadah khusus, terpisah dengan kantong ASI dari pasien lainnya.
  + Ibu PDP dapat menyusui langsung apabila hasil pemeriksaan swab negatif, sementara ibu terkonfirmasi COVID-19 dapat menyusui langsung setelah 14 hari dari pemeriksaan swab kedua negative

1. Pada bayi yang lahir dari Ibu ODP tidak perlu dilakukan tes swab, sementara pada bayi lahir dari ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19 dilakukan pemeriksaan swab dan sediaan darah pada hari ke 1, hari ke 2 (dilakukan saat masih dirawat di RS), dan pada hari ke 14 pasca lahir.
2. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan. Idealnya waktu pengambilan sampel dilakukan pada 48 – 72 jam setelah lahir. Untuk pengambilan spesimen dari bayi lahir dari Ibu ODP/PDP/terkonfirmasi COVID-19, tenaga kesehatan menggunakan APD level 2. Tata cara penyimpanan dan pengiriman spesimen sesuai dengan Pedoman Skrining Hipotiroid Kongenital. Apabila terkendala dalam pengiriman spesimen dikarenakan situasi pandemi COVID-19, spesimen dapat disimpan selama maksimal 1 bulan pada suhu kamar.
3. Pelayanan kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan di fasyankes. Kunjungan neonatal kedua dan ketiga dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.
4. Periode kunjungan neonatal (KN) yaitu :
   * KN 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir;
   * KN 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir; c.
   * KN3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir
5. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI ekslusif dan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit.
6. Penggunaan face shield neonatus menjadi alternatif untuk pencegahan COVID-19 di ruang perawatan neonatus apabila dalam ruangan tersebut ada bayi lain yang sedang diberikan terapi oksigen. Penggunaan face shield dapat digunakan di rumah, apabila terdapat keluarga yang sedang sakit atau memiliki gejala seperti COVID-19. Tetapi harus dipastikan ada pengawas yang dapat memonitor penggunaan face shield tersebut.