
Penuntun

KEPANITERAAN KLINIK OBSTETRI & GINEKOLOGI



Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, Sp.OG

Edisi 2

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

BUKU ASLI BERSTIKER HOLOGRAM 3 DIMENSI

EGC 1363

**PENUNTUN KEPANITERAAN KLINIK OBSTETRI DAN
GINEKOLOGI, E/2**

Oleh: Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, Sp. OG

Copy editor: Sri Nilamirasari Abdinegari

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 2000 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 640 8023

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: 2004

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Manuaba, Ida Bagus Gde

Penuntun kepaniteraan klinik obstetri dan ginekologi /
penulis, Ida Bagus Gde Manuaba. — Ed. 2 — Jakarta :
EGC, 2003.

xi, 443 hlm. ; 14 x 21 cm.

ISBN 979-448-561-6

1. Kebidanan, Ilmu. I. Judul.

618.2



Isi di luar tanggung jawab percetakan

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Bab 1 Masalah Umum	1
Sekitar Profesi Dokter	2
Konsep Etika Obstetri dan Ginekologi	4
Bab 2 Tujuan Kepaniteraan Klinik	21
Tujuan Klinik Obstetri, Ginekologi, dan Keluarga Berencana	22
Bab 3 Obstetri Umum	24
Dasar Pemeriksaan Obstetri	25
Pemeriksaan Sebelum Perkawinan	31
Proses dan diagnosis Kehamilan	32
Pemeriksaan Antenatal (<i>Antenatal Care</i>)	33
Pemberian Obat kepada Bumil dan Laktasi	38
Anemia pada Kehamilan	41
Kehamilan pada Remaja	44
Kehamilan dengan IUCD In Situ	47
Hiperemesis Gravidarum	49
Perawatan Gigi pada Kehamilan	52
Konsep Persalinan Normal	54
Perawatan Postpartum	61
Sekitar Air Susu Ibu	63
Bab 4 Kehamilan Patologis	71
Ketuban Pecah Dini (KPD/<i>Prematur Rupture of Membrane</i> [PRM])	72
Kehamilan Lewat Waktu	74
Kehamilan Ganda	75

Persalinan Prematur	78
Kehamilan dengan Penyakit Jantung	80
Kehamilan dengan Diabetes Melitus	83
Bab 5 Obatetri Darurat	86
Perdarahan Antepartum	87
Persalinan dengan Distosia Bahu	94
Letak Sungsang	96
Praeklampsia dan Eklampsia	101
Perdarahan Postpartum	106
Partus Lama dan Partus Terlantar	112
Ruptura Uteri Iminen	113
Ruptura Uteri	115
Syok Obstetri	118
Pertolongan Persalinan Bekas Seksio Sesarea	123
Bab 6 Patologi Puerperium	126
Perdarahan Post partum Sekunder	127
Febris Puerperalis	130
Mastitis	133
Kelainan "Lain" pada Kala Nifas	134
Perlukaan Jalan Lahir	135
Bab 7 Operasi Obstetri	140
Kurva Friedmann	141
Partogram WHO dalam Persalinan	142
Operasi Obstetri	144
Induksi Persalinan	153
Persalinan Percobaan (<i>Test of Labor</i>)	157
Metode Tindakan Operasi Obstetri	159
Perawatan Pascaoperasi	170
Bab 8 Perinatologi	172
Konsep Perinatologi	173
Pemberian Air Susu Ibu	176
Patofisiologi Detik Jantung Janin	178

Pertumbuhan Janin Terlambat	180
Eritroblastosis Fetalis	184
Evaluasi Kesejahteraan Janin	185
Bab 9 Ultrasonografi dalam Obstetri dan Ginekologi	193
Ultrasonografi	194
Gambaran Fisik Ultrasonografi	195
Manfaat Pemeriksaan Ultrasonografi	196
Bab 10 Penuntun Diskusi Phantoom	198
Konsep Kuliah Phantoom	199
Dalil-Dalil Phantoom	201
"Nyanyian" Phantoom	203
Pertolongan Persalinan Operatif	204
Pemecahan Kasus Imajiner	207
Bab 11 Ginekologi Umum	221
Dasar-Dasar Pemeriksaan Ginekologi	222
Patofisiologi Siklus Menstruasi	228
Gangguan Menstruasi	236
Leukorea	242
Perdarahan Uterus Abnormal	243
Ginekologi Remaja	247
Bab 12 Gangguan Tumbuh Kembang Janin	249
Abortus	250
Kehamilan Ektopik	255
Penyakit Trofoblas	258
Bab 13 Penyakit Infeksi Ginekologi	268
Nyeri Pelvis	269
Infeksi Alat Genitalia Wanita	272
Syok Sepsis	296
Pemberian Antibiotika Secara Rasional	298

Bab 14 Neoplasma Jinak Ginitalia Wanita	303
Tumor Ovarium	304
Kistoma Ovarii pada Kehamilan	306
<u>Mioma Uteri</u>	<u>308</u>
<u>Mioma Uteri dan Kehamilan</u>	<u>310</u>
Polip Serviks dan Endometrium	313
Bab 15 Keganasan pada Wanita	315
Neoplasma Intraepitel Serviks (Lesi Prakanker Serviks)	316
Karsinoma Serviks Uteri	318
Karsinoma Korpus Uteri	322
Keganasan Ovarium	325
Karsinoma Tuba Falopii	329
Tumor Mama	331
Konsep Pengobatan Kanker	333
Bab 16 Infertilitas dan Endokrinologi	339
<u>Endometriosis</u>	<u>340</u>
Pasangan Infertilitas	342
Klimakterium dan Senium	346
Pengobatan Hormon Pengganti	349
Bab 17 Keluarga Berencana	351
<u>Pokok-Pokok Pikiran Keluarga Berencana dalam Pembangunan ..</u>	<u>352</u>
Konsep Pelayanan Keluarga Berencana	357
Metode Medis Teknis Keluarga Berencana	359
Kontap	365
Pelayanan Metode Keluarga Berencana Darurat,	377
<u>Terminasi Kehamilan</u>	<u>380</u>
Persoalan yang Dihadapi Gerakan Keluarga Berencana Nasional	384
Bab 18 Konsep Obstetri dan Ginekologi Sosial	389
Dunia Mengalami Krisis Kemanusiaan	394
Angka Kematian Maternal dan Perinatal di Dunia	395
Situasi Pelayanan Obstetri dan Ginekologi di Indonesia	397
<u>Masalah Usia Harapan Hidup</u>	<u>404</u>

Ginekologi Sosial	408
Konsep Pembangunan Nasional Dikaitkan dengan Obginsos	414
Indeks	417

BAB 1

MASALAH UMUM

1. SEKITAR PROFESI DOKTER
2. KONSEP ETIKA OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

1. SEKITAR PROFESI DOKTER

Profesi dokter merupakan pekerjaan yang unik karena tugas dokter dibatasi oleh kaidah pokok, yaitu:

- a. Sumpah Dokter Indonesia dan Kode Etik Kedokteran Indonesia;
- b. Kaidah Masyarakat;
- c. Kaidah Hukum;
- d. Kaidah Etika Rumah Sakit.

Pekerjaan dokter merupakan pekerjaan yang penuh dengan kerahasiaan dan hubungan dokter dengan penderita dilaksanakan berdasarkan kepercayaan.

Sumpah dokter merupakan sumber motivasi penting yang penjabarannya dikaitkan dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Penghayatan dan pengamalan hakikat dan makna Sumpah Dokter dan Kode Etik Kedokteran Indonesia merupakan modal utama dalam menjalankan profesi sebagai dokter.

Kaidah yang berlaku dalam masyarakat perlu mendapatkan perhatian yang saksama karena masyarakat telah mulai mengetahui hak dan kewajibannya sesuai dengan perkembangan pengetahuan dan kesadaran hukum. Untuk dapat memulai transaksi terapeutik diperlukan *informed consent*.

Setelah menerima keterangan penyakit dari dokter, penderita dapat menentukan sikap:

- a. menerima pelayanan kesehatan yang telah ditentukan, atau
- b. menolak semua tindakan medis yang akan dilakukan.

Nilai *informed consent* sangat penting apabila terjadi kerugian dalam transaksi terapeutik. Dokter sering dituduh melakukan tindakan malpraktik yang mempunyai ciri sebagai berikut.

- a. Terdapat hubungan transaksi terapeutik antara dokter dan penderita.
- b. Penderita merasa dirugikan karena tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan standar dan pengalaman dokter.
- c. Terjadi tuntutan hukum.

Dari uraian tersebut di atas, dapat dikemukakan dua hal yang perlu dilakukan oleh seorang dokter, yaitu:

- a. melaksanakan *informed consent*, dan
- b. mempunyai standar pemeriksaan dan pengobatan.

Malpraktik merupakan kesalahan dalam menjalankan profesi dokter yang tidak sesuai dengan standar pemeriksaan dan pengobatan menurut ukuran ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengalaman yang seharusnya diketahui dan dimiliki oleh dokter dengan jenjang yang telah dicapainya.

Berdasarkan definisi tersebut, semakin berpengalaman seorang dokter dalam profesinya, semakin berat kesalahan yang akan dipikulnya dibandingkan dengan dokter yang baru pada tindakan medis yang sama.

Pengertian malpraktik harus dibedakan dengan pengertian komplikasi yang dapat terjadi bukan karena kesalahan dokter yang melakukan tindakan sesuai dengan standar pemeriksaan dan pengobatan.

Dengan dikeluarkannya Undang-Undang Kesehatan, makin jelaslah kedudukan hukum masing-masing pelaksana kesehatan dalam menunaikan tugasnya.

Dahulu, pekerjaan dokter didasari pada kepercayaan yang menganggap bahwa dokter mempunyai berbagai kelebihan dibandingkan dengan orang lain, bahkan dianggap mempunyai kekuatan gaib.

Pengobatan berdasarkan kepercayaan Yunani selalu dilakukan dengan cara memohon kesembuhan kepada Dewa Esculapius (Dewa Penyembuh) yang setiap bepergian selalu membawa tongkat yang dililit ular. Atas dasar itulah, lambang kedokteran berupa tongkat yang dililit ular.

Di India, masyarakatnya percaya bahwa Dhavantari dianggap langsung menerima kitab pengobatan India Ayurveda dari Dewa Indra. Pada setiap Ayurvedic College di India selalu dijumpai patungnya, dimana patung ini melambangkan seorang manusia suci yang tangan kirinya memegang kendi berisi air dan tangan kanannya memegang sebuah kitab, setangkai daun, sebuah pisau, dan seekor lintah. Landasan filosofi Dhavantari dapat dijabarkan sebagai berikut.

- a. Kendi yang berisi air : melambangkan air suci, air kehidupan, dan air obat untuk kesehatan.
- b. Setangkai daun : melambangkan sumber obat, terutama dari tumbuhan.
- c. Kitab : melambangkan sumber ilmu pengetahuan.

- d. Pisau : melambangkan sebagai penyakit yang disembuhkan dengan tindakan operasi.
- e. Lintah : lambang untuk mengeluarkan racun.

Dari simbol-simbol di atas, dapat dibayangkan perbedaan nilai simbolik untuk memahami perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dengan penelitiannya menemukan bahwa penyakit disebabkan oleh gangguan fisik yang dapat mengganggu keseimbangan.

Hipocrates memulai pengobatan dengan jalan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dengan meninggalkan cara pengobatan melalui kekuatan gaib. Dengan keberaniannya itulah, Hipocrates dianggap sebagai Bapak Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran Modern.

2. KONSEP ETIKA OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Membicarakan sikap moral dan etika obstetri dan ginekologi seolah-olah tidak akan pernah berakhir karena pengertiannya selalu berkembang sesuai dengan pandangan dan budaya setiap orang maupun bangsa.

Pembicaraan tentang etika dan moral reproduksi dapat dikatakan bahwa seluruhnya berkaitan dengan obstetri dan ginekologi yang telah berlangsung hampir sama dengan umur manusia.

Inti pembicaraan ini berhubungan dengan masalah pernikahan, pasangan yang ingin menentukan jumlah keturunannya, hubungan seks di luar nikah, janin sebagai penderita, dan sebagainya.

Di samping itu, etika dan moral reproduksi dapat dikaitkan dengan masalah sosial, dimana pemerintah ikut mengupayakan penurunan angka kelahiran agar dapat meningkatkan sumber daya manusia.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang semakin canggih telah mendorong tuntutan etika dan moral pemakainya sehingga dapat dimanfaatkan secara optimal.

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang semakin tinggi telah mendorong sikap profesi kedokteran untuk lebih memperhatikan kaidah-kaidah yang berlaku dan berkembang dalam masyarakat.

Keadaan ini telah menuntut keberadaan profesi kedokteran yang benar-benar mempunyai kemampuan lebih dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, memperhatikan etika dan moral sehingga citra dokter masih tetap bisa dipertahankan sesuai dengan tempat, waktu, serta manusia itu sendiri.

Berdasarkan kenyataan tersebut, timbul pertanyaan "Sikap moral yang bagaimana yang dapat diterapkan dalam obstetri dan ginekologi?"

Sikap pokok yang mencanangkan *Primum Non-nocere* atau *First Do No Harm* relevan untuk semua bentuk intervensi klinik.

Dengan demikian, setiap intervensi klinik yang dilakukan dalam obstetri dan ginekologi harus memperhatikan beberapa hal sebagai berikut.

1. Apakah keuntungan dan kerugian intervensi klinik yang dilaksanakan?
2. Menghormati hak individu dalam menentukan sikap terhadap intervensi klinik dan haknya untuk menentukan nasib kandungannya.
3. Janin dalam rahim sebagai penderita.
4. Orientasi persalinan menuju *well born baby* dan *well helth mother*.

Pendidikan moral dan etika memberikan sikap dasar untuk dapat membedakan mana yang dapat dan patut diberikan serta mana yang salah dan tidak patut diberikan dalam pelayanan obstetri dan ginekologi.

Dengan berpedoman pada konsep tersebut, beberapa masalah etika dan moral obstetri dan ginekologi dapat dikemukakan, yaitu sebagai berikut.

A. Hak Setiap Individu Terhadap Intervensi Klinik

Setiap intervensi klinik memerlukan persetujuan setelah menerima penjelasan penyakit, terutama terhadap tindakan bedah dengan *informed consent*.

Melalui *informed consent*, setiap penderita berhak menentukan sikapnya, seperti:

- 1) menerima tindakan medis, atau
- 2) menolak tindakan medis.

Informed consent merupakan bukti sikap seseorang terhadap tindakan medis sehingga kedua belah pihak merasa terlindungi dari tuntutan hukum.

Sebagai contoh:

Seorang penderita yang menurut hasil pemeriksaan USG, terdapat plasenta previa totalis, aterm, dan dokter menyarankan untuk melakukan tindakan operasi seksio sesarea. Setelah menerima penjelasan tersebut, pihak yang bersangkutan menolak untuk menjalani operasi seksio sesarea. Atas penolakan tersebut, penderita harus menandatangani *informed consent* yang berisikan penolakan. Ternyata, setelah tiga hari, terjadi perdarahan yang banyak yang menyebabkan janin meninggal dalam rahim.

Dalam kasus tersebut, dokter tidak dapat dituntut karena telah mempunyai perisai *informed consent* yang berisikan penolakan penderita untuk menjalani seksio sesarea.

Seandainya setelah dokter mengetahui bahwa plasenta previa totalis, hamil aterm, dan ternyata tidak memberikan saran apa pun, serta terjadi keadaan yang sama, maka dokter dapat dituntut karena telah melalaikan tugasnya.

Pemeriksaan janin dalam rahim dengan memakai alat ultrasonografi, pemeriksaan air ketuban, dan pemeriksaan klinis berkembang ke arah hukum yang melindungi hidup janin.

Berdasarkan pengertian tersebut, janin dalam rahim dilindungi oleh ketetapan hukum sehingga penolakan terhadap intervensi medis yang bertujuan menyelamatkan jiwa janin makin mendapat perhatian.

Dalam keadaan demikian, dokter, berdasarkan wewenang hukum, dapat memutuskan tindakan medis yang tepat sehingga keselamatan janin dapat terjamin.

B. Hak untuk Menentukan Nasib Kandungan

Kenyataan menunjukkan bahwa telah terjadi liberalisasi pelaksanaan gugur kandungan, seolah-olah wanita berhak atas nasib kandungannya.

Hasil konsepsi mempunyai tiga kemungkinan dan pengertian, yaitu:

- 1) berhak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan,
- 2) mempunyai potensi untuk hidup, dan
- 3) hanya sebagian kecil dari tubuh ibunya.

Berdasarkan konsep tersebut, timbul pertanyaan "Kapan kehidupan itu dimulai dan kapan harus dihormati?"

Pertanyaan kapan hidup itu mulai telah menimbulkan berbagai perdebatan yang belum menghasilkan kesepakatan.

Perlu dikemukakan bahwa ovum dan spermatozoa mempunyai energi untuk dapat mempertahankan hidup dalam batas waktu tertentu. Ovum dengan korona radiatannya dapat hidup sekitar 48 jam, sedangkan spermatozoa mampu bergerak dengan energinya untuk dapat mencapai ovum.

Oleh karena itulah, ovum maupun spermatozoa merupakan jaringan hidup, sekalipun energinya sangat terbatas. Tetapi, bila terjadi konsepsi, pertemuan kedua intinya dapat menimbulkan energi yang tidak terbatas untuk dapat melanjutkan kehidupannya.

Pada lafal sumpah dokter dapat dibaca bahwa:

"Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai dari saat pembuahan"

Konsepsi sebagai hidup insani dapat diterima sebagai suatu fakta, sekalipun hidup insani ini masih terbatas karena bila gagal melakukan implantasi, hidup insani akan berakhir.

Implantasi telah memberikan kesempatan untuk hidup yang lebih luas, berkembang dalam pembentukan organ sehingga lahir insan baru yang sempurna. Dengan pengertian bahwa implantasi telah memberikan kemungkinan hidup yang lebih luas, perhimpunan ahli obstetri dan ginekologi Amerika, telah memutuskan bahwa:

"Hidup insani dimulai dari saat implantasi"

Kedua bentuk hidup ini bersifat vegetatif, belum disertai pertumbuhan dan perkembangan psikosomatik. Kehidupan psikosomatik baru muncul setelah berkembangnya batang otak.

Perkembangan kehamilan berumur 60 hari

	Ovulasi Konsepsi	Implantasi	Batang otak berkembang
Hari	14	21-22-23	60
Minggu	2	3	8-9

Dalam menetapkan keputusan untuk menentukan kapan hidup insani itu dimulai, perlu diperhatikan bahwa karakter intrinsik kehidupan janin dalam rahim yang merupakan mata rantai dari:

- konsepsi,
- implantasi,
- pembentukan batang otak susunan saraf pusat dan tepi,
- terjadi gerakan janin pertama (*quickening*),
- tumbuh, berkembang, dan siap untuk lahir.

Sekalipun tanpa perlindungan, mata rantai ini akan berlangsung sendiri serta berakhir dengan kelahiran generasi baru.

Dengan mempergunakan alat dan pemeriksaan yang canggih, telah dapat ditentukan bahwa:

- 1) Diagnosis pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim dihasilkan dengan menetapkan keadaan normal, patologis, atau terdapat kelainan bawaan;
- 2) Tindakan intervensi medis untuk meningkatkan optimalisasi kehidupan janin.

Berdasarkan pemeriksaan tersebut, berkembang pengertian baru yang menganggap bahwa janin sebagai seorang penderita. Pengertian ini telah memberikan perlindungan kepada janin dari upaya yang tidak menguntungkan.

Kemampuan menegakkan diagnosis dini pada janin dalam rahim menimbulkan pertanyaan tentang bentuk intervensi medis

yang bagaimana yang dapat diterapkan sehingga tetap berpegang pada *Primum Non-nocere*.

Kesimpulan tentang kapan hidup insani dimulai dan bagaimana sikap untuk menghadapinya tidak dapat dikemukakan dengan tegas, tetapi diserahkan pada pengertian setiap individu.

Setelah dapat menentukan saat kehidupan itu dimulai, timbulah pertanyaan "Siapakah yang berhak menentukan nasib kandungan itu?" Pertanyaan tersebut sulit dijawab karena berkaitan dengan moral dan etika.

Berdasarkan tiga kemungkinan hidup hasil konsepsi tersebut, dapat disampaikan tiga bentuk sikap dalam praktik, yaitu sebagai berikut.

- 1) Mereka yang menganut pengertian bahwa hasil konsepsi berhak untuk hidup, tidak akan bersedia melakukan gugur kandung dengan alasan apa pun.
- 2) Mereka yang menganut pengertian bahwa hasil konsepsi potensial untuk hidup, akan bersedia untuk melakukan gugur kandung dengan alasan tertentu.
- 3) Mereka yang menganut pengertian bahwa hasil konsepsi hanya merupakan bagian dari ibunya, akan bersedia melakukan gugur kandung setiap saat diminta.

C. Pemeriksaan Genetik Reproduksi

Untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, dilakukan pemeriksaan genetik reproduksi. Pemeriksaan genetik reproduksi dapat dilakukan sebelum perkawinan untuk mendapatkan keturunan yang optimal. Pemeriksaan tersebut ditujukan untuk:

- mencari penyakit keturunan,
- LQ pasangan, dan
- kelainan mental.

Hasil pemeriksaan dapat disampaikan kepada pasangan yang akan melangsungkan perkawinan atau kepada keluarganya.

Sikap dalam menghadapi permintaan sterilisasi sehingga pasangan dengan kemunduran mental tidak mempunyai keturunan perlu dipertimbangkan.

Pemeriksaan genetik reproduksi setelah hamil ditujukan untuk menetapkan:

- penyakit keturunan,
- kelainan kongenital,
- kehamilan kembar, dan
- jenis kelamin janin dalam rahim.

Bila hasilnya menunjukkan bahwa ada kelainan kongenital dan penyakit keturunan, maka permintaan untuk melakukan gugur kandung dapat dibenarkan dan diluluskan, bahkan dokter dapat menganjurkannya.

Masalah akan timbul bila permintaan gugur kandung pada hamil kembar atau pada jenis kelamin yang tidak dikehendaki. Bagaimana sikap menghadapi permintaan gugur kandung dengan alasan tersebut? Pertanyaan ini sulit dijawab dan sulit pula untuk diluluskan.

D. Gugur Kandung Merupakan Masalah Kontroversial

Gugur kandung merupakan penyakit masyarakat yang menahun dan sulit untuk disembuhkan.

Berkaitan dengan gerakan Keluarga Berencana, gugur kandung merupakan metode yang paling tua di dunia, sama tuanya dengan umur manusia.

Pelaksanaan gugur kandung mengalami pasang surut waktu perkembangannya. Gugur kandung pernah mengalami masa suram, dimana pelaksanaannya dilarang berdasarkan hukum dan kaedah agama. Sebagai akibat dari larangan tersebut, gugur kandung banyak dilakukan oleh tenaga tradisional dengan menimbulkan cacat dan angka kematian yang tinggi.

Pada saat ini telah terjadi revolusi dalam menghadapi gugur kandung dengan alasan:

- 1) perubahan perilaku seks yang dapat menimbulkan kehamilan yang tidak dikehendaki;
- 2) gugur kandung yang dilakukan oleh tenaga medis untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas;
- 3) sebagai penunjang gerakan Keluarga Berencana;
- 4) makin tingginya permintaan pelayanan gugur kandung.

Dengan memperhatikan pengertian sehat menurut WHO, gugur kandung dapat dilakukan berdasarkan indikasi sosial sehingga menimbulkan konflik antara kepentingan hidup insani dengan

keinginan keluarga. Indonesia, yang berasaskan Pancasila, telah menetapkan pelaksanaan gugur kandung berdasarkan Undang-Undang Kesehatan.

E. Etika Pasangan Infertilitas

Perkembangan penanganan pasangan infertilitas telah mendorong untuk menegakkan etika pelaksanaan.

Ketetapan etika penanganan pasangan infertilitas sebaiknya dapat menjawab beberapa pertanyaan sebagai berikut.

- 1) Siapakah yang berhak menangani pasangan infertilitas?
- 2) Siapakah yang berhak melakukan inseminasi buatan?
- 3) Bagaimana sikap dalam menghadapi pelaksanaan bayi tabung?
- 4) Dapatkah dibenarkan jika hamil dengan ibu pengganti?
- 5) Bagaimana sikap bila gagal memberikan pelayanan?
- 6) Bagaimana sikap menghadapi rekayasa bayi ala Frankenstein?

Keturunan merupakan buah cinta yang terjadi berdasarkan perkawinan yang sah dan dengan melalui hubungan seks secara wajar. Dengan dasar demikian, Gereja Vatikan tidak dapat membenarkan segala bentuk kehamilan dengan rekayasa medis.

1. Pihak yang berhak menangani pasangan infertilitas

Dalam menghadapi pasangan infertilitas, kerja sama medis sangat diperlukan sehingga dapat memenuhi keinginan mereka untuk mendapatkan keturunan.

Penanganan pasangan infertilitas memerlukan sejumlah disiplin ilmu kedokteran, di antaranya:

- a. Ahli Obstetri dan Ginekologi;
- b. Ahli Urologi;
- c. Ahli Andrologi;
- d. Bidang penunjang:
 - Laboratorium,
 - Ahli Radiologi,
 - Ahli Patologi Anatomi.
- e. Konsultasi pada cabang ilmu yang diperlukan.

Ujung tombak pelayanan terletak di tangan Ahli Obstetri dan Ginekologi.

2. *Pihak yang berhak melakukan inseminasi buatan*

Inseminasi buatan dapat dilakukan karena beberapa alasan, seperti:

- a. menginginkan jenis kelamin anak, dan
- b. gangguan pada vagina atau serviks.

Syarat penting yang perlu dipenuhi agar dapat melakukan inseminasi buatan adalah tuba harus dapat dibuktikan normal dengan jalan USG atau laparoskopi. Pihak yang dapat melakukan inseminasi buatan adalah:

- a. Dokter Ahli Obstetri dan Ginekologi,
- b. Dokter Ahli Andrologi, dan
- c. Dokter Umum.

3. *Bagaimana etika menghadapi donor ovum atau spermatozoa*

Perkawinan merupakan masalah sakral dalam agama dan hukum. Hakikat sahnya perkawinan karena terdapat upacara menurut ajaran agama sehingga keturunannya dapat diakui oleh masyarakat dan hukum.

Dalam kenyataannya, masih dijumpai pasangan infertilitas yang dapat menerima donor ovum atau donor spermatozoa sehingga bisa hamil.

Berdasarkan hukum dan ajaran agama, masalah donor ovum atau spermatozoa tidak dapat dibenarkan karena hal itu merupakan persoalan yang menjadi tanggung jawab pasangan tersebut.

4. *Etika menghadapi bayi tabung*

Pada dasarnya, pelaksanaan bayi tabung dilakukan karena tidak berfungsinya saluran tuba falopii sehingga dilakukanlah rekayasa kehamilan dengan jalan:

- a. *invitro fertilization*,
- b. *gamete intrafallopian transfer*, dan
- c. metode lainnya.

Rekayasa medis ini dapat dibenarkan asalkan ovum dan spermatozoa berasal dari pasangan suami istri yang perkawinannya sah.

5. *Sikap dalam menghadapi ibu pengganti*

Ibu pengganti dalam kehamilan dilakukan karena terjadi kerusakan pada rahim sehingga tidak mungkin untuk bisa hamil sendiri. Setelah pasangan suami istri tersebut diperiksa,

ovarium berfungsi dengan normal, demikian juga hasil pemeriksaan spermatozoa.

Dalam situasi istri tidak dapat mengandung sendiri, diupayakan untuk mendapatkan ibu pengganti tanpa suatu ikatan yang bersifat komersial.

Berdasarkan ajaran agama dan hukum, gamet yang dihasilkan melalui rekayasa medis tersebut sah sehingga bayi yang dilahirkan tetap merupakan keturunan dari pasangan suami istri yang menipikan kehamilannya tersebut. Di Indonesia, rekayasa ibu pengganti belum dapat diterima.

6. *Sikap menghadapi kegagalan rekayasa medis*

Setelah segala usaha medis yang dilakukan untuk mendapatkan keturunan gagal, maka pasangan suami istri dapat dianjurkan untuk melakukan adopsi anak menurut:

- a. tata laksana/saluran hukum, dan
- b. tata laksana ajaran agama.

7. *Sikap etika menghadapi bayi rekayasa ala Frankenstein*

Dengan semakin meningkatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, tidaklah mustahil untuk dilakukan rekayasa kehamilan, benar-benar di luar rahim, ala Frankenstein.

Gambaran ini sebenarnya telah dibayangkan pada kelahiran "Seratus Kurawa" dengan jalan "memeras" kandungan ibunya menjadi seratus dan dikembangkan di luar rahim.

Kehamilan ala Frankenstein, dimana hasil konsepsi suami istri yang sah, dibesarkan dalam suatu pembenihan sampai aterm dan selanjutnya dikemukakan begitu saja.

Perkembangan fisik janin bayi dapat dipertanggungjawabkan oleh ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, tetapi yang menjadi masalah adalah kemungkinan penyimpangan dari pertumbuhan dan perkembangan sikap mental dan moral.

F. Etika Pelayanan Ultrasonografi

Ultrasonografi merupakan alat canggih yang vital dalam bidang obstetri dan ginekologi. Dengan mempergunakan USG, sejumlah keterangan mengenai keadaan rahim dapat ditentukan agar dapat mengambil sikap yang tepat.

Untuk dapat mempergunakan dan melakukan pemeriksaan ultrasonografi ditetapkan:

- 1) harus mempunyai sertifikat,
- 2) menegakkan diagnosis keadaan patologis,
- 3) disampaikan kepada penderita tentang perlunya pemeriksaan USG, dan
- 4) hasilnya dibicarakan dan diterangkan kepada penderita.

Tujuan pemeriksaan USG, yaitu:

- 1) mencari kelainan kongenital,
- 2) mengikuti petunjuk WHO dalam pemeriksaan kehamilan,
- 3) menentukan jenis kelamin janin,
- 4) menuntun pemeriksaan dalam rahim.

G. Etika Menghadapi Penderita Terminal

Penderita dalam keadaan terminal sering dihadapi karena:

- 1) kasus infeksi berat,
- 2) keadaan terminal keganasan ginekologi, dan
- 3) kasus keganasan dengan metastase.

Kesembuhan penderita tidak mungkin diharapkan sehingga untuk melanjutkan pengobatan akan mengorbankan waktu dan biaya yang tidak sedikit. Dalam situasi demikian, timbul pikiran untuk melakukan "eutanasia", yaitu mendorong penderita agar dapat meninggal dengan tenang. Tindakan untuk eutanasia dapat diminta oleh:

- penderita sendiri,
- keluarga penderita, atau
- atas pertimbangan medis.

Tindakan eutanasia masih tetap dianggap pembunuhan sehingga tidak mungkin bebas dari tuntutan hukum, dengan alasan apa pun. Tetapi, tindakan "eutanasia tidak langsung" sering dilakukan karena setiap intervensi medis sudah tidak berguna lagi. Kepada keluarganya diterangkan kegagalan dalam menyembuhkan penderita dan menganjurkan agar penderita dibawa pulang sehingga meninggal di tengah keluarga yang dicintai.

H. Etika Menghadapi Kelainan Kongenital Trimester Ketiga

Kelainan kongenital yang sering dijumpai pada trimester ketiga adalah:

- Spina bifida,
- Meningokel,
- Omfalokel,
- Hidrosefalus,
- Anensefalus.

Kelainan kongenital yang perlu lebih mendapatkan perhatian dan etika penatalaksanaan adalah sebagai berikut.

1. Hidrosefalus

Hidrosefalus adalah terjadinya timbunan cairan serebrospinalis dalam kavum kranii sehingga kepala menjadi lebih besar, sutura meregang, tulang kepala menipis, dan jaringan otak terdesak.

Kemampuan hidup bayi dengan hidrosefalus sangat terbatas sehingga sebagian besar dilahirkan dengan melakukan pungsi. Apakah tindakan pungsi itu dibenarkan untuk dilakukan? Dengan melakukan pungsi, dapat terjadi:

- gangguan sirkulasi intrakranial.
- terjadi asfiksia.
- perdarahan intrakranial.
- saat persalinan, tekanan terhadap jaringan otak makin besar dan dapat menimbulkan kematian.

Pertimbangan untuk melakukan pungsi hanya berdasarkan atas keuntungan ibunya, dan tindakan ini dapat mempercepat proses kematian bayi.

Bagi yang menganggap janin hidrosefalus mempunyai hak hidup akan dilakukan seksio sesarea.

2. Anensefalus

Persalinan bayi anensefalus bukan merupakan masalah karena dapat lahir spontan dan segera diikuti kematian.

Perkembangan yang memerlukan etika medis adalah kemungkinan anensefalus menjadi donor organ. Untuk dapat bertindak sebagai donor diperlukan:

- penjelasan kepada keluarga,
- persetujuan keluarga,
- kapan bayi anensefalus dianggap meninggal,
- mengikuti peraturan hukum atau Undang-Undang Kesehatan.

Di Indonesia yang berasaskan Pancasila, dapatkah bayi anensefalus bertindak sebagai donor organ? Jawabannya tidak dapat diberikan, tergantung dari perkembangan waktu, tempat, dan kemampuan manusia Indonesia sendiri di masa yang akan datang.

I. Tuntutan Kelahiran *Well Born Baby* (WBB) dan *Well Health Mother* (WHM)

Karakteristik kehidupan janin dalam rahim:

- konsepsi,
- implantasi,
- terbentuknya susunan saraf pusat dan tepi,
- tumbuh berkembang dengan wajar,
- persalinan dengan tuntutan "*Primum non-nocere*".

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi obstetri dan ginekologi ditujukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Oleh karena itu, mata rantai karakteristik janin perlu mendapat perhatian dengan jalan melakukan pengawasan hamil dan persalinan yang adekuat.

Tuntutan persalinan *primum non-nocere* dijabarkan dengan persalinan *well born baby* dan *well health mother* sehingga sejak awal kelahiran telah dimulai dengan kualitas yang cukup memadai.

Sikap ilmu pengetahuan dan teknologi obstetri ke arah *well born baby* dan *well health mother* telah mendorong bentuk persalinan:

- spontan belakang kepala,
- forsep dan vakum ekstraksi rendah,
- seksio sesarea.

Setiap pertolongan persalinan harus mempertimbangkan keuntungan dan kerugian tindakan obstetri sehingga dapat menyerahkan bayi dalam keadaan optimal.

Dengan ketetapan demikian, kejadian seksio sesarea makin meningkat. Di samping itu, ada kemungkinan seksio sesarea atas

permintaan dengan pertimbangan *well born baby* dan *well health mother* serta meningkatkan keharmonisan keluarga.

J. Etika Pelaksanaan Gerakan Keluarga Berencana

Pelaksanaan gerakan Keluarga Berencana merupakan sisi penting untuk meningkatkan sumber daya manusia. Dapat dikemukakan bahwa untuk membentuk sumber daya manusia yang berkualitas diperlukan investasi yang tidak kecil, bahkan dimulai sejak perkawinan. Oleh karena itu, mengikuti gerakan Keluarga Berencana merupakan kebutuhan vital.

Indonesia negara yang berhasil dengan gerakan kependudukan dan Keluarga Berencana dengan orientasi Metode Keluarga Berencana Efektif (MKE), yaitu:

- KB susuk,
- KB suntikan,
- AKDR (Alat KB dalam Rahim),
- Kontap.

Kenyataan menunjukkan bahwa wanita yang ingin mengikuti gerakan Keluarga Berencana dengan kontap umurnya semakin muda.

Untuk mencapai masa menopause memerlukan waktu yang panjang, sekitar 15–20 tahun. Dalam mencapai masa menopause diharapkan tidak terjadi kegoncangan hidup dalam keseimbangan hormonal. Oleh karena itu, dianjurkan untuk melakukan metode Kontap, yaitu:

- 1) Kontap nonoperatif: memakai *quinacrine*;
- 2) Kontap operatif: vasektomi tuba (Ma).

Perlu diperhatikan tuntutan masyarakat berkaitan dengan keberhasilan Keluarga Berencana, yaitu:

- a. permintaan jenis kelamin janin pada kehamilan,
- b. ingin mempunyai anak setelah keadaan sosial ekonominya stabil/mapan,
- c. pelaksanaan KB pada remaja.

Masalah tersebut merupakan tantangan bagi gerakan Keluarga Berencana Nasional.

K. Etika Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium merupakan pemeriksaan penunjang yang vital, terutama dalam menghadapi era globalisasi. Era globalisasi menyebabkan arus informasi semakin cepat mencapai berbagai daerah di seluruh dunia. Demikian juga kemajuan teknologi hubungan antarmanusia, menyebabkan semakin dekatnya segala penjuru dunia.

Dengan semakin "sempitnya" dunia, hubungan antarbangsa semakin erat dan dekat, tidak dapat dipungkiri akan terjadi perkawinan dan hubungan seks antarbangsa. Berkaitan dengan kesehatan reproduksi, penyebaran penyakit semakin cepat terjadi.

Berdasarkan fakta-fakta tersebut, pemeriksaan laboratorium semakin diperlukan sehingga kesehatan reproduksi makin dapat terpelihara dengan tujuan agar dapat menurunkan generasi yang sehat rohani dan jasmaninya.

Pertanyaan yang timbul adalah pemeriksaan laboratorium apa saja yang perlu dilakukan pada pasangan keluarga. Menurut pengamatan, pemeriksaan yang perlu dilakukan adalah:

- 1) Pemeriksaan laboratorium dasar, meliputi:
 - Darah lengkap,
 - Urine lengkap,
 - Fungsi lever dan ginjal,
 - Cairan prostat,
 - Analisis spermatozoa;
- 2) Pemeriksaan TORCH, mencakup:
 - Toksoplasmosis,
 - Rubela,
 - Sitomegalovirus,
 - Herpes virus I/II
- 3) Pemeriksaan rhesus faktor;
- 4) Pemeriksaan hepatitis B;
- 5) Pemeriksaan AIDS.

Pertanyaan berikutnya yang timbul adalah bagaimana sikap dalam menghadapi kemungkinan bila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya penyakit keturunan atau salah satu pasangan tersebut menjadi karier.

Jawaban dari pertanyaan ini sangat sulit karena menyangkut masalah etika, psikologis, dan masalah fisik. Jawaban tersebut erat

hubungannya karena sebagian dari penyakit tersebut sampai saat ini belum ada pengobatan yang khusus.

L. Etika Menghadapi Kehamilan dengan Kecanduan

Dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dicapai oleh pria maupun wanita, keduanya sudah semakin bersaing dalam karier.

Demikian juga dalam pergaulan hidup, sulit untuk dapat membedakan mana kebiasaan pria maupun wanita, seperti merokok, minum alkohol, kecanduan narkotik, dan sebagainya.

Akibatnya, dalam kesehatan reproduksi sering dijumpai kombinasi kehamilan dengan kecanduan obat, merokok, dan alkohol dengan berbagai akibatnya. Akibat pokok yang paling penting adalah:

- 1) mengusahakan kehamilan untuk mengurangi dan menghindari kecanduan;
- 2) melakukan perawatan dan pengawasan secara psikologis bersama psikolog dan psikiater;
- 3) melakukan pengawasan ibu hamil dengan lebih intensif sehingga kesehatan ibu hamil dapat lebih terjamin.

Dapat dikemukakan bahwa tanggung jawab ahli kebidanan masih tetap dominan dalam pengelolaan tersebut untuk menjamin lahirnya generasi yang lebih berkualitas.

M. Etika Tata Laksana Pemeriksaan Obstetri dan Ginekologi

Keunikan pemeriksaan obstetri dan ginekologi terletak pada orang yang diperiksa, yaitu wanita. Oleh karena itu, masalah kepribadian wanita perlu mendapat perhatian.

Etika tata laksana pemeriksaan wanita harus memenuhi persyaratan, sebagai berikut.

- 1) Diperlukan seorang wanita untuk mendampingi pemeriksaan.
- 2) Kamar pemeriksaan sebaiknya mempunyai toilet.
- 3) Penerangan kamar periksa secukupnya.
- 4) Alat-alat yang diperlukan secukupnya.
- 5) Perlu diterangkan terlebih dahulu jalannya pemeriksaan.
- 6) Penderita anak-anak atau gadis perlu didampingi oleh ibunya.

- 7) Pemeriksa bersikap tenang tanpa emosi.
- 8) Bila memerlukan pemeriksaan tambahan, perlu diterangkan.
- 9) Jika memerlukan tindakan operasi, penderita harus diberi penjelasan agar dapat mengambil sikap.
- 10) *Informed consent* diperlukan sebagai titik awal transaksi terapeutik dan sebagai perisai bila terjadi tuntutan hukum.
- 11) Pemeriksa sebaiknya mempunyai standar pemeriksaan dan pengobatan yang baku untuk menghindari kemungkinan tuntutan malpraktik.

N. Etika dalam Penelitian Klinis

Untuk meningkatkan hasil pengobatan atau nilai obat yang akan dipakai, penelitian klinis yang melibatkan penderita sering diperlukan.

Dalam mengikutsertakan penderita sebagai objek penelitian, diperlukan beberapa hal, yaitu sebagai berikut.

- 1) Metode dan tujuan penelitian harus diterangkan dengan jelas kepada penderita.
- 2) Penderita harus menyetujui penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
- 3) Untuk penderita anak atau bayi, keluarganya harus menyetujui dengan pernyataan dalam *informed consent*.
- 4) Penderita boleh mengundurkan diri dari keikutsertaannya setiap saat.
- 5) Penderita dibebaskan dari beban biaya penelitian.

Demikianlah langkah penelitian klinis yang melibatkan penderita sebagai objek. Sebagai gambaran betapa pentingnya sikap etis nilai moral dalam profesi dokter dapat disimak ucapan **Hipokrates**:

“Ilmu kedokteran adalah ilmu yang mulia. Oleh karena itu; hanya orang-orang yang sanggup menjunjung kehormatan diri dan profesilah yang layak menjadi dokter”.

Demikianlah konsep singkat etika obstetri dan ginekologi yang perlu mendapatkan perhatian dokter dalam menjalankan profesinya.

BAB 2

TUJUAN

KEPANITERAAN

KLINIK

TUJUAN KLINIK OBSTETRI, GINEKOLOGI, DAN
KELUARGA BERENCANA

TUJUAN KLINIK OBSTETRI, GINEKOLOGI, DAN KELUARGA BERENCANA

A. Menerapkan Dasar-Dasar Teori Obstetri, Ginekologi, dan Keluarga Berencana dalam Praktik Kedokteran

Dasar-dasar teori obstetri, ginekologi, dan Keluarga Berencana sesuai dengan KIPDI yang meliputi sekitar 80–85% dari landasan teori yang diperlukan. Sekitar 15% dipergunakan untuk memberikan kelonggaran sehingga dapat diberikan muatan lokal sesuai dengan kemampuan setiap Fakultas Kedokteran.

Tambahan ini merupakan “ciri khas” setiap Fakultas Kedokteran yang dapat dan patut dibanggakan.

Tambahan dan ciri khas tersebut dapat berbentuk landasan teori atau tingkat keterampilan sehingga setiap alumnus akan merasakan dan mempunyai kebanggaan tersendiri.

B. Peningkatan Keterampilan (Psikomotor)

Setelah memahami landasan teori yang diperlukan untuk dapat melaksanakan praktik kedokteran di rumah sakit pemerintah maupun swasta, masih diperlukan bekal pengalaman untuk melakukan sendiri dan melihat sehingga keterpaduan antara “landasan teori dan pengalaman” menjadi satu agar segera dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Sebagai “insan perguruan tinggi” yang pendidikannya berdasarkan “Tri Dharma Perguruan Tinggi”, pengetahuan yang dimilikinya harus pula dapat disebarluaskan untuk memberikan pendidikan dan teknologi kepada staf medis yang akan membantu dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Di samping itu, kemampuan evaluasi yang akan menjadi landasan kebijakan lebih lanjut perlu dilakukan dengan memperhatikan data-data di lapangan sehingga perkembangan pelayanan dan pendidikan makin dapat disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat.

Demikianlah seorang dokter memerlukan landasan teori yang kuat dan kemampuan teknologi serta keterampilan yang memadai, sehingga kehadirannya di tengah masyarakat dapat bertindak secara “mandiri”.

Oleh karena itu, peningkatan diri masing-masing sangat diperlukan sehingga makin mampu bersaing dalam era globalisasi dalam memberikan dan menjabarkan aspek "Tri Dharma Perguruan Tinggi" yang menjadi landasan bagi almamater.

Mengikuti seminar, lokakarya, pertemuan tahunan, atau kongres sangat besar manfaatnya sehingga dapat melihat perkembangan IPTEK, khususnya bidang Kedokteran. Selain berguna untuk melepaskan kejenuhan dari rutinitas kampus, kegiatan-kegiatan tersebut sangat bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan dan teknologi.

C. Memanfaatkan Kesempatan Kepaniteraan Klinik Obstetri, Ginekologi, dan Keluarga Berencana Secara Optimal

Kesempatan dalam kepaniteraan klinik media selama 12 minggu sangat penting karena sebagai lanjutan dari pendidikan kedokteran dan kesempatan untuk memadukan antara teori dalam kuliah serta kenyataan dalam praktik. Hal ini merupakan kesempatan yang sangat berharga yang hanya sekali dialami selama pendidikan kedokteran.

Bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Negeri, hal ini merupakan kesempatan yang sangat berharga yang hanya dialami sekali selama pendidikan kedokteran dan kesempatan tersebut terbuka dengan lebar dibandingkan dengan mahasiswa Fakultas Kedokteran Swasta, yang sangat sulit mencari pengalaman.

Dengan demikian, mahasiswa diharapkan agar mempergunakan kesempatan itu sebaik-baiknya sehingga interaksi antara "teori dan praktik" dapat menyatu pada dirinya. Bukankah "pengalaman adalah guru yang paling baik".

BAB 3

OBSTETRI UMUM

1. DASAR PEMERIKSAAN OBSTETRI
2. PEMERIKSAAN SEBELUM PERKAWINAN
3. PROSES DAN DIAGNOSIS KEHAMILAN
4. PEMERIKSAAN ANTENATAL (*ANTENATAL CARE*)
5. PEMBERIAN OBAT KEPADA BUMIL DAN LAKTASI
6. ANEMIA PADA KEHAMILAN
7. KEHAMILAN PADA REMAJA
8. KEHAMILAN DENGAN *IUCD IN SITU*
9. HIPEREMESIS GRAVIDARUM
10. PERAWATAN GIGI PADA KEHAMILAN
11. KONSEP PERSALINAN NORMAL
12. PERAWATAN POSTPARTUM
13. SEKITAR AIR SUSU IBU

1. DASAR PEMERIKSAAN OBSTETRI

- a. Tujuan melakukan pengawasan hamil adalah:
- 1) Menurunkan angka kematian ibu karena:
 - Perdarahan 30–35%
 - Infeksi 20–22%
 - Gestosis 15–17%
 - Lain-lainnya 2%
 - 2) Menurunkan angka kematian perinatal karena:
 - Asfiksia neonatorum 50–60%
 - Berat badan lahir rendah 25–29%
 - Infeksi 25–30%
 - Kelainan kongenital 1%
- b. Pelaksanaan yang penting adalah:
- 1) *Antenatal care*;
 - 2) Meningkatkan sistem referal;
 - 3) Meningkatkan gizi ibu hamil;
 - 4) Imunisasi;
 - 5) Melaksanakan program Keluarga Berencana.
- c. *Antenatal care* dilakukan untuk:
- 1) Menentukan risiko kehamilan:
 - Rendah;
 - Meragukan;
 - Kehamilan risiko tinggi.
 - 2) Menentukan secara dini komplikasi kehamilan.
 - 3) Menentukan diagnosis dini penyakit yang menyertai kehamilan.
 - 4) Persiapan perawatan neonatus dan pemberian laktasi.
- d. Gagasan kelahiran adalah *Well born baby* dan *Well health mother*.
- 1) Spontan B.
 - 2) *Outlet forceps extraction*.
 - 3) *Outlet vacuum extraction*.
 - 4) Seksio sesarea/seksio sesarea atas permintaan.

Program pelayanan hamil, persalinan, dan postpartum.

	Normal	Komplikasi	Penanganan
T R I M E S T E R P E R T A M A	<i>Morning sickness</i> Emesis gravidarum Kaki kramp	Hiperemesis gravidarum	Jangan bangun cepat Sedativa antiemesis B.kompleks-Alinamin F Kontrol ANC Pemeriksaan: • USG • Laboratorium Mrs-isolasi I.V.F. Drip + antiemesis Sedativa B.kompleks
		Hamil ektopik pecah Abortus: • Iminens • Insipiens • Inkompletus • Infeksi • <i>Missed abortion</i> • Mola hidatidosa	Sesuai dengan penyebab
		Gravida + Infeksi (Sistitis)	Antibiotika-Analgesik Berobat jalan Pemeriksaan laboratorium Kalau perlu: Mrs
T R I M E S T E R K E D U A	Keluhan berkurang Makan bertambah Gerak janin ada		<i>Antenatal care</i> Tambahkan vitamin Fe Imunisasi tetanus Pemeriksaan USG
		Perdarahan Abortus: • Iminens • Insipiens • Inkompletus • Infeksi <i>Intra Uterine Fetal Dead (IUFD)</i> <i>I.U.G. Retardation</i> Persalinan prematur Mola hidatidosa	Sesuai dengan penyebab

	Normal	Komplikasi	Penanganan
		Praeklampsia ringan	<i>Antenatal Care</i> Kurangi garam Diuretik ringan
		Praeklampsia berat Eklampsia	Mrs: • Isolasi • Tong spatel Obat spesifik: • Valium • Magnesium sulfat Observasi 2 x 24 jam Menentukan sikap terhadap kehamilan
		Persalinan prematur	Konservatif: • Sedatif • Pengobatan • Gestanon • Duvadilan/Duphaston
		<i>Premature rupture of membrane</i>	Mrs observasi: • Antibiotika • Induksi persalinan
		Perdarahan: • Sol plasenta • Plasenta previa • Pecah vasaprevia • Plasenta letak rendah	Mrs Observasi: • Tindakan definitif • Sesuai dengan indikasi
		<i>Intra Uterine Fetal Dead</i>	Mrs: persiapan terminasi: • <i>Primering oestradiol</i> • Laminaria stiff • Induksi persalinan
	Persalinan normal		Persiapan spontan B Resusitasi bayi
	Metode evaluasi menurut Friedman Metode Parthoraf WHO Metode Bisnis	• <i>Prolong latent</i> • <i>Protrated active phase</i> • <i>Prolong second stage</i> • <i>Negleted labour</i> • Ruptura uteri iminer/ ruptura uteri	Pertolongan legeartis Menghindari komplikasi Terminasi dengan indikasi

	Normal	Komplikasi	Penanganan
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Early mobilization</i> ➤ Observasi: <ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran • Tensi, nadi, dan temperatur • Patrun lokia • Evaluasi uterus • Luka episiotomi
		<ul style="list-style-type: none"> • Retensio plasenta • Plasenta rest • Perluasan terbuka kembali • Terdapat fistula • Infeksi puerperalis atau urogenitalis 	<ul style="list-style-type: none"> • Penanganan sesuai dengan sebabnya
		Operasi vaginal <ul style="list-style-type: none"> • Vakum Ekstraksi • Forseps Ekstraksi • Operasi pada anak mati. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observasi: sama • Dauer kateter selama 3-5 hari • Antibiotika adekuat
		Seksio Sesarea	Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran • Tensi, nadi, temperatur, pernapasan • Keseimbangan cairan • Transfusi darah • Antibiotika • Rencana: diet • Patrum lokia • Evaluasi uterus • Luka operasi

Keluhan obstetri:

1. Keluhan yang menyebabkan pasien datang ke pusat kesehatan, yaitu:
 - a. berkaitan dengan kehamilan,
 - b. komplikasi hamil muda,
 - c. perdarahan,
 - d. gestosis, praeklampsia/eklampsia,
 - e. pecahnya ketuban,
 - f. inpartu.
2. Penyakit infeksi yang menyertai kehamilan.
Keluhan utama belum dapat dijadikan dasar untuk mengambil sikap sehingga perlu dikembangkan pemeriksaan yang lebih luas untuk membuat status secara menyeluruh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Konsep pemeriksaan dapat dijabarkan menjadi:

1. *Anamnesis*
 - a. Anamnesis tentang identitas, yaitu mencakup:
 - nama diri dan suami,
 - alamat,
 - pekerjaan.
 - b. Anamnesis obstetri, yaitu mencakup:
 - kehamilan yang ke berapa,
 - apakah persalinan spontan, B. aterm, hidup, atau dengan tindakan,
 - umur anak terkecil,
 - untuk primigravida, lama perkawinan dan umur,
 - tanggal haid terakhir.
 - c. Anamnesis tentang keluhan utama yang dapat dikembangkan sesuai dengan lima kemungkinan di atas.
2. *Pemeriksaan fisik*
 - a. Pemeriksaan fisik umum, yaitu mencakup:
 - kesan umum, kompos mentis, tampak sakit,
 - Tensi, nadi, pernapasan, dan temperatur,
 - hal lain yang dipandang perlu.
 - b. Pemeriksaan khusus obstetri, yaitu mencakup:

- 1) Inspeksi:
 - tingginya F.U.,
 - keadaan dinding abdomen,
 - adanya gerak janin yang tampak.
- 2) Palpasi:
 - menurut Kneble,
 - menurut Leopold,
 - menurut Buddin,
 - menurut Ahfeld,
 - tanda cairan bebas.
- 3) Perkusi:
 - meteorisme,
 - tanda cairan bebas.
- 4) Auskultasi:
 - bising usus,
 - detak jantung janin,
 - gerak janin intrauterin,
 - hal lain yang terdengar.
- 5) Pemeriksaan dalam:
 - pembukaannya,
 - perlunakan serviks,
 - ketubannya,
 - posisi, penurunan bagian terendah,
 - palvimetri panggul.
- 6) Pemeriksaan tambahan:
 - pemeriksaan laboratorium,
 - pemeriksaan ultrasonografi,
 - tes pemeriksaan air ketuban,
 - tes pemeriksaan bakteriologis.

3. Diagnosis/kesimpulan :

4. Sikap :

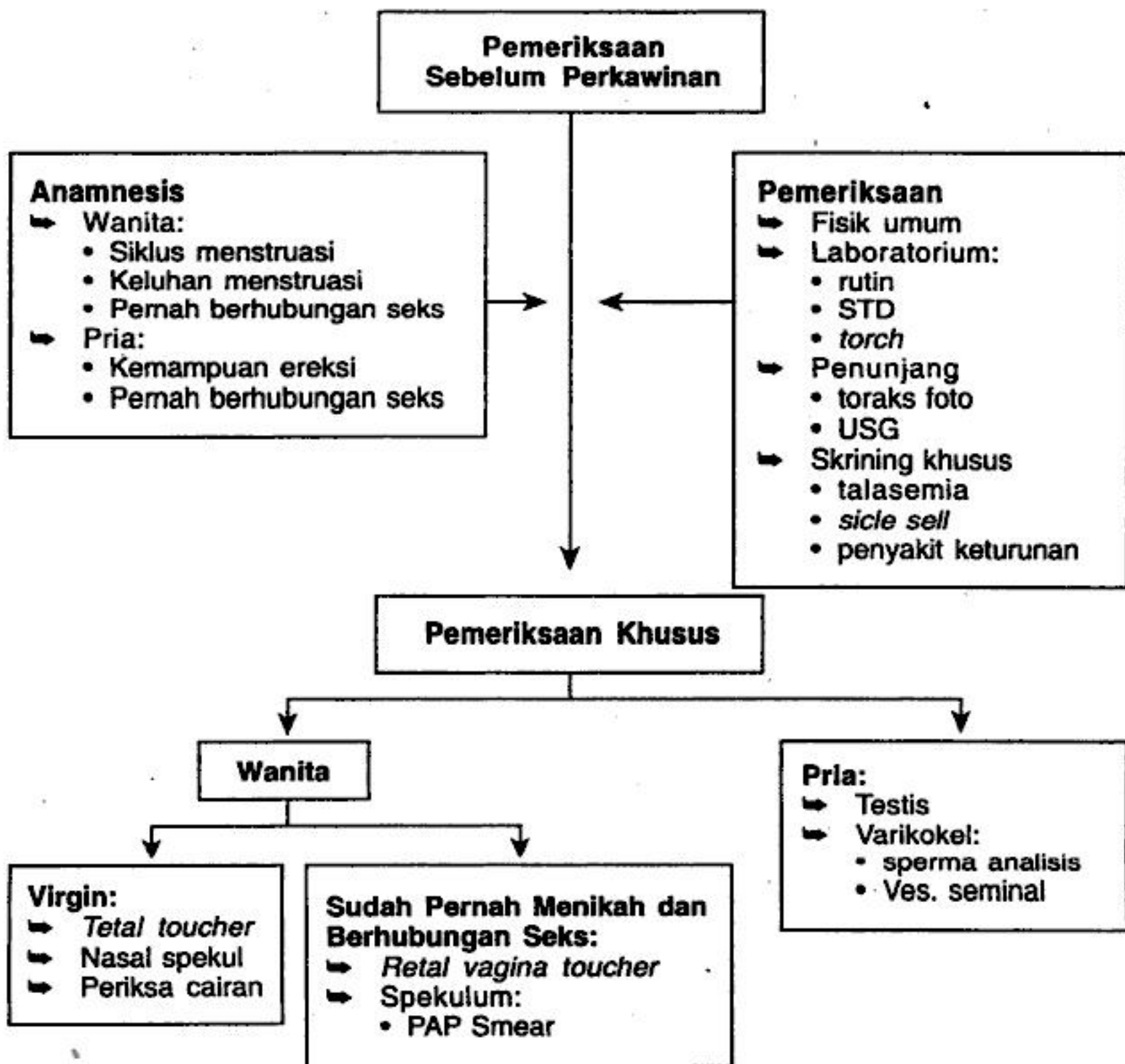
5. Diagnosis banding :

6. Prognosis :

2. PEMERIKSAAN SEBELUM PERKAWINAN

Pemeriksaan sebelum perkawinan belum umum dilakukan, kecuali pada angkatan bersenjata yang secara rutin mengharuskan pemeriksaan. Adanya perubahan perilaku seks masyarakat, dimana kemungkinan akan terjangkit *Sexual Transmitted Disease (STD)*, pemeriksaan sebelum perkawinan merupakan suatu hal yang mutlak dilakukan bila menginginkan keturunan yang terjamin kesehatannya, baik jasmani dan rohani.

Tata laksana pemeriksaan sebelum perkawinan

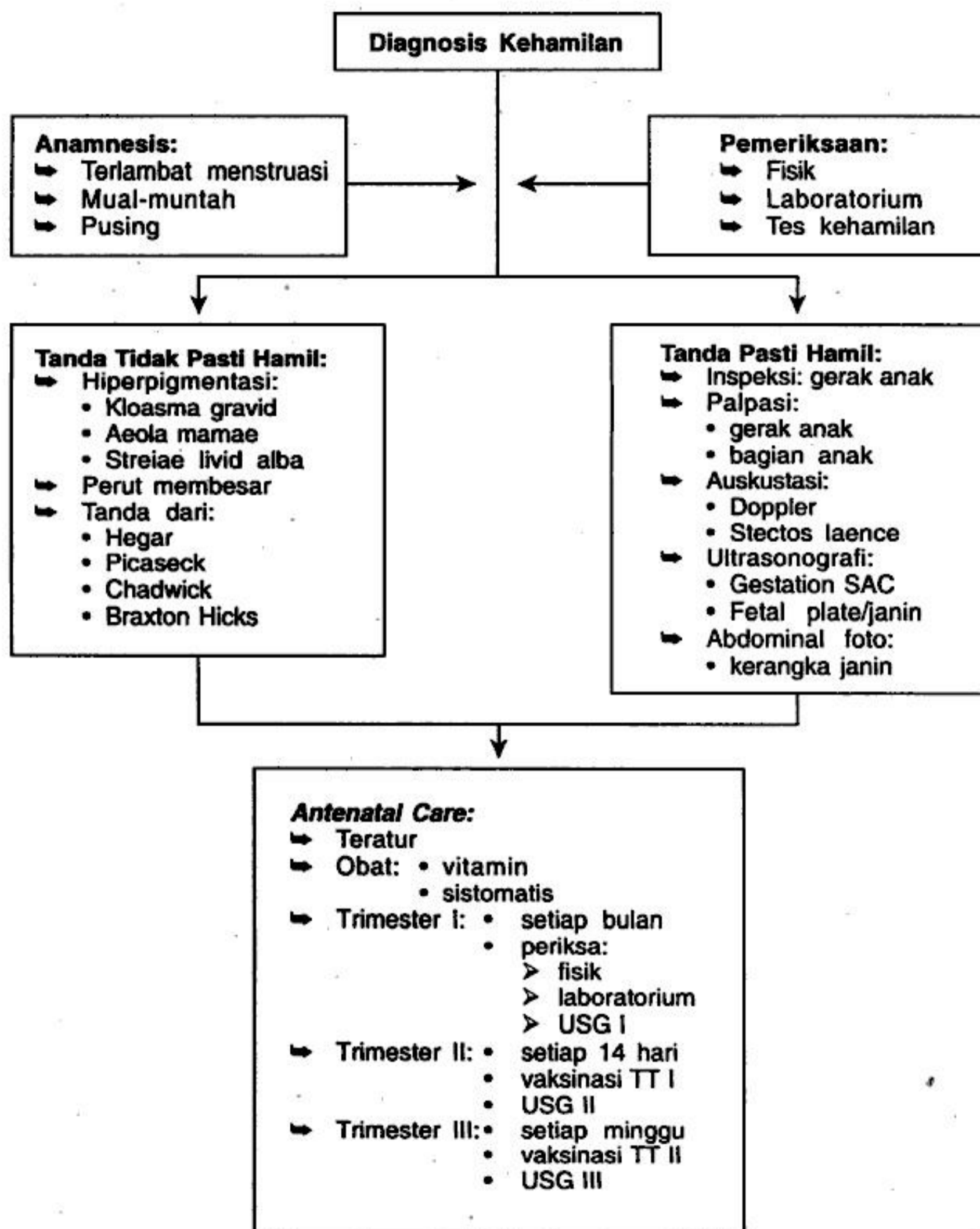


Melihat hasil pemeriksaan yang dicapai, semua kelainan diusahakan agar dapat diperbaiki atau diobati sebelum kehamilan sehingga keturunannya dapat mencapai generasi yang optimal.

3. PROSES DAN DIAGNOSIS KEHAMILAN

Menegakkan diagnosis kehamilan memerlukan perhatian karena makin banyak tata laksana yang dilakukan mengingat canggihnya alat bantu diagnostik.

Tata laksana diagnosis kehamilan



4. PEMERIKSAAN ANTENATAL (*ANTENATAL CARE*)

Antenatal care mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan perinatal. Dianjurkan, agar pada setiap kehamilan, dilakukan *antenatal care* secara teratur dan sesuai dengan jadwal yang lazim berlaku.

Tujuan *antenatal care* ini ialah untuk mengetahui data kesehatan ibu hamil dan perkembangan bayi intrauterin sehingga kesehatan yang optimal dapat dicapai dalam menghadapi persalinan, puerperium, dan laktasi, serta mempunyai pengetahuan yang cukup tentang pemeliharaan bayinya.

Jadwal *antenatal care* adalah sebagai berikut.

1. *Trimester I dan II*

- a. Sebulan sekali
- b. Pengambilan data hasil pemeriksaan laboratorium
- c. Pemeriksaan ultrasonografi
- d. Nasihat diet
 - Empat sehat lima sempurna
 - Protein 0,5/kg BB, ditambah satu telur/hari
- e. Observasi
 - Penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan
 - Komplikasi kehamilan
- f. Rencana
 - Mengobati penyakit
 - Menghindari terjadinya komplikasi kehamilan I/II
 - Imunisasi tetanus I

2. *Trimester III*

- a. Setiap dua minggu, kemudian seminggu sampai tanda kelahiran tiba
- b. Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan
- c. Diet empat sehat lima sempurna
- d. Pemeriksaan ultrasonografi
- e. Imunisasi tetanus II
- f. Observasi
 - Penyakit yang menyertai kehamilan
 - Komplikasi hamil trimester III
 - Berbagai kelainan kehamilan trimester III

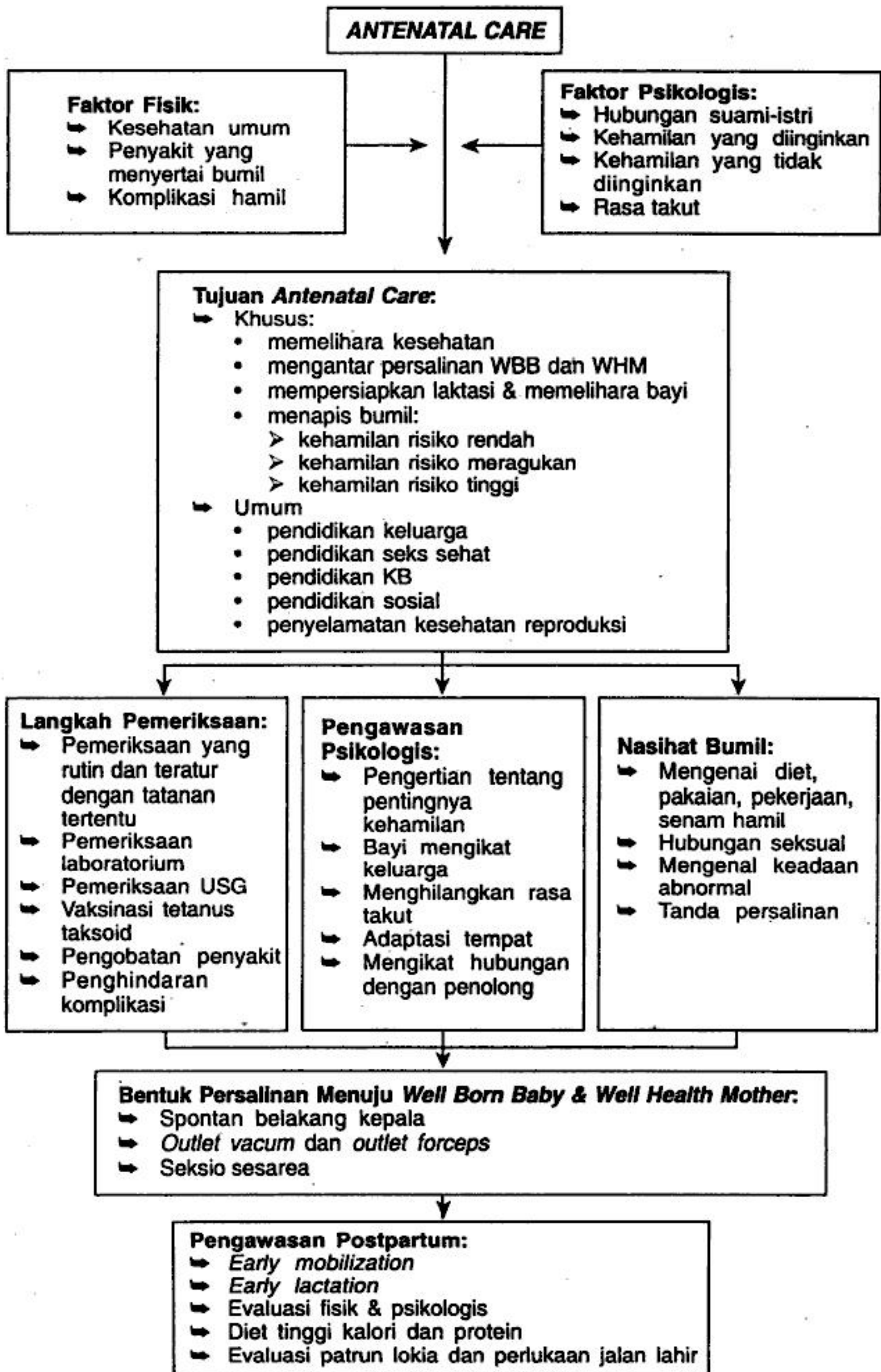
- g. Rencana pengobatan
- h. Nasihat dan petunjuk tentang
 - Tanda inpartu
 - Kemana harus datang untuk melahirkan

Di negara maju, *antenatal care* dilakukan sebanyak 12–13 kali selama hamil, tetapi di negara berkembang cukup dilakukan empat kali sebagai kasus tercatat.

Keuntungan *antenatal care* sangat besar karena dengan segera dapat diketahui berbagai penyakit, risiko, dan komplikasi kehamilan sehingga dapat diarahkan untuk melakukan referal ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang cukup.

Evaluasi keadaan dan kemajuan dalam inpartu menggunakan evaluasi menurut Friedmann dan/atau "Partogram menurut WHO" sehingga pada saat mencapai garis waspada, penderita sudah dapat direferal ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang cukup untuk melakukan pertolongan adekuat sehingga *Well Born Baby (WBB)* dan *Well Health Mother (WHM)* dapat tercapai.

Dengan jalan demikian, diharapkan angka kematian ibu dan perinatal yang justru sebagian besar terjadi pada saat pertolongan pertama, dapat diturunkan secara bermakna.



Pada saat melakukan *antenatal care*, yang perlu diperhatikan adalah nutrisi saat hamil yang dapat memperburuk kehamilan, antara lain kehamilan remaja (kurang dari 17 tahun), pemakaian alkohol, perokok berat, kehamilan dengan jarak yang terlalu singkat (kurang dari 2 tahun), kecenderungan obat, peningkatan berat badan yang tidak sesuai (0,5 kg/mg), atau memang berat badan rendah (kurang dari 40 kg).

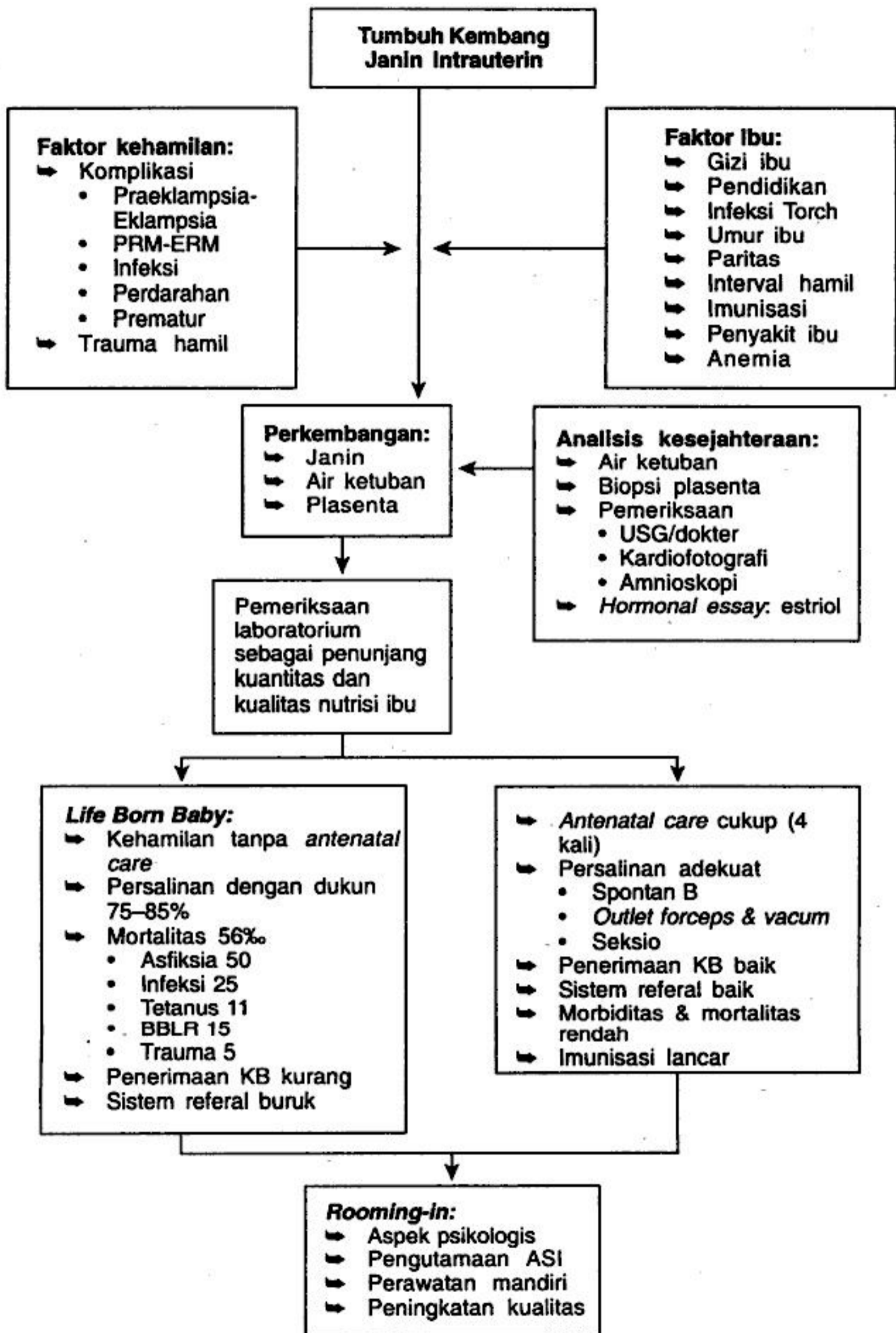
Di samping itu, perlu dicari keadaan malnutrisi atau defisiensi nutrisi yang dapat menyebabkan berbagai gangguan terhadap tumbuh kembang janin dan tumbuh kembang plasenta dalam rahim. Untuk mengetahui malnutrisi atau defisiensi nutrisi, perlu dilakukan pemeriksaan yang memadai, di antaranya bentuk dan keadaan anemia, hipoproteinemia Vitamin B₁₂, asam folat, serta zat besi darah.

Kelebihan nutrisi merupakan masalah kegemukan sehingga perlu dinasihati. Penggunaan vitamin yang berlebihan tidak selalu menguntungkan karena pemakaian Vitamin A dan Vitamin D yang berlebihan dapat menyebabkan reaksi toksisitas atau kelainan kongenital.

Di Indonesia, kalau dapat mempertahankan nutrisi dengan pedoman empat sehat dan lima sempurna, khususnya di pedesaan, sudah cukup. Yang terjadi malah sebaliknya, malnutrisi yang terjadi sebagai akibat masih melekatnya masalah yang ditabukan saat hamil, misalnya pantangan makanan tertentu, termasuk daging.

Sebagai gambaran, tumbuh kembang janin intrauterin dapat dikemukakan sebagai berikut.

Konsep tumbuh kembang janin



5. PEMBERIAN OBAT KEPADA BUMIL DAN LAKTASI

Pemberian obat saat hamil dan laktasi memerlukan perhatian yang saksama mengingat pengaruhnya terhadap pertumbuhan dan pembentukan organ sehingga dapat menimbulkan cacat, *growth retardation*, dan kemunduran pertumbuhan mental.

Perlu dipahami istilah:

1. Teratogenik : Kelainan kongenital yang terjadi akibat bahan eksogenik saat pembentukan organ intrauterin.
2. Dismorfogenik : Mengandung pengertian yang lebih luas, meliputi semua pengaruh yang merugikan dari *exogenic agent* dalam bentuk morfologis, fungsional yang dijumpai saat kelahiran atau ditemukan kemudian.

Mekanisme Dismorfogenik

Mekanisme dismorfogenik *exogenic agent* dapat dikemukakan sebagai berikut.

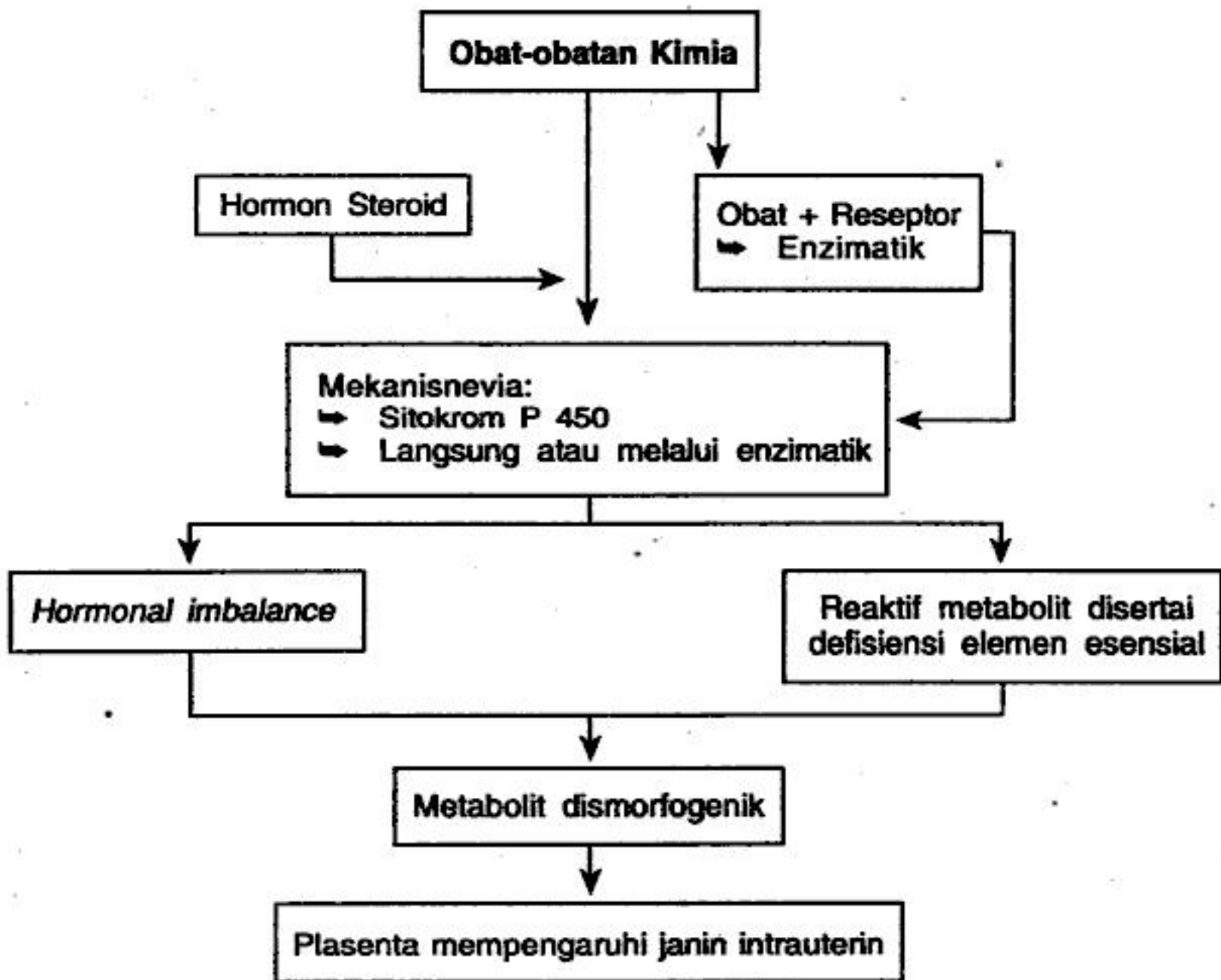
1. Berpengaruh langsung pada janin, tergantung pada:
 - a. konsentrasi obat dalam darah dan jaringan,
 - b. sifat dan struktur,
 - c. sifat kimianya.Molekul kecil, larut dalam lemak, larut dalam air, dan mudah melalui plasenta.
2. Berpengaruh pada perubahan fungsi plasenta. Fungsi plasenta sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin. Oleh karena itu, setiap obat yang dapat mempengaruhi fungsi plasenta akan berpengaruh juga pada perkembangan dan pertumbuhan janin.
3. Berpengaruh pada perubahan metabolisme maternal. Setiap *exogenic agent* sebagian atau seluruhnya diolah dulu melalui berbagai bentuk metabolisme pada organ maternal sehingga fungsinya dapat bermanfaat untuk pertumbuhan dan perkembangan yang diharapkan. Namun, sebagian dari hasil metabolisme tertentu dapat bersifat dismorfogenik terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin.

Dengan demikian, pemberian obat-obatan pada ibu hamil memerlukan perhatian yang saksama sehingga tidak akan terjadi

pengaruh yang merugikan pertumbuhan dan perkembangan intra-uterin.

Mekanisme metabolisme pada ibu

Mekanisme obat atau bahan kimia pada ibu dapat dijabarkan sebagai berikut.



Pengaruh Obat Bahan Kimia

Kelangsungan pengaruh obat bahan kimia dapat dijabarkan sebagai berikut.

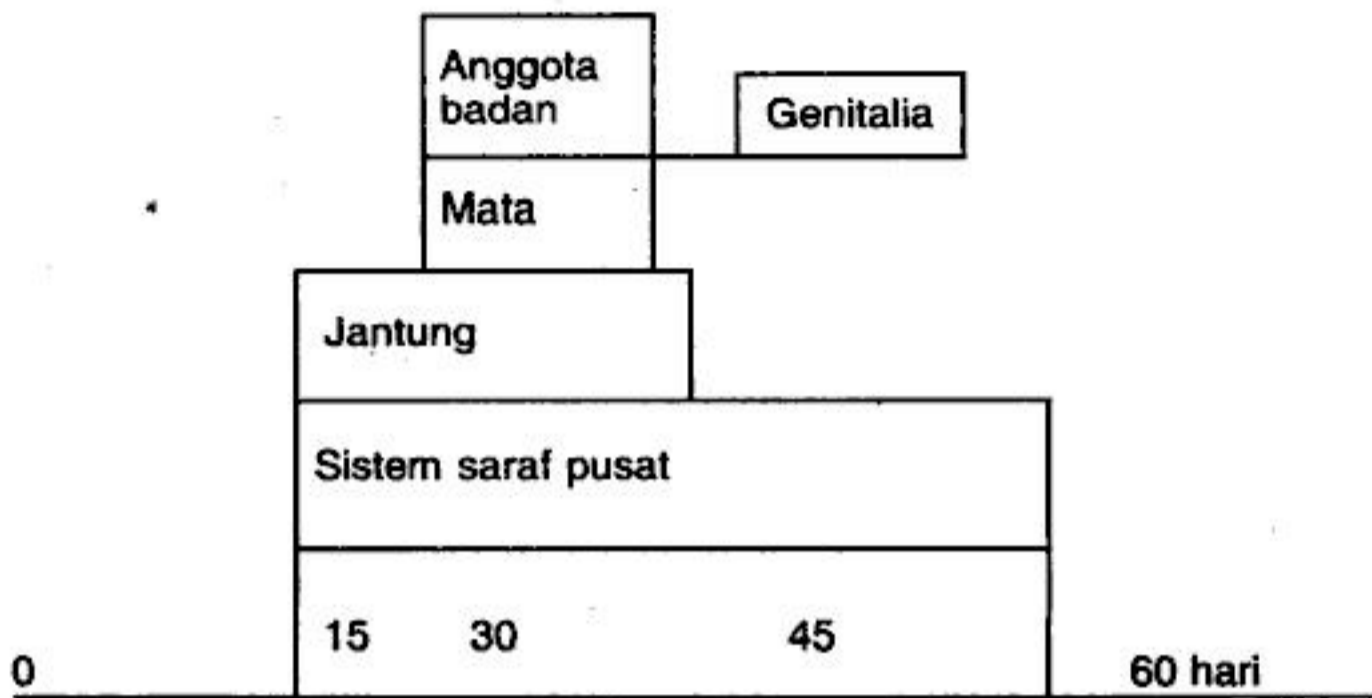
1. Masa embrional
 - a. Belum mengetahui kehamilan
 - b. Usia kurang dari 18 hari
2. Masa organogenesis
Umur antara 18–60 hari dengan perkembangan otak antara 20–25 hari.

3. Pertumbuhan genitalia

Sekitar trimester pertama, hormon eksternal berpengaruh terhadap perkembangan genitalia.

4. Masa fetogenik

Sejak akhir organogenesis, pengaruhnya berbentuk fungsional atau terjadi *growth retardation*.



Berdasarkan uraian di atas, pemberian obat pada ibu hamil dan laktasi memerlukan perhatian yang saksama, mengingat obat atau bahan kimia dapat dikelompokkan dalam lima tingkat, yaitu:

1. Obat atau bahan kimia yang merupakan kontraindikasi bila diberikan pada saat hamil dan laktasi;
2. Obat atau bahan kimia yang tergolong aman terbatas, seperti aman hanya pada trimester ketiga;
3. Obat yang memerlukan pertimbangan yang menguntungkan atau memadai;
4. Obat atau bahan kimia yang tampaknya aman, tetapi keterangannya belum memadai;
5. Obat atau bahan kimia yang aman bila diberikan.

Beberapa obat yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin intrauterin, yaitu:

1. *Tetracyclin*: mempengaruhi pertumbuhan dan warna gigi;
2. *Chloramphenicol*: mempengaruhi pertumbuhan dan pembentukan darah;
3. *Streptomycin*: mempengaruhi alat keseimbangan dan pendengaran;
4. *Sulpha preparat*: dapat menimbulkan kernikterus.

6. ANEMIA PADA KEHAMILAN

Anemia pada kehamilan masih banyak dijumpai di daerah pedesaan karena kemiskinan dan kurangnya pengertian tentang makanan sehat. Bahkan, pada waktu hamil banyak makanan yang ditabukan karena kurangnya pengertian tentang makanan sehat yang bergizi sehingga anemia menjadi semakin parah, di samping penyakit parasit Askariasis, Ankilostomiasis, dan Taenia.

Anemia pada kehamilan memerlukan perhatian yang serius sehingga kehamilan dapat berjalan sebagaimana mestinya.

Untuk menentukan anemia pada kehamilan, dapat dilakukan pemeriksaan darah lengkap, konsentrasi vitamin B₁₂ darah, dan zat besi darah.

Sebagian besar anemia yang dijumpai adalah kekurangan zat besi sehingga pengobatannya tidak terlalu sulit, yaitu dengan memberikan zat besi sebanyak 300 mg tiga kali sehari, sedikitnya selama tiga bulan, di samping diet empat sehat lima sempurna.

Pemeriksaan ulang dilakukan pada minggu ke-30 sampai 32 dan minggu ke-36 sampai 38.

Pengaruh anemia terhadap kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah berikut.

a. Saat hamil

- Tumbuh kembang janin terlambat dengan berbagai manifestasi kliniknya.
- Menimbulkan hiperemesis gravidarum dan gestosis.
- Menimbulkan plasenta previa.
- Dapat menimbulkan solusio plasenta.

b. Saat persalinan

- Persalinan berlangsung lama.
- Sering terjadi *fetal distress*.
- Persalinan dengan tindakan operasi.
- Terjadi emboli air ketuban.

c. Saat postpartum

- Terjadi perdarahan postpartum.
- Mudah terjadi infeksi puerperium.
- Dapat terjadi retensio plasenta atau *plasenta rest*.
- Subinvolusi uteri.
- Bayi lahir dengan anemia.
- Dapat terjadi akuta dekompartasi kordis.

Pemerintah telah mengambil langkah memberikan preparat Fe melalui Puskesmas dan Posyandu untuk mengurangi kejadian anemia pada kehamilan.

Hasil yang dicapai masih belum memuaskan oleh karena partisipasi dan pengertian masyarakat belum memadai. Dengan demikian, faktor pendidikan terhadap masyarakat tentang gizi pada saat kehamilan sangat penting.

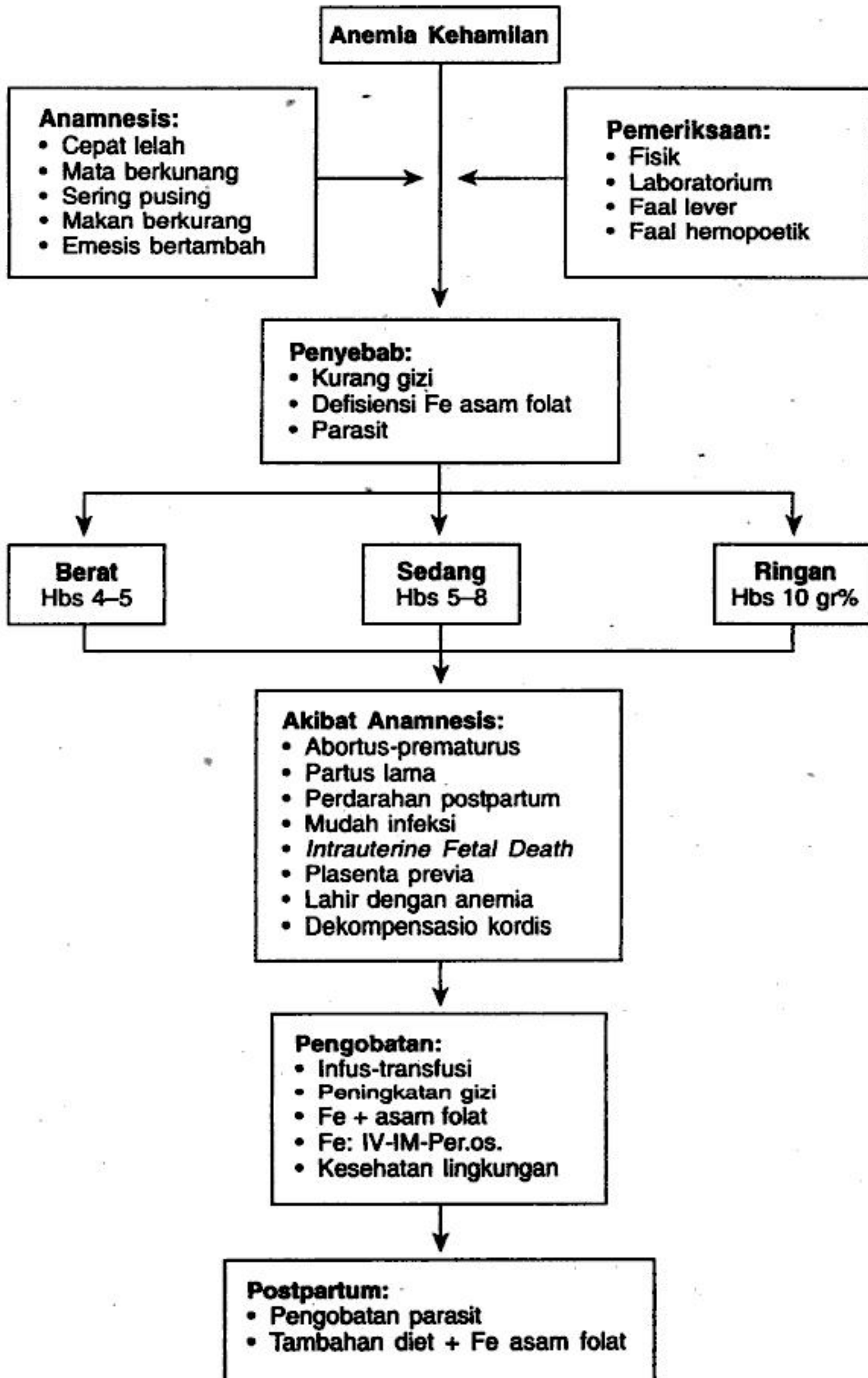
Melalui pendidikan, masyarakat perlu ditekankan tentang:

- a. gizi saat hamil;
- b. kesehatan diri dan lingkungan;
- c. menjarangkan kehamilan;
- d. melakukan *antenatal care* secara intensif.

Anemia pada kehamilan merupakan masalah besar karena banyak terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia. Di Indonesia, permasalahan bumil dengan anemia sebanyak 85% dengan perincian:

- a. Anemia berat : 15–20%
- b. Anemia sedang : 30–40%
- c. Anemia ringan : 30–35%

Penanganan anemia pada kehamilan



7. KEHAMILAN PADA REMAJA

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja yang berumur di bawah 17 tahun.

Kehamilan remaja merupakan masalah sosial masyarakat dan masalah dalam bidang obstetri.

Masalah sosial masyarakat mencakup:

- a. Sebagian kehamilan tidak diinginkan sehingga memerlukan tindakan abortus;
- b. Berkaitan dengan penyakit STD atau AIDS sehingga memerlukan penanganan yang intensif;
- c. Psikologis: belum siap menjadi orang tua;
- d. Putus sekolah atau putus kerja;
- e. Kelahiran anak tanpa ayah yang jelas;
- f. Kejadian tersebut dapat terulang kembali.

Masalah Obstetri

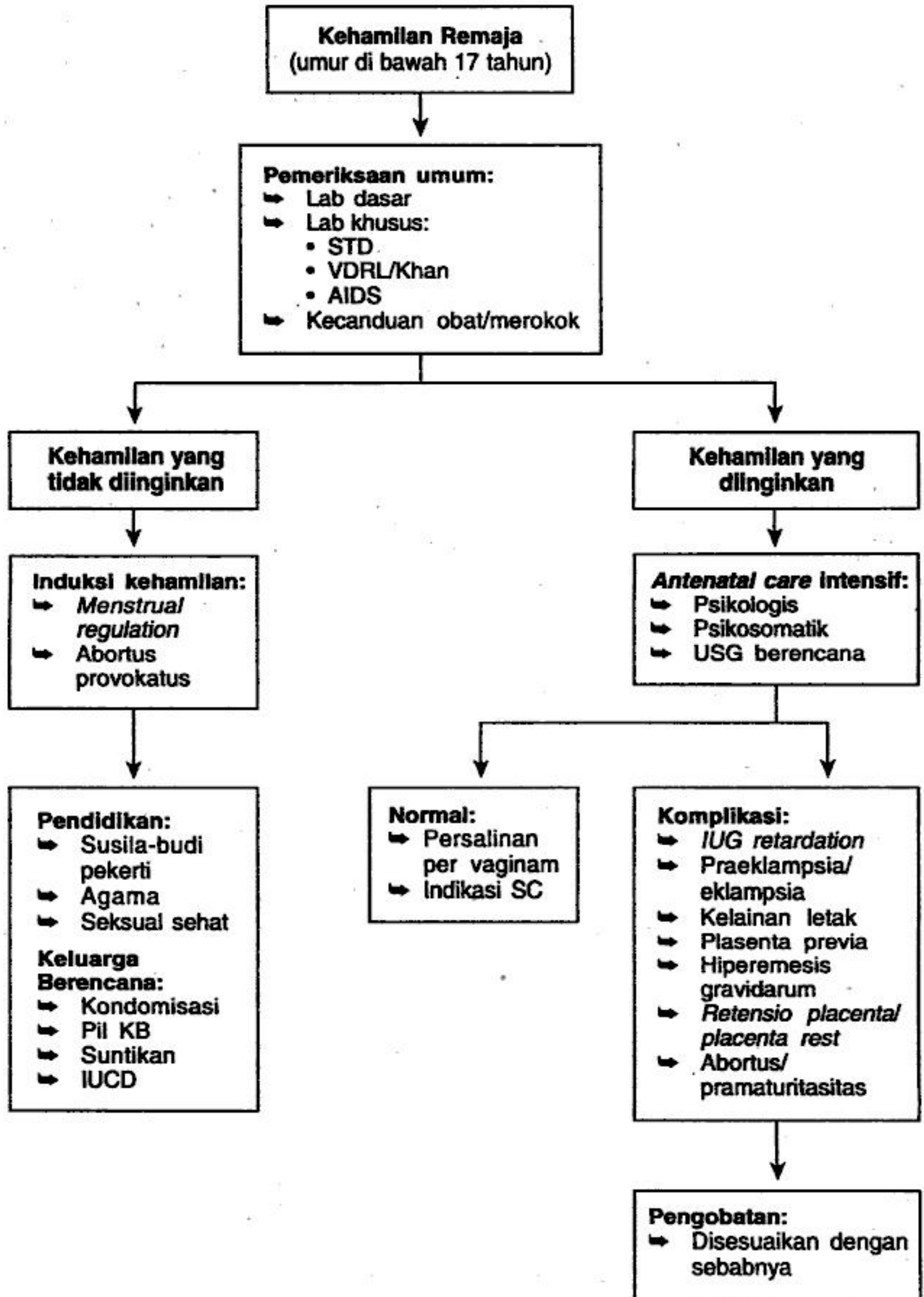
- 1) Saat hamil
 - a. Kurang nutrisi, tumbuh kembang terlambat, *intrauterine growth retardation*
 - b. Terjadi plasenta previa
 - c. Kelainan letak janin
 - d. Persalinan prematur, berat bayi lahir rendah
 - e. Terjadi abortus spontan
 - Ilegal
 - Gestosis
 - f. Hiperemesis gravidarum
- 2) Saat persalinan
 - a. Persalinan lama, dengan tindakan
 - b. Trauma persalinan tinggi
- 3) Postpartum
 - a. Atonia uteri-HPP
 - b. *Retensio placenta/placenta rest*
 - c. Subinvolusi uteri
 - d. Mudah terjadi infeksi puerperium

Kemajuan yang dicapai pada perkembangan obstetri saat ini telah dapat mengatasi berbagai masalah kehamilan remaja.

Yang masih menjadi persoalan adalah belum matangnya alat genitalia untuk hamil sehingga persalinan prematur dan berat badan lahir rendah masih merupakan masalah penting. Bayi dalam situasi demikian memerlukan perawatan intensif dan biaya yang tidak sedikit. Di samping itu, masalah IQ bayi pada ibu remaja memerlukan penelitian lanjut, apakah tidak terdapat kemunduran sehingga akan menjadi beban dalam menghadapi globalisasi dan persaingan yang makin ketat.

Untuk menghindari besarnya kehamilan dan persalinan remaja, diperlukan pendidikan remaja dengan meningkatkan aktivitas rohani dan fisik sehingga makin dapat menghindari kehamilan di kalangan remaja.

Tata laksana penanganan kehamilan remaja



8. KEHAMILAN DENGAN IUCD IN SITU

Intrauterine contraception device (IUCD) makin banyak dipakai sebagai alat untuk mencegah kehamilan dalam waktu tertentu.

Akibat interaksi antara IUCD dan kontraksi otot rahim, sering terjadi perubahan letak IUCD atau memang pemasangannya tidak mencapai fundus uteri sehingga dapat terjadi kehamilan dengan *IUCD in situ*. Keadaan ini sering merisaukan peserta KB sehingga mendorongnya untuk berkonsultasi.

Dalam melakukan penilaian terhadap kehamilan dengan *IUCD in situ*, perlu dipertimbangkan beberapa hal sebagai berikut.

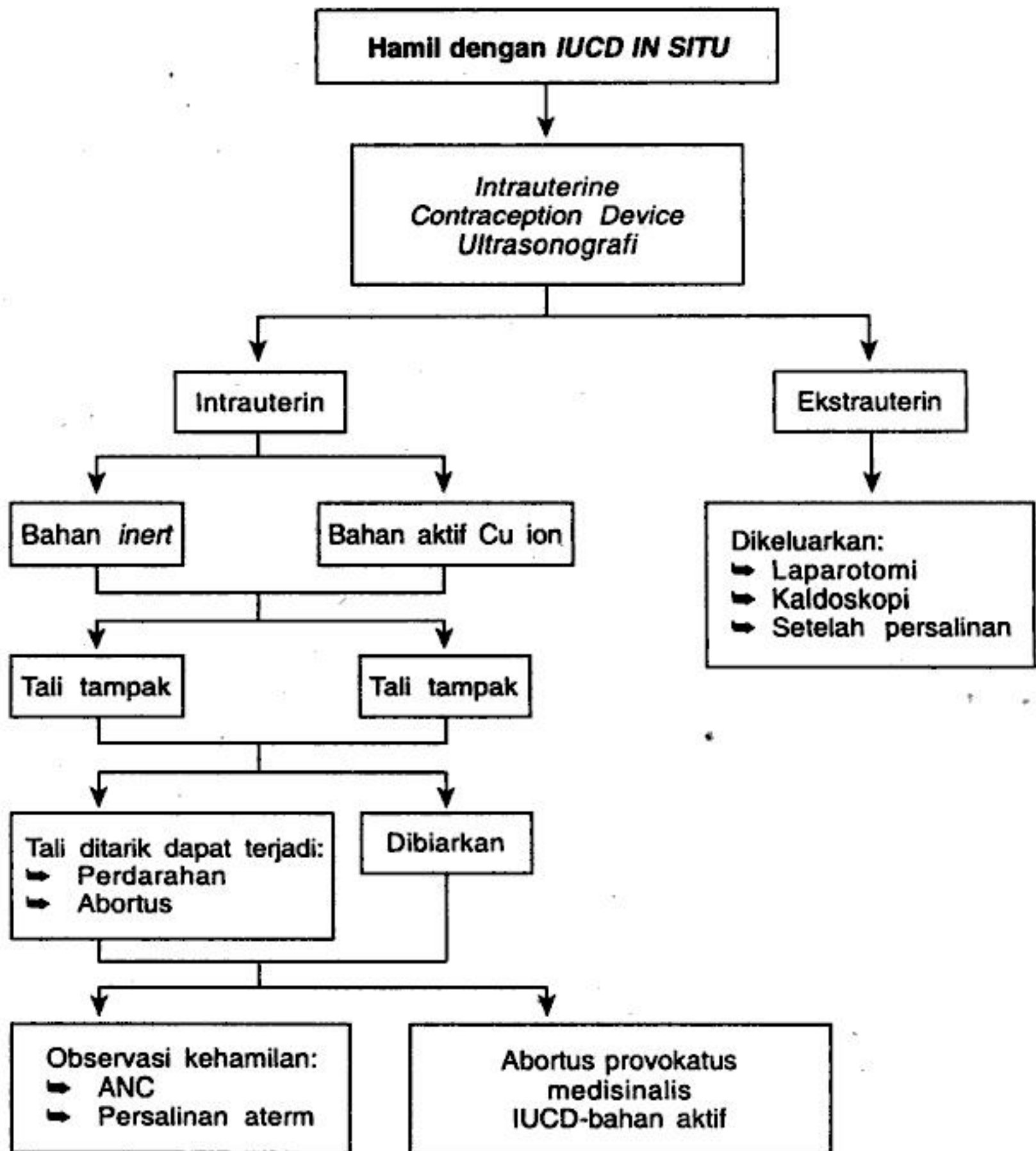
- a. Aspek psikologis wanita hamil disertai *IUCD in situ*;
- b. Letak IUCD, intra atau ektrauterin;
- c. Jenis IUCD, *inert* atau disertai bahan aktif;
- d. Umur kehamilan.

Intrauterine contraception device yang mengandung bahan aktif, seperti ion Cu, diperkirakan dapat menimbulkan kelainan kongenital. Oleh karena itu, pada hamil dengan *IUCD in situ* dilakukan abortus provokatus medisinalis.

Di samping itu, ion Cu dapat bersifat:

- a. *Blastoside*, membunuh *blasto kist*;
- b. *Embrio toxis*, sehingga ada kemungkinan menimbulkan kelainan kongenital.

Tata laksana penanganan hamil dengan IUCD *in situ*



9. HIPEREMESIS GRAVIDARUM

Hiperemesis gravidarum adalah emesis gravidarum yang berlebihan sehingga menimbulkan gejala klinis serta mengganggu kehidupan sehari-hari.

Hiperemesis gravidarum memerlukan perawatan di rumah sakit. Komplikasi hiperemesis gravidarum tidak banyak dijumpai.

Pembagian Hiperemesis Gravidarum adalah sebagai berikut.

- Tingkat I :
- Muntah berlebihan
 - Dehidrasi ringan
 - Nyeri pada epigastrium
 - Nadi meningkat
 - Berat badan menurun
- Tingkat II :
- Tampak lemah dan apatis
 - Dehidrasi sedang
 - Turgor kulit turun
 - Lidah mengering
 - Tampak ikterus
 - Nadi meningkat, temperatur naik, tekanan darah turun
 - Hemokonsentrasi disertai oliguria
 - Badan keton dalam keringat dan air kencing
- Tingkat III:
- Keadaan umum sangat menurun
 - Kesadaran somnolen sampai koma
 - Ikterus yang makin nyata
 - Komplikasi yang mungkin tampak
 - a. Ensefalopati Wernicke
 - Nistagmus
 - Diplopia
 - Perubahan mental
 - b. Muntah dapat disertai darah

King menyampaikan rumus tentang pengobatan hiperemesis gravidarum sebagai berikut.

- a. Rumus keseimbangan tentang upaya penyembuhan hiperemesis gravidarum.

- b. Dasar pengobatan
- Fisik ditandai dengan keton bodi dan berat badan turun.
 - Faktor psikologis dapat memegang peranan penting dalam penyembuhan.
- c. Tujuan penyembuhan
- Menghilangkan faktor psikologis dengan KIE/KIEM.
 - Memberikan pengobatan gangguan fisik, di antaranya keberadaan keton bodi (asetan) dan turunnya berat badan.
- d. Rumus King:
$$\frac{W + P + T}{F + Ps}$$

W: Waktu kehamilan, makin tua makin cepat sembuh.

P : Faktor psikologis kehamilan.

T : Terapi keseimbangan fisik:

- Keseimbangan cairan dengan substitusi cairan.
- Pengobatan dengan:
 - Antiemesis.
 - Psikologis dengan obat penenang.

e. Faktor penghambat

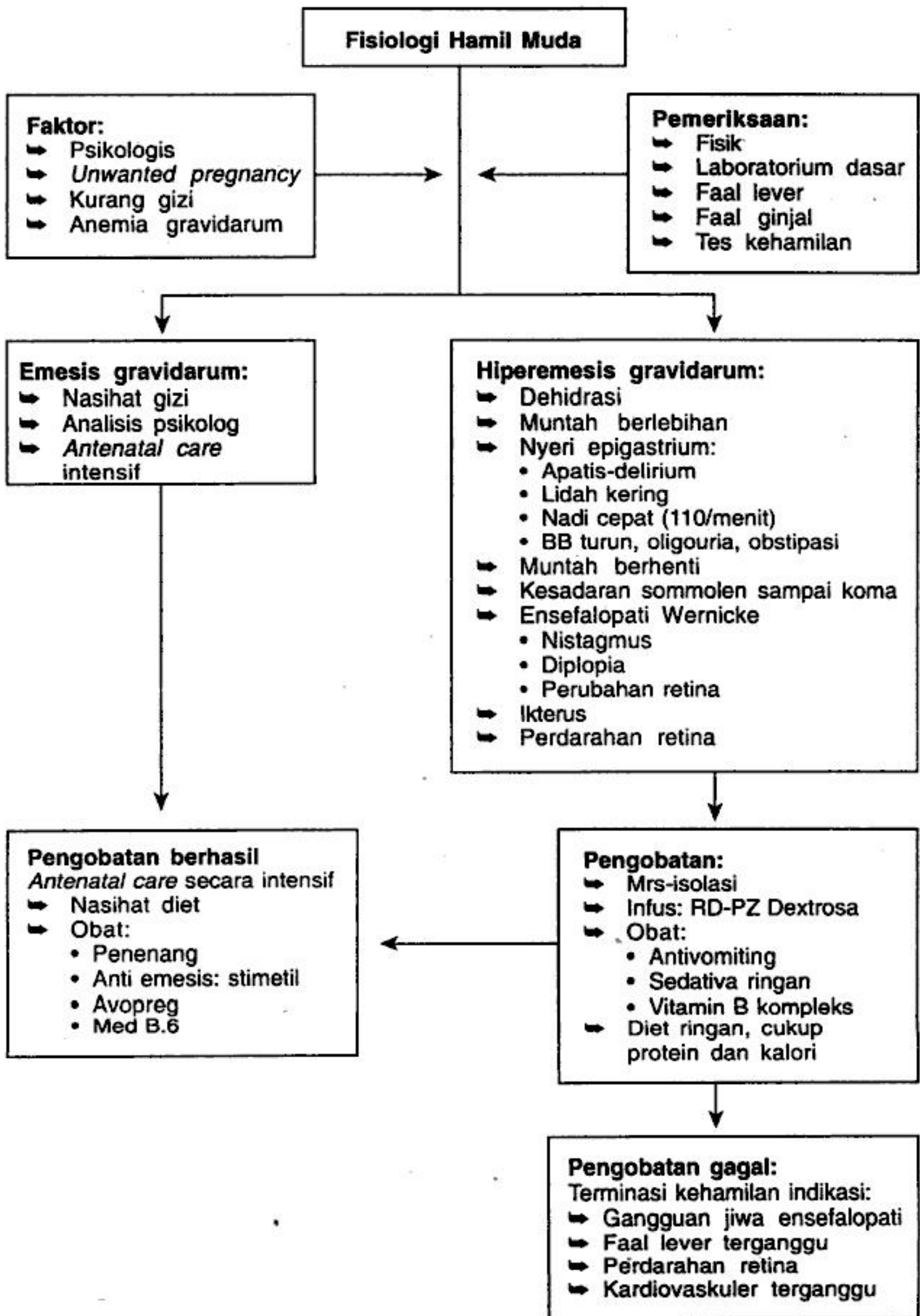
F : Faktor gangguan keseimbangan fisik dan metabolisme yang menjurus pembentukan keton bodi.

Ps: Faktor gangguan keseimbangan psikologis yang mempengaruhi kehamilan.

Dalam memberikan terapi hiperemesis gravidarum, tidak didapatkan angka yang dimasukkan dalam rumus.

Pengobatan hiperemesis gravidarum merupakan pengobatan fisik dan psikologis yang seharusnya diberikan secara seimbang.

Penanganan hiperemesis gravidarum



10. PERAWATAN GIGI PADA KEHAMILAN

Masalah kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari pembangunan kesehatan pada umumnya dan meliputi beberapa hal penting (Tomasowa, 1984), khususnya saat kehamilan, yaitu:

- a. kebersihan gigi dan mulut, dan
- b. karies gigi.

Perawatan kedua hal tersebut di atas dapat dikerjakan di Puskesmas (1983) bersamaan dengan pemeriksaan hamil dengan tujuan untuk:

- a. melakukan perawatan gigi akut, khususnya karena radang;
- b. perawatan dan pengawasan kesehatan gigi dan mulut bumil dan anak-anak.

Menurut beberapa peneliti, seperti Sularko (1973) dan Imam Oetoyo (1984), kejadian radang gusi saat hamil cukup tinggi, yaitu sekitar 40–80%. Dikemukakan pula bahwa penyebab utama radang gusi dan penyangga gigi lainnya adalah:

- a. Kurangnya kebersihan mulut dan sekitarnya, terutama pada trimester pertama yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum, malas, dan kurangnya perhatian untuk membersihkannya setelah makan.
- b. Pembentukan plak yang dapat terjadi dengan lebih cepat.

Kesehatan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian, terutama saat hamil karena dapat menjadi sumber infeksi atau fokal infeksi terhadap organ lainnya. Organ yang besar kemungkinannya terkena infeksi adalah ginjal, terutama ginjal kanan, karena:

- a. Terdapat perputaran uterus ke kanan sehingga ureter kanan dapat tertekan dan menimbulkan gangguan aliran urine.
- b. Aliran urine ginjal kanan dapat terganggu karena caekum sering penuh dengan feses dan menimbulkan bendungan.
- c. Bendungan aliran urine ini secara berkelanjutan dapat memudahkan terjadinya infeksi ginjal kanan dalam bentuk:
 - pielonepritis,
 - glumeuronephritis.
- d. Dengan kemungkinan terdapat infeksi gigi dan jaringan penyangga, akan mempermudah terjadi infeksi dengan sumber infeksi radang gigi dan mulut.

Bentuk radang gigi dan mulut yang sering menyertai kehamilan adalah dimulai dengan pembentukan plak yang terdiri dari bakteri, leukosit makropag, dan sisa makanan lunak (Glicman, 1972) sekitar satu jam setelah makan.

Penelitian Sularko (1973) di Bandung terhadap 895 ibu hamil terdapat kelainan gigi dan mulut yaitu radang gigi menahun 67%, radang akut 5%, hiperplasia gusi 1,1%, atropi gusi 0,1%, sedangkan yang bebas dari kelainan hanya 27,3%.

Dengan memperhatikan kenyataan tersebut, seyogianya pelaksanaan *antenatal care* dapat diikuti atau dianjurkan agar dilakukan pemeriksaan gigi dan mulut, terutama pada trimester pertama kehamilan.

Anjuran untuk melakukan sikat gigi yang lebih sering dapat dinasihatkan pada ibu hamil, sehingga kebersihan mulut dan gigi dari sisa makanan dapat terjamin.

Kebersihan mulut dan gigi serta jaringan penyangganya akan mengurangi kemungkinan pembentukan plak yang secara berantai akan menimbulkan peradangan dan dapat menjadi sumber infeksi (fokal infeksi) bagi organ lainnya, terutama ginjal kanan. Kerusakan dan radang gusi yang berkelanjutan akan menjadi periodontitis gingivitis, radang gigi, dan memudahkan gigi tanggal.

Kerusakan ini dapat makin meningkat karena kekurangan kalsium yang sangat penting bagi pertumbuhan tulang dan termasuk gigi-geligi janin dalam kandungan. Dengan demikian, pemberian kalsium sangat penting bagi ibu hamil.

Penelitian Ny. Putri Manuaba di Laboratorium Obstetri dan Ginekologi (1988) untuk para ibu hamil dalam upaya meningkatkan perhatian pada pengertian tentang kesehatan mulut dan giginya menyatakan bahwa pemberian ceramah disertai demonstrasi lebih berhasil dibandingkan dengan ceramah saja.

Dengan demikian, kerja sama untuk meningkatkan kesehatan mulut dan gigi pada ibu hamil perlu dilakukan dengan dokter gigi sehingga tumbuh kembang gigi-geligi janin dan anak akan berlangsung dengan baik.

Di negara maju, kesehatan gigi dan mulut mendapat perhatian yang cukup besar karena kebersihan gigi dan mulut merupakan cermin perhatian terhadap kesehatan diri sendiri pada umumnya.

Anjuran untuk melakukan perawatan kebersihan mulut dan gigi adalah dengan cara menyikat gigi dengan benar, teratur, dan

sistematis, mulai dari gigi graham bawah belakang, ke depan, dan selanjutnya ke seluruh permukaan gigi bagian luar dan dalam.

Di samping itu, pemeriksaan gigi dan mulut yang dilakukan setiap 4–6 bulan merupakan kebiasaan baik sehingga jika terjadi kelainan gigi, dapat diketahui sedini mungkin dan segera mendapat perawatan sebagaimana mestinya.

11. KONSEP PERSALINAN NORMAL

Menolong persalinan merupakan pekerjaan yang banyak dilakukan karena jumlah orang yang akan melahirkan di Indonesia diperkirakan sebesar 5.000.000 per tahun.

Oleh karena itu, konsep dasar pertolongan persalinan normal perlu diketahui sehingga pertolongan legeartis dapat dilakukan.

Persalinan Eutosia

Persalinan eutosia adalah persalinan yang berjalan dengan kekuatan sendiri (spontan dalam bentuk belakang kepala, aterm, dan hidup).

Persalinan eutosia ini menunjukkan bahwa antara 3P, yaitu *power (P)*, *passage (P)*, dan *passanger (P)* telah terjalin kerja sama yang baik.

Persalinan Distosia

Persalinan distosia adalah persalinan yang menyimpang dari konsep eutosia yang menunjukkan kegagalan kerja sama 3P.

Persalinan ini disebabkan adanya kehamilan dengan risiko rendah dan risiko tinggi.

- a. Kehamilan dengan risiko rendah
 - Tidak terdapat riwayat hamil, bersalin, postpartum yang buruk
 - Tinggi melebihi 150–155 cm
 - Hamil pada usia reproduktif optimal 21–35 tahun
 - Kehamilan tanpa komplikasi
 - Primigravida kepala telah masuk PAP pada minggu ke-36
 - Multigravida dengan riwayat hamil aterm, persalinan spontan, dan lengkap belakang kepala.
- b. Hamil dengan risiko tinggi

- Di luar batasan di atas
- Untuk keterangan lebih lengkap, baca buku *Operasi Kebidanan dan Kandungan dan KB untuk Dokter Umum*.

Observasi jalannya persalinan ditetapkan dalam tiga bentuk dengan tujuan agar lebih cepat dilakukan referal, tindakan tepat waktu, dan tercapai tujuan *well born baby* dan *well health mother*.

1. Observasi menurut Business

- a. Untuk kehamilan risiko rendah.
- b. Pembukaan berjalan linier dengan perhitungan primigravida 1 cm/jam dan multigravida 2 cm/jam.
- c. Kala penusiran primigravida sekitar 1 jam, sedangkan multigravida 0,5 jam.
- d. Indikasi untuk melakukan pemeriksaan dalam:
 - perkiraan pembukaan lengkap,
 - ketuban pecah,
 - *fetal distress*,
 - prolapsus bagian kecil janin.
- e. Hasil evaluasi:
 - kelambatan pembukaan tidak sesuai dengan perhitungan waktu
 - deviasi penempatan demominator,
 - kelambatan penurunan kepala,
 - gangguan putar paksi dalam atau gangguan defleksi.
- f. Ketuban pecah pada pembukaan kecil:
 - serviks edema,
 - pembentukan kaput suksedaneun.
- g. *Fetal distress*.

2. Observasi menurut Friedmann

- a. Untuk observasi: kehamilan dan persalinan risiko rendah dan tinggi.
- b. Berdasarkan pemeriksaan Friedmann dijumpai:
 - Bentuk pembukaan serviks "S form" terdiri dari:
 - ➔ Fase laten: antara 0–3 cm
 - ➔ Fase aktif
 - Fase akselerasi antara 3–5 cm
 - Fase maksimal *slope* antara 5–9 cm
 - Fase deselerasi antara 9–10 cm

- c. Jadwal pemeriksaan setiap 2 jam sekali.
 - d. Hasil keadaan patologis pembukaan:
 - *prolong latent phase*,
 - *prolong active phase*,
 - *protracted active phase*.
 - e. Hubungan pembukaan dengan kepala janin dan his:
 - Ketuban pecah saat pembukaan kecil
 - Prolapsus bagian kecil atau tali pusat
 - Kaput suksedaneum
 - Serviks edema
 - f. *Fetal distress*
3. Observasi menurut Partograf WHO
- a. Pembukaan berjalan linier 1 cm/jam
 - b. Untuk kehamilan/persalinan risiko rendah
 - Fase laten selama 8 jam,
 - Terdapat garis waspada, di mana pembukaan yang menyilang garis waspada perlu dilakukan evaluasi dengan kemungkinan:
 - Apakah observasi dapat diteruskan
 - Apakah dilakukan referal sehingga cukup waktu untuk diterima di rumah sakit pusat dengan fasilitas yang lebih lengkap.
 - Apakah disertai kelainan letak penurunan janin sehingga segera dilakukan terminasi kehamilan.
 - Apakah perlu dilakukan pemeriksaan dengan alat yang lebih canggih.
 - Pembukaan yang berlangsung sampai menyilang garis tindakan berarti segera harus dilakukan pengakhiran persalinan.
 - c. Komponen lainnya
 - Ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap.
 - Terjadi gangguan sirkulasi janin intrauterin.

Ketiga bentuk observasi ini ditujukan pada proses pembukaan dengan segala deviasinya yang mencerminkan terdapat ketidakseimbangan antara kepala janin dan jalan lahir.

Hubungan observasi, pembukaan, dan gerakan pokok serta penyimpangannya dapat dijabarkan sebagai berikut.

Kala Persalinan	Observasi	Penyimpangan	Perkiraan Tindakan
Pertama	Umumnya: CHPB	<ul style="list-style-type: none"> • Tetania uteri/at • <i>Fetal distress</i> • Ruptura uteri iminen • <i>Floating head</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedativa • Seksio sesarea
	Khusus menurut Business	<ul style="list-style-type: none"> • Kemajuan pembukaan lambat • Penyimpangan: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ketuban pecah pembukaan kecil ➢ Prolapsus bagian kecil ➢ Serviks edema kaput sukse-daneum ➢ <i>Fetal distress</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi akhir • Persiapan terminasi • Perhatikan syarat dan indikasi
	Friedmann	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prolong latent phase</i> • <i>Prolong active phase</i> • <i>Protracted active phase</i> • Ketuban pecah pembukaan kecil 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi untuk mencari indikasi terminasi • Evaluasi untuk persiapan terminasi • Perhatikan syarat dan indikasinya
	Partograf WHO	<ul style="list-style-type: none"> • Fase laten memanjang • Pembukaan menyilang garis waspada • Ketuban pecah pada pembukaan kecil 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi persiapan referal. • Evaluasi untuk persiapan terminasi persalinan • Perhatikan syarat dan indikasinya
Pengusiran	Gerakan kepala: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Engagement</i> • Penurunan • Fleksi kepala • Putar paksi dalam • Ekstensi kepala • Ekpulsi kepala • Putar paksi luar 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala masih melayang • Gangguan penurunan di bawah H II • Gangguan defleksi kepala janin • Gangguan putar paksi dalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan SS untuk mencapai WBB dan WHM • Distosia bahu sebagian besar fatal karena sempitnya waktu • Evaluasi kemungkinan distosia bahu sebelumnya (dugaan distosia bahu-SC)

Kala Persalinan	Observasi	Penyimpangan	Perkiraan Tindakan
Kala uri		<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan-atonia uteri • Retensio plasenta • <i>Placenta rest</i> • Trauma persalinan luas <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kolporeksis ➢ Robekan vagina ➢ Robekan serviks • Robekan perineum 	<ul style="list-style-type: none"> • Segera setelah bayi lahir satu ampul oksitosin IM • Plasenta manual • Mengeluarkan sisa plasenta dengan digital • Evaluasi trauma persalinan dan melakukan penjahitan kembali
Kala empat observasi 2 jam post-partum		<ul style="list-style-type: none"> • Atonia uteri-perdarahan • Perdarahan dari luka trauma jalan lahir • Hematoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrun tindakan atonia uteri • Evaluasi jahitan luka persalinan • Evakuasi hematoma dan evaluasi pembuluh darah pecah

KONSEP PERSALINAN EUTOSIA KALA I

Anamnesis:

- His adekuat
- Pembawa tanda:
 - Lendir
 - Darah + lendir
- Ketuban pecah (menjelang pembukaan lengkap)

Pemeriksaan

- Fisik: TN test, kesadaran
- Dalam: untuk pembukaan
- Observasi
- CHPB: ingin mengejan
- Catat lama kala I:
 - PO: 10-14 jam
 - Pm: 0-10 jam

KALA PENGUSIRAN (II)

Persalinan dipimpin saat ingin mengejan

- Putar paksi dalam
- Ekspulsi kepala
- Episiotomi saat kepala *crowning* 5 cm
- Berlangsung:
 - PO: 2 jam
 - Pm: 1 jam
- Observasi: CHPB
- Bayi lahir spontan B

KALA URI (III)

Perut sakit kembali setelah beristirahat selama 30 menit

Plasenta lepas:

Inspeksi : • Perdarahan
 • Tali pusat turun
 • Rahim membulat
 • Rahim ke atas

Pemeriksaan : • Kustner
 • Strassman
 • Klein
 • Manuaba

Pelepasan : • Crede
 • Plasenta lahir lengkap

KALA KEEMPAT

Istirahat

Observasi:

- KU: tensi, nadi, temperatur
- Kontraksi rahim
- Perdarahan
- Kesadaran penderita

Ruang inap:

- *Rooming in*
- Mobilisasi dini
- Perawatan postpartum

Pertolongan Persalinan Spontan B

Kala	Proses Sikap
<p>Pertama: Pembukaan 10/lengkap:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketuban pecah • Refleks mengejan + Kepala janin di H II–III 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • His, penurunan O Bandl dan D3 • Menunggu Primi : 1 cm/jam Multi : 2 cm/jam • Evaluasi dengan pemeriksaan dalam (atas indikasi) • Katerisasi sehingga tidak mengganggu kontraksi uterus dan aktivitas mengejan <p>Pemimpin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan sugesti sehingga ibu siap menyongsong persalinan
<p>Kedua: Pengeluaran</p>	<p>Pimpinan persalinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkoordinasi kekuatan his/mengejan • Saat his dan mengejan, kedua kaki dirangkul untuk melebarkan jalan lahir • Setelah kepala tampak dengan <i>crowning</i> 5 cm primi/multipara dengan perineum kaku dilakukan episiotomi mediana atau mediolateral • Tangan kiri menahan kepala janin untuk menghindari terjadinya ekspulsi yang cepat, tangan kanan menahan perineum • Berturut-turut lahir UUB, dahi, hidung, muka, dagu, dan kepala seluruhnya • Kepala diberi kesempatan P.P.L. • Kepala ditarik curam ke bawah—ke atas untuk melahirkan bahu depan/belakang • Badan bayi dilahirkan dengan mengait kedua ketiakanya • Lendir jalan napas dibersihkan • Setelah bayi menangis dengan nyaring, tali pusat diklem (10 cm), lalu dipotong • Tali pusat diikat setelah didesinfeksi dan bayi diserahkan kepada perawat untuk dimandikan
<p>Ketiga: Pelepasan plasenta</p>	<p>Observasi plasenta lepas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uterus membulat • Perdarahan • Tali pusat turun • Uterus terdorong ke atas <p>Cara pelepasan plasenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duncan • Schultze <p>Tes plasenta lepas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klein • Kustner • Manuaba • Strassman <p>Teknik melahirkan (secara Crede)</p>
<p>Keempat</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran, tensi, nadi, temperatur • Kontaksi uterus perdarahan • Robekan jalan lahir apabila setelah 2 jam keadaan umumnya tetap stabil, ibu dipindahkan ke ruangan

12. PERAWATAN POSTPARTUM

Masa nifas atau puerperium merupakan masa pemulihan kembali alat reproduksi ke bentuk normal yang memerlukan waktu sekitar 6 minggu.

- a. Pada waktu pemulihan kembali alat reproduksi akan dijumpai hal-hal berikut.
 - 1) Berat uterus sekitar 1.000 gr, sampai akhir puerperium menjadi 30 gr.
 - 2) Bekas dari implantasi plasenta
 - Segera setelah persalinan sekitar $7 \times 6 \text{ cm}^2$.
 - Terjadi pengecilan dan epitelisasi dan tertutup seluruhnya dalam 6 minggu.
 - 3) Luka pada perineum akan pulih dalam waktu 6–7 hari.
 - 4) Pengeluaran lochia
 - *Lokia rubra (cruenta)*
 - Darah segar-hitam, sisa selaput
 - Sisa desidua
 - Berlangsung selama 3–4 hari
 - *Lokia sanguinolenta*
 - Merah agak kekuning-kuningan
 - Bercampur lendir
 - Berlangsung selama 5–7 hari
 - *Lokia alba*
 - Lendir lebih banyak, putih
 - Berlangsung selama 14 hari
 - 5) Kanalis servikalis
 - Saat muda (belum pernah bersalin) dan hamil pertama bentuk bulat berkelanjutan.
 - Setelah bersalin dijumpai
 - Dua bibir depan dan belakang.
 - Terdapat perlukaan bekas persalinan.
 - Dapat menjadi *port de entree bacteria* menuju genitalia interna.
 - 6) Ligementum dan diafragma pelvis serta ototnya akan kendur
 - Saat selesai persalinan, sebaiknya fundus uteri ditarik ke atas sehingga kembali ke posisi semula.
 - Akan terjadi pemulihan dan retraksi otot.

b. Pengawasan postpartum

- 1) Konsep pengawasan postpartum adalah *early mobilization* dan *early lactation* sehingga aktivitas organ secepatnya kembali normal.
- 2) *Early mobilization* bertujuan agar lokia segera keluar sehingga tidak terjadi "lochia stasis" yang dapat menjadi sumber infeksi puerperium.
- 3) *Early lactation* bertujuan agar laktasi dapat membantu pulihnya kembali organ interna dan pengeluaran lokia karena kontraksi otot rahim akibat pengeluaran oksitosin.

Dalam pengawasan postpartum, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu sebagai berikut.

1. Konsep *early mobilization* dan *early lactation*.
2. Evaluasi kejiwaan ibu postpartum.
3. Masalah diet, miksi, dan defekasi sebaiknya lancar.
4. Masalah pengeluaran lokia diharapkan sesuai dengan patrunormal.
5. Perawatan payudara sehingga secara dini dapat memberikan laktasi untuk kepentingan tumbuh kembang janin.
6. Bagi ibu yang bekerja perlu diperhatikan "cuti hamil persalinan".
7. Nasihat yang perlu diperhatikan
 - Diet tinggi kalori, protein, dan mineral.
 - Pakaian sering diganti karena lokianya.
 - Upaya dapat memberikan ASI eksklusif.
 - Senam postpartum sehingga pulihnya jaringan penyangga alat reproduksi dapat segera tercapai.
8. Pemeriksaan akhir masa puerperium, khususnya serviks uteri, sehingga kesembuhannya dapat berjalan dengan baik untuk menghindari infeksi akut atau menahun.
Lakukan pemeriksaan PAP Smear untuk mencari kemungkinan portio karsinoma, khususnya bagi multipara.
9. Anjuran untuk memakai metode KB sehingga interval kehamilan melampaui umur anak 3-4 tahun.

13. SEKITAR AIR SUSU IBU

Pemberian air susu ibu dapat digunakan sebagai upaya untuk menurunkan kematian dan kesakitan perinatal.

Mengupayakan penurunan angka kematian neonatus dapat dilakukan dengan jalan meningkatkan *antenatal care* dalam arti luas dan memberikan pertolongan persalinan menuju *well born baby* dan *well health mother*.

Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada minggu pertama, gagasan *romming-in* perlu digalakkan dengan tujuan untuk meningkatkan penggunaan ASI, sesuai dengan anjuran Mantan Presiden Soeharto tanggal 22 Desember 1990, sebagai titik awal peningkatan peranan wanita sebagai seorang "Ibu Sejati".

Konsep *romming-in* adalah konsep tradisional yang sementara waktu ditinggalkan karena adanya reklame formula.

Disadari bahwa *romming-in* mempunyai keuntungan yang sangat besar, seperti:

- a. meningkatkan kemampuan perawatan mandiri pada bayi;
- b. dapat memberikan ASI setiap saat;
- c. meningkatkan kasih sayang pada bayi;
- d. mengurangi hilangnya panas badan bayi sehingga meningkatkan daya tahan tubuh;
- e. pemberian ASI dapat bertindak sebagai metode KB dalam waktu 4-6 bulan pertama;
- f. menurunkan morbiditas dan mortalitas neonatus.

Untuk dapat mencapai *well born baby* dan *well health mother*, diperlukan langkah penting pada semua jalur pelayanan obstetri sampai pada Posyandu, yaitu:

- a. meningkatkan *antenatal care*;
- b. memperhatikan dan meningkatkan gizi ibu hamil;
- c. imunisasi ibu hamil dengan vaksin tetanus;
- d. meningkatkan sistem referal pada kasus *H.R. Pregnancy*;
- e. meningkatkan penerimaan KB sehingga hamil dengan interval cukup di atas 2 tahun serta dalam keadaan sehat optimal;
- f. mengupayakan agar persalinan adekuat dan legeartis, yaitu:
 - Spontan B,
 - *Outlet forceps* dan *outlet vacum extraction*,
 - Seksio Sesarea.

- g. meningkatkan kerja sama dan pendidikan dukun beranak.
- h. meningkatkan penerimaan KB.

Diharapkan agar gagasan *well born baby* dan *well health mother* dapat tercapai dengan meninggalkan *life born baby* untuk meningkatkan kualitas generasi bangsa.

Saat ini, pemberian air susu ibu di Indonesia merupakan proyek nasional yang telah dicanangkan oleh Mantan Presiden Soeharto. Dasar pemberian ASI bersumber dari bayinya sendiri yang hanya menangis bila lapar, kencing, atau buang air besar. Di samping itu, ternyata pemberian ASI secara *on call*, sangat menguntungkan bayi dan ibunya sendiri jika dibandingkan dengan pemberian ASI menurut jadwal.

Keuntungan Pemberian ASI secara *On Call*

- a. Bayi dapat mengukur sendiri rasa laparnya sehingga pada saat yang tepat dapat menerima ASI.
- b. Pertumbuhan bayi dengan cara ini ternyata lebih baik.
- c. Pada ibu akan terjadi percepatan proses involusi uterus dan masa puerperiumnya berjalan dengan lebih baik.
- d. Ibu yang bersedia memberikan ASI ternyata dapat menurunkan risiko terkena kanker payudara.
- e. Bayi yang mendapatkan ASI, risiko terkena diare akan menurun.
- f. ASI mengandung beberapa unsur penting, yaitu:
 - sebagai nutrisi bayi yang siap setiap saat dengan steril dan mudah dicerna;
 - dapat memberikan antibodi pada bayi sehingga terhindar dari berbagai penyakit infeksi.
- g. Laktasi amenorea bertindak sebagai KB dalam waktu singkat.

Permasalahan Pemberian Air Susu Ibu

Permasalahan ini terletak pada kesiapan ibu untuk setiap saat memberikan ASI dan dapat menjadi kesulitan bagi ibu yang mempunyai pekerjaan di luar rumah.

Pembentukan ASI mempunyai tiga tingkat yang penting, yaitu:

1. Mamogenesis
 - Perkembangan dan persiapan pada mama;

2. Laktogenesis
 - ➔ Persiapan pembuatan dan sekresi air susu ibu;
3. Galaktopoesis
 - ➔ Mempertahankan pengeluaran ASI.

Estrogen

Hormon yang mempersiapkan alveoli, duktus, dan lobulair untuk mengembangkan diri dalam bentuk proliferasi, deposit fat, air, jaringan ikat, mioepitel, dan retensi elektrolit. Besarnya mama bertambah 400 gr.

Progesteron

Meningkatkan kematangan alveoli dan duktus dalam persiapan sekresi air susu ibu.

Prolaktin

Konsentrasi prolaktin selama kehamilan semakin meningkat, tetapi fungsinya dihalangi oleh steroid plasenta dengan jalan:

Estrogen : menghalangi pengeluaran ASI dalam alveoli.

Progesteron : menghalangi perubahan laktosa menjadi alfa laktalbumin.

Human placental lactogen hormon : menghalangi dengan jalan mengadakan ikatan pada APR (*Alveolar Prolactin Receptor*).

Pembentukan ASI dibantu oleh hormon:

- a. *Growth Hormon*;
- b. *Cortisol*;
- c. *Insulin*;
- d. *Thyroxin*.

Hormon ini baru akan berfungsi dengan baik bila persalinan terjadi, sehingga terdapat penurunan tajam dari estrogen, progesteron, dan *human placental lactogen hormone*.

Pemberian ASI sebaiknya segera dilakukan setelah persalinan sehingga rangsangan terhadap puting susu menimbulkan *late-down reflex*.

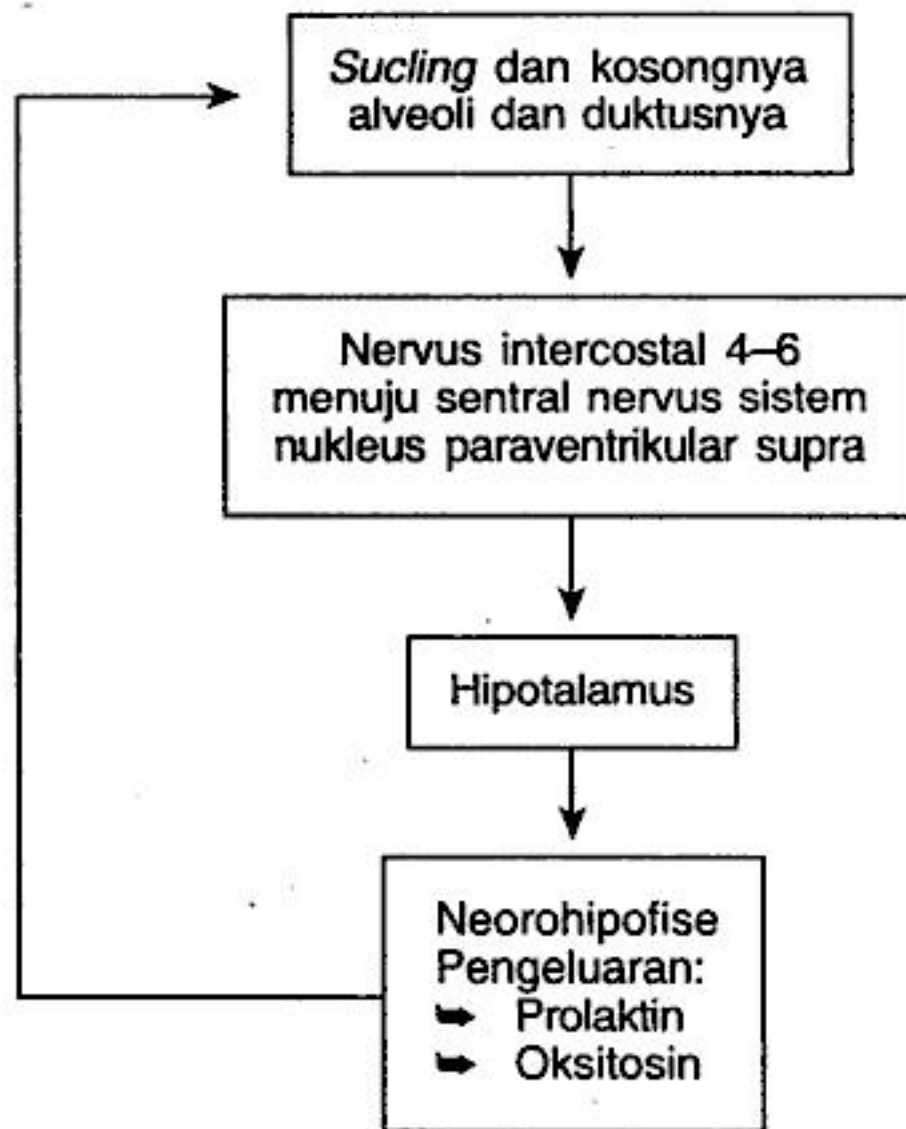
Suckling bayi dan kosongnya alveoli dan duktusnya menyebabkan dua hal yang penting, yaitu:

1. Hormon prolaktin dapat bekerja secara efektif dalam membentuk ASI;
2. Isapan ini menimbulkan rangsangan hipofise melalui nervus interkostalis 4-6, menuju *dorsal root, spinal cord nucleus paraventricularis* dan supraoptikus sehingga *oxytocin* dapat dikeluarkan.

Fungsi *oxytocin*, yaitu untuk:

- a. merangsang miopitel sekitar alveoli dan duktus berkontraksi sehingga ASI dapat dikeluarkan;
- b. merangsang kontraksi uterus sehingga mempercepat involusi uteri.

Mekanisme Pengeluaran ASI



Dengan demikian, isapan bayi pada saat permulaan kelahirannya akan mempercepat mata rantai pengeluaran ASI yang lebih efektif.

Pemberian Asi sebagai proyek nasional, harus mendapat perhatian yang saksama dan dilakukan KIE dan motivasi kepada masyarakat sehingga dapat ikut serta meningkatkan kualitas generasi bangsa mendatang.



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

- b. mulai melatih panca indera bayi dengan mendengar suara ibu, perabaan ibu, serta dekapan ibu.
- c. menimbulkan kontak batin yang sangat penting artinya.
2. Penggunaan ASI *on demand* (*call*)
 - a. dapat memberikan ASI setiap saat.
 - b. ASI merupakan nutrisi paling ideal karena telah siap setiap saat jika diperlukan, steril, mudah dicerna, dan memang disesuaikan dengan kemampuan pencernaan makanan bayi.
3. Penghindaran infeksi
 - a. Karena bayi sudah bersama ibunya, hal ini berarti sudah terdapat adaptasi yang baik sehingga tidak akan terjadi infeksi silang dari bayi lain, khususnya nosokomial di rumah sakit.
 - b. Kolostrum mengandung banyak protein dan antibodi yang dapat menutupi seluruh alat pencernaan sehingga terhindar dari diare.
 - c. Antibodi umum menyebabkan terhindar dari infeksi lainnya.
4. Pendidikan ibu dan bayi
 - a. Rawat gabung dapat dijabarkan kepada ibunya untuk merawat bayinya dengan baik dan benar.
 - b. Mengetahui beberapa langkah tentang memelihara kesehatan bayinya.
 - c. Mengetahui bagaimana merawat payudara dan tali pusat dengan melakukan sendiri.

Indikasi dan Kontraindikasi Rawat Gabung

Kendatipun gagasan rawat gabung telah dicanangkan dan berhasil dengan baik dan memuaskan, namun masih terdapat beberapa pertimbangan yang harus diperhatikan untuk melakukan rawat gabung, yaitu sebagai berikut.

Indikasi Rawat Gabung	Kontraindikasi Rawat Gabung
<ul style="list-style-type: none"> • Persalinan spontan Apgar dengan skor di atas 7 • Berat 2.500–4.000 gr • Hamil aterm (di atas 36 minggu) • Tanpa infeksi • Ibu sehat dan siap memberi ASI • Bayinya harus memenuhi: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sistem kardiorespirasi yang baik ➢ Sehat tanpa cacat bawaan ➢ Refleks dapat mengisap dengan baik 	<ul style="list-style-type: none"> a. Dari pihak ibu: <ul style="list-style-type: none"> • Sistem kardiorespirasi kurang—penyakit jantung • Komplikasi hamil: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Praeklampsia/eklampsia ➢ Infeksi akuta ➢ Karsinoma mama b. Dari pihak bayi: <ul style="list-style-type: none"> • Bayi konvulsi • Bayi sakit berat • Bayi memerlukan terapi dan perawatan khusus • BBRL—prematurnya, refleks untuk mengisap kurang • Cacat bawaan sehingga tidak bisa mengisap • Kelainan metabolisme sehingga tidak dapat menerima ASI

Komposisi air susu ibu dibandingkan dengan susu sapi

	Kolosrom	ASI Term	Susu Sapi
Protein-kasein dan laktalbumin			
Lemak	4,0	1,5	3,5
Karbohidrat	2,5	3,5	3,5
Mineral	5,0	7,0	5,0
Air	0,5	0,2	0,8
	88,0	87,0	87,92

Kebutuhan Nutrisi Bayi Per Kilogram Berat Badan

Nutrisi	Bayi	
	Term	Preterm
Kalori	100	120
Cairan	150	200
Protein	2,0–2,5 gr	2,5–3 gr
Lemak	4 gr	6 gr
Natrium	2	3-4 mmol
Kalium	2	3 mmol
Kalsium	2	2 mmol
Fosfor	1,3	1,3 mmol
Magnesium	0,4	0,4 mmol

BAB 4

KEHAMILAN PATOLOGIS

1. KETUBAN PECAH DINI (KPD)
PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE (PRM)
2. KEHAMILAN LEWAT WAKTU
3. KEHAMILAN GANDA
4. PERSALINAN PREMATUR
5. KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT JANTUNG
6. KEHAMILAN DENGAN DIABETES MELITUS

1. KETUBAN PECAH DINI (KPD) **PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE (PRM)**

Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum ada tanda-tanda inpartu, dan setelah ditunggu selama satu jam belum juga mulai ada tanda-tanda inpartu. *Early rupture of membrane* adalah ketuban yang pecah pada saat fase laten. Hal ini bisa membahayakan karena dapat terjadi infeksi asenden intrauterin. Penyebabnya adalah:

- multiparitas,
- hidramnion,
- kelainan letak: sungsang atau lintang,
- *cephalo Pelvic Disproportion* (CPD),
- kehamilan ganda,
- pendular abdomen (perut gantung).

Induksi Persalinan

Induksi dengan *oxytocin*/prostaglandin dapat dilakukan dengan memperhitungkan:

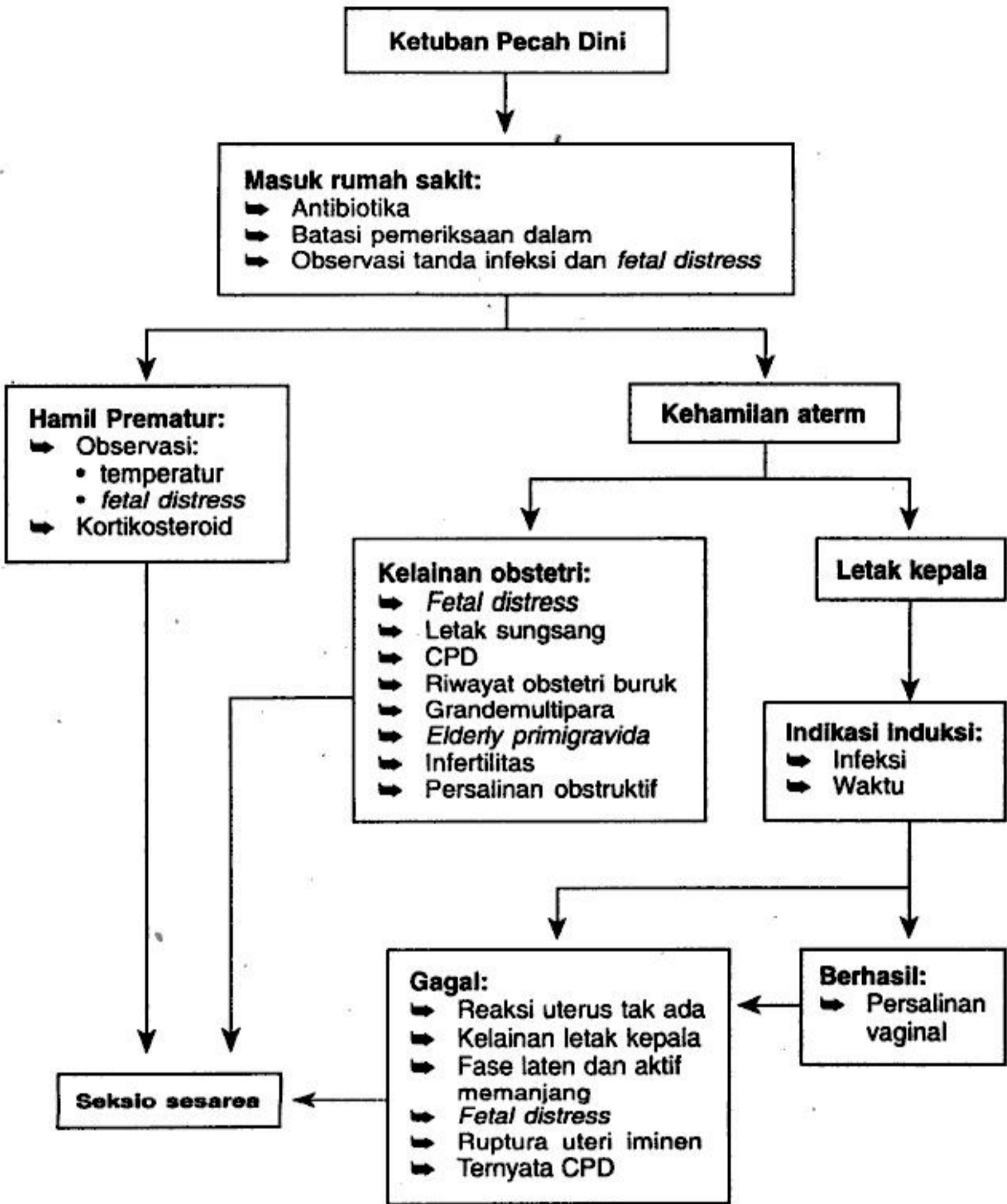
a. Waktu:

- setelah 6 jam PRM,
- setelah 12 jam PRM,
- setelah 24 jam PRM.

b. Tanda infeksi intrauterin

Penelitian tersebut dapat dibandingkan dengan kejadian morbiditas dan mortalitas neonatus.

Tata laksana penanganan ketuban pecah dini



2. KEHAMILAN LEWAT WAKTU

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melewati waktu 42 minggu atau 294 hari.

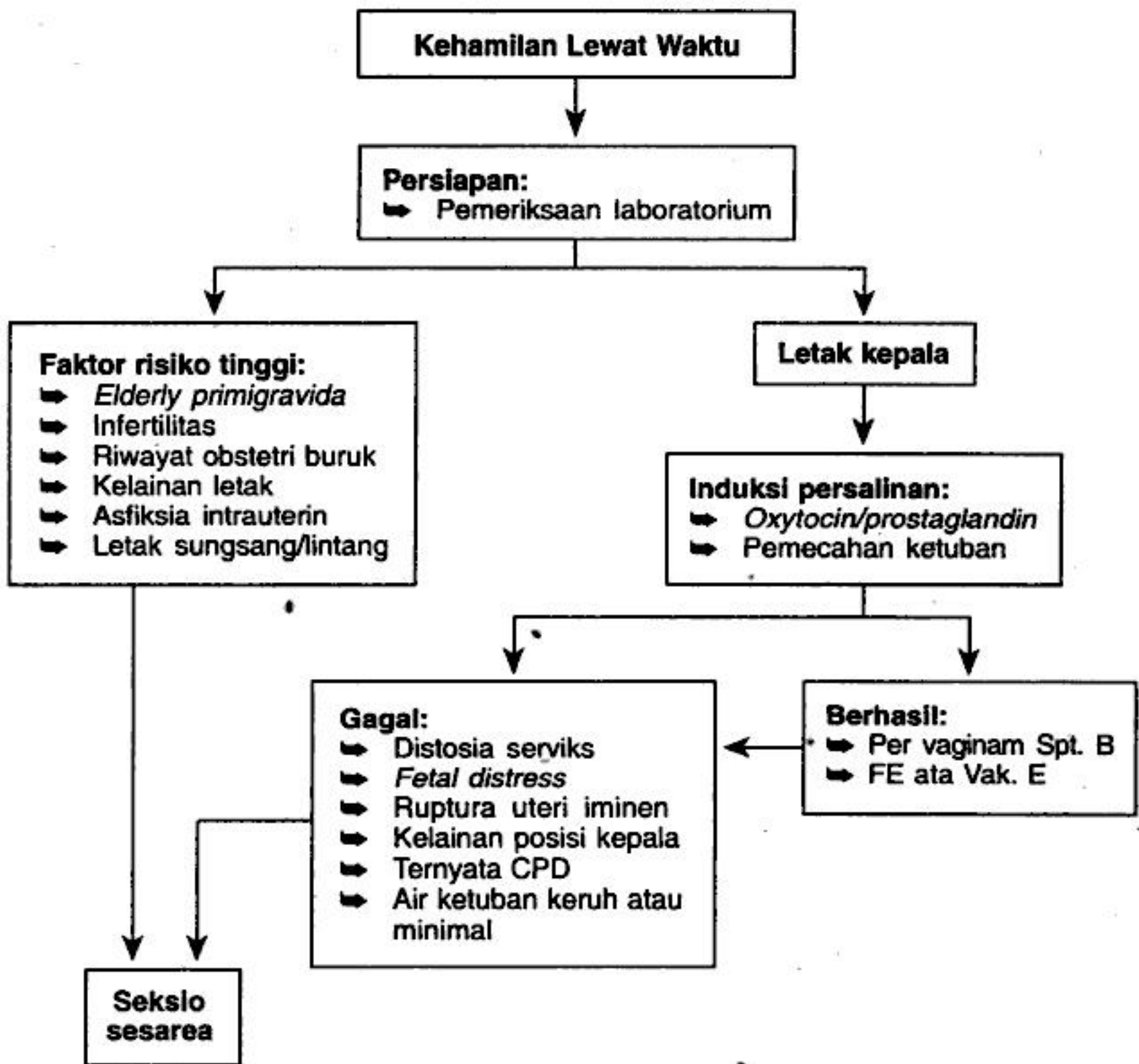
Komplikasi

- Kelahiran janin dengan tanda posterm
- Kesukaran persalinan
 - Janin bertambah besar
 - Kelainan posisi kepala
 - Kepala sulit melakukan *moulage*
- Insufisiensi plasenta menimbulkan asfiksia intrauterin
- Perdarahan postpartum
- Persalinan memerlukan tindakan operasi
- Janin makrosomia

Dasar diagnosis

- a. Anamnesis telah lewat waktu
- b. Pemeriksaan fisik
 - berat badan ibu tetap atau menurun
 - gerak bayi makin lemah
 - tinggi FU menurun
 - kesan palpasi air ketuban makin berkurang
- c. Pemeriksaan dengan ultrasonografi
 - jumlah air ketuban
 - klasifikasi plasenta
 - gerak janin menurun
- d. Amnioskopi: air ketuban kental dan keruh
- e. Pemeriksaan
 - estriol urine dan darah
 - fungsi feto plasenter
- f. Postpartum
 - Sindrom neonatus *postdate pregnancy*
 - kuku janin panjang
 - lemak subkutan berkurang
 - air ketuban kurang, kental, dan keruh
 - klasifikasi plasenta
 - tali pusat keriput
 - bayi tampak keriput berkesan tua

Tata laksana penanganan kehamilan lewat waktu



3. KEHAMILAN GANDA

Kehamilan ganda adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Menurut rumus Hellin, kehamilan ganda terjadi 1:89 kehamilan.

Jenis kehamilan ganda, yaitu sebagai berikut.

a. *Monozygote*

- Homolog-uniovuler
- 2 Amnion - 1 chorion
- 1 Plasenta dengan aliran darah bersama

b. *Dizygote*

- *Heterolog-biovuler*
- 2 *Amnion-2 chorion* dan 2 plasenta dengan aliran darah terpisah
- Jenis kelamin dapat berbeda

Kejadian kehamilan ganda *dizygote*

a. Superfekundasi

Terjadinya kehamilan dua telur dengan ovulasi bersamaan, tetapi konsepsi terjadi dalam waktu yang hampir bersamaan melalui hubungan seks yang berdekatan waktunya.

b. Superfetasi

Kehamilan kedua terjadi beberapa minggu sampai beberapa bulan setelah kehamilan pertama.

Pada pertolongan persalinan kehamilan ganda sering terjadi komplikasi sehingga memerlukan persiapan agar komplikasi dapat diatasi dengan semestinya.

Komplikasi kehamilan ganda

a. Trimester pertama

- Anemia
- Emesis-hiperemesis gravidarum
- Abortus

b. Trimester ketiga

- Prematuritas
- Praeklampsia-eklampsia
- Hidramnion

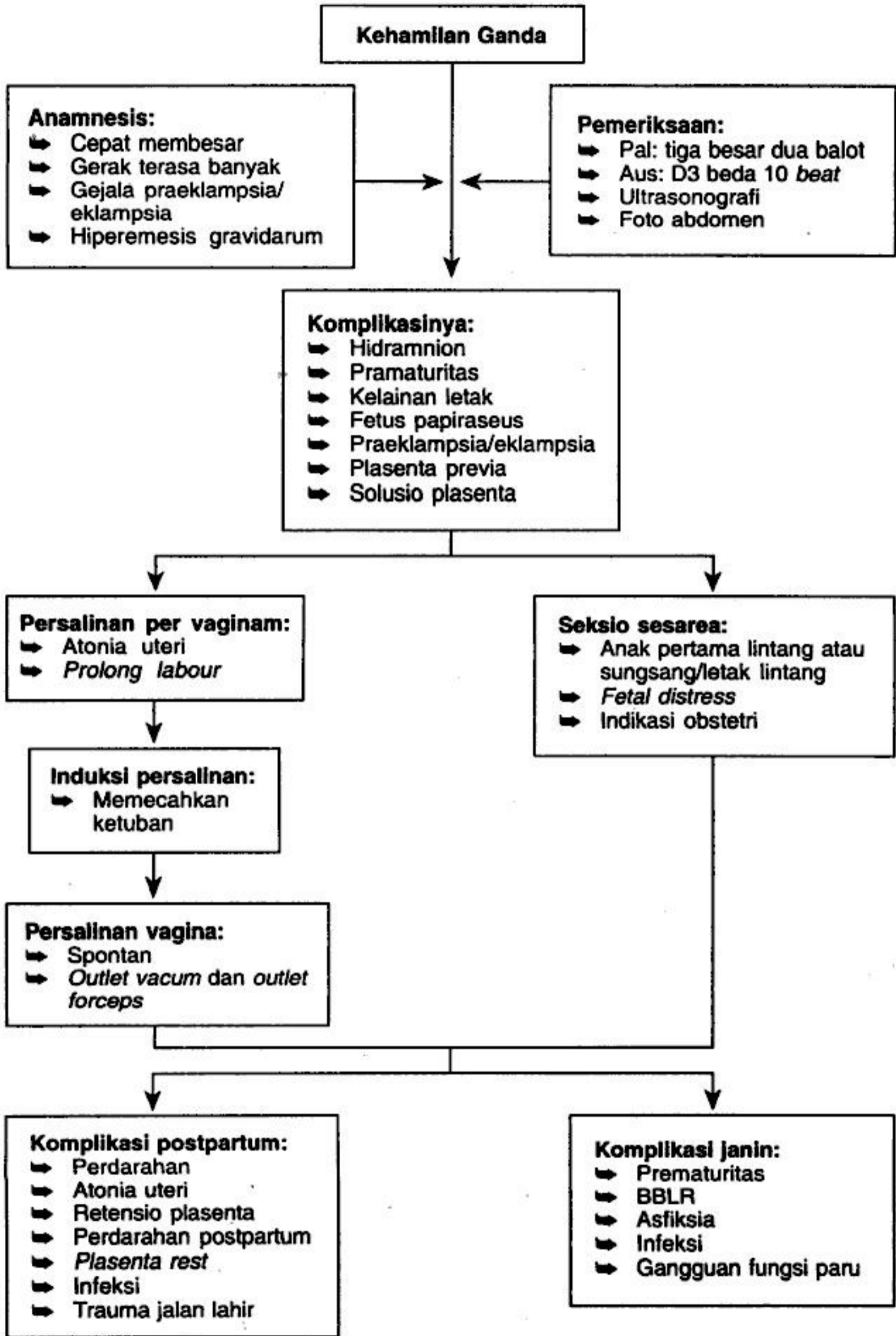
c. Inpartu

- Kelainan letak
- Plasenta previa
- Perut gantung
- Inersia uteri
- Persalinan memanjang
- Ketuban pecah dini saat pembukaan kecil
- Prolapsus funikuli
- Solusio plasenta
- Persalinan dengan tindakan operasi

d. Postpartum

- Atonia uteri
- Perdarahan postpartum
- Retensio plasenta
- *Rest plasenta*

Tata laksana penanganan kehamilan ganda



4. PERSALINAN PREMATUR

Persalinan prematur adalah persalinan yang berlangsung sebelum waktunya, yaitu pada kehamilan berumur 28 minggu atau berat janin sekitar 1.000 gram.

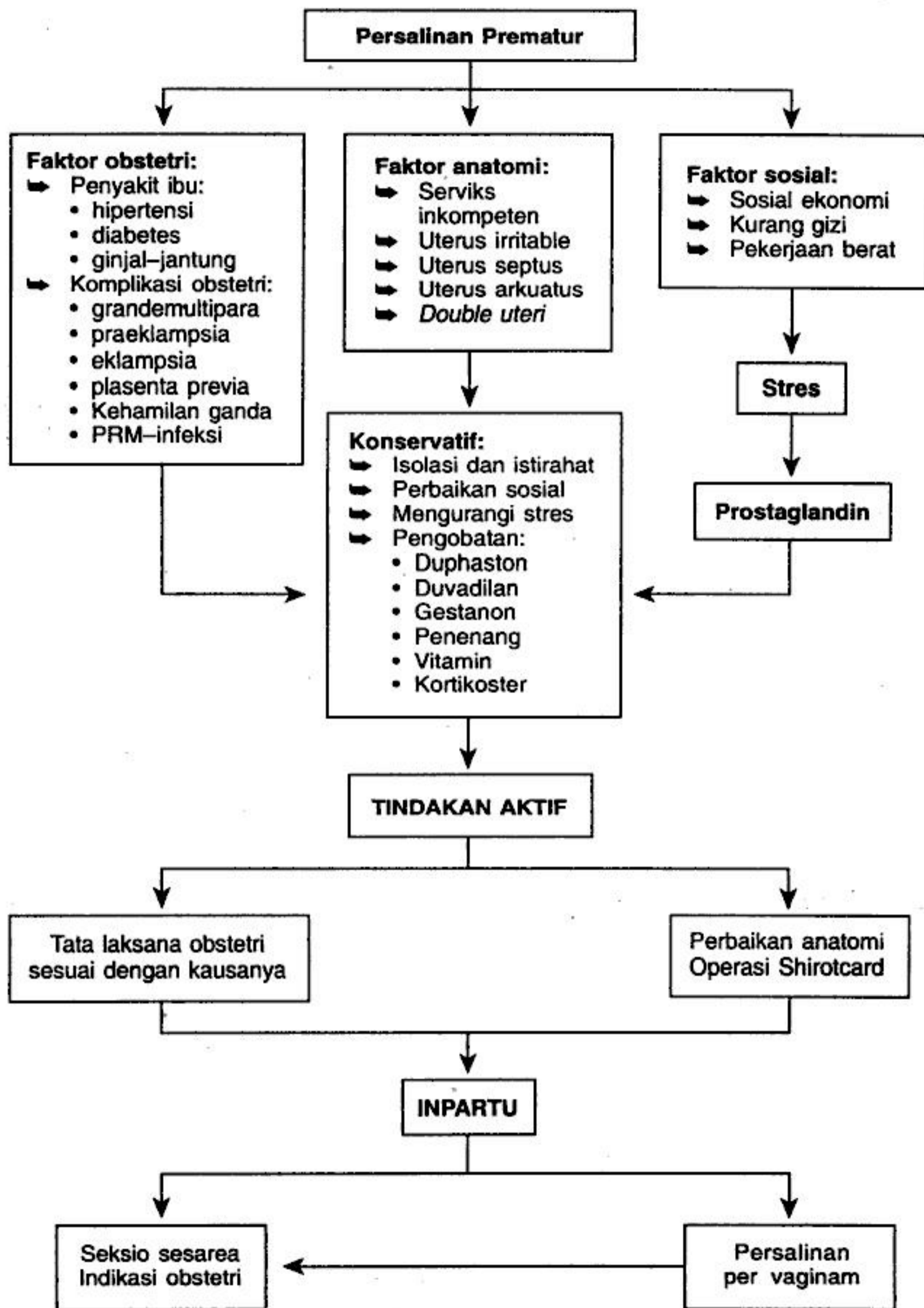
Permasalahan yang dihadapi

- a. Angka kematian yang tinggi.
- b. Perkembangan yang abnormal sehingga dapat menjadi beban sosial keluarga dan masyarakat.
- c. Penyebab kematiannya
 - sindrom pernapasan,
 - asfiksia, dan
 - trauma persalinan.
- d. Penyebab tertinggi angka kematian neonatus.

Penyebab persalinan prematur

- a. Penyakit yang menyertai kehamilan
 - Hipertensi
 - Diabetes melitus
 - Penyakit ginjal
 - Penyakit jantung
- b. Komplikasi kehamilan
 - Praeklampsia/eklampsia
 - Perdarahan antepartum
 - Serviks inkompeten
 - Hamil ganda
- c. Masalah sosial
 - Gizi rendah
 - Pekerjaan
 - Masalah lingkungan
- d. Upaya menurunkan angka kematian karena prematuritas
 - Meningkatkan *antenatal care*
 - Meningkatkan gizi pada ibu hamil
- e. Melaksanakan program Keluarga Berencana
- f. Pada kasus tertentu perlu
 - Istirahat lebih banyak
 - Mengurangi pekerjaan yang menimbulkan stres
 - Meningkatkan sarana perorangan persalinan legeartis

Tata laksana penanganan persalinan prematur



5. KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT JANTUNG

Penyakit jantung pada kehamilan jarang dijumpai, hanya sekitar 0,01%. Dasar diagnosis adalah sebagai berikut.

Anamnesis

- Terdapat riwayat demam rematik
- Terdapat angina pektoris atau sinkope saat kerja
- Terdapat gejala dispneu

Pemeriksaan fisik

- Mur-mur sistolik dan diastolik
- Kelainan irama jantung atau *precordial thrill*
- Pembesaran jantung
- Terdapat dispneu atau sianosis

Pemeriksaan penunjang

- Konsultasi ahli penyakit jantung
- Perangkat pemeriksaan penunjang
 - Foto toraks
 - Elektrokardiografi
 - Ekokardiografi

Pengawasan antenatal

a. Klasifikasi bumil dan penyakit jantung

1. Tingkat I : seperti normal.
2. Tingkat II : membatasi gerak.
3. Tingkat III : sangat mudah lelah dan menjurus dekompen-sasio kordis.
4. Tingkat IV : saat istirahat sudah terdapat gejala dekompen-sasio kordis.

b. Pengawasan antenatal

1. Rawat bersama dengan ahli kardiologi.
2. Banyak beristirahat karena jantung melakukan kerja ekstra saat hamil dengan peningkatan sekitar 12–15 bpm selama hamil.
3. Pengawasan antenatal lebih sering disertai pemeriksaan EKG dan ekokardiografi.
4. Serial USG sehingga dapat dipantau kesejahteraan janin dalam 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.



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.

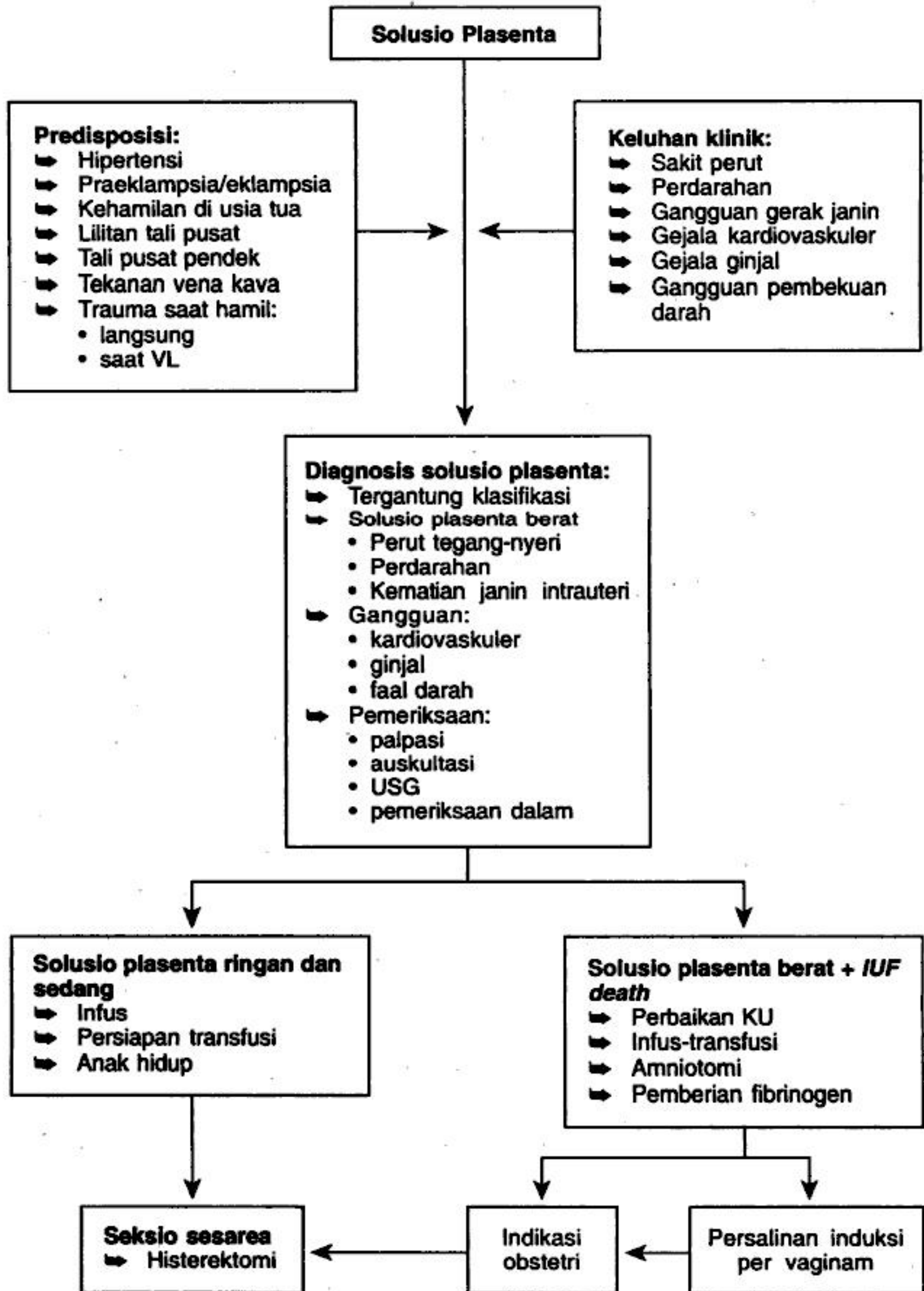


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



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

Tata laksana penanganan solusio plasenta



C. Perdarahan pada Vasa Previa

Perdarahan vasa previa adalah perdarahan yang terjadi saat ketuban pecah, diikuti perdarahan dari pembuluh darah insersio vilamentosa plasenta dan darah justru berasal dari janin sendiri.

Kejadian vasa previa sangat jarang seiring dengan jaranganya kejadian insersio vilamentosa plasenta, yang kebetulan teraba menyilang pada pembukaan serviks.

1. Sulit ditegakkan dan kebetulan teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.
2. Bila dijumpai pada pembukaan kecil, segera dikirim untuk pemeriksaan dan terminasi dengan seksio sesarea.

Diferensial diagnosis

- a. harus dibedakan dengan tali pusat terkemuka, yang mungkin teraba saat melakukan pemeriksaan dalam;
- b. untuk membedakan keduanya, dilakukan perubahan posisi ibu sehingga pada tali pusat terkemuka akan menghilang, sedangkan pada vasa previa akan tetap posisinya.

Gejala klinis ("Trias gejala klinis")

- Ketuban pecah
- Disertai perdarahan segar (karena berasal dari janin)
- Diikuti *fetal distress*

Tindakan

Pada pembukaan kecil, segera dikirim untuk dilakukan seksio sesarea dengan indikasi menyelamatkan janin.



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. Saat inpartu:

- Pembukaan kurang dari 4 cm.
- Ketuban masih intak.
- Bagian terendah tinggi atau dapat dikeluarkan dari PAP.

Kontraindikasi versi luar

- Perdarahan antepartum
- Bekas seksio sesarea / operasi pada rahim
- Hamil ganda
- Hipertensi
- Suspek panggul sempit
- Terdapat hidrosefalus

Perkembangan Tata Laksana Kehamilan Letak Sungsang

Di negara yang sudah maju tidak ada lagi tempat persalinan per vaginam pada letak sungsang. Untuk mencapai *well born baby* dan *well health mother* pada persalinan letak sungsang, dilakukan dengan cara seksio sesarea.



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. PRAEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA

Praeklampsia dan eklampsia adalah komplikasi kehamilan pada trimester ketiga dengan gejala klinis hipertensi, edema, proteinuria, oligouria, konvulsi, dan koma.

Teori Terjadinya Praeklampsia dan Eklampsia

Pada tahun 1922, Zweifel mengemukakan bahwa kejadian EHP tidak dapat diterangkan oleh satu teori yang dapat menjelaskan gejala klinis secara menyeluruh. Oleh karena itu, banyak teori kejadiannya yang disebut "*disease of theory*".

Gambaran beberapa teori yang ingin menerangkan kejadian tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Teori genetik
- b. Teori imunologik
- c. Teori iskemia regio uteroplaster
- d. Teori kerusakan endotel pembuluh darah
- e. Teori radikal bebas lemak jenuh dan tak jenuh
- f. Teori trombosit
- g. Teori diet

Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) menganut teori iskemia regio uteroplaster dengan tekanan pada meningkatnya "radikal bebas" yang dapat menerangkan kejadian EHP sampai *Hellp Sindroma*.

Sebab kematian maternal

- Perdarahan pada otak
- Edema paru-paru disertai sianosis
- Dekompensasi kordis
- Payah ginjal
- Aspirasi cairan lambung

Sebab kematian bayi

- Hipoksia intrauterin
- Prematuritas



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.

Komplikasi Plasenta Manual

- a. Perdarahan yang disebabkan oleh:
 - atonia uteri sehingga pembuluh darah terbuka;
 - sisa-sisa kotiledon yang tertinggal sebagai sumber perdarahan karena mengganggu kontraksi otot rahim;
 - trauma tindakan;
 - plasenta adhesiva, akreta, atau inkreta.
- b. Trauma tindakan yang menimbulkan:
 - robekan uteri;
 - kolporeksis;
 - robekan vagina;
 - robekan perineum meluas.
- c. Infeksi, yang disebabkan oleh:
 - infeksi bakteri secara ascendens;
 - adanya laserasi yang berfungsi sebagai pintu masuk infeksi;
 - adanya sisa-sisa kotiledon/membran;
 - keadaan umum yang menurun karena perdarahan.

6. PARTUS LAMA DAN PARTUS TERLANTAR

Pada umumnya, perjalanan persalinan normal dengan P3 adekuat akan berlangsung aman spontan belakang kepala.

a. Primigravida : 18 jam

b. Multigravida : 12–14 jam

Partus lama adalah perjalanan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam, tetapi belum menimbulkan komplikasi maternal atau fetal.

Partus kasep atau terlantar

- a. Perjalanan persalinan yang telah menimbulkan komplikasi pada maternal dan fetal.
- b. Ada kemungkinan terjadi kurang dari 24 jam atau lebih.
- c. Komplikasi persalinan yang mungkin timbul
 - Komplikasi maternal
 1. Dehidrasi
 - Tampak kelelahan



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.

Penanganan perdarahan postpartum sekunder

- a. Perdarahan karena sisa plasenta.
 - ↳ Lakukan kuretase, untuk menghilangkan sumber perdarahannya.
 - ↳ Persiapan
 - Pasang infus dan transfusi darah.
 - Lakukan pemeriksaan laboratorium.
 - Profilaksis dengan memberikan antibiotik dan antipiretika.
- b. Perdarahan karena perlukaan jalan lahir.
 - ↳ Dilakukan evaluasi dan menjahit kembali.
- c. Perdarahan karena gangguan pembekuan darah.
 - ↳ Perbaiki faktor pembekuan darah.
 - ↳ Berikan trombosit.

Komplikasi perdarahan postpartum sekunder

- Trauma tindakan, khususnya kuretase.
- Infeksi berkelanjutan.
- Syok iriversibel.



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

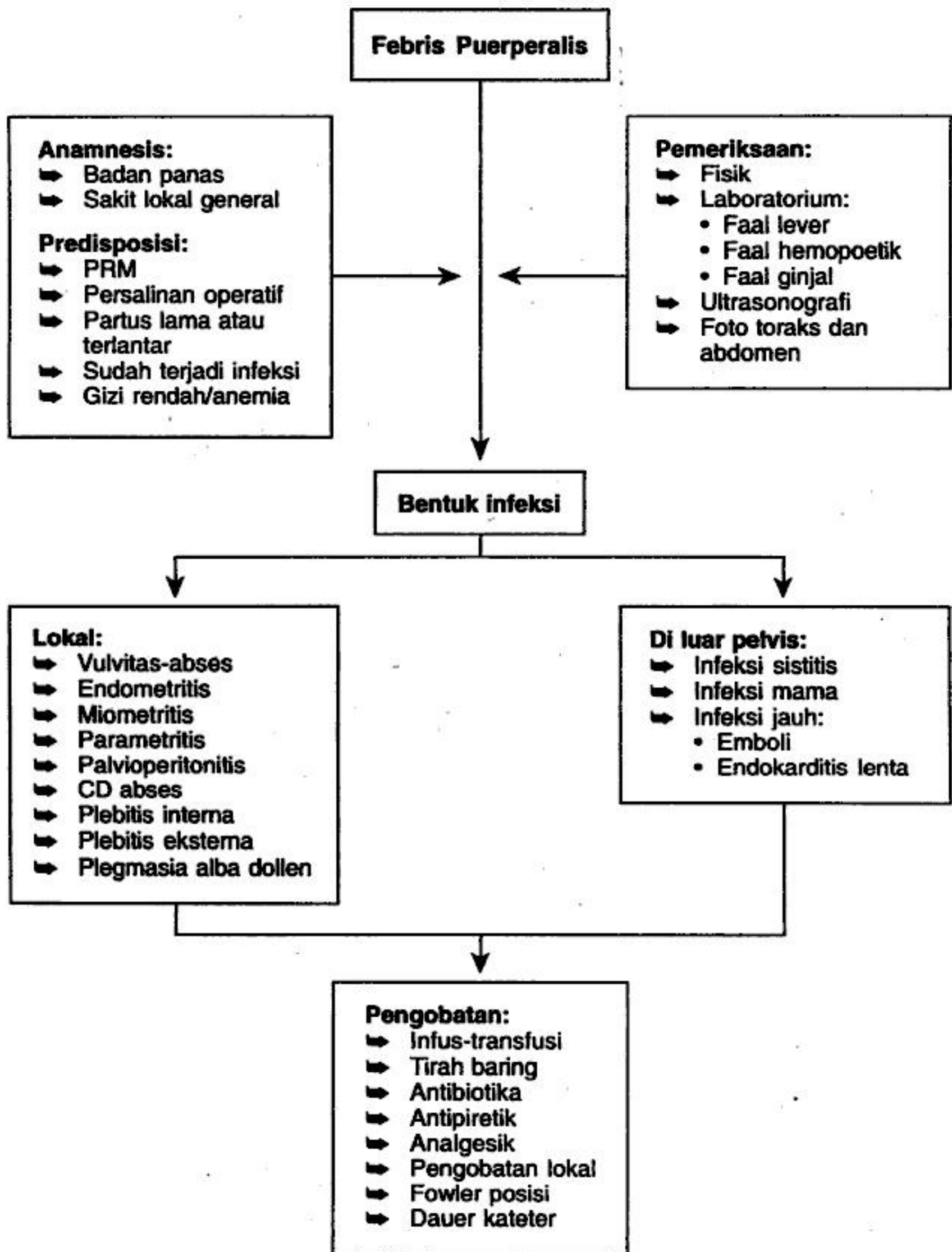


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



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

Penanganan febris puerperalis





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

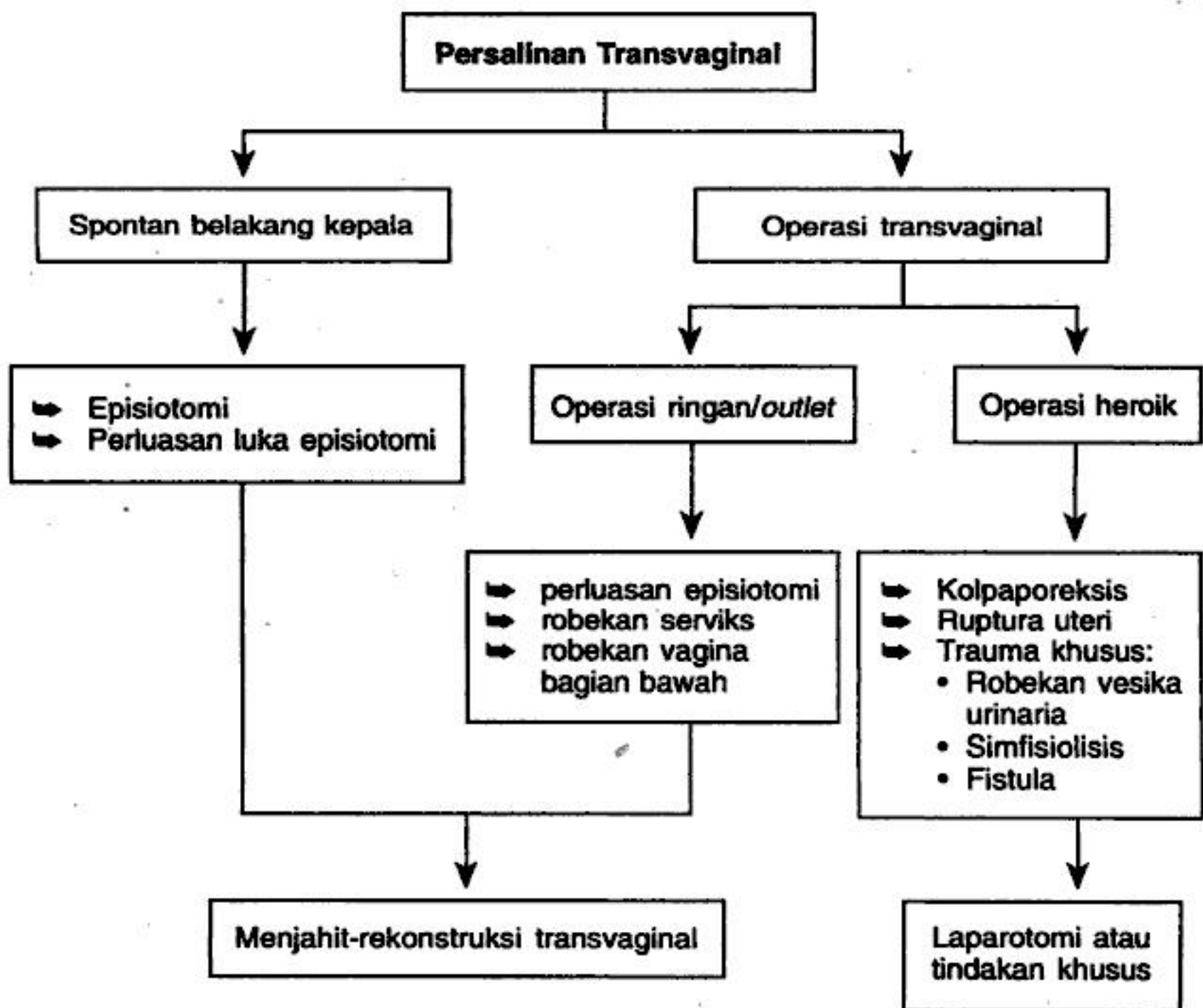


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



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

- radikal dengan melakukan laparotomi;
 - menjahit luka dengan sederhana.
- b. Kemungkinan perlukaan kemudian
1. Perlu dilakukan profilaksis.
 - Pemberian antibiotika adekuat.
 - Pemasangan kateter
 - untuk memberi kesempatan sembuh;
 - menghindari kontaminasi infeksi.
 2. Mengatasi fistula dengan melakukan operasi plastik.





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 7

OPERASI OBSTETRI

1. KURVA FRIEDMANN
2. PARTOGRAM WHO DALAM PERSALINAN
3. OPERASI OBSTETRI
4. INDUKSI PERSALINAN
5. PERSALINAN PERCOBAAN (*TEST OF LABOR*)
6. METODE TINDAKAN OPERASI OBSTETRI
7. PERAWATAN PASCAOPERASI



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.

Dengan memperhatikan ketiga komponen yang diobservasi tersebut, diharapkan kejadian persalinan lama dan menuju ke persalinan kasep dapat dikurangi sehingga secara langsung menurunkan angka kematian ibu dan neonatus.

Perlu dikemukakan bahwa penggunaan partogram WHO tidak dapat dibenarkan pada kasus-kasus di bawah ini:

- wanita pendek, kurang dari 145 cm;
- perdarahan antepartum;
- praeklampsia / eklampsia;
- persalinan prematur;
- bekas seksio sesarea;
- hamil ganda;
- kelainan letak;
- *fetal distress* (gawat janin);
- dugaan distosia karena kesempitan panggul;
- persalinan induksi;
- pada ibu dengan anemia berat.

Kasus-kasus di atas digolongkan ke dalam kehamilan dengan risiko tinggi sehingga perlu segera dirujuk ke rumah sakit pusat yang mempunyai fasilitas yang lebih lengkap. Jadi, partogram WHO ini hanya dipergunakan pada kasus letak kepala yang jalan persalinannya diharapkan normal.

Persalinan letak belakang kepala menempati jumlah terbesar sehingga pengawasan dan penanganan dengan partogram WHO diharapkan tidak banyak terjadi partus kasep.

Penderita telah direferal pada garis waspada ke rumah sakit dengan fasilitas yang cukup. Dengan mengurangi jumlah partus kasep, secara langsung dapat mengurangi kematian ibu bersalin dan kematian perinatal.

3. OPERASI OBSTETRI

Keluhan utama yang mendorong wanita hamil untuk memeriksakan diri antara lain:

- a. hamil disertai perdarahan;
- b. hamil disertai pengeluaran air ketuban;
- c. terdapat prolapsus:



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.

B. Versi Luar

Versi luar merupakan tindakan untuk mengubah kedudukan janin dalam rahim sehingga lebih menguntungkan dalam persalinan, yaitu letak membujur.

Tindakan versi luar

1. Versi sefalik

- Tindakan menuju ke arah kepala.
- Dari letak lintang atau letak bokong.

2. Versi podalik

- Tujuannya ke arah bokong.
- Sangat jarang dilakukan dari letak kepala menuju letak bokong.
- Prasat kuno
 - Dilakukan Braxton Hicks versi.
 - Menurunkan kaki untuk tamponade perdarahan plasenta previa.

Kini, upaya versi luar jarang dilakukan, yang lebih banyak dilakukan adalah dengan cara alami, yaitu *knee-chest position* dua kali per hari selama 10–12 menit sehingga terjadi putaran secara alami. Tindakan ini mulai dilakukan pada kehamilan yang berumur 28–32 minggu.



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.

- mengupayakan agar persalinan adekuat dan legeartis:
 - spontan B,
 - *outlet forceps* & vakum ekstraksi,
 - seksio sesarea;
- meningkatkan kerja sama dan pendidikan pada dukun beranak;
- meningkatkan penerimaan KB sehingga selanjutnya bisa hamil dengan interval cukup dan sehat optimal.

Diharapkan agar gagasan *well born baby* dan *well health mother* dapat tercapai dengan meninggalkan *live born baby* untuk meningkatkan kualitas generasi bangsa.

Saat ini, pemberian Air Susu Ibu (ASI) di Indonesia merupakan proyek nasional, dimana Mantan Presiden Soeharto telah mencaulkannya. Dasar pemberian ASI bersumber dari bayinya sendiri yang hanya dapat menangis bila lapar. Hal ini sangat menguntungkan bagi bayi dan ibunya jika dibandingkan dengan pemberian ASI sesuai jadwal.



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.

Pemberian ASI sebagai proyek nasional harus mendapat perhatian yang saksama dan melakukan komunikasi, informasi, edukasi, dan motivasi kepada masyarakat sehingga dapat ikut serta meningkatkan kualitas generasi bangsa di masa mendatang.

Keuntungan pemberian ASI *on call*

- a. Bayi dapat mengukur sendiri rasa laparnya sehingga pada saat yang tepat dapat menerima ASI.
- b. Pertumbuhan bayi dengan cara ini ternyata lebih baik.
- c. Pada ibu akan terjadi percepatan proses involusi uterus dan masa puerperiumnya berjalan lebih baik.
- d. Bagi ibu yang bersedia memberikan ASI, ternyata dapat menurunkan terjadinya kanker payudara.
- e. Bayi yang mendapatkan ASI kejadian diarenya menurun.
- f. ASI sebagai nutrisi bayi yang siap setiap saat dengan steril dan mudah dicerna.
- g. Dapat menurunkan antibodi pada bayi sehingga bayi dapat terhindar dari berbagai penyakit infeksi.
- h. Laktasi amenorrhea bertindak sebagai KB dalam waktu yang singkat.

Kerugian pemberian ASI

Kerugian pemberian ASI terletak pada kesiapan ibu untuk memberikan ASI setiap saat, dapat merupakan kesulitan bagi ibu yang mempunyai pekerjaan di luar rumah.

3. PATOFISIOLOGI DETIK JANTUNG JANIN

Pertumbuhan jantung janin mulai tampak dan berfungsi pada umur kehamilan 5–6 minggu. Detik (gerak) jantung dikendalikan oleh *pacemaker* dengan jumlah denyutan sebesar 160–180 bpm.

Menurut Pillai dan James (1990) dengan mengamati detik jantung janin, mengemukakan bahwa terjadi penurunan detik jantung janin sebanyak satu kali setiap minggu sampai bayi berumur 8–10 minggu.

Sebagai gambaran, penurunan tersebut terjadi karena mulai berfungsinya pengatur detik jantung janin dalam pasangan berikut.

- a. Parasimpatikus dan simpatikus yang mengatur secara langsung pada *pacemaker*.



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.

- a. Anamnesis untuk menemukan faktor risiko:
 - 1) Hipertensi;
 - 2) Penyakit menahun, seperti:
 - jantung,
 - paru-paru,
 - ginjal;
 - 3) Faktor kecanduan, seperti:
 - obat-obatan,
 - alkohol,
 - perokok;
 - 4) Infeksi intrauterin, seperti:
 - TORCH atau AIDS.
- b. Pemeriksaan faktor risiko secara fisik.
- c. Pengukuran tumbuh kembang janin intrauterin editing luar:
 - 1) Tingginya fundus uteri;
 - 2) Lingkaran perut;
 - 3) Pertambahan berat badan.yang menetap selang pemeriksaan 1–2 minggu.
- d. Pemeriksaan dengan alat canggih
 - 1) USG serial
 - 2) Kardiotofografi
 - NST atau OCT

Pengobatan Dugaan Pertumbuhan Janin Terlambat

- a. Perbaiki nutrisi maternal.
- b. Banyak atau dengan cukup istirahat.
- c. Untuk meningkatkan kematangan paru, diberikan kortikosteroid.
- d. Pertimbangan terminasi 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.

Untuk mengetahui kesejahteraan janin dalam rahim dapat dilakukan pemeriksaan sebagai berikut.

- 1) Pemeriksaan secara makros
 - a. Penyesuaian tinggi fundus uteri dengan umur kehamilan.
 - b. Bertambahnya berat badan ibu.
 - c. Aktivitas gerak janin dalam rahim.
 - d. Frekuensi detik jantung janin.
 - e. Pemeriksaan laboratorium secara rutin.
- 2) Pemeriksaan tingkat pertengahan
 - a. Pemantauan yang mempergunakan ultrasonografi dengan rekomendasi tiga sampai empat kali selama kehamilan.
 - b. Pemeriksaan biofisik janin dalam rahim.
- 3) Pemeriksaan dengan tingkat lebih baik
 - a. Mempergunakan kardiokografi.
 - b. Pemeriksaan saat masuk rumah sakit.
 - c. Pemeriksaan biokimia darah janin.
 - d. Melakukan aspirasi air ketuban atau biopsi plasenta.

Sesuai dengan hasil pemeriksaan tersebut, dapat ditetapkan sikap untuk:

- a. segera melakukan terminasi kehamilan;
- b. melakukan ulangan pemeriksaan dengan interval sekitar satu minggu;
- c. meneruskan kehamilan karena masih dalam batas normal.

Pemeriksaan Biofisik Janin dalam Rahim

Karena pemeriksaan faktor biofisik tunggal tidak dapat mencerminkan kesejahteraan janin dalam rahim, maka perlu dilakukan pemeriksaan beberapa variabel serta menghubungkannya dengan berbagai aktivitas janin.

Variabel yang banyak diperiksa untuk mencerminkan kesejahteraan janin, yaitu:

- 1) *Biophysical fetal profile*:
 - a. gerak pernapasan;
 - b. gerak ekstremitas janin;
 - c. tonus otot ekstremitas janin;
 - d. jumlah air ketuban.
- 2) Detik jantung janin, melalui:



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.

kan kala II dapat menjadi P_{O_2} 13 mmHg dan P_{CO_2} meningkat menjadi 30 mm Hg. Akibatnya terjadi anaerobik metabolisme yang menimbulkan asidosis:

- Yang mencerminkan gangguan kesejahteraan janin dalam rahim.
- P_{CO_2} meningkat yang dicerminkan pada pH darah janin.

Interpretasi pH darah janin:

Normal	: 7,25 atau lebih.
Asidosis ringan	: 7,24–7,25.
Asidosis sedang	: 7,21–7,23.
Asidosis berat	: 7,20 atau kurang.

Kesimpulan:

Pada asidosis sedang dan berat, persalinan harus diakhiri karena janin dalam keadaan asfiksia.

6. *Pemeriksaan cepat*

Kombinasi antara:

- a. gerak janin ditimbulkan dengan elektrode pada fundus uteri;
 - b. evaluasi dengan ultrasonografi:
 - Perubahan detak jantung janin,
 - Air ketuban,
- Kesimpulan:
- Waktu hanya 4 menit,
 - Perubahan DJJ dan oligohidramnion terminasi;
- c. Evaluasi menurut Sadovsky;
 - d. Evaluasi menurut Manning;
 - e. Interpretasi menurut FIGO-1987.

Antenatal Evaluation Score Sadovsky

Parameter	Nilai
OCT positif	2
NST non-reaktif	2
Gerak janin berkurang	2
Pola denyut jantung patologis	3
Maturitas paru	1

Bila jumlah nilai 5 atau lebih, kehamilan harus diakhiri.



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. ULTRASONOGRAFI

Ultrasonografi merupakan alat kedokteran yang canggih yang kini paling banyak dioperasikan dan dipakai sebagai alat bantu yang dapat diandalkan untuk keperluan diagnostik dan operatif, bahkan dipakai sebagai penuntun bila ingin melakukan eksplorasi lebih mendalam.

Bukanlah suatu hal yang mustahil jika di masa yang akan datang, seorang dokter umum dengan dasar anatomi yang kuat dapat mengikuti pendidikan dan menjadi ahli dalam bidang "sonografi" jaringan.

Dasar pokok ultrasonografi adalah perambatan gelombang ultrasonografi ke dalam jaringan yang merupakan "energi" gelombang suara.

Karena sifat energinya, maka dalam menembus jaringan dapat terjadi beberapa hal sebagai berikut.

- a. Gelombang suara berlangsung terus tanpa hambatan sehingga hilang sampai energinya habis.
- b. Gelombang suara akan mengalami pelemahan, tergantung dari kepadatan jaringan, sehingga energinya makin berkurang.
- c. Gelombang suara akan terbentur dengan berbagai jaringan dan dapat terjadi hal-hal berikut.
 - Deviasi arah gelombang suara.
 - Gelombang tegak lurus dengan jaringan akan dipantulkan kembali dengan energi yang sudah berkurang.
 - Energi pantulan tergantung dari sifat jaringan, apakah jaringan padat, jaringan lemak, jaringan otot, atau jaringan lainnya.
 - Jarak jauh asal pantulan yang diterima kembali menjadi sangat lemah.
 - Jaringan energi gelombang suara dapat menimbulkan panas, namun sampai saat ini belum diketahui dapat menimbulkan kerusakan.
 - Dapat menimbulkan kerusakan pada DNA-RNA dan mengakibatkan kelainan kongenital.
 - Kerusakan jaringan belum dijumpai karena merupakan masa hidup selalu terdapat gerakan intraseluler yang menyebabkan energi tidak efektif merusak DNA-RNA.

Alat ultrasonografi berkembang dengan pesat, sehingga makin mudah mengoperasikan dengan hasil yang memuaskan. Oleh kare-



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 10

PENUNTUN DISKUSI PHANTOOM

1. KONSEP KULIAH PHANTOOM
2. DALIL-DALIL PHANTOOM
3. "NYANYIAN" PHANTOOM
4. PERTOLONGAN PERSALINAN OPERATIF
5. PEMECAHAN KASUS IMAJINER



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.

Anestesi tindakan operasi obstetri

- Anestesi umum
 - Mempergunakan $N_2O + O_2$
 - Suntikan intravena
- Anestesi lumbal
- Patirasa lokal

Komplikasi tindakan anestesi lumbal-lokal tidak banyak terjadi.



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. Seorang penderita datang dengan anak yang telah meninggal, tangan menumbung, perut kembung, dan tampak sakit.

Permasalahan:

- Parturien tidak jelas primi-multigravida.
- Anak telah meninggal.
- Tangan menumbung.
- Tidak jelas siapa yang menolong sebelumnya.

Pertanyaan

Jawaban

1. Status presen

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Apakah primi atau multigravida • Jumlah anaknya • Bagaimana persalinan yang lalu:
Apakah spontan • Aterm • Hidup • Umur anak terkecil • Siapa yang menolong pertama • Apakah dapat diurut • Kapan ketuban pecah • Sejak kapan dirasakan anaknya meninggal • Apakah penderita tampak anemis • Bagaimana kesadarannya | <p>Multigravida
Tiga orang

Ya
Ya
Ya
6 tahun
Dukun
Ya
12 jam

8 jam
Ya
Masih baik</p> |
|--|---|

2. Pemeriksaan fisik

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tensi • Nadi • Temperatur • Bagaimana keadaan: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Jantung ➢ Paru-paru • Inspeksi abdomen • Palpasinya <ul style="list-style-type: none"> ➢ Keadaan janin abdomen, kepala kiri ➢ Tanda cairan bebas • Pemeriksaan dalam: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pembukaan | <p>90/50
120/menit
39° C

Baik
Bersih
Meteorismus

Jelas di bawah kulit

Positif

Hampir lengkap</p> |
|--|--|



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.

BAB 11

GINEKOLOGI UMUM

1. DASAR-DASAR PEMERIKSAAN GINEKOLOGI
2. PATOLOGI SIKLUS MENSTRUASI
3. GANGGUAN MENSTRUASI
4. LEUKOREA
5. PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL
6. GINEKOLOGI REMAJA



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.



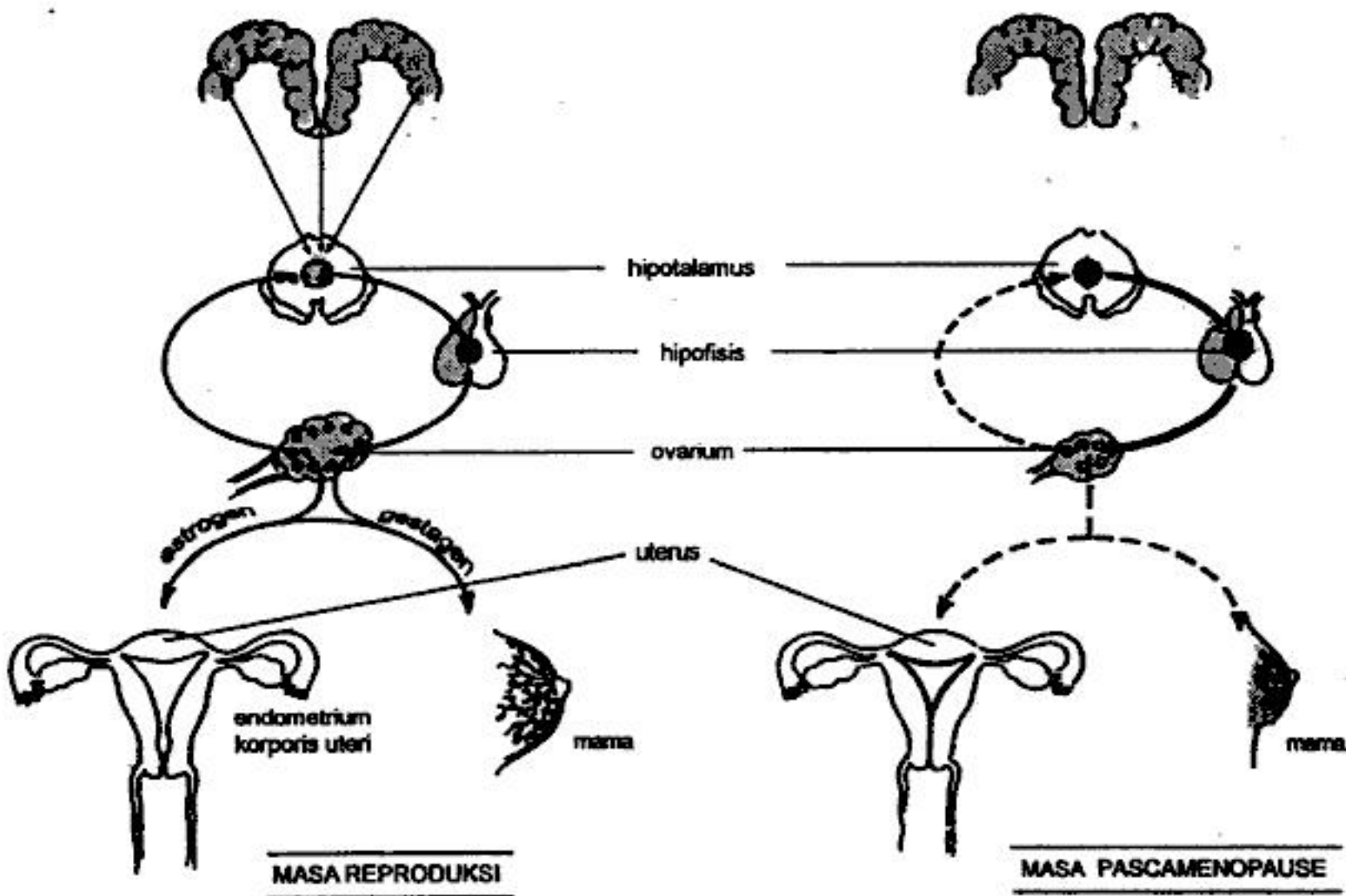
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

akhirnya lapisan endometrium mengelupas dalam bentuk perdarahan menstruasi.

- Situasi menstruasi dengan konsentrasi estrogen terendah, menimbulkan rangsangan balik menuju hipotalamus sehingga keluarlah gonadotrophin releasing hormone, untuk selanjutnya merangsang hipofise sehingga dikeluarkanlah FSH dan diikuti LH.
- Dengan demikian, menstruasi akan berulang secara teratur.

Gambar skematis tersebut menunjukkan perbedaan antara masa reproduksi aktif dengan menopause:

- Masa reproduksi estrogen, terutama masih mampu memberikan rangsangan negatif (konsentrasi rendah) untuk mengeluarkan gonadotrophin releasing hormone melalui sistem portal untuk merangsang hipofise mengeluarkan FSH dan LH.
- Pada masa menopause, konsentrasi estrogen sangat rendah sehingga tidak mampu merangsang hipotalamus dan mengakibatkan *gonadotrophin releasing hormone* tinggi dan diikuti oleh FSH dan LH yang tinggi pula.



Gambar 11-2. Aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium



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. GANGGUAN MENSTRUASI

a. *Pembagian gangguan menstruasi dapat dijabarkan sebagai berikut.*

1) Gangguan dalam jumlah darah

- Hipermenorea (menoragia)
 - Darah banyak keluar saat menstruasi.
 - Jumlah napkin lebih dari 5 buah/hari.
- Hipomenorea
 - Darah kurang dengan siklus normal.
 - Jumlah napkin kurang dari 3 buah/hari.

2) Kelainan siklus

- Polimenorea: siklus kurang dari 20 hari.
- Oligomenorea: siklus di atas 35 hari.
- Amenorea: terlambat menstruasi selama tiga bulan berturut-turut.

3) Perdarahan di luar siklus menstruasi metroragia.

4) Gangguan lain yang menyertai menstruasi, yaitu

- *premenstrual tension,*
- *mastodinia,*
- *mittelschmerz,*
- *dismenorea,*
- *vicarious menstruation.*

b. *Premenstrual tension*

Premenstrual tension merupakan keluhan yang menyertai menstruasi dan sering dijumpai pada masa reproduksi aktif.

Faktor penyebab:

- Kejiwaan yang labil (*premature*).
- Gangguan keseimbangan estrogen-progesteron.

Gejala:

- Terdapat kelainan hubungan di lingkungan keluarga dan terlalu peka terhadap perubahan hormonal.
- Dapat terjadi:
 - retensi natrium dan air, payudara terasa bengkak dan sakit;
 - berat badan bertambah;
 - disertai edema tungkai.

Pengobatan:

- Tanpa pengobatan hilang setelah menstruasi.



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.

5. PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL

Perdarahan merupakan gejala dari kelainan yang beragam, di antaranya karena:

- gangguan hormonal,
- gangguan pembekuan darah,
- kelainan anatomis genitalia,
- keganasan genitalis.

a. Kontak berdarah

Kontak berdarah merupakan gejala yang khusus ditujukan pada keganasan serviks, tetapi dapat juga dijumpai kelainan lain yang dapat memberikan gejala yang sama.

Dengan demikian, pemeriksaan yang cermat perlu dilakukan sesuai dengan prosedur urutan pemeriksaan ginekologi.

Kontak berdarah dapat berasal dari kemungkinan:

- 1) aktivitas seksual berlebihan pada pemakai IUCD yang menyebabkan kontraksi uterus dan menimbulkan perubahan letak/pergeseran IUCD serta diikuti perdarahan;
- 2) perlukaan atau keganasan pada genitalia bagian bawah, vulva, vagina, dan serviks;
- 3) terdapat polip dari endometrium dan serviks;
- 4) submukosa mioma yang terlahir.

Pemeriksaan yang penting dilakukan adalah:

- pemeriksaan spekulum,
- kolposkopi,
- histeroskopi,
- biopsi,
- melakukan kuretase.

Untuk kepastian, semua hasil tindakan dilakukan pemeriksaan patologi anatomi. Hasil pemeriksaan akan menentukan arah tindakan definitif pengobatan.



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

GANGGUAN TUMBUH KEMBANG JANIN

1. ABORTUS
2. KEHAMILAN EKTOPIK
3. PENYAKIT TROFOBLAS



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.



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.



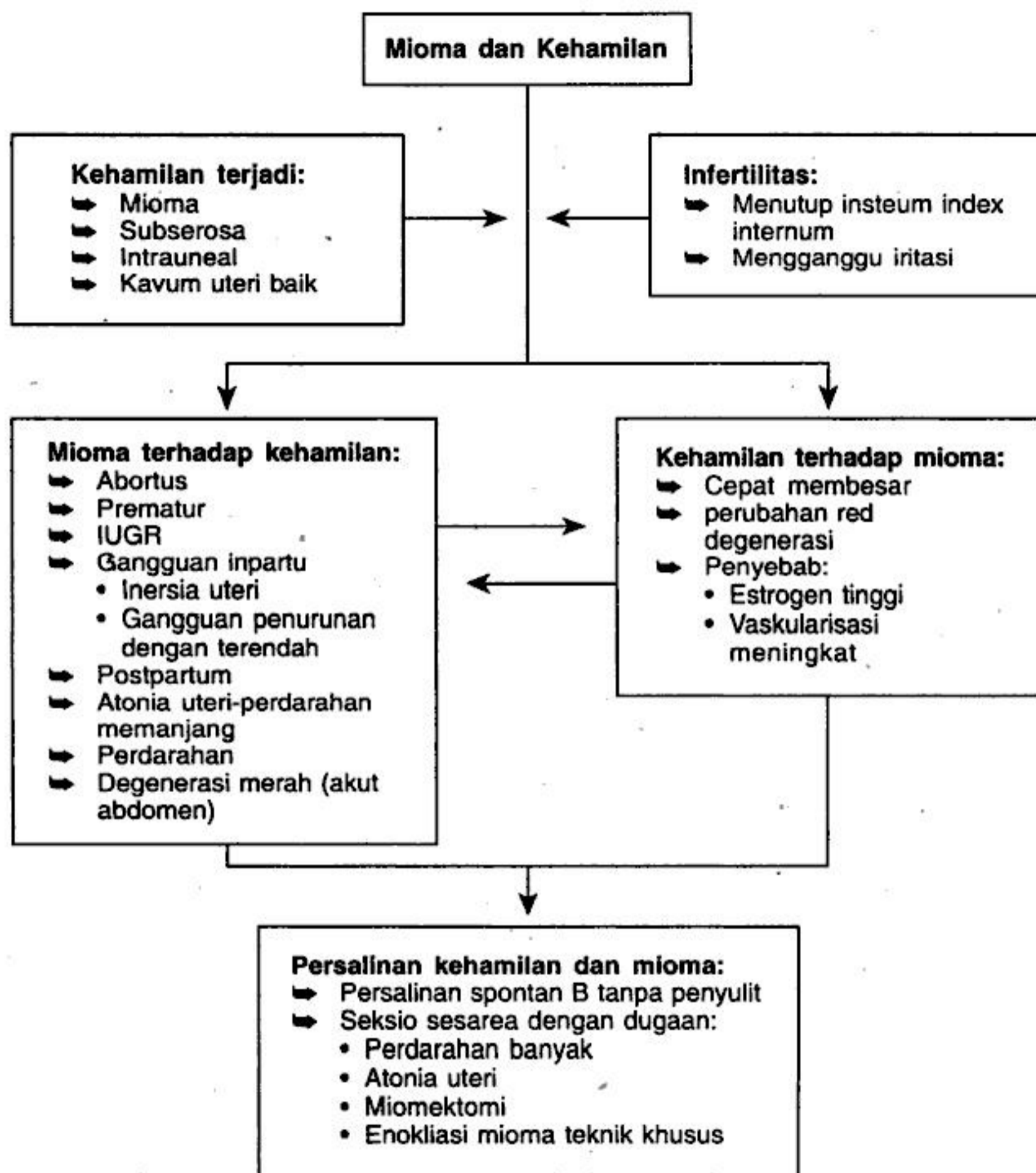
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



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.



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.



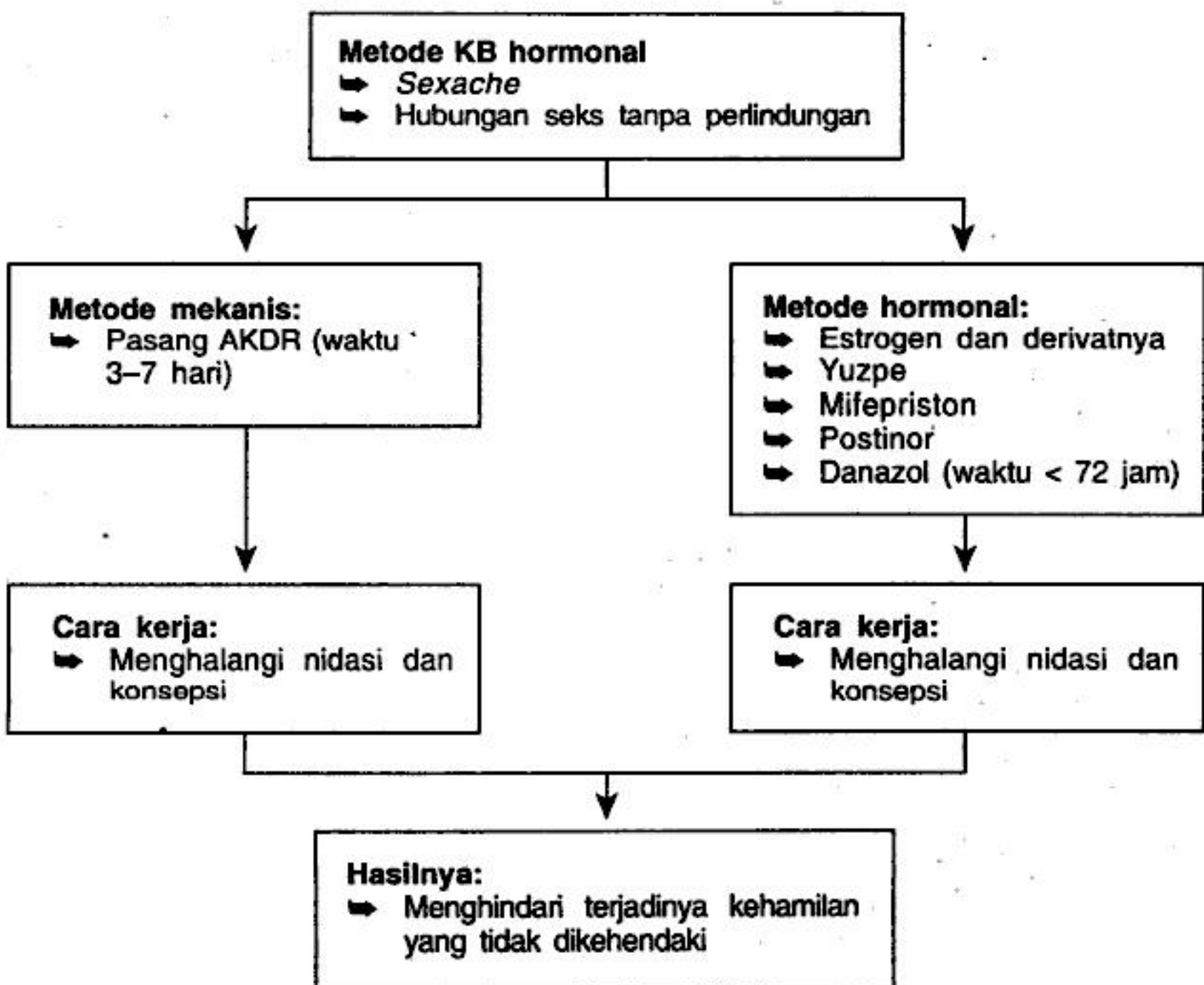
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kaiannya pada wanita muda yang belum mempunyai anak (remaja) mempunyai komplikasi untuk mengalami infeksi yang dapat menimbulkan infertilitas.

Kontrasepsi darurat memberikan harapan baru untuk menurunkan kejadian kehamilan yang tidak dikehendaki (KTD) sehingga secara langsung menurunkan permintaan pengguguran kandungan.

Dalam jangka waktu kurang dari 72 jam, kontrasepsi darurat hormonal efektif bertindak sebagai alat untuk menghindari kehamilan, sedangkan insersi AKDR sebaiknya dilakukan bila hubungan kelamin tanpa proteksi berlangsung lebih dari 72 jam (3 hari), tetapi kurang dari 7 hari.

Tata laksana KB darurat





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.

- Manfaat pemeriksaan ultra-
sonografi, 196
- Masa embrional, 39
- Masa fetogenik, 40
- Masa menopause, 232
- Masa nifas, 61
- Masa organogenesis, 39
- Masa reproduksi, 363
- Masalah keganasan ovarium,
325
- Masalah kesehatan reproduksi,
408
- Masalah medis infertilitas, 342
- Masalah obstetri, 44
- Masalah referal, 397
- Masalah usia harapan hidup,
404
- Mastalgia, 237
- Master of gland*, 135
- Mastitis, 133
dengan abses, 134
penatalaksanaan, 134
penyebab bakteri, 133
tanpa abses, 134
- Mekanisme antikanker, 338
- Mekanisme dismorfogenik, 38
exogenic agent, 38
- Mekanisme metabolisme pada
ibu, 39
- Mekanisme pengeluaran ASI, 66
- Mekanisme persalinan letak
sungsang, 96
- Menarche, 228
faktor psikologis pada, 228
- Menopause, 232, 235, 346
gejala klinis, 346
klimakterium pada, 346
penatalaksanaan, 348
- Menoragia, 239
penanganan, 240
terapi, 239
- Menstrual regulation, 381
- Menstruasi, 228
gangguan, 236
amenorea pada, 237
dismenorea pada, 240
hipermenorea pada, 236
hipomenorea pada, 236
mastalgia pada, 237
menoragia pada, 239
mittelschmerz pada, 237
premenstrual tention pada,
236
vicarious menstruasi pada,
237
- kelainan siklus, 236
ovulasi pada, 232
- Meteorisme, 203
- Metode
evaluasi menurut Friedmann,
27
infus oksitosin, 153
insersi AKDR, 378
- Keluarga Berencana, 353
darurat, 377
- Keluarga Berencana efektif, 364
kontak, 365
medis teknis Keluarga
Berencana, 359
KB susuk pada, 359
pil KB pada, 359
suntikan KB pada, 359
- parthoraf, 27
postinor, 378
postinor buatan Gideon
Richter, 378



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.



Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, Sp. OG 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*.



9 789794 485613

ISBN 979-448-561-6