



PENYAKIT AKIBAT KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

- Khalidatul Khair Anwar,
- Luh Yenny Armayanti,
- Sri Kustiyati,
- Zulfia Samiun,
- Renny Sinaga,
- Yuni Sulistiawati



PENYAKIT AKIBAT KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

**Khalidatul Khair Anwar
Luh Yenny Armayanti
Sri Kustiyati
Zulfia Samiun
Renny Sinaga
Yuni Sulistiawati**



GET PRESS INDONESIA

PENYAKIT AKIBAT KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

Penulis :

Khalidatul Khair Anwar
Luh Yenny Armayanti
Sri Kustiyati
Zulfia Samiun
Renny Sinaga
Yuni Sulistiawati

ISBN : 978-623-125-460-3

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Penyakit Akibat Kegawatdaruratan Obstetri ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dasar Kegawatdaruratan Obstetri, Pendarahan Dalam Kehamilan Pada Trisemester III, Eklamsia, Perdarahan Post Partum Primer, Distosia Bahu, Prolaps Tali Pusat.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1 KONSEP DASAR KEGAWATDARURATAN	
OBSTETRI	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Kegawatdaruratan Obstetri.....	2
1.3 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan	3
1.4 Penatalaksanaan Awal Kegawatdaruratan Obstetri	5
DAFTAR PUSTAKA	10
BAB 2 PERDARAHAN DALAM KEHAMILAN	
TRIMESTER III.....	11
2.1 Plasenta Previa.....	11
2.1.1 Definisi	11
2.1.2 Klasifikasi	12
2.1.3 Patofisiologi.....	12
2.1.4 Etiologi	13
2.1.5 Faktor Resiko	14
2.1.6 Tanda dan Gejala.....	15
2.1.7 Diagnosis.....	15
2.1.8 Penatalaksanaana.....	16
2.1.9 Komplikasi	18
2.2 Solusio Plasenta	19
2.2.1 Definisi	19
2.2.2 Klasifikasi	19
2.2.3 Patofisiologi.....	22
2.2.4 Etiologi	23
2.2.5 Diagnosis.....	25
2.2.6 Penatalaksanaan	26
2.2.7 Komplikasi	27
DAFTAR PUSTAKA	29
BAB 3 EKLAMSIDA	31
3.1 Pendahuluan.....	31

3.2 Definisi dan Karakteristik.....	32
3.2.1 Definisi Eklamsia	33
3.3 Faktor Risiko	34
3.3.1 Faktor Risiko yang Mempengaruhi Terjadinya Eklamsia	34
3.4 Patofisiologi	35
3.4.1 Proses Terjadinya Eklamsia.....	35
3.5 Tanda dan Gejala	36
3.6 Diagnosis	36
3.6.1 Prosedur Diagnosis Eklamsia.....	37
3.7 Komplikasi.....	37
3.7.1 Komplikasi yang Dapat Timbul Akibat Eklamsia	38
3.8 Penatalaksanaan.....	39
3.8.1 Penanganan Medis Eklamsia.....	40
3.9 Pencegahan.....	41
3.9.1 Strategi Pencegahan Eklamsia.....	42
3.10 Peran Asuhan Kebidanan	42
3.10.1 Peran Bidan dalam Menangani Pasien Eklamsia	44
3.11 Kasus-kasus Studi	45
3.11.1 Kasus-kasus Eklamsia yang Signifikan	46
3.12 Penelitian Terkini.....	47
3.12.1 Temuan Terbaru dalam Riset Eklamsia.....	48
3.13 Kesimpulan dan Saran.....	48
3.13.1 Rangkuman Temuan dan Rekomendasi.....	49
DAFTAR PUSTAKA.....	51
BAB 4 PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER.....	55
4.1 Definisi Perdarahan Post Partum Primer.....	55
4.2 Epidemiologi	55
4.3 Etiologi.....	56
4.2.1 Tone (Atonia Uteri)	56
4.2.2 Trauma	56
4.2.3 <i>Tissue</i> (Rentensio Plasenta).....	56
4.2.4 Thrombin (Gangguan Koagulasi).....	57
4.4 Tanda dan Gejala	57
4.5 Manajemen dan Penanganan.....	58

4.6 Pencegahan	60
4.7 Komplikasi	61
DAFTAR PUSTAKA	65
BAB 5 DISTOCIA BAHU	67
5.1 Pendahuluan.....	67
5.2 Etiologi dan Faktor Risiko.....	68
5.3 Diagnosis dan Deteksi dini	70
5.4 Manajemen dan Penanganan	72
5.5 komplikasi dystocia bahu	77
DAFTAR PUSTAKA	80
BAB 6 PROLAPS TALI PUSAT.....	81
6.1 Pengertian.....	81
6.2 Etiologi	81
6.3 Diagnosa Prolaps Tali Pusat.....	83
6.4 Macam-Macam Posisi Prolaps Tali Pusat	84
6.5 Proses Terjadinya Prolaps Tali pusat.....	86
6.6 Dampak Prolaps Talipusat Terhadap janin dan ibu.....	86
6.7 Prognosis	89
6.8 Penanganan prolaps tali pusat.....	90
DAFTAR PUSTAKA	93
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1. Perbedaan letak majemuk kepala dan tali pusat	85
Tabel 6.2. Penanganan Prolaps Tali Pusat	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Klasifikasi Plasenta Previa.....	12
Gambar 2.2. Solusio Plasenta.....	19
Gambar 5.1. Mc. Robert.....	74
Gambar 6.1. Perbedaan letak tali pusat normal dan prolaps (a. Letak tali pusat normal, b. Prolaps tali pusat)	81
Gambar 6.2. Posisi Tali pusat dalam rahim	84

BAB 1

KONSEP DASAR

KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

Oleh Khalidatul Khair Anwar

1.1 Pendahuluan

Kesehatan Ibu dan Anak menjadi salah satu indikator penting dalam mengukur derajat kesehatan suatu Negara. Status kesehatan tersebut dapat dilihat dari kejadian angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

Angka Kematian ibu (AKI) dan Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang dapat menunjukkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan persalinan, atau pengobatannya, bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau jatuh, per 100.000 kelahiran hidup (KH). Angka kematian bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi di bawah usia satu per seribu kelahiran hidup (KH) (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2023).

Kegawatdaruratan Obstetri merupakan kondisi yang dapat mengancam nyawa seseorang, hal ini dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan bahkan kehamilan. Banyak sekali penyakit dan gangguan selama kehamilan yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan kelahirannya. Krisis ini harus segera ditangani karena jika tidak ditangani secara perlahan akan mengakibatkan kematian ibu dan bayi baru lahir.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kegawatdaruratan obstetri sebagai komplikasi obstetri akut yang memerlukan intervensi medis segera untuk mencegah morbiditas dan mortalitas maternal serta perinatal. Konsep ini menjadi fundamental dalam pelayanan kesehatan maternal, mengingat sekitar 15% dari seluruh kehamilan di dunia mengalami komplikasi yang berpotensi mengancam jiwa (Damayati, 2022).

Dalam konteks global, kegawatdaruratan obstetri memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan publik. Menurut data WHO, sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan serta persalinan pada tahun 2017, dengan 94% kematian terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Astutik *et al.*, 2023). Mayoritas kematian ini disebabkan oleh kondisi yang dapat dicegah atau diobati jika terdeteksi dan ditangani secara tepat waktu.

Pemahaman mendalam tentang konsep kegawatdaruratan obstetri ini menjadi landasan penting dalam pengembangan strategi dan kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal. Dengan pengetahuan yang komprehensif, para profesional kesehatan dapat lebih siap menghadapi situasi kritis, sehingga dapat berkontribusi pada penurunan angka morbiditas dan mortalitas maternal serta perinatal secara global.

1.2 Definisi Kegawatdaruratan Obstetri

Gawat berarti mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah keadaan yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban (Hutabarat and Putra, 2023). Keadaan darurat juga dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan terkadang berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga serta membutuhkan tindakan segera untuk menyelamatkan nyawa,

Kedaruratan Obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi selama kehamilan atau selama dan setelah persalinan dan persalinan. Ada beberapa penyakit dan gangguan selama kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan anak. Kegawatdaruratan obstetri adalah peristiwa kelahiran yang jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian ibu dan janin. Peristiwa ini merupakan penyebab utama kematian ibu janin dan bayi (Herselowati, 2024).

Kegawatdaruratan obstetri merupakan konsep sentral dalam pelayanan kesehatan maternal yang telah mengalami evolusi definisi seiring dengan perkembangan pemahaman medis dan

upaya global untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Secara fundamental, kegawatdaruratan obstetri merujuk pada kondisi yang mengancam jiwa ibu dan/atau janin, yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, atau periode postpartum, dan memerlukan intervensi medis segera untuk mencegah morbiditas serius atau mortalitas (Siantar *et al.*, 2022).

World Health Organization (WHO) telah memberikan kerangka definisi yang komprehensif untuk kegawatdaruratan obstetri. Menurut WHO, kegawatdaruratan obstetri mencakup serangkaian komplikasi obstetri yang dapat mengancam nyawa, termasuk namun tidak terbatas pada perdarahan berat (antepartum atau postpartum), preeklampsia dan eklampsia, sepsis atau infeksi berat, komplikasi aborsi, persalinan macet atau berkepanjangan, ruptur uterus, kehamilan ektopik, dan komplikasi yang terkait dengan penyakit yang sudah ada sebelumnya yang memburuk selama kehamilan (World Health Organization, 2022).

Penting untuk dipahami bahwa definisi kegawatdaruratan obstetri tidak hanya mencakup kondisi yang sudah manifest, tetapi juga meliputi potensi kegawatan yang dapat berkembang dengan cepat menjadi ancaman nyawa jika tidak dikenali dan ditangani secara tepat waktu. Konsep ini menekankan pentingnya kewaspadaan dan deteksi dini dalam manajemen kesehatan maternal.

1.3 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan

Dalam menangani kegawatdaruratan, penentuan masalah utama (diagnosis) dan tindakan pertolongan harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan tenang (tidak panik). Adapun prinsip-prinsip dasar dalam penanganan kegawatdaruratan adalah (Astutik *et al.*, 2023):

1. Menghormati pasien:

Setiap pasien harus diperlakukan dengan rasa hormat, tanpa memandang status sosial dan ekonominya. Selanjutnya dalam hal ini petugas kesehatan juga harus memahami dan peka bahwa dalam situasi dan kondisi kegawatdaruratan perasaan cemas, dan ketakutan adalah wajar bagi setiap manusia dan keluarga yang mengalaminya.

Perawatan maternitas yang penuh rasa hormat meliputi (World Health Organization, 2022):

- a. Menghormati martabat perempuan dan hak privasi
- b. Menghormati hak perempuan atas informasi dan *informed consent*
- c. Menghormati hak perempuan untuk menolak pengobatan atau prosedur yang ditawarkan
- d. Menghormati pilihan dan preferensi perempuan, termasuk pendampingan selama perawatan, prosedur dan pengobatan.
- e. Melindungi hak dan privasi perempuan akan informasi kesehatannya, termasuk bagaimana dan kepada siapa penggunaan informasi tersebut.
- f. Peka dan responsif terhadap kebutuhan perempuan
- g. Bersikap tidak menghakimi tentang keputusan yang dibuat oleh perempuan dan keluarganya terkait perawatannya.

2. Kelembutan

Dalam melakukan penegakan diagnosis, setiap langkah harus dilakukan dengan penuh kelembutan. Termasuk juga dalam menjelaskan keadaan pasien bahwa rasa sakit atau kurang enak badan tidak dapat dihindari sewaktu melakukan pemeriksaan dan memberikan pengobatan, tetapi prosedur itu akan dilakukan selembut mungkin sehingga perasaan kurang enak itu diupayakan sedikit mungkin.

3. Komunikatif

Petugas kesehatan harus memiliki keterampilan dalam berkomunikasi, tentunya dalam bahasa dan kalimat yang mudah dimengerti, mudah dipahami, dan memperhatikan nilai norma kebudayaan setempat. Penjelasan kondisi yang sebenarnya pada pasien sangatlah penting.

4. Hak pasien

Hak-hak pasien harus dihormati, seperti penjelasan dalam pemberian persetujuan tindakan (*informed consent*).

5. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting bagi pasien. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus mengupayakan hal itu

antara lain dengan senantiasa memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang kondisi akhir pasien, peka akan masalah keluarga yang berkaitan dengan keterbatasan keuangan (finansial), keterbatasan transportasi, dan sebagainya.

1.4 Penatalaksanaan Awal Kegawatdaruratan Obstetri

Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (respon time) dari penolong. Pengertian lain dari penderita gawat darurat adalah penderita yang bila tidak ditolong segera akan meninggal atau menjadi cacat, sehingga diperlukan tindakan diagnosis dan penanggulangan segera. Tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan menempatkan prioritas pada fungsi vital sesuai dengan urutan ABC, yaitu (Damayati, 2022):

Airway (Jalan Nafas)

Dalam konteks kegawatdaruratan obstetri:

1. Penilaian:

- a. Periksa apakah jalan nafas terbuka dan bebas dari obstruksi.
- b. Perhatikan adanya suara *stridor* atau *gurgling* yang bisa mengindikasikan obstruksi parsial.

2. Intervensi:

- a. Posisikan kepala dengan tepat (*head tilt-chin lift* atau *jaw thrust* jika dicurigai cedera servikal).
- b. Bersihkan mulut dan faring dari sekresi atau muntahan.
- c. Pertimbangkan penggunaan *oropharyngeal* atau *nasopharyngeal airway* jika diperlukan.
- d. Dalam kasus yang ekstrim seperti anafilaksis berat, persiapkan untuk intubasi atau krikotiroidotomi.

3. Relevansi dalam Obstetri:

- a. Penting dalam kasus seperti eklamsia dengan kejang, di mana pasien berisiko aspirasi.
- b. Krusial dalam manajemen anafilaksis yang bisa terjadi akibat obat-obatan seperti antibiotik atau oksitosin.

Breathing (Pernapasan)

Dalam kegawatdaruratan obstetri:

1. Penilaian:

- a. Periksa laju dan kedalaman pernapasan.
- b. Perhatikan penggunaan otot-otot aksesori pernapasan.
- c. Auskultasi suara napas.
- d. Monitor saturasi oksigen dengan *pulse oximetry*.

2. Intervensi:

- a. Berikan oksigen tambahan jika diperlukan.
- b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi (misalnya, posisi semi-fowler).
- c. Siapkan ventilasi bag-mask jika diperlukan.
- d. Dalam kasus yang berat, pertimbangkan ventilasi mekanik.

3. Relevansi dalam Obstetri:

- a. Penting dalam kasus emboli air ketuban, di mana terjadi gangguan pertukaran gas akut.
- b. Krusial dalam manajemen preeklamsia berat dengan edema paru.
- c. Perlu diperhatikan dalam perdarahan masif yang dapat menyebabkan takipnea kompensatori.

Circulation (Sirkulasi)

Sangat kritis dalam banyak kegawatdaruratan obstetri:

1. Penilaian:

- a. Periksa denyut nadi (kecepatan, kekuatan, dan keteraturan).
- b. Ukur tekanan darah.
- c. Nilai perfusi jaringan (waktu pengisian kapiler, suhu kulit).
- d. Perhatikan tanda-tanda perdarahan eksternal.

2. Intervensi:

- a. Hentikan perdarahan eksternal dengan tekanan langsung.
- b. Pasang jalur IV (idealnya dua jalur besar).
- c. Mulai resusitasi cairan sesuai kebutuhan.
- d. Siapkan produk darah jika diperlukan.
- e. Pertimbangkan penggunaan obat-obatan vasoaktif dalam kasus syok berat.

3. Relevansi dalam Obstetri:

- a. Sangat penting dalam manajemen perdarahan postpartum.

- b. Krusial dalam penanganan syok septik pada infeksi obstetri.
- c. Penting dalam manajemen hipotensi pada kasus anestesi spinal untuk seksio sesarea.

Integrasi ABC dalam Kegawatdaruratan Obstetri

1. Pendekatan Sistematis:

ABC memberikan kerangka kerja yang sistematis untuk menilai dan menangani pasien, memastikan bahwa fungsi-fungsi vital ditangani berdasarkan prioritas.

2. Adaptasi untuk Kehamilan:

- a. Dalam kehamilan, perubahan fisiologis normal (seperti peningkatan volume darah dan cardiac output) perlu dipertimbangkan saat menerapkan ABC.
- b. Posisi pasien hamil (terutama trimester ketiga) perlu dimodifikasi untuk mencegah sindrom hipotensi supine.

3. Pertimbangan Janin:

- a. Sambil fokus pada ABC ibu, penilaian kesejahteraan janin (misalnya dengan monitor denyut jantung janin) juga dilakukan secara paralel.
- b. Intervensi untuk ibu (seperti resusitasi cairan) secara tidak langsung juga menguntungkan janin.

4. Perluasan ke ABCDE:

- a. Dalam praktik modern, ABC sering diperluas menjadi ABCDE, di mana:
 - 1) D: *Disability* (penilaian neurologis cepat)
 - 2) E: *Exposure* (pemeriksaan menyeluruh untuk mencari cedera atau tanda-tanda lain)
- b. Hal ini biasa digunakan pada kasus seperti eklamsia atau cedera akibat kecelakaan pada ibu hamil.

5. Komunikasi Tim:

Pendekatan ABC memberikan bahasa umum untuk komunikasi cepat dan efektif antar anggota tim dalam situasi darurat.

6. Reevaluasi Berkelanjutan:

Konsep ABC bukan hanya penilaian awal, tetapi proses berkelanjutan. Reevaluasi reguler memastikan bahwa

perubahan kondisi pasien dapat dideteksi dan ditangani dengan cepat.

Penerapan konsep ABC dalam kegawatdaruratan obstetri memastikan bahwa fungsi-fungsi vital ibu diprioritaskan dan ditangani secara sistematis. Hal ini sangat penting mengingat bahwa kesejahteraan janin sangat bergantung pada kesejahteraan ibu. Dengan menguasai dan menerapkan konsep ini dengan baik, tim medis dapat meningkatkan peluang keselamatan dan hasil yang baik bagi ibu dan bayi dalam situasi kritis.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pengkajian awal adalah (Astutik *et al*, 2023):

1. Pasien wanita yang mengalami pendarahan harus segera dirawat.
2. Setiap orang yang berada di unit IGD harus siap menolong jika seorang wanita datang dengan keadaan darurat kebidanan atau mengalami tanda dan gejala persalinan lanjut.
3. Semua tenaga kesehatan di unit IGD harus mampu melakukan pemeriksaan atau pengkajian cepat.
4. Peralatan emergensi harus selalu ada dan siap untuk digunakan.
5. Semua instrumen dan perlengkapan harus didekontaminasi, dibersihkan, dan didesinfeksi tingkat tinggi atau disterilkan segera setelah digunakan.

Beberapa hal yang harus diperhatikan agar penatalaksanaan kegawatdaruratan optimal adalah:

1. Dokumentasi yang baik.
Pendokumentasian yang baik sangat diperlukan untuk penatalaksanaan gawat darurat yang optimal. Catatan pasien harus didokumentasikan dengan baik dan harus mengandung informasi tentang:
 - a. Riwayat timbulnya kejadian darurat dan perkembangan kondisi pasien
 - b. Keadaan umum pasien saat masuk dan atau saat timbul komplikasi

- c. Tanda-tanda vital pasien yaitu tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, suhu, produksi urin, dan tingkat kesadaran pada saat masuk atau saat timbulnya komplikasi
 - d. Semua tanda-tanda vital dimonitor secara ketat untuk memastikan kondisi pasien mengalami kemunduran atau perbaikan.
 - e. Semua tindakan pengobatan yang telah diberikan, dicatat waktu dan tanggal pelaksanaan dan dilengkapi dengan tanda tangan pemberi tindakan
 - f. Tanda tangan atau nama orang yang hadir.
2. Resusitasi pasien dan mengelola komplikasi pasien yang spesifik
- a. Pemberian tindakan melalui akses intravena dan diberikan secara aman
 - b. Staf medis yang berpengalaman terlibat dalam penanganan komplikasi pasien sesegera mungkin dan dilakukan dalam 10 menit setelah diagnosis ditegakkan
 - c. Staf medis senior yang dihubungi harus mengambil tanggung jawab penuh dalam menentukan rencana penanganan pasien.
 - d. Pencegahan terjadinya infeksi harus diterapkan seketat mungkin pada setiap waktu
 - e. Rencana diagnosis dan penanganan harus dikomunikasikan kepada pasien dan atau keluarganya.
3. Kelola status darah pasien pada semua kasus perdarahan
- a. Darah harus diambil untuk pasien dan harus dilakukan pemeriksaan "*cross-match*" sesegera mungkin untuk peningkatan kadar Hb atau jumlah sel darah.
 - b. Jumlah perdarahan harus dicatat
 - c. Pembekuan darah harus dievaluasi dalam semua kasus perdarahan yang masif (World Health Organization, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Astutik, H. *et al.* (2023) *Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Pada Kebidanan, Padang. PT Global Eksekutif Teknologi.*
- Badan Pusat Statistik Indonesia (2023) *Berita Resmi Statistik: Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020.* Jakarta: Badan Pusat Statistik. Available at: <http://sp2010.bps.go.id/>.
- Damayati, W. (2022) *Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal, Industry and Higher Education.*
- Herselowati (2024) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.* Jakarta: Universitas IPWIJA.
- Hutabarat, R.Y. and Putra, C.S. (2023) *Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan.* Bogor: In Media.
- Siantar, R.L. *et al.* (2022) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.* Malang: Rena Cipta Mandiri.
- World Health Organization (2022) *Clinical Management of Obstetric and Neonatal Emergencies in Africa, Clinical management of obstetric and neonatal emergencies in Africa.* Africa: WHO Regional Office for Africa.

BAB 2

PERDARAHAN DALAM KEHAMILAN TRIMESTER III

Oleh Luh Yenny Armayanti

Selama masa kehamilan, ada beberapa masalah yang apabila tidak ditangani segera dapat menyebabkan efek buruk bagi ibu dan bayi. Oleh karena itu, sangat penting bagi seorang tenaga kesehatan untuk memiliki pemahaman yang komprehensif tentang berbagai masalah yang mungkin timbul selama kehamilan, termasuk terjadinya pendarahan pada trimester ketiga. Pendarahan terkait kehamilan dibagi menjadi dua kategori: pendarahan yang terjadi pada tahap awal kehamilan dan pendarahan yang terjadi pada tahap akhir kehamilan. Bab ini akan memberikan analisis yang lebih rinci tentang pendarahan selama trimester ketiga kehamilan.

2.1 Plasenta Previa

2.1.1 Definisi

Plasenta previa didefinisikan sebagai letak/lokasi implantasi plasenta yang abnormal. Pada kondisi normal plasenta berimplantasi pada bagian fundus atau korpus uterus dan tidak menutupi jalan lahir. Namun, dalam kasus plasenta previa, plasenta tersangkut di bagian bawah rahim dan menyumbat sebagian atau seluruh jalan lahir (Winkjodstro, 2014).

Istilah "planta previa" menunjukkan kondisi medis yang ditandai dengan hubungan plasenta dengan bagian bawah rahim, sehingga meliputi sebagian atau seluruh ostium uterus internal.

Plasenta previa mengacu pada kondisi anatomi di mana plasenta berada di bawah rahim, baik di posterior maupun anterior, sehingga menyumbat jalan lahir selama perkembangannya.

2.1.2 Klasifikasi

Plasenta previa diklasifikasikan menjadi:

1. Plasenta letak rendah
Plasenta letak rendah adalah penanaman plasenta di bagian bawah rahim tanpa menutupi ostium uteri interna, disebut plasenta letak rendah. Secara umum dianggap sebagai hal yang umum.
2. Plasenta previa marginalis
Plasenta previa marginalis adalah dimana tepi plasenta berada pada ostium uteri internum.
3. Plasenta previa parsialis
Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri interna.
4. Plasenta previa totalis
Plasenta previa totalis atau komplit adalah tertutupnya seluruh ostium uteri bagian dalam oleh plasenta.



Gambar 2.1. Klasifikasi Plasenta Previa
(Sumber: Sujiyatini, 2009)

2.1.3 Patofisiologi

Perdarahan di kehamilan lanjut akibat plasenta previa sering kali dimulai sekitar 10 minggu kehamilan. Seiring bertambahnya usia kehamilan dan memasuki trimester ketiga, segmen bawah rahim mulai berkembang akibat perluasan isthmus rahim. Ketika isthmus rahim meluas ke segmen bawah rahim, plasenta yang tertanam berpotensi mengalami robekan hingga tingkat tertentu karena desidua dasar plasenta terlepas. Ketika serviks mengalami

pendataran (perataan) dan dilatasi (pembukaan), sebagian dasar plasenta terlepas. Perdarahan di lokasi robekan plasenta berasal dari sirkulasi darah ibu, yaitu dari area intervilillus plasenta. Peningkatan perdarahan diakibatkan oleh berkurangnya daya kontraksi segmen bawah rahim dan serviks, yang disebabkan oleh jumlah otot yang relatif kecil (Mansjoer, 2008).

Untuk kasus plasenta previa totalis, perdarahan dapat terjadi sebelum perdarahan plasenta previa marginal atau parsial. Perdarahan awal sering kali ringan dan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Perdarahan biasanya dimulai pada usia kehamilan 30 minggu, sementara lebih dari setengah kasus terjadi pada 34 tahun ke atas. Karena lokasi perdarahan dekat dengan ostium uterus interna, perdarahan dapat keluar dari uterus dengan lebih mudah, sehingga tidak terjadi hematoma retroplasenta, yang dapat menimbulkan risiko pada jaringan di sekitarnya dan mengakibatkan pelepasan tromboplastin ke dalam aliran darah ibu. Sehingga koagulopati agak jarang terjadi pada kasus plasenta previa. (Maryunani, 2009).

2.1.4 Etiologi

Plasenta previa memiliki insidensi yang lebih tinggi pada kasus ketika endometrium terganggu, seperti akibat *atrofi endometrium* atau vaskularisasi desidua yang tidak baik. Kondisi endometrium yang buruk mengharuskan plasenta melebar untuk mengakomodasi kebutuhan janin. Pelebaran plasenta cenderung mendekati atau menutup ostium *uterus internal*.

Endometrium yang tidak memadai juga dapat menyebabkan *zigot* mencari lokasi yang lebih cocok untuk implantasi, yaitu pada posisi rendah yang dekat dengan *ostium uterus internal*. *Plasenta previa* juga dapat terjadi pada plasenta dengan ukuran dan lebar yang cukup besar, seperti yang terlihat pada kasus *eritroblastosis*, *diabetes melitus*, atau kehamilan ganda.

2.1.5 Faktor Resiko

Menurut Varney (2008), menjelaskan penyebab terjadinya plasenta previa adalah sebagai berikut:

1. Usia

Prevalensi plasenta previa lebih tinggi pada wanita di bawah usia 20 tahun karena perkembangan endometrium yang belum berkembang. Selain itu, wanita berusia 35 tahun ke atas lebih rentan mengalami plasenta previa karena terganggunya aliran darah ke endometrium, sehingga memengaruhi kondisi endometrium.

2. Paritas

Peningkatan paritas berkorelasi langsung dengan peningkatan risiko terjadinya plasenta previa. Insidensi plasenta previa sangat dipengaruhi oleh paritas, terutama disebabkan oleh reaksi peradangan dan perubahan atrofi dinding endometrium. Reaksi ini mengakibatkan dilatasi plasenta, sehingga menutupi segmen bawah rahim dan/atau sebagian ostium uteri interna.

3. Riwayat obstetri terdahulu

Memiliki riwayat operasi caesar pada kehamilan sebelumnya dikaitkan dengan peningkatan tiga kali lipat kemungkinan berkembangnya plasenta previa. Kondisi ini muncul karena mekanisme patologis seperti perkembangan polip infiltrasi limfosit, pelebaran kapiler, dan infiltrasi sel darah merah bebas ke dalam jaringan di sekitar bekas luka. Selain itu, keberadaan jaringan parut menyebabkan implantasi plasenta yang tidak memadai, peningkatan kelainan vaskular, dan kerentanan kardiovaskular yang lebih tinggi.

Di samping operasi caesar, kuretase juga merupakan faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan plasenta previa. Endometrium yang rusak akibat kuretase sebelumnya menyebabkan keadaannya yang buruk, menyebabkan plasenta tumbuh secara luas dan menutupi ostium uterus internal. Kondisi ini mendorong zigot untuk mencari tempat implantasi yang cocok, seperti ostium uterus internal.

4. Gaya hidup

Pada wanita yang merokok atau menggunakan kokain, ukuran plasenta meningkat, sehingga meningkatkan kemungkinan plasenta menutupi segmen bawah rahim. Pembesaran plasenta akan mengimbangi hipoksemia yang disebabkan oleh CO. Terutama berlaku bagi perokok berat yang mengonsumsi lebih dari 20 batang rokok setiap hari.

2.1.6 Tanda dan Gejala

1. Gejala yang paling penting adalah perdarahan tanpa rasa sakit

Perdarahan yang disebabkan oleh plasenta previa biasanya terjadi setelah bulan ketujuh kehamilan. Kondisi ini disebabkan oleh pergeseran plasenta relatif terhadap dinding rahim. Pada bulan keempat kehamilan, dinding rahim mengalami peregangan yang lebih cepat daripada rahim itu sendiri, yang menyebabkan isthmus rahim menempel pada bagian dinding korpus rahim yang dikenal sebagai segmen bawah rahim.

2. Darah segar

Perdarahan akibat plasenta previa biasanya berwarna merah segar karena berasal dari segmen bawah rahim.

3. Bagian terendah janin masing sangat tinggi

Plasenta tumbuh di segmen bawah rahim sehingga menghalangi turunnya bagian bawah janin menuju pintu masuk panggul.

4. Kelainan letak janin

Pada plasenta previa terjadi berkurangnya ukuran panjang rahim yang sering menyebabkan plasenta previa (Fadlun, 2011).

2.1.7 Diagnosis

Diagnosis plasenta previa didasarkan pada:

1. Gejala klinis

Gejala khas dari plasenta previa adalah perdarahan pada kehamilan setelah 28 minggu atau pada trimester III yang

bersifat tanpa sebab (*causeless*), tanpa nyeri (*painless*), dan berulang (*recurrent*).

2. Palpasi abdomen

Pada palpasi abdomen teraba bagian terendah janin belum masuk PAP (*floating*) karena plasenta mengalami bagian terendah turun ke PAP.

3. Pemeriksaan inspekulo

Tujuan pemeriksaan spekulum adalah untuk memastikan sumber perdarahan, yaitu apakah berasal dari ostium uteri eksterna atau dari anomali serviks dan vagina.

4. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG dilakukan untuk memastikan letak plasenta secara lebih pasti.

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan umum

a. Persetujuan tindakan

b. Instruksikan pasien untuk istirahat total di tempat tidur dengan mengatur tidur ke sisi kiri, hindari hubungan seksual, dan berhati-hati untuk mencegah tekanan rongga perut (seperti batuk atau mengejan akibat kesulitan buang air besar).

c. Berikan infus NaCl fisiologis, atau, jika tidak memungkinkan, berikan cairan oral.

d. Pantau tekanan darah dan denyut nadi pasien secara berkala dengan interval 15 menit untuk mengidentifikasi hipotensi atau syok akibat perdarahan.

e. Jika terjadi syok, segera berikan resusitasi cairan dan transfusi darah.

Perawatan medis di fasilitas rumah sakit diberikan sesuai dengan tahap kehamilan. Perawatan plasenta previa bergantung pada tingkat perdarahan, usia kehamilan, dan posisi plasenta previa. Setiap ibu yang diduga mengalami plasenta previa harus dibawa ke fasilitas yang memiliki sumber daya yang diperlukan untuk transfusi darah dan tindakan medis bedah. Pemberian awal infus NaCl/RL dengan dosis yang sama dengan 2-3 kali volume kehilangan darah untuk mencegah

pasien mengalami syok. Hindari melakukan pemeriksaan dalam atau menggunakan tampon vagina, karena tindakan ini akan memperparah perdarahan dan meningkatkan kerentanan terhadap infeksi. (Sujayati, 2009)

2. Penatalaksanaan spesifik

a. Penatalaksanaan konservatif

Syarat untuk penatalaksanaan secara konservatif adalah:

- 1) Kehamilan prematur ditandai dengan pendarahan ringan yang berhenti
- 2) Tidak adanya tanda-tanda persalinan
- 3) Kondisi ibu secara keseluruhan cukup baik (kadar hemoglobin dalam kisaran normal)
- 4) Janin hidup.

Penatalaksanaan secara konservatif : bila kehamilan kurang dari 37 minggu

- 1) Dalam kasus perdarahan ringan dimana kondisi ibu dan anak baik, pilihan terapi konservatif biasanya diberikan hingga usia kehamilan mencapai cukup bulan. Intervensi terapeutik meliputi imobilisasi, hematinik, antibiotik, dan tokolitik jika terjadi kontraksi. Jika pasien tetap tidak mengalami perdarahan setelah berjalan, mereka diizinkan untuk pulang. Pasien diinstruksikan untuk tidak melakukan hubungan seksual, menghindari aktivitas fisik yang berat, dan segera mencari pertolongan medis jika terjadi perdarahan. Lebih jauh, panduan ini disarankan bagi orang yang telah diidentifikasi mengalami plasenta previa melalui ultrasonografi tetapi tidak mengalami perdarahan.
- 2) Jika pendarahan hebat dan berpotensi membahayakan ibu dan janin, berikan resusitasi cairan dan lakukan intervensi secara aktif. (Sujiyatini, 2009).

b. Penatalaksanaan aktif

Syarat untuk penatalaksanaan secara aktif adalah:

- 1) Janin yang sudah berkembang sempurna

- 2) Janin yang tidak dapat hidup atau menderita kelainan atau gangguan yang mengurangi peluang hidupnya
- 3) Jika terjadi perdarahan aktif dan berlebihan, pengobatan aktif segera dilakukan tanpa mempertimbangkan kematangan janin.

Dalam diagnosis ini, terapi cepat dilakukan, yang melibatkan penghentian kehamilan segera baik melalui vagina maupun perut. Persalinan per vaginam direkomendasikan untuk kasus plasenta previa marginal, plasenta previa letak rendah, dan plasenta previa lateral yang ditandai dengan pembukaan 4 cm atau lebih. Dalam keadaan seperti itu, jika terjadi perdarahan minimal, cairan ketuban dapat pecah untuk memungkinkan bagian bawah bayi melewati lubang panggul atas dengan memberikan tekanan pada plasenta yang berdarah. Jika perdarahan terus berlanjut, operasi caesar dilakukan.

Persalinan melalui operasi caesar direkomendasikan untuk kasus plasenta previa totalis, termasuk janin yang meninggal dan hidup. Pada kasus plasenta previa lateral, menentukan pembukaan yang tepat dapat ditentukan melalui USG, pemeriksaan dalam atau menggunakan spekulum yang dilakukan di ruang bedah.

2.1.9 Komplikasi

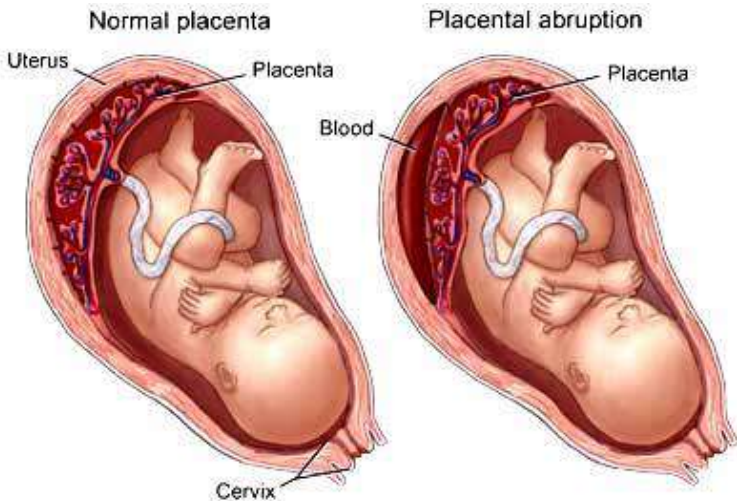
Plasenta previa dapat menimbulkan komplikasi baik pada ibu maupun janin (Sujiyatini, 2009).

1. Komplikasi pada ibu
 - a. Penurunan tekanan darah
 - b. Syok
 - c. Gangguan pembekuan darah
 - d. Perdarahan postpartum
2. Komplikasi pada janin
 - a. Asfiksia
 - b. Prematuritas
 - c. Gawat janin
 - d. Kematian

2.2 Solusio Plasenta

2.2.1 Definisi

Solusio plasenta, juga dikenal sebagai abruptio plasenta, adalah ditandai dengan terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya di fundus di dalam rahim sebelum kelahiran janin. Solusio plasenta diketahui terjadi ketika usia kehamilan melebihi 22 minggu atau ketika berat janin melebihi 500 gram (Saifudin, 2009). Solusio plasenta mengacu pada pemisahan plasenta dari korpus uterus sebelum pengeluaran bayi. Plasenta dapat terlepas sebagian (partialis), seluruhnya (totalis), atau pecah spontan di bagian tepi (rupture sinus marginalis).



Gambar 2.2. Solusio Plasenta
(Sumber: Saifudin, 2009).

2.2.2 Klasifikasi

1. Klasifikasi dari solusio plasenta adalah sebagai berikut:
 - a. Solusio plasenta parsialis: Dimana hanya sebagian plasenta yang terpisah dari tempat implantasi
 - b. Solusio plasenta totalis: dimana plasenta terlepas sepenuhnya dari titik perlekcatannya
 - c. Prolapsus plasenta: Dalam kasus tertentu, plasenta turun dan menjadi teraba selama pemeriksaan dalam.

2. Berdasarkan jumlah perdarahan

a. Solusio plasenta ringan

Luasnya pemisahan plasenta tidak lebih dari 25%, atau lebih tepatnya, kurang dari seperenam dari seluruh luasnya. Dalam kasus dengan tingkat keparahan rendah sering tidak menimbulkan gejala hanya ada hematoma berukuran beberapa sentimeter pada permukaan plasenta ibu. Biasanya Tidak diikuti perdarahan vagina dan ada juga yang diikuti sedikit perdarahan (<100 mL). Sakit perut dirasakan dan jumlah kehilangan darah ringan dan darah belum keluar dari vagina. Sakit perut yang dirasa ringan menjadi sulit untuk membedakannya dari plasenta previa, kecuali pengeluaran darah pada plasenta previa berwarna merah terang. Tanda-tanda vital saat ini dan kesehatan umum ibu dan janin dianggap dalam batas normal. Melalui pemeriksaan dan auskultasi, tidak ada kelainan yang terdeteksi, kecuali sedikit nyeri lokal saat dipalpasi di lokasi hematoma dan perut agak tegang dengan bagian janin yang dapat diidentifikasi. Kadar fibrinogen hematologi berada dalam kisaran normal, yaitu pada 350 mg%. Meskipun tidak memerlukan tindakan segera, kondisi ringan ini harus diperiksa secara berkala guna mengidentifikasi situasi yang memburuk.

b. Solusio plasenta sedang

Tingkat pelepasan plasenta telah melampaui 25%, meskipun belum mencapai 50%. Gejala yang muncul meliputi nyeri perut teratur, denyut jantung janin sering menunjukkan gawat janin, perdarahan meningkat (100-500 mL), denyut jantung meningkat, hipotensi, kulit dingin, keringat, produksi urine berkurang, kadar fibrinogen berkurang (150-250 mg / 100 ml), dan kemungkinan kelainan pembekuan darah dan fungsi ginjal terganggu. Nyeri awalnya muncul tiba-tiba dan selanjutnya terus-menerus, bukan seperti kontraksi biasa. Perdarahan vagina yang tampak secara visual berwarna kehitaman, kondisi pasien disertai

pucat mengarah tanda syok yang menyebabkan keringat dingin. Keadaan janin sering kali tidak baik . Selama fase ini, kontraksi mungkin telah terjadi dan proses persalinan telah dimulai. Selama pemantauan janin menggunakan kardiotokografi, kejadian deselerasi lambat mungkin telah terjadi. Pengakhiran persalinan yang telat atau fasilitas perawatan intensif neonatal yang tidak memadai dapat dengan jelas menyebabkan kematian perinatal.

c. Solusio plasenta berat

Plasenta yang terlepas meluas hingga 50% dari implantasinya. Perut terasa sangat nyeri, tegang, dan kaku seperti papan (*defans musculaire*), diikuti oleh keluarnya darah berwarna hitam pekat (>500 mL). Kondisi ini tidak memungkinkan lagi untuk melakukan pemeriksaan palpasi komponen janin. Akumulasi darah di rahim yang disebut sebagai perdarahan tersembunyi mengakibatkan tinggi fundus uterus menjadi lebih tinggi . Peningkatan pada tinggi fundus selama waktu pemantauan menunjukkan terjadinya perdarahan baru yang berkelanjutan. Tidak ada denyut jantung janin yang terdengar selama auskultasi dikaitkan dengan kelainan morfologis dan fungsional plasenta. Keadaan keseluruhan memburuk kadang disertai syok . Kondisi ibu terlihat jauh lebih parah daripada jumlah perdarahan yang keluar sedikit dari vagina. Adanya hipofibrinogenemia dan oliguria dapat dikaitkan dengan konsekuensi pembekuan darah intravaskular yang meluas (koagulasi intravaskular diseminata) dan fungsi ginjal yang terganggu. Kadar fibrinogen hematologi di bawah 150 mg% dan ada bukti trombositopenia.

3. Berdasarkan ada atau tidaknya perdarahan pervaginam

a. Solusio plasenta yang nyata/tampak (*revealed*)

Pada kasus pendarahan vagina, gejala klinis berbanding lurus dengan banyaknya kehilangan darah, bisa tidak ada ketegangan rahim atau pendarahannya agak ringan.

b. Solusio plasenta yang tersembunyi (*concealed*)

Tidak adanya perdarahan vagina, ketegangan uterus dan hipertonisitas, seringkali terjadi kegawatan janin . Pendarahan semacam itu terkadang disebut sebagai perdarahan retroplasenta.

c. Solusio plasenta tipe campuran (*mixed*)

Perdarahan yang terjadi baik retroplasenta maupun pervaginal, uterus tetanik.

2.2.3 Patofisiologi

Perdarahan ke dalam desidua basalis yang disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah lokal memicu solusio plasenta. Desidua kemudian terbagi, membentuk lapisan tipis yang menempel dengan miometrium. Tahap awal, proses ini adanya pembentukan hematoma desidua yang menyebabkan pemisahan, kompresi, dan akhirnya ruptur plasenta di dekatnya. Kasus solusio plasenta menunjukkan tanda-tanda patologis peradangan yang lebih jelas dibandingkan dengan kontrol normal. Lebih jauh, arteri spiralis mungkin telah pecah, yang menyebabkan pembentukan hematoma retroplasenta. Dalam kasus seperti itu, pendarahan, pembekuan, dan kerusakan permanen pada permukaan plasenta menghambat pertukaran nutrisi antara ibu dan janin. Pada tahap awal, mungkin tidak ada gejala klinis yang jelas, dan pemisahan hanya dapat diidentifikasi setelah pemeriksaan cermat plasenta yang baru saja dilahirkan. Plasenta menunjukkan cekungan yang jelas di sisi anteriornya dalam kasus seperti itu. Biasanya, cekungan ini berdiameter beberapa sentimeter dan ditutupi dengan plasma darah yang gelap dan menggumpal. Jika arteri spiral desidua tidak berfungsi, hematoma retroplasenta dapat berkembang, yang seiring bertambahnya ukuran, menyebabkan kerusakan pada lebih banyak pembuluh darah, yang berujung pada pemisahan plasenta lebih lanjut. Daerah pemisahan plasenta meluas secara drastis dan mencapai tepi plasenta. Ketidakmampuan hasil konsepsi untuk berkontraksi cukup untuk memberikan tekanan pada pembuluh darah yang pecah yang memasok area plasenta disebabkan oleh pembengkakan rahim yang terus berlanjut. Perdarahan dapat mengakibatkan pemisahan membran dari dinding rahim, yang pada

akhirnya menyebabkan visibilitasnya dari luar atau retensi totalnya di dalam rongga rahim.

Jarang sekali mekanikal mengakibatkan pemisahan plasenta prematur, yang hanya mempengaruhi 1-5% kasus. Faktor-faktor ini meliputi trauma perut, kompresi uterus yang terjadi secara tiba-tiba (misalnya, selama persalinan bayi kembar pertama), pecahnya selaput ketuban pada hidramnion, atau tarikan pada tali pusat yang pendek. Mekanisme lain yang masuk akal adalah dimulainya kaskade koagulasi. Kondisi ini terjadi, misalnya trauma yang menyebabkan pelepasan tromboplastin jaringan. Aktivasi faktor-faktor koagulasi selanjutnya dapat berkontribusi pada inisiasi pembentukan bekuan darah dalam stasis hemodinamik yang ada di kumpulan plasenta. Perdarahan sisa atau tersembunyi (okultisme) dapat terjadi jika :

1. Terdapat efusi darah di belakang plasenta, namun tepinya tetap menempel.
2. Plasenta terlepas sepenuhnya, sedangkan selaput ketuban tetap menempel ke dinding rahim.
3. Darah memasuki rongga amnion setelah melewati selaput ketuban.
4. Kepala janin menghambat segmen bawah rahim, sehingga mencegah aliran darah.

Namun, biasanya selaput ketuban terpisah secara bertahap dari dinding rahim, yang menyebabkan darah akhirnya mengalir keluar. Perdarahan janin jauh lebih mungkin terjadi dalam kasus solusio traumatis. Dalam patologi ini, perdarahan janin disebabkan oleh ruptur atau pecahnya plasenta, bukan oleh plasenta itu sendiri yang terpisah. Volume rata-rata perdarahan janin adalah 12 mL.

2.2.4 Etiologi

Penyebab utama solusio plasenta belum diketahui secara jelas. Namun faktor-faktor dibawah ini dianggap berkontribusi terhadap terjadinya solusio plasenta:

1. Usia, Paritas, Ras dan Faktor Familial
Insiden solusio plasenta meningkat seiring dengan usia ibu. Penelitian menunjukkan bahwa pada wanita berusia 40

tahun ke atas, kemungkinan mengalami solusio plasenta 2,3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita di bawah usia 35 tahun. Secara statistik, solusio plasenta lebih umum terjadi pada wanita Afrika-Amerika dan Kaukasia (1:200) dibandingkan pada wanita Asia (1:300) atau Latina (1:450) di antara lebih dari 170.000 kelahiran yang didokumentasikan di Rumah Sakit Parkland. Seorang ibu yang mengalami solusio plasenta parah meningkatkan risiko pada saudara perempuannya hingga dua kali lipat, dan potensi risiko ini untuk diwariskan ke generasi berikutnya adalah 16%.

2. Hipertensi

Solusio plasenta paling sering dikaitkan dengan jenis hipertensi, baik hipertensi gestasional, preeklamsia, hipertensi kronis, atau kombinasi dari kondisi-kondisi ini. Solusio plasenta terjadi pada hingga 1,5% wanita hamil dengan hipertensi persisten.

3. Tali pusat pendek yang menyebabkan terbatasnya pergerakan janin.

4. Ketuban pecah dini dan kelahiran kurang bulan

Kejadian solusio plasenta tentu lebih tinggi jika ketuban pecah sebelum waktunya. Penelitian menunjukkan bahwa 5% dari 756 wanita yang mengalami pecahnya ketuban antara minggu ke-20 dan ke-36 kehamilan mengalami solusio plasenta. Insiden pecahnya ketuban prematur pada pasien meningkat tiga kali lipat, dan efek ini semakin diperkuat oleh adanya infeksi.

5. Merokok

Penelitian sebelumnya telah menetapkan korelasi antara merokok dan faktor risiko tinggi untuk solusio plasenta. Sebuah penelitian yang melibatkan 1,6 juta kehamilan mengungkapkan kemungkinan dua kali lipat lebih tinggi untuk solusio plasenta pada perokok. Jika perokok memiliki hipertensi kronis, preeklamsia berat, atau keduanya, risiko ini berlipat ganda 5-8 kali lipat.

6. Trombofilia

Selama sepuluh tahun terakhir, banyak trombofilia turunan atau yang didapat telah dikaitkan dengan sindrom tromboemboli yang terjadi selama kehamilan. Hubungan khusus telah ditetapkan antara solusio plasenta, infark plasenta, dan preeklamsia dengan banyak mutasi pada gen protrombin atau faktor V Leiden.

7. Solusio plasenta traumatik

Kadang kala, lepasnya plasenta dapat disebabkan oleh trauma eksternal, yang biasanya dipicu oleh kecelakaan kendaraan bermotor atau kekerasan fisik. Di Rumah Sakit Parkland, hanya sekitar 2% dari lepasnya plasenta yang menyebabkan kematian janin dipastikan memiliki asal muasal trauma.

8. Leiomioma

Terutama bila terletak di belakang lokasi implantasi plasenta, tumor ini meningkatkan risiko solusio plasenta.

9. Solusio berulang

Seorang wanita yang pernah mengalami solusio plasenta, terutama yang mengakibatkan kematian janin, memiliki kemungkinan yang signifikan untuk mengalaminya lagi (12-22%) dan bahkan mungkin mengalaminya pada usia kehamilan yang lebih pendek dibandingkan dengan akhir kehamilan yang tiba-tiba. (Prawirohardjo, 2009).

2.2.5 Diagnosis

Diagnosis solusio plasenta kadang sukar ditegakkan

1. Penderita biasanya datang dengan gejala klinis:
 - a. Perdarahan pervaginam (80%)
 - b. Nyeri abdomen atau pinggang atau nyeri tekan uterus
 - c. Gawat janin (60%)
 - d. Kelainan kontraksi uterus (35%)
 - e. Kelainan prematur idiopatik (25%)
 - f. Kematian janin (15%)
2. Syok yang terjadi mungkin tidak selalu sebanding dengan tingkat perdarahan.

3. Hitung darah lengkap adalah salah satu prosedur laboratorium yang digunakan untuk menyingkirkan diagnosis alternatif solusio plasenta.
 - a. Protein Fibrinogen
 - b. Waktu protrombin/waktu tromboplastin parsial teraktivasi untuk mendeteksi Kardiomiopati Diabetik (DIC)
 - c. Kadar nitrogen urea/kreatinin serum
 - d. Tes Kleithauer-Betke untuk mengidentifikasi sel darah merah janin dalam aliran darah ibu
4. Ultrasonografi (USG) digunakan untuk menentukan lokasi plasenta secara tepat guna menyingkirkan kemungkinan plasenta previa. Saat ini, ultrasonografi (USG) memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi lebih dari 50% dari mereka yang berisiko mengalami solusio plasenta.
5. Sekitar 2-15% dari semua kasus solusio plasenta dapat diidentifikasi sebagai hematoma retroplasenta. Pengenalan hematoma bergantung pada besarnya hematoma (termasuk ukuran dan durasinya) dan kecakapan operator.
6. Pemeriksaan histologis berikutnya setelah pemisahan plasenta dapat mendeteksi hematoma retroplasenta.
7. Satu pengamatan penting adalah adanya rembesan darah ke miometrium, yang ditandai dengan bercak ungu pada serosa uterus yang dikenal sebagai ulkus Couvelaire.
8. Diindikasikan oleh presentasi klinis nyeri dan ketegangan uterus.
9. Pada trimester ketiga, diagnosis banding lebih lanjut untuk perdarahan, selain plasenta previa, meliputi vasa previa, trauma vagina, dan, dalam kasus yang jarang terjadi, keganasan.

2.2.6 Penatalaksanaan

Prinsip utama penatalaksanaan solusio plasenta pada kehamilan adalah:

1. Pasien medis (ibu) dirawat di rumah sakit, terbaring di tempat tidur, dan keseimbangan cairannya dievaluasi.

2. Peningkatan umum status kesehatan pasien (ibu), yang meliputi pemberian cairan intravena dan transfusi darah segar.
3. Pengujian laboratorium meliputi anemia, hematokrit, Tes Observasi Gumpalan Darah (COT), kadar fibrinogen plasma, albumin, dan fungsi ginjal.
4. Pasien (ibu) menunjukkan gejala kecemasan dan diberi resep obat analgesik.
5. Pengakhiran kehamilan: persalinan segera, operasi vagina, atau operasi caesar. Tujuan utamanya adalah untuk menyelamatkan nyawa ibu dan, setelah plasenta dikeluarkan, menghentikan pendarahan internal.
6. Jika terjadi gangguan pembekuan darah (COT > 30 menit), sejumlah besar darah segar diberikan, dan jika diperlukan, fibrinogen disertakan, sambil terus memantau penilaian kadar COT dan hemoglobin.
7. Untuk mengurangi tekanan intrauterin yang dapat menyebabkan nekrosis ginjal (refleks utero-renal), selaput panggul segera disobek. Bidan harus memiliki pengetahuan bahwa intervensi yang dilakukan di tempat perawatan kesehatan primer harus memprioritaskan penanganan syok/prasyok dan memfasilitasi rujukan segera. Bahaya yang mungkin terjadi meliputi pendarahan hebat, syok berat yang mengakibatkan kematian, atonia uterus, kelainan koagulasi, dan oliguria. Dengan demikian, strategi utama bidan dalam menangani solusio plasenta adalah segera menyarankan pasien untuk dikirim ke rumah sakit.

2.2.7 Komplikasi

Solusio plasenta dapat menyebabkan komplikasi baik pada ibu maupun janin

1. Komplikasi pada ibu
 - a. Perdarahan yang dapat menyebabkan: penyimpangan tekanan darah yang mengakibatkan syok, perdarahan yang tidak sesuai dengan kondisi pasien mulai dari anemia hingga syok, perubahan kesadaran dari normal hingga syok.

- b. Gangguan pembekuan darah: masuknya trombosit ke dalam sistem peredaran darah memicu pembekuan darah intravaskular, yang kemudian diikuti oleh hemolisis, penurunan kadar fibrinogen yang menyebabkan gangguan hipofibrinogen dalam pembekuan darah.
 - c. Oliguria menyebabkan oklusi glomerulus ginjal dan dapat menyebabkan berkurangnya kontrol pergantian urin.
 - d. Perdarahan pascapersalinan: Dalam kasus solusio plasenta dengan tingkat keparahan sedang hingga berat, darah meresap ke otot rahim, yang mengakibatkan kontraksi yang terganggu dan perdarahan hebat yang disebabkan oleh atonia uterus. Kegagalan pembekuan memperburuk perdarahan.
 - e. Penyebab utama koagulopati konsumtif selama kehamilan adalah solusio plasenta.
 - f. Mekanisme refleks uterorenal
 - g. Ruptur uterus
2. Komplikasi pada janin
- a. Asfiksia fatal, dengan tingkat keparahan yang bervariasi, yang diakibatkan oleh penumpukan darah di belakang plasenta, sehingga menghambat distribusi darah dan nutrisi ke janin yang sedang berkembang. Hambatan yang mungkin terjadi terhadap perkembangan asfiksia yang menyebabkan kematian janin di dalam rahim bergantung pada pemisahan sebagian plasenta dari perlekatannya di fundus uterus.
 - b. Gangguan sistem saraf pusat
 - c. Terhambatnya perkembangan
 - d. Anemia

DAFTAR PUSTAKA

- Anik , Maryunani. 2009. Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas. Jakarta: TIM
- Fadlun dan Feryanto. 2011. Asuhan Kebidanan Patologis. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, Arif. 2008. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : EGC Buku Kedokteran
- Prawirohardjo, Sarwono, 2009. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Cetakan Keempat. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifudin. 2009. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBP-SP.
- Sujiyatini., 2009. Asuhan Patologi Kebidanan, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Varney, H., 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Jakarta: EGC
- Wiknjosastro, S., (2014) Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

BAB 3

EKLAMSIA

Oleh Sri Kustiyati

3.1 Pendahuluan

Eklamsia adalah salah satu kondisi darurat dalam obstetri dan menjadi penyebab utama kematian ibu hamil di seluruh dunia. Meskipun penyebab pasti eklamsia belum diketahui, namun faktor risiko seperti tekanan darah tinggi kronis, kegemukan, riwayat eklamsia sebelumnya, dan usia di atas 35 tahun dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit ini. Oleh karena itu, studi mendalam tentang latar belakang penyakit eklamsia sangat penting dalam upaya untuk menangani kondisi ini dengan lebih efektif dan mengurangi risiko komplikasi yang fatal. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa eklamsia terkait erat dengan gangguan pada sistem vaskular. Ketika seorang wanita hamil mengalami stres, seperti tekanan darah tinggi kronis, ini dapat memicu gangguan pada fungsi pembuluh darah, yang pada gilirannya dapat menyebabkan eklamsia (Putri, 2021).

Terdapat bukti bahwa gangguan imun juga dapat memainkan peran penting dalam perkembangan penyakit ini. Dalam beberapa kasus, eklamsia juga dikaitkan dengan gangguan pada organ lain, seperti hati dan ginjal. Kerusakan organ ini dapat terjadi karena tekanan darah tinggi yang parah yang menyebabkan aliran darah terhambat. Penting untuk memahami secara mendalam bagaimana organ tubuh bereaksi terhadap eklamsia dan bagaimana kerusakan organ dapat dicegah atau dikurangi (Apriliyanti, 2023).

Penelitian juga menunjukkan bahwa faktor genetik mungkin berperan dalam risiko terjadinya eklamsia. Beberapa studi menunjukkan bahwa individu dengan riwayat keluarga eklamsia memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk mengembangkan kondisi ini. Pemahaman tentang faktor-faktor genetik yang terlibat dalam eklamsia dapat membantu dalam identifikasi individu yang berisiko tinggi, sehingga langkah-langkah pencegahan dapat diambil

dengan lebih efektif. Untuk mengatasi tantangan dalam memahami eklamsia, penelitian lebih lanjut diperlukan (Rakhmawati, 2021).

Studi yang lebih mendalam tentang mekanisme yang mendasari penyakit ini dapat membuka jalan bagi pengembangan terapi yang lebih efektif dan pengaturan faktor risiko yang lebih baik. Selain itu, pemeriksaan berkala pada wanita hamil, terutama yang memiliki faktor risiko, sangat penting dalam mendeteksi eklamsia sedini mungkin dan mencegah terjadinya komplikasi yang serius. Langkah-langkah seperti mengontrol tekanan darah, mengelola berat badan dengan baik, dan gaya hidup sehat dapat membantu mengurangi risiko eklamsia.

Selain itu, mengidentifikasi indikator potensial untuk eklamsia selama kehamilan dapat membantu dalam pemantauan yang lebih cermat dan intervensi yang tepat waktu. Secara keseluruhan, pemahaman yang lebih baik tentang latar belakang penyakit eklamsia membuka peluang untuk meningkatkan perawatan dan pengurangan risiko yang lebih baik untuk ibu hamil. Penting untuk terus mendorong penelitian dan perkembangan ilmiah dalam bidang ini sehingga kita dapat melindungi kehidupan dan kesehatan ibu dan bayi dengan lebih efektif.

3.2 Definisi dan Karakteristik

Bagian ini akan membahas pengertian dari penyakit eklamsia serta karakteristiknya secara umum, termasuk gejala dan tanda yang muncul pada penderita. Selain itu, akan dijelaskan juga mengenai faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya eklamsia pada pasien. Penyakit eklamsia adalah kondisi serius yang terjadi selama kehamilan di mana tekanan darah tinggi tiba-tiba meningkat menjadi tingkat yang berbahaya. Kondisi ini biasanya mempengaruhi wanita hamil setelah usia kehamilan 20 minggu dan memiliki dampak yang serius pada kesehatan ibu dan janin (Dinata, 2023).

Beberapa gejala umum dari eklamsia termasuk sakit kepala parah, gangguan penglihatan, nyeri perut yang parah, mual dan muntah, serta kejang yang tidak terkendali. Selain gejala-gejala tersebut, tanda-tanda eklamsia juga dapat meliputi preeklamsia yang merupakan kondisi sebelum eklamsia terjadi. Faktor-faktor

risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya eklamsia meliputi riwayat hipertensi sebelumnya, adanya gangguan pembekuan darah, riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, memiliki lebih dari satu janin dalam satu kehamilan, dan memiliki ibu atau saudara perempuan yang pernah mengalami eklamsia (Rizky, 2020).

Penting untuk segera mendapatkan perawatan medis jika Anda mengalami gejala atau tanda-tanda eklamsia, karena kondisi ini dapat berbahaya dan mengancam nyawa. Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik dan tes laboratorium untuk mendiagnosis eklamsia, serta memberikan pengobatan yang sesuai guna mengendalikan tekanan darah tinggi dan mencegah terjadinya komplikasi. Selain itu, pemantauan rutin selama kehamilan dan kunjungan prenatal yang teratur juga penting untuk mendeteksi dini kemungkinan terjadinya eklamsia. Dengan mengetahui pengertian, karakteristik, gejala, tanda, dan faktor-faktor pemicunya, diharapkan kita dapat lebih mewaspadai dan mengambil langkah pencegahan yang tepat agar dapat mengurangi risiko terjadinya eklamsia pada masa kehamilan.

3.2.1 Definisi Eklamsia

Definisi eklamsia adalah kondisi kejang yang terjadi pada wanita hamil dengan tekanan darah tinggi, kadar protein yang tinggi dalam urin, dan adanya pembengkakan (edema) pada tubuh. Eklamsia, yang sering terjadi setelah preeklamsia, dapat berpotensi membahayakan nyawa ibu dan bayi yang dikandungnya. Oleh karena itu, penanganan medis yang segera diperlukan guna mencegah kemungkinan komplikasi yang lebih parah yang dapat terjadi. Dalam situasi ini, tindakan medis seperti pemberian obat antihipertensi, pemantauan ketat terhadap tekanan darah dan kelainan lainnya, serta tindakan pengawasan terhadap kesehatan ibu dan perkembangan bayi dilakukan untuk memastikan keselamatan dan kesehatan mereka (N. I. Fatimah, 2021).

Kesadaran akan tanda-tanda dan gejala eklamsia sangat penting, agar tindakan pencegahan dan penanganan yang tepat dapat dilakukan sejak dini. Dengan individualisasi dan perencanaan perawatan yang terbaik, diharapkan risiko dan dampak negatif

eklamsia dapat diminimalkan, dan proses kehamilan dapat berlangsung dengan lancar dan aman bagi ibu dan bayi.

3.3 Faktor Risiko

Faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya eklamsia meliputi tekanan darah tinggi yang mencapai level yang tinggi selama masa kehamilan, adanya riwayat eklamsia pada kehamilan sebelumnya yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kondisi ini, memiliki kehamilan ganda yang juga memiliki peluang lebih tinggi untuk mengalami eklamsia, adanya kelainan pembuluh darah yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi, kondisi obesitas yang dapat membuat tubuh lebih rentan terhadap risiko eklamsia, diabetes yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya eklamsia serta adanya penyakit ginjal kronis yang merupakan salah satu faktor risiko lainnya. Semua faktor ini dapat meningkatkan kemungkinan seorang wanita mengalami eklamsia selama masa kehamilan. Sangat penting bagi untuk memahami semua faktor risiko ini dan mengambil tindakan pencegahan yang tepat (R. T. , A. J. T. , W. A. and A. H. Handayani, 2023; Rakhmawati, 2021; Yuniarti, 2023).

Melalui pemahaman yang baik tentang faktor risiko tersebut, wanita hamil dapat mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mengurangi risiko terjadinya kondisi ini. Dengan mematuhi rekomendasi medis, menjaga kesehatan secara umum, mengikuti pola makan yang sehat dan seimbang, serta memperhatikan tanda-tanda yang muncul, wanita hamil dapat memastikan bahwa mereka melakukan segala yang mereka bisa untuk melindungi diri mereka dan bayi mereka dari risiko eklamsia yang serius dan berpotensi mengancam nyawa.

3.3.1 Faktor Risiko yang Mempengaruhi Terjadinya Eklamsia

Beberapa faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya eklamsia antara lain tekanan darah tinggi, gangguan pembuluh darah, riwayat eklamsia pada kehamilan sebelumnya, obesitas, kehamilan ganda, diabetes, usia maternal yang lebih dari 35 tahun, serta beberapa faktor lainnya yang perlu diperhatikan. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi perkembangan kondisi eklamsia dan

penting untuk diwaspadai serta diperhatikan dengan sangat hati-hati selama masa kehamilan. Hal ini dilakukan guna mencegah timbulnya komplikasi yang lebih serius yang dapat membahayakan nyawa ibu maupun janin yang dikandungnya. Oleh karena itu, selama kehamilan, sangatlah penting bagi ibu untuk menjaga kesehatan dan mengikuti anjuran-anjuran medis yang diberikan oleh dokter kandungan. Jangan ragu untuk berkonsultasi dengan dokter jika menghadapi masalah atau kekhawatiran selama kehamilan. Kesehatan ibu dan janin adalah prioritas utama yang harus dijaga selama proses kehamilan (Bardja, 2020; Lisnawati, 2020).

3.4 Patofisiologi

Eklamsia merupakan kondisi yang kompleks dan melibatkan sejumlah proses patofisiologis yang sangat kompleks dan rumit, termasuk disfungsi endotel yang berdampak luas pada kesehatan tubuh, gangguan berat pada sistem koagulasi darah yang dapat mempengaruhi banyak organ, serta mekanisme respons inflamasi yang sangat kompleks pada tubuh. Kondisi yang sangat kompleks ini umumnya berkaitan dengan tekanan darah tinggi yang sangat tinggi selama kehamilan, yang menyebabkan vasospasme yang parah pada pembuluh darah dan penurunan drastis aliran darah ke berbagai organ tubuh yang sangat vital. Hal ini kemudian tidak hanya mengakibatkan kerusakan endotel yang serius, tetapi juga pelepasan zat-zat vasoaktif yang sangat berbahaya dari pembuluh darah, yang tentunya berkontribusi secara signifikan pada terjadinya gejala klinis eklamsia yang parah dan mematikan (Deka, 2022).

3.4.1 Proses Terjadinya Eklamsia

Proses terjadinya eklamsia melibatkan tahap-tahap kompleks yang dimulai dengan gangguan yang sangat signifikan pada endotel pembuluh darah akibat tekanan darah yang sangat tinggi. Vasospasme yang tidak hanya terjadi pada satu atau dua pembuluh darah, tetapi menyebar di seluruh tubuh, kemudian menyebabkan penurunan yang drastis aliran darah ke organ-organ vital termasuk otak, hati, dan ginjal, yang sangat penting dan tak tergantikan dalam kesehatan tubuh manusia. Hal ini sangatlah serius karena dapat

mengakibatkan kerusakan yang serius pada organ-organ tersebut serta pelepasan zat-zat vasoaktif yang sangat berbahaya dan merugikan tubuh, yang menyebabkan gejala klinis eklamsia, seperti kejang yang sangat hebat, gangguan kesadaran yang sangat parah, dan gangguan fungsi hati yang bisa mengancam nyawa. Oleh karena itu, eklamsia perlu segera diobati dan dikendalikan dengan serius agar tidak menimbulkan komplikasi yang berbahaya bagi kesehatan ibu dan janin (Sintya, 2020).

3.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala eklamsia dapat bervariasi, tetapi gejala utama biasanya termasuk tekanan darah yang secara mendadak meningkat secara signifikan, proteinuria yang merupakan kelebihan protein dalam urin, serta edema yang ditandai dengan pembengkakan pada tubuh. Gejala lain yang mungkin terjadi adalah sakit kepala parah yang sangat mengganggu, gangguan penglihatan yang secara tiba-tiba memburuk, nyeri perut yang parah dan berkelanjutan, serta sensasi mual yang mengganggu dan muntah berulang. Selain itu, kejang juga dapat menjadi tanda penting dari eklamsia. Sangat penting untuk segera mengidentifikasi dan memahami gejala-gejala ini, karena eklamsia merupakan kondisi yang dapat berkembang dengan cepat dan berpotensi mengancam nyawa ibu hamil. Mengenali dan mengidentifikasi manifestasi klinis dari eklamsia ini harus dilakukan dengan sangat teliti agar tindakan medis yang segera dapat dilakukan untuk menjaga keselamatan ibu dan janin yang ada di dalam kandungan (Pratiwi, 2024).

3.6 Diagnosis

Diagnosis eklamsia dapat dilakukan melalui berbagai pemeriksaan medis yang meliputi pengukuran tekanan darah tinggi, tingkat proteinuria dalam urin, serta adanya gejala-gejala eklamsia seperti kejang, sakit kepala parah, gangguan penglihatan, dan nyeri perut yang hebat. Selain itu, pemeriksaan darah lengkap juga dapat mengungkapkan adanya gangguan fungsi hati, penurunan jumlah trombosit, dan kelainan pembekuan darah. Data-data dari pemeriksaan urine juga akan menunjukkan peningkatan kadar protein yang signifikan. Semua hasil pemeriksaan yang diperoleh ini

akan sangat membantu dalam menegakkan diagnosis eklamsia yang akurat dan tepat guna (Hamranani, 2023).

3.6.1 Prosedur Diagnosis Eklamsia

Prosedur diagnosis eklamsia meliputi pengukuran tekanan darah secara berkala selama periode waktu tertentu. Selain itu, pemeriksaan urine untuk mendeteksi adanya proteinuria juga dilakukan dengan menggunakan metode laboratorium yang canggih dan terpercaya. Untuk melihat fungsi hati dan menentukan jumlah trombosit, pemeriksaan darah dengan teknik hematologi modern digunakan. Selain itu, waktu pembekuan darah juga diperiksa untuk mendapatkan informasi yang lebih lengkap. Pemeriksaan fisik yang dilakukan mencakup pengamatan terhadap gejala-gejala eklamsia yang khas, seperti kejang yang terjadi secara tiba-tiba, gangguan penglihatan yang muncul secara mendadak, serta nyeri perut yang tak kunjung hilang. Kombinasi dari semua prosedur tersebut dilakukan dengan cermat dan teliti oleh tenaga medis yang berpengalaman, guna memastikan diagnosis eklamsia yang akurat dan memungkinkan penanganan yang tepat dan efektif (Sukma, 2021).

3.7 Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul akibat eklamsia, gangguan serius pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan kejang, dapat mencakup berbagai masalah kesehatan serius yang membahayakan nyawa ibu dan janin. Salah satu komplikasi yang mungkin terjadi adalah kerusakan organ penting seperti hati dan ginjal. Selain itu, eklamsia juga meningkatkan risiko stroke dan gagal jantung pada ibu hamil. Tidak hanya itu, eklamsia juga dapat memiliki efek buruk pada janin. Salah satu komplikasi yang mungkin terjadi adalah pertumbuhan terhambat, di mana janin tidak berkembang dengan baik dalam rahim ibu. Selain itu, eklamsia juga dapat menyebabkan kekurangan oksigen pada janin, yang dapat menyebabkan masalah perkembangan dan kesehatan pada janin. Bahkan, dalam beberapa kasus yang parah, eklamsia dapat menyebabkan kematian janin. Oleh karena itu, penting untuk segera melakukan tindakan medis dan penanganan yang hati-hati jika

terjadi eklamsia (Ahlia, 2024; R. T. , A. J. T. , W. A. and A. H. Handayani, 2023).

Penanganan yang tepat dan segera dapat membantu mencegah komplikasi jangka panjang pada kesehatan ibu dan janin. Penting untuk memonitor tekanan darah secara teratur, mengendalikan gejala eklamsia, dan melakukan tindakan medis yang sesuai guna melindungi kesehatan ibu dan janin. Ingatlah bahwa eklamsia merupakan kondisi serius yang memerlukan perhatian medis segera. Jangan ragu untuk berkonsultasi dengan dokter anda jika anda mengalami gejala-gejala eklamsia seperti sakit kepala parah, pandangan kabur, nyeri abdomen, perubahan suasana hati, atau kejang. Semakin cepat anda mendapatkan bantuan medis, semakin baik peluang untuk mencegah komplikasi yang lebih serius.

3.7.1 Komplikasi yang Dapat Timbul Akibat Eklamsia

Beberapa komplikasi yang dapat timbul akibat eklamsia meliputi kejang berulang yang dapat mengakibatkan cedera otak, gangguan penglihatan atau bahkan kebutaan sementara, serta masalah pernapasan akut. Selain itu, eklamsia juga dapat berpotensi menjadi prekursor dari sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, penurunan jumlah trombosit), yang dapat menyebabkan perdarahan internal, gagal hati, dan gangguan koagulasi darah yang mengancam jiwa. Deteksi dini dan penanganan komplikasi eklamsia sangat penting untuk mencegah konsekuensi yang serius bagi kesehatan ibu dan janin (Fitriana, 2022).

Eklamsia juga dapat menyebabkan komplikasi lain yang perlu diperhatikan. Salah satu komplikasi yang mungkin terjadi adalah gangguan fungsi ginjal yang dapat mempengaruhi sistem ekskresi tubuh. Hal ini bisa mengakibatkan penumpukan racun dalam tubuh dan menyebabkan kerusakan organ. Selain itu, eklamsia juga dapat memicu serangan jantung atau gagal jantung akut sebagai konsekuensi dari tekanan darah yang tinggi dan stres pada sistem kardiovaskular (F. & A. M. P. Fatimah, 2022).

Tidak hanya itu, eklamsia juga bisa berdampak negatif pada kondisi kehamilan itu sendiri. Kejadian eklamsia dapat menyebabkan janin mengalami gangguan pertumbuhan intrauterin, menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah atau prematur.

Selain itu, ada juga risiko penurunan aliran darah dan oksigen ke janin saat terjadi kejang, yang dapat merusak perkembangan janin dan menyebabkan kerusakan permanen pada sistem saraf.

Oleh karena itu, penting untuk menjaga kesehatan selama kehamilan dan mengambil langkah-langkah pencegahan yang tepat untuk mencegah terjadinya eklamsia. Mengontrol tekanan darah, menjaga pola makan sehat, dan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan dapat membantu meminimalkan risiko eklamsia dan komplikasinya. Jika terjadi gejala seperti sakit kepala parah, gangguan penglihatan, atau bengkak yang tidak wajar, segera periksakan diri ke dokter untuk mendapatkan penanganan yang tepat guna menjaga kesehatan ibu dan janin secara optimal.

3.8 Penatalaksanaan

Setelah diagnosis Eklamsia dibuat, penatalaksanaan yang diperlukan harus segera dilakukan untuk mengatasi kondisi pasien yang sedang mengalami Eklamsia. Penatalaksanaan Eklamsia terutama berfokus pada penanganan medis yang komprehensif dan efektif guna mengurangi risiko komplikasi serius yang dapat terjadi. Selain itu, penanganan yang baik dan tepat juga dapat melibatkan penggunaan obat-obatan antihipertensi yang terbukti memiliki efek positif, seperti penggunaan sulfat magnesium, untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya kejang yang berpotensi mengancam nyawa pasien.

Dalam penatalaksanaan Eklamsia, sangat penting agar penderita dirawat di unit perinatologi yang memiliki fasilitas dan tenaga medis yang memadai. Unit perinatologi juga harus dilengkapi dengan alat dan sistem pemantauan yang canggih dan akurat, sehingga kondisi klinis dan tanda vital pasien dapat dipantau secara ketat dan tepat waktu. Selain itu, penderita Eklamsia juga harus mendapatkan perawatan yang personal dan intensif dari tenaga medis yang berkualitas. Hal ini meliputi pemantauan terus-menerus terhadap kondisi kesehatan pasien, termasuk pemantauan tekanan darah, detak jantung, pernapasan, dan tingkat oksigen dalam darah (Apriyana, 2021).

Perawatan yang intensif juga memerlukan pengamatan terhadap gejala atau tanda-tanda lain yang mungkin timbul, seperti

bengkak yang berlebihan, nyeri kepala yang parah, perubahan visi, atau gangguan kesadaran. Dalam beberapa kasus, pasien dengan Eklamsia mungkin juga memerlukan intervensi medis yang lebih lanjut, seperti prosedur pembedahan atau transfusi darah, untuk mengatasi kondisi yang mungkin mengancam nyawa. Seluruh prosedur dan tindakan medis yang dilakukan harus dilakukan dengan hati-hati dan dilandasi oleh pengetahuan dan keterampilan medis yang baik (Amalia, 2020).

Peningkatan kolaborasi dan komunikasi antara tim medis juga sangat penting guna memastikan pasien mendapatkan penanganan terbaik dan tercepat. Dalam hal ini, peran keluarga dan pendamping pasien juga tidak boleh diabaikan. Dukungan dan pemahaman keluarga dapat memberikan kekuatan dan motivasi tambahan bagi pasien dalam proses pemulihan. Dalam penatalaksanaan Eklamsia, pendekatan holistik yang melibatkan semua pihak terkait, termasuk pasien, keluarga, dan tenaga medis, sangat diperlukan agar hasil yang optimal dapat dicapai.

3.8.1 Penanganan Medis Eklamsia

Penanganan medis Eklamsia melibatkan berbagai tindakan yang diperlukan untuk mengatasi gejala yang muncul dan mencegah adanya komplikasi serius yang dapat mengancam nyawa. Pada tahap awal penanganan, pemberian sulfat magnesium menjadi langkah utama yang diambil oleh para tenaga medis yang terlibat dalam merawat pasien ini. Langkah ini dipilih karena memiliki kemampuan untuk menurunkan risiko munculnya kejang berulang dan komplikasi neurologis yang disebabkan oleh kondisi Eklamsia.

Tak hanya itu, tetapi pemantauan yang sangat ketat juga harus dilakukan terhadap fungsi organ vital di dalam tubuh pasien yang terkena Eklamsia. Organ-organ yang paling dipantau adalah jantung, ginjal, dan hati. Prosedur ini sangat penting dilakukan karena Eklamsia sering kali menyebabkan kerusakan pada organ-organ tersebut. Dengan melakukan pemantauan secara terus-menerus, para tenaga medis dapat lebih mudah mendeteksi adanya perubahan atau masalah yang mungkin terjadi pada organ-organ tersebut. Dengan begitu, mereka dapat segera mengambil tindakan yang diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Jika dalam proses pemantauan terdeteksi bahwa tekanan darah pasien terus meningkat dan berada pada tingkat yang sangat tinggi, maka pemberian obat penurun tekanan darah juga dapat dilakukan.

Jenis-jenis obat yang sering digunakan dalam hal ini adalah nifedipin dan labetalol. Kedua obat tersebut memiliki efek yang cepat dalam menurunkan tekanan darah, sehingga dapat membantu mengendalikan kondisi pasien dengan lebih efektif. Seluruh prosedur penanganan medis yang telah disebutkan di atas harus dilakukan oleh para tenaga medis yang berpengalaman dan terlatih dengan baik. Dalam kasus Eklamsia, peran dan penanganan medis yang tepat waktu menjadi sangat penting untuk memaksimalkan keselamatan pasien. Oleh karena itu, jika Anda atau orang terdekat Anda mengalami gejala-gejala Eklamsia, segeralah hubungi layanan medis terdekat untuk mendapatkan penanganan yang tepat dan komprehensif (Apriyana, 2021; Jember, 2019).

3.9 Pencegahan

Pencegahan eklamsia dapat dilakukan dengan mengidentifikasi faktor risiko yang berpotensi mempengaruhi pasien wanita hamil. Dalam hal ini, risiko yang perlu diperhatikan meliputi tekanan darah tinggi, diabetes, dan obesitas. Pentingnya pemantauan teratur terhadap kondisi kesehatan ibu hamil tidak boleh diabaikan, termasuk pemantauan tekanan darah, proteinuria, dan fungsi hati. Hal ini sangat penting untuk mencegah terjadinya eklamsia yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin.

Selain pemantauan rutin, juga sangat penting memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil tentang pentingnya pola makan sehat dan gaya hidup aktif. Dengan mengikuti pola makan sehat yang mencakup nutrisi yang seimbang dan gaya hidup aktif, risiko terjadinya eklamsia dapat dihindari atau dikurangi. Pendidikan kesehatan ini juga harus mencakup informasi mengenai pentingnya perawatan prenatal yang teratur. Perawatan prenatal yang teratur melibatkan pemeriksaan dan kunjungan rutin ke dokter atau bidan untuk memastikan kesehatan ibu dan perkembangan janin berjalan dengan baik.

Dalam penanganan eklamsia, tindakan medis juga sangat penting. Jika eklamsia terjadi, langkah-langkah penanganan dapat

meliputi pemberian obat penurun tekanan darah, tindakan persalinan yang sesuai dengan kondisi ibu dan janin, serta perawatan intensif di unit perawatan intensif neonatal (NICU) jika diperlukan. Menjaga kesehatan ibu hamil adalah langkah penting dalam mencegah terjadinya eklamsia. Dengan mengidentifikasi faktor risiko, melakukan pemantauan teratur, memberikan pendidikan kesehatan yang tepat, dan melibatkan penanganan medis yang sesuai, risiko terjadinya eklamsia dapat diminimalkan. Oleh karena itu, peran semua pihak, termasuk ibu hamil, tenaga medis, serta keluarga, sangat penting dalam pencegahan eklamsia yang efektif dan menjaga kesehatan ibu dan janin dengan baik (Thahir, 2021).

3.9.1 Strategi Pencegahan Eklamsia

Beberapa strategi pencegahan eklamsia yang dapat dilakukan meliputi pemberian suplemen kalsium dan magnesium kepada ibu hamil dengan risiko tinggi, seperti wanita yang mengalami tekanan darah tinggi kronis. Selain itu, pengawasan yang ketat terhadap kondisi kesehatan ibu hamil oleh tenaga medis juga sangat penting, termasuk penanganan secara tepat saat terjadi hipertensi dalam kehamilan. Penguatan sistem perawatan prenatal dan peningkatan akses terhadap perawatan kesehatan bagi ibu hamil di daerah pedesaan juga perlu menjadi fokus dalam strategi pencegahan eklamsia. Dalam hal ini, peningkatan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan rutin pada ibu hamil sangatlah vital. Selain itu, edukasi mengenai gaya hidup sehat juga perlu diperluas agar ibu hamil dapat menjaga kesehatan mereka serta mencegah terjadinya eklamsia. Jangan lupa, kerjasama dan kolaborasi antara tenaga medis, pemerintah, dan masyarakat juga sangatlah penting untuk mencapai hasil yang maksimal dalam upaya pencegahan eklamsia. Semua langkah ini harus diambil secara bersamaan untuk memberikan perlindungan terbaik bagi ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Marfuah, 2021).

3.10 Peran Asuhan Kebidanan

Peran asuhan kebidanan dalam penanganan eklamsia sangatlah penting karena bidan memiliki peran utama yang vital

dan tak tergantikan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang lengkap dan terpercaya bagi wanita hamil. Termasuk di dalamnya adalah penanganan pasien eklamsia yang membutuhkan perhatian khusus dan keahlian bidan yang profesional. Bidan bertanggung jawab dalam melakukan pengamatan yang teliti dan sistematis terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil, memberikan penjelasan secara terperinci kepada pasien tentang kondisi kesehatannya, serta memberikan dukungan emosional dan fisik yang penuh perhatian kepada pasien eklamsia.

Selain bertindak sebagai pendamping yang selalu siap mendengarkan dan mengarahkan pasien, bidan juga memiliki peran yang esensial dalam melakukan pemantauan ketat terhadap kondisi ibu hamil yang berisiko mengalami eklamsia. Melalui langkah-langkah preventif yang hati-hati dan terarah, bidan dapat memastikan bahwa tanda-tanda awal eklamsia terdeteksi dengan cepat dan intervensi medis yang diperlukan dapat segera dilakukan. Bidan juga memiliki tanggung jawab untuk memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan terintegrasi dengan baik, guna mencegah timbulnya penyakit eklamsia serta mengurangi risiko komplikasi yang berpotensi terjadi pada ibu dan bayi.

Tidak hanya itu, dalam peranannya yang krusial ini, bidan juga harus mampu memberikan edukasi yang lengkap dan tepat kepada pasien serta keluarganya tentang tata cara menjaga kesehatan dan meminimalisir faktor risiko eklamsia. Dengan berbagi pengetahuan dan memberikan informasi yang akurat, bidan dapat membantu pasien untuk lebih memahami kondisinya dan berperan aktif dalam menjaga kesehatan ibu dan janin. Dalam hal ini, bidan memiliki keahlian dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas dan bersifat holistik, dengan menekankan pentingnya pola makan yang seimbang, olahraga ringan yang teratur, kontrol kehamilan yang rutin, serta menjauhi faktor-faktor pemicu eklamsia seperti stres berlebihan dan konsumsi garam yang berlebihan.

Dalam rangka meningkatkan keberhasilan pengelolaan eklamsia, bidan juga berperan penting dalam kerjasama dan kolaborasi dengan tim medis lainnya. Melalui kerjasama yang sinergis dan komunikasi yang baik, bidan dapat memastikan bahwa

pasien mendapatkan perawatan terbaik yang terkoordinasi dengan baik dan tepat waktu. Dalam situasi darurat eklamsia, bidan harus siap mengambil tindakan yang cepat dan tepat, termasuk dalam mengatur evakuasi dan persiapan penanganan yang intensif, guna menjaga keselamatan dan kesejahteraan ibu dan bayi yang sedang dalam ancaman.

Secara keseluruhan, peran asuhan kebidanan dalam penanganan eklamsia adalah kunci utama dalam menjamin keselamatan dan kesehatan ibu hamil serta bayinya. Dengan pengetahuan, keterampilan, dan dedikasi yang tinggi, bidan mampu memberikan pelayanan kebidanan yang profesional dan terpercaya, menjadikan mereka sebagai garda terdepan dalam melawan penyakit eklamsia dan menjaga kesehatan generasi masa depan. Tetaplah menghargai dan menghormati peran dan usaha mereka yang luar biasa dalam membantu setiap langkah perjalanan kehidupan seorang ibu.

3.10.1 Peran Bidan dalam Menangani Pasien Eklamsia

Peran bidan dalam menangani pasien eklamsia sangatlah vital untuk memastikan keselamatan ibu hamil dan janin. Bidan berkewajiban untuk melakukan identifikasi dini terhadap tanda dan gejala eklamsia, memantau tekanan darah dan fungsi organ-organ vital pasien, serta memberikan pertolongan pertama yang cepat dan tepat apabila terjadi kejang atau kondisi gawat darurat lainnya. Selain itu, bidan juga bertanggung jawab dalam memberikan informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi eklamsia, prosedur penanganan medis yang akan dilakukan, serta tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai setelah pulang ke rumah.

Melalui peran aktif bidan, diharapkan dapat tercapai penanganan eklamsia yang efektif dan mencegah terjadinya komplikasi serius. Dalam menjalankan tugasnya, bidan juga harus menjadi mediator antara pasien dan tim medis lainnya. Bidan perlu berkoordinasi dengan dokter dan tenaga medis lainnya untuk memastikan penanganan yang holistik dan terkoordinasi. Selain itu, bidan juga memiliki peran penting dalam mengawasi dan

mendokumentasikan perkembangan pasien serta merencanakan perawatan lanjutan yang dibutuhkan (Suarayasa, 2020).

Tak hanya itu, pada kondisi eklamsia yang lebih parah, bidan juga dapat melakukan prosedur medis yang berkaitan dengan stabilisasi kondisi pasien. Hal ini mencakup pemberian obat-obatan, pemasangan kateter, serta pemantauan cairan tubuh pasien. Bidan juga harus siap untuk menghadapi situasi gawat darurat dan melakukan prosedur resusitasi jika diperlukan. Selain bertanggung jawab terhadap pasien individu, bidan juga harus aktif dalam upaya pencegahan terjadinya eklamsia secara keseluruhan. Ini meliputi memberikan informasi kepada masyarakat tentang faktor risiko eklamsia, pentingnya pemeriksaan rutin selama kehamilan, serta pentingnya deteksi dan penanganan dini (Siantar, 2022).

Bidan juga harus mengedukasi para ibu hamil tentang pola makan yang sehat, menjaga berat badan yang optimal, dan mempromosikan gaya hidup sehat. Dalam rangka memastikan peran bidan yang efektif dalam menangani eklamsia, penting bagi mereka untuk terus menjalani pelatihan dan pengembangan diri. Pelatihan tentang penanganan kehamilan berisiko tinggi, kegawatdaruratan obstetrik, dan pemberian pertolongan pertama yang sesuai perlu diberikan secara berkala kepada bidan.

Dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan, bidan dapat memberikan perawatan yang lebih baik dan mengurangi angka kematian akibat eklamsia. Dalam kesimpulan, peran bidan dalam menangani pasien eklamsia tidak bisa diabaikan. Mereka memiliki tanggung jawab besar dalam menjaga keselamatan dan kesejahteraan ibu hamil dan janin. Dalam melaksanakan tugas ini, bidan harus melakukan identifikasi dini, memberikan pertolongan yang cepat, menyediakan informasi dan edukasi kepada pasien, serta bekerja sama dengan tim medis lainnya. Dengan demikian, diharapkan penanganan eklamsia dapat dilakukan dengan efektif dan mencegah terjadinya komplikasi yang serius.

3.11 Kasus-kasus Studi

Bagian ini akan membahas berbagai kasus studi tentang eklamsia yang telah terjadi di berbagai tempat dan waktu. Studi kasus ini akan memberikan pemahaman mendalam tentang faktor

risiko, tanda dan gejala, serta komplikasi yang dapat terjadi akibat eklamsia. Dengan mempelajari kasus-kasus sebelumnya dengan cermat dan seksama, diharapkan dapat memberikan wawasan tambahan yang sangat berharga dalam penanganan dan pencegahan eklamsia di masa depan yang akan datang. Oleh karena itu, dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman kita tentang eklamsia, fokus utama dalam pembahasan ini adalah untuk melihat secara rinci dan menyeluruh tentang kasus-kasus eklamsia yang beragam ini, yang terjadi di berbagai belahan dunia dan waktu yang berbeda. Dengan memperluas pengetahuan kita tentang hal ini, kita akan memiliki perspektif yang lebih luas dan memadai untuk menangani dan mencegah eklamsia dengan lebih baik di masa depan.

3.11.1 Kasus-kasus Eklamsia yang Signifikan

Bagian ini akan mencakup kasus-kasus eklamsia tertentu yang dianggap sangat penting dan memiliki relevansi yang tinggi dalam bidang kesehatan. Kasus-kasus ini dipilih berdasarkan kriteria tertentu seperti tingkat keparahan yang ekstrem, penanganan yang sangat berhasil, atau komplikasi yang sangat jarang terjadi. Dengan mempelajari kasus-kasus yang sangat signifikan ini, diharapkan bahwa akan ada kesempatan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang berbagai aspek eklamsia, termasuk faktor-faktor risiko, tanda dan gejala, serta penatalaksanaan yang optimal.

Selain itu, pengetahuan yang diperoleh dari pengamatan kasus-kasus terkait juga dapat menjadi landasan yang kuat dalam penanganan kasus eklamsia di masa depan. Melalui kajian yang teliti terhadap kasus-kasus yang terencana dengan baik dan terpilih dengan cermat, diharapkan bahwa kita dapat membuat perubahan positif dalam penanganan eklamsia dan mencegah komplikasi yang serius. Semoga dengan penelitian yang lebih mendalam tentang kasus-kasus eklamsia yang signifikan ini, kita dapat meningkatkan kesadaran dan pengetahuan medis, serta mengembangkan strategi yang lebih baik untuk mengatasi masalah ini secara efektif. Dengan demikian, keselamatan ibu dan bayi dapat dijamin dalam konteks penanganan kasus eklamsia di masa depan.

3.12 Penelitian Terkini

Terkait penelitian terkini tentang eklamsia, banyak peneliti sedang fokus pada identifikasi biomarker atau tanda biologis yang dapat membantu dalam diagnosis dini eklamsia. Selain itu, penelitian juga mencakup pengembangan terapi baru dan teknologi canggih untuk meningkatkan prognosis pasien dengan eklamsia. Hasil dari penelitian terkini ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan dalam pemahaman yang lebih mendalam tentang mekanisme penyakit ini dan membuka jalan menuju penemuan metode deteksi dan pengobatan yang lebih efektif. Dalam penelitian terkini ini, para ilmuwan berfokus pada pemetaan lengkap genom manusia untuk mengidentifikasi polimorfisme yang berhubungan dengan risiko eklamsia (MacDonald, 2022).

Selain itu, mereka juga secara aktif menggali potensi penggunaan teknologi terkini seperti platform mikrofluida dan metode analisis proteomik untuk mendeteksi biomarker spesifik eklamsia dalam sampel darah. Diharapkan bahwa penelitian ini akan memberikan dasar yang kuat untuk pengembangan metode diagnostik baru yang dapat memungkinkan identifikasi dini eklamsia dengan tingkat keberhasilan yang lebih tinggi.

Para peneliti juga sedang menjelajahi potensi terapi gen dan terapi molekuler yang inovatif untuk mengatasi defisiensi fisiologis yang mendasari eklamsia, dengan tujuan meningkatkan prospek kesembuhan pasien. Selain pengembangan terapi baru, penelitian ini juga melibatkan pengujian klinis yang ketat dan pemetaan pasien jangka panjang untuk mengamati efektivitas dan keamanan terapi yang diusulkan. Diharapkan bahwa langkah-langkah ini akan menciptakan terobosan berharga yang dapat mengarah ke perbaikan signifikan dalam pengobatan pasien dengan eklamsia.

Teknologi yang sedang dikembangkan seperti machine learning dan penggunaan data yang dikumpulkan secara real-time dalam studi ini juga diharapkan dapat memberikan wawasan baru tentang dinamika penyakit ini. Dengan demikian, penelitian terkini ini memiliki potensi besar untuk mentransformasi paradigma pengobatan eklamsia, membuka pintu bagi pengembangan terapi yang lebih efektif dan akurat (Benny, 2020; Peñailillo, 2022).

3.12.1 Temuan Terbaru dalam Riset Eklamsia

Temuan terbaru yang ditemukan dalam riset eklamsia adalah bahwa ada hubungan yang kuat antara disfungsi endotel dan terjadinya eklamsia pada ibu hamil. Hasil studi membuktikan bahwa peran penting endotel dalam mengatur tekanan darah dan keseimbangan cairan sangat terpengaruh pada kondisi eklamsia. Selain itu, temuan terbaru ini juga menunjukkan bahwa terapi target molekuler dapat menjadi pilihan yang baik untuk mengatasi disfungsi endotel ini, sehingga membuka peluang baru dalam pengobatan pasien eklamsia. Dengan demikian, temuan-temuan ini memberikan pandangan baru yang lebih spesifik dan efektif dalam penanganan eklamsia pada pasien. Hal ini memberikan harapan baru bagi ibu hamil yang mengalami penyakit ini, serta memberikan arah baru dalam perawatan medis bagi mereka. Dengan adanya penemuan ini, diharapkan penanganan eklamsia dapat dilakukan lebih baik dan memberikan hasil yang lebih positif untuk kedepannya (S. & N. Handayani, 2021; Lestari, 2024).

3.13 Kesimpulan dan Saran

Eklamsia adalah suatu kondisi yang sangat serius yang secara signifikan mempengaruhi kehamilan dan memiliki konsekuensi yang fatal apabila tidak ditangani dengan tepat. Oleh karena itu, sangat penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai faktor-faktor risiko yang dapat memicu terjadinya eklamsia, dan juga menyadari betapa pentingnya pencegahan dan penanganan medis yang tepat saat menghadapi kondisi ini.

Peran perawat kebidanan, khususnya bidan, juga sangat krusial dalam memberikan asuhan yang baik kepada pasien yang mengidap eklamsia. Dalam hal ini, direkomendasikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan dalam menangani kondisi ini dengan baik, serta melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif dan preventif. Lebih jauh lagi, penting untuk menegaskan betapa esensialnya kerja sama antara bidan dan tim medis lainnya dalam memberikan perawatan yang komprehensif dan efektif kepada pasien dengan eklamsia. Dalam upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius, penting juga untuk melibatkan pasangan suami dalam memberikan

dukungan emosional dan praktis kepada ibu hamil yang mengalami eklamsia. Pasangan suami dapat mendukung ibu hamil dengan memberikan perhatian yang lebih, membantu dalam menjaga pola tidur dan pola makan yang sehat, serta secara aktif mengikuti program pemeriksaan kesehatan ibu hamil. Selain itu, kesadaran akan pentingnya pemantauan kesehatan secara teratur juga harus ditingkatkan. Ibu hamil perlu mengikuti program pemeriksaan kehamilan secara rutin dan tidak ragu untuk menghubungi tenaga medis jika mengalami gejala-gejala yang mencurigakan. Kesimpulannya, eklamsia adalah suatu kondisi serius yang membutuhkan penanganan yang tepat dan komprehensif. Dalam upaya pencegahan dan pengelolaan eklamsia, dibutuhkan peran aktif dari semua pihak, mulai dari masyarakat luas, tenaga medis, bidan, pasangan suami, hingga ibu hamil itu sendiri. Dengan meningkatkan kesadaran dan kerja sama antar semua pihak, diharapkan angka kejadian eklamsia dapat ditekan dan kesehatan ibu hamil dapat terjaga dengan baik.

3.13.1 Rangkuman Temuan dan Rekomendasi

Berdasarkan temuan dari penelitian terkini, faktor risiko yang memengaruhi terjadinya eklamsia antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, obesitas, dan usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua. Rekomendasi yang dapat diberikan adalah peningkatan monitoring kehamilan pada ibu yang memiliki faktor risiko tersebut, agar dapat dilakukan deteksi dini dan penanganan yang tepat.

Selain itu, perlu juga adanya edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya pencegahan eklamsia melalui perubahan gaya hidup sehat dan pengelolaan faktor risiko yang ada. Dalam menganalisis lebih lanjut, telah diketahui bahwa kelompok-kelompok risiko ini tidak saja berperan dalam memicu terjadinya eklamsia, tetapi juga dapat menyebabkan komplikasi serta efek samping yang serius bagi ibu dan janin. Oleh karena itu, sangatlah penting bagi para calon ibu untuk memahami betapa pentingnya menjaga kesehatan mereka selama masa kehamilan.

Pertama-tama, faktor risiko seperti tekanan darah tinggi perlu dipantau secara ketat oleh tenaga medis dan para ahli kesehatan. Penanganan yang tepat dapat dilakukan dengan

memberikan obat-obatan hipertensi yang aman bagi ibu hamil. Namun, tidak hanya itu saja, dibutuhkan pula edukasi yang lebih luas mengenai kebutuhan gizi yang seimbang, olahraga yang teratur, serta kontrol berat badan yang tepat.

Tidak kalah pentingnya, faktor risiko diabetes menjadi perhatian serius dalam pencegahan eklamsia. Penelitian menunjukkan bahwa wanita hamil yang terkena diabetes gestasional memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami eklamsia. Oleh karena itu, pemantauan glukosa darah secara rutin dan pengaturan pola makan yang tepat sangatlah penting untuk mengendalikan kadar gula darah. Selanjutnya, obesitas juga menjadi faktor risiko yang signifikan. Wanita hamil dengan indeks massa tubuh (IMT) yang tinggi memiliki risiko lebih besar untuk mengalami komplikasi kehamilan, termasuk eklamsia. Untuk mengurangi risiko tersebut, perlu dilakukan peningkatan kesadaran akan pentingnya mengontrol berat badan sebelum dan selama masa kehamilan. Perlu konsultasi dengan dokter untuk mendapatkan saran yang tepat mengenai diet dan aktivitas fisik yang dianjurkan.

Terakhir, usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua juga dapat meningkatkan risiko terjadinya eklamsia. Wanita di bawah usia 20 tahun dan di atas usia 35 tahun memiliki kemungkinan lebih besar mengalami komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, sebelum merencanakan kehamilan, konsultasikan dengan dokter untuk mengevaluasi kesiapan fisik dan mental serta untuk mendapatkan penanganan yang sesuai. Secara keseluruhan, penting bagi masyarakat untuk memahami bahwa pencegahan eklamsia melalui perubahan gaya hidup sehat dan pengelolaan faktor risiko yang ada merupakan langkah-langkah yang tidak bisa diabaikan. Kehamilan adalah periode yang penting dan memerlukan perhatian khusus. Dengan memantau kesehatan secara rutin, meningkatkan pemahaman akan faktor risiko, serta mengikuti anjuran dan anjuran medis yang tepat, maka dapat ditekan dan dicegah kemungkinan terjadinya eklamsia.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahlia, P. , H. D. and F. A. (2024). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post-Partum Sectio Caesarea dan Pre-Eklamsia Berat (PEB). *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(3), 1329–1328.
- Amalia, F. F. (2020). Pengaruh Penggunaan Mgso4 Sebagai Terapi Pencegahan Kejang Pada Preeklampsia. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*.
- Apriliyanti, E. , P. R. and N. A. (2023). Hubungan Riwayat Preeklampsia, Pemeriksaan Antenatal, Dan Tingkat Stres Dengankejadian Pre-Eklampsia Berat Pada Ibu Hamil Di Desa Permis Tahun 2022. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1214–1224.
- Apriyana, N. (2021). Peran Magnesium Sulfat Dalam Penatalaksanaan Preeklampsia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), 9–20.
- Bardja, S. (2020). Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Berat/Eklampsia Pada Ibu Hamil. Embrio. *EMBRIO: Jurnal Kebidanan*, 12(1).
- Benny, P. A. , A. F. M. , S. R. J. , L. C. B. and G. L. X. (2020). A Review Of Omics Approaches To Study Preeclampsia. *Placenta*, 92, 17–27.
- Deka, I. T. , C. S. N. and A. S. V. (2022). Efektivitas Suplementasi Kalsium Dan Asam Folat Dalam Mencegah Pre Eklampsia: Literature Review: The Effectiveness Of Supplementation Calcium And Folic Acid On Preventing Pre Eclampsia. *Journal of Midwifery Science and Women's Health*, 3(1), 1–7.
- Dinata, F. , N. F. , S. W. G. , K. J. and F. Y. (2023). Perbedaan Rerata Usia Kehamilan dengan Munculnya Onset Preeklamsi Ringan, Berat, dan Eklamsi pada Ibu Hamil. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, 3(9), 2885–2892.
- Fatimah, F. & A. M. P. (2022). *Patologi Kehamilan: Memahami Berbagai Gangguan Dan Kelainan Kehamilan*. PT Pustaka Baru.

- Fatimah, N. I. (2021). *Procalcitonin Pada Ibu Preeklampsia= Procalcitonin Of Pregnant Women With Preeclampsia*. Universitas Hasanudin.
- Fitriana, E. and U. Y. (2022). Manajemen Anestesi pada Wanita Hamil dengan Acute Fatty Liver yang menjalani Seksio Sesarea. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 5(1).
- Hamranani, S. S. T. & A. N. S. (2023). Studi Kasus Pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea (Sc) Atas Indikasi Pre-Eklamsia Di Ruang Siti Hajar RSUD Islam Klaten. *Cohesin*.
- Handayani, R. T. , A. J. T. , W. A. and A. H. (2023). Hubungan Stres dengan Kejadian Pre-Eklampsia pada Ibu Hamil: Meta-Analisis. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(2), 611–620.
- Handayani, S. & N. (2021). Hubungan Indeks Massa Tubuh Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Rsud Trihora Salakan. *Jurnal Kebidanan*.
- Jember, I. S. S. I. B. I. K. (2019). Resiko Pemberian Mgso4 Dosis Awal Full Dose Pasien Preeklamsi Pada Tindakan Persalinan Sectio Caesaria. *MAJORY: Malang Journal of Midwifery*, 1(1).
- Lestari, L. S. I. , H. D. and A. A. D. (2024). Kadar Vitamin D dan Kejadian Preeklamsi Berat Awitan Lambat. *Jurnal Kesehatan Holistik Interdisipliner*, 8(2).
- Lisnawati, L. and R. W. R. (2020). Faktor Risiko Kejadian Pre Eklampsia Di Kota Cirebon Tahun 2019. *Jurnal Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 11(1), 147–158.
- MacDonald, T. M. , W. S. P. , H. N. J. , T. S. and T. J. (2022). Clinical Tools And Biomarkers To Predict Preeclampsia. *EBioMedicine*, 75.
- Marfuah, S. & N. N. P. (2021). Analisis Kadar Magnesium, Kalsium Dan Kalium Ibu Hamil Preeklamsi Hasil Intervensi Jemur Sinar Matahari. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*.
- Peñailillo, R. , M. L. J. , A.-G. S. , G. F. , V. V. , C. P. , D. P. , V. P. P. , N. C. , R. R. and S. M. (2022). Identification of LOC101927355 as a Novel Biomarker for Preeclampsia. *Biomedicines*, 10(6), 1253.

- Pratiwi, L. , N. H. , Dianna. P. R. S. W. , P. M. P. W. U. , and Z. A. R. (2024). *Mengenai Pre Eklamsia dan Pendidikan bagi Kader dalam Sosialisasi Dukungan Sosial bagi Ibu Hamil*. CV Jejak (Jejak Publisher).
- Putri, S. I. , Y. A. and V. E. Y. (2021). Systematic Review: Deteksi Dini Pencegahan Preeklamsia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Medika: Karya Ilmiah Kesehatan*, 6(1).
- Rakhmawati, N. and W. Y. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pre Eklamsia pada Ibu Hamil di Puskesmas Banyuwangi Surakarta. *Jurnal Kesehatan Madani Medika (JKMM)*, 12(1).
- Rizky, R. R. and H. Z. H. (2020). Sistem Pakar Menentukan Penyakit Hipertensi Pada Ibu Hamil Di RSUD Adijarmo Rangkasbitung Provinsi Banten. *Jurnal Sisfokom (Sistem Informasi Dan Komputer)*, 9(1), 30–34.
- Siantar, R. L. , R. D. , I. T. , & B. R. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Rena Cipta Mandiri.
- Sintya, R. F. M. (2020). *Perbandingan Kadar Trombosit Antara Pasien Preeklampsia Dengan Eklampsia Di Rumah Sakit Wiyung Sejahtera*. UM Surabaya.
- Suarayasa, K. (2020). *Strategi menurunkan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia*. Deepublish.
- Sukma, A. (2021). *Evaluasi Efektivitas Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Pre-eklampsia Rawat Inap Di RSUD Caruban*. STIKES Bhakti Husada Mulia.
- Thahir, A. I. A. & M. A. (2021). *Obesitas Anak dan Remaja: Faktor Risiko, Pencegahan, dan Isu Terkini*. CV. Edugizi Pratama Indonesia.
- Yuniarti, T. , R. R. , A. J. T. , M. M. , A. H. and W. A. (2023). Risiko Kejadian Pre-Eklampsia pada Ibu Hamil dengan Obesitas. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4), 1265–1274.

BAB 4

PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER

Oleh Zulfia Samiun

4.1 Definisi Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan post partum primer (PPP) merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bersalin. Perdarahan post partum primer ini merupakan salah satu komplikasi obstetri yang paling serius dan dapat mengancam nyawa ibu. Perdarahan ini sering kali disebabkan oleh atonia uteri, yaitu kondisi di mana rahim tidak berkontraksi dengan baik setelah melahirkan. Selain itu, robekan jalan lahir, sisa plasenta yang tertinggal, dan gangguan koagulasi juga bisa menjadi penyebabnya ('Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage.', 2017).

4.2 Epidemiologi

Prevalensi perdarahan post partum primer terjadi sekitar 2-4% dari semua persalinan. Di negara-negara berkembang, angka ini bisa lebih tinggi, mencapai 5-10% karena akses yang terbatas ke perawatan kesehatan yang memadai. Perdarahan post partum primer merupakan penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia. WHO melaporkan bahwa PPP menyebabkan sekitar 25% dari semua kematian ibu di seluruh dunia. Sekitar 287.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan melahirkan pada tahun 2020. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% dari semua kematian ibu adalah karena perdarahan (postpartum), infeksi (postpartum), preeklamsia/eklamsia, komplikasi persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2023).

Angka kejadian perdarahan post partum primer lebih tinggi pada negara-negara berkembang dibandingkan dengan negara-negara maju, yang sebagian besar disebabkan oleh perbedaan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan ibu. Di Afrika Sub-

Sahara dan Asia Selatan, angka kematian ibu akibat perdarahan post partum primer masih sangat tinggi (WHO, 2023).

4.3 Etiologi

Perdarahan postpartum primer (PPP) merupakan perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan dan merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu. Klasifikasinya berdasarkan penyebab utama dikenal dengan "4T": Tone (atonia uteri), Trauma, Tissue (retensio plasenta), dan Thrombin (gangguan koagulasi) (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., & Hoffman, 2018).

4.2.1 Tone (Atonia Uteri)

Atonia uteri adalah kegagalan rahim untuk berkontraksi dan mengerut setelah melahirkan. Atonia uteri merupakan penyebab paling umum. Yang termasuk faktor risiko atonia uteri yaitu persalinan yang lama, penggunaan obat-obatan oksitosin yang berlebihan atau tidak tepat, *polihidramnion* (volume cairan ketuban berlebih), kehamilan ganda, riwayat atonia uteri pada persalinan sebelumnya, *overdistensi* uterus (rahim terlalu meregang), dan mioma uteri. Rahim yang tidak berkontraksi dengan baik setelah melahirkan tidak mampu menekan pembuluh darah di tempat implantasi plasenta, sehingga menyebabkan perdarahan.

4.2.2 Trauma

Trauma merupakan luka atau robekan pada jalan lahir atau organ reproduksi selama proses persalinan, seperti robekan perineum, serviks, serta vagina. Adapun yang termasuk faktor risiko terjadinya trauma yaitu karena penggunaan alat bantu persalinan (forceps atau vakum), episiotomi, dan persalinan sangat cepat atau sangat lama. Cedera pada jaringan lunak menyebabkan perdarahan langsung dari tempat robekan.

4.2.3 Tissue (Retensio Plasenta)

Tissue (retensio plasenta) terjadi akibat bagian dari plasenta atau mebran masih tertinggal di dalam rahim. Hal ini dapat menghambat kontraksi uterus (rahim) sehingga menyebabkan

perdarahan. Adapun faktor risiko terjadinya retensio plasenta yaitu akibat kelainan plasenta (plasenta akreta/plasenta tumbuh terlalu dalam di dinding rahim, plasenta previa/plasenta berada di segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir), riwayat kelahiran sebelumnya dengan retensio plasenta, kelahiran prematur, serta *manual removal of the plasenta*. Jaringan plasenta yang tertinggal menghambat kontraksi rahim dan menyebabkan perdarahan terus-menerus.

4.2.4 Thrombin (Gangguan Koagulasi)

Thrombin (gangguan koagulasi) merupakan kondisi yang mempengaruhi kemampuan darah untuk membeku. Yang termasuk faktor risiko terjadinya thrombin yaitu preeklamsia/eklamsia, solusio plasenta, infeksi, koagulopati (gangguan pembekuan darah) yang sudah ada sebelumnya seperti hemofilia atau *Von Willebrand disease*, *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC), serta infeksi serius (sepsis).

4.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perdarahan postpartum primer (PPP) sebaiknya diidentifikasi dengan cepat untuk memastikan penanganan yang tepat dan mengurangi risiko komplikasi yang serius. Adapun tanda dan gejala perdarahan postpartum primer yaitu (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., & Hoffman, 2018):

1. Perdarahan berlebihan
Gejala utama perdarahan yang berlebihan yaitu perdarahan vagina yang berlebihan setelah melahirkan (lebih dari 500 ml setelah persalinan normal atau lebih dari 1000 ml setelah persalinan sesar).
2. Hipotensi (tekanan darah rendah)
Gejala yang dirasakan yaitu pusing, lemah, dan bahkan hingga pingsan. Tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg.
3. Takikardia (detak jantung cepat)
Gejala yang dirasakan yaitu palpitasi, dan perasaan berdebar-debar. Detak jantung lebih dari 100 kali per menit.

4. Pucat dan keringat dingin
Gejala yang terlihat yaitu kulit pucat, merasa dingin dan lembab. Warna kulit yang memucat, terutama pada bibir, kuku, dan kulit wajah.
5. Penurunan *output* urin
Gejala yang terlihat yaitu berkurangnya jumlah urin yang keluar. Volume urin yang sangat sedikit (*oliguria*) atau tidak ada urin (*anuria*).
6. Pembesaran uterus
Gejala yang dirasakan yaitu rasa sakit atau nyeri di perut bagian bawah. Uterus terasa lebih besar dan lembek saat dilakukan palpasi, serta uterus tidak berkontraksi dengan baik.
7. Rasa nyeri atau ketidaknyamanan pada area genital
Nyeri yang hebat terasa di area perineum, vagina, atau rahim, ditandai dengan adanya hematoma atau robekan pada jalan lahir.

4.5 Manajemen dan Penanganan

Manajemen dan penanganan perdarahan postpartum primer (PPP) membutuhkan pendekatan yang cepat dan sistematis untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu. Langkah-langkah ini mencakup penilaian awal, stabilisasi, intervensi medis, dan intervensi bedah apabila diperlukan ('Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage.', 2017).

1. Penilaian awal dan stabilisasi
 - a. Penilaian cepat dapat dilakukan dengan evaluasi segera jumlah perdarahan, tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan/respirasi), dan kondisi umum ibu.
 - b. Resusitasi cairan dapat dilakukan dengan pemberian cairan intravena (IV) kristaloid atau koloid untuk mengatasi hipovolemia dan mempertahankan tekanan darah.
 - c. Transfusi darah dapat dilakukan segera untuk menggantikan volume darah yang hilang.

- d. Pemeriksaan fisik dapat berupa evaluasi rahim untuk memastikan kontraksi yang memadai, serta mencari tanda-tanda trauma pada jalan lahir.
- 2. Manajemen medis
 - a. Uterotonik
 - 1) Oksitosin
Pemberian oksitosin IV (intravena) atau IM (intramuscular) untuk merangsang kontraksi rahim.
 - 2) Metilergonovin
Apabila oksitosin tidak efektif, metilergonovin IM dapat digunakan, kecuali jika ada kontraindikasi seperti hipertensi.
 - 3) Prostaglandin
Misoprostol (rectal atau oral) atau carboprost (IM) dapat digunakan sebagai alternatif atau tambahan.
 - b. Asam traneksamat, diberikan IV untuk mengurangi perdarahan melalui mekanisme antifibrinolitik.
- 3. Manajemen mekanis
 - a. Masase uterus
Masase uterus dilakukan dengan memijat rahim secara manual yang bertujuan untuk merangsang kontraksi dan mengurangi perdarahan.
 - b. Kompresi bimanual
Kompresi bimanual dilakukan dengan menekan rahim dari dalam dan luar dengan tujuan menghentikan perdarahan.
 - c. Tamponade uterus
Tamponade uterus dengan menggunakan balon tamponade (misalnya, *bakri balloon*) di dalam rahim untuk menghentikan perdarahan.
- 4. Manajemen bedah
 - a. Evakuasi plasenta
Evakuasi plasenta melalui pengangkatan manual bagian plasenta yang tertinggal apabila terjadi retensi plasenta.
 - b. Perbaikan trauma
Perbaikan trauma dilakukan dengan penjahitan robekan pada perineum, vagina, atau serviks.

- c. Prosedur bedah lanjutan
Apabila perdarahan tidak dapat dikendalikan dengan metode di atas, prosedur seperti ligasi arteri uterina, embolisasi arteri uterina, atau histerektomi diperlukan sebagai pilihan terakhir.
- 5. Perawatan lanjutan
 - a. Pemantauan ketat
Pemantauan ketat yang berkelanjutan terhadap tanda vital, jumlah perdarahan, dan kondisi umum ibu.
 - b. Dukungan emosional
Memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarganya setelah mengalami perdarahan postpartum yang berat.

4.6 Pencegahan

Pencegahan perdarahan postpartum primer (PPP) merupakan aspek penting dalam pengelolaan kesehatan ibu selama dan setelah persalinan. Langkah-langkah pencegahan melibatkan intervensi antepartum (sebelum melahirkan), intrapartum (selama persalinan), dan postpartum (setelah melahirkan).

1. Pencegahan antepartum
 - a. Identifikasi risiko dengan mengenali faktor risiko seperti riwayat PPP, mioma uteri, kehamilan ganda, polihidramnion, dan anemia selama kehamilan.
 - b. Pengelolaan anemia selama kehamilan dengan suplementasi zat besi dan asam folat.
 - c. Pemeriksaan antenatal rutin untuk mendeteksi dan mengelola kondisi yang dapat meningkatkan risiko PPP.
2. Pencegahan intrapartum
 - a. Manajemen aktif kala III
 - 1) Pemberian uterotonik
Pemberian oksitosin segera setelah kelahiran bahu anterior bayi atau setelah bayi lahir sepenuhnya.
 - 2) Traksi terkendali pada tali pusat
Menarik tali pusat dengan lembut saat kontraksi uterus untuk membantu pelepasan plasenta dari dalam rahim.

- 3) Masase uterus
Memijat uterus setelah plasenta lahir untuk merangsang kontraksi dan mengurangi terjadinya perdarahan.
- b. Pengelolaan persalinan yang baik untuk menghindari persalinan yang terlalu cepat atau terlalu lambat, dan penggunaan alat bantu persalinan dengan hati-hati.
- c. Episiotomi selektif dilakukan hanya jika benar-benar diperlukan untuk mengurangi risiko trauma perineum.
3. Pencegahan postpartum
 - a. Pemantauan ketat
Pemanantauan ketat dapat dilakukan dengan mengawasi tanda vital ibu dan jumlah perdarahan selama dua jam pertama setelah melahirkan.
 - b. Penggunaan uterotonik tambahan
Pemberian dosis tambahan uterotonik jika ada tanda-tanda atonia uteri.
 - c. Pemeriksaan plasenta
Setelah plasenta keluar, pastikan plasenta keluar seluruhnya dan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam rahim.
 - d. Edukasi ibu
Edukasi ibu dapat dilakukan dengan memberikan informasi mengenai tanda-tanda perdarahan postpartum dan kapan harus segera mencari bantuan medis.

4.7 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat perdarahan post partum primer yaitu:

1. Syok hemoragik
Kehilangan darah yang signifikan dapat menyebabkan syok, yang ditandai dengan penurunan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, dan penurunan aliran darah ke organ vital (Morgan and Arulkumaran, 2011). Proses terjadinya syok hemoragik pada perdarahan postpartum disebabkan oleh (Montufar-Rueda *et al.*, 2013):

- a. Kehilangan volume darah
Perdarahan postpartum masif dapat terjadi karena atonia uteri (ketidakmampuan uterus untuk berkontraksi dengan baik), retensi fragmen plasenta, trauma pada jalan lahir, atau gangguan koagulasi. Kehilangan darah yang cepat dan banyak (>500 mL setelah persalinan per vaginam atau >1000 mL setelah persalinan sesar) mengurangi volume darah yang bersirkulasi.
- b. Respon kompensasi
Respon kompensasi berupa peningkatan denyut jantung (takikardia) untuk mempertahankan output jantung dan perfusi jaringan, jantung mulai berdetak lebih cepat. Vasokonstriksi terlihat saat pembuluh darah perifer menyempit untuk mengarahkan darah ke organ vital seperti otak, jantung, dan ginjal. Mobilisasi cadangan darah dimana tubuh mencoba mengkompensasi dengan melepaskan cadangan darah dari hati dan pembuluh darah kapasitansi.
- c. Penurunan tekanan darah
Ketika kehilangan darah terus berlanjut, mekanisme kompensasi tidak lagi mampu mempertahankan tekanan darah. Hal ini menyebabkan hipotensi (penurunan tekanan darah). Penurunan aliran darah ke organ vital menyebabkan hipoperfusi dan hipoksia jaringan.
- d. Hipoksia jaringan dan asidosis
Kurangnya oksigen ke jaringan menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen), yang berujung pada produksi asam laktat dan menyebabkan asidosis metabolik. Asidosis memperburuk kontraktilitas miokard dan memperparah hipotensi.
- e. Disfungsi organ
Hipoperfusi yang berkelanjutan menyebabkan kerusakan dan disfungsi organ-organ vital seperti ginjal (gagal ginjal akut), hati, jantung, dan otak. Kurangnya perfusi juga dapat menyebabkan koagulasi

intravaskular diseminata (DIC), yang memperburuk perdarahan dan merusak lebih lanjut kemampuan tubuh untuk mengontrol perdarahan.

f. Kematian

Tanpa intervensi medis yang cepat dan adekuat, syok hemoragik dapat berujung pada kegagalan organ multiple dan kematian.

2. Disfungsi organ

Kekurangan aliran darah dan oksigen ke organ-organ penting seperti ginjal, hati, dan otak dapat menyebabkan kerusakan organ yang serius dan permanen.

3. Koagulasi intravaskular diseminata (DIC)

Kehilangan darah yang masif dapat memicu koagulasi intravaskular diseminata, yaitu kondisi di mana pembekuan darah terjadi secara luas di dalam pembuluh darah, menghabiskan faktor pembekuan dan menyebabkan perdarahan yang lebih lanjut (Levi and Scully, 2018).

Pada perdarahan postpartum, proses terjadinya DIC melibatkan beberapa tahap berikut:

a. Aktivasi koagulasi

Kehilangan darah yang cepat dan signifikan dapat memicu aktivasi sistem koagulasi sebagai respons terhadap trauma vaskular dan jaringan. Faktor pemicu DIC yaitu karena trauma jaringan, infeksi (sepsis), atau retensi produk konsepsi (seperti plasenta) dapat melepaskan faktor jaringan (tissue factor) yang mengaktifkan jalur koagulasi ekstrinsik.

b. Pembentukan mikrotrombus

Aktivasi koagulasi yang berlebihan menyebabkan pembentukan trombus (gumpalan darah) kecil di seluruh pembuluh darah, yang disebut mikrotrombus. Pembentukan mikrotrombus mengonsumsi faktor koagulasi dan trombosit dalam jumlah yang besar dapat mengurangi ketersediaan faktor-faktor ini untuk koagulasi normal.

c. Konsumsi dan kehabisan faktor koagulasi

Karena faktor-faktor koagulasi dan trombosit terus digunakan untuk membentuk mikrotrombus, tubuh kehabisan persediaan faktor-faktor ini. Kehilangan faktor-faktor koagulasi yang penting menyebabkan koagulopati konsumtif, di mana darah tidak dapat lagi membeku dengan baik.

d. Fibrinolisis sekunder

Tubuh mencoba melarutkan trombus melalui proses fibrinolisis, di mana enzim seperti plasmin memecah fibrin dalam trombus. Fibrinolisis menghasilkan produk degradasi fibrin yang dapat mengganggu pembekuan darah lebih lanjut.

e. Perdarahan yang tidak terkendali

Perdarahan yang tidak terkendali seperti perdarahan difus terjadi karena kekurangan faktor koagulasi, tubuh tidak mampu membentuk bekuan darah yang stabil, yang menyebabkan perdarahan yang tidak terkendali, termasuk perdarahan dari tempat luka bedah, saluran pencernaan, dan kulit. Mikrotrombus dan perdarahan yang meluas dapat menyebabkan disfungsi dan kerusakan organ multiple, seperti ginjal, hati, paru-paru, dan otak.

4. Anemia

Kehilangan darah yang signifikan dapat menyebabkan anemia, yang mempengaruhi kemampuan tubuh untuk mengangkut oksigen ke jaringan.

5. Infeksi

Wanita yang mengalami PPP berisiko lebih tinggi terkena infeksi, baik di lokasi perdarahan maupun sistemik, karena kehilangan darah dan intervensi medis yang diperlukan untuk mengendalikan perdarahan.

6. Gangguan emosional dan psikologis

Perdarahan postpartum yang berat dapat menyebabkan stres emosional yang signifikan, kecemasan, dan depresi postpartum.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., & Hoffman, B.L. (2018) *Williams Obstetrics (25th ed.)*.
- Levi, M. and Scully, M. (2018) 'How I treat disseminated intravascular coagulation.', *Blood*, 131(8), pp. 845–854. Available at: <https://doi.org/10.1182/blood-2017-10-804096>.
- Montufar-Rueda, C. *et al.* (2013) 'Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study.', *Journal of pregnancy*, 2013, p. 525914. Available at: <https://doi.org/10.1155/2013/525914>.
- Morgan, K. and Arulkumaran, S. (2011) 'Antepartum haemorrhage', *Current Obstetrics and Gynaecology*, 13(2), pp. 81–87. Available at: <https://doi.org/10.1054/cuog.2002.0314>.
- 'Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage.' (2017) *Obstetrics and gynecology*, 130(4), pp. e168–e186. Available at: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>.
- WHO (2023) *Maternal Mortality*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

BAB 5

DISTOCIA BAHU

Oleh Renny Sinaga

5.1 Pendahuluan

Distosia bahu pertama merupakan komplikasi obstetri dari persalinan pervaginam sefalik, pertama kali dijelaskan pada tahun 1730, dimana bahu janin tidak lahir setelah kepala keluar dari introitus vagina sehingga menghambat kelahiran lebih lanjut. Distosia bahu merupakan kondisi dimana tubuh bayi tidak lahir segera setelah kepala karena terjadi impaksi bahu bayi terhadap inlet pelvis ibu (1). Meskipun distosia bahu merupakan kejadian yang relatif jarang namun memiliki potensi risiko tinggi sehingga memerlukan perhatian khusus. Angka kejadian distosia bahu menurut American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) adalah 0,6-1,4%. Namun, kejadian ini bervariasi dari 1 dari 750 kelahiran hingga 1 dari 15 kelahiran. Tingkat kejadian distosia bahu adalah sekitar 0,6 hingga 1,4% dari semua persalinan pervaginam. 1-2 per 1000 kelahiran, dengan 16 per 1000 dengan berat lebih dari 4000 gram (2). Penelitian di sejumlah rumah sakit pusat di Tiongkok menunjukkan bahwa tingkat insidensi distosia bahu mencapai 0.260 (116 kasus dari 44.580 persalinan normal (1). Angka kejadian distosia bahu di Indonesia adalah 1–2 per 1000 kelahiran, di mana pada persalinan dengan bayi >4.000 gram mencapai 16 per 1000 kelahiran. Pemahaman mengenai anatomi, fisiologi dan mekanisme persalinan menjadi dasar yang dikuasai guna meningkatkan kesiapan dalam menghadapi kondisi ini. Selain itu pendekatan komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga juga diperlukan untuk memberikan informasi yang jelas mengenai risiko dan prosedur penanganan yang akan dilakukan. Secara keseluruhan, distosia bahu menuntut keterampilan klinis yang tinggi dan kesiapan mental dari tenaga kesehatan. Pengembangan protokol dan pelatihan yang berkelanjutan dapat membantu meningkatkan kualitas penanganan dan mengurangi risiko

komplikasi, sehingga memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu dan bayi.

5.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Distosia bahu adalah kondisi medis darurat yang terjadi saat persalinan di mana bahu janin terjebak setelah kepala bayi lahir. Ini bisa menyebabkan komplikasi serius bagi ibu dan bayi jika tidak segera ditangani. Berikut adalah penjelasan lengkap mengenai penyebab distosia bahu:

1. Faktor ibu

a. Diabetes gestasional

Dibandingkan dengan wanita non-diabetes, pasien diabetes memiliki berat badan sebelum hamil yang secara signifikan lebih tinggi ($83,4 \pm 23,8$ kg vs. $62,5 \pm 10,9$ kg, $p=0,002$), BMI sebelum hamil yang lebih tinggi ($30,2 \pm 6,8$ kg/m² vs. $22,9 \pm 4,3$ kg/m², $p=0,0003$), dan kenaikan berat badan gestasional yang lebih rendah ($11,4 \pm 6,2$ kg vs. $16,0 \pm 4,7$ kg, $p=0,01$). Wanita diabetes dengan distosia bahu lebih mungkin melahirkan sebelum minggu ke-38 kehamilan selesai ($30,8\%$ vs. $5,7\%$, $p=0,02$) dan memiliki insiden robekan perineum tahap 1 dan 2 yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok non-diabetes ($23,1\%$ vs. 0% , $p=0,02$). Ada dua kasus dehiscence simfisis pubis pada wanita non-diabetes. Anak-anak dari ibu penderita diabetes memiliki berat lahir yang secara signifikan lebih tinggi ($4.425,4 \pm 561,6$ g vs. $4.006,9 \pm 452,8$ g, $p=0,03$). Anak-anak dari ibu penderita diabetes dengan distosia memiliki risiko cedera peripartum yang secara signifikan lebih tinggi ($92,3\%$ vs. $45,7\%$). Perbedaan yang signifikan diamati dalam persentase kelumpuhan plexus brakialis ($61,5\%$ vs. $17,1\%$). Anak-anak dari wanita penderita diabetes yang mengalami distosia bahu lebih sering terkena kelumpuhan plexus brakialis Erb dan gangguan pernapasan. Anak-anak ini memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk memiliki berat lahir di atas persentil ke-90 (tidak harus mencapai

4.000 g) dibandingkan dengan anak-anak yang lahir dari ibu non-diabetes. **Kesimpulan:** Distosia bahu pada wanita penderita diabetes melitus selama kehamilan dikaitkan dengan usia gestasi awal persalinan, dan wanita ini lebih sering mengalami kelebihan berat badan. Bayi baru lahir dari ibu penderita diabetes setelah distosia bahu tampak memiliki risiko morbiditas perinatal yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi baru lahir dari ibu non-diabetes yang mengalami komplikasi ini (6).

b. Obesitas

Ibu yang mengalami obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami dystocia bahu karena kemungkinan melahirkan bayi lebih besar.

c. Riwayat Distosia Bahu

Sekitar 12% dari ibu bersalin dengan riwayat distosia bahu mengalami distosia berulang pada kehamilan berikutnya, risikonya sekitar 1 dari 8. Cedera pleksus brakialis terjadi pada 19/1000 kelahiran normal selama episode pertama distosia bahu, dan pada 45/1000 kelahiran normal setelah distosia berulang (7). Jika ibu pernah mengalami dystocia bahu pada persalinan sebelumnya, risiko mengalaminya akan meningkat.

d. Pelvis Sempit.

Struktur pelvis yang sempit bias menyebabkan kesulitan saat bayi melewati jalan lahir, meningkatkan risiko dystocia bahu.

2. Faktor bayi

- a. Makrosomia. Bayi yang besar (berat lahir lebih dari 4.000 gram) lebih mungkin mengalami distocai bahu karena ukuran bahu yang jauh lebih besa,
- b. Post term Pregnancy, kehamilan lebih dari 40 minggu berisiko menyebabkan bayi menjadi lebih besar dari ukuran rata-rata, meningkatkan risiko dystocia bahu.

3. Faktor persalinan

- a. Persalinan lama, persalinan yang berlangsung lama atau macet (*prolonged labor*) dapat menyebabkan peningkatan risiko dystocia bahu.
- b. Penggunaan alat bantu persalinan seperti forceps atau vakum ekstraksi dapat meningkatkan risiko dystocia bahu jika bayi besar dan alat tidak digunakan dengan benar.
- c. Induksi persalinan, pada kondisi dimana bayi besar atau pelvis tidak cukup luas dapat meningkatkan risiko dystocia bahu
- d. Persalinan cepat (*precipitous labor*) dapat menyebabkan kurangnya waktu bagi bayi untuk menyesuaikan posisi, sehingga meningkatkan risiko dystocia bahu.
- d. Faktor lain
 - 1) Presentasi bayi, posisi dan presentasi bayi saat masuk kejalan lahir dapat mempengaruhi risiko dystocia bahu, misalnya posisi posterior atau transversal bisa meningkatkan risiko
 - 2) Anomali janin, Kelainan atau anomaly janin seperti Hidrosefalus (pembesaran Kepala Janin) atau tumor dapat mempersulit persalinan dan meningkatkan risiko dystocia bahu.

5.3 Diagnosis dan Deteksi dini

1. Tanda dan gejala

- a. Gagal maju: Bila persalinan terhenti, entah karena serviks tidak melebar atau bayi tidak bergerak melalui jalan lahir, ini bisa berarti bayi terlalu besar dan bisa tersangkut saat melahirkan.
- b. Siku janin: Jika hanya satu lengan bayi yang lahir sementara yang lain tetap terperangkap, ini dapat mengindikasikan distosia bahu.
- c. Meningkatnya upaya keibuan: Ketika ibu mungkin perlu mengejan dalam waktu yang lebih lama, namun

kemajuan dalam penurunan bayi hanya sedikit atau tidak ada sama sekali.

- d. Tidak ada rotasi eksternal: Biasanya, setelah kepala bayi lahir, kepala akan berputar ke samping. Dalam kasus distosia bahu, rotasi ini mungkin tidak terjadi.
- e. Penurunan yang tertunda: Ketika bayi turun lebih lambat dari biasanya selama tahap kedua persalinan, ini bisa menjadi salah satu tanda peringatan distosia bahu.
- f. Tanda kura-kura: Setelah kepala bayi keluar, kepala bayi akan tertarik kembali ke perineum ibu (area antara vagina dan anus), menyerupai kura-kura yang menarik kepalanya ke dalam cangkangnya. Ini adalah salah satu gejala distosia bahu yang paling pasti.
- g. Bahu janin yang terlihat: Dalam beberapa kasus, bahu bayi dapat dilihat atau dirasakan berada di belakang tulang kemaluan ibu (8).

2. Prosedur diagnostic selama persalinan

Dystocia bahu adalah keadaan darurat kebidanan yang tidak dapat diprediksi dan banyak manuver yang telah diusulkan untuk penanganannya. Kunci keberhasilan penatalaksanaan adalah antisipasi dan persiapan yang tepat. Untuk alasan ini, dokter kandungan dan bidan harus dapat melakukan semua manuver kebidana dan secepat yang diperlukan untuk mencegah konsekuensi yang berpotensi serius. Diperlukan tim yang berpengalaman dalam situasi ini, disisi lain manuver harus dilakukan tanpa kehilangan waktu karena setiap menit sangat penting untuk menghindari komplikasi yang parah atau kematian janin (9).

a. Prognosis

Prognosis distosia bahu ditentukan oleh komplikasi yang timbul pada ibu maupun pada bayi. Komplikasi terberat yang bisa terjadi adalah kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca melahirkan, akibat laserasi jalan lahir maupun perburukan kontraksi uterus. Sementara, kematian bayi umumnya

disebabkan oleh hipoksia hingga asfiksia berat akibat persalinan yang terlalu lama (10).

5.4 Manajemen dan Penanganan

Hal-hal yang perlu diingat dalam manajemen dystocia bahu:

1. Dystocia bahu adalah kejadian yang sebagian besar tidak terprediksi dan tidak dapat dicegah
2. Faktor risiko utama dystocia bahu adalah makrosomia janin, diabetes Melitus, distosia pada periode persalinan, dan persalinan pervaginam melalui operasi.
3. Pemeriksaan Klinis dan pelvimetri tidak membantu dalam mengidentifikasi wanita yang berisiko dystocia bahu
4. Diagnosis dan tingkat keparahan distocai bahu bersifat subyektif. Kegagalan manuver kepala bahu dan tanda kurakura adalah kriteria diagnostic utama. Perlunya beberapa manuver persalinan dan terjadinya cedera maternal dan neonatal merupakan bukti yang lebih baik mengenai tingkat keparahan kasus.
5. Para profesional yang terlibat dalam perawatan persalinan harus siap dalam mengenali dystocia bahu dan segera melakukan serangkaian manuver untuk mengatasinya
6. Pengendalian berat badan dan kadar glukosa darah adalah salah satu upaya untuk mengurangi risiko dystocia bahu
7. Komplikasi serius yang paling umum terjadi pada ibu adalah perdarahan pasca persalinan dan laserasi perineum. Dan pada neonatal adalah palsy pleksus brakhialis sementara.

Rekomendasi

1. Pada kehamilan dengan diabetes dan perkiraan berat janin di atas 4.500 gram (g) dan pada kehamilan tanpa diabetes dan perkiraan berat janin di atas 5.000 g, operasi caesar tampaknya dapat mencegah distosia bahu.
2. Pada perpanjangan persalinan kala dua pada wanita partus diabetes dengan perkiraan berat janin antara 4.000 dan 4.500 g, dan pada wanita non-diabetes dengan perkiraan berat janin antara 4.500 dan 5.000 g, bedah sesar untuk pencegahan distosia bahu juga dapat dilakukan.

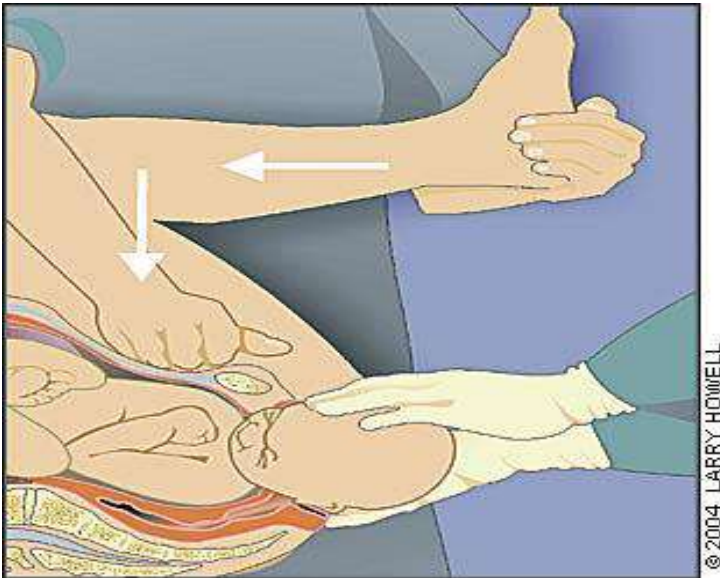
3. Pada periode panggul yang berkepanjangan pada janin dengan perkiraan berat badan lebih dari 4.500 g, bedah sesar intrapartum untuk mencegah distosia bahu lebih baik daripada persalinan pervaginam operatif rendah atau persalinan dengan tang. Demikian pula, persalinan pervaginam operatif dengan kepala janin di pertengahan panggul harus dihindari pada janin yang diperkirakan memiliki berat badan lebih dari 4.000 g, dan operasi sesar intrapartum diindikasikan. Dalam situasi ini, instruksi kelahiran hanya boleh dipertimbangkan di hadapan operator yang berpengalaman, melalui penilaian individual terhadap posisi dan ukuran janin, riwayat persalinan sebelumnya, dan kebiasaan ibu.
4. Induksi persalinan untuk mencegah distosia bahu diindikasikan pada wanita hamil dengan diabetes gestasional pada usia kehamilan 39 minggu dan perkiraan berat janin antara 4.000 dan 4.500 g. Pada wanita hamil tanpa diabetes, induksi juga dapat dilakukan pada usia kehamilan 39 minggu ketika perkiraan berat janin antara 4.000 dan 5.000 g, tetapi manajemen kehamilan juga merupakan alternatif yang masuk akal.
5. Urutan manuver yang dapat bervariasi sesuai dengan posisi ibu bersalin harus dilakukan dalam penanganan distosia bahu. Manuver spesifik pertama yang disarankan ketika berada dalam posisi litotomi adalah manuver McRoberts, yang dapat dikaitkan dengan tekanan suprapubik eksternal (manuver Rubin I). (10).

Penanganan

1. Manuver Mc.Robert

Putar kaki ke luar sambil melenturkan paha untuk membawa lutut sedekat mungkin ke dada (abduksi). Episiotomi cukup luas. Bahu posterior dapat melewati tanjung dan masuk ke panggul dengan lebih mudah ketika episiotomi dan postur McRobert digabungkan (11). Langkah pertama dalam manuver Mc.Roberts adalah menilai panggul dan posisi bayi untuk memastikan distosia bahu. Bidan

menekuk paha anda dengan erat kearah perut sambil secara bersamaan menggeser pinggul menjauh dari tubuh (abduksi Pinggul). Posisi ini membantu menggerakkan simpifisis pubis hingga sekitar 2cm. Posisi ini membantu meratakan dan memperlebar sacrum. Bahu bayi dapat bergeser dari kedepan lalu keluar dari bawah panggul. Hal ini dapat lebih efektif jika dilakukan selama kontraksi disertai tekanan suprapubic.



Gambar 5.1. Mc. Robert

2. Manuver Zavanelli Penggantian kepala diikuti dengan persalinan sesar; melibatkan memutar kepala janin ke oksiput langsung posisi anterior, kemudian melakukan fleksi dan mendorong verteks kembali ke jalan lahir, sambil menahan tekanan terus menerus ke atas hingga persalinan sesar selesai. Tokolisis mungkin merupakan tambahan yang berguna untuk prosedur ini, meskipun belum terbukti meningkatkan keberhasilan pada kasus yang tidak menggunakan prosedur ini. Tim operasi, ahli anestesi, dan dokter yang mampu melakukan persalinan sesar harus hadir, dan manuver ini tidak boleh dilakukan jika tali pusat

sebelumnya telah dijepit dan dipotong. Anestesi umum Relaksasi muskuloskeletal atau uterus dengan halotan (*Fluothane*) atau anestesi umum lainnya dapat menyebabkannya tentang relaksasi uterus yang cukup untuk mempengaruhi persalinan. Nitrogliserin oral atau intravena dapat digunakan sebagai alternatif anestesi umum. Operasi perut dengan histerotomi Anestesi umum diinduksi dan sayatan sesar dilakukan, setelah itu ahli bedah memutar bayi secara transabdominal melalui sayatan histerotomi, sehingga bahu dapat berputar, seperti manuver pembuka botol Woods. Ekstraksi vagina kemudian dilakukan oleh dokter lain.²⁹ Simfisiotomi Pembagian tulang rawan fibrosa simfisis pubis yang disengaja dengan anestesi lokal telah digunakan lebih luas di negara-negara berkembang dibandingkan di Amerika Utara. Ini harus digunakan hanya ketika semua manuver lain telah gagal dan kemampuan untuk melakukan persalinan sesar tidak tersedia.

3. **TEKANAN (SUPRAPUBIK)** Jika tidak berhasil, tambahkan manuver pembuka botol Woods dan lanjutkan putaran ke arah yang sama. Gunakan kedua tangan dan berikan tekanan sesuai indikasi. Jika bahu sekarang bergerak ke posisi miring, cobalah melakukan delivery. Jika ini tidak berhasil, lanjutkan putaran 180 derajat dan kirim. Saat memberikan tekanan suprapubik, tangan asisten harus diletakkan di atas perut ibu di atas bahu anterior janin, memberikan tekanan dalam siklus kompresi/relaksasi yang serupa dengan resusitasi jantung paru, sehingga bahu akan adduksi dan lewat di bawah simfisis. Tekanan harus dilakukan dari sisi ibu, dengan tumit tangan asisten bergerak ke bawah dan ke samping pada aspek posterior bahu janin yang terimpaksi. Awalnya, tekanan dapat terus menerus, namun jika persalinan tidak tercapai, dianjurkan gerakan mengayun untuk mengeluarkan bahu dari belakang simfisis pubis. Tekanan fundus tidak pernah tepat dan hanya memperburuk impaksi, sehingga berpotensi melukai janin atau ibu.

4. ENTER (MANUEVER ROTASI INTERNAL) Manuver rotasi episiotomi untuk mendapatkan ruang posterior vagina untuk tangan dokter. Manuver Rubin II terdiri dari memasukkan jari-jari satu tangan ke dalam vagina di belakang aspek posterior bahu anterior janin dan memutar bahu ke arah dada janin. Gerakan ini akan menambah korset bahu janin sehingga mengurangi diameternya. Rubin II Pada pemeriksaan vagina berikan tekanan sesuai indikasi. Jika bahu bergerak ke diameter miring, cobalah melakukan delivery. Manuver pembuka botol Rubin II + Woods Jika tidak berhasil, tambahkan manuver pembuka botol Woods dan lanjutkan putaran ke arah yang sama. Gunakan kedua tangan dan berikan tekanan sesuai indikasi. Jika bahu sekarang bergerak ke posisi miring, cobalah melakukan delivery. Jika ini tidak berhasil, lanjutkan putaran 180 derajat dan kirim. Manuver pembuka botol Woods terbalik Jika manuver terakhir tidak berhasil, ubah ke manuver pembuka botol Woods yang terbalik. Geser jari ke bawah ke belakang bahu posterior dan coba rotasi 180 derajat ke arah yang berlawanan.
5. PENGHAPUSAN LENGAN POSTERIOR Pengangkatan lengan posterior melibatkan penempatan tangan dokter di dalam vagina dan menemukan lokasi lengan janin, yang kadang-kadang dipindahkan ke belakang janin dan harus didorong ke anterior. Tangan, pergelangan tangan, dan lengan bawah dokter mungkin perlu dimasukkan ke dalam vagina, sehingga memerlukan episiotomi atau ekstensi. Siku janin kemudian difleksikan, dan lengan bawah dilahirkan dengan gerakan menyapu melewati dinding dada anterior janin. Lengan atas jangan sekali-kali digenggam dan ditarik secara langsung, karena langkah ini dapat mengakibatkan patah tulang humerus. Tangan posterior, diikuti lengan dan bahu, akan direduksi, sehingga memudahkan persalinan bayi. Seringkali, janin secara spontan berputar seperti pembuka botol saat lengannya dilepas. Bahu anterior kemudian akan jatuh ke bawah simfisis dan melahirkan.

6. **GULiNGKAN PASIEN** Menggulingkan pasien dengan tangan dan lutut, yang dikenal sebagai gerakan merangkak atau manuver Gaskin, adalah teknik yang aman, cepat, dan efektif untuk mengurangi distosia bahu.³² [Bukti SOR level B, studi kohort] Studi radiografi menunjukkan bahwa diameter panggul meningkat ketika wanita bersalin berganti posisi dari posisi telentang.³³ Konjugat obstetri sebenarnya meningkat sebanyak 10 mm, dan pengukuran sagital saluran keluar panggul meningkat hingga 20 mm. Setelah pasien direposisi, dokter memberikan traksi perlahan ke bawah untuk melahirkan bahu posterior dengan bantuan gravitasi. Posisi merangkak cocok dengan semua manipulasi intravaginal untuk distosia bahu, yang kemudian dapat dicoba kembali pada posisi baru ini. Posisi merangkak mungkin membingungkan dokter yang tidak terbiasa menangani persalinan dengan posisi ini. Melakukan beberapa persalinan “normal” dalam posisi ini sebelum menghadapi kasus distosia bahu dapat mempersiapkan dokter untuk menghadapi situasi yang lebih darurat.

5.5 komplikasi dystocia bahu

1. Cedera pleksus brakialis (BPI)

Cedera pleksus brakialis terjadi akibat peregangan atau avulsi akar saraf saat keluar dari tulang belakang leher. Secara tradisional, cedera ini diduga terjadi akibat tarikan ke bawah dan lateral yang berlebihan pada kepala janin dalam upaya melahirkan bahu anterior yang terjepit sehingga menyebabkan BPI.¹ Namun, BPI juga telah dilaporkan terjadi setelah persalinan abdominal.^{2, 3} Kelompok pleksus brakialis bahkan telah dilaporkan pada wanita tanpa distosia bahu intra-partum atau faktor risiko antepartum untuk bahu

2. Fraktur tulang

Distosia bahu merupakan salah satu faktor risiko utama untuk fraktur humerus dan/atau klavikula. Jenis fraktur ini dilaporkan terjadi pada sekitar 10,6% kasus distosia bahu.¹⁴ Fraktur seperti itu biasanya sembuh tanpa

komplikasi. Fraktur klavikula yang tidak bergeser mungkin tidak bergejala dan tidak terdeteksi saat lahir. Fraktur klavikula yang bergeser secara klinis terlihat saat lahir dan pemeriksaan radiografi dada dapat digunakan untuk memastikan diagnosis. Pengobatan analgesik,

3. Cedera iskemik hipoksemia (HIE)

HIE merupakan hasil dari kekurangan oksigen dan glukosa pada jaringan saraf. Diperkirakan terjadi dalam dua fase, fase akut awal dan fase tertunda yang berlangsung selama 72 jam dan menyebabkan kematian sel.¹⁵ Pada primata nonmanusia, cedera neurologis permanen diperkirakan terjadi dengan penyumbatan tali pusat dalam waktu 12–17 menit.¹⁶ Pada manusia, waktunya mungkin jauh lebih singkat.

4. Serangan jantung mendadak

Henti jantung mendadak (asistol) yang mengakibatkan kematian atau kerusakan neurologis berat telah dilaporkan saat lahir setelah distosia bahu. Hipotesis etiologi meliputi hipotensi sentral dengan perfusi jantung dan otak yang buruk setelah pelepasan tamponade perifer sirkulasi perifer janin yang dihasilkan oleh vagina bersamaan dengan kurangnya aliran balik vena ke janin dari plasenta karena vena umbilikal yang tersumbat.¹⁹ Tindakan resusitasi agresif berupa kompresi jantung terus-menerus,

5. Angka kematian perinatal

Kematian perinatal, didefinisikan sebagai tingkat kematian janin dan neonatal per 1000 kelahiran hidup, meningkat karena kerusakan hipoksia akut atau trauma janin seperti yang terlihat pada laporan otopsi bayi lahir mati akibat persalinan yang dipersulit oleh distosia bahu.²⁰

6. Komplikasi Ibu

Komplikasi ibu akibat distosia bahu meliputi pendarahan pascapersalinan, laserasi vagina dan robekan anus, ruptur uterus, dan stres psikologis ibu.

Makrosomia janin merupakan faktor risiko yang diketahui untuk distosia bahu dan perdarahan pascapersalinan.^{12, 13}

Dalam studi populasi baru-baru ini yang melibatkan 34.685 kehamilan, berat janin di atas 95% meningkatkan OR distosia bahu menjadi 3,35 dan perdarahan pascapersalinan menjadi OR 2,12.²¹ Makrosomia janin (berat lahir > 4000 g) juga telah dikaitkan dengan risiko distosia bahu yang lebih tinggi (1).

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar H, Prabowo AY, Rodiani. Kehamilan Aterm dengan Distosia Bahu. Medula, medicalprofession J lampung Univ [Internet]. 2017;7(4):1–7. Available from: http://repository.lppm.unila.ac.id/7251/1/kehamilan_aterm_dgn_distosia_bahu.pdf
- Miarnasari' E, Prijatna A. Distosia Bahu. NurseLine J. 2022;1:257–66.
- Tita Husnitawati Madjid. Anatomi dan Fisiologi Alat Reproduksi. Anat DAN Fisiol ALAT REPRODUKSI Wan Tita Husnitawati Madjid Anat. 2012;
- Jorge JMN, Bustamante-Lopez LA. Pelvic floor anatomy. Ann Laparosc Endosc Surg. 2022;7.
- Herschorn S. The use of biological and synthetic materials in vaginal surgery for prolapse. Curr Opin Urol. 2007;17(6):408–14.
- Malinowska-Polubiec A, Romejko-Wolniewicz E, Szostak O, Dobrowolska-Redo A, Tolloczko J, Zareba-Szczudlik J, Smolarczyk R CK. Shoulder dystocia in diabetic and non-diabetic pregnancies. Neuro Endocrinol Lett. 2014;35(8)733-40 PMID 25702303PubMed.
- Bingham J, Chauhan SP, Hayes E, Gherman R LD. Distosia bahu berulang: tinjauan. Obs Gynecol Surv 65 (3) Pubmed. 2010;183–8.
- RN LK. Gejala Distosia Bahu _ Apakah Bayi Anda Berisiko_. Birth Injury Justice center, 2024;
- Bothou A, Apostolidi DM, Tsikouras P, Iatrakis G, Sarel-la A, Iatrakis D, et al. Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. Eur J Midwifery. 2021;5(October):1–6.
- Statement FP. FEBRASGO POSITION STATEMENT Management of placenta accreta spectrum. 2021;(9):713–23.
- Gherman R. Shoulder Dystocia. Protoc High-Risk Pregnancies An Evidence-Based Approach Sixth Ed. 2015;(Table 2):445–50.

BAB 6

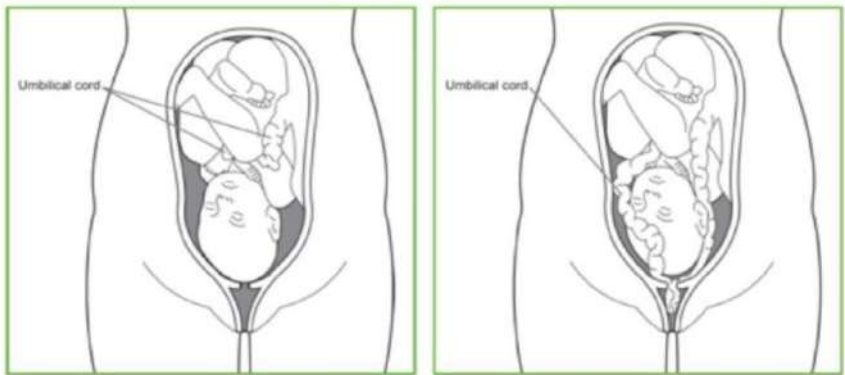
PROLAPS TALI PUSAT

Oleh Yuni Sulistiawati

6.1 Pengertian

Prolaps tali pusat adalah keadaan tali pusat ada disamping atau dibawah bagian terendah janin. Meskipun merupakan komplikasi yang jarang terjadi kurang dari 1 persen (0,3 sampai 0,6 persen) namun menyumbang angka kematian janin yang tinggi dan bahaya untuk ibu bertambah besar akibat tindakan operatif yang digunakan dalam penanganannya (oxom & william 2010).

Prolaps tali pusat sangat berbahaya khususnya untuk bayi, karena semakin turun bagian terendah janin akan semakin menekan aliran darah umbilikus. Hal tersebut dapat menimbulkan asfiksia janin dan kematian janin intrauterin. (Manuwaba, 2012).



Gambar 6.1. Perbedaan letak tali pusat normal dan prolaps (a. Letak tali pusat normal, b. Prolaps tali pusat)

6.2 Etiologi

Prolaps tali pusat dapat terjadi saat persalinan, dan hal ini sering kali dikaitkan dengan posisi bayi atau masalah pada kontraksi rahim. Ketika bayi bergerak atau posisi rahim tidak optimal, tali pusat dapat mengalami tekanan yang berlebihan atau

tergencet, yang kemudian menyebabkan prolaps. Misalnya, jika bayi berada dalam posisi yang tidak biasa atau jika ada kelebihan cairan ketuban, tali pusat bisa terdorong keluar dari serviks lebih awal dari waktu kelahirannya. Kondisi ini dapat menyebabkan tali pusat terjepit atau tertekan, mengganggu aliran darah dan oksigen ke bayi. Berikut beberapa etiologi penyebab prolaps tali pusat . (oxom & william 2010)



1. *Etiologi fetal*

- a. Presentasi abnormal : terdapat pada hampir setengah kasus-kasus prolaps tali pusat, 95 persen adalah presentasi kepala, meskipun demikian insidensi relatif yang paling tinggi berturut-turut adalah sebagai berikut : 1 letak lintang, 2 presentasi bokong, terutama bokong kaki dan presentasi kepala
- b. Prematuritas : dua faktor memainkan peran dalam kegagalan untuk mengisi PAP (1) bagian terbawah janin kecil (2) persalinan dengan prematur. Hal tersebut meningkatkan angka kematian janin
salah satu penyebabnya adalah bayi kecil tidak tahan terhadap trauma dan anoksia, sebab lain adalah keengganan melakukan operasi besar pada ibu jika kemungkinan untuk menyelamatkan bayi hampir tidak ada.

- c. Kehamilan ganda : faktor yang berpengaruh meliputi gangguan adaptasi, frekuensi presentasi abnormal yang lebih besar, insidensi hydramion yang tinggi, dan pecahnya air ketuban anak kedua masih tinggi
- d. Hydramion : ketika ketuban pecah, sejumlah cairan mengalir keluar dan tali pusat ikut hayut kebawah

2. *Etiologi maternal dan obstetrik*

- a. Disproporsi kepala panggul : hal tersebut mengakibatkan bagian terendah janin (kepala) tidak dapat turun dan pecahnya ketuban dapat diikuti tali pusat menumbung
- b. Bagian terendah yang tinggi : tertundanya penurunan bagian terendah janin untuk sementara dapat terjadi meskipun panggul normal, terutama pada multipara

3. *Etiologi dari tali pusat dan plasenta*

- a. Tali pusat yang panjang : semakin panjang tali pusat maka semakin mudah terjadi prolaps tali pusat
- b. Plasenta letak rendah : jika plasenta terletak dekat cervix maka akan menghalangi penurunan bagian terendah janin, selain itu insersi tali pusat lebih dekat dengan servik

4. *Etiologi iatrogenik*

Sepertiga kejadian prolaps tali pusat terjadi selama tindakan obstetrik

- a. Pemecahan ketuban secara artifisial. Bila kepala masih tinggi atau apa bila ada presentasi abnormal maka pemecahan ketuban dapat diikuti dengan tali pusat
- b. Pembebasan kepala dari PAP.
- c. Fleksi kepala yang semua dalam keadaan ekstensi
- d. Versi ekstraksi.

6.3 Diagnosa Prolaps Tali Pusat

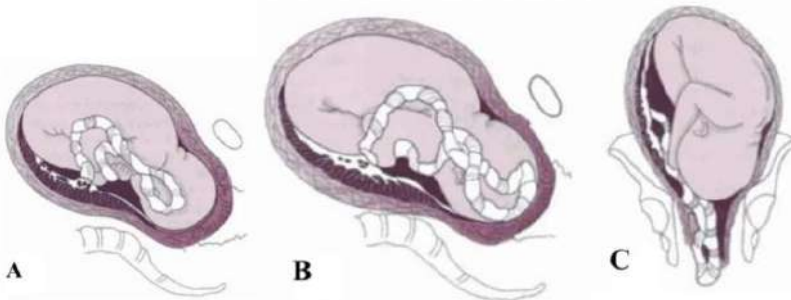
Terdapat dua cara mendiagnosa prolaps tali pusat : (1) melihat tali pusat di luar vulva(2) meraba tali pusat pada pemeriksaan vaginal. Angka kematian janin akan meningkat bila

terjadi prolaps tali pusat sehingga berikut merupakan cara yang dapat dilakukan untuk diagnosis lebih awal antara lain : pemeriksaan vaginal dapat segera dilakukan pada kasus dibawah ini (oxom & william 2010)

1. Bila terjadi gawat janin yang tidak diketahui sebabnya, dan bagian terbawah belum turun.
2. Bila ketuban pecah dan bagian terendah janin masih tinggi
3. Pada semua kasus malpresentasi pada waktu ketuban pecah
4. Bayi prematur dan gemeli

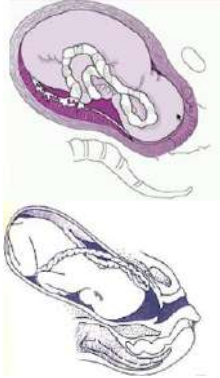
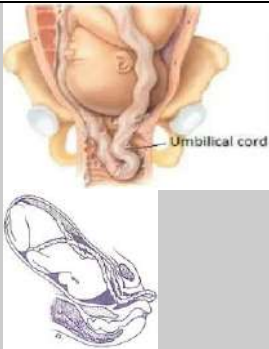
6.4 Macam-Macam Posisi Prolaps Tali Pusat

Terdapat 3 kondisi posisi prolaps tali pusat yang sering terjadi yaitu (A) tali pusat menumbung di PAP atau sering disebut juga tali pusat tersembunyi (B) tali pusat menumbung ke dalam vagina atau tali pusat terkemuka (C) tali pusat menumbung melalui introitus vagina.



Gambar 6.2. Posisi Tali pusat dalam rahim

Tabel 6.1. Perbedaan letak majemuk kepala dan tali pusat

Nama	Keterangan	Gambar
<i>Letak umbilicus</i>	- Ketuban masih positif atau utuh - Umbilikus atau tali pusat berada di depan kepala	
<i>Occult umbilical presentasi</i>	- Ketuban masih positif atau utuh - Umbilikus atau tali pusat berada di samping kepala dengan tinggi hampir sama - Berbahanya ketika ketuban pecah akan diikuti prolaps tali pusat	
<i>Prolapss funikuli</i>	- Ketuban sudah pecah atau dipecahkan - Diikuti tali pusat berada dii depan kepala - Semakin turun kepala akan semakin menekan tali pusat sehingga aliran darah menuju janin berkurang dan menimbulkan asfiksia sampai mati	

Sumber : (Manuwaba, 2012).

6.5 Proses Terjadinya Prolaps Tali pusat

Prolapss talipusat terjadi ketika tali pusat menonjol keluar dari serviks lebih awal dari kelahiran bayi. Proses ini dapat dipahami melalui tahapan berikut:

1. *Tahap 1: Dilatasi Serviks dan Gerakan Bayi:* Selama tahap pertama persalinan, serviks membuka untuk memungkinkan bayi melewati jalan lahir. Jika bayi bergerak secara tiba-tiba atau dalam posisi yang tidak optimal, tali pusat dapat menonjol keluar dari serviks. Ini biasanya terjadi saat bayi mendekati atau melewati posisi yang seharusnya dalam jalur kelahiran.
2. *Tahap 2: Tekanan pada Tali Pusat:* Jika tali pusat keluar dari serviks lebih awal, ia bisa mengalami tekanan dari bagian-bagian lain dalam rahim, seperti kepala bayi atau dinding rahim yang berkontraksi. Tekanan ini dapat mengganggu aliran darah dan oksigen ke bayi, yang dapat mempengaruhi detak jantung bayi dan kesehatan secara keseluruhan.
3. *Tahap 3: Penanganan dan Intervensi:* Jika prolapss tali pusat terdeteksi, tenaga medis harus segera melakukan tindakan untuk mengurangi risiko bagi bayi. Ini mungkin termasuk perubahan posisi ibu, pengelolaan kontraksi rahim, atau dalam kasus yang lebih serius, melakukan operasi caesar untuk melahirkan bayi dengan aman dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

6.6 Dampak Prolaps Talipusat Terhadap janin dan ibu

1. Dampak terhadap janin

Prolaps tali pusat adalah kondisi yang memerlukan perhatian medis segera karena dapat berdampak signifikan pada kesehatan janin. Berikut adalah beberapa dampak potensial prolapss talipusat terhadap janin:

a. *Gangguan Suplai Oksigen*

Salah satu dampak utama dari prolapss talipusat adalah gangguan dalam suplai oksigen ke janin. Tali pusat yang terjepit atau tertekan akibat prolapss dapat mengurangi aliran darah dan oksigen dari plasenta ke janin. Ini

dapat menyebabkan hipoksia, yaitu kekurangan oksigen dalam darah bayi. Hipoksia dapat mempengaruhi perkembangan otak dan organ-organ vital lainnya, dan dalam kasus yang parah, dapat menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian janin.

b. *Penurunan Detak Jantung*

Selama persalinan, monitor detak jantung bayi sering digunakan untuk memantau kondisi janin. Prolapss talipusat dapat menyebabkan penurunan detak jantung yang signifikan, dikenal sebagai bradikardia. Penurunan detak jantung ini terjadi karena tekanan pada tali pusat mengganggu aliran darah yang membawa oksigen. Jika detak jantung bayi terus menurun, ini bisa menjadi indikasi bahwa janin mengalami stres dan membutuhkan penanganan segera untuk menghindari komplikasi lebih lanjut.

c. *Risiko Kelahiran Prematur*

Pada beberapa kasus, prolapss talipusat yang terdeteksi dapat memerlukan intervensi medis yang cepat, seperti operasi caesar, untuk melahirkan bayi dengan aman. Dalam situasi tersebut, kelahiran prematur mungkin terjadi jika bayi belum sepenuhnya siap untuk dilahirkan. Kelahiran prematur dapat membawa risiko tambahan, termasuk masalah pernapasan, perkembangan organ yang belum matang, dan komplikasi lain yang berkaitan dengan usia kehamilan yang lebih muda.

d. *Potensi Kerusakan Jangka Panjang*

Jika prolapss talipusat tidak diatasi dengan cepat dan tepat, bayi dapat menghadapi risiko kerusakan jangka panjang. Hipoksia berat yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan gangguan perkembangan neurologis, termasuk cerebral palsy (kelumpuhan otak), keterlambatan perkembangan, dan masalah kognitif. Penanganan yang cepat dan efektif sangat penting untuk meminimalkan dampak negatif ini.

2. Dampak Terhadap Ibu

Meskipun dampak prolaps talipusat lebih sering diperhatikan pada janin, kondisi ini juga dapat mempengaruhi kesehatan ibu. Berikut adalah beberapa dampak potensial terhadap ibu:

a. *Stres Emosional dan Psikologis*

Menghadapi prolaps talipusat selama persalinan dapat menyebabkan stres emosional dan psikologis yang signifikan bagi ibu. Ketidakpastian mengenai kesehatan bayi dan kemungkinan intervensi medis seperti operasi caesar dapat menambah beban emosional. Kecemasan dan stres ini bisa mempengaruhi kesejahteraan ibu secara keseluruhan dan perlu dukungan serta pemantauan psikologis untuk mengatasinya.

b. *Intervensi Medis dan Risiko Operasi*

Jika prolaps talipusat memerlukan intervensi medis, seperti operasi caesar, ibu mungkin menghadapi risiko terkait dengan prosedur bedah. Operasi caesar adalah prosedur pembedahan yang melibatkan risiko komplikasi, seperti infeksi, pendarahan, dan masalah penyembuhan. Selain itu, pemulihan setelah operasi caesar biasanya memerlukan waktu lebih lama dibandingkan persalinan vaginal, yang dapat mempengaruhi proses pemulihan ibu dan perawatan pasca melahirkan.

c. *Komplikasi Lanjutan*

Dalam beberapa kasus, prolaps talipusat yang memerlukan penanganan medis mungkin diikuti oleh komplikasi tambahan, baik selama persalinan maupun setelahnya. Misalnya, jika operasi caesar dilakukan, ibu mungkin mengalami komplikasi terkait anestesi, penyembuhan luka, atau reaksi terhadap obat-obatan. Selain itu, pengalaman stres dan ketegangan selama persalinan bisa berdampak pada keseimbangan hormonal dan kesehatan mental ibu.

d. *Pengaruh Terhadap Hubungan Keluarga*

Dampak prolaps tali pusat tidak hanya mempengaruhi ibu secara individu, tetapi juga dapat mempengaruhi dinamika keluarga secara keseluruhan. Stres dan ketegangan yang dialami ibu dapat mempengaruhi hubungan dengan pasangan dan anggota keluarga lainnya. Dukungan dari keluarga dan tenaga medis sangat penting untuk membantu ibu mengatasi tantangan emosional dan fisik yang dihadapi selama periode ini.

6.7 Prognosis

1. **Persalinan** : persalinan tidak terpengaruh oleh prolaps tali pusat
2. **Ibu** : bahaya untuk ibu hanya apabila dilakukan tindakan traumatik untuk menyelamatkan bayi
3. **Janin**

Kematian perinatal tak dikoreksi sekitar 35 persen. Harapan untuk bayi tergantung pada derajat dan lamanya kompresi tali pusat dan interval antara diagnosis dan kelahiran bayi. Nasib janin tergantung pada faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Semakin baik keadaan janin pada waktu diagnosis dibuat, semakin besar harapan hidupnya. Tali pusat yang berdenyut keras merupakan gejala yang baik dan sebaliknya tali pusat yang berdenyut lemah berarti tidak baik
- b. Semakin cepat bayi dilahirkan setelah tali pusat turun kebawah, semakin baik hasilnya. Penundaan lebih dari 30 menit memperbesar kematian janin empat kali
- c. Janin yang lebih tua umur kehamilannya lebih besar pula kemampuan bertahan terhadap proses-proses traumatik
- d. Semakin kurang trauma pada bayi, semakin baik prognosis untuk ibu dan anak
- e. Pembukaan servik mungkin merupakan faktor yang penting. Jika pembukaan sudah lengkap pada waktu diagnosis dibuat maka akan banyak bayi yang dapat

diselamatkan. Semakin kecil pembukaan prognosisnya semakin jelek. Kecuali jika bisa dilakukan tindakan sectio saesarea dengan segera.

- f. Kematian janin bertambah dnegan semakin panjangnya interval anatra pecahnya ketuban dan melahirkan bayi (oxom & william 2010)

6.8 Penanganan prolaps tali pusat

Penangan awal prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil atau lengkap paling baik dilakukan dengan sikap :

1. Meninggikan bokong ibu sehingga tekanan terhadap tali pusat lebih longgar, sementara menunggu persiapan seksio sesarea
2. Kecuali jika kepala sudah didasar panggul dan prolaps tali pusat, lakukan forseps ekstraksi.

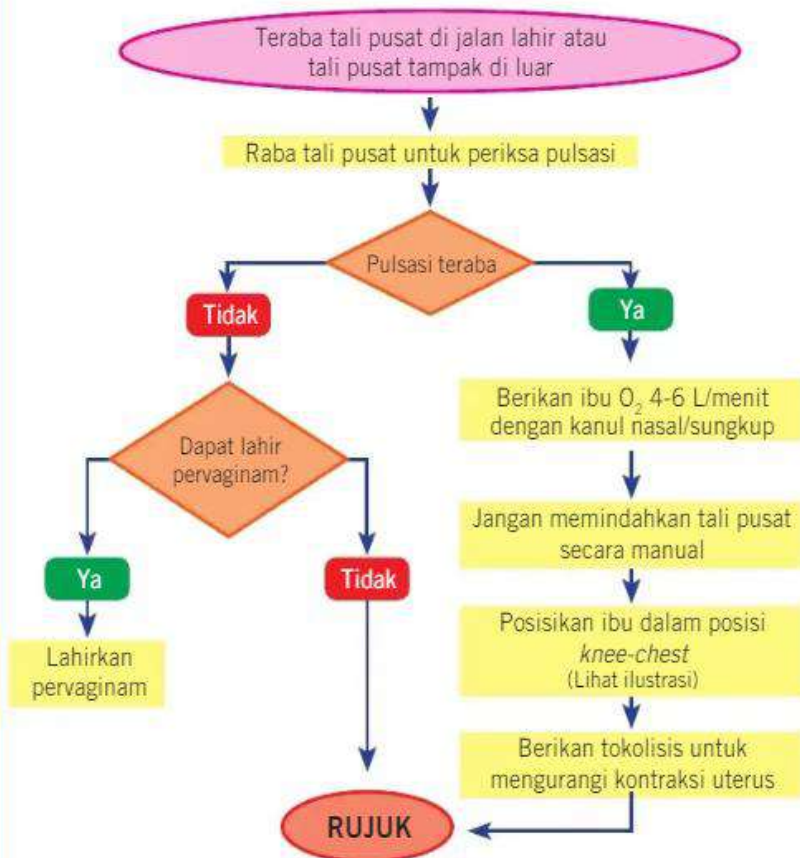
Tabel 6.2. Penanganan Prolaps Tali Pusat

Bentuk presentasinya	Penanganan
Occult umbilical presentation tali pusat terkemuka	• Sementara dapat dilakukan perubahan pola tidur sehingga diharapkan tali pusat lebih longgar untuk tidak terjepit jika ketuban pecah • Terapi definitif (seksio sesarea, aman dan tercapai well born baby dan well health mother)
Prolaps funikuli dengan pembukaan servik kecil	• Dapat dilakukan reposisi dan perubahan psosisi tidur sehingga tidak terjepit antara kepala dan pelvis • Dapat dilakukan kombinasi versi braxton hicks sehingga tercapai letak sungsang yang kurang memeberikan tekanan pada umbilikus • Jika pembukaan sudah lengkap

Bentuk presentasinya	Penanganan
	dapat dilakukan persalinan sungsang (outlet forseps pada kepala untuk mempercepat persalinan)
Prolaps funikuli dengan pembukaan lengkap	• Kepala sudah didasar paggul : - Dilakukan forseps ekstraksi sehingga persalinan dapat dipercepat - Mencegah asfiksia dan kematian janin • Pembukaan lengkap dengan kepala masih tinggi dapat dilakukan versi ekstraksi - Risiko morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal tinggi - Syarat versi ekstraksi harus dipenuhi • Sikap paling aman adalah melakukan seksio sesarea.

Sumber: (Manuaba, 2012)

ALGORITMA PENANGANAN PROLAPS TALIPUSAT



* RCOG. Shoulder dystocia: Green-top guideline. December 2005.

* World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization: 2003.

DAFTAR PUSTAKA

- Oxom, Harry dan R. Forte William 2010. Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan. Yayasan Essentia Medica
- Manuaba, 2012. Pengantar Kuliah Obstetri., Andi Yogyakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman Penanganan Kasus Prolaps Tali Pusat. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Retrieved from [Kemenkes](<https://www.kemkes.go.id/>)
- Asosiasi Obstetri dan Ginekologi Indonesia (OGI). (2020). Pedoman Klinis Penanganan Prolaps Tali Pusat. Retrieved from [OGI](<https://www.ogi.or.id/>)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2020). Management of Prolapsed Umbilical Cord. Green-top Guideline No. 50. Retrieved from [RCOG](<https://www.rcog.org.uk/guidelines-research-services/guidelines/>)

BIODATA PENULIS



Khalidatul Khair Anwar, S.ST, M.Keb..

Dosen Program Studi D-IV Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Kendari tanggal 8 Juli 1991. Penulis memulai pendidikan kesehatan di D-III Kebidanan Akbid Pelita Ibu Kendari lulus tahun 2011, kemudian melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar lulus tahun 2013, pendidikan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin tahun 2016. Pengalaman kerja di pendidikan, penulis bekerja sebagai dosen luar biasa di Akbid Konawe di Provinsi Sulawesi Tenggara sejak tahun 2014-2016. Penulis juga pernah bekerja sebagai dosen kontrak di Universitas Borneo Tarakan di Provinsi Kalimantan Utara pada tahun 2017. Penulis saat ini adalah dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Kendari sejak tahun 2018.

BIODATA PENULIS



Bdn. Luh Yenny Armayanti, S.ST., M.Biomed

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Universitas Pendidikan Ganesha

Penulis dilahirkan di Kota Singaraja, pada tanggal 2 Agustus 1991. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi D-III Kebidanan, Universitas Pendidikan Ganesha. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Denpasar pada tahun 2012, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Klinik di Poltekkes Kemenkes Malang. Pada tahun 2016 penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Biomedik Konsentrasi Ilmu Kedokteran Reproduksi di Universitas Udayana. Adapun mata kuliah yang diampu diantaranya: asuhan kebidana pada perempuan dan anak kondisi rentan, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Farmakologi Kebidanan, Anatomi Fisiologi. Penulis aktif melakukan penelitian dan juga publikasi di beberapa jurnal baik jurnal nasional maupun internasional terakreditasi. Penulis juga aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia) dan. Penulis dapat dihubungi melalui email: armayanti61@gmail.com atau nomor telepon 085935092726.

BIODATA PENULIS



Sri Kustiyati, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta

Penulis lahir di Sukohajo tanggal 10 Juli 1977. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan, melanjutkan DIV Kebidanan dan S2 Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Zulfia Samiun, S.Kep, Ns., M.Kes
Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Patoko tanggal 28 Agustus 1987, yang merupakan salah satu Dusun di Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar (2011-sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan Universitas Hasanuddin (2011) dan menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2013). Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktor (S3) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menekuni bidang menulis. Penulis pernah menjadi bendahara pada Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Makassar dan sekaligus sebagai wakil sekretaris pada DPK Akper Muhammadiyah Makassar (2012-2017).

BIODATA PENULIS



Renny Sinaga

Dosen di Poltekkes kemenkes Medan Prodi kebidanan P.Siantar.

Renny Sinaga, lahir di Parapat pada 30 Oktober 1973. Lulusan S2 kesehatan Reproduksi universitas Sumatera Utara. Saat ini bekerja sebagai Dosen di Poltekkes kemenkes Medan Prodi kebidanan P.Siantar. Status sudah menikah dan memiliki anak 2 orang. Beralamat di jalan Sisingamangaraja no 61, Kelurahan Kahean Kec. Siantar Utara Kota Pematang Siantar.

BIODATA PENULIS



Yuni Sulistiawati, S.S.T., M.Tr.Keb.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kesehatan Universitas Aisyah Pringsewu

Penulis lahir di lampung tanggal 19 Juni 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kesehatan. Menyelesaikan sekolah formal di SDN2 Linggapura pada tahun 1999, tahun 2002 menyelesaikan sekolah formal di MTS Ma'arif 29 Linggapura, tahun 2005 menyelesaikan sekolah formal di SMAM 1 Pringsewu, tahun 2008 menyelesaikan pendidikan kebidanan di AKBID Patriot Bangsa Husada Bandar jaya. tahun 2011 melanjutkan pendidikan Diploma IV Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang, dan pada tahun 2017 telah menyelesaikan pendidikan Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Pernah bekerja di AKBID Patriot bangsa dari tahun 2008-2018 dan Juli tahun 2018 hingga saat ini bekerja sebagai dosen Kebidanan di Universitas Aisyah Pringsewu (UAP).