

# **SESI 6**

# **PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL BERMASALAH**

Disusun oleh  
dr. Mayang Anggraini Naga

# DESKRIPSI

Materi kuliah membahas cara penanganan: kesehatan maternal bermasalah; kontrasepsi pasca keguguran; perdarahan kehamilan lanjut & persalinan menurut tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, KET & Mola Hidatidosa; perdarahan pada kehamilan muda menurut tingkat fasilitas pelayanan; tugas berbagai tingkat fasilitas pelayanan kesehatan; komplikasi pada persalinan.

# TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Mampu mengenal pelayanan penanganan kesehatan maternal bermasalah; kontrasepsi pasca keguguran; perdarahan kehamilan lanjut & persalinan menurut tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, KET & Mola Hidatidosa; perdarahan pada kehamilan muda menurut tingkat fasilitas pelayanan; tugas berbagai tingkat fasilitas pelayanan kesehatan; berbagai jenis komplikasi persalinan

# TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS & POKOK/SUBPOKOK BAHASAN

Menjelaskan:

- Pelayanan kesehatan maternal bermasalah umum dan penilaian klinik
- Kontrasepsi pasca keguguran
- Penatalaksanaan perdarahan kehamilan lanjut & persalinan menurut tingkat fasilitas pel. kesehatan
- Penanganan KET & Mola Hidatidosa
- Penanganan perdarahan pada kehamilan muda menurut tingkat fasilitas pelayanan
- Tugas berbagai tingkat fasilitas pelayanan kesehatan
- *Reading: Complication of Childbirth*

# PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL BERMASALAH

## I. PERDARAHAN PADA KEHAMILAN MUDA

Prinsip Dasar:

Berakhirnya suatu kehamilan (akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau janin belum mampu untuk bisa hidup di luar kandungan = **ABORTUS**.

## Abortus (Lanjutan)

### **Abortus Spontan**

Abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar (buatan) yang mengakhiri proses kehamilan = keguguran = *miscarriage*.

### **Abortus Buatan**

Abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan = aborsi = pengguguran = abortus provokatus.

# MASALAH DAN PENANGANAN UMUM

- **Tanda-tanda masalah abortus:**
  - perdarahan (hemorrhage) bercak hingga derajat sedang pada kehamilan muda (< 22 minggu)
  - perdarahan masif (hebat, berat) pada kehamilan muda.
- **Penanganan Umum:**
  - tentukan kondisi awal pasien (gawat darurat, komplikasi berat atau masih cukup stabil kehamilannya)
  - pada yang kondisi gawat darurat: upayakan stabilisasi pasien → evaluasi atau merujuk.

# PENANGANAN UMUM (Lanjutan)

- Standar medik penentu kelaikan tindakan di fasilitas kesehatan setempat atau dirujuk ke rumah sakit:
  - Pasien syok, kondisi memburuk akibat perdarahan hebat → segera atasi komplikasi (penatalaksanaan syok)  
→ Infuse (jarum besar 16 G/lebih) dan berikan tetesan cepat (500 cc/2jam pertama) Ringer/NaCl)

## PENANGANAN UMUM (Lanjutan)

### Periksa:

- Hb,
- golongan darah dan *crossmatch* (padanan silang).
- DD: kehamilan ektopik
- pada yang sepsis: beri antibiotika yang diperlukan
- temukan dan hentikan segera sumber perdarahan
- pantau ketat kondisi pasca tindakan dan perkembangan lanjutan.

(Diagnosis & Penatalaksanaan → baca di Buku Rujukan)

# PENILAIAN KLINIK

## Jenis Abortus:

- **Abortus spontan**

- **Abortus imminens**

- Perdarahan **bercak**, kehamilan masih mungkin dipertahankan.

- **Abortus insipiens**

- Perdarahan **ringan** pada kehamilan muda, hasil konsepsi masih di dalam uterus.

- Proses biasanya masih berlanjut bisa jadi abortus inkomplit atau komplit.

## Abortus (Lanjutan)

### - **Abortus inkomplit:**

Perdarahn abortus dengan sebagian hasil konsepsi telah keluar uterus melalui kanalis servikalis.

- Abortus **komplit** = perdarahan pada kehamilan muda dengan seluruh hasil konsepsi keluar uterus secara komplit (lengkap).

### **Abortus infeksiosa:** abortus disertai infeksi.

Bila kuman penyebab dan toksin kuman masuk ke dalam sirkulasi darah dan kavum peritonei → septikemia, sepsis atau peritonitis.

## PENILAIAN KLINIK (Lanjutan)

- **Missed abortion (Retensi janin mati):**

Perdarahan pada kehamilan muda disertai retensi hasil konsepsi yang telah mati hingga 8 minggu atau lebih.

Diagnosis ditegakkan melalui pengamatan cermat dan pemeriksaan ulang berkelanjutan.

- **Abortus tidak aman (*Unsafe abortion*):**

Upaya terminasi kehamilan yang membahayakan pasien (pelaksana belum ahli, tidak melalui prosedur standar yang aman).

# PENANGANAN

- **Penilaian Awal:**

Segera lakukan penilaian dari:

- Keadaan Umum pasien:
  - tanda-2 syok (pucat, berkeringat banyak, pingsan, tek. sistolik  $< 90$  mmHg, nadi  $> 112$  x/menit)
- Syok disertai masa lunak di adneksa, nyeri perut bawah, ada cairan bebas dalam kavum pelvis: pikirkan kemungkinan kehamilan ektopik yang terganggu (KET)

## PENANGANAN (Lanjutan)

- Tanda-2 infeksi atau sepsis:
  - demam tinggi,
  - sekret vaginal bau,
  - nyeri perut bawah,
  - perut tegang,
  - nyeri goyang porsio,
  - dehidrasi,
  - gelisah/pingsan)
- Tentukan apakah pasien dapat ditatalaksanakan di fasilitas setempat atau harus dirujuk.

# KONTRASEPSI PASCA KEGUGURAN

- Metode/Waktu Aplikasi

Kondom/Segera →

Pil Hormonal/Segera →

Suntikan/Segera →

- Keterangan:

Efektivitas tergantung dari tingkat kedisiplinan klien. Dapat mencegah PMS.

Cukup efektif namun perlu ketaatan pasien untuk meminum pil secara teratur.

Konseling untuk pilihan hormon tunggal atau kombinasi.

## KONTRASEPSI PASCAKEGUGURAN (Lanjutan)

- **Metode/Waktu Aplikasi**

- **Keterangan**

Implant/Segera →

Sesuai untuk pasangan yang ingin kontrasepsi jangka panjang.

AKDR/Segera atau setelah kondisi pasien memuaskan →

Pertimbangan kondisi klien (anemis) atau risiko infeksi (PMS dll.) pasca insersi.

Tubektomi/Segera →

Sesuai untuk pasangan yang ingin menghentikan fertilitas.

# KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU

- **Prinsip Dasar:**

Kehamilan ektopik = kehamilan yang terjadi setelah fertilisasi ovum, implantasi terjadi di luar kavum uteri.

Kira-kira 90% terjadi di tuba uterin (Falopii)  
Bisa mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilannya berkembang melebihi kapasitas ruang implantasinya → KET.

## KET (Lanjutan)

- **Tanda-2 masalah ini:**

- perdarahan pada kehamilan muda disertai syok, anemia yang tidak sebanding dengan jumlah darah yang nampak ke luar.

- **Diagnosis:** sangat bergantung dari terganggunya kehamilan tersebut.

- Setelah episode mirip gejala abortus → mendadak diikuti memburuknya kondisi pasien secara cepat → syok, sakit perut berat

(Penilaian klinik: lihat bagan)

## Penanganan Umum KET:

- Ingat: kehamilan muda yang disertai gejala-gejala yang tidak umum pada daerah abdomen, hendaknya DD (diagnosis banding) dengan kehamilan ektopik.
- Upaya diagnosis melalui tahapan perkembangan kondisi pasien.
- Kehamilan ektopik belum/sudah terganggu memerlukan penanganan segera di fasilitas kesehatan bersarana lengkap.
- Perdarahan bisa >> → perlu persediaan donor
- **Jenis tindakan tergantung pada upaya menyelamatkan jiwa dan konservasi reproduksi.**

# PENILAIAN KLINIK

- **Kehamilan Ektopik yang belum Terganggu**
  - Gejala kehamilan muda atau abortus imminens
  - Tanda-2 tidak umum adalah:
    - ada **massa lunak** di adneksa (hati-2 mudah ruptur)
    - nyeri goyang portio (porsio).

## PENILAIAN KLINIK

- **Kehamilan Ektopik yang Terganggu**
  - Gejala kehamilan muda dengan abortus imminens, dengan kondisi gawatdarurat dan abdominal akut:
    - Pucat, anemis,
    - Kesadaran menurun, lemah & syok
    - Perut kembung (ada cairan bebas) dan nyeri tekan
    - Nyeri perut bawah menjadi > bila tubuh digerakkan
    - Nyeri goyang portio.

**Pemeriksaan: kuldosentesis membantu penegakkan KET.**

# Diagnosis Banding & Penanganan

- **Diagnosis Banding:**
  - Abortus imminens
  - Penyakit radang panggul (PID) (akut/kronis)
  - Torsi kista ovarii
- **Penanganan:**
  - **Cito operasi** → upayakan menghentikan perdarahan.
  - Stabilisasi dengan segera restorasi cairan tubuh dengan kristaloid NS atau RL 500cc/15 menit pertama, atau 2L/2 jam pertama (termasuk selama tindakan berlangsung)
  -

## Diagnosis banding dan Penagan (Lanjutan)

Bila tidak ada darah/donor → autotransfusi.

- Tindakan pada tuba: Parsial salpingektomi atau salpingostomi (hanya memiliki satu tuba)  
→ risiko perdarahan tidak berhenti sempurna.

Mengingat kehamilan ektopik berkaitan dengan gangguan fungsi transportasi tuba yang mungkin akibat infeksi (mungkin masih berlangsung) → beri antibiotika.

## Diagnosis Banding & Penanganan (Lanjutan)

- **Kendali nyeri pascatindakan:**
  - ketoprofen 100mg supositoria
  - Tramadol 200mg IV
  - Pethidin 50mg IV (hati-2 reaksi hipersensitivitas)
  - Atasi anemia (SF 600mg/hari)
  - Konseling:
    - kelanjutan fungsi reproduksi
    - risiko hamil ektopik ulangan
    - kontrasepsi yang sesuai
    - asuhan mandiri selama di rumah
    - jadwal kunjungan ulang.

# MOLA HIDATIDOSA

- **Prinsip Dasar:**

Hamil mola terjadi akibat fertilisasi hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi jadi proliferasi dari vili korionales disertai dengan degenerasi hidropik.

Uterus melunak dan berkembang lebih cepat dari usia gestasi normal, tidak dijumpai ada janin, kavum uteri penuh terisi jaringan mirip rangkaian buah anggur.

## MOLA HIDATIDOSA (Lanjutan)

- **Tanda-2 Masalah Terkait:**
  - perdarahan pada kehamilan muda disertai gejala mirip pre-eklampsia
  - risiko tinggi untuk terjadi keganasan  
**(koriokarsinoma)**
- **Diagnosis dini akan menguntungkan prognosa.**
- **Pemeriksaan USG sangat membantu diagnosis.**

# **PENANGANAN UMUM MOLA HIDATIDOSA**

**Pada fasilitas yang sumberdayanya terbatas,  
lakukan:**

- Evaluasi klinik dengan fokus pada:
  - riwayat haid terakhir dan kehamilan.
  - perdarahan tidak teratur atau spotting
  - pembesaran abnormal uterus dan
  - perlunakan serviks dan korpus uteri.

## PENANGANAN UMUM MOLA HIDATIDOSA (Lanjutan)

- Kajian uji kehamilan dengan pengenceran rutin
- Pastikan tidak ada janin (ballotement -),  
denyut jantung (sebelum upaya diagnosis  
perasat Hanifa W/Acosta S)
- Lakukan pengosongan jaringan mola segera
- Antisipasi komplikasi (krisis tiroid, perdarahan/  
perforasi)
- Pengamatan lanjut hingga minimal 1 tahun  
post-tindakan evakuasi.

# PENILAIAN KLINIK

Sebagian besar kehamilan mola disertai pembesaran uterus dan peningkatan kadar hCG.

- Lakukan pengukuran kuantitatif kadar hCG spesifik (beta hCG rapid test) atau uji kehamilan berbasis tera imunologik (heaglutinasi atau aglutinasi lateks) dengan mengukur kadar hormon secara semikuantitatif melalui pengenceran urine.

## PENILAIAN KLINIK (Lanjutan)

Gejala klinik: mirip kehamilan muda dan abortus imminens, dengan gejala mual muntah > hebat, sering disertai gejala mirip pre-eklampsia.

USG: mirip sarang tawon tanpa janin.

Perasat Hanifa W: dengan sonde uterus.

- **Diagnosis:**

Adanya jaringan mola, baik melalui ekspulsi spontan, atau biopsi pasca perasat Hanifa W. (siapkan tindakan darurat bila terjadi perdarahan).

# **PENANGANAN PERDARAHAN pada KEHAMILAN MUDA menurut TINGKAT FASILITAS PELAYANAN**

**Gejala/Diagnosis perdarahan pada  
kehamilan muda:**

**Anamnesis:**

- Riwayat kehamilan,
- Gejala kehamilan muda,
- Riwayat perdarahan,
- Gejala dan tanda komplikasi.

# Pemeriksaan:

- Kondisi umum pasien:
  - pucat, anemis,
  - sesak napas,
  - syok, lemah,
  - stabil/tidak stabil)
- Fisik:
  - kloasma gravidarum.
  - linea nigra,
  - hiperpigmentasi areola mammae,
  - tinggi fundus uteri,
  - nyeri tekan perut bawah,
  - perut tegang,
  - cairan bebas intra-abdomen)

# PENANGANAN PERDARAHAN pada KEHAMILAN MUDA menurut TINGKAT FASILITAS PELAYANAN (Lanjutan)

## **Ginekologi**

- sekret,
- fluor albus,
- mukopus,
- keunguan portio,
- besar uterus,
- pelunakan serviks atau korpus,
- ballotement,
- nyeri goyang porsio,
- masa adneksa

# Pemeriksaan:

- USG
- Uji Kehamilan
- Kuldosentesis
- Perasat Hanifa Wiknjosastro atau Acosta Sisson
- Patologi Anatomi (laboratorium)

# FASILITAS PELAYANAN & KATEGORI MASALAH

- **POLINDES**

## Abortus:

### **Imminens**

- Diagnosis
- Observasi
- Rujuk apabila berdarah terus

### **Incipens**

- Diagnosis
- Rujuk ke fasilitas pelayanan yang sesuai

### **Inkompli**

- Diagnosis
- Digital
- Rujuk bila masih ada sisa atau berdarah

### **Komplit**

- Diagnosis
- Evaluasi
- Rujuk bila terdapat komplikasi

## FASILITAS PELAYANAN & KATEGORI MASALAH (Lanjutan-1)

- **POLINDES**

### **Ektopik belum terganggu**

Dugaan berdasarkan  
gejala klinik  
Rujuk

### **Ektopik terganggu**

Dugaan berdasarkan  
gejala klinik dan  
tampilan  
Stabilitas  
Rujuk

### **Mola Hidatidosa**

Dugaan berdasarkan gejala klinik  
Diagnosis bila ada ekspulsi jaringan mola  
Rujuk.

## FASILITAS PELAYANAN & KATEGORI MASALAH (Lanjutan-2)

- **PUSKESMAS**

### Abortus

<b>Imminens</b>	<b>Incepiens</b>	<b>Inkompliit</b>	<b>Kompliiit</b>
Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis
Observasi	Evakuasi	Evakuasi	Evaluasi
Evakuasi	sesuai	sesuai	Terapi
bila jadi	dengan	dengan	Rujuk
inkompliiit	usia gestasi	usia gestasi	bila ada
Rujuk	Terapi	Terapi	kompliiikasi
bila	Pantau	Pantau	
ektopik	Rujuk	Rujuk	
	bila ada	bila ada	
	kompliiikasi	kompliiikasi	

## FASILITAS PELAYANAN & KATEGORI MASALAH (Lanjutan-3)

- **PUSKESMAS**

### Ektopik belum terganggu

Diagnosis/kerja

Rujuk

### Ektopik terganggu

Diagnosis/kerja

Stabilisasi

Rujuk

### Mola Hidatidosa

Diagnosis

Evakuasi bila abortus mola

Rujuk untuk terapi atau pemantauan lanjut.

# FASILITAS PELAYANAN & KATEGORI MASALAH (Lanjutan-4)

- **RUMAH SAKIT**

## Abortus:

### **Imminens**

Diagnosis

Observasi

Evakuasi

    bila jadi

    inkomplit

Terapi

komplikasi

berat

### **Incepiens**

Diagnosis

Evakuasi

Terapi

    lanjut

    atau

    komplikasi

    berat

### **Inkomplit**

Diagnosis

Evakuasi

Terapi

    lanjut

    atau

    komplikasi

    berat

### **Komplit**

Diagnosis

Evaluasi

Terapi

    lanjut

    atau

    komplikasi

    berat

## FASILITAS PELAYANAN & KATEGORI MASALAH (Lanjutan-5)

- **RUMAH SAKIT**

**Ektopik belum terganggu**

Diagnosis/Pasti

Terapi lanjut

atau komplikasi berat

**Ektopik terganggu**

Diagnosis/pasti

Terapi kausatif

Transfusi

Atasi komplikasi berat

**Mola Hidatidosa**

Diagnosis

Evakuasi medis.

Antisipasi komplikasi

Evakuasi

**Sitostatika**

Pemantauan

# PERDARAHAN KEHAMILAN LANJUT & PERSALINAN

- **Prinsip Dasar**

Perdarahan antepartum umumnya disebabkan oleh:

- kelainan implantasi plasenta (letak rendah = previa)
- kelainan insersi tali pusat atau pembuluh darah pada selaput amnion (vasa previa) dan
- separasi plasenta sebelum bayi lahir. (solusio placenta)

**Untuk menurunkan mortalitas ibu di Indonesia, Depkes melakukan strategi agar semua asuhan antenatal dan sekitar 60% dari seluruh persalinan dilayani oleh tenaga kesehatan terlatih. .**

# MASALAH

Strategi tersebut untuk mengenal dan menanggulangi gangguan kehamilan dan persalinan sedini mungkin. Penyiapan sarana pertolongan gawat darurat merupakan langkah antisipasi terhadap komplikasi yang mengancam keselamatan ibu.

## **Masalah:**

- perdarahan pada kehamilan di atas 22 minggu hingga menjelang persalinan.
- Perdarahan intrapartu
- Prematuritas & mortalitas perinatal

# PENANGANAN UMUM

- Siapkan fasilitas tindakan darurat gawat
- Setiap fasilitas kesehatan harus mengenal, menstabilisasi, merujuk dan menatalaksana komplikasi ibu & anak sesuai jenjang kemampuan yang ada.
- Setiap perdarahan antepartum memerlukan rawat inap dan penatalaksana segera.
- Lakukan restorasi cairan, darah sesuai keperluan untuk memenuhi defisit, tingkat kegawatdarutan yang terjadi.

## PENANGANAN UMUM (Lanjutan)

- Tegakkan diagnosis kerja secara cepat, akurat.
- Lakukan tindakan konservatif selama kondisi masih memungkinkan dan mengacu pada upaya memperbesar kemungkinan hidup bayi yang dikandung.
- Pada kondisi yang sangat gawat, keselamatan ibu merupakan pertimbangan pertama.

# PENILAIAN KLINIK: PLASENTA PREVIA

- **Gejala/  
Tanda Utama**
  - Perdarahan tanpa nyeri dengan usia gestasi di atas 22 minggu.
  - Pengeluaran darah segar atau kehitaman dengan bekuan.
  - Perdarahan dapat terjadi setelah miksi (buang air seni) atau defikasi, aktifitas fisik, kontraksi Braxton Hicks trauma atau koitus

**Faktor predisposisi:** Grand multipara

## PENILAIAN KLINIK: PLASENTA PREVIA (Lanjutan)

### **Penyulit lainnya:**

Umumnya tidak disertai nyeri.

Bagian terendah janin tidak masuk ke pintu atas panggul (akibat gangguan akomodasi)

→ Gawat janin.

# PENANGANAN PLASENTA PREVIA

- Plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus dan menutup sebagian/seluruh pintu ostium uteri internum.
- Angka kejadian: 0.4 – 0.6% dari seluruh persalinan.
- Dengan penatalaksanaan dan perawatan yang baik, mortalitas perinatal adalah: 50/1000 kelahiran hidup.
- Gejala perdarahan bisa ringan, bisa berhenti spontan dan umumnya terjadi pada bangun tidur. Tidak jarang bahwa perdarahan terjadi saat inpartu. Jumlah perdarahan bergantung pada jenis plasenta previanya.

## Penanganan Plasenta Previa (Lanjutan-1)

- **Tidak dianjurkan untuk diperiksa dalam.**
- **Pemeriksaan inspekulo** → harus hati-hati.  
Ini untuk menentukan sumber perdarahan (servisititis, polip, keganasan atau laserasi atau trauma).
- **Pemeriksaan USG:** menentukan implantasi plasenta atau jarak tepi plasenta terhadap ostium  
Bila jarak tepi kurang dari 5 cm, maka disebut **Plasenta letak rendah.**  
Bila tidak dijumpai plasenta previa, maka lakukan pemeriksaan inspekulo untuk melihat sumber perdarahan lain (serviks, forniks atau dinding vagina)

## Penanganan Plasenta Previa (Lanjutan-2)

- **Diagnose plasenta previa definitif dilakukan dengan PDMO**  
(melakukan perabaan plasenta secara langsung melalui pembukaan serviks).
- Pada perdarahan sangat banyak dan anemia berat  
→ tidak dianjurkan melakukan PDMO sebagai upaya penentu diagnosis.

# Terapi Plasenta Previa

- **Terapi ekspektatif:**

Tujuan: janin tidak terlahir prematur; bumil dirawat tanpa pemeriksaan dalam; upaya diagnosis secara non-invasif; pemantauan klinis ketat.

Syarat: Perdarahan kehamilan preterm, kemudian berhenti; belum ada tanda inpartu; keadaan umum ibu cukup baik (Hb dalam batas normal) dan janin hidup.

## Terapi Plasenta Previa (Lanjutan-1)

### **Terapi aktif (tindakan segera):**

Bumil di atas 22 minggu,  
perdarahan pervaginam aktif dan berat,  
dilaksanakan secara aktif tanpa  
memandang maturitas janin.

## Terapi Plasenta Previa (Lanjutan-2)

- Diagnosis dan penyelesaian persalinan setelah semua persyaratan dipenuhi, lakukan PDMO (pemeriksaan perdarahan plasenta secara langsung),  
jika:
  - **infuse/tranfusi terpasang, kamar dan tim bedah siap.**
  - Hamil 37 minggu/lebih, janin 2500 gram, in partu atau janin telah meninggal, anomali kongenital mayor, perdarahan dengan bagian bawah janin telah jauh melewati pintu atas panggul (2/5, 3/5 pada palpasi luar).

# CARA PERSALINAN PLASENTA PREVIA

- **Seksio Sesaria**

Untuk menyelamatkan ibu, sehingga walau janin meninggal atau tak punya harapan untuk hidup, tindakan ini tetap dijalankan.

**Tujuan:** - melahirkan janin segera → uterus dapat segera kontraksi dan perdarahan berhenti.  
- menghindari kemungkinan terjadi robekan serviks, jika janin dilahirkan pervaginam.

## Cara Persalinan Plasenta Previa (Lanjutan)

- **Melahirkan pervaginam:**
  - **Amniotomi dan akselerasi**  
(pl. previa marginal, >3cm)
  - **Versi Braxton Hicks** (tamponade dengan bokong janin), tidak untuk janin yang masih hidup.
  - **Traksi dengan Cunam Willet** (menimbulkan perdarahan kulit kepala, dan tidak untuk janin yang masih hidup)

# **PENILAIAN KLINIK: SOLUSIO PLASENTA *ABLATION (ABRUPTION) PLACENTA***

- **Gejala/ Tanda Utama:**
  - Perdarahan dengan nyeri intermiten/menetap.
  - Warna darah kehitaman dan cair.  
Pada solusio yang relatif baru  
→ disertai bekuan
  - Bila ostium terbuka,  
→ terjadi perdarahan warna merah segar.

## PENILAIAN KLINIK: SOLUSIO PLASENTA (Lanjutan)

- **Faktor predisposisi:**

- Hipertensi;
- versi luar;
- trauma abdominal,
- polihydramion;
- gemelli
- defisiensi nutritif.

- **Penyulit lainnya:**

- Syok (tipe perdarahan tersembunyi)
- Anemia berat;
- Melemah/kehilangan gerak janin
- Gawat janin/hilangnya denyut jantung janin
- Uterus tegang dan nyeri.

# PENANGANAN SOLUSIO PLASENTA

- Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasi yang normal pada uterus, sebelum bayi dilahirkan. (Kahamilan dengan masa gestasi > 22 minggu atau BB janin >500 gram).
- **Proses timbul akibat perdarahan pada desidua basalis** → hematoma retroplasenter yang bisa semakin membesar ke arah pinggir plasenta → amniokhorion terlepas → perdarahan keluar ostium uteri, sebaliknya apabila amniokhorion tidak lepas → perdarahan tersembunyi dan tertampung di dalam uterus.

## Penanganan Solusio Plasenta (Lanjutan-1)

- **Perdarahan Keluar:**

1. Keadaan umum pasien relatif lebih baik
2. Plasenta terlepas inkomplit
3. Jarang berhubungan dengan hipertensi.

- **Plasenta Tersembunyi:**

1. K.U (keadaan umum) pasien lebih jelek
2. Plasenta terlepas luas, uterus keras/tegang
3. Sering berkaitan dengan hipertensi.

## Penanganan Solusio Plasenta (Lanjutan-2)

### **Terapi Spesifik Terhadap Komplikasi:**

- atasi syok perdarahan
- tatalaksana oliguri atau ATN (tubuler nekrosis akut)  
(restorasi cairan, memperbaiki hemodinamika dan pertahankan fungsi eksresi sistem urinaria)
- atasi hipofibrinogenemia (*bedside coagulation test*), restorasi cairan/darah, menghindarkan koagulopati
- atasi anemia (infuse darah segar, pada anemia berat) → beri packed cell

# Tindakan Obstetrik Solusio Plasenta

- Persalinan diharapkan dapat terjadi dalam 3 jam, umumnya dapat pervaginam.
- **Seksio Sesaria:**
  - Cito bila janin hidup, pembukaan belum lengkap; atau janin hidup, gawat, persalinan per-vaginam tidak dapat dijalankan dengan segera. Atau janin mati, kondisi serviks tidak mungkin persalinan per-vaginam berlangsung dalam waktu singkat dan cepat.

## Tindakan Obstetrik Solusio Plasenta (Lanjutan)

Persiapan untuk seksio sesaria:

- stabilisasi dan tatalaksana komplikasi,
- segera lahirkan bayi karena operasi merupakan satu-satunya cara efektif untuk hentikan perdarahan.

- Hematoma miometrium tidak mengganggu kontraksi uterus

- Observasi ketat kemungkinan perdarahan ulang.

# PARTUS Per-VAGINAM

- Ini dilakukan apabila;
  - janin hidup, gawat janin, pembukaan lengkap dan bagian terendah di atas panggul, atau janin meninggal dan pembukaan serviks > 2 cm.
  - pada kasus janin hidup → amniotomi → percepat kala II dengan ekstraksi forseps (atau vakum)

## Partus Per-vaginam (Lanjutan)

PAda kasus janin meninggal → amniotomi → akselerasi dengan 5 unit oksitosin dalam dektrose 5% atau ringer, tetesan diatur sesuai dengan kondisi kontraksi uterus.

Setelah persalinan, gangguan koagulasi darah akan membaik setelah 24 jam, kecuali bila jumlah trombosit sangat rendah (perbaikan baru terjadi dalam 2-4 hari kemudian)

# PENILAIAN KLINIK: RUPTURA UTERI

- **Gejala/** Nyeri hebat sebelum perdarahan dan

**Tanda Utama:** syok, yang kemudian hilang setelah terjadi regangan hebat pada perut bawah (kondisi ini tidak khas)

**Faktor-2 predisposisi:** Pernah operasi sesar.  
Partus lama atau kasep  
Disproporsi kepala-fetopelvik.  
Kelainan letak/presentasi.  
Persalinan traumatik

## PENILAIAN KLINIK: RUPTURA UTERI (Lanjutan)

- **Penyulit Lainnya:**

- Syok atau takhikardia
- Hilangnya gerak & denyut jantung janin.
- Bentuk uterus abnormal atau konturnya tidak jelas.
- Nyeri raba/tekan dinding perut dan bagian-bagian bayi mudah terpalpasi

## PENILAIAN KLINIK RUPTURA UTERI (Lanjutan-1)

- Robek dan diskontinuitas dinding rahim terjadi akibat terlampauinya daya regang miometrium.
- Umumnya penyebabnya adalah: disproporsi janin dan panggul ibu, partus macet atau traumatik.
- Ruptura uteri adalah DD apabila wanita inpartu lama mengeluh nyeri hebat pada perut bawah, diikuti syok dan perdarahan pervaginam.
- Robekan bisa mencapai kandung kemih dan organ vital di sekitarnya.

## PENILAIAN KLINIK RUPTURA UTERI (Lanjutan-2)

- Risiko infeksi sangat tinggi dan angka mortalitas bayi sangat tinggi.
- Ruptura uteri inkomplit yang menyebabkan hematoma pada parametrium sulit dikenal → komplikasi → kematian.
- Syok timbul tidak sesuai darah yang keluar (tersembunyi)
- Perlu diwaspadai pada kasus partus lama atau kasep.

## PENILAIAN KLINIK RUPTURA UTERI (Lanjutan-2)

- Morbiditas dan mortalitas tinggi
- Konservasi fungsi reproduksi
- Risiko ruptura uteri ulangan.

### **Penilaian Klinik:**

- Perhatikan:

**Ruptura uteri pada kasus normal:** partus lama adalah penyebab utama. Dimulai dengan tanda lingkaran konstiksi (Bandl's ring) hingga umbilikus/ dan di atasnya → diikuti nyeri hebat perut bawah, hilangnya kontraksi dan bentuk normal uterus gravida, perdarahan pervaginam dan syok.

## PENILAIAN KLINIK RUPTURA UTERI (Lanjutan-3)

### **Ruptura uteri bekas seksio sesaria:**

Pada seksio cara klasik: terjadi pada fase laten persalinan.

Pada cara transversal (SBR) terjadi saat fase aktif atau kala II. Gejala nyeri khas , perdarahan sedikit, janin bradikardia.

- Berikan segera cairan isotonik (RL atau NaCL fisiologis) 500cc dalam 15-20 menit dan siapkan laparotomi.
- Laparotomi untuk melahirkan bayi dan plasenta. Fasilitas pelayanan Kesehatan dasar harus merujuk pasien ke rumah sakit rujukan.

# PENANGANAN RUPTURA UTERI

- Bila konservasi uterus masih diperlukan dan kondisi jaringan memungkinkan, lakukan reparasi uterus.
- Bila luka mengalami nekrosis yang luas dan kondisi pasien mengkhawatirkan → histerektomi.
- Lakukan bilasan peritoneal dan pasang drain dari kavum abdomen.
- Antibiotika dan serum anti tetanus. (Bila ada infeksi → antibiotika spektrum luas). Tanyakan terakhir kali mendapat suntikan tetanus toksoid, bila informasi tidak didapat → ATS 1500 IU/IM dan TT 0.5 ml IM.

# Penatalaksanaan Perdarahan Kehamilan Lanjut & Persalinan Menurut Tingkat Fasilitas Pel-Kes.

- **Gejala:**

Perdarahan pada kehamilan lanjut dan persalinan.

- **Diagnosis:**

- Anamnesis
- Gejala dan tanda
- Pemeriksaan KU dan obstetrik
- Pemeriksaan tambahan:
  - Laboratorium
  - Ultrasonography
  - Uji kematangan paru
  - Profil biofisik

# Tugas Berbagai Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan

- **POLINDES**

**Plasenta Previa:**

- Rujuk terencana

**Ruptura Uteri:**

Infuse dan  
antibiotika

Rujuk terencana

**Solusio Plasenta:**

Infus dan  
antibiotika

Rujuk terencana

- **PUSKESMAS**

**Plasenta Previa:**

- Stabilisasi  
penderita

Rujuk terencana  
gawatdarurat

**Ruptura Uteri:**

Stabilisasi  
Rujuk

**Solutio Plasenta:**

Stabilisasi

Tentukan derajat  
solusio & kondisi janin  
Amniotomi dan  
akselerasi persalinan  
Rujuk.

# Tugas Berbagai Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan

- **RUMAH SAKIT:**

## Plasenta Previa

Terapi ekspektasi:

- Upayakan viabilitas janin baik
- Observasi ketat
- Pematangan paru
- Profil biofisik
- Tentukan usia gestasi

Terapi aktif:

Seksio sesaria

## Ruptura Uteri

Terapi aktif:

- Reparasi
- Histerektomi

## Solusio Plasenta

Terapi aktif bila janin hidup

- Seksio sesaria

Terapi konservatif bila janin sudah meninggal

- Amniotomi
- Infus Pitosin
- Partus per-

vaginam.

# **READING: COMPLICATION OF CHILDBIRTH**

*Difficulties and complication occurring after the onset of labor.*

*These complications may be associated with*

- *the mother or*
- *the baby, or*
- *both.*

*Some are potentially life threatening, especially to the baby, because they may impair its oxygen supply and cause brain damage → Fetal distress*

# ***FETAL DISTRESS***

*= physicle stress expressed by a fetus during labor as the result of not receiveing enough oxygen.*

*The most stressful period of labor for a baby is during a contraction, when the uterus tightens to squeeze it out and thus reduce its supply of oxygen from the placenta.*

## ***MATERNAL PROBLEMS***

- *If contraction begin, or if the membranes rupture, before 37 weeks gestation, premature labor may occur, with the risk of delivery of a small immature baby who may not be developed adequately to survive.*

*Drugs such as albuterol and ritodrine can sometimes stop premature labor. However, if the gestation period is more than 34 weeks and hospital conditions are suitable, the labor may be allowed to progress.*

*Premature rupture of the membranes can also lead to infection in the uterus which must be treated with delivery and antibiotics.*

## *MATERNAL PROBLEMS (Cont.-1)*

- *Slow progress early in a normal labor is most often the result of failure of the cervix to dilate, usually due to inadequate contractions of the uterus muscles.*

*This is often treated by giving intravenous infusions of synthetic oxytocin, to augment the naturally occurring oxytocin that cause the muscles of the uterus to contract during labor.*

## *MATERNAL PROBLEMS (Cont.-2)*

- *The mother may tire during a long labor so that she is unable to push strongly enough or the muscular contractions of the uterus may be ineffective; in this case forceps delivery, vacuum extraction, or even cesarian section maybe required.*
- ***A major hazard in childbirth is blood loss.***  
*This may occur before the delivery, either because the placenta separates from the wall of the uterus too early (abruption placenta) or, less commonly, because the placenta lies over the opening of the cervix instead of being attached to the wall of the uterus (placenta previa)*

## *MATERNAL PROBLEMS (Cont.-3)*

*Blood loss after the delivery is usually due either to failure of the uterus to contract normally after the child has been expelled or to retention of part of the placenta. With blood transfusions, complications from hemorrhage (bleeding) have decreased dramatically in the last 50 years.*

- In rare instances, women suffer from eclampsia during or just prior to the onset of labor.*

*This is treated by giving anticonvulsant drugs and oxygen and inducing labor or performing a cesarean section.*

# ***FETAL PROBLEMS***

- *If the baby is in a malposition (not lying in the normal head-down position) in the uterus, vaginal delivery may be difficult or impossible.*

*A baby in breech position (bottom downward) can be delivered vaginally. Although delivery by cesarean section may be preferable.*

*A baby lying horizontally is always delivered by cesarean section because the arm and shoulder usually become jammed in the pelvis.*

## *FETAL PROBLEMS (Cont.-1)*

*Multiple pregnancies may be a problem during delivery because it is often difficult to predict the position of subsequent babies.*

*It is also more likely that such babies will be born prematurely.*

# ***FETAL-MATERNAL PROBLEMS***

*Sometime mother's pelvis is too small in proportion to the baby's head (Cephalopelvic dysproportion) → making vaginal delivery impossible or hazardous.*

*In these cases, cesarean section is usually necessary.*

# ***PAIN RELIEF IN LABOR & DELIVERY***

- | <b><i>Method</i></b>       | <b><i>Why given</i></b>                | <b><i>Possible effects on baby</i></b>  |
|----------------------------|--|---|
| <i>Narcotic analgesics</i> | <i>Routin pain relief during labor</i> | <i>Loss respons at birth<br/>Respiratory problems, particularly in premature babies</i> |

## ***PAIN RELIEF IN LABOR & DELIVERY (Cont.-1)***

- | <b><i>Method</i></b> | <b><i>Why given</i></b>   | <b><i>Possible effects on baby</i></b>  |
|----------------------|---|---|
| <i>Epidural</i>      | <i>Routine pain relief during labor and childbirth, forceps delivery and cesarean section</i> | <i>Brief drop in fetal heart rate, fetal monitoring is recommended during and after the procedure</i> |

## ***PAIN RELIEF IN LABOR & DELIVERY (Cont.-2)***

- | <b><i>Method</i></b>      | <b><i>Why given</i></b>  | <b><i>Possible effects on baby</i></b>                |
|---------------------------|--|---|
| <i>Paracervical block</i> | <i>Pain relief during active labor (after the fetal head is engaged)</i> | <i>Drop in fetal heart rate, respiratory problems</i> |
| <i>Pudendal block</i>     | <i>Forceps delivery</i>  | <i>None</i>   |

## ***PAIN RELIEF IN LABOR & DELIVERY (Cont.-3)***

- | <b><i>Method</i></b>                  | <b><i>Why given</i></b>                                  | <b><i>Possible effects on baby</i></b>  |
|---------------------------------------|--|---|
| <i>Local anesthetic into perineum</i> | <i>Forceps delivery, episiotomy repair perineal tear</i> | <i>None</i>   |
| <i>General anesthesia</i>             | <i>Cesarean Section</i>                                  | <i>Reduced responsiveness at birth, respiratory problems, particularly in premature babies.</i> |