SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN
saptabakti

MODUL

KOMPLIKASI DALAM KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN

VISI DAN MISI PROGRAM STUDI SARJANA DAN PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

VISI: Menghasilkan Lulusan Bidan yang Terpercaya Pada Bidang Asuhan Kebidanan Berorientasi Komplementer Berbasis Evidence Based.

MISI:

1) Menyelenggarakan proses pendidikan dan pengajaran yang berkualitas sehingga dapat menghasilkan lulusan bidan yang terpercaya pada bidang asuhan kebidanan berorientasi komplementer berbasis evidence based.
2) Melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat secara profesional dalam mengembangkan asuhan kebidanan berorientasi komplementer berbasis evidence based.
3) Meningkatkan kompetensi lulusan dalam mengaplikasikan asuhan kebidanan berorientasi komplementer berbasis evidence based.
4) Membina kerjasama dan kemitraan dengan berbagai institusi pendidikan, pemerintah daerah, pelayanan kesehatan baik lokal, regional, nasional maupun Internasional dalam bidang Tridarma perguruan tinggi dan peluang kerja bagi lulusan.
5) Menerapkan tata kelola dan sistem penjaminan mutu internal dan eksternal.

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

Agar Anda berhasil dengan baik mempelajari modul ini ikutilah petunjuk belajar sebagai berikut:

1. Bacalah dengan cermat bagian Pendahuluan modul ini sampai Anda memahami betul apa, untuk apa, dan bagaimana mempelajari modul ini.
2. Bacalah bagian demi bagian, dan temukan kata-kata kunci dan kata-kata yang Anda anggap baru. Carilah dan baca pengertian kata-kata kunci dalam daftar kata-kata sulit modul ini atau dalam kamus yang ada.
3. Pelajari materi secara berurutan.
4. Anda harus mempunyai keyakinan kuat untuk belajar dan mempraktikkan materi yang tertuang di modul ini.
5. Tangkaplah pengertian demi pengertian dari isi modul ini melalui pemahaman sendiri dan tukar pikiran dengan mahasiswa dan atau dosen/tutor Anda.
6. Setelah selesai mempelajari satu Kegiatan Belajar (KB), Anda diminta untuk mengerjakan latihan maupun tes yang ada di dalamnya. Selanjutnya Anda dipersilahkan untuk mempelajari Kegiatan Belajar (KB) berikutnya.
7. Mantapkan pemahaman Anda melalui diskusi mengenai pengalaman simulasi dalam kelompok kecil atau klasikal pada saat bimbingan atau tutorial.

Selamat belajar, jangan lupa memohon pertolongan kepada Tuhan Yang Maha Esa agar Anda dimudahkan dalam mempelajari modul ini, sehingga dapat berhasil dengan baik.

DAFTAR ISI

Halaman
Kata Pengantar iii
Petunjuk Penggunaan Modul v
Daftar Isi vi
Daftar Kompetensi Klinik viii

BAB I ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI KEHAMILAN
A. Tujuan Pembelajaran 1
B. Pertanyaan Pendahuluan 1
C. Ringkasan Teori, Tata Laksana, dan Edukasi 2
D. Algoritma Kasus 24
E. Latihan Kasus 27
F. Kunci Jawaban 30
G. Pembahasan 30
H. Referensi 31

BAB II ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI PERSALINAN
A. Tujuan Pembelajaran 32
B. Pertanyaan Pendahuluan 32
C. Ringkasan Teori, Tata Laksana, dan Edukasi 33
D. Algoritma Kasus 50
E. Latihan Kasus 53
F. Kunci Jawaban 55
G. Pembahasan 55
H. Referensi 56

BAB III ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI NIFAS DAN MENYUSUI
A. Tujuan Pembelajaran 57
B. Pertanyaan Pendahuluan..... 57
C. Pendahuluan 58
D. Latihan Kasus 105
E. Kunci Jawaban.....107
F. Pembahasan.....107
G. Referensi 108

BAB IV ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI PADA GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI
A. Tujuan Pembelajaran 110
B. Pertanyaan Pendahuluan.....110
C. Pendahuluan 111
D. Algoritma Kasus.....126
E. Latihan Kasus 131
F. Kunci Jawaban.....133
G. Pembahasan.....133
H. Referensi 135

DAFTAR KOMPETENSI KLINIK

A. Daftar Masalah/Gejala/Kasus

Mahasiswa dapat **menangani** masalah/gejala/kasus sebagai berikut:

No	Masalah /Gejala/Kasus
1	Mual dan muntah
2	Berat badan turun >5%
3	Sakit kepala
4	Nyeri abdominal
5	Mata kabur
6	Nyeri ulu hati
7	Pembengkakan
8	Sesak napas
9	Pengeluaran darah dari jalan lahir
10	Keputihan
11	Hipertermi/hipotermi
12	Hipertensi/hipotensi
13	Takikardi/bradikardi
14	Penurunan kesadaran, gelisah, bingung
15	Oligouria
16	Dehidrasi
17	Proteinuria
18	Lilitan tali pusat
19	Malaise
20	Kejang
21	Retensi urin
22	Nyeri jahitan perineum
23	Nyeri jahitan SC
24	Bau darah nifas
25	Payudara keras, merah, nyeri
26	Subinvolusi uterus
27	Nyeri tekan uterus

28	Nyeri dada
29	Nyeri dan bengkak di betis
30	Janin tidak bergerak
31	Kram
32	Kenaikan berat badan secara drastis
33	Keluar cairan sebelum 37 minggu
34	Haus terus menerus
35	Sembelit
36	Sakit punggung
37	Sering buang air kecil
38	Gangguan pencernaan
39	Wasir
40	Kepanasan
41	Perubahan rambut dan kulit
42	Varises
43	Gatal pada kuku dan jari
44	Hidung tersumbat atau berdarah
45	Kelelahan atau fatigue
46	Palpitasi
47	Spider nevi
48	Gusi berdarah
49	Insomnia
50	Mati rasa (baal)

B. Daftar Penyakit

Mahasiswa dapat mengelola penyakit-penyakit sebagai berikut: (deteksi dini)

No	Penyakit	Tingkat Kompetensi
A	**Patologi dan komplikasi masa kehamilan**	
1	Anemia kehamilan	**3A**
2	Hiperemesis Gravidarum	**3A**

3	Abortus	**3B**
4	Kehamilan ektopik	**3B**
5	Molahidatidosa	**3B**
6	Hipertensi dalam kehamilan, Pre Eklampsia, Eklampsia	**3B**
7	Perdarahan antepartum	**3B**
8	Kelainan dalam lamanya kehamilan	**3B**
9	Kehamilan ganda	**3A**
10	Kelainan air ketuban	**3A**
11	Kelainan letak	**3A**
12	Kehamilan disertai penyakit	**3A-3B**
13	Kehamilan disertai infeksi	**3A-3B**
14	Kehamilan disertai PMS	**3A**
15	Kehamilan dengan penyakit gangguan jiwa	**3A**
16	Syok Obstetri	**3B**
C	**Patologi dan komplikasi masa persalinan**	
1	Persalinan pervaginam dengan tindakan forcep	**3B**
2	Persalinan pervaginam dengan tindakan vakum ekstraksi	**3B**
3	Persalinan sungsang	**3B**
4	Persalinan dengan mal presentasi	**3B**
5	Distosia bahu	**3B**
6	Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini/Ketuban Pecah Sebelum waktunya	**3A**

7	Persalinan dengan kelainan panggul	**3A**
8	Kelainan His	**3A**
9	Prolaps Tali Pusat	**3B**
10	Gawat Janin	**3B**
11	Persalinan dengan Makrsomia	**3A**
12	Persalinan dengan Gameli	**3A**
13	Persalinan pada ibu dengan Pre Eklampsia	**3B**
14	Emboli air ketuban	**3B**
15	Preeklampsia dalam persalinan	**3B**
16	Atonia uteri	**3B**
17	Retensio plasenta	**3B**
18	Ruptur perineum	**3B**
19	Ruptur portio	**3B**
20	Inversio uteri	**3B**
21	Syok obstetri	**3B**
E	**Patologi dan komplikasi masa masa nifas dan menyusui**	
1	Endometritis	**3B**
2	Peritonitis	**3B**
3	Metritis	**3B**
4	Retensio sisa plasenta	**3B**
5	Infeksi Payudara (Mastitis dan Abses payudara)	**3B**
6	Tromboflebitis	**3B**
7	Infeksi luka perineum dan luka abdominal	**3A**
8	Perdarahan post partum sekunder	**3B**
9	Depresi post partum	**3A**

11	Postpartum Blues	**3A**
12	Postpartum psikosa	**3A**
13	Retensi urine	**3A**
14	Inkontinensia urine	**3A**
15	Tetanus	**3B**
16	Emboli paru	**3B**
17	DVT (Deep Vein Thrombosis)	**3B**
18	Pre Eklampsia dan Eklampsia dalam Nifas	**3B**
F	**Patologi dan komplikasi Sistem Reproduksi**	
1	Fibroadenoma	**3A**
2	Kista Sarkoma Fillodes	**3A**
3	Sarkoma	**3A**
4	Kanker payudara	**3A**
5	Tumor jinak	**3A**
6	Tumor ganas	**3A**
7	Infertil primer	**3A**
8	Infertil sekunder	**3A**
9	Gonnorea	**3A**
10	Sifilis	**3A**
11	Herpes Genital	**3A**
12	Kondiloma Akuminata	**3A**
13	Trikomoniasis	**3A**
14	Kandidiasis	**3A**
15	Vaginosis Bakterial	**3A**
16	Hepatitis	**3A**
17	HIV/AIDS	**3A**

Keterangan:

Tingkat Kompetensi 1: mengenali dan menjelaskan (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik, dan mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai hal tersebut, selanjutnya menentukan rujukan yang paling tepat bagi klien. Lulusan bidan juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Tingkat Kompetensi 2: mendiagnosis dan merujuk (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa mampu membuat diagnosis klinik dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan klien selanjutnya. Lulusan bidan juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Tingkat Kompetensi 3: mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk (target di Sarjana Terapan)

3A. Bukan gawat darurat

Mahasiswa mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan bidan mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan klien selanjutnya. Lulusan bidan juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

3B. **Gawat darurat**

Mahasiswa mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien. Lulusan bidan mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan bidan juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Tingkat Kemampuan 4: mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

4A. Kompetensi yang dicapai pada saat lulus bidan

4B. Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai pendidikan profesi

C. Daftar Keterampilan Klinik

Mahasiswa mampu melakukan keterampilan klinik sebagai berikut (sesuai kompetensinya):

No	Keterampilan	Tingkat Kompetensi
1	Anamnesis	**4A**
2	Pemeriksaan fisik	**4A**
3	Pemeriksaan abdomen	**4A**
4	Pemeriksaan leopold	**4A**
5	Pemeriksaan Osborn test	**4A**
6	Pemeriksaan panggul luar	**4A**
7	Pemeriksaan reflek patella	**4A**
9	Pemeriksaan DJJ	**4A**
10	Pemeriksaan NST/CTG/OST	**4A**
11	Pemeriksaan genetalia	**4A**
12	Pemeriksaan IVA	**4A**
13	Pemeriksaan Papsmear	**4A**
14	Pemeriksaan SADANIS	**4A**
15	Manual plasenta	**4A**
16	Kompresi Bimanual Interna	**4A**
17	Kompresi Bimanual Eksterna	**4A**
18	Kondom kateter	**4A**
19	Melakukan persalinan dengan distosia bahu	**4A**
20	Melakukan persalinan sungsang	**4A**

21	Perawatan payudara	**4A**
22	Perawatan puerperium	**4A**
23	Perawatan luka SC	**4A**
24	Perawatan luka perineum	**4A**
25	Prosedur kolaborasi dan konsultasi dengan dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, gizi, laboratorium, psikologi	**4A**
26	Konseling dan penyuluhan pada kasus patologi	**4A**

Keterangan:

Tingkat kompetensi 1 (*Knows*): Mengetahui dan menjelaskan (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa mampu menguasai pengetahuan teoritis termasuk aspek biomedik dan psikososial keterampilan tersebut sehingga dapat menjelaskan kepada pasien/klien dan keluarganya, teman sejawat, serta profesi lainnya tentang prinsip, indikasi, dan komplikasi yang mungkin timbul. Keterampilan ini dapat dicapai mahasiswa melalui perkuliahan, diskusi, penugasan, dan belajar mandiri, sedangkan penilaiannya dapat menggunakan ujian tulis.

Tingkat kompetensi 2 (*Knows How*): Pernah melihat atau didemonstrasikan (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan ini dengan penekanan pada *clinical reasoning* dan *problem solving* serta berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/masyarakat.

Tingkat kompetensi 3 (*Shows*): Pernah melakukan atau pernah menerapkan dibawah supervisi (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa menguasai pengetahuan teori keterampilan ini termasuk latar belakang biomedik dan dampak psikososial keterampilan tersebut, berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/masyarakat, serta berlatih keterampilan tersebut pada alat peraga dan/atau *standardized patient*.

Tingkat kompetensi 4 (*Does*): Mampu melakukan secara mandiri (target di Sarjana Terapan)

Mahasiswa dapat memperlihatkan keterampilannya tersebut dengan menguasai seluruh teori, prinsip, indikasi, langkah-langkah cara melakukan, komplikasi, dan pengendalian komplikasi.

4A. Kompetensi yang dicapai pada saat lulus bidan

4B. Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai pendidikan profesi.

BAB I
ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI MASA KEHAMILAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi masa kehamilan, mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

1. Pengkajian pada klien dengan pendekatan holistik
2. Analisis data pada klien dengan pendekatan holistik
3. Perencanaan asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
4. Implementasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
5. Evaluasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistic
7. Kajian kasus-kasus patologi dan komplikasi
8. Reflektif praktik.

B. Pertanyaan Pendahuluan

Sebagai persiapan, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

1. Apa yang dimaksud dengan Hiperemesis gravidarum?
2. Bagaimana pengelolaan hiperemesis gravidarum?
3. Apa yang dimaksud Anemia dalam kehamilan?
4. Apa saja tanda dan gejala anemia dalam kehamilan?
5. Bagaimana penatalaksanaan Kehamilan Ektopik Terganggu?
6. Bagaimana deteksi dini oligohidramnion?
7. Bagaimana penatalaksanaan oligohidramnion?

C. Pendahuluan

1. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi kehamilan
    a. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi kehamilan kunjungan awal
        1) Data Subjektif
            a) Biodata ibu dan suami (Nama, usia, alamat, no hp, suku/bangsa, agama, golongan darah)
            b) Keluhan utama/alasan berkunjung
            c) Status dan riwayat obstetric
            d) Riwayat menstruasi
            e) Riwayat kehamilan sekarang
            f) Riwayat perkawinan
            g) Riwayat kontrasepsi
            h) Riwayat kesehatan
            i) Riwayat alergi
            j) Pola makan dan minum
            k) Pola aktivitas dan istirahat
            l) Pola eliminasi
            m) Pola seksual
            n) Personal hygiene
            o) Obat yang sedang dikonsumsi ibu
            p) Kebiasaan ibu : merokok, narkotika, jamu
            q) Keadaan psikososial spiritual ibu
        2) Data Objektif
            a) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
            b) Pemeriksaan berat badan
            c) Pemeriksaan tinggi badan
            d) Pengukuran lingkar lengan atas
            e) Pemeriksaan fisik (muka, payudara, abdomen, kaki)
            f) Pemeriksaan Leopold
            g) Pemeriksaan tinggi fundus uteri

h) Pemeriksaan denyut jantung janin
i) Pemeriksaan genetalia
j) Pemeriksaan panggul luar
k) Pemeriksaan Hb dan golongan darah
l) Pemeriksaan Protein dan glukosa urin

b. Pengkajian pada ibu hamil kunjungan ulang
1) Data Subjektif
1) Keluhan utama/alasan berkunjung
2) Keluhan yang dirasakan ibu dan bagaimana mengatasinya
3) Perasaan dan kekhawatiran sejak kunjungan terakhir
4) Gerakan janin pada 24 jam terakhir
5) Masalah atau tanda-tanda bahaya yang mungkin dialami ibu
6) Pola makan dan minum
7) Pola aktivitas dan istirahat
8) Pola eliminasi
9) Pola seksual
10) Personal hygiene
11) Obat yang dikonsumsi ibu
12) Kebiasaan ibu : merokok, narkotika, jamu
13) Keadaan psikososial spiritual ibu
14) Persiapan persalinan
2) Data Objektif
1) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
2) Pemeriksaan berat badan
3) Pemeriksaan fisik (muka, payudara, genetalia, kaki)
4) Pemeriksaan leopold
5) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
6) Pemeriksaan denyut jantung janin
7) Pemeriksaan Osborn
8) Pemeriksaan HB

2. Pemeriksaan Protein dan glukosa urin Analisis data pada klien kasus patologi dan komplikasi dalam kehamilan

   Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Perdarahan pada kehamilan muda 2. Perdarahan pada kehamilan lanjut 3. Hipertensi, Pre eklampsia dan eklampsia 4. Anemia 5. Hiperemesis gravidarum 6. Kelainan letak 7. Kehamilan ganda 8. Kelainan lamanya kehamilan 9. Kelainan air ketuban 10. Syok obstetri 11. Kehamilan disertai penyakit 12. Kehamilan disertai infeksi 13. Kehamilan disertai PMS 14. Kehamilan dengan penyakit gangguan jiwa
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Perdarahan pada kehamilan muda 2. Perdarahan pada kehamilan lanjut 3. Pre eklampsia dan eklampsia 4. Kelainan lamanya kehamilan 5. Syok obstetri

3. Perencanaan asuhan pada klien masa prakonsepsi dan perencanaan kehamilan dengan pendekatan holistik

   Setiap wanita hamil memerlukan minimal 4 kali kunjungan selama periode antenatal terjadwal, kecuali sewaktu-waktu dirasa ada tanda bahaya kehamilan:

   a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
   b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara 14-28 minggu)
   c. Dua kali kunjungan selama trimester kedua (antara 28-36 minggu dan sesudah minggu ke 36)

Tabel tindakan bidan untuk setiap kunjungan

Kunjungan (Waktu)	**Kegiatan**
Trimester pertama (Sebelum 14 minggu)	1. Membina hubungan saling percaya antara bidan daan ibu hamil 2. Mendeteksi masalah dan mengatasinya 3. Memberitahukan hasil pemeriksaan 4. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan 5. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat cara hidup sehat bagi wanita hamil dan mengenali (tanda-tanda bahaya kehamilan) 6. Memberikan imunisasi tetanus toxoid, tablet besi 7. Mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan 8. Menjadwalkan kunjungan berikutnya 9. Mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan

Trimester kedua (antara 14-28 minggu)	1. Sama seperti di atas 2. Kewaspadaan khusus terhadap pre eklampsi
Trimester ketiga (antara minggu 28-36)	1. Sama seperti di atas 2. Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester ketiga (lebih dari 36 minggu)	1. Sama seperti di atas 2. Deteksi letak janin dan kondisi lain yang mengharuskan bersalin di rumah sakit

Perencanaan pada kasus patalogi dan komplikasi kebidanan adalah sebagai berikut.

Kategori	**Gambaran**
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melakukan upaya promosi kesehatan 4. Mempersiapkan kelahiran dan kegawatdaruratan 5. Menjadwalkan kunjungan ulang 6. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 7. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan kehamilan 2. Merujuk ke SpOG/RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Implementasi yang dilakukan oleh bidan adalah berdasarkan perencanaan yang disusun, yaitu :

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melakukan upaya promosi kesehatan 4. Mempersiapkan kelahiran dan kegawatdaruratan 5. Menjadwalkan kunjungan ulang 6. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 7. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan kehamilan 2. Merujuk ke SpOG/RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

5. Evaluasi asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi kehamilan

   Gambaran evaluasi yang dilakukan pada asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi kehamilan adalah

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Evaluasi keefektifan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Evaluasi keefektifan konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Evaluasi upaya promosi kesehatan 4. Evaluasi persiapan kelahiran dan kegawatdaruratan 5. Evaluasi ketaatan kunjungan ulang 6. Evaluasi tindak lanjut hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Evaluasi tindak lanjut hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

   Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

   a. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

b. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
c. Analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.
d. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

7. Tinjauan Teori
   a. Anemia dalam Kehamilan
      1) Pengertian
         Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar nilai Haemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester dua, perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi, terutama pada trimester II.
      2) Patogenesis
         Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan, antara lain adalah oleh karena peningkatan oksigen, perubahan sirkulasi yang makin meningkat terhadap plasenta dan janin, serta kebutuhan suplai darah untuk pembesaran uterus, sehingga terjadi peningkatan volume

darah yaitu peningkatan volume plasma dan sel darah merah.

Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin akibat hemodilusi. Volume plasma meningkat 45-65 % dimulai pada trimester II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 yaitu meningkat sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm, serta kembali normal tiga bulan setelah partus.

Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasenta, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldosteron. Volume plasma yang terekspansi menurunkan hematokrit, konsentrasi hemoglobin darah, dan hitung eritrosit, tetapi tidak menurunkan jumlah absolut Hb atau eritrosit dalam sirkulasi. Penurunan hematokrit, konsentrasi hemoglobin, dan hitung eritrosit biasanya tampak pada minggu ke-7 sampai ke-8 kehamilan, dan terus menurun sampai minggu ke-16 sampai ke-22 ketika titik keseimbangan tercapai.

Sebab itu, apabila ekspansi volume plasma yang terus-menerus tidak diimbangi dengan peningkatan produksi eritropoetin sehingga menurunkan kadar Ht, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit di bawah batas “normal”, timbulah anemia.

Kehamilan membutuhkan tambahan zat besi sekitar 800-1000 mg untuk mencukupi kebutuhan yang terdiri dari:

a) Terjadinya peningkatan sel darah merah membutuhkan 300-400 mg zat besi dan mencapai puncak pada 32 minggu kehamilan.
b) Janin membutuhkan zat besi 100-200 mg.
c) Pertumbuhan plasenta membutuhkan zat besi 100-200 mg.
d) Sekitar 190 mg hilang selama melahirkan.

Selama periode setelah melahirkan 0,5-1 mg besi perhari dibutuhkan untuk laktasi, dengan demikian jika cadangan pada awalnya direduksi, maka pasien hamil dengan mudah bisa mengalami kekurangan besi.

3) Tanda dan Gejala

Walaupun tanpa gejala, anemia dapat menyebabkan tanda dan gejal sebagai berikut:

a) Letih dan sering mengantuk
b) Pusing, lemah
c) Sering sakit kepala
d) Kulit dan membran mukosa mucat (konjuntiva, lidah)
e) Bantalan kuku pucat
f) Tidak ada nafsu makan, kadang mual dan muntah

4) Faktor Predisposisi

a) Riwayat anemia
b) Penyakit sel sabit (sickel cell)
c) Menderita talassemia atau riwayat talasemia dalam keluarga
d) ITP (idiopathic thrombocytopenic purpura)
e) Gangguan perdarahan
f) Riwayat kehamilan sebelumnya disertai perdarahan
g) Riwayat malaria
h) Menderita cacingan

i) Riwayat sindrom HELLP Riwayat diet: sumber makanan yang kurang zat besi, pica yang berlebihan

5) Klasifikasi Anemia dalam kehamilan

Anemia banyak diklasifikasikan dengan ringan, sedang, berat. Namun standar nilai Hb untuk tiap populasi/tempat tidak dapat disamakan. Secara khusus WHO mengklasifikasikan anemia, sebagai berikut:

Kriteria Anemia Menurut WHO

a) Umur 6 bln – 5 tahun : Hb < 11 gr%
b) Umur 6 – 14 tahun : Hb < 12 gr%
c) Umur > 14 th (laki-laki) : Hb < 13 gr%
d) Umur > 14 th (wanita) : Hb < 12 gr%
e) Wanita hamil : Hb < 11 gr%

Untuk wanita hamil, anemia diklasifikasikan sebagai berikut:

a) Anemia : Hb < 11gr%
b) Anemia Berat : Hb < 8 gr%

6) Deteksi Anemia dalam Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul serta diperlukan metode pemeriksaan yang akurat dan kriteria diagnosis yang tegas. Gejala ini berupa badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, serta telinga mendenging. Pada pemeriksaan fisik dijumpai pasien yang pucat, terutama pada konjungtiva dan jaringan di bawah kuku. Penegakkan diagnosa anemia dapat dilakukan dengan memeriksa kadar hemoglobin dengan menggunakan alat sederhana seperti Hb Sahli.

7) Penatalaksanaan Anemia pada Kehamilan

Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk

melihat morfologi sel darah merah. Bila pemeriksaan apusan darah tepi tidak tersedia, berikan suplementasi besi dan asam folat. UNICEF merekomendasikan suplemen zat besi yang sudah diformulasikan dengan asam folat (60 mg iron + 400µ *folic acid*). Asam folat diperlukan dalam pembentukan sel darah merah.

Tablet yang saat ini banyak tersedia di Puskesmas adalah tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elemental dan 250µg asam folat. Pada ibu hamil dengan anemia, tablet tersebut dapat diberikan 3 kali sehari. Bila dalam 90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet sampai 42 hari pascasalin. Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat, rujuk pasien ke pusat pelayanan yang lebih tinggi untuk mencari penyebab anemia.

Berikut ini adalah tabel jumlah kandungan besi elemental yang terkandung dalam berbagai jenis sediaan suplemen besi yang beredar:

Jenis sediaan	**Dosis sediaan (mg)**	**Kandungan besi elemental (mg)**
Sulfas ferosus	325	65
Fero fumarat	325	107
Fero glukonat	325	39
Besi polisakarida	150	150

Penatalaksanaan anemia defisiensi besi berfokus pada untuk meningkatkan zat besi dan juga meningkatkan kadar Hb agar bisa kembali pada kadar normal sehinggga dapat kembali menyuplai

oksigen ke jaringan-jaringan tubuh. Pada wanita hamil, pengobatan tidak hanya untuk meningkatkan zat besi dan kadar Hb, tetapi tujuan akhirnya adalah untuk mendapatkan hasil keluaran ibu dan bayi yang baik, yaitu persalinan premature, ibu tidak gagal jantung, perdarahan post partum, dan bahkan kematian. Pada bayi yaitu Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), asfiksia berat, APGAR *score* rendah, dll. Berdasarkan International Nutrinational Anemia Consultative Group (INACG) terdapat beberapa jenis makanan yang secara alami mengandung zat besi. Ada yang berasal dari hewani seperti daging merah, dan yang berasal dari nabati seperti kecambah dan kacangkacangan. Terdapat juga beberapa makanan yang sudah difortifikasi dengan zat besi, seperti susu bubuk/cair, yoghurt, tepung terigu, ikan kalengan, garam, gula. Jumlah zat besi yang diserap dari makanan sangat tergantung pada komposisi makanan, yaitu jumlah zat yang dapat meningkatkan atau menghambat penyerapan zat besi. Teh dan kopi menghambat penyerapan zat besi bila dikonsumsi dengan makan atau segera setelah makan.

Daging merah mengandung zat besi yang mudah diserap tubuh dan juga dapat membantu penyerapan zat besi dari sumber makanan yang lain tidak dapat diserap tubuh. Vitamin C (asam askorbat) juga dapat membantu penyerapan zat besi dari makanan *nonmeat* bila dikonsumsi dalam makanan. Semakin banyak kandungan vitamin C dalam makanan, maka penyerapan zat besi oleh tubuh juga akan semakin meningkat. Pesan lainnya adalah untuk tidak memasak makanan terlalu matang, karena dapat merusak vitamin C yang terkandung dalam makanan tersebut.

Jumlah zat besi yang dapat diabsorpsi dari makanan kadang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan seseorang. Terutama pada wanita hamil dan juga menyusui, yang memang terjadi perubahan secara fisilologis pada tubuhnya sehingga membutuhkan asupan zat besi yang lebih. Oleh karena itu dibutuhkan suplemen zat besi tambahan agar kebutuhan tercukupi.

b. Hiperemesis Gravidarum

1) Pengertian

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang hebat dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan atau gangguan elektrolit sehingga menggangu aktivitas sehari- hari dan membahayakan janin didalam kandungan. Pada umumnya terjadi pada minggu ke 6-12 masa kehamilan, yang dapat berlanjut hingga minggu ke 16-20 masa kehamilan.

2) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang sering kemukakan adalah primigravida, mola hidatidosa dan kehamilan ganda. Hal tersebut dikaitkan dengan meningkatnya produksi hormone korionik gonadotropin. Perubahan metabolik dalam kehamilan, alergi dan faktor psikososial, wanita dengan riwayat mual pada kehamilan sebelumnya dan wanita yang mengalami obesitas juga mengalami peningkatan risiko hiperemesis gravidarum (HEG).

3) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut berat ringannya hiperemesis gravidarum dibagi menjadi 3 tingkatan, yaitu:

a) Derajat/Tingkat 1

Muntah terus menerus (lebih dari 3-4 x sehari yang mencegah masuknya makanan atau minuman selama 24 jam) yang menyebabkan ibu menjadi lemah, tidak ada nafsu makan, berat badan turun (2-3 Kg dalam 1 minggu), nyeri ulu hati, nadi meningkat sampai 100 x / menit, tekanan darah sistolik menurun, turgor kulit menurun dan mata cekung.

b) Derajat/Tingkat 2

Penderita tampak lebih lemah dan tidak peduli/apatis pada sekitarnya, nadi kecil dan cepat, lidah kering dan tampak kotor, suhu kadang naik, mata cekung dan sclera sedikit kuning, berat badan turun, tekanan darah turun, terjadi pengentalan darah, urin berkurang, sulit BAB/konstipasi, dan pada nafas dapat tercium bau aseton.

c) Derajat/Tingkat 3

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun sampai koma, nadi kecil dan cepat, suhu meningkat dan tekanan darah menurun. Komplikasi fatal dapat terjadi pada susunan saraf yang dikenal dengan ensefalopati Wernicke dengan gejala: nistagmus, penglihatan ganda, dan perubahan mental. Keadaan ini akibat kekurangan zat makanan termasuk vitamin

B kompleks. Jika sampai ditemukan kuning berarti sudah ada gangguan hati.

4) Diagnosis

Dari anamnesis, didapatkan amenorhoe, terdapat tanda kehamilan muda dengan keluhan muntah terus menerus. Pada pemeriksan fisik didapatkan keadaan pasien lemah apatis sampai koma, nadi meningkat sampai 100x/menit, suhu meningkat, TD turun, atau ada tanda dehidrasi lain. Pada institusi pelayanan yang lebih tinggi dapat dilakukan pemeriksaan penunjang, diantaranya: Pada pemeriksaan elektrolit darah ditemukan kadar natrium dan klorida turun. Pada pemeriksaan urin kadar klorida dan dapat ditemukan keton.

Diagnosis Banding: muntah karena gastritis, ulkus peptikum, hepatitis, *kolesistitis*, *pielonefritis.*

5) Pengelolaan

Pencegahan agar emesis gravidarum tidak mengarah pada hiperemesis gravidarum, perlu diberikan penjelasan bahwa kehamilan dan persalinan adalah suatu proses fisiologis. Memberikan keyakinan bahwa mual dan muntah yang terjadi (*morning sickness*) adalah gejala yang fisiologis pada kehamilan muda dan akan hilang setelah bulan ke 4.

Menganjurkan untuk mengubah pola makan sedikit-sedikit, tetapi sering. Berikan makanan selingan seperti biskuit, roti kering dengan teh hangat saat bangun pagi dan sebelum tidur. Hindari makanan berminyak dan berbau, makan dalam keadaan hangat/panas atau sangat dingin serta defekasi teratur. Apabila terjadi hiperemesis gravidarum, bidan perlu

merujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pengelolaan lebih lanjut, diantaranya adalah:

a) *Pemberian obat-obatan*
   Kolaborasi dengan dokter diperlukan untuk memberikan obat-obatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.
b) *Isolasi*
   Ibu hamil disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah, dan peredaran udara yang baik. Hanya dokter dan bidan/perawat yang boleh masuk sampai ibu mau makan.
c) *Terapi Psikologis*
   Perlu diyakinkan bahwa kondisi ini dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut karena kehamilan dan persalinan karenan hal tersebut merupakan hal yang fisiologis. Kurangi pekerjaan serta hilangkan masalah dan konflik yang menjadi latar belakang permasalahan kondisi ibu.
d) *Cairan Parenteral*
   Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% dalam cairan garam fisiologis sebanyak 2-3 liter per hari. Catat input dan output cairan. Suhu dan nadi diperiksa setiap 4 jam sekali, TD sehari 3 kali. Pemeriksaan hematocrit dilakukan pada awal dan selanjutnya apabila diperlukan. Air kencing perlu diperiksa untuk melihat adanyan protein, aseton, klorida dan bilirubin. Apabila selama 24 jam tidak muntah dan kondisi bertambah baik, dapat dicoba untuk memberikan minuman, dan lambat laun ditambah makanan yang tidak

cair. Pada umumnya, dengan penanganan tersebut, gejala akan berkurang dan keadaan akan bertambah baik.

c. Kehamilan Ektopik Terganggu

1) Pengertian

Kehamilan ektopik ialah terjadinya implantasi (kehamilan) diluar kavum uteri. Kebanyakan kehamilan ektopik di tuba, hanya sebagian kecil di ovarium, kavum abdomen, kornu. Kejadian kehamilan ektopik ialah 4,5- 19,7/1000 kehamilan. Beberapa faktor risiko ialah : radang pelvik, bekas ektopik, operasi pelvik, anomalia tuba, endometris dan perokok.

2) Gejala

Gejala trias yang klasik ialah : amenorrhea, nyeri perut dan perdarahan pervaginam. Pada kondisi perdarahan akan ditemukan renjatan, dan nyeri hebat di perut bawah. Uterus mungkin lebih besar sedikit, dan mungkin terdapat massa tumor di adneksa. Dengan USG kehamilan intrauterin akan dapat ditentukan, sebaliknya harus dicari adanya kantong gestasi atau massa di adneksa/kavum douglas.

Bila USG ditemukan kantong gentasi intrauterine (secara abdominal USG), biasanya kadar BhCG ialah 6500 iu; atau 1500 iu bila dilakukan USG transvaginal. Bila ditemukan kadar seperti itu dan tidak ditemukan kehamilan intrauterin, carilah adanya kehamilan ekstrauterin.

3) Penatalaksanaan

Bila ditemukan keadaan abdomen akut maka tindakan terbaik ialah hemostasis KET. Jenis tindakan yang akan diambil, harus

memperhitungkan pemulihan fungsi kedua tuba. Bila ibu masih ingin hamil maka lakukan salpingostomi. Bila kondisi gawatdarurat, tidak ingin hamil lagi, robekan tidak beraturan, terinfeksi, perdarahan tak dapat dikendalikan maka lakukan salpingektomi. Pada umumnya akan dilakukan prosedur berikut ini :

a) Pasang infus untuk substitusi kehilangan cairan dan darah
b) Transfusi Hb < 6g%, Bila tidak segera tersedia darah, lakukan autotransfusi selama prosedur operatif
c) akukan prosedur parsial salpingektomi atau eksisi segmental yang dilanjutkan dengan salpingorafi (sesuai indikasi)
d) akukan pemantauan dan perawatan pascaoperatif
e) Coba infus dan transfusi setelah kondisi pasien stabil
f) Realimentasi, mobilisasi dan rehabilitasi kondisi pasien sesegera mungkin

Pada kehamilan ektopik belum terganggu, kondisi hemodinamik stabil, massa < 4 cm dan tidak ada perdarahan intraabdomen maka pertimbangkan pemberian MTX. Keberhasilan manajemen MTX dapat mencapai 80%. Berikan 50 mg MTX dan lakukan observasi BhCG yang akan menurun tiap 3 hari. Setelah 1 minggu, lakukan USG ulang, bila besar kantong tetap dan pulsasi, atau B-hCG meningkat > 2 kali dalam 3 hari. Berikan penjelasan pada pasien tentang risiko/keberhasilan terapi konservatif dan segera lakukan terapi aktif. Bila pasien tak

mampu mengenali tanda bahaya, sebaiknya rawat inap untuk observasi.

Pada perdarahan hebat dan massif intraabdomen dimana pengganti belum cukup tersedia dan golongan darah yang langka maka pertimbangkan tindakan transfuse autolog. Isap darah dengan semprit 20 ml, lakukan penyaringan dan kumpulkan dalam labu darah berisi antikoagulan, kemudian transfusi kembali ke pasien.

d. Oligohidramnion

1) Pengertian

Pada kehamilan normal, volume cairan ketuban ibu hamil bervariasi dan dapat mengalami fluktuasi. Cairan ketuban meningkat hingga 1000 ml pada kehamilan trimester 3, namun pada usia kehamilan 34 minggu jumlah tersebut mulai berkurang secara bertahap hingga menjadi 800 ml pada usia cukup bulan. Pengukuran volume cairan ketuban dapat dilakukan dengan pemeriksaan *Ultrasonoghrafi* (USG).

Oligohidramion adalah suatu keadaan ketika cairan ketuban sangat sedikit yaitu <500 ml. Kondisi ini biasanya terjadi akibat *insufisiensi uteroplasenta* dan hipoksia janin.

2) Patogenesis

Oligohidramion berkaitan dengan variasi perlambatan frekuensi denyut jantung janin (DJJ), keadaan ini juga dapat dilihat pada hasil NST. Perlambatan ini kemungkinan terjadi karena cairan yang menjadi bantalan bagi tali pusat berkurang, sehingga gerakan janin atau kontraksi uterus dapat menyebabkan tekanan sementara pada saluran tali pusat.

3) Tanda dan Gejala
   a) Uterus lebih kecil dari usia kehamilan
   b) Tidak ada *ballottement*
   c) Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak.
   d) Janin dapat diraba dengan mudah
   e) Denyut jantung janin terdengar lebih jelas
4) Faktor Predisposisi
   a) Kelainan kongenital (gagal ginjal bawaan, syndrom potter)
   b) Penyakit virus
   c) *Intra Uterine Growth Retardatoin (IUGR)*/ Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
   d) Insufisiensi uteroplasenta
   e) Pecah ketuban dini (minggu ke-24 sampai ke-36)
   f) Merespon indosin sebagai tokolitik
   g) Hipoksia janin
   h) Aspirasi mekonium dan cairan yang bercampur meconium
   i) Sindrom pascamatur
5) Deteksi Dini

   Deteksi dini oligohidramion dapat dilihat dari tanda dan gejala yang ada, serta mengkaji riwayat faktor *predisposisi.* Untuk penegakan diagnosa oligohidramion dilakukan dengan cara mengukur volume cairan ketuban, yang dapat dilakukan dengan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) profil biofisik dan pemeriksaan *Tes Non Stress (NST)*. Pada pemeriksaan USG akan nampak jumlah cairan ketuban, sedangkan pada pemeriksaan NST dengan kondisi oligohidramion akan menujukkan nonreaktif.

Adanya kelainan jumlah cairan ketuban yang kurang menunjukkan adanya indikasi kelainan *genitourinaria* dan paru-paru janin. Beberapa penelitian menunjukkan penurunan cairan ketuban berhubungan *significant* dengan keadaan gawat janin dalam persalinan, APGAR skor rendah, cairan ketuban bercampur mekonium, aspirasi mekonium, dan juga *syndrom pascamatur*.

Oligohidramion merupakan keadaan yang berhubungan dengan kejadian postmatur. Apabila kondisi ini diperburuk oleh keadaan pertumbuhan janin terhambat, maka resiko janin terhadap persalinan buruk. Pada keadaan demikian, diperlukan tindakan persalinan operatif.

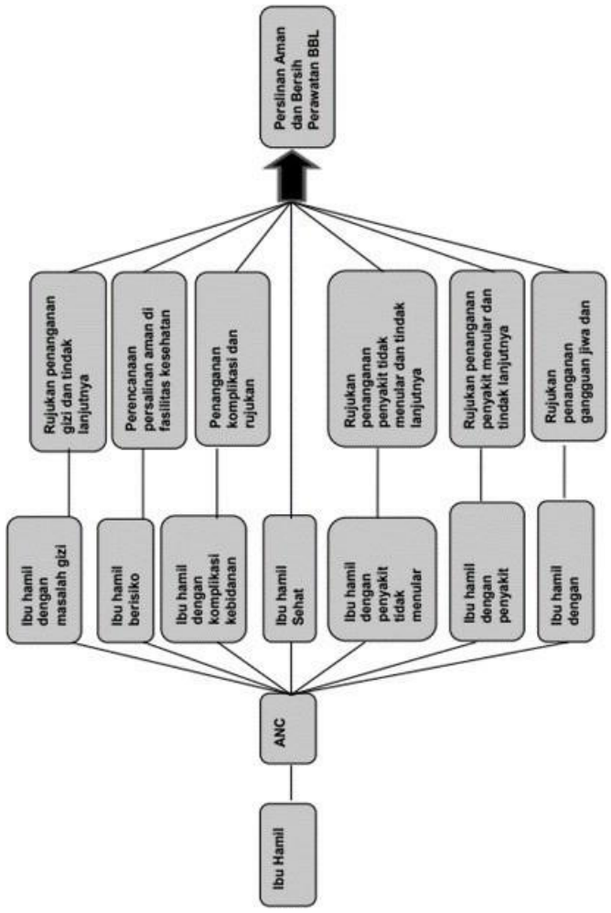
6) Penatalaksanaan

Penatalaksaan oligohidramion didasarkan pada etiologi dan usia kehamilan.Penatalaksanaan secara konservatif meliputi :

a) Istirahat tirah baring
b) Pemberian cairan yang cukup
c) Asupan nutrisi gizi seimbang
d) Pemantauan kesejahteraan janin (USG, Profil biofisik dan NST)
e) Penatalaksaan secara aktif meliputi induksi persalinan

D. Algoritma Kasus

1. Kerangka konsep pelayanan antenatal komprehensif dan terpadu



No	Hasil Pemeriksaan	Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus
1	Ibu hamil dengan perdarahan antepartum	Keadaan emergensi, rujuk untuk penanganan perdarahan sesuai standar
2	Ibu hamil dengan demam	Tangani demam sesuai standar Jika dalam 2 hari masih demam atau keadaan umum memburuk, segera rujuk
3	Ibu hamil dengan hipertensi ringan (tekanan darah≥140/90 mmHg) tanpa proteinuria	Tangani hipertensi sesuai standar Periksa ulang dalam 2 hari, jika tekanan darah meningkat, segera rujuk. Jika ada gangguan janin, segera rujuk. Konseling gizi, diet makanan untuk hipertensi dalam kehamilan
4	Ibu hamil dengan hipertensi berat (diastole ≥ 110 mmHg) tanpa proteinuria	Rujuk untuk penanganan hipertensi berat sesuai standar.
5	Ibu hamil dengan pre eklampsia, Hipertensi disertai Edema wajah atau tungkai bawah, dan atau Proteinuria (+)	Keadaan emergensi, rujuk untuk penanganan pre-eklampsia sesuai standar.
6	Ibu hamil BB Kurang (kenaikan BB < 1 Kg/bulan), atau Ibu hamil risiko KEK (LiLA < 23,5 cm)	Rujuk untuk penanganan ibu hamil risiko KEK sesuai standar.

7	Ibu hamil BB Lebih (kenaikan BB > 2Kg/bulan).	Rujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut.
8	Ibu hamil dengan status imunisasi tetanus kurang dari T5	Rujuk untuk mendapatkan suntikan vaksin TT sesuai status imunisasinya
9	TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan.	Rujuk untuk penanganan kehamilan dengan kelainan letak janin.
10	Kelainan letak janin pada trimester III.	Rujuk untuk penanganan gawat janin
11	Gawat Janin	Rujuk untuk penanganan gawat janin
12	Ibu hamil dengan diabetes mellitus (DM)	Rujuk untuk penanganan DM sesuai standar Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil DM
13	Ibu hamil dengan Malaria	Konselingtidurmenggunakan kelambu berinsektisida Memberikan pengobatan sesuai kewenangan Rujuk untuk penanganan lebih lanjut pada malaria dengan komplikasi.
14	Ibu hamil dengan Tuberkulosis (TB)	Rujuk untuk penanganan TB sesuai standar Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil TB Pemantauan minum obat TB Tawarkan Tes HIV
15	Ibu hamil dengan anemia	Rujuk untuk penanganan anemia sesuai standar Konseling gizi, diet makanan kaya zat besi dan protein

16	Ibu hamil dengan IMS/ Sifilis	Rujuk untuk penanganan IMS termasuk Sifilis pada ibu hamil dan suami sesuai standar Tawarkan tes HIV
17	Ibu hamil dengan HIV	Konseling rencana persalinan Rujuk untuk penanganan HIV sesuai standar Konseling gizi, diet makanan untuk ibu hamil HIV Konseling pemberian makan bayi yang lahir dari ibu dengan HIV
18	Ibu hamil kemungkinan ada masalah kejiwaan	Rujuk untuk pelayanan kesehatan jiwa. Pantau hasil rujukan balik Kerjasama dengan fasilitas rujukan selama kehamilan
19	Ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga	Rujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) terhadap korban kekerasan

E. Latihan Kasus

1. Seorang perempuan, umur 23 tahun, G1P0A0 hamil 3 bulan datang ke BPM dengan keluhan mual dan muntah yang sering sejak 1 minggu yang lalu. Hasil anamnesis: tidak ada nafsu makan, kencing 3-5 kali sehari berwarna kuning pekat, BAB jarang. Hasil pemeriksaan fisik: TD: 100/70 mm Hg, N: 100x/menit, S: 37,50C, P: 24 x/menit. Mata cekung, sclera putih, Abdomen: TFU 3 jari di atas symfisis pubis, turgor kulit menurun. Apakah diagnosis yang paling tepat pada kasus tersebut?
   a. Morning sickness
   b. Emesis Gravidarum
   c. Hiperemesis gravidarum tingkat I

d. Hiperemesis gravidarum tingkat II
e. Hiperemesis gravidarum tingkat III

2. Seorang perempuan, umur 20 tahun, G1P0A0 hamil 3 bulan datang ke BPM diantar keluarganya dengan keluhan mual dan muntah yang sering sejak 2 minggu yang lalu. Hasil anamnesis: lemas, tidak ada nafsu makan, tidak ada makanan yang bisa masuk, kencing berwarna kuning pekat dengan jumlah sedikit, tidak bisa BAB. Hasil pemeriksaan fisik: TD: 90/60 mm Hg, N: 110x/menit, S: 380C, P: 24 x/menit. Mata cekung, sclera putih, Abdomen: TFU 3 jari di atas symfisis pubis, turgor kulit menurun. Tercium bau aseton dari pernafasannya. Apakah penanganan yang paling tepat pada kasus tersebut?
   a. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antiemetik
   b. Menganjurkan ibu untuk makan sedikit tapi sering
   c. Menganjurkan ibu untuk mengurangi makanan berlemak
   d. Merawat ibu di tempat praktik bidan mandiri
   e. Merujuk ibu ke rumah sakit
3. Seorang perempuan, umur 27 tahun, G1P0A0 hamil 24 minggu datang ke BPM dengan keluhan cepat lelah sejak 2 minggu yang lalu. Hasil anamnesis: kurang ada nafsu makan,cepat lelah, tidak suka makan sayuran. ANC di bidan tiap bulan. Hasil pemeriksaan fisik: TD: 100/70 mm Hg, N: 88x/menit, S: 36,8 0C, P: 20 x/menit. Konjuntiva pucat, sclera putih, Abdomen: TFU 24 cm, puka, belum masuk pap. DJJ (+) 120x/menit teratur. Hb: 10.6 gr %. Apa diagnosa yang paling tepat pada ibu hamil tersebut:
   a. G3P2A0 hamil 24 minggu
   b. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia
   c. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia ringan
   d. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia sedang
   e. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia berat

4. Seorang perempuan, umur 31 tahun, G4P1A2 hamil 35-36 minggu bulan datang ke BPM dengan keluhan sudah 1 minggu nyeri perut saat janin bergerak. Hasil anamnesis: ibu kurang nafsu makan, minum air putih 3 gelas sehari, ANC baru 2 kali ke Puskesmas saat usia kehamilan 3 bulan dan 5 bulan. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 110/70 mm Hg, N: 88x/menit, S: 36,80C, P: 18 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik: TFU 28 cm, puki, belum masuk PAP (janin teraba dengan jelas), DJJ 138 x/menit terdengar sangat jelas. Apakah data subjektif yang perlu dikaji untuk mendapatkan informasi tentang factor predisposisi pada kasus tersebut?
   a. Riwayat ketuban pecah saat trimester 2
   b. Riwayat penyakit / kelainan pada ibu
   c. Riwayat trauma benturan
   d. Riwayat hipertensi
   e. Riwayat kehamilan ganda
5. Seorang perempuan, umur 31 tahun, G4P1A2 hamil 35-36 minggu bulan datang ke BPM dengan keluhan sudah 1 minggu nyeri perut saat janin bergerak. Hasil anamnesis: ibu kurang nafsu makan, minum air putih 3 gelas sehari, ANC baru 2 kali ke Puskesmas saat usia kehamilan 3 bulan dan 5 bulan. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 110/70 mm Hg, N: 88x/menit, S: 36,80C, P: 18 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik: TFU 28 cm, puki, belum masuk PAP (janin teraba dengan jelas), DJJ 138 x/menit terdengar sangat jelas. Apakah masalah potensial pada janin yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
   a. Cacat kongenital
   b. Premature
   c. Aspirasi meconium
   d. Syok anapilatik
   e. IUGR

F. Kunci Jawaban :

1. D
2. E
3. A
4. A
5. B

G. Pembahasan :

1. Hiperemesis gravidarum tingkat II memiliki tanda Penderita tampak lebih lemah dan tidak peduli/apatis pada sekitarnya, nadi kecil dan cepat, lidah kering dan tampak kotor, suhu kadang naik, mata cekung dan sclera sedikit kuning, berat badan turun, tekanan darah turun, terjadi pengentalan darah, urin berkurang,sulit BAB/konstipasi, dan pada nafas dapat tercium bau aseton.
2. Apabila terjadi hiperemesis gravidarum, bidan perlu merujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pengelolaan lebih lanjut
3. Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar nilai Haemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester dua.
4. Faktor Predisposisi
   a. Kelainan kongenital (gagal ginjal bawaan, syndrom potter)
   b. Penyakit virus
   c. *Intra Uterine Growth Retardatoin (IUGR)*/ Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
   d. Insufisiensi uteroplasenta
   e. Pecah ketuban dini (minggu ke-24 sampai ke-36)
   f. Merespon indosin sebagai tokolitik
   g. Hipoksia janin
   h. Aspirasi mekonium dan cairan yang bercampur meconium
   i. Sindrom pascamatur

5. Oligohidramion adalah suatu keadaan ketika cairan ketuban sangat sedikit yaitu <500 ml. Kondisi ini biasanya terjadi akibat *insufisiensi uteroplasenta* dan hipoksia janin. Adanya kelainan jumlah cairan ketuban yang kurang menunjukkan adanya indikasi kelainan *genitourinaria* dan paru-paru janin. Beberapa penelitian menunjukkan penurunan cairan ketuban berhubungan *significant d*engan keadaan gawat janin dalam persalinan, APGAR skor rendah, cairan ketuban bercampur mekonium, aspirasi mekonium, dan juga *syndrom pascamatur*.

   Oligohidramion merupakan keadaan yang berhubungan dengan kejadian postmatur. Apabila kondisi ini diperburuk oleh keadaan pertumbuhan janin terhambat, maka resiko janin terhadap persalinan buruk. Pada keadaan demikian, diperlukan tindakan persalinan operatif.

H. Referensi

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013.

Marmi, Retno dan Ery. 2015. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Patimah, Endah dan Alif. 2016. Praktik Klinik Kebidanan III. Kemenkes RI.

PMK Kemenkes RI Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.

Tyastuti, Heni. 2016. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Kemenkes RI.

BAB II
ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI MASA PERSALINAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi masa persalinan, mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

1. Pengkajian pada klien dengan pendekatan holistik
2. Analisis data pada klien dengan pendekatan holistik
3. Perencanaan asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
4. Implementasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
5. Evaluasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistic
7. Kajian kasus-kasus patologi dan komplikasi
8. Reflektif praktik.

B. Pertanyaan Pendahuluan

Sebagai persiapan, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

1. Apa yang dimaksud Ketuban pecah dini?
2. Jelaskan faktor persalinan lama.
3. Jelaskan faktor predisposisi kasus distosia bahu.
4. Jelaskan penatalaksanaan pada kasus Distosia bahu.
5. Apa yang dimaksud dengan Retensio plasenta?
6. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus Retensio plasenta?
7. Apa yang dimaksud dengan Atonia uteri?
8. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus atonia uteri?

C. Pendahuluan

1. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi persalinan
    a. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi persalinan
        1) Data Subjektif
            a) Biodata ibu dan suami (Nama, usia, alamat, no hp, suku/bangsa, agama, golongan darah)
            b) Keluhan utama/alasan berkunjung
            c) Status dan riwayat obstetric
            d) Riwayat menstruasi
            e) Riwayat kehamilan sekarang
            f) Riwayat perkawinan
            g) Riwayat kontrasepsi
            h) Riwayat kesehatan
            i) Riwayat alergi
            j) Riwayat persalinan ini
            k) Riwayat kesejahteraan janin
            l) Riwayat nutrisi dan eliminasi
        2) Data Objektif
            a) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
            b) Pemeriksaan berat badan
            c) Pemeriksaan fisik (Head to Toe)
            d) Pemeriksaan Leopold
            e) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
            f) Pemeriksaan denyut jantung janin
            g) Pemeriksaan genetalia
            h) Pemeriksaan dalam
            i) Pemeriksaan
2. Analisis data pada klien kasus patologi dan komplikasi dalam persalinan

    Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan

logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Persalinan dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Perdarahan pada saat persalinan 2. Pre eklampsia dan eklampsia 3. Persalinan dengan penyulit 4. Kelainan lamanya bersalin 5. Kelainan air ketuban 6. Syok obstetri
Persalinan dengan kegawatdaruratan	1. Perdarahan pada saat persalinan 2. Pre eklampsia dan eklampsia 3. Persalinan dengan penyulit 4. Kelainan lamanya bersalin 5. Kelainan air ketuban 6. Syok obstetri

3. Perencanaan asuhan pada kasus patologi dan komplikasi persalinan

   Bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin memiliki 5 aspek dasar, meliputi:

   a. Membuat keputusan klinik
   b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
   c. Pencegahan infeksi

d. Pencatatan rekam medis asuhan persalinan
e. Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Perencanaan pada kasus patalogi dan komplikasi persalinan adalah sebagai berikut.

Kategori	Gambaran
Persalinan dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Melakukan upaya promosi kesehatan 3. Melakukan evaluasi kemajuan persalinan 4. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 5. Melanjutkan pemantauan kondisi ibu dan janin selama proses persalinan 6. Merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan diatasnya 7. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Persalinan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan persalinan 2. Merujuk ke RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin

	5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Implementasi yang dilakukan oleh bidan adalah berdasarkan perencanaan yang disusun, yaitu :

Kategori	Gambaran
Persalinan dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Melakukan upaya promosi kesehatan 3. Melakukan evaluasi pembukaan jalan lahir 4. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 5. Melanjutkan pemantauan kondisi ibu dan janin selama proses persalinanMerujuk ke fasilitas kesehatan rujukan diatasnya 6. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Persalinan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan persalinan 2. Merujuk ke RS

	3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

5. Evaluasi asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi persalinan

Gambaran evaluasi yang dilakukan pada asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi persalinan adalah

Kategori	Gambaran
Persalinan dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Evaluasi keefektifan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Evaluasi keefektifan upaya promosi kesehatan 3. Evaluasi kemajuan persalinan 4. Evaluasi keefektifan konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 5. Evaluasi kondisi ibu dan janin selama proses persalinan 6. Evaluasi rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan diatasnya 7. Evaluasi tindak lanjut hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan

Persalinan dengan kegawatdaruratan	1. Evaluasi pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan persalinan

6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

   Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

   a. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.
   b. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
   c. Analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.
   d. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif;

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

7. Tinjauan Teori
   a. Ketuban Pecah Dini

      Yaitu pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi. Insiden KPD lebih tinggi pada perempuan dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina/ serviks. Selain itu, KPD dapat terjadi pada ibu dengan kelelahan.

      Komplikasi yang dapat terjadi pada KPD adalah persalinan prematur, infeksi intrauteri (korioamnionitis), kompresi tali pusat akibat prolaps tali pusat atau oligihodramnion. Deteksi dini KPD didapatkan dari pengumpulan data Subjektif dan Objektif.

      1) Data Subjektif

         a) Mempunyai risiko terjadinya KPD : riwayat KPD atau persalinan prematur, serviks tidak kompeten, riwayat tindakan pada serviks/ robekan serviks, infeksi serviks/ vagina, peningkatan PH vagina, perdarahan selama persalinan, gemelli, polyhidramnion, kelainan plasenta, prosedur saat prenatal (amniosentesis, chorionic Villus sampling), kebiasaan merokok, penggunaan narkoba, hipertensi, diabetes, malnutrisi, social ekonomi rendah.
         b) Waktu terjadi pecah ketuban
         c) Tanda dan gejala infeksi
         d) Jumlah cairan yang keluar (menyembur, sedikit terus menerus, perasaan basah pada celana dalam)

e) Ketidakmampuan mengendalikan kebocoran dengan latihan kegel (untuk membedakan iknontinensia uteri dan KPD
f) Warna cairan (jernih atau keruh, bercampur mekoneum atau lainnya)
g) Bau cairan (khas, membedakan dengan urine)
h) Hubungan seksual terakhir

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan abdomen untuk menentukan volume cairan amnion
b) Pemeriksaan spekulum (inspekulo) : pengeluaran cairan dari orifisium, dilatasi serviks, prolaps tali pusat)
c) Pemeriksaan laboratorium : Uji kertas nitrazin positif bila warna kertas menjadi biru gelap (basa, PH amnion 7,0-7,5) dan USG untuk mendeteksi oligohidramnion

Saat mengetahui bahwa ibu mengalami KPD, bidan hendaknya melakukan observasi ketuban, yakinkan warna ketuban apakah berwarna jernih? kuning muda atau hijau atau bahkan berupa gumpalan feces bayi pada ketuban (hitam). Setelah itu, observasi denyut jantung janin dan observasi tanda peringatan lain.

Saat menunggu persalinan atau bila ibu mendapatkan perawatan konservatif, bantu ibu untuk mencegah agar kuman tidak masuk ke dalam vaginanya dengan cara : Tidak melakukan periksa dalam, tidak memasukkan apapun ke dalam vagina, memastikan ibu tidak berendam saat mandi, memastikan agar ibu tidak melakukan hubungan seksual, meminta ibu membersihkan genital luarnya dari arah depan ke belakang setelah berkemih dan menganjurkan ibu

mengganti pakaian dalam secara teratur (Klein, 2009).

Penatalaksanaan
Konservatif :

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

Aktif :

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

b. Gangguan Kemajuan Persalinan/ Persalinan Lama

Persalinan dikatakan terlalu lama jika persalinan berlangsung selama > 12 jam untuk multipara dan > 24 jam untuk primipara. Persalinan lama akan menyebabkan masalah serius, termasuk fistula, ruptur uterus, atau kematian ibu dan bayi. Saat ibu mengalami persalinan lama, observasi ibu secara ketat untuk mendeteksi tanda peringatan. Apakah jarak antar nyeri semakin jauh? Apakah ibu menunjukkan tanda infeksi? Apakah ibu mulai kelelahan? Apakah denyut jantung normal?

Yang perlu diingat adalah : “jangan pernah membuat ibu merasa bersalah jika persalinan lama atau sulit, tetapi kuatkan ibu”. Pada prinsipnya, persalinan lama dapat disebabkan faktor-faktor yang satu sama lain saling berhubungan yaitu *power*, *passanger*, *passage*, *psychologic*, dan *position of mother* (5 P). Marilah kita bahas satu persatu.

1) *Power* atau his tidak efisien (tidak adekuat)/ disfungi uterus hipotonik/ inersia uteri

Disfungsi uterus merupakan diagnosis yang dapat ditegakkan dengan melakukan observasi

pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu yang diperkirakan. Hal ini dapat diidentifikasi berdasarkan sedikitnya kemajuan pendataran serviks atau dilatasi atau penurunan bagian presentasi janin.

Pada disfungsi uterus hipotonik, kontraksi memiliki pola gradien normal (paling besar di fundus dan menurun sampai paling lemah di segmen bawah uterus dan serviks), tetapi tonus atau intensitas sangat buruk (kurang dari 15 mmHg tekanan), tekanan ini sangat sedikit untuk menyebabkan serviks berdilatasi. Keadaan ini meningkatkan resiko distrees maternal, perdarahan, dan jika ketuban pecah terjadi infeksi intra uterus, serta jika terlalu lama berlangsung menimbulkan distress janin

Tanda dan gejala disfungsi uterus hipotonik adalah:

a) Ibu tidak merasakan nyeri, persalinan mengalami kemajuan namun kemudian berhenti
b) Pada pemeriksaan kontraksi tidak sering, durasi singkat, intensitas ringan
c) Pemeriksaan dalam tidak ada kemajuan dilatasi serviks atau penurunan janin karena kontraksi tidak efektif

Beberapa pilihan asuhan yang dapat dilaksanakan kepada ibu dengan disfungsi uterus hipotonik (Varney, 2008)

a) Mengubah lingkungan untuk menurunkan stress pada ibu
b) Menganjurkan ibu istirahat dan memenuhi asupan cairan

c) Berkomunikasi dan mendukung dengan ibu untuk mengurangi kekhawatiran dan ketakutan
d) Ambulasi
e) Hidroterapi (shower, berendam air hangat, *jacuzzi*)
f) Stimulasi puting susu
g) Bila perlu, pecahkan ketuban
h) Bila perlu, stimulasi Pitocin

Penanganan disfungsi uterus :

a) Lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dektrosa (atau NaCl) atau prostaglandin
b) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal setiap 4 jam:
   (1) Bila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan SC
   (2) Bila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.

2) *Passanger* atau Faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar)

   Malpresentasi, malposisi dan janin besar akan kita bahas di bab yang lain.

3) *Passage* Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

   Panggul sempit, kelainan serviks, vagina dan tumor akan dibahas di bab yang lain.

4) Psikologi

   Apakah Anda pernah melihat persalinan lambat atau persalinan macet yang disebabkan oleh faktor psikologi ibu? Faktor ini ditandai dengan ibu menjadi tegang, khawatir atau ketakutan. Banyak penyebab yang mempengaruhi psikologi ibu saat persalinan, diantaranya:

a) Nyeri fisik persalinan membuat ibu ketakutan
b) Ibu belum berpengalaman karena merupakan bayi pertama
c) Bayi terdahulu lahir mati atau meninggal setelah dilahirkan
d) Ibu tidak menginginkan kehamilan
e) Ibu tidak memiliki suami, pasangan atau keluarga untuk membantunya
f) Terdapat masalah keluarga
g) Ibu pernah mengalami kekerasan seksual di masa lampau

Asuhan yang diberikan adalah:

a) Bantu ibu merelaksasi tubuhnya, dengan massase, memandikan dengan air hangat atau meberi pakaian hangat
b) Bantu ibu untuk menyambut kontraksi dengan mengajarkan teknik relaksasi
c) Perlakukan ibu dengan penuh perhatian dan penghargaan

5) Position of Mother

Persalinan seringkali menguat jika ibu berdiri atau berjalan-jalan karena dalam posisi tersebut, kepalabayi menekan serviks dan menyebabkan kontraksi lebih kuat. Beberapa ibu mengalami kontraksi yang lebih kuat hanya dengan mengubah posisi.

Asuhan yang dapat diberikan saat persalinan yaitu bantu ibu berpindah tempat selama persalinan. Ibu dapat jongkok, duduk, berlutut atau mengambil posisi lain. Ibu boleh berdiri, berjalan, berayun-ayun, bergoyang-goyang atau bahkan menari untuk membantu tubuh ibu menjadi rileks. Ibu boleh tidur miring dengan disangga bantal diantara tungkai atau

berbaring telentang dengan bagian atas tubuh diganjal bantal. Yang harus diingat, ibu tidak boleh tidur berbaring datar telentang.

c. Distosia Bahu

Distosia bahu adalah presentasi sefalik dengan bahu anterior terjepit diatas simfisis pubis (Varney, 2008) atau dengan kata lain Kepala janin sudah lahir tetapi bahu tidak dapat (sukar) dilahirkan atau bahu gagal melewati pangul secara spontan setelah pelahiran kepala. Penilaian klinik :

1) Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva.
2) Dagu tertarik dan menekan perineum.
3) Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang simpisis. Terdapat beberapa jenis distosia bahu:
   a) *Turtle sign*, kepala bayi tersangkut di perineum, seolah olah akan masuk kembali ke dalam vagina.
   b) *Snug shoulder*, kedua bahu diatas pintu atas panggul, biasanya terjadi pada bayi besar dan kadang kala pada ibu dengan obesitas.
   c) *Bed dystocia*, distosia yang disebabkan karena tempat tidur yang empuk di bagian bokong ibu sehingga tidak ada ruang yang cukup untuk melahirkan bayi.

Apakah kemungkinan penyebab terjadinya distosia bahu?

1) Janin besar
2) Diabetes Maternal, terutama Diabetes Kehamilan atau diabetes kelas A Tipe 1
3) Serotinus
4) Riwayat Obstetri bayi besar

5) Riwayat keluarga dengan saudara kandung besar
6) Obesitas maternal
7) Riwayat obstetri sebelumnya distosia bahu
8) Panggul sempit atau Cepalopelvic Disproporsi (CPD)
9) Perlambatan fase aktif
10) Kala II Memanjang

Komplikasi yang terjadi akibat distosia bahu pada janin yaitu kerusakan otak, fraktur klavikula, *paralisis pleksus brakhialis* (Erb), bahkan kematian. Sedangkan komplikasi pada ibu yaitu laserasi perineum dan vagina yang luas, distress emosional akibat persalinan traumatis, dan syok emosional serta rasa berduka jika bayi mengalami cedera atau kematian. Waktu yang aman dalam pertolongan persalinan yaitu 5 sampai 10 menit jika tidak ada gangguan sebelumnya. Namun, untuk mengantisipasi dan memberikan kesempatan terbaik untuk menyelamatkan dan meminimalkan kerusakan otak bayi akibat hipoksia adalah 3 menit.

Sebagai seorang bidan, anda perlu mengetahui bahwa pencegahan trauma lahir dapat dilakukan dengan identifikasi melalui faktor resiko terjadinya distosia bahu serta melakukan penatalaksanaan yang tepat. Apakah deteksi dini pada distosia bahu ? Berikut deteksi dini yang perlu anda ketahui:

1) Kemajuan persalinan yang lambat dari 7 – 10 cm pada kala I persalinan
2) Kala II yang lama
3) Penurunan berhenti atau kegagalan penurunan kepala

4) Makrosomia (>4000 gram)
5) Perlunya tindakan persalinan

Asuhan kebidanan pada distosia bahu :

1) Lakukan tindakan HELPERR
   a) Help! Panggil bantuan, aktivasi protokol.
   b) Episiotomi : memungkinkan akses lebih baik bagi janin dan manuver internal
   c) Legs (tungkai) : manuver Mc Robert (30-60 detik), yaitu hiperfleksi tungkai ibu membentuk posisi lutut mendekati dada, untuk memperbaiki hubungan sacrum dengan lumbal dan memungkinkan simpisis pubis berotasi ke arah superior sehingga PAP (pintu atas panggul) tegak lurus terhadap kekuatan maksimum ekspulsif maternal, serta mengurangi sudut inklinasi.
   d) Pressure (tekanan) : tekanan suprapubis eksternal (30-60 detik) yaitu memberikan tekanan lembut dengan telapak tangan atau pangkal tangan terhadap punggung janin, arahkan tekanan ke arah garis tengah janin. Tindakan ini akan mengaduksi bahu dan mengurangi diameter bisakromial sehingga memungkinkan bahu untuk memutar tulang pubis dan ke dalam panggul. Yakinkan kandung kemih dalam keadaan kosong
   e) Enter the vagina (masuk vagina) : Manuver wood's screw; Rubin (30-6- detik). Manuver woows's srew memerlukan bantuan asisten yang memberikan tekanan ke bawah secara

lembut pada bokong janin dengan satu tangan sementara bidan memasukkan dua jari ke dalam vagina sampai menemukan dinsing dada anterior yang berhadapan dengan bahu posterior dan mendorong bahu posterior ke belakang dengan arkus 1800. Manuver Rubin dijelaskan sebagai kebalikan manuver woods' screw.

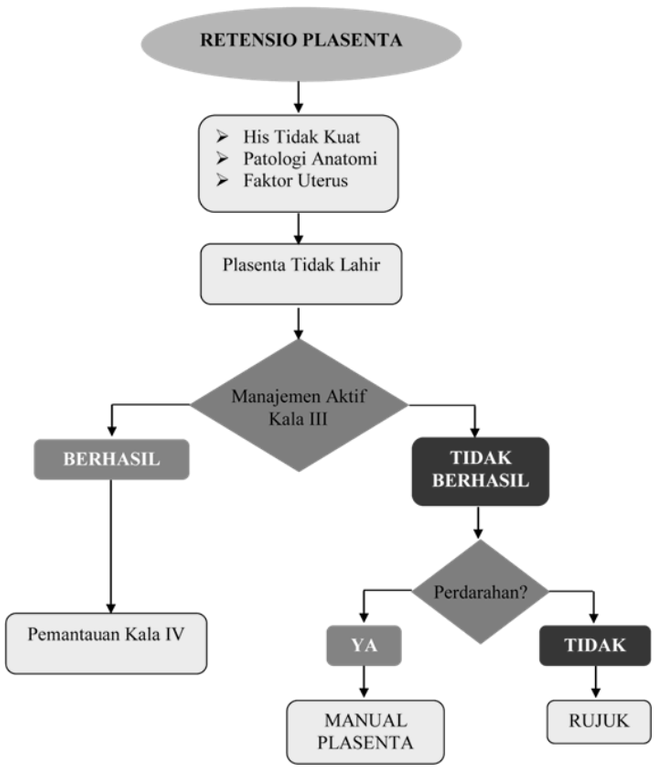
f) R*emove* (keluarkan) lengan posterior. Pelahiran lengan posterior dilakukan jika manuver rotasional gagal menurunkan impaksi janin yang tersangkut pada PAP. Tekanan ke dalam fossa antekubiti membantu lengan bawah fleksi sehingga dapat melewati dada. Pelahiran lengan posterior dapat memudahkan rotasi janin dengan arkus 1800.

g) *Roll* (putar) melalui manuver all fours. Jika manuver Mc Robert bukan tindakan yang tepat, posisikan ibu dalam keadaan menungging dengan tangan dan lutut menjadi tumpuan (posisi *all four*).

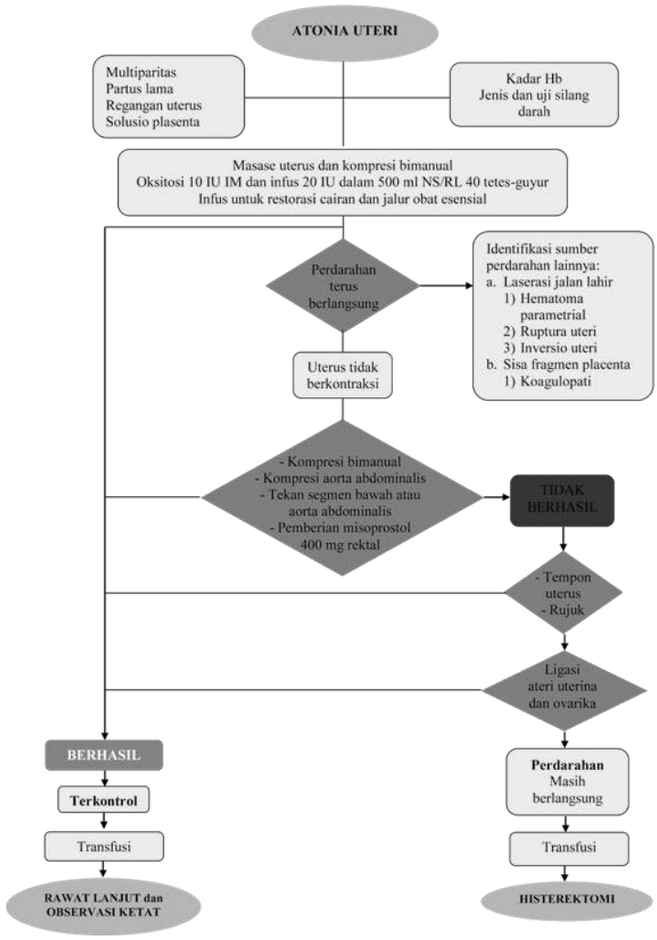
2) Lakukan pencatatan
3) Komunikasikan dengan ibu dan pasangannya atau keluarga.
4) Praktik Manuver
5) Refleksikan pengalaman dengan teman sejawat
6) Pertimbangkan isu penatalaksanaan risiko.

D. Algoritma Kasus

1. Algoritma Retensio Plasenta

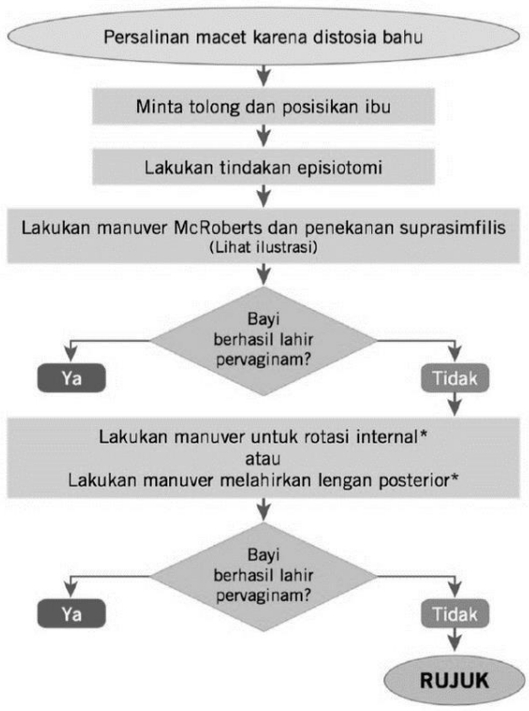


2. Algoritma Atonia Uteri



3. Algortitma Distosia Bahu

ALGORITMA DISTOSIA BAHU



E. Latihan Kasus

1. Seorang perempuan ke BPM jam 08.00 dengan keluhan ingin melahirkan. Semalam ibu tidak bisa tidur karena mules, makan minum terakhir jam 21.00. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 37,50C. Hasil pemeriksaan his 4x/10'40", DJJ 163x/menit Pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm, ketuban (+), stasion 3, UUK depan. Apakah kemungkinan diagnosa pada kasus tersebut?
   a. Gawat Janin
   b. Malpresentasi
   c. Persalinan lama
   d. Panggul Sempit (CPD)
   e. Distosia Bahu

2. Seorang perempuan ke BPM jam 08.00 dengan keluhan ingin melahirkan. Semalam ibu tidak bisa tidur karena mules, makan minum terakhir jam 21.00. Hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 37,50C. Hasil pemeriksaan his 4x/10'40", DJJ 163x/menit Pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm, ketuban (+), stasion 3, UUK depan. Apakah asuhan yang diberikan untuk kasus tersebut?
   a. Lakukan rujukan
   b. Beri ibu parasetamol
   c. Beri ibu drip oksitosin
   d. Penuhi kebutuhan hidrasi ibu
   e. Lakukan episiotomi

3. Seorang perempuan usia 34 tahun sedang dalam proses persalinan sungsang di BPM. Saat persalinan, bidan mencengkram bokong bayi hingga lahir seluruh

badan. Apakah metode yang sesuai dengan kasus tersebut?

a. Cara Muller
b. Cara Bracht
c. Cara Lovset
d. Cara Deventer
e. Cara McRobert

4. Seorang perempuan usia 30 tahun G2P1A0 hamil aterm sedang dipimpin persalinan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Bidan mendiagnosa ibu mengalami retensio plasenta. Apakah komplikasi yang mungkin timbul pada kasus tersebut?

   a. Retensio urin
   b. Syok neuraghic
   c. Syock hipovolemik
   d. Insertia uteri hipotonik
   e. Plasenta inkreta

5. Seorang perempuan usia 33 tahun G3P1A1 baru saja melahirkan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Bidan mendiagnosa ibu mengalami retensio plasenta. Apakah faktor predisposisi kasus tersebut?

   a. Primiparitas
   b. Multiparitas
   c. Kelainan plasenta
   d. Riwayat abortus berulang
   e. Persalinan lama

F. Kunci Jawaban :

1. A
2. D
3. B
4. C
5. D

G. Pembahasan :

1. Pada kasus dapat diketahui DJJ 163x/menit. Batas normal DJJ 120-160 x/menit.
2. Tidak ada indikasi untuk melakukan rujukan, pemberian antipiretik, pemberian uterotonika dan melakukan episiotomi.
3. Metode Muller digunakan jika bahu sudah berada di pintu bawah panggul. Metode bracht dilakukan segera setelah bokong lahir dengan mencengkram secara bracht. Metode Lovset digunakan jika lengan bayi terjungkit di belakang kepala. Metode Deventer digunakan jika bahu masih tinggi. Metode McRobert digunakan pada kasus Distosia Bahu.
4. Salah satu komplikasi retensio plasenta adalah syok hipovolemik.
5. Beberapa predisposisi terjadi retensio plasenta adalah:
   a. Grandemultipara
   b. Kehamilan ganda, sehingga memerlukan implatasi plasenta yang agak luas.
   c. Kasus infertilitas, karena lapisan endometriumnya tipis.
   d. Plasenta previa, karena dibagian isthmus uterus, pembuluh daarh sedikit, sehingga perlu masuk jauh ke dalam.
   e. Bekas operasi pada uterus.
   f. Plasenta Adhesiva
   g. Plasenta akreta

h. Plasenta inkreta
i. Plasenta perkreta
j. Plasenta inkarserata

H. Referensi

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013.

Marmi, Retno dan Ery. 2015. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Patimah, Endah dan Alif. 2016. Praktik Klinik Kebidanan III. Kemenkes RI.

PMK Kemenkes RI Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.

BAB III
ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI MASA NIFAS DAN MENYUSUI

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi masa Nifas dan Menyusui, mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

1. Pengkajian pada klien dengan pendekatan holistik
2. Analisis data pada klien dengan pendekatan holistik
3. Perencanaan asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
4. Implementasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
5. Evaluasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistic
7. Kajian kasus-kasus patologi dan komplikasi
8. Reflektif praktik.

B. Pertanyaan Pendahuluan

Sebagai persiapan, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

1. Apa yang dimaksud dengan infeksi nifas?
2. Jelaskan patologi infeksi nifas.
3. Apa yang dimaksud dengan mastitis?
4. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus mastitis?
5. Apa yang dimaksud dengan abses payudara?
6. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus abses payudara?
7. Apa yang dimaksud dengan abses pelvis?
8. Jelaskan tanda-tanda pasien dengan kasus abses pelvis.
9. Apa yangg dimaksud dengan *Baby Blues?*

C. Pendahuluan

1. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi masa nifas dan menyusui
   a. Data Subjektif
      1) Biodata ibu dan suami (Nama, usia, alamat, no hp, suku/bangsa, agama, golongan darah)
      2) Keluhan utama/alasan berkunjung
      3) Status dan riwayat obstetric
      4) Riwayat menstruasi
      5) Riwayat kehamilan sekarang
      6) Riwayat perkawinan
      7) Riwayat kontrasepsi
      8) Riwayat kesehatan
      9) Riwayat alergi
      10) Pola makan dan minum
      11) Pola aktivitas dan istirahat
      12) Pola eliminasi
      13) Pola seksual
      14) Personal hygiene
      15) Obat yang sedang dikonsumsi ibu
      16) Kebiasaan ibu : merokok, narkotika, jamu
      17) Keadaan psikososial spiritual ibu
   b. Data Objektif
      1) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
      2) Pemeriksaan berat badan
      3) Pemeriksaan tinggi badan
      4) Pengukuran lingkar lengan atas
      5) Pemeriksaan fisik (wajah, leher)

6) Pemeriksaan payudara
7) Pemeriksaan abdomen
8) Pemeriksaan tinggi fundus uteri, kontraksi
9) Pemeriksaan genetalia (perdarahan, lochea, perineum)
10) Pemeriksaan Hb dan golongan darah

2. Analisis data pada klien kasus patologi dan komplikasi masa nifas dan menyusui

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Nifas dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Endometritis 2. Peritonitis 3. Metritis 4. Abses pelvis 5. Bendungan ASI 6. Infeksi payudara (Mastitis dan Abses payudara) 7. Tromboflebitis 8. Infeksi luka perineum dan luka abdominal 9. Perdarahan post partum 10. Depresi post partum 11. Pospartum Blues 12. Postpartum Psikosa 13. Retensi urin 14. Inkontinensia urin 15. Emboli paru

	16. Tetanus 17. Retensio sisa plasenta 18. Pre Eklampsia dan Eklampsia
Nifas dengan kegawatdaruratan	1. Perdarahan pada masa nifas 2. Pre Eklampsia dan Eklampsia 3. Retensio sisa placenta 4. Endometritis 5. Peritonitis 6. Metritis 7. Abses pelvis 8. Tromboflebitis 9. Tetanus 10. Abses payudara 11. Depresi 12. Postpartum blues 13. Postpartum Psikosa 14. Emboli paru

3. Perencanaan asuhan pada kasus patologi dan komplikasi nifas dan menyusui

Perencanaan pada asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi nifas dan menyusui adalah sebagai berikut.

Kategori	Gambaran
Nifas dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Melakukan upaya promosi kesehatan 3. Mempersiapkan KB dan kegawatdaruratan 4. Menjadwalkan kunjungan ulang 5. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 6. Melanjutkan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama masa nifas 7. Merujuk ke dokter untuk

	konsultasi/kolaborasi/ rujukan 8. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Nifas dengan kegawatdarurat an	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan nifas 2. Merujuk ke SpOG/RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Implementasi yang dilakukan oleh bidan adalah berdasarkan perencanaan yang disusun, yaitu :

Kategori	Gambaran
Nifas dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Melakukan upaya promosi kesehatan 3. Mempersiapkan KB dan kegawatdaruratan 4. Menjadwalkan kunjungan ulang 5. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 6. Melanjutkan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama masa nifas 7. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Nifas dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan nifas

	2. Merujuk ke SpOG/RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

5. Evaluasi asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi nifas dan menyusui

Gambaran evaluasi yang dilakukan pada asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi nifas dan menyusui adalah

Kategori	Gambaran
Nifas dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Evaluasi keefektivan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Evaluasi keefektivan upaya promosi kesehatan 3. Evaluasi kesiapan KB dan kegawatdaruratan 4. Evaluasi keefektivan konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 5. Evaluasi kondisi ibu dan bayi selama masa nifas 6. Evaluasi rujukan ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Nifas dengan kegawatdaruratan	1. Evaluasi pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan nifas 2. Evaluasi rujukan ke SpOG/RS 3. Evaluasi kondisi ibu 4. Evaluasi penatalaksanaan hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

7. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

   Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

   e. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.
   f. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
   g. Analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.
   h. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

8. Tinjauan Teori

   a. Infeksi Nifas

      Infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat genital pada waktu persalinan dan nifas.

Faktor predisposisi infeksi nifas adalah sebagai berikut.

1) Perdarahan
2) Trauma persalinan
3) Partus lama
4) Retensio plasenta
5) Anemia dan malnutrisi

Patologi infeksi nifas sama dengan infeksi luka. Infeksi dapat terbatas pada lukanya (infeksi perineum, vagina, serviks atau endometrium) atau infeksi dapat menjalar dari luka ke jaringan sekitarnya (thromboflebitis, parametritis, salpingitis, dan peritonitis).

Macam-macam infeksi masa nifas :

1) Metritis
2) Endometritis
3) Peritonitis
4) Bendungan ASI
5) Mastitis
6) Abses payudara
7) Tromboflebitis
8) Tetanus
9) Abses pelvis
10) Luka perineum
11) Luka abdomen, dll

Pada bab ini, kita akan mempelajari mengenai Metritis, abses pelvis, abses payudara dan tromboflebitis.

1) Metritis

   Metritis ialah infeksi pada uterus setelah persalinan. Keterlambatan terapi akan menyebabkan abses, peritonitis, syok, trombosis vena, emboli paru, infeksi panggul kronik, sumbatan tuba, dan infertilitas.

   Faktor predisposisi

a) Kurangnya tindakan aseptik saat melakukan tindakan
b) Kurangnya higien pasien
c) Kurangnya nutrisi

Tanda dan gejala

a) Demam >38°C dapat disertai menggigil
b) Nyeri perut bawah
c) Lokia berbau dan purulen
d) Subinvolusi uterus
e) Dapat disertai perdarahan pervaginam dan syok

2) Abses pelvis

Abses pelvis adalah abses yang terjadi pada regio pelvis. Faktor predisposisi dari abses pelvis adalah metritis (infeksi dinding uterus) pasca kehamilan.

Abses pelvis dapat didiagnosis bila terjadi nyeri perut bawah dan kembung, demam tinggi-menggigil, nyeri tekan uterus, respon buruk terhadap antibiotika, pembengkakan pada adneksa atau kavum douglas, dan pungsi kavum douglas berupa pus.

3) Abses payudara

Breast abscess atau abses payudara adalah akumulasi nanah pada jaringan payudara. Hal ini biasanya disebabkan oleh infeksi pada payudara. Cedera dan infeksi pada payudara dapat menghasilkan gejala yang sama dengan di bagian tubuh lainnya, infeksi cenderung memusat dan menghasilkan abses kecil. Hal ini dapat menyerupai kista. Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan pada payudara, pada payudara tampak merah, bernanah sehingga perlu insisi untuk

mengeluarkan nanah. Abses payudara adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan kumpulan nanah yang terbentuk dibawah kulit payudara akibat dari infeksi bakteri.

Etiologi

Dua penyebab utama abses payudara adalah stasis ASI dan infeksi. Stasis ASI biasanya merupakan penyebab primer yang dapat disertai atau berkembang menuju infeksi. Gunther menyimpulkan dari pengamatan klinis bahwa abses payudara diakibatkan stagnasi ASI di dalam payudara dan bahwa pengeluaran ASI yang efisien dapat mencegah keadaan tersebut. Ia mengatakan bahwa infeksi bila terjadi bukan primer, tetapi diakibatkan oleh stagnasi ASI sebagai media pertumbuhan bakteri.

Faktor penyebab dan resiko

Infeksi payudara biasanya disebabkan oleh bakteri yang banyak ditemukan pada kulit normal (staphylococos aureus). Bakteri sering sekali berasal dari mulut bayi dan masuk ke dalam saluran air susu melalui retakan atau robekan dari kulit (biasanya pada puting susu) perubahan hormonal di dalam tubuh wanita menyebabkan penyumbatan saluran air susu oleh sel-sel mati. Saluran yang terlambat menyebabkan payudara lebih mudah mengalami infeksi.

Infeksi pada payudara biasanya disebabkan oleh bakteri yang umum ditemukan pada kulit normal (*staphylooccus aureus*). Infeksi ini terjadi khususnya pada saat ibu menyusui. Bakteri masuk ke tubuh melalui kulit yang rusak, biasanya puting susu yang rusak pada

masa awal menyusui. Area yang terinfeksi akan terisi dengan nanah. Infeksi pada payudara tidak berhubungan dengan menyusui harus dibedakan dengan kanker payudara. Pada kasus yang langka, wanita muda sampai usia pertengahan yang tidak menyusui mengalami subareolar abses (terjadi dibawah areola, area gelap sekitar puting susu). Kondisi ini sering terjadi pada perokok.

Faktor risiko abses payudara:

a) Diabetes Melitus
b) Perokok berat
c) Tindik di bagian puting susu
d) Infeksi setelah melahirkan
e) Anemia
f) Penggunaan obat steroid
g) Rendahnya sistem imun
h) Penanaman silicon

Tanda dan gejala

a) Sakit pada payudara ibu tampak lebih parah.
b) Payudara lebih mengkilap dan berwarna merah.
c) Benjolan terasa luka karena berisi nanah. Kadang keluar cairan nanah melalui puting susu. Bakteri terbanyak penyebab nanah pada payudara adalah *stafilococcus aureus dan spesies streptokokus.*
d) Pada lokasi payudara yang terkena akan tampak membengkak. Bengkak dengan getah bening di bawah ketiak.
e) Nyeri dan teraba masa yang empuk.
f) Sensasi rasa panas pada area yang terkena.

g) Demam, kedinginan dan mengigil.
h) Rasa sakit secara keseluruhan.
i) Malaise, timbul limpadenopati pectoral axilla, parastenalis, dan subklavia.

Diagnosis
Untuk memastikan diagnosis perlu dilakukan aspirasi nanahnya.

Pencegahan
a) Perawatan puting susu rata
   Untuk memperbaiki hal ini, *Hoffman's exercise* dapat dimulai sejak 32 minggu kehamilan. Oles sedikit ASI pada daerah areola. Dua ruas jari atau satu jari dan jempol diletakkan disepanjang sisi puting susu dan kulit dengan lembut ditarik searah horizontal, lakukan dikeduanya. Jika latihan ini dilakukan dapat mengeluarkan puting susu.
b) Puting susu dan payudara harus dibersihkan sebelum dan setelah menyusui.
c) Setelah menyusui, olesi puting kembali dengan ASI.
d) Hindari pakaian yang menyebabkan iritasi pada payudara.
e) Menyusui secara bergantian payudara kiri dan kanan.
f) Untuk mencegah pembengkakan dan penyumbatan saluran, kosongkan payudara dengan cara memompanya.
g) Gunakan teknik menyusui yang baik dan benar untuk mencegah luka pada puting susu.

h) Minum banyak cairan.
i) Menjaga kebersihan puting susu.
j) Mencuci tangan sebelum dan sesudah menyusui.

Penatalaksanaan

a) Teknik menyusui yang benar.
b) Kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian.
c) Meskipun dalam keadaan payudara sakit, harus tetap menyusui bayi.
d) Mulailah menyusui pada payudara yang sehat.
e) Hentikan menyusui pada payudara yang abses, tetapi ASI harus tetap dikeluarkan.
f) Apabila abses bertambah parah dan mengeluarkan nanah, beri antibiotik.
g) Apabila penderita merasa nyeri, beri penghilang rasa sakit.
h) Rujuk apabila keadaan tidak membaik. Terapi : evakuasi abses dengan dilakukan operasi (insisi abses) dalam anestesi umum, setelah insisi, diberikan drain untuk mengalirkan sisa abses yang masih tertinggal di dalam payudara.

b. Perdarahan

Perdarahan pervaginam atau perdarahan post partum atau post partum hemorargi adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genetalia setelah melahirkan. Dua penyebab faktor perdarahan langsung yang sering dijumpai adalah karena adanya miometrium yang hipotonik (atonia uteri) dan laserasi pada vagina dan serviks. Retensi bagian plasenta adalah penyebab yang lebih jarang ditemukan, dapat

mengakibatkan perdarahan langsung, atau perdarahan kemudian, atau keduanya.

Faktor predisposisi dari perdarahan post partum adalah :

1) Kelahiran bayi dengan makrosomia
2) Persalinan dengan focep
3) Persalinan dengan serviks yang berdilatasi belum lengkap
4) Insisi duhrssen pada serviks
5) Tindakan manipulasi intrauterin
6) Persalinan vaginam dengan riwayat SC
7) Gemeli
8) Hidramniom
9) Paritas tinggi
10) Kesalahan penanganan kala III, dll

Prognosis dari perdarahan postpartum adalah komplikasi serius seperti gagal ginjal sebagai akibat hipotensi yang lama sehingga pervusi renal tidak segera pulih serta dapat mengakibatkan kematian.

c. Sindrom *Baby Blues* dan Depresi Pasca Persalinan

Sindroma *Baby Blues* atau sering disebut post partum distress syndrome adalah perasaan sedih dan gundah yang dialami oleh sekitar 50-80% ibu setelah melahirkan bayinya, dengan beberapa gejala seperti menangis, mudah kesal, lelah, cemas, tidak sabaran, tidak percaya diri, enggan memperhatikan bayinya, mudah tersinggung dan sulit konsentrasi.

Sindroma *Baby Blues* masih tergolong ringan dan biasanya berlangsung hingga 2 minggu. Jika ibu mengalaminya lebih dari 2 minggu bisa jadi itu adalah Depresi Pasca Persalinan. Pada pelayanan pasca persalinan, tenaga kesehatan dapat mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk

skrining/deteksi gejala-gejala depresi. Ditambahkan definisi Baby Blues dan Depresi Pascapersalinan.

Perbandingan *Baby Blues* dan Depresi Pasca Persalinan

Karakteristik	*Baby Blues*	Depresi Pascapersalinan
Insiden	30-75% ibu melahirkan	10-15% ibu melahirkan
Onset	3-5 hari setelah melahirkan	Dalam 3-6 minggu setelah melahirkan
Durasi	Beberapa hari hingga minggu	Beberapa bulan hingga beberapa tahun, jika tidak ditangani
Stresor	Tidak ada	Ya, terutama kurangnya dukungan
Pengaruh sosiokultural	Tidak ada, terdapat di semua sosiokultural dan kelas sosioekonomi	Hubungan kuat
Riwayat gangguan *mood*	Tidak ada hubungan	Hubungan kuat
Riwayat keluarga dengan gangguan *mood*	Tidak ada hubungan	Beberapa hubungan
Menangis	Ya	Ya
Mood labil	Ya	Sering, utamanya adalah sedih
Anhedonia (tidak mampu merasakan kesenangan apapun)	Tidak	Sering
Gangguan tidur	Kadang-kadang	Hampir selalu

Pikiran bunuh diri	Tidak	Kadang-kadang
Pikiran untuk melukai bayi	Jarang	Sering
Merasa bersalah, ketidakmampuan/ inadekuat	Tidak ada atau sedikit	Sering dan berat

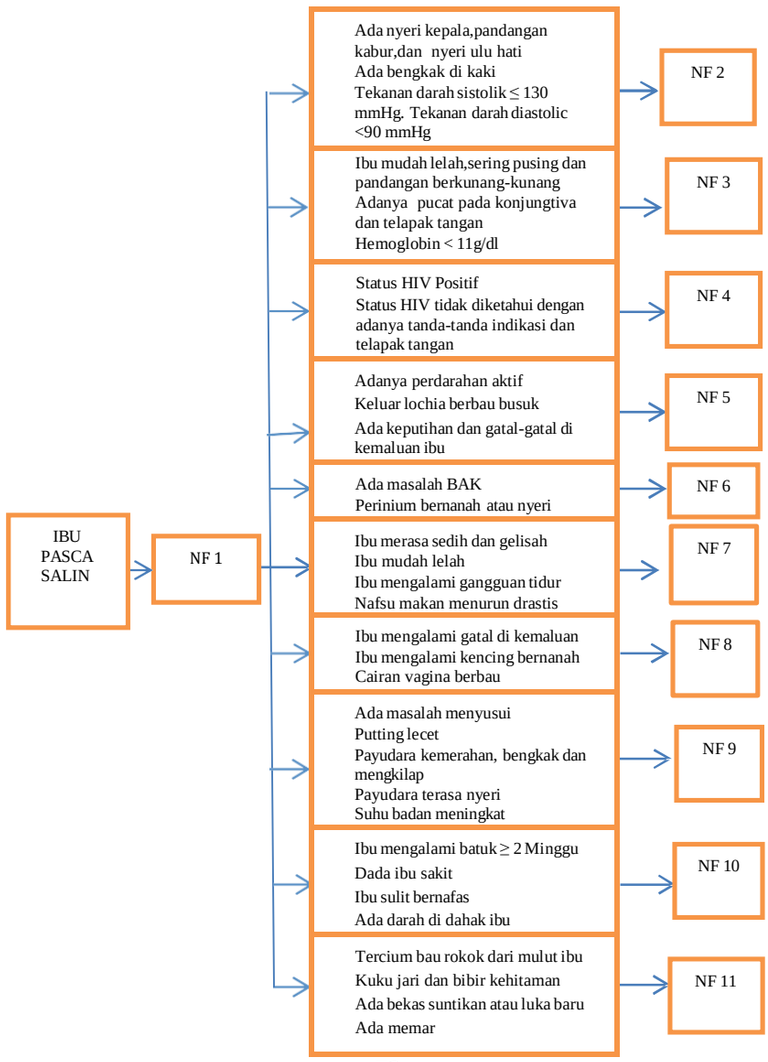
D. Algoritma Kasus

Apabila ditemukan tanda tidak normal atau masalah-masalah pada masa nifas menggunakan algoritma NF 2 – NF11

Penggunaan Algoritma NF2-NF11 pada Bagan Tatalaksana Terpadu Ibu Nifas (pasca persalinan)

No	Gejala atau tanda	Bagan tatalaksana terpadu ibu nifas
1	a. Tekanan Darah Diastolik Naik b. Nyeri kepala, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati	NF 2
2	Wajah pucat, Periksa kemungkinan anemia	NF3
3	Risiko HIV	NF4
4	Perdarahan hebat dari vagina	NF5
5	Demam atau keluar cairan berbau busuk	NF5
6	Masalah buang air kecil	NF6
7	Sedih atau mudah menangis	NF7
8	Keputihan (*vaginal discharge*) pada 4 minggu setelah persalinan	NF8
9	Keluhan nyeri di payudara atau puting	NF9
10	Batuk atau sulit bernapas	NF10
11	Merokok, menggunakan alkohol, obat terlarang dan memiliki riwayat korban kekerasan	NF11

Algoritma Tata Laksana Terpadu Masa Nifas



BAGAN TATA LAKSANA TERPADU
PELAYANAN PASCA PERSALINAN

PEMERIKSAAN KEGAWATDARURATAN IBU

Lakukan penelitian kondisi umum ibu untuk melihat ada tidaknya kegawatdaruratan

Menanyakan, mengecek catatan	Melihat, mendengarkan, merasakan, memeriksa	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan Saran
• Kapan dan dimana ibu bersalin? Serta siapa penolong persalinannnya? • Jenis persalinan atau operasi sesar? • Apakah ibu kejang? Atau ada riwayat kejang? • Apakah ibu	• Ibu tampak sakit berat atau tidak • Periksa kesadaran ibu dengan memanggil atau menggoyang-goyangkan tubuh ibu • Periksa perdarahan dan sumber perdarahan	Terdapat satu atau lebih tanda bahaya berikut: • Tidak sadar (Tidak menjawab panggilan) • Kejang • Perdarahan aktif • Tidak bernafas atau kesulitan bernafas • Nyeri perut berat	• Penyakit berat pasca persalinan	• Memanggil bantuan • Stabilisasi pra rujuk • Rujuk segera ke rumah sakit

merasa nyeri kepala berat? • Apakah ibu merasakan nyeri perut berat? • Demam atau perdarahan aktif sejak persalinan (1 pembalut besar dalam 5 menit) • Apakah pandangan ibu kabur/sulit melihat sejak setelah melahirkan? • Apakah ibu muntah-muntah berlebihan?	• Periksa pernafasan ibu, lihat apakah ibu bernafas normal, lambat atau tidak bernafas • Jika ibu tidak bernafas atau tidak sadar, periksa apakah teraba pulsasi arteri karotis dalam 10 detik • Ukur nadi, tekanan darah dan suhu tubuh	atau tampak sakit berat • Nyeri kepala hebat dan pandangan kabur • Demam • Muntah berlebihan		

Pemeriksaan Pasca pada Ibu (sampai 6 minggu) NF1
Gunakan bagan ini untuk memeriksa ibu setelah pulang dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan gunakan bagan Memeriksa Ibu setelah persalinan

Menanyakan, mengecek catatan	**Melihat,** mendengarkan, **merasakan, memeriksa**	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan saran
• Kapan dan dimana ibu bersalin? Serta siapan penolong persalinannya? • Apakah jenis persalinan normal, vakum/forcep atau operasi sesar? • Apakah keluhan ibu? • Nyeri kepala, pandangan kabur, dan nyeri ulu hari • Apakah ada bengkak di kaki? • Apakah ibu mudah lelah, sering pusing dan pandangan berkunang-kunang? • Apakah ibu mudah merasa khawatir? • Tanyakan triasdepresi?	• Ukur tekanan darah, nadi, laju respirasi dan suhu tubung • Periksa adanya pembengkakan pada ekstremitas bawah • Memeriksaadanya pucat di konjungtiva • Memeriksa adanya pucat di telapak tangan • Periksa hemoglobin jika	• Ibu tampaksehat • Tidak dijumpai trias depresi • Tekanan darah sistolik ≤ 130 mmHg. Tekanan darah diastolik < 90 mmHg pada dua kali pemeriksaan, denyut nadi, laju respirasi dan suhu tubuh normal. • Tidak ada bengkak di ekstremitas • Hemoglobin > 11 g/dl. • Tidak adapucat • Tidak ada kelainan	PASCA PERSALINAN NORMAL	• Memastikan ibu, suami dan keluarga mengetahui apa yang harus diwaspadai dan kapan harus mencari keperawatan • Memberikan KIE tentang perawatan pasca persalinan, dan konseling tentang gizi • Memastikan kekhawatiran ibu telah teratasi • Menekankan

✓ Apakah sulit tidur ✓ Apakah merasasedih ✓ Apakah merasa tidak berguna • Apakah ibu merasakan sakit, demam atau pendarahansejak persalinan? • Bagaimana kondisi payudara ibu? • Apakah ASI ibu keluar dengan baik? • Apakah ibu bisa menyusui anaknya? • Bagaimana daya hisap anak? • Apakah ada masalah dengan buang air kecil? • Apakah ada masalah dengan buang air besar? • Mengecek status HIV (dari buku KIA, Kartu ibu dan kohort ibu) atau bila tidak ada catatan menyatakan apakah benar HIV bila tidak ada catatan • Apakah keluar cairan berbau	ada riwayat pendarahan • Periksa kondisi payudara ibu, apakah ada bengkak pada payudara danlecet pada putting susu • Raba konsistensi uterus. Apakah kares atau bulat? Tentukan tinggi fundus uterus • Periksa vulva dan perineum untuk: ✓ Robekan ✓ Pembengkakan ✓ Bernanah ✓ Berbau • Periksa pembalut untuk pendarahan dan lokia • Bekas suntikan/bekasluka baru	pada payudara dan lecet pada putting susu • Tidaj ada bengkak, kemerahan atau nyeri • Uterusberkontraksi baik dankeras • Tidak ada pembengkakan perineal • Tidak adaperdarahan aktif • Status HIV (-) • Tidakadalochia yang berbau • Tidak ada keputihan dan gatal-gatal • Tidak ada riwayat batuk lama dan minum obat TB • Tidak terpapar rokok dan narkoba • Tidak ditemukan luka bekas operasisesar		konseling untuk praktek hubungan seks yang aman • Memberikan konseling tentang pentingnya memberi jarakkelahirandan keluarga berencana. Merujuk pada konseling keluarga berencana. • Melakukan skrining status imunisai T dan memberikan imunisasi TD bila status imunisasi belum lengkap (PNC 4) • Mempromosikan pemakaian kelambu berinsektisida untuk ibu danbayi- pada daerah endemis malaria. • Memberikan KIE

busuk? • Apakah ibu gatalgatal di kemaluan Ibu? • Apakah ibu mengalamibatuk ≥ 2 minggu • Tanyakah tentang perilaku merokok atau terpajan asap perokok lain • Apakah ibu minum alcohol/menggunakan obat terlarag? Atau ibu pernah mengalami kekerasan • Tanyakan apakah ibu sudah mulai melakukan hubungan seksual dengan pasangannya • Apakah ibu sudah mendapatkan Vit A? • Sudahkan ibu memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan?	• Memar • Periksa bekas luka operasi sesar			untuk menghindari rokok, minuman beralkohol, obat-obatan terlarang, menghindari paparan asep perokok lain, pestisida dan bahan berbahaya beracun lainnya. • Mencatat kedalam buku KIA

Merespon Tanda-tanda yang Diamati atau Masalah-masalah yang Muncul
Jika Tekanan Darah Diastolik naik. NF2

Menanyakan, mengecek catatan	**Melihat,** mendengarkan, **merasakan, memeriksa**	**Tanda-tanda**	**Klasifikasi**	**Perawatan dan saran**
• Riwayat pre-eklampsia atau eklampsia pada kehamilan, persalinan atau setelah persalinan? • Nyeri kepala, pandangan kabur dan nyeri uluhati	• Ukur tekanan darah. Jika tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, ulangi setelah beristirahat 1 jam	• Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit ATAU • Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit dengan salah satu tanda kerusakan organ	Hipertensi dengan pemberatan	• Berikan anthipertensisesuai standar • Berikan tatalaksana prarujukan sesuai kondisi ibu • egera rujuk ke Rumah Sakit

		berikut: - Sakit kepala - Pandangan kabur - Nyeri ulu hati • pada kali pemeriksaan		
		• Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg padadua kali pemeriksaan berjarak 15 menit tanpa tanda kerusakan organ	Hipertensi	• Rujuk ke dokter umum untuk mendapatkan tatalaksana hipertensi • Berikan dosis pertama anthipertensi sesuaistandar • Pantau (dengan melakukan pemeriksaanlaboratorium)
		• Tekanan darah sistolik ≤ 130 mmHg atau diastolic Tekanandarahdiastolik < 90 mmHg	Tekanan darah normal	• Tidak ada perawatan tambahan

Merespon Tanda-tanda yang Dialami atau Masalah-masalah yang Muncul (2)
Jika Wajah Pucat, Periksa Kemungkinan Anemia.NF3

Menanyakan, Mengecek Catatan	Melihat, mendengar, merasakan, memeriksa	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan Saran
• Mengecek catatan apakah ada perdarahan selama kehamilan, kelahiran • Apakah ibu terengah-engah (nafas pendek) selama melakukan pekerjaan rumah?	• Hitung jumlah napas dalam 1 menit	• Hemoglobin < 8 g/dl DAN/ATAU • Twlapak tangan dan konjungtiva pucat disertai dengan salah satu tanda berikut: - Nadi > 100x/menit - Laju Pernaasan > 30x per menit - Mudah lelah - Terengah-engah saat istirahat	Anemia Berat	• Rujuk ke Rumah Sakit

		• Hemoglobin 8-11 g/dl ATAU • Telapak tanganatau konjungtiva pucat • Tidak ada tanda perdarahan pascapersalinan • Nadi< 100x/menit Pernafasan < 30/menit	Anemia Sedang	• Tata laksana oleh dokter umum • Memberikan dosis ganda tablet tambahan Darah (1 tablet dua kali sehari) dan pemberian konselinggizi • Memeriksa penyakit penyerta bila ada indikasi • Memeriksa penyakit penyerta bila ada indikasi • Memeriksa kembali di kunjungan pasca persalinan berikutnya (dalam 4 minggu) • Jika ada kenaikan Hb, Lanjutkan pemberian TTD sampai HB Normal • Jika tidak ada kenaikan Hb, rujuk ke Rumah Sakit
		• Hemoglobin > 11 g/dl • Tidak ada pucat	Tidak ada anemia	• Melanjutkan perawatan dengantablet Tambah Darah Selama masa nifas • Konseling Gizi

Merespon Tanda-tanda yang Diamati atau Masalah-masalah yang Muncul (3)
Memeriksa Status HIV, NF4
Gunakan bagan ini untuk tes HIV pada kunjungan pasca persalinan jika ibu belum pernah dilakukan tes, dan status HIV belum diketahui
Jika ibu telah mendapatkan ARV pada saat hamil atau saat melahirkan, rujuk ibu dan bayinya ke layanan HIV untuk pemeriksaan lebih lanjut

Menanyakan, Mengecek catatan	**Melihat,** mendengarkan, **merasakan, memeriksa**	**Tanda-tanda**	**Klasifikasi**	**Perawatan dan saran**
Berikan Informasi kunci tentang HIV • Apa itu HIV dan bagaimana penularan HIV? • Pentingnya mengetahui status HIV • Jelaskan tentang manfaat tes HIV	Tes HIV jika belum dilakukan saat kehamilan (jika ada indikasi)	• Tes HIV reaktif	**HIV reaktif**	• Berikan edukasi pada ibu tentang - Pentingnya minum obat ARV dan kepatuhan minum obat secara teratur - Pilihan pemberian nutrisi bayi dan cara pemberian nutrisi bagi yang benar - Keluarga perawatantambahan untuk ibu yang terinfeksi HIV - Keluarga berencanayang

• Jelaskan tentang kerahasiaan hasil tes HIV • Jelaskan ke Ibu bahwa tes HIV akan dilakukan secara rutin seperti tes darah lainnya				sesuai dengan ODHA - Hubungan seks yang aman dan pemakaian kondom dengan benar dan konsisten - Manfaat dukungan keluarga - Mengajak pasangan untuk mengikuti tes HIV • Berikan ARV pada ibu atau rujuk ibu ke layanan
Tanyakan kepada Ibu: - **Apabila hasil tes HIV nya positif, apakah Ibu sedang minum obat ARV?** - **Apabila hasil tes HIV nya tidak** diketahui dan**Ibu terindikasi HIV tawarkan**		• Menolak dites, tidak ada hasil tes HIV, atau tidak ingin mengungk	**Status HIV tidak diketahui**	• Berikan ARV pada ibu atau rujuk ibu ke layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan pada ODHA(PDP) untukpemberian obat ARV • Untuk bayi yang lahir dari HIV, lihat form MTBM • Jika ada indikasi minta ibu untuk melakukan tes HIV pada kunjungan nifas berikutnya • Jika tetap menolak tes HIV pada kunjungan berikutnya, rujuk ke

pemeriksaan HIV?		apkan hasilnya		layanan tes HIV • Berikan Edukasi untuk melakukan hubunganseksamantermasuk menggunakan kondom • Berikan informasi ulang tentang manfaat tes HIV
• Apakah ibu pernah dites HIV - Jika pernah, bagaimana hasilnya (positif/negatif) - Jika hasilnya positif apakah ibu sedang meminum obat ARV?		Tes HIV negatif	**HIV non Reaktif**	• Berikan Edukasi, untukselalu melakukan hubungan seks aman

Merepon Tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (4)
Jika pendaftaran hebat pada vagina, demam atau lokia berbau busuk. NF5

Menanyakan, **mengecek catatan**	**Melihat,** mendengarkan, **merasakan, memeriksa**	**Tanda-tanda**	**Klasifikasi**	**Perawatan dan**
• Apakah persalinan pervaginam berbantu (vakum/ forcep)	• Periksa robekan dinding vagina • Periksa robekan portio • Periksa robekan perineum • Periksa mulut Rahim(osteum) terbuka	• Perdarahan aktif (lebih dari 1 pembalut basah dalam 5 menit) **ATAU** • Robekan jalan lahir grade 3 dan 4	**PENDARAHAN PASCA SALIN**	• Menangani seperti pada kasus kegawatdaruratan lampiran) • Konsul dengan dokter untuk tindakan pra rujukan • **Rujuk segera ke Rumah Sakit**
Jika demam atau keluar cairan (lokia) berbau busuk				
• Apakah ibu	Raba perut	• Suhu tubuh >	**INFEKSI RAHIM**	• Konsul dengan

mengalami : • Perdarahan hebat? • Rasa panas saat buang air kencing	bagian bawah dan panggul apakah nyeri Periksa tanda lokia berbau Ukur suhu tubuh Periksa atau rasakan kaku kudu Periksa adanya kelesuan (letargi)	38° - Sangat lemah - Lokia berbau busuk - Cairan lokia mengalir - Uterus tidak berkontraksi dengan baik - Nyeri perut bawah • Suhu tubuh > 38°C dansalah satu dari: - Kencing sedikit tetapi sering - Nyeri di panggung • Temperatur >	**INFEKSI PADA SALURAN KENCING** **Kemungkinan Infeksi Cairan Medula Spinalis (Meningitis,**	dokter • Masukkan IVline dan berikan cairan dengan cepat • Berikan antibiotic IM/IV yang sesuai • Rujuk segera ke Rumah Sakit • Konsul dengan dokter • Berikan antibiotic IM/IV yang sesuai • Rujuk segera ke

		38°C dan salah satu dari: - Kaku kuduk - letargi	**ensefalitis,tetanus)**	Rumah Sakit • Konsul dengan dokter • Memasukkan IV line • Memberikan antibiotic IM/IV yang sesuai • Kemungkinan Rujuk segera ke Rumah Sakit
		• Panas saat buangairkecil	**INFEKSI PADA SALURAN KENCING BAGIAN BAWAH**	• Tata laksana oleh dokter umum • Memberikan antibiotik oral sesuai • Mendorong wanitaituuntuk minum lebih banyak cairan

				• Memantau dalam 2 hari, Jika tidak ada perbaikan rujuk ke Rumah Sakit
		• Demam > 38°C • Hasil Mikroskopis/RDT Positif Malaria	**MALARIA**	• Tata laksana oleh dokter umum • Memberikan anti malaria oral • Mangamati dalam 2 hari, jika tidak ada perbaikan, rujuk kerumah sakit
		• Perdarahan < 1 Pembalut • Suhu < 38°C • Lokia tidak berbau	**NORMAL**	• Memberikan KIE tentang perawatan kebersihan kemaluan (Vulva hygiene)

Merspon tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (5)
Jika ada masalah Buang air kecil, Perineum bernanah atau nyeri NF6

Menanyakan, mengecek catatan	Melihat, mendengar-kan, merasakan, memeriksa	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan Saran
Apakah ada masalah dengan Buang Air Kecil? - Apakahibu tidak bias menahan buang air kecil? - Apakahibu tidak bias buang air kecil - Apakah kencing terasa		• Urine keluar tanpa disadari	**Inkontinensia Urine**	• Tata laksana oleh dokter umum • Memeriksa kemungkinan trauma perineal • Memberikan antibiotic oral yang sesuai untuk infeksi saluran kencing bawah • Jika kondisi berjalan lebih dari 1 minggurujuk ke Rumah Sakit
		• Fundus uteri teraba lebih tinggi, tidak sesuai dengan masa involusi, tanpa perdarahan	**Retensio Urine**	Lihat tata laksana retensio urine

panas?(lihat NF 5)		• Kandung kemih teraba panuh		
		• Vulva atau perineum membengkak dengan hematom	**Trauma Perineum Berat**	• Rujuk
		• Vulva atau perineum membengkak	**Trauma Perineum Ringan**	• Tatalaksana oleh dokter umum • Mengerjakan ibu tentang Vulva hygiene (diurailampiran)
		• Luka perineum terbuka • Abses di Perineum • Nyeri di Perineum	**Robekan Perineum Ringan Infeksi atau sakit Perineum**	• Mengajarkan ibu tentang Vulva Hygiene • Rujuk setelah 3 bulan • Tata laksana oleh dokter umum • Melepas jahitan, jika ada • Membersihkan luka. Memberikan konseling tentang perawatan dan kesehatan • Memberikan paracetamoluntuk mengurangi rasasakit • **Mengamati dalam 2 hari, Jika tidak adaperbaikan, Rujukke Rumah Sakit.**

Merespon Tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (6)
Jika terlihat sedih dan mudah menangis. NF7

Menanyakan, mengecek catatan	Melihat, mendengarkan, merasakan	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan saran
Jika sedih atau mudah menangis				
• Bagaimana perasaan ibu sekarangini? • Apakah ibu mengalami berkurangnya minat dan kesenangan pada kegiatan yang bias dilakukan? • "Apakah akhir-akhir ini ibu mudah lelah atau tidak bertenaga walau tidak melakukan aktivitas fiksik yang berat? • Apakah ibu		Terdapat Dua atau lebih dari gejala-gejala di bawah ini terjadi ≥ 2 minggu menunjukkan perubahan dari keadaan yang normal: • Perasaan bersalah yang tidak tepat atau perasaan negative terhadap dirisendiri • Mudah menangis • Minat pada kesehatan menurun • Merasa lelah, gelisah setiap saat	**Depresi Pasca Persalinan (biasanya setelah 2 minggu)**	• Memberikan dukungan emosional • **Rujuk ke Rumah Sakit**

mengalami gangguan tidur? • Apakah ibu sulit untuk berkonsentrasi, misalnya saat membaca Koran atau majalah, atau juga saat mendengarkan radio/TV		• Tidur terganggu (terlalu banyak tidur atau kurang tidur, bangun terlalupagi) • Kehilangan kemampuan berfikir atau berkonsentrasi Nafsu makan menurun drastic		
		Salah satu di atas selama kurang dari 2 minggu	Postpartum blues (Biasanya pada minggu pertama)	• Tata laksana dokter umum • Menyakinkan ibu bahwa hal ini sangat umum • Mendengarkan keprihatinannya. Memberikan dorongan dan dukungan emosional • Memberikan konseling kepada pasangan dan keluarganya untuk memberikan bantuan dan mengamati perkembangan ibu • Mengamati dalam 2 minggu, dan jika tidak ada perbaikan rujuk

Merespon tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (7)
Jikas mengalami keputihan pada 4 minggu pasca persalinan NF8

Menanyakan, mengecek catatan	**Melihat,** mendengarkan, merasakan	**Tanda-tanda**	**Klasifikasi**	**Perawatan dan saran**
Jika mengalami keputihan (vaginal discharge) 4 minggu setelah persalinan				
• Apakah pasangan ibu pernah mengalami keluhan kencing bernanah Jika pasangan ikut serta ke klinik tanyakan apakah pasangan bersedia diberi pertanyaan yang sama. Jika ya, tanyakan pasangannya itu	• Lihatlah pengeluaran cairan vagina yang tidak normal: Berlebihan, berwarna dan berbau Jika cairan tidak terlihat, periksa dengan memakai sarung tangan	• Cairan vagina berwarna dan berbau dengan riwayat pasangan menderita kencing bernanah	Kemungkinan gonorrhea atau Infeksi chlamydia	• Tata Laksanan dan koordinasi oleh dokter umum
		• Cairan vagina seperti susu dan/atau • Cairan vagina berwarna dan berbau	Kemungkinan Infeksi candida Kemungkinan bakteri atau Infeksi	• Tata Laksana dan koordinasi oleh dokter umum • Tata Laksana dan

apakah dia: • Pernah mengalami keluhan kencing bernanah • Jika pasangan tidak bersedia, jelaskan kepada ibu tentang pentingnya pemeriksaan dan perawatan untuk mencegah infeksi berulang	dan periksa cairan di sarung tangan		trichomonas	koordinasi oleh dokter umum

Merespon tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (8)
Jika mengalami masalah payudara NF9

Menanyakan, mengecek catatan	Melihat, mendengarkan, merasakan	Tanda-tanda	Klasifikasi	Perawatan dan saran
Jika mengalami keluhan nyeri di payudara atau puting				
Adakah mengalami lekuhan yang dirasa pada payudara? Apakah sudah pernah menyusui atau tidak?	• Lihat adakah lecet pada putting • Lihat pada payudara apakah ada: - Pembengkakan - Mengkilap - Kemerahan • Rasakan bagian payudara yang terasa nyeri • Ukur suhu badan	• Kedua payudara bengkak, mengkilap dan kemerahan • Suhu Tubuh < 38°C • Teknik menyusui yangtidaktepat (menggunting) • Belum menyusui	Bendungan Payudara	• Tata Laksana olehdokter umum • Memotivasi ibu untuk tetap menyusui • Memperagakan posisi menyusui dan perlekatan yang benar • Sarankan untuk menyusui sesering mungkin •Menilai kembali setelah 2 kali menyusui atau 1 hari. Bila tidak membaik, ajari ibu

	• Lihat posisi perlekatansaat menyusui			untuk memompa payudara terlebih dahulu sebelum menyusui untuk mengurangi nyeri
		• Payudara nyeri, bengkak dan kemerahan • Suhu Tubuh > 38°C • Terasa Sakit	Mastitis	• Tata Laksana olehdokter umum • Berikan antibiotic selama 7 hari • Memotivasi ibu untuk tetap menyusui • Memperagakan posisi menyusui dan perlekatan yang benar • Nilai kembali setelah 2 hari, bila tidak membaik, maka rujuk • PAda ibu HIV, yang menyusui, maka bayi menyusui pada payudara yang sehat, lalu pompa

				pada payudara yang sakit, dan buang sampai tidak ada demam • Bila terasasangat nyeri, berikanparasetamol
		Terdapat semua tanda di bawah ini: • Payudara nyeri bengkak • Punctate(+) • Undulasi(+)	Abses Payudara	• Tatalaksana oleh dokter umum: o Kompres o Incisi abses o Pemberian antibiotic dan analgetik
		• Putting retak atau lecet • Mulut bayi tidak melekat denganbaik	Putting Lecet	• Memotivasi ibu untuk tetap menyusui • Memperagakan posisi menyusui dan perlekatan yang benar • Menilai kembali setelah 2 kali menyusui atau 1 hari. Bila tidak membaik, ajari ibu untuk memompa

				payudara yang sakit dan memberikan ASI melalui gelas dan tetap menyusui padapayudarayang sehat
		• Tidak ada bengkak, kemerahan dan nyeri,suhutubuh normal • Putting iritasi ringan atau tidaklecet • Mulut bayi melekat dengan baik	Normal	• Dukung ibu untuk tetap menyusui bayinya secara eksklusif

Merspon tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (9)
Jika batuk atau sulit bernafas, mengkonsumsi obat-obatan anti tuberculosis, NF10

Menanyakan, mengecek, menecatat	Melihat, mendengarkan, merasakan	**Tanda-tanda**	**Klasifikasi**	**Perawatan dan Saran**
Jika batuk atau sulit bernafas				
• Sudah berapa lama ibu mengalami kesulitan bernafas? • Sesak nafas bertambah bila posisi berbaring • Apakah dada ibu terasa sakit? • Apakah ibu merokok? • Riwayatpreeklampsi • Apakah ada darah di dahak ibu? • Apakah ibu sedang mengkonsumsi obat-	• Lihat apakah terengah-engah • Dengarkan apakah terdapat mengi • Ukur suhu badan	Sedikitnya 2 dari yang berikut ini: • Suhu Tubuh > 38°C • Pernafasan cepat dan dangkal • Dada nyeri • Pernafasan terasa berat	Terduga Pnemonia Terduga oedem paru	• Rujuk ke Rumah Sakit • Tatalaksana prarujuk • Rujuk ke RS

obatan anti tuberkolosis? • Apakah ada anggota keluarga yang menderita TBC?				
		Sedikitnya 1 dari yang berikutnya : • Batuk berdahak selama 2 minggu ataulebih • Kontak dengan penderita TB • Batukdarah, sesaknafas • Bunyi mengi • Nafsu makan,menurun,berat badan menurun badan lemas • Berkeringat malam hari tanpa kegiatanfisik • Minum obat-obatan anti-tuberkulosis	Terduga penyakit paru kronis (Tuberkulosis atau penyakit paru kronis lainnya) Tuberkulosis	• Anjurkan untukperiksa dahak • Bila hasil positif, rujuk, poli DOTS/Poli umum untuk mendapatkan pengobatan dan rujuk bayi untuk mendapatkan INH profilaksis • Tetap menyusui dengan menggunakan masker • Meyakinkan bahwa obat-obatan tersebut tidak mengganggu bayinya, dan dia harus melanjutkan pengobatan • Jika ibu positif TB, rujuk, bayi ke Poli TB/Umum/KIA

				• Lakukan tes HIV jikabelum pernah • Stop merokok. Termasuk keluarga yang merokok • Memastikan bahwa anggota keluarga dan kontak dekat telah dilakukan penapisan tuberculosis • Informasi tentang etika batuk dan PHBS (ventilasi dan cahaya matahari)

Merespon tanda-tanda yang diamati atau masalah-masalah yang muncul (10)
Jika Merokok, menggunakan alcohol, dan obat terlarang atau memiliki riwayat korban kekerasan NF11

Menanyakan, mengecek, mencatat	**Melihat, mendengarkan, merasakah**	**Tanda-tanda**	**Klasifikasi**	**Perawatan dan Saran**
Jikamerokok, menggunakanalcohol, danobatterlarangataumemilikiriwayat korbankekerasan				
• Apakahibu merokok? • Apakah ibu minum alcohol? • Apakah ibu menggunakan narkoba? • Apakah ibu pernah mengalami kekerasan fisik (KDRT)	• Perhatikan tercium bau rokok pada tubuh ibu dan pada saat berbicara • Perhatikan bibir, kuku jari kehitaman kemungkinan merokok • Perhatikan kulit tangan ibu apakah ada sekas suntikan atau bekas luka	• Tercium bau rokok pada tubuh ib dan saat berbicara • Bibir dan kuku jari berwarna kehitaman kemungkinan merokok • Kulit tangan ibu bekas suntikan	Terpapar pada rokok Terpapar pada narkoba	• Konseling untuk berhenti merokok dan menghindari paparan terhadap asap rokok • Alur konseling • Untuk pengguna alcohol/obat-obatan terlarang, rujuk pada

	baru • Perhatikan dan periksa memar pada tubuh ibu			pemberi layanan/perawatan khusus bagi pecandu • Alur konseling
		• Memar	Diduga Terpapar Kekerasan	• Penanganan luka korban • Koordinasi dengan petugas P2TP2A • Melakukan tata laksana psikososial

E. Latihan Kasus

1. Seorang perempuan umur 27 tahun P2A0, 5 hari postpartum mengatakan demam sejak 2 hari yang lalu, persalinan ditolong oleh dukun, datang ke bidan dengan keluhan demam, pusing dan badan terasa lemas, lokhea berbau. Hasil pemeriksaan TD: 110/80 mmHg, S: 38,5°C, N:100x/m, P:24x/m. Apa diagnosis yang tepat beradasarkan pada kasus di atas?
   a. Demam postpartum
   b. Infeksi puerpuralis
   c. Infeksi luka perineum
   d. Dehidrasi post partum
   e. Infeksi robekan jalan lahir

2. Seorang perempuan umur 31 tahun P2A0, 7 hari postpartum mengatakan sudah 2 hari merasa sedih tidak tau penyebabnya, sering menangis, dan kadang merasa belum mampu memberikan yang terbaik untuk bayinya. Ibu mengatakan lelah karena kurang tidur. Hasil pemeriksaan TD: 110/80 mmHg, S: 36,7°C, N:96x/m, P:22x/m. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus tersebut?
   a. Merujuk ke rumah sakit
   b. Berkolaborasi dengan psikolog
   c. Meminta keluarga untuk memisahkan ibu dan bayi
   d. Memberi konseling kepada ibu bahwa hal ini umum, dan meminta keluarga untuk membantu ibu
   e. Kunjungan ulang 1 minggu lagi

3. Seorang perempuan umur 40 tahun P4A0, postpartum hari ke 3 mengatakan BAK sendiri tanpa disadari. Ibu melahirkan anak dengan BB 4000 gram. Ibu memiliki riwayat persalinan lama dalam persalinan ini dan mengalami retensi urin pada hari pertama postpartum.

Hasil pemeriksaan TD: 110/80 mmHg, S: 36,7°C, N:96x/m, P:22x/m. Apakah penyebab dari kasus tersebut?

a. Overdistensi pada kandung kemih yang mengakibatkan hilangnya tonus otot detrusor
b. Ruptur perineum
c. Persalinan lama
d. Makrosomia
e. Kurang melakukan ambulasi dini

4. Seorang perempuan umur 24 tahun P1A0, 7 hari postpartum mengatakan sudah 2 hari payudaranya bengkak dan terasa nyeri. Ibu mengatakan bayinya malas minum dari payudaranya. Hasil pemeriksaan TD: 110/80 mmHg, S: 39,0°C, N:96x/m, P:22x/m. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus tersebut?
   a. Meminta ibu untuk berhenti menyusui terlebih dahulu
   b. Memperagakan teknik menyusui yang benar
   c. Memberikan antibiotik secara IV
   d. Menginsisi bagian yang abses
   e. Merujuk ke rumah sakit

5. Seorang perempuan berumur 20 tahunP1A0, melahirkan 6 hari yang lalu di PMB. Mengatakan nyeri saat BAK. Terdapat bekas luka perineum tampak membengkak dan terdapat hematom. lochea rubra, suhu tubuh 39,5°C. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus tersebut?
   a. Kolaborasi dengan dokter umum
   b. Mengajarkan ibu tentang vulva hygiene yang benar
   c. Rujuk ke rumah sakit
   d. Membersihkan luka perineum

e. Memberikan paracetamol sebagai anti nyeri

F. Kunci Jawaban :

1. B
2. D
3. A
4. B
5. C

G. Pembahasan:

1. Infeksi Puerperalis : infeksi ibu nifas ditandai suhu ≥ 38 °C, lokhea berbau, masa inkubasi 2 hari dalam 10 hari pertama post partum, disebabkan oleh bakteri yang berada di dalam usus dan jalan lahir.
2. Pada post partum blues / sindrom *baby blues* penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.
   a. Berkolaborasi dengan dokter umum
   b. Meyakinkan Ibu bahwa hal ini sangat umum.
   c. Mendengarkan keprihatinannya. Memberikan dorongan dan dukungan emosional.
   d. Memberikan konseling kepada pasangan dan keluarganya untuk memberikan bantuan dan mengamati perkembangan ibu.
   e. Mengamati dalam 2 minggu, dan jika tidak ada perbaikan rujuk.
3. Inkontinensia urin disebabkan karena terhambatnya pengosongan kandung kemih saat melahirkan akibat retensi urin. Pada saat retensi urin kandung kemih mengalami overdistensi. Pada saat overdistensi kandung kemih akan mengalami residu urin karena urin yang dikeluarkan hanya sebagian, akibat menurunnya kekuatan kontraksi otot detrusor. Sehingga menyebakan inkontinensia urin.

4. Penatalaksanaan pada kasus mastitis adalah sebagai berikut.
    a. Berkolaborasi dengan dokter umum untuk pemberian antibotik selama 7 hari
    b. Memotivasi Ibu untuk tetap menyusui
    c. Memperagakan posisi menyusui dan perlekatan yang benar
    d. Nilai kembali setelah 2 hari, bila tidak membaik, maka rujuk
    e. Pada Ibu HIV yang menyusui, maka bayi menyusui pada payudara yang sehat, lalu pompa pada payudara yang sakit, dan buang sampai tidak ada demam
    f. Bila terasa sangat nyeri, berikan parasetamol
5. Vulva atau perineum yang membengkak dan disertai adanya hematom merupakan trauma perineum berat. Sehingga tatalaksana yang diperlukan adalah di rujuk ke rumah sakit.

H. Referensi

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013.

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Panduan pelayanan pasca persalinan bagi ibu dan Bayi baru lahir. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2019.

Manuaba, C. 2010. Gawat Darurat Obstetri-Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan. Jakarta: EGC.

Marmi, Retno dan Ery. 2015. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Patimah, Endah dan Alif. 2016. Praktik Klinik Kebidanan III. Kemenkes RI.

PMK Kemenkes RI Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.

Rukiyah, dkk.2010. AsuhanKebidanan IV/PatologiKebidanan. Jakarta: CV. Trans Info Media

BAB I
ASUHAN KEBIDANAN KOLABORASI PADA KASUS PATOLOGI DAN KOMPLIKASI PADA GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi pada gangguan sistem reproduksi, mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

1. Pengkajian pada klien dengan pendekatan holistik
2. Analisis data pada klien dengan pendekatan holistik
3. Perencanaan asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
4. Implementasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
5. Evaluasi asuhan pada kien dengan pendekatan holistik
6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistic
7. Kajian kasus-kasus patologi dan komplikasi
8. Reflektif praktik.

B. Pertanyaan Pendahuluan

Sebagai persiapan, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

1. Apa yang dimaksud dengan Fibroadenoma Mammae?
2. Apa tanda dan gejala Fibroadenoma Mammae?
3. Bagaimana penatalaksanaan pada Fibroadenoma Mammae?
4. Apa yang dimaksud dengan Kanker Payudara?
5. Bagaimana cara mendeteksi dini Kanker Payudara?
6. Bagaimana penatalaksanaan pada Kanker Payudara?
7. Apa yang dimaksud dengan Kanker Serviks?
8. Bagaimana cara mendeteksi dini Kanker Serviks?
9. Bagaimana penatalaksanaan pada Kanker Serviks?

C. Pendahuluan

1. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi pada gangguan sistem reproduksi
   a. Data Subjektif
      1) Identitas ibu dan suami
      2) Keluhan utama/alasan berkunjung
      3) Riwayat Perkawinan
      4) Riwayat Menstruasi
      5) Riwayat obstetri
      6) Riwayat penggunaan KB
      7) Riwayat kesehatan ibu dan keluarga
      8) Pola makan dan minum
      9) Pola aktivitas dan istirahat
      10) Pola eliminasi
      11) Pola seksual
      12) Personal hygiene
      13) Obat yang dikonsumsi ibu
      14) Kebiasaan ibu : merokok, narkotika, jamu
      15) Keadaan psikososial spiritual ibu
      16) Persiapan persalinan
   b. Data Objektif
      1) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
      2) Pemeriksaan berat badan
      3) Pemeriksaan fisik (muka, payudara, genetalia, kaki)
      4) Pemeriksaan dalam/ginekologis
      5) Pemeriksaan IVA
      6) Pemeriksaan Papsmear
      7) Pemeriksaan SADANIS
2. Analisis data pada klien kasus patologi dan komplikasi pada gangguan sistem reproduksi

   Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan

logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Kategori	Gambaran
Ibu dengan masalah kesehatan/penyakit/ komplikasi sistem reproduksi	1. Fibroadenoma Mammae 2. Kista Sarkoma Fillodes 3. Sarkoma 4. Kanker payudara 5. Kanker Serviks 6. Tumor jinak 7. Tumor ganas 8. Infertil primer 9. Infertil sekunder 10. Gonnorea 11. Sifilis 12. Herpes Genital 13. HIV/AIDS 14. Hepatitis 15. Vaginosis Bakterial 16. Kandidiasis 17. Trikomoniasis 18. Kondiloma Akuminata 19. PID 20. Endometritis 21. Myometritis 22. Parametritis 23. Salpingitis Akut 24. Pelvioperitonitis

3. Perencanaan asuhan pada klien masa prakonsepsi dan perencanaan pada gangguan sistem reproduksi dengan pendekatan holistic

Perencanaan pada kasus patalogi dan komplikasi kebidanan adalah sebagai berikut

Ibu dengan masalah kesehatan/ penyakit/ komplikasi sistem reproduksi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melakukan upaya promosi kesehatan 4. Menjadwalkan kunjungan ulang 5. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 6. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan

4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Implementasi yang dilakukan oleh bidan adalah berdasarkan perencanaan yang disusun, yaitu :

Ibu dengan masalah kesehatan/ penyakit/ komplikasi sistem reproduksi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melakukan upaya promosi kesehatan 4. Menjadwalkan kunjungan ulang 5. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 6. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan

5. Evaluasi asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi pada gangguan sistem reproduksi

   Gambaran evaluasi yang dilakukan pada asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi pada gangguan sistem reproduksi adalah

Ibu dengan masalah kesehatan/ penyakit/ komplikasi sistem reproduksi	1. Evaluasi keefektivan pemberian pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Evaluasi keefektivan konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Evaluasi keefektivan upaya promosi kesehatan 4. Evaluasi pemahaman ibu mengenai jadwal kunjungan ulang 5. Evaluasi rujukan ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 6. Evaluasi tindak lanjut hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan

6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

   Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

   a. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai

kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

b. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

d. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

7. Tinjauan Teori

a. Fibroadenoma Mammae

Fibroadenoma mammae merupakan tumor jinak payudara yang berasal dari jaringan fibrosa dan epitel kelenjar. Fibroadenoma teraba sebagai benjolan bulat dengan simpai licin, bebas digerakkan dan konsistensnya kenyal padat. Pada beberapa kasus yang jarang, FAM dapat menjadi *carcinoma mammae.*

Fibroadenoma mammae adalah lesi yang paling umum dari payudara, terjadi pada 25% wanita tanpa gejala. Hal ini biasanya merupakan suatu penyakit pada wanita di usia awal reproduktif dimana kejadian puncak adalah antara usia 15 hingga 35 tahun.

Etiologi dari FAM masih tidak diketahui pasti tetapi dikatakan bahwa hipersensitivitas terhadap estrogen pada lobus dianggap menjadi penyebabnya. FAM terjadi akibat proliferasi abnormal jaringan periduktus ke dalam lobulus; dengan demikian sering ditemukan di kuadran lateral atas karena di bagian ini distribusi kelenjar paling banyak. Baik estrogen, progesteron, kehamilan, maupun laktasi dapat merangsang pertumbuhan FAM.

Usia menarche, usia menopause dan terapi hormonal termasuk kontrasepsi oral tidak merubah risiko terjadinya lesi ini. Pengamatan klinis yang dilakukan pada perempuan yang menerima estrogen dan obat antiestrogen menunjukan bahwa wanita pasca menopause yang menerima estrogen lebih dari delapan tahun mengalami lesi jinak. Faktor genetik juga dikatakan tidak berpengaruh tetapi adanya riwayat keluarga dengan *carsinoma mammae* dikatakan meningkatkan risiko terjadinya penyakit ini.

Fibroadenoma bermanifestasi sebagai massa soliter, diskret, biasanya tunggal, mudah digerakkan, dan memiliki garis tengah yang bervariasi dari 1 cm - 10 cm. Fibroadenoma berukuran > 5 cm (terjadi sekitar 4% dari total) disebut fibroadenoma raksasa, namun terminologi ini tidak diterima secara universal sebab fibroadenoma raksasa biasa ditemui pada wanita hamil dan menyusui. Sehingga ketika lesi ini ditemukan pada remaja disebut sebagai juvenile fibroadenoma.

Fibroadenoma mammae dapat ditemukan dimanapun di payudara, 50% dari fibroadenoma mammae ditemukan di kuadran lateral superior,

10% pada kuadran lateral inferior, 17% pada regio sentral, dan 3% difus.

Pembagian fibroadenoma berdasarkan gambaran histologisnya yaitu :

1) Fibroadenoma pericanaliculare
   Kelenjar bulat dan lonjong dilapisi epitel selapis atau beberapa lapis
2) Fibroadenoma intracanalicular
   Jaringan ikat mengalami proliferasi lebih banyak sehingga kelenjar berbentuk panjang-panjang (tidak teratur) dengan lumen sempit mirip bintang.

Diagnosis FAM ditegakkan berdasarkan :

1) Anamnesis, berupa keluhan yang berkaitan dengan tanda dan gejala serta faktor risiko terjadinya FAM.
2) Pemeriksaan Fisik,
   Karena organ payudara dipengaruhi oleh faktor hormonal maka sebaiknya pemeriksaan payudara dilakukan disaat pengaruh hormonal seminimal mungkin, satu minggu setelah haid. Pada pemeriksaan fisik FAM biasanya didapatkan gambaran fibroadenoma mammae sebagai berikut:
   a) Bentuk bulat teratur atau lonjong
   b) Permukaan rata
   c) Konsistensi kenyal lunak
   d) Batas tegas
   e) Mudah digerakkan\Tidak ada nyeri.
3) Pemeriksaan penunjang, berupa mammografi, ultrasonografi, aspirasi sitologi, dan gambaran histopatologi.

Penatalaksanaan FAM

Tatalaksana FAM masih diperdebatkan, tergantung pada usia pasien dan temuan klinis.

Bila dari hasil biopsi menunjukan lesi adalah fibroadenoma maka tindakan pembedahan dapat dilakukan ataupun tidak. Harus dilakukan tindakan pembedahan apabila terdapat tanda abnormalitas, ukuran dan bentuk dari payudara yang berubah dan curiga lesi tersebut adalah keganasan. Namun, bedah eksisi berhubungan dengan morbiditas karena pengangkatan mammae dapat mengubah kualitas hidup serta meninggalkan bekas jaringan parut.

Terapi pasien fibroadenoma memang bervariasi. Beberapa dokter menyarankan untuk dilakukan eksisi namun terapi konservatif dapat menggantikan perawatan bedah dalam waktu dekat atas dasar usia muda pasien, temuan gambaran jinak, karakteristik klinis, dan temuan jinak pada hasil FNA biopsi. Teknik minimal invasif seperti USG, menjadi pilihan pengobatan yang sangat baik untuk wanita dengan fibroadenoma yang menghindari operasi, lesi juga dapat diobati dengan observasi dan ditindaklanjuti secara berkala. Pada fibroadenoma juvenile (>5 cm) operasi pengangkatan sangat dianjurkan walau lesi sepenuhnya jinak.

Selain itu, pada wanita sebaiknya melakukan deteksi dini tumor/kanker payudara dengan melakukan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI).

b. Kanker Payudara

Kanker payudara (KPD) merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya.Kanker payudara merupakan salah satu jenis kanker terbanyak di Indonesia. Berdasarkan *Pathological Based Registration* di

Indonesia, KPD menempati urutan pertama dengan frekuensi relatif sebesar 18,6%.

(Data Kanker di Indonesia Tahun 2010, menurut data Histopatologik ; Badan Registrasi Kanker Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Indonesia (IAPI) dan Yayasan Kanker Indonesia (YKI)). Diperkirakan angka kejadiannya di Indonesia adalah 12/100.000 wanita, sedangkan di Amerika adalah sekitar 92/100.000 wanita dengan mortalitas yang cukup tinggi yaitu 27/100.000 atau 18 % dari kematian yang dijumpai pada wanita. Penyakit ini juga dapat diderita pada laki - laki dengan frekuensi sekitar 1 %.

Di Indonesia, lebih dari 80% kasus ditemukan berada pada stadium yang lanjut, dimana upaya pengobatan sulit dilakukan. Oleh karena itu perlu pemahaman tentang upaya pencegahan, diagnosis dini, pengobatan kuratif maupun paliatif serta upaya rehabilitasi yang baik, agar pelayanan pada penderita dapat dilakukan secara optimal.

Faktor Risiko

Faktor risiko yang erat kaitannya dengan peningkatan insiden kanker payudara antara lain jenis kelamin wanita, usia > 50 tahun, riwayat keluarga dan genetik (Pembawa mutasi gen BRCA1, BRCA2, ATM atau TP53 (p53)), riwayat penyakit payudara sebelumnya (DCIS pada payudara yang sama, LCIS, densitas tinggi pada mamografi), riwayat menstruasi dini (< 12 tahun) atau menarche lambat (>55 tahun), riwayat reproduksi (tidak memiliki anak dan tidak menyusui), hormonal, obesitas, konsumsi alkohol, riwayat radiasi dinding dada, faktor lingkungan.

Prevensi Dan Deteksi Dini

Pencegahan (primer) adalah usaha agar tidak terkena kanker payudara . Pencegahan pri mer berupa mengurangi atau meniadakan faktor-faktor risiko yang diduga sangat erat kaitannya dengan peningkatan insiden kanker payudara. Pencegahan primer atau supaya tidak terjadinya kanker secara sederhana adalah mengetahui faktor -faktor risiko kanker payudara, seperti yang telah disebutkan di atas, dan berusaha menghindarinya.

Prevensi primer agar tidak terjadi kanker payudara saat ini memang masih sulit; yang bisa dilakukan adalah dengan meniadakan atau memperhatikan beberapa faktor risiko yang erat kaitannya dengan peningkatan insiden kanker payudara seperti berikut : (level -3)

Pencegahan sekunder adalah melakukan skrining kanker payudara.Skrining kanker payudara adalah pemeriksaan atau usaha untuk menemukan abnormalitas yang mengarah pada kanker payudara pada seseorang atau kelompok orang yang tidak mempunyai keluhan . Tujuan skrining adalah untuk menurunkan angka morbiditas akibat kanker payudara dan angka kematian.Pencegahan sekunder merupakan primadona dalam penanganan kanker secara keseluruhan.

Skrining untuk kanker payudara adalah mendapatkan orang atau kelompok orang yang terdeteksi mempunyai kelainan/abnormalitas yang mungkin kanker payudara dan selanjutnya memerlukan diagnosa konfirmasi. Skrining ditujukan untuk mendapatkan kanker payudara dini sehingga hasil pengobatan menjadi efektif. Beberapa tindakan untuk skrining adalah :

1) Periksa Payudara Sendiri (SADARI)

2) Periksa Payudara Klinis (SADANIS)
3) Mammografi skrining

Diagnosis

Diagnosis pada kasus kanker payudara adalah sebagai berikut.

1) Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Keluhan Utama

a) Benjolan di payudara
b) Kecepatan tumbuh dengan/tanpa rasa sakit
c) Nipple discharge, retraksi puting susu, dan krusta
d) Kelainan kulit, dimpling, *peau d'orange*, ulserasi, venektasi
e) Benjolan ketiak dan edema lengan

Keluhan Tambahan

1) Nyeri tulang (vertebra, femur)
2) Sesak dan lain sebagainya

Pemeriksaan payudara berupa palpasi payudara yang dilakukan pada pasien dalam posisi terlentang (supine), lengan ipsilateral di atas kepala dan punggung diganjal bantal. kedua payudara dipalpasi secara sistematis, dan menyeluruh baik secara sirkular ataupun radial. Palpasi aksila dilakukan dilakukan dalam posisi pasien duduk dengan lengan pemeriksa menopang lengan pasien. Palpasi juga dilakukan pada infra dan supraklavikula.

Kemudian dapat dilakukan pemeriksaan laboratoorium dan pemeriksaan pencitraan payudara. Pemeriksaan pencitraan payudara dapat dilakukan dengan.

1) Mamografi payudara
2) USG payudara
3) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) dan CT-SCAN

4) Diagnosa Sentinel Node.

Kemudian dilakukan pemeriksaan patologi pada kanker payudara meliputi pemeriksaan sitologi, morfologi (histopatologi), pemeriksaan immunohistokimia, in situ hibridisasi dan *gene array*.

Tatalaksana

Terapi pada kanker payudara harus didahului dengan diagnosa yang lengkap dan akurat (termasuk penetapan stadium). Diagnosa dan terapi pada kanker payudara haruslah dilakukan dengan pendekatan humanis dan komprehensif.

Terapi pada kanker payudara sangat ditentukan luasnya penyakit atau stadium dan ekspresi dari agen biomolekuler atau biomolekuler-signaling.Terapi pada kanker payudara selain mempunyai efek terapi yang diharapkan, juga mempunyai beberapa efek yang tak diinginkan (*adverse effect*), sehingga sebelum memberikan terapi haruslah dipertimbangkan untung ruginya dan harus dikomunikasikan dengan pasien dan keluarga. Selain itu juga harus dipertimbangkan mengenai faktor usia, *co- morbid, evidence-based, cost effective*, dan kapan menghentikan seri pengobatan sistemik termasuk *end of life isssues.*

Tatalaksana dapat berupa pembedahan (Mastektomi, *Breast Conserving Therapy* (BCT), Salfingo Ovariektomi Bilateral (SOB), Metastasektomi) dan terapi sistemik (Kemoterapi, terapi hormonal, terapi target, radioterapi).

c. Kanker serviks

Kanker serviks merupakan keganasan yang berasal dari serviks. Serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus, berbentuk silindris, menonjol dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri eksternum. Epidemiologi Pada tahun 2010 estimasi jumlah insiden kanker serviks adalah 454.000 kasus. Data ini didapatkan dari registrasi kanker berdasarkan populasi, registrasi data vital, dan data otopsi verbal dari 187 negara dari tahun 1980 sampai 2010. Per tahun insiden dari kanker serviks meningkat 3.1% dari 378.000 kasus pada tahun 1980. Ditemukan sekitar 200.000 kematian terkait kanker serviks, dan 46.000 diantaranya adalah wanita usia 15-49 tahun yang hidup di negara sedang berkembang.

Di Indonesia kanker serviks menduduki urutan kedua dari 10 kanker terbanyak berdasar data dari Patologi Anatomi tahun 2010 dengan insidens sebesar 12,7%. Menurut perkiraan Departemen Kesehatan RI saat ini, jumlah wanita penderita baru kanker serviks berkisar 90-100 kasus per 100.000 penduduk dan setiap tahun terjadi 40 ribu kasus kanker serviks.

Kejadian kanker serviks akan sangat mempengaruhi hidup dari penderitanya dan keluarganya serta juga akan sangat mempengaruhi sektor pembiayaan kesehatan oleh pemerintah. Oleh sebab itu peningkatan upaya penanganan kanker serviks, terutama dalam bidang pencegahan dan deteksi dini sangat diperlukan oleh setiap pihak yang terlibat.

Penyebab kanker serviks diketahui adalah virus HPV (Human Papilloma Virus) sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18. Adapun

faktor risiko terjadinya kanker serviks antara lain: aktivitas seksual pada usia muda, berhubungan seksual dengan multipartner, merokok, mempunyai anak banyak, sosial ekonomi rendah, pemakaian pil KB (dengan HPV negatif atau positif), penyakit menular seksual, dan gangguan imunitas.

Perkembangan kanker invasif berawal dari terjadinya lesi neoplastik pada lapisan epitel serviks, dimulai dari neoplasia intraepitel serviks (NIS) 1, NIS 2, NIS 3 atau karsinoma in situ (KIS). Selanjutnya setelah menembus membran basalis akan berkembang menjadi karsinoma mikroinvasif dan invasif. Pemeriksaan sitologi papsmear digunakan sebagai skrining, sedangkan pemeriksaan histopatologik sebagai konfirmasi diagnostik. Pemeriksaan sitologi papsmear digunakan sebagai skrining, sedangkan pemeriksaan histopatologik sebagai konfirmasi diagnostic

Deteksi lesi pra kanker terdiri dari berbagai metode :

1) Papsmear (konvensional atau liquid-base cytology /LBC),
2) Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA),
3) Inspeksi Visual Lugoliodin (VILI),
4) Test DNA HPV (genotyping / hybrid capture)

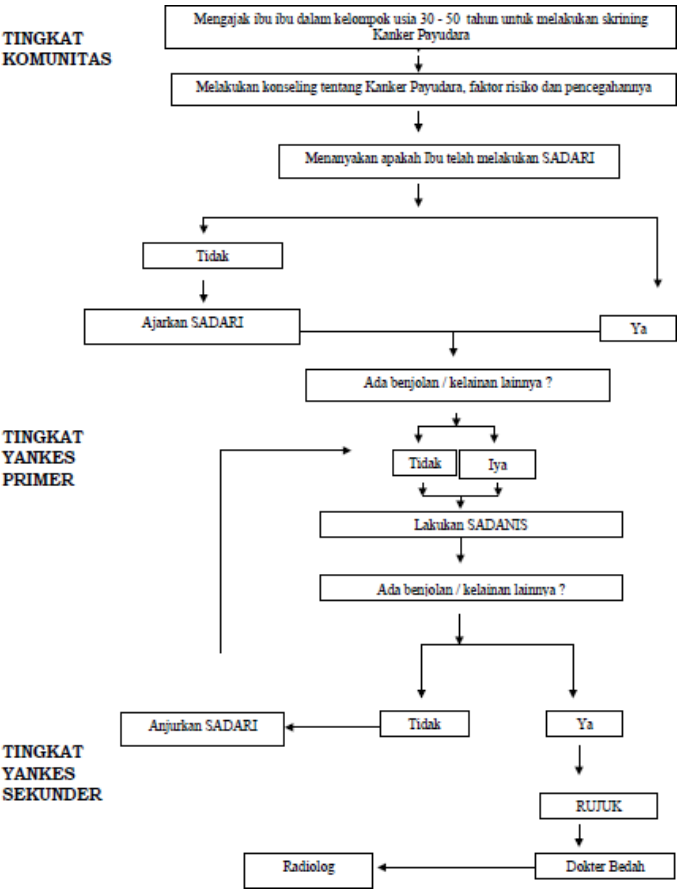
Diagnosis ditegakkan atas atas dasar anamnesis, pemeriksaan klinik. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Pada umumnya, lesi prakanker belum memberikan gejala. Bila telah menjadi kanker invasif, gejalan yang paling umum adalah perdarahan (contact bleeding, perdarahan saat berhubungan intim) dan keputihan. Pada stadium lanjut, gejala dapat berkembang mejadi nyeri

pinggang atau perut bagian bawah karena desakan tumor di daerah pelvik ke arah lateral sampai obstruksi ureter, bahkan sampai oligo atau anuria. Gejala lanjutan bisa terjadi sesuai dengan infiltrasi tumor ke organ yang terkena, misalnya: fistula vesikovaginal, fistula rektovaginal, edema tungkai. Pemeriksaan Penunjang Pemeriksaan klinik ini meliputi inspeksi, kolposkopi, biopsi serviks, sistoskopi, rektoskopi, USG, BNO -IVP, foto toraks dan bone scan , CT scan atau MRI, PET scan.

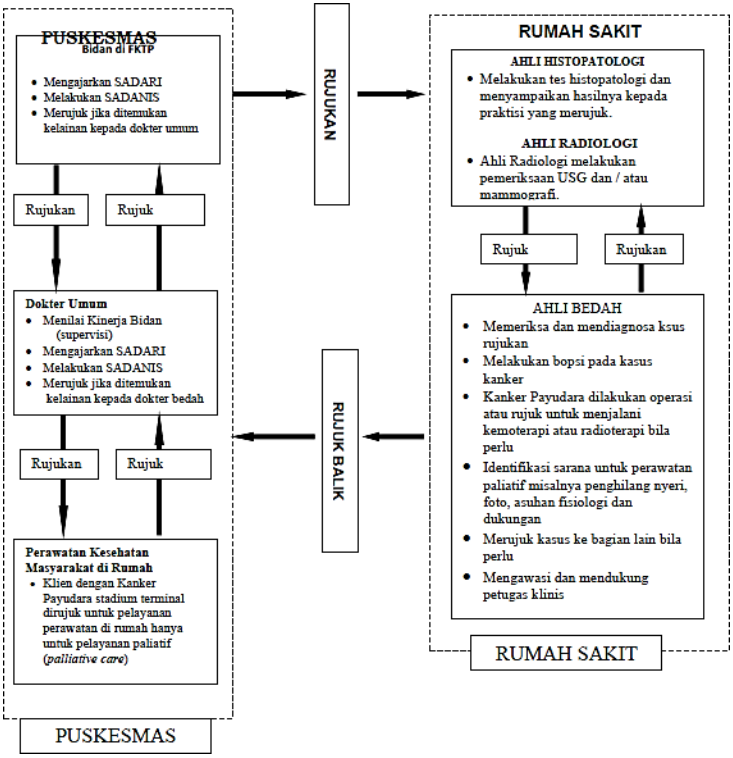
Kecurigaan metastasis ke kandung kemih atau rektum harus dikonfirmasi dengan biopsi dan histologik. Konisasi dan amputasi serviks dianggap sebagai pemeriksaan klinik. Khusus pemeriksaan sistoskopi dan rektoskopi dilakukan hanya pada kasus dengan stadium IB2 atau lebih.

D. Algoritma Kasus

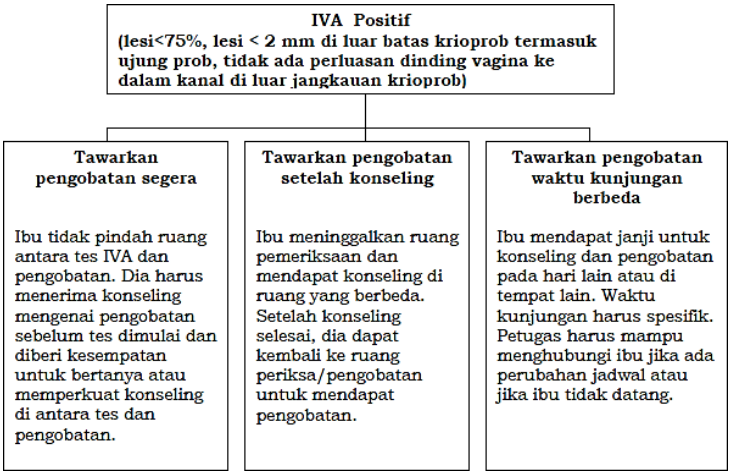
1. Algoritma Pencegahan Kanker Payudara



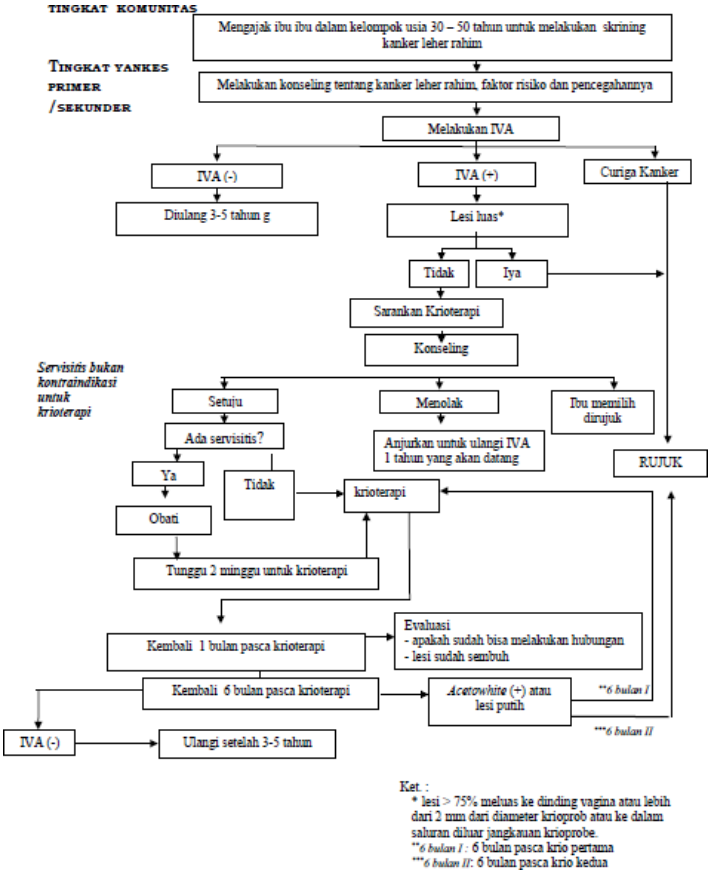
2. Algoritma Rujukan Kanker Payudara



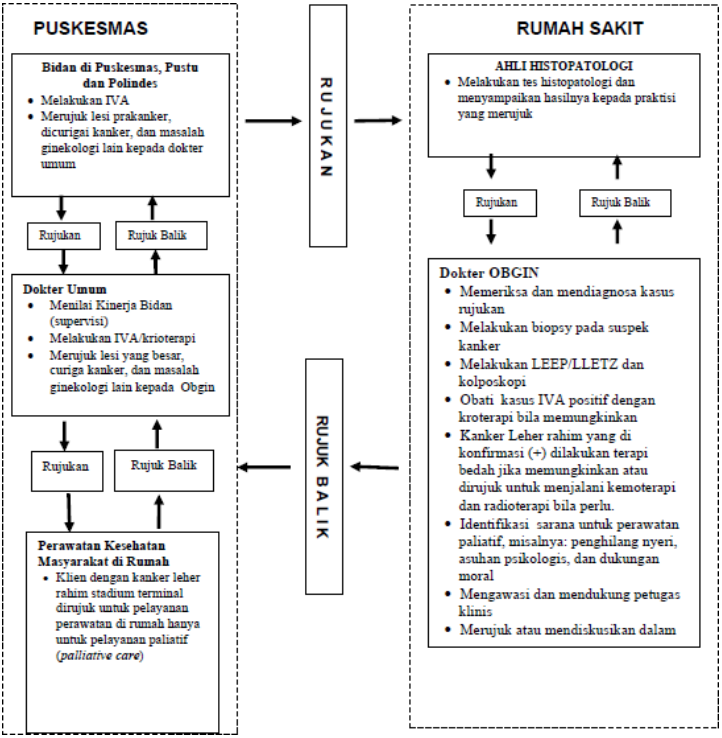
3. Tindak lanjut tes IVA positif dan Pengobatan di FKTP



4. Algoritma Pencegahan Kanker Serviks



5. Algoritma Rujukan Kanker Serviks



E. Latihan Kasus

1. Seorang gadis usia 20 tahun datang ke PMB mengatakan terdapat benjolan di payudara kanannya. Ia khawatir bahwa itu merupakan kanker payudara. Hasil pemeriksaan ditemukan adanya benjolan berukuran 1 cm di payudara kanan, mudah digerakkan dan kenyal. Bentuk payudara simetris, tidak ada kemerahan dan pengeluaran cairan. Apa kemungkinan diagnosis pada kasus tersebut?
   a. Fibroadenoma Mammae
   b. Kanker Payudara
   c. Furunkel
   d. Tumor ganas
   e. Kista
2. Seorang ibu usia 25 tahun P2A0 datang ke Puskesmas datang ingin melakukan pemeriksaan IVA rutin. Hasil pemeriksaan TD : 100/70 mmHg, N : 85x/menit, R : 21 x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Dari pemeriksaan IVA tampak ada keputihan, terdapat kista nabothy, lesi *acetowhite* tidak signifikan, dan berwarna merah muda. Bagaimana klasifikasi hasil IVA pada kasus tersebut?
   a. Dicurigai kanker
   b. Kanker
   c. Tes Positif
   d. Servisitis
   e. Tes Negatif
3. Seorang ibu usia 25 tahun P2A0 datang ke Puskesmas datang ingin melakukan pemeriksaan IVA rutin. Hasil pemeriksaan TD : 100/70 mmHg, N : 85x/menit, R : 21 x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Dari pemeriksaan IVA tampak ada keputihan, terdapat kista nabothy, lesi *acetowhite* tidak signifikan, dan berwarna merah muda. Kapan ibu bisa melakukan tes IVA kembali?

a. 10 tahun lagi
b. 8 tahun lagi
c. 5 tahun lagi
d. 2 tahun lagi
e. 1 tahun lagi

4. Seorang ibu usia 45 tahun P3A0 datang ke Rumah Sakit datang ingin melakukan pemeriksaan papsmear karena hasil Tes IVA menunjukan positif. Hasil pemeriksaan TD : 100/70 mmHg, N : 85x/menit, R :
   21 x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Kemudian dilakukan pemeriksaan IVA dan ibu diminta menunggu hasil kurang lebih satu minggu lagi. Berikut ini yang bukan faktor risiko perempuan terpapar HPV adalah...
   a. Berganti-ganti pasangan seksual
   b. Multiparitas
   c. Menikah pada usia muda <20 tahun
   d. Merokok
   e. Riwayat radang panggul
5. Seorang ibu usia 50 tahun P2A0 datang ke PMB dengan keluhan terdapat benjolan di payudara sejak 2 bulan yang lalu. Hasil pemeriksaan TD : 100/70 mmHg, N : 85x/menit, R : 21 x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Kemudian dilakukan pemeriksaan SADANIS oleh bidan dan diperoleh hasil payudara asimetris, ada benjolan, keras, tidak dapat digerakan, nyeri tekan, dan terdapat pengeluaran cairan bukan ASI. Apa tindakan bidan yang tepat untuk menangani kasus tersebut?
   a. Meminta ibu untuk melakukan SADARI rutin
   b. Mengajarkan ibu teknik perawatan payudara
   c. Melakukan USG
   d. Merujuk ibu ke rumah sakit
   e. Menganjurkan ibu untuk datang 1 minggu lagi.

F. Kunci Jawaban :

1. A
2. E
3. C
4. B
5. D

G. Pembahasan :

1. Fibroadenoma teraba sebagai benjolan bulat dengan simpai licin, bebas digerakkan dan konsistensnya kenyal padat. Fibroadenoma bermanifestasi sebagai massa soliter, diskret, biasanya tunggal, mudah digerakkan, dan memiliki garis tengah yang bervariasi dari 1 cm - 10 cm.

2. Berikut klasifikasi hasil tes IVA

Klasifikasi IVA	**Kriteria Klinis**
Tes Negatif	Halus, berwarna merah muda, seragam, tidak berfitur, ectropion, cervicitis, kista Nabothy dan lesi a*cetowhite* tidak signifikan
Servisitis	Gambaran inflamasi, hiperemis, multipel ovulo naboti, polipus servisis
Tes Positif	Bercak putih (acetowhite epithelium sangat meninggi, tidak mengkilap yang terhubung
Dicurigai Kanker	Pertumbuhan massa seperti kembang kol yang mudah berdarah atau luka bernanah/ ulcer.

3. Jika hasil tes IVA negatif, beritahu ibu untuk datang menjalani tes kembali 5 tahun kemudian, dan ingatkan ibu tentang faktor-faktor risiko**.**

4. Faktor yang menyebabkan perempuan terpapar HPV (sebagai etiologi dari Kanker Leher Rahim) adalah :
   a. Menikah/ memulai aktivitas seksual pada usia muda (kurang dari 20 tahun).
   b. Berganti-ganti pasangan seksual.
   c. Berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan.
   d. Riwayat infeksi di daerah kelamin atau radang panggul.
   e. Perempuan yang melahirkan banyak anak.
   f. Perempuan perokok mempunyai risiko dua setengah kali lebih besar untuk menderita Kanker Leher Rahim dibanding dengan yang tidak merokok.
   g. Perempuan yang menjadi perokok pasif (yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkat risikonya 1,4 (satu koma empat) kali dibanding perempuan yang hidup dengan udara bebas.
   h. Perempuan yang pernah melakukan pemeriksaan skrining (Papsmear atau IVA) akan menurunkan risiko terkena Kanker Leher Rahim.
5. Bidan di FKTP apabila menemukan tanda kanker payudara segera lakukan rujukan ke rumah sakit.

H. Referensi

Breast Cancer Care. 2010. Fibroadenoma, London *(http://www.breastcancercare.org.uk/upload/pdf/fibroadenoma_web l.pdf, Diakses 20 Juli 2014)*.

Dorland, W. A. 2012. Kamus Kedokteran Dorland Edisi 28. Terjemahan Oleh : Mahode, A.G., L.Y, Rahman., A.W, Nugroho, dkk. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 20 dan 431

Indonesia. 2017. Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara. Komite Penanggulangan Kanker Nasional. Kemenkes RI.

Indonesia. 2017. Panduan Penatalaksanaan Kanker Serviks. Komite Penanggulangan Kanker Nasional. Kemenkes RI.

NSW Breast Cancer Institute. 2014. Fibroadenoma of The Breast an Information Guide for Patients, *0ittp://\vww.bci.org.au/images/stories/aboid_bc/factsheets/factsheCI_FibroadenomaJ014_AW_WEB.pdf, Diakses tanggal 22Juli 2014)*.

PMK Nomor 34 tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. Kemenkes RI.

Sjamsuhidajat, R., W. De Jong. 2013. Buku Ajar Ilmu Bedah, Ed.3. EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 473 dan 4

polkesyo
Makaryo Lan Mukti Sesarengan