
PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

PENUNTUN DISKUSI
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
untuk Mahasiswa Kedokteran



Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba

PENUNTUN DISKUSI OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Oleh: Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 1993 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon : 6530 6283

Anggota IKAPI

Hak cipta dilindungi Undang-undang

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

Cetakan I: 1993

Cetakan II: 1995

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

MANUABA, Ida Bagus Gde

Penuntun diskusi obstetri dan ginekologi / Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba ;
editor, Jonatan Oswari. – Jakarta : EGC, 1993.

vii, 181 hlm. : illus. ; 17 x 24 cm.

Bibliografi : hlm. 181

ISBN 979-448-222-6

1. Ginekologi. 2. Kebidanan, Ilmu. I. Judul II. Oswari, Jonatan

618.1



Isi di luar tanggung jawab percetakan

DAFTAR ISI

	HALAMAN
<u>KATA PENGANTAR</u>	<u>v</u>
<u>I. PENUNTUN DISKUSI OBSTETRI & OBSTETRI SOSIAL</u>	<u>1</u>
II. PENUNTUN DISKUSI GINEKOLOGI	67
<u>III. CONTOH UJIAN AKHIR KEPANITERAAN KLINIK MADIA</u>	<u>115</u>
IV. CONTOH UJIAN TINGKAT PENDIDIKAN KLINIK	125
DAFTAR RUJUKAN	181

PENUNTUN DISKUSI OBSTETRI & OBSTETRI SOSIAL

Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi

1. Apakah tujuan pelayanan Obstetri itu?

Jawab : Menurut *WHO Expert Committee on the Midwife in Maternal Care* adalah: Meningkatkan upaya agar semua wanita terjamin dapat melahirkan, melampui kala nifas, laktasi, memelihara bayi dengan kesehatan yang optimal.

2. Bagaimana tatalaksana *antenatal care* secara khususnya?

Jawab : Dalam tatalaksana *antenatal care* secara khusus :

- a. Pengawasan kehamilan sehingga dapat ditentukan kehamilan risiko tinggi dan kehamilan meragukan dengan prioritas persalinan di Rumah Sakit.
- b. Memberikan pertolongan persalinan adekuat untuk mencapai *well born baby*.
- c. Perawatan dan pemeriksaan *post partum*.
- d. Perawatan neonatus.
- e. Mempersiapkan laktasi.

3. Apakah yang dimaksud dengan kematian maternal?

Jawab : Kematian maternal adalah kematian ibu hamil sampai 90 hari sesudah persalinan, dan tidak tergantung dari sebab dan tuanya kehamilan.

4. Apa yang menjadi sebab kematian langsung ibu bersalin?

Jawab : Sebab kematian langsung bersalin:

1. Perdarahan.
2. Infeksi.
3. Preeklamsia-eklampsia.
4. Komplikasi lain seperti :
 - emboli air ketuban.
 - thrombo-emboli.

5. Bagaimana menurunkan angka kematian ibu negara berkembang?

Jawab : Upaya menurunkan angka kematian di negara berkembang:

1. Meningkatkan kesejahteraan ibu.
2. Meningkatkan sarana yang dapat memberikan pelayanan dan pengayoman medis menyeluruh dan bermutu.
3. Meningkatkan upaya obstetri sosial.
 - 3.1. Pelaksanaan *antenatal care*.
 - 3.2. KIE dan pendidikan dukun beranak.
 - 3.3. Meningkatkan sistim *referral*.
 - 3.4. Melaksanakan pertolongan persalinan adekuat.
 - 3.5. Melaksanakan Program Keluarga Berencana.

6. Apa ukuran kemampuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan suatu negara?

Jawab : Kemampuan penyelenggaraan kesehatan suatu negara adalah :

Penuntun Diskusi Obstetri & Obstetri Sosial

1. Tinggi rendahnya kematian ibu bersalia.
2. Tinggi rendahnya kematian perinatal.
3. Tingkat penerimaan program K.B.

7. Apa yang dimaksudkan dengan kematian perinatal?

Jawab : Kematian perinatal adalah jumlah lahir mati ditambah dengan meninggal pada minggu pertama kelahiran dalam 1000 persalinan hidup.

8. Bagaimana pembagian alat reproduksi wanita itu?

Jawab : Pembagian alat reproduksi wanita terbagi menjadi :

1. Alat genitalia externa
 - mons veneris.
 - labia mayora, at minore.
 - vulva.
 - bulbus vestibuli sinistra et dextra.
 - introitus vaginae.
2. Alat genitalia interna :
 - Vagina.
 - Uterus.
 - Tuba dan ovarium.

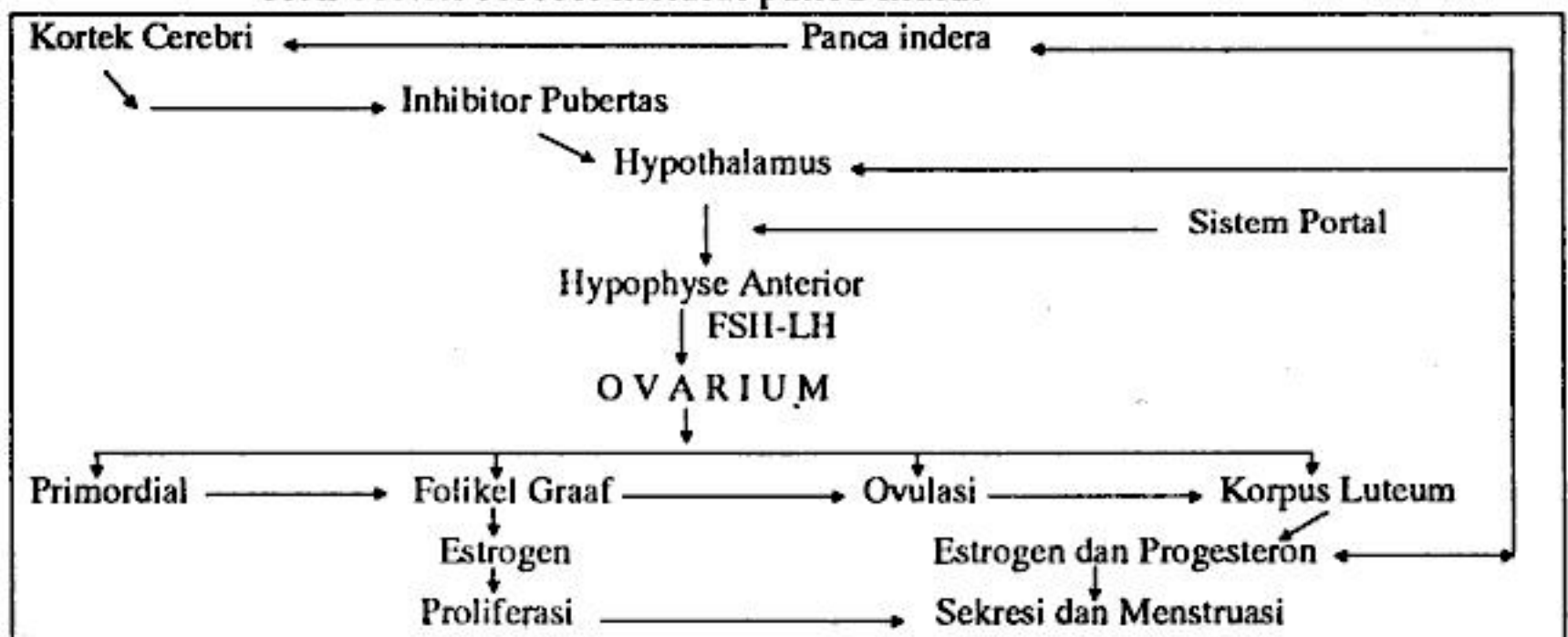
9. Bagaimana vaskularisasi uterus :

Jawab : Vaskularisasinya di uterus :

1. Arteria uterinae yang merupakan cabang Arteria iliaca interna.
2. Arteria ovarica melalui lig. infundibulopelvicum dan beranastomosis dengan Arteria uterinae.

10. Coba kemukakan bagaimana siklus menstruasi?

Jawab : Siklus menstruasi merupakan siklus hormonal yang kompleks berhubungan dengan : *Hypothalamo-hypophyse-ovarial axis* dan dipengaruhi oleh cortex cerebri melalui panca indra.



11. Bagaimana menentukan saat ovulasi?

Jawab : Menentukan terjadinya ovulasi adalah:

1. Perkiraan ovulasi hari ke 12-19 dengan hari pertama menstruasi sebagai hari I.
2. Pemeriksaan lendir serviks yang tampak jernih dan encer sehingga dapat merenggang tanpa putus sekitar 10-15 cm (Spinnbarkeit).
3. Menentukan suhu basal dalam satu siklus .
4. Sakit saat ovulasi disebut Mittelschmerz.
5. Kepastian ovulasi dapat dibuktikan dengan mengambil biopsi endometrium.
6. Pemeriksaan sitologi lendir vagina .

12. Apakah kepentingan menentukan saat ovulasi?

Jawab : Kepentingan menentukan saat ovulasi adalah :

1. Bagi mereka yang tidak menginginkan anak dapat menghindari hubungan seksual.
2. Bagi mereka yang ingin punya anak dapat melakukan hubungan saat ini sehingga dapat hamil.
3. Mengupayakan jenis kelamin bayi.

13. Bagaimana mekanisme konsepsi?

Jawab : Konsepsi terjadi sebagian besar pada pars ampulla tubae dengan beberapa ketentuan sebagai berikut :

1. Syarat ovum: ovum saat lepas diliputi oleh corona radiata memerlukan waktu sekitar 12 jam, di mana lapisannya mulai menipis dan akhirnya tampak stomata tempat masuknya kepala dari spermatozoa.
2. Syarat spermatozoa: harus dapat melalui endometrium, tuba yang normal, di mana terjadi proses: kapasitasi, dengan melepaskan sebagian dari lipoprotein kepalanya. Dengan memenuhi syarat tersebut barulah dapat terjadi konsepsi, permulaan suatu kehidupan.

14. Bagaimana proses setelah terjadi konsepsi?

Jawab : Setelah terjadi konsepsi, kedua nukleus ovum dan spermatozoa bertemu membentuk : *zygote*.

Zygote terus memecah diri menjadi beberapa sel, karena protoplasma ovum banyak mengandung glukosa, protein dan enzim, sampai seluruh besarnya ovum penuh dengan sel disebut "Morula" masih dapat melalui pars isthmika dan pars interstitialis tubae. Selanjutnya morula berubah menjadi blastula dengan pembentukan cairan, dan dinding diliputi sel trophoblast yang mampu mengadakan proses destruksi enzimatik pada desidua.

Dalam bentuk blastula, terjadi nidasi pada hari ke 6 setelah konsepsi. Nidasi menimbulkan perdarahan disebut **tanda Hartman**.

15. Bagaimana hubungan antara blastula dengan corpus luteum?

Jawab : Segera setelah terbentuknya blastula yang diliputi sel trofoblas, sejak saat itu, mulai mengeluarkan hormon: Human Chorionic Gonadotrophin, yang dapat mempertahankan korpus luteum menjadi korpus luteum gravidarum sampai plasenta, sanggup untuk mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron sekitar minggu ke 14-16.

16. Apa keistimewaan dari *human chorionic gonadotropin* itu?

Jawab : Keistimewaan *human chorionic gonadotropin* :

1. Merupakan ciri khas hormon kehamilan sehingga dapat memberikan hasil positif terhadap tes hamil.
2. Memberikan berbagai manifestasi dari keluhan hamil muda.
3. Bila terjadi penyimpangan hamil maka hormon ini dapat dipakai sebagai deteksi dini.
4. Mempertahankan korpus luteum selama plasenta belum mampu membentuk estrogen dan progesteron.
5. Merangsang plasenta sendiri untuk membentuk berbagai hormonnya.
6. Puncak tertingginya terjadi pada hari ke 60.

17. Bagaimana pertumbuhan dan pembentukan plasenta?

Jawab : Villi Choriae menghancurkan desidua dan pembuluh darah vena dan arterinya sehingga terjadi aliran langsung antara arteria dan vena dan menimbulkan retroplasental sirkulasi pada hari 14. Desidua dibagi menjadi sekitar 15-20 maternal coteledon. Septa yang berasal dari desidua yang tidak ikut dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 200 *foetal coteledon*. Batas desidua yang tidak dapat dihancurkan membentuk lapisan fibrinoid : Lapisan Nitabuch tempat plasenta lepas saat kala tiga.

18. Ceritakan bagaimana terjadinya retroplasental sirkulasi.

Jawab : Sirkulasi retroplasenta terjadi karena beberapa faktor:

1. Arteria spiralis mengalirkan darah dengan tekanan 70-80 mm Hg tegak lurus ke arah *foetal coteledon*
2. Tekanan darah vena sekitar 8-10 mm Hg.
3. Terdapat kelebaran di pinggir plasenta tempat penampungan darah : sinus marginalis.
4. Darah yang mengalir naik dari 300 ml pada minggu 20 menjadi 600 ml pada minggu 40.
5. Perbedaan tekanan arteria dan vena menimbulkan sirkulasi retroplasenta.

19. Apa saja fungsi dari plasenta?

Jawab : Fungsi plasenta adalah :

Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi

1. Sebagai alat pertukaran dan penyaluran nutrisi antara ibu ke janin.
2. Sebagai alat sekresi hasil metabolisme janin.
3. Berfungsi sebagai alat pernafasan.
4. Sebagai penyalur antibodi ke janin.
5. Sebagai sumber hormonal untuk perkembangan pertumbuhan serta mempertahankan janin intrauterin.
6. Sebagai sawar (*barrier*).

20. Bagaimana pertukaran nutrisi melalui plasenta?

Jawab : Cara masuknya bahan nutrisi melalui plasenta sebagai berikut :

1. Difusi biasa air, dan elektolit.
2. Secara enzimatik : glukosa, protein.
3. Secara pinositosis : albumin dan antibodi.

21. Sebutkan hormon yang dikeluarkan plasenta?

Jawab : Hormon yang dikeluarkan plasenta sebagai berikut :

1. Sel trofoblas mengeluarkan hormon *Human Chorionic Gonadotrophin* untuk mempertahankan corpus luteum.
2. Setelah minggu ke 16 plasenta mengeluarkan hormon yaitu :
 - *human chorionic gonadotropin*.
 - Estrogen.
 - Progesteron
 - Somatomammotrophin (laktogen plasenta).
 - Hormon lainnya seperti : *chorionic thyrotropin*.

22. Beberapa jumlah *liquor amnii* pada kehamilan normal?

Jawab : Jumlah sekitar 1000-1500 cc, tetapi jumlah sebenarnya untuk orang Indonesia belum dapat dipastikan.

23. Bagaimana komposisi air ketuban?

Jawab : Komposisi air ketuban sebagai berikut :

1. 98% air sehingga BJnya 1007-1008.
2. 2% bahan anorganik dan organik.
3. Organik adalah : rambuk lanugo, sel-sel epitel Albumin 2,6 gr%/liter, Lecithin dan Sphingomyelin, lipid dan fosfolipid.

24. Apa saja fungsi dari air ketuban itu?

Jawab : Fungsi air ketuban :

1. Melindungi janin dari trauma langsung.
2. Memberikan kesempatan janin untuk berkembang
3. Meratakan dan melindungi janin dari perubahan suhu.
4. Inpartu meratakan dan mengarahkan kekuatan his.
5. Saat ketuban pecah mensterilnya jalan lahir.

6. Melalui amniosintesis air ketuban, dapat dipakai bahan untuk menentukan kematangan paru, kelainan kongenital dan pemeriksaan lain.

25. Coba ceritakan sirkulasi janin intrauterin?

Jawab : Sirkulasi janin intrauterin dapat terjadi oleh karena beberapa faktor :

1. Foramen ovale.
2. 1. Vena umbilicalis
2. Arteria umbilicalis cabang a. hypogastrica interna.
3. Terdapat ductus venosus Arantii dan ductus arteriosus Botalli.
4. Paru-paru belum berkembang.

Jalannya sirkulasi:

1. Darah yang kaya dengan nutrisi melalui vena umbilicalis langsung masuk ductus venosus Arantii melalui vena cava inferior menuju atrium kanan.
2. Dari atrium kanan langsung masuk atrium kiri melalui foramen ovale, dari sini dipompa ke ventrikel kiri, dan terus melalui aorta ke seluruh tubuh.
3. Darah yang berada di atrium kanan sebagian ke ventrikel kanan dan langsung ke arteria pulmonalis. Oleh karena paru-paru belum berkembang, maka darah yang ada di arteria pulmonalis akan dialirkan ke aorta melalui ductus arteriosus Botalli.
4. Aorta bercabang menjadi arteria Hypogastrica Interna, mempunyai cabang yang mengalirkan darah menuju arteria umbilicalis.

26. Bagaimana sirkulasi bayi setelah kelahiran?

Jawab : Terjadi perubahan hemodinamik karena paru-paru berkembang.

1. Paru dapat menampung darah.
2. Terputusnya hubungan sirkulasi dengan plasenta dimana arteri dan vena umbilicalis tidak berfungsi lagi.
3. Tertutupnya foramen ovale, dan tidak berfungsinya ductus arteriosus Botalli.
4. Perubahan ini menuju sirkulasi orang dewasa.

27. Sebutkan hormon saat hamil yang menimbulkan perubahan !

Jawab : Hormon yang menimbulkan perubahan penting adalah :

1. Estrogen dan Progesteron.
2. Somatomammotrophin.
3. *Molanophore stimulating hormon.*

28. Bagaimana fungsi masing-masing hormon tersebut?

Jawab : 1. Kombinasi antara estrogen dan progesteron dapat menyebabkan hipertrofi dan hiperplasi uteri untuk menerima pertumbuhan dan perkembangan janin.

Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi

2. Somatomammotropin menimbulkan perubahan sel mamma sehingga terjadi pembuatan: kasein, laktoalbumin dan laktoglobulin.
3. *Melanophore stimulating hormon* menimbulkan hiperpigmentasi, *chloasma gravidarum*, *striae lividae*, *linea grisea*, dan hiperpigmentasi areola mammae.

29. Bagaimana bentuk panggul wanita?

Jawab : Bentuk panggul wanita adalah :

1. Ginekoid : hampir bulat, perbedaan antara diameter transversal-muka belakang tidak terlalu banyak.
2. Platipeloid : diameter transversal sangat panjang dibandingkan muka belakang.
3. Android: seolah olah membentuk dua segi tiga di mana dasarnya diameter transversal.
4. Anthropoid : Ukuran jarak muka belakang lebih panjang dari diameter transversal.

30. Bagaimana pembagian fungsional tulang pelvis?

Jawab : Secara fungsional tulang pelvis terbagi menjadi:

- false pelvis: yang berada di atas linea terminalis.
- true pelvis : yang berada di bawah linea terminalis dan merupakan bagian penting jalan lahir tulang.

31. Coba ceritakan tentang panggul sejati !

Jawab : Panggul sejati terdiri dari :

1. Pintu atas panggul :
 - promontorium
 - linea terminalis
 - symphysis pubis
 - ukuran pentingnya :
 - diameter transversal : 12,5-13 cm.
 - conyugata vera : 11 cm.
 - conyugata diagonalis : 12,5 cm.
 - conyugata obstetrica : 10,5 cm.
2. Pintu bawah panggul :

Terdiri dari dua segi tiga :

 - a. Alas Tuber Osis Oskii dengan arkus pubis.
 - b. Alas Tuber Osis Iskii dengan ujung os Sakrum.

32. Kepala merupakan bagian yang paling penting pada persalinan, bagaimana ukuran-ukurannya?

Jawab : Ukuran penting kepala sebagai berikut :

Penuntun Diskusi Obstetri & Obstetri Sosial

Persalinan	Jalan lahir Melalui	Panjang	Lingkaran	Hipomog
Bel Kepala Puncak	Sub Occ-Breg Occi-Front	. 9,5 11,76	32 34	Sub Occiput Pangkal hidung Os Frontalis
Dahi Muka	Occ-Mental Sub Men-Breg	13,50 9,50	35 32	Os Mandibula Os Thyroid

Diameter lainnya :

Diameter Biparietalis : 9,50 cm
Bitemporalis : 8 cm
Panjang bahu : 12 cm
Bokong : 12 cm

33. Bagaimana diagnosa kehamilan?

Jawab : Diagnosa kehamilan dapat ditetapkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan anamnesa.
2. Pemeriksaan tanda tidak pasti kehamilan
3. Pemeriksaan tanda pasti kehamilan
4. Pemeriksaan Ultrasonografi dan foto abdomen.
5. Pemeriksaan hasil biologis tes.

34. Apa tanda-tanda kehamilan tidak pasti itu !

Jawab : Tanda tanda kehamilan tidak pasti diantaranya :

1. Pembesaran perut penderita.
2. Hiperpigmentasi : dahi, muka, areola mama, dinding perut.
3. Kontraksi Braxton Hicks.
4. Tanda-tanda : Hegar, Chadwicks, dan Piscaseck, Ballotement.
5. Kenaikan temperatur basal badan.
6. Pemeriksaan tes kehamilan positif.

35. Bagaimana tanda-tanda pasti kehamilan?

Jawab : Tanda-tanda pasti kehamilan adalah :

1. Terasa, teraba gerak janin.
2. Terdengar detik jantung janin.
3. Pemeriksaan rontgen dan Ultrasonografi menunjukkan : kerangka, gerak dan denyut jantung janin.

36. Apakah yang dimaksud dengan pengawasan kehamilan?

Jawab : Pengertian *antenatal care* terdiri dari :

1. *Antenatal care* dalam arti luas.
2. *Antenatal* dalam arti sempit.

Antenatal dalam arti yang sempit, meliputi :

- Pengawasan ibu hamil.
- Pertolongan persalinan adekuat.
- Mempersiapkan pemeliharaan bayi
- Mempersiapkan pemberian laktasi.

Antenatal dalam arti yang luas :

- Mempersiapkan remaja untuk menjadi calon orang tua yang efektif.
- Meningkatkan pengertian bahwa keluarga sebagai masyarakat.
- Meningkatkan pengertian hubungan seksual yang sehat
- Menegakkan secara dini berbagai penyulit hamil atau penyakit yang menyertai kehamilan.
- Menetapkan kehamilan dengan resiko rendah,meragukan atau kehamilan dengan resiko tinggi.
- Menghilang faktor-faktor sosial dalam masyarakat yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi.

37. Bagaimana saudara melakukan anamnesa?

Jawab : Anamnesa dapat dilakukan sebagai berikut :

Trimester	Normal	Patologis
I	<ul style="list-style-type: none"> - tgl haid terakhir - <i>morning sickness</i> - emesis - nyeri epigastrium - kaki <i>kramp</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - hiperemesis gravidarum - perdarahan - nyeri perut - pengeluaran cairan - badan panas.
II	<ul style="list-style-type: none"> - gerak janin - napsu makan - kaki bengkak - nyeri epigastrium - pusing kepala - penglihatan kabur 	<ul style="list-style-type: none"> - gerakan janin menghilang - pengeluaran cairan - perdarahan - tanda <i>preeclampsia/eclampsia</i>
III	<ul style="list-style-type: none"> - gerak janin - napsu makan 	<ul style="list-style-type: none"> - gerak janin menghilang - perdarahan - pengeluaran cairan - badan panas. - keluhan <i>eclampsia/preeclampsia</i>.

38. Bagaimana memberikan nasehat tentang diet hamil?

Jawab : Pada dasarnya empat sehat lima sempurna.

Untuk wanita hamil sebaiknya tambahan protein sebanyak 0,5 gr/kg berat

badan, sehingga pertumbuhan janin lebih sempurna (kira-kira satu telur/hari).

39. Bagaimana dengan pemeriksaan fisik kehamilan?

Jawab: Pemeriksaan fisik kehamilan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan umum:
 - kesadaran penderita, tekanan darah, nadi, temperatur
 - pemeriksaan pernafasan
 - pemeriksaan jantung.
2. Pemeriksaan khusus *Obstetrics*:
 - 2.1. Inspeksinya: - chloasma gravidarum
 - hiperpigmentasi mamma
 - glandula Montgomery
 - striae lividae/alba
 - tingginya fundus uteri
 - gerak janin intrauterin
 - 2.2. Palpasi: - Leopold
 - Ahfeld
 - Budin
 - Kneble.
3. Auskultasi: pemeriksaan detik jantung janin.
4. Pemeriksaan Ultrasonografi:
 - umur kehamilan
 - kelainan kongenital
 - air ketuban
 - posisi janin dan jenis kelamin.
 - pelvimetri hubungan *cephalo-pelvis*.
5. Pemeriksaan foto abdomen.

40. Bagaimana tehnik pemeriksaan Leopold?

Jawab: Pemeriksaan Leopold dilakukan sebagai berikut:

1. Persiapan pemeriksaan:
 - Penderita tidur terlentang, dengan tangan di samping atau di atas kepala.
 - Kaki sedikit ditekuk sehingga dinding perut lebih kendur.
 - Perut dibuka seperlunya.
2. Tehnik pemeriksaan:
 - a. Leopold I: Kedua telapak tangan pada fundus uteri untuk menentukan:
 - tinggi fundus uteri
 - bagian apa yang ada di fundus pada letak membujur atau kosong pada letak lintang.

- b. Leopold II: Telapak tangan ke samping fundus untuk menentukan:
 - punggung janin pada letak bujur
 - kepala kanan/ kiri pada letak lintang.
- c. Leopold III: Tangan memegang bagian terendah di atas symphysis, menentukan kepala atau bokong.
- d. Leopold IV.: Pemeriksaan dilakukan menghadap kaki penderita kedua tangan di atas symphysis.
Bila bagian terendah masuk PAP melebihi lingkaran terbesar maka tangan akan divergen, sedangkan bila belum melalui lingkaran terbesar tangan akan konvergen.

41. Apakah yang dimaksud dengan hamil risiko rendah?

Jawab: Kehamilan risiko rendah adalah kehamilan yang tanpa penyulit saat hamil, persalinan seperti spontan, belakang kepala, aterm hidup, pada hamil kedua atau ketiga.

42. Yang bagaimana digolongkan kehamilan risiko tinggi?

Jawab: Termasuk kehamilan risiko tinggi:

1. Menurut Anamnesa:
 - Persalinan yang lalu dengan tindakan operasi.
 - Pernah abortus.
 - Mengalami infertilitas.
 - Bekas operasi pada uterus.
 - Umur kurang 20 tahun atau di atas 35 tahun.
2. Saat kehamilan:
 - 2.1. Hamil muda:
 - hyperemesis gravidarum
 - infeksi
 - perdarahan.
 - 2.2. Hamil trimester II:
 - *Preeclampsis/eclampsia*
 - perdarahan
 - persalinan prematur
 - infeksi
 - ketuban pecah
 - 2.3. Hamil trimester III:
 - *Preeclampsia/eclampsia*
 - Perdarahan antepartum
 - Infeksi
 - PRM
3. Saat inpartu:
 - persalinan dengan *Bad Obstetri Hystory*

- *Prolonged dan neglected labour*
- *foetal distress*
- *I.U.F.D.*
- *Ruptura uteri imminen/ruptura uteri*
- *Grandemultipara*
- *Suspect cephalo pelvic disproportion*
- *early rupture of membrane*
- *preeclampsia dan eclampsia.*

43. Apakah definisi kehamilan risiko tinggi?

Jawab: Kehamilan yang diperkirakan *outcome* ibu-bayinya akan mengalami morbiditas-mortalitas lebih tinggi sehingga memerlukan tindakan khusus, untuk mencapai hasil akhir yang memuaskan.

44. Apakah yang dimaksud dengan *Well Born Baby*?

Jawab: Persalinan yang dilakukan demikian rupa sehingga bayi mempunyai kesanggupan berkembang optimal secara mental maupun fisik.

45. Apakah konsekwensi persalinan *Well Born Baby*?

Jawab: Dengan berorientasi *Well Born Baby*. Untuk mendapatkan generasi yang optimal, maka rekomendasi dari persalinan:

1. Spontan *B*
2. *Outlet F.E. Vol E*
3. Seksio Sesarea.

46. Apa pemeriksaan Laboratorium saat hamil?

Jawab: Pemeriksaan Laboratorium yang diperlukan:

1. Trimester I: darah lengkap, tes hamil, urin lengkap.
2. Trimester II.: ulangan darah lengkap, urin lengkap.
3. Trimester III.: ulangan terakhir.

Tujuan pemeriksaan ini adalah:

- mencari anemia pada hamil
- mencari albuminuria
- mencari infeksi kehamilan.

47. Bagaimana his persalinan yang efektif?

Jawab: His efektif persalinan adalah:

1. Fundal dominan.
2. Simetris dengan koordinasi yang baik.
3. Resultante kekuatan menuju jalan lahir.
4. Amplitudo 40-60 mg Hg.
5. Interval antara 2-4 menit.
6. Durasi antara 60-90 detik.
7. Menimbulkan retraksi otot rahim untuk pembukaan serviks.

48. Apakah tanda dari akhir kala pertama?

Jawab: Tanda-tanda akhir kala pertama adalah:

1. Umumnya ketuban pecah
2. Penderita ingin mengejan
3. Anus mulai terbuka.

49. Bagaimana upaya agar kekuatan lebih efektif pada kala II?

Jawab: agar semua kekuatan ini dapat menjadi satu dengan resultante kala pengusiran dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Penderita disuruh menarik napas panjang dan menahan, sehingga diafragma berfungsi lebih baik.
2. Badan penderita dilengkungkan dengan dagu di dada, kaki ditarik ke arah badan sehingga lengkungan badan dapat membantu dorongan dan putar paksi dalam.
3. Dilakukan saat his dan mengejan.

50. Bagaimana menetapkan seorang penderita inpartu?

Jawab: seorang disebut inpartu bila terdapat:

- pembawa tanda
- terdapatnya his yang adekuat
- disertai perubahan progresif pada serviks.

51. Bagaimana pembagian waktu persalinan?

Jawab: Pembagian waktu persalinan adalah:

1. Kala I: sejak tanda inpartu sampai pembukaan lengkap.
2. Kala II: *Pengusiran*, sejak pembukaan lengkap sampai bayi lahir.
3. Kala III: *Kala uri*, sejak persalinan bayi sampai lahirnya plasenta.
4. Kala IV: sejak lahirnya plasenta sampai 2 jam *postpartum*.

52. Sebutkan pembagian kala satu dengan penyimpangan !

Jawab: Kala pertama terbagi menurut pembukaannya menjadi:

1. Fase laten: pembukaan nol sampai pembukaan 3 cm
 2. Fase aktif, dilatasi maksimal: dalam 2 jam pembukaan menjadi 9 cm.
 3. Fase deselerasi: dalam 2 jam pembukaan mencapai lengkap 10 cm.
- Beberapa penyimpangan adalah:

1. Fase laten memanjang: bila melebihi 8 jam.
2. Fase aktif memanjang: bila setelah pemeriksaan 2 jam kemajuan pembukaan tidak sesuai.
3. Fase aktif retraktif: pemeriksaan ulang 2 jam tidak ada kemajuan, pembukaan tetap.

53. Apa yang menyebabkan *reflex* mengejan?

Jawab: *Reflex* mengejan terjadi karena tekanan pada plexus Frankenhauser yang terdapat di dinding belakang dari serviks.

54. Bagaimana mekanisme persalinan normal?

Jawab: Mekanisme persalinan letak belakang kepala adalah:

1. *Engaged*: masuknya kepala ke PAP tanpa kekuatan his.
2. *Desensus*: masuknya kepala ke PAP karena kekuatan his disertai fleksi.
3. Putar paksi dalam: upaya penyesuaian kepala ke jalan lahir, sehingga subociput menjadi hypomoglion (*hipomoklion*).
4. Defleksi kepala: persalinan kepala dengan putaran pada *hipomoklion* sehingga lahir berturut UUB, dahi, hidung, muka dan kepala seluruhnya.
5. Putar paksi luar: menyesuaikan kepala sehingga Occiput berada tepat di tulang punggung.
6. Persalinan badan dibantu dengan menarik kepala ke bawah/ke atas untuk melahirkan bahu depan/ belakang dan mengait ketiak untuk melahirkan badan anak.

55. Bagaimana mekanisme pelepasan plasenta dari dinding uterus?

Jawab: Setelah persalinan kala II dinding uterus mengalami retraksi, dan plasenta tidak dapat mengikuti maka terjadilah pelepasan plasenta dari dinding uterus pada lapisan Nitabuch.

56. Beberapa macam pelepasan plasenta itu?

Jawab: Macam pelepasan plasenta adalah:

1. Secara Schultze: mulai dari tengah hingga plasenta lahir diikuti perdarahan.
2. Mathews-Duncan: mulai dari tepi terjadi perdarahan, kemudian diikuti plasenta lahir.
3. Kombinasi antara keduanya.

57. Bagaimana menetapkan plasenta telah lepas dengan inspeksi?

Jawab: Tanda plasenta lepas dapat ditetapkan melalui inspeksi bila terjadi:

- adanya perdarahan
- tali pusat bertambah panjang
- uterus terdorong keatas
- uterus lebih membulat.

58. Apa penyebab terjadinya putar paksi dalam?

Jawab: Faktor yang menyebabkan terjadinya putar paksi dalam adalah:

1. Faktor kepala janin:
 - bentuk kepala oval
 - persendian leher letaknya kearah occiput
 - persendian leher berbentuk *kogel*.

2.1. Faktor jalan lahir tulang:

- pintu atas panggul berputar 180° untuk menjadi pintu bawah panggul
- jalan lahir merupakan tabung melengkung ke depan.
- luas berbagai bidang jalan lahir tidak sama
- panjang jalan lahir depan 4,5 cm dan belakang 12,5 cm.

2.2. Jalan lahir lunak:

diafragma pelvis mengikuti jalan lahir seperti corong melengkung.

3. Kekuatan his dan mengejan.

59. Mengapa pada primigravida kepala sudah masuk PAP pada minggu ke 36?

Jawab: Kepala janin sudah masuk PAP pada minggu ke 36, karena:

1. Ketegangan dinding abdomen.
2. Ketegangan ligmentum rotundum.
3. Ketegangan diafragma.
4. Kontraksi Braxton Hicks.

60. Apakah sebab kepala belum masuk PAP minggu ke 36, pada primigravida?

Jawab: Sebab belum masuknya kepala ke pintu atas panggul pada minggu ke 36 pada primi gravida:

1. Kelainan pada janin:
 - lilitan tali pusat
 - tali pusat pendek
 - hydrocephalus.
2. Kelainan pada jalan lahir:
 - placenta previa/ letak rendah
 - kesempitan panggul
 - terdapat tumor sebagai penghalang.

61. Bagaimana sikap menghadapi kepala belum masuk PAP minggu 36 pada primi di Puskesmas?

Jawab: Bila dijumpai kasus tersebut di Puskesmas, penderita dianjurkan untuk:

1. Melakukan konsultasi ahli Obstetri
2. Dilakukan ultrasonografi atau foto abdomen
3. Persalinan di Rumah Sakit
4. Melakukan senam hamil.

62. Apa persiapan pertolongan persalinan normal?

Jawab: Alat yang disiapkan untuk persalinan normal adalah:

1. Dua klemp untuk persiapan memotong/pengikat tali pusat
2. Doek alas steril
3. Gunting tali pusat dan gunting episiotomi.
4. Gaas steril untuk membersihkan muka /mulut.

5. Kapas lidi untuk persiapan sterilisasi tali pusat dengan jodium, beta-din atau lainnya.
6. Kapas sublimat untuk pemeriksaan dalam
7. Dua pasang sarung tangan steril
8. Persiapan menjahit luka episiotomi
9. Sduit-lidokain untuk anestesi lokal
10. Anestesi umum: pentotal, ketalar Diprivan.

63. Bagaimana sikap pada kala I persalinan?

Jawab: Sikap memimpin persalinan kala I adalah:

1. Observasi his:
 - amplitudo
 - durasinya
 - intervalnya
 - intensitasnya
2. Pemeriksaan detik jantung janin:
 - frekwensi antara 120-140
 - regularitasnya
3. Pemeriksaan penurunan bagian terendah:
 - palpasi Leopold IV
 - pemeriksaan dalam
4. Menentukan lingkaran Bandle.

65. Apa yang dicari pada pemeriksaan dalam?

Jawab: Pada pemeriksaan dalam yang dicari adalah:

1. Vagina (kelainan vagina):
 - penyempitan
 - tumor
 - infeksi
2. Portio:
 - perlunakan
 - edema serviks
 - kekakuan serviks
 - pembukaan serviks.
3. Ketuban:
 - pecah atau utuh
 - bila pecah apakah jernih, keruh atau berwarna hijau.
4. Bagian terendah:
 - kepala – bokong
 - penurunan
 - posisi
 - penempatan rangkap.

5. Ukuran panggul:
 - terutama primigravida
 - penilaian sefalo-pelvik
6. Hal patologis:
 - adanya tumor-tumor pada jalan lahir yang dapat menghalangi persalinan.

66. Apa tujuan pemeriksaan dalam, pada kala I?

Jawab: Tujuan pemeriksaan dalam pada kala I adalah:

1. Kepastian tentang jalannya persalinan
2. Memperhitungkan waktu persalinan
3. Menentukan sikap dan menetapkan tindakan akhir.

67. Bagaimana menolong persalinan kala II?

Jawab: Pertolongan persalinan kala II:

1. Persiapan alat-alat selengkapnya.
2. Perhatikan tanda-tanda pembukaan lengkap:
 - ketuban pecah.
 - merangsang flexus Frankenhauser, sehingga ingin mengejan.
 - anus tampak terbuka.
3. Pengejan dipimpin.
4. Di luar his detik jantung janin didengar.
5. Bila kepala tampak dan membuat *crowning* 5 cm pada primigravida dan multi yang perineumnya kaku dilakukan episiotomi median atau mediolateral.
6. Untuk mengurangi perineum robek total atau bertambah, perineum ditahan dengan tangan kanan, sedangkan tangan kiri menahan kepala agar tidak terlalu cepat mengadakan fleksi.
7. Setelah kepala lahir seluruhnya dibiarkan untuk mengadakan putar paksi luar.
8. Selanjutnya kepala ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan ditarik ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
9. Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait guna melahirkan badan bayi
10. Setelah bayi lahir dan menangis dengan membersihkan jalan napas, tali pusat dipotong antara dua kocher/klemp dan dirawat.
11. Bayi diserahkan untuk dirawat.

68. Bagaimana pertolongan melahirkan plasenta?

Jawab: Persalinan plasenta ditunggu sehingga tampak tanda plasenta lepas. Untuk melahirkan plasenta dilakukan dorongan ringan secara Crede pada fundus uteri. Plasenta dilahirkan bersama membrannya. Waktu plasenta lepas tidak lebih dari 0,5 jam.

69. Apakah yang dimaksud dengan:
1. Retentio Placenta?
 2. Placenta Incarcerata?
 3. Placenta Rest?

Jawab :

1. Retentio Placenta: plasenta yang belum lepas setelah 0,5 jam sejak saat bayi lahir.
2. Placenta Incarcerata: plasenta telah lepas, tetapi belum lahir oleh karena kanalis servikalis tertutup.
3. *Placenta Rest*: tertinggalnya sebagian plasenta dalam cavum uteri.

70. Bagaimana mengetahui bahwa plasenta belum lepas dari Implantasinya?

Jawab: Untuk menentukan bahwa plasenta belum lepas dari implantasinya dapat dilakukan pemeriksaan:

1. Perasat Kustner: tali pusat ditegangkan, tekan symphysis, bila tali pusat naik berarti plasenta belum lepas.
2. Perasat Strassman: tali pusat ditarik, fundus uteri diketok, bila ketokannya terasa berarti plasenta belum lepas.
3. Perasat Klein:
Penderita disuruh mengedan, tali pusat turun dan bila mengedannya berhenti tali pusat tertarik kembali, berarti plasenta belum lepas.

71. Apa yang dimaksud dengan Kala IV itu?

Jawab: Kala IV adalah: waktu selama 2 jam setelah plasenta lahir.

Observasi:

1. Psikologis :
 - kesadaran penderita
 - kontak dengan perawat atau dokter
 - perubahan perasaan.
2. Pemeriksaan fisik:
 - kontraksi rahim
 - perdarahan
 - tekanan darah dan nadi kalau perlu temperaturnya.

72. Apa sebab perdarahan *post partum*?

Jawab: Perdarahan *postpartum* dapat disebabkan:

1. Atonia uteri
2. Placenta rest
3. Retentio placenta.
4. Robekan jalan lahir:
 - ruptura uteri
 - ruptura serviks
 - robekan vagina dan perineumnya.

73. Apakah yang dimaksud Involusi uteri?

Jawab: Involusi uteri adalah perubahan yang terjadi pada genitalia interna menuju kondisi normal.

74. Apa yang diperhatikan pada perawatan *postpartum*?

Jawab: Prinsip perawatan *postpartum* "*early mobilization*", untuk melancarkan proses involusi.

Yang perlu diperhatikan:

1. Pengawasan Psikologis:

- kesadaran dan perubahan perasaan

2. Perawatan fisik:

- *pemeriksaan mamma* : - puting susu
- pembengkakan
- colostrum.

- *pemeriksaan uterus* : - kontraksinya
- *after pain*
- tingginya fundus uteri.

- *pengeluaran lochea* : - rubra: --- 5 hari
- sanguinolenta: 6-10 hari
- alba setelah hari ke 10.

- *luka episiotomi* : - pembengkakan
- rasa nyeri
- pernanahan
- *wound dehiscence*.

75. Apa yang dimaksud dengan *Rooming In*?

Jawab: Maksud *Rooming In* adalah mengupayakan agar ibu dan bayinya dapat bersama dalam satu ruangan. Keuntungan:

1. Perawatan bayi oleh ibunya

2. Bayi selalu mendapat perlindungan yang baik

3. Bayi dapat disusui setiap waktu

4. Bayi dapat tidur bersama sehingga tidak banyak kehilangan panas badan.

5. Bayi mendapat perlindungan untuk kepentingan pertumbuhan kejiwaannya.

76. Apakah yang diperhatikan pada saat kala nifas?

Jawab: Kala nifas proses pulihnya genitalia Interna ke keadaan normal, dalam 6 minggu atau - 42 harinya. Karena itu pemeriksaan kala nifas ditujukan untuk mencari kelainan genitalia interna dengan melakukan pemeriksaan dalam dan pemeriksaan spekulum. Saat ini merupakan waktu yang tepat untuk Program Keluarga Berencana.

77. Apakah kepentingan pemeriksaan inspeculo pada kala nifas?

Jawab: Pemeriksaan inspeculo kala nifas penting untuk mencari kelainan yang terdapat pada serviks dan bila perlu dilakukan biopsi dan *PAP Smear*.

Penuntun Diskusi Obstetri & Obstetri Sosial

78. Bagaimana pengobatan bila dijumpai perlukaan pada serviks?

Jawab: Perlukaan serviks dapat diobati dengan:

- albothyl
- thermokauter
- cryosurgery
- mempergunakan sinar laser.

79. Bagaimana mempergunakan Apgar Score pada neonatus?

Jawab: *Apgar Score* adalah metode untuk mengukur bayi baru lahir.

Apgar Score menentukan rentangan antara 0-10.

- kurang 3 – *asphyxia* berat
- 4 - 6 – *asphyxia* sedang - ringan
- 7 - 10 – bayi normal.

80. Coba jelaskan lebih rinci bagaimana penerapan Apgar Score?

Jawab: Cara penerapan Apgar Score itu adalah:

Nilai	0	1	2
D.3 (DJJ):	Tidak ada	< 100	> 100
Napas	Tidak ada	Lemah/tak teratur	Baik/menangis
Otot	Lumpuh	Ekstremitas Fleksi sedikit	Gerak aktif
Rangsangan	–	Sedikit, mimik <i>grimace</i>	Batuk/bersin
Kulit	Pucat	Badan merah Extremitas biru	Seluruh tubuh merah
NB: Biasanya terdapat kombinasi sehingga rentangan angka antara: 7-10.			

81. Apakah yang dimaksud dengan *Hyperemesis Gravidarum*?

Jawab: *Hyperemesis Gravidarum* adalah emesis yang berlebihan sehingga dapat mengganggu pekerjaan sehari hari dan menimbulkan keadaan dehidrasi disertai penurunan kesadaran.

82. Apakah yang menyebabkan *Hyperemesis Gravidarum*?

Jawab: Penyebab *Hyperemesis Gravidarum*, tidak diketahui dengan pasti, hanya beberapa faktor dapat ditunjukkan:

1. Faktor psikologis: keretakan rumah tangga, takut hamil, belum siap jadi ibu.
2. Faktor *choriogonadotrophin* yang berlebihan: pada hamil ganda, mola hydatidosa dan kehamilan primi.

3. **Faktor organik: masuknya substans trophoblastik ke dalam sirkulasi ibu.**

83. Bagaimana patofisiologi *Hyperemesis Gravidarum*?

Jawab: Patofisiologi hyperemesis gravidarum adalah:

1. **Muntah yang berlebihan menyebabkan:**
 - hilangnya kalium
 - dehidrasi dan hemokonsentrasi darah
 - gangguan sirkulasi makanan dan O₂ ke dalam jaringan.
2. **Metabolisme glukosa yang tinggi dan metabolisme lemak yang tidak sempurna menimbulkan: badan keton dalam darah meningkat.**
3. **Dehidrasi: menimbulkan oliguria.**
4. **Hilangnya kalium: menyebabkan muntah bertambah.**
5. **Dapat mengganggu fungsi hepar.**

84. Bagaimana pembagian *hyperemesis gravidarum*?

Jawab: Pembagian *Hyperemesis Gravidarum* sebagai berikut:

- Tingkat I:**
- muntah berlebihan
 - terjadi 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 mungkin tampak:*
 - ensefalopati Wernicke yaitu:
 - Nistagmus
 - Diplopia
 - Perubahan mental.
 - muntah dapat disertai darah.

85. Bagaimana profilaksis *hyperemesis gravidarum*?

Jawab: Profilaksis *hyperemesis gravidarum* adalah:

Penuntun Diskusi Obstetri & Obstetri Sosial

- memberikan KIE tentang kehamilan
- aturan makan diubah
- *Antenatal Care* lebih intensif.

86. Bagaimana penanganan *hyperemesis gravidarum* di Rumah Sakit?

Jawab: 1. Isolasi penderita:

2. Terapi psikologis: mengurangi faktor psikologis yang menjadi latar belakang
3. Pengobatan:
 - cairan untuk menghilangkan dehidrasi:
 - glukosa 5 %
 - chloret
 - *Ringer Dextrose*
 - jumlah cairan 2,5-3 liter/24 jam.
 - Obat:
 - penenang
 - vitamin B kompleks
 - gizi cukup kalori dan protein.
 - Observasi:
 - tekanan darah, nadi, temperatur
 - jumlah cairan masuk dan ke luar
 - kesadaran dan kemampuan kontak
4. Melakukan gugur kandung:
Indikasi: - keadaan umum bertambah buruk
 - perdarahan pada retina
 - kesadaran menurun yaitu: apatis–somnolen sampai koma.

87. Bagaimana mengetahui *hyperemesis gravidarum* sembuh?

Jawab: *Hyperemesis gravidarum* dan sembuh bila:

1. Kesadaran membaik
2. Dehidrasi menghilang
3. Keluhan berkurang
4. Urin produksi bertambah
5. Badan Keton berkurang.

88. Bagaimana menegakkan diagnosa *Preeclampsia*?

Jawab: Diagnosa *Preeclampsia* dapat ditegakkan bila:

1. Terdapat kenaikan sistolik 30 mm Hg atau mencapai 140 mm Hg
2. Kenaikan diastolik sebanyak 15 mm Hg/ mencapai 90 mm Hg
3. Edema peningkatan berat badan lebih 0,5 kg/minggu
4. Proteinuria 0,3 gr/liter atau plus 1-2 yang berarti 1 gr/liter.

89. Bagaimana pembagian *Preeclampsia*?

Jawab: Pembagian *Preeclampsia* adalah: *Preeclampsia* ringan dan *Pre-eclampsia* berat.

90. Bagaimana gejala *Preeclampsia* berat?

Jawab: *Preeclampsia* berat, bila terdapat salah satu atau lebih gejala:

1. Tekanan sistolik 160 mm Hg atau lebih dan tekanan diastolik 110 mm Hg atau lebih
2. Proteinuria di atas 5 gr/24 jam/ plus 3-4 secara kualitatif
3. Oliguria, air kencing kurang dari 400 cc
4. Keluhan serebral berupa gangguan penglihatan, nyeri kepala atau nyeri pada epigastrium.
5. Edema paru-paru dapat disertai sianosis.

91. Bagaimana teori yang dapat menerangkan kejadian *preelampsia/eclampsia*?

Jawab: Teori yang diterima adalah: *Uteroplacental Ischemia region* yang menyebabkan masuknya substans trophoblastik ke dalam sirkulasi umum sehingga dapat merangsang kelenjar suprarenal untuk mengeluarkan: Angiotensin.

92. Dapatkah dikemukakan bagaimana syarat teori untuk dapat menerangkan gejala *preclampsia* dan *eclampsia*?

Jawab: *Preeclampsia-eclampsia* merupakan penyakit yang belum diketahui sebabnya sehingga banyak teori dikemukakan teori yang diterima harus dapat menerangkan:

1. Frekuensinya: bertambah pada primigravida, hydramnion, mola hydatidosa dan makin tua kehamilannya
2. Gejala berkurang dengan kematian janin intrauterin
3. Gejala dominan: hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

93. Perubahan apa yang terjadi pada hepar penderita *Preeclampsia* itu?

Jawab: Dengan hipertensi pada hepar dapat terjadi perubahan sebagai berikut:

- perdarahan subcapsuler-necrosis, menimbulkan rasa nyeri epigastrium.
- trombosis vena porta mengganggu fungsi hepar dan menimbulkan ikterus.

94. Gejala subyektif apa yang menjadi tanda utama *eclampsia*?

Jawab: Gejala subyektif utama menjelang *eclampsia*:

- Gangguan kesadaran apatis-somnolen-koma
- Nyeri kepala: frontal, diplopia atau penglihatan kabur
- Nyeri epigastrium, dan muntah akibat perdarahan subcapsuler dan gangguan fungsi hepar.

95. Bagaimana mencegah *preeclampsia*?

Jawab: *Antenatal care* merupakan upaya untuk mencegah dan mendiagnosa komplikasi kehamilan termasuk *preeclampsia* dan *eclampsia*.

Untuk pencegahan *preeclampsia* dilakukan:

1. *Antenatal care* teratur.
2. Memberikan nasehat tentang:
 - diet pantang garam, tinggi protein, vitamin, mengurangi lemak
 - istirahat berbaring memperbaiki kelancaran sirkulasi retroplasenta
 - bila terdapat gejala subyektif agar segera datang untuk konsultasi.

96. Bagaimana penanganan *preeclampsia* ringan?

Jawab: Penanganan *preeclampsia* ringan sebagai berikut:

1. *Antenatal care* diperpendek, sehingga setiap perubahan dapat ditetapkan.
2. Memberikan nasehat:
 - pantang garam untuk mengurangi edema
 - diet tinggi protein, rendah lemak
 - segera datang bila terdapat gejala subyektif.
3. Mencegah jangan terjadi *eclampsia* yang mempunyai komplikasi lebih berat.
4. Obat:
 - penenang: babilurat, valium
 - vitamin B kompleks
 - diuretik.

97. Bagaimana penanganan *preeclampsia* berat?

Jawab: Penanganan *preeclampsia* berat sebagai berikut:

1. Penderita ditempatkan dalam kamar tersendiri,
2. Pemasangan *Dauer kateter* sehingga jumlah urin dapat diukur selama 24 jam.
3. Pengobatan:
 - a. obat penenang: -barbiturat, valium, klorpromazin
 - b. cairan: glukosa 5% sekitar 2-3 liter/24 jam
 - c. obat antikonvulsi: - MgSO₄: 10 gr I.M.
- Valium
4. Anti hipertensi: dengan konsultasi ke Lab Ilmu Penyakit Dalam
5. Observasi yang dilakukan:
 - penggunaan MgSO₄: - *diuresisnya*,
 - *refleks patella*,
 - *pernapasan*.

Antidotum: kalsium klorida/kalsium glukonat.

Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi

- ukuran diuresis dan cairan yang masuk
- sianosis sesak nafas
- kesadaran penderita
- his, gerak janin dan detik jantung janin
- evaluasi hasil pengobatan: bila keadaan memburuk atau statis: terminasi kehamilan.

98. Di samping $MgSO_4$ apalagi yang dapat dipakai untuk pengobatan preeklampsia berat?

Jawab: Dapat dipergunakan *Lytic Cocktail* yaitu:

- petidin 100 mg
- klorpromazin 50 mg dan
- prometazin 50 mg, diberikan dengan infus intravena.

99. Bagaimana pemberian valium pada preeklampsia berat?

Jawab: Pemberian valium sebagai berikut:

1. dosis inisial diberikan 20 mg I.V.
2. infus glukosa 5% ditambah valium 10 mg
3. dosis valium maksimal sebanyak 120 mg/24 jam.

100. Apakah keuntungan pemberian valium?

Jawab: Keuntungan pemberian valium:

- mudah didapatkan
- mudah melakukan observasi
- tidak mengganggu janin.

101. Bagaimana kalau menemukan preeklampsia berat di Puskesmas?

Jawab: Bila menjumpai preeklampsia berat di Puskesmas sebaiknya dikirim ke RSUD, oleh karena sulit menangani dan kurangnya fasilitas dalam menghadapi komplikasi.

102. Bagaimana pengiriman penderita preeklampsia?

Jawab: Dalam perjalanan perlu persiapan sebagai berikut:

1. Diantar petugas kesehatan
2. Dipasang infus glukosa dengan valium.
3. Persediaan *partus set*
4. Persiapan: O_2 , antihipertensi, disertai surat keterangan selengkapnya tentang apa yang telah dilakukan
5. Dipasang *tongue spatel*.

103. Apakah keuntungan pemberian glukosa 5 % pada preeklampsia?

Jawab: Keuntungan adalah:

1. Sebagai nutrisi mengurangi metabolisme lemak dan protein

2. Meringankan beban pekerjaan hepar
3. Bersifat diuresis
4. Tidak menimbulkan trombosis.

104. Bila menemukan edema paru-paru bagaimana tindakannya?

Jawab: Bila terjadi edema paru-paru dapat diberikan glukosa 40 % sebanyak 10 cc IV.

105. Bagaimana gejala *eclampsia*?

Jawab: Gejala-gejala *eclampsia* adalah:

1. terdapat gejala *preeclampsia* berat
2. terdapat kejang-kejang atau koma.

106. Bagaimana bila menemukan *eclampsia* di Puskesmas?

Jawab: *Eclampsia* merupakan keadaan darurat Obstetri, oleh karena itu perlu dikirim ke RSU untuk tindakan spesialisasi.

107. Bagaimana persiapan pengiriman *eclampsia* itu?

Jawab: Persiapan:

1. Pasang infus glukosa 5% yang berisi valium 20 mg
 - pemasangan *dauer catheter*
 - persediaan *tongue spatel*
 - persediaan alat resusitasi dan O₂
2. Persediaan obat-obatan: valium, anti hipertensi, cairan glukosa
3. *Partus set* untuk pertolongan persalinan
4. Surat pengantar
5. Diantar petugas kesehatan.

108. Bagaimana penanganan *eclampsia* di Rumah Sakit?

Jawab: Tatalaksana penanganan *eclampsia* sbb:

1. Ditempatkan di kamar isolasi
2. Persediaan:
 - O₂, *tongue spatel*, kateter, *urobag*
 - obat: - *valium*
- *antihipertensi*
- *antipiretika*
3. Pengobatan:
 - infus glukosa 5%
 - *valium*
 - antibiotika
4. Observasi:
 - fisik: *tekanan darah, nadi, temperatur, keseimbangan cairan*
 - "psychis": *kesadaran penderita*

Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi

- obstetris: – *his*
– *gerak janin dan detik jantung*

5. **Konsultasi:**

- Laboratorium Interna, Kardiologi
- Laboratorium Mata
- Laboratorium Anestesi dan Laboratorium Patologi Klinik

6. **Pertimbangan pengakhiran kehamilan:**

1. *Tidak ada kemajuan pengobatan*
2. *Terdapat kriteria Eden.*

109. **Apa kemungkinan komplikasi *eclampsia*?**

Jawab: *Komplikasi Eclampsia* adalah:

1. *Kematian janin intrauterin*
2. *Solutio placenta*
3. *Acute vasculair accident*
4. *Acute heart failure*
5. *Edema paru.*

110. **Komplikasi apa yang menyebabkan kematian *Eclampsia*?**

Jawab: *Penyebab kematian pada eclampsia* adalah:

1. *acute vasculair accident*
2. *acute cardiac arrest*
3. *edema paru*
4. *perdarahan*

111. **Apa yang dimaksud kriteria Eden pada pengobatan *eclampsia*?**

Jawab: *Kriteria Eden* adalah kriteria untuk menentukan kegagalan pengobatan *eclampsia*:

1. *kejang-kejang melebihi 12 kali/24 jam*
2. *nadi di atas 120/menit*
3. *temperatur di atas 39° C*
4. *Kesadaran menurun.*

112. **Bagaimana tingkat konvulsi pada *eclampsia*?**

Jawab: *Konvulsi eclampsia* terdiri 4 tingkat:

1. **Tingkat aura-awal:**
 - *kelopak mata dibuka tanpa melihat*
 - *kelopak mata gemetar*
 - *tangan gemetar dan kepala diputar ke kiri atau ke kanan*
 - *berlangsung 30 detik*
2. **Tingkat kejang tonik 30 detik:**
 - *seluruh otot kaku, wajah kaku*
 - *tangan menggenggam dan kaki berputar ke dalam*

- pernapasan terhenti sehingga terdapat keadaan sianosis
 - lidah dapat tergigit.
3. **Tingkat kejang klonik: 1-2 menit:**
- spasme otot menghilang diganti kontraksi seluruhnya dalam waktu singkat
 - mulut terbuka tertutup sehingga lidah dapat tergigit
 - mulut mengeluarkan buih
 - mata melotot
 - muka kongestif dan tampak sianosis.
4. **Tingkat koma:**
- penderita jatuh dalam keadaan koma, dan lamanya bervariasi.

113. **Apa komplikasi konvulsi pada *eclampsia*?**

Jawab: Komplikasi konvulsi adalah:

1. **Tekanan darah makin meningkat dengan akibat:**
 - *solutio placenta*
 - *acute vasculair accident*
 - *acute cardiac arrest*
2. **Gangguan pernapasan dengan akibat:**
 - *asphyxia* sampai kematian intrauterin
 - kongesti paru dan sianosis
3. **Lidah tergigit**
4. **Trauma karena jatuh.**

114. **Bagaimana menerangkan kematian janin intrauterin pada *eclampsia*?**

Jawab: Kematian janin intrauterin dapat terjadi sebagai akibat dari:

1. **Tekanan darah yang meningkat menimbulkan spasma arterioli sehingga O₂ berkurang menuju retroplasenta sirkulasi terjadi *asphyxia* sampai kematian intrauterin.**
2. **Saat konvulsi: otot rahim mengalami spasma sehingga sirkulasi O₂ konsumsi berhenti sama sekali dan dapat menimbulkan *acute asphyxia* sampai kematian intrauterin.**

115. **Bagaimana tindakan obstetris pada *eclampsia*?**

Jawab: Tindakan Obstetris dilakukan dengan tujuan mengakhiri kehamilan untuk menghilangkan *ischemia uteroplacentair region*. Persalinan tergantung dari beberapa faktor.:

1. **Adanya keadaan kehamilan**
2. **Pembukaan yang terdapat pada serviks**
3. **Keadaan umum penderita.**

116. **Bagaimana tindakan untuk mengakhiri kehamilan?**

Jawab: Tindakan yang dapat dilakukan.

1. Induksi persalinan dengan *oxytocin drip*
2. Memecahkan ketuban
3. Mempercepat kala II dengan *forceps*
4. Melakukan Sectio Cesarea.

117. Komplikasi apa yang terjadi pada persalinan dengan *eclampsia*?

Jawab: Bahaya persalinan yang terjadi pada *eclampsia*.

1. Perdarahan sebagai akibat:
 - gangguan pembekuan darah
 - *solutio placenta*
 - robekan jalan lahir.
 - atonia uteri.
2. *Asphyxia neonatorum*:
 - *asphyxia* kronis intrauterin
 - akibat *solutio placenta*
 - akibat tindakan operatif obstetris
 - kematian neonatus.

118. Bagaimana memperkecil komplikasi persalinan *eclampsia*?

Jawab: Upaya memperkecil komplikasi persalinan *eclampsia*:

1. Persiapan yang cermat:
 - persediaan darah
 - uterotonika
 - persiapan pertolongan bayi
2. Tindakan pertolongan dilakukan secara legeartis
3. Observasi *postpartum* yang intensif.

119. Bagaimana menegakkan diagnosa *Hydramnion*?

Jawab: Dasar diagnosa *hydramnion* adalah:

1. Anamnesa: - perut membesar
 - sesak nafas
 - gerak janin terasa lemah.
2. Inspeksi : - tampak perut besar
 - perut lebih besar dari umur hamil.
3. Palpasi : - perut terasa tegang
 - fundus uteri tinggi
 - jumlah cairan.
 - janin sulit diraba.
 - *ballotement* berkesan luas
4. Auskultasi: detik jantung janin terdengar jauh
5. Pemeriksaan ultrasonografi:
 - tampak cairan yang banyak
 - kelainan kongenital.

120. Bagaimana komplikasi persalinan *hydramnion*?

Jawab: Saat ketuban pecah, derasnya air ketuban dapat menimbulkan:

- kelainan letak
- prolapsus funiculi
- *solutio placenta*.

121. Apa yang dimaksud dengan insertio vilamentosa tali pusat dan bagaimana gejala klinisnya?

Jawab: 1. Yang dimaksud dengan insertio vilamentosa adalah insertio tali pusat pada membran di luar plasenta

2. Gejala klinisnya:

2.1. Tidak ada kelainan sebelum ketuban pecah.

2.2. Saat ketuban pecah pembuluh darah dapat pecah, terjadi gejala klinis:

- ketuban pecah disertai perdarahan
- diikuti tanda *fetal distress*.

122. Apakah yang dimaksud dengan perdarahan antepartum?

Jawab: Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada Trimester III atau umur hamil di atas 28 minggu atau berat janin di atas 1000 gram.

123. Terdiri dari apa saja perdarahan antepartum?

Jawab: Yang tergolong perdarahan antepartum:

1. *Placenta previa*
2. *Solutio placenta*
3. Perdarahan sinus marginalis.

124. Sebutkan kemungkinan perdarahan pada kehamilan?

Jawab: Perdarahan pada kehamilan dapat disebabkan oleh:

1. Perdarahan yang tidak ada hubungan dengan kehamilan:

- polip serviks
- polip endometrium
- pecahnya varises vagina
- perlukaan pada portio uteri

2. Perdarahan yang ada kaitannya dengan kehamilan:

2.1. hamil muda:

- abortus
- *ectopic pregnancy*
- mola hydatidosa/chorioCa

2.2. Hamil pertengahan:

- persalinan prematuritas

2.3. Hamil tua (Trimester III):

- *placenta previa*

- *vasa previa*
- *solutio placenta*
- pecahnya sinus marginalis.

125. Bagaimana gejala klinis *placenta previa*?

Jawab: Perdarahan yang terjadi pada trimester III tanpa rasa sakit.

126. Bagaimana mekanisme perdarahan *placenta previa* terjadi?

Jawab: Kontraksi Braxton Hicks pada kehamilan menyebabkan retraksi otot rahim, tetapi plasenta tidak dapat mengikuti pembentukannya, sehingga sebagian plasenta terlepas dan menimbulkan perdarahan. Kontraksi terjadi malam hari, sehingga perdarahannya sering terjadi saat tidur.

127. Bagaimana pembagian klinis *placenta previa* itu?

Jawab: Berdasarkan pemeriksaan *placenta previa* terbagi atas:

1. *Placenta previa totalis*: bila seluruh pembukaan tertutup oleh plasenta. Salah satu bentuknya: *placenta previa sentralis*.
2. *Placenta previa partialis*: bila pembukaan hanya sebagian tertutup plasenta.
3. *Placenta previa marginalis* bila hanya tepi pembukaan tertutup oleh plasenta.
4. *Plasenta letak rendah*: bila jari yang dimasukkan ke kanalis serviks dapat meraba tepi bawah plasenta.

128. Bagaimana menegakkan diagnosa *placenta previa*?

Jawab: Diagnosa *placenta previa* dapat ditegakkan berdasarkan

1. Anamnesa: perdarahan tanpa rasa sakit.
2. Akibat perdarahan:
 - a. Ibunya: perubahan kardiovaskuler:
 - tekanan darah, nadi bervariasi antara normal sampai *shock*
 - KU bervariasi antara kesan normal, anemik dan tampak sakit
 - Kesadaran bervariasi dari normal sampai somnolen atau koma
 - b. Pada janin:
 - tergantung dari seberapa jumlah darah yang hilang dan seberapa bagian plasenta telah lepas.
 - dapat terjadi *asphyxia* ringan sampai kematian intrauterin.
3. Pemeriksaan:
 - a. Pemeriksaan umum:
 - kesadaran bervariasi, kesan baik sampai somnolen, atau koma
 - tekanan darah dapat normal sampai *shock*
 - nadi dapat sedikit meningkat dari normal (*tachycardia*)
 - tampak terjadi perdarahan ringan—sedikit sampai banyak, disertai gumpalan darah.



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

132. Bagaimana gejala utama *solutio placenta*?

Jawab: Gejala utamanya adalah:

1. Perdarahan disertai rasa sakit nyeri
2. Tergantung dari luasnya plasenta yang lepas dapat diikuti *fetal distress* sampai kematian janin intrauterin
3. Disertai gejala klinik yang ringan sampai keadaan yang serius.

133. Bagaimana pembagian *solutio placenta* itu?

Jawab: Pembagian *solutio placenta* adalah:

1. *Solutio Placenta* ringan:
 - terdapat rasa sakit ringan
 - terdapat perdarahan sedikit
 - tanpa gangguan pada ibu dan janinnya
 - plasenta lepas $< 1/5$, Fibrinogen > 250 mg %.
2. *Solutio Placenta* sedang:
 - terdapat perdarahan sedang
 - palpasi bagian janin masih dapat teraba
 - disertai *fetal distress*
 - dapat disertai gangguan pembekuan darah
 - plasenta lepas kurang dari $1/3$ nya.
3. *Solutio Placenta* berat:
 - perut tegang dan nyeri
 - bagian janin sukar diraba atau telah mati
 - janin *asphyxia* berat sampai *IUFD*
 - penderita jatuh dalam keadaan *shock*
 - plasenta lepas lebih dari $2/3$ bagian
 - Fibrinogen rendah: gangguan pembekuan darah.

134. Bagaimana diagnosa *solutio placenta*?

Jawab: Diagnosa *solutio placenta* dapat ditegakkan:

1. *Solutio placenta* ringan dijumpai secara kebetulan setelah bayi lahir di mana terdapat bekuan darah retroplasenta.
2. *Solutio Placenta* sedang dapat diduga dengan anamnesa, pemeriksaan palpasi, auskultasi, dan pemeriksaan ultrasonografi.
3. *Solutio Placenta* berat:
 - Anamnesa:
 - trauma langsung (mendadak)
 - perdarahan
 - Abdomen:
 - tegang, nyeri dan kaku
 - palpasi janin sukar teraba
 - *IUFD*

- Keadaan umum:
 - tampak sakit
 - anemis
 - tekanan darah rendah sampai shock.

135. Sebutkan salah satu bentuk *solutio placenta*?

Jawab: Salah satu bentuk *solutio placenta* berat adalah *couvelair uterus*, di mana darah retroplasenta masuk secara infiltrasi ke otot uterus sehingga mengganggu kontraksi, menimbulkan atoni uteri.

136. Apa komplikasi *solutio placenta*?

Jawab: Komplikasi *solutio placenta* adalah:

1. Perdarahan: - Atonia Uteri
- Gangguan pembekuan darah.
2. Pembekuan Intravaskuler:
 - mengganggu fungsi ginjal menyebabkan oliguria,
 - hipofibrinogenemia menyebabkan gangguan pembekuan darah
3. *Shock* yang tidak sesuai dengan jumlah perdarahan
4. *Intra uterine fetal death*.

137. Bagaimana penatalaksanaan *solutio placenta*?

Jawab: Karena perdarahan merupakan masalah vital maka penanganan *solutio placenta* berat adalah:

1. Pemasangan infus dan persiapan darah
2. Pemeriksaan darah lengkap, jumlah fibrinogen
3. Diberikan fibrinogen untuk mengatasi gangguan pembekuan darah
4. Pada *solutio placenta* sedang dan berat:
 - memecahkan ketuban
 - induksi persalinan dengan *drip oxytocin*
 - pertimbangan SC dan disertai Hysterectomi
5. Perhatikan komplikasi perdarahan *postpartum*
6. Ukur produksi urin untuk memonitor fungsi ginjal.

138. Bagaimana bila menemukan *solutio placenta* di Puskesmas?

Jawab: *Solutio Placenta* merupakan kasus yang berat dan memerlukan penanganan yang spesialis, segera dikirimkan ke RS yang mempunyai fasilitas.

139. Bagaimana bila menemukan kasus dengan kecurigaan *solutio placenta* di Puskesmas?

Jawab: Sebaiknya dikirim ke rumah sakit dengan fasilitas yang lebih lengkap karena kemungkinan akan dilakukan *sectio caesarea* sehingga janin dan ibunya dapat diselamatkan.

140. Dapatkah menegaskan kemungkinan kehamilan ganda?

Jawab: Kemungkinan kehamilan ganda dapat diduga berdasarkan:

1. Anamnesa:
 - perut cepat membesar
 - emesis gravidarum menjadi hyperemesis gravidarum
 - gejala *preeclampsia* makin cepat terjadi
 - terasa gerakan janin di berbagai tempat.
2. Pemeriksaan Palpasi:
 - teraba dua kepala yang letaknya berdekatan atau kepala dan bokong
 - teraba tiga bagian besar
 - sering disertai Hydramnion.
3. Auskultasi:
 - terdengar dua punction maksimum detik jantung dengan perbedaan sekitar 10 denyut/detik.
4. Ultrasonografi dan foto abdomen:
 - terdapat dua kepala atau dua bokong.

141. Apa saja penyulit kehamilan ganda?

Jawab: Penyulit kehamilan ganda adalah:

1. Hamil muda:
 - emesis gravidarum dapat menjadi hyperemesis gravidarum
 - kejadian *preeclampsia-eclampsia* semakin tinggi
 - dapat menjadi hydramnion.
2. Hamil tua:
 - dapat terjadi pertumbuhan janin yang tak seimbang
 - *overdistended* abdomen sehingga menimbulkan sesak napas
 - sering terjadi *placenta previa*
 - berat janin tidak sesuai dengan tuanya hamil.
3. Inpartu:
 - *prolonged labour* karena inertia uteri jernih
 - dapat terjadi *interlocking*
 - *prolonged active phase* sehingga persalinan berlangsung lama
 - dapat terjadi *early rupture of membrane*
 - bayi lebih kecil-prematur
 - sering memerlukan tindakan operasi persalinan.
4. Postpartum:
 - *retentio placenta.*
 - atonia uteri
 - *placenta rest.*



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



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

152. Menurut pengamatan anemia yang mana sering terjadi pada kehamilan?

Jawab: Anemia yang sering terjadi: anemia jenis defisiensi Fe.

153. Apakah yang dapat menyebabkan anemia defisiensi Fe di Indonesia?

Jawab: Sebab-sebab terjadi anemia defisiensi Fe adalah:

1. Kekurangan Fe, protein dan vitamin
2. Ibu hamil menderita infeksi parasit
3. Rendahnya sosial ekonomi dan kultur masyarakat mentabukan ibu hamil pada makanan.

154. Bagaimana bila anemia dijumpai di Puskesmas?

Jawab: Bila anemia dijumpai di Puskesmas dapat dilakukan:

1. Memberikan KIE tentang perlunya Fe saat hamil
2. Memberikan preparat Fe
3. Memberikan contoh makanan yang sehat
4. Memberikan petunjuk kepada petugas kesehatan lapangan untuk melakukan kunjungan rumah
5. Pada infeksi parasit setelah persalinan diberikan pengobatan.

155. Bagaimana sikap berhadapan dengan bayi Makrosomia?

Jawab: Bayi makrosomia adalah bayi yang beratnya di atas 4000 gr, sehingga kemungkinan ibunya mempunyai diabetes subklinik atau diabetes melitus.

Oleh karena itu diperlukan tindakan:

1. untuk anaknya dilakukan observasi dan pemeriksaan gula darah
2. untuk ibunya dilakukan pemeriksaan tes toleransi glukosa, sehingga kepastian DM dapat ditetapkan.

156. Apa pengaruh kehamilan terhadap Diabetes Melitus?

Jawab: Pengaruh kehamilan terhadap D.M. adalah:

1. Keadaan prediabetes dapat menjadi menifes dan pengobatan sulit dikendalikan pada kehamilan, karena berbagai faktor:
 - emesis gravidarum-hyperemesis gravidarum
 - pemakaian glukosa makin tinggi
 - sebagian insulin pancreas ibu dimusnahkan oleh insulinase plasenta
 - pancreas janin dan kelenjar suprarenal mulai berfungsi untuk dapat menambah kekurangan insulin ibu.
 - khasiat insulin saat hamil berkurang, karena pengaruh *chorionic somatomamotrophin hormone*.
2. Saat inpartu: pemakaian glukosa makin besar sehingga dapat terjadi hipoglikemia ibu.



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



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

167. Bagaimana sifat his inpartu itu?

Jawab: Sifat his inpartu adalah:

1. Fundal dominan.
2. Mempunyai sifat koordinasi yang baik, sehingga kekuatan tertuju ke arah jalan lahir.
3. Setelah his, otot fundus uteri tidak kembali ke dalam bentuk semula tetapi tetap memendek, sehingga bagian bawah mengalami kerengangan dan membentuk segmen bawah rahim.
4. Resultante: terjadi dorongan janin ke arah jalan lahir.

168. Bagaimana sifat his Braxton Hicks?

Jawab: Sifatnya: kontraksi lemah dan terjadi di seluruh otot rahim sehingga tidak terdapat resultante untuk mendorong janin ke arah jalan lahir.

169. Faktor apa yang menyebabkan terjadinya proses persalinan?

Jawab: Faktor yang dapat menimbulkan atau berperan dalam proses persalinan adalah: (tiga P)

1. *Power*: kekuatan his dan mengejan
2. *Passage*: jalan lahir tulang dan lunak
3. *Passenger*: janin dan plasenta.

Bila kerja sama 3P baik akan terjadi persalinan *eutocia*, sedangkan bila tidak, akan terjadi persalinan *dystocia*.

170. Apa yang diketahui tentang inersia uteri?

Jawab: Inertia uteri dapat dibagi dua yaitu:

1. Inertia uteri primer: bila his lemah sejak semula persalinan.
2. Inertia uteri sekunder: his lemah terjadi setelah terdapat his adekuat saat persalinan.

171. Apa yang dimaksud dengan persalinan presipitatus?

Jawab: Persalinan presipitatus adalah persalinan yang berlangsung dalam waktu kurang dari tiga jam.

172. Apa bahaya persalinan presipitatus?

Jawab: Persalinan yang berlangsung cepat ini menimbulkan bahaya:

1. Untuk ibunya:
 - robekan jalan lahir serviks, vagina dan perineum
 - dapat terjadi inversio uteri
 - perdarahan
2. Untuk anaknya:
 - perdarahan otak
 - dapat terjadi *asphyxia* sampai kematian
 - dapat terjadi trauma.

173. Apa pengertian tentang *Life Born* dan *Well Born*?

Jawab: *Life Born Baby* adalah pengertian di mana sudah puas bila dapat menyerahkan bayi dalam keadaan hidup.

Well Born Baby: kelahiran bayi sehat optimal untuk dapat berkembang sebagaimana mestinya.

174. Bagaimana mekanisme persalinan letak sungsang?

Jawab: Terdapat tiga mekanisme persalinan/kelahiran, yaitu: bokong, bahu, dan kepala merupakan bagian yang paling besar serta tidak mempunyai mekanisme *moulage*.

Mekanismenya:

- bokong: trochanter depan sebagai hypomoclion
- bahu: bahu depan sebagai hypomoclion
- kepala: subocciput sebagai hypomoclionnya.

175. Bagaimana perkembangan pendapat tentang persalinan letak sungsang itu?

Jawab: Terdapat dua pendapat tentang persalinan letak sungsang yaitu:

1. Konservatif: bila terjadi kesulitan baru dipikirkan tindakan operatifnya.
2. Aktif SC:
 - Mengingat bahaya persalinan letak sungsang pada kemacetan kepala
 - Agar semua bayi lahir *well born*
 - Bahaya SC tidak berarti karena perkembangan ilmu kedokteran.

176. Bagaimana mendiagnosa letak sungsang?

Jawab: Dasar diagnosa letak sungsang adalah:

1. Letak membujur, pada fundus uteri terdapat kepala
2. Detik jantung janin di daerah pusat
3. Di atas symphysis teraba bokong
4. Diagnosa pasti dengan rontgen atau ultrasonografi.

177. Bagaimana mendiagnosa letak lintang?

Jawab: Diagnosa letak lintang ditegakkan berdasarkan palpasi:

1. Fundus atau symphysis kosong
2. Kepala teraba di kanan atau di kiri.
3. Detik jantung janin sekitar umbilicus
4. Diagnosa pasti dengan rontgen atau ultrasonografi.

178. Bagaimana pertolongan persalinan letak lintang dilaksanakan?

Jawab: Persalinan letak lintang dilaksanakan:

1. Anak hidup aterm:



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



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



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



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

Penuntun Diskusi Obstetri dan Ginekologi

- IUFD
- emboli air ketuban.

199. Apa sebab terjadinya atonia uteri?

Jawab: Atonia uteri dapat terjadi karena:

1. Kelelahan uterus pada *prolonged* dan *neglected labour*.
2. Grandemultipara
3. *Overdistention uterus*:
 - gemelli
 - hydramnion
 - anak besar di atas 4000 gram
4. Pada persalinan *postoperatif*.

200. Faktor apa menyebabkan perdarahan *postpartum* saat kehamilan?

- Jawab:
1. Grandemultipara
 2. Anemia gravidarum
 3. Pertolongan persalinan yang tidak adekuat.

201. Bagaimana sikap bila menjumpai atonia uteri di Puskesmas?

Jawab: Hal-hal yang dapat dilakukan di Puskesmas:

1. Pemasangan infus dan pemberian oxytocin
2. Melakukan masage uterus
3. Melakukan perasat menurut Eastman yaitu fundus uteri dilipat, satu tangan dalam vagina, satu tangan pada fundus uteri.
4. Segera dikirim ke RS dengan fasilitas untuk tindakan lebih lanjut.

202. Bagaimana bila menjumpai *Retentio Placenta* di Puskesmas?

Jawab: *Retentio placenta* dapat dalam bentuk:

1. Disertai perdarahan aktif, dilakukan plasenta manual dan diberikan utero tonika dan pemasangan infus
2. *Retentio placenta* tanpa perdarahan aktif, pemasangan infus dikirim ke RS untuk mendapat pertolongan yang adekuat.

203. Mengapa *retentio placenta* tanpa perdarahan aktif dikirim ke RS?

Jawab: *Retentio placenta* tanpa perdarahan aktif perlu dikirim ke RS karena:

1. Sudah anemis sehingga memerlukan transfusi darah
2. Tambahan perdarahan dapat mengakibatkan keadaan yang lebih serius
3. Mungkin yang dihadapi: *placenta acreata, increta, percreta*, sehingga plasenta manual di Puskesmas cukup bahaya
4. Kelainan perlekatan plasenta: memerlukan tindakan lebih lanjut, misalnya *kurettag* atau *hysterectomi*



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

Seringkali para mahasiswa mengeluh karena kesulitan dalam menempuh masa kepaniteraan klinik, terutama dalam menghadapi masa ujian praktik. Kesulitan tersebut dapat berkisar dari kurangnya wawasan pemahaman ilmu, terbatasnya sumber bacaan yang tersedia di toko buku maupun perpustakaan, atau juga mendesakny waktu yang tersedia untuk lebih memahami pengalaman praktik di klinik.

Buku ini ditulis oleh seorang Guru Besar dengan pengalaman yang luas dan banyak dalam hal pengajaran obstetri dan ginekologi di salah satu Universitas negeri di Indonesia. Tujuan beliau, adalah untuk membantu para mahasiswa dalam mengatasi kesulitan dalam masa kepaniteraan klinik. Spektrum diskusi ditampilkan, dengan harapan agar mahasiswa diberi bekal sebanyak mungkin untuk memahami seluas mungkin bahan-bahan bacaan utama yang telah dipelajarinya.

Bidang yang dicakup meliputi obstetri fisiologi, patologi, dan sosial, serta ginekologi. Cara penyajian diberikan secara bervariasi sehingga dapat mempermudah mahasiswa mendapatkan keluasan ilmu yang dipelajarinya. Selain para mahasiswa kedokteran, mungkin juga para residen obstetri dan ginekologi dapat memanfaatkan buku ini.



ISBN 979-448-222-6