

Buku Ajar



Patologi Obstetri

untuk Mahasiswa Kebidanan



dr. Ida Ayu Chandranita Manuaba, SpOG
dr. Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, SpOG
Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, SpOGK

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

BUKU ASLI BERSTIKER HOLOGRAM 3 DIMENSI

EGC 1760

BUKU AJAR PATOLOGI OBSTETRI UNTUK MAHASISWA KEBIDANAN

Oleh: dr. Ida Ayu Chandranita Manuaba, SpOG
dr. Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, SpOG
Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, SpOGK

Editor: Monica Ester & Pamilih Eko Karyuni

Copy editor: Sri Kartini Karolina Pardede

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 2006 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Yohanes Duta Kurnia Utama

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

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

Cetakan I: 2009

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Manuaba, Ida Ayu Chandranita

Buku ajar patologi obstetri untuk mahasiswa kebidanan / penulis,
Ida Ayu Chandranita Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, Ida
Bagus Gde Manuaba ; editor, Monica Ester, Pamilih Eko Karyuni.
— Jakarta : EGC, 2008.

ix, 164 hlm. ; 14 x 21 cm.

ISBN 978-979-448-952-9

1. Kehamilan I. Judul. II. Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar.
III. Manuaba, Ida Bagus Gde. IV. Monica Ester. V. Pamilih Eko
Karyuni.

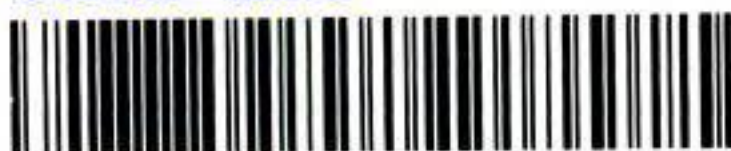
618.2



Isi di luar tanggung jawab percetakan

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	v
Bab 1 Konsep Pemeriksaan Obstetri atau Kebidanan	1
Anamnesis	1
Pemeriksaan Kehamilan.....	2
Diagnosis Kehamilan	5
Prognosis Kehamilan	7
Manajemen Kehamilan dan Persalinan.....	7
Bab 2 Partograf Model WHO.....	11
Partograf WHO	12
Deskripsi Partograf.....	15
Penggunaan Partograf dalam Praktik	17
Bab 3 Pengawasan Antenatal	25
Definisi dan Tujuan	25
Kesehatan Umum Kehamilan.....	26
Bab 4 Emesis dan Hiperemesis Gravidarum.....	41
Mekanisme Mual dan Muntah	44
Penyebab dan Gejala Klinis.....	48
Diagnosis dan Pengobatan Hiperemesis Gravidarum	50
Prognosis dan Sikap Bidan	52



Bab 5	Kehamilan dan Janin dengan Risiko Tinggi	55
	<u>Puji Rochyati.....</u>	<u>56</u>
	<u>Gastelazo Ayala</u>	<u>57</u>
	<u>Hebert Hutabarat.....</u>	<u>57</u>
	<u>J. S. Lesinki.....</u>	<u>58</u>
	<u>Ida Bagus Gde Manuaba</u>	<u>60</u>
Bab 6	Infeksi HIV dan AIDS pada Kehamilan.....	65
	<u>Biologi Virus HIV</u>	<u>65</u>
	<u>Faktor Risiko Infeksi HIV.....</u>	<u>66</u>
	<u>Pemeriksaan Infeksi HIV.....</u>	<u>67</u>
	Upaya Preventif	68
	Pengobatan Infeksi Virus HIV	69
	Sikap dan Pertolongan Persalinan	69
Bab 7	Penyakit Autoimun.....	71
	<u>Sistemik Lupus Eritematosus</u>	<u>72</u>
	<u>Antibodi Antifosfolipid</u>	<u>76</u>
Bab 8	Konsep Kehamilan dan Persalinan Normal.....	81
	<u>Konsep Kehamilan Normal.....</u>	<u>81</u>
	Konsep Persalinan Normal	83
	Hubungan Persalinan Normal dengan Kemungkinan Patologis	97
Bab 9	Penuntun Perawatan Pascapartum.....	101
	Peran Bidan.....	101
	Keluhan Umum Pascapartum	104
	Masalah Kesehatan Pascapartum.....	111

Bab 10	<u>Ketuban Pecah Dini</u>	119
	Evaluasi Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini	120
	<u>Tata Laksana KPD, Kehamilan Prematur, dan Aterm</u>	<u>121</u>
Bab 11	Kehamilan Lewat Waktu	125
	Komplikasi Kehamilan Lewat Waktu	125
	<u>Teknik Pertolongan Persalinan</u>	<u>127</u>
Bab 12	Gawat Darurat Neonatus	131
	Asfiksia Neonatorum	131
	Sepsis Neonatorum	139
	<u>Hipotermia Neonatus</u>	<u>142</u>
	<u>Kejang Neonatus</u>	<u>144</u>
	<u>Perdarahan Neonatus Akibat Kekurangan</u> <u>Vitamin K</u>	<u>147</u>
Indeks	149

1

Konsep Pemeriksaan Obstetri atau Kebidanan

Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan kehamilannya karena ingin mengetahui tentang terjadinya kehamilan; ingin menggugurkan kehamilan dengan alasan khusus; terjadi penyulit kehamilan muda yang dapat meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, atau sakit pada perut; keluhan hamil tua yang mungkin disertai perdarahan, mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit.

Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan terdapat infeksi yang menyertai kehamilan kemungkinan terjadi gangguan pada genito-urinaria, terdapat keluhan leukorea, atau badan panas.

Pemeriksaan kehamilan meliputi anamnesis, pemeriksaan kehamilan, diagnosis kehamilan, prognosis kehamilan, atau manajemen kehamilan dan persalinan.

Anamnesis

Melalui anamnesis, bidan dapat mengidentifikasi ibu yang memeriksakan diri:

1. nama, usia, pekerjaan, suami, agama, dan alamat;
2. keluhan utama yang mendorong ibu memeriksakan diri;
3. usia untuk menetapkan risiko tinggi kehamilan bila kurang dari 19 tahun sudah hamil atau lebih dari 35 tahun ketika hamil pertama.

Dengan anamnesis juga dapat dikaji perkawinan ibu apakah menikah atau tidak menikah, berapa kali menikah, atau lamanya menikah, dan setelah berapa tahun baru hamil. *Catatan:* perkawinan lebih dari lima tahun baru hamil termasuk dalam risiko tinggi.

Anamnesis untuk kehamilan, persalinan, dan kala nifas meliputi hal-hal berikut.

1. Apakah kehamilan pertama, kedua, atau lebih.
2. Apakah kehamilan ini mendapat gangguan berupa emesis gravidarum atau hiperemesis gravidarum, terjadi perdarahan hamil muda, atau gangguan hamil tua.
3. Bagaimana persalinan dan kehamilan yang lalu, apakah lahir spontan, aterm, dan hidup serta berapa berat lahir bayi; siapa yang menolong dan di mana pertolongan dilakukan; apakah pertolongan persalinan dengan tindakan vakum-forcep ekstraksi, tindakan seksio sesaria, dilakukan induksi persalinan; jumlah anak yang hidup dan usia anak terkecil; apakah mengalami komplikasi kala nifas; apakah terdapat keluhan pada kehamilan ini.

Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan meliputi pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan khusus obstetri, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan tambahan.

Pemeriksaan keadaan umum

Pemeriksaan keadaan umum meliputi kesan umum tentang keadaan gizi (anemia, ikterus) dan pernapasan (sianosis, dispnea). Apakah terdapat edema, bagaimana bentuk dan tinggi badan, apakah ada perubahan pigmentasi, kloasma gravidarum, striae alba, striae lividae, striae nigra, hiperpigmentasi, dan areola mamma.

Pemeriksaan umum meliputi tekanan darah, nadi, suhu, dan berat badan; pemeriksaan paru dan jantung; pemeriksaan refleks lutut. *Catatan:* Persalinan spontan, aterm, dan hidup menunjukkan kerja sama 3P sempurna sehingga kehamilan ini diharapkan berjalan baik; persalinan yang memerlukan tindakan harus diwaspadai dan dapat digolongkan hamil risiko tinggi; usia anak terkecil lebih dari lima tahun, waspadai kemungkinan kesulitan persalinan; jumlah anak lebih dari lima orang harus diwaspadai dan tergolong “grandemultipara” dengan kemungkinan komplikasi persalinan dan kala nifas; gangguan fisiologis kala nifas perlu diperhatikan karena mungkin dapat berlangsung kejadian yang sama (perdarahan pascapartus, penyakit diabetes melitus, hepar, ginjal, serta gangguan jiwa atau cacat jasmani).

Pemeriksaan khusus obstetri

Pemeriksaan ini meliputi *inspeksi* abdomen (tinggi fundus uteri, pigmentasi dinding abdomen, dan penampakan gerak janin), *palpasi* menurut Leopold I-IV, Kneble, Buddin, Ahfeld, kontraksi Braxton Hicks, dan tanda cairan bebas; *perkusi* untuk mengetahui meteorisme dan tanda cairan bebas; *auskultasi* untuk mengetahui bising usus, gerak janin dalam rahim, denyut jantung janin, aliran tali pusat, aorta abdominalis, dan perdarahan retroplasenter.

Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda Hegar, tanda Chadwick, dan tanda Piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi Braxton Hicks, terdapat balotemen, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

1. serviks, yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks;
2. ketuban, yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban;
3. bagian terendah janin, yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan;
4. perabaan forniks, yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong ke atas.

Pemeriksaan tambahan

Pemeriksaan tambahan meliputi pemeriksaan laboratorium dan diagnostik. Pemeriksaan laboratorium khusus meliputi uji biologis kehamilan (uji fungsi hati, ginjal, dan hormonal). Pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan penyakit menular seksual juga dilakukan (VDRL-Khan, HIV-AIDS, penyakit infeksi dengan kemungkinan kelainan kongenital [TORCH dan hepatitis D]), serta alfa fetoprotein (kelainan kongenital sistem saraf pusat).

Pemeriksaan diagnostik terhadap kehamilan dilakukan dengan ultrasonografi, amnioskopi, atau sitologi cairan vagina. Ultrasonografi pada trimester pertama dilakukan untuk mengetahui:

1. kepastian kehamilan;
2. kehamilan intra atau ektrauterin;
3. kehamilan ganda;
4. kelainan kongenital-*blighted ovum*;
5. kehamilan mola hidatidosa;
6. kehamilan dengan komplikasi perdarahan;
7. menentukan usia kehamilan.

Pemeriksaan ultrasonografi pada trimester kedua dan ketiga dilakukan untuk:

1. menentukan adanya kelainan kongenital;
2. menentukan posisi pasti kehamilan dan letak plasenta;
3. menentukan usia kehamilan (biparietal, lingkaran perut dan dada, panjang femur);
4. mengetahui aktivitas janin dalam rahim (ekstremitas, jantung, pernapasan janin);
5. mengetahui keadaan air ketuban (hidramnion-oligohidramnion, kekeruhan air ketuban, penuntun amniosentesis);
6. mengetahui tentang plasenta (besar-lebar plasenta, klasifikasi plasenta, perdarahan retroplasenter);
7. mengetahui air ketuban janin dalam rahim (menentukan maturitas paru, kekeruhan air ketuban, uji biologis lainnya, jenis kelamin janin dalam rahim, dan jumlah air ketuban).

Amnioskopi dengan alat khusus amnioskop dilakukan untuk mengetahui kekeruhan air ketuban dan mengidentifikasi adanya asfiksia intrauterin dan jumlah air ketuban.

Sitologi cairan vagina dilakukan untuk mengetahui adanya infeksi kandida/trikomona, infeksi bakteriologis, atau kemungkinan keganasan serviks.

Diagnosis Kehamilan

Dalam menegakkan diagnosis kehamilan, bidan harus dapat menjawab pertanyaan sebagai berikut.

1. Keadaan umum kehamilan (apakah kesehatan optimal untuk ibu hamil, apakah disertai anemia hamil dan jenisnya).
2. Tentang kehamilan:
 - a. Apakah pasti hamil atau tidak.
 - b. Apakah primigravida/multigravida.

- c. Apakah grandemultipara.
 - d. Perkiraan usia kehamilan dan tanggal persalinan.
 - e. Apakah tergolong hamil dengan risiko rendah, meragukan, atau tergolong risiko tinggi.
 - f. Apakah hamil ganda, tunggal, intrauterin, atau ekstra-uterin.
 - g. Apakah kehamilannya disertai penyakit ibu atau terjadi komplikasi kehamilan.
3. Tentang janin:
- a. Apakah tunggal, ganda, intrauterin atau ekstrauterin.
 - b. Apakah janin hidup sehat atau terdapat kelainan kongenital.
 - c. Apakah kehamilan prematur, aterm, atau lewat waktu.
 - d. Tentang letak dan kedudukan janin dalam rahim.
 - e. Pertumbuhan janin (IUGR, BBLR, atau janin besar).
4. Tentang keadaan panggul. Normal untuk multipara jika persalinan spontan, aterm, dan hidup. Normal untuk primigravida jika:
- a. Kepala janin masuk PAP pada minggu ke-36.
 - b. Perkiraan persalinan berdasarkan pelvimetri dapat dilakukan normal spontan per vagina atau kemungkinan dengan tindakan vaginal atau langsung seksio sesaria.
 - c. Apakah pemeriksaan pasien baru atau kelanjutan ANC.
5. Membuat diagnosis diferensial tanda kehamilan yang pasti dan tidak pasti.
- a. Tanda pasti kehamilan: merasakan gerak janin dalam rahim, mendengar bunyi jantung janin, melihat kerangka janin dengan rontgen atau USG, serta teraba bagian janin dalam rahim.

- b. Tanda tidak pasti kehamilan: pembesaran rahim, perubahan serviks, terasa gerakan janin, gejala subjektif (amenore, mual-muntah, merasakan gerak janin dalam rahim, sering kencing, serta perubahan mamma menuju perubahan hamil).

Prognosis Kehamilan

Setelah melakukan anamnesis dan pemeriksaan kehamilan, bidan dapat mengambil kesimpulan akhir tentang kehamilan yang dapat digolongkan ke dalam:

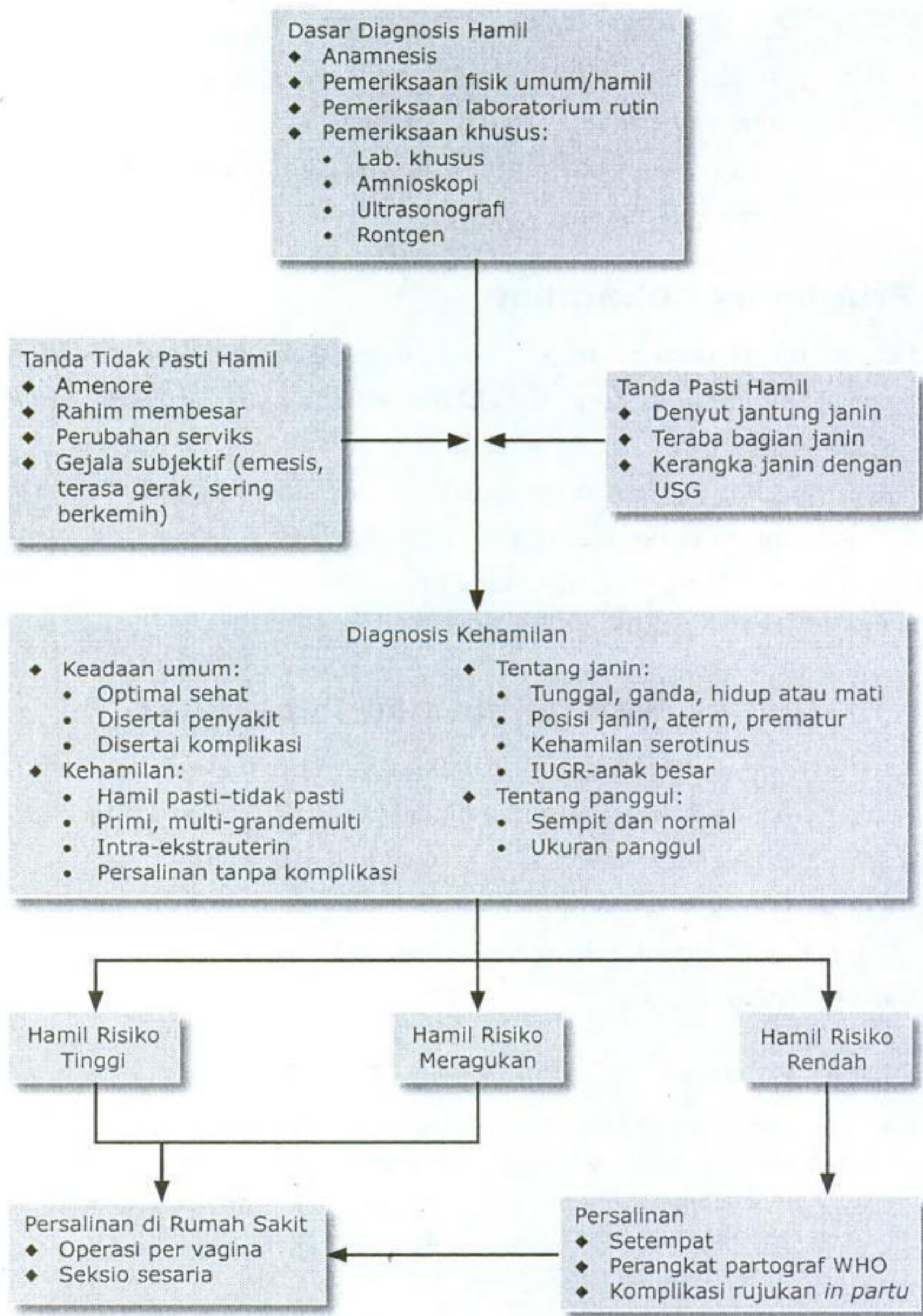
1. kehamilan risiko rendah dan dapat bersalin setempat;
2. kehamilan risiko meragukan dan risiko tinggi sehingga perlu bersalin di rumah sakit dengan fasilitas lengkap agar dicapai *well born baby* dan *well health mother*.

Manajemen Kehamilan dan Persalinan

Tim kesehatan harus mengupayakan pengobatan dini penyakit yang menyertai kehamilan sehingga tidak menimbulkan komplikasi lanjut; mencegah kemungkinan komplikasi kehamilan sehingga tidak berlanjut terutama preeklampsia dan eklampsia; melakukan preventif persalinan sehingga komplikasi dapat dihindari atau diatasi dengan segera.

Daftar Pustaka

- Cunninghams, C. S. 1994. *Maternal Adaptation of Pregnancy*. Williams Obstetrics Appleton & Lange, USA: Prentice Hall International Inc.
- _____. 1994. *Conduct of Normal Labor and Delivery*. Williams Obstetrics, Appleton & Lange, USA: Prentice Hall International Inc.
- _____. *Lie, Presentation, Attitude, and Position of the Fetus*. Williams Obstetrics, Appleton & Lange, USA: Prentice Hall International.
- _____. 1994. *The Normal Pelvis*. Williams Obstetrics, Appleton & Lange, USA: Prentice Hall International Inc.



GAMBAR 1-1. Bagan diagnosis kehamilan.

- Sastrawinata, R. S. 1980. *Pemeriksaan Kehamilan Obstetri Fisiologi*. Bandung: Ricopy.
- Wiknjosastro. 1980. *Bagian Ketiga Fisiologi dan Penanganan Kehamilan Ilmu Kebidanan: Perubahan anatomi dan fisiologi wanita hamil*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 1994. *Bagian Ketiga Fisiologi dan Penanganan Kehamilan Ilmu Kebidanan: Diagnosis kehamilan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 1994. *Bagian Ketiga Fisiologi dan Penanganan Kehamilan Ilmu Kebidanan: Janin dalam akhir kehamilan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. 1994. *Bagian Ketiga Fisiologi dan Penanganan Kehamilan Ilmu Kebidanan: Ultrasonografi dalam obstetri (Bambang Karsono)*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

2

Partograf Model WHO

Tinggi rendahnya angka kematian ibu dan perinatal menjadi ukuran kemampuan pelayanan obstetri suatu negara. Indonesia dengan angka kematian ibu 390 per 100.000 persalinan hidup, menunjukkan bahwa kemampuan pelayanan obstetri belum menyentuh masyarakat dengan cakupan bermutu dan menyeluruh. Bila di Indonesia persalinan diperkirakan 5.000.000, angka kematian ibu sekitar 18.500–19.000 per tahun. Kematian ibu selalu berdampak menyedihkan bagi kerukunan keluarga dan bagi anak yang ditinggalkan. Oleh karena itu, segala jalan harus diupayakan agar sebisa mungkin dapat memberi pelayanan dan menekan angka kematian ibu dan perinatal.

Friedman (1954) telah melakukan penelitian terhadap patron pembukaan serviks saat persalinan dan menemukan bentuk "S". Pada penelitian tersebut dijumpai:

1. Fase laten.
 - a. Dari 0 sampai 3 cm.
 - b. Primigravida 8–10 jam.
 - c. Multigravida 6–8 jam.
 - d. Dikenal istilah *prolong latent phase*.
2. Fase aktif.
 - a. Dari 3–10 cm.
 - b. Berlangsung dengan berbagai variasi:
 - Primigravida 1 cm/jam.
 - Multigravida 2 cm/jam.
 - Fase akselerasi 3–4 cm/2 jam.

- Fase peningkatan maksimal 4–9 cm/2 jam.
- Fase deselerasi 9–10 cm/2 jam.

Pada fase ini dikenal istilah *protracted active phase* atau *secondary arrest*, *prolong active phase*. Pemeriksaan pada kurva Friedman dilakukan setiap 2 jam. Pemeriksaan ini berbahaya karena dapat mengakibatkan infeksi asenden, terutama jika ketuban telah pecah.

Partograf WHO

Disadari bahwa penggunaan kurva Friedman cukup rumit karena berbahaya dan dapat mengakibatkan infeksi asenden. Oleh karena itu, pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan oleh petugas yang sama. Modifikasi Friedman dilakukan sehingga kelompok kerja WHO mengemukakan “partograf model WHO” dengan konsep sebagai berikut.

1. Persalinan tidak boleh melampaui 24 jam.
2. Prinsip penyederhanaan dari kurva Friedman dengan landasan:
 - a. Fase laten: berlangsung hanya 8 jam.
 - b. Fase aktif: mulai dari pembukaan 3 cm; kecepatan pembukaan minimal 1 cm/jam, tidak dikenal fase akselerasi, pembukaan maksimal, dan fase deselerasi; fase aktif berlangsung linier 1 cm/jam sehingga pembukaan lengkap dicapai antara 7 dan 8 jam.
 - c. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam untuk mengurangi bahaya infeksi.
3. Partograf WHO tidak boleh dipergunakan pada kasus:
 - a. Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm.
 - b. Perdarahan antepartum.
 - c. Preeklampsia/eklampsia.

- d. Persalinan prematur.
 - e. Pasca-seksio sesaria/ operasi uterus.
 - f. Kehamilan ganda.
 - g. Kelainan letak janin.
 - h. Gawat janin.
 - i. Dugaan distosia karena panggul sempit.
 - j. Anemia berat.
 - k. Hidramnion.
 - l. Ketuban pecah dini.
 - m. Persalinan dengan induksi.
4. Pengamatan yang dicatat pada partograf WHO:
- a. Kemajuan persalinan: pembukaan serviks, penurunan kepala melalui palpasi abdomen dengan ukuran jari. His yang dicatat adalah jumlahnya per 10 menit dan lamanya mulai his terasa sampai menghilang.
 - b. Keadaan janin dalam rahim: denyut jantung janin; keadaan ketuban (lamanya pecah, jumlah air ketuban, kekeruhan, dan warnanya); mulase tulang kepala janin.
 - c. Keadaan ibu bersalin: tekanan darah, frekuensi nadi, dan suhu, jumlah dan protein/aseton urine, obat dan cairan intravena yang diberikan, dan pemberian oksitosin.

Persalinan sekitar 95% berlangsung normal dan spontan, tetapi dapat terjadi persalinan lama (lebih dari 24 jam) dan persalinan terlantar. Persalinan terlantar dan terlambat merujuk mengakibatkan trias komplikasi pada ibu, seperti perdarahan, infeksi, dan trauma persalinan. Untuk janin, trias komplikasi meliputi infeksi, trauma pertolongan persalinan, dan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

Dengan demikian, partograf digunakan untuk rancangan pertolongan persalinan normal spontan belakang kepala, mengenal

sedini mungkin penyimpangan jalannya persalinan untuk dirujuk sehingga mendapat pertolongan adekuat. Tujuan akhirnya adalah *well born baby* dan *well health mother* yang menunjukkan pelayanan dan pengayoman medis menyeluruh dan bermutu.

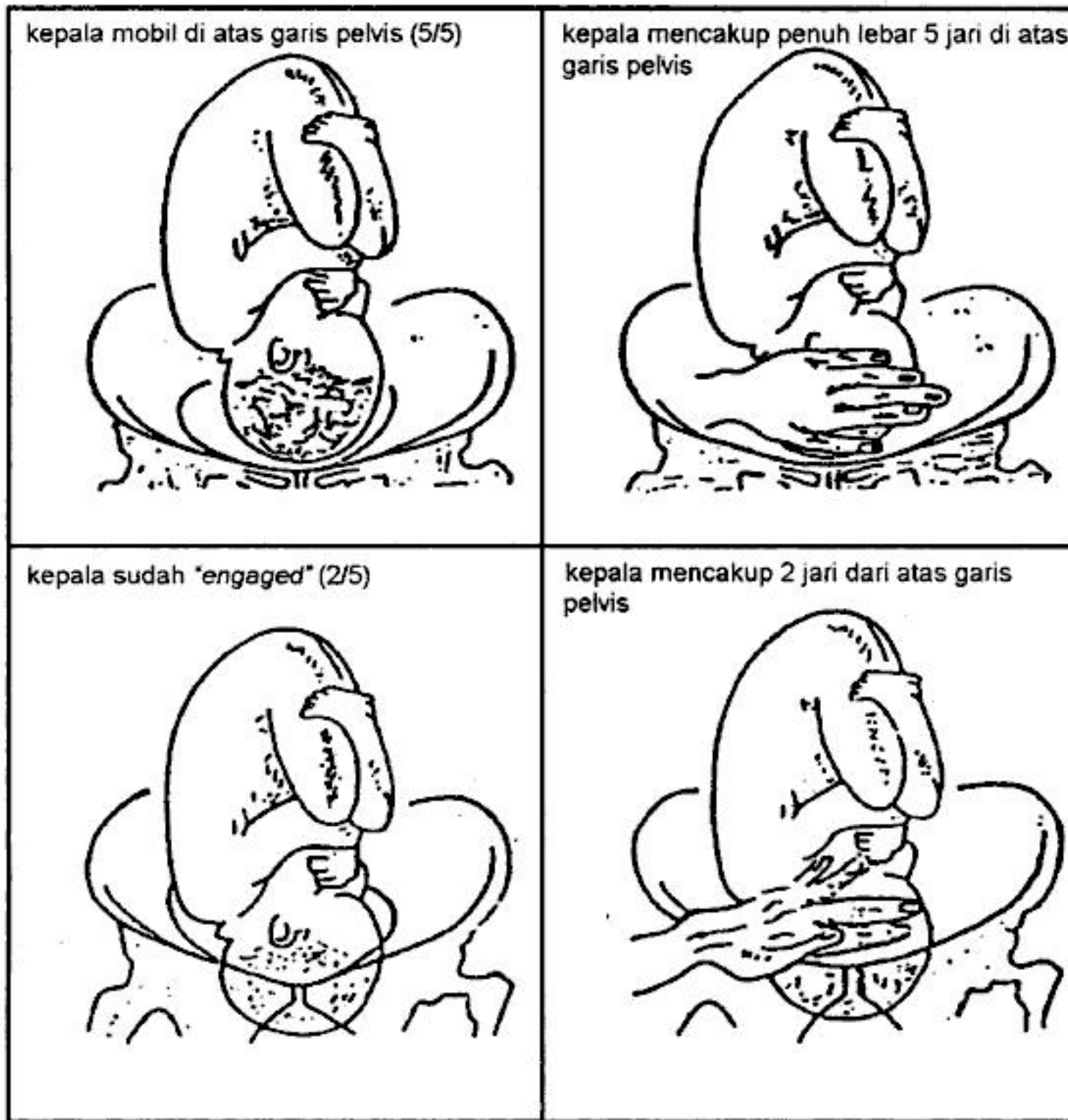
Partograf WHO mencatat beberapa hal sebagai berikut.

1. Identitas umum pasien (nama, usia, alamat, masuk rumah sakit).
2. Identitas biologis obstetri: gravida (G), para (P), abortus (A); ketuban (pecah, waktu pecah, warnanya); mulas atau his (waktu, tanggal).
3. Catatan penilaian:
 - a. Tentang denyut jantung janin: batas normal antara 120 dan 160 dibuat garis tebal. Di luar batas tersebut menunjukkan asfiksia. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap 1/2 jam selama satu menit.
 - b. Tentang ketuban dan mulase tulang kepala janin: pencatatan ketuban dengan tanda U artinya ketuban masih utuh, J artinya ketuban jernih, M artinya ketuban bercampur mekonium, dan K artinya ketuban minimal atau kering. Bila air ketuban bercampur mekonium atau sangat sedikit, harus dicurigai kemungkinan "gawat janin" sehingga dilakukan pengamatan "denyut jantung janin". Mulase tulang kepala janin menunjukkan terjadi pemaksaan tekanan. Tanda yang dicantumkan pada kolom "mulase" adalah:
 - 0 = tanpa terjadi mulase.
 - + = tulang kepala menyentuh satu sama lainnya.
 - ++ = tulang kepala tumpang-tindih.
 - +++ = tulang kepala tumpang-tindih berat.

Deskripsi Partograf

Berikut diuraikan gambaran partograf.

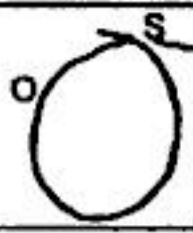
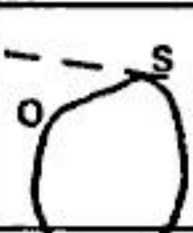

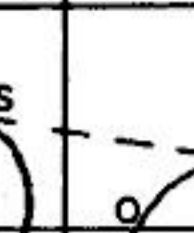
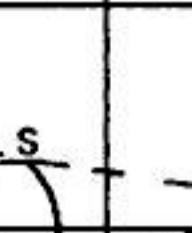
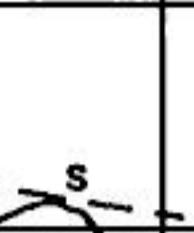
1. Pada sebelah kiri kurva partograf akan dijumpai tentang pembukaan dari 0-10 cm dan penurunan kepala janin (antara 5 jari di atas simfisis [PAP] sampai tidak teraba melalui palpasi abdomen). Penulisan penurunan kepala janin adalah 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5, atau 0/5 (Gambar 2-1).
2. Di sebelah kurva partograf WHO terdapat penjabaran "waktu" sampai 24 jam. Artinya, persalinan yang dinyatakan "mulai" dengan/atau tanpa tindakan, berlangsung dalam waktu 24 jam. Batas fase laten 8 jam diberi "garis tebal". Fase aktif mulai pembukaan 3 cm dan mencapai 10 cm dalam 8 jam.
3. Garis-garis pada kurva partograf WHO:
 - a. Batas fase laten 8 jam diberi "garis tebal".
 - b. Fase aktif mulai pembukaan 3 cm dan mencapai 10 cm dalam 8 jam berlangsung linier. Garis ini disebut "garis waspada".
 - Perjalanan pembukaan diharapkan berada di kiri garis waspada.
 - Perjalanan pembukaan di sebelah kanan garis waspada, dievaluasi sebabnya sehingga dapat dilakukan rujukan.
 - c. Sejajar dengan garis waspada setelah 4 jam, dibuat garis lurus dan disebut "garis tindakan". Bila pembukaan memotong garis tindakan, artinya tindakan harus sudah diambil:
 - Dapat dilakukan observasi.
 - Dilakukan pemecahan ketuban.
 - Dilakukan induksi persalinan.
 - Diambil tindakan terminasi kehamilan.



GAMBAR 2-1. Dengan turunnya kepala janin, bagian kepala di atas PAP hanya dapat mengakomodasi lebih sedikit jari tangan pemeriksa (4/5, 3/5, dan seterusnya). Pada umumnya diterima bahwa kepala yang *engaged* bila bagian kepala janin di atas PAP dan hanya dapat dirasakan oleh satu jari atau kurang.

Jadi, rujukan dilakukan ketika terjadi penyimpangan jalannya pembukaan, yaitu di antara garis waspada dan garis tindakan sehingga dapat mencapai tempat persalinan dengan fasilitas cukup.

4. His. His maksimal 5 kali/10 menit. Lamanya his dihitung sejak mulai sampai menghilang dalam detik. Jumlah dan mulainya his dapat dicantumkan dalam kolom:

	5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Perut						
PAP						
Rongga Panggul						
	sama sekali di atas PAP	sinsiput: tinggi oksiput: mudah diraba	sinsiput: mudah diraba oksiput: teraba	sinsiput: teraba oksiput: sedikit teraba	sinsiput: teraba oksiput: sedikit teraba	kepala tidak teraba lagi

GAMBAR 2-2. Penurunan kepala janin (S, sinsiput; O, oksiput) (Philpott dan Sastie, 1972).

- a. Tingginya kolom menunjukkan jumlah per 10 menit.
 - b. Tanda dalam kolom:
 - Titik-titik: durasi his kurang dari 20 detik.
 - Arsir: durasi his 20-40 detik.
 - Hitam penuh: durasi his lebih dari 40 detik.
5. Kolom lain. Pengisian kolom lainnya sudah cukup jelas sehingga mudah mengisinya. Pengisian disesuaikan dengan waktu pemeriksaan.

Penggunaan Partograf dalam Praktik

Partograf hanya digunakan untuk mengikuti persalinan tanpa penyulit dan harus segera diambil tindakan definitif bila berhadapan dengan perubahan patron partograf.

Perjalanan pembukaan yang wajar sesuai dengan patron, menempel pada garis waspada. Pembukaan yang cepat, berarti kala satu diperpendek dan garis pembukaan akan berada di sebelah kiri garis waspada. Pelambatan pembukaan yang sudah masuk fase aktif, berada di sebelah kanan garis waspada.

Nomor:.....

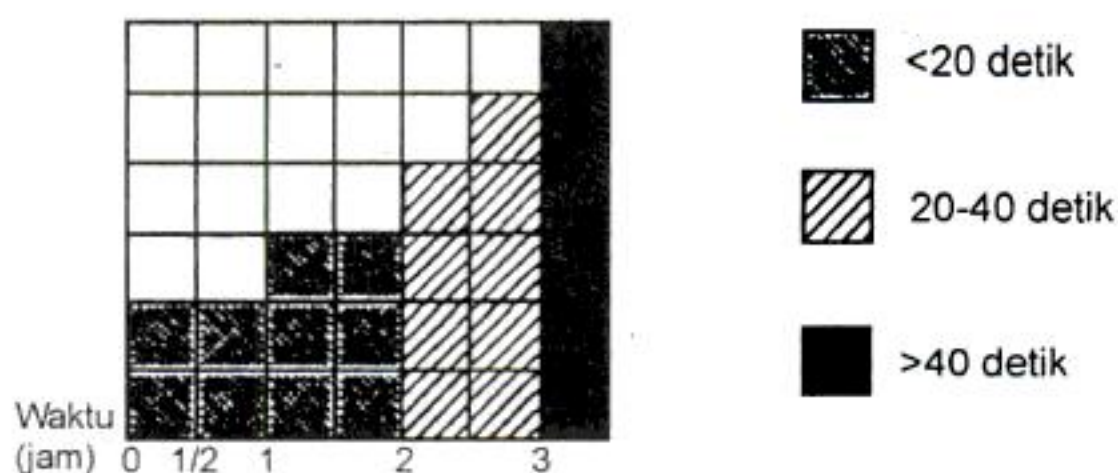
Nama: Gravida: Para: RS/Puskesmas:

Tanggal: Jam: Pecah ketuban: jam

DENYUT JANTUNG JANIN	180 170 160 150 140 130 120 110 100	
CAIRAN KETUBAN PECAH		
Ø SERVIKS (cm) ditandai x PENURUNAN KEPALA ditandai O	9 fase laten	9 fase laten
	8	8
	7	7
	6	6
	5	5
	4	4
	3	3
	2	2
	1	1
	0	0
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
WAKTU JAM		
HIS tiap 10 menit	5 4 3 2 1	
OKSITOSIN U/L tetes/menit		
OBAT DAN CAIRAN INTRAVENA		
NADI dan TEKANAN DARAH	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	
SUHU °C		
URINE:		
Protein		
Aseton		
Jumlah		

GAMBAR 2-3. Lembar partograf.

Kotak menurut lama His



GAMBAR 2-4. Tiga cara mengarsir kotak gambaran lamanya his.

Penyimpangan memberi peluang untuk melakukan evaluasi kembali hubungan 3P serta keadaan umum pasien dan melakukan rujukan.

Contoh:

Seorang ibu datang dengan menyatakan akan melahirkan, masuk rumah sakit pukul 8.30 WITA. Setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan, didapatkan data sebagai berikut: usia 25 tahun, tekanan darah 125/70 mmHg, frekuensi nadi 78, suhu 36° C, his setiap 4 menit dan lamanya 30 detik, kepala janin di atas panggul, denyut jantung janin 12-13-13, pemeriksaan dalam ditemukan pembukaan 2 cm, dan ketuban masih utuh. Hasil pemeriksaan ibu ini dalam batas normal dan diperkirakan dapat lahir per vagina sehingga dikelola dengan partograf WHO. Pada evaluasi 4 jam kemudian, didapatkan data sebagai berikut: tekanan darah 125/70 mmHg, frekuensi nadi 80, suhu 36° C, his sudah melampaui lingkaran terbesar, dan denyut jantung janin 12-13-14. Pada pemeriksaan dalam ditemukan pembukaan 6 cm, ketuban masih utuh dan produksi urine normal. *Kesimpulan:* Saat masuk rumah sakit ibu ini dalam fase laten. Evaluasi 4 jam kemudian sudah masuk fase aktif sehingga semua datanya harus dipindahkan ke garis waspada. Perlu

diperhatikan tanda pembukaan sudah lengkap: ketuban sebagian besar akan pecah; pasien masuk kala dua, ditandai dengan ingin mengejan; dijumpai tanda tersebut untuk melakukan pemeriksaan dalam; denyut jantung janin diperiksa setiap ½ jam (lihat Gambar 2-5).

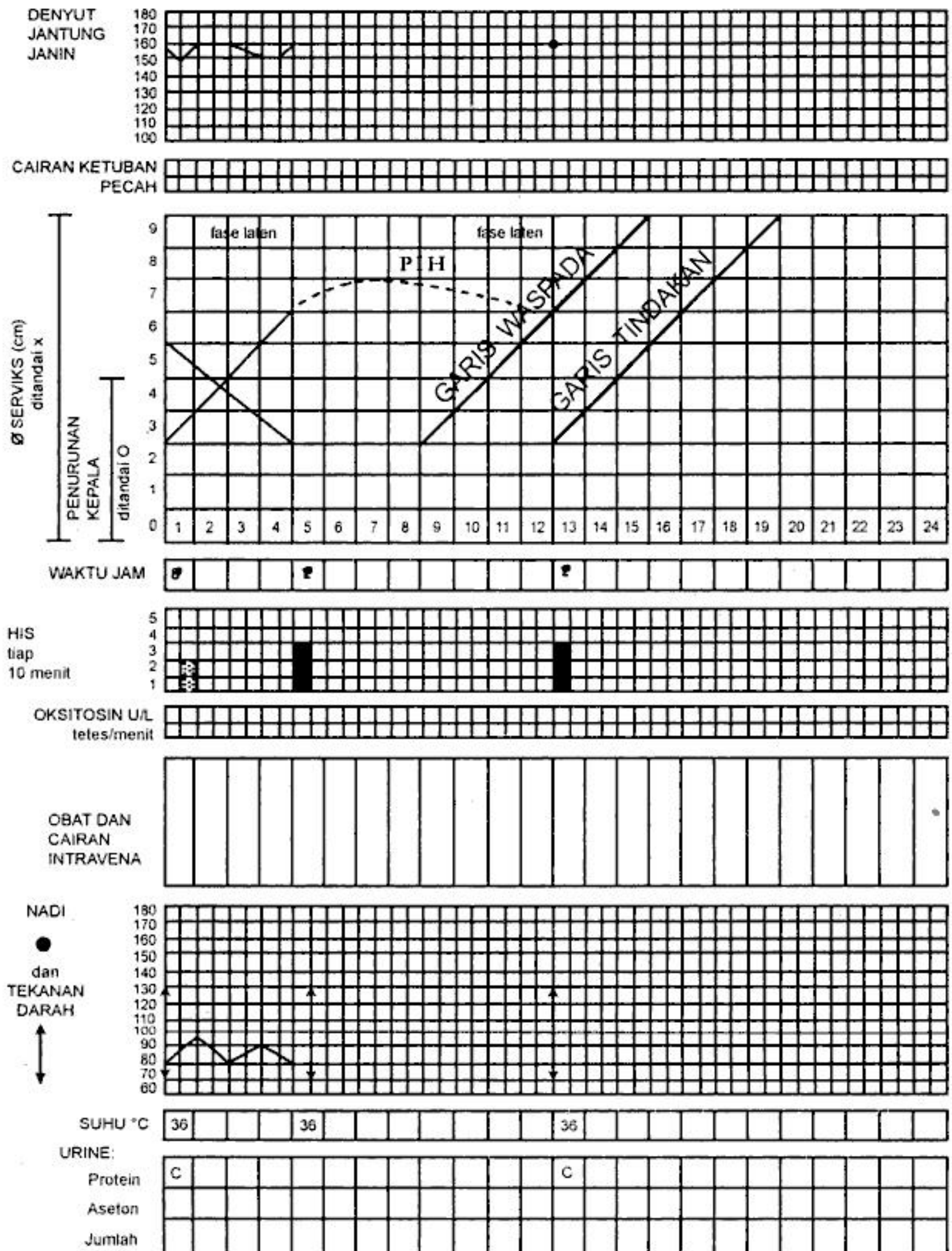
Berdasarkan data dari contoh di atas, setelah masuk fase aktif, berarti aktivitas persalinan meningkat, his makin cepat dan makin kuat, pembukaan makin cepat berlangsung, tekanan terhadap kepala makin kuat, keregangan segmen bawah rahim makin menipis, tekanan kepala dapat menimbulkan gawat janin, pembukaan oleh kepala dapat menimbulkan gawat janin, pembukaan lengkap ditandai dengan ketuban pecah dan keinginan untuk mengejan, serta dapat terjadi gangguan jalannya pembukaan. Oleh karena itu, akan terjadi beberapa hal sebagai berikut.

1. Setelah evaluasi 4 jam: keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/70 mmHg, frekuensi nadi 80, dan suhu 36,5° C, denyut jantung janin 12-12-13, penurunan kepala 1/5, pemeriksaan dalam: pembukaan lengkap, ketuban positif, konfirmasi terhadap penurunan kepala H3 (+). *Penulisan dalam partograf sesuai dengan garis waspada. Sikap:* ketuban dipecah, ibu dipimpin untuk persalinan, observasi his, kortonen, penurunan, dan lingkaran Bandle. Bentuk persalinan spontan belakang kepala atau outlet kavum/forsep ekstraksi.
2. Setelah 2 jam ibu ingin mengejan dilakukan evaluasi: keadaan umum baik, denyut jantung janin baik, penurunan kepala 1/5, serta pemeriksaan dalam (pembukaan lengkap, ketuban masih utuh). *Penulisan dalam partograf: pembukaan di sebelah kiri garis waspada. Sikap:* ketuban dipecahkan, pimpin persalinan, dan observasi CHPB. Bentuk persalinan spontan belakang kepala atau outlet kavum/forsep ekstraksi.

Nomor:.....

Nama: Gravida: Para: RS/Puskesmas:

Tanggal: Jam: Pecah ketuban: jam



GAMBAR 2-5. Aplikasi data pasien pada lembar partograf.

3. Setelah 4 jam dilakukan evaluasi: keadaan umum baik, tekanan darah 125/75 mmHg, frekuensi nadi 86, dan suhu 37° C, denyut jantung janin 12-13-12, penurunan kepala 3/5, pemeriksaan dalam (pembukaan 8 cm, ketuban masih utuh, konfirmasi penurunan kepala H3 (-), mulase positif). *Penulisan dalam partograf: pembukaan sebelah kanan garis waspada. Sikap: jika di Puskesmas, ibu segera dirujuk untuk mendapatkan pertolongan persalinan dan jika ibu berada di rumah sakit pusat, dilakukan seksio sesaria dengan indikasi disproporsi sefalopelvik. Pada konfirmasi kepala turun H3 (-) tanpa teraba mulase, dapat dilakukan pemecahan ketuban, observasi CHPB, diperkirakan mungkin lahir per vagina, dapat ditambah dengan melakukan pembukaan serviks secara paksa, sambil ibu disuruh mengejan. Dengan indikasi obstetri, persalinan dapat dipercepat dengan outlet kavum atau forsep ekstraksi. Pertolongan di Puskesmas sebaiknya dirujuk ke rumah sakit pusat dengan fasilitas yang memadai.*
4. Bila hasil pemeriksaan menunjukkan penurunan kepala 3/5, denyut jantung janin 12-12-13, pemeriksaan dalam (dilakukan pembukaan 6 cm, ketuban masih utuh, konfirmasi penurunan kepala H3 [-]). *Penulisan dalam partograf tepat di garis tindakan. Sikap: pertolongan persalinan bila di Puskesmas langsung dirujuk ke rumah sakit pusat. Bila persalinan di rumah sakit pusat, dilakukan pemecahan ketuban dengan observasi CHPB. Bila air ketubannya keruh atau kurang, langsung dilakukan seksio sesaria. Namun, bila air ketuban jernih, tunggu sambil observasi CHPB. Bila his tidak adekuat, dapat dilakukan induksi setelah ditunggu satu jam. Tindakan lebih lanjut berdasarkan hasil observasi dengan indikasi obstetrik.*

Dengan menggunakan partograf diharapkan dapat menurunkan AKI-AKP karena:

1. sebagian besar ditujukan pada persalinan dengan risiko rendah untuk menghindari *prolong* dan *neglected labour*;
2. menghindari persalinan berlangsung lebih dari 24 jam;
3. menegakkan keadaan patologis sedini mungkin dan selanjutnya melakukan rujukan untuk mendapat pertolongan adekuat;
4. kegagalan persalinan sebagian besar karena disproporsi sefalopelvik sehingga tindakan seksio sesaria makin meningkat;
5. setiap penyimpangan persalinan menurut partograf, harus dilakukan evaluasi menyeluruh.

Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf WHO adalah sebagai berikut.

1. Keuntungan partograf:
 - a. Tersedia cukup waktu melakukan rujukan (sekitar 4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada.
 - b. Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk mengambil tindakan sehingga tercapai *well born baby* dan *well health mother*.
 - c. Terbatasnya melakukan pemeriksaan dalam, dapat mengurangi infeksi intrauterin.
2. Kerugian partograf:
 - a. Kemungkinan terlalu cepat melakukan rujukan, yang sebenarnya dapat diselesaikan di Puskesmas atau setempat.
 - b. Partograf diharapkan dapat menyelesaikan pertolongan persalinan pada garis waspada dengan jalan:
 - Rujukan semakin baik sehingga tidak merugikan pasien.

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

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

Daftar Pustaka

- Moeloek, F. A. 1991. *Partograf WHO: Semiloka Penyebarluasan Penggunaan Partograf*. Surakarta: PIT POGI, 24-26 Juni.
- Pramono. 1992. *Partograf Alat Bantu Kelola Persalinan*. Wahana Medik No. 15, Juni.
- Sumapraja, S. 1993. *Partograf WHO*.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your 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. Kesehatan organ perkemihan. Banyak minum (1,5–2 liter per hari) dan tidak menahan berkemih.
 - c. Persiapan dan kesehatan puting susu. Memberi air susu ibu (ASI) adalah tugas mulia ibu sehingga diperlukan persiapannya dengan 10 langkah. Pemeliharaan puting susu sejak dini, dengan menariknya keluar sehingga lebih menonjol dan melemaskan puting susu dengan minyak.
 - d. Pakaian ibu hamil. Pakaian tidak boleh yang ketat sehingga mengganggu peredaran darah. Pakaian harus longgar dan terbuat dari katun sehingga menyerap keringat. Ibu juga harus sering mengganti pakaian terutama pakaian dalam.
 - e. Istirahat. Istirahat terutama dilakukan pada satu bulan sebelum dan dua bulan setelah persalinan. Saat hamil tua lebih baik istirahat tirah baring sehingga gangguan aliran darah tidak terlalu banyak.
 - f. Hubungan seksual. Masih diperbolehkan sampai satu bulan sebelum persalinan. Bila dijumpai riwayat obstetri yang kurang baik, hubungan seksual harus dikurangi terutama trimester pertama. Perhatikan teknik hubungan seksual untuk menyesuaikan kondisi saat hamil besar.
 - g. Defekasi. Sebaiknya teratur sehingga tidak menimbulkan gangguan. Bila defekasi sulit, perlu diperhatikan makanan yang lebih banyak mengandung serat, seperti buah dan sayur.
 - h. Imunisasi. Dianjurkan vaksin toksoid tetanus dua kali selama hamil.
3. **Masalah psikosomatik dan psikoprofilaksis dalam obstetri.** Faktor yang dapat menimbulkan masalah psikosomatik dan upaya psikoprofilaksis adalah hubungan kejiwaan, kehamilan yang diinginkan atau tidak diinginkan, atau perasaan takut menghadapi kehamilan dan persalinan.



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



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



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

TABEL 3-2 Unsur anamnesis dan kemungkinan risiko.

Anamnesis Obstetri	Risiko Rendah	Risiko Tinggi
Usia pasien		Kurang dari 19 tahun Lebih dari 35 tahun
Perkawinan		Infertilitas 3-5 tahun
Riwayat persalinan	Kelahiran spontan, aterm, hidup Tidak pernah abortus dan persalinan prematur Tidak mengalami operasi dalam rahim atau persalinan Tanpa komplikasi kehamilan	Persalinan prematur, abortus Persalinan dengan tindakan atau operasi
Interval kehamilan	Di atas 2 tahun atau di bawah 5 tahun Tanpa metode KB	Terdapat komplikasi kehamilan Anak terkecil 5 tahun atau lebih
Riwayat keluarga	Tanpa penyakit yang dapat mengganggu kehamilan	Penyakit keturunan Penyakit yang menyertai kehamilan (penyakit darah, asma dan jantung, ginjal dan hati) Kehamilan kembar
Tanggal menstruasi terakhir	Menentukan perkiraan persalinan menurut rumus Nagele	Usia kehamilan menurut fundus uteri Usia kehamilan menurut gerak janin dan denyut jantung Membandingkan dengan ibu hamil lainnya Berdasarkan USG
Berat badan bayi	Hamil normal 2.500-3.500 g Menurut rumus Johnson Menurut USG	Berat badan >4.000 g, makrosomia sulit lahir per vagina



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



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



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

TABEL 3-3 Karakteristik kehamilan normal, komplikasi, dan penatalaksanaannya—*Lanjutan*.

Trimester	Kehamilan Normal	Komplikasi	Penatalaksanaan
			Obat spesifik (valium, magnesium sulfat)
			Observasi 2 × 24 jam
			Menentukan sikap terhadap kehamilan
			Konservatif Sedatif
		Persalinan prematur	Pengobatan (Gestanon/ Premaston, Duvadilan/ Duphaston)
		Ketuban pecah dini	Masuk rumah sakit, observasi (anti- biotik, induksi persalinan dengan indikasi)
		Perdarahan (plasenta previa, solusio plasenta, pecah sinus marginalis, pecah vasaprevia, plasenta letak rendah)	Masuk rumah sakit, observasi (tindakan definitif)

(berlanjut)



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



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



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

Daftar Pustaka

- Chamberlain. 1992. APC of Antenatal Care, *British Medical Journal*. Great Britain Cambridge: University Press.
- Cunningham, C. S. 1993. *Williams Obstetrics*, ed. 19. New Jersey: Prentice Hall International in Connecticut.
- Manuaba, I. B. G. 1993. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Sastrawinata, R. 1980. *Antepartum, Care/Perinatal Care, Obstetric Physiology*. Bandung: Ricopy.
- Wiknjosastro. 1994. *Pengawasan Wanita Hamil, Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



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



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



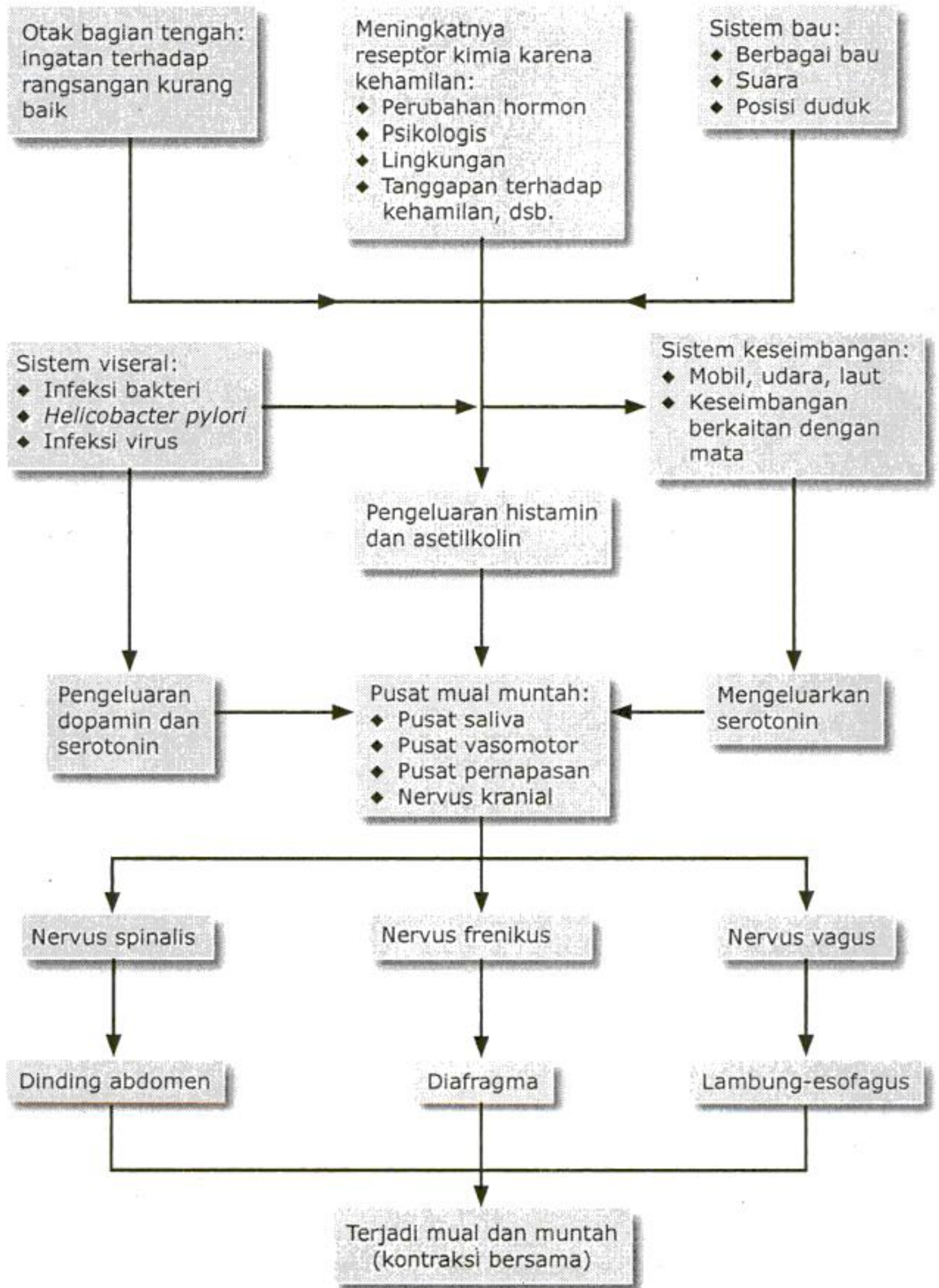
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



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



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



GAMBAR 4-1. Mekanisme mual dan muntah.



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



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



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

hiperemesis gravidarum secara klinis dapat dibagi menjadi tiga tingkat berikut ini.

1. Hiperemesis gravidarum tingkat pertama.
 - a. Muntah berlangsung terus.
 - b. Makan berkurang.
 - c. Berat badan menurun.
 - d. Kulit dehidrasi sehingga tonusnya lemah.
 - e. Nyeri di daerah epigastrium.
 - f. Tekanan darah turun dan nadi meningkat.
 - g. Lidah kering.
 - h. Mata tampak cekung.
2. Hiperemesis gravidarum tingkat kedua.
 - a. Penderita tampak lebih lemah.
 - b. Gejala dehidrasi makin tampak, mata cekung, tugor kulit makin kurang, lidah kering dan kotor.
 - c. Tekanan darah turun, nadi meningkat.
 - d. Berat badan makin menurun.
 - e. Mata ikterus.
 - f. Gejala hemokonsentrasi makin tampak: urine berkurang dan badan aseton dalam urine meningkat.
 - g. Terjadinya gangguan buang air besar.
 - h. Mulai tampak gejala gangguan kesadaran, menjadi apati.
 - i. Napas berbau aseton.
3. Hiperemesis gravidarum tingkat ketiga.
 - a. Muntah berkurang.
 - b. Keadaan umum ibu hamil makin menurun: tekanan darah turun, nadi meningkat, dan suhu naik; keadaan dehidrasi makin jelas.
 - c. Gangguan faal hati terjadi dengan manifestasi ikterus.



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

- Gawat, ,
 darurat neonatus, 131
 janin, [13-14](#), [20](#), 91-92, 98, 125,
 128-129
 napas, 143
- Gejala Clifford, 126
- Gestation sac*, 84
- Gestational sac*, 30
- Gestosis, 37, 59
- Gingivitis, 26
- Gonadotropin korionik, 48
 plasenta, 83
- Gonadotropin-releasing factor*, 82
- Grandemultipara, [3](#), [6](#), 57, 59, 112
- Granulasi toksis vakuolisasi sel,
 140
- Gravida, [14](#), [18](#), [21](#)
 serotinus, 56
 dengan infeksi, 34
- H**
- H. influenzae*, 139
- Helicobacter pylori*, [45](#)
- Hematolisis, 74
- Hematoma, 93
- Hemokonsentrasi, 43, [49](#)
- Hemoroid, 104-105, 108
- Hepatitis D, [4](#)
- Hepatomegali, 140
- Hidramnion, [5](#), [13](#), 57, 61, 119
- Hidrolisis gliserofosfolipid, 85
- Hidrosefalus, 59, 145
- Hiperbilirubinemia, 145
- Hiperemesis gravidarum, [2](#), 26,
 29, 33, 41-42, 44, [49](#), 51-
 53, 60, 86
 diagnosis dan pengobatan, 50
 penyebab dan gejala klinis, 48
 prognosis dan sikap bidan, 52
- Hiperiritabilitas, 145
- Hipernatremia, 145
- Hiperpigmentasi, [2](#), 84
- Hipersalivasi, 41, 44
- Hipertelorisme okular, 67
- Hipertensi, 58-59, 113, 127
- Hipertiroid, 145
- Hipofibrinogenemia, 59
- Hipofisis, 85
- Hipoglikemia, 143, 145
- Hipokalsemia, 145
- Hipoksia, 143
 ensefalopati, 145
 intrauterin, 126, 132
- Hipomoklion, 90
- Hiponatremia, 145
- Hipoplasia kelenjar adrenal,
 125
- Hipotalamus, 83
- Hipotermia, 131, 143
 neonatus, 142



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



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



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

- Leopold, [3](#), 30
 Letargi, 140, 142-143
 Leukopenia, 74-75, 140
 Leukorea, [1](#)
 Leukosit, 140
Lightening, 36
 Limfopenia, 75
 Limfosit, 66
 Lingkaran Bandle, [20](#), 95
 Lokia, 36-37, 99, 102, 104-105,
 107, 109-110
 Luminal, 43, 51
 Lupus,
 antikoagulan, 73, 76, 78
 eritematosus, 73-76
 flares, 72
- M**
- Makrofag, 66
 Makrosomia, [31](#), 62-63, 126-
 127
 Malaria, 108
 Malpresentasi, 59
 Manajemen kehamilan dan
 persalinan, [1](#), [7](#)
 Manik depresif, 117
 Masalah psikosomatik, [27](#)
 Mastitis, 99, 115
 Mediamer B₆, 43, 51
 Medikamentosa, 141
- Mekanisme,
 Duncan, 96
 Schultze, 96
 Mekonium, [14](#), 125-126, 135, 138
 Meningitis, 145
 Meningoensefalokel, 145
 Metode Kanguru, 144
 Mieliniasi, 145
 Mikrosefalia, 67
 Mioma uteri, 58, 60
Missed abortion, 34, 86-87
 Mobilisasi, 51, 53
 aktif, 105-106, 114
 dini, 94, 104, 107, 110, 112-113
 Mola hidatidosa, [4](#), 34, 48, 57,
 60, 86-87
 Monilia, 139
 Monosit, 66
 Monositogen, 140
 Monozigot, 72
 Morbiditas, 102, 119
Morning sickness, 29, 33, 41, 84,
 86
 Mortalitas, 101
 Mual, 46, 74, 84
 mekanisme, 44-46
 pusat, [45](#)
 Mulase, [13-14](#), [22](#)
 Multigravida, [5](#), [11](#), 90-91, 98
 Multipara, [6](#), 95-96, 98



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

- Partus prematur, 57
- Pascapartum,
blues, 116
keluhan, 104-111
masalah kesehatan, 111-117
masalah psikologis, 116
- Passage*, 89
- Passenger*, 89
- Pelepasan plasenta, 96
Crede, 94
- Pelvimetri, 6
- Pemanas radian, 143
- Pembesaran kelenjar limfe, 66
- Pemecahan ketuban, [15](#), [22](#)
- Pemeriksaan,
C-reactive protein, 120
dalam, [2-3](#), [20](#), [22-23](#), 91, 94-95
darah, 62, 79
dengan spekulum, 122
diagnostik, [4](#)
ELISA, 67
feses, 109
fisik, [8](#), 30, 37-38, 53, 55, 60,
83, 86, 88, 94
hemostasis, 88
imunologis, 75
keadaan umum, [2](#)
kehamilan, [1](#), [2](#), [7](#), 43, 60
khusus, [2-3](#), [8](#), 30, 62
Klein, 94
kultur air ketuban, 121
Kustner, 94
laboratorium, [4](#), [8](#), 34, 50, 55,
71, 83, 86, 120-121, 141
Manuaba, 94
obstetri, [1](#)
serologis, 67
Strassman, 94
urine, 44
- Pendidikan kesehatan, 103
- Pengawasan,
antenatal, 25, 55-56
kehamilan, 53
psikologis, 38
umum, 62
- Pengguguran kandungan, 52
- Pengobatan,
medikamentosa, 42
psikologis, 50
simtomatik, 141
- Penurunan kepala, [13](#), [15](#), 17-
[18](#), [20-22](#), 91
- Penyakit,
asoimunitas, 72
autoimun, 71-72
imunitas kompleks, 72
infeksi, 37
menular seksual, [4](#)
tromboemboli, 112
tukak lambung, 50

- Penyalahgunaan obat, 103
- Peraji, 102
- Perawatan,
 bayi lekat (PBL), 144
 lanjut, 137-138
 pascapartum, 101, 104
 pascapartus, 38, 86-88, 94
 penunjang (suportif), 137-138
 psikiatri lanjut, 117
 rutin, 136, 138
 umum, 141
- Perdarahan, [1-2](#), [13](#), 33-37, 60-61, 79, 86-87, 93-94, 96, 98, 105, 109, 140, 143
 antepartum, [12](#), 29, 38, 56-57, 59, 61, 87
 intrakranial, 131, 145
 intrauterin, 99
 neonatus, 147
 pascapartum, 60, 88, 111-113
 pascapartus, [3](#)
 pascapersalinan, 57
 retina, 52-53
 retroplasenter, [3](#), [5](#)
 serebral, 114
- Perikarditis, 74-75
- Persalinan,
 aterm, 33
 dengan induksi, [13](#), 122
 distosia, 89
 eutosia, 89, 94
 lama, [13](#), 61, 106
 normal, 83, 88, 94, 97
 per vagina, 90
 prematur, [13](#), 29, [31](#), 33, [35](#), 56, 60, 75, 77, 87
 serotinus, 29
 spontan, 95-97
 terlambat, [13](#)
 terlantar, [13](#), 61, 111, 116
- Pigmentasi, [2-3](#)
- Placenta rest*, 36, 88, 93, 98-99, 112-113
- Plasenta,
 adhesiva, 98
 inkarserata, 88, 98
 inkreta, 98
 letak rendah, [35](#), 87
 manual, 57, 60, 93
 perkreta, 98
 previa, 29, [35](#), 61, 87
- Plasentogonik hormonal, 87
- Platelet-activating factor like substance (PAF)*, 82
- Plegmasia alba dollen, 99
- Pleuritis, 74-75
- Polimiositis, 71
- Poliomielitis, 73
- Polisitemia, 62

- Pondok Bersalin Desa
(POLINDES), 46, 52, 102
- Postdate*, 30
- Post-term pregnancy*, 125
- Power*, 89
- Preeklampsia, [7](#), [12](#), 30, 34, 38,
56-57, 61, 72-73, 75, 78,
87, 98, 111, 113, 127
- Prematur, [8](#)
- Prematuritas, 25, 59, 139
- Prenatal care*, 25
- Primigravida, [5-6](#), [11](#), 48, 57, 61,
90-91, 98, 129
- Primipara, 56, 96, 98
- Proactive phase*, 88
- Profilaksis antibiotik, 106
- Progesteron, 42, 81-85
- Prognosis kehamilan, [1](#), [7](#)
- Prolapsus, 61, 91-92
- Prolong,
active phase, [12](#), 88, 91, 93
labour, [23](#)
latent phase, [11](#), 36, 88, 91, 93
second stage, 36, 88
- Prolonged pregnancy*, 125
- Prostaglandin, 36, 84, 85, 88,
122, 127, 129
- Prostasiklin, 85
- Protein,
Annexin V, 77-79
endogen, 77
Lipocortin V, 77-79
- Proteinuria, 74-75, 113
- Protracted active phase*, [12](#), 36, 91,
93, 97
- Protrombin, 76-77, 79, 147
- Psikoprofilaksis, [27](#)
- Psikosis, 74-75, 117
- Ptialismus, 41
- Q**
- Quickening*, 29, 34, 86
- R**
- Radiasi, 142
- Radiologi, 62
- Reaksi autoimunitas, 72
- Refleks,
mengisap, 143-144
vagus, 126
- Rehidrasi, 42, 53
- Reseptor CD4, 65
- Resusitasi, 36, 88, 132-137, 139
- Retensi,
plasenta, 36, 62, 88, 93, 98,
112
urine, 111, 115
- Retrovirus, 65
- Reverse transcriptase*, 69
- RNA, 65

- Robekan,
 perineum, 62, 93, 98
 serviks, 62, 93
 vagina, 62, 93, 99
- Rontgen, [6](#), [8](#), 55
- Rooming in, 94
- Ruam,
 diskoid, 74-75
 kulit, 66, 73-74
 pada molar, 74-75
- Rujukan, 53, 56, 90, 92-93, 145-146
- Rumus,
 Johnson, [31](#)
 Nagele, [31](#), 127
- Ruptur,
 sinus marginalis, 61
 uteri, 61-62, 92, 98-99, 112, 129
 vasa previa, 61
- S**
- S. aureus*, 140
- Secondary arrest*, [12](#)
- Sedatif, 33-35, 43, 51, 53, 59, 86-87, 92
- Segmen bawah rahim, [20](#)
- Seksio sesaria, [2](#), [6](#), [8](#), [13](#), [22-23](#), 37, 56, 60, 69, 88, 90, 92-93, 111, 116, 122, 126-129
- Sel darah picak, 78
- Selulitis, 113
- Sensitivitas reaksi imunologis, 71
- Sepsis, 72, 99, 105, 108, 131, 143
 neonatorum, 139-141
- Serotonin, 44-46
- Serviks, 85
 distosia, 129
 edema, 91-92
 inkompeten, 58, 60, 119
 keganasan, [5](#)
 pelunakan, [4](#)
 pematangan, 129
 pembukaan, [3-4](#), [13](#), [22](#), 91, 119
 perubahan, [7-8](#)
- Servisititis, 107, 113
- Sesositis, 75
- Sianosis, [2](#), 62, 135-136, 140
- Siklofosfamid, 74
- Simfisis, [15](#)
- Sinaps aksodendrit, 145
- Sindrom,
 antibodi antifosfolipid, 77-79
 distres pernapasan, 59
 Ehler-Danlos, 71
 gawat paru, 125
 Marfan, 71
 nefritis, 74
 vaskulitis, 71
- Sinsiput, [17](#)

Sinsitiotrofoblas, 77-79, 82
 Sinsitium, 76
 Sirkulasi retroplasental, 58
 Sistem,
 antigen-antibodi, 83
 keseimbangan, 45
 viseral, 45
 Sistemik lupus eritematosus,
 71-72
 Sistitis, 34
 Sitologi, 4-5
 Sitotrofoblas, 82, 83
 Skleredema, 140
 Sklerema, 140, 143
 Skleroderma, 71, 73
 Skor,
 Apgar, 104
 Bishop, 127, 129
 Solusio plasenta, 29, 35, 61, 87
 Somnolen, 50, 52
 Spematozoa, 82
 Spermisida, 68
 Splenomegali, 140
 Stafilokokus, 139-140
 Stomata, 82
 Stomatitis, 139
 Striae alba, 2, 84
 Striae lividae, 2, 84
 Striae nigra, 2
 Submento-bregmatika, 90
 Suboksipitalis, 90
 Suboksipito-bregmatika, 90

T
 Takikardia, 140
 Takipnea, 140
 Tanda,
 Braxton Hicks, 84
 Chadwick, 3, 84
 Hegar, 3, 84
 Piskacek, 3, 84
 Teori,
 janin, 83, 85
 ketegangan otot rahim, 83, 85
 oksitosin, 83-84
 penurunan progesteron, 83
 prostaglandin, 83, 85
 Teratogenik, 51
 Terminasi,
 kehamilan, 15, 53, 55, 92
 persalinan, 93
 Termoregulator, 59
 Tetani uteri, 92
 Tetanus neonatorum, 145
 Tik, 144
 Tindakan,
 aseptik, 141
 definitif, 35
 Tokolitik, 87, 121
 Toksemia, 59

TORCH, [4](#)
Transfusi darah, [37](#), [141](#)
Transmisi perinatal, [67](#)
Trauma,
 dingin, [142](#)
 jalan lahir, [88](#), [93](#), [126](#)
 persalinan, [13](#), [26](#), [93](#)
Tremor, [144](#)
Trias komplikasi, [13](#)
Triple drug, [121](#)
Triptofan, [44](#), [46](#)
Trofektoderm, [82](#)
Trofoblas, [76](#)
Trombin, [79](#), [147](#)
Trombosis, [73-74](#), [77-79](#), [99](#)
Trombosit, [73](#), [78](#)
Trombositopenia, [74-76](#), [140](#)
Trombositosis, [79](#)
Tumor vagina, [60](#)

U

Uji,
 biru metilen, [115](#)
 nonstres, [128](#)
 sensitivitas kuman, [141](#)
Ulkus, [74-75](#)
Ultrasonografi, [4-5](#), [8](#), [30](#), [32](#), [55](#),
 [83-84](#), [120](#), [122](#), [128](#)
USG, [6](#), [8](#), [30-31](#), [33-34](#), [53](#), [86](#),
 [126-127](#), [129](#)

Uterotonika, [88](#), [106](#), [112-113](#)

V

Vaksin toksoid tetanus, [27](#)
Vaksinasi TT, [53](#)
Vakum ekstraksi, [2](#), [36](#), [145](#)
Valium, [35](#), [41](#), [43](#), [51](#)
Varises, [33](#)
VDRL-Khan, [4](#)
Vegetarian, [114](#)
Ventilasi, [136-137](#)
 tekanan positif (VTP), [134-](#)
 [135](#), [138](#)
Ventilator, [136-137](#)
Verniks, [143](#)
Vili korialis, [48](#)
Virus HIV, [67](#)

W

Well being intrauterine, [30](#)
Well born baby, [7](#), [14](#), [23](#), [25](#), [28-](#)
 [29](#), [38](#), [88](#), [90](#), [111](#), [116](#),
 [121](#), [134](#), [136](#)
Well health mother, [7](#), [14](#), [23](#), [25](#),
 [28-29](#), [38](#), [88](#), [90](#), [111](#), [116](#),
 [121](#)
Western Blot, [67](#)

X

Xanthurenic, [44](#), [46](#)



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



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

Buku Ajar
**Patologi
Obstetri**
untuk Mahasiswa Kebidanan

dr. Ida Ayu Chandranita Manuaba, SpOG
dr. Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, SpOG
Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba, SpOGK

Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan adalah buku yang dapat digunakan sebagai acuan dalam menangani berbagai patologi obstetri. Buku ini membahas konsep pemeriksaan obstetri, partograf WHO, pengawasan antenatal, emesis dan hiperemesis gravidarum, kehamilan dan janin dengan risiko tinggi, infeksi HIV dan AIDS pada kehamilan, penyakit autoimun, konsep kehamilan dan persalinan normal, penuntun perawatan pascapartum, ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, dan gawat darurat neonatus. Materi buku ini sudah disesuaikan dengan kebutuhan pengetahuan untuk mahasiswa kebidanan. Dengan membaca dan mempelajari buku ini, diharapkan mahasiswa kebidanan dapat memiliki keterampilan dalam memberi pelayanan kebidanan yang bermutu sebagai tenaga profesional dan mandiri.



Keb9897-02D