



# Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan

Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, SpOG



PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

BUKU ASLI BERSTIKER HOLOGRAM 3 DIMENSI

**ILMU KEBIDANAN, PENYAKIT KANDUNGAN DAN  
KELUARGA BERENCANA UNTUK PENDIDIKAN BIDAN**

Oleh: Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, DSOG

Editor: Setiawan, SKp.

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 1998 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Samson P. Barus

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 1998

**Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)**

Manuaba, Ida Bagus Gde

Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan keluarga berencana  
untuk pendidikan bidan / Ida Bagus Gde Manuaba – Jakarta :  
EGC, 1998.

x, 507 hlm. ; ilus. ; 15,5 x 24 cm.

ISBN 979-448-375-3

I. Ginekologi. I. Judul. II. Setiawan.

618.1



Isi di luar tanggung jawab percetakan

# Daftar Isi

## Kata Pengantar

### 1 Tinjauan Umum Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, 1

Sejarah Kebidanan di Indonesia, 1

Maksud dan Tujuan Mempelajari Ilmu Kebidanan, 3

Etika Profesi Bidan, 7

Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia, 8

Peranan Bidan dalam Mata Rantai Menurunkan Angka Kematian dan Kesakitan Ibu serta Perinatal di Indonesia, 15

Kehamilan pada Remaja, 26

Anemia pada Kehamilan, 29

Kehamilan dan Janin dengan Risiko Tinggi, 32

Konsep Kesejahteraan Ibu, 40

Partograf Model WHO, 49

Pemberian ASI dan Rawat Gabung, 54

Pokok Pikiran Keluarga Berencana dalam Pembangunan, 60

### 2 Anatomi dan Fisiologi Alat Reproduksi, 65

Anatomi Panggul, 65

Anatomi Alat Reproduksi Wanita, 78

Fisiologi Alat Reproduksi Wanita, 87

### 3 Fisiologi Kehamilan, 95

Proses Kehamilan, 95

Perubahan Fisiologi Saat Hamil, 106

Plasenta dan Air Ketuban, 112

Fisiologi Pertumbuhan Janin, 115

Diagnosis Kehamilan, 123

Pengawasan Antenatal, 128

Kesimpulan Hasil Pemeriksaan Hamil, 148

**4 Persalinan Normal, 157**

- Persalinan Fisiologis, 157
- Gambaran Perjalanan Persalinan Secara Klinis, 163
- Analgesia Dalam Kebidanan, 188
- Puerperium, 190

**5 Penyulit yang Menyertai Kehamilan, 207**

- Keluhan Ringan Hamil Muda, 207
- Kelainan dalam Tenggang Waktu Umur Hamil, 214
- Kehamilan Ektopik, 232
- Penyakit dan Kelainan Plasenta, 236
- Kelainan Tali Pusat, 238
- Pre-eklampsia dan Eklampsia, 239
- Perdarahan Antepartum, 253
- Hamil Kembar, 265

**6 Penyakit atau Keadaan Alat Kandungan yang Dapat Mempengaruhi Kehamilan, 269**

**Kelainan Alat Reproduksi, 269**

- Septum Vagina, 269
- Varises, 269
- Hematoma, 270
- Fistula, 270
- Kista Vagina, 270
- Anteversio Uteri, 270
- Retrofleksio Uteri, 271
- Kehamilan disertai Kista Ovarium, 271

**Penyakit yang Menyertai Kehamilan, 271**

- Penyakit Jantung dan Kehamilan, 271
- Penyakit Hipertensi dan Kehamilan, 273
- Penyakit Paru dan Kehamilan, 274
- Penyakit Infeksi dan Kehamilan, 275
- Penyakit Endokrin dan Kehamilan, 281

**7 Penyulit Persalinan, 287**

- Penyimpangan Jalan Persalinan, 287
- Persalinan Kasep, 292

**8 Gangguan Kala Tiga Persalinan, 295**

- Perdarahan Postpartum, 295
- Retensio Plasenta, 300

Inversio Uteri, 304  
 Perdarahan Robekan Jalan Lahir, 308

## **9 Keadaan Abnormal pada Kala Nifas, 313**

Infeksi Kala Nifas, 313  
Keadaan Abnormal yang Menyertai Kala Nifas, 316

## **10 Penyulit pada Neonatus, 319**

Asfiksia Neonatus, 319  
Perlukaan Kelahiran Persalinan, 320  
Kelainan, 322  
Infeksi Neonatus, 323  
Ikterus Neonatorum, 325  
Bayi dengan Berat Lahir Rendah, 326  
Kematian Perinatal, 332

## **11 Pertolongan Persalinan Operasi, 335**

Tinjauan Umum Operasi Kebidanan, 335  
Versi Luar, 341  
 Memecahkan Ketuban, 344  
 Dilatasi Serviks dengan Paksa, 346  
 Episiotomi, 346  
 Ekstraksi Forsep, 347  
 Persalinan Letak Sungsang, 360  
 Pungsi Kepala pada Hidrosefalus, 377  
Ruptura Uteri, 380

**SAMPLE**

## **12 Ilmu Penyakit Kandungan untuk Pendidikan Bidan, 385**

Pemeriksaan Kandungan, 385  
Kelainan Kongenital, 396  
Gangguan Haid dan Siklus Haid, 389  
Infeksi Alat Genitalia, 405  
 Tumor Jinak Genitalia, 409  
Keganasan pada Alat Genitalia, 419 -  
Keganasan Payudara, 433

## **13 Pedoman Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan, 437**

Pemandangan Umum Medis Teknis, 437  
Metode KB Sederhana, 440  
Kontrasepsi Hormonal, 441  
 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), 454  
Kontrasepsi Mantap, 462

Menstrual Regulation, 473  
Metode KB untuk Pria, 478  
Masalah-Masalah Dalam Gerakan KB Nasional, 475  
Penanganan Pasangan Mandul, 482  
Kontrasepsi Darurat, 485

**Daftar Pustaka, 491**

**Lampiran, 497**

**Indeks, 501**

# Bab 1 .

## Tinjauan Umum Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana

### Sejarah Kebidanan di Indonesia

Sejarah pelayanan kebidanan di Indonesia terjadi secara tidak langsung melalui usaha mengurangi angka kematian karena cacar. Pencacaran pertama di Indonesia dilakukan sekitar 1804, setelah Jenner di Inggris menemukan vaksin cacar tahun 1798.

Karena tenaga untuk melakukan pencacaran dirasakan terlalu mahal untuk didatangkan dari negeri Belanda, maka didirikanlah Sekolah Dokter Jawa tahun 1851, saat itu ilmu kebidanan belum merupakan pelajaran. Baru tahun 1889 oleh Straats, Obstetrikus Austria dan Masland, Ilmu Kebidanan diberikan dengan sukarela. Bila dibandingkan dengan angka kematian akibat cacar, angka kematian ibu bersalin sebenarnya jauh lebih tinggi. Pemerintah Belanda kurang memperhatikan tingginya angka kematian ibu karena tidak berpengaruh terhadap kehadiran Belanda sebagai penjajah.

Dengan banyaknya pendapat yang disampaikan tentang betapa pentingnya membuka kursus kebidanan untuk meringankan penderitaan masyarakat pribumi dalam persalinan, pada tahun 1850 dibuka kursus bidan di bawah seorang bidan dari VOC. Pada tahun 1873 terdapat sekitar 37 bidan yang berdomisili di kota yang hanya mau menolong persalinan orang Belanda dan orang Cina. Karena biaya kursus bidan dirasakan mahal maka kursus bidan ditutup kembali oleh Pemerintah Belanda.

Pendidikan bidan dibuka kembali 1897 dibawah pimpinan Prof. Boerma, Guru Besar pertama di Batavia. Prof. Remmeltz melaporkan bahwa angka kematian ibu sebesar 1.600/100.000 persalinan hidup dan angka kematian bayi sekitar 30% dari kelahiran sebelum mencapai usia 1 tahun. Penderitaan masyarakat akibat persalinan sungguh menyayat hati, sehingga pihak swasta pun ikut membuka sekolah bidan, seperti misi Katolik 1890 di Tjideres Jawa Barat dan Pearaja di Sumatra Utara. Pada tahun 1920 dr. Piverelli mendirikan semacam biro konsultasi ibu dan anak di Jakarta yang bernama: *Consultatie Bureau Vorr Moeder en kind*.

Di daerah Jawa Barat biro konsultasi semacam itu dipelopori oleh dr. Poerwoewardjo dan Dr. Soemeroe dengan mengikutsertakan dukun beranak. Inilah yang merupakan cikal bakal pendidikan dukun, sehingga lebih mampu memberikan pertolongan bersalin. Sampai tahun 1938 tercatat sekitar 376 bidan di seluruh In-

donesia, suatu jumlah yang sangat kecil bila dibandingkan dengan jumlah penduduk yang memerlukan pertolongan bidan. Tidaklah menyalahkan bila masyarakat telah terbiasa dengan pertolongan persalinan oleh dukun dengan berbagai akibatnya.

Siswa pendidikan bidan diambil dari tenaga para juru rawat yang telah bekerja selama tiga tahun untuk mendapat pendidikan selama dua tahun dan ditetapkan menjadi "pembantu bidan". *Kongres Vereniging Van Geneeskundigen* di Semarang 1938 dengan tegas menolak bentuk "pembantu bidan" dan menghendaki didirikannya sekolah bidan.

Dokter M. Toha, setelah menamatkan pendidikan sebagai ahli kebidanan dan penyakit kandungan ditempatkan di Cirebon mendapat kesempatan untuk mengutarakan secara luas berbagai masalah yang dihadapi anak negeri dalam bidang pelayanan kebidanan yang sangat menyedihkan itu. Selanjutnya Prof. Remmeltz, meninjau rumah sakit Cirebon dan meluluskan permintaan mendirikan sekolah bidan untuk pertama kalinya. Sayang sekali, pecahnya Perang Dunia II telah menggagalkan usaha mendirikan sekolah bidan tersebut. Setelah kemerdekaan usaha sekolah bidan di Cirebon dilanjutkan oleh: Dr. Soetomo Joedosepoetro. Ketika Dokter Mohamad Toha mendapat tugas baru untuk memimpin Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan Fakultas Kedokteran cabang Universitas Indonesia di Surabaya, beliau juga merintis mendirikan "Sekolah Bidan" di Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo Surabaya. Melalui kesempatan yang baik itu, beliau menarik dokter Soetomo Joedosepoetro dari Cirebon untuk membantu beliau dalam pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Pada tahun 1948 Dr. H Sinaga di Tarutung telah mengeluarkan stensilan untuk pendidikan bidan. Dalam tahun yang sama Dr. S.A Goelam mengeluarkan buku (1) Ilmu Kebidanan I, bagian Fisiologi dan (2) Ilmu Kebidanan II, bagian Patologi. Pada tahun 1950 Dr. Mochtar dan Dr. Soelijanti membentuk bagian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Departemen Kesehatan R.I. Yogyakarta, yang telah berkembang sampai saat ini. Tahun 1950 tercatat 475 dokter, 4.000 perawat termasuk bidan, dan 6 spesialis obstetri dan ginekologi. Pada Kongres POGI—Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia—yang pertama pada tanggal 26 sampai 31 Juli 1970 tercatat sekitar 115 spesialis kebidanan dan penyakit kandungan. Sementara pada tahun 1979 tercatat 8.000 dokter umum, 286 spesialis obstetri dan ginekologi, dan 16.888 bidan.

Pada tahun 1978 tercatat 90% sampai 92% persalinan dilakukan oleh dukun, 6% oleh bidan dan sekitar 1% oleh dokter. Untuk mengurangi penyulit telah dilakukan latihan dukun beranak sebanyak 110.000 orang, tetapi sebagian besar (80% sampai 85%) tidak lagi melakukan konsultasi dengan puskesmas maupun bidan yang pernah melatihnya.

Dalam pertemuan tentang kesejahteraan ibu di Istana Negara Jakarta yang dibuka oleh Bapak Presiden Soeharto, beliau menaruh perhatian yang sangat besar tentang tingginya angka kematian ibu dan perinatal di Indonesia sehingga diharapkan upaya yang sungguh-sungguh untuk dapat mengatasi masalah tersebut. Pada *World Congress of Human Reproduction* di Nusa Dua Bali, Bapak Presiden Soeharto telah mencanangkan penempatan bidan sebanyak 50.000 orang sebagai upaya mendekatkan pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih dengan membangun *pondok bersalin*. Gagasan itu sangat mulia tetapi memerlukan waktu dan biaya yang tidak sedikit untuk dapat melatih sejumlah bidan yang akan ditempatkan di pedesaan sebagai pengganti dukun beranak.

Dengan dicanangkannya pernyataan tersebut diharapkan Ikatan Bidan Indonesia mampu melakukan antisipasi sehingga proses tersebut menjadi kenyataan dalam waktu singkat. Angka kematian ibu dan perinatal merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana suatu negara. Angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi yaitu 390/100.000 persalinan hidup. Jika perkiraan persalinan di Indonesia sebesar 5.000.000 orang maka akan terdapat sekitar 19.500-20.000 kematian ibu atau kematian setiap 26-27 menit. Jumlah kematian perinatal sekitar 56/1000 atau sejumlah 28.000 orang atau setiap 18-20 menit sekali.

Karena tingginya angka kematian ibu dan perinatal di Indonesia (tertinggi di ASEAN), bidang pelayanan kebidanan masih memerlukan perhatian. Angka kematian ibu dan perinatal yang tinggi sebagian besar akibat pertolongan persalinan dukun di seluruh Indonesia. Dukun beranak memang belum mampu diganti dalam waktu relatif singkat karena masih mendapat kepercayaan masyarakat. Kematian ibu dan perinatal mempunyai peluang yang sangat besar untuk dihindari.

Memperhatikan angka kematian ibu 500.000 per tahun dan kematian perinatal 10.000.000 per tahun di seluruh dunia, WHO dan UNICEF melaksanakan Kongres di Alma Ata 1978, Uni Sovyet, dan mencetuskan ide: *Primary Health Care* (Pelayanan Kesehatan Utama). Dengan tujuannya meningkatkan kesehatan masyarakat menuju *Health for all by the year 2.000* (Sehat Bagi Semua pada Tahun 2000). Di Indonesia gagasan tersebut diterjemahkan dalam: **Sistem Kesehatan Nasional**. Kesejahteraan ibu (*safe motherhood*) merupakan upaya yang penting dalam pelaksanaan "Pelayanan Kesehatan Utama" dengan mengikutsertakan partisipasi masyarakat, mendekatkan pelayanan di tengah masyarakat, dan meningkatkan mutu pelayanan.

Setelah memahami sejarah kebidanan di Indonesia di mana sekolah bidan dirintis oleh Prof. M. Toha (Pahlawan Bandung Selatan) di Cirebon dan R.S Dr. Soetomo Surabaya, maka kami mengusulkan dua nama dalam rapat POGI Jakarta yaitu Prof. M. Toha (Surabaya) dan Prof. Makalew (Ujungpandang) untuk diabadikan sebagai penghargaan kepada Ahli Kebidanan dan Penyakit Kandungan di Indonesia. Rapat memutuskan dan menetapkan "penghargaan M. Toha" bagi mereka yang dianggap berjasa dalam pengabdian masyarakat dan "penghargaan Makalew" bagi mereka yang dianggap mampu mengembangkan teknik kebidanan dan penyakit kandungan.

## **Maksud dan Tujuan Mempelajari Ilmu Kebidanan**

### **Maksud mempelajari ilmu kebidanan**

Mempelajari ilmu kebidanan adalah untuk mendapatkan gambaran berbagai aspek ilmu kebidanan sehingga meningkatkan pengertian yang menyeluruh diantaranya:

- Sejarah ilmu kebidanan khususnya di Indonesia.
- Masalah kematian ibu (AKI) dan angka kematian perinatal.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian ibu dan bayi.
- Masalah pengawasan hamil di Indonesia.
- Masalah pertolongan persalinan di Indonesia.
- Status keberadaan dan kesehatan wanita di Indonesia.
- Masalah kehamilan remaja dan upaya untuk mengatasinya.

#### 4 Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana

- Gagasan pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat ibu dan bayi di Indonesia.
- Peranan tenaga kesehatan dalam mata rantai kesehatan khususnya bidan dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan menyeluruh.
- Upaya-upaya untuk meningkatkan KIE, promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif kepada masyarakat, sehingga ikut berperan serta dalam upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.
- Hubungan keluarga berencana dengan kesejahteraan keluarga.

Untuk lebih jelas disampaikan beberapa ketentuan dalam bidang ilmu kebidanan sebagai berikut:

Beberapa istilah penting:

Kehamilan:	pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.
Persalinan:	proses pengusiran janin serta uri dari dalam rahim ibu.
Kala nifas:	proses pulihnya alat kandungan menuju keadaan normal sejak saat persalinan berakhir yang berlangsung selama 42 hari.
Angka kelahiran:	banyaknya kelahiran hidup setiap 1.000 penduduk.
Angka kesuburan:	angka kelahiran hidup setiap 1.000 wanita dengan umur antara 14-44 tahun.
Angka kematian ibu (AKI):	angka kematian ibu sebagai akibat langsung proses reproduksi dalam 100.000 kelahiran hidup.
Kelahiran mati ( <i>stillbirth</i> ):	kelahiran janin tanpa tanda hidup.
Kematian neonatal ( <i>early neonatal mortality</i> ):	kematian bayi yang lahir hidup dalam minggu pertama setelah kelahiran hidup.
Kematian perinatal:	jumlah kelahiran mati dan kematian neonatus dengan berat badan di atas 1.000 gram.

### Tujuan mempelajari ilmu kebidanan

Ilmu kebidanan adalah ilmu yang mempelajari tentang kehamilan, persalinan, dan kala nifas serta kembalinya alat reproduksi ke keadaan normal.

Tujuan ilmu kebidanan adalah untuk mengantarkan kehamilan, persalinan, dan kala nifas serta pemberian ASI dengan selamat dengan kerusakan akibat persalinan sekecil-kecilnya dan kembalinya alat reproduksi ke keadaan normal.

Kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya angka kematian ibu dan angka kematian perinatal. Dikemukakan bahwa angka kematian perinatal lebih mencerminkan kesanggupan satu negara untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Tabel 1-1 Perbandingan Angka Kematian Ibu di Beberapa Negara

Negara	Kematian Ibu/100.000
Singapura	5
Malaysia	69
Thailand	100
Philipina	142
Indonesia	450
Sri Langka	95
India	630
Afrika	500-600
Amerika latin	300
USA, Eropa, dan Kanada	10

Tabel 1-2 Hubungan Kematian Bayi dan Pendapatan di Beberapa Negara (1979)

Negara	Kematian	Pendapatan
Indonesia	110	271
Asia lainnya	105	610
Afrika	147	440
Oceania	41	4.730
Rusia	29	2.760
Eropa	20	4.446
Amerika Latin	64	517
USA	15	7.775

Indonesia, di lingkungan Asean, merupakan negara dengan angka kematian ibu dan perinatal tertinggi, yang berarti kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan masih memerlukan perbaikan yang bersifat menyeluruh dan lebih bermutu.

Dengan perkiraan persalinan di Indonesia setiap tahunnya sekitar 5.000.000 jiwa dapat dijabarkan bahwa:

1. Angka kematian ibu sebesar 19.500-20.000 setiap tahunnya atau terjadi setiap 26-27 menit. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan 30,5 %, infeksi 22,5 %, gestosis 17,5 %, dan anestesia 2,0 %.
2. Kematian bayi sebesar 56/10.000 menjadi sekitar 280.000 atau terjadi setiap 18-20 menit sekali. Penyebab kematian bayi adalah asfiksia neonatorum 49-60 %, infeksi 24-34 %, prematuritas/BBLR 15-20 %, trauma persalinan 2-7 %, dan cacat bawaan 1-3 %.

Memperhatikan angka kematian ibu dan bayi, dapat dikemukakan bahwa:

1. Sebagian besar kematian ibu dan perinatal terjadi saat pertolongan pertama sangat dibutuhkan.
2. Pengawasan antenatal masih belum memadai sehingga penyulit hamil dan hamil dengan risiko tinggi tidak atau terlambat diketahui.

3. Masih banyak dijumpai ibu dengan jarak hamil pendek, terlalu banyak anak, terlalu muda, dan terlalu tua untuk hamil.
4. Gerakan keluarga berencana masih dapat digalakkan untuk meningkatkan sumber daya manusia melalui norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS).
5. Jumlah anemia pada ibu hamil cukup tinggi.
6. Pendidikan masyarakat yang rendah cenderung memilih pemeliharaan kesehatan secara tradisional, dan belum siap menerima pelaksanaan kesehatan modern.

Kalau disimak ternyata faktor-faktor tersebut dapat dibagi dua yaitu:

1. Yang bersifat ilmu kebidanan murni:

- Pelaksanaan pengawasan hamil belum menjangkau masyarakat menyeluruh dan bermutu.
- Pertolongan pertama hamil dan persalinan yang belum memadai.
- Lemahnya sistem rujukan.

2. Faktor sosial, yang meliputi:

- Gerakan keluarga berencana masih dapat ditingkatkan penerimaannya.
- Faktor gizi masyarakat belum memenuhi untuk kesehatan ibu hamil, dan menyusui.
- Pendidikan masyarakat yang masih rendah.

Berdasarkan tingginya angka kematian ibu dan perinatal yang dialami sebagian besar negara berkembang, maka WHO dan UNICEF di Alma Ata, Uni Sovyet 1978 telah menyelenggarakan pertemuan dengan menghasilkan gagasan untuk menerapkan "**Primary health care**" yaitu upaya kesehatan utama dengan teknologi berdaya guna dan tepat guna, sesuai dengan kemampuan masyarakat sehingga dicapai **Health for all by year the 2000**.

Gagasan Pelayanan Kesehatan Utama tersebut mempunyai unsur:

- Meningkatkan pelaksanaan pengawasan hamil.
- Meningkatkan penerimaan keluarga berencana.
- Meningkatkan gizi ibu hamil dan menyusui.
- Meningkatkan pelaksanaan imunisasi.
- Meningkatkan upaya kesehatan lingkungan.
- Meningkatkan upaya sistem rujukan.
- Menerapkan pelayanan kesehatan yang terjangkau masyarakat.

Indonesia sebagai negara berkembang menerima gagasan pelayanan kesehatan utama dan memasukkannya ke dalam "**Sistem Kesehatan Nasional**" yang telah dikemukakan tahun 1982.

Mulai tahun itu pelayanan kesehatan kebidanan tidak terbatas ditingkat klinik tetapi telah menyebarkan upaya promotif, preventif dan rehabilitasi ke dalam gagasan **Ilmu Kebidanan Sosial**. Melalui gagasan ilmu kebidanan sosial, diharapkan dapat mengendalikan faktor dalam masyarakat sehingga mampu memberikan pelayanan yang lebih bermutu dan menyeluruh dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian perinatal.

Salah satu usaha yang sangat penting untuk dapat mencapai peningkatan pelayanan kebidanan yang menyeluruh dan bermutu adalah menyebarkan "Bidan di

desa dengan polindesnya" sesuai dengan gagasan Bapak Presiden Soeharto pada pembukaan "World congress on human reproduction, Nusa Dua, Bali 1994".

Di masa yang akan datang "Bidan di Desa" diharapkan dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih bermutu dan menyeluruh dan sebagai pengganti "dukun beranak".

## Etika Profesi Bidan

Berbeda dengan profesi tenaga kesehatan lainnya, bidan dapat berdiri sendiri dalam memberikan pertolongan kesehatan kepada masyarakat khususnya pertolongan persalinan normal. Oleh karena itu, bidan mengucapkan janji atau sumpah saat menamatkan diri dari pendidikannya.

Bidan merupakan mata rantai yang sangat penting karena kedudukannya sebagai ujung tombak dalam upaya meningkatkan sumber daya manusia melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan, dan pengawasan neonatus dan pada persalinan ibu postpartum. Di samping itu upaya untuk meningkatkan sumber daya manusia dapat dibebankan kepada bidan melalui pelayanan keluarga berencana.

Peranan penting bidan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian maternal dan perinatal melalui pendekatan kepada dukun beranak dengan memberikan bimbingan pada kasus yang memerlukan rujukan medis. Kerja sama dengan masyarakat melalui posyandu, bersama Program Kesehatan Keluarga (PKK) penting artinya dalam menapis kehamilan risiko tinggi, sehingga mampu menekan angka kesakitan dan kematian maternal dan perinatal.

Berdasarkan peranan bidan yang vital itulah diperlukan pengaturan profesi bidan dalam memberikan pertolongan yang optimal. Secara umum tenaga profesi kesehatan dibatasi oleh tiga kaedah utama, yaitu sumpah profesi, kaedah hukum yang mengatur tata nilai di dalam masyarakat, dan kaedah masyarakat dalam bentuk tertulis atau kebiasaan yang perlu dihormati pula. Oleh karena itu, profesi tenaga kesehatan yang selalu berkaitan dengan manusia geraknya sangat terbatas.

Pelayanan kesehatan didasari atas kerahasiaan dan kepercayaan yang mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Mereka yang memerlukan pertolongan profesi berada pada pihak yang tergantung pada pemberi pertolongan.
2. Atas dasar kepercayaan berarti bahwa yang meminta pertolongan akan memberikan keterangan yang diperlukan untuk dapat menegakkan penyakitnya dan sekaligus pengobatannya.
3. Mereka yang meminta pertolongan tidak dapat menilai sampai seberapa jauh keahlian pemberi pertolongan.
4. Mereka yang mempunyai profesi sebagai tenaga kesehatan hampir dapat dipastikan "bebas," tidak tergantung kepada orang lain sehingga hanya bila ada tuntutan hukum saja pihak yang berwenang dapat melakukan tindakan.
5. Sifat pekerjaan profesi ini tidak mampu memberikan jaminan pasti, tetapi akan diupayakan agar tercapai tingkat maksimal.

Dengan dasar demikian berarti masyarakat sulit untuk memberikan penilaian kemampuan profesi. Oleh karena itu, jaminan yang diharapkan dilandasi pada sumpah profesi dan etika profesi yang mengatur tingkah laku seseorang.

Sekalipun ucapan Hipocrates ditujukan untuk dokter, tetapi untuk profesi bidan-pun kata-katanya cukup relevan, yaitu "Ilmu Kedokteran adalah ilmu yang mulia dan hanya orang-orang yang sanggup menjunjung kehormatan diri dan profesinya yang layak menjadi dokter." Dengan demikian "sumpah profesi dan etika profesi bidan" merupakan sumber motivasi yang sangat tinggi untuk dipahami dan dihayati yang menjadi modal utama dalam menjalankan profesi bidan.

## Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia

Di bagian kebidanan selalu terjadi gelak tawa yang silih berganti dengan ratap tangis yang memilukan karena kelahiran bayi yang didambakan atau kematian ibu, atau bayi yang diharapkan.

Berdasarkan penelitian WHO di seluruh dunia terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya neonatus sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian maternal dan bayi tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99%. Kendatipun jumlahnya sangat besar, tetapi tidak menarik perhatian karena kejadiannya tersebar (sporadis), berbeda dengan kematian yang terjadi akibat banjir, tanah longsor, bencana alam lainnya atau korban kecelakaan. Sebenarnya kematian ibu dan bayi mempunyai peluang yang sangat besar untuk dihindari dengan meningkatkan kerja sama antara pemerintah, swasta, dan badan badan sosial lainnya.

WHO memperkirakan jika ibu hanya melahirkan rata-rata 3 bayi, maka kematian ibu dapat diturunkan menjadi 300.000 jiwa dan kematian bayi sebesar 5.600.000 jiwa per tahun. Sebaran kematian ibu di Indonesia bervariasi di antara 130 sampai 780 dalam 100.000 persalinan hidup. Kendatipun telah dilakukan usaha yang intensif dan dibarengi dengan makin menurunnya angka kematian ibu dan bayi di setiap rumah sakit, kematian ibu di Indonesia masih berkisar 390/100.000 persalinan hidup. Sedangkan kematian bayi sekitar 56/10.000 persalinan hidup. Untuk lebih mengetahui angka kematian ibu dan perinatal di Indonesia berikut ini disajikan beberapa tabel yang dapat memberikan gambaran kondisi tersebut.

**Tabel 1-3** Perbandingan Angka Kematian Ibu di Asia per 100.000 Kelahiran Hidup

Negara	Kematian Ibu/100.000
Singapura	5
Malaysia	69
Thailand	100
Philipina	142
Indonesia	390
Sri Langka	95
India	630
Buthan	710
Nepal	863
Mongolia	110
Myanmar	120

**Tabel 1-4** Sebaran Kematian Ibu di 12 Rumah Sakit Pendidikan/Peneliti dalam Seribu Persalinan Hidup

Peneliti	Tahun	Persentase
R. Hariadi, Surabaya	1964-1969	10,9
Hanafiah MY, Medan	1965-1969	14
Mochtar A, Bandung	1964-1967	13,2
Manuaba, Denpasar	1969-1971	8,2
Soejadi, Semarang	1969-1971	8,2
Adiyono W, Semarang	1973-1977	6,5
Hasan M, Padang	1973-1977	5,6
Manuaba, Denpasar	1975-1977	4
Rachimhadi T, Jakarta	1976-1978	10,5
Poerwanto Y, Yogyakarta	1975-1978	12,5
Dahlan HS, Palembang	1978-1980	5,2
Azis Cs, Palembang	1981-1982	2,5

**Tabel 1-5** Penyebab Kematian Ibu di 12 Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia (Juni 1977-Januari 1980)

Penyebab Kematian	Jumlah	Persentase
<i>Berhubungan langsung dengan kebidanan:</i>		
Perdarahan	41	30,3
Infeksi	30	22,2
Toksemia	22	16,3
Anestesia	4	3,0
Reaksi transfusi	2	1,5
<i>Acute vascular accident</i> (pembuluh darah pecah)	1	0,7
Tak diketahui	2	1,5
<i>Tidak berhubungan langsung dengan kebidanan:</i>		
Penyakit kardiovaskular	3	0,2
Bronkopneumonia	1	0,7
Diabetes	1	0,7
Keganasan	1	0,7
Tanpa kartu kematian	27	20
<b>Jumlah</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

**Tabel 1-6** Perbandingan Keadaan Saat Ini Dengan Harapan Tahun 2000

Indikator	Keadaan saat ini	Harapan tahun 2000
<i>Karakteristik umum</i>		
Kelahiran	35,9/1000	22/1000
Kematian ibu	425/100.000	225/100.000
Kematian bayi	56/1000	25/1000
Kematian umum	12,5/1000	5/1000
Berat badan lahir rendah	14%	7%
Tetanus neonatorum	11%	1%
Imunisasi	40%	80%
Diare	40%	20%
Umur harapan hidup	50 tahun	60 tahun
<i>Karakteristik reproduksi ibu</i>		
Prevalensi paritas 4 ke atas	25%	10%
Umur hamil kurang 20 tahun	14%	7%
Hamil di atas 35 tahun	14,5%	7%
Penggunaan KB interval	25%	70%
Anemia saat hamil	45%	15%
Perawatan antenatal (ANC)	45%	70%
Persalinan dukun beranak	70%-80%	30%

**Tabel 1-7** Hasil Survei Profil Wanita di Jawa Tengah

Kriteria Survei	Total (N= 14.928)		Kematian Maternal (N= 50)	
	Jumlah	%	Jumlah	%
<i>Umur rata-rata ibu:</i>	26,3	5,9	28,8	6,6
<i>Kelompok umur (tahun):</i>				
< 20	1.488	10,0	1	2,0
20-34	11.740	78,6	37	74,0
≥ 35	1.700	11,4	12	24,0
<i>Kelompok paritas</i>				
Para 0	64	0,4	0	0
Para 1	4.668	31,3	11	22,0
Para 2-4	7.550	50,6	22	44,0
Para ≥ 5	2.646	17,7	17	34,0
<i>Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan (KB)</i>				
Tanpa KB		59,6		58,0
Memakai KB		40,4		42,0
<i>Kontrasepsi yang dipakai</i>				
Pil		44,3		33,3
Suntik KB		26,8		23,8
IUD		25,3		42,9
lain-lain		3,6		0

Tabel 1-7 Hasil Survei Profil Wanita di Jawa Tengah — Lanjutan

Kriteria Survai	Total (N= 14.928)*		Kematian Maternal (N= 50)	
	Jumlah	%	Jumlah	%
<i>Pemeriksaan antenatal (≥ 4 kali)</i>				
Tidak pernah		18,0		38,0
Dukun		0,4		2,0
Pelayanan kesehatan (Puskesmas)		81,6		60%
<i>Mengapa tidak memeriksakan diri</i>				
Acuh		68,3		63,2
Suami/keluarga tidak menyetujui		0,2		
Geografis/sosio-ekonomi		28,9		36,8
Tidak jelas		2,6		
<i>Tempat melahirkan</i>				
Di rumah		94,5		72,0
Puskesmas		2,5		
RS		2,8		8,0
Lain-lain		0		
Belum lahir		0,1		20,0
<i>Penolong persalinan</i>				
Tanpa penolong	3	0	1	2,0
Dukun belum terlatih	2.201	14,7	14	28,0
Dukun terlatih	10.735	71,9	16	32,0
Perawat/Bidan	1.937	13,2	9	32,0
Belum lahir	10	0,1	10	20,0
Tak diketahui	6	0	0	

\*N adalah jumlah sampel survei.

Sumber: *Maternal and Perinatal Mortality Study, Central Java, T Agoestina dan A. Soejoenoes BKS Penfin, 1989.*

Tabel 1-8 Ciri Kematian Maternal (N=50)

<i>Kematian maternal</i>		
Telah melahirkan		80,0%
Belum melahirkan		20,0%
<i>Kematian obstetrik langsung</i>		
Perdarahan	24,0%	
Retensio plasenta	22,0%	
Sepsis	20,8%	
Eklampsia	16,0%	
<i>Tempat meninggal</i>		
Di rumah		60,0%
Dalam perjalanan		12,0%
Rumah Sakit		26,0%
Klinik bersalin		2,0%

Sumber: *Maternal and Perinatal Mortality Study, Central Java, T. Agoestina dan A. Soejoenoes BKS PENFIN, 1989.*

**Tabel 1-9** Profil Kematian Maternal Karena "Trias Klasik"

Peneliti	Trias Klasik			Total
	Perdarahan	Infeksi	Gestosis	
M. Haryono S, 1993	21,2	17,4	30	68,6
12 RS Pendidikan, 1988	30,4	22,3	16,3	69
Murzof Cs, Surabaya 1983	34,5	30	25,7	90,2
Syaroni Cs, Palembang	64,7	18,5	11,8	95
Manuaba, Denpasar 1975	54,2	27,2	18,6	100,0
Ariawan, Semarang 1989	46	20,8	16	82,8
BKS PENFIN	46	20,8	16	82,8

**Tabel 1-10** Profil Kematian Perinatal dalam 1.000 Persalinan Hidup

Peneliti/Negara	Kematian Perinatal Dini	Jumlah
Nanah dkk., 1991 Palembang		66,5
Soeharto Presiden R.I		70
Sunarya dkk., Medan 1988		22,94
Kornia dkk., 1989 Denpasar	49,5	50,5
Sudaryat		70
Permadi dkk, 1989 Bandung	25,99	86,28
BKS Penfin 1980		21,7-25,75
USA		26,5
Australia		29,8
Jerman Barat		37,9
Jepang		30,1

## Pertolongan persalinan dukun di Indonesia

Departemen Kesehatan Republik Indonesia memperkirakan bahwa pertolongan persalinan oleh dukun masih dominan di Indonesia sekitar 80%. Demikian juga di seluruh dunia pertolongan persalinan dukun masih tinggi sekitar 70% sampai 80%. Gambaran tersebut disampaikan data oleh beberapa peneliti dalam tabel berikut.

**Tabel 1-11** Gambaran Pertolongan Persalinan Dengan Dukun Terlatih dan Tidak Terlatih

Peneliti	Dukun tak terlatih	Dukun terlatih	Jumlah
Hariadi R			70
Poedjirohjati	61,5	38,5	100
Ariawan S	71,9	14,7	86,6
Manuaba, Bali	4,5	64,5	69
Suhadi, Ariawan	35,5	51,1	86,6
Depkes			80
Subayo M, Ayik P.S.			63,7

## Profil wanita Indonesia

Tingginya angka kematian ibu dan angka kematian perinatal tidak dapat dipisahkan dari profil wanita Indonesia. Di bawah ini disajikan tabel yang menunjukkan profil wanita Indonesia.

**Tabel 1-12** Hubungan Melek Hurup di Kalangan Dewasa Dalam Jenis Kelamin dan Tingkat Kematian Bayi

Negara dengan tingkat kematian bayi (per 1000 kelahiran hidup)	% melek hurup	
	Pria	Wanita
Sangat tinggi (lebih dari 100)	42	19
Tinggi (60-100)	68	55
Sedang (26-58)	90	85
Rendah (kurang dari 25)	96	94

**Tabel 1-13** Hubungan AKA Dengan Tingkat Pendidikan Ibu Usia 20-24 Tahun di Daerah Pedesaan dan Perkotaan di Indonesia

Pendidikan Ibu	Angka Kematian Anak (AKA)	
	Pedesaan	Perkotaan
Tidak sekolah	155	160
Tidak tamat SD	142	129
Tamat SD	106	91
Tamat SLTP	82	61
Tamat SLTA	68	47

Sumber: John E. Rohde (1984).

**Tabel 1-14** Profil Klasifikasi Wanita di Berbagai Negara

Negara	Kesehatan	Perkawinan	Pendidikan	Pekerjaan	Persamaan	Jumlah	Klasifikasi
Bangladesh	05,5	04,5	04,5	03,0	04,0	21,5	Amat sangat buruk
India	10,5	12,0	06,0	04,5	10,5	43,5	Sangat buruk
Indonesia	11,5	11,5	09,5	06,0	08,5	46,5	Sangat buruk
Malaysia	16,5	15,0	10,0	06,0	10,5	58,0	Buruk
Srilangka	16,0	15,5	10,0	06,0	12,5	60,0	Sedang
Singapura	18,0	17,5	12,5	08,0	10,5	66,5	Sedang
Jepang	18,5	17,0	13,0	07,5	12,5	68,5	Sedang
Swedia	19,0	15,5	15,5	14,5	18,5	87,0	Sangat baik

Berdasarkan tabel tersebut dapat disimpulkan beberapa masalah sebagai berikut:

1. *Status kesehatan wanita.*

- Derajat kesehatan wanita masih rendah
- Masih tingginya angka kesakitan dan kematian wanita bersalin
- Pendidikan wanita masih tergolong rendah
- Membantu meningkatkan pendapatan keluarga saat hamil tua
- Kemiskinan dan rendahnya pendidikan penyebab berorientasi pada pengobatan tradisional.

2. *Status biologis wanita.*

- Perkawinan usia muda kurang 20 tahun masih tinggi
- Jarak waktu hamil dan bersalin masih pendek
- Masih banyak yang hamil pada usia di atas 35 tahun
- Jumlah anak banyak (grandemultipara) masih tinggi.

3. *Status pelayanan kesehatan.*

a. Data hasil pelayanan kesehatan.

- Angka kematian maternal tinggi 390/100.000 atau 50-100 kali lebih tinggi dari negara berkembang.
- Angka kematian perinatal 56/10.000.
- Trias klasik (perdarahan, infeksi, gestosis) meliputi 95% penyebab kematian.
- Persalinan oleh dukun 75% sampai 80%.
- Kejadian kematian maternal dan perinatal masih mempunyai peluang untuk dapat dihindari.
- Cakupan bumil memeriksakan diri sebesar 48,3%.
- Di berbagai pusat pelayanan kesehatan, angka kematian maternal dan perinatal sudah dapat diturunkan.

b. Bentuk pelayanan kesehatan yang dicanangkan.

- Belum mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan menyeluruh.
- Pelayanan kesehatan masih sulit dijangkau masyarakat yang berpenghasilan rendah.
- Lokalisasi pusat pelayanan kesehatan masih belum terjangkau karena jarak yang jauh.
- Persediaan obat yang diperlukan masyarakat masih belum mampu memenuhi kebutuhan.
- Partisipasi masyarakat masih dapat ditingkatkan.

Berdasarkan latar belakang masalah yang dihadapi Indonesia maka gagasan tentang *Simposium Nasional Kesejahteraan Ibu* mendapat perhatian khusus sehingga dibuka oleh Bapak Presiden Soeharto, sebagai langkah awal kesepakatan politik untuk meningkatkan status wanita dalam pembangunan tanggal 29 Juni 1988, di Istana Negara Jakarta. Sebagai salah satu orang yang ikut aktif mengambil bagian dalam upaya meningkatkan kesejahteraan ibu, penulis mendapat kesempatan untuk menghadiri simposium tersebut.

## Peranan Bidan dalam Mata Rantai Menurunkan Angka Kematian dan Kesakitan Ibu dan Perinatal di Indonesia

Menghadapi Pembangunan Jangka Panjang Tahap II, terdapat tiga isu nasional, yaitu upaya mengentaskan kemiskinan, tingginya angka kematian ibu dan perinatal, dan peningkatan sumber daya manusia. Di samping itu dihadapi perubahan pola penyakit dalam bentuk infeksi STD serta AIDS, infeksi Hepatitis B, serta penyakit degeneratif.

Dalam bidang kesehatan masih banyak yang harus dilakukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, sebagai isu sentral pembangunan. Peranan bidan dalam proses pembangunan—khususnya menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan perinatal—sangat penting terutama di daerah pedesaan.

### Latar belakang permasalahan nasional

Kemampuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan suatu bangsa diukur dengan menentukan tinggi rendahnya angka kematian ibu dan perinatal dalam 100.000 persalinan hidup. Sedangkan tingkat kesejahteraan suatu bangsa ditentukan dengan seberapa jauh gerakan keluarga berencana dapat diterima masyarakat.

Angka kematian ibu dan kematian masih tinggi. Sebenarnya kematian tersebut masih dapat dihindari karena sebagian besar terjadi pada saat pertolongan pertama sangat diperlukan, tetapi penyelenggara kesehatan tidak sanggup untuk memberikan pelayanan. Penyebab kematian ibu masih tetap merupakan "trias klasik," sedangkan sebab kematian perinatal terutama oleh "trias asfiksia", infeksi, dan trauma persalinan. Kematian dan kesakitan ibu dan perinatal juga berkaitan dengan pertolongan persalinan "dukun" sebanyak 80% dan berbagai faktor sosial budaya dan faktor pelayanan medis.

Kematian ibu (maternal) bervariasi antara 5 sampai 800 per 100.000 persalinan, sedangkan kematian perinatal berkisar antara 25 sampai 750 per 100.000 persalinan hidup. Pemerintah mengasumsikan keadaan di Indonesia:

1. Perkiraan persalinan	5.000.000/tahun
2. Pertumbuhan penduduk	1,9%
3. Persalinan dukun	75%-80%
4. Angka kematian ibu	19.500-20.000/tahun
5. Angka kematian perinatal	280.000-300.000/tahun.
6. Cakupan gerakan keluarga berencana	65% sampai 70% PUS
7. Jumlah penduduk tahun 1997	200 juta jiwa
8. Perkiraan pertumbuhan seimbang akan tercapai tahun 2020 dengan penduduk Indonesia sekitar	258 juta jiwa.
9. Pengangguran bertambah setiap tahunnya sebanyak	1,5-2 juta.
10. Pertumbuhan ekonomi berkisar	5% sampai 6% per tahun.
11. Pendapatan per kapita mencapai	\$ 575/tahun.
12. Usia harapan hidup mencapai	65 tahun.

Oleh karena angka kematian ibu dan perinatal terbesar terjadi di negara berkembang maka WHO dan UNICEF mencetuskan ide *Health for all by the years 2000*, dengan harapan setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan pada tahun 2000.

Konsep pelaksanaan *Health for all by the years 2.000* menjadi pelayanan kesehatan utama. Unsur pelayanan kesehatan utama mencakup

- Pengawasan hamil
- Meningkatkan gizi ibu hamil
- Pelaksanaan program keluarga berencana
- Imunisasi ibu
- Meningkatkan sistem rujukan.

Gagasan WHO dan UNICEF 1978 di Alma Atta, Uni Soviet, telah dicantumkan dalam Sistem Kesehatan Nasional dengan landasan ideal Panca Karsa Husada dan Panca Karya Husada.

### **Panca Karsa Husada**

- Meningkatkan kemampuan masyarakat menolong diri sendiri dalam kesehatan.
- Perbaiki mutu lingkungan hidup guna meningkatkan kesehatan.
- Meningkatkan status gizi.
- Mengurangi mortalitas dan morbiditas.
- Mengembangkan keluarga sehat dengan mendorong diterimanya NKKBS.

### **Panca Karya Husada**

- Mengembangkan tenaga kesehatan.
- Meningkatkan dan memantapkan suasana kesehatan.
- Pengendalian, pengawasan, dan pengadaan obat dan makanan.
- Perbaiki gizi dan kesehatan lingkungan.
- Peningkatan dan pemantapan manajemen dan hukum.

Untuk dapat mencapai sasaran Panca Karsa Husada dicanangkan upaya meningkatkan pelayanan kesehatan dengan jalan:

1. Mendekatkan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.
2. Meningkatkan kemampuan rumah sakit dengan empat spesialis dasar: ahli bedah, ahli anak, ahli obstetri dan ginekologi, dan ahli penyakit dalam ditambah dengan kelengkapan sarana penunjangnya.
3. Meningkatkan partisipasi masyarakat melalui posyandu.
4. Menempatkan bidan di desa dengan upaya pondok bersalin desa.

Gagasan posyandu dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Merupakan perpaduan kegiatan masyarakat dengan tenaga kesehatan yang meliputi:
  - a. Kegiatan pelaksanaan gerakan keluarga berencana.
  - b. Kegiatan evaluasi kesehatan ibu dan anak.
  - c. Penanggulangan diare.
  - d. Upaya peningkatan gizi keluarga-ibu hamil.
  - e. Imunisasi balita dan anak.

2. Sasaran pelaksanaan posyandu adalah:
  - a. Balita.
  - b. Ibu hamil dan ibu menyusui.
  - c. Pasangan usia subur (PUS).
3. Pelaksanaan.

Satu kali dalam sebulan ditempat yang mudah dijangkau masyarakat.
4. Sistem pelaksanaan dengan "sistem lima meja".
  - a. Meja pertama: pencatatan dan pelaporan.
  - b. Meja kedua: penimbangan.
  - c. Meja ketiga: penerangan dan pendidikan.
  - d. Meja keempat: peningkatan tentang gizi/ASI.
  - e. Meja kelima: pelayanan kesehatan (pemeriksaan hamil; imunisasi balita, anak, dan ibu hamil; program keluarga berencana; dan pemberian tablet besi dan vit. A).

Meja pertama sampai keempat dilayani oleh kader desa sedangkan meja kelima oleh tenaga kesehatan.
5. Tenaga kesehatan yang terkait: bidan swasta, bidan desa, tenaga kesehatan Puskesmas, dokter swasta.
6. Sistem "Kader Desa".

Untuk memudahkan tugas ditetapkan dengan program kelipatan sepuluh "dasa wisma" dimana setiap 10 sampai 20 rumah tangga mempunyai seorang kader desa dengan harapan memudahkan koordinasi kunjungan keluarga, pencatatan dan pelaporan.

### **Sasaran yang hendak dicapai**

Pelita demi Pelita telah dilaksanakan Pemerintah bersama masyarakat untuk dapat meningkatkan taraf hidup dengan sasaran keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa. Sebagai gambaran dikemukakan beberapa tabel yang mencerminkan kemampuan pelayanan kesehatan bangsa Indonesia.

### **Permasalahan vital**

Masih dijumpai beberapa kendala yang memerlukan perhatian diantaranya:

1. Aspek kemiskinan dan kebodohan masyarakat.
2. Penyebaran tenaga terlatih masih belum merata.
3. Masih dominannya pertolongan persalinan dukun beranak.
4. Kurangnya pengertian masyarakat tentang gizi.
5. Kesehatan lingkungan masih rendah.
6. Faktor rujukan penderita memutuskan, pengiriman, memberikan pertolongan, mengalami hambatan.
7. Penerimaan KB masih dapat ditingkatkan.
8. Angka kematian ibu dan perinatal tertinggi di Asean.

Langkah pemerintah berorientasi pada upaya:

1. Mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat.
2. Meningkatkan partisipasi masyarakat dengan Posyandu.
3. Menempatkan bidan di desa dengan harapan membangun pondok bersalin desa.

**Tabel 1-15** Data-Data Umum Kesehatan Masyarakat di Indonesia

<i>Data Umum</i>	1993	2.000
Perkiraan persalinan	5.000.000	5.500.000
Kematian umum	12,5/1000	5/1000
Kematian ibu	425/100.000	225/100.000
Kematian perinatal	560/100.000	250/100.000
BBLR	14%	7%
Tetanus neonatorum	10%	23%
Imunisasi	60%	90%
Anemia hamil	55%	15%
Penyakit diare	40%	20%
Harapan hidup	50 tahun	65-70 th
Cakupan antenatal	45%-50%	80%-90%
Persalinan dukun	75%-80%	25%-35%
<i>Karakteristik kesehatan reproduksi</i>		
Cakupan pelayanan KB	65%-70%	85%-90%
Prevalensi paritas 4 ke atas	25%	10%
Umur hamil < 20 tahun	14%	5%-7%
Umur hamil > 35 tahun	15%	5%-7%

**Tabel 1-16** Prakiraan Perkembangan Jumlah Pertumbuhan Penduduk Indonesia 1990-2030

Tahun	Jumlah (juta)	Periode	Pertumbuhan r (%)
1990	180,7	1985-1990	1,88
1995	194,3	1990-1995	1,44
2000	207,1	1995-2000	1,27
2005	220,1	2000-2005	1,21
2010	233,2	2005-2110	1,16
2015	245,7	2010-2015	1,05
2020	257,1	2015-2020	0,91
2025	267,3	2020-2025	0,77
2030	276,3	2025-2030	0,66

**Tabel 1-17** Proyeksi Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Harapan Hidup (AHH) Penduduk Indonesia, 1985-2030

Periode	AKB (%)	AHH (tahun)
1985-1990	70,0	60,16
1990-1995	59,9	62,41
1995-2000	51,1	64,47
2000-2005	43,4	66,37
2005-2010	36,0	68,22
2010-2015	31,5	69,40
2015-2020	28,0	70,42
2020-2025	24,8	71,33
2025-2030	22,3	72,11

Sasaran akhir pemerintah dan masyarakat adalah untuk menggantikan pelayanan dukun sehingga angka kematian dan kesakitan ibu dan perinatal dapat diturunkan.

### Peranan bidan dalam Sistem Kesehatan Nasional

Peranan bidan dalam masyarakat sebagai tenaga terlatih pada Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan sebagai tenaga terlatih.
2. Meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat.
3. Meningkatkan penerimaan gerakan keluarga berencana.
4. Memberikan pendidikan "dukun beranak."
5. Meningkatkan sistem rujukan.

#### 1. Memberikan pelayanan dengan tenaga terlatih.

Di Indonesia persalinan dukun sebesar 75% sampai 80% terutama di daerah pedesaan. Pertolongan persalinan oleh dukun menimbulkan berbagai masalah dan penyebab utama tingginya angka kematian dan kesakitan ibu dan perinatal. Dapat dipahami bahwa dukun tidak dapat mengetahui tanda-tanda bahaya perjalanan persalinan. Akibat pertolongan persalinan yang tidak adekuat dapat terjadi:

- Persalinan kasep
- Kematian janin dalam rahim
- Ruptur uteri
- Perdarahan akibat pertolongan salah, robekan jalan lahir, retensio plasenta, plasenta *rest*
- Infeksi berat
- Janin (bayi) mengalami asfiksia, infeksi, trauma persalinan.

Gambaran penyebab kematian ibu dan neonatus dijabarkan sebagai berikut:

Penyebab kematian ibu:

- Perdarahan 30%-35%
- Infeksi 20%-25%
- Gestosis 15%-17%
- Lain-lain 5%

Penyebab kematian perinatal:

- Asfiksia neonatorum 50%-60%
- BBLR 25%-30%
- Infeksi 25%-30%
- Trauma persalinan 5%-10%

Memperhatikan angka kematian ibu dan perinatal dapat dikemukakan bahwa sebagian besar terjadi pada saat pertolongan dan kematian ibu dan perinatal masih dapat dicegah. Bidan memegang peranan penting untuk meningkatkan pelayanan yang menyeluruh dan bermutu di tengah masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang patut dilaksanakan bidan:

1. Meningkatkan upaya pengawasan ibu hamil.
2. Meningkatkan gizi ibu hamil dan ibu menyusui.
3. Meningkatkan penerimaan gerakan KB.
4. Meningkatkan kesehatan lingkungan.
5. Meningkatkan sistem rujukan.
6. Meningkatkan penerimaan imunisasi ibu hamil dan bayi.

Selain itu bidan juga melakukan pengawasan kehamilan dan menetapkan:

1. Kehamilan, persalinan, dan postpartum dengan risiko tinggi.
2. Kehamilan, persalinan, dan postpartum yang meragukan.
3. Kehamilan, persalinan, dan postpartum dengan risiko rendah.

Berdasarkan penggolongan maka sikap yang dapat dilakukan bidan adalah meningkatkan pengawasan hamil, persalinan, dan postpartum; dan melakukan rujukan sehingga mendapat pertolongan yang adekuat.

## **2. Meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat.**

Pendidikan masyarakat memegang peranan penting yang meliputi:

- Pentingnya arti pengawasan hamil
- Mengajarkan tentang makanan yang berpedoman pada "empat sehat" dan "lima sempurna"
- Pentingnya arti imunisasi tetanus toksoid ibu hamil
- Pentingnya arti pelaksanaan keluarga berencana
- Mengarahkan kemana persalinan dilakukan untuk mendapatkan *well born baby*
- Pengawasan postpartum dan persiapan untuk merawat bayi dan menyusui
- Pentingnya arti memberikan ASI selama 2 tahun dan rawat gabung.

Pendidikan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan pada waktu:

- Pengawasan hamil di puskesmas atau pondok bersalin desa dan praktik bidan swasta.
- Saat menyelenggarakan posyandu.
- Melalui pertemuan berkala atau kursus pada PKK (Pendidikan Kesejahteraan Keluarga).
- Pada saat memberikan penyuluhan khusus.
- Pada saat melakukan kunjungan rumah.

Tujuan pendidikan kesehatan masyarakat ini adalah untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.
2. Mengarahkan masyarakat memilih tenaga kesehatan terlatih.
3. Meningkatkan pengertian masyarakat tentang imunisasi, keluarga berencana, dan gizi sehingga mengurangi ibu hamil dengan anemia.

## **3. Meningkatkan upaya penerimaan gerakan keluarga berencana.**

Pembangunan ekonomi diselenggarakan pemerintah bersama masyarakat, diikuti program dan gerakan keluarga berencana, sehingga diharapkan kesejahteraan makin

cepat tercapai. Demikianlah pembangunan bangsa Indonesia berorientasi pada "pembangunan keluarga" yang pada gilirannya "meningkatkan sumber daya manusia". Dalam pelaksanaan gerakan keluarga berencana bidan dapat mengambil bagian penting.

- a. Memberikan KIE dan motivasi.
  - Mengapa mengikuti gerakan KB
  - Kapan waktu yang tepat ber KB
  - Metode apa yang dipakai sesuai dengan waktu: postpartum—post abortus, interval, pada remaja, mereka yang berumur di atas 35 tahun
  - Di mana dapat menerima pelayanan KB.
- b. Memberikan pelayanan dan pemeriksaan peserta KB.  
Keberadaan bidan di tengah masyarakat dapat memberikan pelayanan KB dalam bentuk:
  - Metode sederhana khususnya kondom
  - Metode hormonal: pil, suntikan, susuk
  - Metode mekanis—pemasangan IUCD
  - Melakukan pengawasan peserta
  - Yang menginginkan pelayanan kontap dapat merujuk ke puskesmas atau RSU.

#### 4. Pendidikan dukun beranak.

Peranan dukun beranak sulit ditiadakan karena masih mendapat kepercayaan masyarakat dan tenaga terlatih yang masih belum mencukupi. Dukun beranak masih dapat dimanfaatkan untuk ikut serta memberikan pertolongan persalinan. Kerja sama bidan di desa dengan dukun beranak perlu dijalin dengan baik melalui:

- a. Pendidikan dukun yang berkaitan dengan:
  - Tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta postpartum
  - Teknik pertolongan persalinan sederhana tetapi bersih dan legeartis
  - Perawatan dan pemotongan tali pusat
  - Perawatan neonatus
  - Perawatan ibu postpartum
  - Meningkatkan kerja sama dalam bentuk rujukan ke bidan atau puskesmas.
- b. Diikutsertakan dalam gerakan keluarga berencana.
  - Membagikan kondom
  - Membagikan pil KB
  - Melakukan rujukan KB.
- c. Memberikan kesempatan untuk melakukan pertolongan persalinan dengan risiko rendah.
- d. Meningkatkan sistem rujukan yang mantap.

Dengan penempatan bidan di desa diharapkan peranan dukun akan makin berkurang sejalan dengan makin tingginya pendidikan dan pengetahuan masyarakat dan tersedianya fasilitas kesehatan.

### 5. Meningkatkan sistem rujukan.

Salah satu kelemahan pelayanan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukanlah berarti suatu kekurangan, tetapi satu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kepentingan masyarakat. Kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal. Tindakan rujukan ditujukan pada mereka yang tergolong dalam risiko tinggi (Lihat Kehamilan dan Janin dengan Risiko Tinggi). Dengan demikian, rujukan menjadi harapan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu.

### Hambatan dan keuntungan dalam penempatan bidan di desa

Ada beberapa hambatan yang ditemui dalam penempatan bidan di desa antara lain:

- Umur bidan relatif muda dan bukan dari desa sendiri.
- Kesulitan menyesuaikan diri di tengah masyarakat.
- Bidan bukan pegawai negeri sehingga tidak mempunyai penghasilan tetap, yang menjadi dambaan.
- Kemampuan desa untuk membangun polindes masih terbatas sehingga banyak diantara bidan desa tidak mendapat dukungan sarana dari masyarakat.
- Perkawinan bidan desa yang segera meninggalkan desa dan pindah mengikuti suami.
- Pendidikan belum mencukupi untuk mampu mandiri sehingga bidan kurang berfungsi.
- Karena berusia muda, bidan belum mendapat kepercayaan masyarakat sehingga orientasi kepada dukun masih dominan.

Sekalipun banyak hambatan, beberapa keuntungan penempatan bidan di desa adalah sebagai berikut:

- Bidan desa sebagai tenaga kesehatan terdidik diharapkan memberikan pengaruh optimal kepada masyarakat.
- Penetapan kehamilan risiko tinggi melalui pengawasan antenatal, sehingga dapat mengurangi kesakitan dan kematian maternal dan perinatal.
- Bidan desa merupakan tempat masyarakat untuk meminta berbagai nasehat tentang kesehatan.
- Mengganti peranan dukun bersalin.
- Membuat peta kesehatan sehingga memudahkan pemantauan.
- Mempercepat tercapainya sehat untuk semua di tahun 2000.
- Merupakan mata rantai sistem kesehatan nasional di pedesaan.

### Peranan Ikatan Bidan Indonesia

IBI (Ikatan Bidan Indonesia) sebagai organisasi tidak dapat melepaskan diri dari POGI (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia) karena mempunyai ikatan pekerjaan, ikatan pendidikan, dan pendidikan berkelanjutan. Sebagai organisasi, IBI dapat memberikan masukan kepada Pemerintah tentang berbagai kendala yang dihadapi anggotanya di daerah. Peran yang dapat dilakukan IBI antara lain:

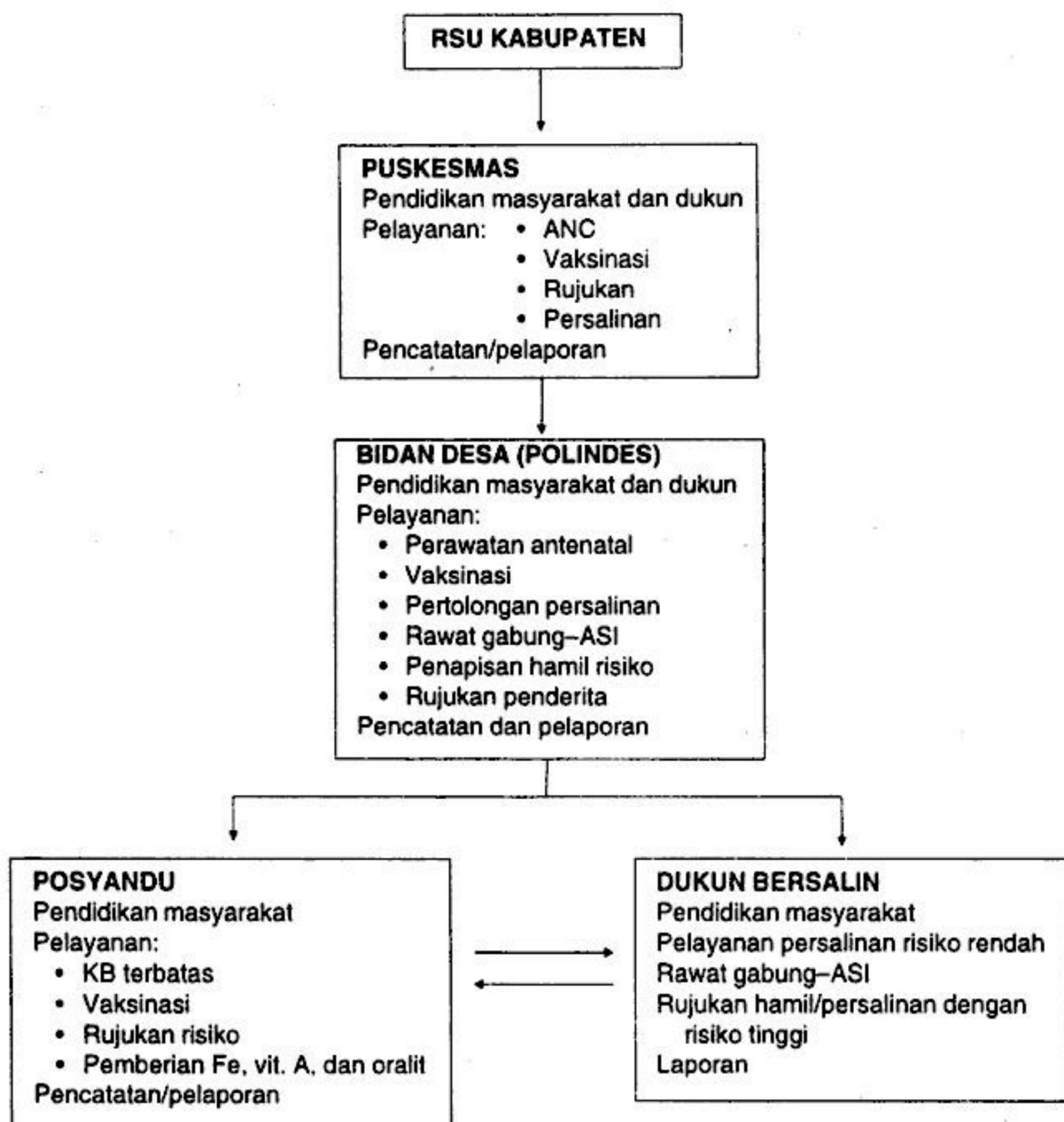
1. Mengorganisir anggota IBI untuk meningkatkan pelayanan.
2. Melakukan penelitian untuk masukan kepada pemerintah.

3. Meningkatkan kerja sama dengan lembaga swadaya masyarakat.
4. Meningkatkan kerja sama dengan PKK.
5. Meningkatkan hubungan dengan para sesepuh masyarakat.
6. Meningkatkan pendidikan berkelanjutan untuk anggotanya.
7. Menghimpun dana sehat dan bersalin bagi masyarakat.
8. Menetapkan pedoman kerja pelayanan kebidanan yang mempunyai standar baku.
9. Menyebarkan anjuran pemerintah untuk memberikan ASI selama dua tahun.

### Peranan bidan sebagai anggota IBI

Sebagai anggota IBI perorangan, setiap anggota dapat mendarmabaktikan profesi bidannya dalam tiga bentuk kegiatan, yaitu:

#### Skema hubungan kerja bidan desa, dukun, dan puskesmas



1. Bekerja sebagai petugas pemerintah di puskesmas dan rumah sakit yang dikelola Pemerintah.
2. Dapat bekerja sebagai pemberi pelayanan swasta penuh, perorangan, dan berkelompok.
3. Dapat bekerja ganda, yaitu pagi di Pemerintah dan sore praktik swasta.

### **Bidan di posyandu pedesaan**

Kendala yang memberatkan upaya memberikan pelayanan bermutu dan menyeluruh dipengaruhi oleh situasi geografis negara dengan kepulauan yang terbentang luas, dan keadaan sosial, yaitu pendidikan yang rendah, ekonomi lemah sehingga masyarakat berorientasi pada pertolongan dukun. Pertolongan dukun di Indonesia masih dominan sehingga tidaklah menyalahkan terjadi penyulit yang dapat diikuti kematian ibu dan perinatal yang tinggi.

Sesuai dengan fungsinya, bidan desa bekerja sama dengan masyarakat untuk membuat pondok bersalin desa (Polindes). Bidan desa sangat erat hubungannya dengan puskesmas. Posyandu merupakan perpaduan antara aktivitas masyarakat dan tenaga kesehatan. Dalam pelaksanaannya, posyandu kerja sama dengan PKK (Program Kesejahteraan Keluarga).

Tugas bidan desa berorientasi pada tiga konsep dasar yaitu:

1. Pendidikan.
  - a. Pendidikan kepada masyarakat.
    - Kesehatan keluarga dan program keluarga berencana
    - Kesehatan lingkungan
    - Peningkatan gizi
    - Pentingnya melakukan pengawasan antenatal
    - Pentingnya persalinan dengan tenaga terlatih
    - Pentingnya imunisasi balita dan ibu hamil
    - Pendidikan tentang payudara dan ASI
    - Kesehatan reproduksi remaja dan lansia.
  - b. Pendidikan kepada dukun beranak.
    - Penyaringan hamil dengan risiko tinggi, risiko rendah, dan risiko meragukan
    - Ikut serta membantu pelaksanaan gerakan KB
    - Sterilitas saat pemotongan tali pusat
    - Resusitasi neonatus yang baik
    - Menetapkan untuk melakukan rujukan
    - Membantu masyarakat untuk mengikuti program pemerintah dalam pelaksanaan posyandu
    - Melaporkan kegiatan KIA.
2. Pelayanan kepada masyarakat.
  - Melakukan pemeriksaan hamil dengan menetapkan kehamilan dengan risiko rendah, risiko tinggi, dan meragukan.
  - Pertolongan persalinan pada kehamilan risiko rendah.

- Mempergunakan partograf WHO dalam pertolongan persalinan.
  - Melakukan vaksinasi ibu hamil dan balita.
  - Melakukan rujukan untuk hamil risiko tinggi, persalinan pada garis waspada, neonatus dengan risiko tinggi.
  - Melakukan kunjungan rumah: ibu setelah bersalin, pemeliharaan kesehatan keluarga, pemeliharaan kesehatan ibu dan bayi, memberikan nasehat makan-an ibu dan bayi, memperhatikan kesehatan lingkungan.
  - Pengawasan dukun beranak.
  - Pengawasan tumbuh kembang balita.
  - Pengawasan terhadap peran serta masyarakat.
3. Pencatatan dan pelaporan.
- Pencatatan ibu hamil, balita, dan PUS.
  - Evaluasi keikutsertaan masyarakat dalam posyandu.
  - Pencatatan kesehatan balita dan kesehatan sekolah.
  - Merencanakan berbagai kegiatan kesehatan.
  - Imunisasi.
  - Pemetaan wilayah.

Dengan memperhatikan skema hubungan kerja dan kegiatan yang harus dilak-sanakan oleh lini terdepan pelayanan kesehatan dapat diharapkan terjadi penurunan angka kesakitan dan kematian maternal maupun perinatal. Oleh karena itu, penem-patan bidan di desa dengan polindesnya seyogyanya mendapat dukungan masyarakat.

Penempatan bidan di desa memberikan harapan baru dalam upaya mendekatkan pelayanan kesehatan di tengah masyarakat dan berangsur-angsur menggantikan peranan dukun. Angka kematian maternal dan perinatal telah menunjukkan penurun-an yang berarti tetapi belum sesuai dengan harapan karena masih banyak kendala yang memerlukan pembenahan sesuai dengan sistem kesehatan modern. Bidan desa menjadi harapan bangsa Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanan dan jangkauan yang menyeluruh dan berkesinambungan.

Gagasan pemerintah untuk dapat menurunkan angka kematian ibu dan perinatal melalui persalinan aman menuju *well born baby* dan *well health mother* merupakan komitmen politik, diikuti dengan penempatan bidan di desa sebanyak 50.000 dalam waktu singkat. Saat ini telah ditempatkan sekitar 18.900 bidan desa, tetapi hanya sebagian kecil mampu mewujudkan pondok bersalin desa. Penempatan bidan di desa dimaksudkan dapat menggantikan peranan dukun dan meningkatkan kerja sama de-ngan dukun beranak dengan memberikan pendidikan pertolongan persalinan yang aman dan menganjurkan untuk melakukan rujukan.

Tugas bidan desa memang sangat berat, tetapi mulia karena menyangkut masalah reproduksi manusia, dengan optimalisasi menurunkan angka kematian ibu dan perinatal, melalui berbagai usaha sosial dan medis teknis.

IBI sebagai organisasi disarankan agar melakukan pembinaan yang terus menerus dengan jalan organisatoris dan pendidikan berkelanjutan sehingga gagasan *Health for all by the year 2000* dengan pelaksanaan *primary health care* dapat ter-capai. Dengan demikian IBI beserta segenap anggotanya memegang peranan yang sangat penting dalam mata rantai dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan

perinatal sebagai cermin kemampuan bangsa Indonesia untuk memberikan pelayanan dan pengayoman medis yang bermutu dan menyeluruh.

## **Kehamilan Pada Remaja**

Masyarakat menghadapi kenyataan bahwa kehamilan pada remaja makin meningkat dan menjadi masalah. Terdapat dua faktor yang mendasari perilaku seks pada remaja. *Pertama*, harapan untuk kawin dalam usia yang relatif muda (20 tahun) dan *kedua*, makin deras arus informasi yang dapat menimbulkan rangsangan seksual remaja terutama remaja di daerah perkotaan yang mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pranikah di mana pada akhirnya memberikan dampak pada terjadinya penyakit hubungan seks dan kehamilan di luar perkawinan pada remaja.

Pada akhirnya, masalah kehamilan remaja mempengaruhi diri remaja itu sendiri, dari masyarakat mereka mendapat cap telah berperilaku di luar norma dan nilai-nilai yang wajar, sehingga memberikan konflik bagi mereka seperti masalah putus sekolah, psikologis, ekonomi, dan masalah dengan keluarga serta masyarakat disekitarnya.

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang masalah di atas, berikut akan diuraikan secara rinci faktor-faktor yang perlu mendapatkan perhatian.

### **1. Masalah kesehatan reproduksi.**

Kesehatan reproduksi merupakan masalah penting untuk mendapatkan perhatian terutama di kalangan remaja. Remaja yang kelak akan menikah dan menjadi orang tua sebaiknya mempunyai kesehatan reproduksi yang prima, sehingga dapat menurunkan generasi sehat. Di kalangan remaja telah terjadi semacam revolusi hubungan seksual yang menjurus ke arah liberalisasi yang dapat berakibat timbulnya berbagai penyakit hubungan seks yang merugikan alat reproduksi. Bila pada saatnya diperlukan untuk hamil normal, besar kemungkinan kesehatan reproduksi sudah tidak optimal dan dapat menimbulkan berbagai akibat samping kehamilan. Dengan demikian dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatannya sehingga dapat mempersiapkan diri untuk hamil dalam keadaan optimal.

### **2. Masalah psikologis pada kehamilan remaja.**

Remaja yang hamil di luar nikah menghadapi berbagai masalah psikologis, yaitu rasa takut, kecewa, menyesal, dan rendah diri terhadap kehamilannya sehingga terjadi usaha untuk menghilangkan dengan jalan gugur kandung. Gugur kandung mempunyai kerugian yang paling kecil bila dibandingkan dengan melanjutkan kehamilan. Syukur bila kehamilannya terjadi menjelang perkawinan sehingga segera dilanjutkan dengan pernikahan. Keadaan akan makin rumit bila pemuda atau laki-laki yang menghamili malah tidak bertanggung jawab sehingga derita hanya ditanggung sendiri dan keluarga. Keluarga pun menghadapi masalah yang sulit di tengah masyarakat seolah-olah tidak mampu memberikan pendidikan moral kepada anak gadisnya.

Kehamilan di luar nikah masih tetap merupakan masalah besar di Indonesia yang berdasarkan Pancasila. Masyarakat belum dapat menerima anak yang orang tuanya belum jelas, sehingga dianggap anak haram atau hasil perzinahan. Walaupun misal-

nya perkawinan dapat dilangsungkan tetapi kemungkinan besar perkawinan tersebut tidak dapat bertahan lama karena dilakukan dalam keadaan kesiapan mental dan jiwa yang belum matang.

### **3. Masalah sosial dan ekonomi keluarga.**

Perkawinan yang dianggap dapat menyelesaikan masalah kehamilan remaja tidak lepas dari kemelut seperti:

- Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan hamalnya dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan
- Putus sekolah, sehingga pendidikan menjadi terlantar
- Putus kerja, karena berbagai alasan, sehingga menambah sulitnya masalah sosial ekonomi
- Ketergantungan sosial ekonomi pada keluarga menimbulkan stres (tekanan batin)
- Nilai gizi yang relatif rendah dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan.

Bila remaja memilih untuk mengasuh anaknya sendiri, masyarakat belum siap menerima kelahiran tanpa pernikahan. Berbeda halnya dengan negara maju seperti Amerika, masyarakatnya sudah dapat menerima kelahiran sebagai hasil hidup bersama.

### **4. Dampak kebidanan kehamilan remaja.**

Penyulit pada kehamilan remaja, lebih tinggi dibandingkan "kurun waktu reproduksi sehat" antara umur 20 sampai 30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stres) psikologis, sosial, ekonomi, sehingga memudahkan terjadi:

#### **a. Keguguran.**

Keguguran sebagian dilakukan dengan sengaja untuk menghilangkan kehamilan remaja yang tidak dikehendaki. Keguguran sengaja yang dilakukan oleh tenaga non-profesional dapat menimbulkan akibat samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.

#### **b. Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan.**

Kekurangan berbagai zat yang diperlukan saat pertumbuhan dapat mengakibatkan makin tingginya kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan cacat bawaan.

#### **c. Mudah terjadi infeksi.**

Keadaan gizi yang buruk, tingkat sosial ekonomi rendah, dan stres memudahkan terjadi infeksi saat hamil, terlebih pada kala nifas.

**d. Anemia kehamilan.**

**e. Keracunan kehamilan (gestosis).**

Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil, dalam bentuk pre-eklampsia atau eklampsia. Pre-eklampsia dan eklampsia memerlukan perhatian yang serius karena dapat menyebabkan kematian.

**f. Kematian ibu yang tinggi.**

Remaja yang stres akibat kehamilannya sering mengambil jalan pintas untuk melakukan gugur kandung oleh tenaga dukun. Angka kematian karena gugur kandung yang dilakukan dukun cukup tinggi, tetapi angka pasti tidak diketahui. Kematian ibu terutama karena perdarahan dan infeksi. Pada kehamilan aterm, kematian terjadi karena trias klasik yaitu: *perdarahan; infeksi; dan gestosis* (pre-eklampsia-eklampsia).

Dari uraian di atas timbul pertanyaan yang mendasar, bagaimana memecahkan masalah kehamilan remaja? Jawaban dari pertanyaan tersebut sangat sukar dan kompleks yang menyangkut berbagai segi kehidupan masyarakat, diantaranya:

1. *Pengaruh globalisasi.*

Arus informasi yang menyebabkan dunia makin sempit sangat memudahkan dan mendorong remaja mempunyai perilaku seks yang makin bebas. Keadaan bertambah sulit diatasi bila jumlah anak dalam suatu keluarga tidak terbatas sehingga kualitas pendidikan rohani kurang mendapat perhatian. Semua agama berpendapat bahwa kehamilan dan anak haruslah bersumber dari perkawinan yang syah menurut adat-agama dan bahkan hukum dan disaksikan masyarakat. Situasi demikian memerlukan sikap dan perilaku orangtua yang dapat dijadikan panutan dan suri tauladan bagi remaja.

2. *Upaya memberikan pendidikan seks.*

Sudah lama diperdengarkan tentang pendidikan seks pada remaja guna memberikan pengetahuan tentang seks dan penyakit hubungan seks. Masalahnya siapakah yang patut memberikannya, dan bagaimana bentuk pendidikannya menyebabkan pendidikan seks menjadi terkatung-katung.

3. *Keluarga berencana untuk remaja.*

Kenyataan yang dihadapi dapat disimpulkan bahwa perilaku seks remaja menjurus ke arah liberal, tidak dapat dibendung, dan hanya mungkin mengendalikannya sehingga penyebaran penyakit hubungan seks dan kehamilan di kalangan remaja dapat dibatasi. Dengan pertimbangan itu maka perlu dicanangkan program keluarga berencana di kalangan remaja, digalakkan, sehingga pengendalian perilaku seks dapat tercapai.

4. *Pelayanan gugur kandung.*

Pelayanan gugur kandung remaja banyak dilakukan oleh lembaga tertentu atau dilakukan secara perorangan untuk menghilangkan keadaan dalam persimpangan jalan pada remaja. Melakukan gugur kandung merupakan tindakan yang paling rasional untuk menyelesaikan masalah hamil remaja dengan keuntungan:

- Bebas dari stres hamil yang tidak dikehendaki
- Bebas dari tekanan keluarga dan masyarakat
- Masih dapat melanjutkan sekolah atau kerja
- Bila dilakukan secara legeartis penyulit sangat minimal dan tidak mengganggu fungsi reproduksi
- Biaya ringan, dibandingkan bila kehamilan diteruskan.

Kendatipun melaksanakan gugur kandung merupakan tindakan yang paling rasional dan menguntungkan kedua belah pihak, tetapi bukanlah dapat dilakukan begitu saja karena undang-undang kesehatan telah menetapkan petunjuk pelaksanaannya dan disertai sangsi hukum. Dengan demikian melakukan gugur kandung bukanlah bebas dari tuntutan hukum dan tuntutan moral pelaku dan yang meminta dilakukannya. Perlu kiranya kita renungkan kembali bunyi "sumpah dokter:" *Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai dari saat pembuahan.*

## **Anemia Pada Kehamilan**

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah, bahkan murah. Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Anemia hamil disebut "*potential danger to mother and child*" (potensi membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan.

Menurut WHO kejadian anemia hamil berkisar antara 20% sampai 89% dengan menetapkan Hb 11 gr% sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Hoo Swie Tjong menemukan angka anemia kehamilan 3,8% pada trimester I, 13,6% trimester II, dan 24,8% pada trimester III. Akrib Sukarman menemukan sebesar 40,1% di Bogor. Bakta menemukan anemia hamil sebesar 50,7% di Puskesmas kota Denpasar sedangkan Sindhu menemukan sebesar 33,4% di Puskesmas Mengwi. Simanjuntak mengemukakan bahwa sekitar 70% ibu hamil di Indonesia menderita anemia kekurangan gizi. Pada pengamatan lebih lanjut menunjukkan bahwa kebanyakan anemia yang diderita masyarakat adalah karena kekurangan zat besi yang dapat diatasi melalui pemberian zat besi secara teratur dan peningkatan gizi. Selain itu di daerah pedesaan banyak dijumpai ibu hamil dengan malnutrisi atau kekurangan gizi; kehamilan dan persalinan dengan jarak yang berdekatan; dan ibu hamil dengan pendidikan dan tingkat sosial ekonomi rendah.

## **Kebutuhan zat besi pada wanita hamil**

Wanita memerlukan zat besi lebih tinggi dari laki-laki karena terjadi menstruasi dengan perdarahan sebanyak 50 sampai 80 cc setiap bulan dan kehilangan zat besi sebesar 30 sampai 40 mgr. Di samping itu kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan zat besi dan menjadi makin anemis.

Sebagai gambaran berapa banyak kebutuhan zat besi pada setiap kehamilan perhatikan bagan berikut:

Meningkatkan sel darah ibu	500 mgr Fe
Terdapat dalam plasenta	300 mgr Fe
Untuk darah janin	100 mgr Fe
<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> Jumlah	900 mgr Fe

Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18% sampai 30%, dan hemoglobin sekitar 19%. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 gr% maka dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis, dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 gr%.

Setelah persalinan—dengan lahirnya plasenta dan perdarahan—ibu akan kehilangan zat besi sekitar 900 mgr. Saat laktasi, ibu masih memerlukan kesehatan jasmani yang optimal sehingga dapat menyiapkan ASI untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Dalam keadaan anemia, laktasi tidak mungkin dapat dilaksanakan dengan baik.

### Diagnosis anemia pada kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual-muntah lebih hebat pada hamil muda.

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 gr%	tidak anemia
9-10 gr%	anemia ringan
7-8 gr%	anemia sedang
< 7 gr%	anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil di puskesmas.

### Bentuk-bentuk anemia

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan darah adalah sebagai berikut:

- a. Komponen (bahan) yang berasal dari makanan terdiri dari:
  - protein, glukosa, dan lemak

- vitamin B<sub>12</sub>, B<sub>6</sub>, asam folat, dan vit. C
  - elemen dasar: Fe, ion Cu dan zink.
- b. Sumber pembentukan darah.
- sumsum tulang
- c. Kemampuan resorpsi usus halus terhadap bahan yang diperlukan.
- d. Umur sel darah merah (eritrosit) terbatas sekitar 120 hari. Sel-sel darah merah yang sudah tua dihancurkan kembali menjadi bahan baku untuk membentuk sel darah yang baru.
- e. Terjadinya perdarahan kronik (menahun):
- gangguan menstruasi
  - penyakit yang menyebabkan perdarahan pada wanita seperti mioma uteri, polip serviks, penyakit darah
  - parasit dalam usus: askariasis, ankilostomiasis, taenia.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut di atas, anemia dapat digolongkan menjadi:

1. Anemia defisiensi besi (kekurangan zat besi).
2. Anemia megaloblastik (kekurangan vitamin B<sub>12</sub>).
3. Anemia hemolitik (pemecahan sel-sel darah lebih cepat dari pembentukan).
4. Anemia hipoplastik (gangguan pembentukan sel-sel darah).

### **Pengaruh anemia pada kehamilan dan janin**

1. Pangaruh anemia terhadap kehamilan.
  - a. Bahaya selama kehamilan:
    - Dapat terjadi abortus
    - Persalinan prematuritas
    - Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
    - Mudah terjadi infeksi
    - Ancaman dekompensasi kordis (Hb < 6 gr%)
    - Mola hidatidosa
    - Hiperemesis gravidarum
    - Perdarahan antepartum
    - Ketuban pecah dini (KPD).
  - b. Bahaya saat persalinan:
    - Gangguan his-kekuatan mengejan
    - Kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar
    - Kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan
    - Kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan pospartum karena atonia uteri
    - Kala empat dapat terjadi perdarahan pospartum sekunder dan atonia uteri.
  - c. Pada kala nipas:
    - Terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan pospartum
    - Memudahkan infeksi puerperium

- Pengeluarkan ASI berkurang
  - Terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan
  - Anemia kala nifas
  - Mudah terjadi infeksi mammae.
2. Bahaya terhadap janin.
- Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk:
- abortus
  - Terjadi kematian intrauterin
  - Persalinan prematuritas tinggi
  - Berat badan lahir rendah
  - Kelahiran dengan anemia
  - Dapat terjadi cacat bawaan
  - Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal
  - Intelligensia rendah.

### **Pengobatan anemia dalam kehamilan**

Untuk menghindari terjadinya anemia sebaik ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data-data dasar kesehatan umum calon ibu tersebut. Dalam pemeriksaan kesehatan disertai pemeriksaan laboratorium, termasuk pemeriksaan tinja sehingga diketahui adanya infeksi parasit. Pengobatan infeksi untuk cacing relatif mudah dan murah.

Pemerintah telah menyediakan preparat besi untuk dibagikan kepada masyarakat sampai ke posyandu. Contoh preparat Fe diantaranya Barralat, Biosanbe, Iberet, Vitonal, dan Hemaviton. Semua preparat tersebut dapat dibeli dengan bebas.

### **Kehamilan dan Janin dengan Risiko Tinggi**

Untuk menegakkan kehamilan dengan risiko tinggi pada ibu dan janin adalah dengan cara:

1. Melakukan anamnesa yang intensif (baik).
2. Melakukan pemeriksaan fisik.
3. Melakukan pemeriksaan penunjang seperti:
  - Pemeriksaan laboratorium
  - Pemeriksaan rontgen
  - Pemeriksaan ultrasonografi
  - Pemeriksaan lain yang dianggap perlu.

Berdasarkan waktu, keadaan risiko tinggi ditetapkan pada:

- Menjelang kehamilan
- Saat hamil muda
- Saat hamil pertengahan

- Saat inpartu
- Setelah persalinan.

Melakukan pengawasan antenatal bertujuan untuk dapat menegakkan secara dini dan menjawab pertanyaan:

1. Apakah kehamilan berjalan dengan baik.
2. Apakah terjadi kelainan bawaan pada janin.
3. Bagaimana fungsi plasenta untuk tumbuh kembang janin.
4. Apakah terjadi penyulit pada kehamilan.
5. Apakah terdapat penyakit ibu yang membahayakan janin.
6. Bila diperlukan terminasi kehamilan:
  - apakah terminasi dilakukan untuk menyelamatkan ibu
  - apakah janin dapat hidup di luar kandungan
  - bagaimana teknik terminasi kehamilan sehingga tidak menambah penyulit ibu atau janin.
7. Bagaimana kesanggupan memberikan pertolongan persalinan dengan memperhitungkan:
  - tempat di mana pertolongan itu dilakukan
  - persiapan alat yang diperlukan untuk tindakan
  - kemampuan diri sendiri untuk melakukan tindakan.
8. Menetapkan sikap yang akan diambil menghadapi kehamilan dengan:
  - kehamilan dengan risiko rendah dapat ditolong setempat
  - kehamilan dengan risiko meragukan perlu pengawasan yang intensif
  - kehamilan dengan risiko tinggi dilakukan rujukan.

Keuntungan pengawasan antenatal adalah diketahuinya secara dini keadaan risiko tinggi ibu dan janin, sehingga dapat:

1. Melakukan pengawasan yang lebih intensif.
2. Memberikan pengobatan sehingga risikonya dapat dikendalikan.
3. Melakukan rujukan untuk mendapatkan tindakan yang adekuat.
4. Segera dilakukan terminasi kehamilan.

Definisi kehamilan risiko tinggi dalam kaitan ini adalah *keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi*. Berdasarkan definisi tersebut beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut:

### 1. Puji Rochyati

- a. Primipara muda umur kurang dari 16 tahun.
- b. Primipara tua umur di atas 35 tahun.
- c. Primipara sekunder dengan umur anak terkecil di atas 5 tahun.
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm.
- e. Riwayat kehamilan yang buruk:
  - pernah keguguran
  - pernah persalinan prematur, lahir mati

- riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi S.C)
  - pre-eklampsia—eklampsia
  - gravida serotinus
  - kehamilan dengan perdarahan antepartum
  - kehamilan dengan kelainan letak
- f. Kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

## 2. *Gastelazo Ayala*

- Faktor antenatal
- Faktor intrapartum
- Faktor obstetri dan neonatal
- Faktor umum serta pendidikan

## 3. *Hebert Hutabarat.*

Membagi faktor kehamilan dengan risiko tinggi berdasarkan:

### A. *Komplikasi obstetri.*

- a. Umur kurang dari 19 tahun atau di atas 35 tahun.
- b. Paritas:
  - primi gravida tua primer atau sekunder
  - grande multipara
- c. Riwayat persalinan:
  - abortus lebih dari 2 kali
  - partus prematur 2 kali atau lebih
  - riwayat kematian janin dalam rahim
  - perdarahan pascapersalinan
  - riwayat pre-eklampsia—eklampsia
  - riwayat kehamilan mola hidatidosa
  - riwayat persalinan dengan tindakan operasi (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, ekstraksi versi, atau plasenta manual)
  - terdapat disproporsi sefalopelvik
  - perdarahan antepartum
  - kehamilan ganda atau hidramnion
  - hamil dengan kelainan letak
  - sangkaan dismaturitas
  - serviks inkompeten
  - hamil disertai mioma uteri atau kista ovarium.

### B. *Komplikasi medis.*

Kehamilan yang disertai dengan

- a. anemia
- b. hipertensi
- c. penyakit jantung

- d. hamil dengan diabetes melitus
- e. hamil dengan obesitas
- f. hamil dengan penyakit hepar
- g. hamil disertai penyakit paru
- h. hamil disertai penyakit lainnya.

#### 4. *J.S. Lesinski.*

Mengelompokkan faktor kehamilan dengan risiko tinggi berdasarkan waktu kapan faktor tersebut dapat mempengaruhi kehamilan.

##### A. *Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan:*

- a. faktor genetika.
  - Penyakit keturunan yang sering terjadi pada keluarga tertentu, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan sebelum hamil.
  - Bila terjadi kehamilan, maka perlu dilakukan pemeriksaan kelainan bawaan.
- b. faktor lingkungan.
  - Diperhitungkan faktor pendidikan dan sosial ekonomi.
  - Kedua faktor ini menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.
  - Mempengaruhi cara pemilihan tempat dan penolong persalinan, sehingga dapat menimbulkan risiko saat persalinan atau saat hamil.

##### B. *Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil.*

Perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim hubungan aksis fetoplental dan sirkulasi retroplental merupakan satu kesatuan. Bila terjadi gangguan atau kegagalan salah satu akan menimbulkan risiko terhadap ibu maupun janin.

- a. Faktor keadaan umum menjelang kehamilan.
- b. Kebiasaan ibu (merokok, alkohol, kecanduan obat).
- c. Faktor penyakit yang mempengaruhi kehamilan (hipertensi, gestosis-toksemia gravidarum).

##### C. *Faktor risiko yang bekerja saat persalinan.*

- a. Sebagai akibat mekanis dalam hubungan 3 P.
  - disproporsi sefalopelvi.
  - kelainan letak: sungsang atau lintang
  - malpresentasi
  - ketuban pecah dini
  - distres janin
  - perdarahan antepartum
  - grandemultipara.
- b. Faktor nonmekanis.

- pengaruh obat analgesik atau sedatif
- penyakit ibu yang menyertai kehamilan.

**D. Faktor yang bekerja langsung pada neonatus.**

- a. Sindrom distres pernapasan.
  - asfiksia neonatorum
  - aspirasi air ketuban atau mekoneum
- b. Faktor umur hamil yang mengganggu neonatus.
  - prematuritas
  - neonatus dengan termoregulator prematur
  - bayi kecil cukup bulan (berat bayi lahir rendah, gangguan mengisap dan menelan, hipofibrinogenemia, gangguan kongenital)
- c. Penyakit ibu.
  - hipertensi
  - diabetes melitus
  - jantung
  - paru-paru
  - hepar
- d. Pertumbuhan intrauterin.
  - perdarahann antepartum
  - infeksi intrauterin
  - gangguan pertumbuhan jiwa atau neurologis
  - toksemia (gestosis)
  - kelainan kongenital (hidrosefalus, anensefalus, kembar siam)

**5. Ida Bagus Gde Manuaba.**

Menyederhanakan faktor risiko yang perlu diperhatikan sebagai berikut:

**A. Berdasarkan anamnesa.**

- a. Umur penderita:
  - kurang dari 19 tahun
  - umur di atas 35 tahun
  - perkawinan di atas 5 tahun
- b. Riwayat operasi:
  - operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina
  - operasi persalinan atau operasi pada rahim
- c. Riwayat kehamilan:
  - keguguran berulang
  - kematian intrauterin
  - sering mengalami perdarahan saat hamil
  - terjadi infeksi saat hamil
  - anak terkecil lebih 5 tahun tanpa KB
  - riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma

## d. Riwayat persalinan:

- persalinan prematur
- persalinan dengan berat bayi lahir rendah
- persalinan lahir mati
- persalinan dengan induksi
- persalinan dengan plasenta manual
- persalinan dengan perdarahan pospartum
- persalinan dengan tindakan (ekstraksi forseps, ekstraksi vakum, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi S.C).

**B. Hasil pemeriksaan fisik.**

## a. Hasil pemeriksaan fisik umum.

- tinggi badan kurang dari 145 cm
- deformitas pada tulang panggul
- kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes melitus, paru-paru, hepar, atau ginjal.

## b. Hasil pemeriksaan kehamilan.

- kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, serviks inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri.
- kehamilan trimester kedua dan ketiga: pre-eklampsia—eklampsia, perdarahan, kehamilan ganda, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan.
- kehamilan dengan kelainan letak: *sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke-36 pada primi gravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalopelvik kehamilan lewat waktu (di atas 42 minggu).*

## c. Saat inpartu.

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal).

*Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu.*

- ketuban pecah dini
- infeksi intrauterin
- persalinan lama melampaui batas waktu perhitungan partograf WHO
- persalinan terlantar
- ruptur uteri iminen
- ruptur uteri
- persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang)
- distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar
- perdarahan antepartum: (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa).

*Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin.*

- pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya vasa previa), air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli

- dismaturitas
  - makrosomia
  - infeksi intrauterin
  - distres janin
  - pembentukan kaput besar
  - retensio plasenta.
- d. Keadaan risiko tinggi postpartum.
- persalinan dengan retensio plasenta
  - atonia uteri postpartum
  - persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri.

Pengelompokan risiko pada bayi karena dampak persalinan, sebagai berikut:

1. *Bayi kelompok risiko rendah.*

Semua bayi yang lahir spontan belakang kepala dalam batas waktu yang telah ditetapkan digolongkan bayi dengan risiko rendah. Bayi dengan risiko rendah segera dapat diberikan ASI sehingga membantu pengeluaran ASI, dan mempercepat terjadinya involusi uterus.

2. *Bayi tergolong risiko sedang.*

Bayi dengan golongan risiko sedang memerlukan pengawasan yang lebih intensif. Pengawasan yang dilakukan antara lain mencakup:

- Suhu tubuh dan suhu lingkungan
- Denyut jantung bayi dan frekuensi napas
- Pertimbangan pemberian ASI dini
- Pertimbangan pemberian cairan parenteral
- Pengawasan umum disertai pemeriksaan khusus (kimia darah dan analisa gas darah, pemeriksaan darah perifer, radiologi).

Bayi yang tergolong risiko sedang adalah:

- Nilai Apgar kurang dari 6 pada menit pertama
- Perlukaan persalinan
- Kelainan perilaku bayi
- Gangguan pernapasan disertai sianosis
- Bayi dengan anemia-polisitemia
- Bayi dengan ikterus neonatorum dalam 24 jam
- Bayi dengan cacat bawaan
- Bayi terpengaruh obat ibu
- Bayi lahir dengan tindakan operasi
- Bayi lahir lewat waktu
- Bayi berat lahir rendah
- Bayi makrosomia.

3. *Bayi yang tergolong risiko tinggi.*

Bayi dengan kemungkinan risiko tinggi dapat diramalkan dalam jam pertama kehidupannya sehingga memerlukan perawatan di unit perawatan intensif. Bayi yang tergolong dengan risiko tinggi adalah:

- Nilai Apgar kurang dari 6 pada menit pertama dan tetap berlangsung dalam waktu lebih dari setengah jam
- Bayi dengan gangguan pernapasan karena apnea, aspirasi air ketuban, aspirasi mekoneum
- Cacat bawaan yang memerlukan tindakan segera
- Bayi dengan kejang
- Bayi dengan berat kurang dari 1.500 gram
- bayi dengan kelainan jantung bawaan.

*Indeks Kehamilan Risiko Tinggi\** menurut Fortney A dan E.W. Whitenhorne adalah sebagai berikut:

1. *Umur Ibu:*
  - <16 tahun = 2
  - 16-17 tahun = 1
  - 18-29 tahun = 0
  - 30-34 tahun = 1
  - >35 tahun = 2
2. *Paritas:*
  - Nulipara = 1
  - Multipara 1-3 = 0
  - Multipara 4-6 = 1
  - Grandemulti 7 = 2
3. *Graviditas:*
  - Primigravida = 1
  - Gravida 1-3 = 0
  - Gravida 4-6 = 1
  - Gravida >7 = 2
4. Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk termasuk abortus, prematuritas, lahir mati, bekas SC dan operasi vaginal.
  - Tidak ada = 0
  - 1 kali = 1
  - >2 kali = 2
5. *Keadaan antenatal:*
  - Keadaan baik = 0
  - Kurang baik = 1
6. *Pengawasan antenatal\*\*:*
  - 1-2 kali = 2
  - 3-5 kali = 1
  - >6 kali = 0

\* Makin kecil angka indeks risiko, makin kecil pula kemungkinan risiko kehamilan dan persalinan

\*\* Di Indonesia pengawasan antenatal 4 kali dinilai 0.

Dipandang dari keadaan inpartu, maka *indeks kehamilan risiko tinggi* adalah sebagai berikut:

1. *Kedudukan kepala:*
  - Verteks = 0
  - Posisi lain = 1

2. *Lama persalinan:* <18 jam = 0  
>18 jam = 1
3. *Perkiraan umur kehamilan:* 20-27 minggu = 5  
28-35 minggu = 4  
36-39 minggu = 1  
40-42 minggu = 0  
>43 minggu = 1

Faktor-faktor risiko yang sangat sederhana yang juga perlu mendapatkan perhatian yang tercantum di kartu menuju sehat (KMS) adalah sebagai berikut:

1. Anemia berat (Hb <8 gr%).
2. Tekanan darah diastole >90 mm Hg.
3. Perdarahan selama kehamilan.
4. Kelainan pada persalinan terdahulu.
5. Jarak kehamilan terakhir kurang dari 2 tahun.
6. Tinggi badan kurang dari 140 cm.
7. Umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
8. Pernah sakit kronik.

Jika dilakukan penilaian kombinasi antara hasil pengamatan atau gagasan dari Ida Bagus Gde Manuaba, indeks risiko tinggi dari *Fortney A dan E.W. Whitenhorne*, faktor risiko yang tercantum dalam kartu menuju sehat (KMS), dan evaluasi persalinan menurut partograf WHO, maka diharapkan kehamilan dan persalinan dengan risiko tinggi ditapis sejak dini sehingga dapat dilakukan tindakan persiapan:

- Melakukan observasi ketat
- Segera melakukan rujukan
- Dapat menurunkan kejadian persalinan lama atau persalinan kasep.

## Konsep Kesejahteraan Ibu

Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan ditentukan dan diukur dengan angka kematian ibu dan kematian perinatal, sedang kesejahteraannya ditentukan oleh penerimaan gerakan keluarga berencana. Di dalam GBHN 1988 disebutkan bahwa *Peranan wanita dalam pembangunan perlu terus kita tingkatkan dan kita arahkan sehingga kaum wanita dapat memberikan sumbangan yang sebesar-besarnya bagi pembangunan bangsa, sesuai dengan kodrat dan harkatnya sebagai wanita*. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa peranan wanita sangat vital dalam pembangunan kehidupan bangsa:

- Peranannya sebagai penerus generasi.
- Pendamping suami dalam keharmonisan rumah tangga.
- Pendidik kedewasaan sikap mental anak.
- Penunjang meningkatkan pendapatan keluarga.

Mengingat pentingnya tugas dan fungsi wanita, WHO dan UNICEF pada tahun 1978 menyelenggarakan pertemuan di Alma Ata Uni Sovyet dan mencetuskan ga-

gasan "Primary Health Care" dengan tujuan: "health for all by the year 2000". Setelah pertemuan tersebut masih banyak lagi pertemuan-pertemuan lain yang diselenggarakan seperti WHO-PBB yang menyelenggarakan *First International Meeting on Prevention of Maternal Mortality* pada tahun 1985. Lalu pertemuan yang tidak kalah pentingnya adalah pertemuan di Nairobi, Kenya, tahun 1987 tentang *Safe motherhood*.

Indonesia dengan amanat GBHN dan Sistem Kesehatan Nasional juga ikut meramaikan dengan menyelenggarakan *Simposium Nasional Kesejahteraan Ibu* pada tanggal 29 Juni 1988. Penyelenggaraan simposium nasional merupakan kesepakatan politik yang menyangkut sektor terkait, untuk bersama sama mewujudkan peningkatan kesejahteraan ibu. Kesepakatan politik tersebut ditekankan kembali pada saat Bapak Presiden Soeharto membuka *Kongres Dunia ke-8 tentang Reproduksi Manusia dan Konferensi Dunia ke-4 tentang Tuba Fallopi dalam Keadaan Sehat dan Sakit*. Isinya antara lain *Pemerintah Indonesia akan menempatkan 50.000 bidan di daerah pedesaan untuk dapat meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat pedesaan*.

Permasalahan pokok kesejahteraan ibu pada simposium nasional kesejahteraan ibu antara lain sebagai berikut:

1. Kesejahteraan ibu besar pengaruhnya terhadap angka kematian maternal dan angka kematian perinatal.
2. Kesejahteraan ibu merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat.
3. Berdasarkan ilmu obstetri sosial dengan landasan utama meningkatkan kesejahteraan ibu, dikemukakan bahwa banyak faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dapat dikendalikan sehingga "kesejahteraan ibu" dapat ditingkatkan.
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesejahteraan ibu adalah:
  - a. Faktor pendidikan dan kemiskinan.
    - Kurang gizi menyebabkan sekitar 70% wanita hamil dalam keadaan anemia ringan dan sekitar 4% sampai 5% anemia berat.
    - Kurangnya pendidikan sehingga tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional.
    - Pelayanan kesehatan modern belum terjangkau.
    - Kurangnya kemampuan untuk membiayai transportasi.
  - b. Sistem pelayanan yang masih lemah.
    - Belum mampu memberikan pelayanan menyeluruh dan bermutu dengan cakupan perawatan antenatal sekitar 45% sampai 50%.
    - Sistem rujukan masih belum memadai.
    - Persediaan obat yang vital belum mencukupi.
    - Sekitar 80% pertolongan persalinan di daerah pedesaan masih ditolong dukun dengan berbagai komplikasinya.
    - Pelaksanaan supervisi pelayanan masih belum merata.
  - c. Faktor biologis dan budaya dalam masyarakat.
    - Kawin, hamil, dan bersalin dalam usia muda kurang dari 20 tahun sebanyak 14%.

- Hamil dan bersalin diatas umur 35 tahun 14.5%.
  - Grandemulti para sekitar 25%.
  - Masih banyak kebiasaan yang bertentangan dengan upaya kesehatan modern.
- d. Faktor gawat darurat dalam kebidanan dan perinatal.
- Kematian karena "trias klasik" berkisar antara 68-100%.
  - Kematian perinatal yang meliputi: asfiksia, infeksi, dan prematuritas/ BBLR (21,75 sampai 25,75%).

Keadaan ini menunjukkan lemahnya tatalaksana pertolongan gawat darurat dalam bidang obstetri. Kenyataan ini mencerminkan aspek sosial budaya yang didasari oleh kemiskinan dan rendahnya pendidikan masyarakat merupakan faktor penting.

Dengan memperhatikan uraian di atas dapat dikemukakan bahwa upaya meningkatkan "kesejahteraan ibu" meliputi:

1. Upaya umum yang bersifat nasional.

a. Kesepakatan politik.

- Mendorong semua jajaran terkait untuk memperhatikan kesejahteraan ibu dengan makin meningkatkan "kiss" (koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi).
- Meningkatkan pendapatan masyarakat dengan mengentaskan kemiskinan.
- Meningkatkan pendidikan masyarakat sehingga makin dapat menerima KIE dan KIM dalam bidang kesehatan.

b. Meratakan pelayanan obstetri ke pelosok tanah air.

2. Meningkatkan upaya kesehatan.

- Meratakan pelayanan obstetri ke pedesaan melalui penyebaran bidan yang mengelola "pondok bersalin desa" (polindes).
- Meningkatkan upaya perawatan antenatal sehingga dapat melakukan deteksi dini terhadap kehamilan dengan risiko tinggi, penyulit kehamilan, komplikasi kehamilan, dan penyakit yang menyertai kehamilan.
- Meningkatkan vaksinasi ibu hamil dan bayinya.
- Meningkatkan gizi untuk mengurangi anemia hamil dengan pemberian preparat Fe.
- Meningkatkan supervisi dan sistem rujukan.
- Meningkatkan pelayanan gawat darurat obstetri.
- Mengupayakan standar pelayanan obstetri terpadu.

3. Meningkatkan partisipasi masyarakat.

Dengan dicanangkannya konsep "pelayanan kesehatan utama" yang mengandung lima prinsip pokok:

1. Memeratakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
2. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kesehatan.
3. Mengutamakan konsep pencegahan dalam pelayanan kesehatan.
4. Mengusahakan teknologi tepat guna dan berhasil guna bagi masyarakat.
5. Pendekatan pelayanan kesehatan sehingga merupakan kebutuhan vital masyarakat.

Melalui pelayanan kesehatan utama telah terjadi revolusi dalam bidang kesehatan dengan penekanan utama pada:

1. Meningkatkan partisipasi masyarakat.
2. Meningkatkan kemampuan KISS dalam pelayanan kesehatan.
3. Dikembangkan aspek sosial kesehatan pada semua spesialisasi.
4. Perlu peranan aktif pemerintah untuk meningkatkan KISS.
5. Meningkatkan fasilitas kesehatan masyarakat.

## Konsep obstetri sosial

Obstetri sosial adalah ilmu yang mempelajari interaksi antara kesehatan reproduksi dan faktor-faktor lingkungan dalam bentuk kesehatan masyarakat umum, masalah biologis, masalah budaya, pendidikan, dan tingkat kesejahteraan masyarakat. Konsep obstetri sosial dilandasi gagasan pelayanan kesehatan utama. Dikemukakan bahwa masalah obstetri sosial adalah masalah masyarakat pedesaan yang 80% memanfaatkan perangkat pertolongan dukun.

Pada tahun 1975 Pemerintah telah mencanangkan konsep "pembangunan kesehatan masyarakat Desa (PKMD) dengan bentuk operasional "pos pelayanan terpadu" (Posyandu) dengan dasar Panca Krida Posyandu, yaitu melaksanakan gerakan keluarga berencana, pembinaan kesehatan ibu dan anak, imunisasi ibu dan anak, perbaikan gizi- pembagian Fe, dan penanggulangan diare.

Untuk meningkatkan peranan "kader masyarakat desa" dicetuskan ide "dasa wisma" artinya setiap kader desa dalam posyandu hanya berhubungan dengan sepuluh rumah tangga. Dengan demikian diharapkan dapat dijamin keefektifan dan efisiensi dalam melaksanakan posyandu, yang diselenggarakan satu kali dalam sebulan.

Sampai saat ini terdapat sebanyak 200.000 posyandu pada akhir tahun 1988. Di samping itu gagasan "Panca Krida Posyandu" dikembangkan menjadi "Sapta Krida Posyandu" dengan menambah kesehatan lingkungan (sanitasi), dan penyediaan obat-obatan esensial (Oralit, preparat Fe).

Dalam pelaksanaan penyebarluasan posyandu tidak dapat diabaikan peranan dari Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD), dan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) yang mempunyai program khusus untuk membina kesehatan ibu hamil dan balita. Tim penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) juga turut berperan aktif dalam:

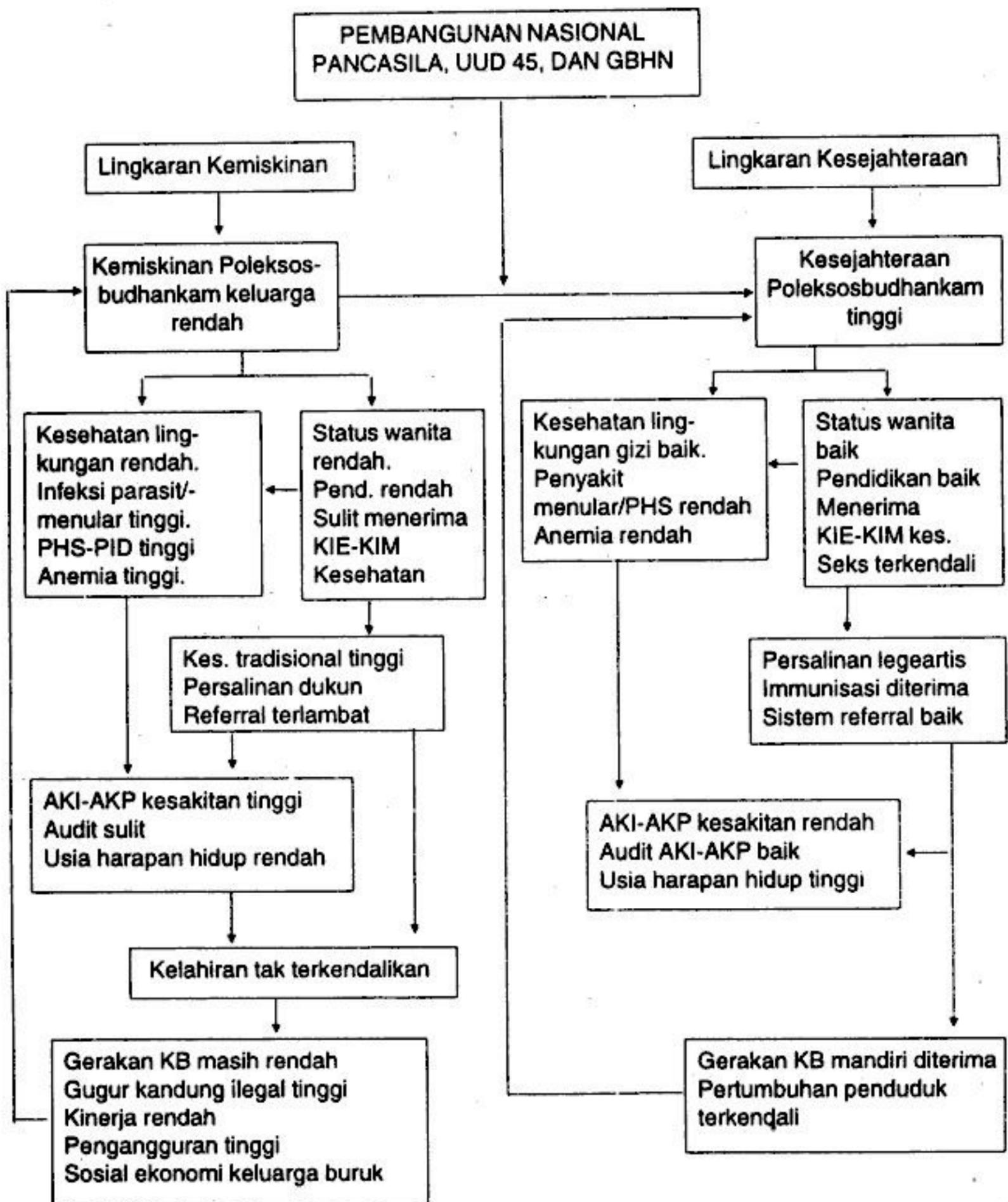
- Menganjurkan ibu hamil untuk melakukan perawatan antenatal
- Menganjurkan kepada dukun untuk berlatih
- Membantu pelayanan posyandu
- Membantu pencatatan dan pelaporan
- Melaksanakan kampanye vaksinasi
- Mendukung pengembangan teknologi tepat guna dan berdaya guna
- Melaksanakan usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga
- Meningkatkan pengetahuan anggota masyarakat untuk memantau kehamilan risiko tinggi.

### Peranan pemerintah

Pemerintah berupaya meningkatkan kesejahteraan ibu dengan jalan menjabarkan gagasan yang tersurat dan tersirat dalam GBHN 1988. Bentuk penjabarannya sebagai berikut:

1. Kesepakatan politik: Simposium Nasional Kesejahteraan Ibu di Istana Negara 29 Juni 1988.
2. Struktural Operasional:

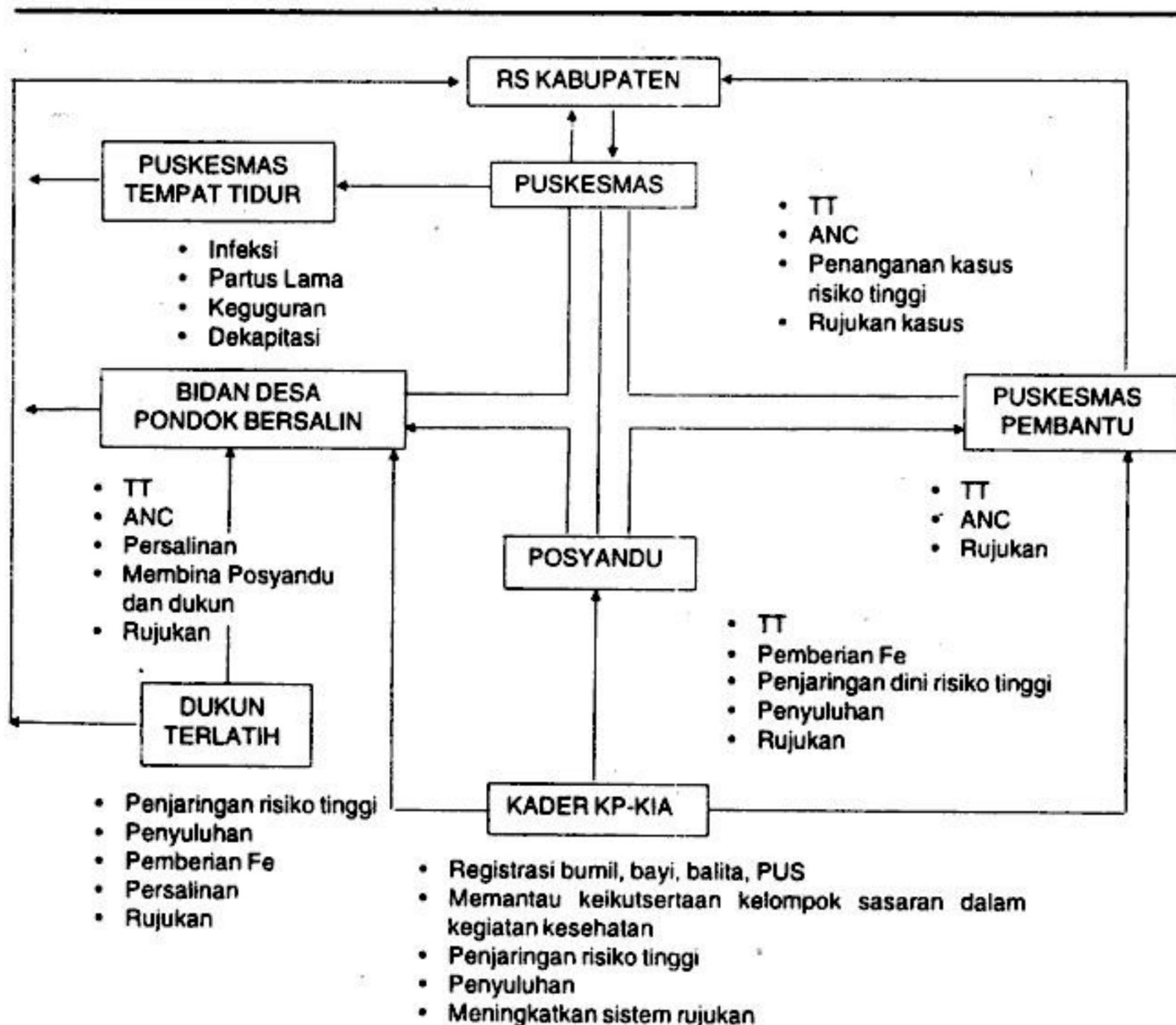
Secara skematis gagasan dan pelaksanaan dijabarkan sebagai berikut:



- a. Mata rantai pelayanan kesehatan dalam bentuk rumah sakit dengan berbagai tingkat jenjang yang dilengkapi dengan sarana tenaga dan peralatan yang memadai.
- b. Puskesmas dan puskesmas pembantu diharapkan dapat menjadi ujung tombak pelayanan ditengah masyarakat.
- c. Menyebarkan "bidan desa" sebanyak 18.900 orang disertai pembangunan pondok bersalin desa (polindes).
- d. Melakukan latihan terpadu dan terjadwal terhadap dukun bersalin/dukun beranak.
- e. Meningkatkan upaya sistem rujukan sehingga dapat memberikan pelayanan dan pengayoman medis yang bermutu dan menyeluruh.
- f. Meningkatkan jumlah dan peranan posyandu.

Dari skema di hlm. 44 dapat disimak bahwa pembangunan nasional bertujuan untuk mendorong tercapainya kesejahteraan "keluarga" sebagai unit terkecil kehidupan bangsa. Kemandirian keluarga dalam poleksosbudhankamka (politik, ekonomi sosial, budaya, ketahanan dan keamanan keluarga) akan menentukan secara berantai kehidupan bangsa secara nasional. Semakin diterima konsep pelayanan kesehatan modern maka angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal dapat dikendalikan.

### Skema rujukan dan jenjang pelayanan

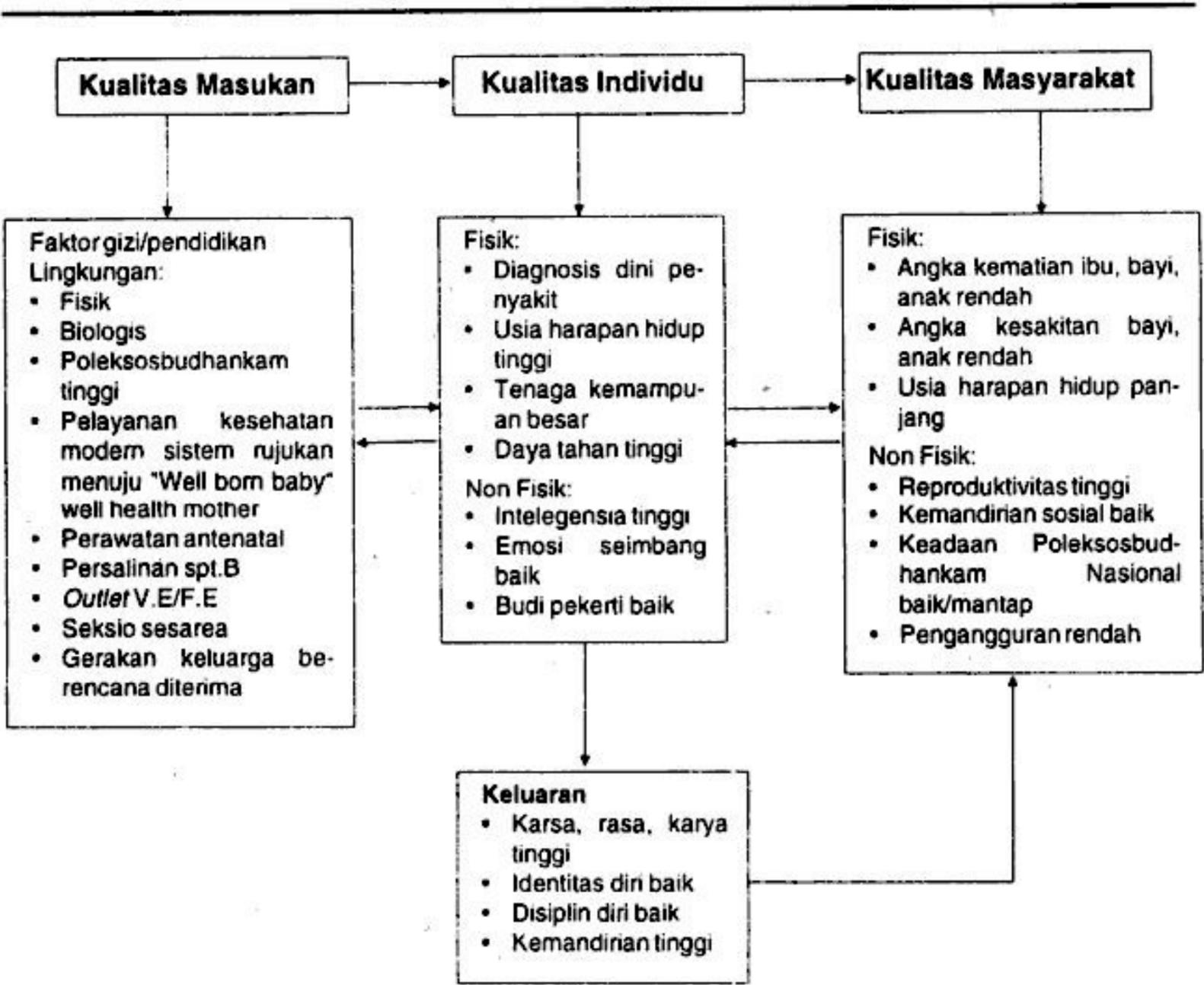


\* Kader KP-KIA: Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak

Dari hubungan rujukan secara skematis ini dapat disimak bahwa:

1. Peranan dukun tidak dapat ditiadakan dalam waktu singkat karena itu dukun diikutsertakan dalam sistem rujukan aktif. Dukun masih diperlukan masyarakat, karena itu mereka dilatih untuk lebih mampu melaksanakan tugasnya.
2. Sistem rujukan medis yang berjalan dengan baik mencerminkan pelayanan dan pengayoman medis yang bermutu dan lebih menyeluruh.

**Bagan Hubungan Manusia serta Kualitas Masyarakat**



Skema ini menunjukkan bahwa apabila menginginkan tercapainya kualitas masyarakat tinggi harus dimulai dengan memperhatikan kualitas masukan yang akan mempengaruhi kualitas individu. Dari kualitas individu yang telah tinggi dan mapan diharapkan akan tercapai kualitas masyarakat yang semakin tinggi. Dengan melakukan penilaian terhadap kualitas masyarakat akan dapat ditetapkan kemampuan suatu negara untuk penyelenggaraan kesejahteraan masyarakat dan kemampuan sosial ekonomi keluarga.

Tujuan penyelenggaraan kesejahteraan ibu diharapkan dapat tercapai pada akhir abad ini. Indikatornya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1-18

Indikator	Persentase
Gerakan keluarga berencana mencakup PUS	90%
Cakupan perawatan antenatal	70%
Cakupan pertolongan persalinan tenaga terdidik	70%
Cakupan memberikan ASI	80%
Cakupan vaksinasi TT	80%
Angka kematian maternal (ibu)	225/100,000
Angka kematian perinatal	25/1000
Umur kawin usia muda (20 th)	7%
Umur 35 tahun hamil kembali	7%
Anemia ibu hamil	15%
Berat badan lahir rendah	7%
Umur harapan hidup	60-65 tahun

Untuk dapat mencapai sasaran tersebut diperlukan kemampuan tenaga dan dana yang tidak sedikit. Di samping itu partisipasi masyarakat sangat penting sehingga keseluruhan aktivitas merupakan gerakan bersama, terpadu, dan terorganisasi dengan baik.

## Pesan "Kesejahteraan Ibu" pada masyarakat

Pesan khusus kesejahteraan ibu kepada masyarakat dijabarkan sebagai berikut:

1. Segeralah datang ke pusat pelayanan kesehatan terdekat.
  - a. Melakukan perawatan antenatal (pan) meliputi 5 T: tensi, timbang, tinggi fundus uteri, tablet Fe, dan tetanus vaksin.
  - b. Melakukan pengawasan antenatal sebanyak 4 kali.
  - c. Menasehati kapan harus datang ke pusat pelayanan kesehatan:
    - Perut sakit atau terjatuh.
    - Mengeluarkan darah campur lendir, mengeluarkan darah saja, dan mengeluarkan cairan.
    - Gerak janin makin berkurang.
    - Badan panas sebagai tanda infeksi.
    - Mengeluh tentang sakit kepala, penglihatan kabur, kaki tangan kelopak mata membengkak, nyeri pada ulu hati, kencing berkurang atau terjadi perubahan warna, kesadaran semakin berkurang, jatuh apalagi diikuti kejang.
2. Kepada keluarga diterangkan keadaan yang dapat membahayakan saat hamil dan meningkatkan bahaya terhadap bayinya.

- a. Sebelum kehamilan berlangsung:
    - Jarak kehamilan sebaiknya lebih dari 2 tahun.
    - Kehamilan pada umur kurang 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
    - Jumlah anak lebih dari 4 orang.
    - Ibu dengan berat badan rendah kurang 40 kilogram atau tinggi badan kurang dari 145 cm.
    - Sejarah persalinan yang buruk: pernah abortus dan persalinan prematur, kelahiran dengan BBLR, dan pernah mengalami persalinan dengan tindakan.
  - b. Keadaan yang membahayakan saat kehamilan.
    - Bertambahnya berat badan kurang dari 6 kilogram.
    - Tampak pucat pada kelopak mata atau tangan.
    - Terjadi pembengkakan pada kelopak mata, muka, dan tangan; kaki atau bertambahnya BB secara abnormal.
  - c. Keadaan yang memerlukan pertolongan darurat.
    - Terjadi pengeluaran abnormal: darah pervaginam, cairan yang cukup banyak, dan darah campur lendir.
    - Tekanan darah meningkat dengan gejala: sakit kepala, penglihatan kabur, nyeri pada epigastrium/uluhati.
    - Muntah-muntah yang berlangsung lama dan berat.
    - Panas badan yang tinggi.
3. Wanita hamil memerlukan makanan lebih dan istirahat cukup.
    - Wanita hamil memerlukan ekstra makan (empat sehat-lima sempurna dan ekstra satu telur).
    - Segera setelah mengetahui hamil sebaiknya menimbang berat badan sehingga bertambahnya berat badan dapat diketahui.
    - Wanita hamil akan membahayakan bayinya bila merokok, memakai narkotik, minum alkohol berlebihan.
  4. Mendorong kesehatan reproduksi yang optimal.
    - Kehamilan sebaiknya dengan interval lebih dari 2 tahun.
    - Jangan hamil sebelum berumur 20 tahun atau setelah 35 tahun.
    - Jumlah kehamilan, kelahiran 2 sampai 3 orang mempunyai optimalisasi kesehatan.
    - Hindari melakukan abortus ilegal.
  5. Wanita yang sehat jasmani dan rohani sejak saat kanak-kanak mempunyai penyulit kehamilan yang makin berkurang.

Konsep kesejahteraan ibu merupakan konsep yang kompleks yang memerlukan koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan simplifikasi (KISS) pelaksanaan yang terarah dengan jelas sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan perinatal. Ditinjau dari struktur pelaksanaan dengan puskesmas sebagai ujung tombaknya, polindes dan posyandu, maka dapat dibayangkan sasaran yang hendak dicapai akan berhasil.

Dari data-data yang disampaikan pada penelitian di rumah sakit, tampak angka kematian ibu dan perinatal telah menurun dengan bermakna. Keadaan ini menunjukkan kesungguhan dari jajaran kesehatan pemerintah maupun swasta untuk ikut serta

berpartisipasi dalam upaya "kesejahteraan ibu". Dengan gagasan menyebarkan bidan desa sebanyak 50.000 dan usaha mendirikan pondok bersalin desa (polindes) diharapkan sasaran yang dicanangkan dapat tercapai. Demikianlah bidan desa dengan pondok bersalin desanya diharapkan menjadi ujung tombak kedua di samping puskesmas.

Pekerjaan bidan merupakan pekerjaan yang mulia dalam mata rantai meningkatkan kesejahteraan ibu ditengah masyarakat. Bidan dicanangkan untuk menggantikan dukun dalam pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih. Dengan jalan itu angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal dapat diturunkan.

## Partograf Model WHO

Berdasarkan pengamatan WHO, angka kematian ibu adalah sebesar 500.000 jiwa dan angka kematian bayi sebesar 10.000.000 jiwa setiap tahunnya. Jumlah tersebut sebenarnya masih diragukan karena besar kemungkinan kematian ibu dan bayi yang tidak dilaporkan. Kejadian kematian ibu dan bayi sebagian besar terdapat di negara berkembang yaitu sekitar 98% sampai 99%. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kemungkinan kematian ibu dan bayi di negara berkembang 100 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju.

Kematian maternal dapat terjadi pada saat pertama pertolongan persalinan. Penyebab utama kematian ibu adalah trias klasik (perdarahan, infeksi, gestosis). Sedangkan penyebab kematian perinatal adalah asfiksia neonatorum, trauma persalinan, prematuritas atau berat bayi lahir rendah (BBLR), dan infeksi neonatorum.

Berdasarkan penyebab kematian maternal dan perinatal dapat dikemukakan bahwa masih terdapat kelemahan dalam hal:

- Melakukan pengawasan antenatal untuk menetapkan risiko kehamilan.
- Menentukan penyulit kehamilan untuk segera mendapat pertolongan dan pelayanan serta pelayanan medis.
- Sistem rujukan.
- Sarana pertolongan medis.
- Pertolongan persalinan (dukun).
- Pelaksanaan KB (belum merata).

Memperhatikan pernyataan tersebut, Bank Dunia, WHO, UNFPA, dan beberapa organisasi donor dunia menyelenggarakan konperensi "Safe Matherhood" di Nairobi, Kenya, dengan tujuan mendorong gerakan dunia untuk memperhatikan kesejahteraan ibu sehingga angka kematian maternal dan perinatal dapat diturunkan.

## Konsep partograf WHO

Hubungan pembukaan serviks, penurunan kepala janin (bagian terendah) berkaitan dengan waktu persalinan untuk pertama kalinya dikemukakan oleh Friedman. Friedman menemukan bahwa gambaran hubungan pembukaan serviks dan waktu persalinan berbentuk huruf "S" yang kemudian dikenal dengan "kurva Friedman" tahun 1954.

Hedricks dkk pada tahun 1969 dalam penelitiannya melihat bahwa terdapat perbedaan kurva Friedman, diantara primigravida dan multigravida pada fase aktif maupun fase latennya. Seandainya kedua bentuk asli kurva Friedman disampaikan dan diajarkan kepada petugas kesehatan khususnya bidan, maka terdapat berbagai kesulitan dalam penerapannya. Oleh karena itu, badan pekerja WHO (*informal working group WHO*) mencetuskan gagasan modifikasi kurva Friedman menjadi "Partograf WHO."

Partograf WHO menetapkan dasar sebagai berikut:

1. Fase aktif mulai pembukaan 3 cm.
2. Fase laten lamanya 8 jam.
3. Pada fase aktif pembukaan untuk primi dan multigravida sama tidak boleh kurang dari 1 cm/jam.
4. Pemeriksaan dalam hanya dilakukan dengan interval waktu 4 jam.
5. Keterlambatan persalinan selama 4 jam, memerlukan intervensi medis, dengan mempertimbangkan indikasi, dan keadaan umum ibu maupun janinnya.

## Komponen dalam partograf WHO

Dalam setiap partograf WHO harus tercantum tiga komponen pokok, yaitu:

1. Rekaman kemajuan persalinan.
  - a. Pembukaan serviks.
  - b. Penurunan kepala.
  - c. Kekuatan his dan mulai mengejan.
2. Keadaan janin.
  - a. Denyut jantung janin.
  - b. Air ketuban.
  - c. Maulage kepala janin.
3. Rekaman tentang ibunya.
  - a. Keadaan umum: tensi, nadi, temperatur.
  - b. Keseimbangan cairan: infus, produksi urin.
  - c. Tentang urin: jumlah, proteinuria, dan keton bodi (aseton).

1. Rekaman kemajuan persalinan.
  - a. Pembukaan serviks.

Dasar ketetapan partograf WHO, fase aktif mulai pembukaan 3 cm dan perhitungan setiap jam pembukaan minimal 1 cm, maka pembukaan lengkap tercapai dalam waktu 7 jam.

Perhitungan fase laten selama 8 jam dan ditetapkan pembukaan sebesar 3 cm, maka dari kedua titik tersebut akan dapat dibuat garis yang mencerminkan kurva partograf WHO yang normal. Garis ini dikenal sebagai *garis waspada*. Kelambatan persalinan masih dapat diadaptasi selama 4 jam dan selebihnya harus diambil tindakan definitif. Garis sejajar dengan garis waspada yang dibuat dengan memperhitungkan kelambatan persalinan selama 4 jam disebut *garis tindakan*.

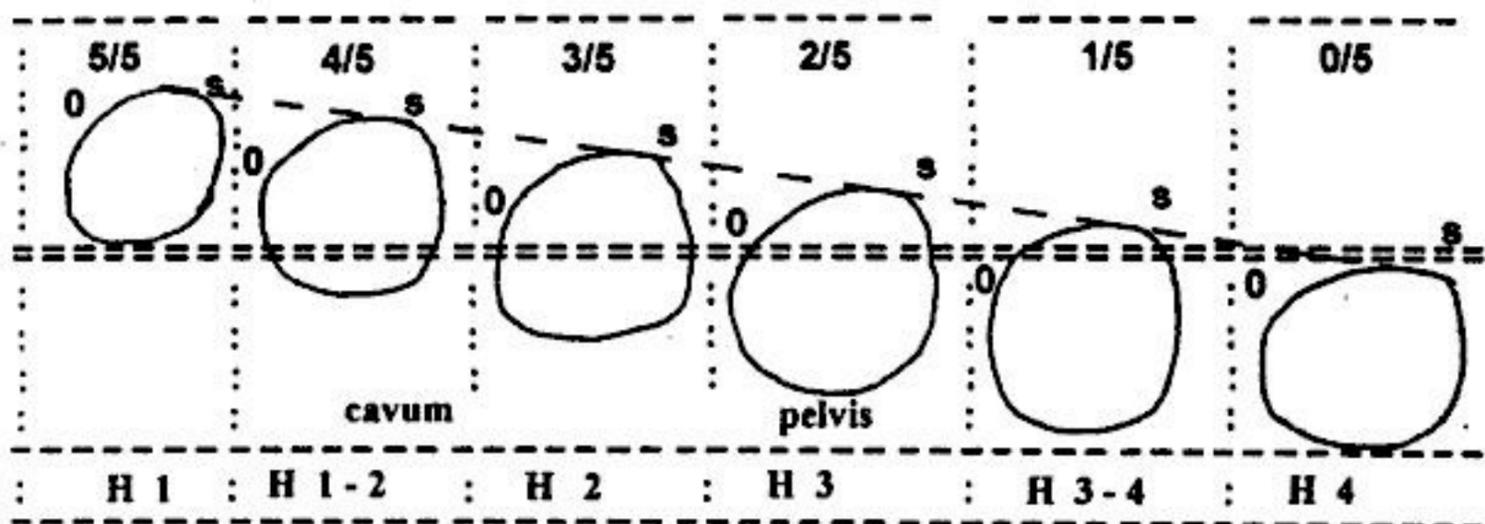
Dari jalannya pembukaan serviks persalinan masih dapat dianggap wajar bila terjadi di antara garis waspada dan garis tindakan, yaitu kelambatan persalinan

selama 4 jam. Kelambatan persalinan lebih dari 4 jam sudah dapat menimbulkan berbagai penyulit terhadap ibu maupun bayinya sehingga meningkatkan kesakitan dan kematian.

b. Penurunan kepala.

Sebelum inpartu kepala dianggap berada satu telapak tangan (lima jari) di atas simfisis. Pada primigravida dimana kepala janin telah masuk PAP minggu 36, berarti kemungkinan tidak berhadapan dengan kesempitan panggul.

Dengan memperhitungkan kepala lima jari di atas simfisis, dan selanjutnya his akan menyebabkan penurunan kepala dengan perhitungan sebagai berikut:



Penurunan ini diukur dengan jari di atas simfisis (perlimaan).

c. Kekuatan his.

Kekuatan his diperhitungkan dalam 10 menit.

- 2 sampai 3 kali, durasi kurang dari 20 detik.
- 4 kali, durasi 20 sampai 40 detik.
- 5 kali, durasi lebih dari 40 detik.

2. Rekaman keadaan janin.

a. Denyut jantung janin.

- Denyut jantung janin normal 120 sampai 160 per menit.
- > 160/menit—takikardi, permulaan asfiksia.
- < 120/menit—bradikardi, asfiksia lebih lanjut, apalagi disertai keadaan iriguleritas.
- < 100/menit asfiksia intrauterin berat apa lagi disertai iriguleritas.

b. Air ketuban.

Air ketuban dapat memberikan petunjuk tentang keadaan janin dalam rahim berkaitan dengan asfiksia intrauterin. Air ketuban yang perlu mendapat perhatian adalah:

- Jumlahnya
- Warnanya: jernih (*C-clear*); campur mekoneum (*M-meconeum*); kurang (*A-absent*).

## c. Moulage tulang kepala.

Moulage tulang kepala memberikan petunjuk tentang panggul, yang ditetapkan dengan kriteria sebagai berikut:

0 = sutura masih teraba

+ = tulang kepala menempel

++ = tulang kepala saling menindih

+++ = tulang kepala tumpang tindih berat

## 3. Keadaan ibu.

Keadaan ibu yang patut direkam dan diperhitungkan dalam pertolongan persalinan adalah:

## a. Keadaan umum.

- Tekanan darah
- Nadi dan suhu aksila dan rektal.

## b. Keseimbangan cairan.

- Bila mendapat infus atau persalinan dengan induksi.

## c. Produksi urin.

- Jumlahnya diperhitungkan dengan cairan yang masuk.
- Proteinuria.
- Keton bodi.

## Observasi pada penggunaan partograf WHO

Dalam menggunakan partograf WHO dilakukan observasi sehingga kemajuan dan keadaan janin dan ibunya dapat direkam dalam skala rekaman serta evaluasi untuk memperhitungkan tindakan. Observasi dapat dilakukan berdasarkan petunjuk pada tabel 1-19.

**Tabel 1-19** Petunjuk untuk Observasi Partograf WHO

	FASE LATEN		FASE AKTIF	
	Ideal	Minimal	Ideal	Minimal
His	1,5	4	1,5	2
Jantung janin	1,5	4	1,5	2
Penurunan kepala	4	8	4	4
Pembukaan	4	8	4	4
Keadaan ibu	4	4	4	4

## Alasan partograf WHO diterapkan dalam persalinan

Kehamilan aterm dengan posisi letak kepala mencakup sekitar 97% dari semua kehamilan. Sekitar 3% merupakan kehamilan dengan kedudukan patologis, sehingga segera akan dirujuk ke pusat pelayanan. Dikemukakan kematian ibu (AKI) dan kematian anak (AKA) sebagian besar mempunyai faktor yang masih dapat dikendalikan.

Angka kematian maternal dan perinatal yang tinggi disebabkan oleh dua hal penting yang memerlukan perhatian khusus, yaitu terjadinya partus terlantar—penyebab utama angka kematian perinatal dan kematian maternal, dan terlambatnya melakukan rujukan. Partograf WHO menekankan tindakan sudah dilakukan saat persalinan berada pada tingkat partus lama. Pelaksanaan partograf WHO dirancang untuk persalinan pervaginam dan dapat dipergunakan di puskesmas dengan tempat tidur, pertolongan persalinan bidan swasta atau polindes, rumah sakit tipe C atau rumah sakit pusat rujukan. Beberapa hasil pelaksanaan partograf WHO dapat dilihat pada tabel 1-20.

**Tabel 1-20** Hasil Penelitian Partograf WHO di RSUD Pirngadi Medan

	Sebelum partograf	Sesudah partograf
Seksio Sesarea	11,98	5,27
Persalinan di atas 18 jam	8,96	2,40
Nila Apgar 7	5,06	2,38
Kematian maternal	0,44%	0,06%

Dengan penerapan partograf WHO diharapkan bahwa angka kematian maternal dan perinatal dapat diturunkan dengan bermakna sehingga mampu menunjang sistem kesehatan nasional menuju tingkat kesejahteraan masyarakat.

Penerapan partograf WHO ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan *garis waspada* dan *garis tindakan* sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan diharapkan partus terlantar atau partus kasep semakin berkurang untuk dapat menurunkan angka kematian maternal dan perinatal.

Partus kasep membawa akibat yang sangat buruk bagi kesehatan, kesejahteraan ibu maupun bayinya. Partus kasep memberikan angka kematian maternal dan perinatal yang tinggi dan meningkatkan angka kesakitan ibu dan cacat bayi. Dengan menggunakan partograf WHO diharapkan kejadian partus kasep dapat dihindari sebanyak mungkin untuk menurunkan angka kematian, kesakitan maternal dan perinatal, menuju konsep *well born baby* dan *well health mother*.

### Kontraindikasi pelaksanaan partograf WHO

Untuk dapat menjamin keberhasilan partograf WHO dengan baik maka partograf tidak dipergunakan pada kasus:

- Wanita hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm.
- Perdarahan antepartum.
- Pre-eklampsia berat dan eklampsia.
- Persalinan prematur.
- Persalinan bekas seksio sesarea atau bekas operasi rahim (uterus).
- Persalinan dengan hamil ganda.
- Kelainan letak.

- Pada keadaan gawat janin.
- Dugaan kesempitan panggul.
- Persalinan dengan induksi.
- Hamil dengan anemia berat.

Kasus-kasus di atas digolongkan sebagai hamil dengan risiko tinggi sehingga perlu segera dilakukan rujukan, untuk mendapatkan pertolongan yang memadai.

## Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf WHO

### 1. Keuntungan partograf.

- Tersedia cukup waktu melakukan rujukan (sekitar 4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada.
- Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk mengambil tindakan sehingga tercapai *well born baby* dan *well health mother*.
- Terbatasnya melakukan pemeriksaan dalam, dapat mengurangi infeksi intrauterin.

### 2. Kerugian partograf.

Kemungkinan terlalu cepat melakukan rujukan, yang sebenarnya dapat diselesaikan di Puskesmas atau setempat.

Partograf diharapkan dapat menyelesaikan pertolongan persalinan pada garis waspada dengan jalan:

- Rujukan semakin baik sehingga tidak merugikan penderita.
- Pertolongan medis dapat dilakukan dengan lebih sempurna sehingga angka kesakitan dan kematian dapat diturunkan.
- Mendapatkan tindakan medis sesuai dengan keadaan dan di tangan yang tepat.
- Secara nasional partograf diharapkan membantu menurunkan angka kematian maternal dan perinatal sebagai cermin kemampuan memberikan pelayanan dan pengayoman medis yang menyeluruh dan lebih bermutu.

Bidan diharapkan agar mempelajari dan mempergunakan pertolongan persalinan dengan partograf WHO sehingga lini pelayanan kesehatan ibu terdepan dapat berperan lebih baik.

## Pemberian ASI dan Rawat Gabung

Meningkatnya perjuangan hak-hak asasi wanita dalam meniti karier untuk bekerja di luar rumah sampai pada titik kritis dengan meninggalkan tugas utamanya untuk memberikan ASI dan menggantikan dengan susu botol (formula). Di samping itu propaganda susu formula demikian gencarnya sehingga mereka yang merasa diri mampu dan terpelajar, merasa makin meningkat kedudukannya bila dapat menggantikan ASI-nya dengan susu formula. Rumah sakit pun ikut memisahkan perawatan ibu dan bayi.

Kecenderungan demikian telah mencapai titik yang sangat rawan sehingga Pemerintah mengambil sikap untuk dapat mengembalikan fungsi hakiki wanita untuk dapat memberikan ASI. Ketetapan tersebut diikuti upaya mengembalikan fungsi wanita untuk dapat memberikan ASI tanpa menghalangi kesempatan sebagai wanita karier.

Di lingkungan rumah sakit dan rumah bersalin, sistem perawatan dalam satu ruangan (rawat gabung) difungsikan kembali. Ternyata sistem rawat gabung tersebut menguntungkan karena dapat meningkatkan pembentukan kejiwaan anak yang menjadi dasar utama kualitas sumber daya manusia.

## Pembentukan dan persiapan ASI

Persiapan memberikan ASI dilakukan bersamaan dengan kehamilan. Pada kehamilan, payudara semakin padat karena retensi air, lemak serta berkembangnya kelenjar-kelenjar payudara yang dirasakan tegang dan sakit.

Bagaimana persiapan untuk memberikan ASI berlangsung? Segera setelah terjadi kehamilan maka korpus luteum berkembang terus dan mengeluarkan estrogen dan progesteron, untuk mempersiapkan payudara, agar pada waktunya dapat memberikan ASI. Estrogen akan mempersiapkan kelenjar dan saluran ASI dalam bentuk proliferasi, deposit lemak, air dan elektrolit, jaringan ikat makin banyak dan mioepitel disekitar kelenjar mammae semakin membesar. Sedangkan progesteron meningkatkan kematangan kelenjar mammae bersama dengan hormon lainnya.

Hormon prolaktin yang sangat penting dalam pembentukan dan pengeluaran ASI makin bertambah, tetapi fungsinya belum mampu mengeluarkan ASI karena dihalangi oleh hormon estrogen, progesteron, dan *human placental lactogen hormone*. Oksitosin meningkat dari hipofisis posterior, tetapi juga belum berfungsi mengeluarkan ASI karena dihalangi hormon estrogen dan progesteron.

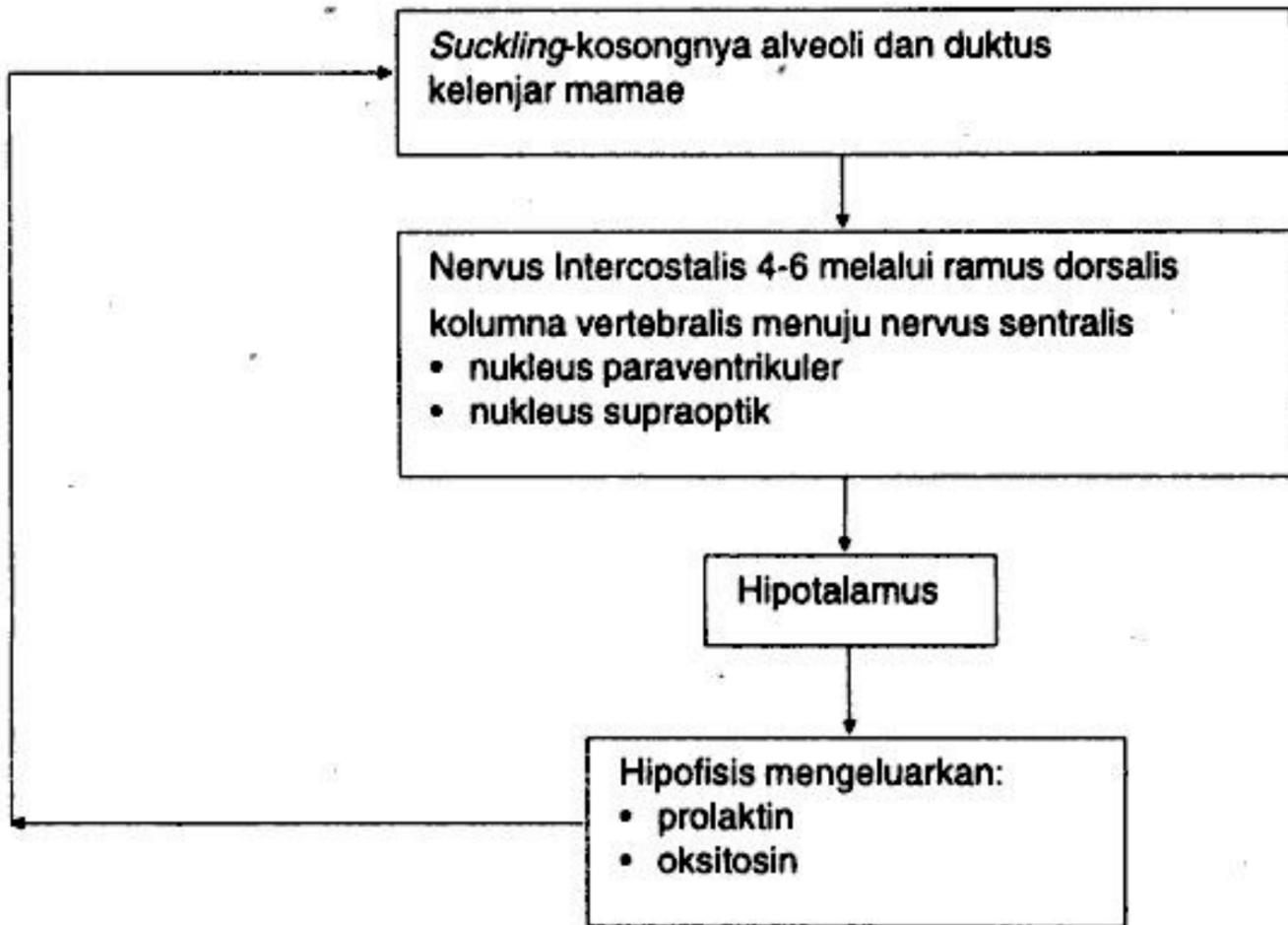
Bersamaan dengan membesarnya kehamilan, perkembangan dan persiapan untuk memberikan ASI makin tampak. Payudara makin besar, puting susu makin menonjol, pembuluh darah makin tampak, dan areola mammae makin menghitam.

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan:

1. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epitel yang lepas tidak menumpuk.
2. Puting susu ditarik-tarik setiap mandi, sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi.
3. Bila puting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu atau dengan jalan operasi.

Segera setelah persalinan hormon-hormon yang dikeluarkan plasenta (estrogen, progesteron, dan *human plasental lactogen hormone*) yang berfungsi menghalangi peranan prolaktin dan oksitosin menurun. Untuk mempercepat pengeluaran ASI, segera setelah persalinan—bahkan semasih tali pusat belum dipotong—bayi langsung diisapkan pada puting susu ibunya sehingga terjadi refleks pengeluaran prolaktin dan oksitosin. Isapan bayi sangat menguntungkan karena dapat mempercepat pelepasan plasenta, serta perdarahan postpartum dapat dihindari.

**Mekanisme pengeluaran ASI**



Setelah plasenta lahir dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron, dan *human placental lactogen hormone*, maka prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleksi yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis, sehingga mioepitel yang terdapat di sekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus: *let down reflex*.

Keberadaan puting susu dalam mulut bayi mempunyai keuntungan tersendiri:

- Rangsangan puting susu lebih mantap sehingga refleksi pengeluaran ASI lebih sempurna.
- Menghindari kemungkinan lecet pada puting susu.
- Kepuasan bayi saat mengisap ASI lebih besar.
- Semprotan ASI lebih sempurna dan menghindari terlalu banyak udara yang masuk ke dalam lambung bayi.

Untuk menyempurnakan pembentukan ASI maka kedua payudara harus diperlakukan sama untuk menghindari terjadinya stagnasi dan buntunya pembuluh kelenjar ASI serta selanjutnya menghindari kemungkinan infeksi payudara.

**Komposisi ASI**

ASI bersifat khas untuk bayi karena susunan kimianya, mempunyai nilai biologis tertentu, dan mempunyai substansia yang spesifik. Ketiga sifat itulah yang membedakan ASI dengan susu formula. Pengeluaran ASI tergantung dari umur kehamilan sehingga ASI yang keluar dari ibu dengan kelahiran prematur akan berbeda dengan ibu



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

evaluasi beberapa tahun terakhir ternyata bahwa sikap demikian merugikan bayi dan ibunya dengan terjadi kesakitan sampai kematian bayi yang tinggi. Kesadaran untuk kembali pada sistem lama mendapat inspirasi dari orang-orang "hippies" yang selalu memberikan ASI dan terbukti bayinya sehat dan tumbuh kembang dengan baik.

Kini rawat gabung disebarluaskan dengan gigit untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sejak awal kehidupan bayi di luar rahim dengan jalan memberikan ASI dan dirawat langsung oleh ibunya dalam satu ruangan. Dengan berpedoman demikian maka rawat gabung yang direncanakan sebaiknya memenuhi beberapa syarat:

1. Ruang dengan ibu dan bayi normal dalam jumlah yang terbatas.
2. Terdapat kelengkapan:
  - a. Tempat merawat bayi sehat.
  - b. Tempat tidur ibu dan bayinya.
  - c. Toilet lengkap.
3. Seorang petugas yang mempunyai kemampuan:
  - a. Memberikan petunjuk untuk:
    - Merawat payudara
    - Memberikan ASI yang benar
    - Mengetahui bahwa bayinya telah kenyang
    - Petunjuk bagaimana tidur bersama bayi.
  - b. Memberikan petunjuk tentang:
    - Merawat bayi dengan benar
    - Mengganti popok bayi
    - Memandikan bayi.
  - c. Memberikan petunjuk tentang:
    - Keadaan patologis pada payudara
    - Merawat payudara yang lecet
    - Merawat payudara yang infeksi ringan
    - Tanda-tanda abses payudara
    - Menentukan bahwa seorang ibu tidak diperkenankan untuk memberikan ASI.
4. Bayi dengan tindakan operasi.
  - a. Bayi dengan seksio sesarea bukan merupakan halangan untuk rawat gabung.
  - b. Bayi dengan tindakan operasi persalinan pervaginam memerlukan observasi sementara sampai keadaan dapat dianggap normal untuk mendapatkan rawat gabung dan langsung menerima ASI.

Dengan melakukan rawat gabung secara langsung ibu-ibu muda (primipara) akan mendapatkan pendidikan tentang berbagai cara merawat bayi dan memberikan ASI yang benar.

### **Larangan untuk memberikan ASI**

Sekalipun upaya untuk memberikan ASI digalakkan tetapi pada beberapa kasus pemberian ASI tidak dibenarkan.

1. Faktor dari ibu.
  - Ibu dengan penyakit jantung yang berat, akan menambah beratnya penyakit ibu.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Setelah perang dunia kedua ilmu pengetahuan tentang kedokteran maju dengan pesatnya sehingga memberikan dampak yang menguntungkan kesehatan manusia. Kematian di negara maju dapat ditekan serendah mungkin, usia harapan hidup makin panjang, kematian perinatal yang sebagian besar disebabkan persalinan prematuritas, berat bayi lahir rendah, dan berbagai komplikasi kehamilan dapat ditekan.

Pertumbuhan penduduk terutama terjadi di negara Asia, Amerika Latin, dan Afrika, justru merupakan negara yang miskin, berlangsung sangat pesat. Pertumbuhan yang tidak terkendali memberikan dampak semakin meningkatnya kemiskinan. Kemiskinan merupakan malapetaka manusia yang paling kejam karena memberikan dampak yang sangat besar terhadap berbagai kehidupan. Kehidupan miskin menyebabkan makin rendah nilai "sumber daya manusia" dalam bentuk:

### **1. Pendidikan.**

Di seluruh dunia terdapat 6.000 juta penduduk buta huruf, sekalipun mesin cetak telah ditemukan 500 tahun yang lalu. Hampir dapat dipastikan kemampuan menyediakan fasilitas pendidikan semakin terbatas dibandingkan jumlah manusia yang memerlukan. Dengan kemampuan menyediakan fasilitas terbatas, maka seharusnya jumlah yang memanfaatkan harus terkendali dengan jalan keluarga berencana.

### **2. Perumahan.**

Dengan pesatnya pertumbuhan penduduk tidak mungkin untuk dapat menyediakan tempat tinggal yang layak dengan fasilitas air bersih, penerangan, kesehatan lingkungan, tempat rekreasi dengan cukup memadai.

### **3. Urbanisasi.**

Kepadatan penduduk di pedesaan menyebabkan urbanisasi ke kota dengan harapan dapat meningkatkan kesejahteraan. Jumlah "kumuh" yang lebih menyengsarakan. Di samping itu kehidupan yang serba keras menimbulkan kriminalitas yang lebih tinggi, lebih brutal, dan sadis.

### **4. Masalah kelaparan.**

Pembangunan yang dilakukan oleh negara berkembang telah menghabiskan lahan pertanian subur, sehingga semakin dikawatirkan dapat terjadi bahaya kelaparan. Oleh karena itu, pembangunan haruslah memperhitungkan berbagai aspek khususnya pertanian untuk dapat menopang pertumbuhan penduduk.

### **5. Lapangan kerja.**

Pertumbuhan penduduk yang pesat yang tidak dapat diimbangi dengan kemampuan menyediakan lapangan kerja sehingga menimbulkan pengangguran dari berpendidikan rendah sampai berpendidikan tinggi. Pengangguran memberikan dampak yang merugikan keamanan dan ketahanan keluarga yang berkelanjutan secara nasional.

### 6. Masalah pencemaran lingkungan.

Pencemaran yang paling besar jumlahnya justru manusia sendiri, sehingga mata rantai kerusakan lingkungan pun menjadi tanggung jawab manusia. Limbah manusia harus dapat didaur ulang oleh alam dalam keadaan seimbang. Bila keseimbangan telah tidak mampu lagi melakukan daur ulang, maka akan terjadi pencemaran lingkungan yang akhirnya merugikan manusia sendiri. Pencemaran lingkungan oleh manusia atau bangunan yang dibuat manusia sendiri memberikan dampak penyakit lingkungan dengan segala manifestasinya.

### 7. Ketegangan poleksosbudhankamnas.

Keluarga merupakan "unit terkecil kehidupan". Oleh karena itu, ketegangan dalam lingkungan keluarga akan berdampak luas ke tingkat nasional. Poleksosbudhankam (politik ekonomi, budaya ketahanan, keamanan) keluarga terlaksana bila dapat menjamin kualitas keluarga dengan jalan merencanakan keluarga melalui keluarga berencana.

Sebenarnya terdapat dua puluh dua masalah yang dihadapi sebagai dampak pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali dan menimbulkan "kemiskinan sebagai malapetaka manusia" yang paling kejam. Manusia sadar akan bahaya pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali sehingga gagasan pelaksanaan keluarga berencana telah dipikirkan.

Plato pada tahun 427 sampai 347 BC telah menyarankan agar pranata sosial dan pemerintah sebaiknya direncanakan, pertumbuhan penduduk sebaiknya stabil sehingga terjadi keseimbangan antara kemampuan sosial dan jumlah penduduk. Ibnu Khaldun pada tahun 1332 sampai 1407 telah mulai membahas masalah fertilitas, mortalitas, dan migrasi penduduk berkaitan dengan berbagai masalah sosial yang diperlukan. Malthus pada tahun 1776 sampai 1834 setelah terjadi perkembangan dan pertumbuhan industri mengeluarkan buku *An Essay on the principle of population* 1798 yang intinya adalah *manusia jangan terlalu menghayal dengan kemampuan teknologi yang seolah-olah dapat memenuhi segala kebutuhan, karena pertumbuhan manusia laksana deret ukur, sedangkan kemampuan pertumbuhan dan perkembangan sumber alam untuk memenuhi kebutuhan manusia laksana deret hitung.*

Dengan demikian suatu saat manusia akan berhadapan dengan kesulitan untuk memenuhi segala kebutuhannya, karena sumber alam yang terbatas itu. Demikianlah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, yang diprakarsai dengan dr. Soeharto (PKBI) 1957, sadar akan semakin bertambahnya penduduk, yang suatu saat membahayakan bangsa sendiri. Dalam gerakannya PKBI masih tersembunyi karena suasana pemerintah yang belum memberikan dukungan politik dan kesempatan bergerak di tengah masyarakat.

Perubahan politik dalam negeri dengan tampilnya "Orde Baru" maka gagasan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk (saat itu sekitar 4,6% sampai 8% per tahun) mendapat tempat dalam pembangunan nasional. Bahkan Presiden Soeharto sendiri ikut serta menandatangani "Hak-hak asasi manusia 1967" PBB:

- Bahwa persoalan penduduk setiap negara merupakan masalah vital dengan tujuan pembangunan untuk meningkatkan martabat manusia dalam arti yang luas.

- Bahwa perdamaian abadi yang mempunyai arti, sangat tergantung dari kemampuan setiap negara untuk mengendalikan jumlah penduduknya yang mempunyai dampak nasional dan internasional.
- Merencanakan keluarga adalah hak asasi manusia, di mana pemerintah seyogyanya dapat menyediakan fasilitas yang diperlukan.

Kerisauan masyarakat dunia untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk diikuti dengan pertemuan yang menguatkan kesepakatan hak-hak asasi manusia untuk menentukan jumlah dan susunan keluarga di Bucharest 1974, Jakarta 1981, Mexico City 1984, *Safe Motherhood* 1987 di Nairobi Kenya.

Setelah menandatangani "hak-hak asasi manusia 1967" diikuti dengan pembentukan Lembaga Keluarga Berencana PKBI dan Pemerintah tahun 1968. Dirasakan "Lembaga Keluarga Berencana Nasional" kurang efektif maka dibentuklah Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang langsung berada di bawah Presiden.

Sensus 1970 menunjukkan data sebagai berikut jumlah penduduk 119,2-120 juta, angka kelahiran 14-48%, angka kematian 18,6-20%, angka pertumbuhan penduduk 35,6%, harapan hidup 52 tahun.

Pencanangan program keluarga berencana yang disampaikan kepada masyarakat ternyata mendapat sambutan sehingga dalam Pelita I, telah dapat menurunkan angka rata-rata punya anak dari 5,8 menjadi 3,8 jiwa. Pembangunan dan program keluarga berencana yang berskala nasional merupakan dua sisi mata uang yang tidak dapat dipisahkan. Bila pembangunan ingin sukses maka pelaksanaan gerakan keluarga berencana harus dapat digalakkan.

Dalam pidato kenegaraan Presiden Soeharto tanggal 17 Agustus 1972 menyebutkan *kita dihadapkan pada keadaan terpaksa atau darurat bukan hanya pribadi tetapi seluruh masyarakat kita, karena apabila pelaksanaan keluarga berencana mengalami kegagalan, apabila tingkat kelahiran yang ada sekarang tidak dapat kita tekan sampai batas minimum, maka semua hasil usaha kita dalam pembangunan tidak akan ada artinya, bahkan dapat membahayakan generasi kita yang akan datang.*

Pidato inilah kemudian menjadi cikal bakal dicanangkannya masalah keluarga berencana di dalam GBHN. Kita merasa bersyukur telah dicanangkan keluarga berencana berkaitan dengan sila Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Di samping itu dalam pembukaan Undang Undang Dasar 1945 ditegaskan tujuan pembangunan bangsa yaitu meningkatkan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut serta dalam ketertiban dunia.

Berlandaskan keduanya, maka tujuan pembangunan bangsa adalah membangun manusia Indonesia seutuhnya, yaitu manusia yang taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, dapat hidup selaras dan seimbang dengan sesama manusia dan dapat menghargai lingkungan sebagai tempat seluruh kehidupan. Mata rantai demikian menguntungkan keberhasilan pelaksanaan gerakan keluarga berencana di Indonesia, yang mendapat dukungan dari semua pihak dan sangat mengagumkan dunia.

Kemampuan bangsa untuk melaksanakan gerakan keluarga berencana mencerminkan upaya untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan kualitas sumber



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Fungsi umum panggul wanita

Fungsi umum panggul wanita adalah sebagai berikut:

1. Bagian keras panggul wanita terdiri dari dan berfungsi:
  - a. Panggul besar (pelvis mayor).
    - Menyangga isi abdomen (perut)
  - b. Panggul kecil (pelvis minor).
    - Membentuk jalan lahir
    - Tempat alat genitalia
2. Bagian lunak panggul wanita berfungsi
  - a. Membentuk lapisan dalam jalan lahir.
  - b. Meyangga alat genitalia agar tetap dalam posisi yang normal saat hamil maupun saat kala nifas.
  - c. Saat persalinan, berperan dalam proses kelahiran dan kala uri.

Pembahasan tentang panggul wanita dalam kebidanan dimaksudkan adalah panggul kecil yang menentukan jalannya persalinan. Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas, di bawah ini akan dibahas secara singkat tentang tulang panggul.

### 1. Tulang pangkal paha (os coxae)

Terdiri dari tiga buah tulang yang berhubungan satu dengan lainnya pada asetabulum, yaitu mangkok tempat dari kepala tulang paha (kaput femoris). Ketiga tulang tersebut adalah tulang usus (os ilium), tulang duduk, (os ischium), dan tulang kemaluan (os pubis).

#### a. Tulang usus (os ilium)

- Merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan belakang panggul.
- Batas atasnya merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaca.
- Ujung depan dan belakang krista iliaca menonjol: spina iliaca anterior superior dan spina iliaca posterior superior.
- Terdapat tonjolan memanjang di bagian dalam tulang usus (os ilium) yang membagi pelvis mayor dan pelvis minor disebut linea innominata (linea terminalis).
- Linea terminalis merupakan bagian dari pintu atas panggul.

#### b. Tulang duduk (os ischium)

- Terdapat disebelah bawah tulang usus.
- Pinggir belakangnya menonjol: spina ischiadica.
- Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal, yang mendukung badan saat duduk disebut tuber ischiadicum.

#### c. Tulang kemaluan (os pubis)

- Terdapat di sebelah bawah dan depan tulang usus.
- Dengan tulang duduk dibatasi foramen obturatum.
- Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus: ramus superior ossis pubis.

### 2. Tulang kelangkang (os sacrum)

Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya. Tulang kelangkang terletak di antara kedua tulang pangkal paha yang terdiri dari dan mempunyai ciri:



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

**b. Bidang luas panggul.**

Bidang terluas dalam panggul wanita membentang antara pertengahan simfisis menuju pertemuan tulang belakang (os sacrum) kedua dan ketiga. Ukuran muka belakangnya 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. Dalam proses persalinan bidang ini tidak menimbulkan kesukaran.

**c. Bidang sempit panggul.**

Bidang sempit panggul mempunyai ukuran terkecil jalan lahir, membentang setinggi tepi bawah simfisis menuju kedua spina ischiadica dan memotong tulang kelangkang (os sacrum) setinggi 1 sampai 2 cm di atas ujungnya.

Ukuran muka belakangnya 11,5 cm dan ukuran melintangnya sebesar 10 cm. Bidang ini merupakan titik putar dari pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul. Pada kesempitan pintu bawah panggul, bidang ini mengalami penyempitan.

**d. Pintu bawah panggul.**

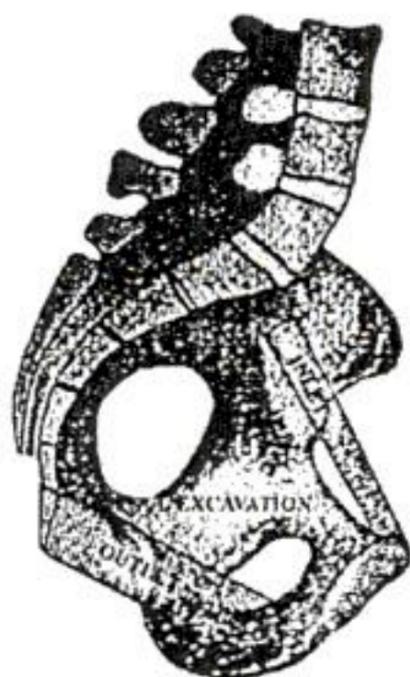
Pintu bawah panggul bukanlah merupakan satu bidang tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama.

segitiga depan: dasarnya tuber ossis ischiadica dengan dibatasi arkus pubis.

segitiga belakang: dasarnya tuber ossis ischiadica dengan dibatasi oleh ligamentum sacrotuberosum kanan dan kiri.

Ukuran-ukuran pintu bawah panggul adalah:

- Ukuran muka belakang  
Tepi bawah simfisis menuju ujung tulang kelangkang (os sacrum) 11,5 cm.
- Ukuran melintang  
Jarak antara kedua tuber ossis ischiadica kanan kiri sebesar 10,5 cm.
- Diameter sagitalis posterior  
Ujung tulang kelangkang ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).



**Gbr. 2-5 Bidang-bidang panggul.**



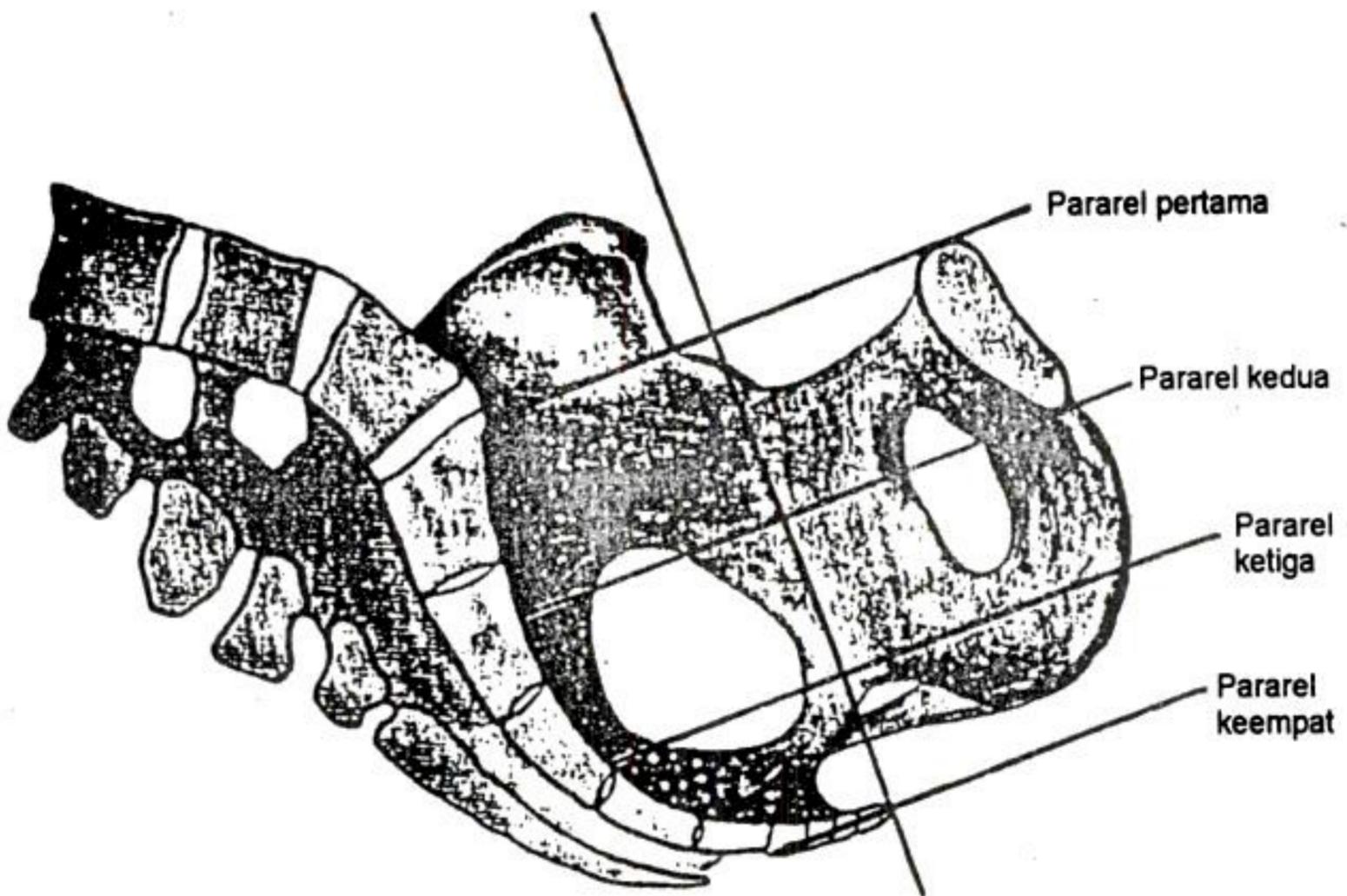
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



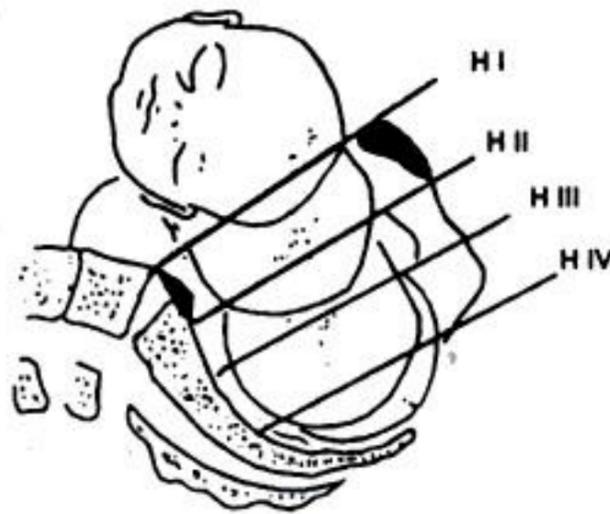
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 2-11 Sistem bidang Hodge.



Gbr. 2-12 Turunnya kepala menurut bidang Hodge.

kepala atau bagian terendah masih tinggi, di atas bidang H II, persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan.

Persalinan pervaginam yang aman, dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas H III.

### Ukuran panggul

Ukuran panggul penting diketahui terutama pada kehamilan pertama, sehingga ramalan terhadap jalannya persalinan dapat ditentukan. Ukuran panggul luar tidak banyak artinya, untuk kepentingan ramalan persalinan, dan ditetapkan melalui pemeriksaan:



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Alat reproduksi wanita terbagi menjadi dua bagian:

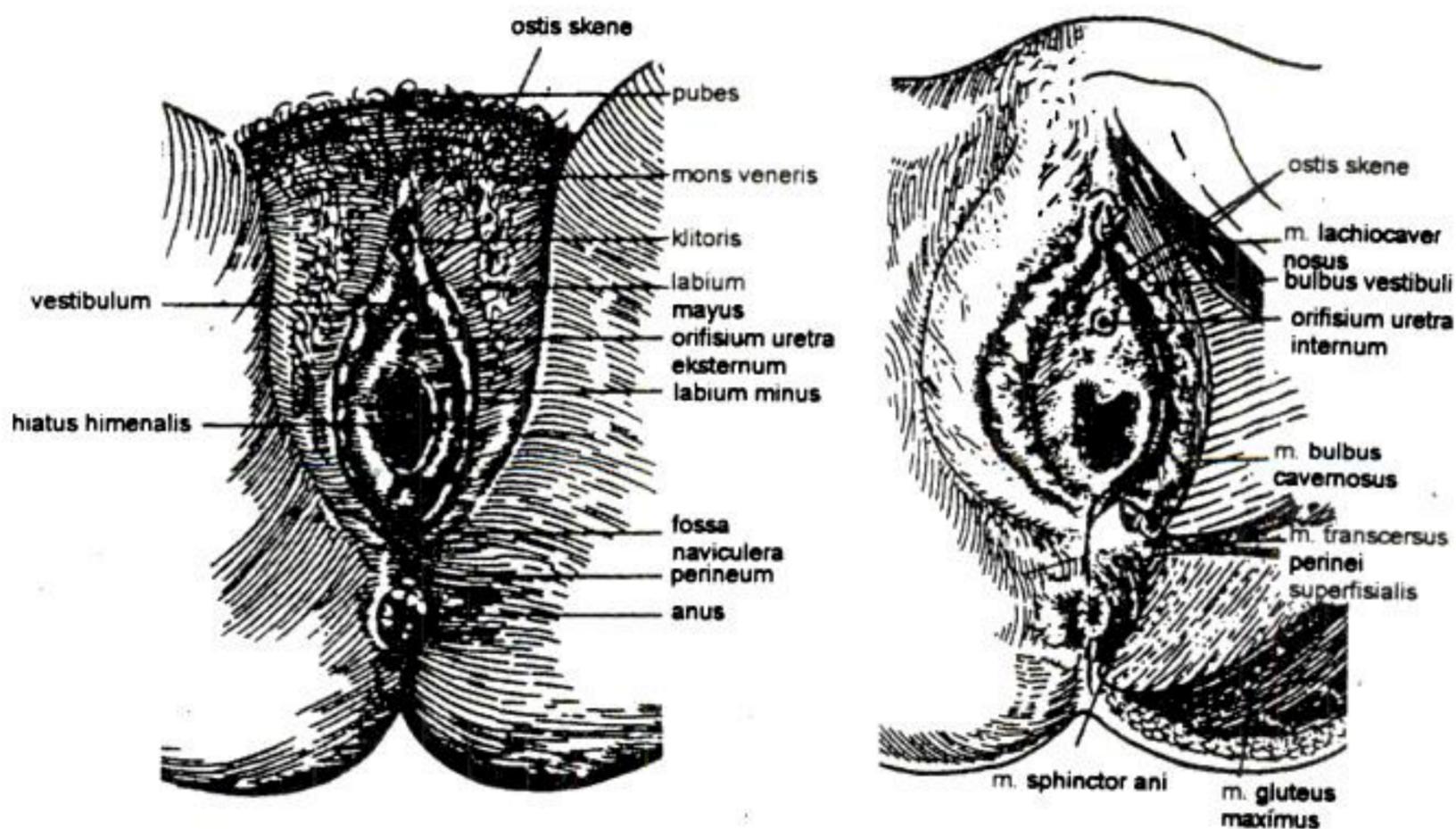
- I. Alat genitalia (reproduksi) bagian luar.
  1. Mons veneris
  2. Bibir (labia) besar (mayora)
  3. Bibir (labia) kecil (minora)
  4. Klitoris
  5. Vestibulum
  6. Himen (selaput dara)
  7. Kelenjar: Bartholini, Skene
- II. Alat genitalia (reproduksi) bagian dalam.
  1. Liang senggama (vagina)
  2. Rahim (uterus)
  3. Kedua tuba fallopii
  4. Kedua indung telur
  5. Parametrium-jaringan ikat penyangga

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas dijabarkan secara singkat sebagai berikut:

I. Alat genitalia bagian luar.

1. Mons veneris

Disebut juga gunung venus, merupakan bagian yang menonjol di bagian depan simfisis, terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat. Setelah dewasa tertutup oleh rambut yang bentuknya segitiga.



Gbr. 2-16 Alat kandungan luar.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

### Lapisan otot

Susunan otot rahim terdiri dari tiga lapisan, yaitu:

- Lapisan luar  
Seperti "kap" melengkung dari fundus uteri menuju ligamentum.
- Lapisan dalam  
Berasal dari osteum tuba uteri sampai osteum uteri internum.
- Lapisan tengah  
Terletak di antara kedua lapisan tersebut, membentuk lapisan tebal anyaman serabut otot rahim. Lapisan tengah ditembus oleh pembuluh darah arteri dan vena. Lengkungan serabut otot ini membentuk angka 8 sehingga saat terjadi kontraksi pembuluh darah terjepit rapat, dengan demikian perdarahan dapat terhenti.

Makin ke arah serviks otot rahim makin berkurang, dan jaringan ikatnya bertambah. Bagian rahim yang terletak antara osteum uteri internum anatomikum, yang merupakan batas dari kavum uteri dan kanalis servikalis dengan osteum uteri histologikum (di mana terjadi perubahan selaput lendir kavum uteri menjadi selaput lendir serviks) disebut isthmus. Isthmus uteri ini akan menjadi segmen bawah rahim dan meregang saat persalinan.

### Selaput lendir kavum uteri (*endometrium*).

Pada endometrium terdapat lubang kecil, yang merupakan muara dari kelenjar endometrium. Variasi tebal, tipisnya, dan fase pengeluaran lendir endometrium ditentukan oleh perubahan hormonal dalam siklus menstruasi. Pada saat konsepsi endometrium mengalami perubahan menjadi desidua, sehingga memungkinkan terjadi implantasi (nidasi).

Lapisan epitel serviks berbentuk silindris, dan bersifat mengeluarkan cairan secara terus menerus, sehingga dapat membasahi vagina. Pengaruh hormonal dalam pengeluaran cairan serviks tidak begitu kentara.

- Kedudukan uterus dalam tulang panggul ditentukan oleh tonus otot rahim sendiri, tonus ligamentum yang menyangga, tonus otot-otot dasar panggul. Ligamentum yang penyangga uterus adalah ligamentum latum, ligamentum rotundum (teres uteri), ligamentum infundibulopelvikum (suspensorium ovarii), ligamentum kardinale Machevrod, ligamentum sacro-uterinum, dan ligamentum vesiko-uterinum.

#### *Ligamentum latum*

- Merupakan lipatan peritoneum kanan dan kiri uterus meluas sampai ke dinding panggul.
- Ruang antara kedua lipatan berisi jaringan ikat longgar dan mengandung pembuluh darah, limfe, dan ureter.
- Ligamentum latum seolah-olah tergantung pada tuba fallopii.

#### *Ligamentum rotundum (teres uteri)*

- Mulai sedikit kaudal dari insersi tuba menuju kanalis inguinalis dan mencapai labium mayus.
- Terdiri dari otot polos dan jaringan ikat.
- Fungsinya menahan uterus dalam posisi antefleksi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

b. Medula ovarii

- Terdapat pembuluh darah dan limfe.
- Terdapat serat saraf.

5. Parametrium

Jaringan ikat yang terdapat di antara kedua lembar ligamentum latum disebut parametrium. Parametrium dibatasi oleh:

- Bagian atas terdapat tuba fallopii dengan mesosalping.
- Bagian depan mengandung ligamentum teres uteri.
- Bagian kaudal berhubungan dengan mesometrium.
- Bagian belakang terdapat ligamentum ovarii proprium.

Ke samping berjalan ligamentum suspensorium ovarii. Pada parametrium terdapat uret kanan dan kiri dan pembuluh darah arteria uterina.

### **Pertumbuhan alat genitalia wanita**

Pertumbuhan alat genitalia wanita berasal dari duktus Muller (tuba fallopii, uterus, vagina bagian atas) dan kloaka (vagina bagian bawah dan himem, kandung kemih, anus). Kegagalan pertumbuhan dari duktus Muller dan pertemuannya dengan kloaka dapat menimbulkan berbagai bentuk kelainan kongenital pada vagina.

### **Fisiologi Alat Reproduksi Wanita**

Fisiologi alat reproduksi wanita merupakan sistem yang kompleks. Pada saat pubertas umur sekitar 13 sampai 16 tahun, dimulai pertumbuhan folikel primordial ovarium yang mengeluarkan hormonal estrogen—hormon terpenting pada wanita. Pengeluaran hormon menumbuhkan tanda seks sekunder seperti pembesaran payudara, pertumbuhan rambut pubis, pertumbuhan rambut ketiak, dan akhirnya terjadi pengeluaran darah menstruasi pertama yang disebut menarche.

Selanjutnya menarche diikuti menstruasi yang sering tidak teratur karena folikel Graaf belum melepaskan ovum yang disebut ovulasi. Bentuk menstruasi tidak teratur dan tanpa diikuti oleh ovulasi, memberikan kesempatan pada hormon estrogen untuk menumbuhkan tanda-tanda seks sekunder. Pada usia 17 sampai 18 tahun menstruasi sudah teratur dengan interval 28 sampai 30 hari yang berlangsung lebih kurang 2 sampai 3 hari disertai dengan ovulasi, sebagai pertanda kematangan alat reproduksi wanita. Sejak saat itu wanita memasuki masa reproduksi aktif sampai mencapai mati haid pada umur sekitar 50 tahun.

Kejadian menarche dan menstruasi dipengaruhi beberapa faktor yang mempunyai sistem tersendiri, yaitu:

1. Sistem susunan saraf pusat dengan panca inderanya.
2. Sistem hormonal: Aksis hipotalamo-hipofisis-ovarial.
3. Perubahan yang terjadi pada ovarium.
4. Perubahan yang terjadi pada uterus sebagai organ akhir.
5. Rangsangan estrogen dan progesteron pada pancaindra, langsung pada hipotalamus, dan melalui perubahan emosi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## 2. Aksis hipotalamus-hipofise-ovarial.

Hambatan rangsangan panca indra menuju hipotalamus melalui nukleus Amygdale dan rangsangan emosi secara langsung pada hipotalamus makin lama makin berkurang, sehingga akhirnya mengeluarkan sekret neurohormonal melalui sistem portal untuk mempengaruhi hipofisis guna mengeluarkan: hipofisis gonadotrophin dalam bentuk FSH (*Follicle stimulating hormone*) dan LH (*Lutheinizng hormone*) untuk selanjutnya mempengaruhi ovarium.

Untuk dapat saling mempengaruhi maka sistem hipotalamus, hipofisis, dan ovarium merupakan satu kesatuan. Percobaan menunjukkan bahwa pengambilan hipofisis pada binatang tidak dapat menimbulkan rangsangan langsung pada ovarium. Hipofisis dianggap sebagai *mother of gland* yang mampu memberikan rangsangan pada kelenjar dalam tubuh seperti kelenjar tiroid, suprarenal, paratiroid, dan pankreas. Semua kelenjar tersebut bersama-sama dapat menumbuhkan perkembangan tubuh wanita menjadi dewasa.

## 3. Perubahan-perubahan yang terjadi pada ovarium.

Diperkirakan setiap wanita mempunyai sekitar 100 ribu folikel primordial yang dapat berkembang setelah rangsangan dari hipofisis dalam bentuk hormon FSH, LH, dan prolaktin. Jumlah folikel primordial menurut umur adalah sebagai berikut:

Baru lahir: 750.000

Umur 6-15 tahun: 440.000

Umur 16-25 tahun: 160.000

Umur 26-35 tahun: 60.000

Umur 35-45 tahun: 35.000

Masa menopause semuanya hilang.

Dalam siklus reproduksi aktif sebanyak 400 buah folikel yang akan mengalami perubahan dan sebagian besar mengalami obliterasi menjadi korpus albikantes. Rangsangan gonadotrophin hipofisis FSH menyebabkan sel granulosa yang berada di sekitar folikel primordial berkembang.

Pertumbuhan sel granulosa demikian rupa sehingga bagian dalamnya membentuk rongga yang berisi cairan *liquor folliculi* yang mengandung hormon estrogen. Ovum terdesak ke tepi dan disangga ke dinding folikel oleh cumulus oophorus. Ovum dipisahkan dengan sel granulosa oleh zona pelusida.

Pertumbuhan dan perkembangan folikel primordial yang semakin besar membentuk folikel de Graaf yang dindingnya menuju dinding ovarium. Pada puncak pertumbuhan folikel de Graaf, permukaannya mengalami nekrobiosis dan devaskularisasi, sehingga tipis dan bebas dari jaringan ikat dan pembuluh darah. Pengaruh tekanan liquor folliculi dan LH yang makin meningkat dan berfluktuasi, terjadilah "ovulasi" yaitu pelepasan ovum ke dalam tuba fallopii.

Proses penangkapan ovum disebut *ovum pick up mechanism*. Ovum melanjutkan perjalanan menuju uterus karena semprotan cairan follikuli, peristaltik tuba, dan aliran gerakan cairan tuba karena gerakan silianya. Setelah terjadi proses ovulasi folikel de Graaf menjadi korpus rubrum dan selanjutnya korpus luteum.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

# Bab 3

## Fisiologi Kehamilan

### Proses Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari:

- Ovulasi pelepasan ovum.
- Terjadi migrasi spermatozoa dan ovum.
- Terjadi konsepsi + pertumbuhan zigot.
- Terjadi nidasi (implantasi) pada uterus.
- Pembentukan plasenta.
- Tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

#### 1. Ovulasi.

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks.

Jumlah oogonium pada wanita:

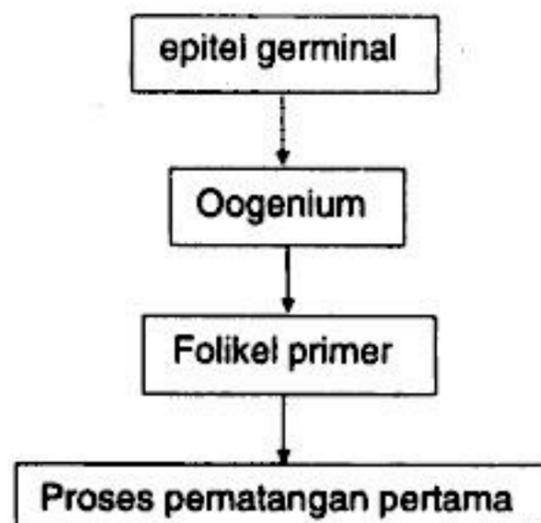
Bayi baru lahir	:	750.000
Umur 6-15 tahun	:	439.000
Umur 16-25 tahun	:	159.000
Umur 26-35 tahun	:	59.000
Umur 35-45 tahun	:	34.000

Menopause: menghilang

Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi.

#### a. Proses pertumbuhan ovum (oogenesis).

Asalnya:





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Bentuk spermatozoa seperti cebong yang terdiri atas.

- Kepala: lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti.
- Leher: penghubung antara kepala dan ekor.
- Ekor: panjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energi sehingga dapat bergerak.

Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba fallopii. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.

### 3. Konsepsi.

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung sebagai berikut:

- a. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b. Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah sitoplasma yang disebut vitellus.
- c. Dalam perjalanan korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitellus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba:
  - Tempat yang paling luas.
  - Dindingnya penuh jonjot, tertutup sel yang mempunyai silia.
  - Ovum mempunyai waktu terlama dalam ampula tuba.
- e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.
  - Spermatozoa ditumpahkan, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri.
  - Dalam kavum uteri terjadi **proses kapasitasi**, yaitu pelepasan sebagian dari "liproteinnya" sehingga mampu mengadakan fertilisasi.
  - Spermatozoa melanjutkan perjalanan menuju tuba.
  - Spermatozoa hidup selama tiga hari dalam genitalia interna.
  - Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatis: hialuronidase.
  - Melalui "stomata" spermatozoa memasuki ovum.
  - Setelah kepala spermatozoa masuk ke dalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal di luar.
  - Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot.

Keseluruhan proses tersebut merupakan mata rantai fertilisasi atau konsepsi.

### 4. Proses nidasi atau implantasi.

Dengan masuknya inti spermatozoa ke dalam sitoplasma "vitellus" membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan "metafase". Proses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk anafase dan "telofase" sehingga pronukleus-nya menjadi "haploid". Pronukleus spermatozoa dalam keadaan haploid saling mendekati dengan inti ovum yang kini haploid dan bertemu dalam pasangan pembawa tanda dari pihak pria maupun wanita.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



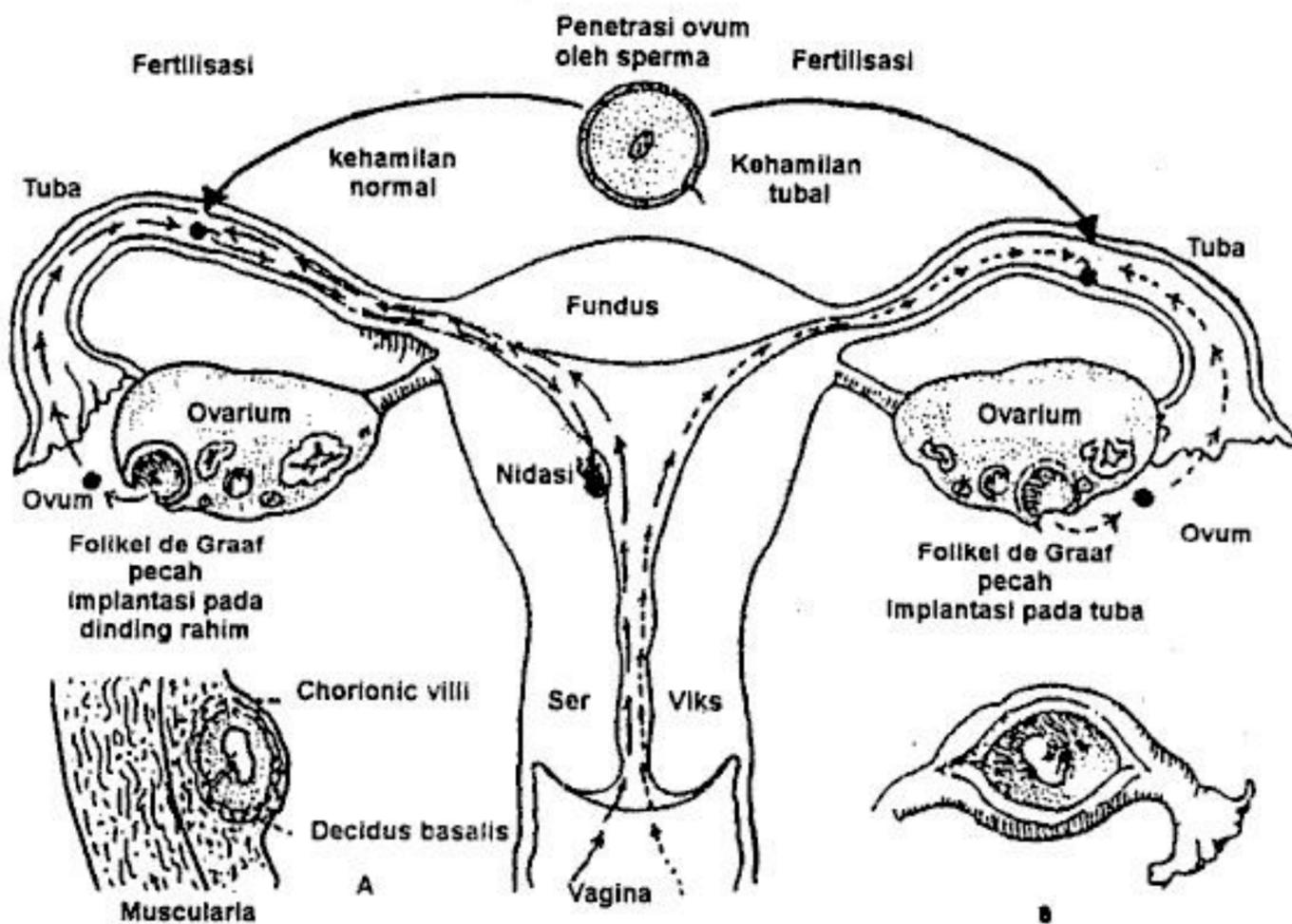
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15 sampai 20 kotiledon maternal. Sedangkan dari sudut fetus, maka plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus. Setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengambang di tengah aliran darah untuk menunaikan fungsinya memberikan nutrisi, pertumbuhan, dan perkembangan janin dalam rahim ibu.

Darah ibu dan darah janin tidak berhubungan langsung dan dipisahkan oleh lapisan trofoblas, dinding pembuluh darah janin. Fungsinya dilakukan berdasarkan sistem osmosis dan enzimatik serta pinositosis. Situasi plasenta demikian disebutkan **sistem plasenta-hemokorial**.

Sebagian dari vili korealis tetap berhubungan langsung dengan pars basalis desidua, tetapi tidak sampai menembusnya. Hubungan vili korealis dengan lapisan desidua tersebut dibatasi oleh jaringan fibrotik yang disebut **lapisan Nitabusch**. Melalui lapisan Nitabusch plasenta dilepaskan pada saat persalinan kala ketiga (kala uri).

Dengan terjadinya nidasi maka desidua terbagi menjadi desidua basalis yang berhadapan dengan koreon frondusum yang berkembang menjadi plasenta; desidua kapsularis yang menutupi hasil konsepsi; desidua yang berlawanan dengan desidua kapsularis disebut desidua parietalis; kelanjutan antara desidua kapsularis dan desidua parietalis disebut **desidua reflexa**. Vili korealis yang tumbuhnya tidak subur disebut **koreon leaf**.



Gbr. 3-7 Fertilisasi dan nidasi pada rahim (A) dan pada tuba (B).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Sebagai gambaran dapat dikemukakan sebagai berikut:

- Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion, di mana desidua kapsularis dan desidua parietalis telah menjadi satu. Tingginya rahim setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- Pada hamil 20 minggu, fundus rahim terletak dua jari di bawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat di tepi atas pusat.
- Pada hamil 28 minggu tingginya fundus uteri sekitar 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus.
- Pada kehamilan 32 minggu tingginya fundus uteri setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- Pada kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri sekitar satu jari di bawah prosesus xifoideus, dalam hal kepala bayi belum masuk pintu atas panggul.
- Pada kehamilan berumur 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari di bawah prosesus xifoideus, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

Berkaitan dengan panjangnya fundus uteri dapat dikemukakan bahwa pada umur hamil 28 minggu panjangnya 25 cm, umur hamil 32 minggu panjangnya 27 cm, dan umur hamil 36 minggu panjangnya 30 cm. Regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri makin tertarik ke atas dan menipis yang disebut **segmen bawah rahim (SBR)**.

Pertumbuhan rahim ternyata tidak sama ke semua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi plasenta, sehingga rahim bentuknya tidak sama. Bentuk rahim yang tidak sama disebut **tanda Piskacek**.

Perimbangan hormonal yang mempengaruhi rahim yaitu estrogen dan progesteron sering terjadi perubahan konsentrasi, sehingga progesteron mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut **Braxton Hicks**. Terjadinya kontraksi Braxton Hicks, tidak dirasakan sakit dan terjadi bersamaan di seluruh rahim. Kontraksi Braxton Hicks akan berkelanjutan menjadi kontraksi untuk persalinan.

Bersamaan dengan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, diikuti oleh makin besarnya aliran darah menuju rahim dari arteri uterina dan arteri ovarika. Otot rahim mempunyai susunan istimewa yaitu longitudinal, sirkuler, dan oblika sehingga keseluruhannya membuat anyaman yang dapat menutup pembuluh darah dengan sempurna. Meningkatnya pembuluh darah menuju rahim mempengaruhi serviks yang akan mengalami perlunakan. Serviks hanya memiliki sekitar 10% jaringan otot.

Pada saat persalinan terjadi pembukaan serviks secara pasif, karena kuatnya kontraksi otot rahim. Segera setelah persalinan, serviks yang sedikit mempunyai otot, akan melipat dan terjadi pengecilan dengan pasif. Serviks yang kurang mempunyai otot, tetap terbuka, tanpa mekanisme sfingter, sehingga memberikan kesempatan untuk mengeluarkan lochia. Pada pemeriksaan postpartum, serviks multipara mempunyai dua bibir, bibir atas dan bibir bawah.

## 2. Vagina (liang senggama).

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan (**tanda Chadwicks**)



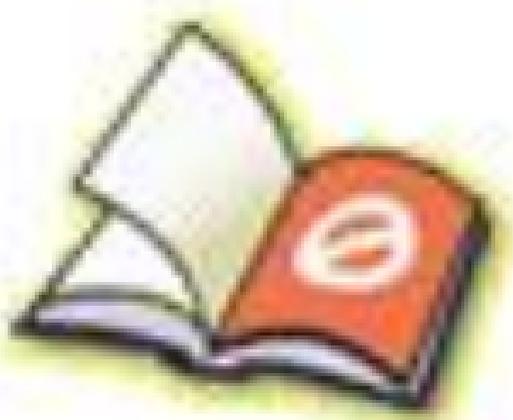
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- b. Diameter suboksipito-frontalis.
    - Antara foramen magnum ke pangkal hidung.
    - Jaraknya 11 cm.
    - Ukuran yang melalui jalan lahir sirkumferensia suboksipito frontalis dengan kedudukan fleksi sedang, belakang kepala.
  - c. Diameter fronto-oksipitalis.
    - Antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh pada belakang kepala.
    - Jaraknya 12 cm.
    - Lingkaran oksipito-frontalis dengan ukuran 34 cm melalui jalan lahir pada letak puncak kepala.
  - d. Diameter mento-oksipitalis.
    - Antara dagu ke titik terjauh belakang kepala.
    - Jaraknya 13,5 cm.
    - Lingkaran mento-oksipitalis sebesar 35 cm.
    - Melalui jalan lahir pada letak dahi.
  - e. Diameter submento-bregmatika.
    - Antara os hioid ke ubun-ubun besar.
    - Jaraknya 9,5 cm.
    - Lingkaran submento-bregmatika, panjang 32 cm, melalui jalan lahir pada letak muka.
2. Ukuran melintang.
    - a. Diameter biparietalis.
      - Antara kedua tulang parietalis.
      - Ukuran 9 cm.
    - b. Diameter bitemporalis.
      - Antara kedua tulang temporalis.
      - Ukuran 8 cm.

### ***Persendian tulang leher***

Dalam persalinan letak kepala, persendian tulang leher berperan penting karena

1. Bentuk kepala oval (telur) sehingga setelah bagian besar lahir maka bagian kepala lainnya mudah melalui jalan lahir.
2. Persendian leher dalam bentuk persendian kogel—sehingga dapat diputar ke segala arah yang memberikan kemungkinan untuk melakukan putar paksi dalam; dan letak persendian leher agak ke belakang di tulang oksipitalis—sehingga memberikan kemungkinan fleksi kepala ke arah dada.

Dengan demikian kepala bayi dalam proses persalinan dapat menyesuaikan diri pada jalan lahir yang berbentuk corong melengkung ke depan yang disebut putar paksi dalam.

## **Diagnosis Kehamilan**

Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut:



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Diagnosis banding kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosis banding diantaranya:

1. Hamil palsu (pseudocyesis) atau kehamilan spuria.
  - Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
2. Tumor kandungan atau mioma uteri.
  - Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil.
  - Bentuk pembesaran tidak merata.
  - Perdarahan banyak saat menstruasi.
3. Kista ovarium.
  - Pembesaran perut, tetapi tidak disertai tanda hamil.
  - Datang bulan terus berlangsung.
  - Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.
  - Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif.
4. Hematometra.
  - Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil.
  - Perut terasa sakit setiap bulan.
  - Terjadi tumpukan darah dalam rahim.
  - Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.
  - Sebab himen in perforata.
5. Kandung kemih yang penuh.
  - Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang.

Sebagai kelengkapan dapat dilihat diagnosis banding antara primipara dan multipara pada Tabel 3-5.

**Tabel 3-5** Perbandingan antara Primipara dan Multipara

	Primipara	Multipara
Perut	Tegang	Longgar, terdapat striae
Pusat	Menonjol	Dapat datar
Rahim	Tegang	Agak lunak
Payudara	Tegang, tegak	Menggantung, agak lunak
Labia mayora	Bersatu	Terdapat striae
Himen	Koyak beberapa tempat	Agak terbuka
Vagina	Sempit dengan rugae utuh	Karunkula himenalis
Serviks	Licin, lunak, tertutup	Lebar, rugae kurang
Pembukaan serviks	Mendatar dulu diikuti pembukaan	Sedikit terbuka, teraba bekas robekan persalinan
Perineum	Masih utuh	Membuka bersamaan dengan mendatar
		Bekas luka episiotomi



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- d. Kehamilan disertai komplikasi
  - e. Kehamilan dengan nilai nutrisi kurang
  - f. Diagnosis diferensial
    - amenorea sekunder
    - pseodocyesis
    - tumor ginekologis
- 6). Penatalaksanaan lebih lanjut.
- a. Pengobatan penyakit yang menyertai hamil
  - b. Pengobatan penyulit kehamilan
  - c. Menjadwalkan pemberian vaksinasi
  - d. Memberikan preparaat penunjang kesehatan
    - vitamin: Obimin AF, Prenavit, Vicanatal, Barralat, Biosanbe dan sebagainya
    - tambahan preparaat Fe
  - e. Menjadwalkan pemeriksaan ulang
- 7). Pemeriksaan hamil.

Pemeriksaan pertama kehamilan diharapkan dapat menetapkan data dasar yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan kesehatan ibu sampai persalinan.

Dalam menggali berbagai aspek kehamilannya dilakukan:

- anamnesa
- pemeriksaan fisik umum
- pemeriksaan khusus obstetri
- pemeriksaan laboratorium
- pemeriksaan laboratorium khusus yaitu pemeriksaan reaksi serologis, pemeriksaan faktor rhesus, hepatitis, dan AIDS.

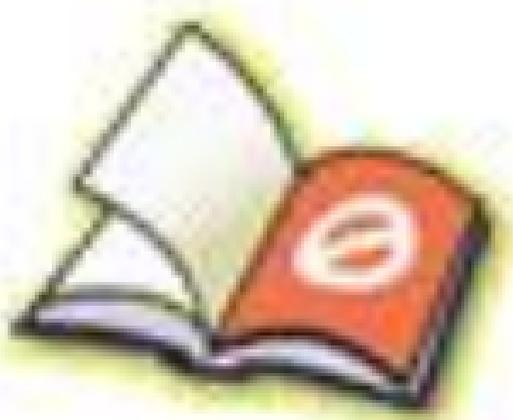
Pada kehamilan muda dilakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan besarnya rahim dan pemeriksaan spekulum untuk menilai keadaan serviks, vagina dan sekitarnya, dan pemeriksaan sitologi. Setelah pemeriksaan dilakukan dapat ditetapkan kehamilan yang dihadapi, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu. Kepada suami-istri dapat dinasehati untuk hidup sehat dan harmonis, tentang makanan yang diperlukan bagi kehamilan, dan jadwal untuk melakukan pemeriksaan ulang.

Pada pemeriksaan ulang perlu diperhatikan agar puting susu sejak dini mendapat pemeliharaan yang baik. Puting susu yang belum menonjol ditarik keluar setiap saat dan dimasase dengan minyak. Puting susu yang masuk, perlu dilakukan tindakan operasi. Tindakan ringan adalah menarik puting susu dengan mempergunakan pompa susu.

### ***Konsep pemeriksaan obstetri***

Keluhan yang menyebabkan kedatangan pasien ke pusat kesehatan:

1. Berkaitan dengan kehamilan,, yaitu komplikasi hamil muda, perdarahan, gestosis, pecahnya ketuban, inpartu.
2. Penyakit yang menyertai kehamilan.



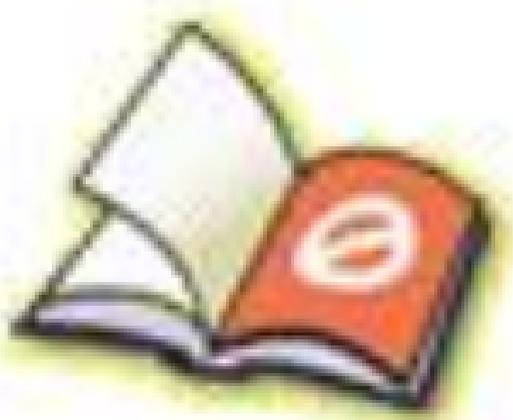
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



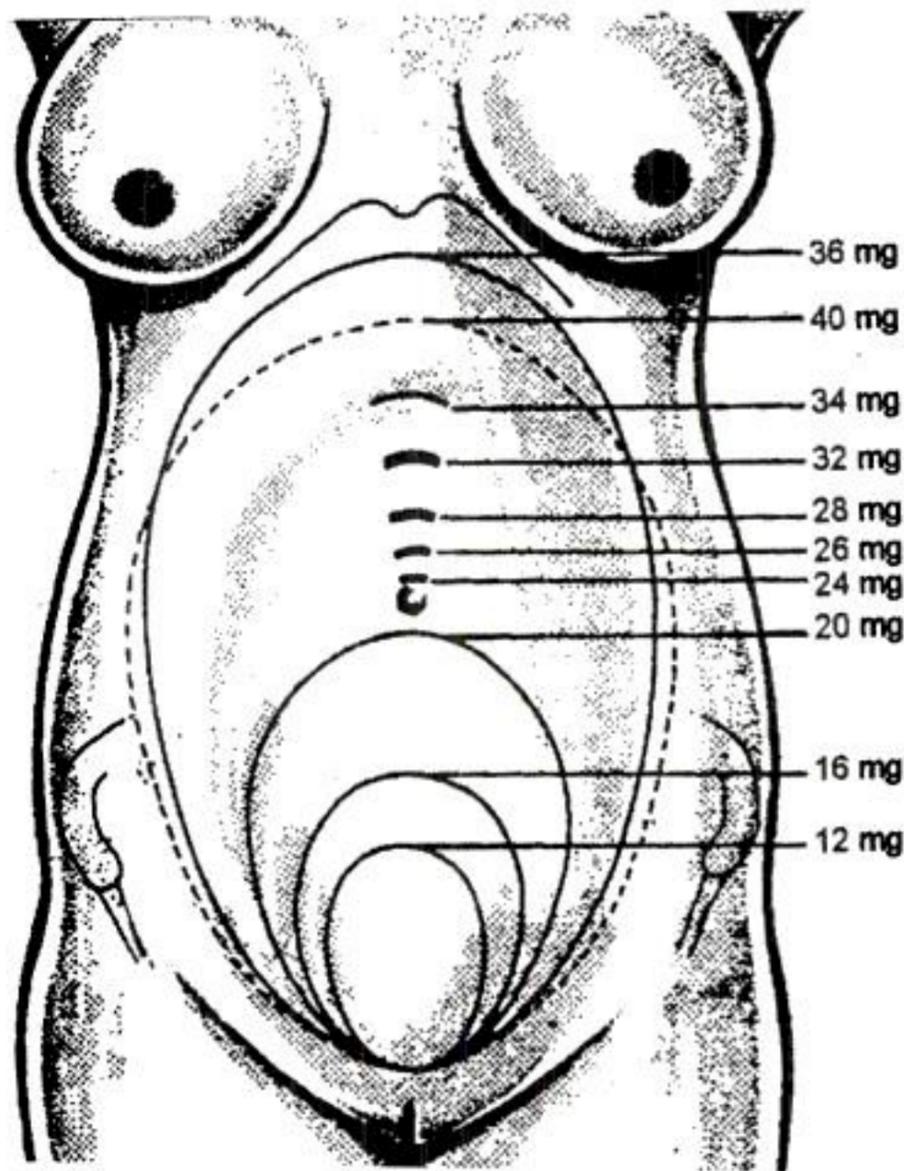
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 3-18 Tinggi fundus uteri dan umur kehamilan.

c. Wanita pekerja di luar rumah.

Partisipasi wanita dalam pembangunan makin besar, sehingga banyak wanita karier. Kehamilan bukanlah merupakan halangan untuk berkarya asalkan dikerjakan dengan pengertian sedang hamil. Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama tiga bulan, yang dapat diambil sebulan menjelang kelahiran dan dua bulan setelah persalinan. Selama hamil perhatikan hal-hal yang dapat membahayakan kelangsungan hamil, dan segera memeriksakan diri.

d. Hubungan seksual.

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila:

- Terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas
- Terjadi perdarahan saat hubungan seksual
- Terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak
- Hentikan hubungan seksual pada mereka yang sering mengalami gugur kandung, persalinan sebelum waktunya, mengalami kematian dalam kandungan, sekitar dua minggu menjelang persalinan.

e. Olah raga saat hamil.

Pelaksanaan olah raga saat hamil, merupakan masalah kontroversi dengan pengertian perlu pertimbangan. Olah raga mutlak dikurangi bila dijumpai:

- Sering mengalami keguguran
- Persalinan belum cukup bulan
- Pada mereka yang mempunyai sejarah persalinan sulit



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Pernapasan juga ikut dilatih seperti melakukan senam pernapasan.
- Setelah beberapa kali melakukan relaksasi, posisi dapat dibalik ke arah yang berlawanan.

Tujuan senam relaksasi ini adalah untuk melancarkan peredaran darah di seluruh tubuh dan yang menuju rahim, menghilangkan ketegangan mental sebagai persiapan persalinan, dan melatih agar otot rahim dapat bekerja dengan bebas.

Bentuk senam relaksasi yang lainnya adalah

- Tidur terlentang dengan.
    - Satu bantal di kepala
    - Satu bantal di bokong
    - Dua bantal di lutut
    - Lengan dan tangan di samping badan
    - Lakukan gerakan silih berganti ekstremitas kiri dan kanan, relaksasi dan ditegangkan, sehingga peredaran darah berlangsung dengan lancar.
  - Duduk di kursi dengan bantal di kepala. Kedua lengan dan tangan di sandaran kursi, posisi badan tegak dan kaki tergantung.
  - Lakukan kombinasi relaksasi dan kontraksi otot silih berganti.
- Jongkok dan bangun di tepi tempat tidur.  
 Jongkok adalah posisi bersalin yang dilakukan secara tradisional. Situasi jongkok menyebabkan pelebaran jalan lahir tulang maupun lunak. Posisi jongkok tetap dilakukan hanya saja di tidur dengan jalan merangkul kedua kaki, dengan tangan ke arah badan, melengkungkan badan sehingga resultasi semua kekuatan menuju jalan lahir, sambil memanfaatkan semaksimal mungkin otot dinding perut dan diafragma.  
 Jongkok dan bangun di tepi tempat tidur yang dilakukan beberapa kali bertujuan untuk melatih otot dinding perut dan diafragma agar berfungsi optimal saat persalinan dan mempercepat proses penurunan kepala janin masuk pintu atas panggul.
  - Ngepel lantai.  
 Ngepel lantai dengan tangan tujuannya, bukanlah hasilnya tetapi langkah ini penting artinya untuk melatih otot dasar panggul dan diafragma. Di samping itu mengepel dengan tangan menyebabkan dinding perut dan diafragma menekan fundus uteri sehingga bagian terendah ke pintu atas panggul berarti menghilangkan perkiraan kesempitan panggul.
  - Merangkak di lantai.  
 Merangkak di lantai dengan posisi tulang belakang yang lurus dimaksudkan untuk membebaskan tekanan yang terjadi pada pembuluh darah oleh rahim sehingga peredaran darah menuju rahim berjalan lancar.
  - Melatih kontraksi dan relaksasi otot dasar panggul.  
 Melatih otot dasar panggul sangat penting artinya sehingga pada saat bersalin tidak mengalami kesulitan karena otot dasar panggul memegang peranan yang penting. Latihan otot dasar panggul ini dilakukan dengan jalan:
    - Memejankan otot liang dubur beberapa kali, yang dilanjutkan menuju otot liang senggama.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Program Pelayanan Hamil, Persalinan, Dan Postpartum — Lanjutan

	Normal	Komplikasi	Penanganan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kala pertama memanjang</li> <li>• Kala dua lama</li> <li>• Persalinan terlantar</li> <li>• Iminen/Rup.uteri</li> </ul>	Pertolongan legeartis Menghindari komplikasi Terminasi sesuai dengan indikasi
	Postpartum normal		Mobilisasi dini Observasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesadaran</li> <li>• TD, nadi, suhu</li> <li>• Patrun lokia</li> <li>• Evaluasi uterus</li> <li>• Luka episiotomi</li> </ul>
		Operasi vaginal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vakum-Ekstraksi</li> <li>• Forsep-Eks</li> <li>• Operasi pada anak mati</li> </ul>	Observasi: sama Dauer kateter selama 3-5 hari Antibiotika adekuat
		Seksio Sesarea	Observasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kesadaran</li> <li>• TD, nadi, suhu, pemapasan</li> </ul> Keseimbangan cairan <ul style="list-style-type: none"> <li>• K.P. transfusi darah</li> <li>• Antibiotika</li> <li>• Rencana: diet</li> <li>• Patrum lokia</li> <li>• Evaluasi uterus</li> <li>• Luka operasi</li> </ul>
K A L A  N I F A S	Normal 6 minggu		Evaluasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum: TD, nadi, suhu</li> <li>• Palpasi abdomen</li> <li>• Inspekulum: Perlukaan pada serviks</li> <li>• Konsultasi KB</li> <li>• Pap smear</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdarahan</li> <li>• Sub involusi uteri</li> <li>• Tanda infeksi</li> <li>• Perubahan patrun lokia</li> </ul>	Sikap Bidan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultasi ke puskesmas</li> <li>• Rujuk penderita untuk pengobatan yang adekuat</li> </ul>

### Pemeriksaan ulang

Yang dilakukan pada pemeriksaan ulang kehamilan:

#### 1. Anamnesa

- Keluhan hamil fisiologis
- Keluhan hamil patologis



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pada multipara dengan riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk tidak perlu ragu mengirimkan penderita sedini mungkin sehingga pertolongan yang adekuat dan legeartis dapat dilaksanakan.

### Apakah benar hamil

Untuk dapat menjawab pertanyaan ini perlu ditetapkan tanda hamil sebagai berikut:

#### 1. Tanda kemungkinan hamil.

##### a. Tanda subjektif hamil.

- Terlambat datang bulan
- Terdapat mual dan muntah
- Terasa sesak atau nyeri di bagian bawah
- Terasa gerakan janin dalam perut
- Sering kencing.

Mereka yang sangat ingin punya anak, dapat merasakan tanda subjektif disebut pseudosiesis (hamil palsu).

##### b. Tanda objektif hamil.

- Pembesaran dan perubahan konsistensi rahim, dengan memperhatikan tanda Piscacek dan Hegar
- Perubahan warna dan konsistensi serviks
- Kontraksi Braxton Hicks
- Terdapat balotemen
- Teraba bagian janin
- Terdapat kemungkinan pengeluaran kolostrum
- Terdapat hiperpigmentasi kulit
- Terdapat kebiruan vagina/selaput lendir vulva (tanda Chadwick)
- Tes biologis positif.

#### 2. Tanda pasti kehamilan.

- a. Teraba gerakan janin dalam rahim.
- b. Terdengar denyut jantung (hamil 12 minggu).
- c. Pemeriksaan rontgen terdapat kerangka janin.
- d. Pemeriksaan ultrasonografi.
  - Terdapat kantong hamil, hamil 4 minggu
  - Terdapat *fetal plate*, hamil 4 minggu
  - Terdapat kerangka janin, hamil 12 minggu
  - Terdapat denyut jantung janin, hamil 6 minggu.

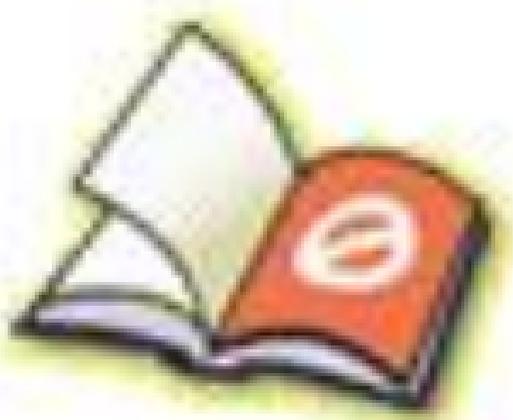
### Apakah janin hidup

Kehamilan pertama sudah tentu sangat menggembirakan, apalagi dapat dirasakan gerak janin dalam rahim. Kerisauan ibu dirasakan bila kehamilannya terhenti dengan gejala sebagai berikut:

- Hilangnya gejala subjektif kehamilan.
- Perut dirasakan mengecil atau tidak bertambah besar.
- Perut dirasakan dingin.
- Gerak janin dirasakan menghilang.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



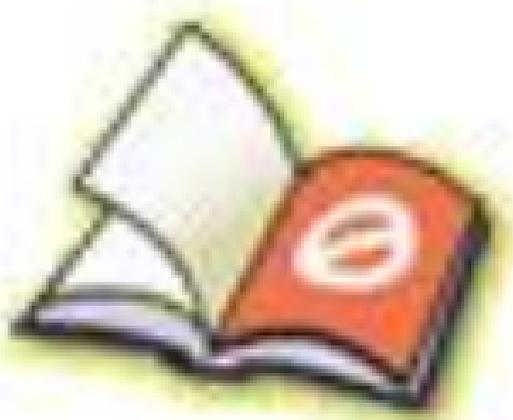
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



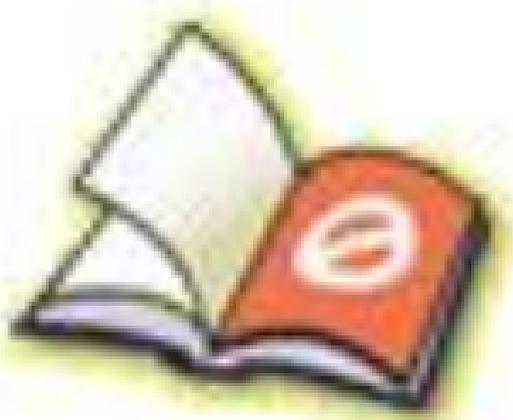
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- apakah terdapat letak kombinasi antara kepala tangan/lengan menumbung, kepala dan kaki, kepala tali pusat
- Bokong dikenal dengan bagian yang lunak dan denominasinya tulang sacrum.

3. Pemeriksaan ukuran-ukuran dalam tulang panggul.

Keadaan panggul dapat diperkirakan normal bila dijumpai:

- Persalinan berlangsung spontan. B, hidup dan aterm.
- Primigravida kepala janin masuk PAP minggu ke-36.

Ukuran panggul yang diperhatikan pada primigravida:

- Apakah promontorium teraba dan berapa panjang konyugata diagonalis.
- Apakah linea innominata teraba dan seberapa bagian.
- Apakah os sacrum kontaf.
- Bagaimana keadaan dinding samping panggul.
- Apakah spina ishiadica menonjol atau tidak.
- Bagaimana keadaan arkus pubis dan os pubis.
- Bagaimana keadaan dasar panggul.

Pada primigravida ketiga faktor persalinan 3 P belum teruji. Dengan demikian pertolongan persalinan pada primigravida memerlukan observasi yang lebih tepat dan ketat.

4. Keadaan abnormal atau patologis.

Pada pemeriksaan dalam dicari keadaan abnormal yang menyebabkan persalinan menyimpang. Keadaan abnormal tersebut meliputi:

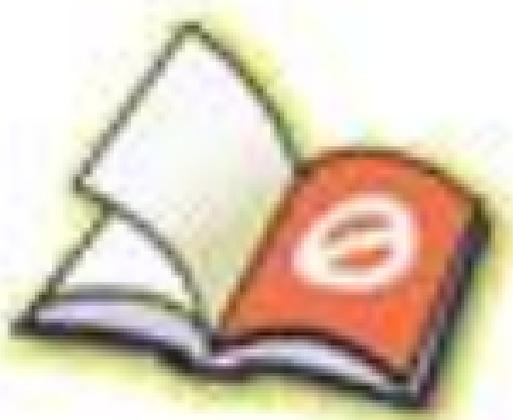
- Terdapat tumor atau terjadi penyempitan vagina.
- Kekakuan serviks sehingga mengganggu pembukaan.
- Arah dan panjang serviks.
- Tumor yang menghalangi penurunan bagian terendah.
- Tumor atau keadaan abnormal tulang panggul, yang menyebabkan deformitas jalan lahir.

Setelah melakukan pemeriksaan lengkap pada parturien, dapat ditetapkan sikap sebagai berikut:

1. Penderita belum inpartu sehingga dapat dipulangkan dengan nasehat.
2. Penderita dalam keadaan inpartu.
  - a. Pembukaan kecil sehingga dapat menunggu di ruangan.
  - b. Pembukaan sudah besar, perlu segera ke kamar bersalin.
  - c. Dengan perhitungan his dan pembukaan dapat:
    - direncanakan evaluasi berikutnya
    - melakukan observasi tentang CHPBK.
      - denyut jantung janin (C)
      - his dan keinginan mengejan (H)
      - penurunan bagian terendah (P)
      - lingkaran Bandle (B)
      - ketuban (K)
3. Penderita tergolong berisiko tinggi sehingga harus segera dilakukan rujukan untuk mendapatkan pertolongan yang cepat dan tepat.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

3. Mulai merasa ingin mengejan dengan anus mulai terbuka.
4. Bagian terendah mulai tampak menonjol di perineum.

Untuk mengkoordinasikan semua kekuatan menjadi resultante optimal saat his dan mengejan dapat dilakukan:

1. Parturien diminta untuk merangkul kedua pahanya, sehingga dapat menambah pembukaan pintu bawah panggul.
2. Badan ibu dilengkungkan, sampai dagu menempel di dada, sehingga arah kekuatan menuju jalan lahir.
3. His dan mengejan dikerjakan bersamaan, sehingga kekuatannya optimal.
4. Saat mengejan napas ditarik sedalam mungkin dipertahankan dengan demikian diafragma abdominal membantu dorongan ke arah jalan lahir.
6. Bila lelah dan his masih berlangsung, napas dapat dikeluarkan dan selanjutnya ditarik kembali untuk dipergunakan mengejan.
7. Melakukan observasi:
  - denyut jantung janin setiap akhir his
  - lingkaran Bandle
  - penurunan bagian terendah janin
  - kemungkinan terjadinya prolapsus bagian janin.

### **Membantu proses persalinan**

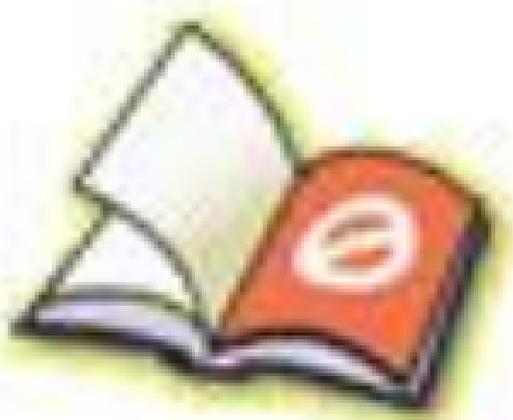
Proses persalinan dapat berjalan dengan sendirinya, tetapi setiap saat mungkin terjadi keadaan yang membahayakan, sehingga memerlukan bantuan, untuk memberikan pertolongan yang tepat menuju persalinan aman.

### **Langkah-langkah pertolongan persalinan normal**

1. Saat kepala di dasar panggul dan membuka pintu dengan *crowning* sebesar 5 sampai 6 cm, peritoneum tipis, pada primigravida atau multigravida dengan perineum yang kaku dapat dilakukan episiotomi median, mediolateral, atau lateral.
2. Episiotomi dilakukan pada saat his dan mengejan untuk mengurangi sakit. Tujuan episiotomi adalah untuk menjamin agar luka teratur sehingga mudah mengait dan melakukan adaptasi.
3. Persiapan kelahiran kepala, tangan kanan menahan perineum, sehingga tidak terjadi robekan baru, sedangkan tangan kiri menahan kepala untuk mengendalikan ekspulsi.
4. Setelah kepala lahir dengan suboksiput sebagai hipomoklion, muka dan hidung dibersihkan dari lendir. Kepala dibiarkan untuk melakukan putar paksi luar, guna menyesuaikan os oksiput ke arah punggung.
5. Kepala dipegang sedemikian rupa dengan kedua tangan menarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, ditarik ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
6. Setelah bayi lahir seluruhnya, jalan napas dibersihkan dengan mengisap lendir sehingga bayi dapat bernapas dan menangis dengan nyaring, pertanda jalan napas bebas dari hambatan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



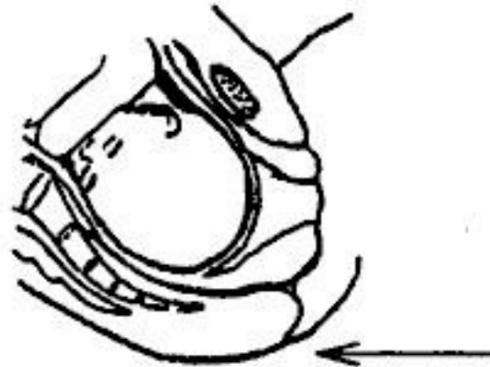
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

d. Fleksi maksimal

3. Sinklitis



e. Rotasi internal

4. Putar paksi dalam di dasar panggul.

- Terjadi:
- Moulage kepala janin
  - Ekstensi
  - Hipomoklion uuk di bawah simfisis



f. Ekstensi

5. Berturut-turut lahir:

- uub
- dahi
- muka
- dagu

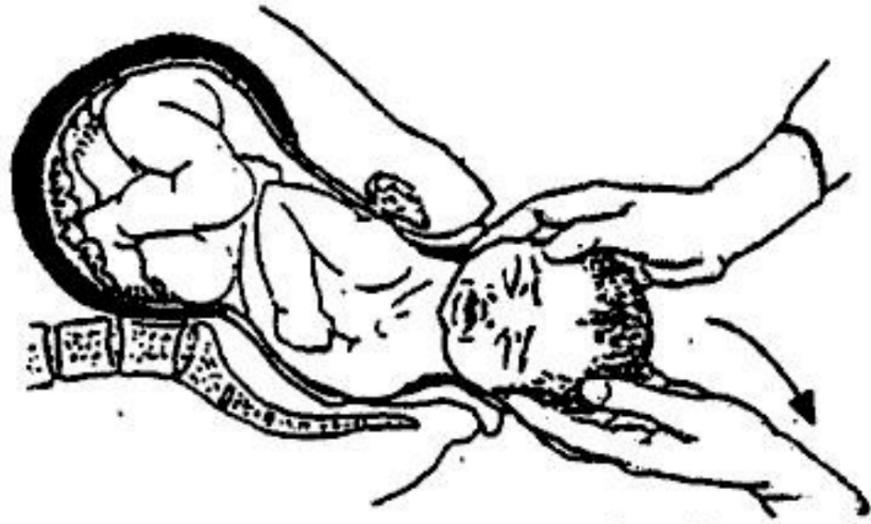


h. Rotasi eksternal

6. Putar paksi luar (restitusi)



Gbr. 4-16 Mekanisme turunnya kepala janin



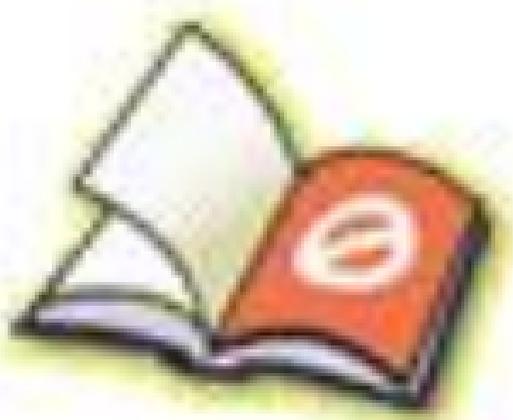
Gbr. 4-17 Cara melahirkan bahu depan



Gbr. 4-18 Cara melahirkan bahu belakang



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



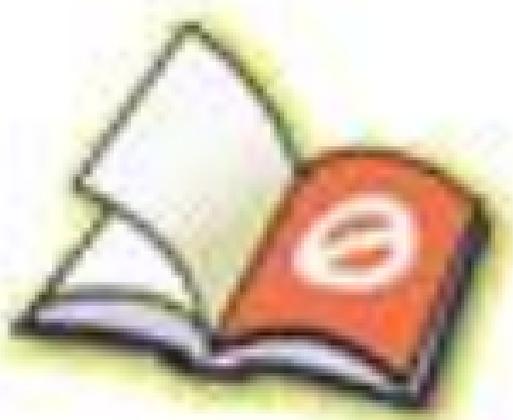
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



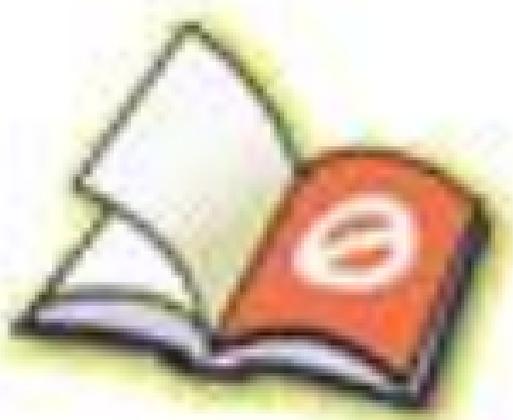
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



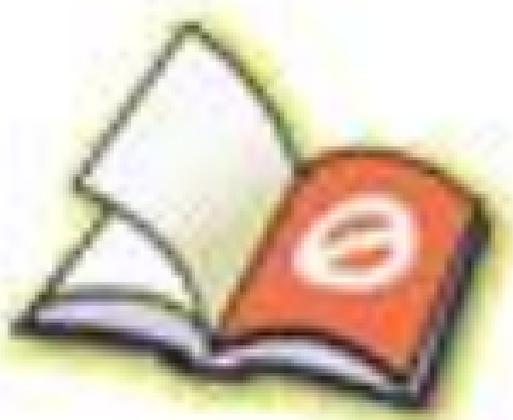
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



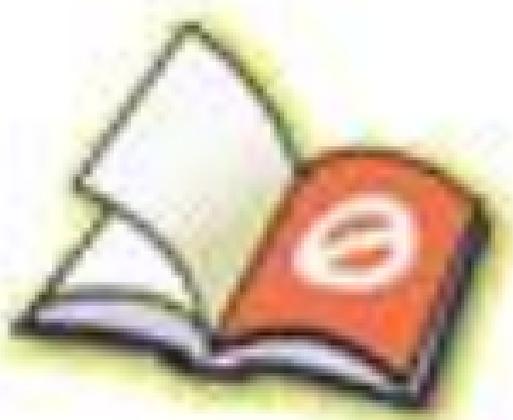
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



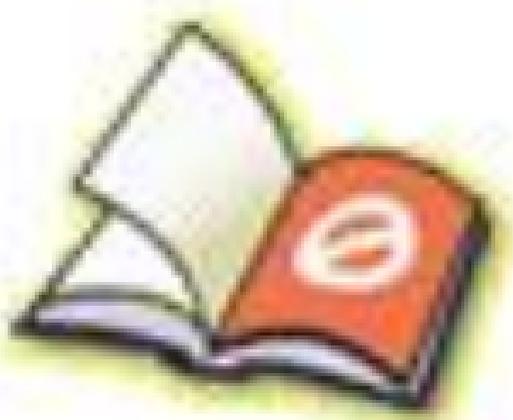
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



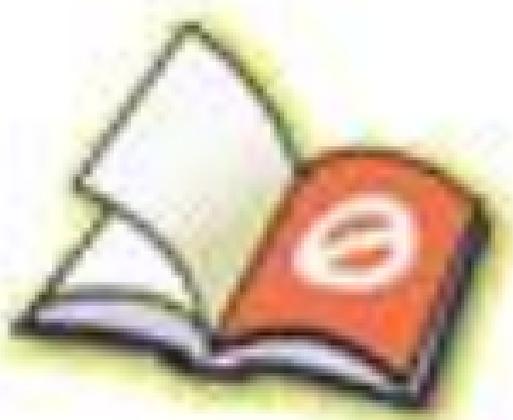
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



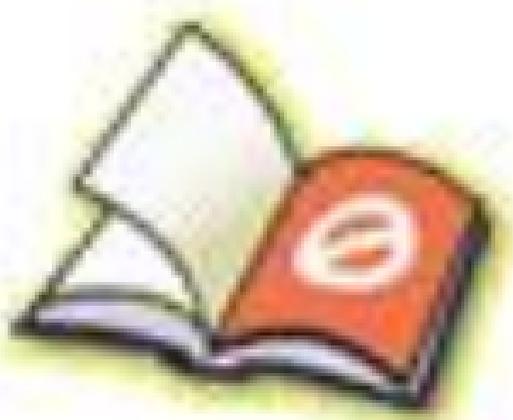
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



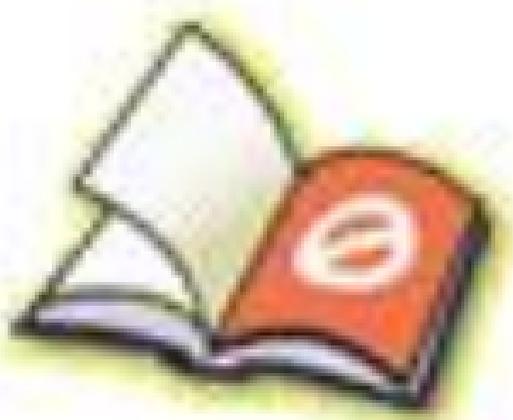
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



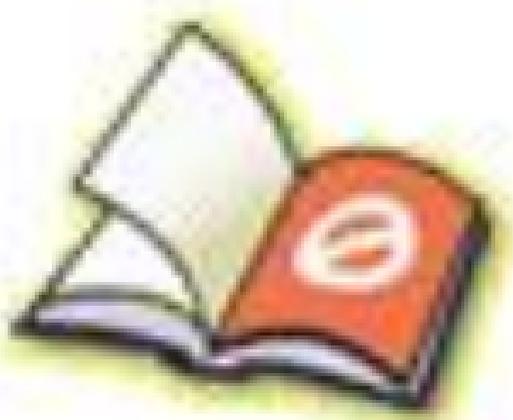
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

3. Obat yang dapat diberikan.

Memberikan obat pada hiperemesis gravidarum sebaiknya berkonsultasi dengan dokter, sehingga dapat dipilih obat yang tidak bersifat teratogenik (dapat menyebabkan kelainan kongenital-cacat bawaan bayi).

Komponen (susunan obat) yang dapat diberikan adalah:

- a. Sedativa ringan.
  - Phenobarbital (luminal) 30 mgr.
  - Valium.
- b. Anti alergi:
  - Antihistamin
  - Dramamin
  - Avomin
- c. Obat anti mual-muntah.
  - Mediamer B6
  - Emetrole
  - Stimetil
  - Avopreg
- d. Vitamin.
  - Terutama vitamin B kompleks
  - vitamin C

4. Menghentikan kehamilan.

Pada beberapa kasus, pengobatan hiperemesis gravidarum tidak berhasil malah terjadi kemunduran dan keadaan semakin menurun sehingga diperlukan pertimbangan untuk melakukan gugur kandung. Keadaan yang memerlukan pertimbangan gugur kandung diantaranya:

- a. Gangguan kejiwaan.
  - delirium
  - apatis, somnolen sampai koma
  - terjadi gangguan jiwa ensefalopati Wernicke.
- b. Gangguan penglihatan.
  - perdarahan retina
  - kemunduran penglihatan
- c. Gangguan faal.
  - hati dalam bentuk ikterus
  - ginjal dalam bentuk anuria
  - jantung dan pembuluh darah terjadi nadi meningkat
  - Tekanan darah menurun.

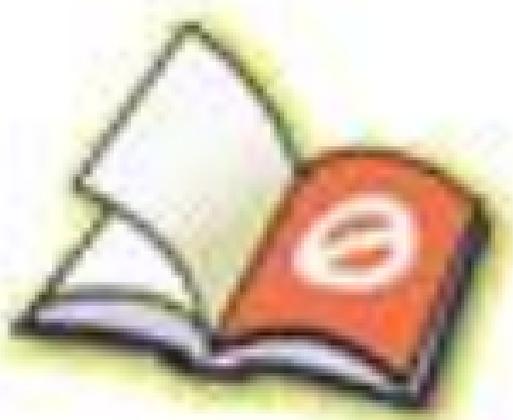
Dengan memperhatikan keadaan tersebut gugur kandung dapat dipertimbangkan pada hiperemesis gravidarum.

### **Prognosa dan sikap bidan pada hiperemesis gravidarum**

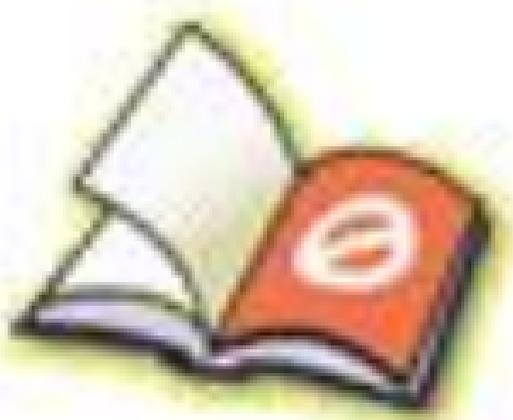
Sebagian besar emesis gravidarum dapat diatasi dengan berobat jalan sehingga sangat sedikit memerlukan pengobatan rumah sakit. Pengobatan penderita hiperemesis gravidarum yang dirawat di rumah sakit, hampir seluruhnya dapat dipulangkan dengan memuaskan, sehingga kehamilannya dapat diteruskan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- c. Hipertensi menyebabkan gangguan peredaran darah plasenta sehingga menimbulkan keguguran.
3. Penyakit ibu.  
Penyakit ibu dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui plasenta:
- a. Penyakit infeksi seperti pneumonia, tifus abdominalis, malaria, sifilis.
  - b. Anemia ibu. melalui gangguan nutrisi dan peredaran O<sub>2</sub> menuju sirkulasi retroplasenter
  - c. Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, penyakit diabetes melitus.
4. Kelainan yang terdapat dalam rahim.  
Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin dijumpai keadaan abnormal dalam bentuk mioma uteri, uterus arkuatus, uterus septus, retrofleksia uteri, serviks inkompeten, bekas operasi pada serviks (konisasi, amputasi serviks), robekan serviks postpartum.

### Patofisiologi keguguran

Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O<sub>2</sub>. Bagian yang terlepas dianggap benda asing, sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan kontraksi.

Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu, keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi.

Bentuk perdarahan bervariasi diantaranya:

- Sedikit-sedikit dan berlangsung lama.
- Sekaligus dalam jumlah yang besar dapat disertai gumpalan.
- Akibat perdarahan tidak menimbulkan gangguan apapun; dapat menimbulkan syok, nadi meningkat, tekanan darah turun, tampak anemis dan daerah ujung (akral) dingin.

Bentuk pengeluaran hasil konsepsi bervariasi.

- Umur hamil di bawah 14 minggu dimana plasenta belum terbentuk sempurna, dikeluarkan seluruh atau sebagian hasil konsepsi.
- Di atas 16 minggu, dengan pembentukan plasenta sempurna dapat didahului dengan ketuban pecah diikuti pengeluaran hasil konsepsi, dan dilanjutkan dengan pengeluaran plasenta, berdasarkan proses persalinannya dahulu disebutkan persalinan immaturus.
- Hasil konsepsi tidak dikeluarkan lebih dari 6 minggu, sehingga terjadi ancaman baru dalam bentuk gangguan pembekuan darah.

Berbagai bentuk perubahan hasil konsepsi yang tidak dikeluarkan dapat terjadi:

- Mola karnosa: hasil konsepsi menyerap darah, terjadi gumpalan seperti daging.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



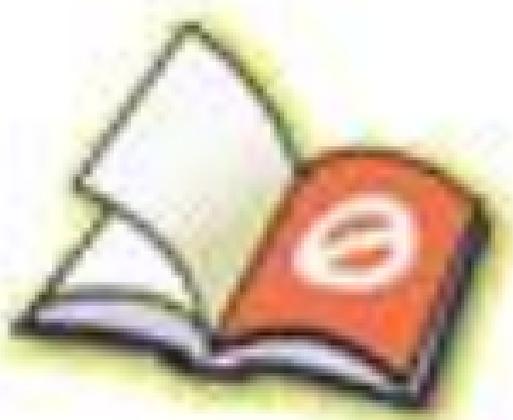
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



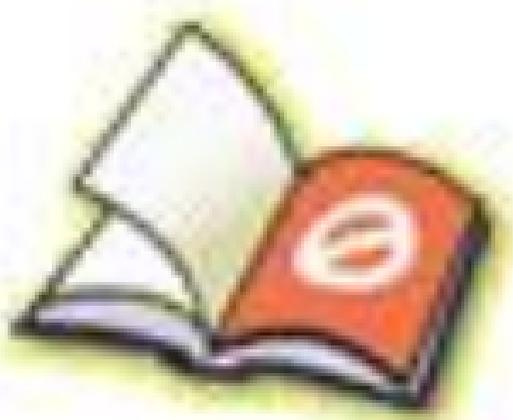
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Dalam menghadapi kehamilan dan persalinan lewat waktu, bidan perlu mempertimbangkan keadaan berikut:

1. Penyulit yang dihadapi pada induksi persalinan setempat dengan fasilitas dan keterampilan terbatas.
2. Tujuan pertolongan oleh tenaga medis terlatih untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi, dan menyiapkan generasi dengan kondisi optimal untuk tumbuh kembang sumber daya manusia sejak awal.
3. Meningkatkan sistem rujukan untuk mendapat pelayanan dan pengayoman medis lebih bermutu.
4. Menghadapi kendala transportasi menuju rumah sakit.

Berdasarkan ketentuan tersebut tugas bidan dalam menghadapi kehamilan lewat waktu adalah menegakkan kebenaran hamil lewat waktu, dan berkonsultasi dan melakukan rujukan pada keadaan optimal. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa bidan yang baik adalah yang tahu tanggung jawab terhadap kepentingan ibu hamil, dengan tujuan meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pertolongan kebidanan yang optimal dan rujukan.

## Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Waktu sejak pecah ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut "kejadian ketuban pecah dini" (periode laten).

Kejadian ketuban pecah dini mendekati 10% dari semua persalinan. Pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu, kejadiannya sekitar 4%. Sebagian dari ketuban pecah dini mempunyai periode laten melebihi satu minggu. *Early ruptura of membran* adalah ketuban pecah pada fase laten persalinan.

## Penyebab ketuban pecah dini

Penyebab ketuban pecah dini mempunyai dimensi multifaktorial yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

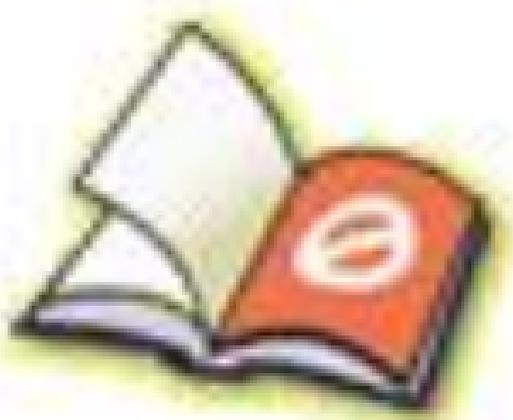
- Serviks inkompeten.
- Ketegangan rahim berlebihan: kehamilan ganda, hidramnion.
- Kelaian letak janin dalam rahim: letak sungsang, letak lintang.
- Kemungkinan kesempitan panggul: perut gantung, bagian terendah belum masuk PAP, sefalopelvik disproporsi.
- Kelainan bawaan dari selaput ketuban.
- Infeksi yang menyebabkan terjadi proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah.

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut:

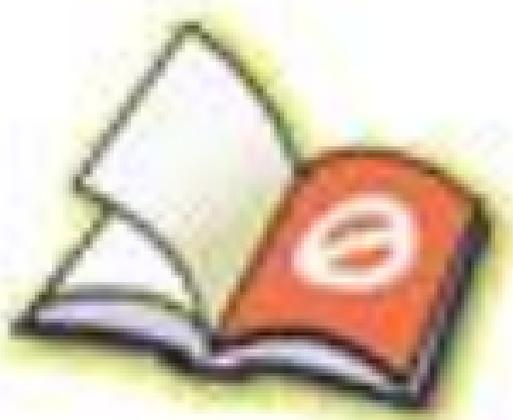
- Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi.
- Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- b. Umur penderita hamil ektopik antara 20 sampai 40 tahun dengan puncaknya pada usia sekitar 30 tahun.
- c. Variasi frekuensinya antara 1 : 125-330 kasus.

### Penyebab kehamilan ektopik

Sebagian besar kehamilan ektopik terjadi pada tuba sehingga setiap gangguan pada tuba yang disebabkan infeksi akan menimbulkan gangguan dalam perjalanan hasil konsepsi menuju rahim. Sebagai gambaran penyebab kehamilan ektopik dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Gangguan pada lumen tuba.
  - Infeksi menimbulkan perlekatan endosalping sehingga menyempitkan lumen.
  - Hipoplasia tuba sehingga lumennya menyempit.
  - Operasi plastik pada tuba (rekonstruksi) atau melepaskan perlekatan dan tetap menyempitkan tuba.
- b. Gangguan di luar tuba.
  - Terdapat endometriosis tuba sehingga memperbesar kemungkinan implantasi.
  - Terdapat divertikel pada lumen tuba.
  - Terdapat perlekatan sekitar tuba sehingga memperkecil lumen tuba.
  - Kemungkinan migrasi eksternal, sehingga hasil konsepsi mencapai tuba dalam keadaan blastula.

Dengan terjadinya implantasi di dalam lumen tuba dapat terjadi beberapa kemungkinan.

- 1. Hasil konsepsi mati dini.
  - Tempatnya tidak mungkin memberikan kesempatan tumbuh kembang hasil konsepsi mati secara dini.
  - Karena kecilnya kemungkinan diresorpsi.
- 2. Terjadi abortus.
  - Kesempatan berkembang yang sangat kecil menyebabkan hasil konsepsi mati dan lepas dalam lumen.
  - Lepasnya hasil konsepsi menimbulkan perdarahan dalam lumen tuba atau keluar lumen serta membentuk timbunan darah.
  - Tuba tampak berwarna biru pada saat dilakukan operasi.
- 3. Tuba fallopii pecah.
  - Karena tidak dapat berkembang dengan baik maka tuba dapat pecah.
  - Jonjot villi menmbus tuba, sehingga terjadi ruptura yang menimbulkan timbunan darah ke dalam ruangan abdomen.
  - Ruptura tuba menyebabkan hasil konsepsi terlempar keluar dan kemungkinan untuk melakukan implantasi menjadi kehamilan abdominal sekunder.
  - Kehamilan abdominal dapat mencapai cukup besar.

### Gejala klinik kehamilan ektopik

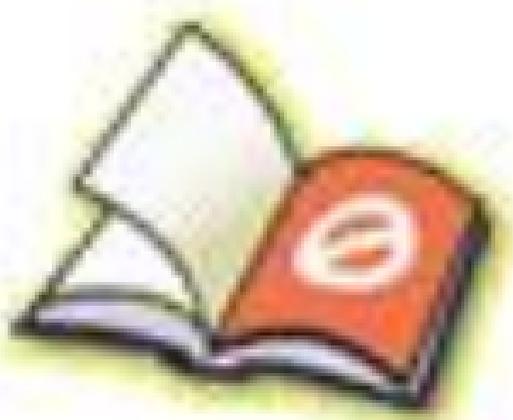
Gambaran klinik kehamilan ektopik bervariasi dari bentuk abortus tuba atau terjadi ruptura tuba. Mungkin dijumpai rasa nyeri dan gejala hamil muda. Pada pemeriksaan dalam terdapat pembesaran uterus yang tidak sesuai dengan tua kehamilan dan belum dapat diraba kehamilan pada tuba, karena tuba dalam keadaan lembek.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



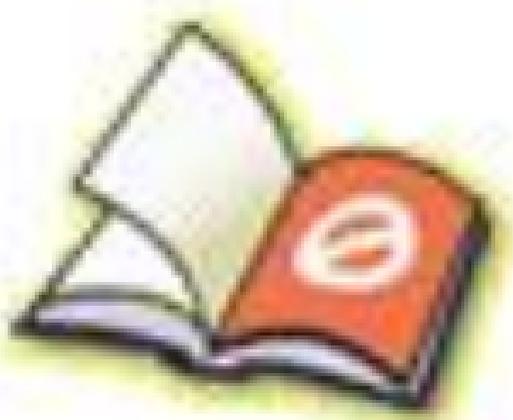
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Mekanisme kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut:

- a. Kekurangan O<sub>2</sub> menyebabkan perubahan metabolisme ke arah lemak dan protein dapat menimbulkan badan keton.
- b. Merangsang dan mengubah keseimbangan nervus simfatis dan nervus vagus yang menyebabkan:
  - Perubahan denyut jantung janin menjadi takikardi dan dilanjutkan bradikardi serta irama yang tidak teratur.
  - Peristaltik usus bertambah dan sfingter ani terbuka sehingga dikeluarkan mekoneum.
- c. Bila kekurangan O<sub>2</sub> terus berlangsung keadaan bertambah gawat sampai terjadi kematian dalam rahim.

Memperhatikan komplikasi dan tingginya angka kematian ibu dan bayi, maka usaha utama adalah mencegah pre-eklampsia menjadi eklampsia. Untuk bidan, pertolongan pertama eklampsia perlu diketahui dengan seksama dan selanjutnya melakukan rujukan ke rumah sakit.

### **Diagnosis eklampsia**

Diagnosis eklampsia tidak terlalu sukar, karena eklampsia merupakan kelanjutan pre-ekalmpsia berat dan disusul kejang atau koma.

Eklampsia dapat dibedakan dengan:

1. Epilepsi dengan kejang terjadi pada:
  - Hamil muda atau sebelum hamil
  - Tidak disertai tanda pre-eklampsia
  - Karena obat anestesi lokal yang disuntikkan ke dalam vena
2. Keadaan koma pada:
  - Diabetes melitus
  - Perdarahan otak
  - Infeksi: meningitis, ensefalitis.

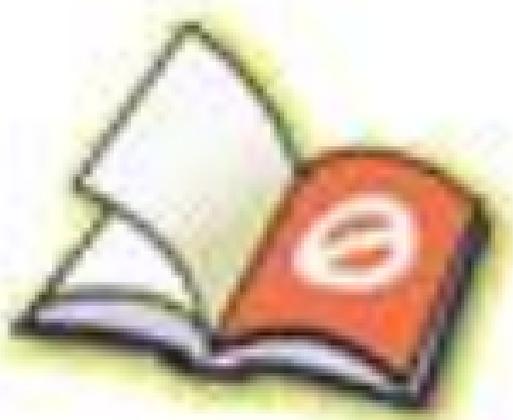
### **Penanganan eklampsia**

Pengobatan eklampsia dapat mengalami kesulitan dengan hasil yang tidak memuaskan. Karena itu mencegah terjadinya eklampsia lebih penting dengan jalan:

1. Meningkatkan jumlah dan kualitas tempat pemeriksaan hamil.
2. Menemukan gejala dini pre-eklampsia serta mengobatinya.
3. Bila gagal mengobati pre-ekalmpsia berat kehamilan diakhiri, sehingga eklampsia dapat dicegah.

Tujuan pengobatan eklampsia adalah untuk:

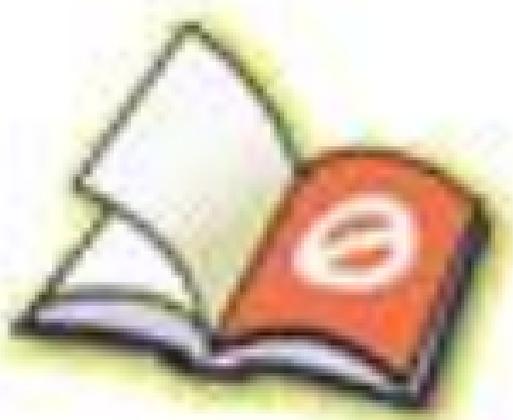
1. Menghindari kejang dan koma yang menyebabkan angka kematian ibu dan janin tinggi.
2. Mengakhiri kehamilan dengan atraumatis.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

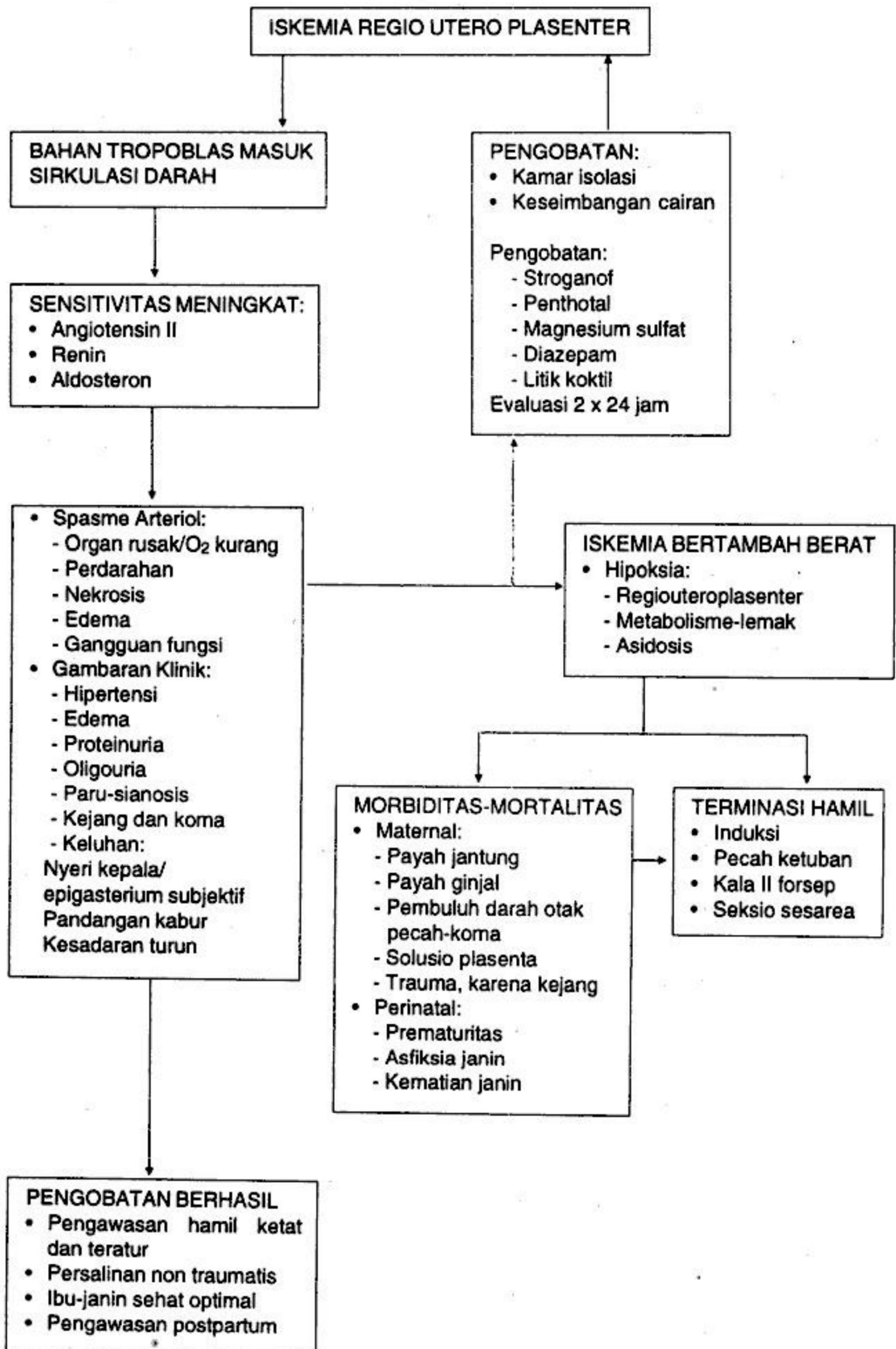


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



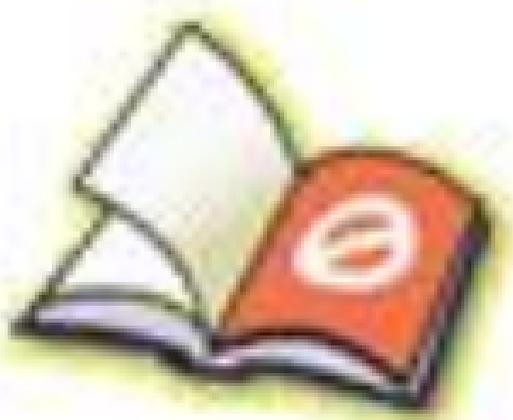
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Gambar skematis kejadian pre-eklampsia dan eklampsia

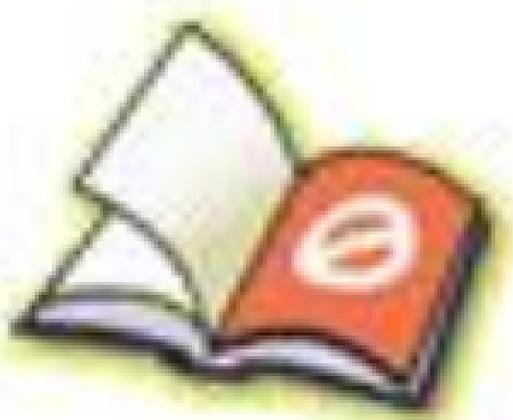




You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



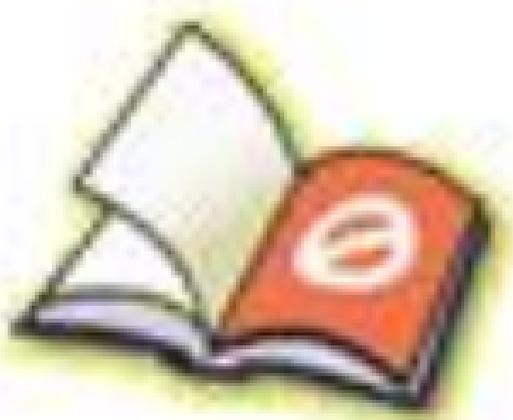
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Frekuensi kehamilan kembar mengikuti rumus dari Hellin, yaitu 1 : 89 untuk hamil kembar, triplet 1 : 89<sup>2</sup> sedangkan kuadrupelet 1 : 89<sup>3</sup>.

Faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan, umur wanita, dan paritas.

Jenis kehamilan kembar adalah:

### 1. Kehamilan kembar monozigotik.

Merupakan kehamilan kembar yang berasal dari satu ovum sehingga disebutkan juga hamil kembar indentik atau hamil kembar homolog atau hamil kembar uniovuler.

Karena berasal dari satu ovum, hamil kembar ini mempunyai ciri sebagai berikut:

- Jenis kelamin sama.
- Rupanya sama.
- Sebagian hamil kembar dalam bentuk:
  - 2 amnion
  - 2 korion
  - 2 plasenta
- Sebagian besar hamil kembar dalam bentuk:
  - 1 plasenta
  - 1 korion
  - 2 amnion
- Pada hamil kembar monozigotik dapat terjadi kelainan pertumbuhan seperti kembar siam.

### 2. Kehamilan kembar dizigotik.

Sebagian besar kehamilan kembar adalah dizigotik dengan ciri:

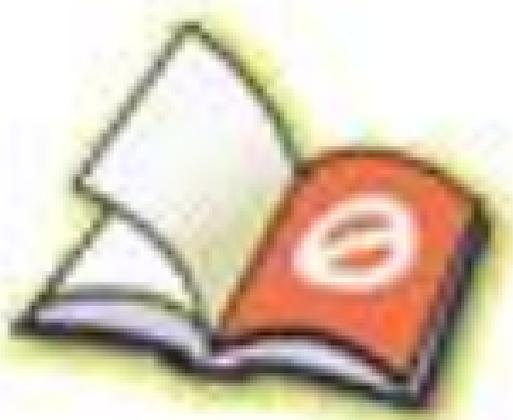
- Jenis kelamin dapat sama atau berbeda.
- Mempunyai 2 plasenta, 2 amnion, 2 korion.

## Pertumbuhan janin kehamilan kembar

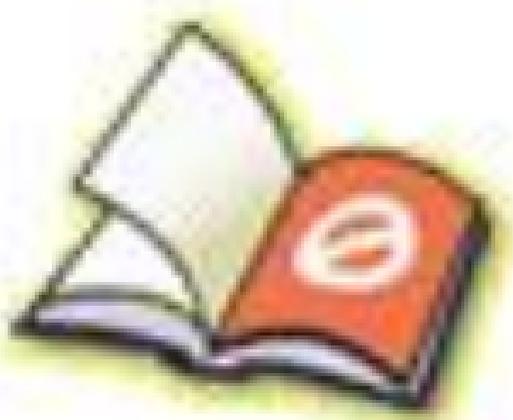
Pertumbuhan janin kehamilan kembar tergantung dari faktor plasenta apakah menjadi satu (sebagian besar hamil kembar monozigotik) atau bagaimana lokalisasi implantasi plasentanya. Memperhatikan kedua faktor tersebut, mungkin terdapat jantung salah satu janin lebih kuat dari yang lainnya, sehingga janin yang mempunyai jantung lemah mendapat nutrisi yang kurang menyebabkan pertumbuhan terhambat sampai kematian janin dalam rahim.

Bentuk kelainan pertumbuhan tersebut diantaranya:

- Secara umum masing-masing berat janin hamil kembar lebih rendah sekitar 700 sampai 1.000 gr dari hamil tunggal.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



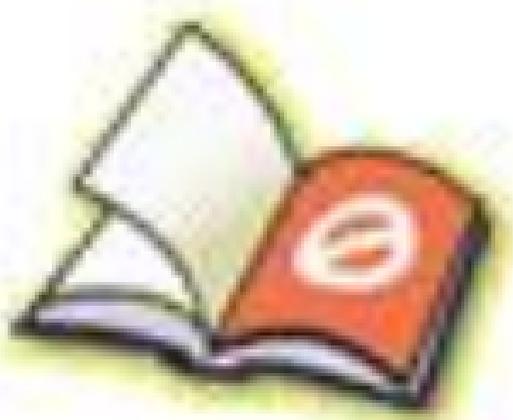
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



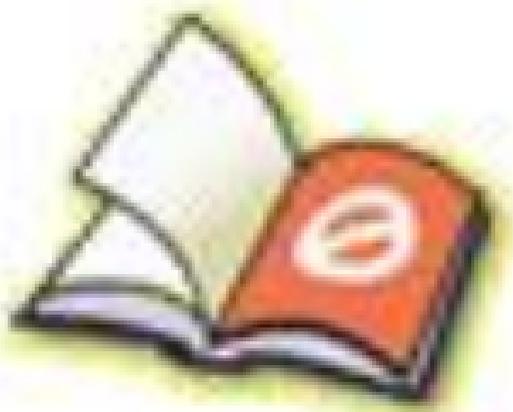
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



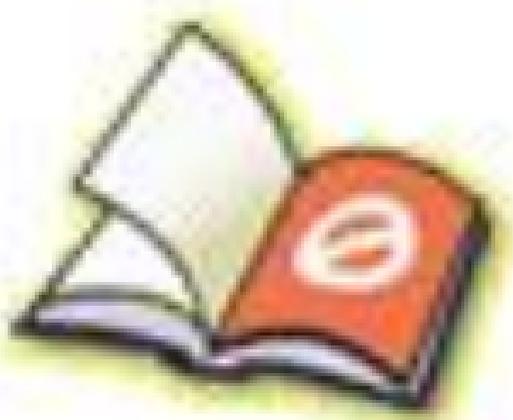
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



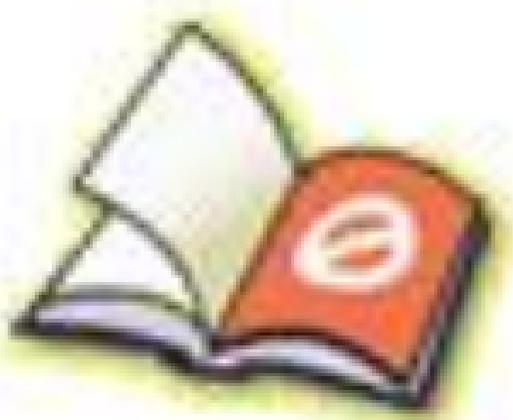
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



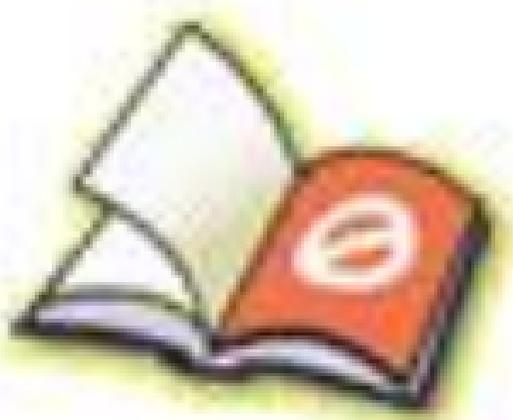
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



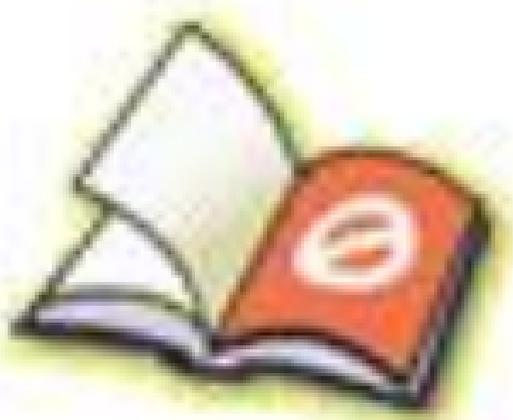
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



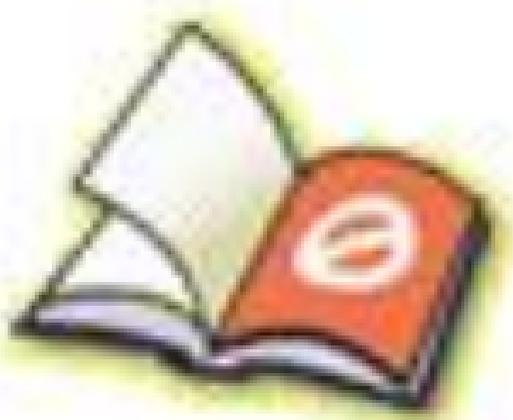
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

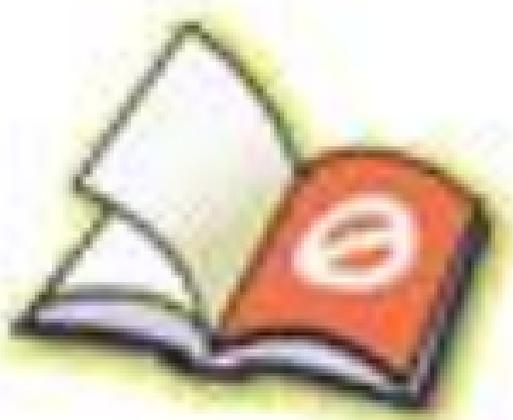


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



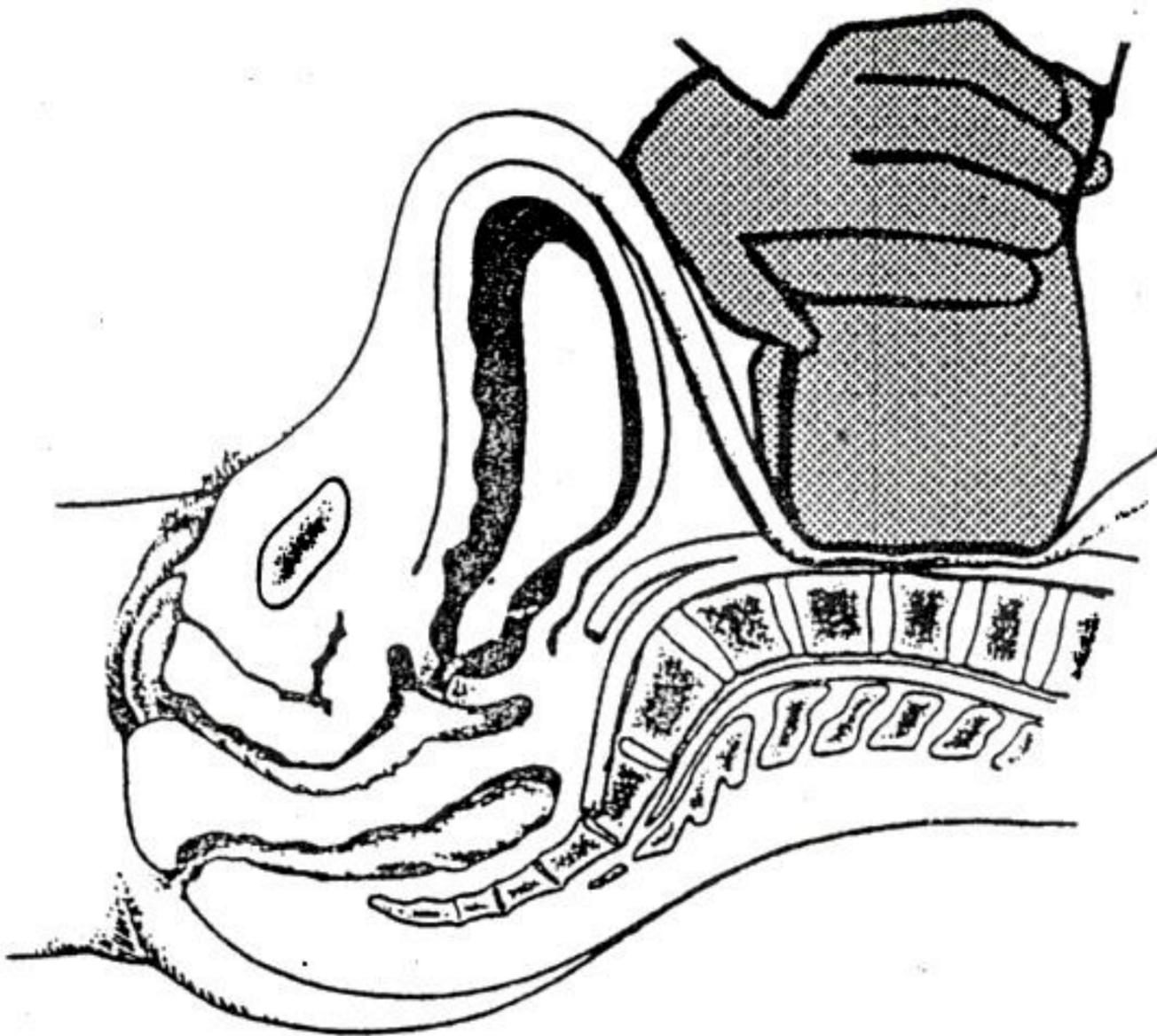
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## **Teknik kompresi aorta abdominalis**

Peralatan yang diperlukan untuk dapat melakukan kompresi aorta abdominalis tidak ada, kecuali sedapat mungkin teknik yang benar, sehingga aorta benar-benar tertutup untuk sementara waktu sehingga perdarahan karena atonia uteri dapat dikurangi.

### **Tatacara kompresi aorta abdominalis**

1. Tekanlah aorta abdominalis di atas uterus dengan kuat dan dapat dibantu dengan tangan kiri, selama 5 sampai 7 menit.
2. Lepaskan tekanan sekitar 30 sampai 60 detik, sehingga bagian lainnya tidak terlalu banyak kekurangan darah.
3. Tekanan aorta abdominalis untuk mengurangi perdarahan bersifat sementara, sehingga tersedia waktu untuk memasang infus dan memberikan uterotonika secara intravena.



**Gbr. 8-1** *Teknik kompresi aorta abdominalis.*



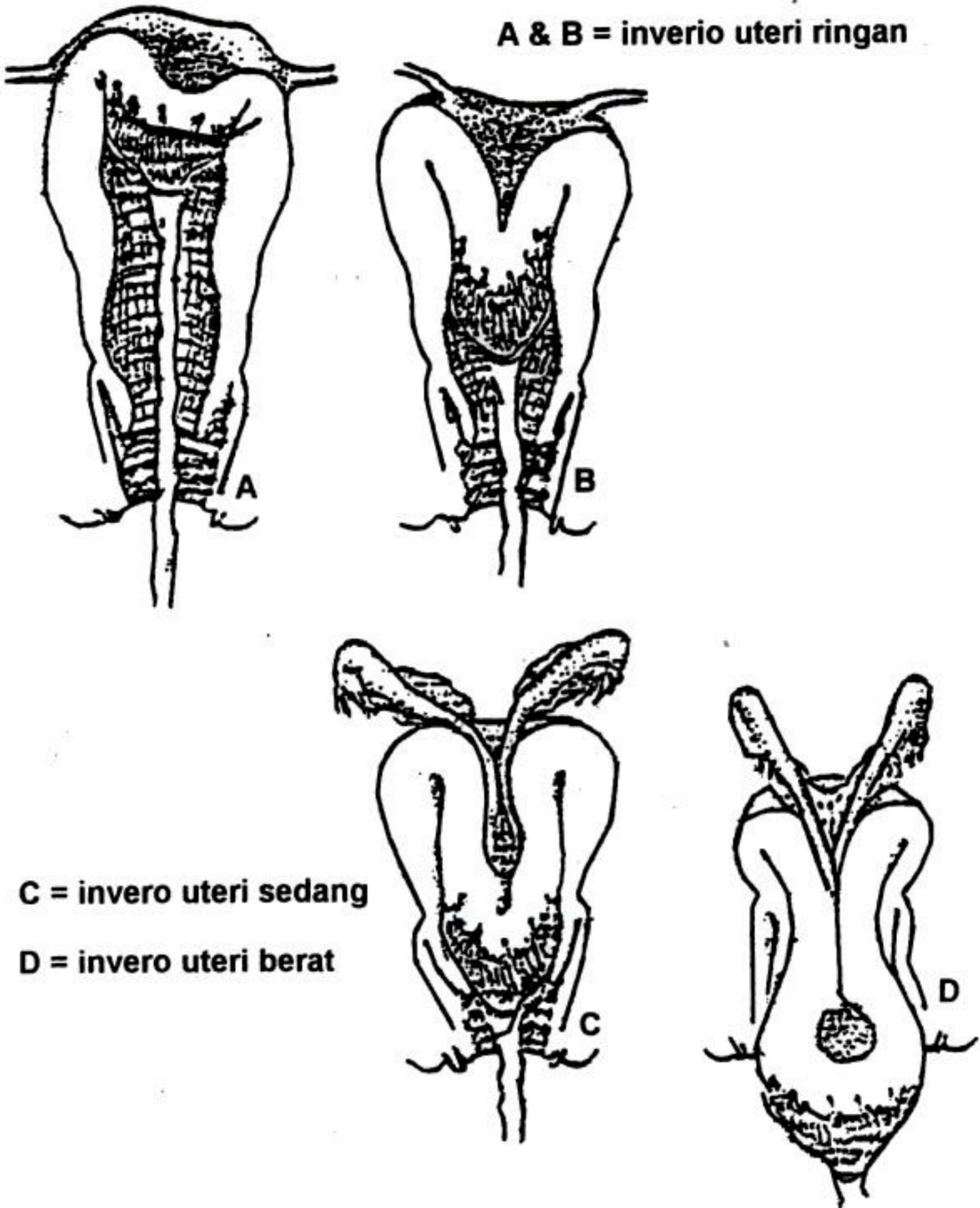
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



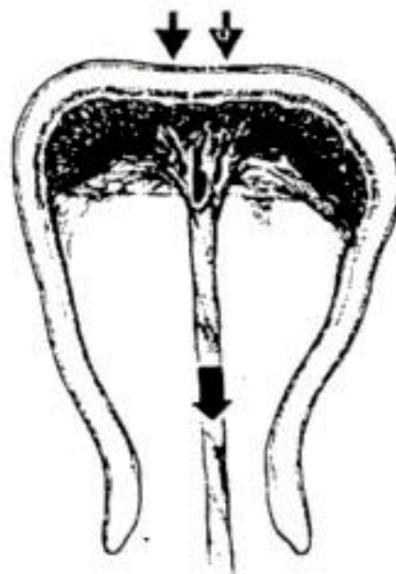
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 8-5 *Inversio uteri*. A dan B *inversio ringan*, C *inversio sedang*, D *inversio uteri berat*.



Gbr. 8-6 *Tarikan tali pusat saat plasenta belum lepas, dapat menimbulkan inversio uteri.*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

# Bab 9

## Keadaan Abnormal Pada Kala Nifas

### Infeksi Kala Nifas

Setelah persalinan, terjadi beberapa perubahan penting diantaranya makin meningkatnya pembentukan urin untuk mengurangi hemodilusi darah, terjadi penyerapan beberapa bahan tertentu melalui pembuluh darah vena sehingga terjadi peningkatan suhu badan sekitar  $0,5^{\circ}\text{C}$  yang bukan merupakan keadaan yang patologis atau menyimpang pada hari pertama. Perlukaan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas. Infeksi kala nifas adalah infeksi-peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi  $38^{\circ}\text{C}$  tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 (dua) hari.

Faktor predisposisi infeksi kala nifas diantaranya:

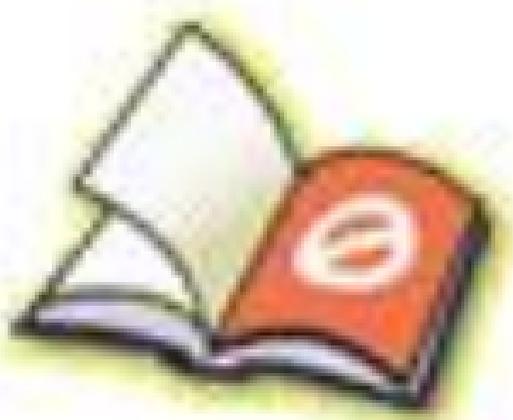
- Persalinan berlangsung lama sampai terjadi persalinan terlantar
- Tindakan operasi persalinan
- Tertinggalnya plasenta selaput ketuban dan bekuan darah
- Ketuban pecah dini atau pada pembukaan masih kecil melebihi enam jam
- Keadaan yang dapat menurunkan keadaan umum, yaitu perdarahan antepartum dan postpartum, anemia pada saat kehamilan, malnutrisi, kelelahan, dan ibu hamil dengan penyakit infeksi.

### Mekanisme terjadinya infeksi kala nifas

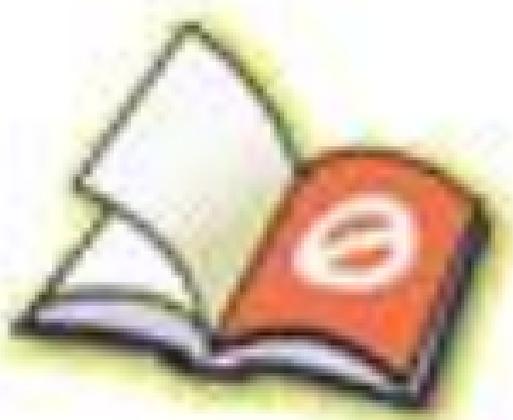
Terjadinya infeksi kala nifas adalah sebagai berikut:

- Manipulasi penolong: terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam, alat yang dipakai kurang suci hama.
- Infeksi yang didapat di rumah sakit (nosokomial).
- Hubungan seks menjelang persalinan.
- Sudah terdapat infeksi intrapartum: persalinan lama terlantar, ketuban pecah lebih dari enam jam, terdapat pusat infeksi dalam tubuh (fokal infeksi).

Bentuk infeksi kala nifas bervariasi dari yang bersifat lokal sampai terjadi sepsis dan kematian puerperium. Bentuk infeksi dapat dijabarkan sebagai berikut:



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

2. Keadaan abnormal pada payudara.

Payudara telah dipersiapkan sejak mulai terlambat datang bulan sehingga pada waktunya dapat memberikan ASI dengan sempurna. Untuk dapat melancarkan pengeluaran ASI dilakukan persiapan sejak awal hamil dengan melakukan masase, menghilangkan kerak pada puting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat. Puting susu saat mandi perlu ditarik-tarik sehingga menonjol untuk memudahkan mengisap ASI.

Berbagai variasi puting susu dapat terjadi diantaranya terlalu kecil, puting susu mendatar, dan puting susu masuk kedalam. Pengeluaran ASI pun dapat bervariasi seperti tidak keluar sama sekali (agalaksia), ASI sedikit (oligolaksia), terlalu banyak (poligalaksia), dan pengeluaran berkepanjangan (galaktorea).

Beberapa keadaan abnormal yang mungkin terjadi:

1. Bendungan ASI.

- Karena sumbatan pada saluran ASI
- Tidak dikosongkan seluruhnya
- Keluhan: mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat
- Penanganan: mengosongkan ASI dengan masase atau pompa, memberikan estradiol sementara menghentikan pembuatan ASI, dan pengobatan simtomatis sehingga keluhan berkurang.

2. Mastitis dan abses mammae.

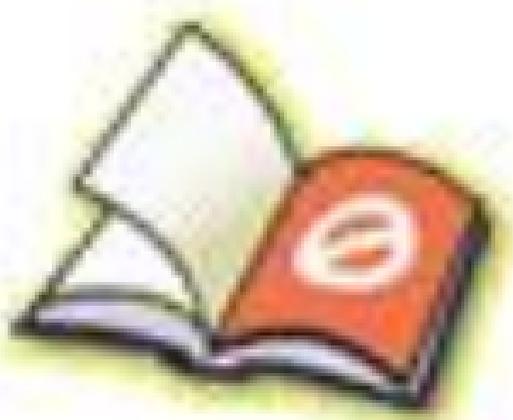
Terjadi bentungan ASI merupakan permulaan dari kemungkinan infeksi mammae. Bakteri yang sering menyebabkan infeksi mammae adalah stafilokokus aureus yang masuk melalui luka puting susu. Infeksi menimbulkan demam, nyeri lokal pada mammae, terjadi pematatan mammae, dan terjadi perubahan warna kulit mammae. Penderita dengan mastitis perlu mendapatkan pengobatan yang baik dengan antibiotika dan obat simptomatis.

Infeksi mammae (mastitis) dapat berkelanjutan menjadi abses dengan kriteria warna kulit menjadi merah, terdapat rasa nyeri, dan pada pemeriksaan terdapat pembengkakan, di bawah kulit teraba cairan. Dalam keadaan abses mammae perlu dilakukan insisi agar nanahnya dapat dikeluarkan untuk mempercepat kesembuhan.

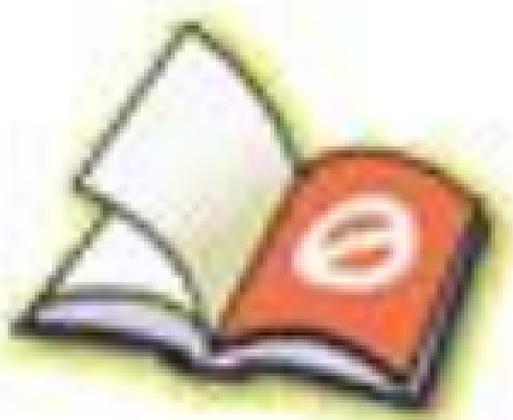
Bidan sebagai tenaga medis terdepan di tengah masyarakat dapat meningkatkan usaha preventif dan promotif payudara dengan jalan mengajarkan pemeliharaan payudara, cara memberikan ASI yang benar, memberikan ASI jangan pilih kasih, kanan dan kiri harus sama perlakuannya dan diberikan sampai payudara kempes. Dalam menghadapi bendungan ASI dan mastitis atau abses mammae, bidan sebaiknya melakukan konsultasi dengan dokter.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

pertolongan di lini terdepan perlu memperhatikan beberapa perlukaaan akibat persalinan sebagai berikut:

1. **Perlukaan kulit.**  
Tidak akan banyak ditemukan karena persalinan bidan dengan risiko rendah. Bila ditemukan mungkin hanya lecet dan tidak memerlukan pengobatan khusus.
2. **Kaput suksedaneum.**  
Kaput suksedaneum timbul karena kepala janin terlalu lama tertekan di dasar panggul. Kaput melampaui batas tulang dan akan menghilang beberapa hari, dan segera berkurang setelah hari pertama. Kaput suksedaneum tidak memerlukan pengobatan apapun.
3. **Sefalhematoma.**  
Terjadi perdarahan subperitonal, dengan batas jelas pada satu tulang tengkorak. Sefalhematoma dapat terjadi pada persalinan normal dan terutama pada persalinan dengan cunam (forsep). Gejala sefalhematoma adalah bayi mungkin menangis, pemecahan darah sehingga terdapat hiperbilirubinemia, dan dapat disertai fraktur tulang tengkorak. Bila tidak terdapat kelainan ikutan, sefalhematoma tidak memerlukan pengobatan dan akan menghilang selama 2 sampai 12 minggu. Untuk kepastiannya bidan dapat berkonsultasi dengan dokter.
4. **Perdarahan subkonjungtiva.**  
Perdarahan subkonjungtiva dapat terjadi pada persalinan spontan. Tidak menimbulkan bahaya dan akan diserap setelah beberapa hari.
5. **Paralisis pleksus brakialis (*brachial palsy*).**  
Dapat terjadi pada tarikan kepala yang terlalu berat, sehingga merusak pleksus brakialis dengan gejala:
  - Serat saraf yang terkena C5, C6, C8 dan Th1.
  - Bentuk kelainan otot lengan: kelemahan pada fleksi dan abduksi, memutar keluar, dan refleks biseps dan Moro hilang.
  - Kesembuhan berlangsung beberapa minggu sampai 6 bulan.
  - Sering terjadi pada persalinan traksi dengan cunam atau persalinan letak sungsang.
6. **Perdarahan dalam jaringan otak.**  
Perdarahan dalam jaringan otak dapat disebabkan oleh hipoksia primer semenjak kehamilan dan trauma persalinan. Gejala perdarahan jaringan otak sebagai berikut asfiksia berat, pucat, sesak napas, tangis merintih, muntah, dan dapat terjadi kejang.
7. **Fraktur tulang klavikula.**  
Sering terjadi pada kesulitan persalinan bahu. Gejala yang mungkin terjadi adalah hilangnya kekuatan pada sisi fraktur dan refleks Moro hilang. Diagnosis pasti dengan jalan melakukan palpasi untuk menemukan letak fraktura dan melakukan foto rontgen.

Beberapa kelainan akibat persalinan perlu perhatian bidan dalam pertolongan persalinan di lini terdepan sistem kesehatan masyarakat. Bila ragu-ragu, bidan dapat segera melakukan konsultasi dengan dokter atau merujuk penderita ke puskesmas dan rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

#### 4. Tetanus neonatorum.

Tetanus neonatorum menyebabkan kematian bayi yang tinggi di negara berkembang karena pemotongan tali masih banyak menggunakan alat-alat tradisional. Masuknya kuman tetanus—*klostridium tetani*—sebagian besar melalui tali pusat. Masa inkubasinya sekitar 3 sampai 10 hari, dan makin pendek masa inkubasinya penyakit makin fatal. Tetanus neonatorum menyebabkan kerusakan pada pusat motorik, jaringan otak, pusat pernapasan, dan jantung.

Gambaran klinik tetanus neonatorum adalah:

- Kejang-kejang sampai pada otot pernapasan
- Leher kaku diikuti spasma umum
- Dinding abdomen keras
- Mulut mencucu seperti mulut ikan.
- Angka kematian yang tinggi disebabkan oleh aspirasi pneumonia dan sepsis.

Bila dalam perawatan bayi bidan memperhatikan gambaran klinik seperti bayi yang sulit minum, mulut digerak-gerakkan sampai mencucu, dan kaku pada kuduk sebaiknya melakukan konsultasi pada dokter atau puskesmas.

Pemerintah bertekad untuk memperkecil kematian akibat tetanus neonatorum dengan jalan memberikan dua kali vaksinasi tetanus toksoid selama hamil. Diharapkan bidan dapat membantu upaya pemerintah sehingga dapat menurunkan angka kematian bayi karena tetanus sampai akhir tahun 2.000, menjadi kurang dari 1%. Dikemukakan bahwa angka kematian karena tetanus dapat dijadikan ukuran bagaimana pelayanan kesehatan yang diberikan dalam satu daerah dan secara umum pada negara tersebut. KIE pada dukun beranak terutama tentang perawatan tali pusat agar tidak menggunakan alat-alat yang tidak steril.

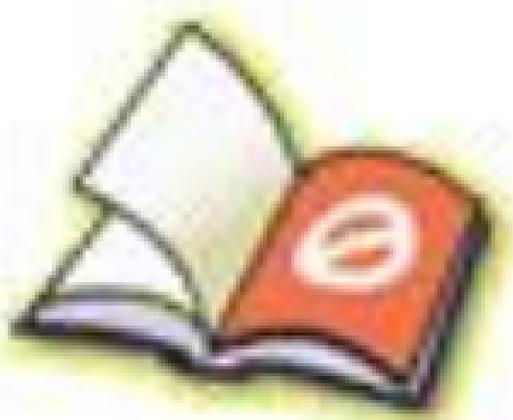
### **Ikterus Neonatorum**

Ikterus atau warna kuning sering dijumpai pada bayi baru lahir dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Oleh karena itu, bayi menjelang pulang dan terjadi ikterus harus mendapat perhatian karena mungkin sifatnya patologis.

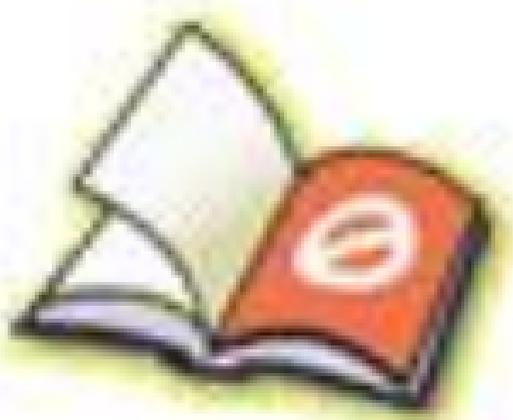
Ikterus disebabkan hemolisis darah janin dan selanjutnya diganti menjadi darah dewasa. Pada janin menjelang persalinan terdapat kombinasi anatara darah janin (*fetal blood*) dan darah dewasa (*adult blood*) yang mampu menarik O<sub>2</sub> dari udara dan mengeluarkan CO<sub>2</sub> melalui paru-paru. Penghancuran darah janin inilah yang menyebabkan terjadi ikterus yang sifatnya fisiologis. Sebagai gambaran dapat dikemukakan bahwa kadar bilirubin indirek bayi cukup bulan sekitar 15 mg% sedangkan bayi belum cukup bulan 10 mg%. Di atas angka tersebut dianggap hiperbilirubinaemia, yang dapat menimbulkan kern ikterus.

Kern ikterus adalah tertimbunnya bilirubin dalam jaringan otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak dan menimbulkan gejala klinis sesuai tempat timbunan itu. Gambaran kliniknya sebagai berikut:

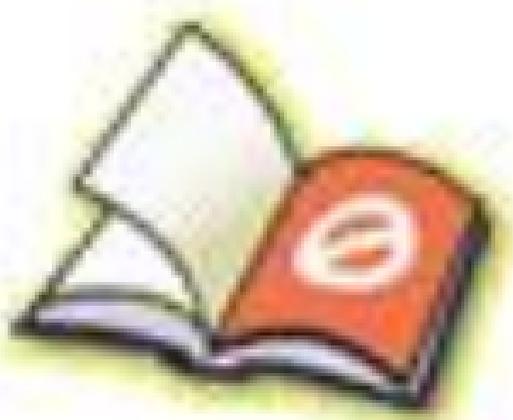
- Mata berputar
- Tertidur-kesadaran turun



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Kematian Perinatal

Tatalaksana kebidanan makin lama makin berkembang sehingga angka kematian ibu dan angka kematian anak dapat diturunkan. Kematian perinatal merupakan ukuran kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara. Untuk dapat lebih memahami kematian ditetapkan beberapa definisi sebagai berikut:

- Kelahiran hidup (*live birth*): dikeluarkan hasil konsepsi secara sempurna dari ibunya yang setelah dipisahkan mempunyai tanda-tanda kehidupan, tanpa memandang umur kehamilan.
- Kematian janin (*fetal death*): kematian hasil konsepsi, sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari ibunya, tanpa memandang umur kehamilannya.

Kematian janin dibagi menjadi 4 golongan:

1. Kematian sebelum umur hamil 20 minggu.
2. Kematian janin antara umur hamil 20-28 minggu.
3. Kematian janin setelah umur hamil 28 minggu atau berat di atas 1.000 gr.
4. Kematian yang tidak dapat digolongkan.

Kelahiran mati (*stillbirth*): kematian hasil konsepsi setelah mencapai umur 28 minggu atau berat di atas 1.000 gr.

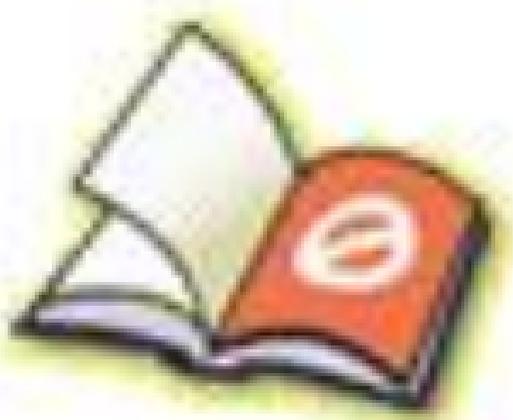
Kematian perinatal dini: kematian bayi dalam 7 hari pertama hidupnya.

Kematian perinatal adalah jumlah lahir mati ditambah dengan kematian bayi dalam 7 hari pertama kehidupannya.

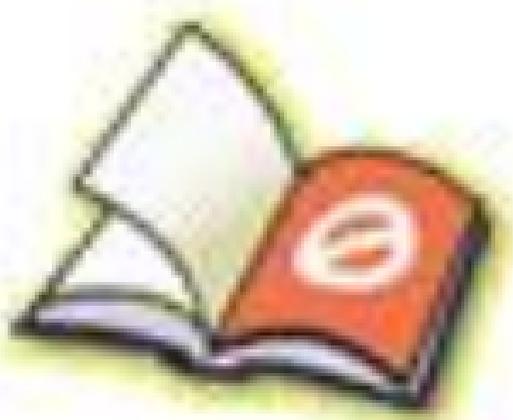
Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) bayi dengan berat badan lahir sama atau kurang dari 2.500 gr.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Tujuan pemeriksaan dasar untuk mengetahui data penderita, sehingga dapat ditetapkan langkah, apakah langsung melakukan tindakan atau keadaan umum penderita diperbaiki:

- Dehidrasi: infus cairan pengganti
- Anemia: transfusi darah
- Infeksi: pemberian antibiotika dan antipiretik.

Dengan melakukan pemeriksaan lengkap dapat diketahui "kondisi penderita" sehingga dapat ditentukan tindakan operasi yang bagaimana untuk menyelesaikan pertolongan persalinan.

2. **Persiapan menjelang tindakan operasi.**

Setelah melakukan pemeriksaan lengkap, persiapan menjelang operasi dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. **Pemasangan infus.**

Tujuan pemasangan infus untuk rehidrasi cairan yang hilang, dan memudahkan pemberian premedikasi narkosa, memberikan transfusi darah dan memasukkan obat yang diperlukan.

b. **Persiapan narkosa.**

Pemilihan narkosa dapat diserahkan kepada ahli narkosa untuk keamanan tindakan operasi dengan premedikasi, narkosa (narkosa umum, narkosa lumbal, atau pati rasa lokal), dan obat-obatan narkosa diserahkan kepada dokter ahli narkosa.

c. **Persiapan tempat operasi.**

Kebersihan dan suci hama di daerah tempat operasi bertujuan untuk menghindari infeksi. Kulit dibersihkan dan dicuci dengan sabun dan didesinfektan (disucihamakan) dengan yodium-alkohol, asam pikrik, betadin, hibiscrub, savlon, dan sebagainya. Setelah bagian tersebut suci hama kemudian ditutup dengan duk steril.

d. **Persiapan alat operasi.**

Persiapan alat operasi kebidanan tergantung dari jenis tindakan dengan memperhitungkan:

- Berdasarkan indikasi
- Berdasarkan keadaan (kondisi) penderita
- Tindakan yang paling ringan dan aman
- Pengalaman pelaksana operasi
- Penyulit operasi.

e. **Persiapan untuk bayi.**

Persalinan dengan operasi selalu memberatkan bayi, sehingga perlu perhatian dan mempersiapkan secukupnya. Persiapan bayi lahir hidup perlu disediakan:

- Alat resusitasi pernapasan: alat pengisap lendir, laringoskop
- Pemberian O<sub>2</sub> (oksigen)
- Obat perangsang pernapasan, jantung, dan lainnya
- Alat bantu penghangat
- Tempat tidur bayi khusus
- Tempat plasenta.

Persiapan untuk bayi yang telah meninggal adalah tempat bayi serta pembungkusnya dan tempat plasenta.



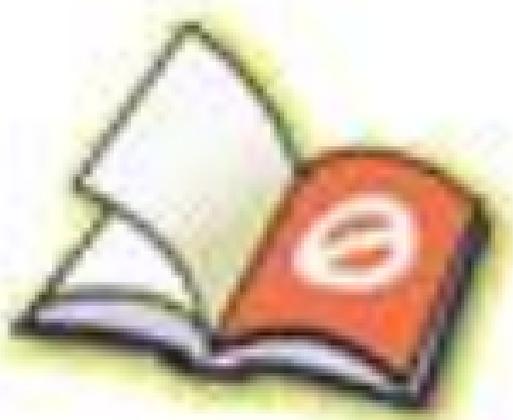
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



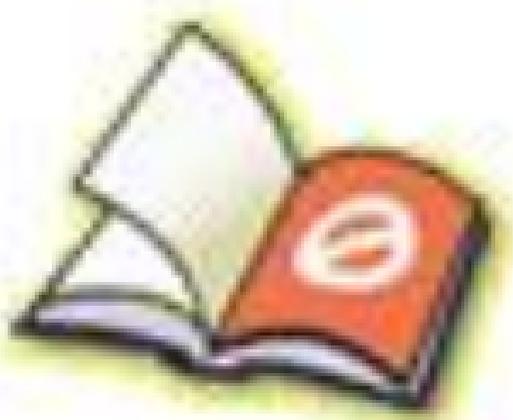
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Setelah terkunci dilakukan evaluasi, guna mencari apakah tidak terdapat bagian ibu (serviks) yang terjepit antara kepala janin dan daun forsep.
- Dilakukan tarikan percobaan, dengan ringan serta jari menyentuh kepala bayi.
- Tarikan percobaan berhasil bila kepala bayi ikut tertarik.
- Setelah tarikan percobaan berhasil, dilakukan tarikan definitif dengan melakukan tarikan curam ke bawah sehingga hipomoklion berada di bawah simfisis.
- Dilakukan tarikan ke atas untuk melahirkan ubun-ubun besar, hidung, muka-dagu, kepala bayi seluruhnya.
- Setelah kepala lahir daun forsep dilepaskan.
- Kepala diberikan kesempatan untuk melakukan putar paksi luar.
- Kepala bayi ditarik curam ke bawah dan ke atas untuk melahirkan bahu depan dan bahu belakang.
- Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan badan bayi.
- Lendir pada jalan napas dibersihkan.
- Setelah bayi menangis tali pusat dipotong dan bayi diserahkan untuk dirawat sebagaimana mestinya.
- Persalinan plasenta ditunggu sampai terdapat tanda lepasnya plasenta atau dilakukan tes plasenta lepas dengan metode Kustner, Strassman, Klein, atau Manuaba.
- Plasenta dilahirkan dengan tekanan ringan pada fundus uteri secara Crede atau dengan plasenta manual.
- Dilakukan eksplorasi ke dalam rahim untuk mencari kemungkinan ruptura uteri, sisa plasenta, atau membran.
- Selanjutnya luka bekas episiotomi dijahit kembali.
- Pada kala IV dilakukan observasi intensif terhadap kesadaran penderita; tekanan darah, nadi pernapasan, dan suhu; kontraksi rahim untuk menghentikan perdarahan; pengeluaran darah dari vagina atau luka episiotomi.
- Observasi dilakukan selama dua jam. Bila semua berjalan dengan baik, penderita dipindahkan ke ruangan.

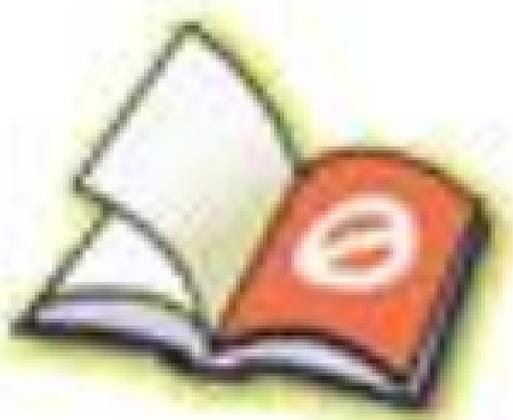
### **Perawatan setelah ekstraksi forsep**

Pada prinsipnya tidak berbeda dengan perawatan postpartum biasa, hanya memerlukan perhatian dan observasi yang lebih ketat karena kemungkinan terjadinya trias komplikasi lebih besar, yaitu perdarahan, robekan jalan lahir, dan infeksi. Oleh karena itu, perawatan setelah ekstraksi forsep memerlukan profilaksis pemberian infus sampai tercapai keadaan stabil, pemberian uterotonika sehingga kontraksi otot rahim menjadi kuat, dan pemberian antibiotika untuk menghindari infeksi.

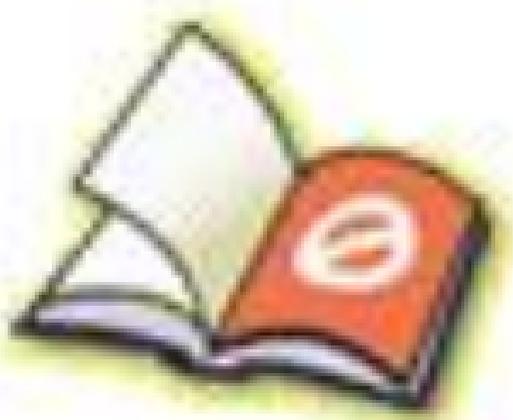
Yang cukup penting untuk diperhatikan adalah kemungkinan terjadi "fistel," sehingga memerlukan pemasangan dauer kateter selama tiga sampai lima hari. Fistel vesiko-vaginal, rekto-vaginal atau uterovaginal merupakan komplikasi yang serius dan memerlukan tindakan operasi yang sulit.



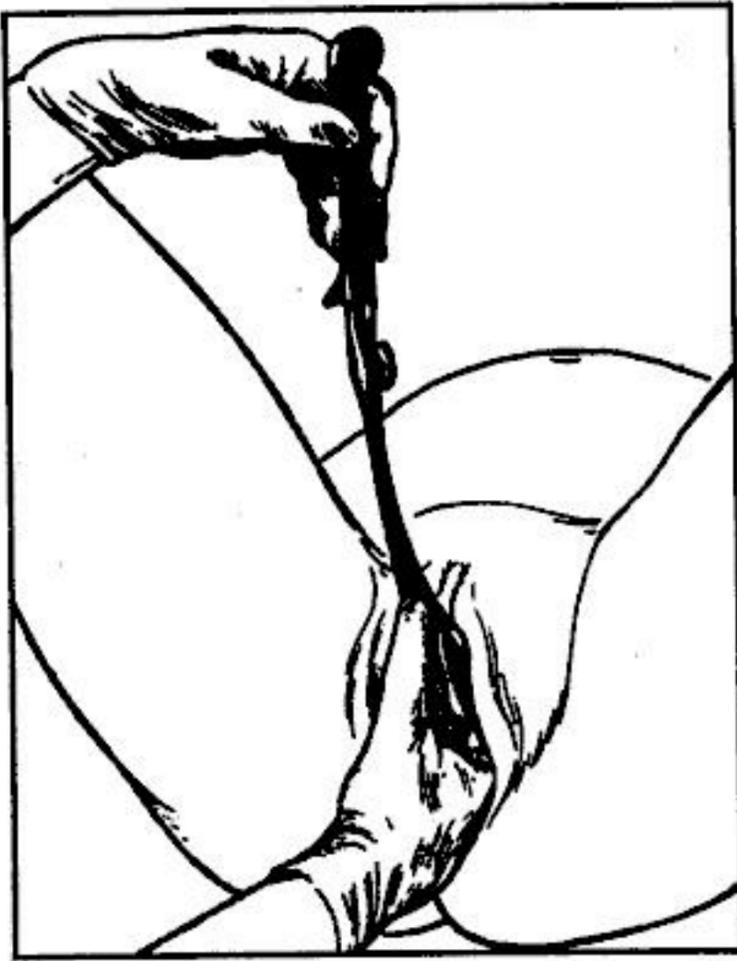
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



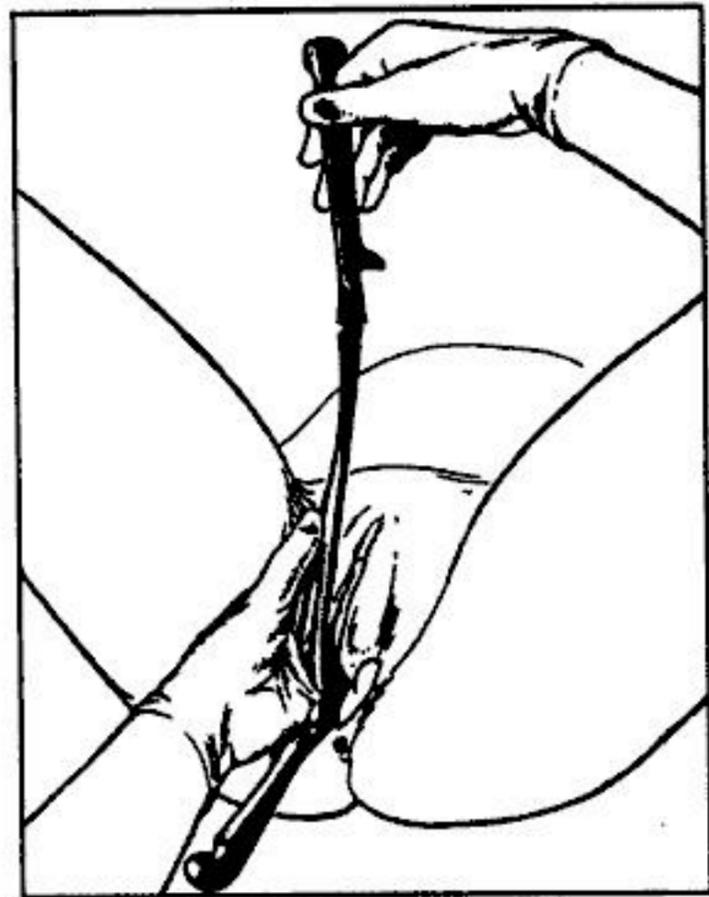
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



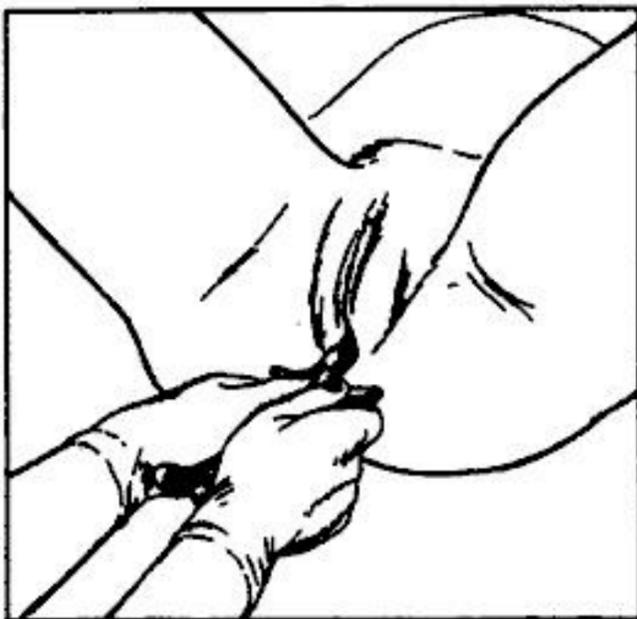
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



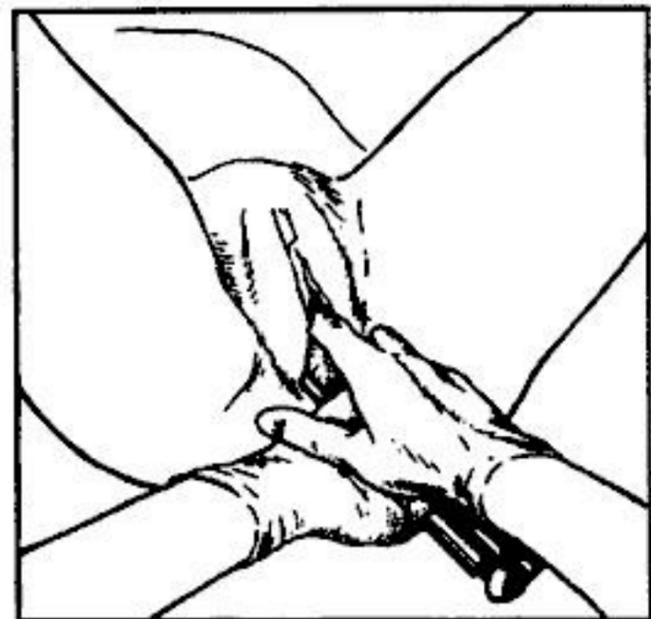
**Gbr. 11-11** Pemasangan daun kiri. Jari telunjuk dan tengah kanan dimasukkan ke dalam vagina. Ibu jari diarahkan ke atas. Daun kiri diluncurkan sepanjang jari-jari ini ke dalam jalan lahir dengan menekan tangkainya.



**Gbr. 11-12** Pemasangan daun kanan. Daun kiri yang telah dipasang ditahan oleh jari kelingking kiri yang diulurkan. Ibu jari, jari telunjuk dan tengah tangan kiri membentuk suatu jalur. Daun dimajukan dengan menekan tangkainya sepanjang jalur yang telah dibentuk sebelumnya.



**Gbr. 11-13** Penguncian forsep. Tangan memegang masing-masing tangkainya. Ibu jari berdekatan satu sama lain pada batang traksi. Kunci dicocokkan bersama tanpa paksaan.



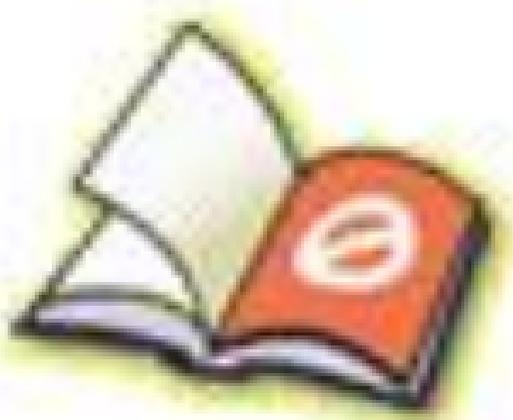
**Gbr. 11-14** Traksi percobaan setelah pemasangan forsep. Tangan kiri menangkap forsep di atas kunci. Traksi dilaksanakan secara singkat. Jari telunjuk tangan kanan digunakan untuk memastikan apakah ia diikuti bagian yang dipresentasikan.



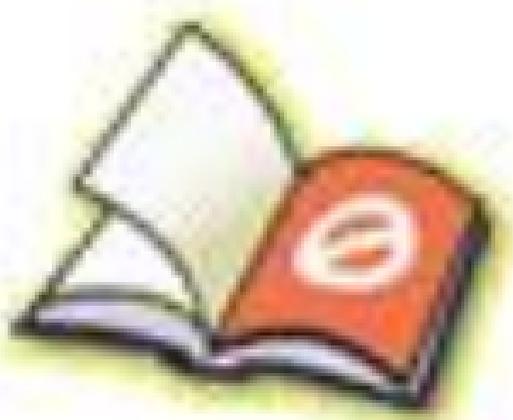
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



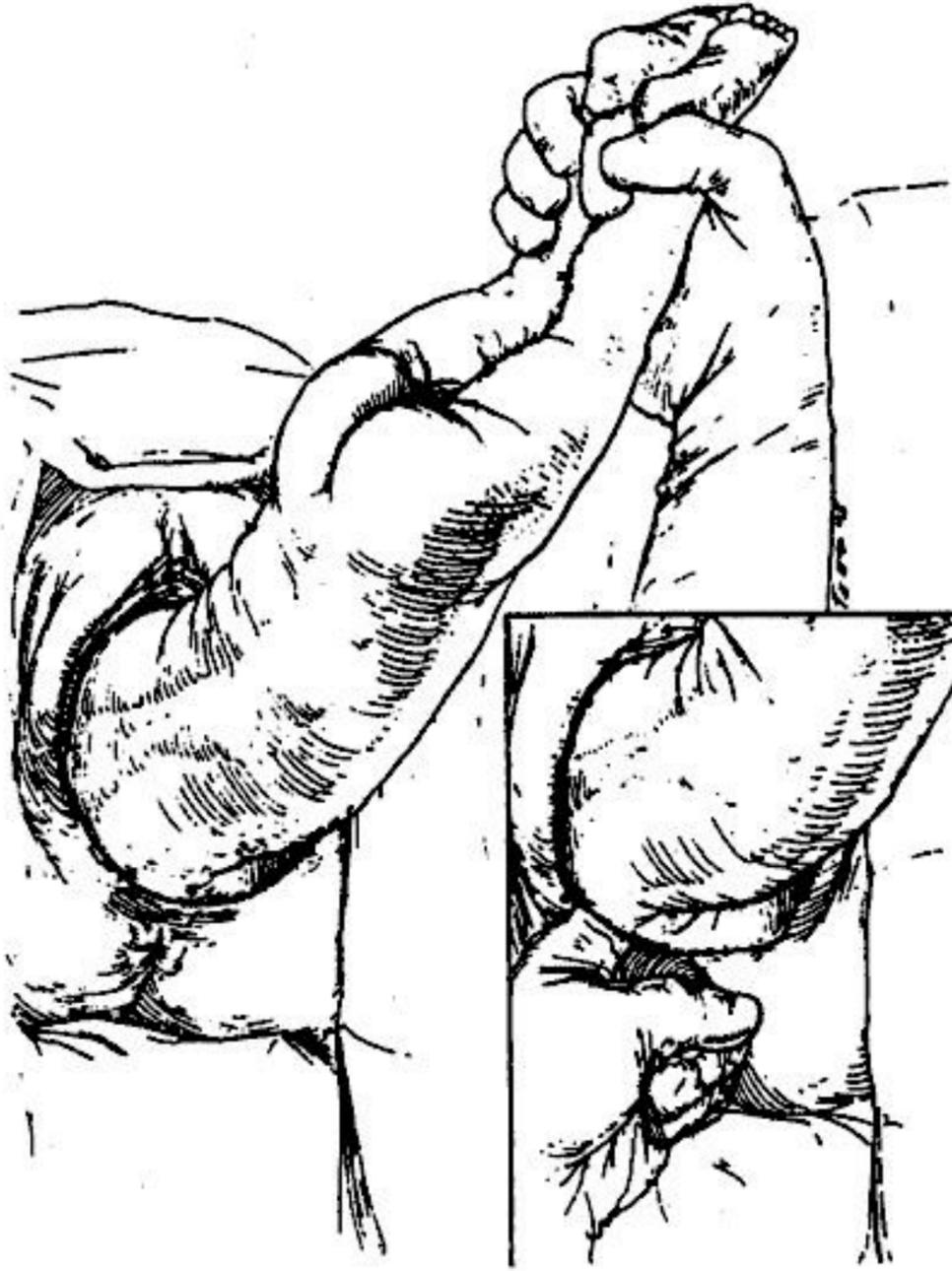
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



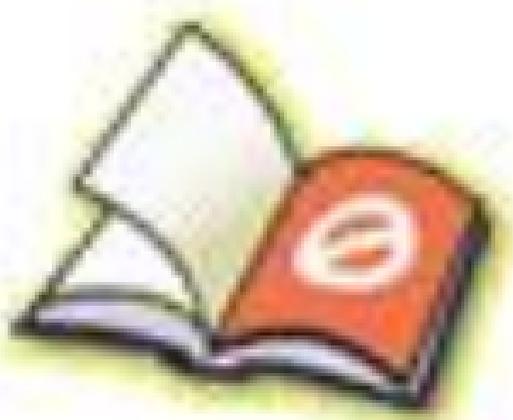
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



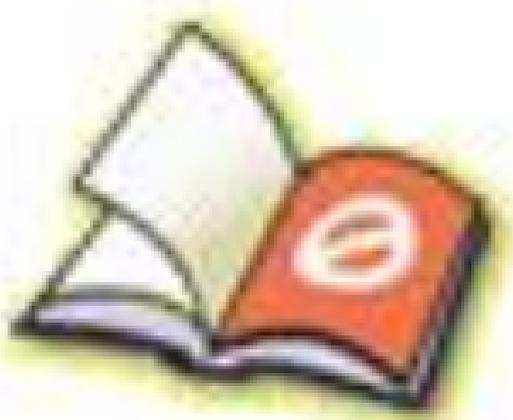
**Gbr. 11-26** Ekstraksi bokong. A, traksi ke arah atas untuk mempengaruhi pelahiran bahu posterior. B, membebaskan lengan posterior.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 11-37 Persalinan kepala pada letak sungsang.

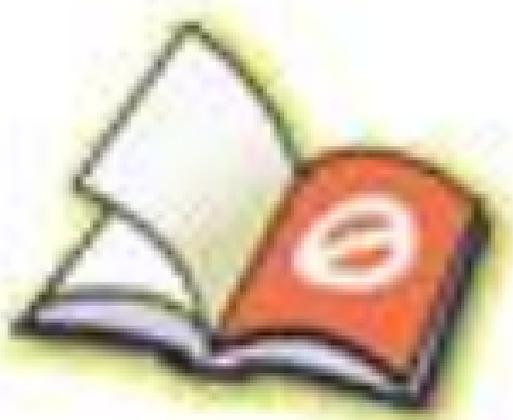
4. Ekstraksi bokong total.

Ekstraksi bokong total bila proses persalinan letak sungsang seluruhnya dilakukan dengan kekuatan dari penolong sendiri. Bentuk pertolongan ekstraksi bokong total menjadi ekstraksi bokong dan ekstraksi kaki (satu kaki, dua kaki)

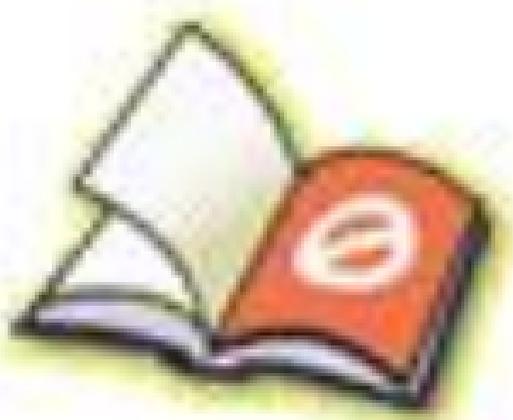
a. Ekstraksi bokong.

Ekstraksi bokong dilakukan sebagai berikut:

- Jari telunjuk tangan kanan dimasukkan agar dapat mencapai pelipatan paha depan.
- Dengan mengait pada spina ishiadica anterior superior dilakukan tarikan curam ke bawah sehingga trochanter depan dapat dilahirkan.
- Setelah trochanter depan lahir dilakukan tarikan ke atas sehingga trochanter belakang mencapai perineum.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

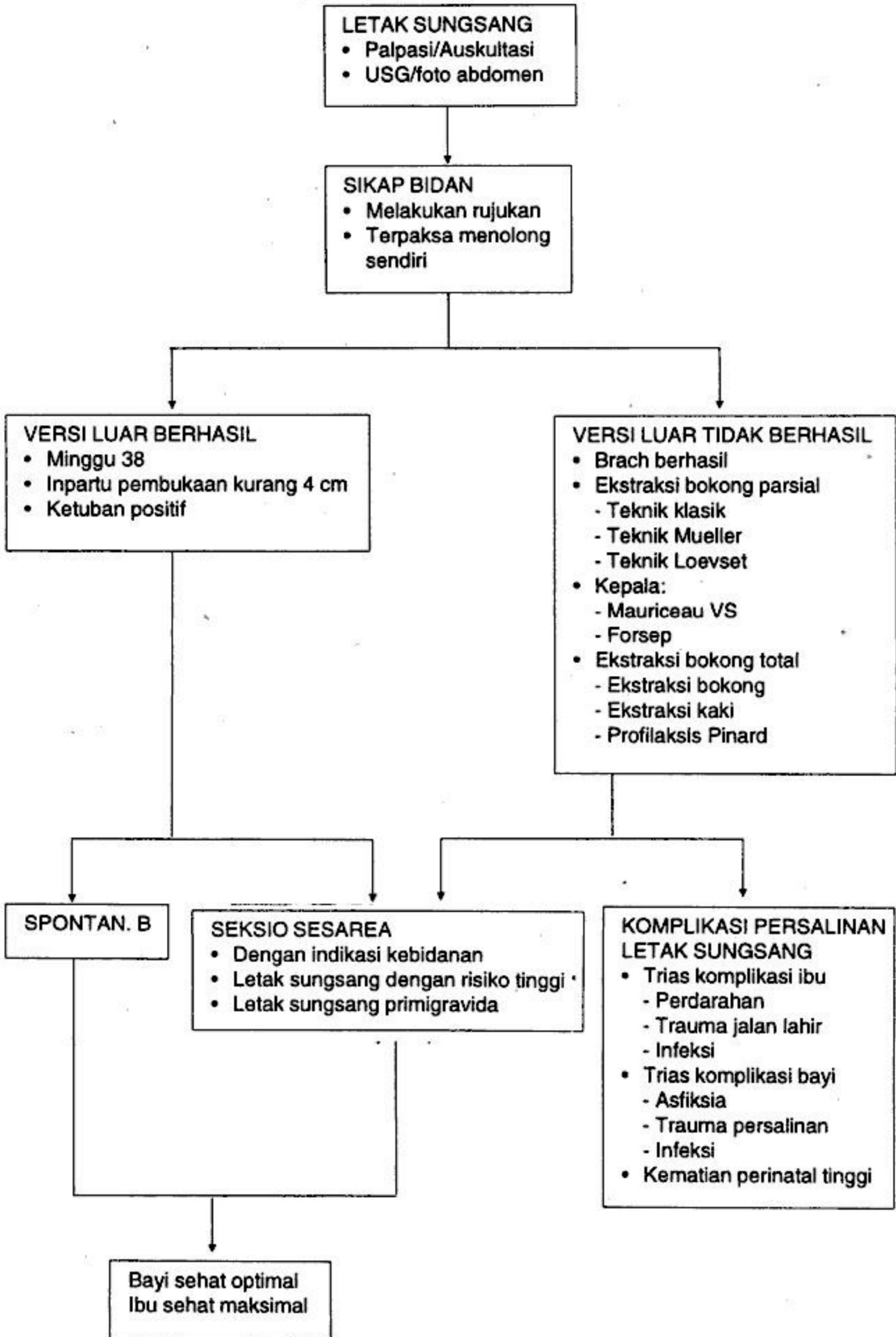


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



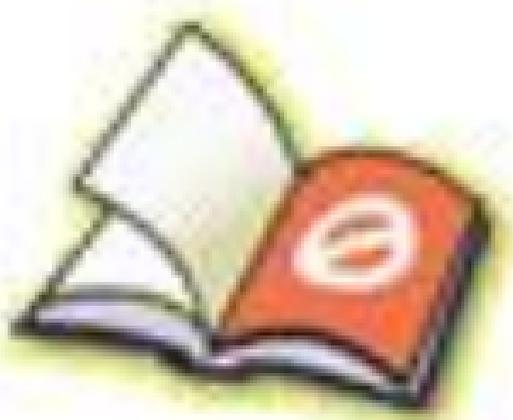
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

### Konsep penanganan letak sungsang

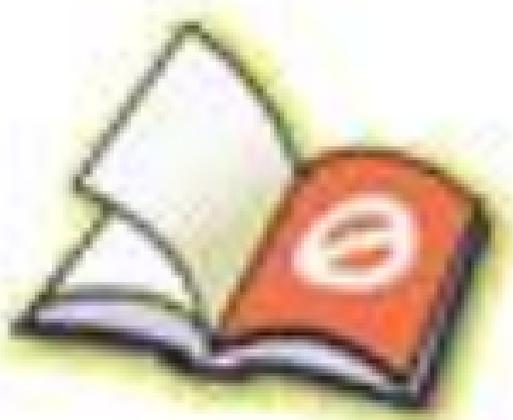




You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

# Bab 12

## Ilmu Penyakit Kandungan Untuk Pendidikan Bidan

### Pemeriksaan Kandungan

Bidan sebagai tenaga terlatih di tengah masyarakat dimintai bantuan bila berhadapan dengan kesulitan dalam kesehatan. Keluhan utama wanita yang mendorong untuk memeriksakan diri adalah keputihan, perdarahan, rasa nyeri, kehamilan, dan benjolan (tumor) pada alat genitalia. Keberadaan bidan bertujuan untuk menyaring berbagai masalah kesehatan, keluarga berencana, dan sebagai pendidik ikut serta dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Makin tinggi pendidikan masyarakat, makin banyak peranan bidan sebagai tenaga terlatih dalam mata rantai pelayanan dan pengayoman medis Sistem Kesehatan Nasional.

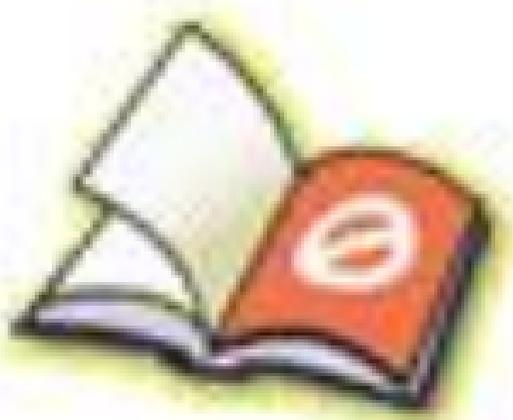
Sekalipun tugas utama bidan bukanlah untuk ikut menangani penyakit kandungan tetapi bidan dapat melakukan hal berikut ini:

- KIEP (komunikasi, informasi, edukasi dan motivasi) perorangan atau masyarakat untuk memeriksakan diri.
- Mendorong masyarakat untuk melakukan konsultasi dengan dokter puskesmas atau rumah sakit.
- Melakukan rujukan ke puskesmas ke dokter ahli atau rumah sakit.
- Menerima pengawasan lanjutan dari puskesmas atau dokter ahli rumah sakit sehingga masyarakat selalu dalam pengayoman medis.
- Mendorong masyarakat untuk memperhatikan konsep peningkatan pemeliharaan kesehatan dalam posyandu melalui upaya peningkatan gizi ibu hamil dan balita, menerima gerakan keluarga berencana, imunisasi, pengobatan sederhana, dan memanfaatkan pekarangan rumah untuk tanaman obat sederhana.

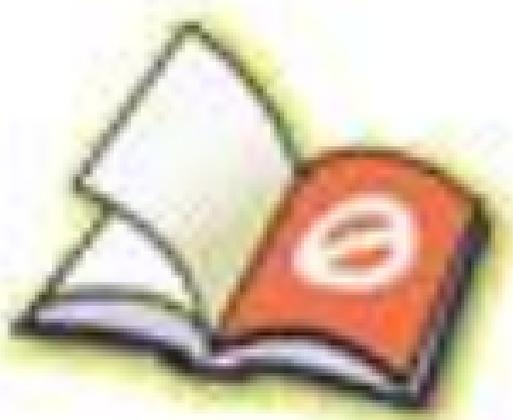
Keluhan utama wanita pada waktu pemeriksaan adalah keputihan, perdarahan, nyeri abdomen, kehamilan, dan tumor genitalia.

### Keputihan

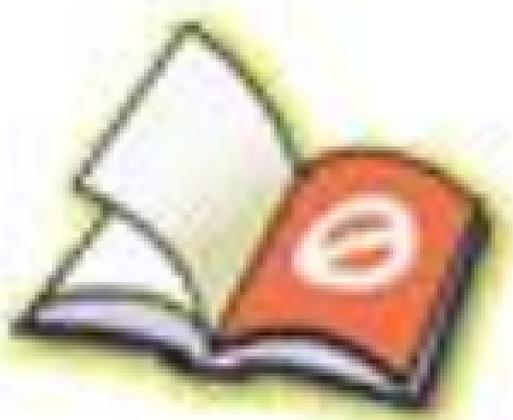
Keputihan adalah semua pengeluaran cairan alat genitalia yang bukan darah. Keputihan bukan penyakit tersendiri, tetapi merupakan manifestasi gejala dari hampir semua penyakit kandungan. Oleh karena itu, penyebab utama keputihan harus dicari



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

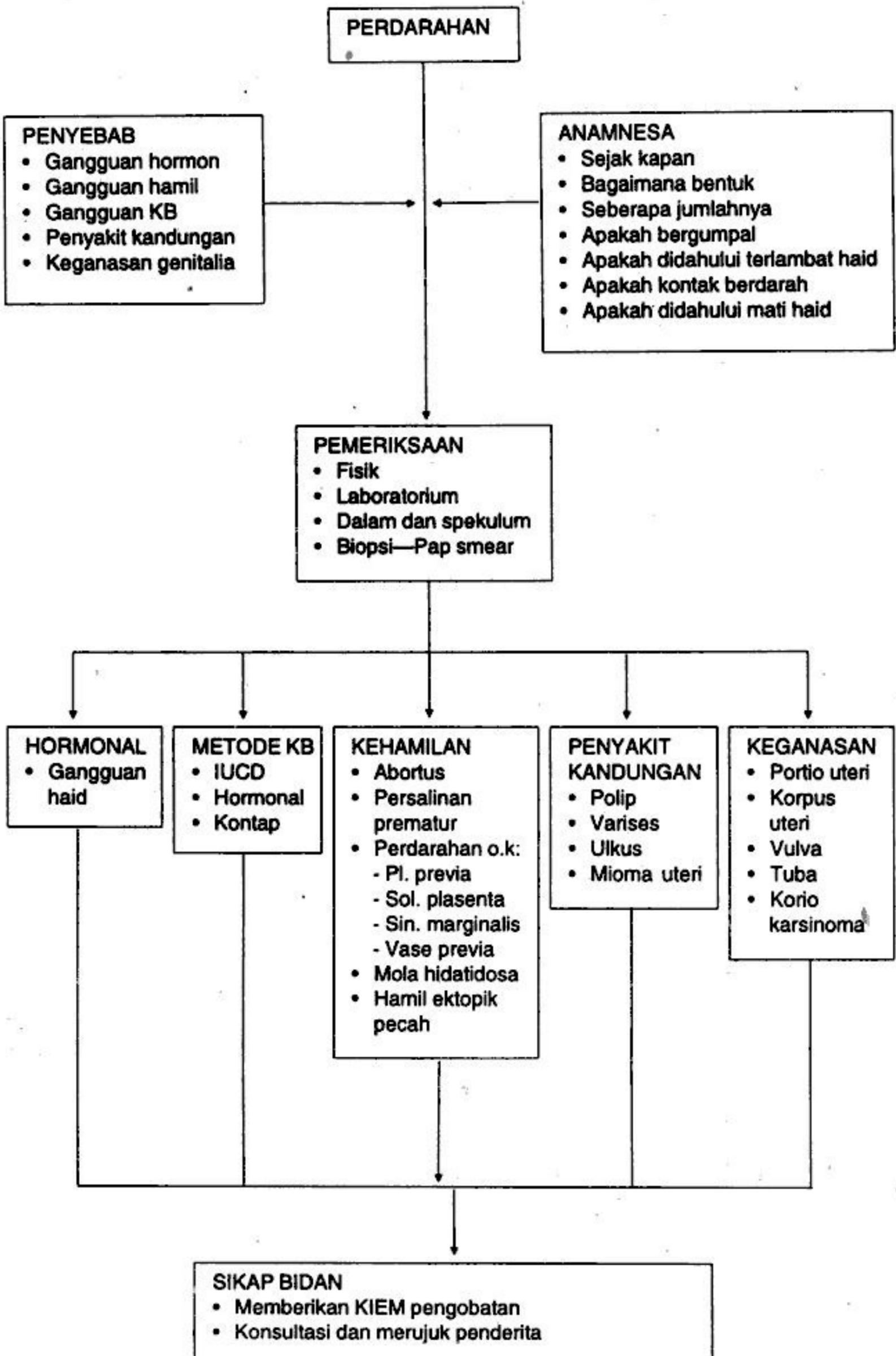


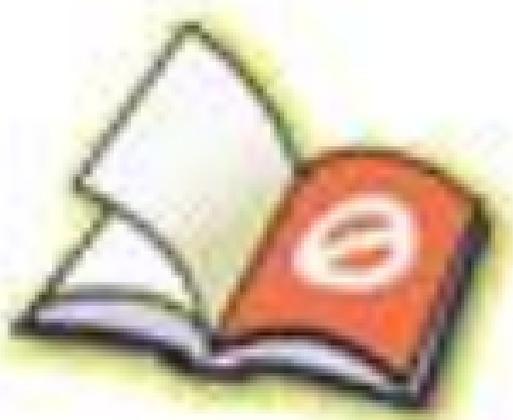
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

**Konsep tatalaksana perdarahan**





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



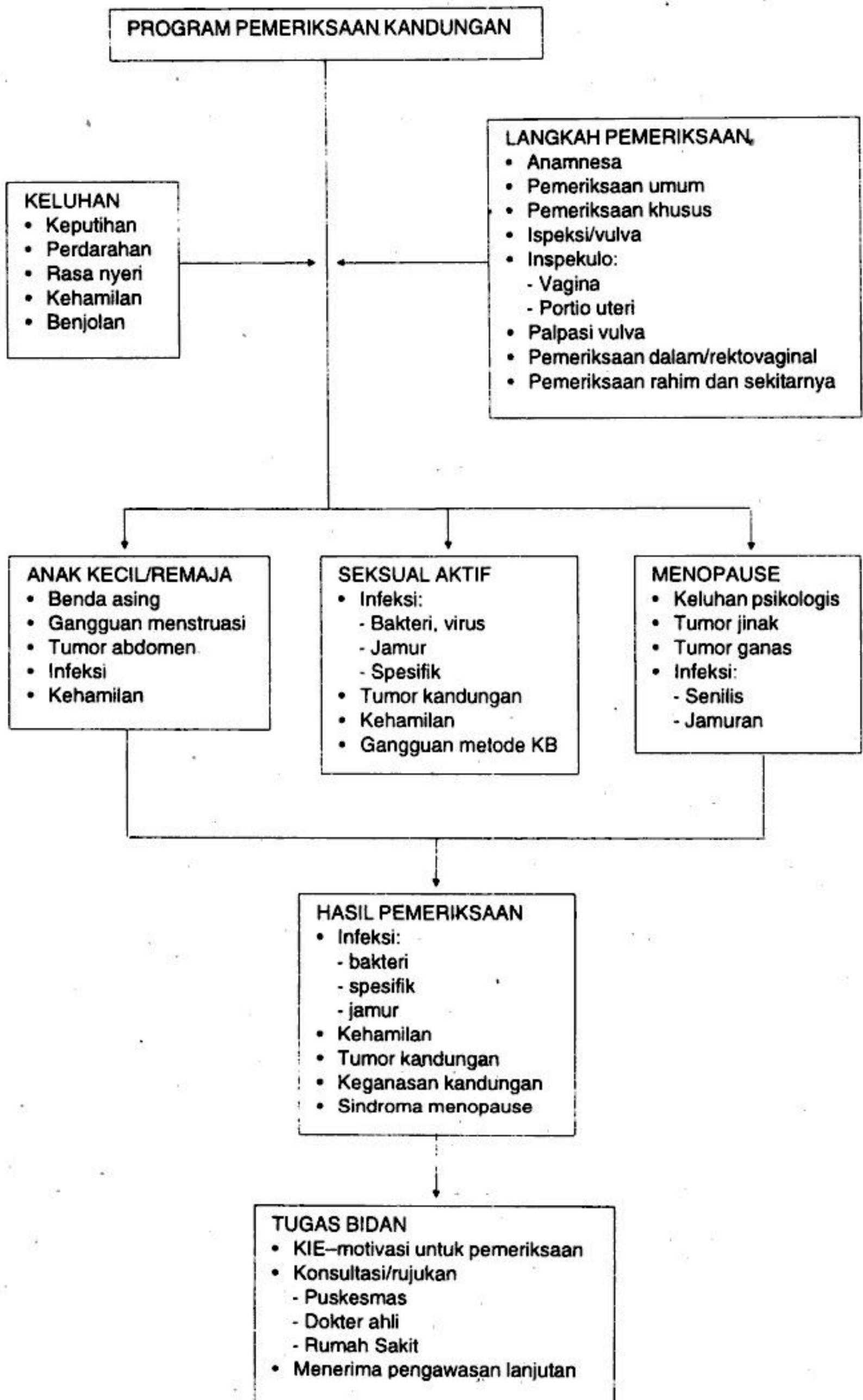
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

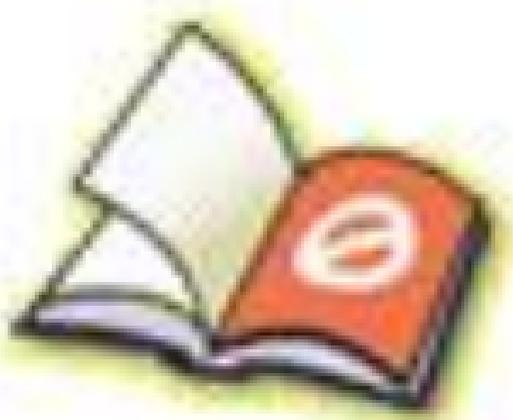


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

1. Penyebab organik-perdarahan bukan haid.

- Vagina: varises pecah, metastase-korio karsinoma, keganasan vagina.
- Serviks: karsinoma portio, perlukaan serviks, polip serviks.
- Rahim: polip endometrium, karsinoma korpus uteri, submukosa mioma uteri.
- Tuba fallopii: karsinoma tuba, hamil ektopik tuba.
- Ovarium: radang ovarium, tumor ovarium.

2. Penyebab perdarahan disfungsi.

Perdarahan disfungsi adalah perdarahan tanpa dijumpai kelainan organik alat genitalia, tetapi gangguan mata rantai hormonal aksis hipotalamus-hipofisis dan ovarium. Perdarahan disfungsi terdapat 2 bentuk, yaitu:

- Perdarahan disfungsi dengan ovulasi (*ovulatoir disfunctional bleeding*).
- Perdarahan disfungsi tanpa ovulasi (*anovulatoir disfunctional bleeding*).

Dalam menghadapi keadaan perdarahan bukan haid, bidan sebaiknya berkonsultasi dengan puskesmas atau merujuk ke dokter ahli atau rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan penyebabnya. Bidan sebaiknya memberikan KIEM kepada penderita sehingga penderita bersedia memeriksakan diri.

### **Ketegangan premenstruasi**

Keluhan pre-menstruasi terjadi sekitar beberapa hari sebelum bahkan sampai saat menstruasi berlangsung. Gejala ini dijumpai pada wanita sekitar umur 30 sampai 45 tahun. Penyebab yang jelas tidak diketahui tetapi terdapat dugaan bahwa ketidakseimbangan antara estrogen dan progesteron. Dikemukakan bahwa dominasi "estrogen" merupakan penyebab dengan defisiensi fase luteal dan kekurangan produksi progesteron. Akibat dominasi estrogen terjadi retensi air dan garam, dan edema pada beberapa tempat.

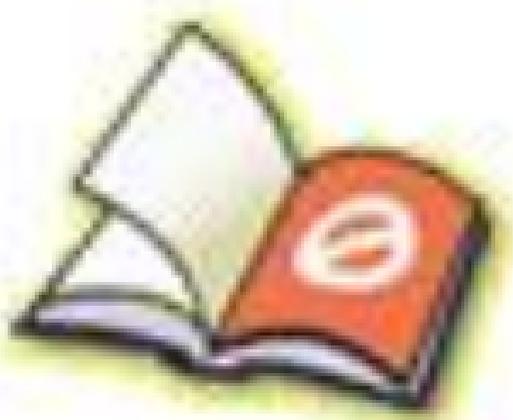
Gejala kliniknya dalam bentuk:

- Gangguan emosional—mudah tersinggung
- Sukar tidur, gelisah, sakit kepala
- Perut kembung, mual sampai muntah
- Payudara terasa tegang dan sakit
- Pada kasus yang lebih berat sering merasa tertekan.

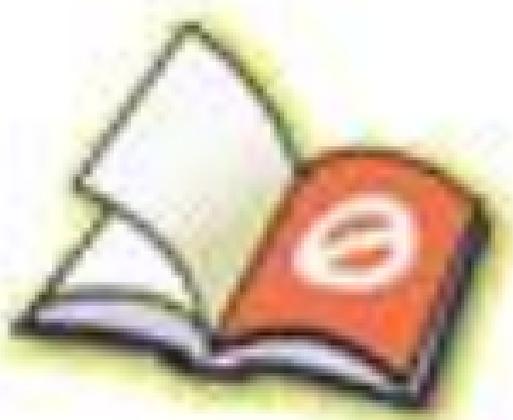
Dalam menghadapi ketegangan premenstruasi, bidan sebaiknya berkonsultasi ke puskesmas, dokter ahli, atau rumah sakit untuk mendapat penanganan yang lebih sempurna. Kepada wanita diberikan KIEM untuk siap melakukan pemeriksaan lebih lanjut.

### **Mastodinia atau mastalgia**

Rasa tegang dan nyeri pada payudara menjelang haid disebut mastalgia. Mastalgia disebabkan dominasi hormon estrogen, sehingga terjadi retensi air dan garam disertai hiperemia di daerah payudara. Segera setelah menstruasi, mastalgia menghilang dengan sendirinya.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Bagaimana sikap bidan menghadapi penyakit yang terjadi pada vulva? Bidan sebagai tenaga kesehatan di lini terdepan dapat melakukan tindakan sebagai berikut:

1. Memberikan pengobatan sementara dengan antibiotika.
2. Memberikan obat rendam untuk mengurangi rasa sakit dan mengeluarkan keputihan atau leukorea.
3. Melakukan konsultasi sehingga masyarakat mendapat pengayoman dan pelayanan medis yang adekuat.
4. Pada kasus abses Bartholini, kalau terpaksa bidan dapat melakukan insisi di daerah yang paling tegang.
5. Melakukan rujukan medis.

## **Vaginitis**

Vaginitis merupakan infeksi pada vagina yang disebabkan oleh berbagai bakteri, parasit atau jamur. Infeksi ini sebagian besar terjadi karena hubungan seksual. Gejala umum vaginitis adalah:

- Pengeluaran keputihan berlebihan, dapat seperti nanah
- Terasa panas dan gatal
- Suhu badan dapat meningkat
- Bagian luar terjadi pembengkakan
- Pada vagina terdapat bintik merah, mudah berdarah
- Terasa nyeri saat hubungan seks (dispareunia).

Vaginitis khusus yang perlu diketahui bidan adalah:

1. Vaginitis trikomonas vaginalis.

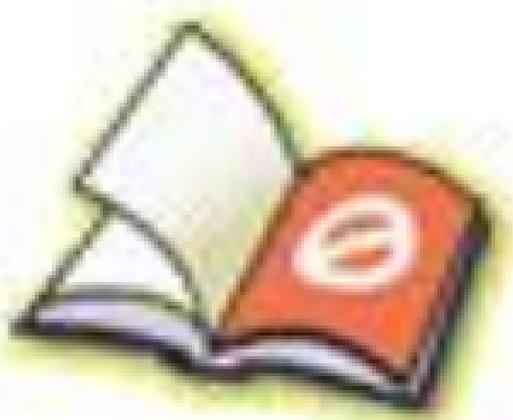
Infeksi ini disebabkan oleh trikomonas vaginalis yang mempunyai bentuk kecil, berambut getar, dan lincah bergerak. Gejala utamanya:

- Terdapat keputihan encer sampai kental
- Kekuning-kuningan
- Gatal dan terasa membakar
- Berbau
- Terdapat dispareunia
- Pada pemeriksaan Bidan akan menjumpai: terdapat keputihan, encer sampai kental dan terdapat bintik pada dinding vagina.

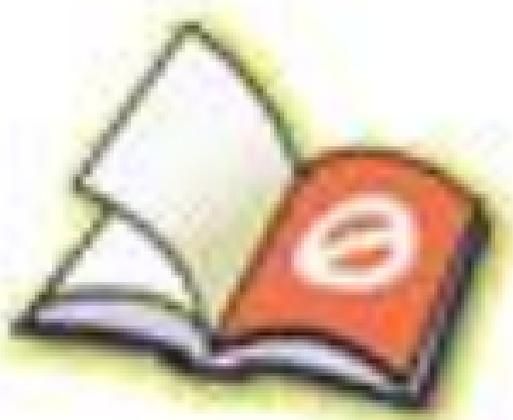
Bidan selanjutnya melakukan konsultasi atau segera merujuk penderita kepada dokter atau puskesmas.

2. Vaginitis kandidiasis (kandidiasis).

Infeksi ini disebabkan oleh jamur kandida albikan. Vaginitis kandidiasis sering dijumpai pada wanita hamil, karena terdapat perubahan asam basa. Gejala vaginitis kandidiasis adalah terdapat keputihan kental-bergumpal, terasa sangat gatal dan mengganggu, dan pada dinding vagina sering dijumpai membran putih yang bila dihapuskan dapat menimbulkan perdarahan. Bidan yang menghadapi gejala infeksi jamur ini perlu segera berkonsultasi dengan dokter atau merujuk penderita untuk mendapatkan pengobatan yang adekuat.



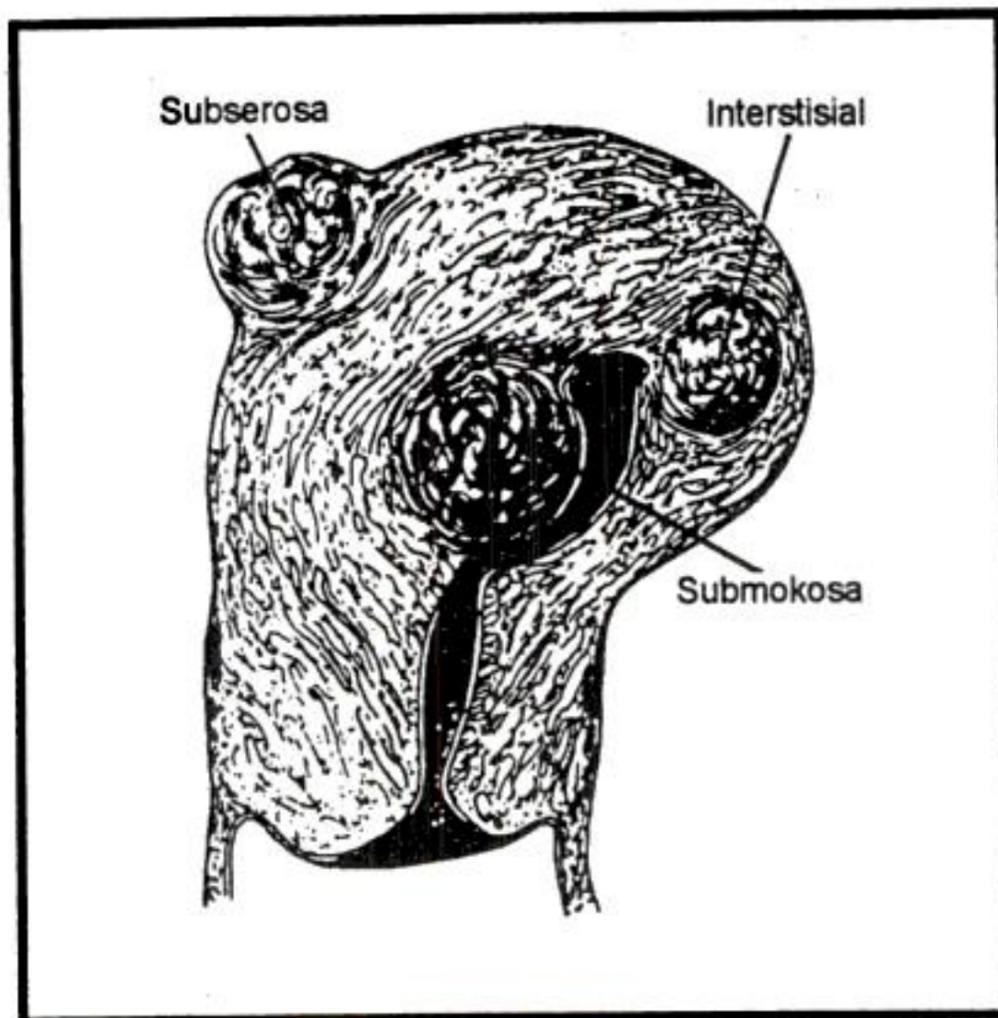
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 12-1. Berbagai jenis mioma uteri.

3. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan kehamilan.

Kehamilan dengan disertai mioma uteri menimbulkan proses saling mempengaruhi:

- Kehamilan dapat mengalami keguguran
- Persalinan prematuritas
- Gangguan saat proses persalinan
- Tertutupnya saluran indung telur menimbulkan infertilitas
- Kala ketiga terjadi gangguan pelepasan plasenta dan perdarahan.

### Diagnosis mioma uteri

Secara sederhana bidan dapat memperkirakan kemungkinan mioma uteri dengan memperhatikan gejala klinik, yaitu terdapat perdarahan menstruasi yang tidak normal, terdapat gangguan miksi atau buang air besar, dan terasa nyeri terutama saat menstruasi.

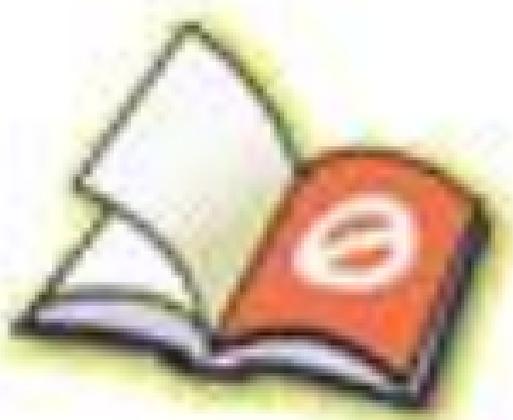
Pada pemeriksaan dalam bidan dapat menjumpai teraba tumor padat pada abdomen bagian bawah dan pergerakan tumor terbatas. Pada pemeriksaan dalam bidan dapat meraba tumor berasal dari rahim dan pergerakan tumor dapat terbatas atau bebas. Penanganan mioma uteri memerlukan tindakan spesialis sehingga bidan perlu menetapkan kemungkinan mioma uteri dan melakukan rujukan ke puskesmas, dokter ahli, atau ke rumah sakit.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

3. Penyebaran secara limfogen dari Halban.
  - Sel endometrium masuk ke sirkulasi aliran limfa dan menyebar pada beberapa tempat
  - Sel hidup dan mendapat rangsangan estrogen dan progesteron dalam proses siklus menstruasi.
4. Penyebaran mengikuti aliran darah.
5. Penempelan kembali sel endometrium.
  - Dapat menerangkan tumbuh kembangnya sel endometrium pada bekas operasi seksio sesarea atau sekitar uterus
  - Bekas irisan operasi episiotomi.

Dengan mengikuti pengaruh rangsangan estrogen dan progesteron, maka di tempat implantasi endometrium terjadi timbunan darah dan sel endometrium, menyebabkan pendesakan dan menimbulkan rasa nyeri sesuai dengan fase menstruasi.

### **Gejala klinis endometriosis**

Gejala klinis endometriosis terjadi karena pengaruh hormonal estrogen dan progesteron sehingga terjadi siklus menstruasi. Rasa nyeri terjadi karena vaskularisasi yang meningkat dan deskuamasi struma dan sel jaringan endometrium. Gejala klinis endometriosis dalam bentuk:

- Dismenorea: nyeri abdomen sesuai dengan waktu menstruasi, terdapat rasa kemeng terutama saat menstruasi.
- Dispareunia: nyeri saat hubungan seksual.
- Nyeri saat defekasi: pada endometriosis dinding rektosigmoid.
- Perubahan menstruasi dalam bentuk polimenorea atau hipermenorea (menoragia).
- Infertilitas: gangguan saluran tuba fallopii sehingga tidak berfungsi sebagai saluran ovum spermatozoa dan tempat konsepsi; dan gangguan mobilitas tuba saat melakukan penangkapan ovum karena perlekatan.

Endometriosis dijumpai secara kebetulan pada pasangan yang memeriksakan diri karena kemandulan.

### **Bagaimana bidan menegakkan diagnosis**

Menegakkan diagnosis endometriosis agak sukar karena tidak terdapat gejala klinis yang khas, di samping tidak semuanya memberikan gejala. Bidan dapat menduga kemungkinan endometriosis berdasarkan:

1. Terdapat gejala klinis.
2. Pada pemeriksaan dijumpai tumor dengan batas yang tidak jelas, sulit membedakan uterus dengan jaringan sekitarnya.
3. Keluhan infertilitas.

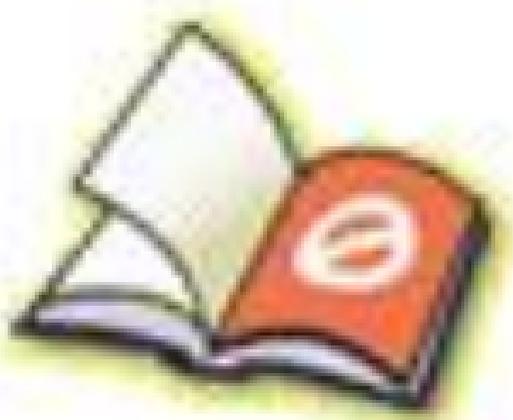
Bila bidan berhadapan dengan keadaan tersebut dapat melakukan atau mengambil sikap dengan melakukan konsultasi ke puskesmas, merujuk penderita ke dokter ahli, atau merujuk ke rumah sakit.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



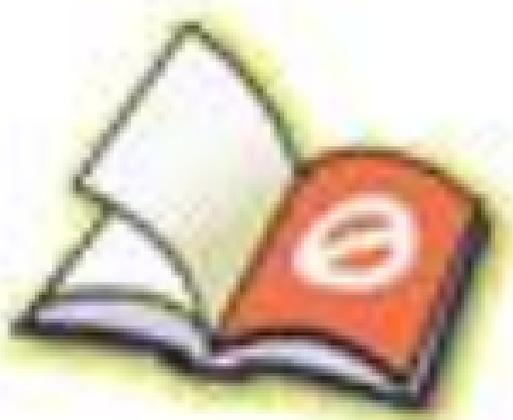
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## **B. Keganasan pada vulva.**

Pembangunan berhasil meningkatkan kesehatan, sehingga dapat mencapai usia lanjut dengan kemungkinan untuk mendapat keganasan semakin besar, terutama bagi golongan sosial ekonomi rendah. Daerah vulva yang sering terserang karsinoma adalah bibir besar (labium mayus) dan klitoris. Pada kasus yang sudah lanjut terdapat metastase tumor ganas berbentuk ulkus dengan pinggir agak padat, tumbuh eksofitik seperti bunga kol, dan kerusakan jaringan nekrosis dan berbau.

Bentuk stadium muda dengan gejala klinis gatal yang sulit sembuh, terasa seperti terbakar, dan didahului leukoplakia, atau kehilangan pigmen kulit. Dalam keadaan demikian, tugas bidan adalah melakukan konsultasi ke dokter untuk mendapat pemeriksaan sitologi cairan luka (ulkus) dan biopsi ulkus.

## **C. Keganasan vagina.**

Keganasan vagina mempunyai gejala klinik yang bervariasi, yaitu tanpa gejala, hanya ditemukan secara kebetulan; mengeluarkan cairan encer, dapat bercampur darah; terjadi perdarahan setelah hubungan seksual; dan keganasan stadium lanjut, berbau khas jaringan nekrosis.

Dalam menghadapi keganasan vagina atau keganasan alat reproduksi umumnya, bidan selalu harus melakukan pemeriksaan dalam dan melihat dengan spekulum. Keganasan vagina dapat dalam bentuk perlukaan dengan tepi padat dan menonjol, ulkus mudah berdarah, bentuk bunga kol dan tampak cairan yang bercampur darah.

Bidan sebagai tenaga terlatih dapat mengambil cairan untuk pemeriksaan sitologi. Lebih lanjut bidan melakukan rujukan bila mencurigai kemungkinan keganasan ke dokter ahli, puskesmas atau rumah sakit.

## **D. Keganasan mulut rahim.**

Keganasan mulut rahim merupakan keganasan wanita yang paling banyak. Perkembangan keganasan mulut rahim berjalan sangat lambat, tetapi ironisnya, sebagian besar kedatangan penderita sudah dalam stadium lanjut, sehingga pengobatannya tidak memuaskan. Ketidaktahuan masyarakat dan rendahnya sosial ekonomi merupakan kendala utama keterlambatan memeriksakan diri. Mendorong memeriksakan diri dan menemukan stadium dini keganasan mulut rahim, merupakan salah satu tugas bidan di masyarakat.

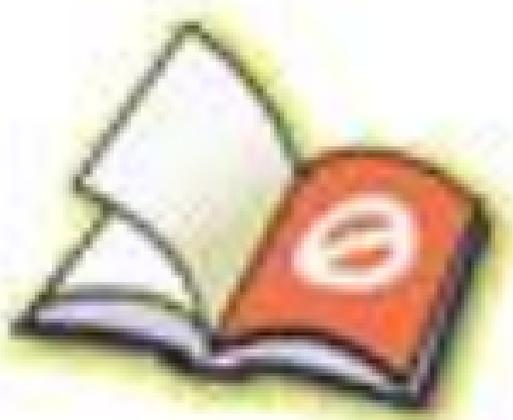
Umur keganasan mulut rahim antara 30 sampai 60 tahun bahkan cenderung makin muda. Beberapa faktor predisposisi keganasan mulut rahim adalah:

- Kawin pada usia muda, banyak dijumpai di daerah pedesaan.
- Multipartner, kawin usia muda cenderung bercerai dan selanjutnya kawin kembali
- Infeksi mulut rahim: virus herpes tipe 2, perlukaan mulut rahim menahun, infeksi trikomonas
- Keadaan sosial ekonomi yang rendah, memudahkan terjadinya infeksi

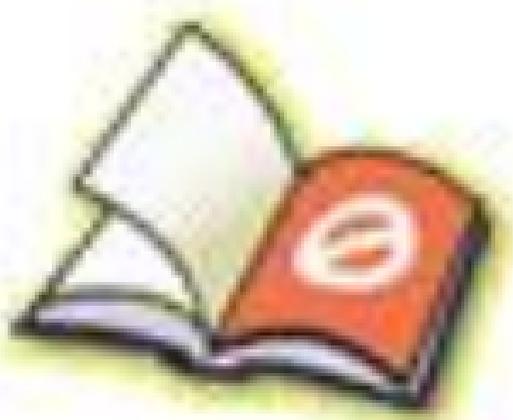
Berdasarkan lokalisasi keganasan mulut rahim menyebabkan wanita segan untuk memeriksakan diri sehingga kedatangannya dalam stadium lanjut. Penekanan bidan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

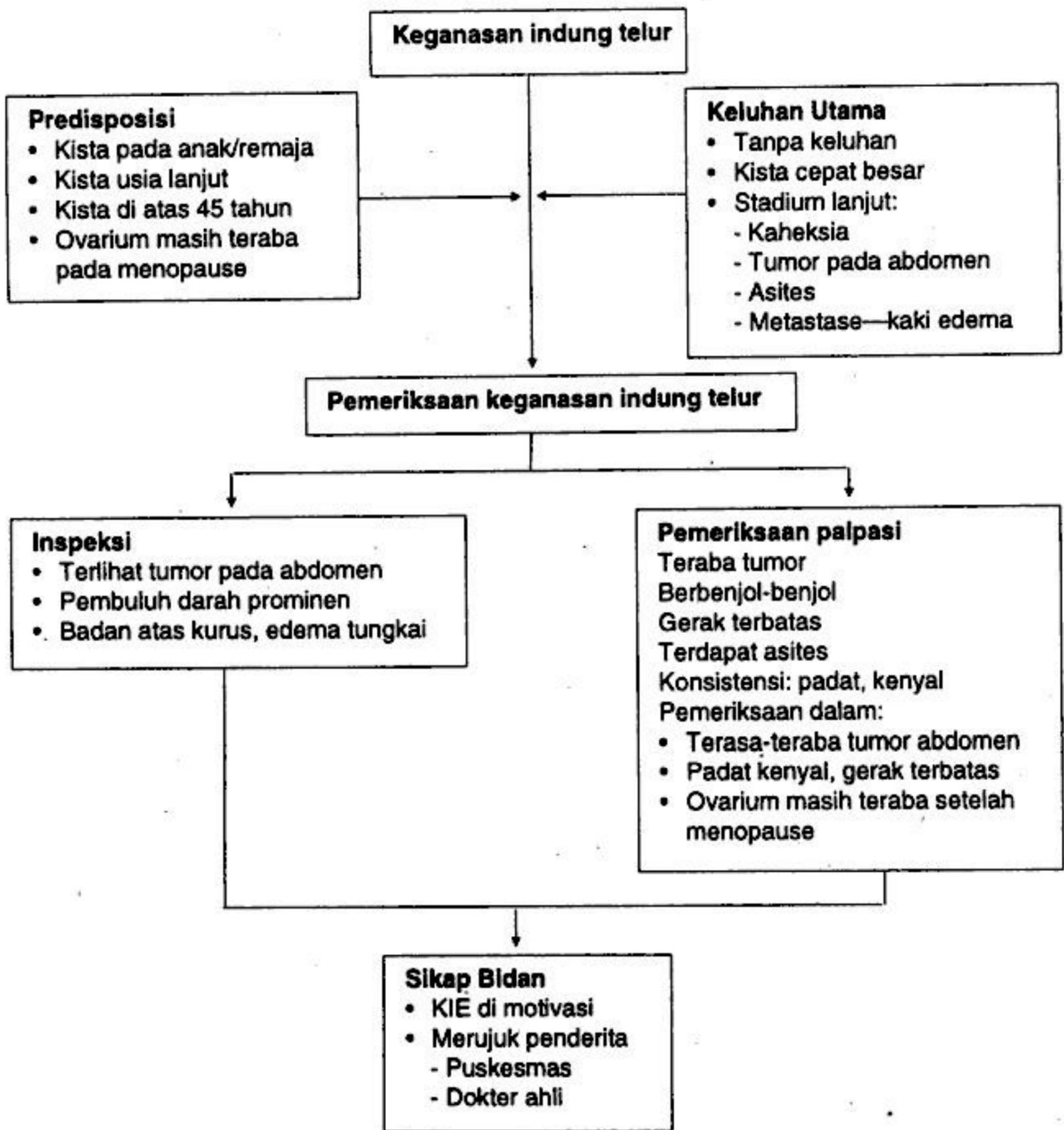


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

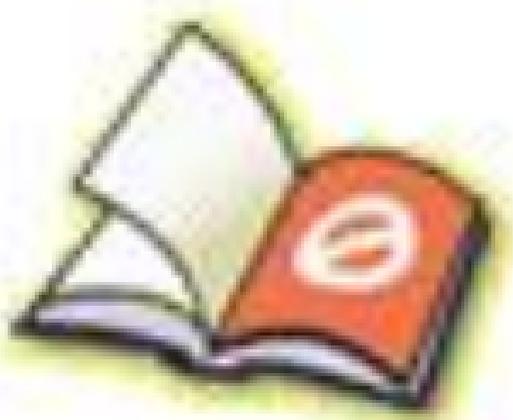
**Konsep tatalaksana keganasan indung telur (ovarium)**



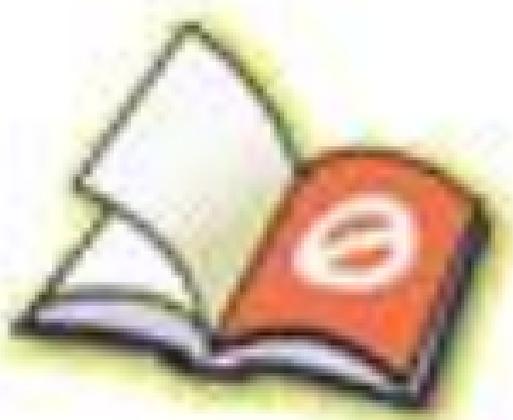
**Gejala keganasan indung telur stadium lanjut:**

1. Teraba tumor di abdomen kistik atau padat.
2. Pergerakan terbatas, karena anak sebar ke jaringan sekitarnya.
3. Terdapat asites (cairan dalam abdomen).
4. Anak sebar dapat menyebabkan edema tungkai bawah.
5. Tubuh bagian atas kurus dengan penampilan perut buncit.

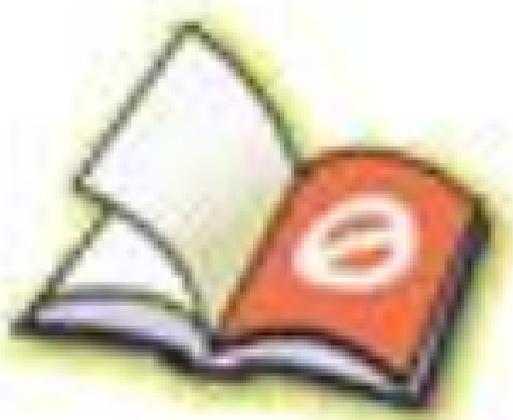
Peranan bidan untuk menemukan keganasan indung telur pada stadium muda sukar dan tidak sulit setelah stadium lanjut. Dalam menghadapi keganasan indung telur pada stadium dini (muda) maka tugas bidan segera melakukan konsultasi atau merujuk penderita. Diagnosis banding keganasan indung telur adalah kehamilan dan tumor pada rahim.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Bab 13

# Pedoman Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan

### Pedoman Umum Medis Teknis Keluarga Berencana

Indonesia menghadapi masalah dengan jumlah dan kualitas sumber daya manusia dengan kelahiran 5.000.000 per tahun. Untuk dapat mengangkat derajat kehidupan bangsa telah dilaksanakan secara bersamaan pembangunan ekonomi dan keluarga berencana yang merupakan sisi masing-masing mata uang. Bila gerakan keluarga berencana tidak dilakukan bersamaan dengan pembangunan ekonomi, dikhawatirkan hasil pembangunan tidak akan berarti.

Pendapat Malthus—yang mengemukakan bahwa pertumbuhan dan kemampuan mengembangkan sumber daya alam laksana deret hitung, sedangkan pertumbuhan dan perkembangan manusia laksana deret ukur, sehingga pada satu titik sumber daya alam tidak mampu menampung pertumbuhan manusia—telah menjadi kenyataan. Berdasarkan pendapat demikian diharapkan setiap keluarga, memperhatikan dan merencanakan jumlah keluarga yang diinginkan.

Keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa diharapkan menerima norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada "catur warga" atau *zero population growth* (pertumbuhan seimbang). Gerakan keluarga berencana nasional Indonesia telah berumur panjang (sejak 1970) dan masyarakat dunia menganggap Indonesia berhasil menurunkan angka kelahiran dengan bermakna. Masyarakat dapat menerima hampir semua metode medis teknis keluarga berencana yang dicanangkan oleh pemerintah.

Pemerintah meluncurkan gagasan baru, yaitu:

1. Keluarga berencana mandiri: artinya masyarakat memilih metode KB dengan biaya sendiri melalui KB lingkaran biru dan KB lingkaran emas.
2. Mengarahkan pada pelayanan metode kontrasepsi efektif (MKE): AKDR, suntikan KB, susuk KB, dan kontap.

Di bawah ini dijabarkan metode medis teknis gerakan keluarga berencana di Indonesia untuk mendapatkan gambaran yang menyeluruh dan rinci.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

## Kontrasepsi Hormonal

Sejarah penemuan kontrasepsi hormonal berjalan panjang, mulai dari 1897 ketika Beard menduga bahwa korpus luteum dapat menghambat terjadinya ovulasi. Fellmer pada tahun 1912 mempelajari pengaruh korpus luteum terhadap mammae dan uterus. Moore dan Price mengetahui fungsi kelenjar hipofisis dan estrogen serta progesteron dapat memberikan rangsangan balik. Corquodale, Thayer dan Doisy antara tahun 1930 sampai 1936 mengisolasi estrogen dan progesteron.

Laboratorium Syntex pada tahun 1956 menemukan progesteron sintesis dengan nama Norethisterone. Pada tahun 1960 Rock, Pincus dan Garcia mencoba progesteron sebagai kontrasepsi oral dengan hasil yang memuaskan. Pada tahun 1963 Goldzieher membuat pil KB oral sekuensial. Pada perkembangan dan percobaan selanjutnya telah dibuat berbagai pil KB dengan tujuan meningkatkan efektivitas, mengurangi efek samping, dan meminimalkan keluhan peserta KB.

### Mekanisme kerja kontrasepsi hormonal

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi hormonal telah mempelajari bahwa estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi.

Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran *follicle stimulating hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan folikle de Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran hormon luteinizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus-endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi.

Fungsi komponen progesteron:

1. Rangsangan balik ke hipotalamus dan hipofisis, sehingga pengeluaran LH tidak terjadi dan menghambat ovulasi.
2. Progesteron mengubah endometrium, sehingga kapasitas spermatozoa tidak berlangsung.
3. Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit ditembus spermatozoa.
4. Menghambat peristaltik tuba, menyulitkan konsepsi.
5. Menghindari implantasi, melalui perubahan struktur endometrium.

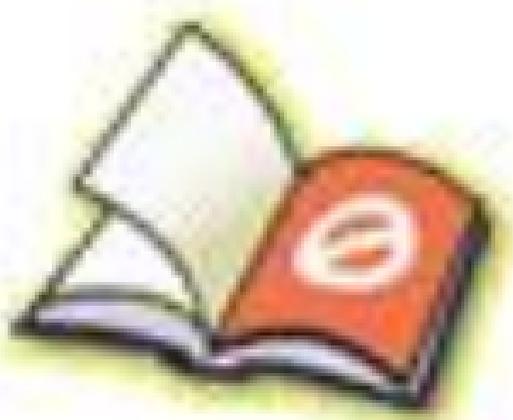
### Kontrasepsi hormonal pil

Kontrasepsi hormonal pil telah mengalami penelitian panjang, sehingga sebagian besar wanita dapat menerima tanpa kesulitan, dengan patrun menstruasi normal serta durasi antara 4 sampai 6 hari. Di samping durasi 4 sampai 6 hari, masih terdapat patrun menstruasi wanita:

1. Wanita tergolong durasi menstruasi kurang dari 4 hari, memerlukan pil KB dengan efek estrogen tinggi.
2. Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

### Pencabutan susuk KB sebelum waktunya

Keinginan peserta KB untuk mencabut susuk KB dengan alasan ingin punya anak lagi dan terjadi perdarahan/gangguan menstruasi.

### Pencabutan susuk KB

Indonesia yang merupakan negara terbesar pemakai susuk KB menghadapi kendala dalam mencabut sebanyak 300.000 sampai 400.000 susuk KB setiap tahunnya. Pada pertemuan teknologi kontrasepsi di Cisarua, Bogor, 4 Pebruari 1993, banyak kendala dijumpai saat pencabutan sebagai berikut:

1. Kendala teknis pencabutan.
  - Pemasangan terlalu dalam 47,5%
  - Pemasangan susuk KB tidak teratur 47,4%
  - Pemasangan yang berjauhan 5,1%
2. Komplikasi (penyulit).
  - Perdarahan dan hematoma 20%
  - Infeksi 5%
  - Tidak semua susuk KB dapat dikeluarkan 2%
3. Biaya untuk mencabut susuk KB besar.

Pada pencabutan banyak dijumpai kesulitan sehingga diupayakan untuk merekayasa teknik pencabutan sebagai berikut:

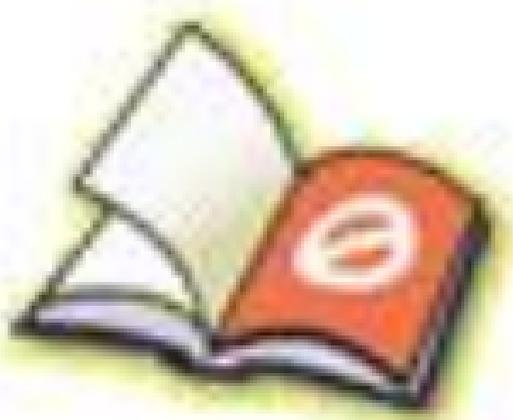
1. Metode standar.
  - Tempat pencabutan didesinfektan kemudian ditutup dengan duk
  - Dilakukan patirasa lokal dengan lidokain 2%
  - Insisi dibuat pada sekitar tempat insersi susuk KB
  - Pencabutan dengan cara:
    - Teknik blind (buta).  
Kapsul dijepit dengan kliem arteri dan selanjutnya ditarik keluar.
    - Teknik a vue.  
Ujung kapsul dibersihkan dari jaringan ikat dan selanjutnya dipegang dengan klien arteri dan dikeluarkan
2. Teknik U.
  - Tempat pencabutan didesinfektan kemudian ditutup dengan duk steril
  - Insisi dibuat sejajar dengan pemasangan susuk KB
  - Jaringan penutup susuk KB dibersihkan
  - Alat U dipakai memegang kapsul, ditarik ke arah insisi, jaringan ikatnya dibersihkan dan selanjutnya kapsul ditarik keluar.
3. Teknik tusuk (Ma) pencabutan susuk KB.

Di RSUP Denpasar, IBG Manuaba merekayasa alat dan teknik pencabutan susuk KB. Konsep pencabutan adalah susuk KB dipasang melalui tusukan dan dicabut dengan teknik tusuk (Ma).

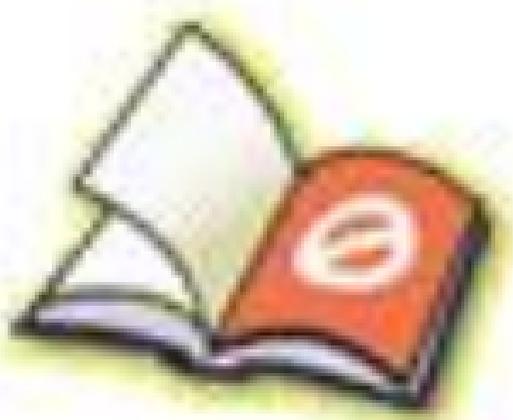
Pembuatan "alat tusuk" pencabut susuk KB (Ma) adalah sebagai berikut: ambil kawat sepanjang 7 sampai 8 cm (ruji sepeda mudah didapat di mana saja) kemudian salah satu ujungnya diruncingkan dan diperkecil, dan dilengkungkan 90° untuk



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

in situ, AKDR dalam keadaan kolaps membuat suasana pada fundus uteri menjadi normal dan siap menerima hasil konsepsi.

Mekanisme kerja lokal AKDR sebagai berikut:

1. AKDR merupakan benda asing dalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag, dan limfosit.
  2. AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa.
  3. Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi.
  4. Ion Cu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi.
- Mekanisme kerja yang pasti belum diketahui dan masih dalam penelitian.

### **Keuntungan AKDR**

Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian.

Keuntungan AKDR adalah:

1. Dapat diterima masyarakat dengan baik.
2. Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit.
3. Kontrol medis yang ringan.
4. Penyulit tidak terlalu berat.
5. Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik.

### **Kerugian AKDR**

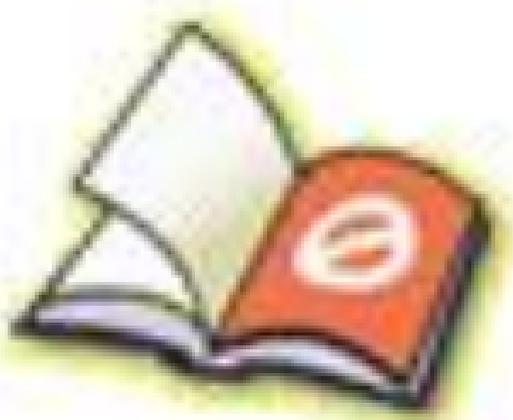
Alat AKDR bukanlah alat kontrasepsi yang sempurna, sehingga masih terdapat beberapa kerugian sebagai berikut:

1. Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ.
2. Terdapat perdarahan: spotting dan menometroragia.
3. Leokorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah.
4. Dapat terjadi infeksi.
5. Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik.
6. Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual.

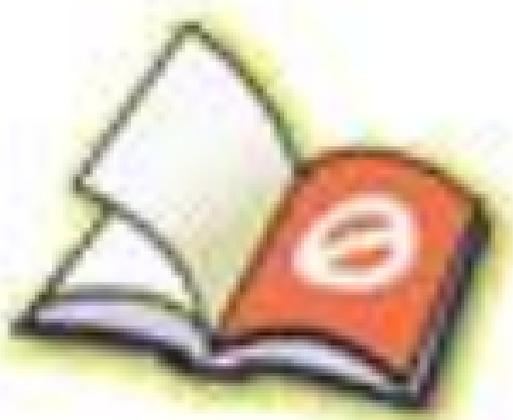
Sekalipun masih dijumpai penyulit AKDR, kelangsungan pemakaian cukup tinggi, sehingga tetap menjadi andalan gerakan keluarga berencana nasional.

### **Kapan waktu untuk memasang AKDR**

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dipasang di luar hamil dan saat selesai menstruasi. Sekitar tahun 1970, Lippes loop D dipasang pada program postpartum. Pema-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



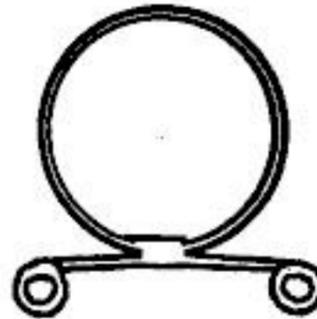
Gbr. 13-25 Yusei ring.



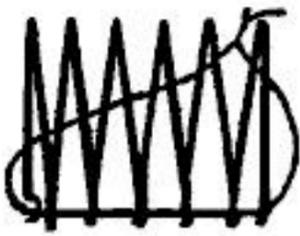
Gbr. 13-26 Comet IUD.



Gbr. 13-27 Ks wing.



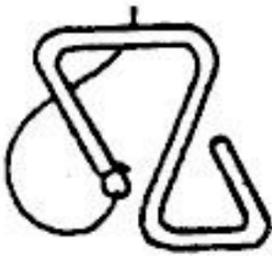
Gbr. 13-28 Silent protector.



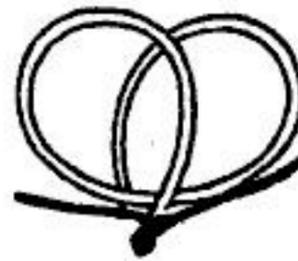
Gbr. 13-29 Majzlin spring.



Gbr. 13-30 Margulies.



Gbr. 13-31 Soonawala IUD.



Gbr. 13-32 Szontagh IUD.



Gbr. 13-33 Stone ring.



Gbr. 13-34 Zipper ring.



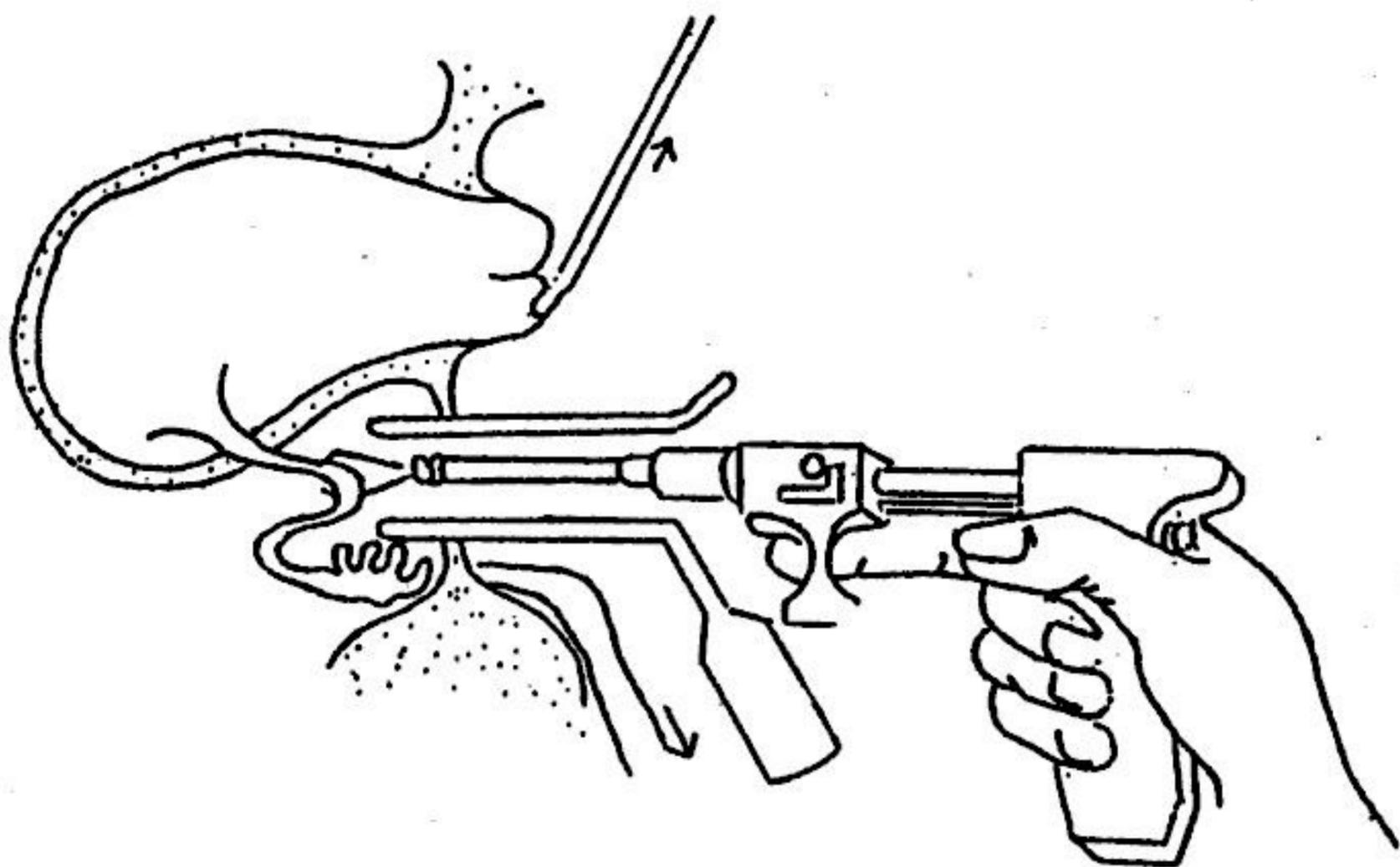
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 13-40

- Setelah mendapatkan aplikator cincin Falope, maka kontap dapat dilakukan dengan cincin Falope pada kedua tuba tanpa perlu mengeluarkan rektoskop.
- Dengan cincin Falope teknik lebih mudah.

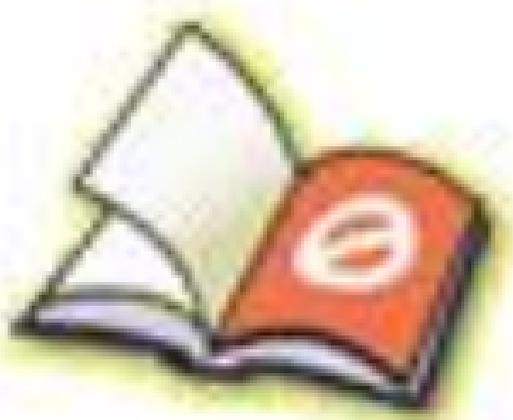
### Vasektomi tuba (Ma) kreasi baru kontap wanita

Metode operasi wanita (kontap wanita) dalam gerakan keluarga berencana nasional diterima masyarakat dengan meningkatnya jumlah peserta usia yang semakin muda. Dengan usia sekitar 30 tahun, diperlukan waktu cukup lama untuk mencapai klimakterium secara alami. Peserta metode operasi wanita yang relatif muda tidak boleh menderita gangguan hormonal karena medis teknis operasinya.

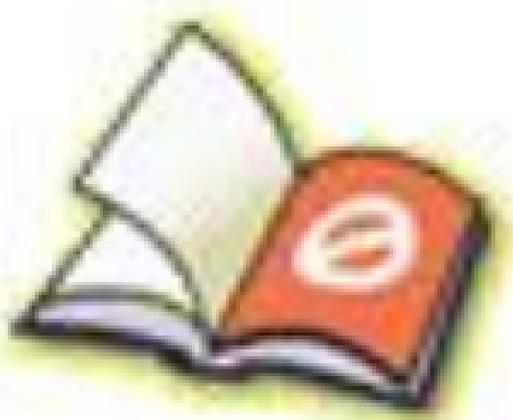
Di RSUP Denpasar telah dikembangkan *nontraumatic tubal occlusion tehniqye* (NTTOT) yang tidak mengganggu sistem hormonal wanita setelah menjalani operasi. Metode operasi wanita (MOW) mempunyai arti demografis yang tinggi, oleh karena itu harus aman, murah, dan siap untuk memberikan pelayanan setiap waktu. Dengan alat vasektomi kit BKKBN, metode operasi wanita disederhanakan dengan teknik vasektomi tuba (Ma).

### Kerangka pikir vasektomi tuba (Ma)

Ovarium sebagai sumber hormon wanita yang utama tidak ada hubungan dengan tuba sebagai saluran perjalanan ovum, spermatozoa, konsepsi, dan hasil konsepsi menuju fundus uteri untuk melaksanakan nidasi (implantasi). Ovarium menerima aliran dari arteri parast asenden melalui ramus ovarika dan berasal dari arteria ovarika cabang langsung aorta. Penyaluran hormon dituangkan melalui vena terkait menuju



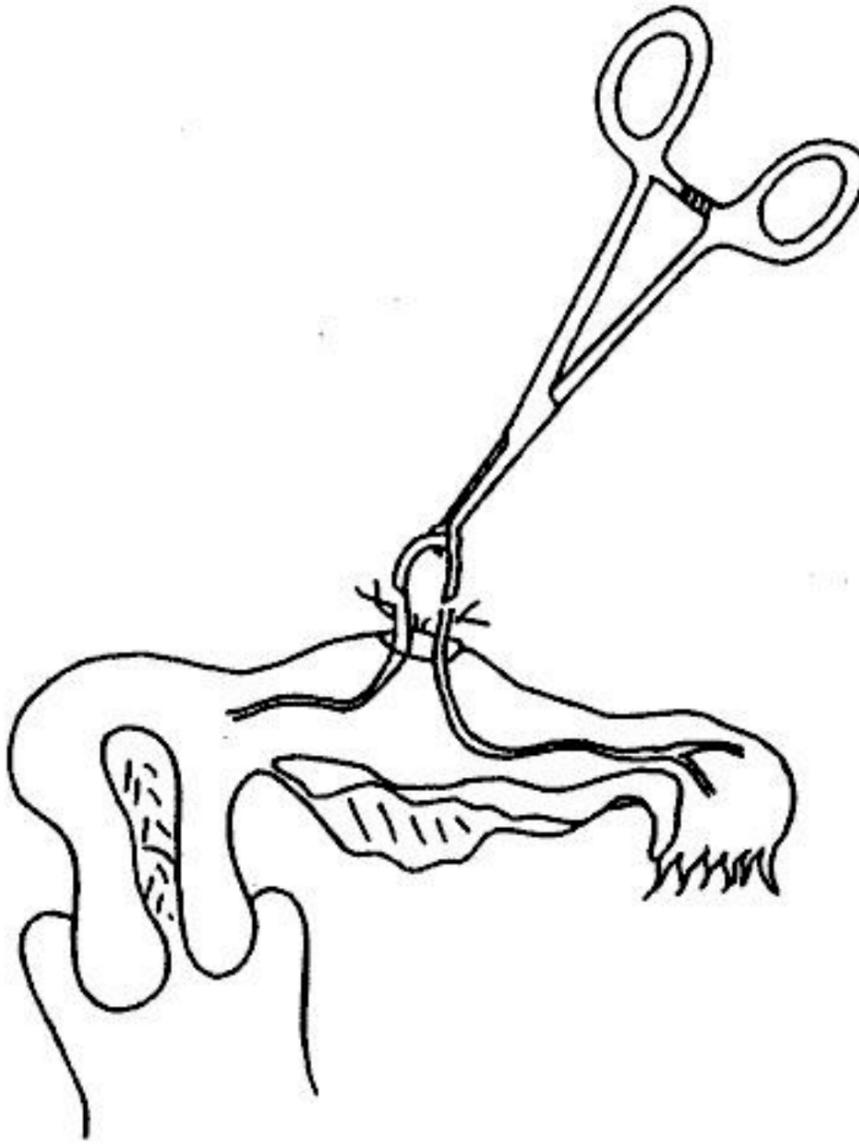
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



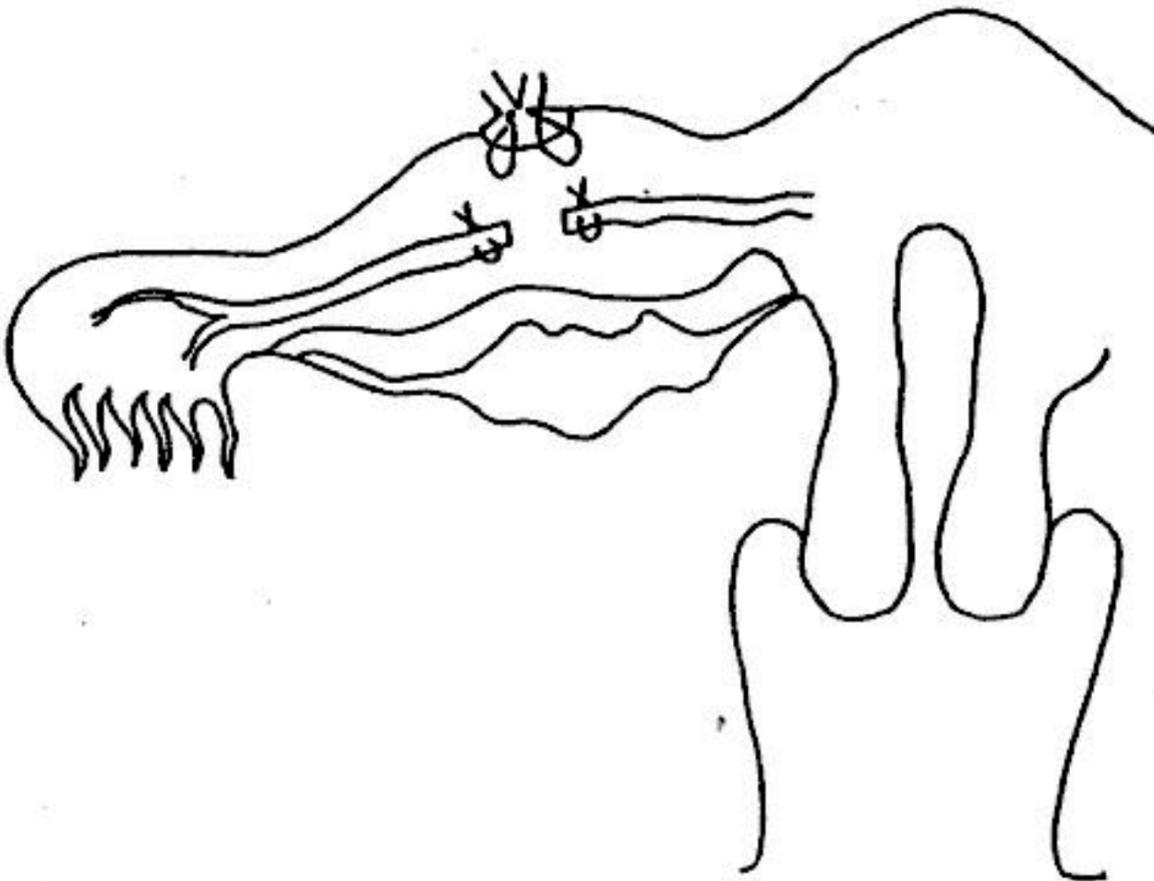
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gbr. 13-42d Tuba fallopii dipotong terpisah.

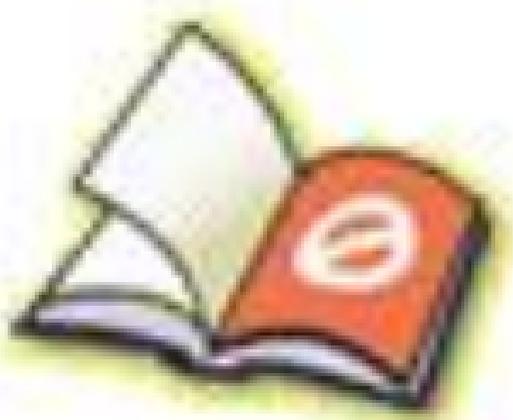


Gbr. 13-42e Tuba fallopii yang telah terpotong terpisah

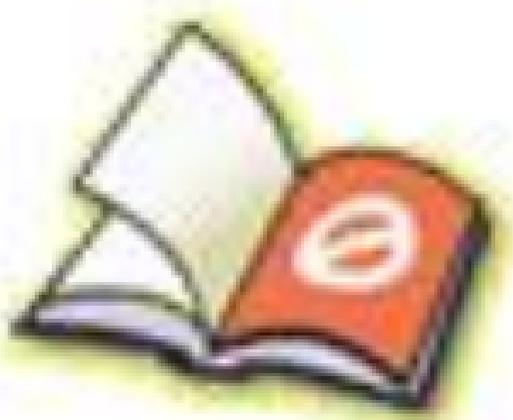
- Bekas diseksi mesosalping yang berdarah
- Diikat dengan catgut halus



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Di samping itu biaya manula (manusia usia lanjut) atau lansia (manusia lanjut usia) makin tinggi untuk penyakit degeneratif, yang memerlukan perawatan dan pengobatan. Di Indonesia lansia diperkirakan sekitar 6% sampai 8% sedangkan akhir abad ini diperkirakan sekitar 15%, suatu jumlah yang tidak sedikit dan memerlukan perhatian dan biaya besar. Manusia usia lanjut merupakan kelompok tidak produktif dan hanya bersifat konsumtif.

Itulah sebabnya di negara maju kelompok ini dimasukkan dalam rumah-rumah jompo, sehingga secara psikologis mereka satu kelompok dengan pengalaman dan tutur kata yang sama.

Demikianlah masalah-masalah yang dihadapi masyarakat Indonesia dengan keberhasilan gerakan keluarga berencana yang menjadi kendala di masa yang akan datang.

## Kontrasepsi Pria

Dalam usaha untuk meningkatkan pemeriksaan gerakan keluarga berencana nasional peranan pria sebenarnya sangat penting dan menentukan. Sebagai kepala keluarga pria merupakan tulang punggung keluarga dan selalu terlibat untuk mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan.

Dengan pertimbangan demikian telah dikembangkan bentuk kontrasepsi pria sebagai berikut:

1. Kondom.
2. Pengendalian hubungan seks.
  - Pantang berkala
  - Senggama terputus
3. Pemakaian hormon.
4. Penutupan vas deferens *reversible* dengan karet silikon (Silicone rubber).
5. Medis operasi pria.

Bidan sebagai tenaga terdidik di daerah pedesaan dapat menyampaikan metode KB untuk pria kepada masyarakat.

## Kondom

Menurut sejarah kondom sudah diketahui sejak jaman Mesir kuno dan dibuat dari kulit atau usus binatang. Atas perintah raja Charles II di Inggris, dokter Condom membuat kondom dari kulit binatang dengan panjang 190 mm, diameter 60 mm, dan tebalnya 0,038 mm. Teknik dan biaya pembuatannya cukup mahal dan keberhasilannya masih rendah sebagai alat kontrasepsi.

Dokter Fallopio dari Italia membuat kondom dari linen dengan tujuan utama untuk menghindari infeksi hubungan seks pada tahun 1564. Dokter Hercule Saxonia pada tahun 1597 membuat kondom dari kulit binatang yang bila hendak dipakai direndam dulu. Kondom terbuat dari karet dikembangkan oleh dokter Hancock pada tahun 1944 dan Goodyer 1970.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Berapa lama terjadi perdarahan:
  - Apakah terdapat gumpalan darah
  - Apakah disertai rasa nyeri saat menstruasi
  - Apakah keputihan
- Apakah terdapat kontak berdarah
- Riwayat alat reproduksi
  - Apakah pernah mengalami operasi alat genitalia,
  - Apakah pernah memakai KB-IUCD
  - Apakah pernah keguguran
  - Apakah pernah infeksi genitalia
- b. Anamnesa suami.
  - Bagaimana tingkat ereksi
  - Apakah pernah mengalami penyakit hubungan seksual
  - Apakah pernah menderita penyakit mump (parotitis epidemika) waktu kecil.

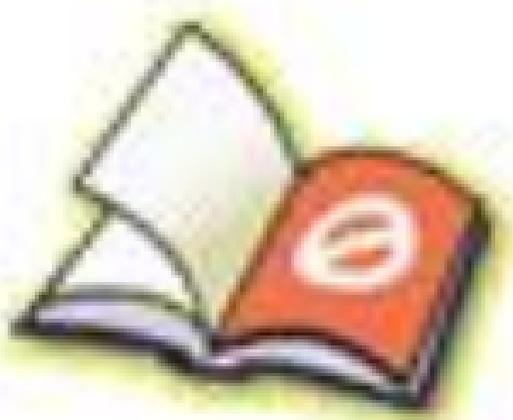
### **Pemeriksaan pasangan mandul**

Untuk dapat menegakkan kemungkinan penyebab kemandulan pada pasangan suami-istri dilakukan pemeriksaan dasar sebagai berikut:

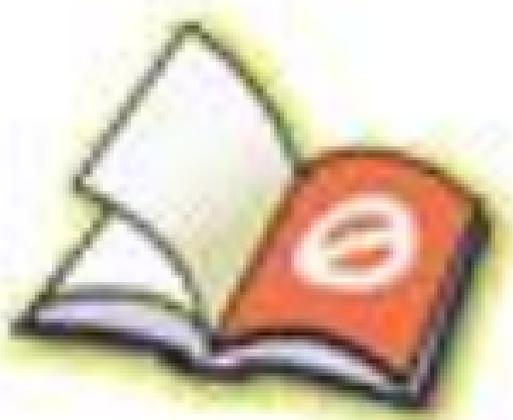
1. Pemeriksaan pasangan mandul secara umum:
  - a. Pemeriksaan fisik umum suami dan istri.
  - b. Pemeriksaan laboratorium dasar.
  - c. Pemeriksaan rontgen atau ultrasonografi.
2. Pemeriksaan khusus.
  - a. Pemeriksaan istri.
    - Pemeriksaan alat kandungan
    - Pemeriksaan lendir serviks: reaksi imunologis, tes Shim Huhner
    - Pemeriksaan rahim: histeroskopi, histerosalpingografi, hidrotubasi, par-tubasi
    - Pemeriksaan laparoscopi
  - b. Pemeriksaan untuk menetapkan terjadinya ovulasi.
    - Pemeriksaan suhu basal
    - Pemeriksaan mikrokuretage
    - Pemeriksaan sitologi cairan serviks/vagina
    - Pemeriksaan daun pakis.
  - c. Pemeriksaan khusus suami.
    - Pemeriksaan fisik alat genitalia bagian luar
    - Analisis sperma sebanyak tiga kali dengan interval sekitar 5 sampai 7 hari.

### **Beberapa nasehat untuk pasangan mandul**

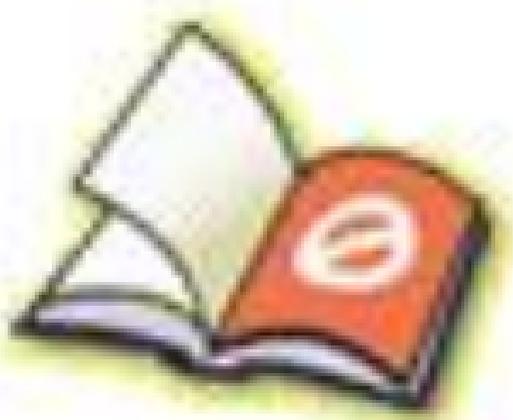
- Mengubah teknik hubungan seks, dengan memperhatikan masa subur istri.
- Memilih makanan yang dapat meningkatkan kesuburan suami-istri.
- Menghitung masa minggu subur dengan jalan menggunakan termokauter khusus atau menghitung melalui hari pertama datang bulan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



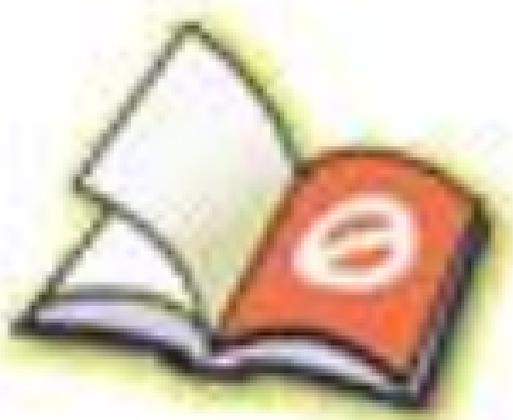
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

# Indeks

## A

- Ablasio retina, 240
- Abortus, *lihat* keguguran
- Adenomiosis, 412
  - dasar diagnosis, 413
  - gejala klinis, 413
- Agalaksia, 317
- Aksis hipotalamus-hipofise-ovarial, 91
- Alat kontrasepsi dalam rahim, 454
  - kerugian, 455
  - keuntungan, 455
  - mekanisme kerja, 454
  - teknik pemasangan, 455
  - waktu memasang, 455
- Anatomi alat reproduksi manusia, 78
- Anemia
  - defisiensi besi, 31
  - hemolitik, 31
  - hipoplastik, 31
  - megaloblastik, 31
  - pada kehamilan, 29
    - diagnosis, 30
    - pengaruh, 31
  - pada kehamilan, pengobatan, 31
  - bentuk-bentuk, 30
- Anensefali, 322
- Antefleksio uteri, 271
- Anterversio uteri, 270
- Arteri uterina, 84
- Asfiksia neonatorum, 319
  - diagnosis, 319
  - penyebab, 319
- ASI
  - keuntungan dan kerugian pemberian, 58
  - komposisi, 56
  - mekanisme pengeluaran, 56

pembentukan dan persiapan, 55

Aspirasi pneumonia, 324

Atresia ani, 323

## B

- Bakteri Doderlein, 405
- Bayi dengan berat badan lahir rendah, 326
- Bentuk panggul wanita, 78
- Blenorea neonati, 278

## C

Chloasma gravidarum, 126

## D

- Desidua reflexa, 103
- Diameter
  - biparietalis, 123
  - bitemporalis, 123
  - fronto-oksipitalis, 123
  - mento-oksipitalis, 123
  - submento-bregmatika, 123
  - suboksipito-bregmatika, 122
  - suboksipito-frontalis, 123
- Dilatasi serviks dengan paksa, 346
  - syarat, 346
- Disfungsi plasenta, 236
- Dismenorea, 402
- Dispareunia, 406
- Duktus Muller, 87
- Duktus arteriosus
  - Arantii, 117
  - Bothalli, 117
- Duphaston, 218
- Duvadilan, 218

**E**

Eklampsia, 245  
 diagnosis, [247](#)  
 gravidarum, 245  
 kejang pada, 245  
 parturientum, 245  
 penanganan, [247](#)  
 pengobatan, 248  
 prognosa, 246  
 puerperium, 245  
 Eksentrisasi, 342  
 Ekstraksi forseps, 347  
 aplikasi, 350  
 indikasi, 347  
 komplikasi, 350  
 perawatan setelah, 350  
 prinsip, 347  
 syarat, 349  
 Emesis gravidarum, 207  
 Endometritis, 407  
 Endometrium, [83](#)  
 Eritroblastosis fetalis, 236  
 Etika profesi bidan, [7](#)  
 Eutasia, 287

**F**

Fertilisasi, *lihat* konsepsi  
 Fetus  
 kompresus, 217  
 papireseus, 217  
 Fibroma vulva, 409  
 Fisiologi pertumbuhan janin, [115](#)  
 Fistula rekto-vaginal, [270](#)  
 Flegmasia alba dolens, 316  
 Fokomelia, 322  
 Folikel de Graaf, 96  
 Fontanela  
 mayor, 122  
 minor, 122  
 Fraktur klavikula, [321](#)  
 Fundus uteri, 82

**G**

Galaktorea, [317](#)  
 Gestanon, 218  
 Glandula Montgomery, 108  
 Grandemultipara, 158  
 Gravida, 158

**H**

Hamil anggur, 421  
 Hematokolpos, 396  
 Hematoma, [270](#)  
 Hematometra, [127](#), 396  
 Hematosalping, 396  
 Hemodilusi, 109  
 Hidramnion, 114  
 Hidrosefalus, 377  
 Himen, 80  
 imperforata, 396  
 Hiperemesis gravidarum, 209-212  
 diagnosis, 211  
 gejala klinik, 210  
 pengobatan, 211  
 penyebab, 209  
 prognosa dan sikap bidan, 211  
 Hipermenorea, 398  
 Hipersalivasi, 213  
 Hipertensi pada kehamilan, 273  
 Hipomenorea, 398  
 Hipomoklion, 291  
 Hipospadia, 323

**I**

Ikterus neonatorum, [325](#)  
 Indeks plasenta, [119](#)  
 Induksi persalinan, 224, 225  
 Inersia uteri, [288](#)  
 primer, [288](#)  
 sekunder, [288](#)  
 Infark plasenta, 236  
 Infeksi kala nifas, [313](#)  
 faktor predisposisi, [313](#)  
 gambaran klinis, 314  
 mekanisme terjadinya, [313](#)  
 pencegahan, 314  
 pengobatan, 315  
 Inersio tali pusat, 102  
 Inversio uteri, 304  
 Invulusi uteri, 190  
 Isthmus, [83](#)

**K**

Kalsifikasi plasenta, 236  
 Kaput suksedaneum, [321](#)  
 Karunkule himenalis, 80  
 Karunkule mirtiformis, 80

- Kebutuhan zat besi pada wanita hamil, [29](#)
- Keganasan  
 indung telur, 431  
 korpus uteri, 430  
 mulut rahim, [427](#)  
 payudara, 433  
 vagina, [427](#)  
 vulva, [427](#)
- Keguguran, 214  
 buatan, 214  
 dasar diagnosis, 217  
 dengan infeksi, 215, 219  
 habitualis, 215  
 lengkap, 215, 219  
 membakat, 218  
 mengancam, 215, 218  
 patofisiologi, [216](#)  
 penyebab, 215  
 penyulit, 219  
 spontan, 214  
 tak terhalangi, 215  
 tidak lengkap, 215, 219
- Kehamilan dan janin dengan risiko tinggi, [32](#)
- Kehamilan ektopik, 232  
 gejala klinik, [233](#)  
 penyebab, [233](#)
- Kehamilan kembar, [265](#)  
 diagnosis, 266  
 dizigotik, [265](#)  
 gambaran klinik, 266  
 monozigotik, [265](#)  
 penanganan, 267  
 lewat waktu, 222  
 pada remaja, [26](#)
- Kelainan  
 kongenital, 322  
 penyebab, 322  
 tali pusat, 238
- Kelenjar Bartholini, 80
- Kematian perinatal, [332](#)
- Keputihan, [385](#)
- Kern ikterus, [325](#)
- Ketegangan premenstruasi, [401](#)
- Ketuban pecah dini, [229](#)  
 dasar diagnosis, 230  
 penatalaksanaan, 230  
 penyebab, [229](#)  
 permasalahan, 230
- Khorea gravidarum, 283
- Kista  
 Bartholini, 409  
 ovarium, diagnosis, 418  
 vagina, 270
- Klimakterium, 402
- Klitoris, 80
- Kompresi aorta abdominalis, [298](#)
- Kondom, [478](#)
- Konsep kesejahteraan ibu, [40](#)
- Konsepsi, [99](#)
- Kontraksi  
 Braxton Hicks, [107](#)  
 rahim  
 ciri, 162  
 sifat, 161
- Kontrasepsi  
 darurat, 485  
 konsep kerja, 486  
 metode, 485  
 pelayanan, 487  
 penggunaan, 485  
 penyulit pemakaian, 487  
 hormonal, [441](#)  
 mekanisme kerja, [441](#)  
 mantap, 462
- Koreon leaf, [103](#)
- Korio karsinoma vilosum, 424  
 diagnosis, 425  
 prognosa, 425  
 terapi, 425
- Korpus  
 luteum, 93  
 uteri, 82
- Kriteria Bishop, 224
- L**
- Labia  
 mayora, 80  
 minora, 80
- Lapisan Nitabusch, [103](#)
- Let down reflex, [56](#)
- Letak sungsang  
 bentuk-bentuk, 360  
 konsep penatalaksanaan, 361  
 mekanisme, 360  
 penyebab, 361  
 persalinan, 360
- Ligamentum  
 infundibulopelvikum, 84  
 kardinale Macherrod, 84  
 latum, [83](#)

rotundum, [83](#)  
 sacro-uterinum, 84  
 vesiko-uterinum, 84  
 Lightning, 164  
 Likuor amnii, 114  
 fungsi, [115](#)  
 Lokia, 192  
 alba, 193  
 rubra, 193  
 sanginolenta, 193  
 serosa, 193

## M

Maksud mempelajari ilmu kebidanan, [3](#)  
 Mastodinia, [401](#)  
 Memecahkan ketuban, 344  
 pertimbangan, 344  
 Menarche, [87](#)  
 Menstrual regulation, 473  
 Menstruasi, 92  
 fase, 92  
 Meometritis, 407  
 Metode KB sederhana, 440  
 Metroragia, 399  
 Miastenia gravis, 284  
 Mikroftalmia, 276  
 Mikromelia, 322  
 Miksedema, 283  
 Mioma uteri, 409  
 diagnosis, [411](#)  
 gejala klinik, 410  
 gejala klinik, 410  
 patologi pertumbuhan, 410  
 Mittelshmerz, 402  
 Mobilisasi dini, keuntungan, 193  
 Mola  
 destruens, *lihat* korio karsinoma vilosum  
 hidatidosa, 421  
 diagnosis, 421  
 diagnosis, 421  
 gejala klinis, 421  
 pengobatan, 423  
 prognosis, 424  
 karnosa, [216](#)  
 Mons veneris, [79](#)  
 Morbus basedowi, 282  
 Morning sickness, 125  
 Moulage, 122  
[Mycostatin, 281](#)

## N

Nalador, 226  
 Netamicin, [281](#)  
 Nilai Apgar, 197  
 Norplant, 445  
 Nukleus Amygdale, 89  
 Nyeri ikutan, 192

## O

Oligohidramnion, 345  
 Oligolaksia, [317](#)  
 Oligomenorea, 399  
 Ooforitis, 407  
 Opistotonus, 324  
 Ovarium, 86  
 Ovulasi, [87](#)

## P

Panca  
 karsa husada, [16](#)  
 karya husada, [16](#)  
 Paralisis fleksus brakialis, [321](#)  
 Parametrium, [87](#)  
 Partograf model WHO, [49](#)  
 alasan penggunaan, [52](#)  
 garis tindakan pada, [50](#)  
 garis waspada pada, [50](#)  
 keuntungan dan kerugian, [54](#)  
 komponen, [50](#)  
 konsep, [49](#)  
 kontraindikasi pelaksanaan, [53](#)  
 Partus terlantar, [53](#)  
 Pedoman waspada, 433  
 Pemeriksaan  
 Leopold, 135  
 dalam  
 hal-hal yang perlu diperhatikan saat,  
 170  
 indikasi, 170  
 Penentuan umur kehamilan, [20](#)  
 Pengawasan antenatal, 128  
 tujuan, 129  
 Penyakit  
 asma pada kehamilan, 275  
 gula pada kehamilan, [281](#)  
 infeksi  
 abdominalis pada kehamilan, 278  
 erisipelas pada kehamilan, 279

- ginjal pada kehamilan, 280
- gonorrhoea pada kehamilan, 278
- hepatitis infeksiosa pada kehamilan, 277
- kandida albikan pada kehamilan, 281
- kolera pada kehamilan, 278
- malaria pada kehamilan, 279
- rubela pada kehamilan, 276
- rubeola pada kehamilan, 277
- sifilis pada kehamilan, 277
- sitomegalovirus pada kehamilan, 276
- tetanus pada kehamilan, 278
- toksoplasmosis pada kehamilan, 279
- trikomomas pada kehamilan, 280
- variola pada kehamilan, 277
- jantung pada kehamilan, 271
- jiwa pada kehamilan, 284
- kelenjar tiroid pada kehamilan, 282
- paru-paru pada kehamilan, 274
- pneumonia pada kehamilan, 275
- radang panggul, 408
- saraf pada kehamilan, 283
- trofoblas, 419
  - kejadian, 420
  - pembagian, 420
- Penyebab
  - kematian bayi, 5
  - kematian ibu, 5
- Peranan bidan dalam sistem kesehatan nasional, 19
- Perasat
  - Klein, 183
  - Strasman, 183
  - Manuaba, 183
  - Strasman, 183
- Perawatan bayi baru lahir, 196
- Perdarahan
  - antepartum, 253-264
  - postpartum, 295
  - postpartum, primer, 295
  - postpartum, sekunder, 295
- Peredaran darah janin, 117
  - faktor-faktor yang mempengaruhi, 117
- Peritoneum, 82
- Perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, 119
  - faktor yang mempengaruhi, 119
- Persalinan, 157
  - kasep, 292
    - gejala, 292
    - penyebab, 292
  - prematuur, 221
    - penyebab, 221
    - pertolongan, 222
  - anjuran, 157
  - aterm, 157
  - buatan, 157
  - distosia, 161
  - eutosia, 161
  - faktor-faktor penting dalam, 160
  - gambaran perjalanan, 163
  - prematunitas, 157
  - presipitatus, 157
  - serotinus, 157
  - spontan, 157
  - tahap-tahap, 165
  - teori proses, 159
- Pesan kesejahteraan ibu, 47
- Pinositosis, 113
- Plasenta, 112
  - adhesiva, 237
  - akreta, 237
  - inkreta, 237
  - fungsi, 112
  - letak rendah, 263
  - membranasea, 237
  - previa, 253
    - diagnosis, 254
    - gambaran klinik, 254
    - marginalis, 253
    - partialis, 253
    - patofisiologi, 253
    - penatalaksanaan, 255
    - totalis, 253
  - sirkumpalata, 237
  - spuria, 237
  - suksenturiata, 237
- Poligalaksia, 317
- Polimenorea, 398
- Polineuritis gravidarum, 284
- Portio uteri, 81
- Pre-eklampsia, 239, 241
  - dasar diagnosis, 242
  - gambaran klinik, 241
  - klasifikasi, 242
  - penanganan, 243
  - pencegahan, 243
- Prenulum klitoridis, 80
- Prepusium klitoridis, 80
- Primipara, 158
- Profil wanita Indonesia, 13
- Prolapsus funikuli, 267
- Pseudocyesis, 127
- Ptialismus, *lihat* hipersalivasi

## R

Rawat gabung, 193  
 Rektroskop, 463  
 Retensio plasenta, 300  
 Retrifleksio uteri gravidi, 271  
 Rugae, 81  
 Rumus Naegle, 120  
 Ruptura uteri, 380  
   cara terjadi, 380  
   gejala, 381  
   inkompleta, 380  
   kompleta, 380  
   penanganan, 381

## S

Salpingitis, 407  
 Sefalhematoma, [321](#)  
 Segmen bawah rahim, [107](#)  
 Sejarah kebidanan di Indonesia, 1  
 Selei Wharton, 238  
 Senggama terputus, 480  
 Senium, 403  
 Septum vagina, 269, 397  
 Serviks  
   gantung, 290  
   inkompeten, [229](#)  
   konglomerat, 290  
   uteri, 82  
 Servitis, 407  
 Sexache, 485  
 Sifat permulaan his, 164  
 Sindrom Meigs, 418  
 Sinus marginalis, 264  
 Sirkulasi retroplasenter, 112  
 Sistem plasenta hemokorial, [103](#)  
 Solusio plasenta, 258  
   diagnosis, 260  
   gambaran klinik, 259  
   komplikasi, 261  
   penanganan, 260  
   penyebab, 259  
 Spermicide, 440  
 Stratum kompakta, 92  
 Subinvolusi uteri, 316  
 Susuk KB  
   kerugian, 446  
   keuntungan, 446  
   mekanisme kerja, 446  
   pencabutan, [447](#)

teknik pemasangan, 446  
 Sutura, 122  
   frontalis, 122  
   koronaria, 122  
   lamboidea, 122  
   sagitalis, 122

## T

Tanda  
   [Chadwicks](#), [107](#)  
   Hartman, 102  
   Hegar, 106  
   Piskacek, [107](#)  
   pasti kehamilan, 126  
   tidak pasti kehamilan, 126  
 Tanda-tanda dugaan hamil, 125  
 Tes  
   ferning, 230  
   nitrazine, 230  
 Tetania uteri, 288  
 Tetanus neonatorum, [325](#)  
 Tuba Fallopi, 84  
 Tujuan mempelajari ilmu kebidanan, [4](#)

## U

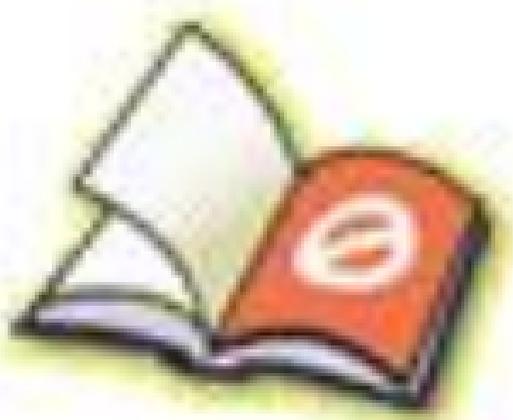
Ukuran tulang kepala bayi aterm, 122  
 Unsur pelayanan kesehatan utama, [6](#)  
 Uteri  
   antefleksio, 271  
   anterversio, 270  
   fundus, 82  
   inersia, 288  
   inversio, 304  
   involusi, 190  
   korpus, 430  
   mioma, 409  
   portio, 81  
   ruptura, 380  
   subinvolusi, 316  
   tetania, 288  
 Uterus, 81  
   arkuatus, 222

## V

Vagina, 80  
   fungsi, 81  
 Vaginitis, [406](#)  
   gejala umum, [406](#)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



**Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, SpOG** lahir di Anyar Tabanan tahun 1937. Lulus pendidikan dokter pada tahun 1964 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Pada tahun 1965-1969 beliau menempuh pendidikan spesialisasi di Universitas Airlangga. Setelah selesai pendidikan kembali ke Bali memimpin laboratorium Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana sampai tahun 1994. Mengikuti pendidikan tambahan *Human Reproduction PIEGO, Washington University, St. Louis, USA* tahun 1978 dan *Diagnostic Ultrasound Training Course, Ultrasonic Institute Hospital for Woman, Sydney, Australia* tahun 1986. Saat ini aktif sebagai dosen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Karya beliau dalam bidang Keluarga Berencana antara lain *Manuaba Vaginal Sterilization Technique (1973)*, *Nontraumatic Tubal Occlusion Technique (1985)*, *Vasektomi Tuba Manuaba Kontap Wanita Masa Depan (1995)*, dan *Teknik Tusuk Manuaba Kreasi Baru Pencabutan Norplant (1995)*. Beliau juga aktif menulis buku, antara lain *Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi untuk Mahasiswa Kedokteran*, *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*, dan *Filsafat Hindu dalam Kesehatan*.

Buku ini memuat berbagai informasi penting yang dapat membantu para siswa dalam memperluas cakrawala keilmuan dan praktik kebidanan, penyakit kandungan, dan Keluarga Berencana. Buku ini juga dilengkapi dengan gambar-gambar dan skema-skema yang mempermudah mempelajari suatu topik.

**Buku Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan** ini sangat bermanfaat sebagai buku pegangan untuk peserta didik bidan dan para bidan serta bagi para profesional di bidang kesehatan.



9 789794 483756  
ISBN 979-448-375-3