

Komplikasi Kegawatdaruratan

**Kehamilan, Persalinan, Nifas
dan Bayi Baru Lahir**

Susanti, S. ST., M. Biomed

Komplikasi Kegawatdaruratan

Kehamilan, Persalinan, Nifas
dan Bayi Baru Lahir

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak terduga dan memerlukan intervensi cepat. Keadaan darurat dapat timbul dalam layanan kesehatan obstetrik dan neonatal. Penatalaksanaan darurat mencakup identifikasi segera situasi darurat, stabilisasi kondisi pasien, penyediaan oksigen, terapi intravena, resusitasi cairan, transfusi darah, pemberian obat-obatan, dan upaya rujukan selanjutnya. Strategi penting untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi adalah dengan memprioritaskan penyelesaian permasalahan yang timbul pada masa kehamilan, persalinan, dan pada bayi. Keadaan kegawatdaruratan pada maternal dapat mengancam nyawa dan dapat timbul selama kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan sebagai akibat dari komplikasi. Kegawatdaruratan neonatal mengacu pada situasi kritis yang menimbulkan risiko terhadap kehidupan bayi dalam rentang usia 0-28 hari.

Kegawatdaruratan maternal mencakup kondisi seperti pendarahan, preeklamsia/eklampsia, dan komplikasi terkait lainnya. Neonatus dengan komplikasi adalah bayi baru lahir yang mempunyai penyakit atau kelainan yang dapat mengakibatkan kecacatan atau kematian. Komplikasi tersebut dapat berupa asfiksia, penyakit kuning, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, berat badan lahir rendah (BBLR), sindrom gangguan pernapasan, dan kelainan bawaan. Selain itu, klasifikasi ini juga mencakup kondisi yang teridentifikasi berwarna kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) (Kemenkes, RI, 2016).

Penanganan keadaan darurat pada maternal dan neonatal meliputi tindakan yang khusus untuk mengatasi situasi darurat atau komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan masa setelah melahirkan, serta keadaan darurat pada bayi yang berusia kurang dari 30 hari. Pertolongan pasien pada kasus gawat darurat harus dilakukan secara akurat, hati-hati, dan cepat karena ukuran keberhasilan adalah waktu tanggap dari penolong.



eureka
media akura
Anggota IKAPI
No. 225/JTE/2021

☎ 0858 5343 1992
✉ eurekamediaakura@gmail.com
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362



ISBN 978-623-151-825-6
ECC002023109728



KOMPLIKASI KEGAWATDARURATAN KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

Susanti, S. ST., M. Biomed



PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

**KOMPLIKASI KEGAWATDARURATAN KEHAMILAN,
PERSALINAN, NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

Penulis : Susanti, S. ST., M. Biomed

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Rizki Rose Mardiana

ISBN : 978-623-151-825-5

No. HKI : EC002023109728

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, NOVEMBER 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji dan syukur saya haturkan kepada Allah S.W.T yang telah melimpahkan rahmat taufiq dan hidayahNYA sehingga dapat menerbitkan buku ini dengan judul **Komplikasi Kegawatdaruratan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir**. Sangat penting seorang tenaga kesehatan terampil dalam menangani komplikasi maternal dan neonatal. Tujuan dari penulisan buku ini yaitu guna memahami keterampilan yang wajib di peroleh seorang bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Didalam buku ini memberikan informasi secara lengkap mengenai komplikasi kegawatdaruratan dalam kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir beserta penanganannya. Pentingnya tenaga kesehatan memahami serta terampil dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan maternal dan neonatal sehingga berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Dalam penulisan buku ini banyak pihak yang berjasa dalam membantu dalam penyusunan buku ini sampai dengan terbit. Karena itu, saya mengucapkan terimakasih banyak yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan support dan pandangannya. Saya sangat menyadari didalam penulisan bukui ini jauh dari kata sempurna, maka saya sangat mengharapkan masukan sarannya yang sifatnya membangun dari para pembaca, agar lebih baik lagi dalam menulis dan mengkonsep buku untuk kedepannya.

Batam, Oktober 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vii
PENDAHULUAN	1
BAB 1 KONSEP DASAR KEGAWATDARURATAN	3
A. Pengertian Kegawatdaruratan.....	3
B. Cara Mencegah Kegawatdaruratan	4
C. Cara Merespon Kegawatdaruratan.....	4
D. Penatalaksanaan Awal Terhadap Kasus Kegawatdaruratan Kebidanan	5
E. Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Kebidanan Secara Cepat (Siantar & Rostianingsih, 2022).....	5
F. Peran Bidan pada Kegawatdaruratan Kebidanan	7
G. Prinsip Dasar Penanganan Gawat Darurat (Mardalena, 2021)	8
BAB 2 KEGAWATDARURATAN MATERNAL	11
A. Pendahuluan	11
B. Deteksi Pre-Eklamsia.....	12
C. Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas.....	16
BAB 3 KEGAWATDARURATAN NEONATAL	26
A. Pendahuluan	26
B. Faktor-Faktor Kegawatdaruratan Neonatus	27
C. Kondisi-Kondisi yang Menyebabkan Kegawatdaruratan Neonatus (Setyarini & Suprapti, 2016)	27
D. Deteksi Kegawatdaruratan Bayi Muda (Setyarini & Suprapti, 2016)	32
E. Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda Umur Kurang 2 Bulan	34
BAB 4 KEGAWATDARURATAN MASA KEHAMILAN MUDA	45
A. Kegawatdaruratan Kehamilan Muda	45

	B. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) (Setyarini & Suprapti, 2016)	72
	C. Perdarahan pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan (Kurniati et al., 2015) (Setyarini & Suprapti, 2016).....	74
	D. Perdarahan Pasca Kehamilan (Setyarini & Suprapti, 2016).....	75
BAB 5	DETEKSI KEGAWATDARURATAN MATERNAL ...	78
	A. Deteksi Dini Risiko.....	78
	B. Komplikasi Kehamilan	84
	C. Tekanan Darah Tinggi	87
	D. Diabetes Gestasional	88
	E. Preeklamsia.....	88
	F. Persalinan Prematur.....	89
	G. Keguguran	89
	H. Infeksi	89
	I. Hiperemesis Gravidarum.....	90
	J. Infeksi Saluran Kencing (ISK)	94
	K. Kehamilan Ektopik.....	95
	L. Inkompetensi Serviks.....	96
	M. Ketuban Pecah Dini (KPD).....	96
	N. Preeklampsia	96
	O. Placenta Previa	97
	P. Kelahiran Prematur.....	98
	Q. Stillbirth.....	98
BAB 6	KOMPLIKASI PERSALINAN.....	100
	A. Persalinan Lama	100
	B. Distosia Bahu	101
	C. Cephalopelvic Disproportion (CPD)	103
	D. Prolaps Tali Pusat.....	107
	E. Janin Terlilit Tali Pusat	113
	F. Emboli Air Ketuban	114
	G. Asfiksia Perinatal	116
	H. Fetal Distress.....	117
	I. Ruptur Uteri.....	121
	J. Sindrom Aspirasi Meconium	125

	K. Perdarahan Postpartum	125
	L. Bayi Sungsang (Breech Birth)	130
	M. Retentio Plasenta.....	133
	N. Plasenta Akreta	136
	O. Atonia Uteri.....	137
	P. Infeksi Pospartum.....	139
BAB 7	KOMPLIKASI MASA NIFAS	143
	A. Konsep Dasar Nifas	143
	B. Tahapan Masa Nifas	143
	C. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Nifas	144
	D. Perubahan Psikologi Nifas.....	147
	E. Komplikasi pada Masa Nifas.....	148
	F. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas	149
BAB 8	KOMPLIKASI BAYI BARU LAHIR.....	152
	A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	152
	B. Karakteristik Bayi Baru Lahir Normal	154
	C. Adaptasi Bayi Baru Lahir.....	155
	D. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir.....	155
	E. Kebutuhan Dasar Neonatus.....	163
	F. Tanda Bahaya pada Neonatus.....	165
	DAFTAR PUSTAKA.....	166
	TENTANG PENULIS.....	169

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Jenis dan Derajat Abortus (Setyarini & Suprapti, 2016)	19
Tabel 3. 1	Klasifikasi Diare (Setyarini & Suprapti, 2016)	37
Tabel 8. 1	Perubahan Sirkulasi Janin Ketika Lahir	156



**KOMPLIKASI KEGAWATDARURATAN KEHAMILAN,
PERSALINAN, NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

Susanti, S. ST., M. Biomed



PENDAHULUAN

Tingginya MMR merupakan indikasi buruknya kondisi kesehatan ibu hamil. Kondisi kesehatan ibu hamil dan meningkatnya kerentanan terkait kehamilan dan persalinan. Dampaknya terhadap kualitas generasi mendatang memerlukan pendekatan yang terfokus dan sungguh-sungguh dalam mempercepat penurunan MMR.

Ada banyak faktor berbeda yang berperan dalam proses kematian ibu. Faktor determinan yang mempunyai peranan penting terhadap terjadinya kematian ibu di masyarakat antara lain adalah tiga model keterlambatan merujuk ibu ke puskesmas rujukan (three delay model). Ketiga model penundaan ini merupakan determinan yang berperan besar terhadap terjadinya kematian ibu di masyarakat. Aspek-aspek ini merupakan kontributor terhadap kematian ibu, namun bukan merupakan penyebab langsung permasalahan tersebut. Faktor utama yang perlu segera diatasi untuk mencegah penundaan lebih lanjut adalah keterlambatan pengambilan keputusan keluarga dan terlambatnya kesadaran akan perlunya pemeriksaan kehamilan dan keterlibatan petugas kesehatan yang berkualifikasi pada persalinan pertama.

Kasus darurat obstetrik mengacu pada situasi di mana penanganan segera diperlukan untuk mencegah kematian ibu dan bayinya. Jika tidak ditangani, kondisi ini akan menyebabkan kematian ibu dan bayinya. Contoh Ini adalah faktor utama yang bertanggung jawab atas kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. Keadaan darurat yang terjadi selama kehamilan dapat disebabkan oleh masalah kehamilan tertentu atau kondisi bersamaan yang memerlukan perawatan medis atau bedah dan muncul pada saat yang bersamaan. Keadaan darurat neonatal merupakan suatu skenario yang memerlukan pemeriksaan dan penatalaksanaan yang tepat pada neonatus yang sakit kritis (kurang dari 28 hari), serta memerlukan pengetahuan dalam mendeteksi perubahan dan memerlukan pengetahuan dalam mengenali perubahan psikologis. Selain itu, keadaan darurat neonatal memerlukan pengetahuan dalam mengenali perubahan fisik dan psikologis. Perubahan

kondisi mental seseorang serta penyakit klinis yang berpotensi fatal dapat terjadi kapan saja.

BAB

1

KONSEP DASAR KEGAWATDARURATAN

A. Pengertian Kegawatdaruratan

Keadaan darurat adalah kejadian yang tidak terduga atau kejadian mendadak, biasanya disertai keadaan berbahaya. Istilah kegawatdaruratan digunakan untuk menggambarkan kondisi kritis yang memerlukan perhatian medis segera. Keadaan darurat yang terjadi selama kehamilan, persalinan, masa nifas, atau pada bayi disebut sebagai kegawatdaruratan kebidanan. Kegawatdaruratan obstetrik merupakan kegawatdaruratan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas. Kegawatdaruratan obstetrik bila tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian ibu dan janin. Manifestasi klinis pada kasus darurat bervariasi dalam rentang yang cukup luas (Setyarini & Suprapti, 2016).

Keadaan darurat obstetri adalah situasi medis kritis yang timbul selama kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan, sehingga menimbulkan risiko bagi kehidupan ibu. Berbagai penyakit dan kelainan selama kehamilan menimbulkan risiko yang signifikan terhadap kesejahteraan ibu dan bayinya (Geoffrey et al., 1999). Kegawatdaruratan obstetri adalah keadaan di bidang kebidanan yang apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian ibu dan bayi yang dikandungnya. Insiden-insiden ini merupakan penyebab utama kematian pada ibu, bayi baru lahir, dan bayi dalam kandungan (Saifuddin, 2002). Masalah darurat selama kehamilan mungkin timbul dari komplikasi kehamilan tertentu atau kondisi medis atau pembedahan yang terjadi bersamaan.

Keadaan darurat neonatal mengacu pada kejadian parah yang melibatkan bayi baru lahir (sampai usia 28 hari) yang memerlukan penilaian dan pengobatan yang cermat. Keadaan darurat ini memerlukan kemampuan untuk mengidentifikasi perubahan psikologis yang mengancam jiwa dan gangguan patologis yang dapat terjadi kapan saja.

Pasien yang memerlukan perhatian medis segera, terkadang disebut sebagai pasien darurat, memerlukan intervensi yang cepat dan cermat untuk mencegah kematian atau kecacatan. Kemanjuran bantuan ini ditentukan oleh cepatnya respon penolong. Definisi tambahan dari pasien darurat adalah pasien yang, jika tidak menerima bantuan segera, dapat meninggal dunia atau menjadi tidak mampu; akibatnya, penyakit ini memerlukan evaluasi dan pengobatan segera. Mengingat keterbatasan waktu, maka operasi penyelamatan perlu dilakukan secara metodis dengan mengutamakan tugas-tugas esensial sesuai dengan urutan ABC, yang terdiri dari: (Setyarini & Suprapti, 2016)

1. A (Air way): tindakan untuk memastikan pernapasan tidak terhalang.
2. B (Breathing): Ini mengacu pada tindakan memastikan aliran udara dan ventilasi yang cukup.
3. C (Circulation): Ini mengacu pada tindakan mengamati dan menilai aliran darah ke seluruh tubuh.

B. Cara Mencegah Kegawatdaruratan

Persiapan yang baik, kepatuhan yang ketat terhadap protokol yang ditetapkan, dan kewaspadaan, pemantauan berkelanjutan terhadap ibu atau klien adalah cara paling efektif untuk mencegah kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2021).

C. Cara Merespon Kegawatdaruratan

Jika terjadi keadaan kegawatdaruratan, anggota tim perlu menyadari tanggung jawab mereka dan cara kerja tim yang optimal agar dapat memberikan respons seefektif mungkin. Situasi klinis dan diagnosis medis, serta langkah selanjutnya

yang harus diambil, harus dikomunikasikan kepada seluruh anggota tim. Mereka juga harus memiliki pengetahuan mengenai obat-obatan, termasuk tujuannya, cara pemberiannya, dan potensi reaksi merugikan yang mungkin ditimbulkannya. Penting bagi anggota tim untuk memiliki pengetahuan tentang peralatan keselamatan dan mampu mengoperasikan atau memfungsikannya dengan benar (Setyarini & Suprpti, 2016).

D. Penatalaksanaan Awal Terhadap Kasus Kegawatdaruratan Kebidanan

Menjaga ketenangan sangat penting bagi bidan; jangan panik, dan jangan tinggalkan ibu sendirian tanpa penjaga atau pelayan. Berteriak minta bantuan jika tidak ada orang lain di sekitar yang dapat membantu Anda. Evaluasi cepat terhadap jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi harus dilakukan jika ibu tidak sadarkan diri. Jika ibu diperkirakan mengalami syok, tindakan segera harus diambil dengan membaringkan ibu pada sisi kiri dengan kaki ditinggikan dan mengendurkan pakaian yang membatasi, seperti bra. Bicaralah dengan ibu atau klien, dan lakukan apa yang Anda bisa untuk membuat mereka tetap tenang. Segera lakukan pemeriksaan, berikan perhatian khusus pada tanda-tanda vital, warna kulit, dan adanya pendarahan (Siantar & Rostianingsih, 2022).

E. Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Kebidanan Secara Cepat (Siantar & Rostianingsih, 2022)

1. Saluran Pernafasan

Carilah sianosis, distres pernafasan, periksa kulit apakah ada pucat, dengarkan bunyi paru-paru untuk melihat apakah ada wheezing, cari tanda-tanda sirkulasi syok, evaluasi kulit apakah dingin, nadi untuk melihat jika cepat dan lemah (lebih dari 110 denyut per menit), dan tekanan darah untuk melihat apakah rendah (sistolik 90 mmHg).

2. Pendarahan Pervaginam

Jika terjadi pendarahan vagina, sebaiknya tanyakan apakah wanita tersebut hamil atau tidak, usia kehamilan janin, riwayat persalinan sebelumnya dan saat ini, dan bagaimana plasenta dikeluarkan. riwayat persalinan sebelumnya dan saat ini, termasuk rincian mengenai metode persalinan plasenta, evaluasi keadaan vulva (jumlah darah yang keluar, apakah plasenta tertahan atau tidak), evaluasi keadaan vulva. dikeluarkan, atau plasenta tertahan), kondisi rahim (ada atonia uteri atau tidak), dan kondisi kandung kemih (penuh atau tidak).

3. Pasien Tidak Responsif Dan/Atau Kejang

Tanyakan kepada keluarga tentang kesehatan ibu, termasuk hamil atau tidak, usia kehamilan, dan tekanan darahnya. Tekanan darah (tinggi, dengan pembacaan diastolik lebih dari 90 mmHg), suhu (lebih dari 38 derajat Celcius).

4. Demam yang berpotensi fatal

Tanyakan apakah ibu mengalami gejala seperti lemas, lesu, atau sering buang air kecil yang tidak nyaman. Periksa suhu tubuh pasien (apabila lebih tinggi dari 39 derajat Celcius), keadaan kesadaran, kekakuan, paru-paru (bila napasnya pendek), perut (bila tegang), vulva (bila ada cairan bernanah), dan pembengkakan payudara.

5. Sakit di bagian abdomen

Tanyakan tentang status kehamilan ibu serta usia kehamilan. Periksa tekanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg), detak jantung cepat (lebih dari 110 denyut per menit), suhu tinggi (lebih dari 38 derajat Celcius), dan rahim hamil.

6. Pastikan Anda memperhatikan tanda-tanda peringatan berikut:

Keluarnya darah, adanya kontraksi rahim, pucat, lemas, pusing, sakit kepala, penglihatan kabur, pecah ketuban, demam, dan gangguan pernapasan.

F. Peran Bidan pada Kegawatdaruratan Kebidanan

Kemampuan bidan dalam mengidentifikasi penyimpangan kehamilan dan persalinan normal serta melakukan pengobatan yang tepat, termasuk merujuk pasien ke fasilitas pelayanan yang tepat, berperan penting dalam penurunan angka kesakitan dan kematian ibu. Bidan mampu melakukan pengawasan dan pertolongan pada ibu, mengawasi bayi baru lahir (neonatus) dan dalam proses persalinan, serta mengawasi ibu nifas. Bidan juga mempunyai kemampuan mengawasi ibu setelah melahirkan. Pengobatan yang sesuai, termasuk rujukan ke fasilitas yang sesuai untuk memberikan layanan.

Memprioritaskan identifikasi dan penanganan kejadian kritis sangatlah penting. Untuk mengurangi angka kesakitan dan khususnya angka kematian ibu, penting untuk memprioritaskan pencegahan dibandingkan pengobatan. Selama keadaan darurat, tanggung jawab Anda sebagai bidan meliputi:

1. Melaksanakan pengenalan sesegera mungkin dalam kondisi kegawatdaruratan
2. Stabilisasi pasien dengan menggunakan oksigen, terapi cairan, dan medikamentosa dengan:
 - a. Menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki fungsi system respirasi dan sirkulasi
 - b. Melaksanakan penghentian perdarahan
 - c. Menggantikan cairan tubuh yang hilang
 - d. Mengatasi nyeri serta kegelisahan
3. Ditempat kerja, menyiapkan sarana dan prasarana di kamar bersalin, yaitu:
 - a. Menyiapkan radiant warmer/lampu pemanas untuk mencegah kehilangan panas pada bayi
 - b. Menyiapkan alat resusitasi kit untuk ibu dan bayi
 - c. Menyiapkan alat pelindung diri
 - d. Menyiapkan obat-obatan emergensi

4. Memiliki keterampilan klinik, yaitu:
 - a. Mampu melakukan resusitasi pada ibu dan bayi dengan peralatan yang berkesinambungan. Peran organisasi sangat penting didalam pengembangan sumber daya manusia (SDM) untuk meningkatkan keahlian
 - b. Memahami dan mampu melakukan metode efektif dalam pelayanan ibu dan bayi baru lahir, yang meliputi making pregnancy safer, safe motherhood, bonding attachment, inisiasi menyusui dini dan lain lainnya.

G. Prinsip Dasar Penanganan Gawat Darurat (Mardalena, 2021)

Prinsip mendasar dalam menangani keadaan darurat ibu dan bayi adalah dengan segera dan akurat mendiagnosis masalah utama dan memberikan terapi dengan cara yang tenang, tanpa panik, bahkan ketika keluarga pasien berada dalam keadaan panik. Kegawatdaruratan obstetri adalah situasi yang, jika tidak segera ditangani, akan mengakibatkan ketidaknyamanan yang parah bagi ibu dan bahkan mungkin kematian pada janin. Ada empat faktor utama yang berkontribusi terhadap kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir pada sisi obstetrik: (1) perdarahan; (2) infeksi sepsis; (3) hipertensi dan preeklamsia/eklampsia; dan (4) persalinan terhambat (distosia). Secara umum, perdarahan merupakan faktor yang paling umum terjadi di antara keempat faktor tersebut. Meskipun persalinan macet hanya dapat terjadi pada saat proses persalinan sebenarnya, namun tiga penyebab lainnya dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan. Kasus perdarahan dicirikan sebagai perdarahan yang disebabkan oleh adanya bukaan pada jalan lahir, dan definisi ini mencakup kasus ruptur uteri. Masih banyak jenis kedaruratan obstetri lainnya yang berhubungan langsung dengan kehamilan dan persalinan, seperti emboli ketuban dan kehamilan ektopik. Masih banyak lagi jenis kegawatdaruratan obstetri lainnya yang tidak berhubungan langsung dengan kehamilan dan persalinan, seperti luka bakar, syok anafilaksis akibat obat, dan cedera akibat kecelakaan lalu

lintas. Keempat penyebab kematian ini merupakan penyebab sebagian besar situasi darurat obstetrik. Gejala klinis dari situasi mendesak ini mencakup variasi spektrum yang agak luas.

1. Contoh perdarahan, bervariasi dari perdarahan intermiten dan berlebihan hingga keadaan syok.
2. Infeksi dan sepsis dapat dikenali dari gejala seperti keluarnya cairan berbau busuk, cairan ketuban berwarna hijau, demam, dan syok.
3. Hipertensi dan preeklamsia/eklamsia dapat timbul dengan gejala sakit kepala, pusing, bengkak, penglihatan kabur, kejang, dan dapat berkembang menjadi koma, pingsan, atau tidak sadarkan diri.
4. Persalinan terhenti, yang biasanya teridentifikasi ketika proses persalinan gagal berlangsung dalam jangka waktu yang diharapkan, terkadang dapat mengindikasikan ruptur uteri.
5. Keadaan darurat lainnya yang ditandai dengan gejala klinis yang spesifik terhadap etiologi yang mendasarinya.

Mengenali kedaruratan obstetrik sedini mungkin mutlak diperlukan agar dapat memberikan pelayanan yang cepat dan tepat. Kemampuan untuk mengenali situasi darurat obstetri mungkin sulit tergantung pada pengetahuan, pemikiran dan keterampilan analitis, serta pengalaman orang yang memberikan bantuan. Hal ini karena keadaan darurat obstetrik dapat muncul dalam berbagai bentuk klinis. Hasil yang mematikan mungkin terjadi jika diagnosis terlewat atau tertunda. Pada saat masuk rumah sakit, setiap kasus yang dihadapi, secara teori, harus diperlakukan sebagai keadaan darurat atau paling tidak sebagai keadaan darurat yang mungkin terjadi.

Ketika menangani kasus-kasus darurat, sangat penting untuk mendiagnosis masalah utama dengan cepat dan akurat dan memberikan terapi dengan cara yang tenang, meskipun ada kepanikan yang ditunjukkan oleh keluarga atau perawat pasien. Semua tugas dilaksanakan dengan cepat, cermat, dan sengaja. Meskipun prosedur pemeriksaan dan pengobatan dapat

dipercepat, konsep komunikasi dan interaksi dokter-pasien tetap penting untuk dijunjung tinggi saat menerima dan merawat pasien.

BAB

2

KEGAWATDARURATAN MATERNAL

A. Pendahuluan

Keadaan darurat yang berkaitan dengan ibu dapat timbul kapan saja selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas. Sebelum dapat mengidentifikasi keadaan darurat ibu, perlu diketahui faktor-faktor penyebab kematian ibu.

Etiologi kematian ibu bermacam-macam, namun intervensi medis yang cepat sangat penting untuk mengatasi faktor-faktor yang mendesak seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi. Mengingat preeklampsia/eklampsia merupakan penyebab utama kematian ibu, maka pemeriksaan antenatal yang lebih komprehensif dan terorganisir perlu dilakukan. Pemeriksaan antenatal harus dilakukan dengan lebih teliti dan dijadwalkan secara cermat sebagai persiapan persalinan. Mayoritas kasus dapat ditemukan sejak dini dengan perawatan antenatal yang tepat, namun ada beberapa kasus yang ditemukan secara tidak sengaja sebagai preeklamsia berat.

Tujuan dari skrining adalah untuk menemukan anggota suatu kelompok yang, secara lahiriah, sehat namun sebenarnya mempunyai risiko tinggi tertular penyakit tertentu. Penyarangan harus murah dan mudah dilakukan agar dapat memenuhi persyaratan. Sebaliknya, skrining hanya dapat memberikan indikasi risiko seseorang terhadap suatu penyakit tertentu; itu tidak dapat membuktikan adanya suatu kondisi. Hal ini mungkin tidak memberikan bukti konklusif bahwa suatu kondisi ada.

Berikut penjelasan deteksi/skrining dari beberapa kasus kegawatdaruratan maternal.

B. Deteksi Pre-Eklamsia

Preeklamsia atau dikenal juga dengan istilah eklamsia merupakan suatu kondisi yang dapat timbul pada ibu hamil. Ini sering muncul setelah minggu ke-20 kehamilan dan ditandai dengan tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urin. Pada eklamsia, selain gejala preeklamsia, ada juga yang disertai kejang. Preeklampsia adalah suatu kondisi yang terjadi sebelum eklamsia. Salah satu penyumbang kematian ibu terbesar di seluruh dunia adalah suatu kondisi yang disebut dengan preeklamsia atau eklampsia.

Penyebab utama tingginya angka kematian ibu dalam kasus ini sebagian besar disebabkan oleh kurangnya penatalaksanaan di tingkat pelayanan primer, sehingga pasien dirujuk dalam kondisi kritis. Pasien dirujuk ketika kondisinya kritis, sehingga peningkatan kualitas pelayanan obstetrik di layanan primer diharapkan dapat meningkatkan prospek kesehatan ibu dan bayinya. Meningkatkan perawatan obstetrik di tingkat layanan kesehatan primer diharapkan dapat meningkatkan harapan hidup ibu dan bayinya (Setyarini & Suprapti, 2016):

1. Klasifikasi Dan Definisi

Peningkatan tekanan darah selama kehamilan dan persalinan mungkin menunjukkan adanya kondisi berikut:

- a. Hipertensi pada kehamilan didiagnosis ketika tekanan darah mencapai atau melebihi 140/90 mmHg untuk pertama kalinya selama kehamilan, tanpa adanya protein urin. Jika tekanan darah kembali normal dalam waktu 12 minggu setelah melahirkan, hal tersebut dianggap sebagai kondisi sementara. Namun jika peningkatan tekanan darah terus berlanjut, ibu didiagnosis menderita hipertensi kronis. Diagnosis akhir hanya dibuat setelah masa nifas. Penting untuk diingat bahwa gejala preeklamsia lainnya, seperti nyeri epigastrium dan

- trombositopenia, mungkin muncul dan dapat memengaruhi penanganannya.
- b. Diagnosis preeklampsia ringan ditegakkan jika tekanan darah sama atau lebih besar dari 140/90 mmHg setelah 20 minggu kehamilan, dan jika kadar protein urin sama dengan atau lebih besar dari 1+ pada pengukuran dipstik urin, atau jika total kadar protein sama dengan atau lebih besar dari 300 mg/24 jam.
 - c. Preeklampsia berat didiagnosis bila terdapat hipertensi.
 - 1) Tekanan darah sistolik harus sama atau lebih besar dari 160 mmHg, atau tekanan darah diastolik harus sama dengan atau lebih besar dari 110 mmHg.
 - 2) Kadar protein urin sama dengan atau lebih besar dari ++ pada pengukuran dipstik urin atau kadar protein total 2 g/24 jam.
 - 3) Kadar kreatinin darah lebih tinggi dari 1,2 mg/dL, kecuali jika sudah diketahui abnormal.
 - 4) Tanda/gejala tambahan: Tanda/gejala lain yang mungkin muncul termasuk keluhan subyektif berupa sakit kepala, nyeri tekan, dan penglihatan kabur. Individu menunjukkan proteinuria minimal 3 gram, keluaran urin tidak lebih dari 500 cc/24 jam (oliguria), peningkatan kadar asam urat darah, peningkatan kadar BUN dan kreatinin serum, dan adanya sindrom HELLP yang ditandai dengan hemolisis, ikterus, jumlah trombosit tidak lebih dari 100.000, dan peningkatan kadar SGOT dan SGPT.
 - 5) Eklamsia dikaitkan dengan kejang kejang yang tidak disebabkan oleh infeksi atau peristiwa traumatis.
 - 6) Diagnosis penyakit preeklamsia yang sangat mustahil ditegakkan jika protein awal kurang dari 300 mg/24 jam pada ibu yang memiliki tekanan darah tinggi tetapi tidak memiliki protein urin pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu.
 - 7) Diagnosis hipertensi kronis ditegakkan jika hipertensi pasien sudah ada sebelum kehamilan atau terdeteksi

sebelum usia kehamilan 20 minggu, atau jika hipertensi pasien pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan terus menetap setelah 12 minggu pasca melahirkan.

2. Deteksi/Skrining

Berikut ini adalah beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari mengidentifikasi wanita hamil yang berisiko mengalami preeklampsia:

- a. Lebih ketat dalam pengawasan
- b. dalam penegakkan diagnosis lebih akurat
- c. Lebih tepat waktu dalam melakukan intervensi
- d. dapat dengan cepat dalam mencegah komplikasi secara dini

Metode skrining preeklamsia/eklamsia



3. Anamnesa Faktor Risiko Preeklampsia (Setyarini & Suprpti, 2016)

Pendekatan skrining awal melibatkan pemeriksaan riwayat ibu untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko berikut:

a. Umur Ibu

Primigravida yang berusia kurang dari 20 tahun dan semua ibu yang berusia lebih dari 35 tahun dianggap lebih rentan mengalami preeklamsia/eklamsia.

b. Ras

Preeklamsia lebih mungkin terjadi pada wanita keturunan Afrika dibandingkan wanita keturunan Kaukasia atau Asia.

c. Metode Kehamilan

Ada peningkatan dua kali lipat kemungkinan terjadinya preeklamsia pada kehamilan yang tidak dilakukan melalui cara alami (misalnya inseminasi buatan).

d. Merokok selama hamil

Penggunaan tembakau selama kehamilan meningkatkan risiko preeklamsia pada wanita.

e. Riwayat penyakit dahulu

Kondisi seperti hipertensi, preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, penyakit ginjal, penyakit autoimun, diabetes melitus, sindrom metabolik, dan obesitas antara lain berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya obesitas.

f. Riwayat penyakit keluarga

Setiap tanda pewarisan genetik hampir pasti disebabkan oleh bentuk keturunan resesif.

g. Paritas

Jika dibandingkan dengan multigravida, kejadian hipertensi hampir dua kali lebih tinggi pada primigravida.

h. Kehamilan sebelumnya

Kehamilan dengan riwayat preeklamsi sebelumnya berisiko mengalami preeklamsia kembali pada kehamilan sekarang. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko rekurensi (terjadinya preeklamsia kembali) jika kehamilan sebelumnya preeklamsia: 14-20% dan risiko rekurensi lebih besar (s/d 38%) jika menghasilkan persalinan prematur (early-onset preeklamsia).

4. Pemeriksaan Tekanan Darah

Modalitas skrining kedua melibatkan penilaian tekanan darah pada setiap janji pemeriksaan antenatal. Hipertensi ditandai dengan tekanan darah sistolik lebih besar dari 140-150 mmHg selama minimal 4 jam, atau tekanan darah diastolik 90-100 mmHg. Pengukuran tekanan darah bersifat sensitif terhadap posisi tubuh ibu hamil sehingga posisi harus sama atauseragam, terutama posisi duduk, pada lengan kiri setiap kali pengukuran. Apabila tekanan darah $\geq 160/100$ maka kita dapat menetapkan hipertensi.

5. Penggunaan USG Untuk Skrining Preeklamsia

Pada pasien Preeklamsia terdapat perubahan patofisiologis yaitu:

- a. Gangguan implantasi tropoblast
- b. Berkurangnya aliran darah ke rahim dan plasenta menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, sehingga terjadi pembengkakan, protein dalam urin, dan peningkatan konsentrasi sel darah. Hal ini juga menyebabkan penyempitan pembuluh darah sehingga menyebabkan tekanan darah tinggi, penurunan produksi urin, suplai darah ke organ tubuh tidak mencukupi, lepasnya plasenta, dan terjadinya kejang. Selain itu, pembekuan darah diaktifkan, menyebabkan jumlah trombosit rendah. Zat berbahaya seperti sitokin dan lipid peroksidase dilepaskan, sehingga mengurangi aliran darah ke rahim dan plasenta. Pelepasan ini juga memicu produksi zat seperti prostaglandin, oksida nitrat, dan endotelin, yang semuanya selanjutnya menurunkan aliran darah ke rahim dan plasenta.

Berdasarkan patofisiologi yang disebutkan di atas, preeklamsia dan eklamsia pada dasarnya ditandai oleh tiga kelainan patogen utama, yaitu:

1. Perdarahan dan nekrosis dibanyak organ, sekunder terhadap konstriksi kapiler
2. Endoteliosis kapiler glomerular
3. Tidak mempunyai dilatasi spirial arteri

Gambaran tersebut ditunjukkan dalam USG dengan:

1. Notch diastolik yang menetap diatas 24 minggu
2. Nilai ratio flow velocity doppler yang abnormal

C. Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Meskipun perdarahan pada awal kehamilan merupakan keadaan darurat pada ibu, namun seringkali sulit untuk diidentifikasi. Hal ini berkaitan dengan persepsi yang buruk terkait dengan aborsi, sehingga pasien menyembunyikan kejadian tersebut. Pendarahan pada tahap akhir kehamilan, menjelang persalinan, biasanya disebabkan oleh kelainan pada perlekatan plasenta, seperti plasenta letak rendah atau plasenta

previa, pemasangan tali pusat yang tidak teratur, atau adanya pembuluh darah pada selaput ketuban. . Bisa juga terjadi akibat lepasnya plasenta menjelang persalinan. Perdarahan pasca melahirkan terutama disebabkan oleh masalah kontraksi rahim, robekan dinding rahim, atau robekan pada jalan lahir.

Intervensi berbasis rumah sakit untuk menangani masalah hemoragik selama kehamilan dan persalinan merupakan puncak dari upaya bantuan yang diterapkan di berbagai tingkat fasilitas layanan kesehatan. Melihat situasi saat ini, keterlambatan pemberian bantuan dan kekurangan kinerja rumah sakit akan memperburuk kondisi dan membahayakan keselamatan jiwa pasien. Untuk mencapai hasil penyelamatan jiwa yang sukses, upaya bantuan darurat yang cepat dan dipimpin oleh tenaga kesehatan profesional yang kompeten dan dapat diandalkan sangatlah penting (Setyarini & Suprapti, 2016).

1. Perdarahan pada kehamilan muda

Perdarahan pada kehamilan muda adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau perkiraan berat janin kurang dari 500 gram, yang keduanya menunjukkan bahwa janin belum mampu hidup di luar kandungan. Jika seorang wanita mengeluh kepada Anda bahwa menstruasinya tertunda selama tiga bulan, dapat diasumsikan bahwa dia sedang mengalami pendarahan dari area vaginanya. Ketika pendarahan terjadi pada tahap awal kehamilan, hal ini membuka pintu bagi sejumlah diagnosis potensial. Perlunya melakukan evaluasi klinis pada wanita tersebut berdasarkan tanda dan gejala yang tercantum di bawah ini untuk mengetahui apa yang salah dengan dirinya (Kurniati et al., 2015):

a. Aborsi

Sebelum menangani aborsi tidak lengkap (inkomplit), penting untuk mengevaluasi status klinis pasien. Penilaian ini juga terkait sebagai upaya diagnosis dan pertolongan awal gawatdarurat. Tahap ini memungkinkan identifikasi beberapa masalah yang dapat membahayakan keselamatan pasien, termasuk syok,

infeksi/sepsis, perdarahan signifikan, atau cedera intra-abdomen. Pengakuan ini sangat bermanfaat bagi upaya yang bertujuan menyelamatkan nyawa pasien. Aborsi yang tidak rumit namun sebagian bisa berbahaya jika sisa konsepsi tidak segera dievakuasi.

Gejala dan Tanda

Pada wanita dalam usia reproduksi, sebaiknya dipikirkan suatu abortus inkomplit apabila :

- 1) Terlambat haid (tidak datang haid lebih dari satu bulan, dihitung dari haid terakhir)
- 2) Terjadi perdarahan pervaginam
- 3) Spasme atau nyeri pada bagian perut bawah (seperti kontraksi saat persalinan)
- 4) Keluarnya massa kehamilan (fragmen plasenta)

Jika tidak ada gejala yang disebutkan di atas, diagnosis alternatif, seperti infeksi panggul, harus dipertimbangkan. Terminasi kehamilan secara paksa dilakukan dengan memasukkan kayu, plastik, atau benda tajam lainnya ke dalam rongga rahim untuk menginduksi aborsi dapat menyebabkan kesulitan yang signifikan dan penghentian kehamilan yang tidak tuntas. Karena berbagai faktor, sebagian besar pasien aborsi yang dengan sengaja menimbulkan kontroversi merasa ragu-ragu atau sengaja menyembunyikan alasan di balik keputusan mereka, yang berpotensi membahayakan atau mengancam keselamatan mereka.

Penapisan Komplikasi Serius

Ketika seorang pasien menunjukkan tanda-tanda aborsi tidak lengkap, penting untuk segera menilai potensi komplikasi yang mengancam jiwa seperti syok, perdarahan berlebihan, infeksi/sepsis, dan trauma intra-abdomen/perforasi uterus. Jika terjadi masalah yang mengancam jiwa, tindakan stabilisasi harus segera dimulai sebelum perawatan tambahan atau pemindahan ke institusi perawatan kesehatan rujukan.

Tabel 2. 1 Jenis dan Derajat Abortus (Setyarini & Suprpti, 2016)

Diagnosis	Perdarahan	Serviks	Besar uterus	Gejala lain
Abortus iminens	Sedikit-sedang	Tertutup	Sesuai dengan usia kehamilan	PP test positif Kram Uterus lunak
Abortus insipiens	Sedang-banyak	Terbuka	Sesuai atau lebih kecil	Kram Uterus Lunak
Abortus inkomplit	Sedikit-banyak	Terbuka lunak	Lebih kecil dari usia kehamilan	Kram Keluar jaringan Uteruslunak
Abortus komplit	Sedikit/tidak ada	Lunak (terbuka atau tertutup	Lebih kecil dari usia kehamilan	Sedikit/tak kram Keluar jaringan Uterus kenyal

b. Kehamilan Ektopik Terganggu

Kehamilan ektopik mengacu pada implantasi sel telur yang telah dibuahi di luar rahim. Mayoritas kehamilan ektopik terjadi di saluran tuba, sedangkan hanya sebagian kecil yang ditemukan di ovarium, rongga perut, atau kornu. Prevalensi kehamilan ektopik berkisar antara 4,5 hingga 19,7 per 1000 kehamilan. Beberapa faktor risikonya antara lain radang panggul, bekas luka ektopik, operasi panggul, kelainan tuba, endometriosis, dan merokok. Tiga gejala khasnya adalah: tidak adanya menstruasi, nyeri pada perut, dan keluarnya darah dari vagina. Masalah pendarahan dapat bermanifestasi sebagai adanya benjolan dan nyeri hebat di perut bagian bawah. Rahim mungkin menunjukkan sedikit peningkatan ukuran, dan ada kemungkinan adanya massa tumor di adneksa (Setyarini & Suprpti, 2016).

Penatalaksanaan (Setyarini & Suprpti, 2016).

Dalam kasus abdomen akut, pendekatan optimal adalah dengan menggunakan hemostasis KET. Tindakan yang harus dilakukan harus mempertimbangkan pemulihan fungsi kedua tabung. Jika ibu ingin hamil, dapat dilakukan salpingostomi. Jika pasien mengalami kondisi darurat, ingin menghindari kehamilan

berikutnya, robekan tidak teratur, menunjukkan tanda-tanda infeksi, dan mengalami pendarahan berlebihan, maka sebaiknya dilakukan tindakan salpingektomi. Pada umumnya akan dilakukan prosedur berikut ini :

- 1) Memasang infus sebagai upaya substitusi kehilangan cairan dan darah
- 2) Melakukan transfuse darah apabila Hb < 6g%, Bila tidak segera tersedia darah, lakukan autotransfusi selama prosedur operatif
- 3) Melaksanakan prosedur parsial salpingektomi atau eksisi segmental yang dilanjutkan dengan salpingografi (sesuai indikasi)
- 4) Melaksanakan pemantauan dan perawatan pascaoperatif
- 5) Tindakan infus dan transfusi setelah kondisi pasien stabil
- 6) Realimentasi, mobilisasi dan rehabilitasi kondisi pasien sesegera mungkin

Apabila kehamilan ektopik tidak terganggu, kondisi pasien stabil, ukuran massa kurang dari 4 cm, dan tidak terdapat perdarahan pada perut, disarankan diberikan MTX. Keberhasilan manajemen MTX dapat mencapai 80%. Berikan pasien penjelasan komprehensif tentang potensi risiko dan kemungkinan keberhasilan yang terkait dengan terapi konservatif, dan lanjutkan dengan memulai terapi agresif. Jika pasien tidak dapat mengidentifikasi tanda-tanda bahaya, disarankan untuk rawat inap untuk observasi lebih lanjut.

Pertimbangkan transfusi autologus dalam kasus perdarahan intra-abdomen yang parah dan besar, terutama di tempat di mana penggantinya tidak mudah didapat dan persediaan golongan darahnya terbatas. Karena golongan darah terbatas, Anda harus mempertimbangkan untuk melakukan transfusi autologus. Setelah darah disedot dengan alat suntik berukuran 20 mililiter, darah kemudian disaring dan

ditampung dalam labu darah yang mengandung antikoagulan sebelum ditransfusikan kembali ke pasien.

c. Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut Dan Persalinan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi selama kehamilan setelah mencapai usia kehamilan 22 minggu atau lebih. Komplikasi yang timbul pada tahap akhir kehamilan antara lain kesakitan dan kematian ibu akibat perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan 22 minggu hingga persalinan, perdarahan saat persalinan, dan kelahiran prematur. Selain itu, terdapat risiko morbiditas dan mortalitas perinatal pada bayi akan dilahirkan (Kurniati et al., 2015).

Penatalaksanaan umum (Setyarini & Suprpti, 2016)

- 1) Pastikan fasilitas perawatan darurat dilengkapi untuk menangani perdarahan antepartum, suatu kondisi yang berpotensi berbahaya dan menimbulkan risiko bagi ibu dan janin.
- 2) Setiap fasilitas layanan harus memiliki kompetensi untuk mengidentifikasi, memantapkan, merujuk, dan menangani kesulitan perempuan dan anak, sesuai dengan tingkat kemampuannya masing-masing.
- 3) Rawat inap dan perawatan cepat diperlukan untuk setiap kejadian perdarahan antepartum.
- 4) Berikan cairan dan darah seperlunya untuk mengatasi kehilangan cairan dan darah sesuai dengan tingkat keparahan situasi.
- 5) Menentukan diagnosis kerja dengan cepat dan tepat, karena hal ini berdampak signifikan terhadap penatalaksanaan dan prognosis perdarahan antepartum.
- 6) Langkah-langkah konservatif diterapkan selama keadaan memungkinkan, dengan tujuan untuk meningkatkan kemungkinan kelangsungan hidup bayi yang belum lahir.
- 7) Selama keadaan gawat, prioritas utama diberikan untuk memastikan keselamatan ibu.

d. Perdarahan Pasca Kehamilan

Terminologi pascapersalinan sulit untuk ditetapkan karena kendala persalinan dan perdarahan berlebihan di atas 500 ml. Menilai sejauh mana pembatasan pascapersalinan dan menghitung secara akurat volume kehilangan darah murni merupakan tugas yang menantang. Berdasarkan data di atas, batas operasional masa nifas mengacu pada jangka waktu setelah bayi lahir. Mengenai luasnya perdarahan ditentukan secara tidak langsung dengan mengidentifikasi perdarahan menyimpang yang menyebabkan perubahan tanda-tanda vital. Indikasi tersebut antara lain gejala seperti lemas, keringat dingin, menggigil, laju pernapasan meningkat, tekanan darah sistolik di bawah 90 mmHg, denyut nadi di atas 100 denyut per menit, dan kadar hemoglobin di bawah 8 g% (Isnaeni et al., 2012).

Masalah

- 1) Morbiditas dan kematian ibu akibat perdarahan postpartum terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan.
- 2) Perdarahan postpartum tertunda (terjadi 24 jam setelah persalinan).
- 3) Keberhasilan operasi penyelamatan sangat bergantung pada kondisi ibu sebelum melahirkan, ketersediaan darah dan persediaan kesehatan yang diperlukan, staf yang kompeten dan dapat dipercaya, serta keandalan peralatan darurat (Setyarini & Suprpti, 2016).

Penatalaksanaan umum

- 1) Dapatkan kondisi awal pasien saat masuk.
- 2) Mengawasi persalinan sehubungan dengan fasilitasi persalinan yang higienis dan aman (termasuk upaya mengurangi perdarahan pasca melahirkan).
- 3) Melakukan pengawasan waspada selama 2 jam pertama setelah melahirkan (di ruang bersalin) dan melakukan pemantauan terjadwal hingga 4 jam setelah

melahirkan. Lanjutkan ke ruang bersalin dan pertahankan pemantauan terjadwal selama maksimal 4 jam. Lokasi yang dimaksud adalah ruang bersalin. Berikan pertimbangan yang cermat terhadap pelaksanaan perawatan diri. Pastikan rencana darurat tersedia setiap saat.

- 4) Evaluasi klinis yang cepat dan intervensi darurat
- 5) Atasi Syok dengan penatalaksanaan Syok.
- 6) Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infuse 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit).
- 7) Pastikan plasenta telah keluar dan utuh, periksa kemungkinan adanya laserasi pada jalan lahir dan laserasi perineum saat melahirkan
- 8) Jika pendarahan berlanjut, lakukan tes darah beku (lihat solusio plasenta).
- 9) Pasang kateter menetap dan pantau masuk-keluar cairan.
- 10) Identifikasi sumber pendarahan dan lakukan tindakan spesifik (Setyarini & Suprapti, 2016)

Faktor risiko perdarahan postpartum dapat dikategorikan menjadi variabel antenatal dan intrapartum. Faktor risiko antenatal meliputi (Kemenkes, 2017) (Setyarini & Suprapti, 2016):

- 1) Usia: Individu yang berusia 35 tahun ke atas memiliki peluang 1,5 kali lebih tinggi mengalami perdarahan postpartum saat melahirkan melalui vagina, dan risiko 1,9 kali lebih tinggi saat melahirkan secara sesar.
- 2) BMI : Individu dengan indeks massa tubuh (BMI) lebih dari 30 mempunyai risiko 1,5 kali lebih tinggi mengalami perdarahan pasca melahirkan.
- 3) Paritas : Seorang primigravida memiliki peningkatan risiko 1,6 kali lipat untuk mengalami perdarahan postpartum.

- 4) Post Date : Kehamilan yang melampaui tanggal perkiraan melahirkan memiliki peluang 1,37 kali lebih tinggi untuk mengalami perdarahan pasca melahirkan.
- 5) Makrosomi : Bayi makrosomik dikaitkan dengan peningkatan risiko perdarahan postpartum sebesar 2,01 kali lipat.
- 6) Multipel : Risiko terjadinya perdarahan pasca melahirkan 4,46 kali lebih tinggi pada wanita dengan kehamilan ganda (kembar).
- 7) Fibroid: Adanya fibroid pada kehamilan meningkatkan risiko perdarahan postpartum sebesar 1,9 kali pada persalinan pervaginam dan 3,6 kali pada persalinan sesar.
- 8) Riwayat SC : Terjadinya operasi caesar pada persalinan sebelumnya dikaitkan dengan peningkatan risiko perdarahan postpartum sebesar 3,1 kali lipat.

Faktor risiko intrapartum meliputi:

- 1) Persalinan dengan Induksi berisiko 1,5 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- 2) Partus lama :
 - a) Kala I berisiko 1, 6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
 - b) Kala II berisiko 1, 6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
 - c) Kala III berisiko 2, 61 kali s/d 4,90 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- 3) Epidural analgesia berisiko 1,3 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- 4) Vaginal Instrumentasi atau pertolongan persalinan menggunakan alat baik vacum ekstraksi maupun forcep ekstraksi berisiko 1,66 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
- 5) Episiotomi berisiko 2,18 kali mengalami perdarahan pasca persalinan

- 6) Chorio-amnionitis berisiko 1,3 kali mengalami perdarahan pasca persalinan pada persalinan pervaginam dan 2,69 kali pada persalinan secara SC

e. Sepsis Puerperium (Setyarini & Suprapti, 2016).

Sepsis puerperium adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan infeksi pada saluran reproduksi yang terjadi dalam waktu 42 hari setelah melahirkan atau aborsi, setelah pecahnya kantung ketuban atau dimulainya persalinan. Selain demam, seseorang mungkin mengalami gejala-gejala berikut:

- 1) Nyeri dan terasa ngilu pada bagian panggul
- 2) Terdapat cairan pervaginam yang tidak normal
- 3) Terdapat cairan berbau tidak normal
- 4) Terhambatnya involusi pada uterus

Demam didefinisikan sebagai suhu mulut melebihi 38,0°C yang tercatat dua kali lebih dari 24 jam setelah melahirkan, atau suhu melebihi 38,5°C setiap saat.

Masalah

Infeksi masa nifas menimbulkan risiko penyakit dan kematian yang signifikan bagi wanita pada masa nifas. Tingkat komplikasinya sangat bervariasi, mulai dari mastitis hingga terjadinya koagulasi intravaskular diseminata.

Faktor Risiko

Selama periode Antenatal, kondisi seperti anemia, uremia, hiperglikemia yang tidak terkontrol, terapi dengan obat imunosupresif, dan infeksi genital sebelum permulaan persalinan mungkin terjadi. Selama masa intranatal, kemungkinan tertular sepsis ada jika:

- 1) Tidak higienis dalam penatalaksanaan persalinan KPD
- 2) Pemeriksaan dalam berulang kali
- 3) Persalinan dengan operasi
- 4) Pengeluaran plasenta secara manual
- 5) Terjadinya rupture di vagina

BAB

3

KEGAWATDARURATAN NEONATAL

A. Pendahuluan

Setiap bayi baru lahir akan menghadapi bahaya selama proses persalinan. Risiko kematian tidak dapat diperkirakan secara akurat, bahkan dengan penggunaan peralatan medis yang canggih, karena hal ini sering kali memberikan gambaran yang kontras mengenai keadaan bayi pada saat persalinan. Oleh karena itu, kompetensi dan kemahiran tenaga medis yang terlibat dalam persalinan sangat penting, namun tidak semua memiliki bakat dan keahlian yang diperlukan untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir secara efektif, meskipun mereka memiliki latar belakang pendidikan yang profesional dan ahli.

Fase neonatal mengacu pada tahap awal kehidupan di luar rahim, yang berlangsung hingga usia 28 hari. Masa ini ditandai dengan transisi yang signifikan dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Saat ini, pematangan organ terjadi di hampir semua sistem. Neonatus mengalami transisi dari keadaan bergantung sepenuhnya pada ibu ketika berada dalam kandungan ke keadaan mandiri sepenuhnya di luar kandungan. Periode transformasi paling signifikan terjadi dalam 24-72 jam awal. Transisi ini mencakup hampir semua sistem organ, dengan penekanan khusus pada sistem peredaran darah, pernapasan, ginjal, dan hati. Oleh karena itu, sangat penting untuk merencanakan dan mengatur dengan cermat agar dapat secara proaktif mencegah krisis pada bayi baru lahir.

Keadaan darurat neonatal mengacu pada keadaan serius yang memerlukan penilaian cermat dan perawatan yang tepat terhadap neonatus yang berusia 28 hari ke bawah. Menuntut pemahaman mendalam untuk mengidentifikasi pergeseran psikologis dan penyakit patologis yang berpotensi mengancam jiwa yang dapat terjadi secara tidak terduga (Wijayanti et al., 2022).

B. Faktor-Faktor Kegawatdaruratan Neonatus

Potensi penyebab kegawatdaruratan pada neonatus meliputi beberapa kondisi kehamilan, seperti kehamilan prematur, kehamilan dengan komplikasi diabetes, kehamilan disertai gawat janin, kehamilan pada ibu dengan penyakit kronis, kehamilan dengan gangguan pertumbuhan janin, dan infertilitas. Variabel tambahan yang perlu dipertimbangkan adalah infeksi intrapartum dan pemberian obat penenang selama persalinan. Faktor penyebab terjadinya kegawatdaruratan bayi baru lahir antara lain rendahnya Skor Apgar, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, berat badan lahir di atas 4000 gram, kelainan bawaan, dan frekuensi pernapasan melebihi 60 napas per menit (Herman, 2020).

C. Kondisi-Kondisi yang Menyebabkan Kegawatdaruratan Neonatus (Setyarini & Suprapti, 2016)

1. Hipotermia

Hipotermia didiagnosis ketika suhu inti tubuh di bawah 36°C atau ketika ekstremitas, seperti kaki dan tangan, terasa dingin. Untuk menilai suhu tubuh pasien saat terjadi hipotermia, diperlukan termometer dengan pembacaan rendah hingga 25° C. Hipotermia, selain sebagai gejala, juga bisa menjadi tanda awal suatu penyakit yang pada akhirnya dapat mengakibatkan kematian.

Hipotermia menyebabkan beberapa efek, termasuk peningkatan kebutuhan oksigen (hipoksia), perkembangan asidosis metabolik akibat glikolisis anaerobik, dan berkurangnya cadangan glikogen yang mengakibatkan

hipoglikemia. Penyimpanan glikogen menyebabkan kadar gula darah rendah, yang dikenal sebagai hipoglikemia. Penurunan berat badan merupakan akibat langsung dari defisit kalori, dan hal ini dapat diatasi dengan meningkatkan intake kalori.

Prematuritas, hipoksia, sepsis, kelainan neurologis seperti meningitis dan pendarahan otak, pengeringan yang buruk setelah lahir, dan paparan suhu lingkungan yang dingin merupakan beberapa etiologi dan faktor predisposisi hipotermia. Pengobatan hipotermia berfokus pada tujuan berikut:

- a. Mencegah hipotermia
- b. Mengenal bayi dengan hipotermia
- c. Mengenal resiko hipotermia
- d. Tindakan pada hipotermia.

Berikut beberapa indikasi klinis hipotermia:

- a. Hipotermia sedang (suhu tubuh 320C - 360C), indikasinya antara lain: kaki teraba dingin, daya isap lemah, tangisan lemah, dan warna kulit tidak merata atau tidak merata atau disebut kutis marmorata.
- b. Hipotermia berat, yaitu suhu tubuh kurang dari 320 derajat Celcius, ditandai dengan gejala yang sama dengan hipotermia sedang, selain pernapasan lesu dan tidak teratur, detak jantung lambat, dan terkadang disertai hipoglikemia dan asidosis metabolik.
- c. Stadium lanjut hipotermia, tanda-tandanya antara lain: muka, ujung kaki dan tangan berwarna merah terang, bagian tubuh lainnya pucat, kulit mengeras, merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema).

2. Hipertermia

Hipertermia adalah kelainan medis yang ditandai dengan suhu tubuh tinggi yang tidak normal akibat tidak berfungsi kemampuan tubuh untuk mengatur panas. Hipertermia adalah suatu kondisi di mana tubuh menghasilkan atau menyerap panas dalam jumlah berlebih

dibandingkan dengan jumlah yang dikeluarkannya. Ketika suhu tubuh mencapai tingkat tertentu, hipertermia menjadi situasi medis kritis yang memerlukan intervensi segera untuk menghindari gangguan dan kematian.

Serangan panas dan reaksi pengobatan yang parah merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap fenomena ini. Heat stroke adalah suatu kondisi suhu tubuh tinggi yang tidak normal secara tiba-tiba akibat paparan benda yang terlalu panas dalam waktu lama, sehingga mengganggu kemampuan tubuh dalam mengatur panas dan menyebabkan suhu tubuh meningkat secara tidak terkendali. Hipertermia akibat respons obat yang merugikan sangat jarang terjadi. Hipertensi maligna adalah suatu bentuk hipertermia yang disebabkan oleh reaksi obat yang merugikan. Ini merupakan komplikasi yang dapat timbul dari beberapa jenis anestesi umum.

Tanda dan gejala:

Gejala paparan panas antara lain kulit kering, kulit kemerahan dan sensasi panas, perluasan pembuluh darah untuk meningkatkan penyebaran panas, dan bibir bengkak. Tanda dan gejalanya menunjukkan variabilitas berdasarkan alasan yang mendasarinya. Dehidrasi akibat serangan panas dapat menyebabkan gejala seperti mual, muntah, sakit kepala, dan hipotensi. Hal ini dapat menyebabkan sinkop atau sakit kepala ringan, terutama ketika seseorang mengalami perubahan postur tubuh secara tiba-tiba. Takikardia dan takipnea juga dapat timbul karena hipotensi dan disfungsi jantung. Hipotensi dapat menyebabkan vasokonstriksi, yang dapat bermanifestasi sebagai pucat atau sianosis pada kasus serangan panas yang parah. Kejang dapat terjadi pada korban tertentu, khususnya anak kecil. Pada akhirnya, banyak organ dalam tubuh mulai tidak berfungsi, menyebabkan keadaan tidak sadarkan diri dan koma.

3. Hiperglikemia

Hiperglikemia, sering disebut gula darah tinggi, adalah kelainan medis yang ditandai dengan jumlah glukosa berlebihan dalam plasma darah. Diabetes mellitus menyebabkan hiperglikemia. Hiperglikemia pada diabetes mellitus biasanya timbul dari berkurangnya kadar insulin dan/atau resistensi sel terhadap insulin. dan/atau karena resistensi insulin seluler. Ketidakmampuan tubuh untuk mengubah glukosa menjadi glikogen menyebabkan rendahnya kadar insulin dan/atau resistensi insulin, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara efektif menghilangkan kelebihan glukosa dari aliran darah.

Gejala hiperglikemia meliputi polifagi (rasa lapar berlebihan), polidipsia (haus berlebihan), poliuria (buang air kecil berlebihan), penglihatan kabur, kelelahan, penurunan berat badan, gangguan penyembuhan luka, mulut kering, kulit kering atau gatal, impotensi (pada pria), infeksi berulang, hiperventilasi, aritmia, pingsan, dan koma.

4. Tetanus Neonatorum

Tetanus neonatorum adalah suatu kondisi tetanus yang menyerang bayi baru lahir dan disebabkan oleh bakteri *Clostridium tetani*. Manifestasi klinisnya antara lain: demam mendadak dan tidak mau minum, bibir mengerucut menyerupai mulut ikan, kepekaan dan kegelisahan meningkat (kadang disertai menangis), sering kejang-kejang disertai perubahan warna kulit menjadi kebiruan, leher kaku hingga timbul opisthotonus, meluas dan anggota badan kaku, dahi berkerut, alis terangkat, sudut mulut menurun, dan ekspresi wajah dikenal sebagai risus sardonicus. Penatalaksanaannya meliputi:

- a. Membersihkan jalan nafas
- b. Melepaskan atau melonggarkan pakaian bayi
- c. Memasukkan sendok atau spatula yang dibalut kain kasa ke dalam mulut bayi
- d. Menciptakan lingkungan yang tenang

- e. Pemberian ASI secara bertahap selama bayi tidak mengalami kejang

5. Penyakit-Penyakit Pada Ibu Hamil

Penyakit umum yang dapat terjadi pada kehamilan trimester pertama dan kedua antara lain anemia kehamilan, hiperemesis gravidarum, aborsi, kehamilan ektopik (implantasi di luar rongga rahim), dan kehamilan mola (pertumbuhan vili korial yang tidak normal). Trimester III dikaitkan dengan beberapa kondisi yang berhubungan dengan kehamilan, termasuk hipertensi selama kehamilan (hipertensi esensial, preeklamsia, eklamsia) dan perdarahan antepartum (solusi plasenta, plasenta previa, insersi velamentosa, ruptur sinus marginal, plasenta sirkumvalata).

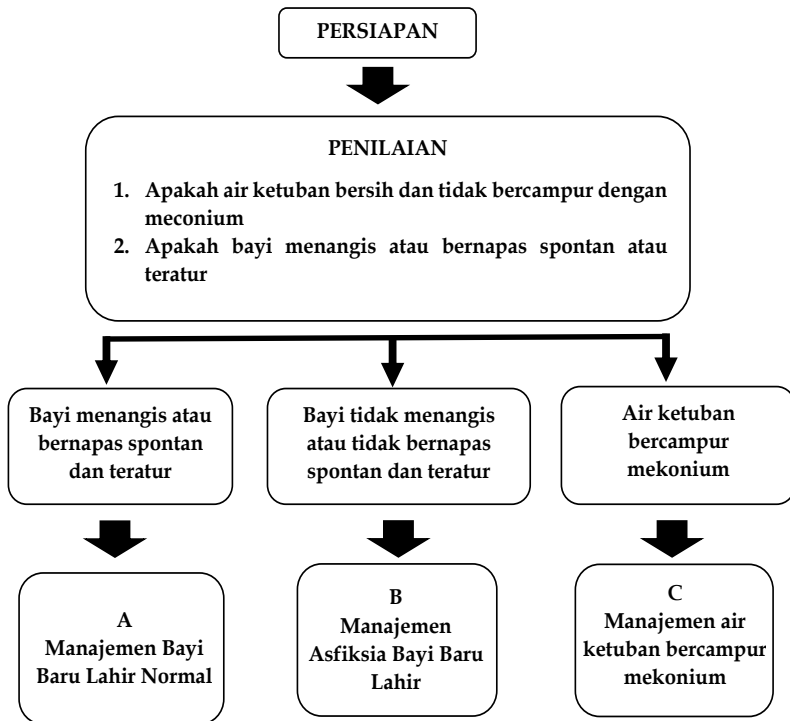
6. Sindrom Gawat Nafas Neonatus

Sindrom gangguan pernapasan neonatus adalah suatu kondisi yang ditandai dengan gejala-gejala seperti kesulitan bernapas atau bernapas cepat dengan frekuensi lebih dari 60 kali tarikan napas per menit, perubahan warna kulit menjadi kebiruan, menangis, durasi napas yang lebih lama, dan tarikan otot-otot di antara tulang rusuk ke arah dalam saat menarik napas.

Resusitasi adalah suatu prosedur penatalaksanaan yang bertujuan untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung, dan organ penting lainnya dengan melakukan tindakan seperti pijat jantung dan memberikan ventilasi yang cukup (Rilantono, 1999). Kegiatan ini merupakan prosedur krusial yang dilakukan dalam situasi darurat, khususnya yang melibatkan sistem pernapasan dan kardiovaskular. Keadaan darurat yang mempengaruhi kedua sistem fisiologis ini dapat mengakibatkan kematian dalam jangka waktu singkat, biasanya sekitar 4-6 menit.

Resusitasi merupakan intervensi mendesak yang dilakukan segera dengan tujuan mempertahankan kehidupan (Hudak dan Gallo, 1997). Resusitasi pada anak merupakan prosedur penting yang harus dilakukan oleh bidan terampil. Bidan harus mempunyai kemampuan

mengambil keputusan yang akurat pada saat-saat genting. Kemampuan ini Kemahiran dalam keterampilan ini memerlukan pemahaman komprehensif tentang keahlian dan kemahiran keperawatan yang eksklusif untuk kondisi kritis, dan kapasitas untuk menerapkannya secara efektif guna memenuhi kebutuhan individu yang sakit kritis.



D. Deteksi Kegawatdaruratan Bayi Muda (Setyarini & Suprapti, 2016)

Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dapat digunakan untuk memeriksa dan mengklasifikasikan kasus kegawatdaruratan pada bayi dibawah usia 2 bulan.

1. Konsep dasar MTBS

Pengembangan tersebut mencakup penanganan menyeluruh terhadap bayi di bawah usia 2 bulan, dengan memperhatikan kondisi kesehatan dan penyakitnya. Anak usia 2 tahun tidak tergolong bayi, melainkan masuk dalam

kelompok usia 2 bulan hingga 5 tahun. Bayi sangat rentan terhadap penyakit parah dan mengancam jiwa yang berkembang dengan cepat, terutama pada minggu pertama kehidupan mereka. Patologi yang muncul pada minggu pertama kehidupan bayi sebagian besar terkait dengan masa kehamilan dan proses melahirkan.

Mayoritas ibu cenderung menahan diri untuk tidak membawa bayi baru lahir ke institusi kesehatan. Institusi medis. Untuk mengantisipasi hal tersebut, program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) memberikan pelayanan kesehatan kepada bayi melalui kunjungan rumah yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Kegiatan ini memungkinkan pemantauan dan deteksi dini kesehatan bayi baru lahir. Jika terdeteksi adanya masalah, petugas kesehatan dapat memberikan bimbingan dan instruksi kepada ibu mengenai perawatan dasar bayi kecil di rumah. Cara merawat bayi muda sama dengan merawat balita sakit usia 2 bulan hingga 5 tahun.

Teknik MTBS menggunakan “Formulir Pencatatan” yang dirancang khusus untuk bayi usia dini dan untuk kelompok usia 2 bulan hingga 5 tahun. Kedua formulir pencatatan diisi dengan cara yang sama. Untuk mengatasi masalah ini, seseorang dapat menanyakan kepada ibu mengenai kesulitan yang dialami bayi kecil tersebut. Pastikan apakah ini pertemuan pertama atau kunjungan berikutnya untuk masalah yang sama dengan bayi kecil tersebut. Apabila kunjungan tersebut merupakan kunjungan ulang, maka akan diberikan penanganan lebih lanjut, dan hal ini akan dibahas pada dokumentasi tindak lanjut. Pada kunjungan awal, lakukan pemeriksaan berikut:

- a. Periksa Bayi Muda untuk kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri. Selanjutnya dibuatkan klasifikasi berdasarkan tanda dan gejalanya yang ditemukan
- b. Tanyakan kepada ibu apakah bayinya mengalami diare, dan jika bayi memang mengalami diare, periksa tanda dan

gejala yang berhubungan dengan diare. Klasifikasikan bayi baru lahir berukuran kecil berpotensi menderita dehidrasi, diare terus menerus, dan kemungkinan terkena disentri.

- c. Melakukan pemeriksaan semua bayi muda terhadap ikterus dan mengklasifikasikan berdasarkan gejala yang ditemukan
- d. Melakukan pemeriksaan bayi untuk kemungkinan berat badan rendah dan atau masalah pemberian asi dan mengklasifikasikan bayi muda berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan
- e. Menanyakan kepada ibu apakah bayinya sudah di imunisasi? tentukan status imunisasi bayi muda
- f. Menanyakan kepada ibu mengenai status pemberian vit. K1
- g. Tanyakan kepada ibu mengenai masalah lebih lanjut seperti kelainan kongenital, cedera lahir, pendarahan tali pusat, dan lain sebagainya.
- h. Tanyakan kepada ibu mengenai keluhan atau masalah apa pun yang berkaitan dengan kesejahteraan bayinya.
- i. Jika bayi perlu dirujuk, segera ambil tindakan. Mengevaluasi pemberian ASI tidak diperlukan karena akan menyebabkan keterlambatan dalam melakukan rujukan.

E. Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda Umur Kurang 2 Bulan

1. Kemungkinan Penyakit Sangat Berat Atau Infeksi Bakteri

Bayi muda dapat mengalami infeksi di seluruh tubuhnya atau di area tertentu. Infeksi sistemik tidak khas dan biasanya bermanifestasi sebagai gangguan fungsi organ, termasuk gejala seperti perubahan kesadaran, kejang, kesulitan bernapas, penurunan nafsu makan atau ketidakmampuan untuk makan, muntah, diare, demam, atau hipotermia. Infeksi lokal biasanya bermanifestasi dengan gejala seperti peningkatan suhu, peradangan, dan eritema di daerah yang terkena. Infeksi umum pada neonatus sering kali

meliputi tali pusat, kulit, mata, dan telinga. Gejala kejang dapat dinilai dengan metode interogasi, observasi, dan pemeriksaan taktil.

a. Kejang

Kejang merupakan indikasi adanya gangguan pada sistem saraf pusat dan harus ditangani sebagai keadaan darurat medis. Kejang yang terjadi pada bayi yang berusia kurang dari atau sama dengan 2 hari dikaitkan dengan hipoksia, trauma kelahiran, dan kelainan bawaan. Di sisi lain, kejang pada bayi yang berusia lebih dari 2 hari dikaitkan dengan tetanus neonatorum.

- 1) Tanyakan pada ibu: apakah bayi mempunyai catatan kejang sebelumnya, dengan menggunakan Bahasa yang dapat dimengerti oleh ibu.
- 2) Amati: apakah bayi menunjukkan tremor saat sadar atau tidak sadar? Tremor, yang sering dikenal dengan gemetar. Jika tremor terjadi bersamaan dengan penurunan kesadaran, ini mungkin mengindikasikan kejang. Penilaian penurunan kesadaran dapat dilakukan dengan mengamati respons bayi.
- 3) Amati: apakah ada gerakan yang tidak disengaja? Hal ini dapat bermanifestasi sebagai gerakan mulut yang berulang-ulang, gerakan mata yang cepat, dan gerakan tangan dan kaki yang berulang-ulang secara unilateral.
- 4) Amati: apakah mulut bayi membentuk cemberut atau mencucut
- 5) Penampilan fisik: Apakah bayi baru lahir menunjukkan kekakuan secara keseluruhan, dengan atau tanpa rangsangan dari luar. Cemberut atau mencucut seperti mulut ikan adalah indikasi umum tetanus neonatorum.
- 6) Dapatkah Anda mendengar jika bayi meratap dengan keras secara tiba-tiba? Hal ini biasanya menunjukkan adanya tekanan intrakranial atau cedera lain pada sistem saraf pusat.

b. Bayi Tidak Bisa Minum Dan Memuntahkannya

Jika bayi terlalu lemah untuk minum atau tidak memiliki kemampuan untuk menghisap dan menelan, mereka akan menunjukkan indikasi tidak dapat minum atau menyusui. Jika bayi sama sekali tidak mampu menelan apa pun, mereka mungkin menunjukkan indikator muntah.

c. Gangguan Napas

Pola pernapasan yang tidak teratur pada bayi muda, yang dianggap normal dengan frekuensi 30-59 kali per menit, dapat mengindikasikan adanya gangguan pernapasan jika berada di bawah 30 kali per menit atau melebihi 60 kali per menit. Hal ini biasanya disertai dengan gejala seperti sianosis (perubahan warna kebiruan pada kulit), gerakan dinding dada yang jelas, hidung mengembung, dan suara merintih yang terdengar (mengindikasikan adanya kesulitan bernapas).

d. Hypotermia

Suhu rata-rata Suhu tubuh di bawah $35,5^{\circ}\text{C}$ tergolong hipotermia berat, yang menunjukkan adanya infeksi parah yang memerlukan perhatian medis segera. Suhu antara $35,5^{\circ}\text{C}$ dan $36,0^{\circ}\text{C}$ dianggap hipotermia ringan. Suhu tubuh sama dengan atau di atas $37,5^{\circ}\text{C}$ tergolong demam. Penggunaan termometer untuk mengukur suhu di daerah ketiak selama 5 menit tidak disarankan karena berpotensi menyebabkan luka pada rektal.

e. Infeksi Bakteri Lokal

Infeksi bakteri lokal berulang mengacu pada infeksi yang terjadi berulang kali di area tubuh tertentu, seperti kulit, mata, dan pusar. Terlihat adanya indikasi area merah dan bintil-bintil pada kulit. Tingkat keparahan kondisi ini dinilai berdasarkan jumlah nanah yang dihasilkan dan tingkat pembengkakan pada mata. Jika pusar bayi tampak merah atau bernanah, dengan kemerahan yang menyebar ke kulit di sekitarnya dan

mengeluarkan bau busuk, ini menandakan adanya penyakit yang serius.

2. **Penilaian Diare**

Para ibu dapat dengan mudah mengidentifikasi diare dengan mengamati perubahan bentuk tinja yang menyimpang dari biasanya, serta peningkatan frekuensi buang air besar. Bayi yang mengalami dehidrasi biasanya menunjukkan sikap mudah rewel dan gelisah. Jika dehidrasi berlanjut, bayi dapat menjadi letargis atau tidak sadar. Akibat kehilangan cairan, mata bayi mungkin tampak cekung, dan ketika kulitnya dicubit, kulit akan kembali ke posisi semula secara perlahan atau sangat lambat. Berikan tekanan pada kulit perut dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk menilai kecepatan kulit kembali ke posisi semula, khususnya jika kulit kembali ke posisi semula dengan sangat lambat. Waktu respons kulit bervariasi, mulai dari lebih dari 2 detik hingga tertunda atau kembali dengan cepat.

Tabel 3. 1 Klasifikasi Diare (Setyarini & Suprapti, 2016)

Tanda dan Gejala	Klasifikasi
Terdapat 2 atau lebih tanda berikut : <ul style="list-style-type: none">▪ Letargis atau tidak sadar▪ Mata Cekung▪ Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat	Diare dehidrasi berat
Terdapat 2 atau lebih tanda berikut : <ul style="list-style-type: none">▪ Gelisah atau rewel▪ Mata Cekung▪ Cubitan kulit perut kembali lambat	Diare dehidrasi ringan /sedang
Tidak cukup tanda dehidrasi berat atau ringan/sedang	Diare tanpa dehidrasi

3. **Ikterus** (Kemenkes RI, 2019)

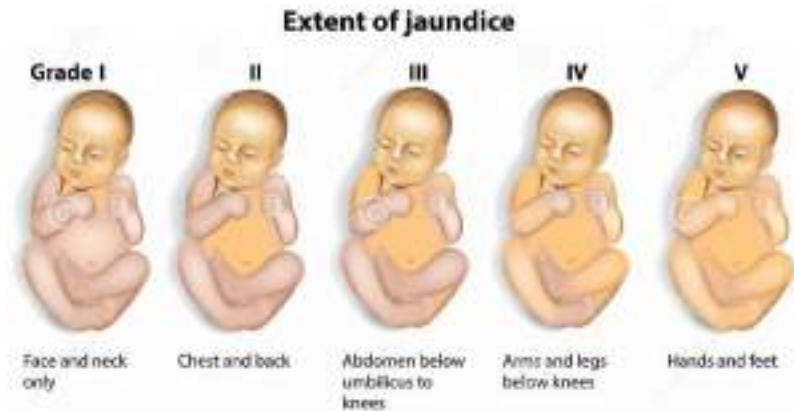
Warna kekuningan pada kulit atau selaput mata yang menjadi ciri penyakit kuning hampir selalu disebabkan oleh penumpukan bilirubin (yang dihasilkan dari pemecahan sel

darah merah). Sebagian besar (80%) disebabkan oleh penumpukan bilirubin, yang merupakan hasil dari pemecahan sel darah merah; sebagian lagi terkait dengan ketidakcocokan golongan darah ibu dan bayi.

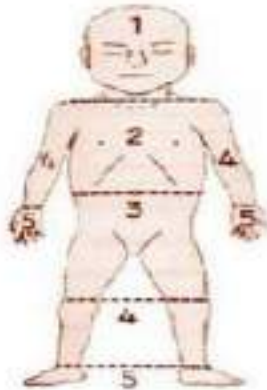
Sangatlah penting untuk mengetahui kapan penyakit kuning dimulai, kapan berakhir, dan bagian tubuh mana yang berwarna kuning. Jika gejala muncul setelah 24 jam dan hilang dalam waktu 14 hari, Anda tidak perlu melakukan tindakan pencegahan tertentu; Anda hanya perlu melanjutkan menyusui. Penyakit kuning biasanya muncul setelah periode 14 hari, kadang-kadang bersamaan dengan infeksi hati atau penyumbatan aliran bilirubin dalam empedu. Mengamati tinja yang berwarna pucat seperti dempul menunjukkan adanya penyumbatan aliran bilirubin di dalam sistem empedu. Teknik KRAMER digunakan untuk mengevaluasi tingkat kekuningan.

Tingkat penyakit kuning yang terdapat pada bayi baru lahir perlu dievaluasi oleh tenaga medis yang berinteraksi langsung dengan bayi untuk menentukan pengobatan yang paling efektif. Metode Kramer adalah salah satu metode yang dapat digunakan dalam proses penilaian tingkat keparahan penyakit kuning pada bayi baru lahir. Teknik Kramer membagi tubuh bayi baru lahir menjadi lima bagian. Berikut untuk mengevaluasi tingkat keparahan penyakit kuning Kramer.

- a. Kramer I : kuning pada daerah kepala dan leher
- b. Kramer 2 : kuning sampai dengan badan bagian atas (dari pusar ke atas)
- c. Kramer 3 : kuning sampai badan bagian bawah hingga lutut atau siku
- d. Kramer 4 : kuning sampai pergelangan tangan dan kaki
- e. Kramer 5: kuning sampai daerah tangan dan kaki



- a. Derajat 1: Kepala dan leher dengan perkiraan kadar bilirubin 5.0 mg%
- b. Derajat 2: Kepala, leher sampai badan atas (diatas umbilikus) dengan perkiraan kadar bilirubin 9.0 mg%
- c. Derajat 3: Kepala, leher, badan atas sampai badan bawah (dibawah umbilikus) hingga tungkai atas (di atas lutut) dengan perkiraan bilirubin 11.4 mg/dl
- d. Derajat 4: Kepala, leher, badan atas sampai badan bawah, tungkai atas, dan tungkai bawah dengan perkiraan bilirubin 12.4 mg/dl
- e. Derajat 5: Kepala, leher, badan atas sampai badan bawah, tungkai atas, tungkai bawah sampai telapak tangan dan kaki atau seluruh badan neonatus dengan perkiraan kadar bilirubin mencapai 16.0 mg/dl



Derajat Ikterus	Daerah Ikterus	Perkiraan Kadar bilirubin
I	Kepala dan Leher	5,0 mg%
II	Sampai badan atas (diatas umbilikus)	9,0 mg%
III	Sampai badan bawah (dibawah umbilicus hingga tungkai atas di atas lutut)	11,4 mg%
IV	Sampai lengan, tungkai bawah lutut	12,4 mg%
V	Sampai telapak tangan dan kaki	16,0 mg%

4. Pemeriksaan Status /Pemberian Vitamin K1

Semua bayi memiliki potensi risiko perdarahan (HDN= haemorrhagic Disease of the Newborn) yang dikarenakan sistem pembekuan darahnya belum berkembang sempurna saat dilahirkan. Karena adanya potensi perdarahan ringan atau berat akibat kejadian ikutan setelah imunisasi atau pendarahan otak, maka suntikan vitamin K1 diberikan kepada semua bayi setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hb 0. Hal ini dilakukan untuk mencegah komplikasi yang disebutkan di atas.

5. Pemeriksaan Status Imunisasi

Penularan hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal, ketika virus ditularkan dari ibu ke anak selama kelahiran, atau secara horizontal, ketika tertular dari orang lain. Selain itu, vaksin HB harus diberikan pada bayi segera setelah memungkinkan secara klinis untuk mengurangi risiko infeksi. Vaksin HB 0 diberikan pada paha kanan antara usia 0 dan 7 hari. Selain itu, bayi yang baru lahir diharuskan menerima imunisasi BCG di lengan kiri serta dua tetes vaksin polio secara oral pada jadwal yang ditentukan oleh lokasi kelahiran.

6. Pemeriksaan Keluhan Lain

a. Lakukan pemeriksaan menyeluruh untuk mengetahui adanya cacat lahir.

Ini adalah kelainan pada neonatus yang tidak disebabkan oleh trauma kelahiran, dan untuk mengidentifikasi jenis kelainan (seperti anencephalus, hidrosefalus, meningomielokel, dll.), pemeriksaan fisik perlu dilakukan.

b. Lakukan pemeriksaan terhadap tanda-tanda kemungkinan kelahiran traumatis

Ini adalah cedera pada bayi yang terjadi selama proses persalinan dan mencakup hal-hal seperti caput succedaneum dan cephal hematome

c. Pastikan tidak ada perdarahan dari tali pusat.

Setelah beberapa hari, ikatan yang menahan tali pusat menjadi kendur, yang dapat menyebabkan perdarahan, yang jika tidak ditangani dapat menyebabkan syok. Syok adalah hasil yang mungkin terjadi jika kondisi ini tidak ditangani.

7. Pemeriksaan Masalah Ibu

Menanyakan kondisi dan permasalahan sangatlah penting pentingnya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu. Masalah kesehatan potensial yang dapat berdampak pada kesejahteraan bayi.

- a. Bagaimana kondisi emosi ibu saat ini dan apakah ada gejala fisik (seperti demam, sakit kepala, pusing, atau depresi)?
- b. Apakah ada masalah yang berkaitan dengan kebiasaan makan dan minum, jadwal istirahat, atau pola buang air besar dan kecil?
- c. Apakah lokia memiliki bau, warna yang tidak biasa, atau menimbulkan nyeri perineum?
- d. Apakah ASI mengalir dengan lancar?
- e. Apakah ibu mengalami kesulitan dalam merawat bayinya?
- f. Apakah ibu mengonsumsi tablet zat besi, suplemen vitamin A, dan menggunakan alat kontrasepsi?

Tindakan Dan Pengobatan

Bayi muda yang termasuk klasifikasi merah memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan yang lebih baik. Sebelum melaksanakan rujukan, lakukan pengobatan pra rujukan dan minta Informed Consent. Rujukan tidak diperlukan untuk klasifikasi kuning dan hijau.

Pra Rujukan

Klasifikasi berat (warna MERAH MUDA) memerlukan rujukan segera, tetap lakukan pemeriksaan dan lakukan penanganan segera sehingga rujukan tidak terlambat

- a. Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat
- b. Ikterus berat
- c. Diare dehidrasi berat

Anda harus melakukan upaya stabilisasi sebelum merujuk pasien sehingga Anda dapat meningkatkan kemungkinan rujukan akan berhasil. Sebelum Anda merujuk. Anda dapat mencoba beberapa hal ini terlebih dahulu.

a. Kejang

- 1) Membebaskan jalan napas serta memberikan oksigen
- 2) Menangani kejang dengan obat anti kejang (pilihan 1 fenobarbital 30 mg = 0,6 ml IM, pilihan 2 diazepam 0.25

ml dengan berat IM, pilihan 2 diazepam 0.25 ml dengan berat <2500 gr dan 0,5 ml dengan berat \geq 2500 gr per rektal)

- 3) Jangan memberi minum pada saat kejang akan terjadi aspirasi
- 4) Menghangatkan tubuh bayi (metode kangguru selama perjalanan ke tempat rujukan)
- 5) Jika curiga Tetanus Neonatorum beri obat Diazepam bukan Fenobarbital
- 6) Beri dosis pertama antibiotika PP

b. Gangguan Nafas pada penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat

- 1) Memposisikan kepala bayi setengah mengadiah jika diperlukan posisikan bahu diganjal dengan gulungan kain
- 2) Membersihkan jalan nafas dan memberikan oksigen 2 l per menit
- 3) Jika apnu lakukan resusitasi

c. Hipotermi

- 1) Menghangatkan tubuh bayi
- 2) Mencegah penurunan gula darah, berikan ASI bila bayi masih bisa menyusu dan berikan ASI perah atau air gula menggunakan pipet apabila bayi tidak dapat menyusu karena dapat menyebabkan kerusakan otak
- 3) Memberitahu ibu cara menjaga bayi tetap hangat selama perjalanan rujukan
- 4) Rujuk segera

d. Ikterus

- 1) Mencegah menurunnya gula darah
- 2) Memberitahu ibu cara menjaga bayi tetap hangat
- 3) Merujuk segera

e. Gangguan saluran cerna

- 1) Jangan memberikan makanan atau minuman apapun peroral
- 2) Cegah turunnya gula darah dengan infus
- 3) Menjaga kehangatan tubuh bayi

- 4) Rujuk segera

f. Diare

- 1) Rehidrasi (RL atau NaCl 100 ml/kg BB)
 - 1) ml/kg BB selama 1 jam
 - 2) ml/ kg BB selama 5 jam
 - 3) Jika memungkinkan beri oralit 5 ml/kg BB/jam
- 2) Rehidrasi melalui pipa nasogastrik 20 ml/kg BB/jam selama 6 jam (120 ml/kg BB)
- 3) Sesudah 6 jam periksa kembali derajat dehidrasi

g. Berat tubuh rendah dan atau gangguan pemberian ASI

- 1) Mencegah menurunnya gula darah dengan memberikan infus
- 2) Menjaga kehangatan tubuh bayi
- 3) Rujuk segera

Kondisi yang Tidak Memerlukan Rujukan (Setyarini & Suprapti, 2016)

Hasil penilaian untuk klasifikasi Kuning dan Hijau tidak perlu dirujuk. Kondisi ini meliputi infeksi bakteri lokal, yang mungkin bukan merupakan infeksi sama sekali, diare yang ringan hingga sedang, diare yang tidak termasuk dehidrasi, penyakit kuning, berat badan rendah untuk usia dan/atau masalah menyusui, dan diare yang tidak termasuk dehidrasi. Tidak memiliki berat badan kurang, dan tidak ada kesulitan dalam menyusui. Beberapa tindakan dan perawatan pada bayi muda yang tidak memerlukan rujukan antara lain segera menghangatkan tubuh bayi, mencegah gula darah turun, memberikan antibiotik per oral sesuai kebutuhan, mengobati infeksi bakteri lokal, melakukan rehidrasi oral baik di klinik maupun di rumah, mengobati luka atau bercak putih pada mulut, dan melakukan perawatan dasar pada bayi muda, yaitu mencegah infeksi, menjaga kehangatan tubuh, menyusui sesering mungkin, dan imunisasi.

BAB

4

KEGAWATDARURATAN MASA KEHAMILAN MUDA

Kehamilan adalah masa penting yang berdampak signifikan terhadap kesehatan dan kesejahteraan ibu dan janin yang sedang berkembang. Kehamilan melibatkan perubahan fisiologis normal pada sistem tubuh wanita, termasuk perubahan ukuran janin, ukuran janin yang dikandungnya saat ini. Namun demikian, perubahan ini terkadang dapat bermanifestasi sebagai patologis dan membahayakan ibu dan janin yang dikandungnya.

A. Kegawatdaruratan Kehamilan Muda

Jika terjadi keadaan darurat pada kehamilan muda, keadaan tersebut dapat dipecah menjadi tiga kemungkinan berbeda; berikut sinyal peringatan dan potensi risiko yang dihadapi ibu hamil muda. Pendarahan yang mungkin terjadi akibat aborsi, maupun kehamilan ektopik terputus (KET) atau molahydatidosa, keduanya merupakan kondisi yang berpotensi menimbulkan gejala berbahaya. Namun demikian, masing-masing dari ketiga penyakit ini memiliki indikasi dan gejala uniknya sendiri, yang dirinci di bawah ini. gejala dan indikator yang khusus untuk kondisi tersebut dan dapat diamati pada uraian di bawah ini:

1. Abortus

Aborsi mengacu pada keluarnya janin dari rahim, baik yang beratnya kurang dari 500 gram atau yang usia kehamilannya kurang dari 20 minggu, sehingga tidak ada kemungkinan untuk hidup. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan sekitar 4,2 juta aborsi dilakukan

setiap tahun di Asia Tenggara. Secara khusus, diperkirakan terdapat 1,3 juta aborsi di Vietnam dan Singapura, 750.000 hingga 1,5 juta di Indonesia, 155.000 hingga 750.000 di Filipina, dan 300.000 hingga 900.000 di Thailand. Namun, tidak ada perkiraan mengenai aborsi di Kamboja, Laos, dan Myanmar.

Periksa potensi aborsi pada wanita yang berada dalam usia reproduksi, memiliki siklus menstruasi dengan interval lebih dari satu bulan sejak menstruasi sebelumnya, dan menunjukkan satu atau beberapa gejala berikut ini: Gejala termasuk pendarahan, otot perut yang kaku, keluarnya jaringan janin, serviks yang membesar, atau rahim yang tidak normal. Jika kemungkinan aborsi muncul sebagai diagnosis, segera kenali dan atasi kesulitan yang ada.

2. Klasifikasi Abortus

Setelah mengidentifikasi kejadian perdarahan selama awal kehamilan, lihatlah bagan yang disediakan di bawah ini untuk mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif tentang parameter spesifik yang mendefinisikan aborsi. Terdapat beberapa jenis aborsi, yakni (Kementerian Kesehatan RI, 2020):

a. Abortus Spontan

Aborsi spontan yang sering disebut dengan keguguran adalah berakhirnya suatu kehamilan yang tidak dipengaruhi oleh pengaruh luar apapun, melainkan terjadi karena sebab alamiah.

1) Abortus imminens

Perdarahan vagina pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih tertinggal di dalam rahim dan tidak terjadi dilatasi serviks.

Abortus imminens mengacu pada suatu kondisi di mana kehamilan berisiko berakhir sebelum waktunya, tetapi tidak sama dengan penghentian kehamilan yang disengaja. Abortus imminens adalah suatu kondisi di mana terdapat risiko terhadap kehamilan akibat perdarahan vagina pada tahap awal.

Dalam skenario ini, janin tetap hidup di dalam rahim dan tidak ada penghentian kehamilan yang terjadi. Namun demikian, janin menghadapi risiko aborsi jika intervensi medis yang tepat tidak dilakukan. Aborsi mengacu pada tindakan mengeluarkan janin secara tiba-tiba dari rahim sebelum janin mampu bertahan hidup sendiri di luar rahim. Sementara imminens berasal dari kata imminent yang artinya sebentar lagi atau dalam waktu dekat. Artinya, abortus imminens adalah perdarahan yang ditandai dengan kemunculan flek kecokelatan (kadang ada gumpalan darah) dari vagina ketika usia kehamilan kurang dari 20 minggu

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan abortus terancam sebagai keluarnya darah dari vagina yang berhubungan dengan kehamilan atau perdarahan dari vagina yang terlihat pada paruh pertama kehamilan tanpa pelebaran serviks. Aborsi terancam juga dikenal sebagai abortus imminens, yang merupakan nama lain dari ancaman keguguran. Aborsi dapat terjadi pada awal kehamilan, ditandai dengan adanya nyeri perut dan/atau pendarahan. Sekitar 25 persen wanita hamil mengalami perdarahan vagina selama dua trimester awal kehamilan, dan sekitar 50 persen dari kasus ini berakhir dengan aborsi.

a) Gejala Abortus Imminent

Abortus imminent mengacu pada terjadinya perdarahan vagina pada pasien hamil yang berusia kurang dari 20 minggu. Terjadinya perdarahan ini, yang biasanya ditandai dengan tingkat keparahan yang berkisar dari ringan hingga sedang, merupakan indikasi utama akan berakhirnya kehamilan. Selain perdarahan, gejala yang menyertainya adalah nyeri perut, dalam bentuk:

- (1) Kontraksi otot yang bersifat episodik atau sporadis
- (2) Ketidaknyamanan yang dirasakan pada aspek superior tulang kemaluan
- (3) Sensasi tekanan yang dirasakan di daerah panggul.
- (4) Nyeri pinggang

Urutan kejadian yang khas dimulai dengan pendarahan vagina, yang kemudian diikuti dengan nyeri perut yang berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa hari. Pendarahan adalah indikasi utama dari aborsi yang akan terjadi yang sering mengindikasikan kemungkinan keguguran. Lebih dari 50% kasus aborsi yang akan segera terjadi pada akhirnya berakhir dengan keguguran. Kemungkinan abortus spontan berkurang ketika ada aktivitas jantung yang sedang berlangsung pada janin.

b) Penyebab Abortus Imminent

Etiologi abortus imminens saat ini belum diketahui secara pasti. Ada beberapa faktor risiko, termasuk:

- (1) Permasalahan pada kromosom janin
- (2) Konsumsi alkohol atau obat-obatan terlarang
- (3) Masalah hormon
- (4) Konsumsi kafein berlebih
- (5) Paparan terhadap obat atau zat kimia tertentu
- (6) Kelebihan berat badan
- (7) Usia lebih dari 40 tahun
- (8) Merokok
- (9) Trauma pada perut
- (10) Masalah plasenta
- (11) Infeksi
- (12) Tekanan darah tinggi
- (13) Masalah ginjal
- (14) Diabetes yang tak terkontrol

(15) Masalah struktur rahim, serviks, atau ovarium

(16) Gangguan tiroid

c) Penanganan Aborsi Iminnent

Padakusus abortus imminens yang diperlukan adalah mengendalikan perdarahan. Tujuan pengobatan abortus imminens adalah untuk meringankan gejala dan mengurangi potensi masalah. Beberapa modalitas terapi yang dapat dilakukan antara lain:

(1) Bed Rest

(2) Membatasi Aktivitas

(3) Tidak melakukan perjalanan jauh

(4) Tidak melakukan hubungan seksual sampai semua gejala benar-benar hilang.

(5) Obat-obatan tertentu, seperti hormon progesteron, dapat mendukung kehamilan.

d) Komplikasi Abortus Imminent

Masalah utama yang terkait dengan abortus imminens adalah terjadinya keguguran atau kematian janin di dalam rahim. Sekitar setengah dari pasien yang mengalami abortus imminens pada akhirnya mengalami keguguran. Kerumitan tambahan meliputi:

(1) Terjadi perdarahan Perdarahan berat

(2) Tertinggalnya jaringan pada janin atau pada plasenta di dalam rahim

(3) Terjadinya peradangan pada lapisan rahim paling dalam (endometrium)

(4) Terjadinya aborsi yang dikarenakan adanya infeksi pada rahim

e) Pencegahan Abortus Imminens

Sulit untuk menghindari abortus imminens karena akar penyebabnya belum sepenuhnya dipahami. Di sisi lain, menjaga kehamilan tetap sehat akan menurunkan kemungkinan masalah tersebut muncul selama kehamilan. Berikut ini

adalah beberapa contoh upaya yang dapat dilakukan:

- (1) Sebelum merencanakan kehamilan, dianjurkan untuk menjalani skrining TORCH.
- (2) Memprioritaskan pengobatan infeksi bakteri atau virus sebelum mempertimbangkan kehamilan.
- (3) Ikuti saran dokter dan mengonsumsi pil asam folat.
- (4) Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi minuman beralkohol.
- (5) Batasi asupan minuman yang mengandung kafein.
- (6) Hindari kontak dengan bahan kimia.
- (7) Lakukan aktivitas fisik minimal dua kali seminggu.
- (8) Menjauhkan diri dari penyalahgunaan narkoba.
- (9) Dianjurkan untuk tidak mengonsumsi makanan yang dapat menimbulkan risiko bagi ibu dan janin yang sedang berkembang, seperti makanan yang tidak dimasak atau mentah.

2) Abortus insipiens

Episode perdarahan uterus terjadi pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu, disertai dengan membesarnya pembukaan serviks dan terbukanya rongga rahim, sedangkan jaringan janin tetap berada di dalam rahim.

Abortus insipiens, sering juga dikenal sebagai keguguran yang tidak dapat dihindari, mengacu pada suatu kondisi di mana keguguran tidak dapat dihindari. Dalam bentuk keguguran khusus ini, janin tetap tidak mengalami kerusakan di dalam rahim, namun ibu hamil mengalami pendarahan dan pelebaran jalan lahir, sehingga mengakibatkan terjadinya keguguran. Abortus insipiens, sering juga dikenal sebagai keguguran yang tidak dapat dihindari,

mengacu pada suatu kondisi di mana keguguran tidak dapat dihindari. Dalam bentuk keguguran khusus ini, janin tetap tidak mengalami kerusakan di dalam rahim, namun wanita hamil mengalami pendarahan dan pelebaran jalan lahir, yang mengakibatkan keguguran. Dalam kasus aborsi insipiens, biasanya terjadi pendarahan yang berlebihan, namun tidak terdapat bekuan darah atau sisa janin. Selain itu, ibu hamil yang menjalani aborsi insipiens juga mungkin mengalami kram perut yang parah. Meskipun janin tetap utuh, namun kehamilan tidak dapat dipertahankan karena terbukanya jalan lahir, serupa dengan situasi aborsi yang akan segera terjadi (risiko keguguran).

Penyebab keguguran bisa sangat bervariasi. Memang benar, menentukan penyebab pasti keguguran terkadang menjadi tantangan. Namun, ada lebih banyak faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan seorang ibu hamil mengalami potensi keguguran, antara lain:

a) Kelainan pada kromosom

Kelainan kromosom pada janin dapat menyebabkan gangguan perkembangan, yang pada akhirnya menyebabkan keguguran. Abortus insipiens paling sering disebabkan oleh hal ini.

b) Kelainan pada Rahim

Masalah rahim, seperti mioma atau bentuk rahim yang tidak teratur, dapat menghalangi implantasi janin pada dinding rahim, sehingga menyebabkan abortus insipiens. Selain itu, adanya serviks yang lemah (dikenal sebagai inkompetensi uterus) dapat memfasilitasi terjadinya aborsi dini.

c) Infeksi bakteri

Terdapat sejumlah gangguan infeksi yang dapat memengaruhi rahim dan pertumbuhan serta perkembangan janin, termasuk klamidia, gonore,

sifilis, dan toksoplasmosis. Penyakit-penyakit ini berpotensi menyebabkan abortus insipiens jika tertular selama kehamilan.

d) Penyakit Kronis

Selain itu, adanya kondisi kronis tertentu pada wanita hamil, seperti diabetes, tekanan darah tinggi, hipotiroidisme, atau hipertiroidisme, dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya aborsi yang dimulai pada beberapa minggu pertama kehamilan. Jika kondisi kronis tidak ditangani dengan baik, kemungkinan besar kehamilan akan berakhir dengan keguguran. Selain itu, individu yang menderita gangguan autoimun, seperti lupus dan sindrom antifosfolipid, juga rentan mengalami abortus spontan. Hal ini disebabkan oleh kerentanan janin dan plasenta terhadap serangan sel imun ibu.

e) Gaya Hidup

Terlibat dalam perilaku yang tidak sehat selama kehamilan, seperti merokok, mengonsumsi alkohol, dan menggunakan obat-obatan terlarang, juga dapat menimbulkan risiko terhadap kehamilan. Zat-zat yang terdapat dalam rokok, alkohol, dan obat-obatan terlarang dapat mengganggu pertumbuhan janin dan merusak fungsi plasenta, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus spontan.

Pencegahan Abortus Insipiens

Hingga saat ini, tidak ada intervensi khusus yang tersedia untuk mencegah abortus insipiens. Namun demikian, ada beberapa tindakan yang dapat Anda lakukan untuk mengurangi risiko keguguran secara proaktif:

- a) Mengonsumsi makanan bergizi seimbang
- b) Mengonsumsi suplemen kehamilan, salah satunya asam folat.

- c) Menjaga berat badan tetap ideal
- d) Berolahraga secara rutin sesuai arahan dokter kandungan
- e) Tidak merokok dan menjauhi paparan asap rokok
- f) Tidak mengonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang
- g) Melakukan vaksinasi untuk menghindari berbagai penyakit infeksi

3) Missed abortion

Kematian janin yang terjadi di dalam rahim selama minimal 8 minggu. Mewujudkan pengurangan ukuran fundus uteri secara konsisten dan bertahap, biasanya tanpa disertai indikasi aborsi seperti pendarahan, pelebaran serviks, dan kontraksi otot.

4) Abortus habitualis

Keguguran berulang didefinisikan sebagai terjadinya aborsi spontan sebanyak tiga kali atau lebih secara berturut-turut. Biasanya pasien tidak mengalami kesulitan untuk hamil, namun kehamilan berakhir sebelum usia kehamilan mencapai 28 minggu.

5) Abortus infeksiosa & Septik

Aborsi yang disebabkan oleh infeksi pada saluran genital bagian atas, seperti endometritis atau parametritis, disebut sebagai aborsi menular. Aborsi yang disebabkan oleh infeksi septik adalah bentuk aborsi menular yang parah yang disertai dengan masuknya patogen atau racun ke dalam aliran darah atau peritoneum.

6) Abortus inkompletus

Merupakan Keguguran adalah keluarnya janin secara tidak lengkap pada masa kehamilan sebelum 20 minggu, dengan sebagian jaringan tersisa di dalam rahim. Pendarahan yang terjadi selama aborsi mungkin berlebihan dan tidak akan berhenti sampai hasil konsepsi dikeluarkan.

Aborsi tidak lengkap mengacu pada keguguran yang terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan. Dalam kasus aborsi tidak sempurna, jaringan janin yang telah meninggal gagal untuk sepenuhnya keluar dari rahim, sehingga mengakibatkan perdarahan yang terus-menerus. Pasien yang menderita abortus inkomplit biasanya menunjukkan gejala-gejala seperti nyeri perut, perdarahan yang banyak, dan pelebaran leher rahim. Selain itu, sindrom ini dibedakan dengan adanya jaringan janin yang tertinggal di dalam rahim. Penanganan yang cepat pada abortus inkomplit sangat penting untuk mencegah perdarahan dan infeksi yang berkelanjutan.

Penyebab Abortus Inkomplit

Perkembangan janin yang tidak normal akibat kelainan atau masalah genetik adalah penyebab utama aborsi yang tidak lengkap. Biasanya, masalah ini muncul dalam tiga bulan pertama kehamilan. Namun demikian, jika terjadi aborsi tidak lengkap yang terjadi selama trimester kedua atau antara minggu ke 13-20 kehamilan, ada kemungkinan bahwa penyebab yang mendasari mungkin terkait dengan latar belakang medis ibu hamil. Berikut ini adalah masalah kesehatan pada ibu hamil yang dapat menyebabkan aborsi tidak lengkap:

- a) Penyakit kronis, seperti diabetes, hipertensi, lupus, penyakit tiroid, atau penyakit ginjal
- b) Penyakit infeksi, seperti toxoplasmosis, rubella, atau cytomegalovirus (CMV)
- c) Gangguan pada rahim, seperti leher rahim yang lemah atau kelainan bentuk rahim
- d) Efek samping obat-obatan, seperti obat antiinflamasi nonsteroid, misoprostol, methotrexate, dan retinoid

Selain itu, terlibat dalam gaya hidup yang tidak sehat, termasuk kebiasaan seperti merokok, penggunaan alkohol yang berlebihan, dan penyalahgunaan narkoba, berpotensi memicu keguguran.

Penanganan Abortus Inkomplit

Tujuan utama dalam menangani aborsi tidak lengkap adalah untuk memastikan evakuasi rahim secara menyeluruh dari sisa jaringan janin. Tindakan ini diambil untuk mencegah terjadinya akibat yang serius, seperti pendarahan berlebihan dan infeksi. Ada tiga pendekatan yang direkomendasikan untuk menangani aborsi tidak lengkap, sebagai berikut:

a) Menunggu sisa janin keluar secara alami

Dalam kasus aborsi tidak lengkap, sisa jaringan janin di dalam rahim dapat dikeluarkan secara spontan dalam jangka waktu 1-2 minggu. Namun demikian, membiarkan sisa jaringan janin dikeluarkan secara spontan berpotensi menimbulkan bahaya pendarahan yang berlebihan. Oleh karena itu, dokter tertentu mungkin merekomendasikan modalitas terapi alternatif.

b) Menggunakan obat

Dokter mungkin akan meresepkan obat untuk mempercepat pengeluaran sisa jaringan janin dari rahim. Kemanjuran pendekatan ini cukup tinggi, berkisar antara 80% hingga 99%, terutama ketika kehamilan berada pada trimester awal. Obatnya bisa diberikan secara oral atau vagina. Kemungkinan efek samping yang terkait dengan penggunaan obat ini termasuk mual, muntah, dan diare.

c) Menjalani kuret

Dilatasi dan kuretase (kuretase) merupakan prosedur yang sangat efektif dalam menangani aborsi tidak lengkap, dengan tingkat keberhasilan

sekitar 97-98%. Operasi ini melibatkan pelebaran leher rahim yang dilanjutkan dengan ekstraksi sisa jaringan janin menggunakan teknik kuretase isap. Biasanya, dokter Anda akan menyarankan operasi ini jika Anda memerlukan intervensi medis segera. Teknik ini mempunyai kemampuan untuk menghentikan pendarahan dan mencegah infeksi yang berpotensi fatal. Mayoritas keguguran disebabkan oleh cacat genetik pada janin sehingga kejadiannya sulit diantisipasi. Jika terjadi aborsi tidak tuntas, ada kemungkinan terjadinya kehamilan berikutnya.

7) Abortus kompletus

Aborsi total mengacu pada pengusiran seluruh hasil pembuahan. Pasien hanya mengalami sedikit pendarahan, sebagian besar ostium uteri tertutup rapat, dan terjadi penurunan ukuran rahim secara signifikan. Pengeluaran seluruh hasil konsepsi dengan masa kehamilan kurang dari 20 minggu kini telah selesai. Setelah semua hasil konsepsi dikeluarkan, rasa sakitnya akan hilang, namun mungkin masih terdapat bercak dan pendarahan yang terus-menerus selama beberapa hari. Dalam bentuk keguguran ini, serviks melebar secara luas, memungkinkan seluruh jaringan janin dikeluarkan dari rahim. Selama aborsi penuh, wanita hamil akan mengalami pendarahan vagina dan mengalami ketidaknyamanan perut seperti saat melahirkan. Biasanya, aborsi penuh dilakukan sebelum minggu ke-12 kehamilan.

b. Abortus Provokatus (induced abortion)

Abortus provocatus, sering juga dikenal sebagai aborsi yang diinduksi, adalah penghentian kehamilan secara sengaja dengan menggunakan obat-obatan atau alat kesehatan.

1) Abortus Medisinalis (abortus therapeutica)

Aborsi medis mengacu pada penghentian kehamilan sebagai akibat dari aktivitas yang disengaja, yang dibenarkan oleh potensi ancaman yang ditimbulkannya terhadap kehidupan ibu, sebagaimana ditentukan oleh kriteria medis.

2) Abortus Kriminalis

Aborsi kriminal mengacu pada penghentian kehamilan yang dilakukan dengan melanggar hukum atau tanpa alasan medis yang sah.

3. Faktor Penyebab Abortus

Alasan aborsi berasal dari berbagai keadaan, termasuk pengaruh janin, ibu, dan ayah.

a. Faktor janin

Faktor janin umumnya berkontribusi terhadap terjadinya aborsi spontan. Faktor penyebab aborsi spontan antara lain cacat sel telur seperti blighted ovum, kerusakan embrio akibat kelainan kromosom, dan kelainan pembentukan plasenta seperti hipoplasia trofoblas (Rahmani, 2014).

b. Faktor ibu

Penyebab terjadinya aborsi dapat dikategorikan menjadi dua unsur utama yaitu faktor internal dan faktor eksternal:

1) Faktor Internal

a) Usia

Menurut teori Prawirohardjo (2008), pada kehamilan yang melibatkan remaja putri, kondisi ibu masih dalam keadaan labil dan belum siap secara mental untuk menyambut kehamilannya. Akibatnya, tidak hanya persiapannya yang sedikit, kehamilan juga tidak dijaga dengan baik. Karena kondisi ini, ibu mengalami peningkatan tingkat stres. Akan meningkatkan kemungkinan melakukan aborsi. Kelompok umur di atas 35 tahun mempunyai angka kejadian aborsi tertinggi yaitu

sebesar 42,9%, disusul oleh kelompok umur antara 30 dan 34 tahun, kemudian kelompok umur antara 25 dan 29 tahun. Hal ini disebabkan karena menurut standar medis, kesehatan reproduksi seorang wanita mulai menurun setelah usia 35 tahun. Selain itu, wanita yang pernah melahirkan dan dalam keadaan sehat selama kehamilannya cenderung kurang memperhatikan kondisi kesehatannya saat ini. Ini karena mereka yakin mereka tahu apa yang diharapkan.

Menurut Kenneth & Leveno (2009) terjadi penurunan kesehatan ibu yang dimulai pada usia 35 tahun dan berlanjut setelah usia tersebut. Akibat langsung dari hal ini, wanita hamil pada usia tersebut mempunyai peningkatan risiko melahirkan bayi prematur, persalinan lama, pendarahan, dan aborsi. Aborsi yang secara klinis diidentifikasi sebagai aborsi spontan meningkat dari 12% pada wanita muda (yang berusia kurang dari 20 tahun) menjadi 26% pada wanita yang lebih tua (yang berusia lebih dari 40 tahun).

b) Paritas

Karena pertumbuhan janin di dalam rahim ibu, rahim membesar selama kehamilan. Rahim akan menjadi kurang kuat jika ibu melahirkan lebih sering dari yang diperlukan. Penting bagi seorang ibu yang telah melahirkan empat anak atau lebih untuk diawasi secara ketat selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas untuk mengetahui adanya tanda-tanda kelainan. Kemungkinan seorang wanita mengalami kehamilan yang tidak direncanakan meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah anak yang dimilikinya.

c) Jarak kehamilan

Ketika waktu antara kelahiran satu anak dan kelahiran anak berikutnya kurang dari dua tahun, maka kesehatan rahim dan ibu secara keseluruhan belum sepenuhnya pulih. Seorang wanita hamil harus sangat berhati-hati dalam kondisi ini karena terdapat risiko pertumbuhan janin yang buruk, persalinan yang lama, atau pendarahan, yang semuanya dapat mengakibatkan aborsi. Persentase wanita yang melakukan aborsi jika mereka hamil dalam waktu tiga bulan setelah melahirkan bayi cukup bulan.

d) Riwayat abortus sebelumnya

Menurut Prawirohardjo (2008) Pasien yang pernah melakukan aborsi di masa lalu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk melakukan lebih banyak aborsi di masa depan. Insidennya berkisar antara 3 dan 5%. Berdasarkan temuan sejumlah penelitian, pasangan yang pernah melakukan satu kali aborsi memiliki peluang 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan jika sudah dua kali melakukan aborsi, risiko tersebut akan meningkat hingga 25%. Menurut temuan penelitian tertentu, kemungkinan melakukan aborsi lagi setelah melakukan tiga kali aborsi berturut-turut meningkat antara 30 - 45 persen.

e) Faktor genetik

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan kariotip embrio yang merupakan kelainan sitogenik berupa aneuploidi yang disebabkan oleh kejadian sporadis dari fertilitas abnormal. Sebagian dari kejadian abortus pada trimester pertama berupa trisomi autosom yang timbul selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal. Insiden trisomi ini dapat meningkat dengan bertambahnya usia dimana

risiko ibu terkena aneuploidi diatas 35 tahun. Selain dari struktur kromosom atau gen abnormal, gangguan jaringan konektif lainnya misalnya Sindroma Marfan dan ibu dengan sickle cell anemia berisiko tinggi mengalami abortus (Prawirohardjo, 2008).

f) Faktor anatomik

Kesulitan obstetrik, seperti kelahiran prematur, malpresentasi janin, dan aborsi berulang, diketahui disebabkan oleh kelainan anatomi rahim. Septum uterus dan uterus bicornic adalah dua contoh anomali anatomi uterus lainnya. Mioma uteri dapat menyebabkan infertilitas serta aborsi berulang, dan sindrom Asherman juga dapat menyebabkan gangguan pada tempat implantasi serta suplai darah ke permukaan rahim. Kedua kondisi ini juga bisa menyebabkan seorang wanita mengalami keguguran.

g) Faktor imunologis

Terdapat dua kategori variabel imunologi yang berbeda, keduanya terbukti berperan dalam terjadinya aborsi, khususnya dalam kasus aborsi berulang. Antibodi dengan fosfolipid bermuatan negatif, yang terdeteksi sebagai antikoagulan lupus, dan antibodi antifosfolipid, yang sering terjadi pada aborsi berulang, merupakan contoh faktor yang berasal dari autoimun. Immunoglobulin yang disebut antikoagulan lupus mengganggu satu atau lebih dari banyak tes koagulasi yang bergantung pada fosfolipid in vitro, yang biasanya digunakan sebagai kriteria diagnostik untuk penyakit lupus. Antibodi antifosfolipid adalah antibodi yang diperoleh untuk diarahkan melawan fosfolipid yang berhubungan dengan trombosis dan infark plasenta.

h) Faktor infeksi

Infeksi pada janin atau unit fetoplasenta yang disebabkan oleh penularan virus atau bakteri, seperti infeksi endometrium kronis, amnionitis, infeksi organ genital, dan HIV (human immunodeficiency virus) merupakan contoh penyakit yang termasuk dalam kategori ini.

i) Faktor penyakit debilitas kronik

Penyakit kronik yang timbul saat atau sebelum kehamilan dapat menyebabkan abortus seperti tuberkulosis, karsinomatosis, hipertensi dan sindroma malabsorpsi.

j) Faktor hormonal

Ovulasi, implantasi, dan tahap awal kehamilan semuanya bergantung pada sistem pengaturan hormonal ibu yang terkoordinasi dengan baik. Kadar progesteron, panjang fase luteal, dan kadar insulin merupakan tiga aspek sistem hormonal ibu hamil yang perlu diperhatikan, terutama setelah pembuahan. Karena progesteron mempengaruhi kerentanan endometrium terhadap implantasi embrio, kadar progesteron ibu yang rendah meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus.

k) Faktor hematologik

Dalam situasi aborsi berulang, yang ditandai dengan masalah pada plasentasi, serta adanya mikroorganisme pada pembuluh darah plasenta. Implantasi embrio, invasi trofoblas, dan plasentasi merupakan proses yang secara signifikan dipengaruhi oleh sejumlah komponen fibrinolitik dan koagulasi yang berbeda. Aborsi lebih mungkin terjadi pada keluarga dengan riwayat trombofilia hereditas.

l) Serviks inkompeten

Inkompetensi serviks Insufisiensi serviks adalah kondisi di mana serviks terbuka tanpa menimbulkan rasa tidak nyaman selama trimester kedua atau awal trimester ketiga kehamilan. Hal ini disertai dengan prolaps dan penonjolan selaput ketuban, yang menyebabkan pengeluaran prematur janin yang belum berkembang. Inkompetensi serviks dapat disebabkan oleh adanya riwayat trauma pada serviks sebelumnya pada saat tindakan dilatasi atau kuretase.

m) Cacat uterus

Ablasi endometrium selama kuretase menyebabkan amenore dan keguguran berulang karena endometrium tidak mencukupi untuk keberhasilan implantasi.

n) Gamet yang menua

Sebuah penelitian menemukan bahwa proses penuaan gamet pada sistem reproduksi wanita sebelum pembuahan meningkatkan kemungkinan aborsi. Selain itu, ibu yang berusia di atas 35 tahun menunjukkan kejadian sindrom kantung ketuban kecil yang lebih tinggi.

o) Trauma fisik

Trauma pemicu aborsi meliputi luka akibat kontak benda tumpul pada kecelakaan, luka bakar, tindakan agresi, dan pukulan senjata tajam yang menimbulkan pendarahan saat hamil (Setyarini & Suprapti, 2016).

2) Faktor Eksternal

a) Faktor lingkungan dan pemakaian obat

Sekitar 1-10% kelainan janin diyakini disebabkan oleh paparan obat-obatan, bahan kimia, atau radiasi, yang menyebabkan terminasi kehamilan. Misalnya, paparan gas buang anestesi dan tembakau dapat dijadikan contoh. Karbon monoksida mengurangi pengiriman oksigen ke ibu

dan janin serta memicu produksi neurotoksin, yang mengganggu sistem sirkulasi antara janin dan plasenta. Hal ini dapat menyebabkan terhambatnya perkembangan janin dan dapat mengakibatkan aborsi. Konsumsi alkohol dan kafein yang berlebihan, serta ketidakefektifan kontrasepsi intrauterin, meningkatkan kemungkinan terminasi kehamilan di luar usia muda.

b) Faktor sosial budaya

Teori Swasono (1997) tentang kehamilan dalam kerangka budaya berpendapat bahwa dalam masyarakat, khususnya budaya Jawa, terdapat masa kritis dalam transisi kehidupan di mana perpindahan dari satu tahap ke tahap lainnya dianggap sangat penting atau berbahaya. Oleh karena itu, dilakukanlah upacara adat yang disebut dengan ritus krisis dan ritus de peralihan.

Masa kehamilan dianggap sebagai masa genting sehingga memerlukan ritual adat yang rumit seperti mitoni. Mitoni adalah upacara yang dilakukan selama bulan ketujuh kehamilan untuk merayakan sekaligus melindungi dari potensi bahaya. Hal ini biasanya diamati selama kehamilan awal seorang wanita dan berfungsi untuk mengurangi kecemasan bagi ibu yang baru pertama kali melahirkan yang belum melahirkan. Ritual adat lainnya adalah procotan yang dimaksudkan untuk memperlancar proses persalinan, dan brokohan yaitu upacara yang dilakukan setelah bayi lahir dengan selamat.

Dalam kerangka teori yang sama, terdapat konflik antara konsep panas dan dingin dalam sifat asosiatif pantangan makanan. Kehamilan umumnya dikaitkan dengan peningkatan suhu tubuh, sehingga mengarah pada praktik pantang makan. Wanita hamil sebaiknya mengonsumsi

makanan yang terdiri dari makanan dingin dan berkualitas tinggi selama masa kehamilannya untuk mengurangi risiko keguguran. Dalam konteks budaya masyarakat Kerinci di Jambi, terdapat... Ibu hamil sebaiknya menghindari konsumsi rebung untuk mencegah pertumbuhan rambut berlebihan pada bayi, jantung pisang untuk mencegah pertumbuhan terhambat, dan jamur yang dapat menyebabkan terbentuknya plasenta kembar. , menghasilkan kelahiran yang lebih menantang. Di masyarakat Keruak Lombok Timur, terdapat pantangan makanan terhadap gurita, cumi-cumi, kepiting, udang, dan ikan pari karena diyakini bahwa mengonsumsi makanan tersebut dapat menyebabkan komplikasi saat melahirkan seperti tertahannya plasenta, kesulitan melahirkan, atau malposisi janin. Selain itu, jambu biji dan labu juga dihindari karena alasan budaya, bukan karena pertimbangan kesehatan (Setyarini & Suprpti, 2016).

c) Pendidikan

Manusia memerlukan pendidikan untuk menumbuhkan perbaikan diri dan meningkatkan kematangan intelektualnya. Kematangan intelektual mempunyai dampak yang signifikan terhadap kemampuan seseorang dalam memperoleh wawasan, berpikir kritis, dan mengambil keputusan yang tepat, khususnya dalam rangka mengambil tindakan dan merumuskan kebijakan terkait pemanfaatan layanan kesehatan. Individu dengan pengetahuan terbatas menunjukkan sikap apatis terhadap program kesehatan, sehingga menyebabkan kurangnya kesadaran mengenai potensi bahaya. Meskipun terdapat fasilitas kesehatan yang dapat

diakses, mereka mungkin tidak tertarik untuk memanfaatkannya.

d) Status ekonomi (pendapatan)

Status sosial ekonomi suatu masyarakat, biasanya ditunjukkan oleh pendapatan rumah tangga, menunjukkan kemampuan ekonomi kelompok tersebut untuk memenuhi kebutuhan mereka, termasuk kebutuhan kesehatan dan gizi. Hal ini pada akhirnya berdampak pada faktor yang meningkatkan kemungkinan keguguran saat hamil. Selain itu, pendapatan mempunyai dampak terhadap kemampuan memperoleh layanan kesehatan, sehingga memungkinkan identifikasi potensi risiko aborsi.

e) Pekerjaan

Beberapa wanita yang saat ini bekerja mungkin menghadapi kendala dalam kehidupan profesionalnya ketika memutuskan untuk melanjutkan kehamilannya. Perempuan mungkin menghadapi kondisi kerja yang sebanding dengan laki-laki dalam hal beban kerja, posisi pekerjaan, dan jenis pekerjaan. Situasi ini mungkin diperburuk oleh rendahnya status sosial-ekonomi, sehingga menempatkan perempuan pada risiko kehamilan yang tidak diinginkan.

f) Alkohol

Alkohol diketahui meningkatkan kemungkinan aborsi spontan, bahkan bila dikonsumsi dalam jumlah sedang.

g) Merokok

Perempuan perokok mempunyai kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami aborsi spontan dibandingkan perempuan bukan perokok. Peningkatan kemungkinan aborsi spontan pada perokok mungkin disebabkan oleh konsumsi alkohol secara bersamaan selama kehamilan. Baba

et al (2010) menegaskan bahwa terjadinya aborsi dipengaruhi oleh pilihan gaya hidup, seperti status merokok baik ibu maupun suaminya. Ibu yang merokok, baik dengan jumlah 1-19 batang per hari maupun melebihi 20 batang per hari, mempunyai dampak yang signifikan terhadap terjadinya keguguran spontan dini.

c. Faktor ayah

Pengetahuan mengenai pengaruh variabel ayah terhadap kejadian aborsi spontan masih kurang. Translokasi kromosom sperma dapat menyebabkan keguguran, karena kelainan kromosom pada sperma terkait dengan keguguran (Handono 2009).

4. Komplikasi Abortus (Hidayani et al., 2023)

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi dan syok.

a. Perdarahan

Untuk mengobati perdarahan, perlu mengeluarkan sisa hasil konsepsi dari rahim dan, jika perlu, melakukan transfusi darah. Bantuan yang tidak tepat waktu dapat menyebabkan kematian akibat pendarahan.

b. Perforasi

Perforasi uterus lebih mungkin terjadi ketika rahim dalam keadaan hiperretrofleksi. Jika hal ini terjadi, sangat penting untuk memantau pasien dengan cermat. Jika ada sinyal peringatan, laparotomi harus segera dilakukan. Keputusan untuk menjahit luka berlubang atau melakukan histerektomi bergantung pada ukuran dan konfigurasi perforasi. Perforasi uterus selama aborsi yang dilakukan oleh individu yang tidak terlatih merupakan masalah yang signifikan karena seringnya cedera uterus cukup parah, serta potensi lubang pada sistem saluran kemih dan usus. Dalam kasus di mana terdapat kecurigaan atau bukti pasti adanya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menilai tingkat keparahan cedera rahim dan potensi kerusakan pada organ lain.

Selanjutnya, tindakan yang tepat harus diambil untuk mengatasi masalah ini.

c. Infeksi

Metritis adalah akibat yang paling umum, walaupun parametritis, peritonitis, endokarditis, dan sepsikemia juga dapat timbul. Terjadinya infeksi sebagian besar disebabkan oleh adanya bakteri anaerob, kadang-kadang disertai dengan adanya bakteri koliform. Pengobatan infeksi melibatkan pembuangan hasil konsepsi dengan segera sambil memberikan antimikroba intravena yang menargetkan berbagai mikroorganisme. Jika terjadi sepsis dan syok, perawatan suportif sangat penting.

d. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

5. Diagnosis

Tindakan klinik yang dapat dilakukan untuk mengetahui terjadinya abortus antara lain :

- a. Terlambatnya haid atau amenorea kurang dari 20 minggu.
- b. Pemeriksaan fisik meliputi gejala seperti kelemahan secara keseluruhan, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan sedikit, dan suhu tubuh normal atau meningkat (dalam kasus kesehatan umum buruk, resusitasi dan stabilisasi diperlukan).
- c. Adanya pendarahan vagina, bersamaan dengan keluarnya jaringan janin, diikuti gejala seperti mual dan nyeri pinggang akibat kontraksi rahim (nyeri atau kram di atas area sissmpisis).
- d. Pemeriksaan ginekologi meliputi pemeriksaan pada vulva untuk memeriksa tanda-tanda perdarahan vagina, ada tidaknya jaringan janin, dan ada tidaknya bau busuk dari vulva dengan menggunakan alat yang disebut inspekulo.

- e. Bila terjadi perdarahan dari rongga rahim, penting untuk mengetahui apakah ostium uteri terbuka atau tertutup, apakah ada jaringan yang keluar dari ostium, dan apakah terdapat cairan atau jaringan yang membusuk.
- f. Pada pemeriksaan dalam, didapatkan hasil pengamatan sebagai berikut: bagian yang diperiksa terbuka atau tertutup, jaringan rongga rahim teraba, ukuran rahim sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak ada nyeri saat pemeriksaan. porsinya terguncang, tidak ada rasa tidak nyaman saat menyentuh adneksa, dan cavum douglas tidak menggembung dan tidak nyaman. Pemeriksaan penunjang yang umumnya dilakukan antara lain :
 - 1) Tes kehamilan akan menunjukkan hasil positif bila janin masih hidup bahkan 2-3 hari setelah abortus
 - 2) Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
 - 3) Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion (Masjoer dalam Maryunani, 2009).

6. Penatalaksanaan Abortus (Setyarini & Suprapti, 2016) (Kemenkes, 2017) (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

a. Abortus Imminens

1) Tirah baring

Tujuan tirah baring adalah untuk meningkatkan aliran darah uterus dan meminimalkan rangsangan mekanis. Ibu (pasien) dianjurkan untuk istirahat total sambil tetap di tempat tidur. Jika wanita tersebut dapat memulihkan diri di rumah, maka tidak perlu dirawat di rumah sakit. Jika ibu mengalami pendarahan berkepanjangan, pendarahan berulang, atau tidak dapat bersantai di rumah karena kurangnya perawatan atau keengganan pribadi, maka perlu mencari pertolongan medis untuk diperbaiki. Ibu dan keluarganya harus diberitahu bahwa istirahat di rumah, di rumah bersalin, atau di rumah sakit mempunyai dampak yang sama terhadap

kehamilannya. Mencari pengobatan di lokasi manapun tidak menghalangi terjadinya aborsi tidak lengkap.

- 2) Periksa tanda-tanda vital (suhu, nadi dan pernafasan).
- 3) Kolaborasi dalam pemberian sedativa (untuk mengurangi rasa sakit dan rasa cemas), tokolisis dan progesterone, preparat hematik (seperti sulfat ferosus atau tablet besi).
- 4) Hindarkan intercourse.
- 5) Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C.
- 6) Bersihkan vulva minimal 2 kali sehari untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat.

b. Abortus Insipiens

- 1) Apabila bidan menghadapi kasus abortus insipiens segera berkonsultasi dengan dokter ahli kandungan sehingga pasien mendapat penanganan yang tepat dan cepat.
- 2) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, bahwa perforasi pada kerokan lebih besar, maka sebaiknya proses abortus dipercepat dengan pemberian infus oksitosin.
- 3) Biasanya penatalaksanaan yang dilakukan pada kehamilan kurang dari 12 minggu yang disertai perdarahan adalah pengeluaran janin atau pengosongan uterus memakai kuret vakum atau cunam abortus, disusul dengan kerokan memakai kuret tajam.
- 4) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal dilakukan pengeluaran plasenta secara manual.

c. Abortus Inkomplit

Bidan mempunyai pilihan untuk berkonsultasi dengan profesional medis untuk memilih tindakan terbaik jika aborsi hanya berhasil sebagian. Penatalaksanaan yang biasa dilakukan pada kasus aborsi parsial adalah sebagai berikut:

- 1) Bila disertai syok karena perdarahan diberikan infuse cairan fisiologi NaCl atau Ringer Laktat dan tranfusi darah secepat mungkin.
- 2) Setelah syok diatasi dilakukan kerokan dengan kuret tajam dan diberikan suntikan untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.
- 3) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal dilakukan pengeluaran plasenta secara manual.
- 4) Diberikan antibiotika untuk mencegah infeksi.

d. Abortus Komplit

- 1) Untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang abortus komplit, bidan dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien.
- 2) Tidak memerlukan terapi khusus tetapi untuk membantu involusi uterus dapat diberikan methergin tablet.
- 3) Bila pasien anemia dapat diberikan sulfat ferosus (zat besi) atau transfuse darah.
- 4) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi vitamin dan mineral.

e. Missed Abortion

Memerlukan tindakan media khusus sehingga bidan perlu berkonsultasi dengan dokter untuk penanganannya.

- 1) Yang harus diperhatikan dalam hal ini adalah bahaya adanya hipofibrinogenemia, sehingga sulit untuk mengatasi perdarahan yang terjadi bila belum dikoreksi hipofibrinogenemianya (untuk itu kadar fibrinogen darah perlu diperiksa sebelum dilakukan tindakan).
- 2) Pada prinsipnya penanganannya adalah: pengosongan kavum uteri setelah keadaan memungkinkan.
- 3) Bila kadar fibrinogen normal, segera dilakukan pengeluaran jaringan konsepsi dengan cunam ovum lalu dengan kuret tajam.

- 4) Bila kadar fibrinogen rendah dapat diberikan fibrinogen kering atau segar sesaat sebelum atau ketika mengeluarkan konsepsi.
- 5) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, dilakukan pembukaan serviks uteri dengan laminaria selama kurang lebih 12 jam ke dalam kavum uteri.
- 6) Pada kehamilan lebih dari 2 minggu maka pengeluaran janin dilakukan dengan pemberian infuse intravena oksitosin dosis tinggi.
- 7) Bila fundus uteri tingginya sampai 2 jari dibawah pusat, maka pengeluaran janin dapat dikerjakan dengan menyuntikkan larutan garam 20% dalam kavum uteri melalui dinding perut.

f. Abortus Infeksius

Abortus infeksius yang menyebabkan sepsis dapat menimbulkan bahaya kehamilan ibu maka penderita harus segera dirujuk ke rumah sakit. Tugas bidan adalah mengirimkan penderita ke rumah sakit yang dapat memberikan pertolongan khusus. Prinsip penatalaksanaannya adalah:

- 1) Pemberian terapi antibiotika (penisilin, metrodazole, ampicillin, streptomycin, dan lain-lain) untuk menanggulangi infeksi.
- 2) Bila perdarahan banyak dilakukan pemberian transfusi darah.
- 3) Dalam 24 jam sampai 48 jam setelah perlindungan antibiotika atau lebih cepat lagi bila terjadi perdarahan, sisa konsepsi harus dikeluarkan dari uterus.
- 4) Pemasangan CVP (Central Venous Pressure) untuk pengontrolan cairan.
- 5) Pemberian kortikosteroid dan heparin bila ada Disseminated Intravascular Coagulation.

g. Abortus Habitualis

- 1) Memperbaiki keadaan umum.
- 2) Perbaiki gizi dan istirahat yang cukup.
- 3) Terapi hormon progesterone dan vitamin.

- 4) Kolaborasi untuk mengetahui faktor penyebab (Maryunani, 2009).

B. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) (Setyarini & Suprapti, 2016)

Istilah "kehamilan ektopik" mengacu pada implantasi sel telur yang telah dibuahi di lokasi selain rongga rahim. Tuba adalah lokasi sebagian besar kehamilan ektopik; ovarium, rongga perut, dan kornu masing-masing memiliki persentase yang jauh lebih kecil. Terdapat kisaran 4,5-19,7 kasus kehamilan ektopik untuk setiap 1000 kehamilan.

Faktor risiko umum termasuk radang panggul, bekas luka ektopik, operasi panggul, kelainan tuba, endometriosis, dan merokok. Tiga gejala utamanya adalah: tidak adanya menstruasi, nyeri pada perut, dan keluarnya darah dari vagina. Kondisi pendarahan bermanifestasi sebagai adanya benjolan dan rasa tidak nyaman yang hebat di perut bagian bawah. Ukuran rahim mungkin menunjukkan sedikit peningkatan, dan massa tumor dapat terlihat di adneksa.

Jika kehamilan intrauterin tidak dapat dideteksi melalui ultrasonografi, kantong atau massa kehamilan di adneksa atau rongga Douglas harus dicari. Jika kantong kehamilan intrauterin diidentifikasi pada USG (USG perut), tingkat BhCG seringkali 6500 iu; Namun, jika dilakukan USG transvaginal, kadarnya biasanya hanya 1500 iu. Jika kadar tersebut diamati dan tidak ada bukti adanya kehamilan intrauterin, maka kehamilan ekstrauterin harus diselidiki.

Penatalaksanaan Jika ditemukan perut akut, metode pengobatan yang paling efektif adalah hemostasis KET. Jalannya pengobatan yang akan dilakukan harus mempertimbangkan kemungkinan mendapatkan kembali fungsi penuh pada kedua tabung sebelum melanjutkan. Lakukan salpingostomi hanya jika ibu bersikeras untuk melanjutkan upaya kehamilannya. Jika situasi memerlukannya, salpingektomi harus dilakukan jika pasien tidak ingin hamil lagi, robekan tidak teratur, infeksi, atau

pendarahan tidak dapat diatasi. Langkah-langkah operasional berikut, dalam banyak kasus, akan dilakukan:

1. Pasang infus untuk substitusi kehilangan cairan dan darah
2. Transfusi Hb < 6g%, Bila tidak segera tersedia darah, lakukan autotransfusi selama prosedur operatif
3. Lakukan prosedur parsial salpingektomi atau eksisi segmental yang dilanjutkan dengan salpingografi (sesuai indikasi)
4. Lakukan pemantauan dan perawatan pascaoperatif
5. Coba infus dan transfusi setelah kondisi pasien stabil
6. Realimentasi, mobilisasi dan rehabilitasi kondisi pasien sesegera mungkin

Pertimbangkan pemberian MTX pada pasien bila kehamilan ektopik belum terhenti, status hemodinamik pasien stabil, ukuran massa kurang dari 4 sentimeter, dan tidak terjadi perdarahan di dalam perut. Pengelolaan MTX kemungkinan memiliki tingkat keberhasilan sebesar 80%. Berikan 50 mg MTX dan pantau kadar BhCG Anda, yang akan terus turun setiap tiga hari. Ulangi USG setelah satu minggu jika ukuran kantong tidak berubah dan masih terdapat denyut atau jika kadar B-hCG meningkat lebih dari dua kali dalam tiga hari. Bicarakan dengan pasien tentang keuntungan dan kerugian penggunaan pengobatan konservatif, kemudian lanjutkan dengan penggunaan pengobatan aktif. Disarankan agar pasien dirawat di rumah sakit untuk observasi jika mereka tidak dapat melihat gejala peringatan apa pun. Ketika menangani perdarahan intra-abdomen yang parah dan besar dalam situasi di mana penggantinya tidak mudah diakses dan persediaan golongan darah terbatas, transfusi autologus harus dipertimbangkan. Darah harus disedot keluar dari pasien menggunakan jarum suntik 20 mililiter, disaring, dan dikumpulkan dalam labu darah yang mengandung antikoagulan sebelum ditransfusikan kembali ke pasien.

C. Perdarahan pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan (Kurniati et al., 2015) (Setyarini & Suprapti, 2016)

Kehamilan yang berkembang setelah usia kehamilan 22 minggu tercapai. Perdarahan pada kehamilan lanjut dapat menimbulkan sejumlah komplikasi, antara lain kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pada kehamilan yang melebihi 22 minggu hingga waktu persalinan (sebelum bayi dilahirkan), perdarahan intrapartum dan prematur, kesakitan dan kematian perinatal pada masa kehamilan. bayi yang akan dilahirkan, serta perdarahan intrapartum dan prematuritas. Masalah-masalah ini juga dapat mempengaruhi bayi baru lahir.

Penatalaksanaan umum:

1. Pastikan kesiapan fasilitas medis darurat karena perdarahan antepartum merupakan komplikasi yang berisiko terhadap kesejahteraan ibu.
2. Setiap fasilitas pelayanan harus memiliki kompetensi untuk mengidentifikasi, memantapkan, merujuk, dan menangani kesulitan ibu dan anak, sesuai dengan tingkat kemampuannya masing-masing.
3. Setiap kasus perdarahan antepartum memerlukan rawat-inap dan penatalaksanaan segera
4. Berikan cairan dan transfusi darah seperlunya untuk mengatasi kehilangan cairan dan darah sesuai dengan tingkat keparahan situasi.
5. Tegakkan diagnosis kerja secara cepat dan akurat karena hal ini sangat mempengaruhi hasil penatalaksanaan perdarahan antepartum.
6. Jika kondisi memungkinkan, langkah-langkah konservatif diterapkan untuk meningkatkan kemungkinan kelangsungan hidup bayi dalam kandungan.
7. Pada kondisi yang sangat gawat, keselamatan ibu merupakan pertimbangan utama.

D. Perdarahan Pasca Kehamilan (Setyarini & Suprapti, 2016)

Pada periode pascapersalinan, mungkin sulit untuk memilih terminologi yang tepat karena keterbatasan dalam persalinan dan volume perdarahan yang lebih dari 500 ml. Faktanya, cukup sulit untuk membuat penilaian yang akurat mengenai keterbatasan masa nifas dan jumlah perdarahan murni yang terjadi setelah melahirkan. Berdasarkan fakta-fakta di atas, jangka waktu setelah kelahiran bayi merupakan permulaan masa nifas dan menjadi batas operasionalnya. Penilaian tidak langsung terhadap banyaknya perdarahan hanya bila diindikasikan perdarahan abnormal yang menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemas, tidak stabil, keringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik 90 mmHg, denyut nadi > 100 x/menit, dan kadar Hb 8 g%). Perkiraan ini didasarkan pada kenyataan bahwa perdarahan abnormal menyebabkan perubahan tanda-tanda vital.

1. Masalah

- a. Morbiditas dan kematian ibu akibat perdarahan postpartum terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan.
- b. Perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam setelah melahirkan.
- c. Keberhasilan operasi penyelamatan sangat bergantung pada keadaan ibu sebelum melahirkan, aksesibilitas darah dan pasokan medis yang diperlukan, staf yang kompeten dan dapat dipercaya, serta keandalan peralatan darurat.

2. Penatalaksanaan umum

- a. Mengetahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal masuk
- b. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan Perdarahan Pascapersalinan).
- c. Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pascapersalinan (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung). Perhatikan pelaksanaan asuhan mandiri.

- d. Selalu siapkan keperluan tindakan gawatdarurat.
- e. Evaluasi dan intervensi klinis segera jika ada masalah dan komplikasi.
- f. Mengatasitasi Syok.
- g. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infuse 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit).
- h. Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- i. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah (lihat Solusio Plasenta).
- j. Pasang kateter menetap dan pantau masuk-keluar cairan.
- k. Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik.

Faktor risiko perdarahan pasca persalinan dapat dibagi dalam faktor risiko antenatal dan faktor risiko intra partum. Faktor risiko saat antenatal terdiri dari:

1. Usia : usia ≥ 35 th berisiko mengalami perdarahan pasca persalinan 1,5 kali pada persalinan pervaginam, dan 1,9 kali mengalami perdarahan pascapersalinan pada persalinan dengan SC
2. BMI : nilai BMI > 30 berisiko 1,5 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
3. Paritas : Primigravida berisiko 1,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
4. Post Date : kehamilan lewat waktu berisiko 1,37 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
5. Makrosomi : bayi makrosomi berisiko 2,01 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
6. Multipel : kehamilan multiple (kembar) berisiko 4,46 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
7. Fibroid: fibroid dalam kehamilan berisiko 1,9 kali mengalami perdarahan pasca persalinan jika persalinan pervaginam dan 3,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan jika persalinan secara SC

8. APB : terjadinya solutio placenta berisiko 12,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
9. Riwayat HPP : riwayat perdarahan pasca persalinan pada persalinan sebelumnya memberikan risiko 2,2 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
10. Riwayat SC : riwayat SC pada persalinan terdahulu berisiko 3,1 kali mengalami perdarahan pasca persalinan

Sedangkan faktor risiko intrapartum terdiri dari:

1. Persalinan dengan Induksi berisiko 1,5 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
2. Partus lama :
 - a. Kala I berisiko 1,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
 - b. Kala II berisiko 1,6 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
 - c. Kala III berisiko 2,61 kali s/d 4,90 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
3. Epidural analgesia berisiko 1,3 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
4. Terdapat peningkatan risiko perdarahan postpartum sebesar 1,66 kali lipat terkait dengan instrumentasi vagina atau alat bantu persalinan yang menggunakan peralatan persalinan, seperti ekstraksi vakum atau ekstraksi forceps.
5. Episiotomi berisiko 2,18 kali mengalami perdarahan pasca persalinan
6. Terdapat risiko 1,3 kali lebih besar terjadinya perdarahan postpartum terkait korioamnionitis pada persalinan pervaginam, sedangkan risiko 2,69 kali lebih besar pada persalinan SC. Tindakan pencegahan Mengenali faktor risiko, termasuk faktor risiko antenatal dan intrapartum, melakukan manajemen persalinan yang efektif, secara aktif menangani kala III, dan membuat persiapan untuk perawatan darurat merupakan langkah penting dalam pencegahan perdarahan pascapersalinan.

BAB

5

DETEKSI KEGAWATDARURATAN MATERNAL

A. Deteksi Dini Risiko

Keadaan darurat dapat timbul kapan saja selama masa kehamilan, persalinan, atau masa nifas. Sebelum melakukan deteksi kedaruratan ibu, penting untuk memiliki pemahaman komprehensif tentang penyebab kematian ibu. Penyebab kematian ibu sangat kompleks, namun penyebab langsung seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi harus segera ditangani oleh tenaga kesehatan profesional. Skrining dilakukan untuk mengidentifikasi individu dalam populasi yang berisiko tinggi terkena suatu penyakit. Kriteria penyaringan mengharuskan tindakan ini hemat biaya dan mudah dilakukan. Namun, skrining hanya dapat menilai kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu dan tidak dapat memastikan keberadaan penyakit tersebut secara pasti.

Identifikasi dan Pemeriksaan Berikut adalah beberapa manfaat yang diperoleh dengan mengidentifikasi perempuan yang berisiko:

1. Pengawasan yang lebih ketat
2. Diagnosis yang lebih akurat
3. Intervensi tepat waktu
4. Pencegahan terhadap permasalahan sejak dini

Deteksi Dini Risiko Kehamilan merupakan metode skrining yang dapat mengidentifikasi kesulitan, kelainan, dan penyakit yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Deteksi dini merupakan suatu mekanisme yang berupa pemberian informasi secara tepat waktu dan efisien,

melalui lembaga-lembaga terpilih, sehingga masyarakat dan individu di wilayah rentan mampu mengambil tindakan untuk menghindari atau mengurangi risiko dan mampu bersiap merespons secara efektif. Deteksi dini merupakan suatu mekanisme berupa pemberian informasi secara tepat waktu dan efektif, melalui lembaga-lembaga terpilih, sehingga masyarakat dan individu di daerah rentan dapat mengambil tindakan.

Keuntungan dari deteksi dini antara lain mengurangi kemungkinan kesulitan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, serta mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Kehamilan yang dianggap berisiko tinggi adalah kehamilan di mana ibu dan janin mungkin tidak berada dalam kondisi kesehatan terbaik selama masa kehamilan. Kehamilan berisiko tinggi mencakup beberapa skenario dan kondisi yang berpotensi membahayakan kesejahteraan mental ibu dan janin selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Deteksi dini mengacu pada identifikasi proaktif klien yang berisiko menghadapi masalah, agar dapat segera mengingatkan dan membantu mereka dalam mengelola kondisi dan situasi terkait.

Kunjungan untuk pemeriksaan dan perawatan prenatal Pelayanan antenatal merupakan salah satu bentuk pelayanan preventif yang diberikan oleh program pelayanan kesehatan obstetri. Tujuan pelayanan antenatal adalah untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin yang dilakukan selama kehamilan.

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) merupakan alat skrining yang digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko pada ibu hamil melalui penilaian antenatal berbasis keluarga. Mengidentifikasi faktor risiko ibu hamil yang berperan dalam mengidentifikasi masalah dan membantu pencegahan kesulitan obstetri saat melahirkan. KSPR disusun sebagai perpaduan checklist yang mencakup penyakit ibu hamil dan variabel risikonya, serta mekanisme penilaiannya. Kartu skor dirancang sebagai teknologi yang ramah pengguna, ditandai dengan

kesederhanaan, kemudahan penggunaan, dan adopsi cepat oleh non-ahli. Peran utama KSPR antara lain:

1. Melaksanakan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Mengawasi kesejahteraan ibu dan janin selama masa kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE)
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Melakukan verifikasi kebenaran data pelayanan ibu pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas dengan memperhatikan status kesehatan ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP) pada ibu

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR): Skor 2(hijau)
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): Skor 6 -10 (kuning)
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST): Skor ≥ 12 (merah).

Kriteria kehamilan risiko tinggi dipecah menjadi tiga kategori berbeda, yang masing-masing disajikan dalam bentuk angka atau skor. Penilaiannya menggunakan angka bulat 2, 4, dan 8 untuk setiap variabel, yang kemudian dijumlahkan untuk membentuk skor akhir keseluruhan. Berdasarkan skor agregat, kehamilan berisiko tinggi dapat dibagi menjadi beberapa kategori berikut:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah adalah kehamilan dimana terdapat kemungkinan terjadinya kehamilan pada semua ibu hamil; untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah, skor dua menunjukkan tidak ada komplikasi maupun faktor risiko. Ketika seorang wanita mengandung bayi dengan

risiko komplikasi yang minimal selama kehamilan, ia seharusnya bisa melahirkan tanpa harus dibawa ke dokter spesialis dan dengan bantuan bidan.

2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan yang dianggap berisiko tinggi memiliki skor total antara 6 dan 10, dan menunjukkan adanya satu atau lebih penyebab masalah selama kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi yang masih dalam kandungan, yang berdampak buruk pada kehamilan. baik ibu maupun bayi yang akan dilahirkan kelak. Kategori KRT mewakili sesuatu yang bisa dianggap mendesak namun sebenarnya bukan darurat.

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan dengan risiko sangat tinggi (KRST) dengan skor total kurang dari 12. Ibu hamil yang memiliki dua atau lebih faktor risiko meningkatkan perlunya tindakan tepat waktu berupa rujukan, dan juga memerlukan pertolongan persalinan yang cukup dalam rumah sakit di mana spesialis siap menyediakannya. Berdasarkan temuan, penduduk KRST merupakan kelompok dengan risiko kematian ibu tertinggi. Penilaian KSPR memperhitungkan total dua puluh faktor risiko, yang dapat dipecah menjadi tiga kelompok berbeda.

a. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- 1) Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
- 2) Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
- 3) Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun
- 4) Anak terkecil < 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
- 5) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
- 6) Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua
- 7) Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit

- 8) Pernah gagal kehamilan
- 9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
- 10) Bekas operasi sesar

b. Kelompok Faktor Risiko II

- 1) Penyakit yang diderita oleh ibu: anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
- 2) Preeklampsia ringan
- 3) Kehamilan kembar
- 4) Hidramnion: air ketuban yang terlalu banyak
- 5) IUFD: bayi mati didalam kandungan
- 6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
- 7) Kehamilan letak sungsang
- 8) Kehamilan letak Lintang

c. Kelompok Faktor Risiko III

- 1) Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
- 2) Preeklampsia berat/eklampsia

4. Komplikasi Kehamilan

Komplikasi kehamilan mengacu pada masalah medis yang timbul selama kehamilan. Masalah-masalah ini dapat mencakup komplikasi yang berkaitan dengan kesejahteraan ibu, kesejahteraan bayi, atau keduanya. Setiap individu tertentu mengalami masalah kesehatan terkait kehamilan, sementara yang lain mungkin memiliki kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya yang dapat mengakibatkan komplikasi selama kehamilan. Oleh karena itu, penting bagi perempuan untuk menerima layanan kesehatan sebelum dan selama kehamilan untuk mengurangi kemungkinan kesulitan kehamilan.

Kematian dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan. Kematian terkait kehamilan umumnya timbul dari masalah seperti perdarahan, hipertensi, sepsis, dan kelainan sistem peredaran darah. Sangat penting untuk berhati-hati selama kehamilan untuk menghindari potensi masalah. Tindakan perawatan prenatal apa yang harus dilakukan selama

kehamilan? Pelayanan antenatal (ANC) adalah penilaian komprehensif terhadap kesejahteraan ibu hamil dan janin. Ini mencakup berbagai pengukuran seperti berat badan, tinggi badan, tekanan darah, lingkaran lengan atas, dan tinggi puncak rahim (fundus uteri). Selain itu, ANC meliputi pemberian Imunisasi Tetanus dan tablet zat besi (Fe), pemberian konsultasi, dan pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan hemoglobin, pemeriksaan protein urin, dan analisa golongan darah.

Ibu hamil dengan kesadaran tinggi akan aktif mencari pertolongan medis untuk memitigasi risiko gangguan kehamilan. Tenaga medis profesional seperti dokter dan bidan melakukan pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil untuk memantau pertumbuhan janin dan kesejahteraan ibu. Pemeriksaan ini juga memungkinkan deteksi dini terhadap masalah kesehatan apa pun, yang dapat segera diatasi dengan merujuk ibu ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang lebih baik. Ibu hamil memerlukan suplemen pil zat besi untuk menunjang produksi sel darah merah dan hemoglobin. Janin yang sedang berkembang membutuhkan zat besi selama pertumbuhan dan pematangannya. Semakin bertambahnya usia kehamilan, maka kebutuhan zat besi pun semakin meningkat. Keberadaan zat besi sangat penting untuk penambahan massa hemoglobin dan sintesis mioglobin. Peran utama hemoglobin adalah mengangkut oksigen ke organ-organ tubuh, yang sangat penting untuk proses metabolisme tubuh. Wanita hamil membutuhkan zat besi (Fe) untuk mencegah anemia, sehingga mengurangi risiko pendarahan yang fatal setelah melahirkan. Para ibu membutuhkan pil Bezi meskipun ada sumber zat besi dari makanan. Pemerintah telah memasukkan distribusi pil zat besi ke dalam program ANC. Ibu hamil sering diberi resep minimal 90 tablet zat besi.

B. Komplikasi Kehamilan

Berbagai komplikasi kehamilan, berikut adalah komplikasi yang paling sering terjadi yang dialami selama kehamilan.

1. Anemia

Anemia adalah kelainan medis yang ditandai dengan jumlah sel darah merah sehat yang berada di bawah rata-rata dalam tubuh. Wanita hamil yang menderita anemia mungkin mengalami kelelahan dan kelemahan. Namun demikian, masalah ini dapat diobati secara efektif dengan mengatasi penyebab utamanya, dan selanjutnya diatasi dengan memasukkan suplemen zat besi dan asam folat ke dalam program pengobatan.

Anemia adalah kelainan medis yang ditandai dengan penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan kadar hemoglobin. Berkurangnya sel darah merah dan hemoglobin ini menyebabkan menurunnya kemampuan darah membawa oksigen ke organ penting baik ibu maupun janin. Anemia pada kehamilan ditandai dengan konsentrasi hemoglobin di bawah 10,50 gr/dl pada trimester kedua, dan di bawah 11,00 gr/dl pada trimester pertama dan ketiga.

a. Patofisiologi Anemia

Anemia banyak terjadi pada wanita hamil akibat perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan. Selama kehamilan, tubuh membutuhkan lebih banyak oksigen, sehingga menyebabkan peningkatan produksi eritropoietin. Hal ini, pada gilirannya, menyebabkan peningkatan jumlah plasma. Kehamilan sering kali menyebabkan peningkatan volume darah secara signifikan, suatu kondisi yang dikenal sebagai hipervolemia. Hemodilusi terjadi ketika konsentrasi sel darah lebih rendah dibandingkan plasma, sehingga mengakibatkan pengenceran darah.

Komposisinya terdiri dari 30% plasma, 18% sel darah, dan 19% hemoglobin. Hemodilusi merupakan proses fisiologis yang terjadi selama kehamilan dan

mempunyai manfaat bagi ibu. Ini membantu mengurangi beban pada jantung dengan mengkompensasi curah jantung yang lebih tinggi yang disebabkan oleh hipervolemia. Kerja jantung tidak terlalu memberatkan bila kekentalan darah berkurang. Resistensi perifer diturunkan untuk mencegah peningkatan tekanan darah. Selain itu, ketika terjadi perdarahan selama persalinan, jumlah zat besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan ketika darah ibu tetap kental. Berbeda dengan keadaan dimana darah ibu tetap kental dan lengket (Darmawansyih, 2014).

b. Tanda Dan Gejala Anemia

Gejala umum anemia pada ibu hamil seperti yang dikemukakan oleh El Manan (2011) antara lain kelelahan, lemas, lesu, pucat, gelisah, kurang tenaga, sesak, dan sakit kepala. Pada kasus yang lebih parah, anemia berpotensi memicu terjadinya stroke atau serangan jantung.

c. Klasifikasi Anemia

Darmawansyih (2014) mengkategorikan anemia ke dalam berbagai klasifikasi:

1) Anemia defisiensi besi

Prognosis anemia defisiensi besi adalah gejala anemia akan membaik seiring dengan membaiknya anemia itu sendiri. Efektivitas sediaan zat besi parenteral dalam memperbaiki gejala hanya sedikit berbeda dengan zat besi oral pada kasus anemia defisiensi besi. Kekurangan zat besi merupakan penyebab umum anemia yang sering menyerang wanita usia subur dan ibu hamil. Gejala kondisi ini bervariasi, mulai dari kelelahan ringan hingga detak jantung tidak teratur yang berpotensi membahayakan, kesulitan bernapas, atau indikasi kegagalan curah jantung yang tinggi. Zat besi banyak ditemukan di sel manusia dan berperan penting dalam mengangkut oksigen dari paru-paru ke jaringan, sebagian besar melalui molekul hemoglobin (Hb). Manuaba (2010)

mengategorikan macam-macam anemia pada ibu hamil sebagai berikut:

- a) Normal : Hb 11 gr%
- b) Anemia Ringan : Hb 9-10 gr %
- c) Anemia Sedang : Hb 7-8 gr%
- d) Anemia Berat : < 7 gr%

2) Anemia Megaloblastic

Anemia megaloblastik adalah jenis anemia yang terjadi akibat kekurangan asam folat, dan dalam kasus yang jarang terjadi, akibat kekurangan vitamin B12. Defisiensi vitamin B12, salah satu jenis anemia, umumnya terjadi pada wanita dengan asupan terbatas sayuran berdaun segar atau pola makan kaya protein hewani.

3) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik adalah suatu kondisi yang ditandai dengan percepatan pemecahan sel darah merah, melebihi tingkat produksinya.

4) Anemia Hipoplastik dan Aplastik

Anemia hipoplastik adalah suatu kondisi yang ditandai dengan berkurangnya kapasitas sumsum tulang belakang untuk menghasilkan sel darah baru, sehingga mengakibatkan anemia. Anemia disebabkan oleh obat-obatan atau zat lain, infeksi, radiasi, leukemia, dan penyakit imunologi pada sekitar 33% kasus.

d. Dampak buruk Anemia

Prawirohardjo (2016) menyatakan bahwa anemia pada ibu hamil memperparah terjadinya kesulitan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Anemia selama kehamilan dapat menimbulkan berbagai dampak, mulai dari gejala ringan hingga komplikasi yang lebih serius. Komplikasi ini dapat mencakup masalah pada kehamilan itu sendiri, seperti keguguran atau kelahiran prematur, kesulitan selama persalinan, seperti kontraksi yang lemah atau persalinan yang lama, masalah pada masa nifas,

seperti tertundanya penyembuhan rahim, peningkatan kerentanan terhadap infeksi, dan berkurangnya kehamilan. produksi ASI, serta komplikasi pada janin, seperti keguguran, hambatan pertumbuhan, berat badan lahir rendah, dan peningkatan risiko kematian pada saat kelahiran.

e. Pencegahan Anemia

Secara nasional, suplementasi tablet zat besi telah digunakan untuk mencegah anemia, khususnya pada wanita hamil, wanita bekerja, dan wanita menikah, selama masa prenatal. Wanita hamil sangat dianjurkan untuk menggunakan obat ini setiap hari selama 3 bulan.

- 1) Jagalah kebersihan setiap saat.
- 2) Pastikan istirahat yang cukup.
- 3) Konsumsi makanan yang bergizi dan kaya akan zat besi (Fe). Contoh makanannya antara lain pisang, daun pepaya, kangkung, daging, hati ayam, dan susu.
- 4) Ibu hamil sebaiknya rutin memantau kehamilannya minimal 4 kali

Selama kehamilan, penting untuk berkonsultasi dengan grafik nutrisi untuk mengetahui kandungan zat besi dan vitamin. Makanan seimbang tiga kali sehari, dengan porsi dua kali lebih besar dari biasanya (Darmawansy et al., 2014).

C. Tekanan Darah Tinggi

Hipertensi muncul ketika arteri yang bertugas mengangkut darah dari jantung ke organ dan plasenta menyempit. Penyakit ini menimbulkan potensi ancaman terhadap kesehatan ibu dan bayinya, yang menyebabkan berbagai komplikasi kesehatan. Selain itu, hal ini meningkatkan kemungkinan berbagai masalah tambahan selama kehamilan, termasuk preeklamsia, solusio plasenta, dan diabetes gestasional. Ibu hamil yang menderita hipertensi juga lebih rentan mengalami persalinan prematur, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, dan menghadapi kematian bayi.

Oleh karena itu, sangat penting untuk berkonsultasi dengan dokter kandungan atau bidan mengenai masalah tekanan darah sebelum kehamilan, untuk memfasilitasi penerapan tindakan yang sesuai untuk mengelola dan mengatur tekanan darah ibu sebelum pembuahan. Pemberian obat untuk hipertensi sangat penting sebelum, selama, dan setelah kehamilan.

D. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah terjadinya diabetes pada seorang wanita selama kehamilan, meskipun dia tidak menderita diabetes sebelum hamil. Perubahan hormonal yang disebabkan oleh kehamilan mengganggu kemampuan tubuh untuk membuat atau memanfaatkan insulin secara memadai, sehingga menyebabkan kadar gula darah tidak stabil. Akibatnya, akumulasi glukosa dalam aliran darah dapat menyebabkan perkembangan diabetes selama kehamilan.

Mematuhi pola makan bergizi dan mengikuti rencana pengobatan yang ditentukan oleh dokter kandungan adalah pendekatan paling efektif untuk mengurangi atau menghindari komplikasi terkait diabetes selama kehamilan. Jika tidak ditangani, diabetes gestasional dapat menyebabkan perkembangan preeklamsia dan kelahiran bayi makrosomia, sehingga meningkatkan kemungkinan operasi caesar.

E. Preeklamsia

Suatu kondisi berbahaya yang disebut preeklamsia, yang dapat mengakibatkan kelahiran prematur dan membahayakan nyawa ibu. Penyebabnya belum diketahui secara pasti, namun ada faktor-faktor tertentu yang membuat wanita tertentu mempunyai risiko lebih besar terkena penyakit ini. Faktor-faktor tersebut antara lain sedang hamil dua anak atau lebih, berusia di atas 35 tahun, memiliki riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, memiliki kondisi medis tertentu (diabetes, darah tinggi, dan penyakit ginjal), serta

memiliki riwayat penyakit preeklampsia. dari pre-eklampsia. Penyebab kondisi ini tidak diketahui.

F. Persalinan Prematur

Persalinan prematur mengacu pada terjadinya persalinan sebelum selesainya usia kehamilan 37 minggu pada seorang wanita. Persalinan terjadi sebelum selesainya perkembangan organ bayi, termasuk paru-paru dan otak. Obat-obatan tertentu mempunyai kemampuan untuk menghentikan proses persalinan. Dokter biasanya merekomendasikan istirahat di tempat tidur untuk mengurangi risiko kelahiran prematur.

G. Keguguran

Keguguran, juga dikenal sebagai aborsi spontan, mengacu pada kematian bayi yang sedang berkembang yang terjadi dalam 20 minggu pertama masa kehamilan. Menurut American Kehamilan Association (APA), sekitar 20 persen kehamilan pada wanita tanpa komplikasi kesehatan akan mengakibatkan keguguran. Kadang-kadang, fenomena ini mungkin terjadi sebelum seorang wanita menyadari kehamilannya. Mencegah keguguran umumnya tidak dapat dilakukan pada sebagian besar kasus. Lahir mati mengacu pada hilangnya kehamilan yang terjadi setelah minggu ke-20. Seringkali, penyebabnya masih belum diketahui. Kemungkinan penyebab lahir mati termasuk kelainan plasenta, kondisi kesehatan kronis ibu, dan infeksi.

H. Infeksi

Selama kehamilan, janin yang sedang berkembang di dalam rahim ibu terlindung dari penyakit tertentu, termasuk flu biasa atau kolik. Namun demikian, infeksi tertentu berpotensi membahayakan ibu, bayi, atau keduanya. Beberapa contohnya termasuk infeksi HIV, virus hepatitis, infeksi menular seksual, dan tuberkulosis. Infeksi tertentu dapat berdampak buruk pada kehamilan dan menimbulkan risiko signifikan bagi ibu dan bayinya.

Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk segera menjalani pemeriksaan dan pengobatan terhadap infeksi ini, serta menerima vaksinasi terhadap virus. Contohnya seperti hepatitis B dan human papillomavirus digunakan untuk mencegah dampak negatif pada kehamilan.

I. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah suatu kondisi kehamilan yang sering timbul pada tahap awal kehamilan dan ditandai dengan muntah-muntah hebat. Jika tidak diobati, hal ini dapat menyebabkan dehidrasi parah dan hematemesis. Sindrom ini berbeda dengan mual di pagi hari atau mual dan muntah, yang sering kali bermanifestasi sebagai tanda awal kehamilan pada usia kehamilan sekitar 1 bulan dan berhenti pada bulan ke-3 kehamilan. Namun demikian, mual dan muntah yang disebabkan oleh hiperemesis gravidarum tetap ada menjelang akhir trimester awal, mencapai titik tertinggi pada minggu ke-20 dan bertahan sepanjang kehamilan.

Hiperemesis Gravidarum mengacu pada kondisi mengalami mual dan muntah yang parah dan terus-menerus selama kehamilan, sehingga menghambat kemampuan seseorang dalam menjalankan tugas sehari-hari. Wanita hamil sering kali mengalami tingkat ketidaknyamanan yang menghambat aktivitas sehari-hari, terutama karena dehidrasi yang memperparah gejalanya.

Hiperemesis gravidarum mengacu pada kondisi mengalami mual dan muntah parah selama kehamilan. Muntah berbahaya ini berbeda dengan mual di pagi hari yang biasa dialami oleh ibu hamil karena tingkat keparahannya yang semakin parah dan durasinya yang lama sepanjang trimester awal kehamilan. Tiga bulan awal kehamilan.

1. Etiologi

Etiologi hiperemesis gravidarum masih belum jelas. Penelitian yang dilakukan terhadap 1.301 kasus hiperemesis gravidarum di Kanada telah mengidentifikasi banyak variabel risiko yang terkait dengan kondisi ini. Gravidarum

Di Kanada, diketahui bahwa variabel-variabel tertentu meningkatkan kemungkinan terjadinya hiperemesis gravidarum, seperti masalah yang berhubungan dengan hipertiroidisme, gangguan kejiwaan, penyakit gastrointestinal, dan diabetes pregestasional. Diabetes pregestasional. Terdapat kekurangan data yang menunjukkan bahwa penyakit ini disebabkan oleh zat berbahaya, dan tidak ada kelainan biokimia yang terdeteksi.

Berikut adalah beberapa faktor predisposisi dan faktor lainnya yang teridentifikasi:

- a. Wanita hamil pertama kali, pertumbuhan jaringan plasenta tidak normal, dan janin lebih dari satu. Meningkatnya kejadian mola hidatidosa dan kehamilan ganda menunjukkan potensi keterlibatan mekanisme hormonal, karena kedua kondisi tersebut mengakibatkan produksi hormon korionik gonadotropin yang berlebihan.
- b. Masuknya vili korionik ke dalam aliran darah ibu dan perubahan metabolik yang disebabkan oleh kehamilan, serta berkurangnya toleransi ibu terhadap perubahan ini, merupakan faktor organik.
- c. Reaksi alergi. Salah satu aspek organiknya adalah jaringan ibu yang merespons bayi.
- d. Faktor psikologis sangat mempengaruhi penyakit ini, karena faktor seperti rumah tangga yang terganggu, pengangguran, kecemasan terhadap kehamilan dan persalinan, serta kekhawatiran akan tanggung jawab sebagai ibu dapat menimbulkan konflik mental. Konflik ini dapat memperburuk gejala mual dan muntah, yang mungkin merupakan ekspresi penolakan yang tidak disadari terhadap kehamilan atau sebagai cara untuk menghindari tantangan hidup.

2. Tanda Dan Gejala

- a. Muntah yang berat
- b. Sering haus
- c. Dehidrasi
- d. Berat badan Menurun

- e. KU menurun
- f. Suhu tubuh meningkat
- g. Terjadi ikterus
- h. Kesadaran menurun delirium
- i. Laboratorium : Protein, Aseton, Urobilinogen, dalam urine bertambah

3. Klasifikasi

Hiperemesis Gravidarum dibagi menjadi 3 tingkatan, diantaranya yang lain:

a. Tingkat I : Ringan

Muntah terus menerus yang mempengaruhi kondisi umum, kelemahan, kurang nafsu makan, penurunan berat badan dan nyeri epigastrium, nyeri epigastrium. Frekuensi denyut nadi pasien meningkat menjadi sekitar 100 per menit, tekanan darah sistolik turun, turgor kulit lidah menurun mata kering dan cekung

b. Tingkat II: Tingkat sedang

Kondisi umum pasien memburuk karena mual dan muntah yang parah. Hal ini ditandai dengan gejala seperti lemas, apatis, turgor kulit memburuk, lidah kering dan tidak bersih, serta tanda dehidrasi yang semakin terlihat. Selain itu, pasien mungkin mengalami denyut nadi yang kecil dan cepat, serta suhu tubuh yang meningkat.

c. Tahap III: Berat

Tingkat kesadaran pasien beralih dari mengantuk ke koma, disertai muntah, denyut nadi berhenti sebentar dan cepat, peningkatan suhu, dan penurunan tekanan darah lebih lanjut.

4. Patofisiologi

Secara fisiologis, mual disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen. Namun jika mual dan muntah terus berlanjut dapat mengakibatkan dehidrasi, hiponatremia, hipokloremia, penurunan klorida urin, hemokonsentrasi, gangguan perfusi darah ke jaringan, dan penumpukan zat beracun. Patofisiologi hiperemesis gravidarum yang tepat

masih menjadi bahan perdebatan dan perselisihan. Hiperemesis gravidarum dapat menghabiskan simpanan karbohidrat dan lipid untuk pemanfaatan energi. Ketosis muncul dari oksidasi parsial lipid, yang mengakibatkan adanya asam asetat, asam hidroksi butirat, dan aseton dalam aliran darah. Asupan cairan yang tidak mencukupi dan kehilangan cairan akibat muntah dapat menyebabkan dehidrasi, yang mengakibatkan penurunan cairan ekstraseluler dan volume plasma.

Selain itu, dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi, yang menyebabkan berkurangnya sirkulasi darah ke jaringan. Hal ini menyebabkan berkurangnya pasokan nutrisi dan oksigen ke jaringan, sehingga mengakibatkan akumulasi bahan kimia metabolik dan beracun. Muntah dan peningkatan ekskresi ginjal menyebabkan kekurangan kalium, yang pada gilirannya memperburuk kondisi pasien dengan menyebabkan lebih seringnya muntah dan kerusakan hati.

5. Komplikasi

Salah satu komplikasi umum yang terkait dengan hiperemesis gravidarum adalah

- a. Depresi, yang cukup umum terjadi.
- b. Dehidrasi meningkatkan kerentanan terhadap ketoasidosis diabetikum Individu yang didiagnosis menderita diabetes tipe 1.
- c. Ketidakseimbangan elektrolit diamati pada semua pasien dengan Muntah kronis, alkalinitas berlebihan dalam tubuh, rendahnya kadar kalium, dan rendahnya kadar natrium.
- d. Malnutrisi, bersamaan dengan ketosis, anemia, dan hypoalbuminemia (Edward, 2010). Pasien mengalami dehidrasi parah, penyakit kuning, detak jantung cepat, dan suhu tubuh meningkat. Ada alkalosis, gangguan emosional yang berkaitan dengan kehamilan dan ikatan keluarga, serta penarikan diri. Dinamika kehamilan dan keluarga, pelepasan emosi, dan gejala depresi.

6. Factor Resiko

Faktor risiko terjadinya hiperemesis gravidarum diantaranya adalah:

- a. Level hormon β -hCG yang tinggi. Hormon ini meningkat cepat pada triwulan pertama kehamilan dan dapat memicu bagian dari otak yang mengontrol mual dan muntah.
- b. Peningkatan level estrogen. Mempengaruhi bagian otak yang mengontrol mual dan muntah.
- c. Perubahan saluran cerna. Selama kehamilan, saluran cerna terdesak karena memberikan ruang untuk perkembangan janin. Hal ini dapat berakibat refluks asam (keluarnya asam dari lambung ke tenggorokan dan lambung bekerja lebih lambat menyerap makanan sehingga menyebabkan mual dan muntah.
- d. Faktor psikologis. Stress dan kecemasan dapat memicu terjadinya morning sickness.
- e. Diet tinggi lemak. Risiko hiperemesis gravidarum meningkat sebanyak 5 kali untuk setiap penambahan 15 g lemak jenuh setiap harinya.
- f. *Helicobacter pylori*. Penelitian melaporkan bahwa 90% kasus kehamilan dengan hiperemesis gravidarum juga terinfeksi dengan bakteri ini, yang dapat menyebabkan luka pada lambung.

J. Infeksi Saluran Kencing (ISK)

Ibu hamil yang menunda buang air kecil berisiko lebih tinggi terkena infeksi saluran kemih atau ISK. Wanita hamil rentan terkena Infeksi Saluran Kemih (ISK) karena adanya perubahan jaringan saluran kemih akibat hormon kehamilan sehingga meningkatkan kerentanannya terhadap infeksi. Infeksi saluran kemih (ISK) terjadi akibat infeksi bakteri yang secara khusus menargetkan sistem saluran kemih dan kandung kemih. Infeksi saluran kemih (ISK) yang tidak diobati pada ibu hamil dapat menimbulkan risiko yang signifikan.

Beberapa contoh komplikasi ini termasuk infeksi ginjal dan kelahiran dini pada bayi. Ini adalah kondisi terkait kehamilan yang dapat terjadi pada ibu hamil dan tergolong penyakit. Gejala utama yang terlihat pada wanita hamil dengan ISK termasuk disuria, sakit pinggang, demam, dan urin berbau busuk dengan tampilan keruh.

K. Kehamilan Ektopik

Komplikasi kehamilan tambahan adalah kehamilan ektopik. Kehamilan ektopik adalah hasil implantasi sel telur yang telah dibuahi di luar rahim. Kehamilan ektopik umumnya dikenal sebagai 'kehamilan di luar rahim' karena alasan ini. Meski mengidap penyakit ini, Anda mungkin masih mengalami beberapa gejala khas kehamilan, seperti nyeri payudara, kelelahan, dan mual. Memanfaatkan test pack juga dapat memberikan hasil yang bermanfaat. Manifestasi dan indikasi masalah kehamilan ini menunjukkan variabilitas dan berbeda-beda antar individu. Gejala utama kehamilan ektopik meliputi pendarahan vagina, mual dan muntah, serta nyeri perut bagian bawah. Meski demikian, beberapa wanita tidak menunjukkan gejala apa pun dari kehamilan ektopik. Jika Anda mengalami kelainan apa pun selama kehamilan, sangat penting untuk segera mencari nasihat medis.



L. Inkompetensi Serviks

Inkompetensi serviks adalah masalah potensial kehamilan yang biasanya muncul pada akhir trimester kedua. Sindrom ini bisa muncul pada minggu ke-20 kehamilan. Leher rahim adalah struktur anatomi yang berfungsi sebagai persimpangan antara vagina dan rahim. Inkompetensi serviks mengacu pada ketidakmampuan serviks untuk menahan tekanan yang diberikan oleh rahim yang membesar selama kehamilan.

Peningkatan tekanan yang progresif menyebabkan penipisan dan melemahnya serviks, mengakibatkan pelebaran dini sebelum bulan kesembilan. Insufisiensi serviks dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan kelahiran prematur. Karena kurangnya kesiapan janin untuk hidup mandiri di luar rahim, maka tidak mungkin untuk mempertahankan hidupnya. Inilah akibat paling besar dari masalah kehamilan. Indikator utama inkompetensi serviks meliputi nyeri panggul, keputihan tidak normal, dan kram perut.

M. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan situasi di mana kantung ketuban pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu selesai. Masalah kehamilan ini dapat menimbulkan risiko yang signifikan terhadap kesejahteraan bayi. Ketuban pecah dini dapat mengakibatkan kelahiran prematur sehingga bayi harus segera dilahirkan karena tidak adanya pelindung terhadap infeksi. Gejala utama KPD adalah keputihan dan pakaian dalam yang jenuh dengan banyak cairan.

N. Preeklampsia

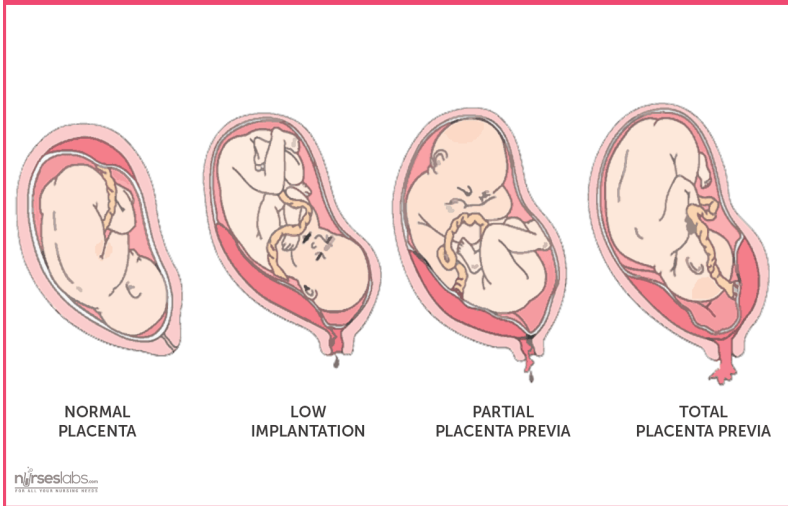
Preeklampsia adalah kelainan medis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan adanya protein dalam urin. Masalah kehamilan ini biasanya muncul setelah minggu ke-20 kehamilan. Hipertensi selama kehamilan dapat menghambat perfusi darah plasenta. Hal ini menyebabkan malnutrisi dan

hipoksia pada janin karena kurangnya pasokan nutrisi dan oksigen dari aliran darah ibu, yang menyebabkan kesulitan selama kehamilan. Preeklampsia dapat mengganggu kehamilan dan meningkatkan kemungkinan kelahiran prematur. Preeklampsia yang tidak diobati dapat mengakibatkan komplikasi kehamilan seperti eklamsia (kejang), gagal ginjal, dan, dalam kasus yang parah, kematian bagi ibu dan janin. Preeklampsia biasanya ditandai dengan peningkatan tekanan darah, peningkatan kadar protein dalam urin, edema pada tangan dan kaki, serta adanya memar.

O. Placenta Previa

Plasenta previa adalah masalah kehamilan yang sering teridentifikasi pada tahap akhir kehamilan. Plasenta previa adalah kelainan medis yang ditandai dengan tertutupnya sebagian atau seluruh leher rahim ibu oleh plasenta. Plasenta previa adalah suatu kondisi yang dapat menyebabkan pendarahan yang signifikan selama kehamilan dan persalinan, sehingga merupakan komplikasi kehamilan yang penting. Jika Anda menderita plasenta previa, operasi caesar diperlukan untuk melahirkan bayi Anda. Wanita hamil yang teridentifikasi menderita plasenta previa pada tahap awal kehamilan memiliki kemungkinan besar untuk sembuh jika segera ditangani. Perdarahan vagina yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak menimbulkan rasa sakit merupakan gejala utama. Selain itu, wanita tertentu mungkin mengalami kontraksi yang disertai pendarahan vagina. Pendarahan dapat berhenti dan kambuh lagi selama beberapa hari atau minggu setelahnya. Tanda-tanda tambahan plasenta previa termasuk kram perut atau nyeri hebat.

Types of Placenta Previa



P. Kelahiran Prematur

Kelahiran prematur mengacu pada terjadinya kontraksi dan persalinan sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu. Terdapat hubungan langsung antara usia kehamilan saat terjadinya persalinan prematur dengan terjadinya kesulitan kehamilan pada bayi. Semakin muda usia kehamilan, semakin tinggi kemungkinan terjadinya komplikasi. Kelahiran prematur biasanya ditandai dengan gejala seperti diare, kontraksi tidak nyaman sebelum minggu ke-37, keputihan, dan pendarahan. Indikasi dan manifestasi persalinan prematur seringkali timbul tanpa adanya antisipasi sebelumnya. Variasi gejala ini disebabkan oleh sifat unik setiap kehamilan. Seorang ibu hamil rentan mengalami kematian jika mengalami kelahiran prematur akibat kesulitan yang dialami selama kehamilannya.

Q. Stillbirth

Lahir mati mengacu pada peristiwa kematian janin yang tidak menguntungkan baik selama kehamilan atau segera setelah melahirkan. Lahir mati bisa terjadi bila usia kehamilan sudah lebih dari 20 minggu. Menurut WHO, angka kematian

janin pada tahun 2015 sebesar 2,6 juta jiwa dengan rata-rata 7.178 kematian per hari. Indikasi terjadinya gangguan kehamilan ini antara lain terjadinya pendarahan terutama pada kehamilan trimester kedua, dan berkurangnya aktivitas janin di dalam rahim.

BAB

6

KOMPLIKASI PERSALINAN

Menjalani kehamilan dan persalinan merupakan suatu usaha yang penuh tantangan. Komplikasi atau indikasi bahaya tidak hanya timbul pada saat kehamilan saja, namun juga pada saat proses persalinan.

Setelah mengalami gejala-gejala persalinan, ibu harus segera pergi ke rumah sakit untuk memulai proses persalinan tanpa penundaan. Pastikan pengaturan yang diperlukan untuk persalinan dan peralatan melahirkan tersedia. Komplikasi dapat terjadi kapan saja selama proses persalinan atau persalinan. Selain itu, terdapat kondisi tertentu pada ibu yang membuat mereka lebih rentan mengalami kesulitan, baik melalui persalinan normal maupun operasi caesar. Misalnya, usia kehamilan melebihi 42 minggu, usia ibu sudah lanjut, atau ibu mempunyai masalah kesehatan tertentu, dan masih banyak lagi faktor lainnya. Memang benar, masa kehamilan 9 bulan yang berlangsung tanpa masalah tetap saja rentan terhadap potensi komplikasi atau indikator bahaya pada tahap akhir persalinan.

Ada beragam komplikasi persalinan yang bisa terjadi pada saat persalinan, yang meliputi:

A. Persalinan Lama

Persalinan lama atau bisa juga disebut dengan persalinan macet, yang merupakan masalah persalinan yang ditandai dengan lamanya proses persalinan. Durasi dari permulaan pembukaan serviks hingga kelahiran bayi secara signifikan lebih lama dibandingkan durasi rata-rata. Persalinan lama,

sebagaimana didefinisikan oleh American Kehamilan Association, mengacu pada durasi yang melebihi 20 jam, khususnya dalam kasus persalinan pertama kali. Bagi individu yang pernah menjalani persalinan sebelumnya, persalinan dikatakan tidak berhasil bila melebihi durasi 14 jam.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan persalinan berkepanjangan antara lain:

1. Dilatasi serviks yang tertunda
2. Penipisan serviks secara bertahap
3. Bayi berukuran besar
4. Jalan lahir atau panggul sempit
5. Bayi lebih dari satu
6. Variabel psikologis, kecemasan, ketegangan, dan ketakutan.

Untuk mengatasi masalah ini, dokter akan menyarankan untuk tetap tenang dan bersabar. Melakukan aktivitas seperti jalan kaki, tidur siang, atau mandi air hangat dapat mempercepat proses persalinan. Jika semua upaya lain tidak berhasil, dokter mungkin akan meresepkan obat-obatan pemicu persalinan atau menyarankan operasi caesar.

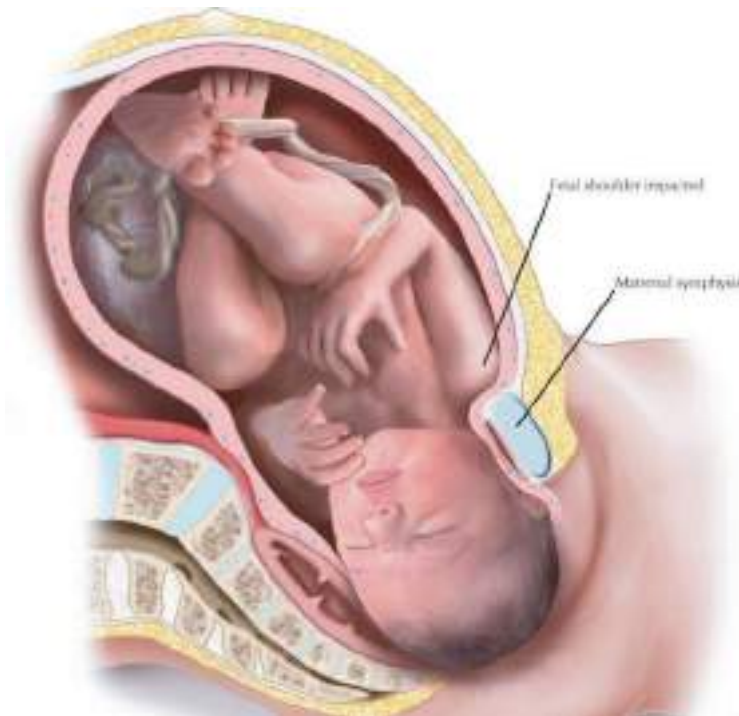
B. Distosia Bahu

Distosia bahu mengacu pada situasi ketika kepala bayi telah keluar dari vagina, namun bahu tetap terjebak dan tidak dapat melewatinya. Meskipun jarang, komplikasi persalinan ini dapat terjadi dan menyebabkan sekitar 50% individu yang terkena harus menjalani operasi caesar. Dokter menyadari potensi terjadinya distosia bahu pada individu yang menjalani persalinan normal atau normal dan dapat melakukan tindakan berikut:

1. Ubah posisi ibu
2. Putar bahu bayi secara manual
3. Selain itu, episiotomi, yang melibatkan pembedahan memperbesar saluran persalinan untuk mengakomodasi bahu bayi, dapat dilakukan.

Permasalahan ketenagakerjaan sementara ini dapat diatasi. Namun jika detak jantung bayi tidak normal, hal tersebut mungkin menandakan adanya gangguan seperti:

1. Kerusakan pleksus brakialis janin mengacu pada cedera saraf yang secara khusus berdampak pada bahu, lengan, dan tangan. Namun perlu diperhatikan bahwa lesi ini berpotensi pulih secara alami seiring berjalannya waktu.
2. Patah tulang janin, khususnya patah tulang selangka, biasanya mempunyai kemampuan untuk mengalami penyembuhan.
3. Kerusakan otak hipoksik-iskemik mengacu pada keadaan di mana otak menerima pasokan oksigen yang tidak mencukupi. Meski jarang terjadi, kelainan ini berpotensi mengancam jiwa dan mengakibatkan gangguan otak.

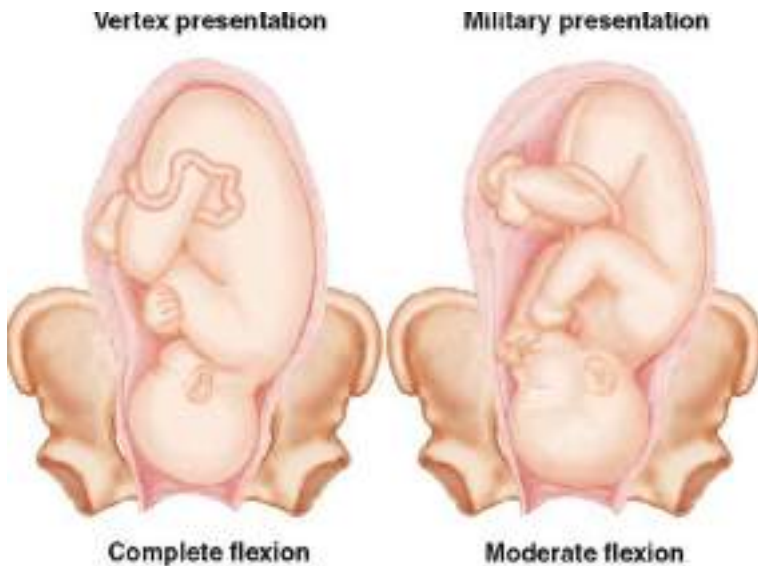


C. Cephalopelvic Disproportion (CPD)

“CPD atau *cephalopelvic disproportion* adalah suatu kondisi di mana kepala atau tubuh bayi terlalu besar untuk masuk melalui panggul ibu. Kondisi ini dapat menyebabkan persalinan macet sehingga sulit untuk ibu bisa melahirkan secara normal.”

Disproporsi sefalopelvik mengacu pada kondisi di mana bayi mengalami kesulitan saat melahirkan karena ukurannya yang terlalu besar untuk melewati panggul ibu. Komplikasi bisa timbul akibat cephalopelvic disproportion (CPD) ketika ukuran kepala bayi melebihi kapasitas panggul ibu. Jika ukuran kepala bayi tidak terlalu besar, kecilnya ukuran panggul ibu tidak menjadi masalah. CPD biasanya ditangani melalui operasi caesar karena persalinan pervaginam tidak memungkinkan.

Sebaliknya, komplikasi persalinan yang berkaitan dengan penempatan tubuh atau kepala bayi di dalam rahim berpotensi menyebabkan CPD. Karena kondisi ini, persalinan bisa terhambat sehingga sulit mengeluarkan bayi melalui jalur vagina. Bila persalinan ibu sudah terlalu lama, pembukaan serviks terhenti, atau bayi tidak turun melalui panggul, dokter akan menggunakan metode persalinan yang paling aman, yaitu operasi caesar.



1. Penyebab CPD

CPD adalah kondisi yang bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor, mulai dari ukuran panggul ibu terlalu kecil, posisi janin yang tidak normal, hingga ukuran janin terlalu besar. Berikut penjelasan lengkapnya.

a. Ukuran Panggul Ibu Lebih Sempit

Salah satu penyebab CPD adalah ukuran panggul ibu yang cenderung lebih sempit dibandingkan ukuran panggul pada umumnya. Kondisi ini bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya adalah:

- 1) Faktor genetik, misalnya memiliki ibu dengan panggul yang sempit.
- 2) Kelainan bentuk panggul akibat cacat lahir.
- 3) Pernah menjalani tindakan operasi pada area panggul.
- 4) Riwayat cedera panggul.
- 5) Pertumbuhan tulang yang tidak normal pada area panggul.
- 6) Malnutrisi.
- 7) Kadar hormon androgen berlebih di dalam tubuh.
- 8) Memiliki perawakan pendek dengan tinggi badan kurang dari 145 cm.

b. Ukuran Kepala atau Tubuh Janin Terlalu Besar

Ukuran kepala atau tubuh janin yang terlalu besar juga menjadi salah satu penyebab CPD yang umum terjadi. Bahkan, berat badan janin yang melebihi 4.000 gram juga turut meningkatkan risiko terjadinya CPD. Bobot janin yang besar tersebut bisa dipengaruhi oleh faktor keturunan atau diabetes gestasional yang dialami sang ibu. Ukuran kepala yang lebih besar dari rata-rata seperti pada kasus bayi dengan hidrosefalus juga dapat menjadi faktor penyebab CPD.

c. Posisi Janin Tidak Normal

Posisi janin yang melintang atau sungsang juga dapat menyulitkan proses persalinan normal karena janin sulit melewati panggul.

2. Faktor Risiko CPD

Adapun sejumlah faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya CPD adalah sebagai berikut:

- a. Obesitas selama masa kehamilan.
- b. Usia kehamilan melebihi 41 minggu.
- c. Usia ibu di atas 35 tahun saat kehamilan.
- d. Ibu memiliki tinggi badan di bawah 145 sentimeter.
- e. Diabetes gestasional.
- f. Polihidramnion, yaitu kondisi yang ditandai dengan adanya cairan ketuban berlebih selama kehamilan.
- g. Kehamilan pertama.
- h. Hamil di usia remaja saat tulang panggul belum terbentuk sempurna.
- i. Ukuran diameter panggul ibu yang sempit (kurang dari 9,5 cm).

3. Gejala CPD

CPD biasanya tidak menunjukkan gejala tertentu selama masa kehamilan. Namun, menjelang persalinan, ibu hamil yang mengalami CPD sering kali menampakkan tanda dan gejala seperti berikut ini:

- a. Kontraksi rahim yang kurang kuat atau bahkan tidak ada sama sekali.
- b. Pembukaan rahim yang terjadi secara perlahan atau tidak membuka sama sekali.
- c. Proses persalinan berlangsung lebih lama dari yang diperkirakan.
- d. Kepala janin tidak kunjung masuk ke panggul atau jalan lahir.
- e. Induksi persalinan tidak berhasil memajukan proses persalinan.

4. Komplikasi CPD

CPD adalah kondisi yang perlu diwaspadai karena dapat menyebabkan proses persalinan berlangsung lama. Bahkan, jika tidak ditangani dengan tepat, kondisi tersebut berisiko menimbulkan sejumlah komplikasi, di antaranya:

- a. Cedera pada kepala bayi.
- b. Kelainan bentuk kepala bayi.
- c. Prolaps tali pusat.
- d. Perdarahan.
- e. Cedera rahim.
- f. Ruptur perineum.
- g. Bahu bayi tersangkut di jalan lahir atau vagina (distosia bahu).

5. Diagnosis dan Pemeriksaan CPD

Seerti yang telah dijelaskan, CPD cenderung tidak menunjukkan gejala selama masa persalinan. Karena itu, kondisi ini biasanya baru diketahui setelah proses persalinan normal berlangsung. Kendati demikian, terdapat sejumlah prosedur pemeriksaan yang bisa dilakukan dokter untuk mengetahui kemungkinan adanya CPD pada pasien, di antaranya:

- a. Pemeriksaan fisik panggul dengan mengukur diameter panggul ibu secara langsung.
- b. USG (ultrasonografi) untuk membantu mengukur ukuran panggul ibu dan kepala janin.
- c. MRI (Magnetic Resonance Imaging) untuk mengetahui kondisi panggul ibu dan posisi janin di dalam kandungan.

6. Penanganan CPD

Apabila tidak menunjukkan gejala yang membahayakan, dokter dapat membantu proses persalinan pasien CPD dengan bantuan vakum atau forcep untuk mengeluarkan bayi. Namun, jika CPD menyebabkan persalinan berlangsung sangat lama, pasien akan disarankan untuk menjalani operasi caesar agar terhindar dari komplikasi serius.

Pada kasus-kasus di mana tidak dapat dilakukan operasi caesar, operasi berisiko tinggi, atau terjadi obstruksi dengan posisi bayi sungsang, dokter juga dapat melakukan symphysiotomy atau prosedur pembedahan tulang rawan pada kemaluan pasien CPD untuk mengeluarkan bayi dari kandungan. Namun, metode ini masih menjadi kontroversi

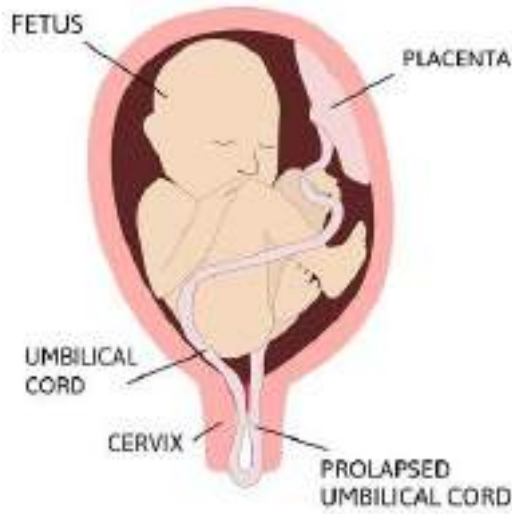
karena dinilai berisiko komplikasi yang tinggi, sehingga penggunaannya sebagai metode alternatif masih diperdebatkan.

D. Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat terjadi ketika tali pusat berada di antara bagian terendah janin dan leher rahim. Situasi ini merupakan keadaan darurat obstetri yang kritis. Prolaps tali pusat diklasifikasikan menjadi dua kategori: prolaps nyata dan prolaps tersembunyi. Prolaps nyata adalah kondisi tali pusat menonjol keluar dari bagian janin dan keluar dari leher rahim sehingga terlihat pada pemeriksaan spekulum akibat pecahnya selaput ketuban. Prolaps tali pusat yang tersembunyi, juga dikenal sebagai tali pusat terdapat, mengacu pada suatu kondisi di mana tali pusat terletak di sisi janin tetapi tetap tersembunyi di dalam leher rahim karena selaput ketuban yang tidak terputus.

Selama masa kehamilan, tali pusat berfungsi sebagai jalur vital bagi perkembangan janin. Tali pusat memfasilitasi transfer nutrisi dan oksigen dari ibu ke janin yang sedang berkembang, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangannya di dalam rahim ibu. Kadang-kadang, dalam proses melahirkan, tali pusat bisa mendahului cairan ketuban dengan masuk ke leher rahim terlebih dahulu. Tali pusat mungkin menonjol dari vagina sebelum bayi lahir, sehingga menyebabkan masalah selama proses persalinan.

Istilah medis untuk masalah ini adalah prolaps tali pusat. Terjadinya prolaps tali pusat saat persalinan menimbulkan risiko yang signifikan terhadap kesejahteraan bayi. Hal ini terjadi karena adanya potensi penyumbatan atau penghentian total sirkulasi darah di dalam tali pusat. Pastikan intervensi medis segera ketika masalah persalinan ini muncul.



1. Etiologi

Penyebab prolaps tali pusat disebabkan oleh beberapa masalah terkait kehamilan atau dapat bersifat iatrogenik. Diagnosis prolaps tali pusat ditentukan melalui pemeriksaan vagina atau dengan memeriksa area tersebut dengan spekulum. Pada palpasi, tali pusat dapat dirasakan sebagai massa yang lembut dan berdenyut. Pada pemeriksaan, akord mungkin menonjol ke dalam vagina. Curigai prolaps tali pusat jika terdapat detak jantung janin yang tidak teratur atau bradikardia, terutama pada kasus dengan ketuban pecah. Jika tali pusat terlepas dari leher rahim sebelum bayi melahirkan, hal ini dapat menyebabkan kondisi yang disebut prolaps tali pusat. Hal ini dapat mengakibatkan berkurangnya pasokan oksigen ke janin di dalam rahim, yang dikenal sebagai hipoksia janin intrauterin. Oleh karena itu, sangat penting untuk segera melahirkan bayi ketika terjadi prolaps tali pusat.

Metode persalinan yang dipilih umumnya sectio caesarea. Pada kasus yang jarang, persalinan per vaginam menjadi pilihan karena dapat lebih cepat, tetapi harus dilakukan oleh spesialis obstetrik yang berpengalaman. Tata laksana sementara dengan dekompresi tali pusat dapat

dilakukan saat proses rujukan, hingga persalinan memungkinkan.

2. Klasifikasi

- a. Tali pusat terkemuka, bila tali pusat berada di bawah bagian terendah janin dan ketuban masih intact.
- b. Tali pusat menumbung, bila tali pusat keluar melalui ketuban yang sudah pecah, ke serviks dan turun ke vagina.
- c. Occult Prolapse, tali pusat berada di samping bagian terendah janin turun ke vagina. Tali pusat dapat teraba atau tidak, ketuban dapat pecah atau tidak

3. Prevalensi Prolaps Tali Pusat

Faktor dasar yang merupakan faktor predisposisi prolaps tali pusat adalah tidak terisinya secara penuh pintu atas panggul dan serviks bagian terendah janin.²⁰ Faktor-faktor etiologi prolaps tali pusat meliputi:

- a. Presentasi Abnormal seperti letak lintang atau letak sungsang terutama presentasi kaki
- b. Prematuritas
- c. Kehamilan ganda
- d. Polihidramnion sering dihubungkan dengan bagian terendah janin yang tidak engage
- e. Disproporsi janin-panggul
- f. Tumor di panggul yang mengganggu masuknya bagian terendah janin
- g. Tali pusat abnormal panjang (>75 cm)
- h. Plasenta letak rendah
- i. Solusio Plasenta
- j. Ketuban Pecah Dini
- k. Amniotomi

4. Tanda dan Gejala

- a. Tali pusat kelihatan menonjol keluar dari vagina.
- b. Tali pusat dapat dirasakan atau diraba dengan tangan didalam bagian yang lebih sempit dari vagina.

- c. Keadaan jalan lahir yang berbahaya mungkin terjadi sebagai mana tali pusat ditekan antara bagian presentase dan tulang panggul.
- d. Auskultasi terdengar jantung janin ireguler.
- e. Terdapat bradikardia janin ($DJJ < 100x/\text{menit}$).
- f. Hipoksia janin ditandai dengan gerakan janin yang jarang dan lemah.

5. Patofisiologi

Beberapa faktor yang mungkin menyebabkan prolaps tali pusat antara lain pecahnya selaput ketuban secara spontan, kehamilan kembar, cairan ketuban berlebihan, kehamilan prematur, ukuran janin, dan kelainan presentasi janin. Prolaps tali pusat terutama disebabkan oleh pecahnya selaput ketuban secara spontan, yang terjadi sebelum bagian presentasi mencapai leher panggul. Ketika kantung cairan ketuban pecah, terjadi pengeluaran yang cepat dan kuat, menyebabkan aliran cairan yang cepat ke dalam vagina dan mungkin menggeser tali pusat ke arah tersebut. Jika terjadi tekanan di antara janin, maka janin akan mengalami anomali presentasi seperti posisi melintang jika terjadi lebih dari satu kehamilan dalam waktu bersamaan. Hal ini akan meningkatkan kemungkinan terjadinya prolaps tali pusat pada kehamilan ganda. Kondisi yang disebut polihidroamnion, yang terjadi ketika terdapat banyak cairan ketuban, memungkinkan janin bergerak ke seluruh rahim dengan lebih mudah. Oleh karena itu, bayi mungkin terlihat tidak normal (presentasi sungsang, melintang, kepala), dan kemungkinan akibat lainnya. Sedangkan pada kehamilan prematur, selain hidramnion, juga terdapat ukuran janin yang kecil karena usia kehamilan yang masih muda, sehingga mengakibatkan janin memiliki ukuran kepala yang kecil. Ini karena hidramnion terjadi pada awal kehamilan. Kondisi tali pusat yang panjang serta plasenta previa menjadi faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya prolaps tali pusat.

Semua keadaan tersebut akan menyebabkan janin sulit beradaptasi terhadap panggul ibu, sehingga PAP (pintu atas panggul) tidak tertutupi oleh bagian bawah janin, dan inilah yang mengakibatkan tali pusat bergeser atau turun dari tempatnya sehingga terjadilah prolaps tali pusat. Prolaps tali pusat terjadi ketika tali pusat terjepit di antara bagian terbawah janin dan jalan lahir. Kompresi ini mengganggu sirkulasi janin sehingga menyebabkan hipoksia janin. Jika tidak ditangani, hal ini dapat menyebabkan gawat janin, yang ditandai dengan melemahnya detak jantung janin. Gangguan sirkulasi darah yang berkepanjangan di tali pusat dapat menyebabkan asidosis respiratorik dan metabolik yang signifikan, penurunan suplai oksigen ke janin, dan bradikardia yang berkepanjangan. Jika kondisi ini terus berlanjut, pada akhirnya dapat menyebabkan kematian janin. Namun, jika janin dapat segera ditangani, ia akan tetap bertahan hidup, yang ditunjukkan dengan terdeteksinya denyut tali pusat.

6. Komplikasi

a. Pada ibu

Infeksi intra partum dapat terjadi ketika cairan ketuban pecah, sehingga memungkinkan bakteri dari cairan tersebut memasuki amnion dan menyerang arteri desidua dan korion. Hal ini dapat menyebabkan bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Melakukan pemeriksaan manual pada leher rahim dapat memasukkan kuman vagina ke dalam rahim. Disarankan untuk membatasi pemeriksaan ini pada saat persalinan, terutama jika terdapat indikasi distosia. Persalinan yang berkepanjangan menimbulkan risiko infeksi yang signifikan bagi ibu dan janin. Kesulitan tambahan, seperti robeknya jalan lahir, pecahnya uretra, dan hilangnya tonus otot di uretra, mungkin timbul akibat upaya untuk menyelamatkan janin.

b. Pada janin

1) Gawat janin

Gawat janin mengacu pada keadaan atau respons di mana janin mengalami kekurangan oksigen. Indikator gawat janin antara lain:

- a) Bunyi jantung janin memiliki frekuensi di bawah 120 denyut per menit atau di atas 160 denyut per menit.
- b) Penurunan mobilitas janin (khas janin menunjukkan lebih dari 10 gerakan setiap hari).
- c) Jika cairan ketuban ditemukan bercampur dengan mekonium, menunjukkan warna kehijauan, atau jika terdapat denyut tali pusat yang lemah, hal ini menunjukkan memburuknya prognosis janin.

2) Cerebral Palsy

Cerebral palsy adalah suatu kondisi yang ditandai dengan gangguan fungsi otot, mobilitas, dan keterampilan motorik, yang timbul akibat kerusakan otak akibat trauma lahir atau patologi intrauterin.

7. Penatalaksanaan

Secara umum penatalaksanaan tali pusat adalah sebagai berikut:

a. Tali pusat berdenyut

- 1) Apabila pada tali pusat terdapat denyutan, berarti janin masih hidup.
- 2) Memberikan oksigen 4-6 liter/i melalui nasal kanul
- 3) Posisi ibu knee chest, trendelenberg atau posisi sim
- 4) Diagnosis tahapan persalinan melalui pemeriksaan dalam segera.
- 5) Jika ibu pada persalinan kala I:
 - a) Dengan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) masukan tangan kedalam vagina dan bagian terendah janin segera didorong ke atas, sehingga tahanan pada tali pusat dapat dikurangi.
 - b) Tangan yang lain menahan bagian terendah di supra pubis dan evaluasi keberhasilan reposisi.

- c) Jika bagian terbawah janin sudah terpegang dengan kuat diatas rongga panggul, keluarkan tangan dari vagina, letakan tangan tetap diatas abdomen sampai dilakukan sesio cesarea.
- d) Jika tersedia, berikan salbutamol 0,5 mg IV secara berlahan untuk mengurangi kontraksi rahim.
- e) Segera lakukan sectio caesaria.
- 6) Apabila ibu pada persalinan kala II:
 - a) Pada persentasi kepala, lakukan persalinan segera dengan ekstraksi vakum atau ekstraksi cunam/forceps.
 - b) Jika persentase bokong/sungsang lakukan ekstraksi bokong atau kaki,dan gunakan forceps pipa panjang untuk melahirkan kepala yang menyusul.
 - c) Jika letak lintang, siapkan segera sectio caesaria.
 - d) Siapkan segera resusitasi neonates.

E. Janin Terlilit Tali Pusat

Posisi janin di dalam rahim tidak selalu statis dan tenang. Kadang-kadang, bayi mungkin menunjukkan gerakan dan mengubah orientasi tubuhnya, sehingga tali pusatnya terjerat di sekelilingnya. Selama kehamilan, ada kemungkinan janin terlepas dari tali pusat beberapa kali. Meski demikian, terbelitnya tali pusat pada bayi saat proses persalinan dapat menimbulkan kesulitan. Hal ini terjadi karena terganggunya sirkulasi darah ke janin sehingga menyebabkan penurunan detak jantung bayi secara tiba-tiba yang disebut dengan deselerasi bervariasi

Terbelitnya tali pusat janin dapat disebabkan oleh faktor-faktor seperti panjangnya yang berlebihan, kelemahan struktural, dan lapisan jeli yang tidak memadai. Kehamilan dan persalinan anak kembar seringkali mengakibatkan tali pusat terlilit di tubuh bayi. Jika detak jantung bayi terus memburuk selama persalinan dan bayi baru lahir menunjukkan gejala

bahaya tambahan. Melakukan operasi caesar mungkin bisa menjadi solusi optimal untuk mengatasi masalah persalinan ini.



F. Emboli Air Ketuban

Emboli ketuban adalah infiltrasi sel janin, cairan ketuban, dan zat lain ke dalam aliran darah ibu melalui plasenta. Terjadinya masalah persalinan ini kemungkinan besar disebabkan oleh gangguan pada penghalang plasenta akibat cedera. Faktanya, kejadian cairan ketuban masuk ke aliran darah ibu dan menimbulkan komplikasi cukup rendah. Oleh karena itu, emboli ketuban merupakan indikasi persalinan yang jarang menimbulkan risiko.

Emboli ketuban adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan masuknya cairan ketuban ke dalam aliran darah ibu, sehingga mengakibatkan gangguan pernapasan dan syok secara tiba-tiba. Hingga 25% wanita yang menderita penyakit ini mengalami kematian dalam kurun waktu 60 menit. Penyakit ini sangat jarang terjadi, kejadiannya berkisar antara 1 dalam 8.000 hingga 1 dalam 30.000. Sampai saat ini, angka kematian ibu dalam waktu 30 menit mencapai 85%. Meskipun terdapat kemajuan dalam kemampuan unit perawatan intensif (ICU) dan pengetahuan tentang strategi untuk menurunkan angka kematian, penyakit ini tetap menjadi penyebab kematian ketiga terbanyak di negara-negara terbelakang.

1. Etiologi

Studi tentang penyebab atau asal usul suatu fenomena atau penyakit tertentu. Mekanisme yang mendasarinya belum dipahami dengan baik. Diduga terdapat gangguan pada barier fisiologis antara ibu dan janin sehingga memungkinkan bolus cairan ketuban masuk ke dalam sirkulasi ibu. Cairan ini kemudian memasuki sirkulasi paru dan menyebabkan:

- a. Kegagalan perfusi secara masif
- b. Bronchospasme
- c. Renjatan

Saat ini terdapat kecurigaan bahwa syok anafilaksis terjadi ketika antigen embrio mencapai aliran darah ibu dan menimbulkan gejala klinis yang berbeda.

2. Faktor Risiko

Emboli ketuban dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, namun paling sering terjadi saat melahirkan (70%), setelah melahirkan (11%), dan setelah operasi caesar (19%). Faktor risikonya adalah sebagai berikut:

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

3. Tanda dan Gejala

- a. Biasanya, emboli ketuban muncul secara tiba-tiba, dan penting untuk mempertimbangkan diagnosis ini sebagai kemungkinan utama pada wanita hamil yang mengalami kolaps dengan cepat.
- b. Pasien dapat memperlihatkan beberapa gejala dan tanda yang bervariasi, namun umumnya gejala dan tanda yang terlihat adalah :

- 1) Sesak nafas
- 2) Wajah kebiruan
- 3) Terjadi gangguan sirkulasi jantung
- 4) Tekanan darah mendadak turun
- 5) Nadi kecil/cepat

G. Asfiksia Perinatal

Asfiksia perinatal mengacu pada suatu kondisi yang terjadi setelah melahirkan ketika bayi mengalami kekurangan pasokan oksigen di dalam rahim baik saat persalinan maupun setelah melahirkan. Asfiksia, salah satu akibat potensial dari persalinan, berpotensi mengancam nyawa. Selain hipoksia, bayi juga dapat mengalami masalah persalinan berupa asfiksia perinatal yang disebabkan oleh peningkatan jumlah karbon dioksida. Situasi asfiksia perinatal sering kali ditangani segera oleh dokter melalui pemberian oksigen kepada ibu dan melakukan operasi caesar. Pasca melahirkan, bayi akan menerima perawatan medis berkelanjutan, termasuk intervensi seperti ventilasi buatan dan terapi lain yang diperlukan.

Asfiksia perinatal merupakan suatu kondisi yang disebut asfiksia saat lahir, yang mengacu pada ketidakmampuan untuk memulai dan mempertahankan pernapasan selama proses melahirkan. Hal ini mungkin disebabkan oleh kurangnya oksigenasi. Selain itu, hal ini mungkin disebabkan oleh:

1. Hipoksemia, juga dikenal sebagai kadar oksigen rendah,
2. Peningkatan konsentrasi karbon dioksida
3. Asidosis mengacu pada jumlah asam yang berlebihan dalam aliran darah.
4. Biasanya, penyakit ini menunjukkan gejala seperti bradikardia, serta nilai pH rendah yang mengindikasikan asidosis.

Hal ini berdampak pada bayi yang lahir dengan skor APGAR (evaluasi kondisi neonatal) yang rendah. Dengan sinyal seperti:

1. Muka pucat
2. Bradikardia

3. Hipotonia
4. Mengalami pernapasan cepat dan dangkal
5. Respirasi dangkal
6. Cairan ketuban yang berubah warna karena adanya mekonium.

Setelah melahirkan, ventilasi mekanis atau farmakoterapi yang ditargetkan dapat digunakan untuk menangani kondisi ini. Berikut merupakan faktor mempengaruhi komplikasi persalinan, yaitu:

1. Passage: jalan lahir
2. Passanger: hasil konsepsi (janin dan plasenta)
3. Power: kekuatan ibu (his dan tenaga mengejan)
4. Psyche: psikologis ibu (kecemasan dan kesiapan menghadapi persalinan)
5. Position: posisi ibu saat bersalin
6. Penolong

H. Fetal Distress

Gawat janin mengacu pada suatu keadaan di mana janin mengalami kekurangan pasokan oksigen baik selama kehamilan atau persalinan. Gangguan ini biasanya ditandai dengan berkurangnya pergerakan janin, perubahan detak jantung (melemah atau tidak teratur), dan hanya dapat diidentifikasi selama pemeriksaan USG prenatal.

Fetal distress adalah kondisi yang harus segera ditangani. Jika dibiarkan, hal ini dapat mengancam keselamatan janin di dalam perut. Fetal distress atau Gawat janin mengacu pada keadaan di mana bayi mengalami suplai oksigen yang tidak mencukupi selama persalinan dan setelahnya. Berdasarkan pengamatan awal, ketidaknyamanan pada janin mempunyai kemiripan dengan asfiksia perinatal. Meski demikian, gawat janin menandakan janin sedang mengalami kondisi kurang baik di dalam rahim ibu.

Gawat janin dianggap sebagai keadaan atau kondisi janin yang sangat memprihatinkan. Gawat janin dapat timbul dari faktor-faktor seperti oksigenasi yang tidak memadai, berat

badan lahir rendah, dan usia kehamilan di atas 42 minggu. Retardasi pertumbuhan intrauterin (IUGR) juga menjadi salah satu faktor penyebab ketidaknyamanan janin. Selama kehamilan, embrio yang sedang berkembang memperoleh nutrisi penting dan oksigen dari plasenta. Asupan nutrisi dan oksigen yang tidak mencukupi dapat menyebabkan terjadinya gawat janin yang dalam bidang medis biasa dikenal dengan istilah gawat janin.

Gawat janin akibat kurangnya pasokan oksigen dapat menyebabkan penurunan atau ketidakberaturan pada detak jantung janin, masalah pada gerakan otot, hingga rendahnya kadar cairan ketuban. Gawat janin adalah kondisi darurat yang membutuhkan penanganan sesegera mungkin karena dapat membahayakan nyawa janin. Kondisi ini biasanya terjadi sebelum persalinan (antepartum period) atau selama proses persalinan (intrapartum period).

1. Penyebab Gawat Janin

Gawat janin dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Sejumlah kondisi yang dapat menyebabkan fetal distress atau gawat janin adalah:

- a. Kontraksi yang terlalu kuat dan terjadi sebelum waktunya.
- b. Gangguan pada plasenta yang menyebabkan pasokan oksigen dan nutrisi menuju bayi berkurang.
- c. Kehamilan kembar.
- d. Mengalami komplikasi kehamilan, seperti preeklamsia.
- e. Usia kehamilan lebih dari 42 minggu.
- f. Hamil di atas usia 35 tahun.
- g. Ibu menderita hipertensi, diabetes, anemia, asma, atau hipotiroidisme.
- h. Perdarahan antepartum, seperti terlepasnya plasenta dari rahim karena trauma/cedera.

2. Gejala Gawat Janin

Gejala gawat janin biasanya dapat dirasakan oleh ibu, namun tak jarang pula baru disadari ketika melakukan

pemeriksaan USG oleh dokter kandungan. Beberapa gejala gawat janin adalah sebagai berikut.

a. Gerakan Janin Menurun

Umumnya, pergerakan janin memang akan berkurang menjelang kehamilan karena ruang gerakannya mulai terbatas. Meski begitu, normalnya pergerakan janin tetap terasa dengan pola yang sama. Apabila gerakan janin berubah secara drastis, maka ada kemungkinan terjadi gawat janin.

b. Ukuran Kandungan Terlalu Kecil

Pengukuran ini dilakukan dengan mengukur tinggi puncak rahim (fundus uteri), yaitu mulai dari tulang kemaluan ke atas. Normalnya, tinggi fundus hampir sama dengan usia kehamilan. Ukuran fundus yang terlalu kecil dan tidak sesuai usia kehamilan dapat dicurigai sebagai gawat janin.

Beberapa gejala lain yang bisa terjadi akibat gawat janin adalah:

- 1) Bayi tak kunjung lahir.
- 2) Ibu mengalami kram dan perdarahan di vagina.
- 3) Kenaikan berat badan pada ibu.
- 4) Detak jantung janin sangat cepat, tidak beraturan, atau bahkan menurun.

Sementara itu, tanda-tanda janin dalam keadaan sehat di antaranya:

- 1) Pergerakan janin di dalam rahim cukup aktif.
- 2) Jantung berdetak dengan teratur.
- 3) Perubahan posisi janin menjelang kehamilan.
- 4) Tumbuh kembang janin normal dan sehat.

3. Diagnosis Gawat Janin

Gawat janin dapat didiagnosis melalui pemeriksaan kehamilan oleh dokter kandungan, baik sebelum atau setelah bayi dilahirkan. Beberapa pemeriksaan yang biasanya dilakukan oleh dokter untuk menegakkan diagnosis gawat janin, di antaranya:

- a. USG kehamilan, untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan janin.
- b. USG Doppler, untuk mendeteksi ada atau tidaknya gangguan pada jantung atau aliran darah janin.
- c. CTG (cardiotocography), untuk memantau respon jantung janin terhadap gerakan janin dan kontraksi rahim.
- d. Pemeriksaan air ketuban, untuk memastikan volume ketuban dan mendeteksi mekonium (feses pertama bayi) janin di dalamnya.
- e. Pemeriksaan sampel darah bayi, untuk memeriksa pH darah bayi. Apabila berubah menjadi lebih asam, maka terdapat kemungkinan bayi kekurangan oksigen.

4. Penanganan Gawat Janin

Beberapa penanganan yang dilakukan pada ibu hamil dengan gawat janin adalah dengan resusitasi rahim, persalinan, dan pemantauan kondisi janin.

a. Resusitasi dalam Rahim

Resusitasi adalah penanganan awal gawat janin. Di mana dalam prosedur ini dokter akan melakukan berbagai upaya untuk menyelamatkan janin seperti:

- 1) Memastikan ibu mendapatkan pasokan oksigen yang cukup.
- 2) Memastikan tubuh ibu tidak kekurangan cairan dengan memberikan suntikan infus.
- 3) Meminta ibu berbaring dengan posisi miring ke kiri untuk mengurangi tekanan rahim pada pembuluh vena, sehingga aliran darah ke plasenta dan janin kembali lancar.
- 4) Menghentikan penggunaan obat-obatan sementara waktu.
- 5) Melakukan terapi tokolisis untuk menghentikan kontraksi rahim.
- 6) Melakukan prosedur amnioinfusion untuk menambahkan cairan pada rongga cairan ketuban agar tekanan pada tali pusar berkurang.

b. Mempersiapkan Persalinan

Apabila resusitasi dalam rahim tidak cukup efektif untuk menangani gawat janin, dokter akan menyarankan ibu melakukan persalinan. Proses kelahiran ini dapat dilakukan melalui persalinan normal dengan bantuan alat vakum khusus pada kepala bayi atau melalui operasi caesar.

c. Memantau Kondisi Bayi

Setelah bayi dilahirkan, dokter akan melakukan pemantauan selama 1–2 jam, kemudian dilanjutkan hingga 12 jam. Pemantauan ini bertujuan untuk melihat gerak dada bayi, warna kulit, suhu tubuh, kondisi tulang dan otot, dan detak jantung bayi.

5. Komplikasi Gawat Janin

Berkurangnya aliran oksigen pada janin dapat memengaruhi pertumbuhan janin, sehingga menyebabkan kelahiran dengan kondisi berat badan lahir rendah (BBLR). Dalam kasus lebih parah, berkurangnya asupan oksigen dapat menyebabkan bayi meninggal dalam kandungan.

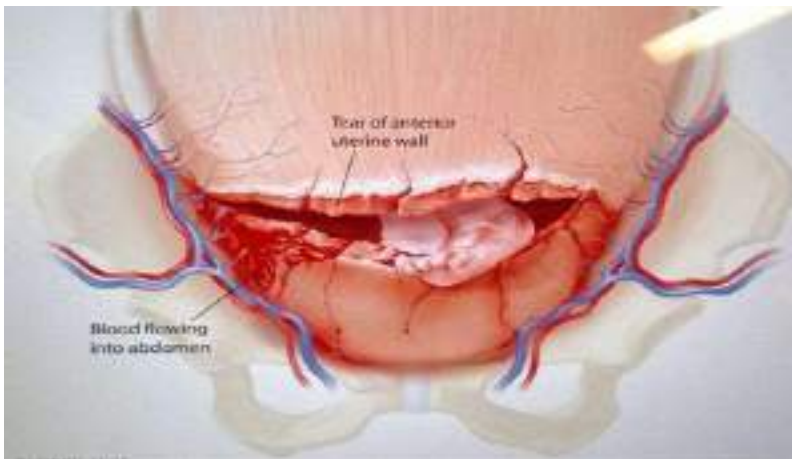
6. Pencegahan Gawat Janin

Gawat janin adalah kondisi yang tidak sepenuhnya bisa dicegah. Namun, dengan melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin, maka kondisi janin akan lebih terpantau. Hal ini dapat meminimalkan gangguan atau komplikasi yang mungkin terjadi dan membahayakan ibu maupun janin.

I. Ruptur Uteri

Ruptur rahim, disebut juga robekan dinding rahim, merupakan kelainan medis yang ditandai dengan robeknya rahim. Ruptur uteri adalah kelainan medis yang ditandai dengan robeknya seluruh dinding rahim, sehingga menimbulkan risiko besar terhadap kesejahteraan ibu dan bayi. Ruptur rahim berpotensi mengakibatkan pendarahan hebat baik pada ibu maupun janin yang berada di dalam rahim. Meskipun demikian, kemungkinan terjadinya ruptur uteri selama

persalinan sangat rendah. Angka kejadiannya di bawah 1 persen atau hanya 1 dari 3 wanita yang rentan mengalami ruptur uteri setelah melahirkan. Masalah melahirkan bayi dengan rahim robek ini biasanya terjadi selama proses persalinan normal atau saat persalinan normal dalam posisi apapun. Setelah menjalani persalinan sesar, kemungkinan mengalami ruptur uteri pada persalinan pervaginam berikutnya meningkat secara signifikan. Oleh karena itu, para profesional medis hampir selalu menganjurkan agar ibu hamil yang pernah melahirkan melalui operasi caesar tidak melakukan persalinan normal di kemudian hari. Dokter bertanggung jawab untuk mempertimbangkan dan memutuskan cara persalinan yang paling tepat dengan mempertimbangkan kondisi kesehatan ibu saat ini dan kesehatan bayi. Pecahnya rahim merupakan keadaan darurat medis karena meningkatkan risiko kematian bagi wanita hamil dan juga bayi yang dikandungnya.



1. Penyebab Ruptur Uteri

Ruptur uterus adalah laserasi yang sering timbul pada bekas luka di daerah rahim, seperti bekas operasi caesar, terutama jika letaknya berdekatan dengan persalinan sebelumnya. Lebih lanjut, ibu yang memiliki kelainan medis tertentu berisiko lebih tinggi mengalami robekan rahim:

- a. Rahim terlalu meregang karena kehamilan kembar, polihidramnion, atau makrosomia.
- b. Terlalu banyak mendapat obat induksi persalinan.
- c. Pernah operasi pada rahim sebelumnya, misalnya operasi angkat miom.
- d. Pernah melahirkan sebanyak 5 kali atau lebih (grandemultipara).
- e. Usia kehamilan lebih dari 40 minggu (kehamilan postterm).
- f. Mengalami perlengketan plasenta (plasenta akreta).
- g. Memiliki kelainan pada bentuk dan struktur rahim.
- h. Mengalami cedera di area perut, misalnya akibat kecelakaan atau tindakan criminal.

Ruptur rahim dapat terjadi pada wanita yang tidak sedang hamil, maupun pada ibu hamil. Ruptur rahim juga bisa terjadi karena kecelakaan, terjatuh, atau cedera seperti tusukan, pukulan, atau luka tembak di perut, serta kanker choriocarcinoma.

2. Gejala Ruptur Uteri

Tanda-tanda ruptur uteri tidak seperti tanda-tanda kehamilan normal, dan kondisi ini hanya dapat didiagnosis setelah melahirkan. Selain itu, gejalanya bisa memburuk dengan cepat. Baik ibu maupun bayi yang dikandungnya mungkin mengalami gejala jika dinding rahim pecah. Gejala ruptur uteri yang mungkin terjadi pada ibu antara lain sebagai berikut:

- a. Nyeri hebat di perut yang terjadi secara tiba-tiba.
- b. Kontraksi rahim berkurang atau berhenti.
- c. Perdarahan hebat dari vagina.
- d. Nyeri parah yang mendadak di area bekas luka operasi rahim.
- e. Penonjolan di perut bagian bawah dekat tulang kemaluan.
- f. Denyut jantung sangat cepat (takikardia).
- g. Tekanan darah menurun drastis (hipotensi).

Pada saat yang sama, indikasi ruptur uteri pada janin antara lain penurunan denyut jantung dan penurunan atau terhentinya aktivitas janin (gawat janin).

Seperti disebutkan sebelumnya, ruptur uteri adalah situasi medis yang kritis. Jika Anda menemui indikasi ruptur uteri, sebaiknya segera mencari pertolongan medis ke dokter atau unit gawat darurat rumah sakit terdekat, terutama jika Anda sebelumnya pernah menjalani operasi rahim, misalnya operasi caesar.

3. Pemeriksaan Ruptur Uteri

Apabila dokter mendeteksi indikasi dan manifestasi ruptur uteri pada saat ibu melahirkan, maka dokter akan segera mengevaluasi keadaan ibu dan menilai kesejahteraan janin dengan menggunakan ultrasonografi obstetrik dan kardiotokografi.

Pada USG kandungan, dokter akan memeriksa ada atau tidaknya tanda-tanda berikut :

- a. Bentuk dinding rahim tampak tidak normal.
- b. Gumpalan darah di dekat bekas luka operasi rahim.
- c. Terdapat darah di dalam rongga perut (hemoperitoneum).
- d. Volume cairan ketuban sangat sedikit (anhidroamnion).
- e. Sebagian janin keluar dari dinding rahim.

4. Penanganan Ruptur Uteri

Seperti disebutkan sebelumnya, ruptur uteri adalah situasi medis yang kritis. Oleh karena itu, dokter akan segera melakukan prosedur pembedahan untuk mengeluarkan bayi dan menghentikan pendarahan. Jika dirasa perlu, dokter mungkin akan memberikan transfusi darah. Seringkali dokter perlu melakukan prosedur pembedahan untuk mengeluarkan rahim (histerektomi), terutama jika robekan cukup besar dan pendarahan yang banyak.

5. Komplikasi Ruptur Uteri

Ruptur uterus yang tidak diobati dapat menyebabkan pendarahan hebat pada ibu, yang dapat menyebabkan syok hipovolemik dan kematian ibu atau janin. Jika bayi dan ibu berhasil bertahan hidup, keduanya rentan terhadap bahaya kekurangan oksigen, kejang, dan kerusakan otak. Namun, konsekuensi penting dari menjalani histerektomi adalah ketidakmampuan permanen wanita tersebut untuk memiliki anak lagi.

J. Sindrom Aspirasi Meconium

Sindrom aspirasi mekonium adalah suatu kondisi yang muncul ketika bayi baru lahir menelan campuran cairan ketuban dan mekonium sebelum, selama, atau setelah melahirkan. Konsumsi mekonium yang berlebihan, yaitu tinja awal yang dikeluarkan bayi baru lahir, jika dikombinasikan dengan cairan ketuban, dapat menjadi racun bagi bayi. Biasanya, janin mengonsumsi cairan ketuban selama berada di dalam rahim. Meski demikian, cairan ketuban tidak mengandung mekonium sehingga tidak dapat dianggap terkontaminasi. Bayi yang mengalami stres sebelum, selama, dan setelah proses persalinan dapat mengalami aspirasi mekonium.

K. Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum mengacu pada terjadinya perdarahan vagina lebih dari 500 ml setelah melahirkan. Penyebab kondisi ini antara lain ketidakteraturan keluarnya cairan dan kontraksi, ruptur serviks dan vagina (jarang terjadi laserasi perineum), retensi sisa plasenta, dan koagulopati. Perdarahan postpartum lebih dari 500 ml dalam kurun waktu 24 jam awal menimbulkan risiko syok. Akibat potensial dari kondisi ini mencakup beberapa kejadian pendarahan hebat, sering kali pendarahan ringan, dan pendarahan sedang yang terus-menerus, khususnya pada kasus pecahnya. Anemia yang meningkat menimbulkan risiko syok, kecemasan, mual, peningkatan detak jantung, dan penurunan tekanan darah.

Setelah persalinan bayi berhasil, ibu mungkin mengalami pendarahan pasca melahirkan. Perdarahan nifas merupakan komplikasi persalinan yang terjadi setelah plasenta keluar, baik melalui persalinan normal maupun operasi caesar. Kontraksi rahim yang tidak mencukupi tidak mampu memberikan tekanan yang cukup pada pembuluh darah, terutama di tempat sambungan plasenta ke rahim. Perdarahan pascapersalinan juga dapat disebabkan oleh retensi fragmen plasenta di dalam rahim dan infeksi pada dinding rahim. Masing-masing faktor ini dapat menyebabkan vasodilatasi, yang mengakibatkan perdarahan terus-menerus pada dinding rahim.

Pendarahan berlebihan saat melahirkan menimbulkan risiko signifikan bagi kehidupan ibu, seperti yang dinyatakan oleh National Institute of Health. Intervensi medis yang cepat oleh dokter dan tim layanan kesehatan dapat secara efektif meningkatkan status kesehatan ibu sekaligus mengurangi risiko kemunduran. Namun demikian, penting untuk dicatat bahwa perdarahan pascapersalinan tidak sama dengan lokia atau perdarahan pascapersalinan. Berbeda dengan perdarahan pasca melahirkan yang menandakan adanya potensi masalah saat persalinan pada tubuh ibu, perdarahan lokia merupakan kejadian alami setelah melahirkan.

1. Klasifikasi

- a. Perdarahan Pasca Persalinan Dini, juga dikenal sebagai Perdarahan Pasca Persalinan Primer atau Perdarahan Pasca Persalinan Segera. Perdarahan pascapersalinan primer biasanya bermanifestasi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. Penyebab utama perdarahan postpartum adalah atonia uteri, retensi plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversi uterus. Terutama selama dua jam pertama.
- b. Perdarahan pascapersalinan, juga dikenal sebagai kasep PPH atau Secondary Labor Hemorrhage atau Late PPH, mengacu pada pendarahan yang berlebihan setelah melahirkan. Perdarahan postpartum sekunder terjadi setelah periode 24 jam awal setelah melahirkan.

Perdarahan pascapersalinan sekunder biasanya terjadi karena faktor-faktor seperti infeksi, kontraksi rahim yang tidak memadai, atau adanya sisa jaringan plasenta.

2. Gejala Klinis

Manifestasi klinis yang umum meliputi perdarahan pervaginam pascapersalinan yang berkepanjangan. Tanda-tanda syok akibat kehilangan banyak darah antara lain pucat, hipotensi, takikardia, ekstremitas dingin, dan gejala lainnya. Pasien mungkin tanpa sadar mengalami kehilangan banyak darah sebelum menunjukkan pucat jika perdarahan berlangsung dalam jumlah kecil dalam jangka waktu lama.

3. Diagnosis

Pendarahan yang terjadi segera setelah bayi lahir tetapi sebelum plasenta keluar biasanya disebabkan oleh robekan pada jalan lahir. Perdarahan setelah persalinan plasenta biasanya disebabkan oleh atonia uteri. Atonia uteri dapat didiagnosis dengan meraba rahim, dimana fundus uteri berada di atas tengah, rahim dalam keadaan lembek, dan kontraksi rahim tidak adekuat. Sisa-sisa plasenta yang tersisa di rongga rahim dapat dideteksi dengan memeriksa keseluruhan plasenta yang telah lahir dan kemudian mengevaluasi rongga rahim untuk mencari adanya sisa fragmen plasenta, sisa-sisa selaput ketuban, atau plasenta terpisah (dikenal sebagai plasenta succenturiate). Investigasi rongga rahim juga dapat memberikan wawasan berharga mengenai adanya robekan rahim. Laserasi serviks dan vagina dapat dideteksi melalui pemeriksaan visual. Mendiagnosis perdarahan postpartum memerlukan pemeriksaan laboratorium seperti Hb, COT (Clot Observation Test), dan pengukuran kadar fibrinogen, dan lainnya.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perdarahan pasca persalinan

a. Perdarahan pascapersalinan dan usia ibu

Kematian ibu dapat terjadi akibat perdarahan postpartum, yang lebih besar kemungkinannya terjadi

pada wanita yang melahirkan pada usia muda (di bawah 20 tahun) maupun pada usia lanjut (di atas 35 tahun). Penyebabnya adalah perempuan di bawah usia 20 tahun belum sepenuhnya mengembangkan fungsi reproduksinya, sedangkan perempuan di atas usia 35 tahun mengalami penurunan fungsi reproduksi dibandingkan normal. Akibatnya, kemungkinan terjadinya komplikasi pasca melahirkan, terutama perdarahan, menjadi lebih tinggi. Angka kejadian perdarahan nifas yang menyebabkan kematian ibu 2-5 kali lebih besar pada ibu hamil berusia di bawah 20 tahun dibandingkan dengan ibu hamil berusia antara 20 dan 29 tahun. Angka kejadian perdarahan pasca melahirkan kembali meningkat pada usia 30-35 tahun.

b. Perdarahan pascapersalinan dan gravida

Ibu yang pernah hamil banyak atau multigravida mempunyai risiko lebih besar mengalami perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu primigravida (hamil pertama kali). Hal ini disebabkan menurunnya fungsi reproduksi pada individu multigravida sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum.

c. Perdarahan pascapersalinan dan paritas

Paritas 2-3 memiliki risiko terendah terjadinya perdarahan postpartum yang berpotensi menjadi penyebab kematian ibu. Paritas satu dan paritas lebih dari tiga berhubungan dengan prevalensi perdarahan postpartum yang lebih tinggi. Pada kasus paritas rendah (paritas satu), ketidaksiapan ibu menghadapi persalinan pertama menjadi faktor penyebab kegagalan ibu hamil dalam mengelola kesulitan yang muncul selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

d. Perdarahan pascapersalinan dan Antenatal Care

Tujuan utama pelayanan prenatal adalah untuk mengoptimalkan kesejahteraan fisik dan mental ibu dan anak selama tahap kehamilan, persalinan, dan nifas,

dengan tujuan meminimalkan kejadian penyakit dan kematian pada ibu dan anak. Penurunan angka kematian ibu dapat dicapai melalui penyediaan pemeriksaan antenatal yang efektif dan tersedianya fasilitas rujukan yang mudah diakses oleh pasien berisiko tinggi, khususnya yang mengalami perdarahan postpartum. Alasannya adalah karena pelayanan antenatal memungkinkan identifikasi dan penanganan gejala awal perdarahan abnormal secara cepat.

e. Perdarahan pascapersalinan dan kadar hemoglobin

Anemia merupakan suatu kelainan medis yang ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin di bawah kisaran standar. Anemia didiagnosis ketika kadar hemoglobin di bawah 8 g%. Perdarahan postpartum menyebabkan kehilangan darah sebanyak 500 ml atau lebih. Jika tidak ditangani, hal ini akan menyebabkan penurunan kadar hemoglobin di bawah kisaran normal.

5. Komplikasi perdarahan pascapersalinan

Selain angka kematian, perdarahan postpartum meningkatkan risiko infeksi nifas akibat menurunnya imunitas pasien. Pendarahan yang berlebihan pada akhirnya dapat menyebabkan sindrom Sheehan karena kematian jaringan di daerah depan kelenjar pituitari, sehingga fungsinya tidak mencukupi. Gejalanya antara lain asthenia (lemah), hipotensi (tekanan darah rendah), anemia, penurunan berat badan yang mengakibatkan kakeksia (gizi buruk), penurunan fungsi seksual dengan atrofi vagina (penyusutan), hilangnya rambut kemaluan dan ketiak, gangguan metabolisme disertai hipotensi, amenore. (tidak adanya menstruasi), dan hilangnya fungsi laktasi.

6. Penatalaksanaan

Penanganan perdarahan pasca persalinan pada prinsipnya adalah:

- a. Hentikan perdarahan, cegah/atasi syok, ganti darah yang hilang dengan diberi infus cairan (larutan garam

fisiologis, plasma ekspander, Dextran-L, dan sebagainya), transfusi darah, kalau perlu oksigen.

b. Pada perdarahan sekunder atonik:

- 1) Beri Syntocinon (oksitosin) 5-10 unit IV, tetes oksitosin dengan dosis 20 unit atau lebih dalam larutan glukosa 500 ml.
- 2) Pegang dari luar dan gerakkan uterus ke arah atas.
- 3) Kompresi uterus bimanual.
- 4) Kompresi aorta abdominalis
- 5) Lakukan hiserektomi sebagai tindakan akhir.

L. Bayi Sungsang (Breech Birth)

Bayi sungsang mengacu pada situasi ketika janin tidak berada pada posisi yang benar di dalam rahim sebelum melahirkan, sesuai dengan namanya. Biasanya, kepala janin diposisikan di superior dan kaki diposisikan di inferior selama kehamilan. Lambat laun, orientasi bayi akan bergeser, dengan kaki terangkat dan kepala diposisikan ke bawah dekat dengan jalan lahir. Pergeseran posisi ini biasanya terjadi di dekat persalinan. Sayangnya, dalam kondisi tertentu, bayi mungkin mengambil posisi sungsang, yang berarti posisi bayi tidak sejajar dengan perkiraan tanggal lahir yang semakin dekat. Sebaliknya, presentasi sungsang melibatkan kaki atau bokong bayi yang muncul sebelum kepala. Postur tubuh ini berpotensi menimbulkan masalah obstetrik yang berbahaya bagi bayi, terutama jika ibu bermaksud melahirkan melalui vagina.

Persalinan sungsang mengacu pada kelahiran bayi dengan posisi kepala berada di bagian atas rahim ibu, sedangkan bokong merupakan bagian paling bawah pada daerah panggul atas atau simfisis (Manuaba, 1988). Pada presentasi verteks, kepala janin yang merupakan bagian paling menonjol dilahirkan terlebih dahulu, sedangkan pada presentasi sungsang, kepala janin yang merupakan bagian terbesar bayi baru lahir dilahirkan terakhir. Persalinan kepala dalam posisi sungsang tidak memiliki mekanisme "Maulage" karena tulang dasar tengkorak yang kompak dan tersusun rapat. Alhasil, proses ini hanya

memakan waktu kurang lebih 8 menit setelah jenazah bayi dilahirkan. Durasi persalinan kepala yang terbatas dan tidak adanya mekanisme pengangkutan dapat mengakibatkan kematian bayi baru lahir yang signifikan (Manuaba, 1998).



1. Etiologi

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari (Manuaba, 2010):

a. Faktor ibu

- 1) Keadaan rahim
 - a) Rahim arkuatus
 - b) Septum pada rahim
 - c) Uterus dupleks
 - d) Mioma bersama kehamilan
- 2) Keadaan plasenta
 - a) Plasenta letak rendah
 - b) Plasenta previa
- 3) Keadaan jalan lahir
 - a) Kesempitan panggul
 - b) Deformitas tulang panggul
 - c) Terdapat tumor menghalangi jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala

b. Faktor Janin

Pada janin terdapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang:

- 1) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
- 2) Hirdosefalus atau anensefalus
- 3) Kehamilan kembar
- 4) Hirdramnion atau oligohidramnion
- 5) Prematuritas

2. Tanda dan Gejala

a. Pemeriksaan abdominal

- 1) Letaknya adalah memanjang.
- 2) Di atas panggul terasa massa lunak dan tidak terasa seperti kepala.
- 3) Pada fundus uteri teraba kepala. Kepala lebih keras dan lebih bulat dari pada bokong dan kadang-kadang dapat dipantulkan (Ballotement)

b. Auskultasi

Biasanya denyut jantung janin sedikit lebih besar dibandingkan dengan umbilikus (Sarwono Prawirohardjo, 2007: 609). Apabila bokong janin belum turun ke bagian atas panggul, maka denyut jantung janin dapat terdengar di atas umbilikus pada saat auskultasi. Ketika bokong telah melewati lubang panggul bagian atas, detak jantung janin biasanya terdeteksi pada posisi yang lebih rendah (Debbie Holmes dan Philip N. Baker, 2011).

c. Pemeriksaan dalam

- 1) Teraba 3 tonjolan tulang yaitu tuber ossis ischii dan ujung os sakrum
- 2) Pada bagian di antara 3 tonjolan tulang tersebut dapat diraba anus.
- 3) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa, sehingga dapat dikelirukan dengan kepala oleh karena tulang yang keras.

M. Retentio Plasenta

Persalinan mencakup serangkaian peristiwa fisiologis, termasuk pelebaran serviks, persalinan, pelepasan plasenta, dan pemantauan pascapersalinan selama satu jam. Kecurigaan retensi plasenta mungkin muncul bila terjadi gangguan pada proses pengeluaran plasenta. Retensi plasenta mengacu pada situasi di mana plasenta tetap berada di dalam rahim selama 30 menit atau lebih setelah kelahiran anak, tanpa dikeluarkan. Ini merupakan risiko yang signifikan karena dapat menimbulkan konsekuensi seperti infeksi dan pendarahan yang berlebihan. Oleh karena itu, retensi plasenta dianggap sebagai salah satu faktor penyebab perdarahan postpartum. Penanganan yang tidak tepat pada situasi ini berpotensi mengakibatkan kematian. Plasenta adalah organ yang berkembang di dalam rahim pada awal kehamilan. Organ ini berfungsi sebagai penyuplai nutrisi dan oksigen bagi janin, sekaligus berperan sebagai saluran pembuangan sisa metabolisme dari sirkulasi janin. Biasanya, plasenta keluar dari rahim secara mandiri dalam beberapa menit setelah bayi lahir. Namun demikian, pada ibu yang mengalami retensi plasenta, plasenta tetap berada di dalam rahim selama lebih dari 30 menit setelah melahirkan.

1. Penyebab Retensi Plasenta (Perlman & Carusi, 2019) (Kemenkes RI, 2023)

Berdasarkan penyebabnya, retensi plasenta dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

a. Placenta Adherens

Retensi perlekatan plasenta mengacu pada situasi di mana kontraksi uterus tidak memiliki kekuatan yang cukup untuk mengeluarkan plasenta. Sindrom ini bisa timbul akibat kelelahan ibu setelah melahirkan atau akibat atonia uteri. Plasenta yang melekat adalah jenis retensi plasenta yang paling umum terjadi.

b. Plasenta Akreta

Plasenta akreta adalah suatu kondisi ketika plasenta menempel terlalu dalam pada dinding rahim sehingga menyulitkan kontraksi rahim untuk

mengeluarkan plasenta. Kelainan ini, yang dikenal sebagai kelainan rahim, sering kali dikaitkan dengan ketidakteraturan pada lapisan rahim akibat operasi rahim sebelumnya atau operasi caesar sebelumnya selama kehamilan.

c. Trapped Placenta

Trapped placenta adalah kondisi ketika plasenta sudah terlepas dari dinding rahim, tetapi belum keluar dari rahim. Kondisi ini terjadi akibat menutupnya leher rahim (serviks) sebelum plasenta keluar.

2. Faktor Risiko Retensi Plasenta

Retensi plasenta lebih berisiko dialami oleh ibu dengan beberapa faktor berikut :

- a. Hamil di usia 30 tahun ke atas.
- b. Melahirkan sebelum usia kehamilan mencapai 34 minggu (kelahiran prematur).
- c. Mengalami proses persalinan yang terlalu lama.
- d. Melahirkan bayi yang mati di dalam kandungan.

3. Gejala Retensi Plasenta

Tanda utama retensi plasenta adalah tertahannya sebagian atau seluruh plasenta di dalam tubuh lebih dari 30 menit setelah bayi dilahirkan. Keluhan lain yang dapat dialami adalah :

- a. Demam
- b. Menggigil
- c. Nyeri yang berlangsung lama
- d. Perdarahan hebat
- e. Keluar cairan dan jaringan berbau tidak sedap dari vagina

4. Diagnosis

Diagnosis retensi plasenta ditegakkan segera ketika plasenta gagal dikeluarkan dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Lebih lanjut, pasien mungkin didiagnosis mengalami retensi plasenta jika jaringan plasenta yang dikeluarkan dari rahim tidak lengkap.

5. Penanganan Retensi Plasenta

Penanganan retensi plasenta bertujuan untuk mengeluarkan plasenta atau sisa jaringan plasenta dari dalam rahim. Tindakan yang dilakukan dokter antara lain :

- a. Mengeluarkan plasenta dari rahim secara manual (menggunakan tangan).
- b. Memberikan obat-obatan untuk merangsang rahim berkontraksi dan mengeluarkan plasenta.

Jika kondisi pasien stabil, dokter dapat menyarankan pasien untuk sering buang air kecil karena kandung kemih yang penuh bisa mencegah keluarnya plasenta. Dokter juga akan menyarankan pasien untuk segera menyusui karena proses tersebut bisa memicu kontraksi rahim dan membantu plasenta keluar. Jika semua metode di atas tidak berhasil mengeluarkan plasenta dari rahim, dokter akan menjalankan prosedur bedah sebagai pilihan terakhir.

6. Komplikasi Retensi Plasenta

Retensi plasenta menyebabkan pelebaran dan pendarahan terus-menerus pada pembuluh darah yang terhubung ke plasenta. Sindrom ini menyebabkan perdarahan pascapersalinan, yang menimbulkan risiko signifikan bagi kehidupan pasien. Kompleksitas tambahan yang mungkin timbul meliputi:

- a. Infeksi rahim atau endometritis.
- b. Subinvolusi uteri, yaitu kondisi ketika rahim tidak kembali ke ukuran normal setelah melahirkan.
- c. Polip plasenta atau tumbuhnya jaringan tidak normal pada plasenta.

7. Pencegahan Retensi Plasenta

Untuk mencegah retensi plasenta, dokter akan melakukan langkah antisipasi selama proses persalinan, seperti:

- a. Memberikan obat-obatan, seperti oksitosin, segera setelah bayi lahir untuk merangsang kontraksi rahim agar seluruh plasenta keluar.

- b. Lakukan perawatan Traksi Tali Pusat Terkendali (CCT) dengan cara menjepit dan menarik tali pusat bayi dengan kuat dan lembut, sekaligus memberikan pijatan lembut pada perut ibu untuk mendorong kontraksi rahim.

N. Plasenta Akreta

Plasenta akreta merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kondisi retensi plasenta. Plasenta akreta adalah suatu kondisi di mana plasenta menempel kuat pada dinding rahim, sehingga mengakibatkan proses pelepasan yang sulit setelah melahirkan. Memang plasenta memiliki kemampuan untuk menempel pada dinding rahim sehingga menyulitkan pelepasan dan pengeluarnya dari tubuh ibu. Jika tidak segera dikeluarkan, plasenta yang menempel dengan keras berpotensi menyebabkan ibu mengalami pendarahan hebat. Plasenta previa adalah kelainan medis yang ditandai dengan adanya penyumbatan plasenta pada jalan lahir. Hal ini dapat terwujud pada individu yang:

1. Pernah melahirkan sebelumnya, khususnya yang pernah mengalami kehamilan empat kali atau lebih.
2. Memiliki riwayat kesehatan plasenta previa sebelumnya.
3. Menjalani operasi Caesar.
4. Tinjauan sejarah prosedur pembedahan yang dilakukan pada rahim
5. Kehamilan jamak
6. Berusia di atas 35 tahun
7. Menderita fibroid
8. Konsumsi tembakau.

Jika hal itu terjadi, terapi yang diberikan biasanya berupa:

1. Perawatan rawat inap untuk kasus kritis
2. Transfusi hematologi
3. Operasi caesar dilakukan jika terjadi perdarahan kronis atau detak jantung janin yang samar-samar.
4. Plasenta previa berpotensi mengakibatkan plasenta akreta, yaitu penyakit yang dapat mengancam nyawa. Dimana plasenta tidak mampu terlepas dari dinding rahim.

O. Atonia Uteri

Pasca melahirkan, rahim harus terus berkontraksi untuk memudahkan keluarnya plasenta dan memberikan tekanan pada pembuluh darah. Namun, ibu mungkin mengalami masalah persalinan yang disebut atonia uteri, yang menyebabkan pendarahan berlebihan atau disebut pendarahan pasca melahirkan. Dokter biasanya menangani atonia uteri dengan intervensi bedah, termasuk histerektomi dalam kasus ekstrim.

Atonia uteri adalah tidak adanya kontraksi pada miometrium. Dalam skenario ini, rahim mengalami proses pelunakan, dan arteri darah di daerah tempat menempelnya plasenta sebelumnya menjadi melebar. Atonia Uterus merupakan penyebab utama perdarahan postpartum pada sebagian besar (2/3) kasus. Atonia uteri adalah istilah medis yang mengacu pada ketidakmampuan rahim untuk berkontraksi secara efektif setelah melahirkan. Berbeda dengan sumber lain, atonia ditandai dengan penurunan tonus otot yang terjadi setelah lahirnya plasenta (SAIFUDDIN, 2002).

Kedua definisi tersebut hampir sama, dengan atonia uteri mengacu pada kurangnya kontraksi segera setelah lahirnya plasenta. Setelah lahirnya plasenta, otot-otot rahim biasanya berkontraksi secara terkoordinasi. Otot-otot ini berkolaborasi untuk menghentikan pendarahan pada titik implantasi plasenta. Namun, dalam keadaan tertentu, otot-otot rahim mungkin mengalami ketidakmampuan untuk berkontraksi atau, jika berkontraksi, kontraksinya mungkin kurang kuat. Gangguan tersebut akan mengakibatkan perdarahan yang tidak terkendali dari tempat menempelnya plasenta sehingga menimbulkan risiko yang parah bagi ibu.

Mayoritas perdarahan yang terjadi setelah melahirkan (sekitar 75-80%) disebabkan oleh atonia uteri. Telah diketahui bahwa aliran darah uteroplacenta selama kehamilan berkisar antara 500 hingga 800 ml/menit. Oleh karena itu, tidak adanya kontraksi uterus dalam waktu singkat pun dapat

mengakibatkan kehilangan banyak darah. Jumlah total darah manusia kira-kira 5-6 liter (Kim et al., 2020), (Wei et al., 2020).

1. Gejala

- a. Uterus tidak berkontraksi dan lembek. Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.
- b. Perdarahan terjadi segera setelah melahirkan. Dalam situasi atonia, pendarahannya banyak dan tidak mengeluarkan cairan. Seringkali, dalam keadaan khusus ini, darah dikeluarkan disertai massa yang menggumpal. Hal ini terjadi akibat hilangnya kemampuan tromboplastin untuk berfungsi sebagai antikoagulan.
- c. Tanda dan gejala lainnya adalah terjadinya syok, pembekuan darah pada serviks/posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar
 - 1) Nadi cepat dan lemah
 - 2) Tekanan darah yang rendah
 - 3) Pucat
 - 4) Keringat/kulit terasa dingin dan lembab
 - 5) Pernapasan cepat
 - 6) Gelisah, bingung, atau kehilangan kesadaran
 - 7) Urin yang sedikit

2. Pengaruh terhadap maternal

Hal yang menyebabkan uterus meregang lebih dari kondisi normal antara lain :

- a. Kemungkinan terjadi polihidramnion, kehamilan kembar dan makrosomia Peregangannya uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir.
- b. Persalinan lama.

Pada partus lama uterus dalam kondisi yang sangat lelah, sehingga otot-otot rahim tidak mampu melakukan kontraksi segera setelah plasenta lahir.
- c. Persalinan terlalu cepat
- d. Persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitosin

- e. Infeksi intrapartum
- f. Paritas tinggi. Kehamilan seorang ibu yang berulang kali, maka uterus juga akan berulang kali teregang. Hal ini akan menurunkan kemampuan berkontraksi dari uterus segera setelah plasenta lahir.

P. Infeksi Pospartum

Infeksi pascapersalinan merupakan komplikasi persalinan tambahan yang mungkin dialami ibu setelah melahirkan. Infeksi pascapersalinan diakibatkan oleh adanya kuman di banyak area seperti sayatan bedah, rahim, kandung kemih, dan lokasi lainnya. Infeksi pascapersalinan termasuk mastitis payudara, endometritis, infeksi saluran kemih (ISK), dan infeksi tempat sayatan bedah. Perawatan untuk infeksi pascapersalinan, yang dapat terjadi setelah persalinan normal dan operasi caesar, akan diubah berdasarkan alasan yang mendasarinya (Setyarini & Suprpti, 2016).

Ibu dapat mengurangi risiko komplikasi persalinan secara signifikan dengan segera menjalani pemeriksaan kesehatan komprehensif. Sebelum atau selama proses perencanaan kehamilan, disarankan untuk menjalani pemeriksaan kehamilan untuk menilai kesejahteraan fisik ibu. Selain itu, disarankan untuk tidak merokok saat hamil untuk mengurangi potensi masalah atau tantangan bagi diri Anda dan janin di masa depan. Selain itu, penting untuk mengingat pentingnya pemeriksaan kehamilan secara teratur untuk mengidentifikasi potensi komplikasi yang mungkin memerlukan intervensi medis segera (Kemenkes, 2018) (Triana, 2012).

Komplikasi pada asuhan persalinan rutin dapat timbul pada salah satu dari empat tahapan persalinan, yaitu kala I hingga kala IV. Terjadinya komplikasi dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kondisi prenatal, kesehatan ibu, dan kesejahteraan janin.

1. Komplikasi tahap I

Komplikasi yang dihadapi ibu pada tahap awal persalinan antara lain (Maulani & Zainal, 2020) (Setyarini & Suprapti, 2016):

- a. Persalinan lama, biasanya disebabkan oleh kontraksi rahim yang tidak mencukupi atau pelebaran serviks yang tidak sempurna
- b. Ketuban pecah dini (PROM), ditandai dengan pecahnya selaput ketuban sebelum permulaan persalinan.

Akibat buruk pada tahap awal mungkin juga terjadi pada janin, sehingga profesional kesehatan harus menjamin kesejahteraan dan status janin. Kemungkinan komplikasi meliputi:

- a. Asfiksia, suatu kondisi yang dapat mengakibatkan kematian janin di dalam rahim (IUFD)
- b. Sepsis neonatal, akibat infeksi yang disebabkan oleh KPD

2. Komplikasi Kala II

Komplikasi yang mungkin timbul pada persalinan kala II pada wanita antara lain distosia, yaitu persalinan berlarut-larut pada tahapan ini. Jika durasi persalinan melebihi 2 jam pada primipara atau 1 jam pada multipara, tanpa penggunaan anestesi epidural. Kelainan ini dapat mengakibatkan potensi terjadinya korioamnionitis, endometritis, infeksi saluran kemih, dan retensi urin.

Distosia dapat terjadi akibat terbelitnya tali pusat atau adanya bayi berukuran besar atau makrosomia. Setelah melahirkan, kepala bayi perlu diperiksa untuk mengetahui adanya belitan tali pusat di sekitar leher, karena hal ini dapat menyebabkan masalah pada janin termasuk hipovolemia, anemia, syok hipoksik-iskemik, dan kemungkinan ensefalopati. Janin makrosomik dapat menyebabkan distosia bahu.

3. Komplikasi Kala III

Pada kala ketiga, terdapat masalah potensial yang disebut retensi plasenta, yang mengacu pada kegagalan plasenta dikeluarkan secara alami dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Mengingat keadaannya, sangat penting untuk melakukan ekstraksi plasenta secara manual. Retensi plasenta dapat menyebabkan perdarahan postpartum.

4. Komplikasi Kala IV

Pada kala IV, komplikasi utama adalah perdarahan postpartum, ditandai dengan perdarahan vagina yang berlebihan melebihi 500 cc atau berdampak pada hemodinamik pasien. Etiologi perdarahan postpartum mencakup empat faktor yang disebut 4T: tonus (atonia uteri), jaringan (jaringan sisa plasenta), trauma (ruptur uteri, serviks, atau vagina), dan trombin (kelainan faktor koagulopati).

Atonia uteri

Adanya atonia uteri akan langsung terlihat saat bayi lahir. Rahim yang lembek menunjukkan kontraksi uterus yang tidak memadai. Sindrom ini dapat menyebabkan pendarahan hebat yang menyebabkan pasien mengalami syok hipovolemik.

Jaringan plasenta yang tersisa

Pendarahan vagina dapat terjadi dalam jangka waktu 6-10 hari setelah melahirkan jika plasenta tidak dikeluarkan sepenuhnya dari rahim.

Trauma Jalan Lahir

hal ini dapat terjadi pada pasien yang sudah menjalani operasi caesar. Laserasi serviks dan vagina sering terjadi pada persalinan dengan bantuan vakum atau forceps.

Gangguan Faktor Koagulasi

Perdarahan yang bersifat parah umumnya bukan disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan faktor pembekuan darah. Meski demikian, kondisi ini bisa

memburuk jika ibu mengalami kesulitan seperti solusio plasenta, emboli ketuban, atau eklamsia. Pendarahan yang disebabkan oleh perubahan faktor pembekuan biasanya menghasilkan konsistensi darah yang encer tanpa adanya gumpalan darah.

BAB 7

KOMPLIKASI MASA NIFAS

A. Konsep Dasar Nifas

Nifas mengacu pada pendarahan pasca melahirkan yang terjadi dari rahim setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah keluarnya plasenta dan berakhir setelah organ ginekologi telah sepenuhnya kembali ke kondisi sebelum hamil. Peralatan ginekologi akan kembali ke kondisi sebelum hamil, sebuah proses yang biasanya memakan waktu sekitar 6 minggu atau 42 hari. Meski demikian, pemulihan penuh pada fase nifas membutuhkan waktu 3 bulan. Istilah yang digunakan untuk menyebut masa ini adalah masa nifas. Istilah “puerperium” berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “puer” yang berarti bayi dan “parous” yang berarti melahirkan. Masa nifas mengacu pada periode segera setelah melahirkan.

Masa nifas merupakan masa setelah bayi dilahirkan dimana darah terus mengalir dari jalan lahir. Periode ini biasanya berlangsung antara 40 dan 60 hari. Ini adalah masa yang dilalui wanita mulai dari beberapa jam setelah melahirkan bayi dan plasenta hingga sekitar enam minggu setelah melahirkan, yang merupakan saat dimana alat ginekologi kembali ke keadaan alaminya seperti sebelum hamil.

B. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dapat dibagi menjadi tiga masa, yaitu sebagai berikut (Kasmiati, 2023) (Dewi, 2021):

1. Periode Immediate Postpartum Atau Puerperium Dini

Fase postpartum dimulai segera setelah melahirkan dan berlangsung hingga 24 jam pertama setelah melahirkan. Selama jangka waktu ini, masalah seperti pendarahan sering terjadi. Oleh karena itu, penting untuk memantau kontraksi uterus, keluarnya locha, dan tekanan darah. Pemantauan rutin terhadap kontraksi uterus, keluarnya locha, tekanan darah, dan suhu dianjurkan. dan suhu sering.

2. Periode Intermedial Atau Early Postpartum

Fase nifas ini dimulai 24 jam setelah melahirkan dan berakhir pada minggu pertama setelah melahirkan. Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada periode ini antara lain pemeriksaan tidak adanya perdarahan, involusi uterus normal, tidak adanya lokia berbau busuk, tidak adanya demam, normalnya konsumsi makanan dan cairan ibu, serta keberhasilan pemberian ASI pada bayi.

3. Periode Late Postpartum

Masa nifas ini biasanya dimulai satu minggu setelah melahirkan dan berlangsung selama kurang lebih lima sampai 6 minggu. Pada era ini, perhatian terhadap perawatan sangat teliti, pemeriksaan rutin, dan konseling mengenai keluarga berencana (KB).

C. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Nifas

1. Uterus

Uterus akan mengalami involusi dan kembali ke ukuran sebelum melahirkan. Proses transisi ini disebut sebagai involusi uterus. Rahim akan mengalami involusi dan kembali ke ukuran sebelum hamil pada minggu keenam setelah melahirkan, dengan berat sekitar 50-60 gram. Setelah lepasnya plasenta, akan terjadi penurunan produksi estrogen dan peningkatan kadar hormon oksitosin. Hal ini menyebabkan peningkatan kontraksi rahim, yang pada gilirannya mengurangi aliran darah ke rahim. Hal ini akan mengakibatkan berkurangnya pembentukan bekas luka implantasi plasenta. Plasenta yang terlepas menyebabkan

terjadinya pemisahan antara lapisan desidua dan lapisan basal. Lapisan dasar. Pelepasan desidua menyebabkan keluarnya locha, keputihan, selama periode postpartum. Masa nifas mengacu pada periode segera setelah melahirkan, di mana tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis saat kembali ke kondisi sebelum hamil. Kategorisasi lochea adalah sebagai berikut:

- a. Keluarnya cairan berwarna merah tua yang disebut lochea rubra yang dikeluarkan dari tubuh pada hari pertama hingga ketiga atau keempat setelah melahirkan.
- b. Lochea serosa, berwarna merah jambu atau pucat, yang keluar pada hari ketiga atau keempat hingga sekitar hari kesebelas setelah melahirkan.
- c. Lochea alba adalah keluarnya cairan berwarna putih atau putih kekuningan dan terjadi setelah hari kesepuluh (Wicaksana, 2016).

2. Endometrium

Sisa struktur kelenjar endometrium, bersama dengan jaringan ikat antar kelenjar, akan membentuk endometrium yang beregenerasi. Lapisan desidua dan lapisan basal akan mengalami pemisahan sehingga terbentuklah dua lapisan yang berbeda. Lapisan bawah akan menghasilkan endometrium baru, sedangkan lapisan permukaan desidua akan mengalami nekrosis (Amelia, 2018).

3. Serviks Uteri

Setelah melahirkan, rongga rahim akan membesar dan dapat dilalui dengan satu tangan. Namun demikian, setelah dua jam melahirkan, rongga rahim menyempit dan hanya dapat dijangkau dengan 2 atau 3 jari. Setelah masa persalinan 6 minggu, serviks mengalami penutupan. Namun, ostium eksterna tidak dapat sepenuhnya kembali ke kondisi sebelum hamil, sehingga menjadi indikasi bahwa bayi telah dilahirkan. Keadaan sebelum hamil mengacu pada kondisi sebelum seorang wanita hamil. Ini berfungsi sebagai indikasi bahwa bayi telah dilahirkan.

4. Vagina dan Perineum

Setelah melahirkan, lubang vagina akan melebar secara signifikan dan kemudian mulai menyempit pada hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Selama minggu ketiga setelah melahirkan, vagina memulai proses penyembuhan. Pasca melahirkan, dinding vagina mengalami pelunakan dan perluasan sehingga mengakibatkan kelonggaran dan ukuran meningkat dibandingkan sebelum melahirkan.

5. Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, ibu mungkin mengalami peningkatan rasa haus dan lapar karena pengeluaran energi yang signifikan setelah melahirkan. Kelelahan dialami sepanjang proses melahirkan. Kadar progesteron menurun pada masa nifas sehingga menyebabkan kesulitan buang air besar yang dapat berlangsung hingga 2-3 hari setelah melahirkan.

6. Sistem Perkemihan

Setelah melahirkan, akan terjadi peregangan kandung kemih yang berlebihan, buang air kecil yang tidak memadai, dan penumpukan sisa urin yang berlebihan. Namun demikian, hal ini akan hilang dalam waktu 24 jam setelah melahirkan. Selama lima hari pertama setelah melahirkan, wanita tersebut akan menjalani diuresis, yang mengakibatkan peningkatan produksi urin.

7. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal mengalami perubahan pada masa nifas, yaitu melibatkan pemanjangan ligamen, diafragma panggul, dinding perut, dan fasia. Struktur yang disebutkan adalah ligamen, diafragma panggul, dinding perut, dan fasia. Ligamentum latum dan rotundum akan mengalami peregangan dan pelonggaran pada masa nifas, dan akhirnya membaik dalam jangka waktu kurang lebih 6-8 minggu.

8. Sistem Endokrin

Kadar hormon estrogen dan progesteron akan menurun sehingga terjadi peningkatan hormon prolaktin yang berdampak langsung pada produksi ASI. Selain itu, peningkatan hormon oksitosin yang disekresikan oleh kelenjar neurohipofisis posterior akan berkontribusi pada proses produksi ASI dan kontraksi rahim setelah melahirkan.

D. Perubahan Psikologi Nifas

Selama minggu pertama setelah melahirkan, banyak wanita menunjukkan berbagai tingkat keputusasaan dan gejala yang berhubungan dengan neurosis traumatis. Namun demikian, kondisi ini biasanya membaik terlepas dari apakah pengobatan diberikan atau tidak. Tahapan penyesuaian diri wanita pada masa nifas meliputi:

1. Fase taking in

Fase ini terjadi pada dua hari pertama setelah melahirkan. Di panggung ini. Pada masa ini, penekanan utama ibu adalah pada kesejahteraannya sendiri. Agar terhindar dari kurang tidur dan kelelahan, ibu memerlukan istirahat yang cukup.

2. Fase taking hold

Ibu akan menjalani masa ini antara hari ketiga dan kesepuluh. Pada tahap ini, ibu mungkin mengalami kekhawatiran mengenai kapasitas dan tugasnya dalam mengasuh bayi. Memberikan perawatan pada bayi. Pemberian konseling pada ibu pada fase ini merupakan bentuk pengajaran yang tepat untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam merawat bayi.

3. Fase letting go

Fase ini terjadi setelah hari kesebelas. Pada masa ini, ibu mulai beradaptasi dengan bayinya.

E. Komplikasi pada Masa Nifas

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas, yaitu:

1. Perdarahan pasca melahirkan

Perdarahan ini diartikan sebagai keluarnya darah lebih dari 500 ml atau jumlah perdarahan yang melebihi biasanya setelah melahirkan. Kondisi-kondisi tersebut di atas akan berdampak pada indikator fisiologis penting pasien, sehingga mengakibatkan penurunan kewaspadaan mental, kelemahan, gemetar, keringat berlebih, peningkatan kadar karbon dioksida dalam darah, dan konsentrasi hemoglobin di bawah 8 gram per desiliter.

2. Infeksi pascapersalinan

Infeksi pada masa nifas ditandai dengan kenaikan suhu tubuh ibu hingga 38°C atau lebih. Hal ini akibat adanya infeksi bakteri pada saluran vagina yang terjadi saat proses melahirkan. Organ reproduksi saat melahirkan.

3. Kelainan Pada Payudara

Payudara yang tidak normal menunjukkan gejala seperti puting lecet, payudara bengkak, dan puting rata atau tertanam.

4. Eklampsia dan Preeklampsia

Eklampsia mengacu pada terjadinya kejang secara tiba-tiba pada wanita hamil, bersalin, atau nifas yang sebelumnya menunjukkan tanda-tanda preeklampsia. Eklampsia pascapersalinan mengacu pada timbulnya kejang secara tiba-tiba pada ibu setelah melahirkan. Preeklampsia berat ditandai dengan tekanan darah lebih dari 160 mmHg, proteinuria sama atau lebih besar dari 2+, dan pembengkakan pada ekstremitas. Anggota badan.

5. Disfungsi Simfisis Pubis

Disfungsi simfisis pubis adalah suatu kondisi yang mempengaruhi dasar panggul, khususnya sendi antara tulang kemaluan dan tulang ekor. Kondisi ini akibat proses melahirkan yang menyebabkan melemahnya dan menurunnya fungsi otot dasar panggul.

6. Nyeri Di Daerah Perineum

Ibu yang mengalami luka perineum saat persalinan akan merasakan nyeri pada daerah perineum. Ketidaknyamanan ini akan menyebabkan imobilitas pasca melahirkan karena ketakutan ibu. Hal ini akan mengakibatkan subinvolusi uterus, gangguan keluarnya locha, dan perdarahan postpartum.

7. Inkontinensia Urin

Inkontinensia urin, sebagaimana didefinisikan oleh International Continence Society (ICS), mengacu pada kebocoran urin yang tidak disengaja dan tidak dapat diatur secara sadar. Tidak terkendali. Hal ini akan mengakibatkan perasaan tidak nyaman atau ketidaknyamanan fisik.

8. Back Pain

Sakit punggung pasca melahirkan merupakan penyakit kronis yang terjadi setelah melahirkan, akibat ketegangan pada sistem muskuloskeletal akibat persalinan.

9. Oksidinia

Oksidinia mengacu pada ketidaknyamanan terus-menerus yang dialami pada tulang ekor, yaitu struktur tulang di ujung tulang belakang dekat anus. Terletak di dekat anus. Nyeri ini bisa dialami bila ada tekanan langsung pada tulang, misalnya saat duduk.

F. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu disarankan mengonsumsi satu kapsul vitamin A yang mengandung 200.000 IU, segera setelah melahirkan. Mereka kemudian harus minum kapsul kedua 24 jam setelah minum kapsul pertama. Selama masa nifas, ibu disarankan untuk mengonsumsi tambahan 500 kalori per hari, dengan tetap memastikan pola makan seimbang, guna memenuhi kebutuhan nutrisi ibu.

2. Ambulasi

Ibu pasca melahirkan disarankan untuk mengambil posisi miring ke kiri dan ke kanan saat tidur dan untuk meningkatkan aktivitas berjalan. Hal ini akan memudahkan proses pemulihan dan meminimalkan risiko tromboemboli.

3. Eliminasi

Usai prosedur persalinan, ibu dianjurkan untuk segera buang air kecil agar tidak mengganggu kontraksi rahim. Selama periode 24 jam awal, ibu dianjurkan juga untuk buang air besar.

4. Kebersihan Diri

Setelah periode pengawasan pascapersalinan selama 2 jam, wanita tersebut diperbolehkan untuk mandi. Ibu disarankan untuk membersihkan tangan dengan sabun sebelum dan sesudah merawat area genital, serta mengganti pembalut minimal dua kali sehari atau setiap kali lembab atau kotor. Pembalut wanita menunjukkan tanda-tanda lembab dan terkontaminasi.

5. Istirahat

Ibu pasca melahirkan disarankan untuk tidur malam selama 7-8 jam dan mengalokasikan sekitar 2 jam untuk istirahat siang hari. Memberikan insentif kepada keluarga untuk meringankan beban kerja ibu selama masa nifas.

6. Seksual

Disarankan untuk menunggu selama 6 minggu setelah melahirkan sebelum melakukan hubungan seksual. Pada masa ini, tubuh masih menjalani proses pemulihan, khususnya leher rahim, yang membutuhkan waktu sekitar 6 minggu untuk menutup sempurna.

7. Perawatan Payudara

Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan payudara selama masa nifas untuk menghindari gangguan pada proses menyusui dan meminimalkan peradangan. Pastikan

payudara tidak menghambat proses menyusui dan mengurangi iritasi.

8. Keluarga Berencana

Wanita pasca melahirkan disarankan untuk menunda kehamilan minimal 2 tahun untuk memastikan kecukupan ASI pada bayi. Pasangan suami istri disarankan untuk memilih teknik kontrasepsi dan melakukan keluarga berencana.

BAB

8

KOMPLIKASI BAYI BARU LAHIR

A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

Neonatus adalah bayi yang baru saja menjalani proses kelahiran dan berusia antara 0 hingga 28 hari. Fase neonatal mengacu pada jangka waktu yang dimulai sejak bayi lahir dan berlanjut selama 4 minggu (28 hari). Neonatus dini mengacu pada bayi yang berusia antara 0 dan 7 hari. Neonatus terlambat adalah bayi baru lahir yang berumur 7-28 hari.

Penanganan neonatal dengan komplikasi adalah pelayanan yang diberikan kepada bayi baru lahir yang sakit atau bayi baru lahir dengan kelainan atau keadaan darurat. Pelayanan ini diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih (seperti dokter, bidan, atau perawat) di berbagai tempat, termasuk rumah, fasilitas kesehatan dasar, dan fasilitas kesehatan rujukan, dengan mengikuti standar yang ditetapkan.

Neonatus dengan komplikasi adalah bayi baru lahir yang mempunyai penyakit atau kelainan yang dapat mengakibatkan kecacatan atau kematian. Komplikasi tersebut antara lain asfiksia, penyakit kuning, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, berat badan lahir rendah (BBLR), sindrom gangguan pernapasan, dan kelainan kongenital. Selain itu, neonatus dengan klasifikasi kuning atau merah pada pemeriksaan dengan melalui pemeriksaan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM).

Penyebab komplikasi utama kematian adalah hipoksia, berat badan lahir rendah, dan infeksi. Konsekuensi-konsekuensi ini dapat dikurangi dan disembuhkan, namun pencegahan dan

pengobatannya dibatasi oleh beberapa faktor seperti ketersediaan layanan kesehatan, kompetensi profesional kesehatan, keadaan sosial ekonomi, dan sistem layanan kesehatan secara keseluruhan. Pelayanan kesehatan, kapasitas tenaga kesehatan, keadaan sosial ekonomi, sistem rujukan yang belum memadai, proses rujukan yang tertunda, deteksi yang tertunda, dan kesadaran orang tua untuk berobat. Kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan medis (Kemenkes RI, 2020).

Penatalaksanaan neonatus dengan komplikasi meliputi penanganan neonatus yang sakit atau neonatus dengan kelainan atau keadaan darurat. Perawatan ini diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter, bidan, atau perawat, di berbagai tempat termasuk di rumah, fasilitas pelayanan kesehatan dasar, dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan. Layanan ini diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Pelayanan yang diberikan mengikuti standar yang telah ditetapkan seperti standar MTBM, Penatalaksanaan Asfiksia Bayi Baru Lahir, Penatalaksanaan BBLR, pedoman pelayanan esensial neonatal di tingkat pelayanan kesehatan primer, PONE, PONE, atau standar operasional pelayanan lainnya (Kemenkes RI, 2020).

Keadaan darurat atau kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak terduga dan memerlukan intervensi segera dan cepat. Keadaan darurat dapat timbul dalam layanan kesehatan obstetrik dan neonatal. Penatalaksanaan darurat meliputi identifikasi segera situasi darurat, stabilisasi keadaan pasien, penyediaan oksigen, cairan infus, terapi cairan, transfusi darah, dan pemberian obat-obatan, serta melakukan upaya rujukan tambahan.

Masa neonatal mengacu pada tahap awal kehidupan di luar rahim, yang berlangsung hingga 28 hari. Fase ini ditandai dengan transisi yang signifikan dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Transisi dari keberadaan intrauterin ke ekstrauterin. Saat ini, pematangan organ terjadi di hampir semua sistem. Tahap neonatal merupakan fase yang ditandai dengan

transisi dari ketergantungan penuh pada ibu ke pencapaian otonomi fisiologis. Kehamilan dan proses persalinan berdampak signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas bayi baru lahir terjadinya penyakit dan kematian pada bayi.

B. Karakteristik Bayi Baru Lahir Normal

1. Neonatus dengan berat lahir berkisar antara 2500 hingga 4000 gram
2. Panjang tubuh bayi berkisar antara 45 hingga 50 sentimeter.
3. Lingkar dada bayi 32-34 cm.
4. Lingkar kepala bayi berkisar antara 33-35 cm.
5. Denyut jantung pada menit awal kira-kira 180 denyut per menit, diikuti penurunan berikutnya. Denyut jantung meningkat menjadi 120-140 denyut per menit dalam 30 menit awal.
6. Pernafasan cepat awal terjadi dengan kecepatan sekitar 80 napas per menit disertai dengan menghirup udara melalui hidung, tenggelamnya daerah di atas tulang dada, dan tenggelamnya daerah di antara tulang rusuk, dan mengungkapkan ketidakpuasan yang hanya berlangsung selama 10-15 menit.
7. Kulit tampak kemerahan dan teksturnya halus karena perkembangan jaringan subkutan yang memadai dan dilapisi dengan bahan murahan yang disebut vernix caseosa.
8. Rambut halus dan halus yang disebut lanugo telah lenyap, sementara pertumbuhan rambut di kepala telah dimulai.
9. Kukunya agak memanjang dan lembek.
10. Organ reproduksi:
Laki-laki: Testis mengalami penurunan.
Wanita: Labia mayora menyelimuti labia minora.
11. Refleks hisap, menelan, dan morrow telah terbentuk.
12. Eliminasi: urin dan mekonium normalnya keluar dalam 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik berwarna hitam kehijauan dan lengket (Setyarini & Suprpti, 2016) (Kemenkes RI, 2020).

C. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir mengacu pada penyesuaian fisiologis dan fungsional yang dialami neonatus ketika mereka bertransisi dari lingkungan intrauterin ke lingkungan ektrauterin. Adaptasi fisiologis ini sering disebut sebagai homeostatis. Homeostasis adalah kemampuan untuk mempertahankan fungsi-fungsi penting, yang dapat berubah dan dipengaruhi oleh banyak periode pertumbuhan dan perkembangan, termasuk periode pertumbuhan dan perkembangan prenatal. Homeostatis neonatus dipengaruhi oleh keseimbangan antara tingkat perkembangan dan kondisi gizinya.

D. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Beberapa perubahan fisiologis yang dialami bayi baru lahir antara lain:

1. Perubahan Sistem Pernapasan/Respirasi

Plasenta adalah organ yang memasok oksigen ke janin yang sedang berkembang saat masih berada di dalam rahim ibu. Namun, setelah bayi dilahirkan, pertukaran gas terjadi di paru-paru (setelah tali pusar terputus). Setelah bayi dilahirkan, tekanan luar biasa yang diberikan pada dada oleh kepala bayi saat bergerak melalui jalan lahir akan berkurang. Tekanan ini diberikan pada dada selama bayi melewati jalan lahir.

Cairan yang terperangkap di paru-paru dikeluarkan akibat proses mekanis ini menyebabkan cairan di paru-paru dipindahkan ke tepi paru-paru agar lebih mudah dikeluarkan bagian terluar dari paru-paru. Paru-paru mampu menghirup udara setelah tekanan negatif intrathoracic yang terjadi bersamaan dengan aktivasi pernafasan awal telah terjadi. Paru-paru terisi udara saat seseorang mengambil napas pertama. Setelah beberapa napas pertama, udara dari lingkungan mulai memenuhi saluran napas di trakea dan bronkus, yang menyebabkan alveoli mengembang karena terisi udara. Proses ini berlanjut setelah

beberapa tarikan napas pertama. Fungsi alveolar yang optimal dapat dicapai jika paru-paru bayi memiliki jumlah surfaktan yang cukup. Dinding alveolar dibantu agar tetap stabil oleh surfaktan, yang mencegahnya runtuh pada akhir siklus pernapasan.

Pernapasan awal pada bayi baru lahir yang sehat sering kali dimulai dalam waktu 30 detik setelah melahirkan. Hal ini muncul dari berfungsinya sistem saraf pusat dan perifer secara teratur, dengan bantuan berbagai rangsangan eksternal. Hal ini menyebabkan aktivasi pusat pernapasan di otak, yang kemudian memicu kontraksi diafragma dan otot pernapasan lainnya. serta otot tambahan yang terlibat dalam pernapasan

2. Perubahan Sistem Peredaran Darah

Tabel 8. 1 Perubahan Sirkulasi Janin Ketika Lahir

Struktur	Sebelum lahir	Setelah lahir
Vena umbilikalis	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup; menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikalis	Membawa darah arteri venosa ke plasenta	Menutup; menjadi ligamentum venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam vena cava inferior	Menutup; menjadi ligamentum arteriosum
Foramen Ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup; kadang-kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah dari atrium kanan

Sumber: Sondakh, J.JS. (2013) Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir. Jakarta

Setelah melahirkan, darah bayi baru lahir perlu melewati paru-paru untuk mengambil oksigen, dan kemudian perlu diedarkan ke seluruh tubuh untuk menyediakan oksigen ke jaringan. Perlu adanya dua perubahan utama untuk mengembangkan sirkulasi yang sehat guna menunjang kehidupan setelah keluar dari kandungan. Dua perubahan mendasar tersebut adalah Occlusion foramen ovale pada atrium pulmonal dan aorta, dan Occlusion duktus arteriosus yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta.

3. Sistem Gastrointestinal

Pada usia kehamilan empat bulan, janin telah mengembangkan sistem pencernaannya dan mampu menelan sejumlah besar cairan ketuban melalui menelan. Pembentukan janin memungkinkan tertelannya sejumlah besar cairan ketuban, yang dibuktikan dengan adanya mekonium. Pada masa neonatal, saluran pencernaan mengandung bahan yang disebut mekonium, yaitu campuran mukopolisakarida berwarna hitam kehijauan. Neonatus sering kali mengeluarkan kotoran awalnya, yang disebut mekonium, dalam 24 jam pertama setelah lahir.

Fungsi mulut seperti menghisap dan menelan sudah berfungsi sejak lahir. Indera perasa dan penciuman juga ada. Namun perlu diperhatikan bahwa air liur tidak mengandung enzim ptialin selama tiga bulan pertama. Kapasitas lambung, atau volume lambung, neonatus bervariasi dari 25-50 mL pada awalnya dan kemudian meningkat menjadi 100 mL pada hari ke 10. Diferensiasi pankreas menyebabkan gangguan penyerapan lemak, yang menyebabkan belum matangnya kemampuan pencernaan lemak pada bayi baru lahir. Karena sistem pencernaan neonatus belum berkembang sempurna, maka tidak disarankan untuk memberikan mereka susu formula.

Refleks muntah dan batuk sudah berkembang sepenuhnya pada saat bayi baru lahir. Kemampuan neonatus untuk mencerna dan memetabolisme makanan (kecuali susu)

masih terbatas. Hubungan yang tidak lengkap antara esofagus bagian bawah dan lambung menyebabkan terjadinya muntah. Usus bayi belum berkembang, sehingga tidak mampu melindungi dirinya dari racun berbahaya yang masuk ke sistem pencernaannya. Bayi juga mempunyai kapasitas yang kecil untuk menahan cairan secara efektif, sehingga berpotensi terjadinya diare parah.

4. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Fungsi ginjal belum berkembang sempurna pada bayi baru lahir karena jumlah nefron lebih sedikit dibandingkan pada orang dewasa, luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal tidak seimbang, dan jumlah darah yang mengalir ke ginjal lebih sedikit dibandingkan pada bayi baru lahir. orang dewasa. Namun bayi baru lahir yang telah mencapai kematangan penuh memiliki defisiensi struktural dan fungsional tertentu pada sistem ginjalnya. Terjadi penurunan aliran darah serta penurunan laju filtrasi glomerulus pada ginjal neonatal, yang mengakibatkan retensi cairan serta keracunan air. Jelas terlihat bahwa bayi baru lahir tidak dapat memekatkan urinnya, seperti yang ditunjukkan oleh rendahnya osmolalitas dan berat jenis urin yang mereka hasilkan. Dalam 48 jam pertama kehidupannya, bayi baru lahir hanya mengeluarkan volume pipis yang sedikit, hanya 30–60 mililiter.

5. Sistem Kekebalan Imunologi

IgG, atau imunoglobulin Gamma G, adalah salah satu dari beberapa jenis imunoglobulin (protein yang mengandung komponen antibodi) yang ditemukan dalam sistem kekebalan. Meski banyak igG yang diproduksi pada bulan kedua setelah bayi lahir, imunoglobulin jenis ini ditransfer ke janin dari ibu melalui plasenta. Tidak ada sel plasma sama sekali di sumsum tulang, lamina propia ileum, dan usus buntu neonatus.

Bayi baru lahir memiliki sistem kekebalan tubuh yang belum berkembang, sehingga rentan terhadap beberapa penyakit dan alergi. Sistem kekebalan yang berkembang

sepenuhnya menawarkan perlindungan alami atau didapat. Imunitas alami mengacu pada mekanisme pertahanan tubuh yang mencegah atau mengurangi kemungkinan infeksi.

6. Sistem Neurology

Sistem saraf bayi belum terbentuk sempurna baik secara fisik maupun fisiologis. Bayi mengalami gerakan motorik yang tidak teratur, koordinasi otot yang terbatas, kerentanan yang meningkat terhadap rangsangan, dan anggota tubuh gemetar. Refleks neonatal merupakan penanda penting kemajuan perkembangan.

Berikut merupakan refleks pada bayi baru lahir:

a. Reflek Mencari (Rooting Refleks)

- 1) Kepala bayi akan memutar ke arah usapan dan mencari puting susu dengan bibirnya, refleks ini untuk mencari makanan.
- 2) Refleks ini berlanjut sementara bayi masih menyusui dan menghilang selama 3-4 bulan

b. Reflek Terkejut (Morro)

- 1) Timbul oleh rangsangan yang mendadak atau mengejutkan. Bayi akan mengembangkan tangannya ke samping dan melebarkan jari-jarinya serta menarik tangannya kembali dengan cepat seperti ingin memeluk seseorang.
- 2) Muncul sejak lahir dan mereda 1 atau 2 minggu dan menghilang setelah 6 bulan.
- 3) Biasanya refleks ini diikuti dengan tangisan bayi.

c. Reflek Hisap (Sucking Refleks)

- 1) Ditimbulkan oleh rangsangan pada daerah mulut atau pipi bayi dengan puting atau tangan.
- 2) Bibir bayi akan maju ke depan dan lidah melingkar ke dalam untuk menyedot.
- 3) Paling kuat pada 4 bulan pertama dan memudar setelah 6 bulan dan secara bertahap melebur dengan kegiatan yang disadari.

d. Reflek Genggam (Palmar Grasp Refleks)

- 1) Timbul bila kita menggoreskan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi.
- 2) Jari-jari bayi akan melingkar ke dalam seolah memegang suatu benda dengan kuat.
- 3) Biasanya refleks ini menghilang sekitar 4 bulan.

e. Tonick Neck Refleks

- 1) Refleks mempertahankan posisi leher atau kepala.
- 2) Timbul bila kita membaringkan bayi secara telentang. Kepala bayi akan berpaling ke salah satu sisi sementara ia berbaring terlentang.
- 3) Lengan pada sisi kemana kepalanya beraling akan terlentang lurus keluar, sedangkan tangan lainnya dilipat atau ditekuk.
- 4) Refleks ini sangat nyata pada 2/3 bulan dan menghilang sekitar 4 bulan.

f. Refleks Babinski

Menurut Kumalasari (2015), refleks babinski terjadi saat jari-jari mencengkram atau hiperekstensi ketika bagian bawah atau telapak kaki diusap.

7. Adaptasi Suhu

Neonatus dapat menghasilkan panas dengan melalui 3 cara, yaitu menggigil, aktivitas voluntair otot, dan termogenesis bukan melalui mekanisme menggigil. Pembentukan panas tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk kembali mendapatkan panas tubuhnya. Mekanisme tersebut merupakan hasil dari penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh bayi. Untuk membakar lemak coklat bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energi yang akan mengubah lemak menjadi panas. Semakin lama usia kehamilan, persediaan lemak coklat bayi semakin banyak.

Jika bayi dibiarkan di ruangan bersuhu 25 derajat Celcius, bayi akan mengalami kehilangan panas akibat evaporasi, konveksi, dan radiasi yang dapat menyebabkan penurunan suhu tubuh hingga 2 derajat Celcius dalam waktu 15 menit. Jika bayi dibiarkan di ruangan bersuhu 37 derajat Celcius, bayi akan mengalami kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, dan radiasi. Karena tubuh bayi baru lahir tidak mampu menyesuaikan diri terhadap penurunan suhu melalui produksi panas yang dihasilkannya sendiri, keadaan ini menimbulkan ancaman yang signifikan bagi neonatus, terutama mereka yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Hal ini dapat menyebabkan hipotermia.

Berikut merupakan empat mekanisme kehilangan panas yang dapat terjadi pada bayi baru lahir:

a. Evaporasi

Evaporasi merupakan salah satu mekanisme yang berkontribusi terhadap hilangnya panas pada bayi. Penguapan juga bisa terjadi jika bayi baru lahir tidak segera dikeringkan setelah lahir atau dimandikan terlalu cepat.

b. Konduksi

Konduksi merupakan metode pelepasan panas yang terjadi ketika tubuh bayi bersentuhan langsung dengan permukaan dingin, seperti meja, tempat tidur, atau timbangan. Hal ini dapat menyebabkan suhu tubuh bayi turun. Panas tubuh bayi mungkin akan diserap oleh bayi yang kedinginan jika terjadi kontak langsung di antara keduanya.

c. Konveksi

Konveksi terjadi ketika bayi baru lahir terkena udara sekitar yang lebih rendah dari suhu tubuhnya. Kehilangan panas secara konveksi dapat terjadi apabila ruang bersalin terdapat aliran udara dari kipas angin atau AC serta mengalir melalui jendela. Konveksi juga bisa terjadi ketika bayi terpapar udara yang lebih hangat dari suhu tubuhnya.

d. Radiasi

Ketika bayi berada dekat dengan benda yang suhunya lebih rendah dari suhu tubuhnya, mereka akan kehilangan panas melalui proses yang disebut radiasi.

8. Hepar

Enzim hati, khususnya enzim yang berperan dalam pembentukan bilirubin, belum diaktifkan sepenuhnya saat bayi baru lahir; Akibatnya, neonatus menunjukkan gejala penyakit kuning yang dianggap normal. Penyakit kuning adalah suatu kondisi yang ditandai dengan penumpukan bilirubin sehingga menimbulkan warna kuning pada sklera dan kulit, seperti yang diungkapkan IDAI (2013). Penyakit kuning adalah suatu kondisi yang ditandai dengan penumpukan bilirubin di kulit. Bilirubin diproduksi ketika sel darah merah dipecah; selama proses ini, hemoglobin yang terkandung dalam sel darah merah diubah menjadi bilirubin.

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan peningkatan kadar bilirubin pada bayi baru lahir. Selama kehamilan, bilirubin dikeluarkan dari tubuh ibu melalui plasenta. Namun, setelah lahir, bayi perlu mengeluarkan bilirubinnya sendiri, yang biasanya membutuhkan waktu sekitar satu minggu bagi bayi baru lahir untuk menyesuaikan diri. Peningkatan jumlah sel darah merah pada neonatus juga dapat menyebabkan peningkatan kadar bilirubin.

9. Sistem Metabolisme

Pada jam-jam awal energi diperoleh melalui proses pembakaran karbohidrat, sedangkan keesokan harinya energi diperoleh melalui pembakaran lemak. Setelah memperoleh susu, biasanya sekitar hari keenam, kebutuhan energi bayi terpenuhi. Kandungan lemak menyumbang 60% dari total, sedangkan karbohidrat menyumbang 40%.

Neonatus menerima energi ekstra yang mereka perlukan pada jam-jam awal setelah lahir melalui pemecahan metabolisme asam lemak. Pada keadaan tertentu, seperti pada bayi yang lahir dari ibu penderita diabetes melitus (DM) atau berat badan lahir rendah (BBLR), dapat terjadi

peningkatan konversi glukosa menjadi glikogen atau gangguan metabolisme asam lemak. Hal ini dapat mengakibatkan pasokan energi pada bayi baru lahir tidak mencukupi, sehingga menyebabkan kemungkinan besar terjadinya hipoglikemia.

Bayi membutuhkan glukosa untuk mendukung fungsi otak yang optimal. Setelah tali pusat dijepit, bayi harus mulai mengatur kadar glukosanya sendiri, sehingga terjadi penurunan cepat kadar glukosa darah pada bayi dalam rentang waktu 1-2 jam. Oleh karena itu, bayi memerlukan penyesuaian kadar glukosa darah, yang dapat dicapai melalui tiga cara khususnya, yaitu:

- a. Melalui menyusui
- b. Melalui penyimpanan glikogen (glikogenesis)
- c. Dengan mensintesis glukosa dari sumber alternatif, khususnya lemak, suatu proses yang dikenal sebagai glukoneogenesis.

E. Kebutuhan Dasar Neonatus

1. Nutrisi

Menurut Varney (2008), bayi akan merasakan rasa lapar setiap dua hingga empat jam sepanjang hari. ASI merupakan satu-satunya sumber nutrisi bagi bayi selama enam bulan pertama kehidupannya. Untuk memastikan bayi menerima jumlah nutrisi yang cukup, ia harus dibangunkan dari tidurnya setiap tiga hingga empat jam untuk diberikan ASI.

2. Eliminasi

a. BAK

Biasanya, bayi buang air kecil kurang lebih 6 kali setiap hari. Pada bayi, kencing dikeluarkan melalui tindakan refleksif mengosongkan kandung kemih.

b. BAB

Pada awal buang air besar akan terlihat warna hitam kehijauan, sedangkan pada hari ke 3-5 feses akan tampak berwarna coklat kekuningan. Biasanya, bayi akan

buang air besar kurang lebih 4-6 kali setiap harinya. Bayi yang mengonsumsi ASI eksklusif akan memiliki feses berwarna kuning, agak encer, dan berbutir-butir. Bayi yang diberi susu formula biasanya mengeluarkan tinja berwarna coklat muda, lebih padat dan memiliki bau yang khas.

c. Tidur

Selama dua minggu pertama setelah kelahiran, bayi sering tidur dalam waktu lama. Saat mereka mendekati usia tiga bulan, mereka cenderung tidur rata-rata 16 jam per hari. Durasi tidur bayi baru lahir akan berkurang seiring bertambahnya usia bayi.

d. Kebersihan

Rochmah (2012) mengemukakan bahwa kesehatan neonatus dapat dinilai dengan mengamati warna, keutuhan, dan karakteristik kulitnya. Pemeriksaan kulit harus melibatkan inspeksi visual dan pemeriksaan sentuhan. Selama pemeriksaan inspeksi, seseorang dapat mengamati banyak masalah kulit. Namun, untuk mencegah masalah yang tidak terduga, pemeriksaan palpasi perlu dilakukan untuk menilai ketebalan dan konsistensi kulit.

e. Keamanan

Rochmah (2012) menyatakan bahwa syarat keamanan pada bayi antara lain

- 1) Dalam pencegahan infeksi dapat dilaksanakan melalui:
 - a) Sebelum dan sesudah menangani bayi agar mencuci tangan
 - b) Setiap bayi perlu memiliki perlengkapan dan pakaiannya masing-masing untuk menghindari penularan infeksi di antara mereka.
 - c) Melarang keterlibatan anggota keluarga yang sakit dalam melakukan perawatan bayi.
 - d) Memastikan tali pusat bayi terjaga kebersihannya

- 2) Pencegahan gangguan pernafasan, meliputi:
 - a) Setelah menyusu, penting untuk menyendawakan bayi baru lahir untuk mencegah aspirasi saat gumoh atau muntah.
 - b) Meletakkan bayi dalam posisi terlentang atau menyamping saat tidur
- 3) Pencegahan hipotermi, meliputi:
 - a) Hindari bayi berada ditempat yang dingin dengan menjaga suhu ruangan 25°C ,
 - b) pastikan bayi terjaga dengan pakaian yang hangat
 - c) pastikan bayi tidak menggunakan pakaian bahas atau lembab
 - d) pada saat memandikan bayi pastikan air dengan suhu kurang lebih 37°C
 - e) mamakaikan bedong dan selimut

F. Tanda Bahaya pada Neonatus

Kementerian Kesehatan (2015) mengidentifikasi sinyal peringatan pada neonatus sebagai berikut:

1. Bayi enggan untuk menyusu
2. Nampak kejang pada bayi
3. Bayi terlihat lemah
4. Bayi terlihat sesak napas (frekuensi napas ≥ 60 kali / menit, terdapat tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam)
5. Bayi terlihat merintih atau menangis terus-menerus
6. terlihat warna kemerahan pada tali pusat bayi, berbau dan bernanah
7. Bayi demam
8. Diare (BAB lebih dari 3 kali sehari)
9. Kulit atau mata bayi kuning
10. Tinja berwarna pucat

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, P. (2018). Buku Ajar Biologi Reproduksi. In *Buku Ajar Biologi Reproduksi*. <https://doi.org/10.21070/2018/978-602-5914-12-6>
- Dewi, & N. (2021). Gambaran Perawatan Ibu Post Partum Pada Masa Pandemi Covid-19. *Buku Kebidanan* \, 4(1), 1-23.
- Geoffrey, C., Steer, P., & Zander, L. (1999). *ABC of Labour Care* (illustrate). Wiley, 1999.
- Herman, S. J. T. H. (2020). Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur) 1. *Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur)*, 1-219.
- Hidayani, Fanni, H., Rizkiana, P., & Retno, S. (2023). *Kumpulan Kasus Stase 1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir* (D. R. Amin & F. V. A. Ramadhan (eds.)). UIMA PRESS Kumpulan.
- Isnaeni, Iriantom, A., Agus, & Pertiwi, A. (2012). Poltekkes Kemenkes Yogyakarta | 9. *Jurnal Kesehatan*, 6(6), 9-33. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4>. Chapter 2.pdf
- J, K., & Leveno. (2009). *Williams manual of obstetrics pregnancy complications*.
- Kasmianti. (2023). Asuhan Kebidanan Masa Nifas; Dilengkapi dengan Evidence Based Perawatan Luka Perineum Masa Nifas. In *Paper Knowledge Toward a Media History of Documents* (Vol. 135, Issue 4).
- Kemenkes. (2018). Menjaga Kesehatan Ibu dan Anak. *WartaKESMAS*, 48. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Warta-kesmas-edisi-3-2018_1219.pdf
- Kemenkes, R. (2017). *TATA LAKSANA KOMPLIKASI KEHAMILAN* (Vol. 01). <http://www.albayan.ae>

- Kemenkes RI. (2019). *TATA LAKSANA HIPERBILIRUBINEMIA* (Vol. 224, Issue 11).
- Kemenkes RI. (2020). *Buku saku pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita di layanan rawat jalan*.
- Kemenkes RI. (2021). Pelayanan Kontrasepsi Bagi Dokter dan Bidan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. *Direktorat Kesehatan Keluarga*, 29. <http://eprints.ums.ac.id>
- Kemenkes RI. (2023). *Retensi Placenta*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2143/retensi-placenta
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman nasional asuhan pasca keguguran yang komprehensif. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/Pedoman Nasional APK Komprehensif.pdf>
- Kim, M. La, Hur, Y. M., Ryu, H., Lee, M. J., Seong, S. J., & Shin, J. S. (2020). Clinical outcomes of prophylactic compression sutures for treatment of uterine atony during the cesarean delivery of twins. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2716-6>
- Kurniati, I. D., Setiawan, R., Rohmani, A., Lahdji, A., Tajally, A., Ratnaningrum, K., Basuki, R., Reviewer, S., & Wahab, Z. (2015). *Buku Ajar*.
- Mardalena, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*.
- Maulani, N., & Zainal, E. (2020). *MODUL AJARASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BBL* (Vol. 2).
- Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management. *International Journal of Women's Health*, 11, 527–534. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>
- Prawirohardjo. (2008). Ilmu Kebidanan. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. (4th ed.).

- SAIFUDDIN, A. B. (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. YBP-SP.
- Setyarini, D. I., & Suprapti. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. 282.
- Siantar, R. L., & Rostianingsih, D. (2022). Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- TRIANA, Ani, D. (2012). *103 Buku Ajar Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.pdf*.
- Wei, C. N., Deng, J. L., Dong, J. H., Ping, Z. P., & Chen, X. Z. (2020). The median effective dose of oxytocin needed to prevent uterine atony during cesarean delivery in elderly parturients. *Drug Design, Development and Therapy*, 14, 5451–5458. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S258651>
- Wicaksana, A. (2016). Tinjauan Pustaka Konsep Dasar Masa Nifas. <https://Medium.Com/>.
<https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Wijayanti, I. T., Suci, B., Aningsih, D., Utami, S. W., Intarti, W. D., Wijaya, P., Cahyani, N., Lestari, A., Maulinda, A. V., & Dewi, R. K. (2022). *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN*. K-Media.

TENTANG PENULIS



Bd. Susanti, S. ST., M. Biomed
Dosen Program Studi Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Batam

Penulis lahir di Jakarta tanggal 11 Juli 1987, sebagai dosen tetap pada Program Studi Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Batam. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan dan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Batam dan melanjutkan S-2 pada Jurusan Biomedik di Universitas Andalas Padang lulus pada tahun 2014. Penulis sedang melanjutkan jenjang pendidikan Strata Tiga (S-3) Program Ph.D Health Science di Lincoln University College Malaysia. Sampai saat ini penulis aktif dalam berkontribusi penulisan buku guna menambahkan referensi dan mengupdate ilmu yang terus berkembang yang merupakan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi.

