



ILMU OBSTETRI & GINEKOLOGI

Untuk Kebidanan

Pebri Warita Pulungan ▪ Samsider Sitorus ▪ Riza Amalia
Belet Lydia Ingrid ▪ Julietta Hutabarat ▪ Sulfianti
Dina Dewi Anggraini ▪ Martina Pakpahan ▪ Fajaria Nur Aini
Wahyuni ▪ Apriza ▪ Marlynda Happy Nurmalita Sari



ILMU OBSTETRI & GINEKOLOGI

Untuk Kebidanan

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan

Penulis:

Pebri Warita Pulungan, Samsider Sitorus, Riza Amalia
Belet Lydia Ingrid, Julietta Hutabarat, Sulfianti
Dina Dewi Anggraini, Martina Pakpahan, Fajaria Nur Aini
Wahyuni, Apriza, Marlynda Happy Nurmalita Sari

Penerbit Yayasan Kita Menulis

Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2020

Penulis:

Pebri Warita Pulungan, Samsider Sitorus, Riza Amalia
Belet Lydia Ingrid, Julietta Hutabarat, Sulfianti
Dina Dewi Anggraini, Martina Pakpahan, Fajaria Nur Aini
Wahyuni, Apriza, Marlynda Happy Nurmalita Sari

Editor: Alex Rikki

Desain Sampul: Tim Kreatif Kita Menulis

Sampul: pexels.com

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

Pebri Warita Pulungan, dkk.

Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan

Yayasan Kita Menulis, 2020

xiv; 200 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-6761-46-5

Cetakan 1, Oktober 2020

- I. Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
ijin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Taraf kesehatan perempuan Indonesia masih memprihatinkan seperti tercermin dari tingginya angka kesakitan dan angka kematian ibu maupun perinatal. Disadari bahwa kesehatan perempuan merupakan kondisi yang mutlak harus diperhatikan, karena dari perempuan yang sehat akan lahir generasi mendatang yang sehat sehingga mampu menjadi tumpuan harapan bangsa Indonesia untuk bersaing di antara bangsa di dunia terutama dalam era globalisasi.

Dengan rasa puji syukur kami panjatkan ke hadapan Tuhan Yang Maha Esa, karena atas anugerah-Nya kami dapat merampungkan penyusunan buku Ilmu Obstetri dan Ginekologi untuk Kebidanan. Ilmu kedokteran Obstetri dan Ginekologi merupakan ilmu yang dinamis dan senantiasa berkembang pesat. Untuk itu, adalah kewajiban bagi para klinisi untuk terus mengikuti perkembangan tersebut dan meningkatkan pengetahuan. Peran dokter dan bidan memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan paripurna bagi seorang wanita yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya saat tidak hamil ataupun di masa hamil, bersalin atau nifas. Baik yang bersifat preventif (pencegahan terhadap penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit) dan rehabilitatif (perbaikan kelainan yang timbul) pada alat reproduksinya.

Kami berharap, buku ini dapat menjadi sarana bagi para dokter umum, sejawat bidan dan mahasiswa kebidanan untuk berbagi pengetahuan terkini tentang ilmu obstetri dan ginekologi. Buku ini disusun oleh para tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman dan kompetensi ilmu kebidanan, dan memuat materi terkini pada topik masing-masing. Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi dalam pelayanan obstetri dan

ginekologi di tingkat primer yang sesuai dengan bukti klinis yang terbaru (evidence based medicine).

Topik-topik yang kami pilih di dalam buku ini didasarkan pada prioritas kasus yang banyak dihadapi oleh dokter umum dan bidan di layanan primer. Akhir kata, kami sangat berharap dan akan sangat berbahagia bila buku ini bermanfaat bagi yang membacanya.

Akhirnya penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun buku ajar ini. Mengingat ketidaksempurnaan buku ajar ini, penulis berterima kasih atas berbagai masukan dan kritikan demi kesempurnaan buku ajar ini dimasa yang akan datang.

Medan, 21 Oktober 2020

Penulis
Pebri Warita Pulungan, dkk

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Lingkup Komplikasi Kebidanan

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Tingkat Kematian Ibu Hamil.....	2
1.3 Penyebab Kematian Ibu Hamil	3
1.4 Komplikasi Kebidanan.....	4
1.5 Peran Petugas Kesehatan	6

Bab 2 Komplikasi Kehamilan

2.1 Pendahuluan.....	9
2.2 Komplikasi Kehamilan	10
2.2.1 komplikasi Pada Trisemester pertama (I)	10
2.2.2 Komplikasi Kehamilan pada Trimester Kedua (II).....	14
2.2.3 Komplikasi kehamilan di trimester ketiga (III)	19

Bab 3 Komplikasi Persalinan

3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Komplikasi Persalinan Kala I dan II	29
3.2.1 Malposisi	29
3.2.2 Malpresentasi	31
3.3 Komplikasi Persalinan Kala III dan IV.....	35
3.3.1 Perdarahan Post Partum.....	35
3.3.2 Inversio Uteri.....	42
3.3.3 Syok Obstetrik.....	42

Bab 4 Komplikasi Nifas

4.1 Pendahuluan.....	43
4.2 Perdarahan Postpartum	45
4.2.1 Definisi	45
4.2.2 Insiden	45

4.2.3 Faktor risiko	46
4.2.4 Manifestasi klinik	48
4.2.5 Klasifikasi perdarahan postpartum	49
4.3 Eklampsia Postpartum	50
4.3.1 Definisi	50
4.3.2 Insiden	50
4.3.3 Etiologi	50
4.3.4 Faktor risiko	51
4.4 Infeksi Postpartum	53
4.4.1 Definisi	53
4.4.2 Insiden	53
4.4.3 Etiologi	53
4.4.4 Faktor Risiko	54
4.5 Gangguan Psikologis Postpartum	54
4.5.1 Postpartum blues	54
4.5.2 Depresi Postpartum	55

Bab 5 Kedaruratan Obstetric

5.1 Pendahuluan	57
5.2 Kedaruratan Obstetric pada Kehamilan	58
5.2.1 Kehamilan Ektopik Terganggu (KEK)	58
5.2.2 Abortus	60
5.2.3 Pre Eklampsia	61
5.2.4 Plasenta Previa	62
5.2.5 Solusio Plasenta	64
5.3 Kedaruratan Obstetric pada Persalinan	67
5.3.1 Atonia Uteri	67
5.3.2 Retensio Plasenta	69
5.4 Kedaruratan Obstetric pada Nifas	70
5.4.1 Infeksi Payudara	70
5.5 Kedaruratan Obstetric pada Bayi Baru Lahir	70
5.5.1 Asfiksia Neonatal	70

Bab 6 Gangguan Psikologis dalam Kebidanan

6.1 Pendahuluan	73
6.2 Masalah Psikologi Masa Remaja	74
6.3 Perubahan dan Gangguan Psikologis pada Masa Kehamilan	78
6.4 Perubahan Psikologis pada Masa Persalinan	81
6.5 Gangguan Psikologis pada Masa Nifas	83

6.6 Masalah Psikologis pada Bayi dan Anak	84
6.7 Masalah Psikologis yang Berhubungan dengan Menopause.....	87

Bab 7 Ruang Lingkup Ginekologi dan Jenis Kelainan dalam Sistem Reproduksi

7.1 Ruang Lingkup Ginekologi	91
7.2 Jenis Kelainan dalam Sistem Reproduksi.....	92
7.2.1 Kelainan Menstruasi.....	92
7.2.2 Kelainan Bawaan pada Alat Genital	95
7.2.3 Kelainan Letak Alat Genital	96
7.2.4 Kelainan pada Payudara.....	105

Bab 8 Jenis Penyakit Kandungan

8.1 Pendahuluan.....	111
8.2 Jenis Penyakit Kandungan	111
8.2.1 Gangguan Siklus Menstruasi.....	112
8.2.2 Disfungsi Dasar Panggul (Pelvic Floor Dysfunction).....	115
8.2.3 Massa Pada Saluran Reproduksi.....	117

Bab 9 Gangguan dan Masalah Dalam Sistem Reproduksi Wanita

9.1 Pendahuluan.....	125
9.2 Pubertas Prekoks Pada Anak Perempuan	126
9.2.1 Pengertian	126
9.2.2 Etiologi	126
9.2.3 Pengobatan	126
9.3 Gangguan Menstruasi	127
9.3.1 Amenorea	127
9.3.2 Dismenorea (nyeri haid).....	129
9.3.3 Menoragia (Hipermenorea).....	130
9.3.4 Metroragia	131
9.4 Masalah-masalah pada Payudara	131
9.4.1 Fibroadenoma.....	131
9.4.2 Kanker Payudara.....	132
9.5 Menopause dan Klimakterium	135
9.5.1 Gejala-gejala Klimakterium.....	135
9.5.2 Terapi Penggantian Hormon (Hormone replacement therapy/HRT) ...	136
9.6 Infeksi Panggul	137
9.6.1 Tahap Awal PID	137
9.6.2 Tahap Lanjut PID.....	138

Bab 10 Gangguan Sistem Reproduksi Wanita

10.1 Pendahuluan.....	141
10.2 Pengertian	142
10.3 Masalah Umum	143
10.3.1 Berhubungan Dengan Vulva dan Vagina.....	143
10.3.2 Berhubungan Dengan Indung Telur Dan Tuba Falopi.....	143
10.3.3 Berhubungan Dengan Menstruasi.....	146
10.3.4 Berhubungan Dengan Sistem Reproduksi.....	150
10.4 Lainnya.....	153
10.4.1 Miom	153
10.4.2 Kanker	153
10.4.3 Prolaps Uteri	154
10.4.4 Interstitial Cystitis.....	154

Bab 11 Penyakit Menular Seksual dan Imunologi

11.1 Pendahuluan.....	155
11.2 Definisi	156
11.3 Penyebab/etiologi	157
11.4 Jenis jenis PMS.....	157
11.5 Upaya Pencegahan	164
11.6 Imunologi.....	165
11.6.1 Lini Pertama Pertahanan Tubuh Manusia.....	166
11.6.2 Lini Kedua Pertahanan Tubuh Manusia.....	167

Bab 12 Sistem Rujukan Gynekologi

12.1 Pendahuluan.....	169
12.2 Sistem Rujukan.....	170
12.3 Jenis Rujukan	171
12.4 Tujuan Rujukan	171
12.5 Langkah-Langkah Rujukan	172
12.6 Kegiatan Rujukan.....	174
12.7 Faktor – Faktor Penyebab Rujukan.....	175
12.8 Keuntungan Sistem Rujukan	175
12.9 Persiapan Rujukan.....	175
12.10 Pelaksanaan Rujukan	176
12.11 Prinsip Merujuk dan Menerima Pasien Maternal dan Neonatal.....	176
12.12 Contoh Salah Satu Kasus dalam Rujukan Kasus Kehamilan.....	177
Daftar Pustaka	181
Biodata Penulis	195

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Angka Kematian Ibu di Indonesia per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 1990-2015	2
Gambar 1.2: Penyebab kematian Ibu di dunia	4
Gambar 3.1 Ubin Ubin Kecil Belakang.....	30
Gambar 3.2 Presentasi Muka.....	32
Gambar 3.3 Presentasi Bokong	34
Gambar 3.4 Penatalaksanaan Atonia Uteri.....	36
Gambar 3.5: Laserasi Jalan Lahir	40
Gambar 4.1: Penyebab kematian Maternal.....	45
Gambar 5.1: Kehamilan Ektopik	59
Gambar 5.2: Plasenta Letak Rendah (A), Plasenta Previa Marginalis (B) Plasenta Previa Parsialis (C), Plasenta Previa Totalis (D)	63
Gambar 5.3: Jenis Pelepasan Plasenta	65
Gambar 8.1: Lokasi Umum Endometriosis	112
Gambar 8.2: Polycystic Ovary Syndrome (PCOS).....	114
Gambar 8.3: Tiga Tipe Prolaps Dinding Vagina.....	115
Gambar 8.4: Tiga Derajat Prolaps uterine	116
Gambar 8.5: Polip Endometrium	118
Gambar 8.6: Fibroids	119
Gambar 8.7: Kista Ovarium.....	120
Gambar 8.8: Kanker Serviks.....	121
Gambar 8.9: Hiperplasia Endometrium.....	122
Gambar 8.10: Kanker Ovarium.....	123
Gambar 9.1: Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI).....	133
Gambar 11.1: Treponema Pallidum	158
Gambar 11.2: Chancre sifilis pada dewasa.....	160
Gambar 11.3: Neisseria gonorrhoeae Medical Illustration by CDC.....	160
Gambar 11.4: Gonore pada dewasa	161
Gambar 11.5: virus herpes simpleks	162
Gambar 11.6: Chlamydia trachomatis se.....	163
Gambar 12.1: Tatalaksanan Penanganan Hipertensi Gestasional/ Preeklamsia	179

Daftar Tabel

Tabel 3.1 : Jenis-jenis malposisi	30
Tabel 3.2: Jenis retensio plasenta	37
Tabel 3.3: Prosedur Plasenta Manual.....	38
Tabel 3.4: Derajat Laserasi Jalan Lahi	40
Tabel 4.1: 4T Faktor risiko perdarahan postpartum.....	46
Table 4.2: Tanda dan Gejala berdasarkan Perdarahan Postpartum Berdasarkan Jumlah Perdarahan	49
Tabel 5.1: Perbedaan Plasenta Previa dengan Solusio Plasenta	66
Tabel 5.2: Penilaian APGAR Skor	71
Tabel 11.1: Klasifikasi Penyebab PMS	157
Tabel 11.2: Gejala dan tanda sifilis pada dewasa.....	158



Bab 1

Lingkup Komplikasi Kebidanan

1.1 Pendahuluan

Angka kematian ibu merupakan indikator kesejahteraan perempuan, indikator kesejahteraan suatu bangsa sekaligus menggambarkan hasil capaian pembangunan suatu negara. Informasi mengenai angka kematian ibu akan sangat bermanfaat untuk pengembangan program-program peningkatan kesehatan ibu, terutama pelayanan kehamilan dan persalinan yang aman, program peningkatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, manajemen sistim rujukan dalam penanganan komplikasi.

Menurut World Health Organization, definisi kematian ibu adalah kematian seorang wanita saat hamil atau sampai 42 hari pasca persalinan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan komplikasi kehamilan atau manajemennya, dan bukan karena penyebab kecelakaan atau insidental. Dan untuk memudahkan identifikasi kematian ibu dalam keadaan di mana sulit menentukan penyebab kematian, digunakan kategori lain: yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari pasca persalinan, terlepas dari penyebab kematiannya. Penghitungan angka kematian ibu adalah jumlah kematian selama periode tertentu per 100.000 kelahiran selama periode yang sama. Lingkup komplikasi kebidanan sangat erat kaitannya dengan angka kematian maternal dan perinatal. Sebagian AKI seharusnya bisa dicegah dan

diselamatkan, artinya bila AKI tinggi, banyak ibu yang seharusnya tidak meninggal. Sekitar 15 persen dari kehamilan mengalami komplikasi, 85 persen kehamilan berlangsung dengan normal. Oleh karena itu memerlukan layanan yang berkualitas untuk segera mendeteksi dan tatalaksana secara komprehensif terhadap komplikasi pada persalinan/kebidanan (Achadi, 2019).

1.2 Tingkat Kematian Ibu Hamil

Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan menggariskan bahwa pembangunan puskesmas harus satu paket dengan rumah dinas tenaga kesehatan. Demikian pula dengan pembangunan poskesdes yang harus bisa sekaligus menjadi rumah tinggal bagi bidan di desa. Dengan disediakan rumah tinggal, tenaga kesehatan termasuk bidan akan siaga di tempat tugasnya dan dapat memberikan pertolongan persalinan setiap saat.



Gambar 1.1: Angka Kematian Ibu di Indonesia per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 1990-2015 (BPS, SDKI 1991-2012)

Keberhasilan upaya kesehatan ibu untuk menurunkan komplikasi kebidanan dapat dinilai dengan salah satu indikator Angka Kematian Ibu (AKI), seperti yang dijelaskan di gambar 1. Terjadi penurunan kematian ibu dari tahun 1991 - 2007, namun meningkat diperiode 2007 -2015.

1.3 Penyebab Kematian Ibu Hamil

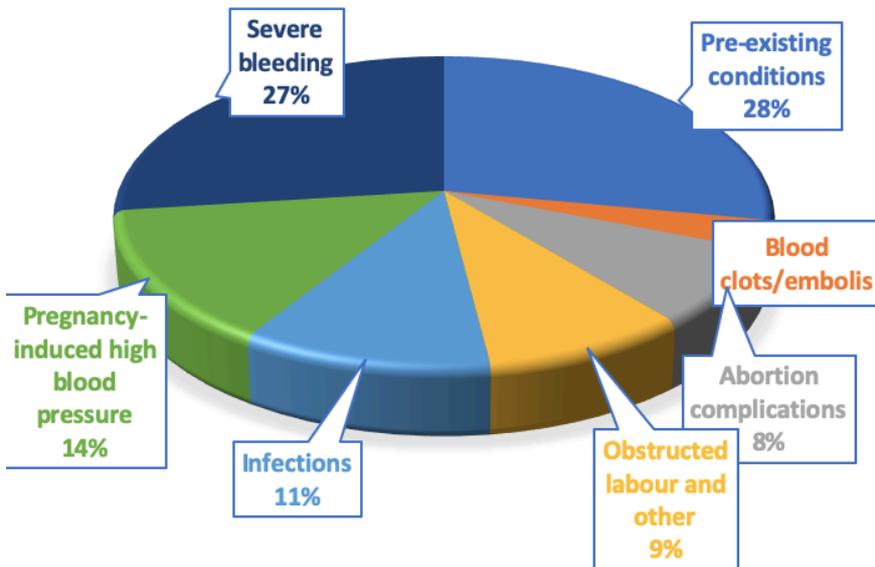
Menurut Aeni (2013), kematian ibu merupakan peristiwa kompleks yang disebabkan oleh berbagai penyebab yang dapat dibedakan atas determinan dekat, antara, dan jauh. Determinan dekat yang berhubungan langsung dengan kematian ibu merupakan gangguan obstetrik seperti perdarahan, preeklamsi/eklamsi, dan infeksi atau penyakit yang diderita ibu sebelum atau selama kehamilan yang dapat memperburuk kondisi kehamilan seperti jantung, malaria, tuberkulosis, ginjal, dan acquired immunodeficiency syndrome. Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yang berhubungan dengan faktor kesehatan, seperti status kesehatan ibu, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan perilaku penggunaan fasilitas kesehatan. Determinan jauh berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural. Kesadaran masyarakat yang rendah tentang kesehatan ibu hamil, pemberdayaan perempuan yang tidak baik, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi keluarga, lingkungan masyarakat dan politik, serta kebijakan secara tidak langsung diduga ikut berperan dalam meningkatkan kematian ibu .

AKI yang tinggi menggambarkan derajat kesehatan masyarakat yang rendah dan berpotensi menyebabkan kemunduran ekonomi dan sosial di level rumah tangga, komunitas, dan nasional. Namun, dampak terbesar kematian ibu yang berupa penurunan kualitas hidup bayi dan anak menyebabkan guncangan dalam keluarga dan selanjutnya memengaruhi tumbuh kembang anak. Beberapa strategi pemerintah dalam menurunkan AKI, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencanangkan Making Pregnancy Safer (MPS), antara lain terimplementasi dalam program Jampersal untuk menjamin semua persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan dan oleh tenaga kesehatan terlatih serta penyediaan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED) dan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) bertujuan menjamin semua komplikasi obstetrik dapat tertangani dengan optimal. Selain itu, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan juga

mencanangkan Gerakan Sayang Ibu (GSI) sebagai upaya menumbuhkan kesadaran bahwa kehamilan dan kelahiran dapat memunculkan risiko dan tidak hanya menjadi tanggung jawab ibu, tetapi juga keluarga, suami, orang tua, dan masyarakat.

1.4 Komplikasi Kebidanan

Definisi dari lingkup komplikasi kebidanan adalah morbiditas hingga mortalitas pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam nyawa ibu dan atau bayi yang dikandung. Komplikasi dapat berupa komplikasi langsung dan tidak langsung pada kehamilan, persalinan, nifas, kedaruratan kebidanan dan tindakan operatif kebidanan. Berdasarkan etiologi komplikasi di dunia (Say L et al, 2014) sekitar 28% disebabkan oleh pendarahan hebat, 27% oleh penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan, 11% oleh infeksi, 14% oleh hipertensi dalam kehamilan, 9% oleh persalinan macet, serta aborsi yang tidak aman (8%) gambar 2.



Gambar 1.2: Penyebab kematian Ibu di dunia (Say L, et al. Global causes of maternal death, 2014)

Sedangkan penyebab kematian ibu di Indonesia 80% disebabkan oleh komplikasi kehamilan akibat penyebab langsung obstetrik seperti perdarahan, sepsis, abortus tidak aman, preeklampsia-eklampsia, dan persalinan macet. Sisanya 20 % terjadi oleh karena penyakit yang diperberat oleh kehamilan. Situasi kematian ibu di Indonesia dari tahun 2010-2013 disebabkan perdarahan juga masih tinggi walaupun cenderung menurun (35,1% menjadi 30,3%, sementara penyebab kematian ibu baik di dunia maupun di Indonesia tetap pada 3 masalah utama (perdarahan, preeklampsia-eklampsia dan infeksi), sehingga pencegahan dan penanggulangan masalah ini seharusnya difokuskan melalui intervensi pada ketiga masalah tersebut (Chalid, 2016).

Adapun lingkup komplikasi kehamilan menurut Prawirohardjo, 2016 terbagi atas:

a. Komplikasi medis selama kehamilan

Meliputi masalah sistem kardiovaskular, traktus respiratorius, traktus urinarius, endokrin dan infeksi perianal yang terjadi selama kehamilan.

b. Komplikasi medis periode pre-natal

Meliputi perdarahan dalam kehamilan, serviks inkompeten, persalinan prematur, presentasi abnormal pada term kehamilan, kehamilan lewat waktu, deviasi pada pertumbuhan janin besar untuk usia gestasi, aloimunisasi rhesus dan inkompabilitas ABO.

c. Komplikasi kelahiran dan persalinan

Meliputi komplikasi yang berhubungan dengan kemajuan persalinan dan status kondisi kesehatan ibu dan janin.

d. Komplikasi periode pasca partum

Meliputi perdarahan pasca partum lanjutan, infeksi, inkontinensia urine, feses, flatus dan gangguan psikologi pasca persalinan.

1.5 Peran Petugas Kesehatan

Menurut WHO, peran dokter dan bidan dalam praktek klinik dapat menurunkan angka kematian ibu. Dokter dan bidan adalah garda terdepan untuk mendeteksi kemungkinan risiko komplikasi kehamilan, mendorong program KB, melakukan asuhan antenatal terfokus, pencegahan abortus tidak aman, pertolongan persalinan oleh tenaga terampil, rujukan dini tepat waktu kasus gawat darurat obstetri dan pertolongan segera – adekuat kasus gawat darurat obstetri di rumah sakit rujukan. Tenaga penolong persalinan yang terampil pada saat sebelum, selama dan sesudah persalinan telah terbukti mempunyai peran dalam menurunkan kematian ibu.

Berdasarkan trias penyebab kematian ibu (preeklampsia, perdarahan dan infeksi) maka intervensi kunci yang dapat dilakukan oleh peran petugas kesehatan adalah (Chalid, 2016):

- a. Pencegahan preeklampsia melalui penguatan asuhan antenatal yang terfokus, antara lain dengan mendeteksi kemungkinan risiko, edukasi pengenalan dini tanda bahaya kehamilan.
- b. Penatalaksanaan preeklampsia dan eklampsia dengan penatalaksanaan awal dan manajemen kegawatdaruratan (dengan penggunaan magnesium sulfat).
- c. Identifikasi risiko perdarahan pasca persalinan: anak besar, kehamilan multipel, polihidramnion, riwayat seksio sesar, partus lama, partus presipitatus, anemia.
- d. Pencegahan komplikasi dengan manajemen aktif kala III (uterotonika, masase fundus dan peregangan tali pusat terkendali).
- e. Manajemen kegawatdaruratan perdarahan persalinan (kompresi bimanual, uterotonika, tamponade balon kateter hingga penatalaksanaan bedah).
- f. Pencegahan infeksi intrapartum melalui pencegahan partus lama melalui penggunaan partograf, penggunaan antibiotik secara rasional, manajemen ketuban pecah dini dan manajemen pasca persalinan.

Berdasarkan data Kemenkes 2018, jumlah bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di Puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Pada tahun 2017, secara nasional terdapat 81,9% Puskesmas memiliki bidan melebihi jumlah standar yang ditetapkan, 4,23% Puskesmas sudah cukup bidan, dan 13,9% Puskesmas kekurangan bidan. Berdasarkan regional, proporsi terbesar Puskesmas yang cukup dan berlebih jumlah bidan terdapat di regional Sumatera (95,74%) dan Kalimantan (92,5%), sedangkan proporsi terbesar Puskesmas yang kekurangan bidan terdapat di regional Nusa Tenggara-Maluku- Papua (37,4%). Berdasarkan sumberdaya tenaga kesehatan tersebut bisa menurunkan angka kejadian komplikasi kehamilan atau persalinan.

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sejak tahun 2015, penekanan persalinan yang aman adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 menetapkan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai salah satu indikator upaya kesehatan ibu, menggantikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Bagi ibu hamil yang di daerah tempat tinggalnya tidak ada bidan atau jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, maka menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu di Rumah Tunggu Kelahiran. Rumah Tunggu Kelahiran Rumah Tunggu Kelahiran adalah suatu tempat atau ruangan yang berada dekat fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas), yang dapat digunakan sebagai tempat tinggal sementara ibu hamil dan pendampingnya (suami/kader/dukun atau keluarga) selama beberapa hari, saat menunggu persalinan tiba dan beberapa hari setelah bersalin.

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI yaitu menekan angka kematian ibu melahirkan. Program ini menitikberatkan fokus totalitas monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin. Dalam pelaksanaan P4K, bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan

dapat membangun komunikasi persuasif dan setara di wilayah kerjanya agar dapat terwujud kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.



Bab 2

Komplikasi Kehamilan

2.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan kabar membahagiakan bagi semua pasangan. Namun, kehamilan juga tidak mudah untuk dijalani. tidak menutup kemungkinan ada komplikasi dan penyakit pada ibu hamil yang terjadi selama kehamilan. Beberapa di antaranya bisa berujung fatal. Kementerian Kesehatan Indonesia memperkirakan 20% kehamilan akan mengalami komplikasi (Manuaba, 2009). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester pertama mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua mulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, trimester ketiga mulai dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2008).

Komplikasi kehamilan adalah kegawat daruratan obstetrik yang dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi (Manuaba, 1998). Menurut Cunningham, (2014), Manuaba, (2012), menyebutkan bahwa gejala dan tanda bahaya kehamilan adalah :

Keluhan ringan hamil muda

- a. Emesis Gravidarum merupakan keluhan awal yang disampaikan pada kehamilan muda. Terjadinya karena perubahan hormonal dan terdapat peningkatan hormone estrogen, progesterone dan dikeluarkannya human Chorionic. Gejalanya adalah kepala pusing

- terutama pada pagi hari disertai mual muntah sampai kehamilan berumur 4 bulan. Dapat ditangani dengan berobat jalan.
- b. Nyeri punggung bawah nyeri punggung ringan akibat kelelahan, membungkuk, berlebihan mengangkat barang. Untuk mengurangi rasa nyeri punggung yaitu dengan cara mengambil sesuatu yang lebih rendah dengan cara berjongkok terlebih dahulu, member penyangga bantal di punggung ketika duduk
 - c. Kram pada kaki atau betis kurangnya asupan nutrisi, sehingga terdapat perubahan keseimbangan elektrolit dengan kalium, kalsium, natrium yang menyebabkan terjadinya perubahan berkelanjutan dalam darah dan cairan tubuh.
 - d. Varises merupakan pembesaran dan pelebaran pembuluh darah vena yang sering dijumpai saat kehamilan disekitar vulva, vagina, paha, dan terutama pada tungkai bawah. Kejadian varises pada wanita disebabkan oleh factor bakat atau keturunan, faktor multipara sampai grandemultipara, terdapat peningkatan hormone estrogen, dan progesterone selama hamil (Manuaba, 2012; Cunningham, 2014).

2.2 Komplikasi Kehamilan

2.2.1 komplikasi Pada Trisemester pertama (I)

1. Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah komplikasi kehamilan trimester pertama yang ditandai dengan muntah-muntah berlebihan, dapat menyebabkan dehidrasi dan muntah darah jika tidak segera diobati. Komplikasi kehamilan ini tentu mengkhawatirkan karena dapat menyebabkan ibu dan janin kekurangan nutrisi. Mengonsumsi makanan kering dan tidak berasa dapat membantu mengatasinya (William, 2010).

Gejalanya:

- a. Lebih sering muntah ketimbang waktu hamil muda.
 - b. Volume cairan muntah khas hiperemesis gravidarum mungkin lebih banyak dari morning sickness biasa. Selain mual dan muntah parah, hiperemesis gravidarum juga ditandai dengan:
 - c. Penurunan berat badan drastis (sekitar 2,5 sampai 10 kilogram atau lebih)
 - d. Nafsu makan menurun
 - e. Merasa ingin pingsan.
2. Infeksi saluran kencing (ISK)

ISK adalah salah satu penyakit pada ibu hamil yang harus didiagnosis secepatnya. Sekitar 10 persen perempuan mengalami ISK saat hamil trimester pertama. Ibu hamil rentan kena ISK karena hormon kehamilan mengubah jaringan saluran kencing dan membuat lebih rentan untuk terkena infeksi. ISK disebabkan oleh infeksi bakteri yang menyerang saluran kemih dan kandung kemih, bisa menyebabkan infeksi ginjal dan menyebabkan bayi lahir prematur. Ini adalah salah satu jenis penyakit pada ibu hamil yang bisa menjadi komplikasi kehamilan (Oxorn and Forte, 2010).

Gejalanya:

- a. Sakit atau merasa panas saat buang air kecil
- b. Sering ingin buang air kecil
- c. Urine berbau tidak sedap dan terlihat berwarna keruh
- d. Perut bagian bawah terasa tertekan
- e. Demam
- f. Mual
- g. Sakit punggung

3. Hamil Ektopik

Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang terjadi di luar rahim. Telur yang sudah dibuahi akan menempel dan tumbuh di tempat yang tidak semestinya. Kondisi ini paling sering terjadi di daerah saluran telur sekitar 98%, kehamilan ektopik juga dapat terjadi di indung telur, rongga perut, atau

leher rahim. Angka kejadian kehamilan ektopik 1 dari 50 kehamilan. Kematian ibu akibat kehamilan ektopik adalah kurangnya deteksi dini dan pengobatan setelah diketahui mengalami kehamilan ektopik (Oxorn and Forte, 2010).

Pada minggu-minggu awal, kehamilan ektopik memiliki tanda-tanda seperti kehamilan pada umumnya, yaitu:

- a. Terlambat haid, mual dan muntah, mudah lelah, dan kondisi payudara yang mengeras.
- b. Rasa nyeri hebat pada perut bagian bawah. Awalnya nyeri ini dapat terasa tajam, kemudian perlahan-lahan menyebar ke seluruh perut.
- c. Rasa nyeri akan bertambah hebat bila bergerak
- d. Perdarahan vagina. Kondisinya bisa bervariasi, dapat berupa bercak atau pendarahan yang banyak seperti menstruasi.

Gejalanya:

- a. Perdarahan vagina ringan
 - b. Mual dan muntah
 - c. Nyeri pada perut bawah
 - d. Kram perut
 - e. Nyeri pada satu sisi tubuh
 - f. Pusing atau lemas (Hakimi, 2010).
4. Keguguran atau Abortus

Keguguran atau abortus adalah perdarahan dalam jumlah sedikit atau mungkin hanya bercak hingga banyak, dan adanya gumpalan darah atau jaringan yang ikut keluar. Tanda ini juga disertai dengan nyeri serta kram di perut bagian bawah, bisa juga nyeri yang menjalar hingga bokong dan panggul. Selain itu, keguguran juga berarti berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu bertahan hidup pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gr. Keguguran dini (early miscarriage) menunjukkan bahwa setelah test pack menunjukkan hasil positif, sekitar 10-20 persen kehamilan berakhir keguguran. Bahkan keguguran sering terjadi diam-diam sebelum Anda sadar sedang hamil (Crum et al., 2017).

5. Jenis keguguran yang perlu ketahui, seperti berikut:
 - a. Abortus Komplet Seluruh bagian janin telah keluar dari rongga rahim melalui mulut rahim secara lengkap, sehingga perdarahan dari jalan lahir sedikit.
 - b. Abortus Inkomplet Sebagian janin telah keluar dari rahim dan sisanya masih tertinggal di dalam rahim.
 - c. Abortus Insipiens Keguguran yang ditandai dengan serviks yang telah mendarat namun janin masih berada lengkap di dalam rahim.
 - d. Abortus Imminens Keguguran tingkat permulaan, ditandai dengan terjadi perdarahan yang sedikit dari jalan lahir, namun jalan lahir masih tertutup dan janin dalam kondisi masih baik di dalam rahim. Pada keguguran jenis ini, biasanya kehamilan masih mungkin untuk dilanjutkan.
 - e. Missed Abortion Keguguran yang ditandai dengan janin telah meninggal sebelum usia kehamilan 20 minggu dan seluruh jaringannya masih terdapat di dalam rahim.
 - f. Abortus Habitualis Keguguran yang terjadi sebanyak tiga kali berturut-turut atau lebih.

Untuk menentukan jenis keguguran yang Ibu alami dan memberikan penanganan yang tepat, melakukan pemeriksaan secara intensif, menggunakan bantuan alat atau doppler untuk mendeteksi denyut jantung janin atau USG untuk menentukan secara langsung keguguran yang dialami (Kusumadewi, Wahyuni and Firrahmawati, 2019).

Gejalanya:

- a. Bercak darah dari vagina, ringan sampai berat
- b. Punggung bawah terasa nyeri atau kram parah
- c. Vagina mengeluarkan cairan atau jaringan
- d. Sakit perut parah
- e. Demam
- f. Lesu

2.2.2 Komplikasi Kehamilan pada Trimester Kedua (II)

Semakin besar kandungan semakin besar kemungkinan untuk mengalami komplikasi kehamilan. Terutama bila asupan nutrisi dan gizi ibu hamil serta bayi tidak terkontrol dengan baik. Adapun beberapa penyakit pada ibu hamil yang sering terjadi di trimester kedua yaitu:

1. Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi, dan jenis anemia yang pengobatannya mudah dan murah. Anemia adalah suatu keadaan di mana kadar hemoglobin (Hb) atau jumlah eritrosit lebih rendah dari kadar normal (Manuaba, 1998). Anemia terjadi jika sel-sel darah merah tidak mengandung cukup hemoglobin, protein yang membawa oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Wanita adalah kelompok orang yang rentan mengalami anemia. Di masa kehamilan, kebutuhan pasokan darah bertambah dua kali lipat sehingga risiko mengalami anemia lebih tinggi karena harus lebih banyak menyuplai darah ke janin. Anemia pada ibu hamil umumnya disebabkan oleh kekurangan zat besi dan folat. Untuk menaikkan jumlah asupan makanan tinggi zat besi dan folat selama masa kehamilan hamil diperoleh dari kacang-kacangan, biji-bijian, telur yang dimasak matang, dan sayuran. Ibu hamil perlu mengonsumsi suplemen zat besi dan asam folat saat hamil (William, 2010).

Gejalanya:

- a. Badan terasa lemas atau cepat lelah
- b. Pusing dan sakit kepala
- c. Napas pendek
- d. Wajah terlihat pucat
- e. Sesak napas, jantung berdebar, tangan dan kaki terasa dingin

Penelitian Amini dkk menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan anemia (p value $0,017 < 0,05$), dan tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara paritas dengan kejadian anemia pada ibu hamil (p value $0,092 > 0,05$). Usia ibu yang berisiko (< 20 tahun dan > 35 tahun) dapat menyebabkan anemia dalam kehamilan (Amini, Pamungkas and Harahap, 2018).

2. Inkompetensi Serviks

Inkompetensi serviks adalah ketidakmampuan serviks dalam mempertahankan janin, tanpa disertai tanda dan gejala kontraksi uterus dan persalinan, sebelum kehamilan minggu ke-37. Inkompetensi serviks umumnya ditandai dengan dilatasi progresif dari serviks yang tidak disertai nyeri, dan dapat menyebabkan prolaps membran, ketuban pecah dini, atau kelahiran premature (Prawirohardjo, 2008). Inkompetensi serviks dikenal sebagai penyebab keguguran terlambat, atau disebut juga late miscarriage. Penipisan pada serviks (effacement) dan dilatasi terjadi sebelum waktunya tanpa rasa sakit, sehingga mengakibatkan seluruh atau sebagian produk konsepsi keluar tanpa adanya kontraksi uterus (Brown R, Gagnon R, 2019). Diagnosis inkompetensi serviks umumnya dimulai dari kecurigaan dalam anamnesis. Sering kali, pasien dengan inkompetensi serviks memiliki riwayat persalinan prematur pada kehamilan sebelumnya. Selain itu, mengeluhkan rasa ditekan pada pelvis, nyeri pinggang. Pengukuran panjang serviks menggunakan USG transvaginam, serta pengukuran kadar fetal fibronectin (fFN) dapat membantu penegakan diagnosis (Brown R, Gagnon R, 2019).

Tata laksana inkompetensi serviks dilakukan dengan cervical cerclage, baik secara transvaginal maupun transabdominal. Selain itu, pasien bisa diberikan suplementasi progesteron untuk menurunkan risiko kelahiran prematur di kehamilan selanjutnya (ER Nowritz, 2016). Inkompetensi serviks adalah salah satu komplikasi kehamilan yang dapat terjadi di akhir trimester kedua. Kondisi ini dapat terjadi di sekitar minggu ke-20 kehamilan. Serviks adalah leher rahim yang menjadi penghubung antara vagina dan rahim. Inkompetensi serviks terjadi ketika serviks tidak mampu menahan tekanan dari rahim yang makin besar selama hamil. Peningkatan tekanan ini lama-lama menipiskan dan melemahkan serviks sehingga menyebabkannya terbuka sebelum bulan kesembilan. Lemahnya serviks bisa menyebabkan ketuban pecah dini dan kelahiran prematur. Karena kondisi janin belum siap untuk bertahan hidup di luar rahim, umumnya janin yang lahir tidak dapat diselamatkan (ER, 2016).

Gejalanya:

- a. Panggul terasa pegal yang disebabkan karena tekanan pada rahim
- b. Sakit punggung bawah
- c. Kram perut ringan

- d. Warna cairan keputihan tidak wajar (warna putih, kuning, atau kecokelatan)
- e. Bercak darah

Wanita berisiko lebih tinggi terhadap salah satu jenis komplikasi kehamilan ini jika mereka pernah:

- a. Trauma serviks sebelumnya, seperti robekan saat pernah melahirkan sebelumnya
- b. Biopsi kerucut serviks
- c. Pernah melakukan operasi lain pada leher rahim.

3. Ketuban Pecah Dini (KPD) atau Premature Rupture of The Membrane (PROM)

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Gabbe et al., 2016).

Faktor yang disebutkan memiliki kaitan dengan KPD yaitu kelahiran premature, merokok dan perdarahan selama kehamilan beberapa faktor risiko dari KPD:

- a. Mikropotensi serviks (leher rahim)
- b. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih)
- c. Riwayat KPD sebelumnya
- d. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
- e. Kehamilan kembar
- f. Trauma
- g. Serviks (leher rahim) yang pendek (< 25mm) pada usia kehamilan 23 minggu
- h. Infeksi pada kehamilan sebagai vaginalis

Tanda yakni keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini

tidak berhenti atau kering karena terus di produksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah akan mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina, jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Putri and Ismiyatun, 2020). Pemeriksaan secara langsung cairan yang merembes tersebut dapat dilakukan dengan kertas nitrazine. Kertas ini mengukur pH (asam-basa). PH normal dari vagina adalah 4-4.7 sedangkan PH cairan ketuban adalah 7.1-7.3. Tes tersebut dapat memiliki hasil positif yang salah apabila terdapat keterlibatan Trikomonas, darah, semen, lender leher rahim dan air seni. Pemeriksaan melalui ultrasonografi (USG) dapat digunakan untuk mengkonfirmasi jumlah air ketuban yang terdapat di dalam rahim (William, 2010).

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion) selain itu kejadiannya prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD. Risiko kelahiran bayi premature adalah risiko terbesar kedua setelah infeksi akibat ketuban pecah dini. Pemeriksaan mengenai kematangan paru janin sebaiknya dilakukan terutama pada usia kehamilan 32-34 minggu. Hasil akhir dari kemampuan janin untuk hidup sangat menentukan langkah yang akan diambil (Gabbe et al., 2016).

Kontraksi terjadi dalam waktu 24 jam setelah ketuban pecah apabila kehamilan sudah memasuki fase akhir. Semakin dini ketuban pecah terjadi maka semakin lama jarak antara kelahiran dengan kontraksi. Jika tanggal persalinan belum waktunya, biasanya akan menginduksi persalinan dengan pemberian oksitosin (perangsang kontraksi) dalam 6 hingga 24 jam setelah pecahnya ketuban. Tetapi jika sudah masuk tanggal persalinan maka langsung memberi induksi pada ibu, karena menunda induksi meningkatkan risiko infeksi (Kusumadewi, Wahyuni and Firrahmawati, 2019).

Apabila paru bayi belum matang dan tidak terdapat infeksi setelah kejadian KPD, maka istirahat dan penundaan kelahiran (bila belum waktunya melahirkan) menggunakan magnesium sulfat dan obat. Apabila paru janin sudah matang atau terdapat infeksi setelah kejadian KPD maka induksi untuk melahirkan sangat diperlukan (Manuaba, 2009). Penggunaan steroid untuk pematangan paru janin masih merupakan kontroversi dalam KPD. Penelitian

terbaru menentukan keuntungan serta tidak adanya risiko peningkatan terjadinya infeksi pada ibu dan janin. Steroid berguna untuk mematangkan paru janin, mengurangi risiko sindrom distress pernapasan pada janin serta perdarahan pada otak (William, 2010).

Penggunaan antibiotik pada kasus KPD memiliki 2 alasan. Pertama adalah penggunaan antibiotik untuk mencegah infeksi setelah kejadian KPD preterm dan yang kedua adalah berdasarkan hipotesis bahwa KPD dapat disebabkan oleh infeksi dan sebaliknya KPD preterm dapat menyebabkan infeksi. Keuntungan di dapatkan pada wanita hamil dengan KPD yang mendapatkan antibiotik yaitu proses kelahiran, bisa diperlambat hingga 7 hari dan berkurangnya kejadian korioamnionitis serta sepsis neonatal (infeksi pada bayi baru lahir) (Gabbe et al., 2016).

Mengurangi aktivitas atau istirahat pada akhir Triwulan kedua atau awal Triwulan ke tiga. Air ketuban baru pecah ketika Andahendak melahirkan. Jika terjadi terlalu cepat, komplikasi kehamilan ini dapat menyebabkan masalah serius bagi keselamatan bayi. Ketuban disebut pecah terlalu dini jika terjadi di bawah usia kehamilan 37 minggu (Oxorn and Forte, 2010).

Gejalanya:

- a. Semburan cairan tiba-tiba dari vagina.
- b. Sensasi ngompol dengan volume yang banyak.
- c. Perasaan basah di vagina atau pakaian dalam.
- d. Kontraksi biasanya terasa setelah kantung ketuban pecah.

Melakukan pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonografi. Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan penyebab terbesar persalinan premature dengan berbagai akibat. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan (Manuaba, 2012).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini

- a. Mempertahankan kehamilan sampai cukup matur khususnya kematangan paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat.

- b. Terjadinya infeksi dalam rahim, yaitu koriomnionitis yang menjadi pemicu sepsis, meningitis janin, dan persalinan prematuritas. Perkiraan janin sudah cukup besar dan persalinan diharapkan berlangsung dalam waktu 72 jam dan dapat diberikan kortikosteroid, sehingga kematangan paru janin dapat terjamin.
- c. Pada usia kehamilan 24 sampai s/d 32 minggu atau berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan.
- d. Pemeriksaan yang penting dilakukan adalah USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru.
- e. Waktu terminasi pada ibu hamil aterm dapat dianjurkan pada selang waktu 6 jam sampai 24 jam, bila tidak terjadi His spontan.

2.2.3 Komplikasi kehamilan di trimester ketiga (III)

1. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah diabetes yang muncul pada masa kehamilan, dan hanya berlangsung hingga proses melahirkan. Kondisi ini dapat terjadi pada usia kehamilan berapa pun, namun lazimnya berlangsung di minggu ke-24 sampai ke-28 kehamilan. Terjadi ketika tubuh tidak memproduksi cukup insulin untuk mengontrol kadar glukosa (gula) dalam darah pada masa kehamilan.

Gejalanya

- a. Sering merasa haus
- b. Frekuensi buang air kecil meningkat
- c. Mulut kering
- d. Tubuh mudah lelah
- e. Penglihatan buram

Penyebab diabetes gestasional belum diketahui secara pasti diduga terkait dengan perubahan hormon dalam masa kehamilan. Pada masa kehamilan, plasenta akan memproduksi lebih banyak hormon, seperti hormon estrogen, HPL (human placental lactogen), termasuk hormon yang membuat tubuh kebal terhadap insulin, yaitu hormon yang menurunkan kadar gula darah.

Akibatnya, kadar gula darah meningkat dan menyebabkan diabetes gestasional (Maryunani, 2016).

Ibu hamil berisiko mengalami diabetes gestasional, akan tetapi lebih berisiko terjadi pada ibu hamil dengan faktor-faktor berikut ini:

- a. Memiliki berat badan berlebih.
- b. Memiliki riwayat tekanan darah tinggi (hipertensi).
- c. Pernah mengalami diabetes gestasional pada kehamilan sebelumnya.
- d. Pernah mengalami keguguran.
- e. Pernah melahirkan anak dengan berat badan 4,5 kg atau lebih.
- f. Memiliki riwayat diabetes dalam keluarga.

Pada pasien yang telah didiagnosis diabetes gestasional, dilakukan tes darah secara lebih rutin, terutama pada 3 bulan terakhir masa kehamilan. Bila terjadi komplikasi kehamilan, periksa fungsi plasenta ibu guna memastikan bayi mendapat oksigen dan nutrisi yang tepat dalam rahim, menjalankan tes darah setelah Ibu melahirkan pada 6-12 minggu setelahnya, untuk memastikan kadar gula darah Ibu sudah kembali normal. Ibu disarankan menjalani tes darah tiap 3 tahun sekali, meskipun kadar gula darah sudah kembali normal (William, 2010).

Metode pengobatan diabetes gestasional meliputi:

- a. Pemeriksaan kadar gula darah rutin.
- b. Diet sehat, banyak mengonsumsi makanan berserat tinggi, seperti buah, sayuran, dan biji-bijian. Pasien juga disarankan untuk membatasi konsumsi makanan manis, serta makanan dengan kandungan lemak dan kalori tinggi. Menurunkan berat badan saat sedang hamil tidak disarankan, karena tubuh sedang memerlukan tenaga ekstra. Oleh karena itu, bila ingin menurunkan berat badan, lakukanlah sebelum merencanakan kehamilan. Pola diet juga tidak sama pada setiap Ibu.
- c. Olahraga dapat merangsang tubuh memindahkan gula dari darah ke dalam sel untuk diubah menjadi tenaga.
- d. Olah raga juga membantu mengurangi rasa tidak nyaman saat hamil, seperti sakit punggung, kram otot, pembengkakan, sembelit, dan sulit tidur.

- e. Bila diet sehat dan olahraga belum mampu menurunkan kadar gula darah, memberi suntik insulin. Sekitar 10-20 persen pasien diabetes gestasional memerlukan obat-obatan untuk menormalkan kadar gula darah.

Bila kadar gula darah pada ibu hamil tetap tidak terkontrol atau belum juga melahirkan pada usia kehamilan lebih dari 40 minggu, maka perlu melakukan operasi caesar atau induksi untuk mempercepat persalinan.

Komplikasi dapat terjadi pada bayi saat lahir, seperti:

- a. Kelebihan berat badan saat lahir yang disebabkan oleh tingginya kadar gula dalam darah (macrosomia).
- b. Lahir prematur yang mengakibatkan bayi kesulitan bernafas (respiratory distress syndrome). Kondisi ini juga dapat terjadi pada bayi yang lahir tepat waktu.
- c. Lahir dengan gula darah rendah (hipoglikemia) akibat produksi insulin yang tinggi. Kondisi ini dapat mengakibatkan kejang pada bayi, namun dapat ditangani dengan memberinya asupan gula.
- d. Risiko mengalami obesitas dan diabetes tipe 2 ketika dewasa.

Ibu hamil juga berpotensi mengalami komplikasi, seperti hipertensi dan preeklampsia, yang dapat membahayakan nyawa ibu dan bayi. Ibu hamil juga berisiko terserang diabetes gestasional pada kehamilan berikutnya, atau malah terkena diabetes. Ibu hamil dengan diabetes gestasional lebih berisiko untuk mengembangkan diabetes mellitus setelah hamil. Risiko mengalami diabetes gestasional kembali pada kehamilan berikutnya juga lebih tinggi.

2. Preeklampsia

Preeklampsia adalah salah satu kondisi penyulit kehamilan yang ditandai utamanya dengan hipertensi. Perdarahan dan hipertensi dalam kehamilan adalah penyebab utama kematian ibu di negara berkembang (Khan KS, 2016) Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang didapatkan pertama kali saat kehamilan, tanpa disertai proteinuria, dan kondisi hipertensi menghilang 3 bulan paska persalinan. Hipertensi kronik adalah hipertensi yang sudah ada sebelum umur kehamilan 20 minggu (midpregnancy) atau kondisi hipertensi muncul setelah umur kehamilan 20 minggu, tetapi menetap sampai 3 bulan

paskah persalinan. Preeklampsia superimposed adalah hipertensi kronik yang disertai dengan tanda-tanda preeklampsia (William, 2010).

Preeklampsia adalah kondisi hipertensi yang didapatkan pada usia kehamilan di atas 20 minggu di mana tekanan darah $\geq 140/90$ mm Hg pada dua kali pengukuran dengan jeda waktu 4 jam, atau tekanan darah $\geq 160/100$ mm Hg pada preeklampsia berat, yang disertai dengan proteinuria dengan atau tanpa edema patologis. Jika tidak terdapat proteinuria, preeklampsia tetap dapat didiagnosis apabila hipertensi disertai kondisi patologis (Cunningham, 2014).

Kriteria proteinuria pada preeklampsia yakni proteinuria ≥ 300 mg pada spesimen urin 24 jam atau rasio protein/kreatin ≥ 0.3 atau nilai $\geq 1+$ pada dipstick protein urin. Sementara kondisi patologis yang juga dapat menjadi kriteria diagnostik preeklampsia jika terdapat hipertensi tanpa proteinuria adalah:

- a. Trombositopenia ($<100.000/\mu\text{L}$)
- b. Gangguan fungsi ginjal (level serum kreatinin >1.1 mg/dL atau kenaikan level serum kreatinin dua kali lipat tanpa penyakit ginjal lainnya)
- c. Gangguan fungsi hati (kenaikan level transaminase sekurang-kurangnya dua kali nilai normal)
- d. Edema pulmoner
- e. Gangguan pada sistem saraf pusat (sakit kepala, gangguan penglihatan, kejang)

Gejalanya:

- a. Tekanan darah tinggi
- b. Tinggi protein dalam urine
- c. Berat badan naik tiba-tiba
- d. Pembengkakan pada tangan dan kaki
- e. Sakit kepala yang tidak hilang dengan obat
- f. Kehilangan penglihatan
- g. Penglihatan ganda atau berbayang
- h. Sakit di sisi tubuh bagian kanan Anda atau di daerah perut Anda
- i. Mudah memar
- j. Jumlah urine menurun

k. Sesak napas

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan utama yang insidennya semakin meningkat dan berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas maternal. Salah satu teori mengenai preeklampsia ini adalah terjadinya stress oksidatif akibat ketidakseimbangan antara pro-oksidan dan antioksidan, sehingga menghasilkan radikal bebas atau oksigen reaktif atau nitrogen reaktif. Adanya penurunan dari Zinc sebagai kofaktor enzim antioksidan. dilaporkan berhubungan dengan meningkatnya faktor risiko preeklampsia. Dari 40 sampel penelitian kehamilan di atas 20 minggu, dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu preeklampsia berat dan hamil normal. Dilakukan pemeriksaan zinc serum pada kedua kelompok. Zinc serum pada preeklampsia berat dan hamil normal menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) kadar rata – rata zinc serum kelompok penderita preeklampsia berat ($0,45 \pm 0,09 \mu\text{g}/\text{ml}$) dengan kelompok kehamilan normal ($0,78 \pm 0,55 \mu\text{g}/\text{ml}$) yaitu $p = 0,02$. Perbedaan ini secara statistik bermakna dengan p value $< 0,05$. Terdapat perbedaan bermakna antara kadar zinc serum wanita hamil normal dengan zinc serum wanita pada Preeklampsia Berat (Ermawati and Hafni, 2019).

3. Eklampsia

Preeklampsia, bila disertai kejang yang tidak dapat dikaitkan dengan penyebab lain disebut eklampsia. Eklampsia merupakan komplikasi preeklampsia berat. Kejang pada eklampsia biasanya merupakan kejang grand-mal (kejang tonik-klonik) yang ditandai dengan penurunan kesadaran dan kontraksi otot yang hebat (Cunningham, 2014). Eklampsia terjadi ketika preeklampsia berkembang dan menyerang otak. Komplikasi ini dapat menyebabkan ibu hamil mengalami kejang, kehilangan kesadaran, dan gelisah berat. Ini merupakan masalah yang sangat serius karena dapat mengancam jiwa. Melahirkan menjadi satu-satunya jalan untuk mengobati eklampsia. Jika tidak segera diobati, maka dapat berakibat fatal bagi ibu dan janin (William, 2010).

4. Perdarahan AntePartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi sebelum bayi lahir. Perdarahan yang terjadi sebelum kehamilan 28 minggu seringkali berhubungan dengan aborsi atau kelainan. Perdarahan kehamilan setelah 28 minggu dapat disebabkan karena terlepasnya plasenta secara prematur, trauma, atau penyakit saluran kelamin bagian bawah (Putri and Ismiyatun, 2020).

Perdarahan antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah kehamilan 24 minggu hingga sebelum kelahiran bayi. Perdarahan antepartum menyebabkan seperlima bayi lahir dengan prematur dan juga menyebabkan bayi yang dilahirkan mengalami cerebral palsy. Perdarahan ante partum terdiri dari placenta previa dan solutio placenta

A. Plasenta previa

Plasenta previa adalah kondisi ketika ari-ari atau plasenta berada di bagian bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Selain menutupi jalan lahir, plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan hebat, baik sebelum maupun saat persalinan. Plasenta adalah organ yang terbentuk di rahim pada masa kehamilan. Organ ini berfungsi menyalurkan oksigen dan nutrisi dari ibu kepada janin, serta membuang limbah dari janin. Plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan hebat selama hamil dan saat melahirkan yang termasuk dalam komplikasi kehamilan. Pada ibu hamil yang didiagnosis plasenta previa di awal kehamilan, kemungkinan sembuhnya cukup tinggi jika diobati dengan cepat (Crum et al., 2017).

Gejalanya:

Gejala utama plasenta previa adalah perdarahan dari vagina yang terjadi pada akhir trimester kedua atau di awal trimester ketiga kehamilan. Perdarahan bisa banyak atau sedikit, dan akan berulang dalam beberapa hari. Perdarahan tersebut juga dapat muncul setelah berhubungan intim dan disertai dengan kontraksi atau kram perut.

Faktor yang diduga dapat membuat ibu hamil lebih berisiko menderita kondisi ini, yaitu:

- a. Berusia 35 tahun atau lebih.
- b. Merokok saat hamil atau menyalahgunakan kokain.
- c. Memiliki bentuk rahim yang tidak normal.
- d. Bukan kehamilan pertama.
- e. Kehamilan sebelumnya juga mengalami plasenta previa.
- f. Posisi janin tidak normal, misalnya sungsang atau lintang.
- g. Hamil bayi kembar.
- h. Pernah keguguran.
- i. Pernah menjalani operasi pada rahim, seperti kuret, pengangkatan miom, atau operasi caesar.

Diagnosis Plasenta Previa

a. USG transvaginal

Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan alat khusus ke dalam vagina untuk melihat kondisi vagina dan rahim. Pemeriksaan ini adalah metode paling akurat untuk menentukan letak plasenta.

b. USG panggul

Prosedur ini sama dengan USG transvaginal, tetapi alat hanya ditempelkan pada dinding perut, guna melihat kondisi di dalam rahim.

c. MRI (magnetic resonance imaging)

Prosedur ini digunakan untuk membantu dokter melihat dengan jelas posisi plasenta. Pengobatan plasenta previa bertujuan untuk mencegah perdarahan. Penanganan tergantung kepada kondisi kesehatan ibu dan janin, usia kandungan, posisi ari-ari, dan tingkat keparahan perdarahan. Bila ibu hamil mengalami perdarahan hebat apalagi berulang, agar bayi dilahirkan secepatnya melalui operasi caesar. Namun jika usia kandungannya kurang dari 36 minggu, ibu hamil akan diberikan suntikan obat kortikosteroid terlebih dahulu untuk mempercepat pematangan paru-paru janin. Bila perlu, diberikan transfusi darah untuk mengganti darah yang hilang.

Ibu hamil yang mengalami plasenta previa sebenarnya masih dapat melahirkan normal, asalkan letak plasenta tidak menutupi jalan lahir atau hanya menutupi sebagian. Tetapi jika plasenta menutupi seluruh jalan lahir, akan operasi caesar.

B. Solusio Plasenta

Solusio plasenta terjadi ketika sebagian atau seluruh plasenta lepas dari rahim sebelum bayi lahir. Kondisi ini menyebabkan janin tidak mendapat oksigen dan nutrisi. Beberapa gejala dari solusio plasenta, antara lain pendarahan vagina, sakit perut, dan kontraksi. Tidak diketahui secara pasti penyebab kondisi ini, namun trauma fisik atau tekanan darah tinggi dianggap mampu merusak koneksi plasenta dan rahim. Jika plasenta hanya terlepas sedikit, maka p-perlu istirahat total untuk menghentikan pendarahan. Namun, jika lebih dari setengah plasenta terlepas maka persalinan dini diperlukan.

Solusio plasenta termasuk kondisi yang berbahaya. Selain menghambat pasokan nutrisi dan oksigen, kondisi ini juga dapat menyebabkan ibu mengalami perdarahan hebat. Solusio plasenta menyebabkan banyak kematian pada ibu atau bayi. Solusio plasenta sering kali terjadi secara tiba-tiba. Pada banyak kasus, lepasnya plasenta ini kerap terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau beberapa minggu menjelang waktu persalinan tiba.

Penyebab Solusio Plasenta

Risiko wanita hamil mengalami solusio plasenta atau abruptio plasenta, yaitu:

- a. Hamil pada usia di atas 40 tahun.
- b. Merokok saat hamil atau memakai narkoba saat hamil.
- c. Memiliki riwayat solusio plasenta sebelumnya.
- d. Menderita preeklamsia atau eklamsia.
- e. Ketuban pecah dini.
- f. Mengalami cedera pada perut saat hamil.
- g. Mengandung bayi kembar.

Gejalanya

- a. Nyeri perut atau punggung.
- b. Kontraksi rahim yang terjadi terus menerus.
- c. Rahim atau perut terasa kencang.

Penanganan solusio plasenta tergantung pada kondisi janin dan ibu hamil, usia kehamilan, dan tingkat keparahan solusio plasenta. Plasenta yang sudah terlepas dari dinding rahim tidak bisa ditempelkan kembali. Pengobatan lebih bertujuan untuk menyelamatkan nyawa ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Jika abruptio plasenta atau solusio plasenta terjadi saat kehamilan belum mencapai 34 minggu, ibu hamil dirawat di rumah sakit agar kondisinya bisa diamati secara saksama. Jika detak jantung janin normal dan perdarahan pada ibu hamil berhenti, berarti solusio plasenta tidak terlalu parah dan ibu hamil bisa rawat jalan. Memberikan suntikan kortikosteroid untuk mempercepat pertumbuhan paru-paru janin. Hal ini dilakukan sebagaiantisipasi jika kondisi lepasnya plasenta memburuk, sehingga persalinan harus segera dilakukan meski belum memasuki waktunya (Gabbe et al., 2016).

Jika solusio plasenta terjadi saat usia kehamilan sudah lebih dari 34 minggu, mengupayakan proses persalinan yang tidak membahayakan ibu dan bayi. Jika

solusio plasenta tidak parah, ibu hamil masih dapat melahirkan normal. Namun jika tidak memungkinkan, tindakan operasi caesar (Oxorn and Forte, 2010).



Bab 3

Komplikasi Persalinan

3.1 Pendahuluan

Kehamilan dan persalinan merupakan kejadian fisiologis. Akan tetapi berdasarkan penelitian 15% kehamilan berpotensi mengalami komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu yang dapat mengancam jiwa ibu yang memerlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam risiko tinggi dan banyak bidan merasa kurang percaya diri dalam situasi luar biasa atau kedaruratan yang sangat mengancam jiwa (Kurniarum, 2016).

Bab ini akan membahas asuhan persalinan dengan beberapa penyulit yang dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasinya. Kemampuan tersebut sangat penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat di prediksi dan dilakukan tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif, kemungkinan perbaikan pada ibu dan bayi akan meningkat (Kurniarum, 2016).

3.2 Komplikasi Persalinan Kala I dan II

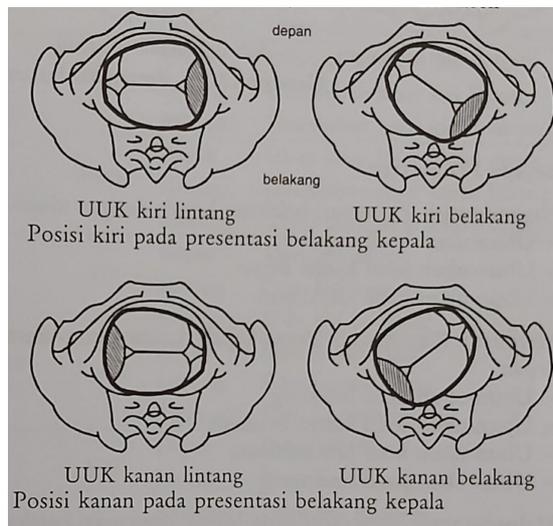
3.2.1 Malposisi

Malposisi merupakan posisi abnormal verteks kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Penilaian posisi normal apabila

kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal atau anterior. Sedangkan keadaan di mana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi (Kurniarum, 2016).

Tabel 3.1 : Jenis-jenis malposisi (Kemenkes, 2013)

Diagnosis	Hasil pemeriksaan
Posisi oksiput posterior	Pemeriksaan abdominal: bagian terendah daftar, bagian kecil janin teraba di anterior dan denyut jantung janin terdengar di samping (flank) Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput di anterior akan mudah diraba bila kepala defleksi
Posisi oksiput lintang	Posisi oksiput janin yang masih lintang terhadap rongga panggul ibu hingga akhir persalinan kala I karena gagal berotasi ke posisi oksiput anterior



Gambar 3.1 Ubun Ubun Kecil Belakang (Prawirohardjo, 2016)

Penyebab malposisi di antaranya diameter antero posterior biasanya pada panggul android, segmen depan menyempit biasanya pada panggul android, otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara (Kurniarum, 2016).

3.2.2 Malpresentasi

Malpresentasi meliputi semua presentasi selain vertex. Faktor predisposisi malpresentasi di antaranya, wanita multipara, kehamilan gemelli, polihidramnion/oligohidramnion, plasenta previa, kelainan bentuk uterus atau terdapat massa/mioma uteri, partus preterm (Kemenkes, 2013).

1. Presentasi Dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala. Kepala menusuk panggul dengan dahi melintang/miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar kedepan dan berada di bawah alkus pubis, kemudian terjadi fleksi sehingga belakang kepala terlahir melewati perineum lalu terjadi defleksi sehingga lahirlah dagu (Kurniarum, 2016). Etiologi presentasi dahi di antaranya panggul sempit, janin besar, multiparitas, kelainan janin, kematian janin intra uterin (Kurniarum, 2016).

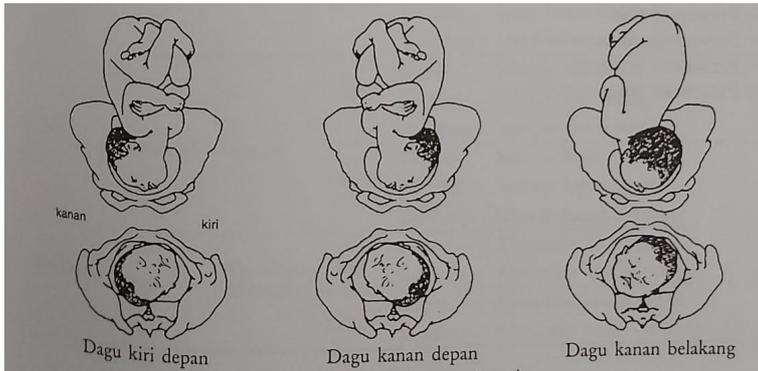
Diagnosis presentasi dahi pada pemeriksaan abdominal: kepala janin lebih separuhnya di atas pelvis, denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil. Pada pemeriksaan vaginal: oksiput lebih tinggi dari sinsiput, teraba fontanella anterior dan orbita, bagian kepala masuk pintu atas panggul (PAP) adalah antara tulang orbita dan daerah ubun-ubun besar. Ini adalah diameter yang paling besar, sehingga sulit lahir pervaginam (Kemenkes, 2013). Penatalaksanaan: lakukan seksio sesarea bila janin hidup, dan bila janin mati lakukan kraniotomi bila memungkinkan atau seksio sesarea bila syarat dan sarana kraniotomi tidak terpenuhi (Kemenkes, 2013).

2. Presentasi Muka

Presentasi muka disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung, pipi (Kemenkes, 2013). Etiologi presentasi muka di antaranya diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transvesa, segmen depan menyempit, otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara, kepala janin yang kecil dan bulat (Kemenkes, 2013).

Diagnosis presentasi muka pada pemeriksaan abdominal: lekukan akan teraba antara daerah oksiput dan punggung (sudut Fabre), denyut jantung janin

sepihak dengan bagian kecil janin. Pada pemeriksaan vaginal: muka dengan mudah teraba, teraba mulut dan bagian rahang mudah di raba, tulang pipi, tulang orbita, kepala janin dalam keadaan defleksi maksimal (Kemenkes, 2013). Daggu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka daggu *Anterior* (posisi muka *fleksi*) dan presentasi muka daggu *Posterior* (posisi muka *defleksi max*) (Kemenkes, 2013).



Gambar 3.2 Presentasi Muka (Prawirohardjo, 2016)

Penanganan pada posisi daggu anterior apabila pembukaan lengkap lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam, dan apabila pembukaan belum lengkap dan tidak ada kemajuan pembukaan dan penurunan maka lakukan seksio sesarea. Penanganan pada posisi daggu posterior, apabila pembukaan lengkap lahirkan dengan seksio sesarea, dan apabila belum pembukaan lengkap dan tidak ada kemajuan pembukaan dan penurunan lakukan seksio sesarea (Kemenkes, 2013).

3. Presentasi Majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan. Faktor yang meningkatkan kejadian presentasi majemuk adalah prematuritas, multiparitas, panggul sempit, kehamilan ganda, atau pecahnya selaput ketuban dengan bagian terendah janin yang masih tinggi (Prawirohardjo, 2016).

Penanganan: (Kemenkes, 2013).

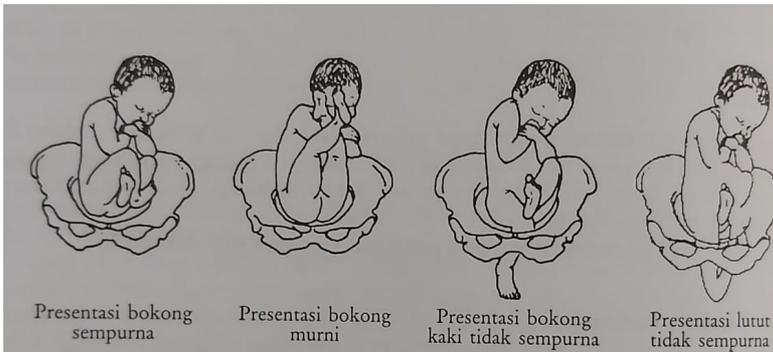
1. Ibu diletakkan dalam posisi trendelenburg (*knee-chest position*)
2. Dorong tangan ke atas luar dari simpisis pubis dan pertahankan di sana sampai timbul kontraksi sehingga kepala turun ke rongga panggul
3. Lanjutkan penatalaksanaan persalinan normal
4. Jika prosedur gagal/terjadi prolapsus tali pusat, lakukan seksio sesarea

4. Presentasi Bokong (Sungsang)

Persalinan letak sungsang merupakan proses persalinan pada bayi yang letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis. Dalam persalinan normal, kepala yang merupakan bagian terbesar lahir terlebih dahulu, sedangkan persalinan letak sungsang justru kepala yang merupakan bagian terbesar bayi keluar terakhir. Persalinan kepala pada letak sungsang tidak mempunyai mekanisme "moulage" karena susunan tulang dasar kepala yang rapat dan padat, sehingga hanya mempunyai waktu 8 menit, setelah badan bayi lahir. Keterbatasan waktu persalinan kepala dan tidak mempunyai mekanisme "moulage" dapat menimbulkan kematian bayi yang besar (Amelia, 2019).

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari faktor ibu maupun janin. Penyebab letak sungsang yang termasuk faktor ibu di antaranya adalah keadaan rahim, keadaan plasenta, dan keadaan jalan lahir. Keadaan rahim yang memungkinkan menjadi penyebab letak sungsang adalah rahim arkuatus, septum pada rahim, uterus dupleks, atau terdapat mioma dalam kehamilan. Keadaan plasenta dengan letak rendah maupun plasenta previa juga dapat menyebabkan letak sungsang. Sementara itu, keadaan jalan lahir yang dapat menjadi faktor penyebab kelahiran letak sungsang adalah sempitnya panggul ibu, deformitas tulang panggul, atau terdapat tumor yang menghalangi jalan lahir. Selain faktor ibu, faktor janin juga dapat menjadi penyebab letak sungsang seperti tali pusat pendek atau mengalami lilitan tali pusat, hidrosefalus atau anensefalus, kehamilan kembar, hidramnion atau oligohidramnion, prematuritas (Amelia, 2019)(Manuaba, 2010).

Diagnosis presentasi bokong diperoleh dari gerakan janin teraba di bagian bawah abdomen, pemeriksaan abdominal (kepala terletak di bagian atas, bokong pada daerah pelvis, auskultasi menunjukkan denyut jantung janin lokasinya lebih tinggi), pemeriksaan vaginal teraba bokong atau kaki, sering disertai adanya mekonium (Kemenkes, 2013).



Gambar 3.3 Presentasi Bokong (Prawirohardjo, 2016)

Tatalaksana umum (Kemenkes, 2013).

1. Persalinan lama pada presentasi sungsang adalah indikasi seksio sesarea
2. Seksio sesarea lebih aman dan direkomendasikan pada: presentasi bokong pada primigravida, *double footling breech*, pelvis yang kecil atau malformasi, janin yang sangat besar, bekas seksio sesarea dengan indikasi CPD, kepala yang hiperekstensi atau defleksi
3. Persalinan pada presentasi kaki sebaiknya dilahirkan dengan seksio sesarea. Persalinan pervaginam hanya bila: persalinan sudah sedemikian maju dan pembukaan sudah lengkap, bayi preterm yang kemungkinan hidupnya kecil, bayi kedua pada kehamilan kembar.

3.3 Komplikasi Persalinan Kala III dan IV

3.3.1 Perdarahan Post Partum

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang melebihi 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi karena tercampur dengan air ketuban dan serapan pakaian atau kain alas tidur. Oleh sebab itu maka batasan operasional untuk periode pascapersalinan adalah setelah bayi lahir. Sedangkan tentang jumlah perdarahan, disebutkan perdarahan yang lebih dari normal di mana telah menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemah, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik < 90mmHg, nadi >100kali/menit, kadar Hb <8 gr%) (Prawirohardjo, 2011).

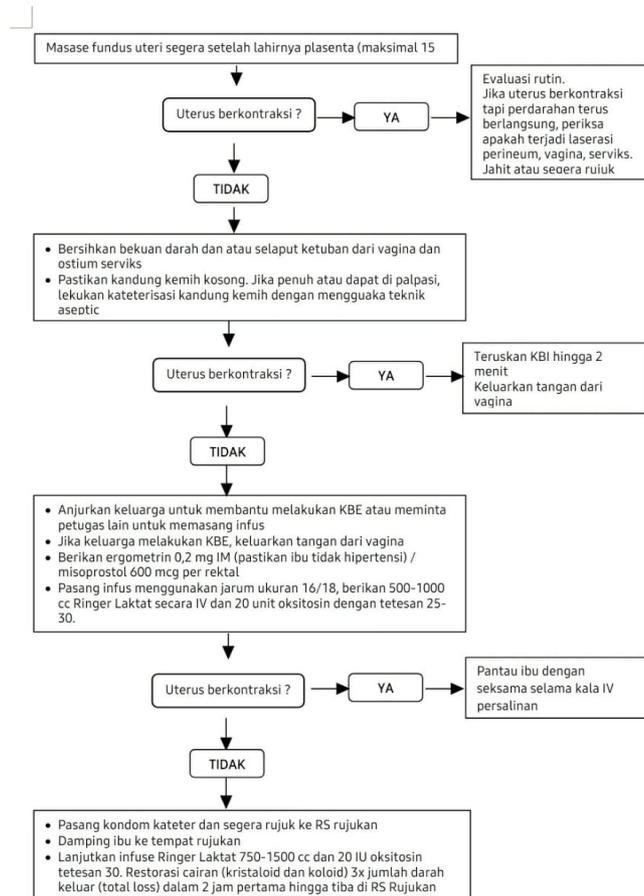
Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu: atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tertinggalnya sebagian plasenta di dalam uterus, kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia, penatalaksanaan kala III yang salah (Kurniarum, 2016).

1. Atonia Uteri

Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka miometrium akan menjepit pembuluh darah yang menyusup di antara miometrium (JNPKKR, 2016). Atonia uteri adalah suatu kondisi di mana miometrium tidak berkontraksi dan jika ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Atonia uteri didefinisikan uterus tidak berkontraksi setelah plasenta lahir dan sudah dilakukan masase selama 15 detik (PPIBI, 2016).

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu melahirkan dengan faktor predisposisi: regangan rahim berlebihan, seperti: gemelli, makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi, umur yang terlalu muda atau terlalu tua, multipara dengan jarak kelahiran yang pendek, partus lama, malnutrisi, adanya mioma uteri yang

mengganggu kontraksi rahim, persalinan cepat (*partus presipitatus*), persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin (*augmentasi*), pengaruh magnesium Sulfat sebagai anti konvulsi pada pre eklampsia/ eklampsia (Kurniarum, 2016; JNPK-KR, 2016).



Gambar 3.4 Penatalaksanaan Atonia Uteri (JNPKKR, 2016)

2. Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan

dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus (Salma Kusumastuti, Tri Maryani, 2018). Perdarahan pervaginam disebabkan oleh pelepasan plasenta secara Duncan yaitu pelepasan/separasi plasenta atau secara Schultze yaitu plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala tiga) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam (Salma Kusumastuti, Tri Maryani, 2018).

Tabel 3.2: Jenis retensio plasenta: (Prawirohardjo, 2016)

No	Jenis Plasenta	Implantasi
1.	Plasenta adhesiva	Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
2.	Plasenta akreta	Suatu plasenta yang tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus baik sebagian ataupun seluruhnya. Hal ini dikarenakan implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium. Keadaan ini disebabkan karena tidak adanya desidua basalis baik sebagian atau seluruhnya terutama lapisan yang berbusa.
3.	Plasenta inkreta	Implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium
4.	Plasenta perkreta	Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5.	Plasenta inkarserata	Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri

Jika plasenta belum lahir dan mendadak terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri sehingga uterus berkontraksi secara efektif, dan perdarahan dapat dihentikan. Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri (JNPKKR, 2016).

Tabel 3.3: Prosedur Plasenta Manual (JNPKKR, 2016)

No	Prosedur	
a.	Persiapan	Pasang set cairan infus Jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan plasenta manual Lakukan anestesia verbal atau analgesia per rektal (ketoprofen atau tramadol) Siapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi
b.	Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong 2. Klem tali pusat pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai 3. Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan mengarah ke dinding uterus dan bagian palmar mengarah ke kavum uteri) ke dalam vagina, menelusuri sisi bawah tali pusat 4. Setelah mencapai bukaan serviks, minta seorang asisten/penolong lain untuk memegang klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri 5. Masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri dan mencapai tepi implantasi plasenta 6. Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat)
c.	Melepas plasenta dari dinding uterus	<ol style="list-style-type: none"> 7. Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah (distal) 8. Setelah ujung-ujung jari masuk di antara plasenta dan dinding uterus maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeserkan ke atas (kranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus
d.	Mengeluarkan plasenta	<ol style="list-style-type: none"> 9. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

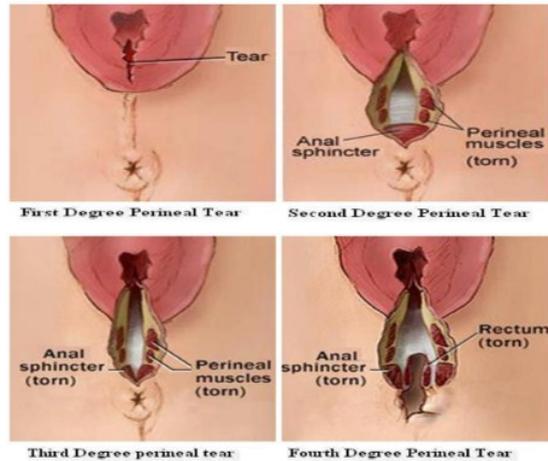
		<p>10. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simpisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah)</p> <p>11. Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan suprasimpisis) uterus ke arah dorso-kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan</p>
e.	Pencegahan infeksi pasca tindakan	<p>12. Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang digunakan</p> <p>13. Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit</p> <p>14. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir</p> <p>15. Keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering</p>

3. Robekan jalan lahir

Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan: disfungsi organ bagian luar sampai alat reproduksi vital, sebagai sumber perdarahan yang berakibat fatal, sumber atau jalannya infeksi (Kurniarum, 2016).

a. Robekan Perineum

Robekan perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat (Kurniarum, 2016). Etiologi robekan perineum: kepala janin terlalu cepat lahir, persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya, adanya jaringan parut pada perineum, adanya distosia bahu (Kurniarum, 2016).



Gambar 3.5: Laserasi Jalan Lahir (Dewi, 2020)

Tabel 3.4: Derajat Laserasi Jalan Lahir (JNPKKR, 2016)

Derajat 1	Derajat 2	Derajat 3	Derajat 4
<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum 	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum • Otot perineum 	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum • Otot perineum • Otot sfingter ani 	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa vagina • Komisura posterior • Kulit perineum • Otot perineum • Otot sfingter ani • Dinding depan rektum
Tak perlu dijahit jika tidak ada perubahan dan posisi luka baik	Jahit menggunakan teknik	Penolong Asuhan Persalinan Normal tidak dibekali ketrampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan	

b. Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Kurniarum, 2016). Etiologi robekan serviks di antaranya partus presipitatus, melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa pembukaan belum lengkap, partus lama (Kurniarum, 2016). Diagnosis robekan serviks ditegakkan melalui pemeriksaan spekulum.

Penatalaksanaan (Kurniarum, 2016):

1. Jepit klem ovum pada ke-2 biji sisi portio yang robek, sehingga perdarahan dapat segera dihentikan.
2. Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan dimulai dari ujung atas robekan ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
3. Setelah tindakan periksa TTV, KU, TFU dan perdarahan
4. Beri antibiotic profilaksis, kecuali bila jelas – jelas ditemui tanda – tanda infeksi.

c. Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum (Kurniarum, 2016).

Penatalaksanaan (Kurniarum, 2016):

1. Pada robekan yang kecil dan superfisiil, tidak diperlukan penanganan khusus.
2. Pada robekan yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara jelujur.
3. Apabila perdarahan tidak bisa diatasi, lakukan laparotomi dan pembukaan ligamentum latum.
4. Jika tidak berhasil, lakukan pengangkatan arteri hipogastrika.

3.3.2 Inversio Uteri

Inversio uteri adalah keadaan di mana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah (Kurniarum, 2016). Etiologi terjadinya inversio uteri: grande multipara, atonia uteri, kelemahan alat kandungan, tekanan intra abdominal yang tinggi (batuk dan mengejan), tarikan tali pusat, manual plasenta yang terlalu dipaksakan, retensio plasenta (Kurniarum, 2016).

Inversio uteri ditandai dengan tanda syok karena kesakitan, perdarahan banyak bergumpal, di vulva tampak endometrium terbalik dengan atau tanpa plasenta yang masih melekat, bila baru terjadi maka prognosis cukup baik akan tetapi bila kejadiannya cukup lama maka jepitan serviks yang mengecil akan membuat uterus mengalami iskemia (Prawirohardjo, 2016).

Penatalaksanaan (Kurniarum, 2016):

1. Lakukan pengkajian ulang
2. Pasang infuse
3. Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan-lahan, atau anastesia umum jika diperlukan.
4. Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl Hangat) menjelang operasi.
5. Lakukan reposisi

3.3.3 Syok Obstetrik

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebab syok di antaranya: perdarahan, infeksi berat, solusio plasenta, inversion uteri, emboli air ketuban, komplikasi anastesi (Kurniarum, 2016). Gejala klink yang muncul: tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, keringat dingin, sianosis jari – jari, sesak nafas, penglihatan kabur, gelisah, oliguria. Penatalaksanaan syok obstetrik meliputi: pengembalian fungsi sirkulasi darah dan oksigenasi, eradikasi infeksi, koreksi cairan dan elektrolit (Kurniarum, 2016) .



Bab 4

Komplikasi Nifas

4.1 Pendahuluan

Persalinan sehat menjadi dambaan untuk setiap calon ibu. Diawali dengan kehamilan yang sehat sampai kepada perawatan paska melahirkan. Generasi sehat akan terbentuk mulai dari persiapan yang matang dari calon ibu sampai kepada perawatan ibu setelah melahirkan. Oleh sebab itu, perawatan paska persalinan atau postpartum dibutuhkan agar kesehatan ibu dapat tetap terpelihara dan terjaga.

Masa nifas merupakan fase saat keluarnya plasenta dan alat-alat reproduksi seperti uterus kembali pulih seperti sedia kala, jangka waktu normal masa nifas adalah selama enam minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010). Ada juga yang mengatakan bahwa masa nifas dengan istilah puerperium yaitu postpartum yaitu masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pulih seperti semula. Selama masa pemulihan ini, seorang ibu mengalami perubahan-perubahan fisik dan psikologis, yang akan menjadi tidak nyaman atau menjadi keadaan patologis bila tidak disertai dengan perawatan yang baik.

Adaptasi yang terjadi diharapkan dapat berjalan dengan baik, namun adakalanya masa nifas yang dilewati oleh seorang ibu tidak berjalan seperti yang diharapkan. Perawatan yang tidak baik pada ibu paska bersalin akan membuat

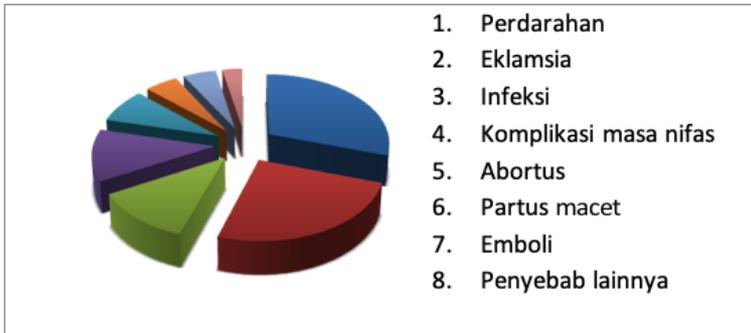
komplikasi setelah melahirkan. Perubahan yang terjadi selama paska melahirkan atau postpartum dapat terjadi baik secara fisiologis maupun psikologis. Adaptasi secara fisiologis pada sistem tubuh yaitu sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, sistem perkemihan, sistem integumen, sistem muskuloskeletal, sistem neurologi, sistem pencernaan dan sistem endokrin. Sedangkan adaptasi psikologis pada postpartum terdiri dari tiga fase yaitu *taking-in*, *taking hold*, *letting-go*.

Adaptasi yang meliputi seluruh sistem dalam tubuh ibu baik adaptasi secara fisiologis maupun adaptasi psikologis membutuhkan kesiapan ibu agar proses selama enam minggu ini berjalan dengan baik tanpa ada komplikasi sehingga dibutuhkan dukungan dari seluruh anggota keluarga terutama suami selama masa nifas.

Komplikasi masa nifas terjadi saat masa pemulihan ibu postpartum. Masa nifas sangat penting untuk diperhatikan agar dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Beberapa komplikasi yang terjadi saat masa nifas (postpartum) adalah perdarahan postpartum, hipertensi, preeklamsis, infeksi masa nifas dan gangguan psikologis (Achyar and Rofiqoh, 2016). Penyebab kematian terbesar ibu dari komplikasi masa nifas adalah perdarahan postpartum, kemudian penyebab kedua terbanyak adalah eklamsi. Indonesia menjadi negara dengan angka kesakitan dan kematian ibu yang masih tinggi. Kematian ibu postpartum masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia yang perlu ditangani dengan cepat. *World Health Organization* mencatat delapan juta perempuan per tahun mengalami komplikasi saat kehamilan dan sekitar 536.000 ibu meninggal dunia (Wahyuningsih, 2018). Tingginya angka kesakitan dan kematian ibu (AKI) merupakan masalah serius yang perlu mendapatkan perhatian khusus selain itu juga akan mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan selama hamil, persalinan dan masa nifas.

Angka kematian ibu di Indonesia tercatat sebesar 305/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, jika dibandingkan pada tahun 2012 angka ini menurun sebesar 359/100.000 kelahiran hidup namun meningkat jika dibandingkan pada tahun 2007 yaitu 228/100.000 kelahiran hidup (Simanjuntak, 2020). Penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan postpartum (postpartum haemorrhage) atau PPH diikuti oleh preeklamsia/eklamsia dan infeksi. AKI di Indonesia merupakan salah satu yang tertinggi di Asia Tenggara yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini masih jauh dari target *Millenium Development Goals (MDGs)* yang dibuat oleh pemerintah untuk menurunkan AKI menjadi 102 kelahiran hidup pada tahun 2015. Maka upaya untuk menurunkan AKI dilanjutkan pada

program *Sustainable Development Goals (SDGs)* sampai tahun 2030 (Wahyuningsih, 2018).



Gambar 4.1: Penyebab kematian Maternal

Pada gambar 4.1 di atas dapat kita lihat bahwa secara umum penyebab kematian maternal di Indonesia sebesar 30% untuk perdarahan, 25% untuk eklamsia, 12% untuk Infeksi, 8%, komplikasi masa nifas, 5%, abortus, 5%, partus macet 3% emboli dan penyebab lainnya 12% (Simanjuntak, 2020).

4.2 Perdarahan Postpartum

4.2.1 Definisi

World Health Organization (WHO) mengatakan perdarahan postpartum sebagai suatu keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml pada 24 jam pertama setelah melahirkan (Sanjaya, 2015). Selain itu perdarahan postpartum dapat juga diartikan sebagai perdarahan lebih dari 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1000 ml setelah persalinan SC (Budiman. Mayasari, 2017).

4.2.2 Insiden

WHO mengatakan sebesar 11.4% ibu postpartum mengalami perdarahan atau sekitar 14 juta ibu postpartum mengalami perdarahan (Ramadhan, Rasyid and Rusnita, 2019). Perdarahan postpartum menduduki peringkat pertama dalam menyumbangkan angka kematian ibu di dunia yaitu sekitar 35% (Ramadhan, Rasyid and Rusnita, 2019).

4.2.3 Faktor risiko

Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya *Hemorrhagic Postpartum* adalah usia ibu saat emlahirkan, riwayat paritas, jarak antar kelahiran, *Antenatal care*, riwayat persalinan dan kehamilan sebelumnya, penyakit anemia dan tingkat pengetahuan ibu (Ramadhan, Rasyid and Rusnita, 2019).

Faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum disebabkan adanya masalah pada 4T yaitu: *Tone, Tissue, Trauma dan Thrombin* (Ilham *et al.*, 2018). *Tone* atau tonus terjadi karena lemahnya kontraksi (hipotoni) bahkan hilangnya kontraksi uterus pasca persalinan. *Tissue* atau jaringan adalah penyebab jaringan plasenta yang tertinggal sebagian maupun seluruhnya (retensio plasenta) di dalam uterus saat melahirkan. *Trauma* disebabkan karena adanya perlukaan jalan lahir mulai dari perineum, vagina, serviks (laserasi) sampai dengan robeknya dinding uterus (rupture uteri) dan *Thrombin* yaitu karena adanya gangguan hemostasis yang dapat erjadi sejak sebelum persalinan maupun setelahnya. Penyebab perdarahan dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

Tabel 4.1: 4T Faktor risiko perdarahan postpartum (Sanjaya, 2015)

Empat T	Penyebab	Angka kejadian (%)
Tone (tonus)	Atonia Uterus	70
Trauma	Laserasi, hematoma, inversi, ruptur	20
Tissue	Jaringan yang tertahan, plasenta invasif	10
Thrombin	Koagulopati	1

Faktor-faktor risiko penyebab perdarahan postpartum (Karjatin, 2016)

a. Atonia uteri

Atonia uteri merupakan salah satu penyebab perdarahan postpartum primer. Atonia uteri adalah suatu kondisi saat kontraksi uterus menurun atau berkurang sehingga dapat mengurangi jumlah perdarahan yang keluar. Manifestasi klinis yang tampak pada pasien dengan antonia uterus adalah fundus uteri teraba lembek, pembalut darah penuh selama waktu 15 menit, perdarahan lambat dan stabil

namun tiba-tiba besar ada gumpaland arah, konjungtiva tampak pucat dan kulit terasa dingin, pasien tampak cemas dan kebingungan serta takikardi dan hipotensi.

b. Laserasi

Laserasi merupakan penyebab kedua terbanyak pada perdarahan postpartum primer. Bagian yang sering emngalami laserasi adalah leher rahim, vagina, labia dan perineum. Pada saat pengkajian akan ditemukan rahim ebrada di atas garis tengah, perdarahan terjadi dengan gumpalan, pasien takikardia dan hipotensi.

c. Hematoma

Hematoma terjadi ketika darah berkumpul dalam jaringan ikat pada vagina atau daerah perineum. Sulit untuk menentukan jumlah kehilangan darahnya karena darah tertahan dalam jaringan. Faktor penyebab hematoma adalah persalinan dengan episiotomi, forcep dan persalinan lama. Pada saat pengkajian pasien akan mengeluh nyeri hebat didaerah vagina dan perineum, pasien tampak takikardia dan hipotensi, tampak hematom di dalam vagina dan tidak tampak dari luar, tampak pembengkakan, perubahan warna dan teraba lembut pada perineum, dan hematoma dapat terakumulasi darah 200-500 ml.

d. Subinvolusio

Subinvolusio uterus adalah istilah yang kita gunakan saat rahim tidak terjadi penurunan ukuran uterus. Hal ini bisa disebabkan karena adanya fibroid, endometritis atau adanya sisa jaringan plasenta. Saat pengkajian akan ditemukan rahim teraba lembut dan lebih besar dari normal setelah melahirkan, lokea kembali ket ahap rubra dan adanya keluhan nyeri pada pasien.

e. Sisa jaringan plasenta

Penyebab terjadinya perdarahan pospatum sekunder pada ibu adalah adanya sisa jaringan plasenta atau sebagian kecil sisa plasenta masih melekat pada rahim selama persalinan kala III. Jika tidak segera dikeluarkan akan mengganggu involusio uterus. Saat pengkajian akan ditemukan perdarahan hebat yang tiba-tiba terjadi pada minggu pertama postpartum, terjadi subinvolusio uterus, terjadi peningkatan

suhu tubuh dan pasien akan mengeluh nyeri jika sudah terjadi endometritis.

f. Pembekuan darah

Trombosis adalah bekuan darah dalam pembuluh darah. Selama enam minggu pertama setelah melahirkan, ibu berisiko terjadinya pembekuan darah. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan fisiologis selama kehamilan. Perlu diperhatikan bahwa bekuan akan terlepas dan menjadi emboli serta masuk ke organ penting seperti paru-paru. Manifestasi klinis dapat ditemukan adanya tanda Homan positif, teraba lembut dan panas di daerah yang terkena, rerasa sakit bila berjalan dan tampak pembengkakan pada kaki yang terkena.

4.2.4 Manifestasi klinik

Gejala klinis perdarahan postpartum pasien tampak lemah, muncul keringat dingin, menggigil, hiperapnea, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih dari 100x/menit, dan hemoglobin kurang dari 8 gr%. Menurut waktu terjadinya, perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi dua yaitu perdarahan postpartum dini (*Early Postpartum Haemorrhage*) dan perdarahan postpartum lanjut (*Late Postpartum Haemorrhage*) (Wahyuningsih, 2018).

a. Perdarahan Postpartum Dini (*Early Postpartum Haemorrhage*)

Perdarahan postpartum dini (*Early Postpartum Haemorrhage*) bisa juga disebut dengan Perdarahan Postpartum Primer atau perdarahan pasca persalinan segera atau terjadi dalam 24 jam pertama paska melahirkan. Faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum umumnya disebabkan karena atonia uteri, plasenta yang abnormal, trauma dan koagulopati (Sanjaya, 2015). Faktor risiko lainnya adalah kala III yang memanjang, ibu dengna multigravida, riwayat episiotomi, makrosomia fetus dan riwayat perdarahan postpartum, selain itu persalinan bayi kembar dapat menjadi faktor risiko juga (Sanjaya, 2015).

b. Perdarahan Postpartum Lanjut (*Late Postpartum Haemorrhage*)

Perdarahan postpartum lanjut (*Late Postpartum Haemorrhage*) bisa juga disebut dengan perdarahan postpartum sekunder atau perdarahan pasca persalinan lambat. Perdarahan postpartum sekunder sering disebabkan oleh adanya infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik (*subinvolusio uteri*) atau

karena sisa plasenta yang tertinggal. Perdarahan postpartum sekunder biasanya terjadi pada hari ke 5 sampai hari ke 15 postpartum. Penyebab utama perdarahan postpartum lanjut adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Wahyuningsih, 2018).

4.2.5 Klasifikasi perdarahan postpartum

Berdasarkan menurut jumlah darah, dapat diklasifikasikan menjadi perdarahan minor dan mayor. Perdarahan minor yaitu 500-1000 ml sedangkan perdarahan mayor jika perdarahan lebih dari 1000 ml. perdarahan mayor dapat dibagi lagi menjadi perdarahan sedang jika perdarahan 1000-2000 ml dan dikatakan perdarahan berat jika perdarahan lebih dari 2000 ml. Penyebab perdarahan utama pada ibu disebabkan oleh atonia uteri. Klasifikasi perdarahan ada pada tabel di bawah ini.

Table 4.2: Tanda dan Gejala berdasarkan Perdarahan Postpartum Berdasarkan Jumlah Perdarahan (Simanjuntak, 2020)

Klasifikasi	Perkiraan perdarahan (ml)	Presentasi perdarahan (%)	Tanda dan gejala klinis
0 (normal)	< 500	<10	Tidak ada
1	500-1000	<15	Minimal
2	1200-1500`	20-25	Frekuensi nadi halus Hipotensi postural
3	1800=2100	30-35	Takikardia Akral dingin Takipnea
4	>2400	>40	syok

4.3 Eklampsia Postpartum

4.3.1 Definisi

Eklamsia adalah kejadian kejang yang terjadi pada ibu hamil dengan tanda-tanda pre eklamsia. Tanda dan gejala yang terjadi pada ibu postpartum dengan eklamsia adalah tekanan darah tinggi (tekanan darah ≥ 140 mmHg) bersamaan dengan protein urine positif yang terjadi sejak usia kehamilan lebih dari 20 minggu (Andalas *et al.*, 2017). Eklampsia terbagi dalam tiga bagian yaitu eklampsia antepartum, eklampsia intrapartum dan eklampsia postpartum. Eklampsia banyak terjadi pada semester terakhir dan akan semakin meningkat saat menjelang persalinan.

4.3.2 Insiden

Pre-eklamsia atau eklampsia penyebab kedua setelah perdarahan postpartum sebagai penyebab langsung terhadap kematian ibu postpartum di Indonesia. Di negara berkembang termasuk Indonesia insiden pre eklamsia dan eklampsia berkisar antara 1:100 sampai 1:700 (D.R Bere, Sinaga and Fernandez, 2017).

4.3.3 Etiologi

Mekanisme terjadinya preeklamsia dan eklampsia masih belum diketahui. hal ini dapat dijelaskan sebagai *Disease of Theory*. Teori-teori tersebut diantaranya adalah (Andalas *et al.*, 2017) :

a. Teori iskemia plasenta, radikal bebas dan disfungsi endotel

Pada kehamilan normal tanpa ada komplikasi, proliferasi trofoblas akan menginvasi desidua dan miometrium dalam dua tahap. Pada usia kehamilan 14-16 minggu akan terjadi invasi tahap kedua dari sel trofoblas di mana sel-sel trofoblas tersebut akan menginvasi arteri spiralis lebih dalam hingga miometrium. Selanjutnya terjadi proses seperti tahap pertama yaitu penggantian endotel, perusakan jaringan mukulo-elastis serta perubahan fibrionid dinding arteri. Akhir dari proses ini adalah pembuluh darah yang ber dinding tipis, lemas dan berbentuk seperti kantong yang memungkinkan terjadi dilatasi secara pasif untuk dapat menyesuaikan dengan kebutuhan aliran darah yang meningkat pada kehamilan. Pada pre eklamsia, proses tersebut tidak

berjalan dengan baik, yang disebabkan karena tidak semua arteri spiralis mengalami invasi oleh sel-sel trofoblas dan pada arteri spiralis yang mengalami invasi terjadi tahap pertama secara normal tetapi pada saat invasi kedua tidak berlangsung dengan baik sehingga terdapat resistensi vaskuler

b. Teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin

Beberapa penelitian menyatakan kemungkinan maladaptasi imunologis sebagai patofisiologi dari pre eklampsia. Antibodi yang melawan sel endotel ditemukan pada 50% perempuan dengan pre eklampsia. Radikal bebas yang dilepaskan oleh sel desidua akan menyebabkan kerusakan sel endotel.

c. Teori genetik

Terdapat kecenderungan bahwa faktor keturunan turut berperan dalam patogenesis preeklamsia dan eklamsia. Penelitian lainnya menyatakan kemungkinan preeklamsia dan eklamsia berhubungan dengan gen resesif tunggal. Bukti lainnya yang mendukung berperannya faktor genetik adalah adanya peningkatan *Human Leukocyte Antigen (HLA)* pada pasien. Walaupun faktor genetik nampaknya berperan terhadap kejadian preeklamsia dan eklamsia tetapi manifestasinya belum dapat diterangkan.

4.3.4 Faktor risiko

Beberapa faktor risiko yang dapat memengaruhi terjadinya pre eklamsia sebagai salah satu penyulit kehamilan, yaitu (Indriani N., 2012) :

a. Faktor genetik

Riwayat pre eklampsia pada ibu, anak perempuan, saudara perempuan, cucu perempuan dari seorang ibu hamil maka ibu akan berisiko 2-5 kali lebih tinggi mengalami preeklampsia dibandingkan pada ibu mertua atau saudara ipar perempuannya.

b. Faktor imunologis

Hipotesis yang populer saat ini adalah hipotesis gangguan adaptasi imunologis. Ada juga penelitian yang mengatakan bahwa durasi hubungan seksual pra konsepsi dan jumlah *unprotected intercourse*

berbanding terbalik dengan kejadian pre eklampsia/eklampsia, bila *unprotected intercourse* atau hubungan seksual tanpa pengaman (kondom) jarang dan tidak lama durasinya maka akan meningkatkan risiko terjadinya pre eklampsia/eklampsia.

c. Faktor gravida

Pre eklampsia pada umumnya terjadi pada kehamilan pertama atau primigravida, bila kehamilan sebelumnya normal, maka insidens pre eklampsia akan menurun. Hal ini dikarenakan kehamilan pertama pembentukan antibodi penghambat belum sempurna sehingga meningkatkan risiko terjadinya pre eklampsia.

d. Faktor umur

Umur merupakan faktor dari status reproduksi yang penting. Umur berkaitan dengan peningkatan atau penurunan fungsi tubuh sehingga akan memengaruhi status kesehatan seseorang. Umur terbaik untuk hamil adalah berkisar 20-35 tahun, jika kehamilan terjadi pada usia di atas 35 tahun akan mempunyai risiko yang sangat tinggi untuk mengalami pre eklampsia. Begitu juga dengan kehamilan pada usia remaja atau kurang dari 20 tahun akan mencetuskan risiko tinggi terjadinya pre eklampsia.

e. Faktor usia gestasi

Pre eklampsia sering terjadi pada usia kehamilan di trimester kedua, yaitu timbul setelah usia kehamilan 20 minggu.

f. Faktor Indeks Massa Tubuh (IMT)

Perempuan obesitas mempunyai risiko lebih tinggi untuk terjadinya pre eklampsia/eklampsia 3,5 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan berat badan ideal.

g. Faktor bayi

Angka kejadian pre eklampsia tiga kali lebih tinggi pada kehamilan kembar dibandingkan dengan kehamilan tunggal atau hanya satu janin.

h. Faktor riwayat penyakit

Peningkatan risiko pre eklampsia/ eklampsia dapat terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi kronis, diabetes dan adanya riwayat pre eklampsia/ eklampsia sebelumnya.

i. Faktor lingkungan

Daktor lingkungan yang dimaksud disini adalah faktor pendidikan ibu atau tingkat pengetahuannya. Faktor pekerjaan juga memengaruhi terjadinya pre eklampsia/ eklampsia pada ibu postpartum.

4.4 Infeksi Postpartum

4.4.1 Definisi

Penyebab langsung kematian ibu selain perdarahan, eklampsia dan komplikasi pada masa nifas adalah infeksi. Infeksi pada masa nifas adalah infeksi yang terjadi karena perlukaan jalan lahir saat persalinan. (Timbawa, Kundre and Bataha, 2015).

4.4.2 Insiden

Angka kejadian infeksi postpartum 1% sampai dengan 8% pada ibu melahirkan. Hal ini juga diperkirakan 0.6 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dikaitkan dengan infeksi postpartum (Karjatin, 2016). Bagian reproduksi perempuan yang sering terkena infeksi postpartum adalah uterus, kandung kemih, payudara dan daerah insisi karena episiotomi.

4.4.3 Etiologi

a. Endometriosis

Endometriosis adalah infeksi postpartum yang paling umum terjadi. Infeksi ini dapat terjadi mulai dari plasenta dan sampai menyebar ke endometrium. Sekitar 2% ibu yang melahirkan melalui persalinan normal dan 15% yang melahirkan melalui operasi Secsio Caesar (SC) akan mengalami endometriosis (Karjatin, 2016). Pada saat pengkajian akan ditemukan adanya peningkatan suhu lebih dari 39,5° C, teraba takikardia, merasa nyeri di daerah uterus, terjadi subinvolisio, tampak malase, keluhan nyeri di perut bagian bawah dan lochia berbau busuk.

b. Mastitis

Mastitis adalah bentuk peradangan pada payudara ibu postpartum, biasanya terjadi pada salah satu payudara dalam dua minggu pertama fase postpartum setelah ASI keluar. Infeksi akan membaik jika segera ditangani dan diberikan

terapi antibiotik sehingga tidak sampai terjadi pembentukan abses. Pada saat pengkajian pasien dengan infeksi postpartum akan ditemukan massa teraba padat dan lembek, tampak kemerahan di sekitar massa, ibu akan merasa nyeri pada payudara yang terkena, peningkatan suhu, takikardia, malaise dan akan memburuk jika keluar nanah (Karjatin, 2016).

c. Infeksi luka

Infeksi luka terjadi pada daerah perineum yang sudah dilakukan episiotomi, insisi bekas operasi SC dan laserasi. Pada saat pengkajian akan ditemukan adanya eritema, tampak kemerahan, teraba hangat/panas, pembengkakan, terasa lembut, keluar nanah, demam ringan dan nyeri meningkat pada luka (Karjatin, 2016).

4.4.4 Faktor Risiko

Faktor risiko akan berbeda tergantung pada jenis infeksi yang dialami. Faktor risiko endometritis adalah ibu postpartum yang mengalami pecah ketuban pada waktu yang lama, persalinan lama atau partus tak maju, melahirkan melalui operasi SC, kondisi kurang arah atau anemia, malnutrisi karena berat badan yang tidak ideal, perdarahan postpartum dan diabetes. Faktor risiko mastitis adalah ibu postpartum dengan pengalaman mastitis pada bayi sebelumnya. Puting teraba sakit atau retak dan ibu dengan pengguna krim anti jamur pada puting. Faktor risiko infeksi luka adalah ibu postpartum dengan obesitas, riwayat diabetes, partus lama, malnutrisi, ketuban pecah dini, pasien dengan riwayat infeksi sebelumnya, imunodefisiensi, ibu dengan terapi kortikosteroid dan teknik penjahitan yang kurang baik pada saat episiotomi. Dapat dikatakan untuk faktor risiko terjadinya infeksi pada postpartum hampir sama semua.

4.5 Gangguan Psikologis Postpartum

4.5.1 Postpartum blues

Proses melahirkan merupakan suatu peristiwa yang membahagiakan sekaligus suatu peristiwa yang berat dirasakan oleh ibu postpartum. Karena proses persalinan yang dilewati merupakan suatu tantangan dan juga kecemasan. Tidak dapat dipungkiri inilah alasan mengapa hampir 70% ibu melahirkan atau ibu postpartum mengalami kesedihan atau sindrom baby blues setelah

melahirkan (Kurniasari and Astuti, 2015). Tidak semua ibu dapat mengalami postpartum blues karena ibu postpartum dapat segera pulih dan mencapai kondisi yang stabil namun masih ada di antaranya yang mengalami depresi postpartum.

Kejadian baby blues atau postpartum blues di Asia masih cukup tinggi yaitu antara 26-85%, sedangkan di Indonesia angka kejadian baby blues atau postpartum blues antara 50-70% dari ibu postpartum (Kurniasari and Astuti, 2015). Salah satu penyebab terjadinya postpartum blues adalah pengalaman dalam persalinan ibu. Pengalaman persalinan yang kurang menyenangkan yang dialami oleh ibu postpartum akan memengaruhi psikologis ibu setelah melahirkan. Postpartum blues dapat terjadi pada ibu postpartum siapapun itu tanpa memandang suku, ras manapun dan dapat juga terjadi pada ibu primipara maupun multipara.

Penyebab postpartum blues tidak diketahui secara pasti namun dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang memengaruhi terjadinya postpartum blues adalah fluktuasi hormonal, faktor psikologis dan kepribadian, adanya riwayat depresi sebelumnya, riwayat kehamilan dan persalinan dengan komplikasi, persalinan SC, kehamilan tidak yang tidak direncanakan, berat badan bayi lahir rendah dan pada ibu yang melahirkan yang mengalami eksulitan dalam menyusui (Kurniasari and Astuti, 2015).

4.5.2 Depresi Postpartum

Seorang Ibu postpartum yang tidak berhasil menyesuaikan diri dengan peran barunya akan mengalami gangguan emosional seperti depresi postpartum. Depresi postpartum adalah suatu depresi yang ditemukan pada perempuan setelah melahirkan yang terjadi dalam kurun waktu empat minggu (Wahyuni, 2014).

Depresi pada ibu postpartum diawali dengan kejadian postpartum blues atau baby blues atau maternity blues. Ibu yang mengalami depresi postpartum akan mengalami situasi di mana minat dan ketertarikan ibu terhadap bayinya akan berkurang. Ibu juga tidak sanggup untuk merawat bayinya secara optimal dan tidak bersemangat untuk menyusui sehingga kebersihan, kesehatan serta tumbuh kembang bayi juga tidak maksimal. Depresi postpartum akan memengaruhi bonding attachment antar ibu dan bayi karena ibu akan menolak memberikan ASI kepada bayinya.

Faktor internal yang memengaruhi terjadinya depresi postpartum adalah usia ibu saat melahirkan yaitu usia yang berisiko adalah saat ibu menikah dan hamil di bawah usia 20 tahun dan di atas usia 35 tahun, selain itu pengalaman pertama melahirkan juga merupakan faktor internal. Faktor eksternal yang dapat memengaruhi adalah dukunga keluarga, dukungan suami, kebudayaan/adat istiadat masyarakat terkait persalinan, status ekonomi, informasi asuhan nifas dan riwayat asuhan nifas (Wahyuni, 2014). Depresi postpartum memberikan dampak negatif pada status kesehatan ibu, selain itu juga akan memengaruhi terhadap keluarga dan anak karena ibu akan menolak melihat bayi, minat dan ketertarikan ibu pada bayi yang baru dilahirkan akan kurang dan ibu tidak berespon positif. Oleh karena itu perlu sekali adanya dukungan dari pihak keluarga terutama suami dalam menemani ibu selama proses postpartum berlangsung.



Bab 5

Kedaruratan Obstetric

5.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau insidental disetiap 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu menurut provinsi tahun 2018-2019 sebesar 4.221 kematian di mana pada tahun 2019 penyebab kematian terbanyak adalah perdarahan (1.280 kasus), hipertensi dalam kehamilan (1.066 kasus), infeksi (207 kasus) (Profil Kesehatan Indonesia, 2019).

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian berbahaya yang membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa. Sedangkan kegawatdaruratan obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya. Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya (Suprapti, 2016).

Berdasarkan UU No.4 Tahun 2019 Pasal 49 bidan memiliki kewenangan memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas serta melakukan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan ibu hamil,

bersalin, nifas, dan rujukan. Dalam Pasal 59 mengenai keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya. Di mana kegawatdaruratan yang dimaksud merupakan keadaan yang mengancam nyawa klien serta memberikan pertolongan pertama guna menyelamatkan nyawa klien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Mengenal kasus kegawatdaruratan obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Kesalahan ataupun keterlambatan dalam menentukan kasus dapat berakibat fatal. Dalam menangani kasus kegawatdaruratan, penentuan permasalahan utama ataupun diagnosis dan tindakan pertolongan harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan tenang serta tidak panik.

5.2 Kedaruratan Obstetric pada Kehamilan

5.2.1 Kehamilan Ektopik Terganggu (KEK)

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi bila sel telur dibuahi berimplentasi dan tumbuh di luar endometrium kavum uteri (Rukiyah, 2017). Jika terjadi perdarahan pada kehamilan kurang dari 22 minggu, kondisi ini berkaitan dengan kehamilan ektopik terganggu (KET) yang terjadi karena sel telur yang sudah dibuahi dalam perjalanan menuju endometrium terselat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Bila tempat nidasi tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, akan terjadi ruptura dan menjadi kehamilan ektopik yang terganggu (Suprapti, 2016).



Gambar 5.1: Kehamilan Ektopik (Syarif, 2015)

Tanda adanya kehamilan ektopik :

- Gejala kehamilan awal (flek atau perdarahan yang ireguler, mual, pembesaran payudara, perubahan warna pada vagina dan serviks, perlukaan serviks, pembesaran uterus, frekuensi buang air kecil yang meningkat
- Nyeri pada abdomen dan pelvis

Tanda Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

- Sakit perut mendadak yang mula-mula terdapat pada satu sisi kemudian menjalar ke bagian tengah atau ke seluruh perut sehingga menekan diafragma
- Nyeri bahu iritasi saraf frenikus
- Darah intraperitoneal meningkat timbul nyeri dan terjadi defence muskuler dan nyeri lepas.
- Bila terjadi hematoke retrouterina dapat menimbulkan nyeri defekasi dan selanjutnya diikuti dengan syok (Hipotensi dan hipovolemia)
- Serviks tertutup
- Perdarahan dari uterus tidak banyak dan berwarna merah tua
- Penegakkan diagnosis dibantu dengan pemeriksaan USG (Suprpti, 2016).

5.2.2 Abortus

Abortus atau keguguran adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat bertahan hidup, yaitu sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau berat janin belum mencapai 500 gram. Abortus biasanya ditandai dengan terjadinya perdarahan pada wanita yang sedang hamil. Dengan kecanggihan alat USG abortus dapat dibedakan menjadi 2 jenis yaitu abortus karena kegagalan perkembangan janin di mana gambaran USG menunjukkan kantong kehamilan yang kosong, sedangkan jenis kedua yaitu abortus karena kematian janin di mana janin tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti denyut jantung atau pergerakan yang sesuai dengan usia kehamilan (Rukiyah, 2017).

Klasifikasi abortus yaitu:

- a. Abortus Imminens, terjadi perdarahan bercak yang menunjukkan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Dalam kondisi ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan. Abortus imminens ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup, uterus sesuai dengan usia gestasi, kram perut bawah.
- b. Abortus Insipiens, terjadi perdarahan ringan hingga sedang pada kehamilan muda di mana hasil konsepsi masih berada dalam kavum uteri. Abortus insipiens ditandai dengan perdarahan sedang hingga banyak, terkadang keluar gumpalan darah, serviks terbuka, uterus sesuai masa kehamilan, kram nyeri perut bawah karena kontraksi rahim kuat, akibat kontraksi uterus terjadi pembukaan, belum terjadi ekspulsi hasil konsepsi.
- c. Abortus Inkomplit; perdarahan pada kehamilan muda di mana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis serviks yang tertinggal pada desidua, ditandai dengan perdarahan sedang hingga banyak dan setelah terjadi abortus dengan pengeluaran jaringan, perdarahan berlangsung terus, serviks terbuka, kram nyeri perut bagian bawah dan terasa mules-mules, ekspulsi sebagai hasil konsepsi.
- d. Abortus Komplit; perdarahan pada kehamilan muda di mana seluruh dari hasil konsepsi telah dikeluarkan dari kavum uteri, ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, uterus lebih kecil dari usia

gestasi, sedikit atau tanpa nyeri perut bawah dari riwayat hasil konsepsi. Pada abortus komplisit perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali.

- e. Abortus Habitualis, suatu keadaan di mana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
- f. Missed Abortus adalah perdarahan pada kehamilan muda disertai retensi hasil konsepsi yang telah mati, dengan gejala dijumpai amenorea, perdarahan sedikit yang berulang pada permulaannya serta selama observasi fundus tidak bertambah tinggi malahan tambah rendah, serviks tertutup dan darah sedikit (Rukiyah, 2017).

5.2.3 Pre Eklampsia

Pre-eklampsia adalah kelainan unik pada kehamilan yang berpotensi menyebabkan morbiditas dan mortalitas janin dan ibu. Hal ini ditandai dengan hipertensi dan proteinuria yang umumnya terjadi setelah 20 minggu pertama kehamilan. Pre-eklampsia dianggap sebagai tanda dan gejala dari suatu kondisi daripada suatu penyakit yang dapat di diagnosis dengan tes tertentu dan memengaruhi organ dan sistem utama secara progresif dan tidak terduga (Lewis, 2015).

Faktor risiko terjadinya preeklampsia umumnya terjadi pada kehamilan yang pertama, kehamilan di usia remaja dan kehamilan pada wanita di atas 40 tahun. Faktor risiko lainnya yaitu riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat mengalami preeklampsia sebelumnya, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, rematoid arthritis (Lisnawati, 2015).

Klasifikasi preeklampsia ada 2 tingkatan, yaitu:

- a. Preeklampsia Ringan, timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala klinis preeklampsia ringan meliputi kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih diastol 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau sistole 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg, proteinuria secara kuantitatif lebih dari

- 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif +2, edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah dan tangan.
- b. Preeklampsia Berat, ditandai dengan timbulnya hipertensi di mana tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Gejala klinis preeklampsia berat adalah tekanan darah sistole >160mmHg dan tekanan darah diastolik >110mmHg, Proteinuria secara kuantitatif >5 gram/24 jam atau secara kualitatif >+3 dipstik pada sampel urin sewaktu yang dikumpulkan paling sedikit empat jam sekali, Oligohidroamnion, pertumbuhan janin terhambat, dan abrupsio plasenta, dapat terjadi kematian ibu atau janin bahkan keduanya bila preeklampsia tak segera diatasi dengan baik dan benar (Rukiyah, 2017).

5.2.4 Plasenta Previa

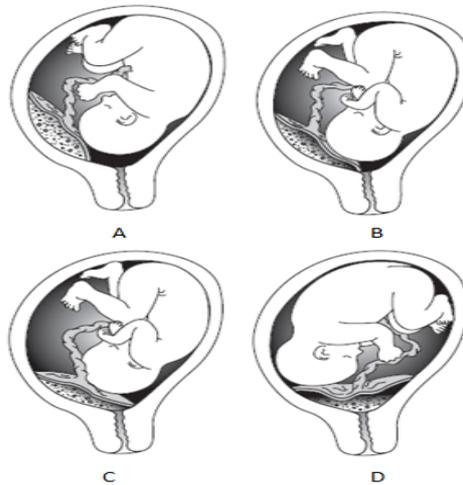
Plasenta previa merupakan plasenta yang implantasinya tidak normal. Previa terdiri dari dua kata yaitu Prae (di depan) dan Vias (jalan). Plasenta previa adalah plasenta yang implantasinya rendah sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum (Rukiyah, 2017).

Perdarahan tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Dengan bertambahnya usia kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar lagi dan serviks akan lebih membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus, dan pada saat itu terjadi perdarahan berwarna merah segar.

Klasifikasi dari plasenta previa terdiri dari 4 tingkatan, yaitu:

1. Plasenta Previa Totalis, apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan Plasenta.
2. Plasenta Previa Parsialis, apabila sebagian pembukaan tertutup oleh jaringan Plasenta.
3. Plasenta Previa Marginalis, apabila pinggir Plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan.

4. Plasenta Letak Rendah, Plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus tetapi belum sampai menutupi pembukaan jalan lahir.



Gambar 5.2: Plasenta Letak Rendah (A), Plasenta Previa Marginalis (B), Plasenta Previa Parsialis (C), Plasenta Previa Totalis (D) (Syarif, 2015).

Diagnosis plasenta previa ditegakkan dengan adanya gejala-gejala klinis dan pemeriksaan, yaitu:

- a. Gejala Klinis

Gejala utama berupa perdarahan pada kehamilan setelah 28 minggu atau pada kehamilan trimester III yang bersifat tanpa sebab (causeless), tanpa nyeri (painless), dan berulang (recurrent).

- b. Palpasi Abdomen

Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah dan bagian terbawah janin belum turun, biasanya kepala masih floating.

- c. Pemeriksaan inspekulo

Tujuannya untuk mengetahui asal perdarahan, apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina.

d. Penentuan letak plasenta tidak langsung

Dapat dilakukan dengan radiografi, radio isotop, dan ultrasonografi. Akan tetapi, ibu dan janin dihadapkan pada bahaya radiasi dan rasa yeri namun cara ini sangat tepat untuk menentukan letak plasenta (Fauziyah, 2016).

5.2.5 Solusio Plasenta

Solusio plasenta merupakan terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri yang terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir. Solusio plasenta hingga kini belum diketahui dengan jelas apa penyebabnya. Beberapa keadaan dapat menyertai seperti umur ibu yang tua (>35 tahun) dikarenakan kekuatan rahim ibu yang berkurang pada multiparitas, penyakit hipertensi yang menahun karena peredaran darah ibu terganggu sehingga suplay darah ke janin tidak ada, trauma abdomen dikarenakan mengalami riwayat terjatuh telungkup (Rukiyah, 2017).

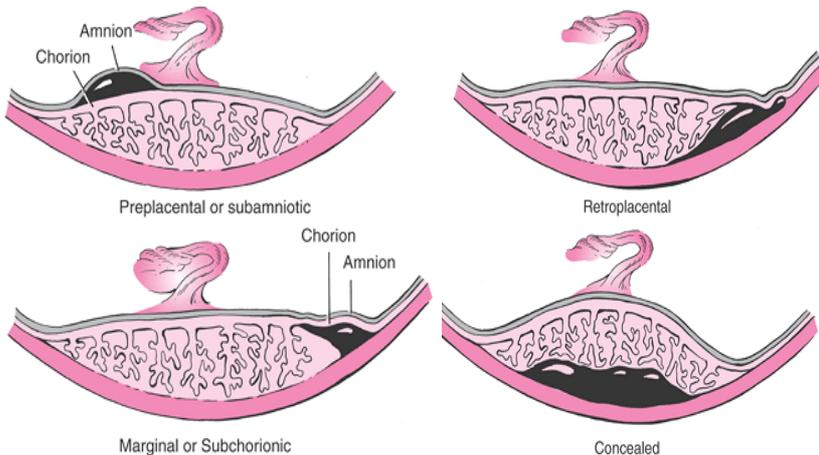
Pendarahan terjadi ketika plasenta yang terletak secara normal memisahkan, baik sebagian atau seluruhnya, dari dinding rahim. Pendarahan dapat diungkapkan, yaitu perdarahan yang jelas per vaginam, disembunyikan darah tetap terperangkap antara plasenta dan rahim, atau bercampur. Tingkat pemisahan akan menentukan apakah dikategorikan parah, sedang atau tidak ringan. Penyebab terpisahnya mungkin tidak jelas, tetapi ada hubungan dengan tiba-tiba dekompresi seperti halnya pecahnya membran di mana polihidramnion hadir, trauma (jalan kecelakaan lalu lintas, jatuh atau pukulan ke perut), penyakit hipertensi dan cephalic eksternal (Lewis, 2015).

Menurut cara terlepasnya solusio plasenta dibagi menjadi solutio plasenta parsialis hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang terlepas dari perlekatannya dan solusio plasenta totalis di mana plasenta terlepas seluruh dari tempat perlekatannya.

Secara klinis solusio plasenta dibagi menjadi:

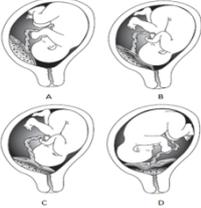
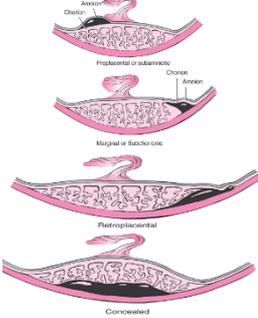
1. Solusio plasenta ringan, ruptur sinus marginalis atau terlepasnya sebagian kecil plasenta yang tidak berdarah banyak dan tidak memengaruhi keadaan ibu dan janinnya. Gejala solusio plasenta ringan yaitu perdarahan pervaginam yang berwarna hitam-hitaman tetapi sedikit dan perut terasa tegang dan sakit terus-menerus.

2. Solusio plasenta sedang, plasenta telah lepas lebih dari seperempatnya tetapi belum sampai dua pertiga luas permukaannya. Gejalanya ditandai dengan perdarahan pervaginam yang berwarna hitam-hitaman, perut mendadak sakit terus-menerus dan kemudian disusul dengan perdarahan pervaginam yang tampak sedikit namun kemungkinan lebih banyak terjadi perdarahan di dalam, di dinding uterus terasa nyeri tekan sehingga bagian janin sulit diraba, dan apabila janin masih hidup bunyi jantung sukar di dengar dengan stetoskop biasa.
3. Solusio plasenta berat, plasenta telah lepas lebih dari dua pertiga permukaannya. Biasanya ibu mengalami syok dan janinnya telah meninggal. Gejalanya ditandai uterus sangat tegang seperti papan dan terasa sangat nyeri. Perdarahan pervaginam tampak belum sempat terjadi dikarenakan kemungkinan terjadinya kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal (Rukiyah, 2017).



Gambar 5.3: Jenis Pelepasan Plasenta (Syarif, 2015)

Tabel 5.1: Perbedaan Plasenta Previa dengan Solusio Plasenta (Syarif, 2015)

No.	Perbedaan	Plasenta Previa	Solusio Plasenta
1	Defenisi	Previa terdiri dari dua kata yaitu Prae (di depan) dan Vias (jalan). Plasenta previa adalah plasenta yang implantasinya rendah sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum (Rukiyah, 2017)	Solusio plasenta merupakan terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri yang terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir (Rukiyah, 2017)
2	Klasifikasi	a. Plasenta Previa Totalis b. Plasenta Previa Parsialis c. Plasenta Previa Marginalis d. Plasenta Letak Rendah 	a. Solusio Plasenta Ringan b. Solusio Plasenta Sedang c. Solusio Plasenta Berat 
3	Etiologi	Perdarahan tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Dengan bertambahnya usia kehamilan segmen bawah uterus akan lebih melebar lagi dan serviks akan lebih membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta	Solusio plasenta hingga kini belum diketahui dengan jelas apa penyebabnya. Beberapa keadaan dapat menyertai seperti umur ibu yang tua (>35 tahun) dikarenakan kekuatan rahim ibu yang berkurang pada multiparitas, penyakit hipertensi yang menahun karena peredaran darah ibu terganggu sehingga suplay darah ke janin tidak ada, trauma abdomen dikarenakan mengalami riwayat terjatuh

		yang melekat tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus, dan pada saat itu terjadi perdarahan berwarna merah segar (Rukiyah, 2017)	telungkup (Rukiyah, 2017)
4	Keadaan Umum	<ul style="list-style-type: none"> a. Perdarahan tanpa nyeri, usia gestasi >22minggu b. Darah berwarna merah segar c. Perdarahan berulang-ulang sebelum partus d. Terdapat bunyi detak jantung janin e. Perdarahan dapat terjadi setelah miksi atau defekasi, aktivitas fisik, dan umumnya keluar pagi hari 	<ul style="list-style-type: none"> a. Perdarahan dengan nyeri intermiten atau menetap b. Warna darah kehitaman dan cair, tetapi kemungkinan ada bekuan jika solusio relatif baru c. Palpasi sukar dan bunyi jantung anak biasanya tidak ada d. Pada toucher tidak teraba plasenta tetapi ketuban yang terus menerus menegang
5	Penyulit Lain	<ul style="list-style-type: none"> a. Syok b. Bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul 	<ul style="list-style-type: none"> a. Syok yang tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar b. Anemia berat c. Melemahnya gerakan janin d. Hilangnya denyut jantung janin

5.3 Kedaruratan Obstetric pada Persalinan

5.3.1 Atonia Uteri

Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Atonia uteri merupakan penyebab utama terjadinya perdarahan pasca persalinan. Pada atonia uteri, uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Faktor risiko terjadinya atonia

uteri yaitu overdistensi uterus, baik absolut maupun relatif. Overdistensi uterus dapat disebabkan oleh kehamilan ganda, janin makrosomia, polihidramnion atau abnormalitas janin, kelainan struktur uterus atau kegagalan untuk melahirkan plasenta atau distensi akibat akumulasi darah di uterus baik sebelum maupun sesudah plasenta lahir (Rukiyah, 2017).

Tanda dan gejala yang khas pada atonia uteri yaitu uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah anak lahir (post partum primer). Pemberian oksitosin pada Kala III dapat mengurangi risiko perdarahan postpartum lebih dari 40%. Manajemen Aktif Kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan pada persalinan, anemia, dan kebutuhan transfusi darah. Kegunaan utama Oksitosin sebagai pencegahan atonia uteri adalah onsetnya yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti ergometrin (Rukiyah, 2017).

Hal-hal yang dapat menyebabkan atonia uteri antara :

- Disfungsi uterus : atonia uteri primer merupakan disfungsi intrinsik uterus.
- Partus lama : kelemahan akibat partus lama bukan hanya rahim yang lemah, cenderung berkontraksi lemah setelah melahirkan, tetapi juga ibu yang kelelahan kurang bertahan terhadap kehilangan darah.
- Pembesaran uterus berlebihan (hidramnion, hamil ganda, anak besar dengan BB > 4000 gr).
- Multiparitas : uterus yang lemah banyak melahirkan anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan.
- Mioma uteri : dapat menimbulkan perdarahan dengan mengganggu kontraksi dan retraksi miometrium.
- Anestesi yang dalam dan lama menyebabkan terjadinya relaksasi miometrium yang berlebihan, kegagalan kontraksi dan retraksi menyebabkan atonia uteri dan perdarahan postpartum.
- Penatalaksanaan yang salah pada kala plasenta, mencoba mempercepat kala III, dorongan dan pemijatan uterus mengganggu mekanisme fisiologis pelepasan plasenta dan dapat menyebabkan pemisahan sebagian plasenta yang mengakibatkan perdarahan (Lisnawati, 2015).

5.3.2 Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta (habitual retensio plasenta). Gejala dan tanda yang bisa ditemui adalah perdarahan segera, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang. Plasenta tertahan jika tidak dilahirkan dalam 30 menit setelah janin lahir. Plasenta mungkin terlepas tetapi terperangkap oleh serviks, terlepas sebagian, secara patologis melekat (plasenta akreta, inkreta, perkreta) (Rukiyah, 2017).

Penyebab retensio plasenta adalah :

- a. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam, berdasarkan tingkat perlekatannya dibagi menjadi :
 - Plasenta adhesive, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
 - Plasenta akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometriun
 - Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometriun
 - Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.
 - Plasenta normal biasanya menanamkan diri sampai batas atas lapisan miometriun (Suprapti, 2016).
- b. Plasenta sudah lepas tapi belum keluar, karena :
 - Atonia uteri yaitu ketidakmampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir yang dapat menyebabkan perdarahan yang banyak
 - Adanya lingkaran konstriksi pada bagian rahim akibat kesalahan
 - penanganan kala III sehingga menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata) (Suprapti, 2016).

Tanda dan gejala retensio plasenta yaitu plasenta belum lahir selama 30 menit, perdarahan segera, uterus berkontraksi dan keras, tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversio uteri akibat tarikan, dan perdarahan lanjutan (Suprapti, 2016).

5.4 Kedaruratan Obstetric pada Nifas

5.4.1 Infeksi Payudara

Mastitis adalah infeksi peradangan pada mamma, terutama pada primipara yang biasanya disebabkan oleh staphylococcus aureus, infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah. Bila tidak segera ditangani menyebabkan Abses Payudara (pengumpulan nanah local di dalam payudara) merupakan komplikasi berat dari mastitis, yang ditandai oleh :

- Adanya nyeri ringan pada salah satu lobus payudara
- Teraba keras dan tampak memerah
- Permukaan kulit dari payudara yang terkena infeksi juga tampak seperti pecah-pecah
- Peningkatan suhu yang cepat dari (39,5 – 40 °C)
- Nadi kecil dan cepat
- Menggigil, sakit kepala, nyeri hebat, bengkak, inflamasi, area payudara keras (Suprapti, 2016).

Mastitis disebabkan oleh infeksi Staphylococcus dan sumbatan saluran susu yang berlanjut. Mastitis juga disebabkan karena payudara tidak disusukan secara adekuat, puting lecet sehingga mudah masuk kuman, payudara bengkak, peyangga payudara yang terlalu ketat, ibu diet yang jelek, kurang istirahat sehingga anemia yang menimbulkan infeksi (Rukiyah, 2017).

5.5 Kedaruratan Obstetric pada Bayi Baru Lahir

5.5.1 Asfiksia Neonatal

Asfiksia neonatal merupakan kegagalan bernapas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir yang ditandai dengan keadaan PaO₂ di dalam darah rendah (hipoksemia), hiperkarbia Pa CO₂ meningkat dan

asidosis. Penyebab asfiksia dapat berasal dari faktor ibu, janin dan plasenta. Adanya hipoksia dan iskemia jaringan menyebabkan perubahan fungsional dan biokimia pada janin. Faktor ini yang berperan pada kejadian asfiksia. Bayi tidak bernapas atau napas megap-megap, denyut jantung kurang dari 100 x/menit, kulit sianosis, pucat, tonus otot menurun, tidak ada respon terhadap refleks rangsangan (Suprapti, 2016).

Asfiksia yang terdeteksi sesudah lahir, prosesnya berjalan dalam beberapa tahapan :

1. Janin bernapas megap-megap (gaspings), diikuti :
2. Masa henti napas (fase henti napas primer).
3. Jika asfiksia berlanjut terus, timbul pernapasan megap-megap yang kedua selama 4 – 5 menit (fase gasping kedua) diikuti masa henti napas kedua (henti napas sekunderfiksia). Menit ke-1 dan ke-5 sesudah lahir dinilai dengan skor Apgar (appearance, pulse, grimace, activity, respiration). Nilai menit 1 untuk menentukan seberapa jauh diperlukan tindakan resusitasi. Nilai ini berkaitan dengan keadaan asidosis dan kelangsungan hidup. Nilai pada menit kelima untuk menilai prognosis neurologis (Suprapti, 2016).

Tabel 5.2: Penilaian APGAR Skor (Suprapti, 2016)

Klinis	Penilaian		
	0	1	2
Detak Jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Tak teratur	Tangis kuat
Refleks saat jalan nafas dibersihkan	Tidak ada	Menyeringai	Batuk/Bersin
Tonus otot	Lunglai	Fleksi ekstremitas (lemah)	Fleksi kuat gerak aktif
Warna kulit	Biru Pucat	Tubuh merah ekstremitas biru	Merah seluruh tubuh

Keterangan Nilai Apgar:

Nilai 0-3 : Asfiksia berat

Nilai 4-6 : Asfiksia sedang

Nilai 7-10 : Normal



Bab 6

Gangguan Psikologis dalam Kebidanan

6.1 Pendahuluan

Psikologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang jiwa atau mental tetapi tidak secara langsung karena bersifat abstrak. Psikologi berasal dari bahasa Yunani Kuno yaitu *psyche* yang artinya jiwa, dan logos yang artinya ilmu. Psikologi adalah salah satu bagian dari ilmu perilaku atau ilmu sosial yang menggunakan metode pengetahuan ilmiah yang sistematis untuk mengamati perilaku manusia dan menarik kesimpulan. Sehingga dapat disimpulkan pengertian psikologi adalah ilmu yang bersifat ilmiah yang mempelajari tentang perilaku atau aktivitas individu dalam hubungan dengan lingkungannya (Walgito, 1991).

Perilaku manusia merupakan suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri, perilaku juga merupakan sesuatu yang dikerjakan oleh organisme tersebut, dapat diamati secara langsung atau tidak langsung dan hal ini berarti bahwa perilaku terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi rangsangan, dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi perilaku tertentu. Perilaku manusia juga merupakan suatu aktivitas yang

bersangkutan dan dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Yusnidar & Suriati, 2020).

Pemanfaatan psikologi untuk ilmu kebidanan lebih dititik beratkan pada pengkajian seputar wanita, ibu hamil, ibu menyusui, perkembangan bayi dan juga perkembangan psikologis pada anak. Psikologi dalam kebidanan mengkaji secara mendetail aspek-aspek psikologis yang berkaitan dengan wanita sebelum hamil, pada saat hamil, saat melahirkan, dan nifas. Selain itu kajian psikologi untuk kebidanan juga membahas tentang psikologi wanita saat menopause (Jhaquin, 2010).

6.2 Masalah Psikologi Masa Remaja

Perubahan fisik pada masa puber memengaruhi semua bagian tubuh, baik eksternal maupun internal, sehingga turut memengaruhi keadaan fisik dan psikologis remaja. Meskipun akibatnya bersifat sementara, namun cukup menimbulkan perubahan dalam pola perilaku. Secara tradisional masa remaja dianggap sebagai periode “badai dan tekanan,” suatu masa di mana ketegangan emosi meninggi sebagai akibat dari perubahan fisik dan kelenjar. Pertumbuhan pada tahun-tahun awal masa puber terus berlangsung tetapi berjalan agak lambat. Pertumbuhan yang terjadi terutama bersifat melengkapi pola yang sudah terbentuk pada masa puber.

Tidak semua remaja mengalami masa badai dan tekanan. Namun benar juga bila sebagian besar remaja mengalami ketidakstabilan dari waktu ke waktu sebagai konsekuensi dari usaha penyesuaian diri pada pola perilaku baru dan harapan sosial yang baru. Misalnya, masalah yang berhubungan dengan percintaan merupakan masalah yang pelik pada periode ini. Meskipun emosi remaja seringkali sangat kuat, tidak terkendali dan tampaknya irasional, tetapi pada umumnya dari tahun ke tahun terjadi perbaikan perilaku emosional (Hurlock, 2016).

Faktor-faktor penyebab terjadinya masalah pada remaja yaitu :

1. Adanya perubahan-perubahan biologis dan psikologis yang sangat pesat pada remaja menimbulkan dorongan tertentu yang sifatnya sangat kompleks.

2. Orang tua dan pendidik kurang siap untuk memberikan informasi yang benar dan tepat waktu karena ketidaktahuannya.
3. Perbaikan gizi yang menyebabkan *menarche* menjadi lebih dini dan masih banyaknya kejadian kawin muda.
4. Membaiknya sarana komunikasi dan transportasi akibat kemajuan teknologi, menyebabkan membanjirnya arus informasi dari luar yang sulit diseleksi.
5. Kurangnya pemanfaatan penggunaan sarana menyalurkan gejala remaja. Perlu adanya penyaluran bakat dan minat sebagai substitusi yang bernilai positif ke arah perkembangan keterampilan, yang mengandung unsur kecepatan dan kekuatan, seperti berolahraga.

Masalah psikologis yang terjadi pada masa remaja yaitu :

1. Rasa malu

Rasa malu bisa digambarkan sebagai rasa tidak nyaman pada remaja. Biasanya berkaitan dengan membuka diri kepada orang lain, jadi rasa malu itu timbul seolah-olah remaja tersebut sedang dalam sorotan orang lain dan dinilai rendah oleh orang lain.

Orang dikatakan rendah diri jika orang tersebut merasa kurang berharga dibanding dengan orang lain. Antara rasa malu dan rendah diri memiliki keterkaitan. Jika ditelusuri ada banyak faktor rasa malu tersebut, latar belakangnya adalah karena rasa rendah diri. Rasa malu juga dibutuhkan untuk remaja dalam pengendalian diri, karena itu berkaitan dengan etiket pergaulan dan sopan santun. Selain itu, rasa malu karena berbuat dosa juga perlu ditetapkan pada remaja.

2. Emosionalitas

(Daniel Goleman, 2002) mengatakan bahwa emosi merujuk pada satu sifat yang khas yaitu suatu keadaan biologis dan psikologis serta serangkaian kecenderungan untuk bertindak. Mudah tidaknya perasaan remaja untuk terpengaruh oleh kesan-kesan, hal inilah yang disebut dengan emosionalitas. Emosionalitas adalah salah satu tipe kepribadian manusia.

3. Kurang percaya diri

Faktor penyebab kurang percaya diri pada remaja puber antara lain adalah; **Pertama**, faktor lingkungan keluarga. Hal ini dapat terjadi pada keluarga dengan orang tua yang *autocrat*, yaitu orang tua hanya mengatakan apa yang harus dilakukan oleh anak mereka, juga orang tua yang *otoriter* yaitu anak atau remaja dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Keadaan ini mengakibatkan remaja kurang percaya diri, kurang mandiri, kurang kreatif, kurang dewasa dalam perkembangan moralnya, dan kurang fleksibel dalam keputusan kehidupan sehari-hari.

Kedua, faktor fisik. Faktor-faktor fisik ini diantaranya adalah; takut akan kegagalan karena adanya perubahan fisik dan adanya kritik dari orang tua atau teman, remaja tidak mampu untuk mengenali kelebihanannya sendiri, adanya perubahan fisik yang cukup mencolok pada remaja wanita di masa puber, hal itu yang menyebabkan para remaja wanita menarik diri.

4. Antagonisme sosial

Anak puber sering kali tidak mau bekerja sama, sering membantah dan menentang. Pada masa remaja sering terjadi kesenjangan antara orang tua dan anak. Faktor penyebab terjadinya antagonisme sosial adalah sifat remaja yang ingin memperoleh kebebasan dalam mengatur dirinya sendiri dan remaja berusaha untuk melepaskan dirinya dari lingkungan serta ikatan orang tua karena mereka ingin mencari identitas diri.

5. *Day dreaming*

Masa puber disebut juga dengan masa penciptaan berbagai imajinasi yang teramat muluk, ingin ini dan itu. Keinginan seperti itu sering mereka ekspresikan dalam lamunan, kadang tersenyum dan tertawa sendiri. Seiring dengan perkembangan mentalnya, lama-kelamaan sifat tersebut hilang dan mulai berpikir realistis menjelang usia remaja dan memasuki usia dewasa.

6. Antagonisme seks

Anak yang mengalami pubertas biasanya menunjukkan keagresifan dalam masalah pergaulan dengan lawan jenis. Jika ia suka maka terang-terangan menyukai dan jika benci biasanya tanpa pertimbangan lain pasti membencinya, maka dapat dikatakan masa ini adalah masa suka sama suka dengan pertimbangan emosi belaka.

7. Cepat merasa bosan

Anak puber bosan dengan permainan yang sebelumnya amat ia gemari, tugas-tugas sekolah, kegiatan-kegiatan sekolah dan kegiatan sosial lainnya. Akibatnya anak akan malas bekerja dan prestasi sekolah menurun.

8. Keinginan untuk menyendiri

Kalau perubahan pada masa puber mulai terjadi, anak-anak biasanya akan mulai menarik diri dari teman-temannya dari berbagai kegiatan keluarga, serta sering bertengkar dengan teman atau anggota keluarganya. Remaja yang dalam masa pubertas akan mengasingkan diri jika ada masalah, baik masalah dalam pergaulannya atau masalah dalam keluarganya. Gejala menarik diri ini mencakup ketidakinginan untuk berkomunikasi dengan orang lain.

9. Keengganan untuk bekerja

Saat orang lain menganggapnya sebagai orang dewasa, maka anak remaja menganggapnya ia adalah anak kecil yang masih perlu bimbingan dan enggan untuk bekerja. Mereka belum terbiasa untuk bekerja, dan sedikit bekerja mereka sudah mengatakan lelah. Hal ini disebabkan pada masa kanak-kanak mereka terbiasa dengan bermain-main dan ketika pekerjaan itu disodorkan, maka pekerjaan itu baginya adalah bagai sesuatu yang baru.

10. Sikap tidak tenang

Perubahan yang cepat pada masa pubertas biasanya menyebabkan perilaku salah tingkah dan cenderung buru-buru. Remaja yang mengalami pubertas tidak bisa duduk dan berdiri pada posisi yang sama dan dalam waktu yang lama. Hal ini dikarenakan emosi yang meluap-luap, sehingga fisik pun ikut merasakan agretivitas mentalnya.

6.3 Perubahan dan Gangguan Psikologis pada Masa Kehamilan

Kehamilan adalah periode krisis yang akan berakhir dengan lahirnya seorang bayi. Selama kehamilan seorang wanita akan mengalami banyak perubahan, baik itu perubahan fisik maupun psikologis. Hal tersebut berhubungan dengan adanya perubahan biologis yang terjadi. Emosi ibu yang sedang hamil cenderung labil. Reaksi yang ditunjukkan terhadap kehamilan juga dapat berubah-ubah.

Pada umumnya kehamilan berlangsung dengan normal menghasilkan bayi sehat, cukup bulan dan melalui jalan lahir. Akan tetapi hal itu tidaklah sama bagi setiap wanita, karena dalam kehamilan terjadi perubahan fisik maupun emosional ibu. Hal ini dapat memberikan pengaruh pada ibu dan bayi selama hamil. Sistem penilaian risiko, tidak dapat memprediksi apakah ibu akan melalui proses kehamilan dengan atau tanpa risiko. Dengan demikian upaya asuhan kebidanan dalam *Antenatal Care* (ANC), diharapkan mampu menjadi fasilitator dalam pelaksanaan manajemen kehamilan dan persalinan. Masa kehamilan, persalinan dan dilanjutkan dengan masa nifas merupakan masa yang kritis bagi ibu dan bayinya (Lisnawati, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian (Rahmawati & Wulandari, 2019) bahwa tidak terdapat hubungan kesiapan fisik dan psikologis ibu hamil terhadap kesejahteraan ibu. Namun terdapat hubungan kesiapan fisik dan psikologis terhadap kesejahteraan janin. Sedangkan hasil penelitian (Elvina et al., 2018) bahwa ada hubungan informasi dengan kesiapan psikologis ibu hamil dalam menghadapi persalinan di mana nilai $P\text{-value} = 0,016$ ($P \leq 0,05$) dan ada hubungan dukungan suami dengan kesiapan psikologis ibu hamil dalam menghadapi persalinan di mana nilai $P\text{-value} = 0,009$ ($P \leq 0,05$), serta ada hubungan pengalaman dengan kesiapan psikologis ibu hamil dalam menghadapi persalinan di mana nilai $P\text{-value} = 0,037$ ($P \leq 0,05$).

Faktor psikologis yang berpengaruh dalam kehamilan dapat berasal dari dalam diri ibu hamil (internal) dan dapat juga berasal dari faktor luar diri ibu hamil. Faktor psikologis yang memengaruhi kehamilan berasal dari dalam diri ibu dapat berupa latar belakang kepribadian ibu dan pengaruh perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Sedangkan faktor yang berasal dari luar diri ibu dapat berupa pengalaman ibu misalnya ibu mengalami trauma berat sehingga

terjadi gangguan emosi berupa stress atau depresi yang dialami (Yeyeh et al., 2009).

Stress memiliki dua gejala, yaitu gejala fisik dan psikis. Pertama: gejala stress secara fisik dapat berupa jantung berdebar, nafas cepat dan memburu/terengah-engah, mulut kering, lutut bergetar, suara menjadi serak, perut melilit, nyeri kepala seperti diikat, berkeringat banyak, tangan lembab, letih yang tak beralasan, merasa gerah, panas, otot tegang. Kedua: keadaan stress dapat membuat orang-orang yang mengalaminya merasa gejala-gejala psikoneurosa seperti cemas, resah, gelisah, sedih, depresi, curiga, fobia, bingung, salah paham, agresi, labil, jengkel, marah, lekas panik, cermat secara berlebihan (Lukaningsih & Bandiyah, 2011).

Secara psikologis, stress pada sang Ibu hamil ada tiga yaitu:

1. Tahap pertama itu adalah pada triwulan pertama yaitu pada saat umur kehamilan 1 hingga 3 bulan, sepertinya Ibu belum terbiasa dengan keadaannya, di mana adanya perubahan pada hormon yang memengaruhi pada kejiwaan Ibu, sehingga Ibu sering merasakan kesal dan sedih. Selain itu, Ibu hamil juga yang mengalami mual-mual dan *morning sickness*, yang juga mengakibatkan stress dan gelisah.
2. Tahap kedua saat triwulan kedua yaitu pada saat umur kehamilan 4 hingga 6 bulan. Dalam waktu tersebut, biasanya Ibu sudah merasa tenang dan tidak gelisah lagi, karena sudah terbiasa dengan keadaannya. Di tahap ini, Ibu hamil sudah bisa melakukan aktivitas.
3. Tahap ketiga yakni trimester ketiga. Stress pada Ibu yang hamil akan meningkat kembali. Hal ini dapat lagi terjadi dikarenakan kondisi kehamilan Ibu semakin membesar. Kondisi ini tidak jarang memunculkan masalah seperti posisi tidur yang sangat kurang nyaman dan mudah merasa lelah. Dan semakin bertambah dekatnya waktu kehamilan pun akan membuat tingkat stress Ibu yang semakin tinggi. Perasaan cemas yang muncul bisa disebabkan si Ibu memikirkan proses melahirkan serta keadaan bayi yang akan dilahirkan (Yusnidar & Suriati, 2020).

Gangguan psikologis pada masa kehamilan :

1. Gangguan psikologis pada pasangan infertilitas

Gangguan psikologis pada infertilitas merupakan siklus yang tidak terputus. Infertilitas dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikologis yang menghambat proses reproduksi. Dan dampak infertilitas juga bisa mengakibatkan gangguan psikologis. Adapun penanganannya adalah dengan mengadakan konseling, baik konseling secara individu ataupun dengan pasangan. Akan lebih baik apabila konseling dilakukan dengan bersama, karena ini menyangkut hubungan antara suami dan istri

2. Gangguan psikologis pada kehamilan palsu (*Pseudocyesis*)

Peristiwa kehamilan palsu merujuk pada pseudologia, yaitu fantasi-fantasi kebohongan yang selalu ditampilkan ke depan untuk mengingkari atau menghindari realitas yang tidak menyenangkan. Wanita *Pseudocyesis* sekali menonjolkan egonya untuk menutupi kelemahan dirinya, oleh karena itu dipilihlah aliran konseling psikoanalisis dengan menekankan pentingnya hidup klien, pengaruh dari pengalaman diri pada kepribadian individu, serta irasionalitas dan sumber-sumber tidak sadar dari tingkah laku manusia

3. Gangguan psikologis pada kehamilan di luar nikah

Roger 1971 mengatakan bahwa penatalaksanaan yang bisa dilakukan guna menangani hal ini adalah dengan melakukan konseling humanistik, di mana manusia sebagai individu berhak menentukan sendiri keputusannya dan selalu berpandangan bahwa pada dasarnya manusia itu adalah baik. Oleh karena itu, di dalam menghadapi permasalahan kehamilan di luar nikah bagi para remaja, maka sebagai bidan atau psikolog dapat memberikan konseling dengan keluarga, antara remaja itu sendiri, konselor dan pihak keluarga, mengingat orang tua masih memiliki andil yang besar pada kehidupan anak remaja mereka.

4. Gangguan psikologis pada kehamilan yang tidak dikehendaki

Pengelolaan gangguan psikologis pada wanita dengan kehamilan yang tidak dikehendaki. Penanganan dalam permasalahan ini tidak jauh

berbeda dengan penanganan pada masa kehamilan di luar nikah. Perbedaannya hanya pada tehnik konselingnya, karena kehamilan ini terjadi pada wanita yang telah menikah yaitu dengan konseling pasangan.

6.4 Perubahan Psikologis pada Masa Persalinan

Pada persalinan yang kuat, ibu biasanya lebih terpusat dan menarik diri daripada mengobrol dengan orang lain, ia digambarkan telah menjadi dirinya sendiri. Ketika persalinan makin kuar, ibu menjadi kurang mobilitas, memegang sesuatu saat kontraksi atau berdiri mengangkang dan menggerakkan pinggulnya. Ketika persalinan ibu semakin maju, ia akan menutup matanya dan pernafasannya berat dan lebih terkontrol (Burvill, 2002) dalam (Chapman, 2006). Ia akan mengerang dan kadang berteriak selama kontraksi yang nyeri, ibu sering terlihat menekuk jari kakinya saat kontraksi memuncak. Sebagai seorang bidan yang dapat dilakukan adalah hanya menyemangati dan bukan memarahinya.

Memarahi ibu bersalin bukanlah solusi, tetapi merupakan masalah baru yang akan mengganggu kepercayaan pasien terhadap bidan. Konsekuensi adalah ibu akan merasa tegang selama persalinan berlangsung. Lain halnya bila bidan menyemangati ibu, maka suasana yang akan terbangun adalah sikap saling percaya dan optimis bahwa persalinan akan berjalan dengan lancar.

Perubahan psikologis dan perilaku ibu, terutama yang terjadi selama fase laten, aktif dan transisi pada kala I persalinan, berbagai perubahan ini dapat digunakan untuk mengevaluasi tuntutan terhadap dirinya yang muncul dari saat persalinan dan lingkungan. Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologi dan keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbinganantisipasi yang ia terima dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga dan pemberi perawatan lingkungan tempat wanita tersebut berada. Dan apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi tidak direncanakan tetapi sebagian bayi pada akhirnya diinginkan menjelang akhir kehamilan.

Aspek psikologis ibu akan memengaruhi perjalanan persalinan. Persiapan dan bimbinganantisipasi sangat beragam, beberapa pendidikan tentang kelahiran menyusun rencana kelahiran di rumah bersalin atau di rumah. Masing-masing tipe pendidikan tentang kelahiran sangat memengaruhi kejiwaan wanita: gambaran diri, ekspektasi dan percaya diri yang dimiliki wanita (D. Marmi, 2013).

Kondisi psikologis yang dihadapi ibu pada saat persalinan yaitu:

1. Gelisah dan Takut Menjelang Kelahiran

Saat persalinan berlangsung, perasaan gelisah dan cemas menghinggapi sang ibu, adaptasi dengan suasana kamar bersalin yang tentu baru bagi Ibu hamil.

2. Gangguan *Bounding Attachment*

Kebutuhan untuk saling membutuhkan antara keluarga terdekat atau orang-orang terdekat.

Penyebab kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi (M. Marmi & Margayati, 2013) yaitu :

1. Takut mati

Walaupun proses kelahiran adalah proses yang fisiologis, namun hal tersebut tidak lantas menghilangkan risiko-risiko dan bahaya kematian. Bahkan proses kelahiran yang normal sekalipun senantiasa disertai pendarahan dan kesakitan-kesakitan yang hebat. Peristiwa-peristiwa inilah yang menimbulkan ketakutan-ketakutan, terutama takut akan mati, baik kematian sendiri, maupun kematian bayi yang dilahirkannya.

2. Trauma kelahiran

Trauma kelahiran ini berupa ketakutan akan berpisahya bayi dari rahim ibunya. Yaitu merupakan ketakutan untuk dilahirkan di dunia, dan takut terpisahnya dari ibunya. Ketakutan berpisah ini ada kalanya mengghiggapi seorang ibu yang merasa amat takut kalau bayinya akan berpisah dengan dirinya.

3. Perasaan bersalah atau berdosa

Pada persalinan dapat terjadi perlukaan pada alat genital walaupun yang paling sering terjadi ialah perlukaan ketika persalinan. Perlukaan alat genital pada kehamilan dapat terjadi baik pada uterus, serviks, maupun pada vagina; sedangkan pada persalinan di samping pada ketiga tempat di atas perlukaan

dapat juga terjadi pada vulva dan perineum. Derajat luka dapat ringan hanya berupa luka lecet saja sampai yang berat berupa terjadinya robekan yang luas disertai perdarahan yang hebat. Pada primigravida yang melahirkan bayi cukup bulan umumnya perlukaan pada jalan lahir bagian distal (vagina, vulva dan/atau perineum) tidak dapat dihindarkan; apalagi bila anaknya besar (BB anak >4000 gram).

Perlukaan paling berat pada kehamilan atau persalinan ialah robekan uterus (Ruptura Uteri). Umumnya robekan terjadi pada segmen bawah rahim yang dapat meluas ke kiri atau ke kanan sehingga dapat menyebabkan putus Arteria Uterina. Robekan pada segmen atas rahim dapat terjadi pada luka bekas SC klasis atau bekas Miomektomi; robekan jenis ini dapat terjadi baik dalam kehamilan maupun pada persalinan. Perlukaan alat-alat genital di dalam panggul pada waktu pembedahan ginekologik merupakan penyulit yang tidak jarang dijumpai. Hal ini terutama terjadi bila terdapat banyak pelekatan antara organ genital yang akan dibedah dengan jaringan sekitarnya (Prawirohardjo, 2011).

6.5 Gangguan Psikologis pada Masa Nifas

Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita pasca melahirkan. Seorang ibu butuh adaptasi untuk melakukan aktivitasnya yang baru. Ada sebagian wanita yang dapat beradaptasi dengan baik, ada pula yang tidak mampu untuk mengadakan adaptasi bahkan mengalami gangguan psikologis.

Gangguan tersebut di antaranya adalah :

1. *Postpartum Blues (Baby Blues)*, yaitu perasaan sedih yang dialami oleh ibu setelah melahirkan, hal ini berkaitan dengan bayinya. *Postpartum blues* merupakan gangguan suasana hati yang berlangsung selama 3-6 hari pasca melahirkan. *Postpartum blues* sering disebut dengan *maternity blues* atau *baby sindrom* yaitu kondisi yang sering terjadi dalam 14 hari pertama setelah melahirkan dan cenderung lebih buruk pada hari ketiga dan keempat.

Banyak gejala yang dapat diketahui bahwa wanita tersebut sedang mengalami *postpartum* di antaranya adalah: menangis, mengalami perubahan perasaan, cemas, khawatir mengenai bayi, kesepian dan penurunan gairah seksual

2. Depresi postpartum

Gejala yang timbul dari *postpartum depression* adalah dipenuhi rasa dan depresi yang disertai dengan menangis tanpa sebab, tidak memiliki tenaga atau hanya sedikit saja tenaga yang dipunyainya, tidak dapat berkonsentrasi, ada perasaan bersalah dan tidak berharga pada dirinya, menjadi tidak tertarik dengan bayi atau terlalu memperhatikan dan mengkhawatirkan bayinya, mendapat gangguan nafsu makan, ada perasaan takut untuk menyakiti dirinya sendiri dan bayinya, dan mempunyai gangguan tidur.

3. Postpartum psikosis atau postpartum kejiwaan

Postpartum psikosis adalah masalah kejiwaan serius yang dialami ibu setelah proses persalinan dan ditandai dengan agitasi yang hebat, pergantian perasaan yang cepat, depresi, dan delusi. Wanita yang mengalami *postpartum psikosis* membutuhkan perawatan segera dan pengobatan psikiater.

Gejala yang timbul dari *postpartum psikosis* adalah: adanya perasaan kebingungan yang intens, melihat hal-hal lain yang tidak nyata, perubahan mood atau tenaga yang ekstrem, ketidakmampuan untuk merawat bayi, dan *memory lapses* (periode kebingungan yang serupa dengan amnesia), serangan kegelisahan yang tidak terkendali, pembicaraannya tidak dapat mengerti atau mengalami gangguan komunikasi (Nirwana, 2011).

6.6 Masalah Psikologis pada Bayi dan Anak

Masa bayi merupakan periode perkembangan dari lahir sampai sekitar 18 hingga 24 bulan. Banyak aktivitas psikologi baru yang dipelajari seperti

kemampuan berbicara, mengaur indera-indera dan tindakan fisik, berfikir dengan simbol, dan meniru dan belajar dari orang tua. Masalah pada anak meliputi perubahan yaitu emosi, fungsi fisik, perilaku dan mental. Permasalahan tersebut dapat disebabkan karena faktor-faktor seperti gaya pengasuhan, masalah keluarga, kurangnya perhatian, dan rasa kehilangan atau perpisahan.

Anak tidak langsung bereaksi ketika masalah tersebut terjadi, akan tetapi menunjukkan reaksi dikemudian hari. Bimbingan yang membantu anak yaitu mempersiapkan diri jika dihadapkan pada masalah yang sifatnya traumatis pada anak. Orang tua harus memberi memotivasi kepada anaknya agar lebih mampu menghadapi ketakutan dan kecemasannya.

Gangguan psikologis pada anak biasanya susah untuk dikenali. Ciri-ciri yang menjadi petunjuk bagi orang tua dalam melakukan diagnosis terhadap anak yang mengalami gangguan psikologis pada fungsi fisik dan kinerja mental, yaitu:

1. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Menurut Psikolog Klinis Adriana S Ginanjar, Anak yang mengalami ADHD dengan ciri yakni dia tidak bisa memusatkan perhatian, anak-anak semacam ini akan mudah bosan dan cenderung ingin menyerang, bahkan bisa memiliki reaksi berlebihan terhadap frustrasi.
2. Autisme adalah gangguan yang terjadi pada anak yang telah mengalami kondisi menutup diri. Gejalanya termasuk anak tidak berinteraksi dan berkomunikasi dengan orang lain. Gangguan ini terlihat pada anak saat mencapai usia 3 tahun, dan membuat anak bertindak tidak tepat seperti membenturkan kepala mereka. Pada perlakuan non verbal seperti dia suka menyendiri serta terlambat untuk bisa berbicara.
3. *Syndrome asperger* merupakan gangguan kejiwaan pada diri seseorang yang ditandai dengan rendahnya kemampuan bersosialisasi dan berkomunikasi.
4. Retardasi mental pada anak yaitu ciri anak tersebut memiliki hambatan dalam menyelesaikan tugas sehari-harinya.

Berikut ini adalah masalah psikologi anak berupa perubahan emosi :

1. Gangguan kecemasan

Kecemasan adalah jenis yang sangat umum dari gangguan psikologis yang memengaruhi anak-anak. Pada gejala utama dari gangguan kecemasan adalah kekhawatiran yang sangat berlebihan, ketakutan serta kegelisahan.

2. Depresi parah

Depresi adalah gangguan psikologis yang sangat umum pada anak-anak. Depresi memengaruhi emosi anak, membuat mereka merasa sedih atau berharga. Mereka merasa kehilangan motivasi untuk kegiatan yang mereka gunakan, untuk sangat menikmati, dan mungkin memiliki perubahan nafsu makan dan pola tidur..

3. Bipolar disorder

Gangguan bipolar terlihat pada gejala perubahan suasana hati berlebihan dengan tampak berubah dengan cepat.

4. Hiperaktif

Gangguan psikologi anak yang sering terjadi. Seorang anak akan mendapatkan gangguan perilaku di mana mereka cenderung bergerak aktif, bahkan super aktif di dalam rumah dan di lingkungan bermain bersama teman-temannya.

5. Pemurung dan penyendiri

Berbicara benar membuat seorang anak, mendapatkan perlakuan yang kurang menyenangkan, merasakan kesakitan, dicubit bahkan ditampar oleh ibunya, sedangkan dengan berbohong mengatakan yang tidak sebenarnya akan mendapatkan sesuatu yang menyenangkan. Pengalaman itu mengajarkan bagi anak bahwa ibu lebih suka kepada anaknya yang berbohong. Solusi: memberikan teguran serta nasihat yang baik. Ini termasuk metode pendidikan yang sangat baik juga bermanfaat untuk meluruskan kesalahan pada anak kemudian berilah pengertian dengan penuh kasih sayang

6. Kebutuhan bimbingan psikologis

Melakukan pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam layanan bimbingan untuk memenuhi kebutuhan bimbingan psikologi pada

anak yaitu pendekatan krisis, pendekatan remedial, pendekatan preventif, dan pendekatan perkembangan (Yusnidar & Suriati, 2020).

6.7 Masalah Psikologis yang Berhubungan dengan Menopause

Periode *klimakterium/menopause*:

1. *Pra-Menopause* (terjadi kurang dari 2 bulan sebelum menstruasi) terjadi pada usia 40 tahun
2. *Perimenopause* (2-12 bulan sejak menstruasi terakhir) terjadi pada usia 45-46 tahun
3. *Menopause* (perdarahan haid terakhir) terjadi pada usia 40-56 tahun
4. *Pasca menopause* (terjadi lebih dari 12 bulan sejak menstruasi terakhir) terjadi pada usia 60-65 tahun.

Gangguan psikis muncul dalam bentuk mudah tersinggung, depresi, kelelahan, semangat berkurang, dan susah tidur. Tanda awal *klimakterium* dan *menopause*, yaitu:

1. Tanda awal *klimakterium*. Terjadinya perubahan pada bagian ovarium seperti *isklerosis* pada pembuluh darah, berkurangnya jumlah *folikel* dan menurunnya sintesis *steroid* seks, lalu haid berhenti. Selain itu juga, turunnya kadar *estrogen* dan meningkatnya pengeluaran *gonadotropin*.
2. Tanda awal *menopause*. Perubahan kejiwaan: merasa tua, mudah tersinggung, mudah kaget sehingga jantung berdebar-debar, takut tidak bisa memenuhi kebutuhan seksual suami, rasa takut bahwa suami akan menyeleweng terhadap tugasnya sebagai suami. Perubahan fisik: perubahan kulit, kelenjar kulit kurang berfungsi sehingga kulit menjadi kering dan keriput, perubahan kerja usus menjadi lambat, dan *mereabsorpsi* sari makanan makin berkurang, alat *genitalia* meliputi *liang senggama* terasa kering, dan tulang mengalami kerapuhan.

Perilaku aneh pada periode klimakterium, yaitu:

1. Takut kehilangan fungsi dan ekstensi sebagai wanita
2. Kehilangan gairah dan menurunnya fungsi seksual
3. Takut tidak bisa memuaskan atau melayani suami
4. Takut kehilangan kasih sayang suami dan suami mencari wanita lain yang masih muda
5. Kehilangan kepercayaan diri dan rendah diri
6. Tidak bisa tampil baik mendampingi suami yang meningkat kariernya
7. Minder ketemu orang, cenderung ingin di rumah saja
8. Tidak menerima terhadap proses biologis yang mengarah pada ketuaan
9. Terlampau mendramatisir proses ketuaan
10. Merasa hidupnya kini tak mengandung harapan dan dilupakan orang
11. Kemunduran biologis dirasakan sebagai mendekatnya kematian, sehingga tidak ada gunanya lagi terus hidup.
12. Depresi (kemurungan)
13. Mudah tersinggung dan meledak marah
14. Banyak kecemasan
15. Sulit tidur karena bingung dan gelisah.

Mengurangi hipersensitivitas masa menopause

Etiologi

1. Penurunan kondisi fisik, terutama akibat perubahan hormonal
2. Pemberintakan psikologis
3. Masalah kepribadian
4. Depresi
5. Stres sosial dan gender
6. Penurunan kemampuan seksual

Gejala

1. Perasaan tidak berguna, karena anaknya telah meninggalkannya.
2. Perasaan diabaikan suami akibat disfungsi seksual
3. Merasa dirinya tidak cantik lagi (depresi percaya diri)
4. Suka menarik perhatian

5. Ingin mendapatkan perhatian lebih
6. Menjadi lebih cerewet dan sebagian orang lekas marah
7. Suka mengatur, akibat otoritasnya diambil alih anaknya

Tindakan ibu

1. Menerima keadaan diri sebenarnya secara rasional
2. Percaya diri bahwa masih dihargai dan dihormati suami dan anak-anak
3. Tetap melakukan aktivitas seksual
4. Rubah sikap yang suka mengatur
5. Belajar untuk menerima perbedaan orang lain
6. Banyak berolahraga ringan
7. Banyak makan sayur-sayuran atau buah-buahan.
8. Rubah gaya hidup (khusus bagi ibu-ibu yang merokok atau suka minum-minuman yang beralkohol)

Tindakan bidan

1. Beri edukasi kepada ibu tentang perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada masa menopause
2. Beri edukasi kepada ibu untuk tetap membina hubungan sosial
3. Beri edukasi kepada ibu tentang pemilihan nutrisi yang baik
4. Beri edukasi kepada ibu tentang cara-cara perawatan tubuh dan kesehatan fisik dan psikologis
5. Beri edukasi kepada ibu untuk melakukan hubungan seksual

Tindakan psikolog

1. Bantu klien untuk menerima keadaan dirinya sebagai akibat adanya perubahan dan penurunan kondisi fisiknya
2. Bantu klien untuk memahami bahwa dia masih berguna dan berpotensi dalam kehidupan ini, terutama bagi keluarganya
3. Bantu klien untuk memiliki rasa percaya diri
4. Bantu klien untuk menciptakan hubungan sosial dengan anggota keluarganya atau orang-orang di lingkungan sekitarnya.

5. Bantu klien untuk lebih memahami bahwa anak-anaknya tidak lagi sepenuhnya di bawah pengawasan dan pengaturan dirinya
6. Bantu klien untuk percaya diri dalam melakukan hubungan seksual sebagaimana pernah dilakukannya di masa mudanya
7. Bantu klien untuk melakukan perawatan kesehatan psikologis atau jiwa
8. Bantu klien untuk menghilangkan rasa curiga dan prasangka buruknya (Janiwarty & Pieter, 2013).



Bab 7

Ruang Lingkup Ginekologi dan Jenis Kelainan dalam Sistem Reproduksi

7.1 Ruang Lingkup Ginekologi

Gynaecology atau gynecology berasal dari Bahasa Yunani, gynaika yang berarti wanita atau perempuan, dan logia yang berarti ilmu. Jadi pengertian ginekologi secara harfiah adalah ilmu yang mempelajari tentang wanita. Ginekologi merupakan ilmu kedokteran yang fokus mempelajari masalah reproduksi wanita, meliputi vagina, rahim, ovarium, dan tuba falopi. Hal tersebut termasuk diagnosis, pemeriksaan, hingga perawatan dan pengobatan. Selain itu, cabang ilmu kedokteran ini juga mencakup pemeriksaan dan pengobatan yang berkaitan dengan payudara.

Di Indonesia, dokter spesialis ini memiliki gelar Spesialis Obstetri dan Ginekologi (Kebidanan dan Kandungan) atau disingkat menjadi Sp.OG. Ahli ginekologi berperan dalam memeriksa dan memberi saran mengenai sistem reproduksi wanita. Ahli ginekologi membantu dalam mendiagnosis kesehatan organ reproduksi, pemeriksaan, hingga pengobatannya (Pemerintah Kab. Buleleng, 2019).

7.2 Jenis Kelainan dalam Sistem Reproduksi

7.2.1 Kelainan Menstruasi

Kelainan Jumlah Darah dan Lama Menstruasi

Hipermenorea (menoragia) adalah bentuk kelainan atau gangguan siklus menstruasi tetap teratur dengan jumlah darah yang dikeluarkan cukup banyak. Ini terlihat dari jumlah pembalut yang dipakai serta gumpalan darahnya. Penyebab terjadinya hipermenorea ini kemungkinan karena terdapat pembesaran rahim atau mioma uteri, polip endometrium, penebalan dinding endometrium atau disebut juga dengan hyperplasia endometrium. Diagnosis kelainan ini dapat dilakukan dengan pemeriksaan dalam, dan ultrasonografi (USG).

Kelainan selanjutnya yaitu hipomenorea, pada kelainan ini siklus menstruasi tetap teratur sesuai dengan jadwal menstruasi, tetapi jumlah darah menstruasi sedikit atau dengan kenyataan bisa dikatakan tidak banyak berdarah. Kemungkinan penyebab dari kelainan ini adalah gangguan hormonal, kondisi wanita kekurangan gizi, atau wanita dengan penyakit tertentu (Manuaba, et al. 2009).

Kelainan Siklus Menstruasi

Bentuk-bentuk kelainan siklus menstruasi yaitu sebagai berikut: (1) Polimenorea yaitu menstruasi yang sering terjadi dan abnormal. (2) Oligomenorea yaitu siklus menstruasi melebihi 35 hari, jumlah perdarahan mungkin sama, disebabkan oleh gangguan hormonal. (3) Amenorea yaitu keterlambatan menstruasi lebih dari tiga bulan berturut-turut. Menstruasi wanita teratur setelah mencapai usia 18 tahun.

Amenorea primer terjadi Ketika seorang wanita tidak mengalami menstruasi sejak kecil, hal ini disebabkan oleh kelainan anatomis alat kelamin (tidak terbentuknya rahim, tidak ada liang vagina, atau gangguan hormonal). Amenorea fisiologis yaitu seorang wanita sejak lahir sampai mencapai menarce, terjadi kehamilan dan menyusui sampai batas tertentu, dan setelah mati haid atau menopause. Amenorea sekunder yaitu pernah mengalami menstruasi dan selanjutnya berhenti lebih dari tiga bulan, hal ini kemungkinan disebabkan karena gangguan gizi dan metabolisme, gangguan hormonal,

terdapat tumor pada alat kelamin, atau terdapat penyakit menahun (Manuaba, et al. 2009).

Perdarahan di Luar Menstruasi

Perdarahan di luar siklus menstruasi disebut juga dengan metrorragia. Perdarahan ini dapat disebabkan oleh keadaan yang bersifat hormonal dan kelainan anatomi. Pada kelainan hormonal terjadi gangguan pada poros hipotalamus-hipofise, ovarium (indung telur), dan rangsangan estrogen dan progesterone dengan bentuk perdarahan yang terjadi di luar siklus menstruasi, bentuknya bisa berupa bercak, secara terus menerus dan berkepanjangan. Pengobatan terhadap kelainan ini pada diri seorang remaja yang belum menikah yaitu dengan pengaturan secara hormonal sedangkan untuk wanita yang sudah menikah atau mempunyai anak yaitu dengan memeriksakan alat kelamin dan bila diperlukan dilakukan kuretase serta pemeriksaan patologi untuk memastikan diagnosanya. Dalam menegakkan kepastian dan mengurangi serta mengurangi keluhan sebaiknya dilakukan dengan konsultasi ke dokter ahli. Bentuk gambaran klinis gangguan hormonal dengan perdarahan yaitu perdarahan rahim menyimpang, menometroragia (perdarahan banyak dan berkelanjutan dengan menstruasi), atau metrorragia (perdarahan di luar menstruasi) (Manuaba, et al. 2009).

Menurut Cunningham (2010), menometroragia adalah perdarahan yang berlebihan dan lama dengan interval irregular dan sering. Pasien dengan menometroragia dengan keluhan perdarahan saat menstruasi berlangsung terus/panjang dan perdarahan banyak. Pada keadaan ini menggambarkan pola perdarahan uterus abnormal yang dapat terjadi setiap saat dan tidak terduga. Pada wanita pramenopause dan pascamenopause dilakukan analisis hormonal yaitu pemeriksaan hormone FSH, LH, dan estradiol. Kadar FSH menunjukkan pasien telah memasuki usia oerimenopause, sedangkan kadar estradiol yang tinggi sehingga menyebabkan terjadinya penebalan endometrium.

Sedangkan metrorragia merupakan keadaan perdarahan yang terjadi di antara dua siklus menstruasi atau perdarahan yang tidak berhubungan dengan siklus menstruasi dan jumlahnya bisa sedikit atau banyak. Keadaan ini dipengaruhi oleh ketidakseimbangan hormon tubuh, yaitu kadar hormon progesterone yang rendah atau hormon estrogen yang tinggi, Penderita hipotiroid (kadar hormon tiroid yang rendah) atau hipertroid (kadar hormon tiroid yang tinggi) fungsi adrenal yang rendah juga bisa menyebabkan gangguan ini. Beberapa gangguan organ reproduksi juga dapat menyebabkan metrorragia, seperti infeksi vagina

atau rahim, endometriosis, kista ovarium, fibroid, kanker endometrium atau indung telur, hiperplasia endometrium, dan endometriosis (Kasdu, Dini. 2008). Dan gejala pada metroragia biasanya adalah tiba-tiba terjadi perdarahan yang bukan pada waktu siklus menstruasi. Biasanya disertai keluhan lain misalnya sakit pada perut saat menstruasi (Pratiwi, K. dan D. Rusinani. 2020.)

Kelainan anatomi terjadi perdarahan disebabkan karena adanya gangguan pada alat-alat kelamin diantaranya pada mulut rahim (keganasan, perlukaan, atau polip). Pada badan rahim (mioma uteri atau tumor rahim, polip pada lapisan dalam rahim, keguguran atau penyakit trophoblast, keganasan). Sedangkan pada saluran telur kelainan dapat berupa kehamilan tuba (kehamilan diluar kandungan), radang saluran telur, atau tumor tuba sampai dengan keganasan tuba. Setiap perdarahan abnormal yang terjadi bersamaan atau di luar siklus menstruasi sebaiknya dilakukan konsultasi dengan dokter untuk mendapatkan pengobatan yang tepat (Manuaba, et al. 2009).

Keadaan Patologis Terkait Menstruasi

Keadaan patologis terkait menstruasi dapat berupa ketegangan sebelum terjadinya menstruasi atau disebut juga dengan premenstrual tension. Terjadinya keluhan atau ketegangan ini sekitar seminggu sebelum dan sesudah menstruasi. Hal ini terjadi disebabkan karena ketidakseimbangan estrogen dan progesterone menjelang menstruasi. Ketegangan sebelum menstruasi biasanya terjadi pada wanita umur sekitar 30 – 40 tahun, dan pengobatan yang dibutuhkan bergantung pada keadaan serta memerlukan konsultasi dengan ahli.

Terdapat bentuk gangguan sebelum menstruasi lainnya yaitu mastodinia (mastalgia) yaitu terasa terjadi pembengkakan dan pembesaran pada payudara. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan hormone estrogen sehingga terjadi retensi air dan garam. Tetapi perlu juga diperhatikan adanya radang payudara atau tumor payudara, oleh karena itu disarankan untuk melakukan pemeriksaan secara rutin. Kelainan lain yang berkaitan dengan masa sebelum menstruasi adalah mittelschmerz (rasa nyeri saat ovulasi), hal ini disebabkan karena pecahnya folikel graaf dan dapat disertai perdarahan, lamanya sekitar beberapa jam sampai dengan 2-3 hari, dan ini merupakan waktu yang tepat untuk melakukan hubungan seks yang dapat memungkinkan terjadinya sebuah kehamilan (Manuaba, et al. 2009).

Terdapat kelainan yang berkaitan dengan masa menstruasi adalah dismenorea (rasa nyeri ketika terjadi menstruasi). Nyeri selama siklus menstruasi ini adalah

satu dari gejala ginekologik yang paling sering terjadi. Bahkan meskipun perempuan dengan dismenorea cenderung untuk mendapat nyeri menstruasi rekurens secara periodic, beratnya episode secara individual dapat menyebabkan pasien mencari pengobatan darurat (Taber, Benzion. 1994).

Rasa nyeri pada saat menstruasi dapat berupa kram ringan pada bagian kemaluan sampai terjadi gangguan dalam menjalankan tugas sehari-hari. Dismenorea ini ada dua bentuk, yaitu dismenorea primer dan dismenorea sekunder. Dismenorea primer adalah nyeri menstruasi yang terjadi tanpa adanya kelainan anatomi alat kelamin. Sedangkan dismenorea sekunder yaitu nyeri menstruasi yang berhubungan dengan kelainan anatomi yang jelas, kelainan anatomi ini kemungkinan adalah menstruasi disertai dengan infeksi, endometriosis, mioma uteri, polip endometrial, polip serviks, pemakaian IUD atau AKDR. Untuk menegakkan penyebab dismenorea perlu dilakukan konsultasi dengan dokter ahli kandungan sehingga dapat memberi pengobatan yang tepat.

Bentuk keluhan terkait menstruasi yaitu ada keluhan emosional yang bisa terwujud dengan adanya perasaan mudah tersinggung, gelisah, sukar tidur, sakit kepala dan perut kembung. Serta terdapat juga keluhan yang termasuk dalam gangguan berat yang terwujud dengan depresi, rasa takut dan gangguan konsentrasi (Manuaba, et al. 2009).

7.2.2 Kelainan Bawaan pada Alat Genital

Pada masa pembentukan alat-alat genital dapat mengalami beberapa gangguan, Terjadinya kegagalan dalam pertumbuhan dan perkembangan alat kelamin wanita pada umumnya dan alat kelamin pada khususnya dapat menimbulkan berbagai bentuk kelainan bawaan (kelainan kongenital) diantaranya yaitu tidak terbentuknya bibir kemaluan (bibir besar dan kecil menyatu), himen (selaput dara) tidak sagama (vagina), septum vagina melintang, liang senggama dupleks (ganda).

Pengobatan pada pasien dengan selaput dara tidak berlubang tidak dilakukan bila diketahui pada masa sebelum menstruasi. Kadang tidak disadari oleh orangtua. Keluarga mengeluh karena anaknya tidak pernah menstruasi sedangkan teman sebaya sudah mengalami menstruasi secara teratur. Pada keadaan ini akan terjadi hematometra yaitu timbunan darah dalam liang senggama, hematokolpos yaitu timbunan darah dalam rahim, atau hematosalping yaitu timbunan darah dalam saluran inding telur. Keluhan yang

diungkapkan oleh wanita adalah tidak pernah menstruasi sampai umur 17 – 18 tahun disertai dengan nyeri perut setiap bulan, terasa sangat kencang dan sakit. Untuk mengatasi ini dilakukan pengobatan kepada dokter ahli dengan melakukan insisi atau sayatan silang sehingga darah yang tertimbun dapat keluar dengan sendirinya.

Sedangkan pada pasien yang mengalami tidak terbentuknya liang senggama akan menunjukkan keluhan setelah mencapai umur dewasa belum pernah mengalami menstruasi. Dan pada pemeriksaan dijumpai hanya terdapat lekukan kecil dengan ukuran kurang lebih 1 cm diantara saluran kencing dan liang dubur. Untuk pengobatan ini dilakukan operasi membentuk liang senggama dari kulit atau usus, Tindakan ini dilakukan oleh dokter ahli dan merupakan operasi yang sukar serta rumit (Manuaba, et al. 2009).

7.2.3 Kelainan Letak Alat Genital

Sebelum membahas beberapa kelainan letak alat genital, terlebih dahulu kita bahas adalah posisi uterus yang normal. Posisi uterus yang normal adalah di tengah-tengah rongga panggul, antara kandung kemih dan rektum dengan ostium uteri eksternum setinggi spina iskiadika pada perempuan yang sedang berdiri. Uterus dapat digerakkan dalam batas-batas tertentu. Dari bagian uterus, servikslah yang menunjukkan fiksasi, sedangkan fundus dapat bergerak lebih leluasa.

Di dalam buku-buku Barat, letak uterus yang dianggap normal adalah letak anteversifleksi. Disini fundus uteri menghadap ke depan, hampir horizontal, dengan mengadakan sudut tumpul antara korpus uteri dan serviks uteri. Serviks uteri mengarah ke belakang bawah, dan mengadakan sudut kurang lebih 90% dengan poros vagina. Menurut buku-buku tersebut, letak retroversifleksi yaitu dengan fundus uteri mengarah ke belakang, terdapat dalam 15 – 20% . Angka-angka di Indonesia menunjukkan bahwa pada perempuan terdapat jauh lebih banyak uterusnya dalam letak retroversifleksi, bahkan Remmelts menemukan sekitar 70% di antara perempuan Indonesia. Dengan demikian pada perempuan-perempuan di Indonesia retroversifleksi dapat dianggap sebagai letak normal (Prawirohardjo, S. dan H. Wiknjastro, 2017).

Kelainan Letak Uterus

Posisi seluruh uterus dalam rongga panggul dapat mengalami perubahan. Uterus seluruhnya dapat terdorong ke kanan (dekstrosiosis), ke kiri

(sinistroposisio), ke depan (anteroposisio), ke belakang (retroposisio), ke atas (elevasio), dan ke bawah (desensus). Umumnya kelainan posisi disebabkan oleh tumor yang mendorong uterus ke sebelah yang berlawanan, atau perlekatan yang kuat yang menarik uterus ke sebelah yang sama. Pada desensus penyebab turunnya uterus biasanya adalah kelemahan otot serta fascia yang menyokongnya. Jika tidak ada atau hamper tidak ada sudut antara poros uteri dan poros serviks, dinamakan anteversi apabila fundus uteri mengarah ke depan, dan retroversi apabila fundus uteri mengarah ke belakang. Jika sudut tersebut jelas ada dinamakan anteversifleksi atau antefleksi dan retroversifleksi atau retrofleksi, kadang terdapat hiperantefleksi. Selanjutnya dengan serviks yang tetap tinggal pada tempatnya, fundus uteri dapat mengarah ke kanan (dekstroversi) atau ke kiri (sinistroversi). Umumnya kelainan-kelainan ini tidak mempunyai arti klinis yang besar.

Seperti yang telah dikemukakan dalam buku-buku Barat bahwa retroversifleksi umumnya dianggap sebagai keadaan tidak normal yang sering kali membutuhkan terapi. Pembagian yang lazim diadakan adalah antara retroversifleksi uteri mobilis dan retroversifleksi uteri fiksata. Menurut pengalaman penulis-penulis di Indonesia, retroversifleksi uteri mobilis merupakan keadaan yang normal, yang tidak menyebabkan gejala apapun dan tidak memerlukan terapi apapun, kecuali dalam beberapa hal berikut ini:

1. Terapi infertilitas

Pada retroversifleksi uteri mobilis terkadang poros serviks uteri mengarah ke depan, sehingga setelah coitus pada perempuan yang berbaring porsio uteri dengan ostium uteri eksternumnya terdapat di atas tempat pengumpulan sperma (seminal pool) dalam vagina bagian atas. Hal ini dapat menyebabkan infertilitas sehingga memerlukan terapi. Terapi terbaik adalah operasi suspense uterus, dengan menarik ligamentum rotundum kanan dan kiri melalui ligamentum latum ke belakang korpus uteri dan menghubungkannya di garis tengah, atau menarik ligamentum rotundum kanan dan kiri melalui lubang pada peritoneum parietale dekat pada annulus inguinalis interna keluar rongga perut dan menjahitnya pada fascia rektalis.

2. Terapi pada kehamilan

Jika terjadi kehamilan pada wanita dengan retroversifleksi, uterus yang bertumbuh kadang-kadang tidak dapat keluar dari rongga panggul, dan mengadakan tekanan pada uretra, sehingga penderita tidak dapat kencing.

Keadaan ini dikenal dengan nama retrofleksio uteri gravidu inkarserata, dan dapat diketahui dengan adanya kandung kemih terisi penuh di atas simfisis, sedangkan uterus yang membesar mengisi rongga panggul. Terapi terdiri atas pengeluaran air kencing dengan kateter dan dengan hati-hati mendorong uterus keluar rongga panggul. Uterus yang sudah keluar tidak masuk Kembali ke rongga panggul. Jika perlu, posisi membaringkan penderita dengan letak Trendelenburg akan dapat membantu.

3. Retrofleksio uteri fiksata

Umumnya disebabkan oleh radang pelvik yang menahun, dan endometriosis yang mengakibatkan perlekatan korpus uteri disebelah belakang dengan adneksa, sigmoid, serta rektum, dan/atau omentum. Adanya mioma yang tumbuh dibagian belajang uterus, dapat juga menjadi penyebab terjadinya retrofleksio uteri fiksata karena uterus yang membesar ke belakang dapat melekat pada alat-alat di sekitarnya.

Kelainan tersebut bisa terdapat tanpa gejala, tetapi sering juga menimbulkan keluhan-keluhan seperti dismenorea sekunder, rasa nyeri di luar menstruasi terutama apabila terlalu Lelah, dyspareunia, gangguan menstruasi, infertilitas dan flour albus (keputihan). Pada hasil pemeriksaan terdapat uterus retrofleksi yang tidak atau hanya sedikit dapat digerakkan, adanya tumor dari adneksa atau parametrium kanan dan kiri yang menebal serta kaku, adanya benjolan-benjolan kecil di kavum douglasi atau ligamentum sakrouterina dan sebagainya.

Namun hal ini tergantung dari penyebabnya. Terapi gelombang pendek pada radang menahun (short wave therapy) dalam beberapa seri kadang bisa memberi perbaikan. Tetapi jika dengan terapi tersebut keluhannya tidak menghilang sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari, maka perlu dilakukan terapi pembedahan. Pada perempuan muda, terapi ini diusahakan hanya mengangkat jaringan yang sakit dan sedapatnya mempertahankan uterus, melepaskan perlekatan dan melakukan suspensi uterus.

Pada penderita dengan rasa nyeri sebagai keluhan utama dapat pula dilakukan neuroktomi parasakral. Bila keluhan tersebut disebabkan oleh endometriosis pada tingkat yang ringan sebelum melakukan operasi dapat dilakukan pengobatan dahulu dengan Progesteron atau Danazol, dengan tujuan untuk menghilangkan menstruasi dalam waktu beberapa bulan, dan dengan demikian

akan menyebabkan kehamilan semu (pseudo pregnancy) (Prawirohardjo, S. dan H. Wiknjosastro, 2017).

Prolapsus Genetalis

Prolapsus berasal dari kata latin prolapsus yang artinya tergelincir atau jatuh dari tempat asalnya. Yang dimaksud dengan prolapsus genetalis adalah penempatan yang salah organ pelvis ke dalam vagina atau melampaui lubang vagina (introitus vaginae). Organ yang dimaksud dapat meliputi uretra, kandung kemih, usus besar, dan usus kecil, omentum, dan rektum, di samping uterus, serviks, dan vagina. Sebenarnya semua perempuan multipara, dan multipara yang aktif bila diperiksa secara seksama menunjukkan pertahanan pervis yang kurang sempurna. Meskipun banyak yang tidak mengeluh dan hanya 10 – 15% yang membutuhkan Tindakan atau pengobatan. Sebaliknya, ada sebagian yang pertahanan pelvisnya baik, tetapi mengeluhkan gejala prolapsus. Jadi yang dimaksud dengan prolapsus organ pelvis adalah apabila jelas ada penurunan organ ke dalam vagina atau melampaui lubang vagina dengan keluhan atau gejala seperti kesulitan miksi, defekasi, hubungan seksual, dan keluhan-keluhan lain yang ada hubungannya dengan penurunan ini.

Penyebab terjadinya prolapsus organ perlviss sulit dicari etiologinya karena secara teknis sulit membedakan mana yang disebut normal dan mana yang abnormal. Secara hipotetik penyebab utamanya adalah persalinan pervaginam dengan bayi aterm. Keadaan ini akibat terjadinya kerusakan pada fascia penyangga dan invasi syaraf otot dasar panggul. Faktor lain seperti lemahnya kualitas jaringan ikat, penyakit neurologic, keadaan penyakit menahun yang menyebabkan meningkatnya tekanan intraabdominal (seperti penyakit paru-paru obstruktif kronis, konstipasi menahun) atau obesitas, asites, tumor pelvis mempermudah terjadinya prolapsus genetalis. Bila prolapsus uteri dijumpai pada nullipara, factor penyebabnya adalah kelainan bawaan berupa kelemahan jaringan penunjang uterus.

Gejala klinik sangat berbeda dan bersifat individual. Ada penderita dengan prolapsus cukup kuat tidak menunjukkan keluhan apapun. Dan sebaliknya ada yang dengan prolapsus ringan, tetapi keluhannya banyak. Keluhan yang dijumpai pada umumnya adalah perasaan yang mengganjal di vagina atau adanya bagian yang menonjol di genetalia eksterna, rasa sakit di panggul atau pinggang dan bila pasien berbaring keluhan akan berkurang, bahkan menghilang. Sistokel yang sering menyertai prolapsus menyebabkan gejala

polimiksi yang awalnya ringan pada siang hari, tetapi lama-kelamaan apabila prolaps lebih berat gejalanya juga timbul pada malam hari. Adanya perasaan kandung kemih tidak dapat dikosongkan secara tuntas, tidak dapat menahan kencing apabila batuk (stress incontinence) dan terkadang dapat terjadi pula keadaan retensio urinae. Rektokel dapat menyebabkan terjadinya gangguan defekasi. Prolapsus uteri derajat III dapat menyebabkan terjadinya gangguan bila berjalan dan bekerja. Gesekan prosio uteri pada celana menimbulkan luka dan dekubitus pada porsio uteri. Selain itu prolaps juga dapat menimbulkan kesulitan saat bersenggama.

Beberapa klasifikasi prolapsus uteri adalah sebagai berikut:

1. Desensus uteri, uterus turun tetapi serviks masih berada di dalam vagina.
2. Prolaps uteri tingkat I, uterus turun dengan serviks uteri paling rendah sampai introitus vagina.
3. Prolaps uteri tingkat II, Sebagian besar uterus keluar dari vagina.
4. Prolaps uteri tingkat III atau prosidensia uteri, uterus keluar seluruhnya dari vagina disertai dengan inversion vaginae.

Diagnosis dari prolapsus genetalis adalah berdasar atas anamnesis tentang gejala-gejala dan pada umumnya mudah ditegakkan. Cara pemeriksaan dari prolapsus genetalis adalah sebagai berikut:

- Penderita dalam posisi jongkok dan disuruh untuk mengejan.
- Menentukan dengan telunjuk jari apakah porsio uteri dalam posisi normal atau sudah sampai di introitus vagina atau keseluruhan serviks sudah keluar dari vagina.
- Dalam posisi berbaring diukur panjang serviks. Panjang serviks yang lebih Panjang dari biasanya dinamakan elongasio koli.

Untuk penderita prolapsus genetalis, juga bisa terjadi beberapa kompliasi yaitu sebagai berikut:

- Keratinus mukosa vagina dan porsio uteri

Keadaan ini terjadi pada prosidensia uteri, dimana keseluruhan uterus keluar dari introitus vagina.

- Dekubitus

Keadaan ini dapat terjadi karena uterus yang keluar bergeseran dengan paha dan pakaian. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya perdarahan sehingga perlu dibedakan dengan penyakit keganasan, khususnya apabila penderita sudah berusia lanjut.

- Hipertrofi serviks uteri dan elongasio koli

Komplikasi ini dapat didiagnosis dengan periksa lihat dan periksa raba.

- Hidroureter dan hidronefrosis

Gangguan miksi dan stress incontinence menyebabkan menyempitnya ureter sehingga dapat menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis.

- Sering dijumpai infeksi saluran kencing kemandulan terutama pada prolaps yang berat
- Hemoroid dan inkarserasi usus halus

Pada keadaan ini, diperlukan Tindakan operasi.

Keadaan prolapsus genetalis dapat dilakukan tindakan yaitu sebagai berikut:

1. Pengobatan medis

Pengobatan jenis ini tidak seberapa memuaskan tetapi cukup membantu. Dilakukan pada keadaan prolaps yang ringan, atau apabila Tindakan operatif merupakan kontraindikasi. Tindakan medis yang ada antara lain:

- a. Latihan otot-otot dasar panggul atau disebut dengan senam kegel. Tujuannya adalah untuk menguatkan otot-otot dasar panggul.
- b. Stimulasi otot-otot dengan alat listrik. Kontraksi otot dasar panggul dapat pula ditimbulkan dengan alat listrik, elektrodanya dipasang dalam pesarium yang dimasukkan ke dalam vagina.
- c. Pengobatan dengan pesarium. Pengobatan ini hanya bersifat paliatif yang artinya yaitu menahan uterus di tempatnya selama alat pesarium ini dipakai. Pesarium dapat dipakai bertahun-tahun asal diawasi secara teratur. Apabila penempatan pesarium tidak tepat atau bila ukurannya terlalu besar dapat menyebabkan perlukaan pada dinding

vagina dan dapat menyebabkan ulserasi dan perdarahan. Pesarium diindikasikan bagi mereka yang belum siap dilakukan tindakan operatif atau bagi mereka yang lebih suka pengobatan konservatif.

2. Pengobatan operatif

Prolapsus uteri biasanya disertai dengan prolapsus vagina. Jika dilakukan pembedahan untuk prolapsus uteri, prolapsus vagina juga perlu ditangani. Indikasi untuk melakukan operasi pada prolapsus uteri vagina adalah bila ada keluhan berikut.

a. Sistokel

Operasi yang lazimnya dilakukan adalah kolpofari anterior. Kadang operasi ini tidak mencakupi pada sistokel dengan stress incontinence yang berat. Dalam hal ini perlu diadakan tindakan khusus. Untuk kasus yang berat sebaiknya dirujuk ke dokter spesialis uroginekologi.

b. Rektokel dan entrokel

Operasi yang dilakukan disini adalah kolpoperineoplastik. Rektokel yang berat sering menjadi satu entrokel. Tindakan operatif sebaiknya dirujuk ke dokter spesialis uroginekologi.

c. Prolapsus uteri

Operasi pada prolapsus uteri tergantung dari beberapa factor seperti umur penderita, masih berkeinginan untuk mendapatkan anak atau mempertahankan uterus, tingkat prolapsus dan adanya keluhan.

d. Ventrofiksiasi

Dilakukan pada perempuan yang tergolong masih muda dan masih menginginkan anak.

e. Operasi Manchester dan histerektomi vaginal

Kedua metode ini merupakan Tindakan khusus spesialistik (urogenikologi).

f. Prolapsus genetalis

Ada beberapa intervensi klinik yang mempunyai pengaruh kuat terhadap terjadinya prolapsus genetalis. Parameter obstetric yang diperkirakan dapat menyebabkan terjadinya kerusakan ini adalah nullipara, makrosomia, dan penggunaan cunam forceps. Tindakan operatif pada persalinan pervaginam seperti episiotomi dan ekstraksi forceps, perlu dikasi untung ruginya, mengingat dampak masa depannya. Melatih otot-otot pelvis sebagai pengobatan primer dapat menguntungkan perempuan dengan prolapsus genetalis pada stadium awal. Penggunaan pesarium menjadi cara utama untuk mengurangi keluhan khususnya bagi perempuan yang menghindari operasi (Prawirohardjo, S. dan H. Wiknjastro, 2017).

Inversio Uteri

Inversio uteri adalah keadaan dimana bagian atas uterus (fundus uteri) masuk ke dalam cavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri, bahkan ke dalam vagina dengan dinding endometrium sebelah luar. Angka kejadian inversion uteri yaitu 1 : 5.000 sampai 1 : 20.000 persalinan. Walaupun jarang terjadi, tetapi komplikasi yang disebabkan nya cukup serius apabila tidak segera diketahui dan ditatalaksana dengan baik.

Klasifikasi dari kejadian inversio uteri adalah bisa terjadi pada masa nifas atau di luar masa nifas. Diluar masa nifas biasanya parsial, dan sering dihubungkan dengan adanya tumor uterus. Sementara itu inverio yang terjadi waktu melahirkan dan pascapersalinan dapat terjadi akut.

Jenis-jenis dari inversio uteri adalah sebagai berikut:

1. Inversio lokal: fundus uteri menonjol sedikit ke dalam kavum uteri
2. Inversio parsial: tonjolan fundus uteri hanya sampai kavum uteri
3. Inversio inkomplit: tonjolan sampai ke kanalis servikalis
4. Inversio komplit: tonjolan sudah mencapai ostium uteri eksternum
5. Inversio total: tonjolan sudah mencapai vagina atau keluar vagina

Etiologi terjadinya inversio uteri biasanya pada saat kala III persalinan atau setelahnya. Tekanan yang dilakukan pada fundus uteri ketika uterus tidak berkontraksi baik, tarikan pada tali pusat, hypotonia uteri dapat merupakan awal masuknya fundus uteri ke dalam kavum uteri, dan dengan adanya kontraksi yang berturut-turut, mendorong fundus yang terbalik ke bawah.

Inversio uteri dapat juga terjadi di luar persalinan, misalnya pada myoma geburt yang sedang ditarik untuk dilahirkan. Sedangkan menurut Sastrawinata Sulaiman (2005), penyebab dari terjadinya inversion uteri adalah tonus otot rahim yang lemah, tekanan atau tarikan fundus (tekanan intraabdominal, tekanan dengan tangan, dan tarikan pada tali pusat), serta kanalis servikalis yang longgar. Inversio uteri akut di akhir persalinan menimbulkan gejala mengawatirkan, yaitu syok, nyeri keras, dan perdarahan. Keadaan inversio ini sering terjadi akibat plasenta akreta. Pada inversio uteri yang kronis, gejala-gejalanya dapat berupa metroragia, nyeri punggung, anemia dan terjadinya keputihan yang banyak.

Pada diagnosis pada inversio uteri tidak sulit untuk ditegakkan, yaitu dengan adanya gejala syok berat, perdarahan, tidak terabanya fundus uteri di bawah pusar, dan terabanya massa yang lembek di vagina. Dan pada inversio yang menahun, massa yang diraba terasa lebih keras. Sedangkan pada diagnosis inferensial yaitu perlu difikirkan kemungkinan adanya myoma geburt. Pemeriksaan dengan sonde uterus yang dimasukkan terus sampai ujung kavum uteri, sedangkan pada inversio sonde mengalami jalan buntu. Kalau perlu dan masih ragu-ragu dapat dilakukan biopsi, apakah pada pemeriksaan histologi ditemukan endometrium (pada inversion uteri) atau miometrium (pada mioma uteri).

Sebagai tindakan pencegahan terjadinya inversio uteri, dalam memimpin persalinan harus selalu waspada akan kemungkinan terjadinya inversio, misalnya pada partus presipitatus, plasenta manual, tarikan pada tali pusat, memijat-mijat uterus yang lembek. Pada inversio uteri yang sudah terjadi, sambil mengatasi syok, dilakukan reposisi manual dalam narkose. Seluruh tangan kanan dimasukkan ke dalam vagina, melingkari tumor dalam vagina dan telapak tangan mendorong perlahan-lahan tumor ke atas melalui serviks yang masih terbuka. Setelah reposisi berhasil, tangan dipertahankan sampai terasa uterus berkontraksi dan kalau perlu dipasang tampon ke dalam kavum uteri dan vagina. Tampon dilepas setelah 24 jam dan sebelumnya sudah diberi uterotonika. Reposisi ini umumnya tidak sulit. Pada inversio uteri menahun posisi di atas tidak dapat dilakukan karena lingkaran kontraksi pada ostium uteri eksternum sudah mengecil dan menghalangi lewatnya korpus uteri yang terbaik. Dalam hal ini perlu dilakukan operasi setelah infeksi diatasi. Tindakan operatif untuk inversio uteri antara lain dapat dilakukan dengan operasi dan dapat juga dilakukan histerektomi (Prawirohardjo, S. dan H. Wiknjastro, 2017).

7.2.4 Kelainan pada Payudara

Mastalgia

Mastalgia adalah nyeri payudara. Nyeri payudara ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu mastalgia siklik (nyeri payudara yang berhubungan dengan nyeri menstruasi), dan mastalgia non-siklik (nyeri payudara yang tidak berhubungan dengan nyeri menstruasi dan bisa berasal dari payudara maupun struktur di sekitar payudara, misalnya otot atau persendian).

Penyebab jenis mastalgia siklik yang paling sering ditemukan adalah terjadinya perubahan hormonal. Beberapa wanita merasakan nyeri payudara di sekitar masa ovulasi (masa pelepasan sel telur) yang dapat terus berlanjut sampai masa menstruasi selanjutnya tiba. Nyeri ini bisa hanya dirasakan di salah satu payudara atau nyeri bisa juga menjalar ke ketiak. Sedangkan nyeri pada mastalgia non-siklik biasanya terus menerus ada dan hanya pada lokasi tertentu di payudara.

Penyebabnya bisa berupa:

- Cidera atau benturan pada payudara.
- Nyeri artritik di dalam rongga dada dan leher yang menjalar ke payudara.
- Kehamilan.
- Menyusui.
- Menjelang menopause.
- Wanita dengan terapi estrogen.
- Infeksi payudara.
- Menjelang pubertas.
- Wanita yang mengkonsumsi obat-obatan, misalnya: digitalis, aldomet, aldakton, anadrol, dan klorpromazin.
- Alkoholik disertai dengan kerusakan hati.
- Zat tertentu di dalam makanan atau minuman, misalnya: metilsantin yang terkandung di dalam kopi.
- Kanker payudara, tetapi tidak setiap nyeri pada payudara merupakan tanda dari kanker payudara.

Gejala dari mastalgia adalah payudara terasa nyeri atau rasa nyeri pada payudara timbul apabila ditekan. Nyeri bisa dirasakan pada salah satu payudara atau kedua payudara. Dan rasa nyeri tersebut bisa menyebar atau terlokalisir (Nugroho T., dan B. I. Utama, 2014). Beberapa hal kunci dari mastalgia adalah sebagai berikut: (1) Mastalgia sering disebabkan oleh kelainan payudara atau jaringan putting susu tetapi juga dapat disebabkan oleh masalah pada dinding dada atau kulit di atasnya. (2) Nyeri merupakan gejala yang jarang terdapat pada tumor, tetapi setiap massa harus diperiksa. (3) Selalu cari infeksi yang berhubungan dengan kelainan payudara (Grace, P.A. dan N.R. Borley. 2007).

Diagnosis mastalgia ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik. Jika pada pemeriksaan payudara ditemukan adanya benjolan, maka dilakukan pemeriksaan berikut ini:

- Mammografi.
- USG payudara.
- Biopsi jaringan payudara.

Pengobatan yang bisa dilakukan untuk mastalgia siklik yaitu:

- Diuretik
- EPO (evening primrose oil dengan dosis 3 gram/hari). EPO ini mengandung asam lemak tak jenuh ganda dan bisa menormalkan kandungan asam lemak pada penderita mastalgia siklik.
- Pil KB.
- Tamoxifen adalah suatu anti estrogen yang digunakan untuk mengobati atau mencegah kanker payudara. Obat ini efektif mengurangi mastalgia.
- Vitex (Vitex agnus-castus dengan dosis 40 mili gram/hari). Vitex dapat menyeimbangkan kadar hormone pada penderita mastalgia siklik dan sindroma premenstruasi.
- Obat lainnya yang juga digunakan adalah danazol dan bromocriptine.

Sedangkan pengobatan yang bisa dilakukan untuk mastalgia non-siklik yaitu tergantung kepada penyebabnya. Cedera pada permukaan payudara yang menunjukkan adanya infeksi diobati dengan antibiotik.

Dan untuk kedua jenis mastitis atau peradangan pada payudara bisa dilakukan pengobatan sebagai berikut:

- Gunakan BH yang nyaman dan pas. Hal ini sangat penting jika penderita melakukan olahraga berat. BH yang pas bisa mengurangi nyeri secara drastis.
- Kurangi asupan lemak jenuh dan garam.
- Vitamin E dengan dosis 400 – 800 unit/hari.
- Kurangi asupan kopi, the dan coklat.

Konsumsi obat Pereda nyeri yang dijual bebas. Kebanyakan nyeri bersifat ringan dan menghilang dengan sendirinya dalam waktu beberapa bulan atau tahun (Nugroho T., dan B. I. Utama, 2014).

Fibroadenoma

Fibroadenoma adalah benjolan padat yang kecil dan jinak pada payudara yang terdiri dari jaringan kelenjar dan fibrosa. Benjolan ini biasanya ditemukan pada wanita muda, dan seringkali ditemukan pada remaja putri.

Penyebab dari fibroadenoma tidak diketahui

Gejala dari fibroadenoma adalah benjolan mudah digerakkan, batasnya jelas dan bisa dirasakan ketika melakukan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri). Teraba kenyal karena mengandung kolagen (serat protein yang kuat dan ditemukan di dalam tulang rawan, urat daging serta kulit).

Cara melakukan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) adalah sebagai berikut:

- Berdiri di depan cermin, perhatikan payudara. Dalam keadaan normal, ukuran payudara kanan dan kiri sedikit berbeda. Perhatikan perubahan perbedaan ukuran antara payudara kanan dan kiri serta perubahan pada puting susu (misalnya puting susu tertarik ke arah dalam) atau keluarnya cairan dari puting susu. Dan perhatikan apakah kulit pada puting susu berkerut.
- Masih berdiri di depan cermin, kedua telapak tangan diletakkan di belakang kepala dan kedua tangan ditarik ke belakang. Dengan posisi seperti ini maka akan lebih mudah untuk menemukan perubahan

- kecil akibat kanker. Perhatikan perubahan bentuk dan kontur payudara, terutama pada payudara bagian bawah.
- Kedua tangan diletakkan di pinggang dan badan agak condong ke arah cermin, tekan bahu dan sikut ke arah depan. Perhatikan perubahan ukuran dan kontur payudara.
 - Angkat lengan kiri. Dengan menggunakan tiga atau empat jari tangan kanan, telusuri payudara kiri. Gerakkan jari-jari tangan secara memutar seperti membentuk lingkaran kecil di sekeliling payudara mulai dari tepi luar payudara lalu bergerak ke arah dalam sampai ke puting susu. Tekan secara perlahan, rasakan setiap adanya benjolan atau massa di bawah kulit. Lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan cara mengangkat lengan kanan dan memeriksanya dengan tangan kiri. Perhatikan daerah antara kedua payudara dan ketiak.
 - Tekan puting susu secara perlahan dan perhatikan apakah keluar cairan dari puting susu. Lakukan hal ini secara bergantian pada payudara kanan dan kiri. Pemeriksaan ini lebih mudah dilakukan Ketika mandi karena tangan dalam keadaan basah, sehingga lebih mudah untuk digerakkan dan kulit lebih licin.
 - Berbaring terlentang dengan bantal yang diletakkan di bawah bahu kiri dan lengan kiri ditarik ke atas. Telusuri payudara kiri dengan menggunakan jari-jari tangan kanan. Dengan posisi seperti ini maka payudara akan mendatar dan memudahkan melakukan pemeriksaan. Lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan meletakkan bantal di bawah bahu kanan dan mengangkat lengan kanan, dan lakukan penelusuran payudara oleh jari-jari tangan kiri.

Diagnosis dari fibropadenoma ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik. Benjolan cenderung berbentuk bundar dan memiliki pinggiran yang dapat dibedakan dengan jaringan payudara di sekitarnya, sehingga seringkali teraba seperti ada kelereng di dalam jaringan payudara. Dan Untuk membantu menegakkan diagnosis bisa dilakukan aspirasi jarum atau biopsi.

Fibroadenoma seringkali berhenti tumbuh atau bahkan mengecil dengan sendirinya. Tetapi jika fibroadenoma terus membesar, maka perlu dilakukan pembedahan untuk membuangnya (Nugroho T., dan B. I. Utama, 2014).

Nipple Discharge

Nipple Discharge adalah cairan yang keluar dari puting susu. Sekitar 20% wanita mengeluarkan cairan yang menyerupai susu atau cairan jernih secara spontan. Sekitar kurang lebih 60% wanita berkulit putih dan hitam mengeluarkan cairan tersebut Ketika melakukan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri), dan 40% wanita Asia-Amerika.

Penyebab terjadinya nipple discharge adalah:

- Abses payudara, paling sering ditemukan pada wanita menyusui.
- Cedera pada payudara.
- Wanita yang mengkonsumsi obat-obatan, misalnya simetidin, metildopa, metoklopramid, pil KB, fenotiazin, reserpine, anti depresi trisiklik atau verapamil.
- Prokaltomioma adalah tumor di dalam otak yang menghasilkan hormone prolaktin. Hormon ini dihasilkan oleh kelenjar hipofisa yang memicu terjadinya pertumbuhan kelenjar susu dan pembentukan air susu.
- Papiloma intraduktal adalah tumor jinak yang tumbuh di dalam saluran payudara.
- Ektasia duktus adalah pelebaran dan pengerasan saluran payudara akibat penuaan dan kerusakan.

Hampir seluruh dari kelainan nipple discharge yang bukan karena keganasan disebabkan oleh papilloma dan sisanya disebabkan oleh perubahan fibrokista atau ectasia ductus. 10% nipple discharge yang merupakan keganasan dan hamper selalu unilateral.

Gejala dari nipple discharge adalah munculnya cairan yang seperti susu (keruh, berwarna keputihan, encer dan tidak lengket) adalah jenis cairan yang paling sering ditemukan dan kebanyakan disebabkan oleh laktasi atau pembentukan air susu atau meningkatnya mekanisme perangsangan puting susu akibat sentuhan, penghisapan atau iritasi pakaian selama melakukan olahraga atau aktivitas lainnya. Jika cairannya mengandung darah atau encer penyebabnya adalah papilloma atau infeksi. Biasanya cairan yang jernih seperti susu,

berwarna kuning atau hijau, dan keluar dari kedua puting susu, bukan merupakan pertanda dari kanker payudara. Cairan yang mengandung darah atau encer, terutama jika hanya keluar dari salah satu puting susu, merupakan cairan yang abnormal, tetapi hanya sekitar 10% cairan abnormal yang bersifat ganas.

Hal yang perlu mendapat perhatian khusus apabila puting susu mengeluarkan cairan:

- Berwarna kemerahan atau encer disertai warna merah, pink atau coklat.
- Lengket dan warnanya bening atau berwarna coklat sampai menghitam, dan mengkilat.
- Keluar secara spontan tanpa harus memijat puting susu.
- Sifatnya menetap.
- Hanya keluar dari salah satu puting susu (unilateral).
- Cairannya selain air susu.

Pemeriksaan diagnostic untuk nipple discharge meliputi:

- Biopsi payudara (jika ditemukan benjolan).
- Sitologi cairan.
- CT scan kepala (untuk mencari tumor hipofisa).
- Mammografi.
- Kadar prolactin serum.
- Transillumination.
- USG payudara.
- Galaktogram atau duktogram (untuk membantu menemukan papilloma intraductal).

Pengobatan standar untuk nipple discharge yang tidak dipengaruhi oleh hormon adalah pemotongan saluran. Pemotongan saluran biasanya dilakukan dengan pembiusan lokal dan prosedurnya dilakukan melalui sayatan kecil di daerah areola (daerah berwarna kecoklatan atau kehitaman yang mengelilingi puting susu) (Nugroho T., dan B. I. Utama, 2014).



Bab 8

Jenis Penyakit Kandungan

8.1 Pendahuluan

Perkembangan zaman yang mempengaruhi perubahan gaya hidup turut berkontribusi terhadap berbagai masalah kesehatan yang berkembang saat ini, termasuk masalah kesehatan pada wanita. Prevalensi dan ragam jenis penyakit kandungan terus meningkat, selain meningkatkan morbiditas dan mortalitas juga meningkatkan resiko infertilitas. Hal ini perlu menjadi perhatian yang serius untuk melakukan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada wanita.

8.2 Jenis Penyakit Kandungan

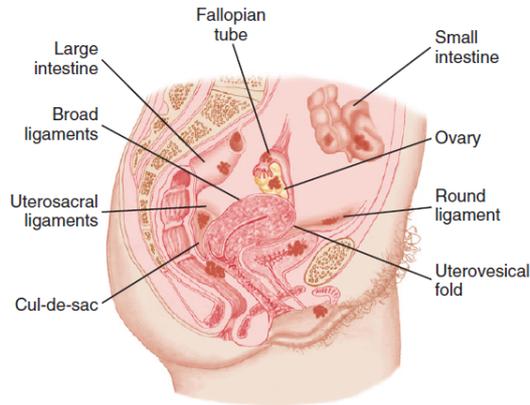
Ada berbagai jenis penyakit kandungan yang dialami oleh wanita. Secara garis besar jenis penyakit kandungan dapat dikelompokkan menjadi penyakit yang berkaitan dengan gangguan siklus menstruasi, disfungsi dasar panggul dan massa saluran reproduksi. Pada bagian ini akan dijelaskan sepuluh penyakit kandungan yang paling umum terjadi sesuai klasifikasi tersebut.

8.2.1 Gangguan Siklus Menstruasi

Penyakit kandungan yang berkaitan dengan gangguan siklus menstruasi yang paling banyak terjadi adalah Endometriosis dan Sindrom Ovarium Polikistik (*Polycystic Ovarian Syndrome/PCOS*).

Endometriosis

Murray & Mckinney (2014) menjelaskan Endometriosis sebagai keberadaan jaringan di luar rahim yang menyerupai endometrium baik struktur maupun fungsinya. Jaringan tersebut mungkin tertanam di ovarium, kavum douglasi, ligament uterosakrum, septum rektovaginal, sigmoid kolon, ligamentum rotundum, peritoneum pelvis atau kandung kemih (Karjatin, 2016). Jaringan ini meresponi perubahan hormonal yang terjadi pada siklus menstruasi dan perdarahan secara siklik, dimana perdarahan menghasilkan peradangan, jaringan parut pada peritoneum, dan pembentukan adhesi (Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, 2012).



Gambar 8.1: Lokasi Umum Endometriosis (Murray & McKinney (2014))

Prevalensi endometriosis pada populasi umum sebesar 10% dengan manifestasi klinis utamanya meliputi nyeri dan infertilitas (Brown and Farquhar, 2014). Endometriosis dapat terjadi pada semua usia setelah pubertas, paling sering didiagnosis pada wanita antara usia 20-45 tahun dan jarang terjadi pada wanita pascamenopause. Prevalensi endometriosis sebesar 20%-50% ditemukan pada wanita *infertile* (Davidson et al, 2012).

Penyebab endometriosis tidak diketahui pasti namun ada beberapa hipotesis tentang bagaimana lesi endometriosis berkembang, salah satu mekanisme yang

mungkin adalah menstruasi retrograde, yaitu siklus menstruasi pada wanita yang merupakan aliran keluar dari lapisan endometrium melalui tuba falopi paten ke dalam rongga panggul, aliran retrograde ini, bersama dengan sirkulasi hematogen atau limfatik yang potensial, dapat menyebabkan pembedahan jaringan endometrium di tempat ektopik (Parasar, Ozcan and Terry, 2017). Faktor-faktor lain seperti hormonal, inflamasi, atau lingkungan imunologis dapat menentukan apakah lesi disimpan di implan rongga panggul dan bertahan (Parasar, Ozcan and Terry, 2017). Perkembangan epidemiologi terkini tentang faktor risiko endometriosis meliputi faktor internal rahim, faktor menstruasi dan reproduksi, faktor gaya hidup, karakteristik fisik, faktor antropometri, faktor pola makan, dan faktor lingkungan (Farland *et al.*, 2017).

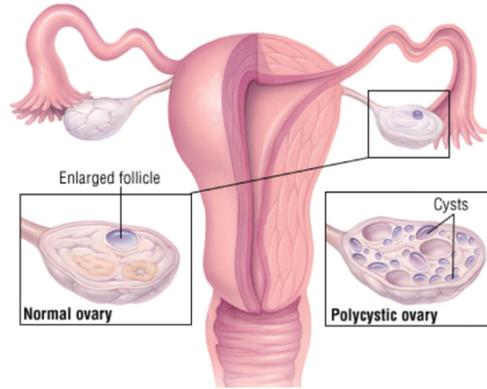
Gejala bervariasi di antara wanita dan berubah seiring perjalanan waktu (Karjatin, 2016). Gejala utamanya adalah mengeluh nyeri defekasi pada sekitar siklus menstruasi, pelvis terasa berat dan nyeri menyebar ke paha, selain itu dapat juga terjadi seperti nyeri akibat latihan fisik atau selama hubungan seksual akibat adesi dan perdarahan abnormal, yaitu hipermenorea, menoragia, atau kemungkinan adesi ovarium yang merusak produksi normal hormon ovarium (Karjatin, 2016).

Tindakan pada endometriosis dapat berupa manajemen nyeri, pengobatan hormonal dan pembedahan. Obat antiinflamasi non steroid (NSAID) dan kombinasi pil kontrasepsi oral dosis rendah (COCP) seperti etil estradiol dan progestin adalah obat pilihan pertama (Zito *et al.*, 2014). Jika pasien tidak merespon NSAID dalam tiga bulan, pengobatan kedua meliputi progestin (oral, injeksi dan intra-uterus), androgen, dan *Gonadotropin Releasing Hormone Agonists* (GnRH-Agonist) yang mengurangi nyeri endometriosis sedang sampai berat (Parasar, Ozcan and Terry, 2017). Pembedahan termasuk eksisi atau pengangkatan implan endometrium, ablasi saraf uterosakral dengan menggunakan endokoagulasi, elektrokauter atau perawatan laser, neurektomi presakral, dan histerektomi dengan *salpingoophorectomy* bilateral dengan tingkat keberhasilan 50–80% dalam mengurangi gejala, walaupun endometriosis dapat berulang pada 5 sampai 15% kasus bahkan setelah histerektomi dan ooforektomi bilateral (Parasar, Ozcan and Terry, 2017).

Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)

Sindrom Ovarium Polistikistik (*Polycystic Ovarian Syndrome/PCOS*) dikaitkan dengan berbagai kelainan reproduksi dan metabolisme (Bates and Legro, 2013). Sindrom kompleks ini merupakan gangguan endokrin paling umum

yang mempengaruhi wanita usia reproduksi dengan prevalensi diperkirakan sekitar 3%-10% tetapi tidak diketahui secara luas untuk subpopulasi tertentu berdasarkan lokasi geografis dan ras/etnis (Wolf *et al.*, 2018).



Gambar 8.2: *Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)* (www.health.harvard.edu)

Faktor potensial yang turut terlibat dalam patofisiologi PCOS dapat berupa perubahan steroidogenesis, folikulogenesis ovarium, fungsi neuroendokrin, metabolisme, sekresi insulin, sensitivitas insulin, fungsi sel adiposa, faktor inflamasi, dan fungsi saraf simpatis namun tidak semua faktor berperan pada setiap pasien. (Ibanez *et al.*, 2017). Faktor lingkungan seperti pilihan makanan, olahraga, dan pengganggu endokrin mempengaruhi perkembangan gambaran klinis (Ibanez *et al.*, 2017).

The National Institutes of Health Androgen Excess Society, the European Society of Human Reproduction and Embryology, and the American Society for Reproductive Medicine (ESHRE/ASRM) menetapkan bahwa diagnosis PCOS harus didasarkan pada keberadaan dua dari tiga kriteria berikut yang dikenal Kriteria Rotterdam, yaitu : oligo- atau anovulasi, hiperandrogenisme klinis dan/atau biokimiawi, dan munculnya ovarium polikistik USG (Barth, Yasmin and Balen, 2007). Tanda dan gejala yang sering muncul pada penderita PCOS antarlain; menstruasi tidak teratur, Hiperandrogenisme (pertumbuhan rambut berlebih seperti terlihat pada pria dewasa baik pada wajah, dada, antara payudara dan perut serta adanya jerawat), obesitas, infertilitas dan esistensi insulin dan Diabetes Mellitus (Davidson et al, 2012).

Modifikasi gaya hidup termasuk perubahan pola makan, peningkatan olahraga dan penurunan berat badan merupakan intervensi lini pertama yang sesuai untuk banyak wanita dengan PCOS (Bates and Legro, 2013). Obat-obatan

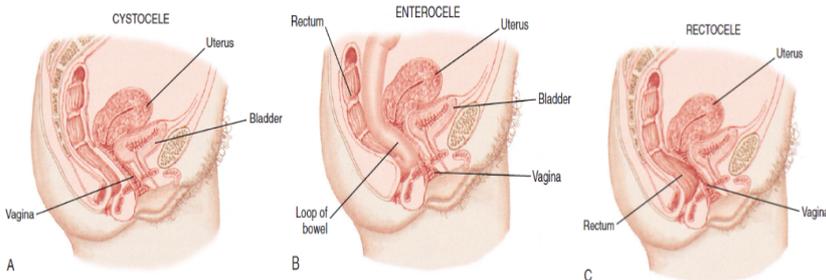
termasuk metformin, penurun lipid dan kontrasepsi oral dapat diberikan namun disesuaikan dengan profil risiko individu dan tujuan pengobatan (Bates and Legro, 2013).

8.2.2 Disfungsi Dasar Panggul (*Pelvic Floor Dysfunction*)

Disfungsi dasar panggul terjadi bila otot, ligamen, dan fascia yang menopang organ panggul rusak atau melemah sehingga menyebabkan organ panggul jatuh ke dalam (prolaps), dan terkadang keluar dari vagina, umumnya terjadi di periode perimenopause dan mungkin merupakan akibat dari trauma persalinan atau efek penuaan (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Sekitar 50% wanita di atas usia 50 tahun mengalami beberapa derajat prolaps organ panggul namun kurang dari 20% yang mencari pengobatan, disfungsi dasar panggul juga dapat terjadi pada wanita yang menjalani histerektomi (Lentz et al, 2012).

Prolaps Dinding Vagina (Vaginal Wall Prolapse)

Vagina bisa mengalami prolaps di dinding anterior atau posterior, prolaps dinding anterior melibatkan kandung kemih dan uretra biasa disebut cystocele sedangkan prolaps dinding posterior menghasilkan enterocele atau rectocele (Murray, S.S. & McKinney, 2014).



Gambar 8.3: Tiga Tipe Prolaps Dinding Vagina (Murray & McKinney, 2014)

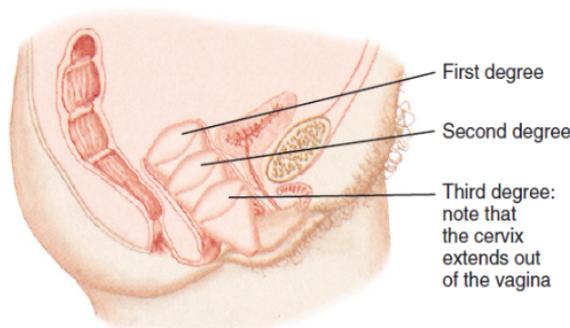
Cystocele berkembang ketika dinding anterior atas vagina melemah, tidak lagi mampu untuk menopang berat urin di kandung kemih, sehingga kandung kemih menjorok ke vagina dan terjadi pengosongan kandung kemih yang tidak tuntas (Murray & McKinney, 2014). Sistitis kemungkinan besar terjadi karena stagnan air seni. Perpindahan uretra, sebelumnya disebut uretrokel, mungkin terjadi ketika uretra menonjol ke dinding vagina anterior bawah, menghasilkan inkontinensia urin (Gambar 8.3-A). Stress incontinence adalah keluarnya urine yang terjadi dengan tiba-tiba karena peningkatan tekanan intraabdominal akibat kerusakan penyangga leher kandung kemih dan uretra yang terjadi

selama kehamilan dan persalinan, dan atrofi jaringan yang terjadi setelah menopause (Murray & McKinney, 2014).

Enterocoele adalah prolaps dinding vagina posterior atas antara vagina dan rectum, hampir selalu dikaitkan dengan herniasi kantong Douglas (lipatan peritoneum yang turun di antara rektum dan uterus) dan mungkin berisi lekukan usus (Gambar 8.3-B), Enterocoele sering menyertai prolaps uterus (Murray & McKinney, 2014). Rectocoele terjadi ketika dinding posterior vagina melemah dan menipis (Gambar 8.3-C), sehingga setiap kali wanita mengejan saat buang air besar, maka feces akan keluar didorong ke dinding yang menipis, menyebabkan peregangan lebih lanjut, sampai akhirnya rektum menonjol ke dalam vagina (Murray & McKinney, 2014). Banyak rektokel berukuran kecil dan menghasilkan sedikit gejala, namun bila rektokel berukuran besar, pasien mengalami kesulitan mengosongkan rectum, bila hal ini terjadi, wanita dapat memfasilitasi eliminasi buang air besar dengan memberikan tekanan di sepanjang dinding posterior vagina agar rektokel tidak menonjol selama buang air besar. (Murray, S.S. & McKinney, 2014).

Prolaps uterus (Uterine Prolapse)

Prolaps uterus terjadi bila ligamen kardinal yang menopang rahim dan vagina, terlalu meregang selama kehamilan dan tidak kembali normal setelah melahirkan, hal ini memungkinkan rahim melorot ke belakang dan ke bawah dalam vagina (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Murray & McKinney (2014) juga menjelaskan bahwa kejadian Prolaps uterus lebih kecil dibandingkan dekade sebelumnya, sebagian besar karena berkurangnya trauma persalinan pervaginam walaupun demikian kondisi tersebut terus berlanjut ketika seorang wanita telah banyak melahirkan pervaginam atau saat bayi besar.



Gambar 8.4: Tiga Derajat Prolaps uterine (Murray & McKinney, 2014)

Gambar 8.4, mengilustrasikan tiga derajat prolaps uterus dari tingkat pertama, di mana rahim tetap berada di dalam vagina, hingga derajat ketiga, di mana serviks menonjol dari vagina. Gejala yang muncul berhubungan dengan lokasi atau bagian mengalami menurun, misalnya frekuensi dan urgensi kencing dan inkontinensia urin terlihat pada pasien dengan sistokel, karena dukungan uretra dan dinding vagina bagian bawah mengalami penurunan, konstipasi, perut kembung, dan kesulitan buang air besar adalah gejala utama rektokel sedangkan ulserasi dan perdarahan serviks terjadi jika serviks menonjol dari introitus vagina. (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Gejala prolaps uterus juga dipengaruhi oleh ukuran berat dari struktur atau area yang mengalami penurunan, gejala lainnya berupa sensasi tekanan panggul, sakit punggung, dan kelelahan, semua gejala ini dapat menjadi lebih buruk setelah berdiri lama, dan akan terasa berkurang ketika berbaring (Murray, S.S. & McKinney, 2014).

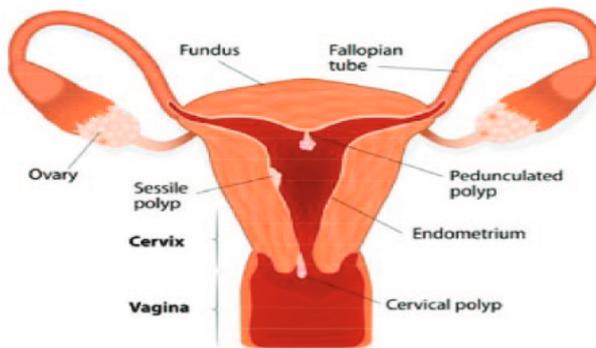
Pengobatan yang diberikan memperhatikan usia wanita, kondisi fisik, aktivitas seksual, dan derajat prolaps (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Murray & McKinney (2014) menjelaskan bahwa prosedur bedah diberikan bagi wanita yang mengalami ketidaknyamanan yang signifikan, beberapa prosedur paling umum adalah; 1) Kolporafi anterior dan posterior, sering disebut A&P perbaikan, kolporafi anterior jika terdapat sistokel, namun bila terdapat sebuah rektokel dilakukan kolporafi posterior, 2) Histerektomi vagina dapat dikombinasikan dengan perbaikan anterior dan posterior, 3) Jika ada kontraindikasi untuk operasi, pessary (alat untuk menopang panggul struktur) dapat dimasukkan ke dalam vagina. Pessarium ini harus sering diobservasi oleh petugas kesehatan untuk mencegah ulserasi vagina, pembentukan fistula, impaksi feses, dan infeksi.

8.2.3 Massa Pada Saluran Reproduksi

Massa pada saluran reproduksi dapat dibedakan menjadi massa yang sifatnya jinak (*benigna*) dan massa yang sifatnya keganasan (*malignant* atau kanker). *Benigna* yang paling umum terjadi pada saluran reproduksi wanita antarlain; polip serviks, leiomyoma uterus (*fibroid*) dan kista ovarium sedangkan kanker (*malignant*) pada organ reproduksi wanita yang paling banyak terjadi adalah kanker rahim, kanker ovarium (*endometrium*), dan kanker serviks, sedangkan kanker vagina, vulva, dan tuba falopi relatif jarang terjadi (Murray & McKinney, 2014). Meskipun kanker dapat terjadi pada semua usia, insidennya meningkat seiring bertambahnya usia (Murray, S.S. & McKinney, 2014).

Polip Endometrium (Endometrial Polyps)

Polip endometrium adalah pertumbuhan berlebih dari kelenjar endometrium yang biasanya menonjol ke dalam rongga rahim, baik bertumbuh secara *single* ataupun *multiple* (Davidson et al, 2012). Polip endometrium bersifat jinak dan mempengaruhi wanita di usia reproduktif maupun pascamenopause (Nijkang *et al.*, 2019). Walaupun umumnya jinak, namun polip dapat hidup berdampingan dengan karsinoma endometrium pada 10% wanita pascamenopause (Davidson et al, 2012).



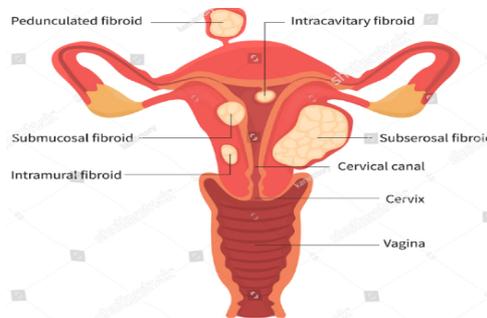
Gambar 8.5: Polip Endometrium (Nijkang *et al.*, 2019)

Polip sering disertai dengan gejala perdarahan atau bercak pada pertengahan siklus menstruasi, perdarahan atau bercak setelah hubungan seksual, atau perdarahan atau bercak yang berkepanjangan dengan siklus menstruasi. Pada wanita tanpa gejala (asimtomatik), polip endometrium dapat menurun secara spontan, pada wanita bergejala, polip endometrium dapat diobati secara aman dan efisien dengan eksisi histeroskopi. Jika tindakan konservatif tidak efektif, dapat dipertimbangkan intervensi bedah, seperti dilatasi dan kuretase (D&C) dengan bantuan histeroskop, untuk reseksi fibroid atau polip endometrium, ablasi endometrium, atau histerektomi (Dodds & Sinert, 2009)

Leiomioma/Fibroid Uterus (Uterine Leiomyomas/Fibroids)

Leiomioma disebut juga fibroid, adalah salah satu kondisi ginekologi yang paling umum kondisi terjadi. Leiomioma berkembang dari sel otot polos uterus dan dipengaruhi estrogen, sehingga akan tumbuh pesat selama tahun-tahun subur ketika kadar estrogen melimpah, tetapi menyusut selama menopause (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Meski penyebabnya tidak diketahui, Fibroid dapat terjadi di seluruh lapisan otot rahim dan mungkin menonjol

diusia akhir kehamilan dikarenakan level estrogen tinggi dan rahim berukuran besar (Murray, S.S. & McKinney, 2014).



Gambar 8.6: Fibroids

Image Copyright: kanvictory / Shutterstock

Sumber: <https://www.shutterstock.com/g/kanvictory>

Banyak gejala fibroid bergantung pada lokasi dimana fibroid ada. Ukuran uterus terkadang meningkat, dan perdarahan menstruasi yang berlebihan dapat terjadi sehingga menyebabkan anemia, kelemahan, dan kelelahan, gejala lainnya berupa tekanan panggul, kembung, dan meningkatnya frekuensi kencing yang terjadi saat tumor memberikan tekanan pada kandung kemih, tekanan pada ureter dapat menyebabkan hidroureter (pelebaran ureter), infertilitas dapat juga terjadi (Murray & McKinney, 2014). Jika tidak ada gejala dapat dilakukan observasi, namun bila terjadi perdarahan abnormal, intervensi bedah mungkin diperlukan. Histerektomi dapat dilakukan bagi wanita yang tidak berencana memiliki anak dimasa depan sedangkan miomektomi atau pengangkatan fibroid dari otot Rahim dapat menjadi pilihan bagi wanita yang masih menginginkan anak dimasa depan (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Perawatan medis dengan progesteron atau kombinasi kontrasepsi oral estrogen-progesteron dapat mengurangi perdarahan menstruasi yang berlebihan, sedangkan Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) mungkin efektif dalam mengurangi ukuran mioma dan mengurangi gejala sebelum operasi pengangkatan (Murray, S.S. & McKinney, 2014).

Kista Ovarium (Ovarian Cysts)

Kista ovarium dapat berupa folikel atau luteal, bila folikel ovarium gagal pecah selama ovulasi maka kista folikel bisa berkembang, kista ini biasanya tidak bergejala dan dapat ditemukan saat dilakukan USG (Murray & McKinney, 2014). Kista lutein dapat berkembang jika korpus luteum menjadi kistik dan

gagal untuk mundur, kista lutein lebih mungkin menyebabkan rasa sakit dan penundaan pada siklus menstruasi berikutnya (Murray & McKinney, 2014). Di seluruh dunia, sekitar 7% wanita memiliki kista ovarium pada suatu saat dalam hidup mereka, di Eropa, hasil skrining besar-besaran mengungkapkan kejadian 21,2% kista ovarium di antara wanita pascamenopause yang sehat (Farghaly, 2014).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) menyatakan bahwa kista sederhana yang ditemukan pada USG dapat aman tanpa intervensi, bahkan pada wanita pascamenopause, kista ini kemungkinan besar bukan prekursor kanker, atau penanda peningkatan risiko, dan dapat dikelola secara konservatif (Farghaly, 2014). Terkadang, kista ovarium bisa pecah atau memelintir pedikelnya dan menjadi infark, menyebabkan nyeri panggul (Katz, 2012).



Gambar 8.7: Kista Ovarium

Image Copyright: Ody_Stocker/ Shutterstock
Sumber: <https://www.shutterstock.com/g/Olando>

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan yaitu; Pemeriksaan USG transvaginal berguna untuk menentukan apakah kista berisi cairan atau tumor padat, Laparoskopi mungkin bisa membantu mengesampingkan endometriosis sedangkan, Laparotomi (visualisasi abdomen atau organ panggul melalui sayatan) mungkin diperlukan untuk mengangkat kista dari ovarium untuk diperiksa oleh ahli patologi (Murray, S.S. & McKinney, 2014).

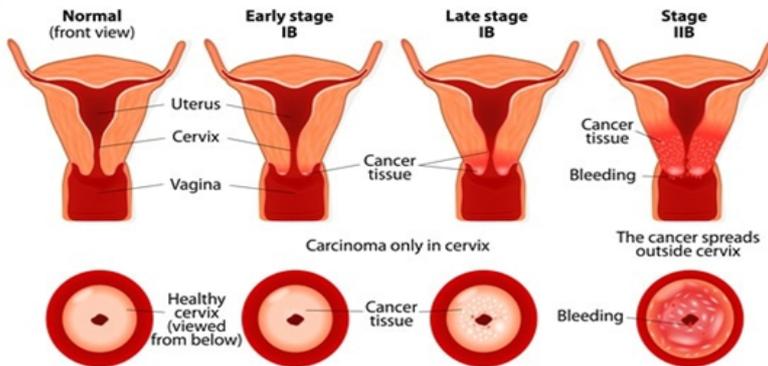
Kanker Serviks (Cervical Cancer)

Kanker serviks menyebabkan lebih dari seperempat juta kematian per tahun sebagai akibat dari perawatan yang sangat kurang di banyak negara

berkembang, hampir semua kasus kanker serviks diakibatkan oleh infeksi human papillomavirus. (Small *et al.*, 2017).

Faktor resiko kanker serviks yaitu: perdarahan vagina tidak teratur, perdarahan perimenopause atau pascamenopause yang tidak dapat dijelaskan, keputihan yang tidak biasa, *dispareunia*, rasa gatal yang menetap pada vagina atau vulva, lesi vulva yang meninggi atau berubah warna, perut kembung atau sembelit yang terus-menerus, anoreksia atau muntah terus-menerus dan adanya darah pada feses (Murray & McKinney, 2014).

Beberapa jenis *Human Papiloma Virus* (HPV) diketahui menyebabkan kanker serviks dan kutil kelamin, vaksin HPV yang terbaru dapat efektif melawan virus ini (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Pencegahan kanker serviks dilakuakn dengan skrining dan vaksinasi (Small *et al.*, 2017).



Gambar 8.8: Kanker Serviks

Image Copyright: Designua / Shutterstock

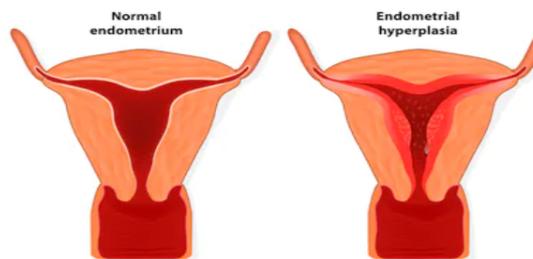
Sumber: <https://www.shutterstock.com/g/designua>

Murray & McKinney (2014) menjelaskan vaksin HPV kemungkinan besar efektif sebelum aktivitas seksual dimulai, dengan dosis pertama diberikan pada usia 13 sampai 26 tahun. Test HPV dilakukan untuk menemukan infeksi serviks yang berkontribusi terhadap kanker, biopsi daerah yang mencurigakan dan kuretase endoserviks dilakukan untuk mendiagnosis pada wanita yang tidak hamil (Murray & McKinney, 2014). Pengobatan dini kanker serviks dapat terdiri dari cryosurgery, destruksi jaringan abnormal dengan laser, *Loop Electrosurgical Excision Prosedur* (LEEP), atau konisasi bedah untuk mengangkat serviks sentral (Murray & McKinney, 2014). Pengobatan untuk kanker serviks stadium lanjut biasanya terdiri dari histerektomi total dan

salpingo-ooforektomi bilateral, pengangkatan rahim dan ovarium serta biopsi kelenjar getah bening sentinel dapat dilakukan melalui laparoscopi, terapi adjuvan dengan radiasi dan kemungkinan kemoterapi (Jhingran & Levenback, 2012).

Kanker Endometrium (Endometrial Hyperplasia Or Cancer)

Kanker endometrium merupakan proliferasi berlebihan dari sel normal lapisan rahim (Murray & McKinney, 2014). Kanker endometrium merupakan kanker pada saluran genital wanita yang paling umum terjadi, dengan lebih dari 40.000 kasus baru setiap tahun, dimana mayoritas kanker endometrium terjadi pada wanita pascamenopause (Davidson et al, 2012). Faktor risiko kanker endometrium antarlain: Ras kulit putih, bertambahnya usia (rata-rata usia 60 tahun), obesitas, *nulliparity*, riwayat infertilitas atau ketidakteraturan menstruasi, riwayat diabetes, hipertensi, penyakit tiroid atau kandung empedu, penggunaan estrogen tanpa lawan dalam jangka panjang, menarke dini atau menopause terlambat, penggunaan tamoxifen (Gordon et al, 2007). Prognosis kesembuhan akan tinggi jika terdeteksi sejak dini (Davidson et al, 2012).



Gambar 8.9: Hiperplasia Endometrium

Image Copyright: Designua / Shutterstock

Sumber: <https://www.shutterstock.com/g/designua>

Perdarahan vagina abnormal yang terjadi mendekati atau setelah menopause, adalah tanda kanker endometrium yang paling umum, wanita mungkin datang dengan keluhan ini atau kebetulan menemukan sel endometrium atipikal pada Pap smear (Davidson et al, 2012). Meskipun kanker endometrium terjadi lebih sering pada wanita pascamenopause, namun seperempat kasus dapat terjadi pada wanita pramenopause (Murray & McKinney, 2014). Angka kesembuhan tertinggi adalah dengan operasi (histerektomi dan salpingo-ooforektomi) diikuti dengan kemoterapi adjuvan dan / atau radiasi terapi (Murray & McKinney, 2014).

Umumnya USG panggul dilakukan untuk mengevaluasi ketebalan endometrium, dan selanjutnya akan dilakukan biopsi endometrium jika ketebalannya lebih dari 4 mm untuk memastikan kecurigaan kanker dan derajatnya melalui patologi anatomi (Davidson et al, 2012). Murray & McKinney (2014) menjelaskan beberapa tindakan atau pengobatan yang diberikan pada kanker endometrium antaralain; 1) Perawatan hormon yang umum adalah kontrasepsi oral kombinasi progestin-estrogen yang dapat menekan ovulasi dan memungkinkan pembentukan lapisan endometrium yang lebih stabil, 2) Terapi bedah seperti dilatasi dan kuretase (D&C) dilakukan untuk menghilangkan polip atau untuk mendiagnosis hiperplasia endometrium (sel-sel lapisan rahim normal berlebih) yang dapat diobati dengan progesteron untuk menekan lapisan rahim yang berlebihan, 3) Histerektomi dapat dilakukan jika rahim membesar akibat fibroid atau adenomiosis (pertumbuhan endometrium invasif jinak ke dalam lapisan otot rahim) dan jika wanita tersebut tidak lagi berencana memiliki anak, dan 4) Ablasi laser dapat digunakan untuk menghilangkan lapisan endometrium secara permanen tanpa histerektomi. Pengobatan anemia defisiensi besi dibutuhkan oleh banyak wanita dengan perdarahan vagina yang berlebihan (Lents et al, 2012).

Kanker Ovarium (Ovarian Cancer)

Kanker ovarium adalah penyebab kematian paling besar terkait kanker ginekologi, penyakit ini biasanya muncul pada wanita pascamenopause, dengan nyeri perut dan kembung selama beberapa bulan (Jayson *et al.*, 2014). Insiden kanker ovarium tertinggi pada kulit putih non-Hispanik (NHWs) (5,2 per 100.000) dan terendah pada orang kulit hitam non-Hispanik (NHB) dan Asia/Pasifik (3,4 per 100.000) (Torre *et al.*, 2018).



Gambar 8.10: Kanker Ovarium

Image Copyright: BlueRingMedia / Shutterstock

Sumber: <https://www.shutterstock.com/g/BlueRingMedia>

Faktor resiko kanker ovarium antarlain; menstruasi dimulai pada usia <12 tahun, tidak ada anak atau memiliki anak pertama setelah usia 30 tahun, menopause terlambat (> 55 tahun), infertilitas, *Nulliparity* (tidak pernah melahirkan anak), Riwayat keluarga dengan kanker ovarium, payudara, atau kolorektal, riwayat kanker payudara (Murray & McKinney, 2014).

Wanita dengan kanker ovarium mungkin asimtomatik, atau mereka mungkin mencari perawatan untuk nyeri perut atau panggul, yang meningkat lingkaran perut, dan terkadang perdarahan abnormal (Murray, S.S. & McKinney, 2014). Gejala sering terjadi samar dan tidak spesifik, keluhan yang umum dirasakan berupa perut kembung, ukuran perut bertambah, kesulitan makan, nyeri perut atau panggul dan sering buang ari kecil (Davidson et al, 2012). Maka ketika wanita mengalami gejala ini setiap hari selama beberapa minggu harus menemui dokter kandungan untuk evaluasi medis segera. Risiko kanker ovarium menurun secara signifikan dengan melahirkan anak, menggunakan kontrasepsi oral kombinasi pil selama lebih dari 5 tahun, atau memiliki ligasi tuba (Helm & Edwards, 2009 dalam Davidson et al, 2012).

Histerektomi total, salpingo-ooforektomi bilateral, dan pengangkatan jaringan ovarium mungkin bersifat kuratif untuk wanita pada tahap paling awal kanker ovarium, kemoterapi diperlukan setelah operasi tetapi pada tahap awal kanker (Murray, S.S. & McKinney, 2014).



Bab 9

Gangguan dan Masalah Dalam Sistem Reproduksi Wanita

9.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi wanita merupakan kondisi sehat fisik, psikis dan sosial seorang wanita yang dihubungkan dengan fungsi dan proses reproduksinya termasuk di dalamnya apakah wanita tersebut memiliki gangguan dan masalah dalam sistem reproduksinya. Gangguan dan masalah dalam sistem reproduksi wanita dapat terjadi sepanjang siklus kehidupannya. Seperti pubertas prekoks, gangguan menstruasi, masalah pada payudara, infertilitas, serta menopause dan klimakterium. Sehingga, kesehatan pada sistem reproduksi wanita sangat penting untuk diperhatikan dan menjadi perhatian khusus oleh tenaga kesehatan terutama bidan sebagai garda terdepan yang melayani kesehatan ibu dan anak.

9.2 Pubertas Prekoks Pada Anak Perempuan

Pubertas adalah tahapan dalam suatu proses perpindahan anak menjadi dewasa. Pada masa ini, terdapat perubahan hormonal, fisik dan psikis. Masa ini juga ditandai dengan munculnya tanda-tanda seks sekunder dan diakhiri dengan kematangan fungsi seksualnya (Batubara, 2017).

9.2.1 Pengertian

Pubertas prekoks adalah suatu kondisi pada anak perempuan di mana telah muncul tanda-tanda seks sekunder sebelum usia 8 tahun. Tanda awal pada anak perempuan terlihat dengan pembesaran payudara (Tanner stage 2), hal lain yang dapat terjadi adalah timbul menarke lebih cepat (Batubara, 2017).

9.2.2 Etiologi

Menurut (Prawirohardjo, 2008) pubertas prekoks pada anak perempuan 90% tidak ditemukan kelainan organik (idiopatik atau konstitusional), sehingga kelenjar hipofisis mengeluarkan hormon gonadotropin tanpa diketahui apa penyebabnya. Pubertas prekoks dalam jumlah yang sedikit penyebabnya adalah adanya kelainan-kelainan organik, seperti:

1. Kelainan pada hipotalamus dan hipofisis (dapat berupa tumor atau peradangan) sehingga produksi hormon gonadotropin sebelum saatnya.
2. Tumbuhnya koriokarsinoma ovarii yang mengeluarkan hormon koriogonadotropin (HCG)

9.2.3 Pengobatan

Pengobatan menggunakan asetat medroksi-progesteron sebanyak 100 mg secara IM setiap 14 hari sekali untuk mencegah haid dan selanjutnya sarankan kepada orang tua anak agar lebih memperhatikan perilaku seksual anak dan menjaganya dari tindak kejahatan seksual (Prawirohardjo, 2008).

9.3 Gangguan Menstruasi

9.3.1 Amenorea

Amenorea adalah berhentinya menstruasi atau bahkan tidak terjadi menstruasi, dan ini merupakan salah satu tanda dari beberapa kelainan reproduksi wanita (Lowdermilk et al., 2013).

Tanda-tanda yang perlu diwaspadai menurut (Lowdermilk et al., 2013) terkait dengan kejadian amenorea yaitu:

1. Pada umur 14 tahun, perempuan belum mengalami menarche dan tidak ditemukan perubahan seks sekunder
2. Pada perempuan umur 16,5 tahun belum mengalami menarche walaupun pertumbuhan dan perkembangannya normal
3. Menstruasi tidak terjadi dalam rentang waktu 6-12 bulan pada kondisi setelah periode menstruasi.

Amenorea digolongkan menjadi 2, yaitu amenorea primer dan amenorea sekunder.

1. Amenorea Primer

Pengertian dari amenorea primer adalah tidak ditemukan menstruasi pada perempuan sampai dengan usia 16 tahun dan pada kejadian ini pemeriksaan klinis difokuskan pada ada atau tidaknya uterus, vagina paten dan perkembangan payudara (Norwitz and Schorge, 2008).

Etiologi

a. Kegagalan Gonad

Pada kasus ini, biasanya ciri-ciri seks sekunder tidak berkembang. Disebabkan karena kelainan pada duktus muller (tidak ada uterus, agenesis vagina, septum vagina transversal atau himen imperforata) (Liewellyn, 2001).

b. Disfungsi Hipotalamus

Gangguan pada hipotalamus biasanya berhubungan dengan gangguan psikis. Terjadi defisiensi pulsatil GnRH sehingga akan menyebabkan gangguan

pengeluaran gonadotropin yang berakibat kepada gangguan pematangan folikel dan ovulasi (Prawirohardjo, 2008).

c. Agenesis Vagina dan Obstruksi Saluran Telur

Agenesis vagina dapat berupa agenesis Muller, agenesis vagina terisolasi akibat dari kegagalan sinus urogenita membentuk ujung kaudal vagina atau disebabkan karena sindrom insensitifias androgen (cacat pada reseptor androgen) (Shazly and Laughlin-Tommaso, 2020).

2. Amenorea Sekunder

Pengertian dari amenorea sekunder adalah berhentinya menstruasi dalam tiga siklus berturut-turut pada wanita yang sebelumnya siklus menstruasinya teratur atau berhenti menstruasi dalam waktu 6 bulan pada wanita dengan siklus menstruasi tidak teratur (Shazly and Laughlin-Tommaso, 2020).

Etiologi

a. Disfungsi Hipotalamus

Penyebabnya adalah karena gangguan psikologis (stres), penurunan berat badan, olahraga, atau obat-obatan yang menyebabkan penurunan frekuensi dan amplitudo denyut GnRH secara berkesinambungan (Norwitz and Schorge, 2008). Amenorea yang diakibatkan oleh olahraga yang berlebihan terjadi karena penggunaan energi yang berlebihan sehingga terjadi gangguan pada hormon sistem reproduksi yang juga berperan dalam fisiologi menstruasi. Gangguan terutama pada pengeluaran pulsatif GnRH. Penekanan pengeluaran GnRH normalnya berlangsung tiap 60-90 menit (Batubara and Ibrahim, 2018).

b. Sindrom Ovarium Polikistik

Sindrom ovarium polikistik yaitu kelainan endokrinologi yang ditandai dengan oligo atau anovulasi, hiperandrogenemia, dan morfologi ovarium polikistik. Selain menyebabkan amenorea, masalah ini juga berkaitan dengan kejadian infertilitas pada wanita (Mustari et al., 2018).

c. Kegagalan ovarium prematur

Etiologi kasus ini sebagian besar belum diketahui dengan pasti penyebabnya, sering ditemukan pada keluarga yang memiliki sindrom X Fragil (Suparman and Suparman, 2017).

d. Sindrom Asherman

Pada sindrom Asherman, amenorea sekunder terjadi dikarenakan kerusakan endometrium, contohnya pada kasus kuretase berlebihan sehingga menyebabkan luka parut intrauterin. Pola yang khas yaitu sinekia multipel yang tampak pada histerogram. Sindrom Asherman juga dapat terjadi pasca embedahan uterus (seksio saesaria, miomektomi) (Suparman and Suparman, 2017).

9.3.2 Dismenorea (nyeri haid)

Dismenorea umum terjadi dalam 3 tahun pertama setelah menarche. Di Indonesia, kejadian dismenorea 64,25% yang terdiri dari 54,89% dismenorea primer dan 9,36% dismenorea sekunder (Hastuti et al., 2017).

1. Pengertian

Dismenorea atau nyeri haid merupakan jenis nyeri kronis berulang yang bermanifestasi sebagai nyeri menstruasi/haid, biasanya nyeri dirasakan di panggul, perut bagian bawah atau di punggung dan dapat disertai dengan gejala lainnya (Abreu-Sánchez et al., 2020).

2. Pembagian Dismenorea

a. Dismenorea Primer

Yaitu nyeri haid siklik yang tidak dapat diidentifikasi dasar patologinya.

Etiologi dari dismenorea primer ini kemungkinan disebabkan oleh pengeluaran hormon prostaglandin selama menstruasi dan hormon ini merangsang kontraksi otot uterus. Beberapa kontraksi tersebut sesekali menutup arteri miometrium sehingga menyebabkan nyeri iskemik (Shazly and Laughlin-Tommaso, 2020). Biasanya terjadi 6-24 bulan setelah menarche, dan umum terjadi pada wanita nulipara. Biasanya nyeri dimulai segera sebelum menstruasi atau pada hari pertama menstruasi. Keluhan lain yang menyertai seperti mual, muntah, diare dan nyeri punggung bagian bawah (low back pain) (Shazly and Laughlin-Tommaso, 2020).

Faktor predisposisi menurut (Prawirohardjo, 2008):

- (1) Faktor kejiwaan
- (2) Faktor konstitusi

- (3) Faktor obstruksi kanalis servikalis
- (4) Faktor endokrin
- (5) Faktor alergi

b. Dismenorea Sekunder

Pengertian dari dismenorea sekunder adalah nyeri menstruasi yang terjadi belakangan dalam kehidupan seorang wanita dan biasanya berhubungan dengan abnormalitas panggul seperti adenomiosis, endometriosis, penyakit radang panggul, polip endometrium, mioma submukosa atau interstisial (fibroid uterus) atau penggunaan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) (Lowdermilk et al., 2013).

Biasanya terjadi pada usia 30 tahun atau lebih. Umum terjadi pada wanita yang sudah pernah melahirkan. Terjadi beberapa hari sebelum menstruasi hari pertama. Gejala lain yang mungkin menyertai yaitu perdarahan menstruasi yang berat (Shazly and Laughlin-Tommaso, 2020).

3. Penanganan

Penanganan dismenorea menurut (Prawirohardjo, 2008):

- a. Edukasi dan nasihat
- b. Pemberian obat analgetik
- c. Terapi hormonal
- d. Terapi dengan obat nonsteroid antiprostaglandin
- e. Dilatasi kanalis servikalis

9.3.3 Menoragia (Hipermenora)

1. Pengertian

Perdarahan menstruasi dengan waktu yang lebih lama (lebih dari 8 hari) atau jumlah darah yang lebih banyak dari normal (Prawirohardjo, 2008).

2. Etiologi

Disebabkan karena kelainan organik, seperti: mioma uteri, endometriosis polip endometrium, infeksi panggul kronis, diskrasia darah dan hipotiroidisme (Liewellyn, 2001).

3. Terapi

Menurut (Prawirohardjo, 2008) terapi yang diberikan pada pasien dengan hipermenorea pada mioma uteri, sedang diagnosis dan terapi polip endometrium serta gangguan pelepasan endometrium terdiri atas kerokan.

9.3.4 Metroragia

1. Pengertian

Perdarahan dengan siklus yang tidak teratur dan berlangsung lama dan tidak berhubungan dengan menstruasi (Liewellyn, 2001, Nugroho, 2019).

2. Etiologi

Penyebab metroragia antara lain kehamilan intra uteri, kehamil di luar kandungan (kehamilan ektopik), mola hidatidosa, akseptor KB AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim), kista ovarium, mioma uteri, karsinoma serviks, endometriosis, infeksi pelvis, hiperplasia miometrium, polip serviks, ITP, gagal ginjal, gagal hati dan gangguan hormonal (Zakir and Rosmadewi, 2017).

9.4 Masalah-masalah pada Payudara

9.4.1 Fibroadenoma

Fibroadenoma adalah penyebab umum dari benjolan di payudara pada wanita muda, dengan puncak kejadian pada usia 20-30 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa fibroadenoma lebih banyak terjadi pada payudara sebelah kanan pada kuadran atas bagian luar (Egwuonwu et al., 2016).

1. Pengertian

Suatu massa padat di payudara, saat diraba terasa kenyal seperti karet, bergerak bebas dan biasanya tunggal. Biasanya terjadi pada wanita muda, berusia 20-an yang biasanya diawali dengan penemuan massa yang tidak terasa sakit. Pertumbuhan massa biasanya sangat lambat, walaupun pada beberapa kejadian juga dapat berlangsung cukup cepat (Norwitz and Schorge, 2008).

2. Diagnosis

Pada wanita di bawah 30 tahun mamografi jarang dilakukan, biasanya diagnosis dilakukan dengan USG untuk membantu membedakan massa padat dengan massa kistik (Norwitz and Schorge, 2008).

3. Penatalaksanaan

Pembedahan massa yang meningkat ukurannya, juga untuk setiap massa padat yang ditemukan pada wanita berusia lebih dari 30 tahun (Norwitz and Schorge, 2008).

9.4.2 Kanker Payudara

Setiap tahun, lebih dari 1 juta kasus kanker payudara baru di seluruh dunia. Kanker payudara merupakan salah satu keganasan yang paling sering ditemukan pada wanita (Norwitz and Schorge, 2008). Di antara jenis kanker yang dialami oleh wanita, kanker payudara merupakan jenis kanker yang paling banyak diderita, 30% dari seluruh kanker pada wanita (Haryanti and Widiyastuti, 2017). Di Amerika, 12% wanita didiagnosis kanker payudara, dan lebih dari 250.000 kasus baru ditemukan pada tahun 2017 (Waks and Winer, 2019). Di Indonesia, kejadian kanker payudara mempunyai urutan nomor dua setelah kanker serviks. Prevalensi kanker payudara di Indonesia yaitu 50/100.000 penduduk (Sari et al., 2018).

1. Faktor Risiko

Faktor risiko kanker payudara menurut (RI, 2015) antara lain:

- a. Wanita merokok (baik aktif maupun pasif)
 - b. Pola makan tinggi lemak, rendah serat serta mengandung banyak zat pengawet dan pewarna sintesis
 - c. Wanita dengan menarche < 12 tahun
 - d. Wanita yang menopause >50 tahun
 - e. Wanita yang melahirkan anak pertama >35 tahun
 - f. Tidak pernah menyusui
 - g. Riwayat operasi payudara karena tumor jinak atau ganas
 - h. Riwayat kanker payudara pada keluarga
- #### 2. Diagnosis

Kanker payudara dapat didiagnosis dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan radiodiagnostik dan patologi anatomi). Pemeriksaan tersebut dimaksudkan untuk menentukan diagnosis, jenis histopatologis, serta profil imunohistokimia untuk menentukan jenis terapi yang diperlukan (Partini et al., 2018).

Stadium Kanker payudara (Prawirohardjo, 2008):

Stadium I : Ukuran sampai 2 cm dan tidak mempunyai anak sebar

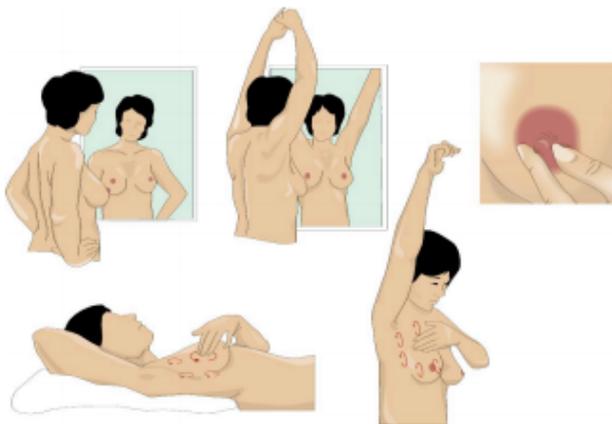
Stadium II : Ukuran 2 cm atau lebih dan mempunyai anak sebar di kelenjar limfe pada aksila

Stadium III : Ukuran 2 cm atau lebih dengan anak sebar di kelenjar aksila, infra dan supraklavikular atau infiltrasi ke fascia pektoralis atau ke kulit; atau kanker payudara yang apert (memecah ke kulit)

Stadium IV : Kanker payudara telah mengalami metastasis ke area yang lebih jauh, sampai ke tengkorak atau tulang punggung, atau paru-patu atau hati bahkan sampai panggul

3. Pencegahan

Cara melakukan tindakan pencegahan adalah dengan rutin melakukan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri), yaitu dengan langkah-langkah sebagai berikut:



Gambar 9.1: Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) (RI, 2015)

- a. Langkah 1: berdiri tegak di depan cermin, letakkan kedua tangan di pinggang
- b. Langkah 2: angkat kedua tangan cermati setiap perubahan pada payudara
- c. Langkah 3: pencet puting, perhatikan apakah ada cairan yang keluar
- d. Langkah 4: lakukan perabaan atau pemijatan pada payudara dan dinilai apakah teraba ada benjolan pada payudara atau tidak dengan posisi berbaring (dengan salah satu tangan diletakkan di bawah kepala)
- e. Langkah 5: Lakukan perabaan atau pemijatan pada payudara (salah satu tangan diangkat ke atas) dan lakukan penilaian apakah teraba ada benjolan atau tidak

4. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

Dokter biasanya menyarankan untuk upaya pengangkatan massa ganas beserta nodus-nodus di aksila untuk mencegah perluasan penyebaran sel kanker. Pembedahan dapat dilakukan dengan tetap mempertahankan payudara (lumpektomi) atau quadrektomi, dilakukan pengangkatan tumor dilanjutkan dengan proses terapi radiasi. Mastektomi juga bisanya dilakukan akan tetapi banyak wanita yang menolak melakukan mastektomi dengan alasan psikologis (Bobak et al., 2005).

b. Radiasi dan terapi hormonal

Radiasi biasanya dianjurkan untuk wanita dengan kanker stadium I atau II. Terapi hormon menggunakan tamoksifen, suatu agonis estrogen, diberikan kepada wanita dengan tumor positif-reseptor estrogen. Sedangkan untuk terapi (Bobak et al., 2005).

5. KIE pada wanita Post Mastektomi

- a. Anjurkan kepada ibu untuk melakukan latihan pergerakan lengan sesuai indikasi
- b. Anjurkan kepada ibu untuk segera menghubungi dokter apabila timbul peradangan pada luka insisi atau jika ada pembengkakan pada luka insisi

- c. Ajarkan dan anjurkan kepada ibu untuk mencuci tangan menggunakan sabun sebelum dan sesudah menyentuh daerah insisi
- d. Hindari konstriksi sirkulasi pada area yang terkena
- e. Anjurkan kepada ibu untuk tidak menggunakan deodoran serta mencukur rambut di aksila yang terkena
- f. Kosongkan selang drainase setiap 8 jam dan catat jumlahnya
- g. Mandi seka sampai selang drainase diangkat.
- h. Lanjutkan dengan melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) pada bagian yang terkena secara rutin setiap bulan
- i. Ganti balutan luka jika balutan masih terpasang sesuai instruksi
- j. (Bobak et al., 2005)

9.5 Menopause dan Klimakterium

Menopause merupakan titik di mana menstruasi berhenti, sedangkan klimakterium adalah periode kehidupan seorang wanita di mana terjadi perpindahan tahapan dari reproduktif menjadi non reproduktif dan disertai dengan penurunan fungsi ovarium (Bobak et al., 2005).

9.5.1 Gejala-gejala Klimakterium

Gejala-gejala yang muncul pada masa klimakterium disebabkan karena menurunnya kadar hormon estrogen dalam tubuh wanita. Gejala yang biasanya muncul antara lain (Liewellyn, 2001):

1. Muka Merah (hot flushes)

Keluhan yang diutarakan biasanya perasaan panas pada daerah muka, menjalar sampai leher dan dada bahkan sampai ke seluruh tubuh. Pemeriksaan suhu biasanya ada kenaikan sampai dengan 3°C, disertai dengan vasodilatasi perifer. Muka merah berlangsung 1-3 menit dan biasanya terjadi pada malam hari, sehingga mengganggu istirahat (Liewellyn, 2001).

2. Gejala-gejala vagina

Wanita biasanya mengeluh vagina menjadi lebih kering karena pengaruh dari penurunan hormon estrogen. Keluhan lain yang mungkin muncul adalah dispareunia (rasa sakit saat berhubungan seksual) (Liewellyn, 2001).

3. Gejala-gejala lain

Gejala-gejala lain seperti berkurangnya minat terhadap hubungan seksual, berkurangnya elastisitas kulit hingga muncul kerutan (Liewellyn, 2001).

Efek jangka panjang dari penurunan kadar estrogen dalam tubuh wanita dapat meningkatkan risiko penyakit jantung sistemik dan osteoporosis (Liewellyn, 2001). Wanita pascamenopause berisiko mengalami penyakit jantung dikarenakan penurunan kadar high density lipoprotein (HDL) sekaligus terjadi peningkatan kadar low density lipoprotein (LDL) (Bobak et al., 2005). Osteoporosis adalah penurunan massa tulang seiring peningkatan umur dan menjadi rentan atau berisiko fraktur. Penurunan kadar estrogen menyebabkan tulang menjadi lebih rapuh. Sedangkan untuk mengubah vitamin D menjadi kalsitonin dibutuhkan estrogen. Kalsitonin dibutuhkan karena merupakan zat esensial yang berfungsi meningkatkan absorpsi kalsium pada usus halus (Bobak et al., 2005).

9.5.2 Terapi Penggantian Hormon (Hormone replacement therapy/HRT)

Pada wanita pascamenopause, terjadi penurunan hormon estrogen sehingga menyebabkan berbagai macam keluhan seperti hot flushes, osteoporosis, gangguan mood, penurunan minat seksual, dan menjadi berisiko terkena penyakit jantung, alzheimer, osteoarthritis, penuaan kulit, dan lain-lain, sehingga diupayakan penambahan hormon estrogen dengan teknik terapi penggantian hormon (hormone replacement therapy) (Norwitz and Schorge, 2008). Efek samping dari terapi ini adalah mual, perdarahan pervaginam yang tidak teratur, sakit kepala dan nyeri payudara. Risiko dari terapi ini juga dapat menyebabkan hiperplasia endometrium dan adenokarsinoma (Norwitz and Schorge, 2008).

9.6 Infeksi Panggul

Penyakit radang panggul (PID) adalah masalah dalam sistem reproduksi yang umum terjadi. Hampir 1 juta kasus didiagnosis setiap tahun. (Revzin et al., 2016). Penyakit Radang Panggul (Pelvic Inflammatory Disease/PID) merupakan penyakit yang umum terjadi pada orhan panggul wanita, termasuk pada tuba fallopi (salpingitis). Dan ini dapat menjadi penyebab infertilitas pada wanita. Akibat dari infeksi ini, biasanya keluhan yang muncul adalah nyeri kronis, dispareunia dan dismenorea (Bobak et al., 2005). Penyebab dari PID ini adalah mikroorganisme yang ditularkan melalui hubungan seksual yaitu *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia* dan *Mycoplasma* dan mikroorganisme lain walaupun jarang yaitu *E. coli*, *Streptococcus*, *Haemophilus* dan lain-lain (Bobak et al., 2005).

PID dibagi menjadi 2 tahapan yaitu tahap awal dan tahap lanjut.

9.6.1 Tahap Awal PID

1. Servisititis

Servisititis merupakan peradangan pada serviks (mulut rahim). Gejalanya adalah adanya nyeri tekan adneksa, keputihan berwarna kuning dan lengket, terdapat bercak darah saat berhubungan seksual (diduga disebabkan oleh pembuluh darah serviks rapuh karena terinfeksi (Revzin et al., 2016).

2. Endometritis

Endometritis adalah peradangan pada lapisan endometrium. Seringkali ditemui selama kehamilan dan nifas. Gejala yang muncul adalah nyeri panggul dan infertilitas akan tetapi banyak pasien yang tidak menunjukkan gejala. Karakteristik nyeri pada endometritis yaitu nyeri dengan pola siklik, dismenorea, dispareunia, nyeri punggung di bagian sakrum saat menstruasi (Norwitz and Schorge, 2008, Revzin et al., 2016).

3. Salpingitis and Tubo-ovarian Complex

Salpingitis adalah peradangan pada salah satu atau kedua tuba falopi, dan merupakan kejadian yang paling umum pada kejadian PID tahap awal. Salpingitis dikaitkan sebagai faktor risiko penyebab infertilitas dan kehamilan ektopik (Revzin et al., 2016).

4. Ooforitis

Ooforitis merupakan peradangan pada ovarium. Dapat berupa kombinasi dari salpingitis dan pyosalpinx. Pada kasus ini, fimbriae tuba dapat menempel ke ovarium sehingga menyebabkan peradangan sekunder dan infeksi ovarium (Revzin et al., 2016).

9.6.2 Tahap Lanjut PID

1. Pyosalpinx

Pyosalping adalah infeksi pada saluran tuba falopii yang dipersulit dengan adanya obstruksi tuba. Ujung fimbriae tuba, terhalang oleh adhesi di dalam dan di sekitar tuba, sehingga menyebabkan peradangan. Halangan ini menyebabkan akumulasi pus (nanah) dan menyebabkan distensi tuba (Revzin et al., 2016).

2. Hidrosalping

Hidrosalping terjadi jika saluran tuba berisi cairan serosa sehingga terjadi penyumbatan. Hidrosalping biasanya disebabkan karena ada riwayat PID sebelumnya. Penyebab lainnya adalah endometriosis, perlekatan perituba sejak sebelum operasi, kanker tuba dan riwayat kehamilan tuba sebelumnya (Revzin et al., 2016).

3. Abses Tubo-Ovarian

Abses tubo ovarian adalah salah satu komplikasi lanjut utama dan serius dari salpingitis akut dan terjadi pada 15% wanita dengan PID. Perkembangan infeksi ini menghasilkan pembentukan kistik kompleks dan massa padat dsengan kerusakan total dari adneksa normal. Ovarium dan tuba falopii tidak lagi dapat digambarkan (Revzin et al., 2016).

4. Pyometra

Pyometra merupakan bentuk endometritis kronis yang ditandai dengan akumulasi nanah di rongga uterus. Insiden pyometra 0,01-0,5% di antara pasien ginekologi dan terjadi terutama pada kelompok wanita usia pascamenopause (Revzin et al., 2016).

5. Kerusakan Tuba

Kerusakan tuba merupakan gejala sisa jangka panjang yang umum dan merusak tuba falopi, terdapat jaringan parut dan adhesi di dalam lumen tuba dan adhesi pada lemak peritubal. Keduanya merupakan penyebab kehamilan ektopik dengan PID. Dikarenakan fungsi tuba terganggu, maka terjadi obstruksi dan untuk selanjutnya dapat menyebabkan hidrosalping, infertilitas. Kasus infertilitas 40-50% pada wanita disebabkan karena ini (Revzin et al., 2016).



Bab 10

Gangguan Sistem Reproduksi Wanita

10.1 Pendahuluan

Reproduksi atau perkembangbiakan merupakan bagian dari ilmu faal (fisiologi). Reproduksi secara fisiologis tidak vital bagi kehidupan individual karena jika siklus reproduksi berhenti orang tersebut masih dapat bertahan hidup, misalnya saja seseorang yang sudah tubektomi atau mencapai menopause. Sistem reproduksi yang terdiri dari ovarium, uterus dan bagian alat kelamin lainnya diperlukan dalam berkembang biak dan baru dapat berlangsung setelah seseorang mencapai masa pubertas atau dewasa kelamin yang diatur oleh kelenjar endokrin dan hormon yang dihasilkan tubuh.

Proses tubuh yang bertanggung jawab terhadap kelangsungan suatu generasi juga merupakan bagian dari reproduksi yang terdiri dari suatu struktur dan menjadi ujung tombak kelangsungan hidup agar tidak punah. Struktur organ reproduksi utama terdapat pada wanita yang terdiri dari organ reproduksi eksternal dan organ reproduksi internal. Organ reproduksi eksternal berupa vulva yang meliputi mons veneris (mons pubis), labia mayora, labia minora dan clitoris sedangkan organ reproduksi internal berupa vagina, uterus atau rahim, tuba fallopi dan ovarium atau indung telur. Organ-organ ini akan

berfungsi untuk mendukung proses reproduksi wanita mulai dari memproduksi sel telur, berhubungan seksual, melindungi dan merawat janin selama hamil hingga melahirkan.

Pembentukan ovum atau oogenesis pada seorang wanita dimulai sejak dalam kandungan ibunya. Setelah lahir dalam tubuh bayi tersebut sudah terdapat sekitar satu juta oosit primer. Oosit primer akan mengalami degenerasi untuk sebagian sehingga ketika memasuki masa puber jumlah tersebut akan menurun dan meninggalkan sekitar 200 ribu untuk masing-masing ovarium. Oosit primer juga akan mengalami masa istirahat (dorman) yang akan dilanjutkan setelah wanita memasuki masa pubertas (Priyatni, 2016)

Sejak pertama kali mendapat menstruasi (menarche) pada usia 9-14 tahun organ reproduksi telah aktif bekerja hingga wanita tersebut menopause (berhenti menstruasi) pada usia 46-54 tahun. Menstruasi ini merupakan suatu peristiwa pendarahan yang keluar melalui vagina karena luruhnya dinding rahim (endometrium) yang merupakan suatu tanda tidak terjadi pembuahan atau kehamilan, di mana tiga perempat bagian jaringan lembut endometrium yang telah dipersiapkan untuk menerima konsepsi, penanaman embrio atau pembuahan akan lepas. Secara periodik endometrium akan terus terbentuk dan dipersiapkan kembali untuk dapat menerima kemungkinan konsepsi pada siklus menstruasi berikutnya (Manuaba, Manuaba and Manuaba, 2009)

Kecemasan dan kegelisahan tidak perlu dialami seorang wanita jika dia mengenal dan paham anatomi fisiologi organ reproduksi yang dimiliki karena perubahan-perubahan akan dialami dan dilalui. Namun disamping itu, gangguan sistem reproduksi juga harus dipelajari agar timbul pemahaman akan hal tersebut.

10.2 Pengertian

Kesehatan Reproduksi adalah Keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan system reproduksi serta fungsi dan prosesnya, (Cavenett, 2013) apabila hal tersebut tidak tercapai akan terjadi gangguan kesehatan reproduksi termasuk sistem yang memengaruhi.

10.3 Masalah Umum

10.3.1 Berhubungan Dengan Vulva dan Vagina

1. Vulvovaginitis

Vulvovaginitis merupakan peradangan pada vulva dan vagina yang diakibatkan iritasi sabun cuci atau sabun mandi, personal higien yang tidak baik, misalnya membersihkan dari arah belakang sesudah buang air. Gejala vulvovaginitis diantaranya kemerahan dan gatal pada area vagina dan vulva dan kadang disertai keluarnya cairan dari vagina.

2. Perdarahan nonmenstrual

Perdarahan non menstrual umumnya terjadi karena penumpukan partikel asing yang terdapat di dalam vagina, misalnya saja tisu toilet. Perdarahan juga dapat diakibatkan peluruhan uterus di mana mukus membran uretra mencuat keluar dari vagina dan membentuk jaringan lunak seperti lingkaran cincin yang mudah berdarah. Diluar hal tersebut perdarahan nonmenstrual juga dapat disebabkan cedera saat bersepeda akibat terantuknya vagina ke frame sepeda atau trauma karena pelecehan seksual (Dewi et al., 2015).

10.3.2 Berhubungan Dengan Indung Telur Dan Tuba Falopi

1. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik akan terjadi pada saat sel telur yang telah dibuahi (zygot) berkembang di luar rahim dan biasanya melekat pada tuba falopi. Wanita dalam kondisi ini bisa mengalami nyeri perut yang sangat parah dan memerlukan tindakan operasi.

2. Endometriosis

Endometriosis merupakan jaringan halus pembentuk uterus yang berkembang di luar uterus, misalnya: pada indung telur, tuba falopi atau bagian lain rongga panggul. Perdarahan abnormal dapat terjadi akibat endometritis termasuk menstruasi yang menyakitkan dan nyeri pada bagian panggul. Penyakit endometriosis banyak menyerang wanita di usia 30 hingga 40 tahunan. Gejala

yang dirasakan berupa nyeri pada panggul atau perut, menstruasi yang sangat menyakitkan, perdarahan di luar masa menstruasi, hingga nyeri saat BAB atau saat berhubungan intim.

3. Tumor Indung Telur

Tumor indung telur sangat jarang terjadi namun jika terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri pada perut bagian atas dan penekanan yang dapat dirasakan di dalam abdomen. Posedur pengangkatan tumor dibutuhkan untuk mengatasi kondisi yang dialami.

4. Kista Indung Telur

Kista indung telur merupakan kelenjar abnormal yang terbentuk di dalam indung telur dan berisikan cairan atau material semi-padat. Kista ini sangat umum terjadi dan tidak mengkhawatirkan kecuali jika kelenjar tumbuh besar. Kista yang membesar bisa menekan organ yang berada di sekeliling dan menyebabkan nyeri perut. Kista akan menghilang dengan sendirinya dan tidak diperlukan suatu perawatan untuk kebanyakan kasus. Jika kista yang dirasa menyakitkan resep pil KB akan diberikan dokter untuk menghentikan pertumbuhan atau pelaksanaan prosedur pengangkatan.

5. Sindrom Ovarium Polisistik

Sindrom ovarium polisistik merupakan gangguan hormone karena peningkatan produksi androgen (hormon pria) oleh ovarium yang menyebabkan indung telur membesar dan menumbuhkan kista. Hormon androgen yang berlebih pada penderita Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) mengakibatkan ovarium atau indung telur memproduksi banyak kantong berisi cairan, akibatnya sel telur tidak berkembang sempurna dan gagal dilepaskan secara teratur sehingga menimbulkan masalah kesuburan. Penyakit ini juga rentan terjadi pada wanita dengan penyakit diabetes.

Pada saat remaja sindrom ovarium polisistik umumnya timbul untuk pertama kalinya. Kelainan dapat ditangani dengan obat pengontrol keseimbangan hormon dan menstruasi, tetapi tergantung tipe dan keparahan kondisi.

Tanda dan Gejala

a) Gangguan menstruasi

Periode menstruasi yang tidak teratur atau berkepanjangan merupakan salah satu gejala, misal: mengalami haid kurang dari 8-9 kali dalam setahun, jarak antar haid kurang dari 21 hari atau lebih dari 35 hari atau darah menstruasi yang mengalir deras.

b) Gejala akibat kadar hormon androgen yang meningkat

Peningkatan kadar hormon androgen pada wanita dengan PCOS menyebabkan munculnya gejala fisik seperti pria, seperti: tumbuhnya rambut yang lebat di wajah dan tubuh atau hirsutisme, serta munculnya jerawat yang parah dan kebotakan.

c) Kista ovarium yang banyak diderita

Bisa ditemukan kantong-kantong kista di sekitar sel telur atau ovarium pada penderita PCOS

d) Warna kulit menjadi gelap

Beberapa bagian tubuh penderita PCOS berubah menjadi gelap di daerah lipatan leher, selangkangan dan bagian bawah payudara.

Faktor Penyebab

a) Kelebihan hormon insulin

Hormon yang menurunkan kadar gula dalam darah disebut insulin. Insulin yang berlebihan akan meningkatkan produksi hormon androgen di dalam tubuh dan mengurangi sensitivitas tubuh terhadap insulin.

b) Faktor genetik

Komplikasi

a) Gangguan tidur

b) Gangguan makan

c) Gangguan kecemasan dan depresi

d) Kemandulan

- e) Keguguran atau kelahiran bayi prematur
- f) Hipertensi saat hamil
- g) Diabetes dan diabetes gestasional
- h) Hepatitis
- i) Sindrom metabolik
- j) Kanker endometrium (Benson, 2009).

10.3.3 Berhubungan Dengan Menstruasi

1. Dysmenorrhea

Dysmenorrhea merupakan periode menstruasi yang menyakitkan.

2. Menorrhagia

Menorrhagia merupakan periode menstruasi dengan volume perdarahan yang sangat banyak dan berat.

Tanda

- a) Perdarahan lebih dari 7 hari
- b) Menghabiskan satu atau lebih pembalut selama beberapa jam berturut-turut
- c) Selalu terbangun untuk mengganti pembalut di malam hari
- d) Perdarahan berat yang tidak biasa atau haid dua kali dalam satu bulan berturut-turut
- e) Munculnya gumpalan darah yang besar
- f) Sulit beraktivitas karena perdarahan yang tidak terkendali
- g) Kelelahan atau kekurangan energy
- h) Sesak napas
- i) Nyeri di perut bagian bawah

Penyebab

- a) Hormon yang tidak seimbang

Keseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron mengatur penumpukan lapisan rahim atau endometrium yang ditumpahkan saat siklus menstruasi normal. Ketidak seimbangan hormon pada wanita mengakibatkan

endometrium berkembang berlebihan dan membuat perdarahan berat saat menstruasi. Hormon tubuh yang tidak seimbang biasanya disebabkan Sindrom ovarium polikistik (PCOS), obesitas, resistensi insulin dan masalah pada tiroid.

b) Ovarium tidak berfungsi sesuai harusnya

Hormon yang tidak seimbang bisa disebabkan oleh disfungsi ovarium. Sel telur harusnya dilepaskan untuk mempersiapkan pembuahan dalam satu siklus menstruasi setiap bulannya. Proses pelepasan telur disebut dengan ovulasi. Jika terjadi gangguan ovarium dan telur tidak dilepaskan selama siklus menstruasi, tubuh tidak akan dapat memproduksi hormon progesterone. Hal ini mengakibatkan tumbuhnya lapisan rahim secara berlebihan dan menyebabkan perdarahan berat.

c) Fibroid rahim

Merupakan tumor non-kanker yang dapat tumbuh pada saat wanita dalam masa subur. Penekanan kandung kemih dapat terjadi jika tumor berukuran besar dan mengakibatkan sering buang air kecil. Tumor yang berkembang di dinding rahim juga bisa menyebabkan menorrhagia.

d) Polip

Daging kecil yang tumbuh pada lapisan Rahim disebut polip, tergolong jinak dan tidak bersifat kanker. Meskipun demikian pertumbuhan polip juga bisa menyebabkan masalah menstruasi, misalnya: lebih lama, lebih sering dan bahkan tidak teratur, darah yang keluar melebihi normal dan perdarahan yang seharusnya tidak terjadi pada wanita menopause.

e) Adenomiosis

Merupakan kondisi saat lapisan rahim atau endometrium menembus dinding otot rahim atau miometrium. Salah satu penyebab menoragia pada wanita adalah adenomiosis ini. Rasa kram, penekanan pada perut bagian bawah dan kembung juga akan dirasakan wanita yang mengalami adenomiosis. Meski tidak membahayakan, gejala yang menyertai adenomiosis akan sangat mengganggu aktivitas.

f) Menggunakan IUD

KB spiral atau IUD memiliki efek samping menoragia dan perdarahan di antara siklus haid. Jika hal ini terjadi alternative penggunaan KB lainnya merupakan solusi terbaik.

g) Obat-obatan tertentu

Menstruasi yang berlebihan dan berkepanjangan dapat disebabkan obat antiradang, hormonal (estrogen dan progesterin) dan antikoagulan (warfarin) dapat menyebabkan

3. Oligomenorrhea

Oligomenorrhea merupakan kondisi di mana seorang wanita memiliki periode menstruasi yang tidak teratur atau melewati jadwal menstruasinya, walau sudah pernah menstruasi teratur dan tidak dalam kondisi hamil.

4. Amenore

Amenore merupakan istilah yang digunakan jika seorang wanita belum pernah memulai periode menstruasi setelah berusia 16 tahun atau 3 tahun setelah memasuki masa pubertas atau belum menunjukkan tanda-tanda pubertas setelah berusia 14 tahun (amenore primer) atau mempunyai periode menstruasi yang normal tetapi berhenti mendadak tanpa sebab selama lebih tiga kali siklus, selain hamil (amenore sekunder) (Delly, 2019; Panggih, 2017; Satya Sai Shita and Purnawati, 2016).

Tanda dan Gejala

- a) Keluarnya cairan dari puting susu
- b) Rambut rontok
- c) Sakit kepala
- d) Perubahan penglihatan
- e) Rambut wajah yang berlebihan
- f) Nyeri pada panggul
- g) Jerawat

Penyebab

- a) Cacat lahir yang diakibatkan organ reproduksi yang tidak berkembang sempurna termasuk penyempitan atau penyumbatan bagian leher rahim atau serviks, tidak adanya uterus atau vagina dan vagina yang terbagi menjadi 2 bagian atau bersekat
- b) Perubahan hormon alami yang terjadi selama kehamilan, menyusui dan menopause
- c) Obat

Antara lain kontrasepsi, antipsikotik, antidepresan, obat tekanan darah, obat kemoterapi kanker dan beberapa obat alergi

- d) Berat badan yang rendah

Berat badan yang lebih rendah 10% dari berat badan normal dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon dan menghentikan proses ovulasi

- e) Stres

Stres yang terjadi dapat mengubah fungsi hipotalamus yang akan mengontrol siklus menstruasi dan biasanya bersifat sementara, akan kembali pulih jika stres berkurang.

- f) Olahraga yang berlebihan

Misalnya : aktivitas fisik yang membutuhkan pelatihan intensif

- g) Gangguan yang menyebabkan ketidakseimbangan hormone

Misalnya: sindrom ovarium polikistik, gangguan tiroid, tumor hipofisis atau menopause dini

- h) Masalah pada organ reproduksi atau kelenjar yang membantu mengatur kadar hormone yang terdapat di dalam tubuh

Faktor Risiko

- a) Riwayat keluarga
- b) Gangguan makan seperti anoreksia atau bulimia

- c) Pelatihan atletis dengan intensitas tinggi

10.3.4 Berhubungan Dengan Sistem Reproduksi

1. Penyakit Seks Menular (STD/ STI)

Penyakit seks menular merupakan penyakit yang ditularkan melalui aktivitas seksual dari seseorang ke orang lainnya dan pada umumnya terjadi pada seorang wanita yang berhubungan seksual dengan penderita IMS yang tidak menggunakan kondom, ditandai dengan ruam atau lepuhan dan rasa nyeri di area kelamin. Penyakit seks menular dapat menyebar melalui hubungan intim secara vaginal, anal maupun oral, transfusi darah dan berbagi jarum suntik dengan penderita, Infeksi yang ditularkan dari ibu hamil ke janin selama kehamilan atau saat persalinan.

Gejala

- a) Muncul benjolan, luka, atau lepuhan di sekitar penis, vagina, anus, atau mulut
- b) Vagina terasa gatal dan terbakar
- c) Nyeri saat buang air kecil atau berhubungan intim
- d) Keluar cairan dari vagina berupa keputihan
- e) Nyeri perut bagian bawah
- f) Demam dan menggigil
- g) Muncul pembengkakan kelenjar getah bening atau benjolan di selangkangan
- h) Muncul ruam kulit di badan, tangan atau kaki

Radang Panggul (PID)

Infeksi yang terjadi merupakan penyebab peradangan pada organ reproduksi wanita akibat masuknya bakteri dari vagina ke bagian panggul sehingga menimbulkan peradangan atau yang disebabkan oleh infeksi menular seksual. Radang panggul biasanya mempunyai gejala berupa nyeri panggul dan perut, nyeri saat berkemih atau berhubungan seksual, demam dan munculnya cairan atau darah dari vagina. Jika tidak segera diobati bisa menjadi salah satu penyebab infertilitas.

HIV/AIDS

HIV (human immunodeficiency virus) merupakan virus yang merusak sistem kekebalan tubuh yang menginfeksi dan menghancurkan sel CD4, sehingga rentan diserang berbagai penyakit. AIDS adalah stadium akhir dari infeksi virus HIV jika tidak ditangani. Belum ada obat untuk penangani HIV dan AIDS namun untuk memperlambat perkembangan penyakit dan dapat meningkatkan harapan hidup penderita sudah tersedia. HIV terbagi atas dua tipe, yaitu: HIV-1 dan HIV-2.

Human Papillomavirus (HPV)

Human Papillomavirus merupakan penyebab utama kanker serviks yang sering terlambat ditangani karena gejala yang tidak disadari namun apabila segera diobati peluang penyakit ini untuk sembuh akan lebih besar.

Faktor risiko kanker serviks

- a) HPV
- b) Memiliki lebih dari satu pasangan seksual
- c) Merokok
- d) Memiliki penyakit menular seksual, seperti herpes, kutil kelamin dan HIV/ AIDS
- e) Penggunaan pil KB jangka panjang (perlu pembuktian lanjutan)

Gejala awal

- a) Perdarahan dari vagina di luar periode menstruasi, setelah berhubungan seks, pemeriksaan panggul atau setelah menopause
- b) Keputihan yang encer, berwarna kecokelatan, bercampur darah dan berbau busuk
- c) Nyeri panggul atau punggung yang tidak mereda
- d) Sakit ketika buang air kecil atau berhubungan seksual
- e) Terdapat darah pada urine

Cara Mengurangi Risiko Terkena Kanker Serviks

- a) Melakukan skrining serviks atau Pap smear secara berkala setiap 3 tahun pada wanita berusia 21-29 tahun dan setiap 3-5 tahun pada wanita berusia 30-65 tahun. Jika hasil pemeriksaan mengarah kepada

- kemungkinan kanker serviks, dokter akan memastikan dengan tindakan lanjut kolposkopi dan biopsi.
- b) Menjauhi perilaku seks berisiko dengan cara tidak bergonta-ganti pasangan dan menggunakan kondom saat berhubungan seksual atau memastikan pasangan tidak memiliki penyakit menular seksual
 - c) Melakukan vaksinasi kanker serviks (vaksin HPV) kepada anak perempuan yang berusia 10-13 tahun dengan dosis pemberian ulang hingga 3 kali dalam waktu 6 bulan dan dilanjutkan dengan dosis pemberian ulang 2 kali dalam waktu 1 tahun. Jika belum pernah mendapat vaksin HPV di usia anak-anak atau remaja pemberian bisa dilakukan pada usia dewasa sesuai pertimbangan dokter. Vaksin HPV hanya mengurangi risiko kanker serviks dan tidak menjamin terlindungi 100 persen, Pap smear tetap dianjurkan guna mendeteksi kanker sejak dini.
 - d) Tidak merokok

Merokok atau perokok pasif membuat wanita lebih rentan terkena kanker serviks

Sifilis atau Raja Singa

Merupakan penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri dengan gejala luka yang tidak terasa sakit di area kelamin, mulut atau dubur.

Gejala

- a) Sifilis primer dengan tanda luka (chancre) di tempat bakteri masuk
- b) Sifilis sekunder dengan tanda munculnya ruam pada tubuh
- c) Sifilis laten tidak menimbulkan gejala, tetapi bakteri ada di dalam tubuh penderita
- d) Sifilis tersier yang dapat menyebabkan kerusakan organ lainnya otak, saraf atau jantung

Penyebab

Melalui hubungan seksual dengan penderita atau melalui kontak fisik dengan luka yang ada pada penderita.

Gonore

Merupakan penyakit menular seksual yang pada wanita tidak menimbulkan gejala dan disebabkan oleh infeksi bakteri *Neisseria gonorrhoeae* melalui hubungan intim, termasuk seks oral dan seks anal.

Herpes (HSV)

Herpes genital disebabkan oleh infeksi virus yang bersifat tidak aktif atau tersembunyi di dalam tubuh dan tanpa gejala. Penyebarannya terjadi melalui kontak langsung dengan pasangan yang telah terinfeksi.

2. Sindrom Syok Racun (toxic shock syndrome)

Penyakit sindrom syok racun sangat jarang terjadi tetapi mematikan karena racun yang dilepaskan ke dalam tubuh saat terjadi infeksi dengan bakteri yang akan berkembang biak, misal: tampon yang dibiarkan terlalu lama di dalam vagina. Gejala yang ditimbulkan antara lain : demam tinggi, diare, muntah dan syok (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2016).

10.4 Lainnya

10.4.1 Miom

Miom merupakan pertumbuhan tumor jinak pada dinding otot rahim yang menyerang perempuan usia subur. Meski penyebab pasti miom rahim masih belum diketahui, namun terdapat dua faktor yang merupakan faktor risiko, yaitu: gangguan hormonal yang terjadi akibat perubahan kadar hormon estrogen dan progesterone serta faktor genetik atau keturunan.

10.4.2 Kanker

Kanker ginekologis merupakan kanker yang menyerang organ reproduksi wanita, diantaranya: kanker rahim, kanker serviks, kanker ovarium, kanker vagina dan kanker vulva.

10.4.3 Prolaps Uteri

Prolaps uteri merupakan kondisi di mana posisi rahim turun hingga ke vagina atau keluar dari posisi normal dan lebih banyak terjadi pada wanita yang sudah menopause, lanjut usia, pernah melahirkan secara spontan atau normal lebih dari dua kali dan memiliki kelemahan otot panggul. Gejala penyakit yang biasanya muncul adalah rasa tidak nyaman di perut atau panggul, adanya benda yang tampak atau benjolan yang keluar dari vagina, nyeri saat berhubungan seksual dan susah menahan buang air kecil (inkontinensia urine) (Rohan and Siyoto, 2013)

10.4.4 Interstitial Cystitis

Interstitial cystitis terjadi pada saat kondisi kandung kemih atau daerah sekitar panggul mengalami nyeri kronis sehingga mengakibatkan ketidaknyamanan. Wanita yang menderita penyakit ini akan sering merasa ingin buang air kecil, nyeri pada daerah perut (terutama saat ditekan), panggul dan saat berkemih. Untuk mendiagnosis dan mencari penyebab gangguan pada organ reproduksi dapat dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang, seperti tes darah, tes urine, pap smear ataupun USG dengan pengobatan yang akan disesuaikan (Wilujeng, 2013).



Bab 11

Penyakit Menular Seksual dan Imunologi

11.1 Pendahuluan

Saat ini, Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan salah satu penyakit paling umum didunia. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan lebih dari satu juta orang didunia didiagnosis menderita penyakit menular seksual (PMS) setiap harinya. Penyakit menular seksual yang menyerang organ seksual itu meliputi klamidia, gonore, trikomoniasis, dan sifilis. Temuan yang baru saja dirilis WHO ini menemukan satu dari setiap 25 orang didunia memiliki setidaknya satu dari penyakit infeksi menular tersebut. WHO menyatakan terdapat lebih dari 376 kasus baru infeksi menular seksual setiap tahun. Setiap orang juga dapat menderita lebih dari satu penyakit menular seksual atau dapat terinfeksi ulang dengan satu atau lebih penyakit menular seksual. Berdasarkan data WHO yang dihimpun dari seluruh dunia, pada laki-laki dan perempuan berusia 15-49 tahun pada 2016, diperkirakan terdapat 127 juta kasus klamidia baru, 156 juta trikomoniasis, 87 juta kasus gonore, dan 6,3 juta kasus sifilis . Untuk kasus sifilis saja, menyebabkan lebih dari 200 ribu jumlah bayi lahir mati setiap tahun (CNN, 2019)

PMS merupakan salah satu dari sepuluh penyebab pertama penyakit yang tidak menyenangkan pada dewasa muda laki laki dan penyebab kedua terbesar pada dewasa muda perempuan di negara berkembang. Dewasa dan remaja yang berusia 15-24 tahun merupakan 25% dari semua populasi aktif secara seksual, tetapi memberikan kontribusi hampir 50% dari semua kasus PMS yang diperoleh. Peningkatan insiden PMS dan penyebarannya diseluruh dunia termasuk Indonesia tidak dapat diperkirakan secara tepat. Ada sebagian besar negara, insiden PMS masih relatif tinggi dan muncul beberapa juta kasus baru setiap tahunnya. Beberapa laporan di Indonesia mengenai prevalensi PMS, di antaranya pada tahun 1999-2001 menunjukkan prevalensi gonore dan klamidia yang tinggi antara 20%-35% (Dr. H. Masriadi, S.KM, 2017). Didapatkan prevalensi penyakit menular seksual pada Wanita Penjaja Seksual di Palembang tahun 2016 adalah sebagai berikut: HIV sebesar 4.9%, Sifilis sebesar 3.3%, Hepatitis B sebesar 9.8% dan Hepatitis C sebesar 1.6% (Liana *et al.*, 2018). Infeksi HIV/AIDS saat ini juga menjadi perhatian karena peningkatan angka kejadiannya yang terus meningkat dari waktu ke waktu. Lonjakan peningkatan yang terbanyak adalah tahun 2016 yaitu 10.315 kasus (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Penularan HIV meningkat 5-10 kali pada seseorang yang menderita PMS. Sebaliknya, penderita HIV akan rentan terhadap PMS dan juga akan menyulitkan pengobatannya. Banyak PMS yang tidak menunjukkan gejala (asimtomatik), sehingga mempersulit pemberantasan dan pengendalian penyakit tersebut.

11.2 Definisi

Penyakit Menular Seksual (PMS)/Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik melalui vagina, mulut, maupun anus. Infeksi tersebut dapat disebabkan oleh bakteri (misalnya sifilis), jamur, virus (misalnya herpes, HIV), atau parasit (misalnya kutu) (Allan Taufiq Rivai, 2012). Istilah lain dari PMS yaitu *sexually transmitted disease* (STD). Perubahan istilah tersebut memberi dampak terhadap spektrum PMS yang semakin luas.

11.3 Penyebab/etiologi

Berikut ini dijelaskan penyebab PMS. Menurut Handsfield, 2001 dalam (Dr. H. Masriadi, S.KM, 2017) dan (RI, 2015) menyebutkan bahwa, PMS dapat diklasifikasikan menurut agent penyebabnya yaitu:

Tabel 11.1: Klasifikasi Penyebab PMS (RI, 2015)

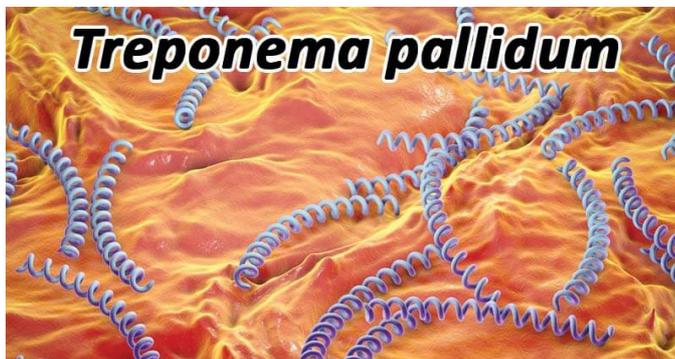
No	Golongan	Nama Patogen
1	Bakteri	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia, Chlamydia trachomatis Chlamydia, Chlamydia trachomatis (galur L1-L3, Treponema, Treponema pallidum Haemophilus, Haemophilusducreyi, Klebsiella, Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis, Mycoplasma genitalium Ureaplasma, Ureaplasmaurealyticum
2	Virus	Human Immunodeficiency Virus (HIV), Herpes simplex virus (HSV) tipe 2 dan tipe 1, Human papillomavirus (HPV), Virus hepatitis B Virus moluskumkontagiosum
3	Protozoa	Trichomonasvaginali
4	Jamur	Candida albicans
5	Parasit	Phthirus pubis, Sarcoptes scabiei

11.4 Jenis jenis PMS

Beberapa jenis PMS yang banyak ditemui dikalangan masyarakat yaitu:

1. Sifilis

Sifilis adalah Penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*, sangat kronik dan bersifat sistemik. Pada perjalannya dapat menyerang hampir semua alat tubuh, dapat menyerupai banyak penyakit, mempunyai masa laten, dan dapat ditularkan dari ibu ke janin (Irianto, 2014a).



Gambar 11.1: Treponema Pallidum(Soni, 2020)

Infeksi *treponema* yang bersifat akut dan kronis ditandai dengan lesi primer diikuti dengan erupsi sekunder pada kulit dan selaput lendir kemudian masuk ke fase laten diikuti dengan lesi pada kulit, lesi pada tulang, saluran pencernaan, sistem saraf pusat dan sistem kardiovaskuler. Sifilis bisa menimbulkan kondisi cukup parah misalnya infeksi otak (*neurosifilis*), kecacatan tubuh (guma). Pada populasi ibu hamil yang terinfeksi sifilis, bila tidak diobati dengan adekuat, akan menyebabkan 67% kehamilan berakhir dengan abortus, lahir mati, atau infeksi neonatus (sifilis kongenital). Sifilis masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal di banyak negara.

Sifilis secara umum dapat dibedakan menjadi dua: yaitu sifilis kongenital (ditularkan dari ibu ke janin selama dalam kandungan) dan sifilis yang didapat */acquired* (ditularkan melalui hubungan seks atau jarum suntik dan produk darah yang tercemar) (RI, 2013)

Tabel 11.2: Gejala dan tanda sifilis pada dewasa

Stadium	Manifestasi klinis	Durasi
Primer	Ulkus/luka/tukak, biasanya soliter, tidak nyeri, batasnya tegas, ada indurasi dengan pembesaran kelenjar getah bening regional (limfadenopati)	3 minggu
Sekunder	Bercak merah polimorfik biasanya di telapak tangan dan telapak khaki, lesi kulit papuloskuamosa dan mukosa, demam,	2 - 12 minggu

	malaise, limfadenopati generalisata, kondiloma lata, patchy alopecia, meningitis, uveitis, retinitis	
Laten	Asintomatik	Dini < 1 tahun; Lanjut > 1 tahun
Tersier Gumma Sifilis kardiovaskuler Neurosifilis	Destruksi jaringan di organ dan lokasi yang terinfeksi Aneurisma aorta, regurgitasi aorta, stenosis osteum Bervariasi dari asimtomatis sampai nyeri kepala, vertigo, perubahan kepribadian, demensia, ataksia, pupil Argyll Robertson	1 - 46 tahun 10 - 30 tahun > 2 tahun - 20 tahun

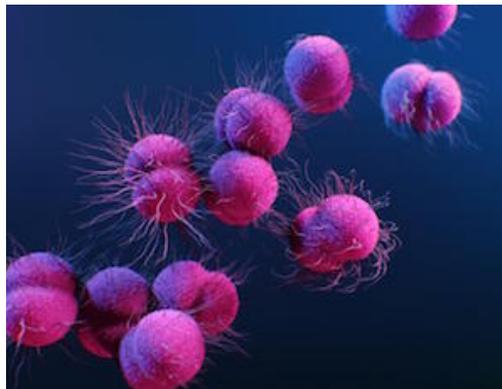
Masuknya kuman *Treponema pallidum* jenis *spirochetes* yang berbentuk seperti spiral kedalam tubuh melalui kontak langsung dengan eksudat atau selaput lendir pada saat melakukan hubungan seksual dengan penderita sifilis. Kuman yang masuk akan dimusuhi oleh sel sel darah putih. Sebagai hasilnya adalah "chancre" yaitu lesi tunggal, kemerahan, tidak nyeri tekan, dan terdapat peninggian. Chancre merupakan pintu masuk dari *spirochetes* pada lokasi sesuai dengan kontak seksual terjadi. Meskipun hanya ada satu chancre, namun mengandung ribuan *spirochetes* dan sangat berbahaya dan berpotensi tinggi untuk menginfeksi orang lain. Chancre biasanya akan terlihat bila terletak di penis, vulva dan mulut. Namun jika letaknya pada rectum atau vagina maka akan sulit terlihat sehingga sulit untuk dideteksi. Oleh karena itu pada penderita sifilis perempuan jarang mengetahui dia terinfeksi, berbeda dengan pria yang langsung dapat terlihat dan diketahui (Irianto, 2014b)



Gambar 11.2: Chancre sifilis pada dewasa (Indonesia, 2018)

2. Gonore

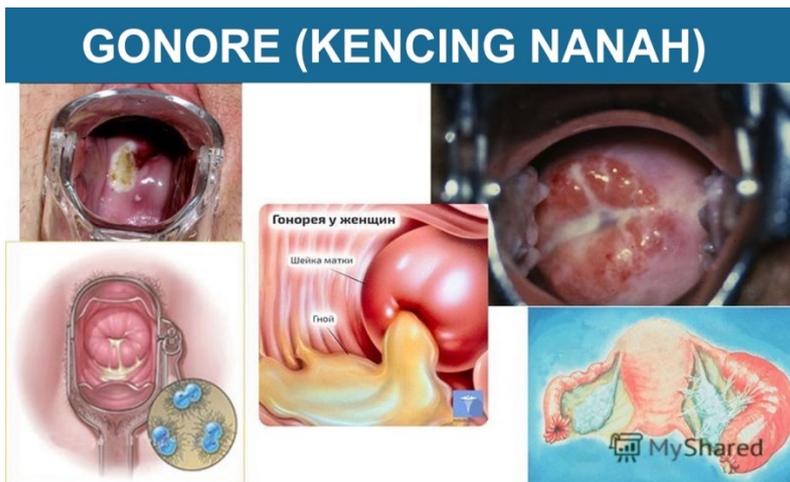
Gonore adalah penyakit menular seksual (PMS) yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae* (Puspitorini and Lumintang, 2016). Faktor risiko kejadian gonore, yaitu pasangan lebih dari satu, usia muda, status belum menikah, penjaja seks komersial (PSK), penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat aditif (NAPZA), tingkat sosioekonomi serta pendidikan rendah, tidak konsisten penggunaan kondom, dan infeksi menular seksual sebelumnya (Fitriany *et al.*, 2019).



Gambar 11.3: *Neisseria gonorrhoeae* Medical Illustration by CDC(Todar, 2020)

Neisseria gonorrhoeae biasanya ditularkan ketika seseorang melakukan kontak seksual dengan orang yang terinfeksi, atau melakukan kontak dengan cairan tubuh penderita. Sebagian besar gonore dapat mengenai daerah bagian uretra, rektum, tenggorokan, dan organ reproduksi pada wanita. Namun pada wanita tidak banyak orang menyadari bahwa mereka memiliki penyakit kelamin ini, karena penyakit ini jarang menunjukkan gejala langsung saat pertama kali terinfeksi. Gejala biasanya muncul sekitar 10-20 hari setelah infeksi. Gejala yang biasa dikeluhkan oleh penderita gonore laki-laki adalah rasa panas atau terbakar ketika buang air kecil. Setelah itu akan diikuti oleh gejala frekuensi buang air kecil yang cukup sering, keluarnya nanah dari penis (tetesan cairan) berwarna putih, kuning, krem atau kehijau-hijauan), bengkak dan kemerahan pada bukaan atau kulup penis, bengkak atau nyeri pada testis, sakit tenggorokan yang datang terus-menerus.

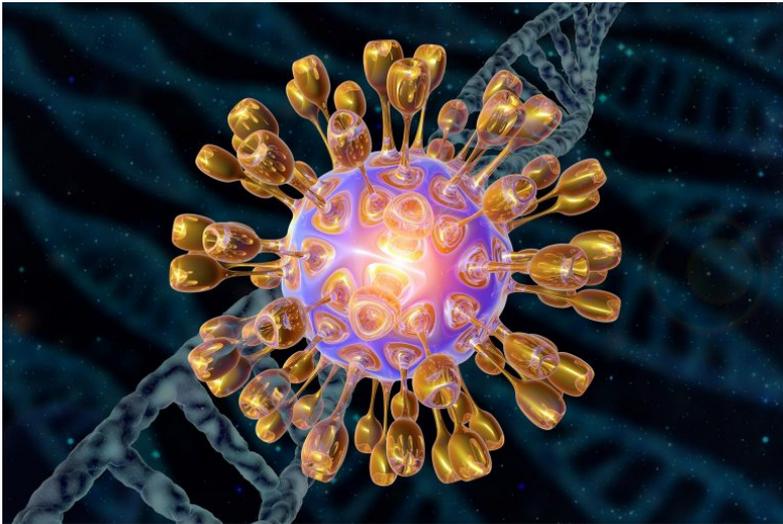
Sedangkan gejalanya yang dirasakan oleh penderita gonore perempuan adalah keluar cairan dari vagina (berair, menyerupai krim, sedikit kehijauan, rasa nyeri dan panas saat buang air kecil, sering melakukan buang air kecil, munculnya bercak darah atau perdarahan saat tidak sedang menstruasi, rasa nyeri ketika melakukan hubungan seksual, rasa nyeri juga dirasakan pada perut bagian bawah atau nyeri panggul, bengkak pada vulva, rasa terbakar atau panas di tenggorokan (ketika sudah melakukan oral seks), demam(Savitri, 2018).



Gambar 11.4: Gonore pada dewasa(Denature, 2020)

3. Herpes Genitalis

Herpes genitalis adalah salah satu infeksi virus menular seksual yang paling umum, persisten dan sangat menular yang sebagian besar disebabkan oleh virus herpes simpleks-2 (HSV-2) dan dalam banyak kasus baru yang muncul pertama kali, disebabkan oleh HSV-1.



Gambar 11.5: virus herpes simpleks(Würzburg, 2020)

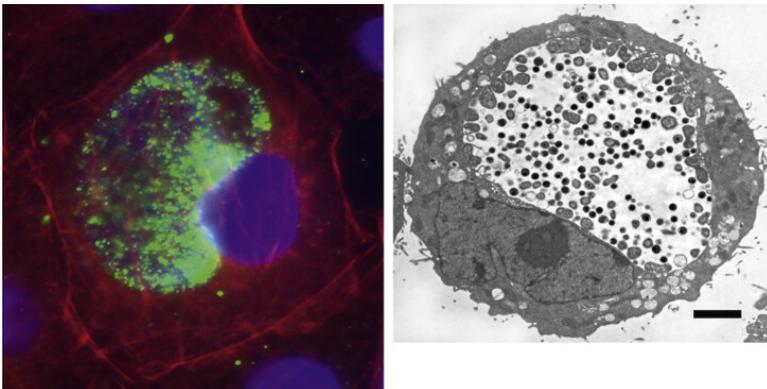
Orang dengan herpes genitalis yang tampak secara klinis / nyata dan orang yang asimtomatik/tanpa gejala dapat menularkan virus ke pasangan seksualnya. Ini hampir selalu terjadi melalui kontak langsung selama hubungan seksual. Infeksi herpes genital primer dan berulang paling sering menyebabkan lesi dan peradangan disekitar area genital. Pada wanita daerah yang diinfeksi terutama didaerah vulva. Pada beberapa kasus melibatkan daerah serviks dan perianal. Pada pria heteroseksual, infeksi biasanya terjadi pada kelenjar atau batang penis, sedangkan infeksi dubur juga dilaporkan pada pria homoseksual. Lebih dari 500 juta orang terinfeksi diseluruh dunia dan sebagian besar kasus yang dilaporkan berada di antara kelompok usia antara 16-40 tahun sejalan dengan peningkatan aktivitas seksual pada kelompok usia ini (Würzburg, 2020)

Infeksi genital primer dengan HSV-1 dan HSV-2 biasanya asimtomatik. Gambaran klinis klasik terdiri dari kulit makula atau papular dan lesi membran mukosa yang terjadi disekitar 4-7 hari setelah kontak seksual; setelah itu

berkembang menjadi vesikel, pustuladan bisul dan dapat berlangsung hingga 3 minggu. Gejala khas juga termasuk rasa sakit, terutama nyeri peradangan pada vulva pada wanita, nyeri terbakar dan disuria. Limfadenopati, demam dan servisititis (pada wanita) / proctitis (pada pria) adalah gejala terkait yang relatif umum. Herpes genital dapat bermanifestasi atipikal, terutama disaluran genital wanita, membuat diagnosis klinis jauh lebih sulit. Tanda lesi herpes pada serviks relatif umum tanpa gejala, sedangkan manifestasi uretra sering dikaitkan dengan masalah miksi/BAK (buang air kecil) yang parah (Bonita and Dwi, 2017).

4. Chlamydia

Chlamydia trachomatis (CT) termasuk salah satu penyebab infeksi genital non spesifik baik pada pria maupun wanita yang disebabkan oleh infeksi bakteri chlamydia trachomatis . Infeksi CT merupakan salah satu bentuk infeksi menular seksual yang paling sering ditemukan didunia (Reza, 2015).



Gambar 11.6: Chlamydia trachomatis sel (Huizhou Fan, 2015)

Penyakit ini dapat terjadi pada pria maupun wanita. Pada pria, chlamydia dapat menyerang saluran dalam penis (uretra). Sedangkan pada wanita, chlamydia dapat terjadi diorgan panggul. Selain organ kelamin, chlamydia dapat menyerang dubur, tenggorokan, dan mata. Penularan terjadi bila bagian tersebut terkena cairan yang dihasilkan oleh organ kelamin. Banyak orang tidak menyadari bahwa dirinya telah terinfeksi bakteri Chlamydia, karena penyakit ini sering kali tidak menimbulkan gejala. Meski demikian, penderita chlamydia tetap dapat menularkan penyakit ini kepada orang lain. Bila terdapat

gejala, biasanya gejala tersebut baru muncul 1-3 minggu setelah penderita terinfeksi.

Berikut ini adalah gejala yang dapat dialami oleh penderita chlamydia pada wanita yaitu ; keputihan yang sangat bau, rasa terbakar ketika buang air kecil, sakit saat sedang berhubungan seksual, dan dapat mengalami perdarahan di vagina sesudahnya. Bila infeksi sudah menyebar, maka penderita akan merasa mual, demam, atau merasa sakit pada perut bagian bawah. Sedangkan gejala chlamydia pada pria yaitu; keluar cairan dari penis, terdapat luka di penis dan terasa gatal serta terbakar, rasa terbakar juga dirasakan ketika buang air kecil, ada juga ditemui rasa sakit atau bengkak pada salah satu atau kedua buah zakar. Penderita pria dan wanita biasanya sama sama mengalami rasa sakit yang dapat disertai keluarnya cairan atau darah dari dubur.

11.5 Upaya Pencegahan

Pencegahan PMS dapat dilakukan melalui 2 cara yaitu:

a. Pencegahan primer

1) Tidak Melakukan Seks Bebas

Tidak melakukan hubungan seksual tanpa ikatan pernikahan dan dilakukan dengan banyak orang. Berhubungan seks dengan beberapa orang, bisa meningkatkan risiko tertular penyakit menular seksual.

2) Penerapan perilaku seksual yang aman.

Menurut ahli dari *Centers for Disease Control and Prevention*, penggunaan kondom secara konsisten efektif untuk mencegah penyakit menular seksual. Terutama bagi mereka yang aktif secara seksual dan sering bergonta-ganti pasangan. Berdasarkan penelitian (Purnamawati, 2013) terhadap WPSL (Wanita Pekerja Seksual Langsung) Sebagian besar informan mengatakan menggunakan kondom saat berhubungan seksual. Meskipun terkadang tidak dapat mencegah penyakit seksual sepenuhnya, namun alat kontrasepsi ini efektif jika pemakaiannya dilakukan dengan benar

- 3) Menjaga Kebersihan Sebelum dan Setelah Berhubungan Intim.
Selalu membersihkan organ kelamin sebelum dan sesudah melakukan hubungan intim dengan tujuan agar menghambat pertumbuhan mikroorganisme seperti bakteri/kuman
 - 4) Setia pada Pasangan
Setia dengan pasangan akan menurunkan risiko penularan penyakit.
- b. Pencegahan sekunder.
- Pencegahan sekunder mengacu pada pengobatan dan pelayanan terhadap individu yang terinfeksi, dengan aktivitas yang meliputi:
- 1) Promosi perilaku dalam mencari pengobatan, tidak hanya untuk mereka yang memiliki gejala PMS, tapi juga untuk mereka yang berisiko terkena PMS
 - 2) Penyediaan pelayanan kesehatan yang mudah diakses, diterima masyarakat dan efektif baik untuk individu simptomatik maupun asimtomatik, serta pasangannya.
 - 3) Menyediakan pelayanan konseling untuk IMS dan termasuk HIV(Wisnu, 2016)

Dalam menghadapi serangan benda asing yang dapat menimbulkan infeksi atau merusak jaringan tubuh, tubuh manusia dibekali sistem pertahanan untuk melindungi diri. Berikut ini akan diuraikan tentang reaksi tubuh manusia terhadap masuknya benda asing kedalam tubuh yang dikenal dengan Imunitas.

11.6 Imunologi

Imunitas pada dasarnya berkaitan dengan pertahanan tubuh terhadap penyakit-penyakit menular. Sel, jaringan, dan molekul di dalam tubuh saling bekerjasama untuk menciptakan pertahanan terhadap infeksi dari luar tubuh yang dikenal dengan sistem kekebalan tubuh. Sementara itu, reaksi yang terkoordinasi antara sel, jaringan, dan molekul di dalam tubuh terhadap infeksi dari luar tubuh disebut dengan respon imun. Sedangkan ilmu yang mempelajari tentang sistem imunitas tubuh dan respon imun yang dalam

perkembangannya berakar dari pencegahan dan pengobatan penyakit infeksi disebut dengan imunologi (Antari, 2017).

Menurut (Sudiono, 2017) terdapat tiga macam strategi pertahanan tubuh: 1) Barrier fisik (kulit dan mukosa yang utuh) dan kimia (asam lambung); 2) Respon imun alami (innate/non spesifik); 3) Respon imun adaptif (didapat/spesifik). Ketika pathogen penyerang masuk kedalam tubuh, maka pertahanan pertama yang langsung berespon adalah barrier fisik dan respon imun alami, namun jika tidak berhasil, maka akan diaktivasi respon imun adaptif.

11.6.1 Lini Pertama Pertahanan Tubuh Manusia

Terdapat beberapa barrier anatomik, fisiologik, biokimia tubuh yang berperan dalam sistem imunitas tubuh seperti; kulit, kelenjer sebacea dalam kulit, aliran air mata, air liur, air seni, rambut getar pada sistem pernafasan, refleks batuk, suhu tubuh dan keseimbangan hormonal (Roeslan, 2002). Kulit merupakan proteksi utama yang penting dan ber peran sebagai barrier fisik untuk menghentikan invasi mikro organisme dan substansi lain kedalam tubuh. Sekret kulit, seperti asam keringat dan asam lemak dari kelenjar lemak, berperan dalam meng hancurkan dan mengurangi pertumbuhan bakteri pada permukaan kulit. Populasi mikroflora normal yang berkolonisasi pada permukaan kulit akan menghambat pertumbuhan mikroorganisme patogen potensial dengan cara mengompetisi ruang dan makanan yang tersedia. Membran mukosa, seperti mukosa pencernaan, pernapasan, urinari, dan reproduksi, berfungsi untuk melindungi tubuh dari invasi mikroorganisme asing. Urin dan sekret mukosa akan mendorong dan mengeluarkan mikroorganisme ke arah luar tubuh. Barrier kimia dilakukan, misal oleh enzim antimikroba, lisosim, dalam pernapasan, air mata, saliva, hidung, dan asam lambung. Setiap hari tubuh manusia dapat terkontaminasi dengan beratus-ratus bakteri yang dapat memasuki tubuh melalui berbagai cara, misalnya melalui konsumsi makanan, tetapi hampir semuanya dimatikan oleh mekanisme pertahanan tubuh. Begitu pun tiap hari manusia mengonsumsi beratus-ratus bakteri dan lagi-lagi hampir semuanya mati dalam saliva atau asam lambung. Dalam keadaan ini, saliva atau asam lambung merupakan media pertahanan tubuh. Namun, kadang-kadang satu bakteri dapat lolos dan menyebabkan keracunan makanan. Dalam hal ini, suatu efek yang sangat nyata dari kegagalan sistem imun, yang dapat terlihat adalah mual dan diare, keduanya merupakan dua gejala yang sangat umum terjadi. Selain itu, setiap hari

manusia menghirup ribuan bakteri dan virus yang ada di udara. Sistem imun memerangi bahan patogen ini tanpa masalah. Kadang bakteri dapat mengalahkan sistem imun dan tubuh terserang demam, flu, atau keadaan yang lebih buruk lagi. Demam atau flu merupakan suatu tanda yang dapat terlihat dari kegagalan kerja sistem imun untuk menghentikan agen penyebab. Bila tubuh kemudian sembuh dari demam atau flu, ini menjadi tanda bahwa sistem imun tubuh mampu menghilangkan agen penyerang sesudah mendapatkan pengalaman dari kekalahan sebelumnya. Sebaliknya, bila sistem imun tidak melakukan sesuatu, tubuh tidak akan sembuh dari demam atau apapun juga. Lini pertama pertahanan tubuh ini disebut dengan *Innate immunity*, sering disebut dengan imunitas bawaan atau imunitas alami atau imunitas asli atau sistem imun non spesifik (Harry, 2017)

11.6.2 Lini Kedua Pertahanan Tubuh Manusia

Lini kedua dari sistem pertahanan tubuh manusia disebut dengan *Adaptive immunity*, sering disebut dengan imunitas khusus atau imunitas buatan atau imunitas spesifik. Respon imun ini memerlukan beberapa hari setelah adanya zat asing masuk ke dalam tubuh. Di dalam sistem imun spesifik ini terjadi produksi antibodi yang akan berikatan secara spesifik dengan antigen yang masuk dan memicu pergerakan sel sel spesifik lainnya yang dapat mengenali dan memusnahkan mikroorganisme patogen. Jika di dalam tubuh kita sudah terdapat antibodi yang spesifik terhadap antigen tertentu maka biasanya jika ada antigen yang spesifik itu masuk kembali ke dalam tubuh maka respon berikutnya akan berlangsung lebih cepat dari pada respon terhadap infeksi yang pertama. Hal ini terjadi karena adanya proses aktivasi yang cepat pada memori sel B dan sel T. Aktivasi tersebut diperantarai oleh adanya signal dari beberapa molekul tertentu antara lain adalah protein limfokin yang diproduksi oleh sel-sel lain yang dapat menstimulasi peran dari sel imun lainnya (Radji, 2015).



Bab 12

Sistem Rujukan Gynekologi

12.1 Pendahuluan

Kehamilan dan persalinan tidak selamanya berjalan lancar, ada kondisi tertentu yang menimbulkan terjadinya komplikasi saat persalinan maupun kehamilan. Kondisi ini yang mengharuskan adanya suatu sistem pengalihan tanggung jawab atau kewenangan yang biasa disebut sistem rujukan. Jadi sistem rujukan meliputi alih tanggung jawab timbal balik, meningkatkan sistem pelayanan ke tempat yang lebih tinggi dan sebaliknya sehingga penanganannya menjadi adekuat. Banyak faktor yang memengaruhi rujukan, seperti pendidikan masyarakat, kemampuan sosial ekonomi, dan jarak tempuh yang harus dilalui. Untuk dapat mencapai pelayanan yang lebih tinggi merupakan kendala yang sulit diatasi serta menjadi penyebab terlambatnya pertolongan pertama yang sangat diperlukan. Sistem rujukan maternal dapat berjalan, dibutuhkan penyusunan strategi rujukan yang sesuai dengan kondisi masyarakat setempat (Mappaware, 2019).

Menurut Saifuddin (2001) beberapa hal yang harus diperhatikan dalam merujuk kasus gawat darurat meliputi stabilisasi penderita, tatacara memperoleh transportasi, penderita harus didampingi oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan surat rujukan. Keterlambatan rujukan ibu hamil/bersalin dengan risiko dan proses rujukan yang tidak sesuai dengan tatalaksana rujukan dapat mengakibatkan kondisi ibu bersalin dan bayinya dalam keadaan yang

lebih kritis sewaktu tiba di rumah sakit rujukan, sehingga penyelamatan ibu dan bayi semakin sulit dilakukan, dan pertolongan persalinan harus dilakukan dengan tindakan konservatif yaitu dengan persalinan *sectio caesaria*. Selain hal tersebut keterlambatan proses rujukan seringkali menyebabkan kematian ibu dan bayinya. Keterlambatan ini dapat disebabkan oleh sistem transportasi dan kondisi geografis yang kurang mendukung, terutama yang dilakukan oleh bidan di Polindes (Priyo Wahyudi & Nurfaidah, 2014; Wandu, 2017).

12.2 Sistem Rujukan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan bahwa sistem rujukan dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan yaitu dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Sedangkan rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan.

Rujukan adalah suatu kondisi yang optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap yang diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2012). Sistem rujukan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih berkompeten, terjangkau, rasional, dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Syafudin, 2009). Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal-balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal, maksudnya adalah rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Misalnya dari rumah sakit kabupaten ke rumah sakit provinsi atau rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B yang lebih spesialis fasilitas dan personalianya. Rujukan horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu rumah sakit, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak (Syafudin, 2009).

12.3 Jenis Rujukan

Terdapat dua jenis istilah rujukan yaitu, (Pudiastuti, 2011) :

1. Rujukan Medik

Rujukan medik merupakan pelimpahan tanggungjawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbal balik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menanganinya secara rasional.

Jenis rujukan medik :

- a. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium lebih lengkap
- b. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosa, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- c. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat.

2. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap.

12.4 Tujuan Rujukan

Menurut Syafrudin (2009) tujuan rujukan adalah :

1. Setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaikbaiknya.
2. Menjalin kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lengkap fasilitasnya.
3. Menjalin pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (Transfer knowledge and skill) melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah.

12.5 Langkah-Langkah Rujukan

Langkah-langkah rujukan, yaitu (Syafrudin, 2009) :

1. Menentukan kegawatdaruratan penderita
 - a. Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan
 - b. Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk .
2. Menentukan tempat rujukan. Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan fasilitas terdekat yang termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
3. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga
4. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju
 - a. Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk
 - b. Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan
 - c. Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

Dijabarkan persiapan penderita yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan yaitu dengan melakukan BAKSOKU yang merupakan singkatan dari (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kenderaan, Uang), (JNPK-KR, 2012).

Bidan (B)

Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan

Alat (A)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang Intra Vena, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.

Keluarga (K)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.

Surat (S)

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.

Obat (O)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan. Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.

Kendaraan (K)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.

Uang (U)

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

12.6 Kegiatan Rujukan

Kegiatan Rujukan Kegiatan rujukan yaitu (Syafrudin, 2009) :

1. Rujukan dan pelayanan kebidanan
 - a. Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap
 - b. Rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan, dan nifas
 - c. Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis
 - d. Pengiriman bahan laboratorium
 - e. Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap.
2. Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan.
 - a. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi.
 - b. Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan.
3. Rujukan informasi medis
 - a. Membalas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim
 - b. Menjalani kerjasama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional.

12.7 Faktor – Faktor Penyebab Rujukan

Faktor-faktor penyebab rujukan (JNPK-KR, 2007), yaitu :

1. Ketuban pecah dengan mekonium kental
2. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 Minggu usia kehamilan)
3. Ketuban pecah lama (lebih kurang 24 jam)
4. Riwayat seksio sesaria
5. Ikterus
6. Perdarahan pervaginam
7. Anemia berat
8. Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan
9. Gawat janin
10. Kehamilan gameli.

12.8 Keuntungan Sistem Rujukan

Keuntungan dari sistem rujukan, (Pudiasuti, 2011) adalah :

1. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah, dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarganya.
2. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing-masing.
3. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli.

12.9 Persiapan Rujukan

Sebelum melakukan persiapan rujukan yang pertama dilihat adalah mengapa bidan melakukan rujukan. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu

tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Faktor penyebab tidak langsung tingginya kematian ibu dan anak adalah terutama terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Jika bidan lalai dalam melakukannya akan berakibat fatal bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi (Syafrudin, 2009).

12.10 Pelaksanaan Rujukan

Pelaksanaan rujukan, yaitu (Pudiastuti, 2011):

1. Internal antar petugas di satu rumah
2. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
3. Antara masyarakat dan puskesmas
4. Antara puskesmas dengan puskesmas lainnya
5. Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
6. Antara rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit.

12.11 Prinsip Merujuk dan Menerima Pasien Maternal dan Neonatal

1. Mencegah 3 Terlambat (3T).

Semua pasien maternal dan neonatal merupakan pasien gawat darurat yang memerlukan pertolongan segera.

2. Rujukan yang terencana.

Pasien maternal dan neonatal yang diperkirakan dirujuk, harus sudah dipersiapkan sebagai pasien rujukan sejak awal ketika faktor risiko ditemukan saat pemeriksaan kehamilannya.

3. Upayakan pasien dalam keadaan stabil.

Petugas kesehatan/Dokter/ Bidan harus melakukan stabilisasi pasien terlebih dahulu sebelum merujuk pasiennya.

4. Diluar kompetensi petugas.

Pasien harus dirujuk apabila pasien yang untuk penatalaksanaannya sudah tidak lagi menjadi kewenangan bagi fasilitas Polindes/Poskesdes/Puskesmas yang bersangkutan.

5. Ada komunikasi awal.

Lakukan kontak terlebih dahulu dengan Rumah Sakit / Puskesmas yang dituju untuk mencegah kemungkinan tidak dapat ditangani atau terlambat ditangani karena tidak adanya atau tidak siapnya dokter spesialis yang dituju. (Dinkes Pemprov NTB, 2011).

12.12 Contoh Salah Satu Kasus dalam Rujukan Kasus Kehamilan

Kehamilan dengan Hipertensi Preeklampsia (Putri DF, dkk, 2015)

1. Definisi

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi. Bila ditemukan tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg) pada ibu hamil, lakukan pemeriksaan kadar protein urin dengan tes celup urin atau protein urin 24 jam dan tentukan diagnosis.

2. Faktor predisposisi
 - a. Kehamilan kembar
 - b. Penyakit trofoblas
 - c. Hidramnion
 - d. Diabetes melitus
 - e. Gangguan vaskuler plasenta
 - f. Faktor herediter
 - g. Riwayat preeklampsia sebelumnya
 - h. Obesitas sebelum hamil
3. Tujuan

Tujuan dari manual rujukan khusus penyakit PEB ini adalah sebagai kendali mutu dan biaya terhadap pengobatan yang diberikan pada pasien dengan kondisi tersebut, sehingga mendapatkan tatalaksana yang efektif dan efisien.

4. Kebijakan dan Prinsip Dasar

Kebijakan rujukan kasus pre-eklampsia dari puskesmas ke Rumah Sakit harus sesuai dengan prinsip rujukan yang diatur dalam PMK no 1 tahun 2012 pasal 9, tentang sistem rujukan. Pasal tersebut mengatakan bahwa faskes dapat melakukan rujukan vertikal apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan, tidak berdasarkan indikasi sosial. Rujukan ulangan juga dapat diberikan kembali apabila terapi oleh dokter spesialis di rumah sakit belum selesai.

5. Kriteria Rujukan

Prinsip dalam pemberian terapi pada pasien pre-eklampsia adalah pengawasan tekanan darah setiap kali ibu hamil berkunjung untuk melakukan pemeriksaan antenatal. Berikut adalah guideline pengobatan Pre-eklamsia sesuai dengan PMK no 5 tahun 2014, mengenai panduan praktek klinis bagi dokter di puskesmas yang dikombinasikan dengan indikasi rujukan.

Kondisi dan Gejala	Peneobatan	Kriteria Rujukan
Hipertensi Gestasional - TD \geq 140/90 mmHg - tanpa proteinuria	Obat antihipertensi diberikan apabila tekanan darah sistolik \geq 160 mmHg atau diastole \geq 110mmHg	RUJUKAN Tidak diperlukan sepanjang pasien tidak memiliki salah satu gejala dari Pre-Eklampsia Berat
Pre Eklampsia Ringan - TD \geq 140/90 mmHg - Proteinuria \geq 300 mg/24 jam atau \geq 1+ dipstik)	Pantau keadaan klinis ibu tiap kunjungan antenatal, TD, BB, TB, IMT, ukuran uterus dan gerakan janin. Banyak istirahat, susu & buah - Metildopa 250-500 mg 2 atau 3 kali perhari, max 3g/hari - Nifedipin 10 mg diulang 15-30 menit, max 30 mg	RUJUKAN Tidak diperlukan sepanjang pasien tidak memiliki salah satu gejala dari Pre-Eklampsia Berat
Pre Eklampsia Berat - TD $>$ 160/110 mmHg - Proteinuria 500 gr/24 jam atau \geq 2+ dipstik - Edema, pandangan kabur, nyeri di epigastrium atau nyeri pada kuadran	Pemberian MgSO ⁴ dosis awal dgn cara ambil 4 mg MgSO ⁴ (10 ml MgSO ⁴ 40%) dan larutkan dalam 10 ml aquades. Berikan secara perlahan IV selama 20 menit. Jika akses IV sulit berikan masing-masing 5 mg MgSO ⁴ (12,5 ml larutan MgSO ⁴ 40%) IM di bokong kiri dan kanan.	RUJUKAN Segera, dengan tujuan rumah sakit yang memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekologi setelah dilakukan tatalaksana Pre-eklampsia berat

Gambar 12.1: Tatalaksanan Penanganan Hipertensi Gestasional/ Preeklampsia (Putri DF, dkk, 2015)

6. Tata Cara Pelaksanaan Rujukan Kasus PEB

Sebelum dirujuk pada fasilitas kesehatan lain, maka pasien haruslah memenuhi kriteria untuk dirujuk seperti yang tertera pada halaman sebelumnya, seperti memiliki salah satu gejala dari pre eklamsia berat, seperti Tekanan darah yang tinggi, Proteinuria 500 gr/24 jam atau \geq 2+ dipstik maupun Edema, pandangan kabur, nyeri di epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen, sianosis, adanya pertumbuhan janin yang terhambat.

Setelah kriteria terpenuhi maka dokter di puskesmas harus mengisi surat rujukan sebanyak 3 rangkap yang berisi :

- Identitas jelas pasien beserta jaminan kesehatan yang digunakan serta tanggal rujukan
- Mencantumkan Nama Rumah Sakit tujuan dan poliklinik yang dituju.

Rumah sakit tujuan untuk pasien PEB haruslah RS PONEK yang memiliki dokter spesialis kandungan dan anak serta memiliki layanan operasi caesar darurat serta ruang NICU sehingga pasien yang tiba-tiba

mebutuhkan pertolongan dapat segera tertangani baik ibu maupun bayinya. Apabila kasus PEB ini ditemukan pada saat jam poliklinik (Hari dan pada Jam kerja) dan stabil maka pasien dirujuk ke poliklinik kebidanan, namun apabila ditemukan saat diluar jam kerja atau dalam kondisi tidak stabil maka pasien segera dirujuk ke UGD RS yang bersangkutan.

- c. Hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang yang sudah dilakukan.
- d. Mencantumkan tindakan serta terapi sementara yang telah diberikan.
- e. Mencantumkan tanda tangan dokter yang merujuk

Pasien tidak perlu didampingi oleh tenaga medis apabila dirujuk ke poliklinik dengan kondisi stabil, namun kondisi pasien PEB ini tidak stabil, maka pasien wajib didampingi oleh tenaga medis dengan ambulan transport yang memadai, setelah sebelumnya dokter menghubungi pihak rumah sakit tujuan, untuk dipastikan pasien tersebut mendapatkan kamar. Petugas kesehatan mengaktifkan sistem SPGDT (Pusdaldukes) untuk menghubungi RS dan mencari ketersediaan kamar.

Apabila rumah sakit tujuan penuh dan tidak memiliki ruang, maka dokter harus mencarikan rumah sakit alternatif lain yang mampu menangani kasus tersebut, tanpa memandang jaminan kesehatan yang digunakan. Apabila setelah diusahakan dan tetap tidak mendapatkan ruang di 3 rumah sakit tujuan, maka dokter harus menjelaskan kepada seluruh keluarga yang datang untuk menandatangani surat pernyataan untuk dititipkan sementara di puskesmas (yang memiliki ruang rawat inap) tersebut meskipun fasilitas dan tenaga untuk melakukan pengawasan terbatas, sehingga saat terjadi kegawatan tidak ada pihak yang merasa dirugikan. Apabila puskesmas yang merujuk tidak memiliki rawat inap maka pasien dititipkan sementara di puskesmas yang memiliki ranap. Setelah ditandatangani, Dokter dapat melanjutkan penanganan pada pasien lain yang mungkin sudah menunggu sembari sesekali mengecek kondisi pasien. Penting untuk diketahui adalah tidak boleh merujuk tanpa adanya konfirmasi ke rumah sakit tujuan.



Daftar Pustaka

- Abreu-Sánchez, A., Parra-Fernández, M. L., Onieva-Zafra, M. D., Ramos-Pichardo, J. D. & Fernández-Martínez, E. (2020). Type Of Dysmenorrhea, Menstrual Characteristics And Symptoms In Nursing Students In Southern Spain. *Healthcare*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 302.
- Achadi, E. L. (2019) “Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia,” disampaikan di Rakerkesnas 13 Februari 2019
- Achyar, K. and Rofiqoh, I. (2016) ‘Pengaruh Kunjungan Nifas terhadap Komplikasi Masa Nifas di Wilayah Puskesmas Sokaraja 1 Kabupaten Banyumas’, *Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, 14(2), pp. 59–64.
- Aeni, N. (2013). Faktor risiko kematian ibu. *Kesmas: National Public health Journal*, 7(10), 453-459.
- Allan Taufiq Rivai, D. (2012) *Infeksi Menular Seksual Dan HIV / AIDS*. BKKBN bekerjasama dengan UNESCO Jakarta.
- Ambarwati (2010) ‘Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas’, *Foreign Affairs*, 91(5), pp. 1689–1699. Available at: <file:///C:/Users/User/Downloads/fvm939e.pdf>.
- Amelia, S. W. N. (2019) *Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks Maternal & Neonatal*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Amini, A., Pamungkas, C. E. and Harahap, A. P. H. P. (2018) ‘usia ibu dan paritas sebagai faktor risiko yang mempengaruhi kejadian anemia pada ibu hamil di wilayah kerja puskesmas ampenan’, *Midwifery Journal: Jurnal Kebidanan UM. Mataram*. doi: 10.31764/mj.v3i2.506.
- Andalas, M. et al. (2017) ‘Eklampsia Postpartum: Sebuah Tinjauan Kasus’, *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 17(1), pp. 33–37.
- Antari, A. L. (2017) ‘Imunologi Dasar. Available at: <https://books.google.co.id>.

- Barth, J. H., Yasmin, E. and Balen, A. H. (2007) 'The diagnosis of polycystic ovary syndrome: the criteria are insufficiently robust for clinical research', *Clinical Endocrinology*, 67(6), pp. 811–815. doi: 10.1111/j.1365-2265.2007.02932.x.
- Bates, G. W. and Legro, R. S. (2013) 'Longterm management of Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)', *Molecular and Cellular Endocrinology*. Elsevier, pp. 91–97. doi: 10.1016/j.mce.2012.10.029.
- Batubara, F. R. & Ibrahim, E. I. (2018). Amenorea Pada Atlet Yang Mengalami Overtraining. *Majalah Kedokteran*, 34, 100-108.
- Batubara, J. R. (2017). Masalah Pubertas Pada Praktik Sehari-Hari. *Prosiding Simposium Lxxiii Masalah Kesehatan Neonatus Sampai Remaja*, 146.
- Benson, R. C. (2009) 'Buku Saku Obstetri dan Ginekologi', pp. 34–56.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D. & Perry, S. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Egc.
- Bonita, L. and Dwi, M. (2017) 'Gambaran Klinis Herpes Simpleks Genitalis (A Retrospective Study : Clinical Manifestation of Genital Herpes Infection)', *Periodical of Dermatology and Venereology*, 29(1), pp. 30–35.
- Brown R, Gagnon R, D. M. (2019) 'Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage', *Journal Obstetrics and Gynecology Canada*.
- Brown, J. and Farquhar, C. (2014) 'Endometriosis: An overview of Cochrane Reviews', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD009590.pub2.
- Budiman. Mayasari, D. (2017) 'Perdarahan Post Partum Dini e.c Retensio Plasenta', *J Medula Unila*, 7(3), pp. 6–9.
- Cavenett (2013) 'Pengertian Kespro', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Chalid, Maisuri. (2016). Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan. *P2KB Gakken Indonesia*.
- Chapman, V. (2006). *Asuhan kebidanan persalinan dan kelahiran*. Jakarta: EGC, 90–92.
- CNN (2019) 'WHO: 1 Juta Orang Didiagnosis Penyakit Seksual Setiap Hari. Available at: <https://www.cnnindonesia.com>.

- Crum, C. P. et al. (2017) *Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Cunningham, et al. (2014) *Obstetri Williams*. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Cunningham, dkk. (2010). *Obstetri William*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- D.R Bere, P. I., Sinaga, M. and Fernandez, H. . (2017) 'FAKTOR RISIKO KEJADIAN PRE-EKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI KABUPATEN BELU Risk Factors Pre-Eklamsia in Pregnant Mothers , Belu Regency', *Jurnal Mkm*, pp. 176–182.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2012) *Olds' Maternal-Newborn Across the Lifespan NURSING & Women's Health*. Pearson Education, Inc., Publishing as Pearson.
- Delly, A. (2019) 'Gangguan Menstruasi', *Society*, pp. 1–9.
- Denature (2020) 'Obat gonore. Available at: <https://medium.com>.
- Dewi, C. (2020) *Kenali Macam-macam Robekan Jalan Lahir dan Cara mencegahnya*. Available at: <https://www.curhatbidan.com/persalinan/kenali-macam-macam-robekan-jalan-lahir-dan-cara-mencegahnya/>.
- Dewi, I. et al. (2015) *Buku Ajar Obstetri dan Ginekologi*.
- Dinkes Pemprov NTB. (2011). *Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat*. https://batukarinfo.com/system/files/buku%20rujukanBINDER_0.pdf
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2016) *Pedoman Nasional Penanganan INFEKSI MENULAR SEKSUAL*, Kesmas: National Public Health Journal.
- Dodds, N., & Sinert, R. (2009) 'Dysfunctional uterine bleeding: Differential diagnoses & workup. Retrieved from <http://www.emedicine.medscape.com/article/795587-overview>'.
- Dr. H. Masriadi, S.KM, M. K. (2017) *Epidemiologi Penyakit Menular. I, Pengaruh Kualitas Pelayanan... Jurnal EMBA. I. Rajawali Pers, PT Raja Grafindo Persada*.

- Egwuonwu, O., Anyanwu, S., Chianakwana, G. & Ihekwoaba, E. (2016). Fibroadenoma: Accuracy Of Clinical Diagnosis In Females Aged 25 Years Or Less. *Nigerian Journal Of Clinical Practice*, 19, 336-338.
- Elvina, L., Za, R. N., & Rosdiana, E. (2018). Faktor Yang Berhubungan dengan Kesiapan Psikologis Ibu Hamil Trimester III dalam Menghadapi Persalinan Factors Related to Psychological Readiness of Pregnant Trimester III Mother in Facing Labor. 4(2), 176–184.
- ER, N. (2016) ‘Cervical Insufficiency’, *Medscape*.
- Ermawati, E. and Hafni, H. (2019) ‘perbedaan kadar zinc serum penderita preeklampsia berat dengan kehamilan normal’, *JOURNAL OBGIN EMAS*. doi: 10.25077/aogj.2.1.45-52.2018.
- Farghaly, S. A. (2014) ‘Current diagnosis and management of ovarian cysts’, *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 41(6):609-.
- Farland, L. V. et al. (2017) ‘Epidemiological and clinical risk factors for endometriosis’, in *Biomarkers for Endometriosis: State of the Art*. Springer International Publishing, pp. 95–121. doi: 10.1007/978-3-319-59856-7_6.
- Fauziyah, A. (2016) *Obstetri Patologi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fitriany, N. N. et al. (2019) ‘Pengetahuan tentang Dampak Infeksi Gonore pada Pasien Pria dengan Gonore, *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 1(1), pp. 1–5. doi: 10.29313/jiks.v1i1.4198.
- Gabbe, S. G. et al. (2016) *Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Gordon, J., Chan, J., Rydfors, J., Lebovic, D., Druzin, M. and Langen, E., el-Sayed, Y. (2007) *Obstetrics, gynecology, & infertility: Handbook for clinicians 6th ed*. Arlington, VA: Scrub Hill Press.
- Grace, P.A. dan N.R. Borley. (2007). *Imu Bedah Edisi Ketiga*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hakimi, M. (2010) ‘Ilmu kebidanan: patologi dan fisiologi persalinan human labor dan biath’. Yogyakarta: Yauasan Esentia Medika (YEM).
- Harry, F. (2017) *Imunologi Gizi*. Gadjah Mada University press Anggota IKAPI.

- Haryanti, S. & Widiyastuti, Y. (2017). Aktivitas Sitotoksik Pada Sel Mcf-7 Dari Tumbuhan Indonesia Untuk Pengobatan Tradisional Kanker Payudara. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 27, 247-254.
- Hastuti, P., Aini, F. N. & Sumiyati, S. Carrots Juice For Dysmenorrhea. *Proceedings Of The International Conference On Applied Science And Health*, 2017. 96-102.
- Health.harvard.edu. Polycystic Ovary Syndrome - Harvard Health. Available at: https://www.health.harvard.edu/a_to_z/polycystic-ovary-syndrome-a-to-z (Accessed: 21 October 2020).
- Huizhou Fan, G. Z. (2015) 'Chlamydia Trachomatis'. Elsevier.
- Hurlock, E. B. (2016). Psikologi Perkembangan” Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Erlangga.
- Ibanez, L. et al. (2017) 'An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence', *Hormone Research in Paediatrics*. S. Karger AG, pp. 371–395. doi: 10.1159/000479371.
- Ilham, M. et al. (2018) Perdarahan Pasca Persalinan - Bab 16 Buku Gawat Darurat Medis Bedah.
- Indonesia, H. (2018) 'Penyebab sifilis pada pria dan wanita. Available at: <https://www.herbalisindonesia.com>.
- Indriani N. (2012) Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Preeklampsia/Eklampsia pada Ibu Bersalin di RSUD Kardinah Kota Tegal. Available at: [http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20320037-S-Nanien Indriani.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20320037-S-Nanien%20Indriani.pdf).
- Irianto, K. (2014a) Epidemiologi Penyakit Menular & Tidak Menular. Alfabeta Bandung.
- Irianto, K. (2014b) 'Seksologi Kesehatan, ALFABETA, cv, p. 46. Available at: www.cvalfabeta.com%0Aalfabetabd@yahoo.co.id.
- Janiwarty, B., & Pieter, H. Z. (2013). Pendidikan psikologi untuk bidan suatu teori dan terapannya. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Jayson, G. C. et al. (2014) 'Ovarian cancer', *The Lancet*. Lancet Publishing Group, pp. 1376–1388. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62146-7.

- Jhaquin, A. (2010). Psikologi Untuk Kebidanan. Nuha Medika.
- Jhingran, A., & Levenback, C. (2012) Malignant diseases of the cervix. In G. M. Lentz, R. A. Lobo, D. M. Gershenson, & V. L. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- JNPK-KR Depkes RI. (2012). Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Depkes RI.
- JNPK-KR Depkes RI. (2007). Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Depkes RI.
- JNPKKR (2016) Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi. Jakarta: JNPK-KR.
- Karjatin, A. (2016) Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Karjatin, A. (2016) Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Maternitas.
- Kasdu, Dini. (2008). Solusi Problem Wanita Dewasa. Jakarta: Puspa Swara.
- Katz, V. L. (2012) Benign gynecologic lesions. In G. M. Lentz, R. A. Lobo, D. M. Gershenson, & V. L. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Kemenkes (2013) Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pertama. Jakarta: WHO Country Office for Indonesia Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia . Profil Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Available at https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) 'UU RI No.4 Tahun 2019 tentang Kebidanan', p. 54.
- Kementrian Kesehatan RI (2018) 'General situation of HIV/AIDS and HIV test, Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI, pp. 1–12.
- Khan KS, et. al. (no date) 'WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review', *Lancet*, 2016.
- Kurniarum, A. (2016) Modul Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: BPPSDMK Kemenkes RI.

- Kurniasari, D. and Astuti, Y. A. (2015) 'Hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi dan dukungan sosial suami dengan postpartum blues pada ibu dengan persalinan sc di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro tahun 2014', *Holistik Jurnal Kesehatan*, 9(3), pp. 115–125.
- Kusumadewi, R. R., Wahyuni, E. S. and Firrahmawati, L. (2019) 'Modul Praktik Klinik Kebidanan Patologis'. STIKES' Aisyiyah Surakarta.
- Lentz, G. M. R. A. and Lobo, D. M. Gershenson, & V. L. K. (2012) *Urogynecology. Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 475–502). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Lewis, L. (2015) *Fundamental of Midwifery*. United Kingdom: Wiley Blackwell.
- Liana, P. et al. (2018) 'Prevalensi Kejadian Penyakit Menular Seksual (HIV , Hepatitis B , Hepatitis C , Prevalensi Kejadian Penyakit Menular Seksual (HIV , Hepatitis B , Hepatitis C , dan Sifilis) pada Wanita Penjaja Seks di Palembang, *Sriwijaya Journal Of Medicine*, (September 2019). doi: 10.32539/SJM.v1i2.20.
- Liewellyn, J. D. (2001). *Dasar-Dasar Obstetri Dan Ginekologi*. Bahasa Indonesia Joko Suyanto. Jakarta: Hipokrates.
- Lisnawati, L. (2011). *Buku Pintar Bidan (Aplikasi Penatalaksanaan Gawat Darurat Kebidanan di Rumah Sakit)*. Trans Info Media: Jakarta.
- Lisnawati, L. (2015) *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Lowdermilk, D., Jensen, M. & Perry, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 8. Alih Bahasa: Maria & Peter. Jakarta: Egc.
- Lukaningsih, Z. L., & Bandiyah, S. (2011). *Psikologi kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Manuaba (2012) *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: ECG.
- Manuaba, I. A. C. (2009) 'Buku Ajar Patologi Obstetri', in. EGC.
- Manuaba, I. A. C., I. B. G. F. Manuaba dan I. B. G. Manuaba. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Manuaba, I. A., Manuaba, I. B. G. and Manuaba, I. B. G. (2009) 'Memahami Kesehatan reproduksi wanita ed 2 - Google Books', pp. 55–58. Available at:
<https://books.google.co.id/books?id=5q2e8iPjK9IC&pg=PT70&dq=siklus+menstruasi&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEWjxzfy-0uzUAhWLYo8KHXhRANwQ6AEINDAC#v=onepage&q=siklusmenstruasi&f=false>.
- Manuaba, I. B. G. (1998) 'Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan', in. EGC.
- Manuaba, I. B. G. (2010) Ilmu Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Mappaware, N. A. (2019). Faktor Determinan Komplikasi dan Rujukan Kasus Obstetri. UMI Medical Journal, 3(2), 85–97.
<https://doi.org/10.33096/umj.v3i2.46>
- Marmi, D. (2013). Intranatal care asuhan kebidanan pada persalinan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi, M., & Margayati, S. (2013). Pengantar psikologi kebidanan. Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Maryunani, A. (2016) 'Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi dan Komplikasi)', TIM. Jakarta.
- Murray, S.S. & McKinney, E. . (2014) Foundations of maternal-newborn and women's health nursing-e-book. Elsevier Health Sciences.
- Mustari, A. D., Rostini, T., Indrati, A. R., Bayuaji, H. & Rachmayati, S. (2018). Korelasi Jumlah Folikel Antral Dengan Kadar 25 (Oh) D Serum Pada Penderita Sindrom Ovarium Polikistik. Majalah Kedokteran Bandung, 50, 222-227.
- Nijkang, N. P. et al. (2019) 'Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment', SAGE Open Medicine, 7, p. 205031211984824. doi: 10.1177/2050312119848247.
- Nirwana, A. B. (2011). Psikologi ibu, bayi dan anak. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Norwitz, E. R. & Schorge, J. (2008). At a Glance Obstetri Dan Ginekologi Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho T., dan B. I. Utama. (2014). Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Nugroho, T. (2019). *Obsgyn: Obstetri Dan Ginekologi Untuk Kebidanan Dan Keperawatan*.
- Oxorn, H. and Forte, W. R. (2010) *Ilmu kebidanan: patologi dan fisiologi persalinan*. Penerbit Andi.
- Panggih, N. (2017) 'Hubungan Lama Menstruasi..., Niko Panggih, S1 Keperawatan UMP, 2015', pp. 26–48.
- Parasar, P., Ozcan, P. and Terry, K. L. (2017) 'Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management', *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 6(1), pp. 34–41. doi: 10.1007/s13669-017-0187-1.
- Partini, P. D. O., Niryana, I. W. & Adiputra, P. A. T. (2018). *Karakteristik Kanker Payudara Usia Muda Di Subbagian Bedah Onkologi Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2014-2016*. *Intisari Sains Medis*, 9, 76-79.
- Permenkes No 369 tahun 2007, Standar Profesi Bidan
- PPIBI (2016) *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: Pengurus Pusat IBI.
- Pratiwi, K. dan D. Rusinani. (2020). *Buku Ajar Psikologi Perkembangan Dalam Siklus Hidup Wanita*. Sleman: CV Budi Utama.
- Prawihardjo, S. (2016) *Ilmu Kebidanan*. edisi-4 Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S. (2008) 'Ilmu kandungan', Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S. (2011) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kandungan*: Jakarta. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S. (2016) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, S. dan H. Wiknjosastro. (2017). *Ilmu Kandungan Edisi Ketiga*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prijatni, I. (2016) 'Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana'.
- Priyo Wahyudi, Y., & Nurfaidah, S. (2014). *Pengelolaan Rujukan Kedaruratan Maternal di Rumah Sakit dengan Pelayanan PONEK*. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 84–88. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2014.028.01.29>

- Profil Kesehatan Indonesia (2019) 'Profil Kesehatan Indonesia', p. 497. Available at: <http://www.kemkes.go.id>.
- Pudiasuti,R.D.(2011) .Buku Ajar Kebidanan Komunitas.Yogyakarta:Nuha Medika
- Purnamawati, D. (2013) 'Perilaku Pencegahan Penyakit Menular Seksual diKalangan Wanita Pekerja Seksual Langsung Behavioral Prevention of Sexual Transmitted Disease among Direct Female, Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 7(11), pp. 514–521.
- Puspitorini,D. and Lumintang,H. (2016) 'Studi Retrospektif: Profil Pasien Baru Gonore, Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, 29(1), pp. 59–64.
- Putri DF, dkk. (2015). Sistem Rujukan pada Kondidi Kasus-Kasus Kehamilan, Persalinan, Nifas dengan Komplikasi dan BBL dengan HIV Positif. Program Studi DIII Kebidanan STIKES Muhammadiyah Gombong.
- Putri, I. M. and Ismiyatun, N. (2020) 'DETEKSI DINI KEHAMILAN beresiko', JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama, 8(1), pp. 40–51.
- Radji, M. (2015) *Imunologi & Virologi*. PT ISFI Penerbitan.
- Rahmawati, A., & Wulandari, R. C. L. (2019). Influence of Physical and Psychological of Pregnant Women Toward Health Status of Mother and Baby. *JURNAL KEBIDANAN*, 9(2), 148–152.
- Ramadhan, J. W., Rasyid, R. and Rusnita, D. (2019) 'Profil Pasien Hemorrhagic Postpartum di RSUP Dr . M . Djamil Artikel Penelitian', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(Supplement 2), pp. 46–53.
- Revzin, M. V., Mathur, M., Dave, H. B., Macer, M. L. & Spektor, M. (2016). Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach With Clinical-Pathologic Correlation. *Radiographics*, 36, 1579-1596.
- Reza, N. R. (2015) 'Pemeriksaan Laboratorium Infeksi Chlamydia trachomatis Pada Saluran Genital, *Periodical of Dermatology and Venereology*, 27, pp. 144–149.
- RI, K. (2013) 'Pedoman tata laksana sifilis untuk pengendalian sifilis di layanan kesehatan dasar.
- RI, K. (2015) 'BUKU PEDOMAN NASIONAL PMS 2015. Kementerian Kesehatan RI.

- Ri, K. (2015). Kesehatan Reproduksi Dan Seksual Bagi Calon Pengantin, Jakarta, Kementerian Kesehatan Ri.
- Roeslan, B. O. (2002) Imunologi Oral. FKUI Jakarta.
- Rohan, hasdianah h. and Siyoto, S. (2013) 'Kesehatan Reproduksi'.
- RSUD Pemerintah Kabupaten Buleleng. (2019). Apa Perbedaan Obstetri dan Ginekologi. [Diakses pada 15 Oktober 2020] dari www.bulelengkab.go.id
- Rukiyah, A. Y. (2017) Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan). Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Saifudin, Abdul Bari. (2001). Buku Acuan Nasional, Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonata. Yayasan Bina Pustaka-Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Salma Kusumastuti, Tri Maryani, N. M. (2018) 'FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN RETENSIO PLASENTA DI RSUD KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2013-2017', Repository Poltekkes Jogja.
- Sanjaya, W. (2015) 'Tanda Bahaya serta Penatalaksanaan Perdarahan Post-Partum', Intisari Sains Medis, 3(1), pp. 9–18.
- Sari, S. E., Harahap, W. A. & Saputra, D. (2018). Pengaruh Faktor Risiko Terhadap Ekspresi Reseptor Estrogen Pada Penderita Kanker Payudara Di Kota Padang. Jurnal Kesehatan Andalas, 7, 461-468.
- Satya Sai Shita, N. and Purnawati, S. (2016) 'Prevalensi Gangguan Menstruasi Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pada Siswi Peserta Ujian Nasional Di Sma Negeri 1 Melaya Kabupaten Jembrana', E-Jurnal Medika Udayana, 5(3), pp. 1–9.
- Savitri, T. (2018) 'gonore. Available at: <https://helo sehat.com>.
- Shazly, S. & Laughlin-Tommaso, S. K. (2020). Anomalies Of Female Genital Tract. Gynecology. Springer.
- Simanjuntak, L. (2020) 'Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin)', Jurnal Visi Eksakta (JVIEKS), 1(1), pp. 1–10.
- Small, W. et al. (2017) 'Cervical cancer: A global health crisis', Cancer. John Wiley and Sons Inc., pp. 2404–2412. doi: 10.1002/cncr.30667.

- Soni, S. (2020) 'Treponema pallidum, The Neurological Manifestations of Pediatric Infectious Diseases and Immunodeficiency Syndromes. doi: 10.1007/978-1-59745-391-2_29.
- Sudiono, J. (2017) Sistem Kekebalan Tubuh. EGC. Available at: www.egcmedbooks.com.
- Sulaiman, Sastrawinata. (2005). Ilmu Kesehatan Reproduksi: Obstetri Patologi. Bandung: Penerbit Buku Kedokteran EGC bekerjasama dengan Padjadjaran Medical Press.
- Suparman, E. & Suparman, E. (2017). Amenorea Sekunder: Tinjauan Dan Diagnosis. Jurnal Biomedik: Jbm, 9.
- Suprapti, D. I. S. (2016) Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Jakarta Selatan: Badan PPSDM Kemenkes RI.
- Syafrudin. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: TIM;
- Syarif, A. (2015) 'Kegawatdaruratan Obstetri', Academia. Available at: https://www.academia.edu/10800992/kegawatdaruratan_obstetri.
- Taber, Benzion. (1994). Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Timbawa, S., Kundre, R. and Bataha, Y. (2015) 'Hubungan Vulva Hygiene Dengan Pencegahan Infeksi Luka Perineum Pada Ibu Post Partum Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado', Jurnal Keperawatan UNSRAT, 3(2), p. 108128.
- Todar, K. (2020) 'Pathogenic Neisseriae: Gonorrhea, Neonatal Ophthalmia and Meningococcal Meningitis. Available at: <http://www.textbookofbacteriology.net/neisseria.html>.
- Torre, L. A. et al. (2018) 'Ovarian cancer statistics, 2018', CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(4), pp. 284–296. doi: 10.3322/CAAC.21456@10.3322/(ISSN)1542-4863.STATISTICS.
- Wahyuni, S. ; M. S. (2014) 'Faktor Internal Dan Eksternal Yang Mempengaruhi Depresi Postpartum', Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, 3(2), pp. 106–214.
- Wahyuningsih, H. P. (2018) Asuhan kebidanan Nifas dan Menyusui.

- Waks, A. G. & Winer, E. P. (2019). Breast Cancer Treatment: a Review. *Jama*, 321, 288-300.
- Walgito. (1991). Pengantar Psikologi dalam Umum” In Pengantar Psikologi Umum (3 ed.). Fak. Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Wandi, W. (2017). Implementasi Sistem Rujukan Ibu Hamil Dan Bersalin Oleh Bidan Polindes Di Kecamatan Dampit. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 3(1), 71. [https://doi.org/10.31290/jiki.v\(3\)i\(1\)y\(2017\).page:71-84](https://doi.org/10.31290/jiki.v(3)i(1)y(2017).page:71-84)
- William, O. (2010) ‘Ilmu kebidanan patologi dan fisiologi kebidanan’, CV Andi Offset.
- Wilujeng, R. D. (2013) ‘Modul Kesehatan Reproduksi’, Griya Akbid Husada, pp. 1–68.
- Wisnu, M. N. M. (2016) ‘Pencegahan dan pengendalian infeksi menular seksual di negara berkembang, simdos unud.ac.id, pp. 1–38.
- Wolf, W. et al. (2018) ‘Geographical Prevalence of Polycystic Ovary Syndrome as Determined by Region and Race/Ethnicity’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), p. 2589. doi: 10.3390/ijerph15112589.
- World Health Organization. Maternal mortality. Available at https://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.html. Accessed Oktober 16, 2020.
- Würzburg, U. O. (2020) ‘Herpes Simplex Virus 1 (HSV-1) Genetically Decoded, *Microbial Cell*, 3(9), pp. 438–450. doi: 10.15698/mic2016.09.528.
- www.shutterstock.com
- Yeyeh, A., Yulianti, L., & Maimunah, S. L. (2009). Asuhan kebidanan I (kehamilan). Jakarta: Trans Info Medika.
- Yusnidar, & Suriati, I. (2020). Psikologi Kebidanan. LPPI UM Palopo.
- Zakir, M. & Rosmadewi, R. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Metroragia. *Jurnal Keperawatan*, 9, 197-204.
- Zito, G. et al. (2014) ‘Medical treatments for endometriosis-associated pelvic pain’, *BioMed Research International*, 2014. doi: 10.1155/2014/191967.



Biodata Penulis



dr. Pebri Warita Pulungan, Sp.OG, lahir di kota Padangsidempuan, 12 Februari 1987. Sarjana Kedokteran S-1 dari Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, lulus tahun 2011. Dan Menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, menyelesaikan pendidikan dokter spesialis pada tahun 2020. Ia juga merupakan salah satu awardee penerima beasiswa Dokter Spesialis dari Lembaga Pengelola Dana Pendidikan Republik Indonesia (LPDP-RI) angkatan PK-28. Penulis saat ini bekerja di instansi Rumah Sakit Pendidikan Universitas Sumatera Utara. Dan penulis aktif mengikuti karya tulis ilmiah LKTI di tingkat nasional. Pegiat blog kesehatan www.dokterpebri.com



Samsider Sitorus, SST, MKes, Tempat dan Tanggal Lahir : Bukit Baringin / 09 Juni 1972, E-mail : samsidarsitorus@yahoo.co.id, Nomor Telepon /HP : 08126592472. Domisili di Kota Medan bekerja di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan dan di berdayakan di S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Institute Helvetia Medan. Sudah menerbitkan beberapa artikel di Journal Internasional yang bereputasi berindeks Scopus dengan Id scopus 57194779166. Pernah mereview artikel di Journal yang berindeks Scopus dan menjadi reviwer di Jurnal Kesehatan Global Helvetia Medan. Buku yang telah di Tulis ada 4 Buku yakni Merdeka Menulis, Pemasaran Digital, Kesehatan Lingkungan, ilmu Kesehatan Masyarakat.



Riza Amalia, S.ST, M.Kes lahir di Pemalang, 05 Desember 1989. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di Poltekkes Semarang lulus tahun 2010, melanjutkan D IV Bidan Pendidik Poltekkes Semarang lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2012 melanjutkan studi S2 Epidemiologi Konsentrasi Sain Terapan Kesehatan Peminatan Kebidanan UNDIP selesai tahun 2014. Pernah menjadi Dosen di Akademi Kebidanan Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2013-2015. Tahun 2017 hingga saat ini aktif sebagai dosen di Prodi D III Kebidanan Purwokerto Poltekkes Kemenkes Semarang.

Ns. Belet Lydia Ingrit, M.Kep.Sp.Kep.Mat Lahir di Jakarta pada tanggal 24 Mei 1981. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Indonesia dan S2 di Universitas Indonesia mengambil spesialisasi Keperawatan Maternitas. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen keperawatan maternitas di Universitas Pelita Harapan sejak tahun 2010 sampai sekarang menjadi koordinator untuk subyek Keperawatan Maternitas. Buku ini adalah buku kedua penulis setelah Buku Modul Pendidikan Profesi Ners Keperawatan Maternitas. Semoga tulisan yang ada dalam buku ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca. Kritik dan saran yang membangun akan sangat diterima untuk meningkatkan kualitas penulisan. Email: belet.ingrit@uph.edu





Julietta Hutabarat, SST., M.Keb. Lahir di Medan tanggal 20 Juli 1967. Telah menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013. Pernah bekerja di Rumah Sakit Umum dr. Pirngadi Medan tetapi saat ini adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.



Sulfianti, S.Si.T., S.KM., M.Keb lahir di Cenrana Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Putri ke-4 dari 5 bersaudara, merupakan anak dari pasangan Jabir dan Maseati. Sudah menyelesaikan Dua Buku hasil kolaborasi, buku pertama dengan judul Gizi dan Kesehatan. Buku kedua dengan judul Ilmu Kesehatan Masyarakat, Penerbit Yayasan Kita Menulis. Menyelesaikan kuliah Diploma IV Kebidanan dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan pada tahun 2006 di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran Semarang Jawa Tengah dan Sarjana (S-1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat tahun 2012 di Universitas Muslim Indonesia Makassar. Kemudian pada tahun 2015 selesai pendidikan Magister (S-2) Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Kebidanan Program Pascasarjana di Universitas Hasanuddin Makassar. Diangkat menjadi Dosen Tetap di Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara Bone Pada tahun 2006-sekarang.



Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb., M.Kes., lahir di Kediri pada tanggal 12 Agustus 1990. Menyelesaikan kuliah di Universitas Kediri dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Sains Terapan Kebidanan pada tahun 2013 dan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Pada tahun 2017 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Swasta yaitu Universitas Kediri. Kemudian pada tahun

2019 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



Ns. Martina Pakpahan, S. Kep., M.K.M lahir di Jakarta, 26 Januari 1986. Pada tahun 2008 menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dan tahun 2009 menamatkan pendidikan profesi Ners dari fakultas yang sama. Pada tahun 2016, menamatkan pendidikan magister kesehatan masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI). Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan, penulis juga aktif di Fakultas sebagai anggota Research, Community Service and Training Committee (RCTC), Editor Nursing Current Journal dan komite Etik. Buku yang telah dihasilkan penulis berkolaborasi bersama penulis lainnya, Belajar dari Covid -19: Perspektif Ekonomi & Kesehatan (2020).



Fajaria Nur Aini, S.SiT, M.Tr.Keb. Lahir di Purworejo, 17 Mei 1987. Menyelesaikan pendidikan DIII dan DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang berturut-turut pada tahun 2008 dan 2009. Melanjutkan pendidikan S2 Terapan Kebidanan di Program Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang, lulus tahun 2018. Berpengalaman 2 tahun sebagai bidan pelaksana di Puskesmas Wirun, Purworejo dari tahun 2009 sampai dengan 2011. Pada tahun 2011 sampai sekarang penulis menjadi dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang dan menjadi salah satu pengampu mata kuliah Obstetri.



Wahyuni, S.ST, M.Biomed lahir di Bukittinggi, Sumatera Barat pada tanggal 24 Februari 1986. Studi Diploma III (A.Md, Keb) diselesaikan pada Program Studi D.III Kebidanan Bukittinggi Poltekkes Padang bulan April tahun 2018 kemudian melanjutkan Studi Diploma IV (S.ST) pada Program Studi D.IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Padang dan menyelesaikan proses bulan April tahun 2012. Pasca Sarjana (M.Biomed) diselesaikan bulan April tahun 2016 pada Program Studi Ilmu Biomedik Kedokteran Universitas Andalas Jurusan Reproduksi Kedokteran.

Saat ini penulis adalah Dosen tetap pada Universitas Fort De Kock Bukittinggi dan pernah menjadi Tenaga Bidan salah satu rumah sakit yang ada di Kota Bukittinggi tahun 2018-2019, Staff Dosen Kebidanan STIKes Perintis Sumatera Barat tahun 2019-2012 dan Dosen tetap Akademi Kebidanan Pelita Andalas Bukittinggi tahun 2012-2016.

Buku yang pernah penulis hasilkan adalah Mikrobiologi dan Parasitologi, Dasar-dasar Praktikum Mikrobiologi, Kebidanan Komunitas yang sudah ber-ISBN serta beberapa buku ajar yang digunakan didalam kampus dan diterbitkan Fort De Kock Ekspres. Selain itu Penulis juga aktif menulis jurnal penelitian dan melaksanakan kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat termasuk kegiatan Organisasi, diantaranya: Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Dharma Wanita (DW) dan Perkumpulan Karir Dosen Indonesia.



Ns. Apriza, M.Kep, Lahir di Batubelah, Kabupaten Kampar Provinsi Riau, Indonesia, dan merupakan putri kelima dari pasangan Muhammad Yunus Anis kadimi (Alm) dan Syariah (Alm) serta istri dari H. Ismail, S.Ag, Menyelesaikan kuliah S-1 di Universitas Riau, program studi ilmu Keperawatan (2006), program Ners (2007) dan melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister (S-2) di Program Pascasarjana Universitas Andalas Padang, program studi Keperawatan (2012). Saat ini bertugas sebagai dosen Ners & Keperawatan di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, Provinsi Riau sejak tahun 2002-sekarang, serta

sedang mempersiapkan diri untuk studi lanjut ke Unisza Malaysia. Aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat dari tahun 2016-sekarang.



Marlynda Happy Nurmalita Sari, S.ST, MKM, merupakan Putri dari Bapak Tugiyono, M.Pd dan Endang Sujarwati, S.Pd, lahir di Sragen pada tanggal 29 Maret 1989. Saya menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar sarjana Kebidanan di Universitas Sebelas Maret tahun 2011 dan magister Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia tahun 2015. Pada tahun 2011 diangkat menjadi Dosen di Perguruan Tinggi Swasta Akademi Kebidanan Pelita Ilmu Depok. Kemudian pada tahun

2019 diangkat menjadi Dosen Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.

ILMU OBSTETRI & GINEKOLOGI

Untuk Kebidanan

Ilmu kedokteran Obstetri dan Ginekologi merupakan ilmu yang dinamis dan senantiasa berkembang pesat. Untuk itu, adalah kewajiban bagi para klinisi untuk terus mengikuti perkembangan tersebut dan meningkatkan pengetahuan. Peran dokter dan bidan memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan paripurna bagi seorang wanita yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya saat tidak hamil ataupun di masa hamil, bersalin atau nifas. Baik yang bersifat preventif (pencegahan terhadap penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit) dan rehabilitatif (perbaikan kelainan yang timbul) pada alat reproduksinya.

Taraf kesehatan perempuan Indonesia masih memprihatinkan seperti tercermin dari tingginya angka kesakitan dan angka kematian ibu maupun perinatal. Disadari bahwa kesehatan perempuan merupakan kondisi yang mutlak harus diperhatikan, karena dari perempuan yang sehat akan lahir generasi mendatang yang sehat sehingga mampu menjadi tumpuan harapan bangsa Indonesia untuk bersaing di antara bangsa di dunia terutama dalam era globalisasi.

Buku ini membahas tuntas tentang:

Bab 1: Lingkup Komplikasi Kebidanan

Bab 2: Komplikasi Kehamilan

Bab 3: Komplikasi Persalinan

Bab 4: Komplikasi Nifas

Bab 5: Kedaruratan Obstetric

Bab 6: Gangguan Psikologis dalam Kebidanan

Bab 7: Ruang lingkup Ginekologi dan Jenis Kelainan dalam Sistem Reproduksi

Bab 8: Jenis Penyakit Kandungan

Bab 9: Gangguan dan masalah dalam Sistem Reproduksi Wanita

Bab 10: Gangguan Sistem Reproduksi Wanita

Bab 11: Penyakit Menular Seksual dan Imunologi

Bab 12: Sistem Rujukan Ginekologi



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-6761-46-5



9 786236 761465