

**BUKU AJAR KEPERAWATAN
MATERNITAS**

**ASUHAN KEPERAWATAN
PEREMPUAN USIA REPRODUKSI
DAN MENOPAUSE**



Disusun Oleh:

Dr. Irna Nursanti.,M.Kep.,Sp.Mat

Drs. Dedi Muhdiana.,Mkes

Ns. Idriani.,M.Kep.,Sp.Mat

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji dan rasa syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayahNya, sehingga dapat menyelesaikan buku ajar asuhan keperawatan Perempuan Usia Reproduksi dan Menopause. Penyusunan buku ajar ini bertujuan agar peserta didik dapat dengan mudah mengakses bahan materi yang berhubungan dengan perempuan usia pubertas sampai mengalami masa menopause. Melalui buku ajar ini diharapkan dapat tercapai capaian pembelajaran peserta didik meliputi penguasaan pengetahuan, sikap dan keterampilan umum serta khusus pada mata kuliah keperawatan maternitas. Buku ajar ini dapat bermanfaat bagi peserta didik di semester III dan IV, pada program studi sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Ucapan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah terlibat dalam penyusunan buku ajar ini, kami ucapkan terima kasih, semoga Allah SWT mencatatnya sebagai amal kebaikan. Kami menyadari masih banyak berbagai kekurangan dalam buku ajar ini, maka masukan/saran konstruktif sangat kami harapkan dari berbagai pihak untuk penyempurnaan Buku Ajar Keperawatan Maternitas di masa yang akan datang.

Jakarta, Juli 2018

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

COVER.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
PETA KOMPETENSI.....	iv
I. Askep Perempuan pada Masa Remaja.....	1
A. Perkembangan Psikososial Remaja.....	1
B. Karakteristik Perilaku Remaja.....	2
C. Diagnosa Keperawatan Pada Remaja.....	4
D. Tindakan Keperawatan Pada Remaja.....	4
II. Askep Perempuan pada Masa Reproduksi.....	7
A. Anatomi Fisiologi Perempuan.....	7
B. Kehamilan.....	11
C. Persalinan.....	35
D. Masa Nifas.....	61
III. Askep Perempuan Dengan Gangguan Kehamilan, Persalinan dan Masa Nifas.....	75
A. Perdarahan Pada awal Kehamilan.....	75
B. Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut.....	84
C. Perdarahan Pada Masa Persalinan.....	86
D. Perdarahan Pada Masa Nifas.....	92
E. Robekan.....	94
F. Hipertensi Dalam Kehamilan.....	100
IV. Askep Perempuan dengan Gangguan Sistem Reproduksi	133
A. Infeksi.....	133
B. Kelaianan Menstruasi.....	160
C. Infertilitas.....	183
D. Mioma Uteri.....	197
E. Cyste Ovarii.....	217
F. Keganasan.....	228
V. Askep Perempuan Masa Klimakterium dan Menopause.....	241
A. Konsep Manusia.....	241
B. Perubahan Fisik Pada Masa Menopause.....	241
C. Perubahan Psikologis Pada Masa Menopause.....	245
D. Perubahan Hormon Pada Masa Menopause.....	246
E. Respon Aktivitas Seksual.....	248
F. Masalah-Masalah Gangguan Seksual.....	250
G. Model Konseptual Self Care Orem Pada Perempuan Menopause.....	252
H. Kualitas Hidup.....	260
I. Konsep Self Management.....	263
VI. Daftar Pustaka.....	271

PETA KOMPETENSI

BAB I

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PEREMPUAN PADA MASA REMAJA

A. Perkembangan Psikososial Remaja

Perkembangan psikososial remaja adalah kemampuan remaja untuk mencapai identitas dirinya yang meliputi peran, tujuan pribadi dan keunikan, ciri khas diri. Kemampuan ini tercapai melalui serangkaian tugas perkembangan yang harus diselesaikan oleh remaja. Bila tidak dapat mencapai kemampuan tersebut remaja akan mengalami kebingungan peran berdampak pada rapunya kepribadian, sehingga akan terjadi gangguan konsep diri.

Perkembangan psikososial pada orang dewasa muda adalah tahapan perkembangan individu mampu melakukan interaksi yang akrab dengan orang lain; terutama lawan jenis, dan mempunyai pekerjaan. Pada masa ini individu mencoba untuk mandiri dan mencukupi kebutuhan dirinya dengan bekerja. Interaksi yang dilakukan mengarah pada bekerja, perkawinan dan mempunyai keluarga yang menjadi bagian dari masyarakat. Kegagalan dalam berhubungan akrab dan memperoleh pekerja dapat menyebabkan individu menjauhi pergaulan dan merasa kesepian lalu menyendiri.

Fase Remaja sudah mulai terpolahkan aktivitas seksual melalui langkah pendidikan hingga terbentuk pola hubungan antar pribadi yang sungguh-sungguh matang sesuai dengan kesempatan yang ada. Fase ini merupakan inisiasi kearah hak, kewajiban, kepuasan dan tanggung jawab kehidupan sebagai warga masyarakat dan warga negara. Tugas perkembangan fase remaja adalah *economically, intellectually* dan *emotionally self sufficient*. Setelah individu melewati enam fase perkembangan kepribadian, ia mencapai taraf kedewasaan, yaitu menjadi pribadi manusia yang matang dan setelah itu memasuki usia lanjut.

Fase Dewasa, pada fase ini, tugas perkembangannya adalah belajar untuk saling ketergantungan dan tanggung jawab terhadap orang lain. Namun, pada *fase usia lanjut* (di atas 60 tahun) tugas perkembangan adalah menyadari sebagai individu lansia dan menerima arti kehidupan dan kematian.

B. KARAKTERISTIK PERILAKU

1. Perilaku remaja pada perkembangan psikososial

Tugas perkembangan	Perilaku remaja
Perkembangan yang normal: Identitas diri	<ul style="list-style-type: none"> Menilai diri secara objektif Merenanakan masa depannya Dapat mengambil keputusan Menyukai dirinya Berinteraksi terhadap lingkungannya Bertanggung jawab Mulai memperlihatkan kemandirian di keluarga Menyelasaikan masalah dengan meminta bantuan orang yang menurutnya mampu
Penyimpangan perkembangan bingung peran	<ul style="list-style-type: none"> Tidak menemukan ciri khas (kekuatan dan kelemahan) dirinya Merasa bingung, bimbang [Tidak mempunyai rencana untuk masa depan Tidak mampu berinteraksi dengan lingkungannya Memiliki perilaku antisosial Tidak menyukai dirinya Sulit mengambil keputusan Tidak mempunyai minat Tidak mandiri

2. Karakteristik perkembangan psikososial individu dewasa muda

Tugas perkembangan	Perilaku dewasa muda
Perkembangan yang normal : Akrab dengan orang lain	<ul style="list-style-type: none"> Menjalin interaksi yang hangat dan akrab dengan orang lain Mempunyai hubungan dekat dengan orang-orang tertentu (pacar, sahabat) Membentuk keluarga Mempunyai komitmen yang jelas dalam bekerja dan berinteraksi Merasa mampu mandiri karena sudah bekerja Memperlihatkan tanggungjawab secara ekonomi, social dan

	<p>emosional</p> <p>Mempunyai konsep diri yang realistis/sesuai kenyataan</p> <p>Menyukai dirinya dan mengetahui tujuan hidupnya</p> <p>Berinteraksi baik dengan keluarga</p> <p>Mampu mengatasi stress akibat perubahan dirinya</p> <p>Menganggap kehidupan sosialnya bermakna</p> <p>Mempunyai nilai yang menjadi pedoman hidupnya</p>
<p>Penyimoangan perkembangan menyendiri /isolasi</p>	<p>Ketakuan/tidak siap menerima akibat perbuatannya</p> <p>Sulit untuk memulai suatu hubungan</p> <p>Tidak mempunyai teman dekat</p> <p>Menghindari komitmen dalam berinteraksi</p> <p>Mudah beralih dalam bekerja/karir atau gaya hidup mudah terpengaruh</p> <p>Tidak mempunyai nilai-nilai sebagai pedoman hidup tidak mempunyai hubungan akrab dengan orang lain</p> <p>Tidak mampu mengatasi stress</p>

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN REMAJA

Potensial (Normal)	Risiko
Potensial pembentukan identitas diri	Resiko tidak efektifnya pengambilan Peran

D. DIAGNOSE KEPERAWATAN DEWASA MUDA

Potensial (normal)	Risiko (penyimpangan)
Potensial berhubungan akrab dengan orang lain	Risiko isolasi sosial

E. TINDAKAN KEPERAWATAN PADA REMAJA

Tujuan: Remaja dapat menyebutkan karakteristik perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang. Remaja dapat menjelaskan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal. Remaja melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal

Tindakan keperawatan untuk memfasilitasi perkembangan remaja

Tugas perkembangan	Tindakan keperawatan
Perekembangan yang normal Pembentuk identitas diri	Diskusikan dengan remaja ciri perkembangan psikososial remaja yang normal dan menyimpang Diskusikan cara-cara untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal: [Anjurkan remaja berinteraksi dengan orang lain yang membuat remaja nyaman untuk mencurahkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran Anjurkan remaja mengikuti organisasi yang mempunyai kegiatan positif (OR, seni, beladiri, pramuka, pengajian) Anjurkan remaja melakukan kegiatan dirumah, sesuai dengan perannya Bimbing dan motivasi remaja membuat rencana kegiatan dan melaksanakan rencana yang telah dibuatnya
Penyimpangan perkembangan Bingung peran	Diskusi aspek positif/kelebihan yang dimiliki remaja [Bantu mengidentifikasi berbagai peran yang dapat ditampilkan remaja dalam kehidupannya Diskusikan penampilan peran yang terbaik untuk remaja [Bantu remaja mengidentifikasi perannya dikeluarga

Keluarga

Tujuan

- Memahami perilaku yang menggambarkan perkembangan remaja yang normal dan menyimpang
- Memahami cara mestimulasi perkembangan remaja
- Mendemonstrasikan tindakan untuk stimulasi perkembangan remaja
- Merencanakan tindakan untuk mengembangkan kemampuan psikososial remaja

Tindakan keperawatan

- a) Menjelaskan tentang ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang
- b) Menjelaskan cara yang dapat dilakukan keluarga untuk memfasilitasi perkembangan remaja yang normal
- c) Fasilitas remaja untuk berinteraksi dalam kelompok sebaya
- d) Anjurkan remaja bergaul dengan orang lain yang membuat remaja nyaman mencurahkan perasaan, perhatian, dan kekhawatirannya
- e) Anjurkan remaja mengikuti organisasi yang mempunyai kegiatan positif (OR, seni, beladiri, pramuka, pengajian)
- f) Berperan sebagai teman *curhat* bagi remaja
- g) Berperan sebagai contoh peran baik bagi remaja dalam melakukan interaksi sosial yang baik
- h) Berikan lingkungan yang nyaman bagi remaja untuk melakukan aktivitas bersama kelompoknya
- i) Diskusikan dan mendemonstrasikan tindakan untuk membantu remaja memperoleh identitas diri
- j) Diskusi rencana tindakan yang akan dilakukan oleh keluarga untuk memfasilitasi remaja memperoleh identifikasi diri

2. TINDAKAN KEPERAWATAN PADA DEWASA MUDA

Dewasa muda

Tujuan

- a) Memahami karakteristik perkembangan individu dewasa muda yang normal dan menyimpang
- b) Memahami cara-cara untuk mencapai perkembangan individu dewasa muda dan normal
- c) Berinteraksi dengan banyak orang termasuk dengan lawan jenis
- d) Mempunyai pekerjaan
- e) Melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal

Tindakan keperawatan

- a) Mendiskusikan dengan individu dewasa tentang perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang
- b) Mendiskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal

- c) Menetapkan tujuan hidup
- d) Berinteraksi dengan banyak orang, termasuk lawan jenis
- e) Berperan serta/melibatkan diri pada kegiatan dimasyarakat
- f) Memilih calon pasangan hidup
- g) Menetapkan karir/pekerjaannya
- h) Mempunyai pekerjaan
- i) Memotivasi/memberikan dukungan pada individu untuk melakukan tindakan yang dapat memenuhi perkembangan psikososialnya

Keluarga

Tujuan

- a) Keluarga memahami perilaku yang menggambarkan perkembangan dewasa muda yang normal dan menyimpang
- b) Keluarga memahami cara melakukan stimulasi terhadap perkembangan anaknya
- c) Melakukan tindakan untuk stimulasi terhadap perkembangan anaknya
- d) Keluarga merencanakan cara menstimulasi perkembangan dewasa muda

Tindakan keperawatan

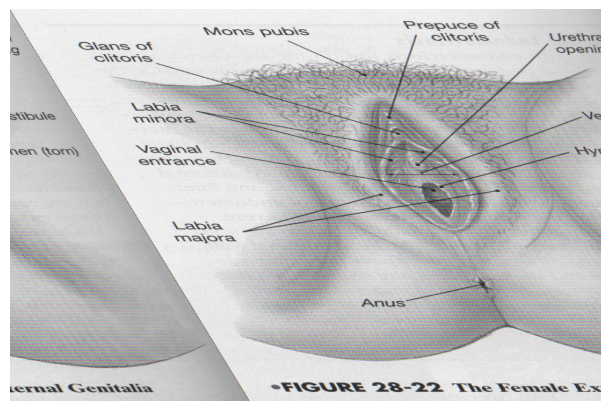
- a) Menjelaskan perkembangan psikososial dewasa muda yang normal dan menyimpangan pada keluarga
- b) Mendiskusikan dengan keluarga cara memfasilitasi perkembangan individu dewasa yang normal
- c) Melatih keluarga untuk memfasilitasi perkembangan psikososial individu dewasa

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PEREMPUAN PADA MASA REPRODUKSI

(FISIOLOGI KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN MASA NIFAS)

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi



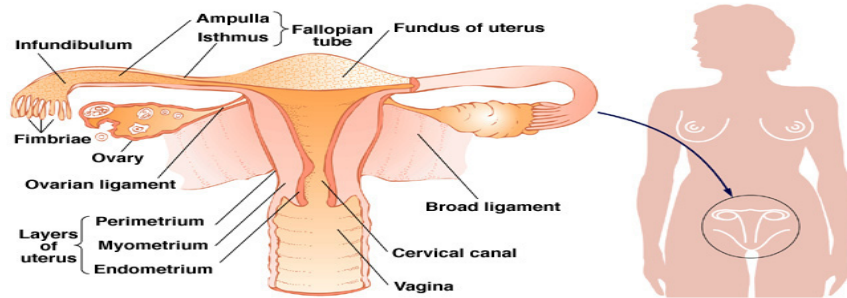
Organ eksternal reproduksi pada wanita

1. **Mons Pubis/Mons veneris:** merupakan bantalan berlemak terletak di atas simpisis pubis (tulang kemaluan). Pada masa pubertas mulai ditumbuhi rambut (13 tahun)
2. **Labia mayora (bibir besar):** lipatan dengan arah memanjang berupa lipatan kulit, terbentang dari mons pubis ke bawah melingkari labia minora. Ditumbuhi rambut.
3. **Labia minora (bibir kecil):** terletak diantara labia mayora, lebih sempit, lipatan memanjang dengan kulit tanpa rambut.
4. **Vestibulum:** terletak antara labia minora, berbentuk perahu, terdapat urethra, saluran kelenjar skene dan Bartholine.
5. **Hymen/selaput dara:** merupakan lipatan mukosa yang menutupi sebagian lubang vagina. Hymen bersifat elastis, dan dapat mudah robek. Hymen yang tidak berlobang disebut *hymen imperforata*.

6. **Klitoris:** organ yang erektil, terfiksasi tepat di bawah lengkungan pubis. Banyak mengandung pembuluh darah. Klitoris merupakan fungsi utama dalam stimulasi dan meningkatkan seksual.
7. **Perineum:** jaringan otot yang terbungkus kulit pada daerah antara lubang vagina dan anus. Biasanya perineum disayat/digunting pada saat persalinan untuk melebarkan jalan lahir.

Hyde/DeLamater Understanding Human Sexuality, 6e. Copyright © 1997. The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights Reserved.

Internal Sexual & Reproductive Organs(F)



Organ internal reproduksi pada wanita

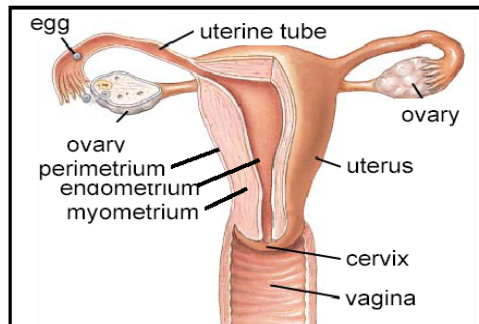
1. Vagina :

- Berbentuk tabung, menghubungkan uterus dengan vulva, panjang 10 cm
- Merupakan saluran elastis, terdapat ruggae (lipatan otot melingkar)
- Kedalam puncak vagina menonjol ujung serviks disebut **porsio**.
- Fungsi untuk senggama, keluarnya darah haid dan bayi, untuk masuknya spermatozoa, keluarnya darah menstruasi dan hasil konsepsi, membantu menopang uterus, membantu mencegah infeksi

2. Uterus

- Berada dirongga pelvis antara rektum dan vesika urinari, berbentuk buah peer/alpukat. Sebesar telur ayam.
- P: 7.5 cm; L: 5 cm; T: 2,5 cm; Berat: 30 – 50 gr
- Kedudukan uterus dalam pelvis ditentukan: Tonus otot rahim, Tonus ligamentum penyangga, Tonus otot dasar panggul
- **Bagian-bagian uterus**
 - ✓ **Fundus** □ Bagian atas uterus yg melebar
 - ✓ **Corpus** □ Bagian badan –, terdapat **Cavum uteri**, tempat tumbuh kembang janin.
 - ✓ **Servik** -> bagian yg lebih sempit dan lebih bulat, terdapat **Porsio** (bag. Serviks yang menonjol ke dalam vagina)

- Fungsi uterus: tempat implantasi paska fertilisasi, nutrisi hasil konsepsi, perkembangan dan pertumbuhan konsepsi, mengeluarkan hasil konsepsi
- Dinding uterus terdiri dari:



- Endometrium (bagian dalam): terdiri epitel kubik, kelenjar dan stroma kaya pembuluh darah
- Myometrium, berdinding tebal berlapis 3: longitudinal, sirkuler dan obliq yang saling beranyaman
- Perimetrium
- ✓ **Tuba Uteri:**
 - Berada di bagian atas ligamen uterus
 - Panjang: ± 10 cm
 - Fungsi: jalur transportasi ovum dari ovarium ke uterus, menangkap sel ovum, merupakan saluran spermatozoa, merupakan tempat konsepsi, pertumbuhan dan perkembangan konsepsi sampai blastula
 - Tiap tuba terdiri dari 4 bagian:
 - a. Interinstisialis diantara otot rahim mulai osteum internum tubae
 - b. Istmus diameter paling sempit
 - c. Ampula diameter paling luas
 - d. Infundibulum dengan ujung akhir fimbriae.
 - Bagian yang ada pada fundus disebut pars interstisialis, lateralnya pars isthmika, lateralnya lagi pars ampularis yang mempunyai corong terbuka disebut infundibulum.
 - Tempat terjadinya fertilisasi, biasanya di bagian **ampula tuba**

3. Ovarium

- 2 buah kelenjar kecil berbentuk buah **almond**, beratnya 5-8 gr
- Terletak disetiap sisi uterus, dibelakang dan didasar tuba uterin
- Fungsi ovarium: Menghasilkan hormon **estrogen dan progesteron serta tempat proses pematangan ovum dan mengeluarkan ovum tiap bulan**

B. KEHAMILAN

Proses Menstruasi

Menstruasi adalah pelepasan dinding rahim (endometrium) yang disertai dengan pendarahan dan terjadi setiap bulannya kecuali pada saat kehamilan. Menstruasi yang terjadi terus menerus setiap bulannya disebut sebagai siklus menstruasi. Menstruasi biasanya terjadi pada usia 11 tahun dan berlangsung hingga anda menopause (biasanya terjadi sekitar usia 45 – 55 tahun). Normalnya, menstruasi berlangsung selama 3 – 7 hari.

Menstruasi atau haid atau datang bulan adalah perubahan fisiologis dalam tubuh wanita yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Periode ini penting dalam hal reproduksi. Pada manusia, hal ini biasanya terjadi setiap bulan antara usia remaja sampai menopause. Selain manusia, periode ini hanya terjadi pada primata-primata besar, sementara binatang-binatang menyusui lainnya mengalami siklus estrus.

Menstruasi merupakan bagian dari proses reguler yang mempersiapkan tubuh wanita setiap bulannya untuk kehamilan. Daur ini melibatkan beberapa tahap yang dikendalikan oleh interaksi hormon yang dikeluarkan oleh hipotalamus, kelenjar dibawah otak depan, dan indung telur. Pada permulaan daur, lapisan sel rahim mulai berkembang dan menebal. Lapisan ini berperan sebagai penyokong bagi janin yang sedang tumbuh bila wanita tersebut hamil. Hormon memberi sinyal pada telur di dalam indung telur untuk mulai berkembang. Tak lama kemudian, sebuah telur dilepaskan dari indung telur wanita dan mulai bergerak menuju tuba Falopii terus ke rahim. Bila telur tidak dibuahi oleh sperma pada saat berhubungan intim (atau saat inseminasi buatan), lapisan rahim akan berpisah dari dinding uterus dan mulai luruh serta akan dikeluarkan melalui vagina. Periode pengeluaran darah, dikenal sebagai periode menstruasi (atau mens, atau haid), berlangsung selama tiga hingga tujuh hari. Bila seorang wanita menjadi hamil, menstruasi bulannya akan berhenti. Oleh karena itu, menghilangnya menstruasi bulanan merupakan tanda (walaupun tidak selalu) bahwa seorang wanita sedang hamil. Kehamilan dapat di konfirmasi dengan pemeriksaan darah sederhana.

Fase dalam siklus Menstruasi

Proses menstruasi pada wanita dalam setiap siklusnya terdapat empat fase atau kejadian yang harus dilewati. Adapun urut-urutannya adalah sebagai berikut :

1. Fase folikel

Fase ini terjadi pada setiap akhir satu siklus menstruasi. Dari salah satu bagian tubuh akan mengeluarkan hormon yang dinamakan gonadotropin. Yaitu hormon yang bisa memberi rangsangan untuk melepas hormon lain yang mendorong terjadinya pertumbuhan folikel. Kemudian pada hari ke satu sampai empat belas folikel terus tumbuh di dalam ruang ovarium dan bila sudah matang akan menghasilkan hormon lain yang akan membuat tumbuh endometrium pada dinding di rahim.

2. Fase Estrus

Yaitu peristiwa naiknya estrogen dengan tujuan membuat pertahanan terhadap pertumbuhan sekaligus memberi rangsangan agar terjadi pembelahan terhadap endometrium di uterus. Peran lain dari kejadian ini adalah memperlambat terjadinya pembentukan zat yang menghasilkan suatu hormon lain yang berfungsi untuk memberi rangsangan folikel yang sudah matang dan melaksanakan ovulasi di rahim. Hal ini biasanya berlangsung di hari keempat belas dari dan dalam satu ovulasi bisa menghasilkan satu osit.

3. Fase Luteal

Setelah folikel mendapat rangsangan dan membuat korpus atau badan kuning, maka akan dihasilkan progesteron yang dapat membuat endometrium bisa menjadi tebal namun lembut. Dalam jangka waktu sepuluh hari, uterus sudah siap untuk dibuahi. Dan bila memang ada pembuahan, maka terjadilah kehamilan. Maka menstruasi tidak akan terjadi.

4. Fase menstruasi atau pendarahan

Bila tidak terjadi pembuahan, maka kehamilan juga tidak akan terjadi. Selanjutnya progesterone akan mengalami masa penurunan produksi pada hari yang ke duapuluh enam. Kejadian selanjutnya adalah badan kuning tidak akan melakukan produksi lagi dan lapisan di uterus dengan dinding yang berada di rahim menjadi lepas di hari yang ke dua puluh delapan.

Saat itulah terjadi pendarahan dari dalam rahim yang dikenal dengan nama menstruasi atau haid. Sedangkan darah yang keluar ini dinamakan darah menstruasi atau disingkat darah mens.

Sistem hormonal yang mempengaruhi siklus menstruasi adalah:

1. FSH-RH (follicle stimulating hormone releasing hormone) yang dikeluarkan hipotalamus untuk merangsang hipofisis mengeluarkan FSH
2. LH-RH (luteinizing hormone releasing hormone) yang dikeluarkan hipotalamus untuk merangsang hipofisis mengeluarkan LH
3. PIH (prolactine inhibiting hormone) yang menghambat hipofisis untuk mengeluarkan prolaktin

Pada setiap siklus menstruasi, FSH yang dikeluarkan oleh hipofisis merangsang perkembangan folikel-folikel di dalam ovarium (indung telur). Pada umumnya hanya 1 folikel yang terangsang namun dapat perkembangan dapat menjadi lebih dari 1, dan folikel tersebut berkembang menjadi folikel de graaf yang membuat estrogen. Estrogen ini menekan produksi FSH, sehingga hipofisis mengeluarkan hormon yang kedua yaitu LH. Produksi hormon LH maupun FSH berada di bawah pengaruh releasing hormones yang disalurkan hipotalamus ke hipofisis. Penyaluran RH dipengaruhi oleh mekanisme umpan balik estrogen terhadap hipotalamus. Produksi hormon gonadotropin (FSH dan LH) yang baik akan menyebabkan pematangan dari folikel de graaf yang mengandung estrogen.

Estrogen mempengaruhi pertumbuhan dari endometrium. Di bawah pengaruh LH, folikel de graaf menjadi matang sampai terjadi ovulasi. Setelah ovulasi terjadi, dibentuklah korpus rubrum yang akan menjadi korpus luteum, di bawah pengaruh hormon LH dan LTH (luteotrophic hormones, suatu hormon gonadotropik). Korpus luteum menghasilkan progesteron yang dapat mempengaruhi pertumbuhan kelenjar endometrium. Bila tidak ada pembuahan maka korpus luteum berdegenerasi dan mengakibatkan penurunan kadar estrogen dan progesteron. Penurunan kadar hormon ini menyebabkan degenerasi, perdarahan, dan pelepasan dari endometrium. Proses ini disebut haid atau menstruasi. Apabila terdapat pembuahan dalam masa ovulasi, maka korpus luteum tersebut dipertahankan.

A. Tanda – tanda Kehamilan

Ada tiga kategori:

1. **Presumtif (perubahan yang dirasakan wanita atau tanda subyektif)**
 - a. Amenore
 - b. Keletihan

- c. Nyeri payudara
- d. Pembesaran payudara
- e. *Morning sickness*
- f. *Quickening*, sering dilukiskan sebagai suatu gerakan bayi atau tanda kehidupan pertama kali dirasakan pada ibu multipara pada minggu ke-14 sampai ke-16. Pada ibu nulipara mungkin tidak memperhatikan sensasi ini pada minggu ke-18 atau lebih.

2. Probability (perubahan yang bisa diobservasi oleh pemeriksa atau obyektif)

- a. Tanda Hegar, istmus melunak dan dapat ditekan dengan pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher*, biasanya diidentifikasi pada sekitar minggu ke-7 dan ke-8 gestasi.
- b. *Ballottement*, adalah teknik memalpasi suatu struktur terapung dengan menekan perlahan struktur tersebut dan merasakan pantulannya. Gerakan pasif janin yang belum *engaged* ini biasanya dapat diidentifikasi pada minggu ke – 16 dan ke – 18 gestasi.
- c. Tes kehamilan
- d. Tanda Goodell : serviks melunak diidentifikasi dengan pemeriksaan dalam antara minggu ke-7 dan ke-8 gestasi.
- e. Tanda Chadwick, serviks terlihat kebiruan.
- f. Tanda Mc Donald, fundus pada serviks mudah fleksi.
- g. Tanda Braxton Hicks, adalah kontraksi uterus, dapat diraba atau dirasakan pada dinding abdomen atau terlihat karena ada desakan uterus yang ke depan.

3. POSITIF

- a. Ultra Sonografi, saat dilakukan USG terlihat rangka janin.
- a. Denyut jantung janin, dapat didengar menggunakan doptone, fetoskop ultrasound. Detik jantung janin terdengar paling keras didaerah punggung janin. Detik jantung janin dihitung selama 5 detik dilakukan 3 kali berurutan selang 5 detik sebanyak 3 kali. Hasil pemeriksaan detik jantung janin 10 – 12 – 10 berarti frekuensi detik jantung janin $32 \times 4 = 128$ kali per menit. Frekuensi detik jantung janin normal **120 – 160** kali per menit.
- b. Pemeriksa meraba dan merasakan gerakan bayi

Pemeriksaan Kehamilan

1. HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Riwayat menstruasi yang lengkap diperlukan untuk menentukan taksiran persalinan (TP). TP ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT). Untuk menentukan TP berdasarkan HPHT dapat digunakan rumus Neagle, yaitu :

- a. Jika HPHT di bulan ke-1 sampai ke-3 (Januari – Maret), maka menggunakan rumus : tanggal ditambah 7, bulan ditambah 9, tahun ditambah 0 atau tetap.
- b. Jika HPHT di bulan ke-4 sampai ke-12 (April – Desember), maka menggunakan rumus : tanggal ditambah 7, bulan dikurang 3, tahun ditambah satu.

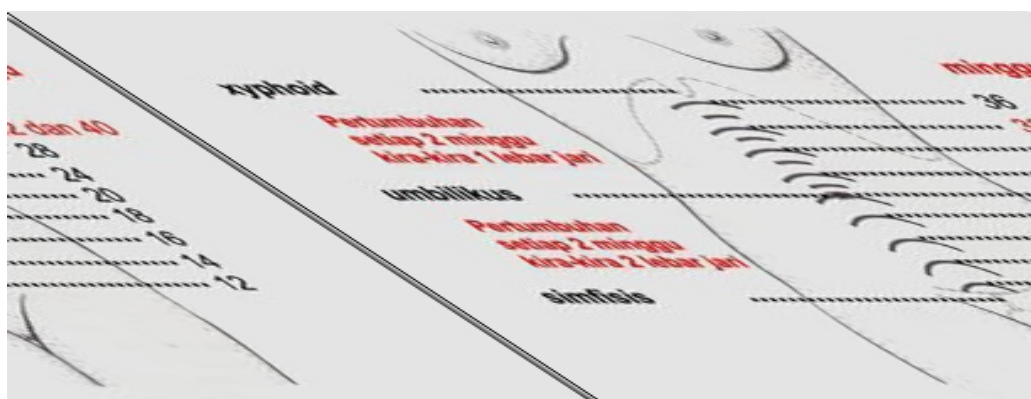
Contoh :

- a. HPHT 1 Februari 2011 berarti taksiran persalinan sekitar tanggal 8 November 2011.
- b. HPHT 30 Agustus 2011 berarti taksiran persalinan sekitar tanggal 6 Juni 2012.

2. Teknik Mc. Donald

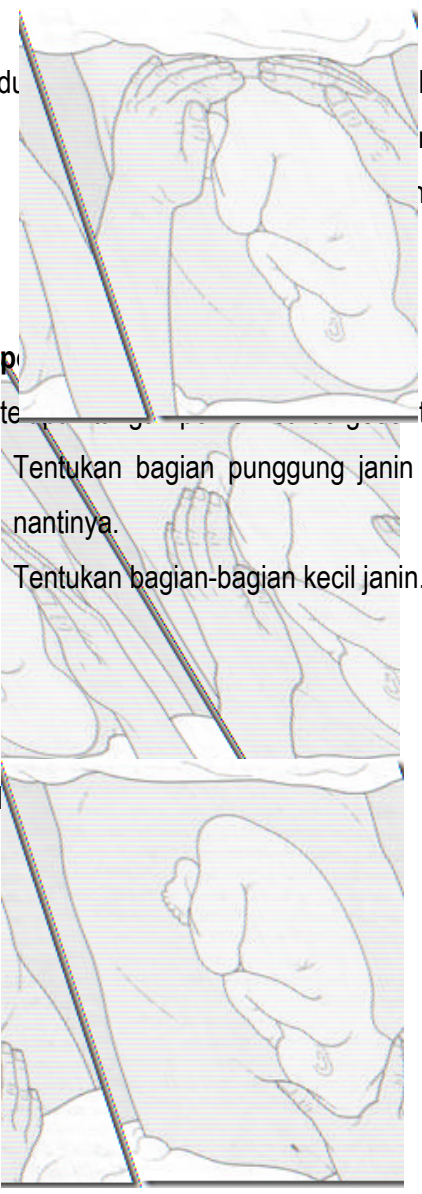
Aturan McDonald dapat digunakan oleh beberapa pemeriksa untuk menguatkan ketepatan pengukuran tinggi fundus selama trimester kedua dan ketiga. Pengukuran tinggi fundus juga memungkinkan perkiraan usia kehamilan kasar.

Karena selama trimester kedua uterus sudah keluar keluar rongga panggul atau ke abdomen. Pengukuran tinggi uterus dilakukan dipakai suatu indicator kemajuan pertumbuhan janin. Pengukuran menggunakan meteran atau pelvimeter untuk mengukur tinggi fundus. Penempatan meteran bervariasi, biasanya meteran diletakkan di bagian tengah abdomen wanita dan pengukuran dilakukan dengan mengukur dari batas atas simfisis pubis sampai ke batas atas fundus.



Rumus Mc Donald biasanya digunakan untuk mengetahui usia kehamilan.

3. Teknik Leopold :



The image contains three diagrams illustrating Leopold's maneuvers. The top diagram shows a clinician's hands palpating the upper abdomen. The middle diagram shows hands palpating the lower abdomen. The bottom diagram shows hands palpating the lower abdomen from a different angle.

Kedu kkan pada puncak fundus uteri.
ri untuk menentukan usia kehamilan.
ng berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau

Leop
Kedua te turun kebawah sampai disamping kiri dan kanan umbilikus.
Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya.
Tentukan bagian-bagian kecil janin.

Leopol
Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi pasien.
Bagian terendah janin dicekap diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.
Ditentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan ditentukan apakah sudah mengalami engagemen atau belum.

Leopold IV



Pemeriksa merubah posisinya sehingga menghadap ke arah kaki pasien.

Kedua telapak tangan ditempatkan disisi kiri dan kanan bagian terendah janin.

Digunakan untuk menentukan sampai berapa jauh derajat desensus janin.

B. Fertilisasi

Fertilisasi adalah proses penyatuan atau peleburan inti sel telur (ovum) dengan inti sel spermatozoa membentuk makhluk hidup baru yang disebut zigot.

Peristiwa fertilisasi terjadi di saat spermatozoa membuahi ovum di tuba fallopii, terjadilah zigot, zigot membelah secara mitosis menjadi dua, empat, delapan, enam belas dan seterusnya. Pada saat 32 sel disebut morula, di dalam morula terdapat rongga yang disebut blastosol yang berisi cairan yang dikeluarkan oleh tuba fallopii, bentuk ini kemudian disebut blastosit. Lapisan terluar blastosit disebut trofoblas merupakan dinding blastosit yang berfungsi untuk menyerap makanan dan merupakan calon tembuni atau ari-ari (plasenta), sedangkan masa di dalamnya disebut simpul embrio (embrionik knot) merupakan calon janin. Blastosit ini bergerak menuju uterus untuk mengadakan implantasi (perlekatan dengan dinding uterus). Pada hari ke-4 atau ke-5 sesudah ovulasi, blastosit sampai di rongga uterus, hormon progesteron merangsang pertumbuhan uterus, dindingnya tebal, lunak, banyak mengandung pembuluh darah, serta mengeluarkan sekret seperti air susu (uterin milk) sebagai makanan embrio. Enam hari setelah fertilisasi, trofoblas menempel pada dinding uterus (melakukan implantasi) dan melepaskan hormon korionik gonadotropin. Hormon ini melindungi kehamilan dengan cara menstimulasi produksi hormon estrogen dan progesteron sehingga mencegah terjadinya menstruasi. Trofoblas kemudian menebal beberapa lapis, permukaannya berjonjot dengan tujuan memperluas daerah penyerapan makanan. Embrio telah kuat menempel setelah hari ke-12 dari fertilisasi.

Penentuan Sex

Setelah persenyawaan antara sperma dan sel telur yang biasanya terjadi di ampulla tubae maka sel telur disebut zigot, dimana zigot adalah sel telur yang sudah dibuahi oleh sperma.

Sebelum terjadi fertilisasi sel telur maupun sperma telah mengalami proses pematangan yang tidak hanya berwujud dalam perubahan bentuk tapi juga perubahan dari jumlah kromosom.

Induk dari sel telur disebut oogonium, yang menghasilkan sebuah sel telur dan 3 buah benda polar yang hanya mempunyai separuh kromosom dari sel biasa.

Induk sel mani ialah spermatogonium yang menghasilkan 4 ekor spermatozoa juga dengan separuh kromosom dari sel biasa.

Setelah fertilisasi maka zigot mempunyai 46 buah kromosom lagi, 23 buah dari sel telur. Karena kromosom yang menentukan sifat-sifat makhluk, maka dapat difahami bahwa zigot yang kelak akan menjadi anak untuk sebagian mempunyai sifat-sifat dari ayah dan sebagian mempunyai sifat ibu.

Sifat kelamin dari anak sudah ditentukan pada waktu fertilisasi dan bukan oleh sel telur, melainkan oleh sel mani. Sel-sel pria maupun wanita mempunyai 46 buah kromosom ialah 22 pasang kromosom biasa dan sepasang sex kromosom.

Perbedaan antara sel pria dan sel wanita terletak pada sex kromosom :

- Sel pria mempunyai sepasang sex kromosom yang berlainan jadi 22 pasang kromosom biasa dan sebuah X sex kromosom dan sebuah Y sex kromosom
- Sel wanita mempunyai selkromosom 22 pasang kromosom biasa dan dua buah X sex kromosom

Dalam proses pematangan dari ovum dan spermatozoa terjadilah pembagian reduksi, pembagian sedemikian rupa hingga sel-sel baru hanya mempunyai separuh dari jumlah kromosom yang biasa. Dengan demikian sel telur yang matang mempunyai 22 buah kromosom biasa dan sebuah X kromosom, tetapi sel mani yang matang ada 2 macam ialah :

Sel mani dengan 22 buah kromosom biasa dengan sebuah X kromosom, dan sel mani dengan 22 buah kromosom biasa dengan Y kromosom.

Jika spermatozoa dengan 22 buah kromosom biasa dan sebuah X kromosom membuahi sebuah sel telur maka terjadilah zigot dengan 44 kromosom biasa dan 2 buah X kromosom, nyatalah bahwa zigot ini akan menjadi anak perempuan.

Jika spermatozoa dengan 22 buah kromosom biasa dan sebuah X kromosom membuahi sebuah sel telur maka terjadilah zigot dengan 44 kromosom biasa, sebuah X kromosom dan sebuah Y kromosom, maka zigot ini akan menjadi anak laki-laki.

A

B

Fertilisasi :

A : ovum difertilisasi oleh spermatozoa berkromosom X untuk membentuk zigot wanita.

B : ovum difertilisasi oleh sperma berkromosom Y untuk membentuk zigot pria.

C. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin dalam Kandungan

Proses bersatunya inti ovum dan inti sperma disebut konsepsi (pembuahan), yang merupakan awal dari proses kehamilan. Proses terjadinya pembuahan sampai pertumbuhan janin diuraikan berikut ini.

- **Minggu pertama:** Masa haid terakhir selama 5-7 hari. Pada fase ini, seorang wanita harus memperhatikan tanggal dari hari pertama haid terakhir. Penanggalan ini akan digunakan untuk menentukan usia kehamilan menurut rumus Naegele.
- **Minggu ke-2 dan ke-3:** Minggu ke-2 dan ke-3 merupakan masa subur, jika siklus seseorang terjadi selama 28-35 hari. Pada fase ini akan terjadi proses ovulasi dan dilanjutkan dengan konsepsi di saluran telur. Hasil konsepsi akan berkembang dengan cara pembelahan sel, mulai dari 1 sel menjadi 2, 4, 8 sampai membentuk sekelompok sel yang bergerak dari saluran telur menuju rongga rahim. Kelompok sel ini akan melekat (bernidasi) pada dinding rahim.
- **Minggu ke-4:** Kelompok sel akan berkembang menjadi embrio kecil dan melekat pada lapisan dinding rahim.
- **Minggu ke-5:** Terjadi pembentukan awal embrio (manusia dini) yang sudah memiliki sistem vaskuler (peredaran darah). Pada fase ini, seorang wanita tidak akan mengalami menstruasi (haid terhenti). Jika dilakukan uji kehamilan secara klinis akan diperoleh hasil yang positif. Pada fase ini pun sudah terbentuk kantung ketuban yang terdiri dari dua selaput tipis. Selaput ini berisi air ketuban tempat bayi terapung di dalam rahim. Air ketuban akan menjaga bayi dari cedera akibat benturan luar selama kehamilan.

- **Minggu ke-6:** Terbentuk tulang belakang, kepala besar yang mengandung otak rudimenter, bakal tangan kaki, serta soket untuk mata dan telinga. Jantung sedang dibentuk, pada USG akan terdengar denyut jantung yang kuat. Plasenta (ari-ari) tampak lebih besar dari embrio.
- **Minggu ke-8:** Terjadi pembentukan semua organ besar dan bagian-bagian organ ginjal. Kelopak mata telah menyatu untuk melindungi kedua matanya. Hidung, telinga, dan jari-jari mulai terbentuk. Kepala mulai menunduk ke arah dada. Wajah dan jari-jari sudah berkembang. Embrio tampak seperti manusia yang meningkat menjadi janin. Pada fase ini sudah terjadi gerakan janin, tetapi terlalu lembut untuk dapat dirasakan oleh sang ibu. Panjang janin mencapai 2,5 cm.
- **Minggu ke-10:** Pada masa ini, kegiatan jantung janin hampir dapat terdeteksi dengan dengan peralatan yang menggunakan prinsip Doppler ultrasonik. Sirkulasi darah melalui tali pusat. Jari-jari dan kuku sudah terlihat dan ukuran kepala masih belum proporsional.
- **Minggu ke-12:** Daun telinga mulai terbentuk, kelopak mata masih melekat, leher dan alat kelamin luar mulai terbentuk. Pada masa ini, ginjal janin mulai berfungsi. Janin sudah lebih aktif, tetapi masih belum dapat dirasakan oleh sang ibu. Berat ari-ari 6 kali berat janin. Kantung ketuban berisi sekitar 100 ml air ketuban. Panjang janin sekitar 9 cm.
- **Minggu ke- 14:** Rasa nyeri payudara sudah hilang. Kulit puting susu dan sekitar areola akan terlihat lebih gelap. Pada masa ini, perut ibu mulai bertambah gendut dan sudah terlihat hamil.
- **Minggu ke- 16:** Alat kelamin luar sudah terbentuk, hidung dan telinga tampak jelas, kulit merah, rambut mulai tumbuh, dan semua bagian sudah terbentuk lengkap. Pada masa ini plasenta (ari-ari) sudah terbentuk sempurna, yang merupakan akar janin untuk tumbuh dan berkembang dengan baik dalam rahim. Kadang-kadang terjadi gerakan yang tidak teratur. Pada kehamilan pertama, gerakan semacam ini tidak terasa oleh sang ibu. Rambut-rambut yang halus (lanugo) mulai tumbuh. Berat janin sama dengan berat ari-ari. Pembuluh darah terlihat dengan jelas pada kulit janin yang tipis. Panjang janin mencapai 16-18 cm.
- **Minggu ke-20:** Kulit makin tebal, rambut kepala mulai tumbuh, rambut halus (lanugo) mulai tampak. Untuk pertama kalinya, getaran janin mulai dirasakan oleh sang ibu (seperti kepak sayap kupu-kupu). Jika tidak merasakan adanya gerakan janin, jangan khawatir karena kondisi ini tidak selalu terjadi. Bola dan alis mata sudah tumbuh. Panjang janin sekitar 25 cm.
- **Minggu ke- 22:** Telinga bagian dalam sempurna. Janin sudah mulai bias mendengar suara dari luar.
- **Minggu ke-24:** Kelopak mata terpisah, tumbuh alis dan bulu mata, kulit khas berkerut-kerut, dan lemak tertumpuk di bagian bawahnya. Kepala besar dan panjang janin mencapai 30 cm.

Jika janin ini lahir, akan berusaha untuk bernafas, tetapi akan meninggal setelah beberapa jam dilahirkan.

- **Minggu ke- 28:** Janin dapat mengisap jari. Kulit tipis merah ditutupi lemak yang disebut verniks. Pertumbuhan kepala mulai lambat, ukurannya sebanding dengan ukuran tubuhnya . Organ dalam sudah lengkap. Berat janin mencapai 1000 gram. Jika janin ini lahir dapat bertahan hidup dengan perawatan khusus. Panjang janin mencapai 35 cm. Pada usia 28 minggu, janin masih leluasa berputar di dalam rahim ibu.
- **Minggu ke- 32:** Janin masih mempunyai cukup ruang untuk berenang bebas dalam air ketuban, menendang, dan jungkir balik. Sebagian besar, janin akan berada pada posisi siap lahir, yaitu kepala di bawah dan kaki di atas. Kulit janin merah dan keriput. Jika lahir, tampak seperti orang tua kecil (little old man). Panjang janin mencapai 40-43 cm.
- **Minggu ke- 34:** Cahaya akan tersaring masuk ke dalam rongga rahim. Janin lebih banyak bergerak dan mata berkembang sepenuhnya.
- **Minggu ke- 36:** Badan menjadi lebih bulat, kerutan di wajah hilang karena lemak menutupi kulit sekeliling bayi dan menutupi wajahnya. Janin yang dikandung oleh sebaiaian wanita yang hamil untuk pertama kalinya akan mengalami penurunan, yaitu turunnya kepala ke rongga panggul (bayi sudah "turun") Umumnya testis (buah pelir) janin laki-laki sudah turun ke skrotum. Turunnya buah pelir ini dapat terjadi pula sampai mendekati kelahiran. Pada masa ini disebut bayi prematur. Panjang janin sekitar 46 centimeter dan beratnya 2.5 kilogram.
- **Minggu ke- 38:** Tendangan keras berkurang dan kepala janin mulai masuk ke dalam panggul.
Minggu ke- 40: Janin telah berkembang sempurna dan siap lahir. Hari kelahirannya sudah dekat. Secara umum sebaiaian lanugo sudah hilang , tetapi pelindung verniks masih ada sampai bayi lahir. Umumnya, panjang bayi yang lahir mencapai 48 - 50 centimeter (ukurang orang Indonesia) dan berat badannya sekitar 2750 - 3000 gram.

D. Adaptasi Perubahan Fisiologi dan Psikologi pada Ibu Hamil

Pada saat hamil akan terjadi **perubahan fisik** dan hormon yang sangat berubah drastis. Kehamilan di bagi atas 3 trimester yaitu trimester I, trimester II, dan trimester III.

Gejala pada **trimester I** umumnya adalah sering mual dan muntah, payudara membesar, sering buang air kecil, sering cepat lelah. Emosi tidak stabil, lebih sering cepat marah, penurunan libido seksual.

Pada **trimester II**, terjadi penambahan berat badan yang sangat signifikan karena nafsu makan yang meningkat tajam, payudara yang semakin besar diikuti dengan perut bagian bawah yang terlihat semakin membesar. Bayi kadang – kadang terasa bergerak, denyut jantung meningkat, kaki, tumit,

betis kadang membengkak. Gatal pada permukaan kulit di bagian perut. Kadang disertai dengan sakit pinggang dan gangguan pada pembuangan air besar/sembelit. Emosi menjadi lebih stabil dan seluruh perhatian tertuju pada sang bayi yang akan lahir.

Pada **trimester III**, bayi mulai menendang – nendang, payudara semakin besar dan kencang, puting susu semakin hitam dan membesar, kadang – kadang terjadi kontraksi ringan dan suhu tubuh dapat meningkat. Cairan vagina meningkat dan kental. Emosi mulai tidak stabil, perasaan gembira disertai cemas menunggu kelahiran sang bayi.

Perubahan pada Organ-Organ Sistem Reproduksi

- **Uterus**

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas / kelenturan uterus.

Taksiran kasar perbesaran uterus pada perubahan tinggi fundus :

- tidak hamil / normal : sebesar telur ayam (+ 30 g)
- kehamilan 8 minggu : telur bebek
- kehamilan 12 minggu : telur angsa
- kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
- kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xyphoid
- kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-xyphoid
- 36-42 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

Ismus uteri, bagian dari serviks, batas anatomik menjadi sulit ditentukan, pada kehamilan trimester I memanjang dan lebih kuat. Pada kehamilan 16 minggu menjadi satu bagian dengan korpus, dan pada kehamilan akhir di atas 32 minggu menjadi segmen bawah uterus. Vaskularisasi sedikit, lapis muskular tipis, mudah ruptur, kontraksi minimal -> berbahaya jika lemah, dapat ruptur, mengancam nyawa janin dan nyawa ibu.

Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlemukan akibat progesteron (-> tanda Hegar), warna menjadi livide / kebiruan. Sekresi lendir serviks meningkat pada kehamilan memberikan gejala keputihan.

- **Vagina / vulva**

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, warna merah kebiruan (tanda Chadwick).

- **Ovarium**

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

- **Payudara**

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Mammae membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor. Puting susu membesar dan menonjol. (beberapa kepustakaan tidak memasukkan payudara dalam sistem reproduksi wanita yang dipelajari dalam ginekologi)

Peningkatan Berat Badan Selama Hamil

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ / cairan intrauterin.

Berat janin + 2.5-3.5 kg, berat plasenta + 0.5 kg, cairan amnion + 1.0 kg, berat uterus + 1.0 kg, penambahan volume sirkulasi maternal + 1.5 kg, pertumbuhan mammae + 1 kg, penumpukan cairan interstisial di pelvis dan ekstremitas + 1.0-1.5 kg.

Perubahan pada Organ-Organ Sistem Tubuh Lainnya

- **Sistem respirasi**

Kebutuhan oksigen meningkat sampai 20%, selain itu diafragma juga terdorong ke kranial -> terjadi hiperventilasi dangkal (20-24x/menit) akibat compliansi dada (chest compliance) menurun. Volume tidal meningkat. Volume residu paru (functional residual capacity) menurun. Kapasitas vital menurun.

- **Sistem gastrointestinal**

Estrogen dan hCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, selain itu terjadi juga perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar / perasaan ingin makan terus (mengidam), juga akibat peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum).

- **Jantung dan pembuluh darah.**

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya (cardiac output, curah jantung) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada kehamilan 16-28 minggu. Karena curah jantung meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit).

Perubahan auskultasi mengiringi perubahan ukuran dan posisi jantung. Peningkatan volume darah dan curah jantung juga menimbulkan perubahan hasil auskultasi yang umum terjadi selama masa hamil. Bunyi *splitting* S₁ dan S₂ lebih jelas terdengar. S₃ lebih jelas terdengar setelah minggu ke-20 gestasi. Selain itu, murmur ejeksi sistolik tingkat II dapat terdengar di atas daerah pulmonal.

Antara minggu ke-14 dan ke-20, denyut meningkat perlahan, mencapai 10 – 15 kali per menit, kemudian menetap sampai aterm. Dapat timbul palpitasi.

- **Traktus urinarius**

Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi meningkat sampai 60%-150%. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun hal ini dianggap normal.

- **Kulit**

Peningkatan aktifitas melanophore stimulating hormon menyebabkan perubahan berupa

hiperpigmentasi pada wajah (kloasma gravidarum), payudara, linea alba (-> linea grisea), striae lividae pada perut, dsb.

Berikut kondisi **psikologis bumil** yang umum dialami, dan sebaiknya pasutri mempersiapkan secara psikis menjelang kehamilan:

- **Trimester pertama**

- Bumil mengalami kondisi psikis campur-aduk, antara cemas, bahagia, dan ragu dengan kehamilannya. Ia mengetahui kemunculan tanda kehamilan, namun masih ragu apakah positif hamil atau tidak.
- Bumil mengalami fluktuasi emosi, risikonya akan muncul pertengkaran atau rasa tidak nyaman. Dengan komunikasi yang baik, pasutri bisa menyiapkan kondisi ini berjalan lebih baik.
- Bumil mengalami perubahan hormonal, yang akan juga mempengaruhi psikis perempuan.
- Bumil mengalami *morning sickness*, jadi perempuan membutuhkan dukungan suami untuk menjalani kondisi yang juga akan berpengaruh pada psikis perempuan.

- **Trimester kedua**

- Bumil mulai lebih tenang dan bisa beradaptasi dengan perubahan kondisi dan kehamilannya.
- Bentuk tubuh mulai berubah. Untuk ibu yang fokus pada penampilannya, kondisi ini bisa mempengaruhi psikis dan emosinya. Perubahan bentuk tubuh juga mempengaruhi kehidupan seksual, karena itu pasutri perlu melakukan penyesuaian agar hubungan seks menyenangkan bagi keduanya. Hubungan ibu dengan bayi juga mulai terjalin pada masa ini. Mengajak janin bicara atau mendengarkan musik misalnya, bisa membangun hubungan lebih dekat, dan mempengaruhi bumil agar lebih nyaman dengan kehamilannya.
- Bumil akan mulai melihat dan meniru peran ibu, karena kebutuhannya akan figur ibu semakin kuat.
- Bumil akan semakin bergantung kepada pasangannya.

- **Trimester ketiga**

- Kehamilan semakin membesar, begitupun dengan stres pada bumil. Seringkali kondisi ini membuat bumil bermasalah dengan posisi tidur yang kurang nyaman, sehingga bumil mudah terserang lelah.
- Emosi bumil juga kembali fluktuatif. Kali ini bumil lebih membayangkan risiko kehamilan dan proses persalinan. Rasa takut mulai muncul, bukan hanya ketakutan atas risiko kondisi bayi namun juga keselamatan bumil untuk melewati proses persalinan.
- Bumil perlu *release* dan berserah agar lebih tenang menjelang proses persalinan. Sebab dalam beberapa hal ada yang sifatnya genetik, sehingga tidak bisa dikendalikan," tandas Romi

E. Nutrisi pada Ibu Hamil

Nutrisi merupakan suatu dari banyak factor yang ikut mempengaruhi hasil akhir kehamilan. Status nutrisi dipengaruhi oleh banyak factor. Factor-faktor yang membuat nutrisi seorang wanita beresiko, seperti kemiskinan, kurang pendidikan, lingkungan yang buruk, kebiasaan makan yang aneh, dan kondisi kesehatan yang buruk akan terus berpengaruh pada status gizi dan pertumbuhan serta perkembangan janin.

Kebutuhan nutrisi selama kehamilan diperlukan untuk kesehatan ibu dan janin, peningkatan berat badan yang diperlukan ibu hamil dimana 40% peningkatan berat badannya diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta, cairan ketuban, uterus, payudara, lemak tubuh, darah dan cairan, serta persiapan untuk menyusui.

Apabila kebutuhan nutrisi selama kehamilan dapat terpenuhi, maka resiko komplikasi pada ibu hamil (pre eklamsi, anemia, perdarahan), angka kematian dan kesakitan pada janin dan bayi (BBLR, IUGR, IUFD, mental retardation, cacat malformasi) dapat diminimalisasi.

1. Peningkatan berat badan dan perkembangan janin

Peningkatan berat badan trimester kedua dan ketiga merupakan petunjuk penting perkembangan janin. Peningkatan berat badan yang berhubungan dengan peningkatan resiko melahirkan bayi tumbuh terhambat sering disebut retardasi pertumbuhan intrauterine (*intrauterine growth retardation* [IUGR]). Di lain pihak, peningkatan berat badan yang terlalu tinggi pada masa hamil dikaitkan dengan meningkatnya insiden bayi berat badan berlebih, sehingga meningkatkan resiko disporposi fetopelvis, resiko operasi pada proses melahirkan (pemakaian forsep), trauma melahirkan, asfiksia, dan mortalitas.

Hubungan antara peningkatan berat badan pada masa hamil dan perkembangan janin bervariasi menurut berat dan tinggi badan sebelum hamil. Metode yang baik untuk mengkaji peningkatan berat

badan normal pada masa hamil ialah dengan memakai hubungan antara berat terhadap tinggi wanita tersebut sebelum hamil atau memakai *body Mass Index* [BMI] (Russo, 1985).

Kategori batas-batas BMI yang direkomendasikan oleh *Institute of Medicine*, yaitu :

Rekomendasi Rentang Peningkatan Berat Badan Total untuk Wanita Hamil		
Kategori Berat terhadap Tinggi sebelumnya	Peningkatan Total yang Direkomendasikan	
	PON	KG
• Ringan / Underweight (BMI < 19,8)	28 – 40	12,5 – 18
• Normal (BMI 19,8 – 26)		
• Tinggi / Overweight (BMI 26 – 29)	25 – 35	11,5 – 16
• Gemuk / obesitas (BMI > 29)	15 – 25	7 – 11,5
	≥ 15	≥ 7

2. Pola Peningkatan Berat Badan

Kecepatan peningkatan berat badan yang direkomendasikan :

a. Trimester I

Peningkatan berat badan mencapai 1 – 2 kg selama trimester pertama dan kemudian 0,4 kg perminggu untuk wanita yang memiliki BMI Normal.

b. Trimester II & III

- Underweight : 0,5 kg/minggu
- Berat Badan Normal : 0,4 kg/minggu
- Overweight : 0,3 kg/minggu
- Obesitas : 0,25 kg/minggu

Peningkatan berat badan yang menyolok kemungkinan disebabkan oleh retensi cairan yang berlebihan. Peningkatan lebih dari 3 kg per bulan, khususnya setelah minggu ke – 20 gestasi , dapat mengindikasikan masalah yang serius, seperti hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy-induced hypertension* [PIH]), dan diabetes saat kehamilan.

3. Peningkatan kebutuhan nutrient pada masa hamil

Untuk mengakomodasi perubahan yang terjadi selama masa hamil, banyak nutrient diperlukan dalam jumlah yang lebih besar daripada jumlah yang dibutuhkan orang dewasa normal. Perubahan yang terjadi pada semua sistem organ utama ibu memungkinkan perkembangan janin dan pemeliharaan kesehatan ibu yang optimal. Laju metabolic basal (*basal metabolic rate* [BMR]) meningkat sekitar 20% selama masa hamil. Peningkatan ini sudah termasuk pemakaian energy untuk sintesis jaringan. Rekomendasi untuk meningkatkan asupan nutrient tertentu selama masa hamil telah diatur oleh *National Research Council* (1989) dalam bentuk RDA.

Rekomendasi Nutrisi selama Masa Hamil

Nutrient	RDA untuk		Alasan peningkatan kebutuhan	Sumber-sumber makanan
	wanita tidak hamil (25-50 th)	RDA untuk wanita hamil		
• Kalori (kkal)	2200	2200 trimester I, 2500 trimester II, III	Peningkatan kebutuhan energy untuk pertumbuhan janin dan produksi susu	Karbohidrat, lemak, protein
• Protein (g)	50	60	Sintesis produk konsepsi; janin, cairan amnion, plasenta, pertumbuhan jaringan maternal, uterus, payudara, sel-sel darah merah, protein plasma	Daging, telur, susu, kacang polong, buncis, kacang tanah, kacang-kacangan,
• Mineral kalsium (mg)	800	1200	Pembentukan bakal skelet janin dan bakal gigi, mempertahankan tulang ibu dan mineralisasi gigi	padi-padian
• Besi (mg)	15	30	Pembentukan hemoglobin ibu, penyimpanan besi di hati janin	Susu, keju, yogurt, ikan sardine atau ikan lain, sayur-

				sayuran
• Seng (mg)	12	15	Komponen berbagai sistem enzim; kemungkinan penting untuk mencegah malformasi congenital	Hati, daging, roti, sereal, buah-buahan, sayur-sayuran,
• Vit . D	5	10	Digunakan dalam absorpsi kalsium dan fosfor, terutama penting untuk meningkatkan mineralisasi	kacang polong Hati, kerang, gandum, susu
• Vit. C	60	70	Pembentukan jaringan dan integritas jaringan, pembentukan jaringan ikat, peningkatan absorpsi besi	Susu, margarine, kuning telur, mentega, hati,
• Asam folat (µg)	180	400	Pembentukan sel darah merah meningkat, untuk mencegah anemia makrositik atau megaloblastik	makanan laut Buah jeruk, strawberry, melon, brokoli, tomat, lada
• DII				Sayuran berdaun hijau, jeruk, brokoli, asparagus, hati

1. Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil

Menurut Depkes RI (1995) dalam Program Perbaikan Gizi Makro menyatakan bahwa Kurang Energi Kronis merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu.

KEK dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (bumil). Pada ibu hamil lingkaran lengan atas digunakan untuk memprediksi kemungkinan bayi yang dilahirkan memiliki berat

badan lahir rendah. Ibu hamil diketahui menderita KEK dilihat dari pengukuran LILA, adapun ambang batas LILA WUS (ibu hamil) dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai resiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lebih rendah (BBLR). BBLR mempunyai resiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak.

Pengukuran LILA dilakukan dengan melingkarkan pita LILA sepanjang 33 cm, atau meteran kain dengan ketelitian 1 desimal (0,1 cm). Saat dilakukan pengukuran, ibu hamil pada posisi berdiri dan dilakukan pada titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku lengan kiri, jika ibu hamil yang bersangkutan tidak kidal.

Sebaliknya jika dia kidal, pengukuran dilakukan pada lengan kanan. Hal ini dilakukan untuk memperkecil bias yang terjadi, karena adanya pembesaran otot akibat aktivitas, bukan karena penimbunan lemak. Demikian juga jika lengan kiri lumpuh, pengukuran dilakukan pada lengan kanan.

Lingkar lengan atas merupakan indikator status gizi yang digunakan terutama untuk mendeteksi kurang energi protein pada anak-anak dan merupakan alat yang baik untuk mendeteksi wanita usia subur dan ibu hamil dengan resiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Hal ini sesuai dengan Depkes RI (1994) yang dikutip oleh I Dewa Nyoman Supariasa, bahwa pengukuran LILA pada kelompok wanita usia subur (WUS) adalah salah satu cara deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok beresiko kekurangan energi kronis (KEK).

F. Askep pada Ibu Hamil

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang adekuat	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nutrisi dapat terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan mual dan muntah ▪ Konjungtiva anemis dan mukosa bibir kering 	<p>1) Kaji pola nutrisi klien</p> <p>2) Kaji makan yang di sukai dan tidak disukai klien</p> <p>3) Timbang berat badan seminggu sekali</p> <p>4) Anjurkan klien makan sedikit tapi sering Berikan</p>

2.

Resiko tinggi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh b.d output yang berlebih

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam kebutuhan cairan dapat teratasi

Kriteria hasil:

- Membran mukosa bibir

makanan yang disertai dengan suplemen nutrisi untuk meningkatkan kualitas intake nutrisi

- 5) Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk kebutuhan nutrisi janin
- 6) Catat laporan atau hal-hal seperti mual, muntah, nyeri dan distensi lambung
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemenuhan nutrisi
- 8) Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium seperti Hb, Ht dan Albumin
- 1) Kaji tanda-tanda dehidrasi seperti mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis dan peningkatan suhu tubuh

- lembab
 - tanda-tanda vital (TD, S, N dan RR) dalam batas normal
 - tidak ada tanda-tanda dehidrasi
- 2) Pantau intake dan output cairan dalam 24 jam
 - 3) Ukur BB tiap hari pada waktu dan jam yang sama
 - 4) Catat laporan atau hal-hal seperti mual, muntah nyeri dan distorsi lambung.
 - 5) Pantau auskultasi denyut jantung janin
 - 6) Anjurkan klien minum sesuai kebutuhan
 - 7) Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht, K, Na, Cl)

3.

Ketidaknyamanan b.d perubahan fisik dan perubahan hormonal

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam membantu mengurangi rasa ketidaknyamanan

Kriteria hasil

▪

- 1) Monitor derajat ketidaknyamanan
- 2) Anjurkan pasien untuk memakai bra penyokong
- 3) Pantau perawatan putting
- 4) Beritahukan kepada ibu agar menghindari manipulas putting

berlebihan

- 5) Pantau adanya hemoroid (keluhan bengkak, gatal, dan perdarahan)
- 6) Anjurkan pasien untuk posisi dorsal fleksi apabila kaki kram

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien dapat memahami tentang kehamilan

- 1) Evaluasi pengetahuan dan keyakinan budaya saat ini berhubungan dengan perubahan fisiologis/ psikologis yang normal pada keyakinan
- 2) Klasifikasi pemahaman
- 3) Tentukan derajat motivasi untuk belajar
- 4) Pertahankan sikap terbuka terhadap keyakinan klien/ pasangan

Kriteria hasil :

- Klien dapat menjelaskan fisiologis/ psikologis normal
- Klien dapat menunjukkan perilaku perawatan diri sendiri
- Klien dapat mendeteksi dini tanda-tanda kehamilan

4.

Kurang pengetahuan b.d kurangnya informasi atau gambaran tentang kehamilan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
2.	Resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang adekuat	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nutrisi dapat terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan mual dan muntah ▪ Konjungtiva anemis dan mukosa bibir kering 	<p>9) Kaji pola nutrisi klien</p> <p>10)Kaji makan yang di sukai dan tidak disukai klien</p> <p>11)Timbang berat badan seminggu sekali</p> <p>12)Anjurkan klien makan sedikit tapi seringBerikan makanan yang disertai dengan suplemen nutrisi untuk meningkatkan kualitas intake nutrisi</p> <p>13)Menjelaskan pentingnya intake nutrisi yang adekuat untuk kebutuhan nutrisi janin</p> <p>14)Catat laporan atau hal-hal seperti mual, muntah, nyeri dan distensi lambung</p> <p>15)Kolaborasi dengan ahli gizi untuk</p>

pemenuhan nutrisi
16) Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium seperti Hb, Ht dan Albumin

B. PERSALINAN

Merupakan peristiwa yang normal atau fisiologis. Melalui jalan lahir atau vagina. dalam persalinan per vaginam ini juga kecil kemungkinan adanya komplikasi pada bayi, ibu hanya kehilangan sedikit darah, komplikasi pascapersalinan berupa infeksi saluran kencing lebih sedikit, ekonomis, dan nyeri pascapersalinan lebih singkat, sehingga ibu dapat pulang dalam waktu kurang lebih 2 minggu.

Namun adakalanya persalinan spontan ini tidak dapat terjadi karena ditemukan faktor-faktor penghambat saat persalinan yaitu:

- ❑ lingkaran panggul ibu yang sempit (normal 80 – 90 cm)
- ❑ bayi yang besar
- ❑ ibu kelelahan
- ❑ gemeli/bayi kembar (dapat melahirkan secara normal, tapi SC lebih disanakan)
- ❑ placenta previa (placenta menutupi jalan lahir)
- ❑ KPD (ketuban pecah dini)
- ❑ Hipertensi

1. Persalinan Spontan (Kala I sampai IV)

Kala I :

- Pada pembukaan his belum begitu kuat, datangnya setiap 10 – 15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu hingga ia sering masih dapat berjalan. Lambat laun his bertambah kuat :
 - a. Interval menjadi lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama
 - b. Lendir berdarah bertambah banyak (bloody show) yang berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena

pergeseran-pergeseran ketika servis membuka. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase :

1. Fase Laten : Berlangsung selama 8jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai ukuran diameter 3cm.

2. Fase aktif

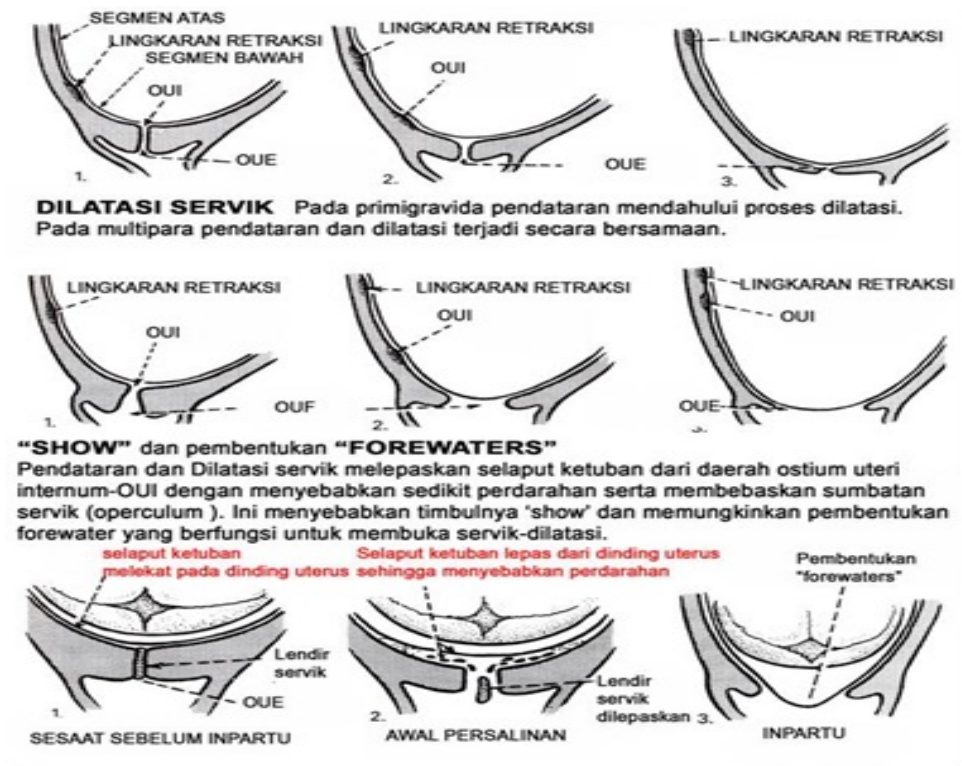
Dibagi menjadi 3 bagian :

a. Fase akselerasi. Dalam waktu 2jam pembukaan 3cmmenjadi 4cm

b. Fase dilatasi maksimal . Dalam waktu 2jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4cm sampai 9cm.

c. Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9cm menjadi lengkap.

Pada kehamilan multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau telah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum mencapai pembukaan 5cm, kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap.



Kala II:

Gejala-gejala kala II yaitu :

- HIS menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya setiap 2-3 menit. Ketuban biasanya pecah dalam kala ini dan ditandai dengan keluarnya banyak cairan yang kekuning-kuningan dan secara tiba-tiba.
- Pasien mulai mengejan
- Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul perinium menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka. Di puncak HIS, bagian kecil dari kepala nampak dalam vulva, tetapi hilang lagi waktu his terhenti. Pada his berikutnya bagian kepala yang nampak lebih besar lagi, tetapi surut kembali kalau his berhenti. Kejadian ini disebut : "kepala membuka pintu". Maju dan surutnya kepala berlangsung terus sampai lingkaran terbesar dari kepala terpegang oleh vulva, sehingga tidak dapat masuk lagi. Saat ini disebut "kepala keluar pintu", karena pada his berikutnya dengan ekstensi lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior.
- Pada saat ini pada primigravidae perinium biasanya tidak dapat menahan renggangan yang kuat ini sehingga robek pada bagian pinggir depannya. Setelah kepala lahir ia jatuh ke bawah dan kemudian terjadi putaran paksi luar, sehingga kepala melintang. Sekarang vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- Pada HIS berikutnya, bahu lahir disusul dengan seluruh badan anak dengan fleksi lateral sesuai dengan paksi jalan lahir.

Para primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam.

Kala III :

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas hanya memakan waktu 2-3 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah :

1. Uterus menjadi bundar
2. Perdarahan, terutama perdarahan yang tiba-tiba dan agak banyak
3. Memanjangnya tali pusat yang lahir

4. Naiknya fundus uteri ; karena plasenta jatuh ke dalam segmen bawah rahim atau bagian atas vagina dan dengan demikian mengangkat uterus yang berkontraksi ; dengan sendirinya lepasnya plasenta bagian tali pusat yang lahie menjadi lebih panjang.

Kala IV :

- Masa 1jam setelah placenta lahir. Dalam kala IV ini penderita masih membutuhkan pengawasanyang intensif karena pendarahan atonia uteri masih mengancam.
- Oleh karena itu penderita masih tetap harus ada dikamar bersalin tidak boleh dipindahkan ke ruangan supaya dapat di awasi dengan baik.

Pengawasan perdarahan :

1. Setelah plasenta lahir hendaknya plasenta
 - Di periksa dengan teliti apakah lengkap atau tidak.
 - Darah yang keluar dari jalan lahir.
 - Fundus uteri : kadang-kadang darah dari cavum uteri tidak dapat mengalir keluar karena terhalang oleh bekuan darah. Dari luar tidak tampak perdarahan tetapi uterus mengembang karena terisi penuh dengan darah sehingga fundus uteri naik.
2. Kontraksi rahim
 - Perdarahan karena atonia uteri hanya mungkin jika konsistensi rahim lunak. Kalau ada perdarahan sedangkan kontraksi rahim baik, maka perdarahan tersebut disebabkan perlukaan
3. Keadaan umum ibu
 - Nadi, pernafasan dan tensi harus terus diawasi : pada perdarahan, nadi menjadi cepat dan kecil, pernafasan cepat sepertiorang sesak nafas, tensi turun, penderita pucat, berkeringat dingin, gelisah dan akhirnya kesadaran berkurang.

C. Patograf

Partograf adalah alat untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan.(saifudin, abdul bari. 2002).

Partograf adalah alat bantu yang di gunakan selama fase aktif persalinan (depkes RI, 2004).

Cara Mencatat temuan pada partograf :

1. *Informasi tentang ibu*

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : “jam” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase late persalinan catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2. Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom, lajur dan skala pada partograf adalah untuk mencatat DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

a) DJJ

Dengan menggunakan metode seperti yang di uraikan pada bagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda – tanda gawat janin).






Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal 180. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali di lakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban pecah.

Catat temuan – temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ.

Gunakan – gunakan lambing berikut ini :

- ❖  : ketuban utuh (belum pecah)
- ❖  : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- ❖  : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium
- ❖  : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- ❖  : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (“kering”)

c) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indicator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya *Cepalo Pelvic Disporportion* (CPD). Ketidakmampuan akomodasi akan benar – benar terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat di pusahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu tangan tanda – tanda disproporsi tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai.

Gunakan lambing lambing berikut :

0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpsi.

1 : tulang – tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat di pisahkan.

3. : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3. Kemajuan persalinan

Menurut Depkes (2004), kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan.

a) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang di jelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering di lakukan jika ada tanda – tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus di tulis digaris waktu yang sesuai dengan jalur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan – temuan dari pemeriksaan dalam yang di lakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.

Dengan menggunakan metode yang di jelaskan di bagian fisik bab ini. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda – tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin.

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya di ikuti dengan turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 4 cm.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada di mulai pada pembukaan serviks 4 jam 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus di mulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus di pertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet, dll). Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang di perlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawat daruratan obstetri. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 lajur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

4. Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak – kotak yang di beri angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu misalnya fase aktif, tertera kotak – kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyebabkan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catat waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.

5. Kontraksi uterus

□□□□ Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi.

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai.

6. Obat – obatan dan cairan yang di berikan

□□□□ Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat – obat lainnya dan cairan IV.

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah di mulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang di berikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

b) Obat – obatan lain dan cairan IV

catat semua pemberian obat – obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7. Kesehatan dan kenyamanan ibu

□□□□ Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan keehatan dan kenyamanan.

a) Nadi, tekanan darah, dan temperature tubuh.

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan.

2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan.

3) Nilai dan catat temperature tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau di anggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperature tubuh dalam kotak yang sesuai.

b) Volume urine, protein atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih).

8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik mencakup :

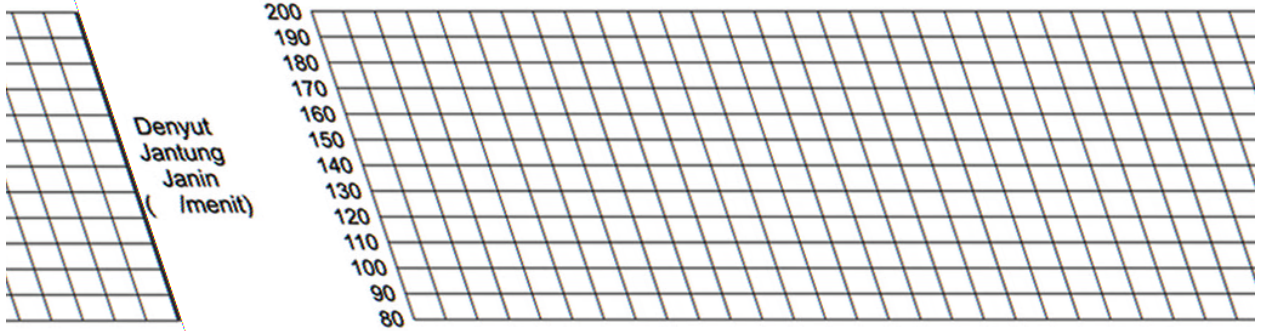
- a. Jumlah cairan peroral yang di berikan.
- b. Keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan) kabur.
- c. Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (dokter obsgyn, bidan, dokter umum).
- d. Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- e. Upaya rujukan.

Pencatatan pada lembar belakang partograf :

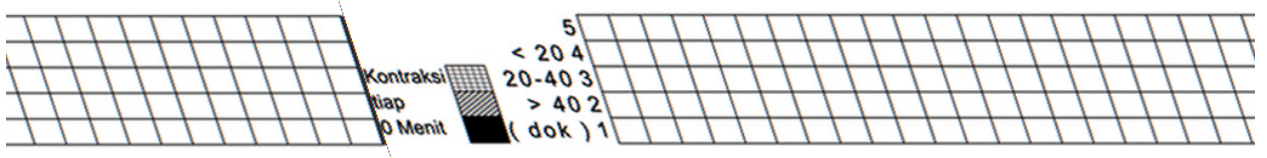
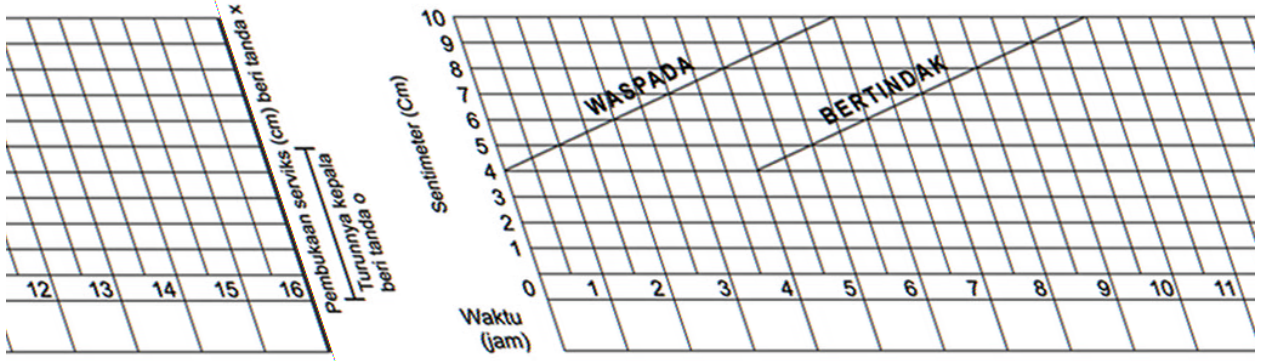
Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal – hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan – tindakan yang di lakukan sejak pesalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini di sebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang di berikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutamanya pada pemantaun kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan). Selain itu, catatan persalinan(yang sudah di isi dengan lengkap dan tepat) dapat pula di gunakan untuk menilai atau memantau sejauh mana telah di lakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman.

PARTOGRAF

No. Register _____ Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas _____ Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

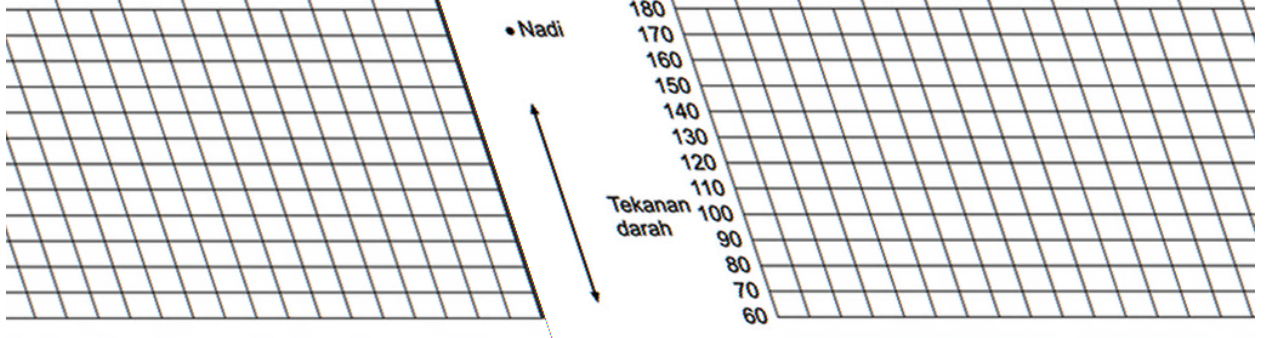


Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin — Protein _____
 — Aseton _____
 — Volume _____

D. Persalinan Buatan

a. PERSALINAN DENGAN VACUM ECXTRASI

❖ *Definisi*

Ekstraksi Vacum adalah suatu persalinan buatan, janin dilahirkan dengan ekstraksi tenaga negatif (vacum) di kepalanya. (*Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1 ; 3*)



- ❖ Ekstraksi Vacum adalah tindakan obstetrik yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluan dengan sinergi tenaga mengejan ibu dan ekstraksi pada bayi. (*Maternal dan Neonatal ; 495*)
- ❖ Ekstraksi Vacum adalah suatu persalinan buatan dengan prinsip antara kepala janin dan alat penarik mengikuti gerakan alat vacum ekstraktor. (*Sarwono ; Ilmu Kebidanan ; 831*)
- ❖ Ekstraksi Vacum adalah suatu tindakan obstetrik yang bertujuan untuk mempercepat persalinan pada keadaan tertentu dengan menggunakan vacum ekstraktor. (*Standar Pelayanan Kebidanan ; 60*)

l. **Indikasi**

- Ibu : mempendek persalinan kala II, penyakit jantung kompensata, penyakit paru fibrotik.

- Janin : adanya gawat janin
- Waktu : persalinan kala II lama.

II. **Kontra Indikasi**

- Ibu : ruptur uteri membakat, ibu tidak boleh mengejan, panggul sempit.
- Janin : letak lintang, presentasi muka, presentasi bokong, preterm, kepala menyusul.

III. **Syarat – Syarat Vacum**

- Pembukaan lengkap atau hampir lengkap.
- Presentasi kepala
- Cukup bulan (tidak prematur)
- Tidak ada kesempitan panggul.
- Anak hidup dan tidak gawat janin.
- Penurunan H III / IV (dasar panggul).
- Kontraksi baik.
- Ibu kooperatif dan masih mampu untuk mengejan.
- Ketuban sudah pecah / dipecahkan.

- **Persiapan Tindakan**

- Persiapkan ibu dalam posisi litotomi.
- Kosongkan kandung kemih dan rektum
- Bersihkan vulva dan perineum dengan antiseptik
- Beri infus bila diperlukan
- Siapkan alat-alat yang diperlukan.

IV. **Teknik Ekstraksi**

- Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui posisi kepala, apakah ubun-ubun kecil terletak di depan atau kepala, kanan/kiri depan, kanan/kiri belakang untuk menentukan letak denominator.
- Lakukan episiotomi primer dengan anestesi lokal sebelum mangkuk dipasang pada primigravida. Sedangkan pada multipara, episiotomi dilakukan tergantung pada keadaan perineum. Dapat dilakukan episiotomi

primer atau sekunder (saat kepala hampir lahir dan perineum sudah meregang) atau tanpa episiotomi.

- Lakukan pemeriksaan dalam ulang dengan perhatian khusus pada pembukaan, sifat serviks dan vagina, turunnya kepala janin dan posisinya. Pilih mangkuk yang akan dipakai. Pada pembukaan serviks lengkap, biasanya dipakai mangkuk nomor 5.
- Masukkan mangkuk ke dalam vagina, mula-mula dalam posisi agak miring, dipasang di bagian terendah kepala, menjauhi ubun-ubun besar. Pada presentasi belakang kepala, pasang mangkuk pada oksiput atau sedekat-dekatnya. Jika letak oksiput tidak jelas atau pada presentasi lain, pasang mangkuk dekat sakrum ibu.
- Dengan satu atau dua jari tangan, periksa sekitar mangkuk apakah ada jaringan serviks atau vagina yang terjepit.
- Lakukan penghisapan dengan pompa penghisap dengan tenaga – 0,2 kg/cm², tunggu selama 2 menit. Lalu naikkan tekanan – 0.2 kg/cm² tiap 2 menit sampai sesuai tenaga vakum yang diperlukan, yaitu – 0,7 samapi – 0,8 kg/cm².
- Sebelum mengadakan traksi, lakukan pemeriksaan dalam ulang, apakah ada bagian lain jalan lahir yang ikut terjepit.
- Bersamaan dengan timbulnya his, ibu diminta mengejan. Tarik mangkuk sesuai arah sumbu panggul dan mengikuti putaran paksi dalam. Ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri menahan mangkuk agar selalu dalam posisi yang benar, sedang tangan kanan menarik pemegang. Traksi dilakukan secara intermiten bersamaan dengan his. Jika his berhenti traksi juga dihentikan.
- Lahirkan kepala janin dengan menarik mangkuk ke atas sehingga kepala melakukan gerakan defleksi dengan suboksiput sebagai hipomoklion, sementara tangan kiri penolong menahan perineum. Setelah kepala lahir, pentil dibuka, lalu mangkuk dilepas. Lama tarikan sebaliknya tidak lebih dari 20 menit, maksimum 40 menit.

V. TIPS

- Jangan memutar kepala bayi dengan cara memutar mangkok. Putaran kepala bayi akan terjadi sambil traksi.
- Tarikan pertama menentukan arah tarikan.

- Jangan lakukan tarikan di antara his.
- Jika tidak ada gawat janin, tarikan “terkendali” dapat dilakukan maksimum 30 menit.

- **Kegagalan**

- Ekstraksi vacum dianggap gagal jika :
 - Kepala tidak turun pada tarikan.
 - Jika tarikan sudah tiga kali dan kepala bayi belum turun, atau tarikan sudah 30 menit,
 - Mangkok lepas pada tarikan pada tekanan maksimum.
- Setiap aplikasi vacum harus dianggap sebagai ekstraksi vacum percobaan. Jangan lanjutkan jika tidak terdapat penurunan kepala pada setiap tarikan.

VI. **Penyebab Kegagalan**

- Tenaga vacum terlalu rendah
- Tekanan negatif dibuat terlalu cepat.
- Selaput ketuban melekat.
- Bagian jalan lahir terjepit.
- Koordinasi tangan kurang baik.
- Traksi terlalu kuat.
- Cacat alat, dan
- Disproporsi sefalopelvik yang sebelumnya tak diketahui.

VII. **Komplikasi**

- Ibu :
 - Perdarahan akibat atonia uteri / trauma.
 - Trauma jalan lahir
 - Infeksi
- Janin :
 - Aberasi dan laserasi kulit kepala.
 - Sefalhematoma, akan hilang dalam 3 – 4 minggu.
 - Nekrosis kulit kepala
 - Perdarahan intrakranial sangat jarang
 - Jaundice.
 - Fraktur klavikula

- Kerusakan N.VI dan VII.

❖ PERSALINAN DENGAN FORCEPS

A. PENGERTIAN

Forceps digunakan untuk menolong persalinan bayi dengan presentasi vertex, dapat digolongkan sebagai berikut, menurut tingkatan dan posisi kepala bayi pada jalan lahir pada saat daun forceps dipasang.

Ekstraksi forceps adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan dengan suatu tarikan cunam yang dipasang pada kepalanya. (Hanifa W,1991: 88) Cunam atau forceps adalah suatu alat obstetrik terbuat dari logam yang digunakan untuk melahirkan anak dengan tarikan kepala. (Phantom, :178) Ekstraksi cunam adalah tindakan obstetrik yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluaran dengan jalan menarik bagian bawah janin (kepala) dengan alat cunam. (Bari Abdul, 2001: 501)

B. ETIOLOGI EKSTRASI FORCEP

- Pembukaan lengkap
- Presentasi belakang kepala
- Panggul luas / tidak ada DKP
- Ketuban sudah pecah
- Kepala sudah *engaged*, sudah berada di dasar panggul
- Janin tunggal hidup

C. KLASIFIKASI EKSTRASI FORCEP

Pada tahun 1988, ACOG mengeluarkan klasifikasi ekstraksi forsep, yaitu :

1. Outlet Forsep
 - a. Skalp terlihat pada introitus tanpa memisahkan labia
 - b. Kepala bayi telah mencapai dasar panggul
 - c. Sutura sagitalis pada posisi anteroposterior atau ubun-ubun kecil kiri/kanan depan atau belakang
 - d. Kepala bayi pada perineum
 - e. Rotasi tidak melebihi 45 derajat

2. Low Forcep
 - a. Kepala pada station $\geq +2$, namun tidak pada dasar panggul
 - b. Rotasi kurang dari 45 derajat (ubun-ubun kecil kiri/kanan depan atau kiri/kanan belakang atau belakang)
 - c. Rotasi lebih dari 45 derajat
3. Midforcep
 - a. Station diatas +2 namun kepala engaged
4. High
 - a. Tidak dimasukkan kedalam klasifikasi

D. TUJUAN PERSALINAN EKSTRAKSI FORCEP

Menurut Rustam Mochtar 1998, persalinan dengan ekstraksi forceps bertujuan:

1. Traksi yaitu menarik anak yang tidak dapat lahir spontan
2. Koreksi yaitu merubah letak kepala dimana ubun-ubun kecil dikiri atau dikanan depan atau sekali-kali. Ubun-ubun melintang kiri dan kanan atau ubun-ubun kiri atau kanan belakang menjadi ubun-ubun depan (dibawah symphysis pubis)
3. Kompresor yaitu untuk menambah mouldage kepala

E. INDIKASI

Indikasi pertolongan ekstraksi forceps adalah

1. Indikasi ibu
 - a. Ruptura uteri mengancam, artinya lingkaran retraksi patologik band sudah setinggi 3 jari dibawah pusat, sedang kepala sudah turun sampai H III- H IV.
 - b. Adanya oedema pada vagina atau vulva. Adanya oedema pada jalan lahir artinya partus sudah berlangsung lama.
 - c. Adanya tanda-tanda infeksi, seperti suhu badan meninggi, lochia berbau.
 - d. Eklamsi yang mengancam
 - e. Indikasi pinard, yaitu kepala sudah di H IV, pembukaan cervix lengkap, ketuban sudah pecah atau 2jam mendedan janin belum lahir juga
 - f. Pada ibu-ibu yang tidak boleh mendedan lama, misal Ibu dengan decompensasi kordis, ibu dengan Koch pulmonum berat, ibu dengan anemi berat (Hb 6 gr % atau kurang), pre eklamsi berat, ibu dengan asma broncial.
 - g. Partus tidak maju-maju
 - h. Ibu-ibu yang sudah kehabisan tenaga.

2. Indikasi janin Gawat janin

Tanda-tanda gawat janin antara lain :

- a. Cortonen menjadi cepat takhikardi 160 kali per menit dan tidak teratur
- b. DJJ menjadi lambat bradikardi 160 kali per menit dan tidak teratur
- c. Adanya mekonium (pada janin letak kepala) Prolapsus funikulli, walaupun keadaan anak masih baik.

F. KONTRA INDIKASI

Kontra indikasi dari ekstraksi forceps meliputi:

1. Janin sudah lama mati sehingga sudah tidak bulat dan keras lagisehingga kepala sulit dipegang oleh forceps
2. Anencephalus
3. Adanya disproporsi cepalo pelvik.
4. Kepala masih tinggi
5. Pembukaan belum lengkap
6. Pasien bekas operasi vesiko vagina fistel.
7. Jika lingkaran kontraksi patologi bandl sudah setinggi pusat atau lebih

G. SYARAT DILAKUKAN EKSTRAKSI FORCEP

Keputusan untuk melakukan ekstaksi forsep sama pentingnya dibandingkan dengan keputusan untuk seksio sesarea. Terdapat persyaratan minimum untuk ekstraksi forsep, yaitu:

1. Kepala janin engaged
2. Selaput ketuban telah pecah
3. Pembukaan lengkap
4. Anak hidup termasuk keadaan gawat janin
5. Penurunan H III atau H III- H IV (puskesmas H IV atau dasar panggul)
6. Kontraksi baik
7. Ibu tidak gelisah atau kooperatif
8. Posisi janin diketahui dengan pasti
9. Panggul telah dinilai adekuat
10. Terdapat anestesi yang sesuai
11. Operator mempunyai ketrampilan dan pengetahuan mengenai peralatan

12. Adanya kemauan untuk membatalkan tindakan bila ekstraksi forseps tidak lancar
13. Informed consent baik oral meskipun lebih baik tertulis

H. JENIS TINDAKAN

Berdasarkan pada jauhnya turun kepala, dapat dibedakan beberapa macam tindakan ekstraksi forceps, antara lain:

1. Forceps rendah

Dilakukan setelah kepala bayi mencapai H IV, kepala bayi mendorong perineum, forceps dilakukan dengan ringan disebut outlet forceps.

2. Forceps tengah

Pada kedudukan kepala antara H II atau H III, salah satu bentuk forceps tengah adalah forceps percobaan untuk membuktikan disproporsi panggul dan kepala. Bila aplikasi dan tarikan forceps berat membuktikan terdapat disproporsi kepala panggul. Forceps percobaan dapat diganti dengan ekstraksi vacuum.

3. Forceps tinggi

Dilakukan pada kedudukan kepala diantara H I atau H II, forceps tinggi sudah diganti dengan seksio cesaria.

I. TEKNIK EKSTRAKSI FORCEP

Pasien diposisikan dalam posisi litotomi dengan tungkai fleksi dan abduksi. Vulva dan perineum diberikan solusi antiseptik yang cukup. Kandung kemih dinilai, bila perlu dikosongkan. Pemeriksaan dalam dilakukan lagi, untuk meyakinkan bahwa semua syarat forseps telah terpenuhi.

Tujuan aplikasi forseps adalah untuk mencakup kepala secara simetris. Bilah forseps harus terpasang secara simetris pada sisi kepala bayi dan melewati malar eminensia. Setelah forseps terpasang, harus dilakukan pemeriksaan ulang apakah aplikasi telah tepat sebelum dilakukan traksi atau rotasi.

Penilaian untuk aplikasi forseps yang tepat adalah :

1. Sutura sagitalis tegak lurus dengan plana forseps

2. Ubin-ubin kecil berada satu jari diatas dari plana forseps, dan mempunyai jarak yang sama dari kedua sisi bilah

3. Jika bilah yang dipakai merupakan yang fenestrated, fenestrasi hanya satu jari didepan dari kepala bayi

J. KOMPLIKASI

Komplikasi atau penyulit ekstraksi forceps adalah sebagai berikut

1. Komplikasi langsung akibat aplikasi forceps dibagi menjadi

a. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dapat berupa:

1) Perdarahan

Dapat disebabkan karena atonia uteri, retensio plasenta serta trauma jalan lahir yang meliputi ruptura uteri, ruptura cervix, robekan fornix, kolpoforeksis, robekan vagina, hematoma luas, robekan perineum.

2) Infeksi

Terjadi karena sudah terdapat sebelumnya, aplikasi alat menimbulkan infeksi, plasenta rest atau membran bersifat asing yang dapat memudahkan infeksi dan menyebabkan sub involusi uteri serta saat melakukan pemeriksaan dalam.

b. Komplikasi segera pada bayi

1) Asfiksia

Karena terlalu lama di dasar panggul sehingga terjadi rangsangan pernafasan menyebabkan aspirasi lendir dan air ketuban. Dan jepitan langsung forceps yang menimbulkan perdarahan intra kranial, edema intra kranial, kerusakan pusat vital di medula oblongata atau trauma langsung jaringan otak. Infeksi oleh karena infeksi pada ibu menjalar ke bayi

2) Trauma

Trauma langsung forceps yaitu fraktur tulang kepala dislokasi sutura tulang kepala; kerusakan pusat vital di medula oblongata; trauma langsung pada mata, telinga dan hidung; trauma langsung pada persendian tulang leher; gangguan fleksus brachialis atau paralisis Erb, kerusakan saraf trigeminus dan fasialis serta hematoma pada daerah tertekan.

2. Komplikasi kemudian atau terlambat

a. Komplikasi langsung akibat aplikasi forceps

1. Perdarahan yang disebabkan oleh plasenta rest, atonia uteri sekunder serta jahitan robekan jalan lahir yang terlepas.
2. Infeksi
Penyebaran infeksi makin luas
3. Trauma jalan lahir yaitu terjadinya fistula vesiko vaginal, terjadinya fistula rekto vaginal dan terjadinya fistula utero vaginal.

- b. Komplikasi terlambat pada bayi dalam bentuk:
1. Trauma
ekstraksi forceps dapat menyebabkan cacat karena aplikasi forceps.
 2. Infeksi yang berkembang menjadi sepsis yang dapat menyebabkan kematian serta encefalitis sampai meningitis.
 3. Gangguan susunan saraf pusat
 4. Trauma langsung pada saraf pusat dapat menimbulkan gangguan intelektual.
 5. Gangguan pendengaran dan keseimbangan.

❖ **Persalinan dengan cara Sectio Caesaria**

Sesungguhnya SC merupakan alternative terakhir untuk melahirkan dan di ambil pada saat kondisi darurat. Namun tidak sedikit para calon Ibu (primi gravida) memilih jalan SC (SC by request), tapi sebenarnya Ibu tersebut masih dapat melakukan persalinan secara normal. Sering kali klien merasa takut atau merasa tidaksanggup untuk melahirkan secara normal. Lalu dengan mudahnya mereka memilih jalan SC untuk melahirkan, tanpa mengetahui dampak negative dari melahirkan secara SC.

Sebagai salah satu operasi besar, sectio caesaria (SC) tentu saja mempunyai risiko tersendiri. Misalnya, efek dari obat anestesi (pada saat oprasi, sakit memang tidak terasa, tetapi setelah pengaruh anastesi itu hilang rasa sakitnya teramat sangat melebihi rasa sakit yang dirasakan saat post partum normal), kerusakan pembuluh darah, bekas luka irisan pada rongga uterus yang tidak menutup sempurna (dapat menimbulkan infeksi), kontak yang lama kepada bayi (oleh karena ibu sibuk dengan luka SC), serta gangguan kandung kemih atau organ lain. Sebanyak 8,9 persen wanita pascapersalinan dengan SC kembali ke rumah sakit karena komplikasi SC pascapersalinan, angka ini lebih tinggi dari wanita yang melahirkan per vaginam yakni 2,6 persen. Luka pada rongga uterus juga dapat menyebabkan penurunan kesuburan, kehamilan ektopik terganggu (telur yang di buahi berimplementasi dan tumbuh di luar indometrium), maupun plasenta previa.

Selain kerugian di atas, SC juga ada keuntungannya yaitu pada SC elektif. Dengan memilih SC elektif yang terjadwal jelas memungkinkan calon orang tua memilih hari sesuai dengan keinginan mereka tanpa melupakan kesehatan bayi. Pemeriksaan yang lebih teliti diharapkan mengurangi kemungkinan buruk yang dapat menimpa ibu dan bayi saat persalinan berlangsung.

Jarak untuk melahirkan lagi sangat lama setelah kita melakukan SC, pada umumnya min 2-3th, sedangkan jika melahirkan normal dalam waktu 1th sudah dapat melahirkan lagi. Namun sebaiknya kita

melihat kembali kondisi klien/ibu. Hal ini dapat menjadi wacana dan pertimbangan bagi ibu yang menginginkan persalinan secara SC tetapi tidak dalam kondisi darurat.

Tindakan operasi caesar ini hanya dilakukan jika terjadi kemacetan pada persalinan normal atau jika ada masalah pada proses persalinan yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Keadaan yang memerlukan operasi caesar, misalnya gawat janin, jalan lahir tertutup plasenta (plasenta previa totalis), persalinan meacet, ibu mengalami hipertensi (preeklamsia), bayi dalam posisi sungsang atau melintang, serta terjadi pendarahan sebelum proses persalinan.

Pada beberapa keadaan, tindakan operasi caesar ini bisa direncanakan atau diputuskan jauh-jauh hari sebelumnya. Operasi ini disebut operasi caesar elektif. Kondisi ini dilakukan apabila dokter menemukan ada masalah kesehatan pada ibu atau ibu menderita suatu penyakit, sehingga tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal. Misalnya ibu menderita diabetes, HIV/AIDS, atau penyakit jantung, caesar bisa dilakukan secara elektif atau darurat (emergency). Elektif maksudnya operasi dilakukan dengan perencanaan yang matang jauh hari sebelum waktu persalinan. Sedangkan emergency berarti caesar dilakukan ketika proses persalinan sedang berlangsung, namun karena suatu keadaan kegawatan maka operasi caesar harus segera dilakukan.

Operasi Caesar Terencana (elektif)

Pada operasi caesar terencana (elektif), operasi caesar telah direncanakan jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu maupun janin. Beberapa keadaan yang menjadi pertimbangan untuk melakukan operasi caesar secara elektif, antara lain :

1. Janin dengan presentasi bokong : Dilakukan operasi caesar pada janin presentasi bokong pada kehamilan pertama, kecurigaan janin cukup besar sehingga dapat terjadi kemacetan persalinan (FETO PELVIC DISPROPORTION), janin dengan kepala menengadahkan (DEFLEKSI), janin dengan lilitan tali pusat, atau janin dengan presentasi kaki.
2. Kehamilan kembar : Pada kehamilan kembar dilihat presentasi terbawah janin apakah kepala, bokong, atau melintang. Masih mungkin dilakukan persalinan pervaginam jika persentasi kedua janin adalah kepala-kepala. Namun, dipikirkan untuk melakukan caesar pada kasus janin pertama/terbawah selain presentasi kepala. Pada USG juga dilihat apakah masing-masing janin memiliki kantong ketuban sendiri-sendiri yang terpisah, atau keduanya hanya memiliki satu kantong ketuban. Pada kasus kehamilan kembar dengan janin hanya memiliki satu kantong ketuban, resiko untuk saling mengait/menyangkut satu sama lain terjadi lebih tinggi, sehingga

perlu dilakukan caesar terencana. Pada kehamilan ganda dengan jumlah janin lebih dari dua (misal 3 atau lebih), disarankan untuk melakukan operasi caesar terencana.

3. Plasenta previa : artinya plasenta terletak dibawah dan menutupi mulut rahim. Karena sebelum lahir janin mendapat suplai makanan dan oksigen, maka tidak mungkin plasenta sebagai media penyuplai lahir/ lepas terlebih dulu dari janin karena dapat mengakibatkan kematian janin. Plasenta terdiri dari banyak pembuluh darah, lokasi plasenta yang menutupi jalan lahir, sangat rawan dengan terjadinya pendarahan. Apabila terjadi kontraksi pada rahim, maka sebagian plasenta yang kaya pembuluh darah ini akan terlepas dan menimbulkan pendarahan hebat yang dapat mengancam nyawa janin dan ibu.
4. Kondisi medis ibu : preeklamsia, kencing manis (diabetes militus), herpes, penderita HIV/AIDS, penyakit jantung, penyakit paru kronik, atau tumor rahim (mioma) yang ukurannya besar atau menutupi jalan lahir, kista yang menghalangi turunnya janin, serta berbagai keadaan lain merupakan hal-hal yang menyebabkan operasi caesar lebih diutamakan.
5. Masalah pada janin : Misanya pada janin dengan oligohidramnion (cairan ketuban sedikit) atau janin dengan gangguan perkembangan.

Operasi Caesar Darurat (Emergency)

Yang dimaksud operasi caesar darurat adalah jika operasi dilakukan ketika proses persalinan telah berlangsung. Hal ini terpaksa dilakukan karena ada masalah pada ibu maupun janin. Beberapa keadaan yang memaksa terjadinya operasi caesar darurat, antara lain :

1. Persalinan macet

Keadaan ini dapat terjadi pada fase pertama (fase lilitasi) atau fase kedua (ketika Anda mengejan). Jika persalinan macet pada fase pertama, dokter akan memberi obat yang disebut oksitosin untuk menguatkan kontraksi otot-otot rahim. Dengan demikian mulut rahim dapat membuka. Ada teknik lain, yaitu memecahkan selaput ketuban atau memberikan cairan infus intravena jika Anda kekurangan cairan /dehidrasi. Jika cara-cara itu tidak berhasil, maka operasi caesar akan dilakukan.

Jika persalinan macet pada fase kedua, dokter harus segera memutuskan apakah persalinan dibantu dengan vakum atau forsep atau perlu segera dilakukan operasi caesar. Hal yang menjadi pertimbangan untuk melanjutkan persalinan pervaginam dengan alat (berbantu) atau

operasi caesar, tergantung pada penurunan kepala janin didasar tanggul, keadaan tanggul ibu, dan ada tidaknya kegawatan pada janin.

Persalinan macet merupakan penyebab tersering operasi caesar. Beberapa alasan yang dijadikan pertimbangan ialah kontraksi tidak lagi efektif, janin terlalu besar sementara jalan lahir ibu sempit, dan posisi kepala janin yang tidak memungkinkan dilakukan penarikan dengan vakum maupun forsep.

2. Stres pada janin

Ketika janin stres, dia akan kekurangan oksigen. Pada pemeriksaan klinik tampak bahwa denyut jantung janin menurun. Secara normal, selama terjadi kontraksi denyut jantung janin menurun sedikit, namun akan kembali ke prekwensi asalnya, jika :

- Prolaps tali pusat: jika tali pusat keluar melalui mulut rahim, dia bisa terjepit, sehingga suplai darah dan oksigen kejanin berkurang. Keadaan ini berbahaya jika janin dilahirkan secara normal lewat vagina, sehingga memerlukan tindakan operasi caesar segera.

- Perdarahan : Jika Anda mengalami perdarahan yang banyak akibat plasenta terlepas dari rahim, atau karena alasan lain, maka harus dilakukan operasi caesar.

- Stres janin berat : Jika denyut jantung janin menurun sampai 70x per menit, maka harus segera dilakukan operasi caesar. Normalnya denyut jantung janin adalah 120/160x per menit.

Teknik Pembedahan

Sebelumnya, Anda akan dibius oleh dokter ahli anestesi agar tidak merasakan nyeri. Cara pembiusan ada dua macam, yaitu secara regional atau bius umum.

Pertama, pembiusan secara regional dilakukan pada daerah tulang belakang. Cara ini disebut anestesi spinal. Anda masih sadar namun bagian perut hingga kaki tidak dapat merasakan apapun. Kemudian, sayatan pada bagian perut pun dimulai. Pertama adalah menyayat dinding perut bagian bawah sepanjang kurang lebih 20 cm. Dilanjutkan dengan menyayat dinding rahim sampai bayi tampak. Bayi pun dikeluarkan perlahan dilanjutkan dengan plasenta dan tali pusat. Jika tidak ada komplikasi, semua proses ini memerlukan waktu kurang lebih 20/30 menit. Anda segera pulih pasca operasi.

Kedua, pembiusan secara umum, pada keadaan ini Anda tidak sadar. pembiusan dilakukan dengan cara memasang alat bantu napas yang disebut intubasi. Selama pembiusan, sistem pernapasan Anda dibantu dan dimonitor dengan alat. pembiusan secara umum dilakukan jika kondisi Anda tidak memungkinkan untuk dilakukan bius regional/spinal.

Cara Operasi Caesar Dilakukan

Paling sering dibuat sayatan horizontal (mendatar) pada kulit diperut bagian bawah, kadang dilakukan sayatan vertikal, tergantung situasi dan penyulit saat operasi dilakukan, biasanya otot perut tidak perlu dipotong. Selanjutnya dilakukan insisi/sayatan pada rahim, cairan amnion diisap, dan bayi ditarik keluar dengan hati-hati. Biasanya oprasi ini dilakukan oleh dua orang dokter, seorang dokter ahli obstetri dan seorang dokter asisten. Ketika bayi keluar, tali pusat dijepit dan dipotong, lalu plasenta dikeluarkan, dan rahim diperiksa secara menyeluruh. Jika tidak ada riwayat operasi caesar yang menyebabkan perletakan pada rahim atau pengangkatan tumor dirahim sebelumnya, maka sampai pada tindakan ini diperlukan sekitar waktu 15 menit. setelah bayi lahir, plasenta dikeluarkan. Setelah bayi dan plasenta lahir, dokter akan menjahit jaringan yang dipotong tadi. Diperlukan waktu sekitar 30 menit, total tindakan memakan waktu sekitar 60 menit. Jika Anda pernah dioperasi caesar sebelumnya waktu yang dibutuhkan lebih lama, tergantung situasi dan dokter yang menangani Anda. Pada persalinan kembar, butuh waktu 5 menit setiap kali mengeluarkan bayi.

Proses Penyembuhan

Pada hari pertama setelah melahirkan, jika diperlukan, Anda diberikan obat dalam dosis rendah. Beberapa dokter akan membolehkan Anda mulai makan padat dalam 24 jam pertama. Adapula yang menunggu sampai Anda buang angin (kentut) yang menandakan bahwa usus sudah berfungsi normal.

Pada hari kedua, Anda akan merasa tidak nyaman pada perut. Hal ini terjadi karena organ pencernaan kembali beraktivitas secara normal setelah mendapat obat penghilang rasa sakit yang menghentikan aktipitasnya.

Kesembuhan masing-masing ibu berbeda tergantung dari daya tahan dan efek obat bius yang digunakan. Jika selama pemantauan kondisi Anda stabil, maka dokter akan mengijinkan Anda pulang. Jangan lupa kontrol kembali kedokter, kira-kira setelah dua minggu.

E. Persalinan anjuran

⇒ Induksi

Tindakan induksi persalinan dilakukan bila hal tersebut dapat memberi manfaat bagi ibu dan atau anaknya. Dengan indikasi sebagai berikut:

- Ketuban pecah dini dengan chorioamnionitis
- Pre-eklampsia berat
- Ketuban pecah dini tanpa diikuti dengan persalinan
- Hipertensi dalam kehamilan
- Gawat janin
- Kehamilan postterm

KONTRA INDIKASI:

- Cacat rahim (akibat sectio caesar jenis klasik atau miomektomi intramural)
- Grande multipara
- Plasenta previa
- Insufisiensi plasenta
- Makrosomia
- Hidrosepalus
- Kelainan letak janin
- Gawat janin
- Ragangan berlebihan uterus: gemeli dan hidramnion
- Kontra indikasi persalinan spontan pervaginam:
- Kelainan panggul ibu (kelainan bentuk anatomis, panggul sempit)
- Infeksi herpes genitalis aktif
- Karsinoma Servik Uteri

Macam-macam induksi terbagi 2:

1. Secara kimia : Dengan menggunakan zat-zat kimia perangsang kontraksi

Prostaglandine E2

Dinoprostone lokal dalam bentuk jelly (Prepidil) yang diberikan dengan aplikator khusus intraservikal dengan dosis 0.5 mg. Dinoproston vaginal suppositoria 10 mg (Cervidil).

Pemberian prostaglandine harus dilakukan di kamar bersalin. Pemberian oksitosin drip paling cepat diberikan dalam waktu 6 – 12 jam pasca pemberian prostaglandine E2.

Efek samping: Tachysystole uterine pada 1 – 5% kasus yang mendapat prostaglandine suppositoria.

Prostaglandine E1

Misoprostol (Cytotec) dengan sediaan 100 dan 200 µg. Pemberian secara intravagina dengan dosis 25 µg pada fornix posterior dan dapat diulang pemberiannya setelah 6 jam bila kontraksi uterus masih belum terdapat. Bila dengan dosis 2 x 25 µg masih belum terdapat kontraksi uterus, berikan ulang dengan dosis 50 µg. Pemberian Misoprostol maksimum pada setiap pemberian dan dosis maksimum adalah 4 x 50 µg (200 µg).

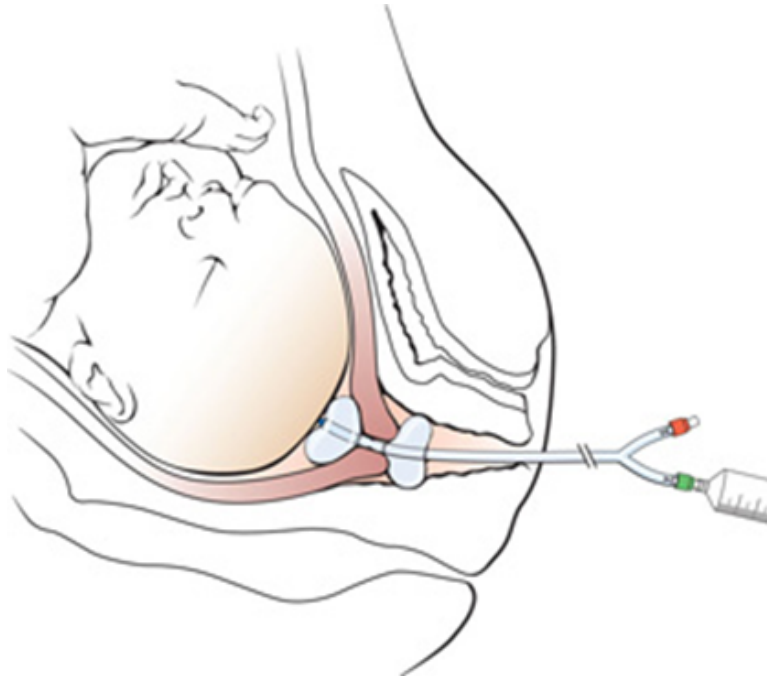
2. Secara mekanis

- Pemasangan kateter transervikal

Dilatator servik higroskopik (batang laminaria)

“stripping” of the membrane

Pemasangan kateter Foley transervikal.



Tidak boleh dikerjakan pada kasus perdarahan antepartum, ketuban pecah dini atau infeksi.

C. MASA NIFAS

Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Abdul Bari. S, dkk, 2002).

1. Pembagian Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode:

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

- b. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalis yang lamanya 6–8 minggu.
- c. Remote puerperium, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

A. Adaptasi Fisik dan Psikologis Ibu

ADAPTASI FISIK

1. Sistem reproduksi

- a. Uterus: Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
 - Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
 - Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
 - Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr.
 - Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
 - Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.
- b. Autolysis: merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebarnya dari sebelum hamil.
- c. Atrofi jaringan: jaringan yang berproliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.
- d. Efek oksitoksin (kontraksi): intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir. Hal tersebut diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar. Kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan.
- e. Lochia: adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Macam–macam Lochia:

 - *Lochia rubra (Cruenta)*: berisi darah segar dan sisa– sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dam mekonium, selama 2 hari post partum.
 - *Lochia Sanguinolenta*: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 post partum.

- Lochia serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7–14 post partum.
 - Lochia alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
 - Lochia purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - Lochiastasis: lochia tidak lancar keluarnya.
- f. Serviks: mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup
- g. Vulva dan Vagina: mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia manjadi lebih menonjol.
- h. Perineum: segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.
- i. Payudara:
- Perubahan pada payudara dapat meliputi:
- Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
 - Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
 - Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi

2. Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

3. Sistem Gastrointestinal

Sering kali diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan

selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang. Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya cairan dan makanan.

4. Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pada ambulasi dini.

5. Sistem Endokrin

- a. Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesteron turun pada hari ke 3 post partum.
- b. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

6. Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4–8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

7. Sistem integument

- a. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.
- b. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

Perawatan Pasca Persalinan

1. Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau 5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi di atas mempunyai variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

2. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

3. Miksi

Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi m.sphincter ani selama persalinan. Bila kandungan kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi.

4. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma.

5. Perawatan payudara (*mammae*)

Perawatan *mamma* telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara:

- a. Pembalutan *mamma* sampai tertekan.
- b. Pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet lynoral dan parlodel.
- c. Dianjurkan sekali supaya ibu menyusukan bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayinya.

6. Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi (menyusukan) sejak dari kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar *mammae* yaitu:

- a. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli dan jaringan lemak bertambah.
- b. Keluaran cairan susu jolong dari duktus laktiferus disebut *colostrum*, berwarna kuning putih susu.
- c. Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.
- d. Setelah persalinan, pengaruh supresiastrogen dan progesteron hilang. Maka timbul pengaruh hormon laktogenik (LH) atau prolaktin yang akan merangsang air susu. Disamping

itu, pengaruh oksitosin menyebabkan mio-epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Produksi akan banyak sesudah 2-3 hari pasca persalinan.

ADAPTASI PSYKOLOGIS

Periode masa nifas merupakan waktu untuk terjadi stres, terutama ibu primipara.

1. Fungsi yang mempengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua.
2. Respon dan support dari keluarga dan teman dekat.
3. Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan yang lalu.
4. Harapan/keinginan dan aspirasi ibu saat hamil dan melahirkan. Periode ini diexpresikan oleh Reva Rubin (1977) membagi fase postpartum pada 3 fase, yaitu:

a. Taking In (berlangsung hari 1-2 POSTPARTUM)

Waktu refleksi bagi ibu-ibu cenderung pasif, membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari. Hal ini disebabkan karena ibu mengalami ketidak nyamanan fisik setelah persalinan, seperti nyeri perineum, hemoroid, afterpain. Pada akhirnya ibu tidak mempunyai keinginan untuk merawat bayinya. Ibu masih fokus pada persalinan dan merasa kagum pada bayinya. Apakah benar bayi tersebut adalah anaknya? Apakah persalinan telah berakhir? Ibu membutuhkan istirahat untuk memulihkan kekuatan fisiknya. Meminta ibu untuk menceritakan pengalaman persalinan dapat membantu ibu melewati fase ini.

- Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu meng-harapkan segala kebutuhan tubuhnya terpenuhi orang lain.
- Berlangsung selama 1-2 hari setelah melahirkan, dimana fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.
- Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggihkan keter-libatannya dalam tanggung jawabnya.
- Pada waktu ini, ibu yang baru melahirkan memerlukan perlin-dungan dan perawatan.
- Pada waktu ini, ibu menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan sangat sengang untuk menceritakan tentang pengalamannya melahirkan.
- Fase ini ibu lebih cenderung pasif terhadap lingkungannya dikarenakan kelelahan.
- Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan agar ibu cepat pulih.

b. Taking Hold (2-3 hari post partum)

Setelah melewati fase pasif, ibu memulai fase aktifnya, dimulai dengan memenuhi kebutuhan sehari dan dapat mengambil keputusan. Selama fase taking hold, ibu mulai tertarik merawat bayinya. Pada fase ini ibu juga dapat diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan

bayi dan mempraktekkan dengan pengawasan, seperti mendukung kepala bayi, menyusui dengan benar, atau menyendawakan bayi. Reinforcement positif dapat diberikan pada ibu supaya ibu dapat meningkatkan kemampuannya dalam merawat bayi:

- Pada fase taking hold, secara bergantian timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri.
- Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan.
- Pada fase ini, ibu sudah mulai menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).
- Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan bagi dirinya dan juga bayinya.
- Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.
- Pada fase ini, ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.
- Fase ini sangat tepat bagi bidan untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang hal yang diperlukan bagi ibu dan bayinya.

c. Letting Go

Pada fase ketiga, ibu mulai mendefinisikan kembali perannya. Ibu mulai melepaskan perannya yang dulu, dari mempersiapkan kelahiran, menjadi ibu yang memiliki anak. Ibu menerima anak tanpa membandingkan dengan harapan terhadap anak pada saat menanti kelahiran. Ibu yang berhasil melewati fase ini akan mudah melakukan peran barunya.

- Fase ini merupakan fase penerima tanggung jawab akan peran barunya, berlangsung setelah hari ke 10 pasca melahirkan.
- Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.
- Keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya sangat meningkat pada fase ini.
- Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengob-servasi bayi.
- Hubungan antar pasangan memerlukan penyesuaian karena adanya anggota keluarga baru.

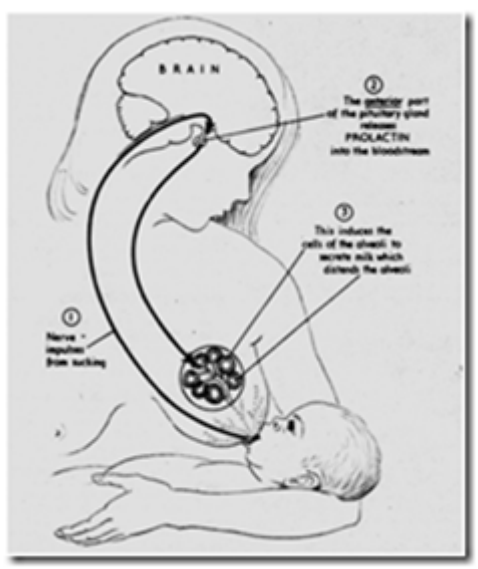
B. Laktasi

Selama kehamilan terjadi perkembangan pada payudara. Estrogen menyebabkan bertambahnya ukuran dan jumlah duktus. Progesteron menyebabkan peningkatan jumlah alveolus. **hPr** merangsang perkembangan alveolar dan diperkirakan terlibat dalam sintesa casein, lactalbumin dan lactoglobulin dalam sel alveolus. Meskipun hPr selama kehamilan meningkat tapi

tidak terjadi laktasi oleh karena kadar estrogen yang tinggi menyebabkan adanya penguasaan terhadap "binding site" pada alveolus sehingga aktivitas laktogenik dari hPr terhalang.

Pada akhir kehamilan, terjadi sekresi cairan jernih kekuningan yang disebut kolustrum yang mengandung imunoglobulin, produksi kolustrum terus meningkat pasca persalinan dan digantikan dengan produksi ASI. Kadar estrogen menurun dengan cepat 48 jam pasca persalinan sehingga memungkinkan berlangsungnya aktivitas hPr terhadap sel alveolus untuk inisiasi dan mempertahankan proses laktasi. Proses laktasi semakin meningkat dengan isapan pada payudara secara dini dan sering oleh karena secara reflektuar, isapan tersebut akan semakin meningkatkan kadar hPr. Emosi negatif [kecemasan ibu bila ASI tak dapat keluar] menyebabkan penurunan sekresi prolaktin melalui proses pelepasan prolactin-inhibiting factor (dopamin) dari hipotalamus.

Pada hari ke 2 dan ke 3 pasca persalinan, hPr merangsang alveolus untuk menghasilkan ASI. Pada awalnya, ASI menyebabkan distensi alveolus dan ductus kecil sehingga payudara menjadi tegang.



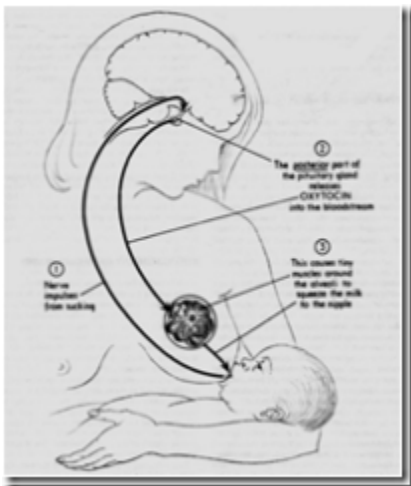
Reflek Prolaktin

Reflek Ejeksi ASI



Sel mioepitelial sekitar villi yang sebagian berisi ASI

Keluarnya ASI terjadi akibat kontraksi sel mioepitelial dari alveolus dan ductuli (*gambar atas*) yang berlangsung akibat adanya reflek ejeksi ASI (let-down reflex).



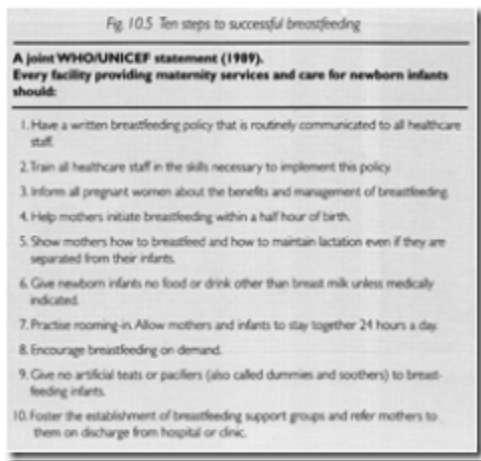
Reflek ejeksi ASI

Reflek ejeksi ASI diawali hisapan oleh bayi → hipotalamus → hipofisis mengeluarkan oksitosin kedalam sirkulasi darah ibu (*gambar atas*).

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi sel mioepitelial dan ASI disalurkan kedalam alveoli dan ductuli → ductus yang lebih besar → penampungan subareolar. Oksitosin mencegah keluarnya **dopamin** dari hipotalamus sehingga produksi ASI dapat berlanjut. Emosi negatif dan faktor fisik dapat mengurangi reflek ejeksi ASI, tugas perawatan pasca persalinan antara lain meliputi usaha untuk meningkatkan keyakinan seorang ibu bahwa dia mampu untuk memberikan ASI kepada bayinya.

Pernyataan bersama antara WHO dan UNICEF yang dipublikasikan tahun 1989 dibawah memperlihatkan dukungan apa yang diperlukan bagi keberhasilan laktasi.

Ten Steps To Successful Breastfeeding



Kebutuhan Nutrisi Selama Laktasi

Energi laktasi perhari ± 2095 kJ, kebutuhan energi umumnya dapat terpenuhi dari cadangan lemak ibu. Bila terdapat kecemasan pada ibu mengenai hal tersebut, dapat disarankan baginya untuk menambahkan asupan nutrisi secukupnya.

Mempertahankan Proses Laktasi

Cara paling efektif dalam mempertahankan proses laktasi adalah isapan bayi yang reguler sehingga reflek prolaktin dan reflek ejeksi ASI dapat terus terjadi dan distensi alveolus dapat dicegah. Distensi alveolus menyebabkan sekresi ASI alveolus menjadi tidak efisien dan rasa sakit pada payudara

menyebabkan ibu enggan untuk menyusui bayinya. Dengan demikian pencegahan reflek yang menghambat pengeluaran dopamin dari hipotalamus menghilang dan aktivitas alveolar menjadi berkurang pula.

Keberhasilan Pemberian ASI

Keberhasilan proses laktasi memerlukan beberapa hal:

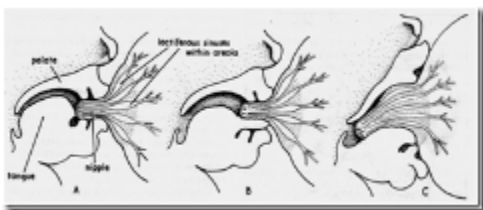
1. Terjadi sekresi ASI dalam alveolus.
2. Reflek ejeksi ASI efisien.
3. Ibu memiliki motivasi untuk memberikan ASI.

Seperti terlihat dalam *“Ten Steps to Successful Breastfeeding”* maka keberhasilan laktasi akan terjadi bila:

1. Bayi diberikan pada ibu untuk menyusui sedini mungkin dan Rooming-in.
2. Bayi diperkenankan untuk menyusui sesering mungkin.
3. Setelah ASI keluar, bayi mengisap ASI dengan frekuensi sesuai kebutuhannya termasuk di malam hari sekalipun.
4. Bayi tidak diberi air atau glukosa tanpa persetujuan dokter atau orang tuanya
5. Staf perawatan wajib membantu ibu untuk mendapatkan keberhasilan dalam proses laktasi.

Teknik Menyusui

Ibu perlu memperoleh petunjuk bagaimana mempertemukan mulut bayi dengan puting susu agar bayi membuka mulut dan mencari lokasi puting susu.



Posisi ideal puting susu dalam mulut bayi: (a) dan (b) puting susu dikulum bayi dan (c) puting berada tempat yang benar dalam mulut bayi.

Ibu kemudian menahan payudara dengan puting susu diantara jari telunjuk dan jari tengahnya sehingga puting susu menonjol dan bayi dapat menempatkan gusinya pada areola mammae dan bukan

pada puting susu (*gambar atas*) . Cara ini memungkinkan bayi bernafas saat menyusui. (*2 buah gambar di bawah*)



Tehnik memberikan ASI



Melepaskan puting dari hisapan bayi

Pada *gambar diatas* terlihat bagaimana cara ibu melepaskan puting dari mulut bayi tanpa menimbulkan rasa sakit. Cara melepaskan dari isapan tersebut adalah dengan meletakkan jari kelingking kesudut mulut bayi untuk menghentikan isapan sebelum melepaskan mulut bayi dari puting susu.

Sebagian kecil bayi membutuhkan tambahan cairan selain ASI pada 4 hari pertama, bila bayi terlihat mengalami dehidrasi, dapat diberikan air dengan sendok setelah pemberian ASI. Pemberian dengan botol susu harus dihindarkan karena proses pembelajaran bayi untuk menyusu akan terhenti.

Obat Yang Tidak Boleh Diberikan Pada Ibu Laktasi

Tabel 1 Obat yang menimbulkan efek bermakna pada masa laktasi

Jenis Obat	Efek samping
Acebutolol	Hipotensi, bradikardia, takipnea
5-Amonosalicylic acid	Diarrhoea
Aspirin (salicylate)	Acidosis Metabolic
Atenolol	Sianosis, bradikardia
Bromocriptine	Supresi laktasi.
Clemastine	Drowsiness, iritabel, menolak pemberian ASI ,menjerit, kaku kuduk
Ergotamine	Muntah, diarrhoea, kejang
Lithium	A third to half therapeutic blood concentration in infatnts
Phenindione	Anticoagulant-increased prothromnine and partial thromboplastine time in one infant – not used in United States
Phenobarbital	Sedation: infantile spasmes after ewaning from milk containing phenobarbital; methemoglobinemia (one case)
Primidone	Sedasi, masalah nutrisi
Sulfasalazine	Diarea berdarah

Dari: (American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetrics and Gynecologists, 2002).

Mencegah dan Menekan Laktasi

Cara sederhana untuk menghentikan laktasi adalah dengan menghentikan laktasi dan menghindari rangsangan pada puting susu. Meskipun terasa sakit, penumpukan air susu dalam sistem saluran akan dapat menekan produksi ASI dan terjadi reabsorpsi pada ASI. Untuk mengurangi rasa sakit dapat

diberikan analgesik. Penekanan produksi ASI secara medis dengan estrogen atau bromokriptin tidak dianjurkan.

C. KB

Secara umum, ada beberapa jenis metode kontrasepsi, antara lain kontrasepsi hormonal (seperti KB suntik, KB susuk/inplant, dan pil KB), kontrasepsi mekanik (seperti alat kontrasepsi dalam rahim/IUD, diafragma, dan kondom), dan kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi).

1. KONTRASEPSI NON HORMONAL

Semua metode kontrasepsi non hormonal dapat digunakan oleh ibu-ibu dalam masa menyusui. Metode ini menjadi pilihan utama dari berbagai jenis kontrasepsi yang ada karena tidak mengganggu proses laktasi dan tidak berisiko terhadap tumbuh kembang sang bayi. Metode kontrasepsi non hormonal yang ada meliputi:

- a. Metode laktasi amenorrhea (LAM/Lactational Amenorrhea Method). Metode dengan cara menyusui secara eksklusif merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid dan waktunya kurang dari 6 bulan pasca persalinan. Efektivitas mencapai 98%. Manfaatnya sehat bagi ibu dan bayi.
- b. Kondom/spermisida: Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma. Kebanyakan kondom terbuat dari karet/lateks tipis, tetapi ada yang membuatnya dari jaringan hewan (usus kambing) atau plastik. Prinsip kerja kondom ialah sebagai perisai dari penis sewaktu melakukan koitus dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina. Bentuk kondom adalah silindris dengan pinggir yang tebal pada ujung yang terbuka, sedang ujung yang buntu berfungsi untuk menampung sperma. Diameternya $\pm 31-36,5$ mm dan panjangnya ± 19 mm.
- c. Diafragma: Diafragma adalah kap berbentuk bulat, cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan kedalam vagina sebelum koitus dan menutupi serviks. Sebaiknya tunggu sampai 6 minggu pasca persalinan. Tidak ada pengaruh terhadap laktasi.
- d. Alat kontrasepsi dalam rahim/IUD: Pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) dapat dilakukan segera setelah proses persalinan atau dalam waktu 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari waktu tersebut, maka pemakaian AKDR akan ditunda hingga 6-8 minggu kemudian oleh karena risiko perforasi atau ekspulsi lebih besar jika pemasangan AKDR dilakukan pada minggu ke 2-6 setelah persalinan.
- e. Pantang berkala atau KB Kalender.

- f. Kontrasepsi mantap (tubektomi/vasektomi). Kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi) dapat dianggap sebagai metode kontrasepsi yang tidak reversibel. Metode ini mengakibatkan yang bersangkutan tidak dapat hamil atau tidak dapat menyebabkan kehamilan lagi, sehingga metode ini lebih diperuntukkan bagi pasangan yang memiliki cukup anak dan tidak menginginkan untuk menambah jumlah anak lagi.

2. KONTRASEPSI HORMONAL

Pemakaian kontrasepsi hormonal yang berisi kombinasi estrogen dan progesterone harus ditunda hingga 3 minggu setelah persalinan untuk mencegah terjadinya risiko gangguan pembekuan darah. Namun demikian, patut diingat bahwa tidak ada satu pun metode kontrasepsi yang memiliki efektifitas 100%.

Pemakaian kontrasepsi hormonal dipilih yang berisi progestin saja, sehingga dapat digunakan untuk wanita dalam masa laktasi karena tidak mengganggu produksi ASI serta tumbuh kembang bayi. Metode ini bekerja dengan menghambat ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, menghalangi implantasi ovum pada endometrium dan menurunkan kecepatan transpor ovum di tuba. Suntikan progestin dapat diberikan sebelum sang ibu meninggalkan rumah sakit pasca bersalin, yaitu sebaiknya sesudah ASI terbentuk, kira-kira hari ke 3-5. Untuk wanita pasca bersalin yang tidak menyusui, semua jenis metode kontrasepsi dapat digunakan, kecuali LAM. Waktu pemakaian kontrasepsi tergantung dari jenis metode yang digunakan, meliputi:

- a. Kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi) dapat dianggap sebagai metode kontrasepsi yang tidak reversibel. Metode ini mengakibatkan yang bersangkutan tidak dapat hamil atau tidak dapat menyebabkan kehamilan lagi, sehingga metode ini lebih diperuntukkan bagi pasangan yang memiliki cukup anak dan tidak menginginkan untuk menambah jumlah anak lagi.
- b. Suntik progestin dapat diberikan pada klien yang tidak menyusui dan lebih dari minggu pasca persalinan atau sudah dapathaid. Selama 6 minggu pasca persalinan progestin dapat mempengaruhi tumbuh kembang bayi, sehingga progestin tidak baik pada ibu yang masih menyusui.

Manfaat dan Kb Pasca persalinan

1. Bagi Ibu

- Ibu menjadi sehat dan terhindar dari faktor resiko 4 T penyumbang angka kematian bayi.
- Ibu dapat mengatur kesehatan reproduksinya.

- Ibu dapat mengatur ekonominya dengan lebih baik.
 - Ibu dapat mencurahkan kasih sayang sepenuhnya bagi bayinya.
2. Bagi Bayi/anak
- Dengan menyusui, bayi mendapatkan Imunisasi pasif dan perlindungan terhadap berbagai penyakit infeksi lainnya.
 - Tumbuh kembang berjalan secara normal dan Bayi menjadi sehat.
 - Mengeratkan hubungan psikologis ibu-anak.

BAB III

Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kehamilan, Persalinan Dan Masa Nifas

A. Perdarahan Pada Awal Kehamilan

1. Abortus

a. Definition

Istilah Abortus dipakai untuk menunjukkan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Banyak kepustakaan menetapkan batasan berbeda tentang Abortus dari segi usia kehamilan yaitu antara lain: ^{1,2,3,4}

- a. Abortus diartikan sebagai berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah ke hamilan belum mampu hidup di luar kandungan (Ika Pantikawati. 2010)
- b. Abortus adalah Keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gr atau umur kehamilan kurang dari 28 minggu (yeyeh, 2010).

b. Klasifikasi abortus

Menurut ika pantikawati (2010, hal 125), abortus dapat dibagi atas dua golongan yaitu:

Menurut terjadinya abortus dibedakan menjadi:

i. Abortus spontan

Adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.

ii. Abortus Provokatus

Adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan. Biasanya karena kehamilan yang tidak diinginkan. Abortus provokatus terdiri dari abortus medisasinalis dan abortus kriminalis.

c. Menurut gambaran klinis, dibedakan atas:

1) Abortus Iminens

Terjadinya pendarahan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu, janin masih dalam uterus, tanpa adanya dilatasi servik. (yulia fauziyah 2012).

2) Abortus Insipiens

Peristiwa peradangan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan adanya dilatasi servik.

3) Abortus Inkomplit

Pengeluaran sebagian janin pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina servikalis terbuka dan jaringan dapat di raba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pendarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin di keluarkan, dapat menyebabkan shock.

4) Abortus Komplit

Merupakan seluruh hasil konsepsi telah keluar dari uterus pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, ostium uteri telah menutup, uterus telah mengecil sehingga pendarahan sedikit.

5) Missed Abortion

Abortus yang ditandai dengan embrio atau janin yang telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih ada di dalam kandungan.

Penderita biasanya tidak merasa keluhan apapun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan di atas 14 minggu – 20 minggu penderita justru merasakan rahimnya semakin mengecil dengan tanda-tanda kehamilan sekunder pada payudara mulai menghilang.

6) Abortus infeksi dan abortus septik

Abortus infeksi adalah abortus yang disertai dengan infeksi genital. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi tindakan abortus yang paling sering terjadi apabila bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antisepsis. Abortus septik, adalah abortus yang disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman ataupun toksinya ke dalam peredaran darah atau peritonium.

7) Abortus Habitualis

Abortus yang terjadi sebanyak tiga kali berturut-turut atau lebih. Penderita pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran secara berturut-turut.

d. Penyebab Terjadinya Abortus

Penyebab abortus menurut Rukiyah (2010) antara lain adalah:

1) Faktor janin

Faktor janin penyebab keguguran adalah kelainan genetik, gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta.

2) Faktor ibu

Faktor endokrin (hormonal), faktor kekebalan, infeksi kelemahan otot leher rahim, kelainan bentuk rahim.

- 3) Faktor bapak
Kromosom dan infeksi sperma
- 4) Faktor genetik
Penyebab yang paling sering menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin, abnormalitas genetik, yang paling sering terjadi adalah aneuploidi (abnormalitas komposisi kromosom).
- 5) Faktor psikologi
Tingkat kepekaan terhadap terjadinya abortus adalah wanita yang belum matang secara emosi atau jiwa.
- 6) Faktor nutrisi
Malnutrisi umumnya yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar terjadinya predisposisi abortus. (Rukiyah, 2010)

e. Patofisiologi

Pada awal abortus terjadi pendarahan dalam desidua basalis, diikuti nekrosis jaringan sekitar yang menyebabkan hasil konsepsi terlepas dan dianggap benda asing di uterus. Kemudian uterus berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, vili korialis belum menembus desidua secara mendalam, jadi hasil konsepsi dapat dikeluarkan seluruhnya. Pada kehamilan 8-14 minggu, villi korialis sudah menembus lebih dalam hingga plasenta tidak dapat dilepaskan sempurna dan menimbulkan banyak pendarahan. Pada kehamilan lebih dari 14 minggu, janin janin dikeluarkan terlebih dahulu dari pada plasenta. Hasil konsepsi keluar dalam berbagai bentuk, seperti kantong kosong amnion atau tampak didalamnya benda kecil tanpa tanpa bentuk yang jelas (blighted ovum). (yeyeh rukiyah2010)

f. Manifestasi klinis Abortus Inkomplit

Manifestasi klinis abortus inkomplit antara lain sebagai berikut:

- 1) Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu.
- 2) PP Test positif
- 3) Pada pemeriksaan fisik: keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal, atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.

- 4) Pendarahan pervaginam, pendarahan yang bisa sedikit atau banyak biasanya berupa darah beku, sudah ada keluar jaringan.
- 5) Rasa mulas atau nyeri perut di daerah atas simfisis, sering di sertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus, kadang nyeri digambarkan menyerupai nyeri saat persalinan. (Nugroho, 2012)

g. Pemeriksaan ginekologi:

Pemeriksaan ginekologi abortus inkomplit antara lain sebagai berikut:

- 1) Inpeksi vulva: pendarahan pervaginam, ada atau tidak jaringan hasil konsepsi, tercium atau tidak bau busuk dari vulva.
- 2) Inspekulo: pendarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada atau tidak jaringan yang keluar dari ostium, ada atau tidak cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.
- 3) Colok vagina: porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, besar uteri lebih kecil dari usiakehamilan, tidak nyeri saat porsio digoyang. (Nugroho, 2012)

h. Pemeriksaan penunjang Abortus Inkomplit

Menurut Sujiyatini (2009), pemeriksaan penunjang abortus inkomplit yaitu USG. USG kehamilan untuk mendeteksi adanya sisa kehamilan. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis.

i. Komplikasi Abortus Inkomplit

Komplikasi Abortus menurut Sujiyati, (2009) antara lain sebagai berikut:

1. Pendarahan
Diatasi dengan pengosongan uterus dan sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian yang disebabkan oleh perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.
2. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka operasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan lebih luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

3. Infeksi

Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan abortus inkomplit yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman.

4. Shok

Shok pada abortus bisa terjadi karena pendarahan (shok hemoragik) dan karena infeksi berat (shok endoseptik).

j. Diagnosis Abortus

Abortus dapat diduga bila seorang wanita dalam masa reproduksi mengeluh tentang pendarahan periyaginam setelah mengalami haid terlambat, rasa mules. Kecurigaan tersebut diperkuat dengan ditentukannya kehamilan muda pada pemeriksaan bimanual dengan tes kehamilan secara biologis atau imunologik. Harus diperhatikan macam dan banyaknya pendarahan, pembukaan serviks dan adanya jaringan dalam kavum uteri atau vagina (Sujiyanti, 2009).

Abortus inkomplit pendarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun bisa banyak atau sedikit tergantung pada jaringan yang tersisa dan membahayakan ibu. Servik terbuka karena masih ada benda didalam rahim yang dianggap sebagai benda asing. Oleh karena itu, uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri. Besar uterus lebih kecil dari umur kehamilan dan kantong gestasi sudah sulit dikenali. (Ika Pantika, 2010).

k. Penanganan Umum Abortus

Menurut sujiyanti (2009), Penanganan umum abortus antara lain sebagai berikut:

- a. Riwayat penyakit dahulu
 - Kapan abortus terjadi, apakah pada trimester pertama atau pada trimester berikutnya. Adakah penyebab mekanis yang menonjol.
 - Mencari kemungkinan adanya toksin, lingkungan dan pecandu obat terlarang.
 - Infeksi obstetrik dan ginekologi.
- b. Faktor genetik antara suami dan istri.
 - Riwayat keluarga yang pernah mengalami terjadinya abortus berulang atau sindrom yang berkaitan dengan kejadian abortus ataupun partus prematurus yang kemudian meninggal.
 - Pemeriksaan diagnostik yang terkait dan pengobatan yang pernah didapat.
- c. Pemeriksaan fisik
 - Pemeriksaan fisik secara umum.
 - Pemeriksaan ginekologi.
- d. Pemeriksaan laboratorium.
 - Kariotik darah tepi dari kedua orang tua.
 - Histerosangografi diikuti dengan histeroskopi atau laparaskopi apabila ada indikasi.
 - Biopsy endometrium pada fase luteal.
 - Pemeriksaan hormon TSH dan antibody anti tiroid.
 - Antibody antifosfolipid (cardiolipin, fosfatidilserin).
 - Lupus antikoagulan.
 - Pemeriksaan darah lengkap termasuk trombosit.
 - Cultur cairan serviks (mycoplasma, ureaplasma, chlamydia) bila diperlukan.

2. KET (Kehamilan Ektopik Terganggu)

a. Pengertian

Kehamilan ektopik adalah kehamilan di mana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh di luar endometrium kavum uterus. Kehamilan ektopik dapat terjadi di luar rahim misalnya dalam tuba, ovarium atau rongga perut, tetapi dapat juga terjadi di dalam rahim di tempat yang luar biasa misalnya dalam cervik, pars interstitialis atau dalam tanduk rudimeter rahim.

Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang berbahaya karena tempat implantasinya tidak memberikan kesempatan untuk tumbuh kembang mencapai aterm. Kehamilan ektopik terganggu (KET) adalah keadaan di mana timbul gangguan pada kehamilan tersebut sehingga terjadi abortus maupun ruptur yang menyebabkan penurunan keadaan umum pasien.

b. Etiologi

1. Fator Mekanik :

- Riwayat operasi tuba
- Salpingitis, perlekatan tuba akibat operasi non-ginekologis seperti apendektomi, pajanan terhadap diethylstilbestrol, salpingitis isthmica nodosum (penonjolan-penonjolan kecil ke dalam lumen tuba yang menyerupai divertikula)
- Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).
- Faktor fungsional
- Kegagalan Kontrasepsi
- Peningkatan afinitas mukosa tuba
- Pengaruh proses bayi tabung

c. Tanda dan Gejala

Kehamilan ektopik belum terganggu sulit diketahui, karena biasanya penderita tidak menyampaikan keluhan yang khas. Pada umumnya penderita menunjukkan gejala-gejala seperti pada kehamilan muda yakni mual, pembesaran disertai rasa agak sakit pada payudara yang didahului keterlambatan haid. Disamping gangguan haid, keluhan yang paling sering ialah nyeri di perut bawah yang tidak khas, walaupun kehamilan ektopik belum mengalami ruptur. Kadang-kadang teraba tumor di samping uterus dengan batas yang sukar ditentukan.

Gejala dan tanda kehamilan ektopik terganggu sangat berbeda-beda, dari perdarahan banyak yang tiba-tiba dalam rongga perut sampai terdapatnya gejala yang tidak jelas, sehingga sukar membuat diagnosisnya. Gejala dan tanda bergantung pada lamanya kehamilan ektopik terganggu, abortus atau ruptur tuba, tuanya kehamilan, derajat perdarahan yang terjadi, dan keadaan umum penderita sebelum hamil.

Nyeri abdomen merupakan keluhan utama pada kehamilan ektopik. Nyeri dapat unilateral atau bilateral, pada abdomen bagian bawah, seluruh abdomen, atau hanya di bagian atas abdomen. Umumnya diperkirakan, bahwa nyeri perut yang sangat menyiksa pada suatu ruptur kehamilan ektopik, disebabkan oleh darah yang keluar ke dalam kavum peritoneum. Tetapi karena ternyata terdapat nyeri hebat, meskipun perdarahannya sedikit, dan nyeri yang tidak berat pada perdarahan yang banyak, jelas bahwa darah bukan satusatunya sebab timbul nyeri.

Darah yang banyak dalam kavum peritoneal dapat menyebabkan iritasi peritoneum dan menimbulkan rasa nyeri yang bervariasi.

Amenorea atau gangguan haid merupakan tanda yang penting pada kehamilan ektopik. Lamanya amenorea tergantung pada kehidupan janin, sehingga dapat bervariasi. Sebagian penderita tidak mengalami amenorea karena kematian janin terjadi sebelum haid berikutnya.

Bercak darah (*spotting*) atau perdarahan vaginal merupakan juga tanda yang penting pada kehamilan ektopik terganggu. Hal ini menunjukkan kematian janin, dan berasal dari uteri karena pelepasan desidua. Perdarahan biasanya sedikit, berwarna coklat tua, dan dapat intermiten atau terus menerus.

Pada pemeriksaan dalam ditemukan bahwa usaha menggerakkan serviks uteri menimbulkan rasa nyeri dan kavum Douglas teraba menonjol, berkisar dari diameter 5 sampai 15 cm, dengan konsistensi lunak dan elastis.

d. Patofisiologi

Pengaruh faktor mekanik

Faktor-faktor mekanis yang menyebabkan kehamilan ektopik antara lain: riwayat operasi tuba, salpingitis, perlekatan tuba akibat operasi non-ginekologis seperti apendektomi, pajanan terhadap diethylstilbestrol, salpingitis isthmica nodosum (penonjolan-penonjolan kecil ke dalam lumen tuba yang menyerupai divertikula), dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR). Hal-hal tersebut secara umum menyebabkan perlengketan intra- maupun ekstraluminal pada tuba, sehingga menghambat perjalanan zigot menuju kavum uteri. Faktor mekanik lain adalah pernah menderita kehamilan ektopik, pernah mengalami operasi pada saluran telur seperti rekanalisasi atau tubektomi parsial, induksi abortus berulang, tumor yang mengganggu keutuhan saluran telur.

3. Mola Hidatidosa

a. definisi

Kehamilan mola merupakan komplikasi dan penyulit kehamilan pada trimester satu. Hasil konsepsi pada kehamilan mola tidak berkembang menjadi embrio setelah pembuahan tetapi terjadi villi koriales disertai dengan degenerasi hidropik. Rahim menjadi lunak dan berkembang lebih cepat dari usia kehamilan yang normal, tidak dijumpai adanya janin, dan rongga rahim hanya terisi oleh jaringan seperti buah anggur. Kehamilan mola hidatidosa disebut juga

dengan kehamilan anggur. Pengertian Kehamilan Mola Hidatidosa. Kehamilan mola hidatidosa adalah suatu kondisi tidak normal dari plasenta akibat kesalahan pertemuan ovum dan sperma sewaktu fertilisasi (Sarwono Prawirohardjo, 2003).

Mola hidatidosa adalah penyakit neoplasma yang jinak berasal dari kelainan pertumbuhan trofoblas plasenta atau calon plasenta dan disertai dengan degenerasi kristik villi dan perubahan hidropik sehingga tampak membengkak, edematous, dan vaskuler (Benigna). Kejadian Kehamilan Mola Hidatidosa Kehamilan mola hidatidosa ditemukan pada wanita dalam masa reproduksi dan multiparitas. Kejadian kehamilan mola hidatidosa di rumah sakit besar Indonesia berkisar 1 dari 80 kehamilan. Sedangkan di negara barat prevalensinya adalah 1:200 atau 2000 kehamilan.

b. Patofisiologi

Penyakit trofoblastik gestasional (GTD) terjadi ketika diferensiasi sel normal dalam blastokis berhenti dan sel trofoblastik berproliferasi. Proliferasi trofoblas mengakibatkan peningkatan kadar hCG. Mola hidatidosa komplis terjadi ketika ovum tidak mengandung kromosom dan spermamereplikasi kromosomnya sendiri ke dalam zigot abnormal. Gambaran mikroskopik kehamilan mola hidatidosa antara lain proliferasi trofoblas, degenerasi hidropik dari stroma villi, serta terlambatnya pembuluh darah dan stroma.

c. Klasifikasi

Kehamilan mola hidatidosa dibagi menjadi tiga, yaitu:

1. Mola hidatidosa lengkap : Mola hidatidosa lengkap apabila vili hidropik, tidak ada janin dan membran, kromosom maternal haploid dan paternal 2 haploid.
2. Mola hidatidosa parsial: Mola hidatidosa parsial apabila janin tidak teridentifikasi, campuran villi hidropik dan normal, kromosom paternal diploid.

3. Mola hidatidosā invasive: Mola hidatidosā invasif apabila korioadenoma destruen, menginvasi miometrium, terdiagnosis 6 bulan pasca evakuasi mola.

d. Etiologi

Penyebab kehamilan mola hidatidosā antara lain faktor ovum, imunoselektif trofoblas, sosioekonomi rendah, paritas tinggi, umur hamil ibu di atas 45 tahun, kekurangan protein, infeksi virus dan faktor kromosom.

e. Tanda dan Gejala

Kebanyakan wanita dengan kehamilan mola juga mengalami reaksi kehamilan seperti wanita hamil normal. Wanita dengan GTD mengalami perdarahan bercak coklat gelap pada akhir trimester pertama. Hipertensi dan hiperemesis akibat kehamilan sebelum umur kehamilan 20 minggu. Inspeksi pada muka dan badan tampak pucat kekuning-kuningan atau disebut muka mola (*mola face*). Pemeriksaan fisik ditemukan pembesaran uterus lebih besar dari usia kehamilan, tidak ditemukan ballotemen dan denyut jantung janin, keluar jaringan mola.

B. Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut

4. Pervia Placenta

Pengertian

☐☐☐ Menurut Wiknjastro (2002), Placenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Manuaba (1998) mengemukakan bahwa plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi di sekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (Saifuddin, 2002).

Etiologi

Penyebab secara pasti belum diketahui dengan jelas. Menurut beberapa pendapat para ahli, penyebab plasenta previa yaitu :

- I. Menurut Manuaba (1998), plasenta previa merupakan implantasi di segmen bawah rahim dapat disebabkan oleh endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi,

endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi pada janin, dan vili korealis pada chorion leave yang persisten.

- II. Menurut Mansjoer (2001), etiologi plasenta previa belum diketahui pasti tetapi meningkat pada grademultipara, primigravida tua, bekas section sesarea, bekas operasi, kelainan janin dan leiomioma uteri.

Manifestasi Klinis

- a. Gejala utama plasenta previa adalah pendarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya berulang darah biasanya berwarna merah segar.
- b. Bagian terdepan janin tinggi (floating). Sering dijumpai kelainan letak janin.
- c. Pendarahan pertama (first bleeding) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya, sehingga pasien sempat dikirim ke rumah sakit. Tetapi perdarahan berikutnya (reccurent bleeding) biasanya lebih banyak.
- d. Janin biasanya masih baik.

5. Solutio Placenta

Solutio Placenta adalah Pelepasan sebagian atau seluruh placenta yang normal dari implantasinya antara minggu ke 22 atau sebelum waktunya.

Jenis – jenis dari solutio placenta antara lain :

- a. Perdarahan tersembunyi.
Darah yang tidak keluar tetapi berkumpul di belakang placenta membentuk **Haematom Retroplacentair**. Kadang-kadang darah tersebut bisa masuk ke ruang amnion, sehingga perdarahan tetap tersembunyi.
 - Pelepasan biasanya komplit
 - Sering disertai toxaemia
 - Hanya merupakn 20 % dari solution placenta
- b. Perdarah keluar.
 - Biasanya inkomplit
 - Jarang di sertai toxaemia
 - Merupakan 80 % dari solution placenta

Perdarahan ini biasanya berasal dari ibu tetapi bisa juga berasal dari janinnya sendir

Etiologi :

Penyebab yang pasti belum jelas, tapi diduga hal-hal yang dibawah ini bisa menyebabkan terjadinya solution placenta antara lain :

- a. Usia Lanjut.
- b. Multiparitas.
- c. Defisiensi ac. Folicum.
- d. Hypertensi Essentialis atau Preeklamsia.
- e. Tali Pusat yang pendek.
- f. Adanya trauma.
- g. Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena cava inferior.
- h. Uterus yang sangat mengecil (Hydramnion, Gemelli).
- i. Merokok.
- j. Pernah mempunyai riwayat solutio placenta.

Manifestasi Klinis :

- a. Perdarahan yang disertai nyeri, juga di luar his.
- b. Anaemi dan shock: beratnya anaemi dan shock sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar.
- c. Rahim keras seperti papan dan nyeri dipegang karena isi rahim bertambah dengan darah yang berkumpul dibelakang placenta hingga rahim teregang (**Uterus en bois**).
- d. Palpasi sukar karena rahim keras.
- e. Fundus uteri makin lama makin naik.
- f. Bunyi jantung biasanya tidak ada.
- g. Pada toucher teraba ketuban yang tegang terus menerus (karena isi rahim bertambah).
- h. Sering ada proteinuria karena disertai toxaemia.

C. Perdarahan Pada Masa Persalinan

6. Ruptur Uteri(Lingkaran Bandl)

Pengertian

- Ruptur Uteri adalah robekan atau diskontinuita dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miomentrium. (Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal)

- Rupture uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa robeknya peritoneum visceral. (Obstetri dan Ginekologi)

Etiologi

1. riwayat pembedahan terhadap fundus atau korpus uterus
2. induksi dengan oksitosin yang sembarangan atau persalinan yang lama
3. presentasi abnormal (terutama terjadi penipisan pada segmen bawah uterus).

(Helen, 2001)

Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ruptur uteri dapat terjadi secara dramatis atau tenang.

Dramatis

- Nyeri tajam, yang sangat pada abdomen bawah saat kontraksi hebat memuncak
- Penghentian kontraksi uterus disertai hilangnya rasa nyeri
- Perdarahan vagina (dalam jumlah sedikit atau hemoragi)
- Terdapat tanda dan gejala syok, denyut nadi meningkat, tekanan darah menurun dan nafas pendek (sesak)
- Temuan pada palpasi abdomen tidak sama dengan temuan terdahulu
- Bagian presentasi dapat digerakkan diatas rongga panggul
- Janin dapat tereposisi atau terelokasi secara dramatis dalam abdomen ibu
- Bagian janin lebih mudah dipalpasi
- Gerakan janin dapat menjadi kuat dan kemudian menurun menjadi tidak ada gerakan dan DJJ sama sekali atau DJJ masih didengar
- Lingkar uterus dan kepadatannya (kontraksi) dapat dirasakan disamping janin (janin seperti berada diluar uterus).

Tenang

- Kemungkinan terjadi muntah
- Nyeri tekan meningkat diseluruh abdomen
- Nyeri berat pada suprapubis
- Kontraksi uterus hipotonik
- Perkembangan persalinan menurun
- Perasaan ingin pingsan
- Hematuri (kadang-kadang kencing darah)
- Perdarahan vagina (kadang-kadang)

- Tanda-tanda syok progresif
- Kontraksi dapat berlanjut tanpa menimbulkan efek pada servik atau kontraksi mungkin tidak dirasakan
- DJJ mungkin akan hilang

Klasifikasi

Ruptur uteri dapat dibagi menurut beberapa cara :

1. Menurut waktu terjadinya
 - a) R. u. Gravidarum
 - Waktu sedang hamil
 - Sering lokasinya pada korpus
 - b) R. u. Durante Partum
 - Waktu melahirkan anak
 - Ini yang terbanyak
2. Menurut lokasinya
 - Korpus uteri, ini biasanya terjadi pada rahim yang sudah pernah mengalami operasi seperti seksio sesarea klasik (korporal), miemoktomi
 - Segmen bawah rahim (SBR), ini biasanya terjadi pada partus yang sulit dan lama tidak maju, SBR tambah lama tambah regang dan tipis dan akhirnya terjadilah ruptur uteri yang sebenarnya
 - Serviks uteri ini biasanya terjadi pada waktu melakukan ekstraksi forsipal atau versi dan ekstraksi sedang pembukaan belum lengkap
 - Kolpoporeksis, robekan-robekan di antara serviks dan vagina
3. Menurut robeknya peritoneum
 - R. u. Kompleta: robekan pada dinding uterus berikut peritoneumnya (perimetrium); dalam hal ini terjadi hubungan langsung antara rongga perut dan rongga uterus dengan bahaya peritonitis.
 - R. u. Inkompleta: robekan otot rahim tanpa ikut robek peritoneumnya. Perdarahan terjadi subperitoneal dan bisa meluas ke lig.latum

Menurut etiologinya

- a) Ruptur uteri spontanea

Menurut etiologinya dibagi 2 :

- 1) Karena dinding rahim yang lemah dan cacat

- bekas seksio sesarea
- bekas miomectomy
- bekas perforasi waktu keratase
- bekas histerorafia
- bekas pelepasan plasenta secara manual
- pada gravida dikornu yang rudimenter dan graviditas interstitialis
- kelainan kongenital dari uterus
- penyakit pada rahim
- dinding rahim tipis dan regang (gemelli & hidramnion)

2) Karena peregangan yang luarbiasa dari rahim

- pada panggul sempit atau kelainan bentuk dari panggul
- janin yang besar
- kelainan kongenital dari janin
- kelainan letak janin
- malposisi dari kepala
- adanya tumor pada jalan lahir
- rigid cervik
- retrofleksia uteri gravida dengan sakulasi
- grandemultipara dengan perut gantung (pendulum)
- pimpinan partus salah

b) Ruptur uteri violenta

Karena tindakan dan trauma lain :

- Ekstraksi forsipal
- Versi dan ekstraksi
- Embriotomi
- Braxton hicks version
- Sindroma tolakan
- Manual plasenta
- Kuretase
- Ekspresi kristeller atau crede
- Trauma tumpul dan tajam dari luar
- Pemberian piton tanpa indikasi dan pengawasan

Menurut simtoma klinik

a) R. u. Imminens (membakat = mengancam)

ruptura uteri ditandai dengan nyeri abdomen akut dan perdarahan pervaginam berwarna merah segar serta keadaan janin yang memburuk.

Gejala ruptura uteri 'iminen' :

1. Lingkaran retraksi patologis Bandl
2. Hiperventilasi
3. Gelisah - cemas
4. Takikardia



Lingkaran Retraksi Patologis (Lingkaran Bandl)

Setelah terjadi ruptura uteri, nyeri abdomen hilang untuk sementara waktu dan setelah itu penderita mengeluh adanya rasa nyeri yang merata dan disertai dengan gejala dan tanda:

1. Abnormalitas detik jantung janin (gawat janin sampai mati)
2. Pasien jatuh kedalam syok
3. Bagian terendah janin mudah didorong keatas
4. Bagian janin mudah diraba melalui palpasi abdomen
5. Contour janin dapat dilihat melalui inspeksi abdomen



Robekan uterus saat laparotomy

Bila sudah diagnosa dugaan ruptura uteri sudah ditegakkan maka tindakan yang harus diambil adalah segera memperbaiki keadaan umum pasien (resusitasi cairan dan persiapan tranfusi) dan persiapan tindakan laparotomi atau persiapan rujukan ke sarana fasilitas yang lebih lengkap.

Sebagai bentuk tindakan definitif maka bila robekan melintang dan tidak mengenai daerah yang luas dapat dipertimbangkan tindakan histerorafia ; namun bila robekan uterus mengenai jaringan yang sangat luas serta sudah banyak bagian yang nekrotik maka tindakan terbaik adalah histerektomi.

Data Subyektif dan Data Obyektif

Data subyektif

Gejala Saat Ini

Nyeri Abdomen dapat tiba-tiba, tajam dan seperti disayat pisau. Apabila terjadi ruptur sewaktu persalinan, konstruksi uterus yang intermitten, kuat dapat berhenti dengan tiba-tiba. Pasien mengeluh nyeri uterus yang menetap.

Perdarahan Per Vaginal dapat simptomatik karena perdarahan aktif dari pembuluh darah yang robek.

Gejala-gejala lainnya meliputi berhentinya persalinan dan syok, yang mana dapat di luar proporsi kehilangan darah eksterna karena perdarahan yang tidak terlihat. Nyeri bahu dapat berkaitan dengan perdarahan intraperitoneum.

Riwayat Penyakit Dahulu

Rupture uteri harus selalu diantisipasi bila pasien memberikan suatu riwayat paritas tinggi, pembedahan uterus sebelumnya, seksio sessaria, miomektomi atau reseksi koruna.

DATA OBYEKTIF

Pemeriksaan Umum

Takikardi dan hipotensi merupakan indikasi dari kehilangan darah akut, biasanya perdarahan eksterna dan perdarahan intra abdomen

Pemeriksaan Abdomen

Sewaktu persalinan, kontur uterus yang abnormal atau perubahan kontur uterus yang tiba-tiba dapat menunjukkan adanya ekstrusi janin. Fundus uteri dapat berkontraksi dan erat dengan bagian-bagian janin yang terpalpasi dekat dinding abdomen diatas fundus yang berkontraksi. Kontraksi uterus dapat berhenti dengan mendadak dan bunyi jantung janin tiba-tiba menghilang.

Sewaktu atau segera melahirkan, abdomen sering sangat lunak, disertai dengan nyeri lepas mengindikasikan adanya perdarahan intraperitoneum.

Pemeriksaan Pelvis

Menjelang kelahiran, bagian presentasi mengalami regresi dan tidak lagi terpalpasi melalui vagina bila janin telah mengalami ekstrusi ke dalam rongga peritoneum. Perdarahan pervaginam mungkin hebat.

Ruptur uteri setelah melahirkan dikenali melalui eksplorasi manual segmen uterus bagian bawah dan kavum uteri. Segmen uterus bagian bawah merupakan tempat yang paling lazim dari ruptur. Apabila robekannya lengkap, jari-jari pemeriksa dapat melalui tempat ruptur langsung ke dalam rongga peritoneum, yang dapat dikenali melalui :

- Permukaan serosa uterus yang halus dan licin
- Adanya usus dan omentum
- jari-jari dan tangan dapat digerakkan dengan bebas

Tes Laboratorium

Hitung Darah lengkap dan Apusan Darah

Batas dasar hemoglobin dan nilai hematokrit dapat tidak menjelaskan banyaknya kehilangan darah.

Urinalisis: Hematuria sering menunjukkan adanya hubungan dengan perlukaan kandung kemih.

Golongan Darah dan Rhesus: 4 sampai 6 unit darah dipersiapkan untuk tranfusi bila diperlukan.

D. Perdarahan Pada Masa Nifas

7. Atonia Uteri

a. Pengertian:

Atonia Uteri (relaksasi otot uterus) adalah uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir).

b. Etiologi dan Patofisiologi :

- Disfungsi uterus
- Partus lama: kelemahan akibat partus lama bukan hanya rahim yg lemah, cenderung berkontraksi lemah setelah melahirkan, tetapi juga ibu yang kelelahan kurang bertahan terhadapkehilangan darah.
- Pembesaran uterus berlebihan (hidramnion, hamil ganda, anak besar dengan BB > 4000gr).
- Multiparitas: uterus yang lemah banyak melahirkan anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan.
- Miomauteri: dapat menimbulkan perdarahan dengan mengganggu kontraksi dan retraksi miometrium.
- Anestasi 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 3, dorongan dan pemijatan uterus mengganggu mekanisme fisiologis pelepasan plasenta dan dapat menyebabkan pemisahan sebagian plasenta yang mengakibatkan perdarahan.

c. Gejala Klinis

Tanda dan gejala yang selalu ada :

1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek
2. Perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan pasca persalinan primer)

Tanda dan gejala yang kadang-kadang ada :

Syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual, dll).

d. Diagnosis Pasca persalinan

1. Palpasi uterus: bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.
2. Memeriksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak.
3. Lakukan eksplorasi cavum uteri untuk mencari sisa plasenta atau selaput ketuban, robekan rahim, plasenta suksenturiata.
4. Inspekulo: untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah.
5. Pemeriksaan Laboratorium: Periksa hb, COT (Clot Observation Test), dll.

E. Robekan

8. Robekan Serviks, Vagina dan Perineum

1. Robekan Serviks

Robekan yang terjadi pada persalinan yang kadang-kadang sampai ke fornix; robekan biasanya terdapat pada pinggir samping serviks malahan kadang-kadang sampai ke SBR dan membuka parametrium. (UNPAD, 1984:219)

Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan 9. Bibir depan dan bibir belakang servik dijepit dengan klem fenster kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan dan ujung robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan catgut kromik dimulai dari ujung untuk menghentikan perdarahan.

Pada hakekatnya persalinan selalu mengakibatkan perlukaan jalan lahir, robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari pendarahan pasca persalinan. Robekan pada serviks biasanya uterus berkontraksi lemah untuk menghindari adanya perdarahan hebat yang akan mengancam nyawa ibu, maka perlu dilakukan pemeriksaan yang seksama pada kala dua dan segera perbaiki robekan pada serviks.

Pemeriksaan pada serviks harus secara cepat dan hati-hati, beritahukan pada ibu bahwa pemeriksaan ini sangat penting untuk memastikan ada tidaknya robekan yang akan berpotensi kematian pada ibu.

Robekan serviks biasanya terjadinya secara lateral disalah satu sisi atau kedua sisi, robekan ini juga dapat mengenai cabang arteri uterus ke serviks dan menyebabkan perdarahan hebat.

(Dikutip dari: Modul Hemoragi Post Partum dan Modul Episiotomi & Robekan Jalan Lahir)

Etiologi

Robekan pada serviks karena:

1. Persalinan lama: apabila serviks terjepit diantara kepala bayi dan Symphysis pubis, sisi anterior dapat membengkak, tidak teregang dengan baik dan kemungkinan akan ruptur.

2. Kelahiran dengan bantuan misalnya: forsep, ekstraksi vakum, atau ekstraksi pada bokong sebelum serviks berdilatasi penuh.
3. Persalinan Preterm (secara spontan atau distimulasi dengan oksitosin)
4. Kegagalan serviks atau berdilatasi karena kelainan kongenital atau jaringan parut akibat luka terdahulu. (Dikutip dari: Modul Hemoragi Post Partum. 2001. Jakarta. EGC)

2. Robekan Vagina

Robekan atau laserasi yang sampai pada daerah vagina dan cenderung mencapai dinding lateral dan jika cukup dalam dapat mencapai levator ani. Kadang juga dapat mengakibatkan cedera tambahan pada bagian atas saluran vagina, dekat spina iskiadika.

Etiologi

1. Persalinan lama atau macet: apabila serviks terjepit diantara kepala bayi dan simpisis pubis, sisi anterior dapat membengkak, tidak teregang dengan baik, dan kemungkinan akan rupture
2. Kelahiran yang menggunakan forsep atau ekstraksi vakum
3. Persalihan presipitatus / persalinan terlalu cepat (secara spontan atau distimulasi dengan oksitosin)
4. Trauma waktu manipulasi / eksplorasi jalan lahir (misalnya waktu mengeluarkan plasenta secara manual

(Dikutip dari : Safe Motherhood, 2001, Modul Hemoragi Postpartum, Materi Pendidikan Kebidanan / WHO, Jakarta : EGC)

3. Robekan Perineum

Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arcus pubis lebih kecil daripada biasa sehingga kepala janin terpaksa lahir lebih ke belakang daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika, atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal. (Prawirohardjo, 2007).

Robekan perineum dibagi atas 4 tingkat :

1. Tingkat I: Robekan terjadi hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.
2. Tingkat II: Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi tidak mengenai otot sfingter ani.
3. Tingkat III: Robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani.

4. Tingkat IV: Robekan mengenai perineum sampai bagian otot sfingter ani dan mukosa rektum. (Saifuddin, 2005 : 462)

Etiologi

Yang dapat menyebabkan terjadinya ruptura perinei (perineum) :

1. Partus presipitatus (persalinan cepat < 3 jam)
2. Kepala janin besar (hidrosefalus) dan janin besar (makrosomi).
3. Pada presentasi defleksi (dahi, muka).
4. Pada primigravida (para).
5. Pada letak sungsang dan after coming head (kepala macet).
6. Pimpinan persalinan yang salah.
7. Pada obstetri operatif pervaginam: ekstraksi vakum, ekstraksi forcep, versi dan ekstraksi, serta embriotomi. (Mochtar, 1998)

Tanda dan gejala Robekan Jalan Lahir

Tanda dan Gejala yang selalu ada :

1. Perdarahan
2. Darah segar yang mengalir setelah bayi lahir
3. Uterus tidak berkontraksi dengan baik
4. Plasenta tidak normal

Gejala yang sering terjadi adalah:

1. Pucat
2. Lemah
3. Pasien dalam keadaan menggigil (Mochtar, 2005).

F. Retensio

9. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir.

Etiologi:

Sebab patologi anatomi:

1. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh melekat lebih dalam. Tingkat perlekatannya:
 - Plasenta adhesiva: melekat pada desidua endometrium lebih dalam.

- Plasenta inkreta: vili khoralis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke dalam miometrium.
 - Plasenta akreta: menembus lebih dalam ke dalam miometrium tetapi belum menembus serosa.
 - Plasenta perkreta: menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.
2. Plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uteri dan akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Atau karena adanya lingkaran konstriksi pada bagian bawah rahim akibat kesalahan penanganan kala III yang akan menghalangi plasenta keluar disebut (plasenta inkarserata).

Sebab fungsional:

1. His yang kurang kuat (sebab utama).
2. Tempat melekatnya yang tidak tepat (ex: disudut tuba).
3. Ukuran plasenta terlalu kecil.
4. Lingkaran konstriksi pada bagian bawah perut.

Tanda dan gejala

Plasenta Akreta Parsial/Separasi

- Konsistensi uterus kenyal
- TFU setinggi pusat
- Bentuk uterus discooid
- Perdarahan sedang–banyak
- Tali pusat terjulur sebagian
- Ostium uteri terbuka
- Separasi plasenta lepas sebagian
- Syok sering

Plasenta Inkarserata

- Konsistensi uterus keras
- TFU 2 jari bawah pusat
- Bentuk uterus globular
- Perdarahan sedang
- Tali pusat terjulur
- Ostium uteri terbuka
- Separasi plasenta sudah lepas
- Syok jarang
- Konsistensi uterus cukup

- TFU setinggi pusat
- Bentuk uterus discoid
- Perdarahan sedikit / tidak ada
- Tali pusat tidak terjulur
- Ostium uteri terbuka
- Separasi plasenta melekat seluruhnya
- Syok jarang sekali, kecuali akibat inversio oleh tarikan kuat pada tali pusat. (*Prawirohardjo, S. 2002 : 178*)
- Plasenta Akreta.

G. Inversio

10. Inversio Uteri

a. Pengertian

Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk kedalam kavum uteri, dapat secara mendadak atau perlahan. Kejadian ini biasanya disebabkan pada saat melakukan persalinan plasenta secara Crede, dengan otot rahim belum berkontraksi dengan baik. Inversio uteri memberikan rasa sakit yang dapat menimbulkan keadaan syok adapun menyebutkan bahwa inversio uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya kedalam kavum uteri.

b. Etiologi

Berbagai faktor etiologi telah dikaitkan dengan inversi uterus, walaupun mungkin tidak ada penyebab yang jelas. Diidentifikasi faktor etiologi meliputi:

- Tali pusat yang pendek
- Traksi yang berlebihan pada tali pusat.
- Tekanan pada fundus yang berlebihan.
- Sisa plasenta dan abnormal perlekatan plasenta (inkreta, perkreta, akreta).
- Menarik terlalu keras pada tali pusat untuk mempercepat pelepasan plasenta, terutama jika plasenta melekat pada fundus.
- Endometritis kronis.
- Kelahiran setelah sebelumnya operasi secarea.
- Cepat atau tenaga His yang panjang.
- Sebelumnya rahim inverse.

- Obat tertentu seperti magnesium sulfat (sebagai relaksan otot selama persalinan).
- Unicornuate rahim.
- Kelainan bawaan atau kelemahan rahim.
- Inversio uteri dapat terjadi pada kasus pertolongan persalinan kala III aktif khususnya bila dilakukan tarikan talipusat terkendali pada saat masih belum ada kontraksi uterus dan keadaan ini termasuk klasifikasi tindakan iatrogenic.

c. Klasifikasi

Menurut perkembangannya inversio uteri dapat dibagi dalam beberapa tingkat :

1. Inversio uteri ringan
Fundus uteri terbalik menonjol dalam kavum uteri, namun belum keluar dari ruang rongga rahim.
2. Inversio uteri sedang
Fundus uteri terbalik dan sudah masuk dalam vagina.
3. Inversio uteri berat
Uterus dan vagina semuanya terbalik dan sebagian besar sudah terletak diluar vagina. Ada pula beberapa pendapat membagi inversio uteri menjadi:
4. Inversio inkomplit
Yaitu jika hanya fundus uteri menekuk ke dalam dan tidak keluar ostium uteri atau serviks uteri.
5. Inversio komplit
Seluruh uterus terbalik keluar, menonjol keluar serviks uteri.
6. Inversio prolapse
Keadaan dimana uterus yang berputar balik itu keluar dari vulva.

d. Gejala Klinis

Gejala inversion uteri dijumpai pada kala III atau postpartum. Gejalanya pada permulaan tidak selalu jelas, Akan tetapi apabila kelainan itu sejak awalnya tumbuh dengan cepat, seringkali timbul rasa nyeri yang keras dan bisa menyebabkan syok. Rasa nyeri keras disebabkan karena fundus uteri menarik adneksa serta ligamentum infundibulo pelvikum dan ligamentum rotundum kanan dan kiri ke dalam terowongan inversio sehingga terjadi tarikan yang kuat pada peritoneum parietal.

Perdarahan yang banyak juga dapat terjadi, akibat dari plasenta yang masih melekat pada uterus, hal ini dapat juga berakibat syok. Pemeriksaan luar pada palpasi abdomen, fundus uteri sama sekali tidak teraba atau teraba lekukan pada fundus seperti kawah. Kadang-kadang tampak seperti sebuah tumor yang merah di luar vulva, hal ini ialah fundus uteri yang terbalik. Pada pemeriksaan dalam, bila masih inkomplit, maka pada daerah simfisis uterus teraba fundus uteri cekung ke dalam; bila sudah komplit, di atas simfisis teraba kosong dan dalam vagina teraba tumor lunak atau kavum uteri sudah tidak ada (terbalik).

H. Hipertensi Dalam Kehamilan

A. Hipertensi dalam Kehamilan

- **Definisi**

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan nifas. Akan tetapi yang kami bahas dalam makalah ini hanya hipertensi yang timbul pada saat hamil. Golongan penyakit ini ditandai dengan hipertensi dan kadang-kadang disertai proteinuria, oedema, convulsi, coma, atau gejala-gejala lain.

- **Klasifikasi menurut American Committee and Maternal Welfare:**

- Hipertensi yang hanya terjadi dalam kehamilan dan khas untuk kehamilan ialah preeklamsi dan eklamsi.

Diagnosa dibuat atas dasar hipertensi dengan proteinuri atau oedema atau kedua-duanya pada wanita hamil setelah minggu 20.

- Hypertensi yang kronis.

Diagnosa dibuat atas adanya hipertensi sebelum kehamilan atau penemuan hipertensi sebelum minggu ke 20 dari kehamilan dan hipertensi ini tetap setelah kehamilan berakhir.

- Preklamsi dan eklamsi yang terjadi atas dasar hipertensi yang kronis. Pasien dengan hipertensi yang kronis sering memberat penyakitnya dengan kehamilan, dengan gejala-gejala hipertensi naik, proteinuri, oedem dan kelainan retina.

- Transient hypertension.

Diagnosa dibuat kalau timbul hipertensi dalam kehamilan atau dalam 24 jam pertama dari nifas pada wanita yang tadinya normotensif dan yang hilang dalam 10 hari post partum.

- Hipertensi akut, karena hanya muncul pada saat hamil, dan sebagian besar tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya.

- **Jenis-jenis Hipertensi Dalam Kehamilan**

Joint national comitte VII membagi hipertensi dalam kehamilan menjadi 5 kategori :

- Hipertensi kronik
TD sistolik >140 mmHg atau diastolic >90 mmHg sebelum hamil atau sebelum usia kehamilan 20 minggu menetap >12 minggu pasca persalinan.
- Preeklampsia (PE)
TD >140 mmHg atau >90 mmHg dengan proteinuria >300 mg/24 jam setelah usia kehamilan 20 minggu. Dapat berkembang menjadi eklampsia (kejang) lebih sering pada perempuan dengan hipertensi nulipara, kehamilan kembar, perempuan dengan hipertensi selama >4 tahun, riwayat keluarga PE, hipertensi pada kehamilan sebelumnya dan penyakit ginjal.
- Hipertensi kronis dengan superimposed PE
Proteinuria awitan baru setelah kehamilan 20 minggu pada perempuan dengan hipertensi. Pada perempuan dengan hipertensi dan roteinuria sebelum kehamilan 20 minggu : peningkatan proteinuria mendadak sampai 3 kali, peningkatan TD mendadak, trombositopenia, peningkatan AST atau ALT.
- Hipertensi gestasional
Hipertensi tanpa protienuria yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan merupakan diagnosis sementara mungkin merupakan fase preproteinuria dari PE atau kambuhnya lagi hipertensi kronis yang sudah mereda ada pertengahan kehamilan. Dapat erkembang menjadi PE, jika berat dapat menyebabkan kelahiran prematr dan pertumbuhan terhambat dibandingkan PE ringan.
- Hipertensi transien
Merupakan diagnosis retrospektif, TD kembal normal setelah 12 minggu pascapersalinan dapat terjadi lagi pada kehamilan berikutnya. Merupakan prediksi hipertensi primer dimasa yang akan dating

- **Etiologi**

Pada hipertensi kehamilan dibagi menjadi 2 yaitu :

- Hipertensi primer atau esensial
Hipertensi dalah penyakit hipertensi yang disebabkan oleh faktor herediter, faktor emosi dan lingkungan. Wanita hamil dengan hipertensi esensial memiliki tekanan darah sekitar 140/90 mmHg sampai 160/100 mmHg. Gejala-gejala lain seperti kelainan jantung, arteriosklerosis, perdarahan otak, dan penyakit ginjal akan timbul setelah dalam waktu yang lama dan

penyakit terus berlanjut. Hipertensi esensial dalam kehamilan akan berlangsung normal sampai usia kehamilan aterm. Sekitar 20% dari wanita hamil akan menunjukkan kenaikan tekanan darah, dapat disertai proteinuria dan edema.

Faktor resiko hipertensi esensial dalam kehamilan adalah: wanita hamil multipara dengan usia lanjut dan kasus toksemia gravidarum. Penanganan dilakukan saat dalam kehamilan dan dalam persalinan. Penanganan dalam kehamilan meliputi: pemeriksaan antenatal yang teratur; cukup istirahat; monitor penambahan berat badan; dan melakukan pengawasan ibu dan janin; pemberian obat (anti hipertensi dan penenang); terminasi kehamilan dilakukan jika ada tanda-tanda hipertensi ganas.

➤ Hipertensi sekunder

Hipertensi adalah hipertensi yang disebabkan sebagai akibat dari adanya penyakit lain. Ada beberapa penyebab pada hipertensi sekunder :

- Penyakit Ginjal
- Kelainan hormonal
- Obat-obatan

Hipertensi pada kehamilan jauh lebih besar kemungkinannya timbul pada wanita yang :

- Terpajan ke vilus korion untuk pertama kali
- Terpajan ke vilus korion dalam jumlah sangat besar, seperti pada kehamilan kembar atau mola hidatiosa
- Sudah mengidap penyakit vascular
- Secara genetis rentan terhadap hipertensi yang timbul saat hamil

● **Patofisiologi**

Vasospasme adalah dasar patofisiologi hipertensi. Konsep ini yang pertama kali dianjurkan oleh Volhard (1918), didasarkan pada pengamatan langsung pembuluh-pembuluh darah halus dibawah kuku, fundus okuli dan konjungtiva bulbar, serta dapat diperkirakan dari perubahan-perubahan histologis yang tampak di berbagai organ yang terkena. Konstriksi vaskular menyebabkan resistensi terhadap aliran darah dan menjadi penyebab hipertensi arterial. Besar kemungkinan bahwa vasospasme itu sendiri menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah.

Selain itu, angiotensin II menyebabkan sel endotel berkonstriksi. Perubahan-perubahan ini mungkin menyebabkan kerusakan sel endotel dan kebocoran di celah antara sel-sel endotel. Kebocoran ini menyebabkan konstituen darah, termasuk trombosit dan fibrinogen, mengendap di subendotel. Perubahan-perubahan vaskular ini, bersama dengan hipoksia jaringan di

sekitarnya, diperkirakan menyebabkan perdarahan, nekrosis, dan kerusakan organ lain yang kadang-kadang dijumpai dalam hipertensi yang berat.

- **Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis untuk Hipertensi ringan dalam kehamilan antara lain :

- Tekanan darah diastolik < 100 mmHg
- Proteinuria samar sampai ± 1
- Peningkatan enzim hati minimal
- Manifestasi klinis untuk Hipertensi berat dalam kehamilan antara lain:
 - Tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih
 - Proteinuria + 2 persisten atau lebih
 - Nyeri kepala
 - Gangguan penglihatan
 - Nyeri abdomen atas
 - Oliguria
 - Kejang
 - Kreatinin meningkat
 - Trombositopenia
 - Peningkatan enzim hati
 - Pertumbuhan janin terhambat
 - Edema paru

- **Pemeriksaan Diagnostik**

- CT-Scan Hepar menunjukkan hematoma subkapsularis di hepar
- MRI memungkinkan diperolehnya resolusi yang lebih baik, tetapi kausa mendasar tentang lesi-lesi masih belum terungkap.

- **Penatalaksanaan**

Adapun penatalaksanaannya antara lain :

- Deteksi prenatal dini

Waktu pemeriksaan pranatal dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, kemudian setiap 2 minggu hingga usia kehamilan 36 minggu, setelah itu setiap minggu.

Penatalaksanaan di rumah sakit

- Evaluasi sistematis yang dilakukan mencakup:
 - Pemeriksaan terinci diikuti oleh pemantauan setiap hari untuk mencari temuan-temuan klinis seperti nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, dan penambahan berat yang pesat
- Berat badan saat masuk dan kemusian setiap hari
- Analisis untuk proteinuria saat masuk dan kemudian paling tidak setiap 2 hari
- Pengukuran tekanan darah dalam posisi duduk setiap 4 jam kecuali antara tengah malam dan pagi hari
- Pengukuran kreatinin plasma atau serum, hematokrit, trombosit, dan enzim hati dalam serum, dan frekuensi yang ditentukan oleh keparahan hipertensi
- Evaluasi terhadap ukuran janin dan volume cairan amnion baik secara klinis maupun USG
- Terminasi kehamilan
- Pada hipertensi sedang atau berat yang tidak membaik setelah rawat inap biasanya dianjurkan kelahiran janin demi kesejahteraan ibu dan janin. Persalinan sebaiknya diinduksi dengan oksitosin intravena. Apabila tampaknya induksi persalinan hampir pasti gagal atau upaya induksi gagal, diindikasikan seksio sesaria untuk kasus-kasus yang lebih parah
- Terapi obat antihipertensi
 - Pemakaian obat antihipertensi sebagai upaya memperlama kehamilan atau memodifikasi prognosis perinatal pada kehamilan dengan penyulit hipertensi dalam berbagai tipe dan keparahan telah lama menjadi perhatian.
- Penundaan kelahiran pada hipertensi berat
 - Wanita dengan hipertensi berat biasanya harus segera menjalani kelahiran. Pada tahun-tahun terakhir, berbagai penelitian diseluruh dunia menganjurkan pendekatan yang berbeda dalam penatalaksanaan wanita dengan hipertensi berat yang jauh dari aterm. Pendekatan ini menganjurkan penatalaksanaan konservatif atau “menunggu” terhadap

kelompok tertentu wanita dengan tujuan memperbaiki prognosis janin tanpa mengurangi keselamatan ibu.

- **Komplikasi**

- Perubahan Kardiovaskuler

Perubahan ini pada dasarnya berkaitan dengan meningkatnya afterload jantung akibat hipertensi, preload jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis hipervolemia kehamilan.

- Perubahan hematologis

- Gangguan fungsi ginjal

- Edema paru

- Prognosis selalu dipengaruhi oleh komplikasi yang menyertai penyakit tersebut. Prognosis untuk hipertensi dalam kehamilan selalu serius. Penyakit ini adalah penyakit paling berbahaya yang dapat mengenai wanita hamil dan janinnya. Angka kematian ibu akibat hipertensi ini telah menurun selama 3 dekade terakhir ini dari 5% -10% menjadi kurang dari 3% kasus.

- **Asuhan Keperawatan**

Perawat memerlukan metode ilmiah dalam melakukan proses terapeutik yaitu proses keperawatan. Proses keperawatan dipakai untuk membantu perawat dalam melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam mengatasi masalah keperawatan yang ada (Budianna Keliat, 1994, 2).

- ✓ Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerja sama dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 2000, 2).

- **Pengkajian**

- Pengumpulan data

Data-data yang dikumpulkan atau dikaji meliputi :

✓ Identitas pasien

✓ Keluhan utama

Pasien dengan hipertensi pada kehamilan didapatkan keluhan berupa seperti sakit kepala terutama area kuduk bahkan mata dapat berkunang-kunang, pandangan mata kabur, proteinuria (protein dalam urin), peka terhadap cahaya, nyeri ulu hati.

✓ Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien jantung hipertensi dalam kehamilan, biasanya akan diawali dengan tanda-tanda mudah letih, nyeri kepala (tidak hilang dengan analgesik biasa), diplopia, nyeri abdomen atas (epigastrium), oliguria (<400 ml/ 24 jam)serta nokturia dan sebagainya. Perlu juga ditanyakan apakah klien menderita diabetes, penyakit ginjal, rheumatoid arthritis, lupus atau skleroderma, perlu ditanyakan juga mulai kapan keluhan itu muncul. Apa tindakan yang telah dilakukan untuk menurunkan atau menghilangkan keluhan-keluhan tersebut.

✓ Riwayat penyakit dahulu

Perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit seperti kronis hipertensi (tekanan darah tinggi sebelum hamil), Obesitas, ansietas, angina, dispnea, ortopnea, hematuria, nokturia dan sebagainya. Ibu beresiko dua kali lebih besar bila hamil dari pasangan yang sebelumnya menjadi bapak dari satu kehamilan yang menderita penyakit ini. Pasangan suami baru mengembalikan resiko ibu sama seperti primigravida. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor predisposisi.

✓ Riwayat penyakit keluarga

Perlu ditanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit-penyakit yang disinyalir sebagai penyebab jantung hipertensi dalam kehamilannya. Ada hubungan genetik yang telah diteliti. Riwayat keluarga ibu atau saudara perempuan meningkatkan resiko empat sampai delapan kali

✓ Riwayat psikososial

Meliputi perasaan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta bagaimana perilaku pasien terhadap tindakan yang dilakukan terhadap dirinya.

✓ Riwayat maternal

Kehamilan ganda memiliki resiko lebih dari dua kali lipat.

- **Pengkajian sistem tubuh**

✓ B1 (*Breathing*)

Pernafasan meliputi sesak nafas sehabis aktifitas, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok, penggunaan obat bantu pernafasan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

✓ B2 (*Blood*)

Gangguan fungsi kardiovaskular pada dasarnya berkaitan dengan meningkatnya afterload jantung akibat hipertensi. Selain itu terdapat perubahan hemodinamik, perubahan volume darah berupa hemokonsentrasi. Pembekuan darah terganggu waktu trombin menjadi memanjang. Yang paling khas adalah trombositopenia dan gangguan faktor pembekuan lain seperti menurunnya kadar antitrombin III. Sirkulasi meliputi adanya riwayat hipertensi, penyakit jantung coroner, episodepalpitasi, kenaikan tekanan darah, takhycardi, kadang bunyi jantung terdengar S2 pada dasar , S3 dan S4, kenaikan TD, nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin.

✓ B3 (*Brain*)

Lesi ini sering karena pecahnya pembuluh darah otak akibat hipertensi. Kelainan radiologis otak dapat diperlihatkan dengan CT-Scan atau MRI. Otak dapat mengalami edema vasogenik dan hipoperfusi. Pemeriksaan EEG juga memperlihatkan adanya kelainan EEG terutama setelah kejang yang dapat bertahan dalam jangka waktu seminggu. Integritas ego meliputi cemas, depresi, euphoria, mudah marah, otot muka tegang, gelisah, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara. Neurosensori meliputi keluhan kepala pusing, berdenyut , sakit kepala sub oksipital, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia, pandangan kabur), epitaksis, kenaikan tekanan pada pembuluh darah cerebral.

✓ B4 (*Bladder*)

Riwayat penyakit ginjal dan diabetes mellitus, riwayat penggunaan obat diuretic juga perlu dikaji. Seperti pada glomerulopati lainnya terdapat peningkatan permeabilitas terhadap sebagian besar protein dengan berat molekul tinggi. Sebagian besar penelitian biopsy ginjal menunjukkan pembengkakan endotel kapiler glomerulus yang disebut endoteliosis kapiler glomerulus. Nekrosis hemoragik periporta dibagian perifer lobulus hepar kemungkinan besar merupakan penyebab meningkatnya kadar enzim hati dalam serum.

✓ B5 (*Bowel*)

Makanan/cairan meliputi makanan yang disukai terutama yang mengandung tinggi garam, protein, tinggi lemak, dan kolesterol, mual, muntah, perubahan berat badan, adanya edema.

✓ B6 (*Bone*)

Nyeri/ketidnyamanan meliputi nyeri hilang timbul pada tungkai, sakit kepala sub oksipital berat, nyeri abdomen, nyeri dada, nyeri ulu hati. Keamanan meliputi gangguan cara berjalan, parestesia, hipotensi postural.

• **Diagnosa**

Diagnosa keperawatan ditegakkan melalui analisis cermat terhadap hasil pengkajian. Diagnosa keperawatan yang umum untuk orang tua dengan gangguan hipertensi pada kehamilan meliputi hal-hal berikut.

- Perubahan perfusi jaringan/organ, menurun, b.d Hipertensi, Vasospasme siklik, Edema serebral, Perdarahan
- Risiko tinggi gangguan pertukaran gas b.d Terapi magnesium sulfat, Edema paru
- Risiko tinggi perubahan curah jantung, menurun b.d Terapi antihipertensi yang berlebihan Jantung terkena dalam proses penyakit
- Risiko tinggi mengalami solusio plasenta b.d Vasospasme sistemik, Hipertensi, Penurunan perfusi uteroplasenta
- Risiko tinggi cedera ibu b.d Iritabilitas SSP akibat edema otak, vasospasme, penurunan perfusi ginjal, Terapi magnesium sulfat dan antihipertensi
- Risiko tinggi cedera pada janin b.d Insufisiensi uteroplasenta, Kelahiran premature
- Solusio plasenta Ansietas b.d efeknya pada ibu dan jani

• **Intervensi**

1. Perubahan perfusi jaringan b.d. Hipertensi, Vasospasme siklik, Edema serebral, Perdarahan.

Tujuan : tidak terjadi vasospasme dan perfusi jaringan tidak terjadi.

Kriteria hasil : Klien akan mengalami vasodilatasi ditandai dengan diuresis, penurunan tekanan darah, edema.

Intervensi :

Implementasi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau asupan oral dan ifus IV MGSO₄ 2. Memantau urin yang keluar 3. Memantau edema yang terlihat 4. Mempertahankan tirah baring total dengan posisi miring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MGSO₄ adalah obat anti kejang yang bekerja pada sambungan mioneural dan merelaksasi vasospasme sehingga menyebabkan peningkatan perfusi ginjal, mobilisasi cairan ekstra seluler (edema dan diuresis 2. Tirah baring menyebabkan aliran darah urtero plasenta, yang sering kali menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis

2. Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Tujuan : Nyeri atau sakit kepala hilang atau berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam.

Kriteria hasil :

- ∴ Pasien mengungkapkan tidak adanya sakit kepala.
- ∴ Pasien tampak nyaman.
- ∴ TTV dalam batas normal.

Intervensi :

Mandiri

- Pertahankan tirah baring, lingkungan yang tenang, sedikit penerangan.
- Minimalkan gangguan lingkungan dan rangsangan.
- Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan.
- Hindari merokok atau menggunakan penggunaan nikotin.
- Beri tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala seperti kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, posisi nyaman, teknik relaksasi, bimbingan imajinasi dan distraksi.
- Hilangkan/minimalkan vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala misalnya mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi : analgesik, antihiperensi.

3. Resiko trauma maternal : perubahan perfusi jaringan serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan adanya tahanan pembuluh darah.

Tujuan : Tidak terjadi perubahan perfusi jaringan : serebral, ginjal, jantung setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam.

Kriteria hasil :

- ∴ Pasien mendemonstrasikan perfusi jaringan yang membaik seperti ditunjukkan dengan : TD dalam batas yang dapat diterima, tidak ada keluhan sakit kepala, pusing, nilai-nilai laboratorium dalam batas normal.
- ∴ Haluaran urin 30 ml/menit
- ∴ Tanda-tanda vital stabil

Intervensi :

- Pertahankan tirah baring, tinggikan kepala tempat tidur .
 - Kaji tekanan darah saat masuk pada kedua lengan; tidur, duduk dengan pemantau tekanan arteri jika tersedia.
 - Observasi tanda-tanda terjadi eklamsia.
 - Ambulasi sesuai kemampuan; hindari kelelahan.
 - Amati adanya hipotensi mendadak.
 - Ukur masukan dan pengeluaran dan pertahankan kenaikan BB normal
 - Kolaborasi :
 - ψ Pertahankan cairan dan obat-obatan sesuai program.
 - ψ Diet rendah garam.
 - ψ Pantau elektrolit, BUN, kreatinin sesuai program
4. Resiko tinggi cedera janin b/d gangguan perfusi, patofisiologi.
- Tujuan : tidak terjadi komplikasi pada janin.
- Intervensi :
- Observasi keadaan janin: DJJ, pergerakan, pertumbuhan.
 - Kolaborasi : EKG fetal, sefalometri, penentuan kadar estrol dalam kencing, amnioskopi, pH darah janin.

B. PEB dan Eklamsi

❖ PEB/Preeklamsia Berat

o Definisi

Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya tekanan darah tinggi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan/atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

○ **GEJALA KLINIS PEB**

Gejala preeklampsia adalah :

- ✓ Hipertensi
- ✓ Edema
- ✓ Proteinuria

Gejala subjektif : sakit kepala, nyeri ulu hati, gangguan penglihatan.

Dikatakan preeklampsia berat bila dijumpai satu atau lebih tanda/gejala berikut :

- ✓ TD \geq 160/110 mmHg
- ✓ Proteinuria > 5 gr/24 jam atau kualitatif 3+/4+
- ✓ Pertumbuhan janin intra uteri yang terhambat (IUGR)
- ✓ Oliguria (<400 ml/24 jam)
- ✓ Kenaikan kadar kreatinin plasma > 1,2 mg/dl
- ✓ Gangguan visus dan serebral : penurunan kesadaran, nyeri kepala persisten, skotoma dan pandangan kabur
- ✓ Nyeri epigastrium pada kuadran kanan atas abdomen akibat teregangnya kapsula glisson
- ✓ Edema paru dan sianosis
- ✓ Hemolysis mikroangipatik, karena meningkatnya enzim laktat dehidrogenase
- ✓ Trombositopenia (trombosit < 100.000 mm³)

○ **Etiologi :**

Penyebab preeklampsia sampai saat ini masih belum diketahui secara pasti, sehingga penyakit ini disebut dengan "The Diseases of Theories". Beberapa faktor yang berkaitan dengan terjadinya preeklampsia adalah :

➤ Faktor Trofoblast

Semakin banyak jumlah trofoblast semakin besar kemungkinan terjadinya Preeklampsia. Ini terlihat pada kehamilan Gemeli dan Molahidatidosa. Teori ini didukung pula dengan adanya kenyataan bahwa keadaan preeklampsia membaik setelah plasenta lahir.

➤ Faktor Imunologik

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan jarang timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Secara Imunologik dan diterangkan bahwa pada

kehamilan pertama pembentukan “Blocking Antibodies” terhadap antigen plasenta tidak sempurna, sehingga timbul respons imun yang tidak menguntungkan terhadap Histokompatibilitas Plasenta. Pada kehamilan berikutnya, pembentukan “Blocking Antibodies” akan lebih banyak akibat respons imunitas pada kehamilan sebelumnya, seperti respons imunisasi.

Fierlie FM (1992) mendapatkan beberapa data yang mendukung adanya sistem imun pada penderita Preeklampsia-Eklampsia :

- a. Beberapa wanita dengan Preeklampsia-Eklampsia mempunyai kompleks imun dalam serum.
- b. Beberapa studi juga mendapatkan adanya aktivasi system komplemen pada Preeklampsia-Eklampsia diikuti dengan proteinuri.

Stirat (1986) menyimpulkan meskipun ada beberapa pendapat menyebutkan bahwa sistem imun humoral dan aktivasi komplemen terjadi pada Preeklampsia-Eklampsia, tetapi tidak ada bukti bahwa sistem imunologi bisa menyebabkan Preeklampsia-Eklampsia.

➤ Faktor Hormonal

Penurunan hormon Progesteron menyebabkan penurunan Aldosteron antagonis, sehingga menimbulkan kenaikan relative Aldosteron yang menyebabkan retensi air dan natrium, sehingga terjadi Hipertensi dan Edema.

➤ Faktor Genetik

Menurut Chesley dan Cooper (1986) bahwa Preeklampsia / eklampsia bersifat diturunkan melalui gen resesif tunggal. Beberapa bukti yang menunjukkan peran faktor genetik pada kejadian Preeklampsia-Eklampsia antara lain:

- a. Preeklampsia hanya terjadi pada manusia.
- b. Terdapatnya kecenderungan meningkatnya frekwensi Preeklampsia-Eklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita Preeklampsia-Eklampsia.
- c. Kecenderungan meningkatnya frekwensi Preeklampsia-Eklampsia pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat Preeklampsia-Eklampsia dan bukan pada ipar mereka.

➤ Faktor Gizi

Menurut Chesley (1978) bahwa faktor nutrisi yang kurang mengandung asam lemak essensial terutama asam Arachidonat sebagai precursor sintesis Prostaglandin akan menyebabkan “Loss Angiotensin Refractoriness” yang memicu terjadinya preeklampsia.

Peran Prostaglandin dan Tromboksan

Pada Preeklampsia-Eklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin (PGI_2) yang pada kehamilan normal meningkat, aktivasi penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengkonsumsi antitrombin III, sehingga terjadi deposit fibrin. Aktivasi trombosit menyebabkan pelepasan tromboksan (TXA_2) dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel.

o **Patofisiologi**

Patofisiologi preeklampsia-eklampsia setidaknya berkaitan dengan perubahan fisiologi kehamilan. Adaptasi fisiologi normal pada kehamilan meliputi peningkatan volume plasma darah, vasodilatasi, penurunan resistensi vaskular sistemik systemic vascular resistance (SVR), peningkatan curah jantung, dan penurunan tekanan osmotik koloid. Pada preeklampsia, volume plasma yang beredar menurun, sehingga terjadi hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Perubahan ini membuat perfusi organ maternal menurun, termasuk perfusi ke unit janin-uteroplasenta. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah, sehingga kapasitas oksigen maternal menurun. Vasopasme merupakan sebagian mekanisme dasar tanda dan gejala yang menyertai preeklampsia. Vasopasme merupakan akibat peningkatan sensitivitas terhadap tekanan darah, seperti angiotensin II dan kemungkinan suatu ketidakseimbangan antara prostaglandin prostaglandin dan tromboksan A_2 . Peneliti telah menguji kemampuan aspirin (suatu inhibitor prostaglandin) untuk mengubah patofisiologi preeklampsia dengan mengganggu produksi tromboksan. Investigasi pemakaian aspirin sebagai suatu pengobatan profilaksis dalam mencegah preeklampsia dan rasio untung-rugi pada ibu dan janin.

Selain kerusakan endotelil, vasospasme arterial turut menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler. Keadaan ini meningkatkan edema dan lebih lanjut menurunkan volume intravaskular, mempredisposisi pasien yang mengalami

preeklampsia mudah menderita edema paru. Preeklampsia ialah suatu keadaan hiperdinamik dimana tahanan khusus hipertensi dan proteinuria merupakan akibat hiperfungsi ginjal. Untuk mengendalikan sejumlah besar darah yang berfungsi di ginjal, timbul reaksi vasospasme ginjal sebagai suatu mekanisme protektif, tetapi hal ini akhirnya akan mengakibatkan proteinuria dan hipertensi yang khas untuk preeklampsia. Hubungan sistem imun dengan preeklampsia menunjukkan bahwa faktor-faktor imunologi memainkan peran penting dalam perkembangan preeklampsia. Keberadaan protein asing, plasenta atau janin bisa membangkitkan respons imunologis lanjut.

o **Akibat Preeklampsia pada ibu :**

Akibat gejala preeklampsia, proses kehamilan maternal terganggu karena terjadi perubahan patologis pada sistem organ, yaitu :

➤ **Jantung**

Perubahan pada jantung disebabkan oleh peningkatan cardiac afterload akibat hipertensi dan aktivasi endotel sehingga terjadi ekstrasvasasi cairan intravaskular ke ekstraselular terutama paru. Terjadi penurunan cardiac preload akibat hipovolemia.

➤ **Otak**

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan autoregulasi tidak berfungsi. Jika autoregulasi tidak berfungsi, penghubung penguat endotel akan terbuka menyebabkan plasma dan sel-sel darah merah keluar ke ruang ekstraselular.

➤ **Mata**

Pada preeklampsia tampak edema retina, spasmus menyeluruh pada satu atau beberapa arteri, jarang terjadi perdarahan atau eksudat. Spasmus arteri retina yang nyata dapat menunjukkan adanya preeklampsia yang berat, tetapi bukan berarti spasmus yang ringan adalah preeklampsia yang ringan. Skotoma, diplopia dan ambliopia pada penderita preeklampsia merupakan gejala yang menunjukkan akan terjadinya eklampsia. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan aliran darah

pada pusat penglihatan di korteks serebri maupun didalam retina (Wiknjosastro, 2006).

➤ Paru

Edema paru biasanya terjadi pada pasien preeklampsia berat yang mengalami kelainan pulmonal maupun non-pulmonal setelah proses persalinan. Hal ini terjadi karena peningkatan cairan yang sangat banyak, penurunan tekanan onkotik koloid plasma akibat proteinuria, penggunaan kristaloid sebagai pengganti darah yang hilang, dan penurunan albumin yang diproduksi oleh hati.

➤ Hati

Pada preeklampsia berat terdapat perubahan fungsi dan integritas hepar, perlambatan ekskresi bromosulfoftalein, dan peningkatan kadar aspartat aminotransferase serum. Sebagian besar peningkatan fosfatase alkali serum disebabkan oleh fosfatase alkali tahan panas yang berasal dari plasenta. Pada penelitian yang dilakukan Oosterhof dkk, dengan menggunakan sonografi Doppler pada 37 wanita preeklampsia, terdapat resistensi arteri hepatica. Nekrosis hemoragik periporta di bagian perifer lobulus hepar menyebabkan terjadinya peningkatan enzim hati didalam serum. Perdarahan pada lesi ini dapat mengakibatkan ruptur hepatica, menyebar di bawah kapsul hepar dan membentuk hematom subkapsular (Cunningham, 2005).

➤ Ginjal

Lesi khas pada ginjal pasien preeklampsia terutama glomeruloendoteliosis, yaitu pembengkakan dari kapiler endotel glomerular yang menyebabkan penurunan perfusi dan laju filtrasi ginjal. Konsentrasi asam urat plasma biasanya meningkat terutama pada preeklampsia berat. Pada sebagian besar wanita hamil dengan preeklampsia, penurunan ringan sampai sedang laju filtrasi glomerulus tampaknya terjadi akibat berkurangnya volume plasma sehingga kadar kreatinin plasma hampir dua kali lipat dibandingkan dengan kadar normal selama hamil (sekitar 0,5 ml/dl). Namun pada beberapa kasus preeklampsia berat, kreatinin plasma meningkat beberapa kali lipat dari nilai normal ibu tidak hamil atau berkisar hingga 2-3 mg/dl. Hal ini disebabkan perubahan intrinsik ginjal akibat vasospasme yang hebat (Cunningham, 2005). Kelainan pada ginjal biasanya dijumpai proteinuria akibat retensi garam dan air. Retensi garam dan air terjadi karena penurunan laju filtrasi natrium di glomerulus akibat spasme arterioli ginjal.

Pada pasien preeklampsia terjadi penurunan ekskresi kalsium melalui urin karena meningkatnya reabsorpsi di tubulus (Cunningham,2005). Kelainan ginjal yang dapat dijumpai berupa glomerulopati, terjadi karena peningkatan permeabilitas terhadap sebagian besar protein dengan berat molekul tinggi, misalnya: hemoglobin, globulin, dan transferin. Protein – protein molekul ini tidak dapat difiltrasi oleh glomerulus.

➤ **Darah**

Kebanyakan pasien preeklampsia mengalami koagulasi intravaskular (DIC) dan destruksi pada eritrosit (Cunningham, 2005). Trombositopenia merupakan kelainan yang sangat sering, biasanya jumlahnya kurang dari 150.000/ μ l ditemukan pada 15 – 20 % pasien. Level fibrinogen meningkat pada pasien preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil dengan tekanan darah normal. Jika ditemukan level fibrinogen yang rendah pada pasien preeklampsia, biasanya berhubungan dengan terlepasnya plasenta sebelum waktunya (placental abruption). Pada 10 % pasien dengan preeklampsia berat dapat terjadi HELLP syndrome yang ditandai dengan adanya anemia hemolitik, peningkatan enzim hati dan jumlah platelet rendah.

➤ **Sistem Endokrin dan Metabolisme Air dan Elektrolit**

Pada preeklampsia, sekresi renin oleh aparatus jukstaglomerulus berkurang, proses sekresi aldosteron pun terhambat sehingga menurunkan kadar aldosteron didalam darah. Pada ibu hamil dengan preeklampsia kadar peptida natriuretik atrium juga meningkat. Hal ini terjadi akibat ekspansi volume yang menyebabkan peningkatan curah jantung dan penurunan resistensi vaskular perifer. Pada pasien preeklampsia terjadi pergeseran cairan dari intravaskuler ke interstisial yang disertai peningkatan hematokrit, protein serum, viskositas darah dan penurunan volume plasma. Hal ini mengakibatkan aliran darah ke jaringan berkurang dan terjadi hipoksia.

○ **Akibat preeklampsia pada janin**

Penurunan aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Hal ini mengakibatkan hipovolemia, vasospasme, penurunan perfusi uteroplasenta dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta sehingga mortalitas janin meningkat (Sarwono prawirohardjo, 2009). Dampak preeklampsia

pada janin, antara lain: Intrauterine growth restriction (IUGR) atau pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, prematur, bayi lahir rendah, dan solusio plasenta.

○ **PEMERIKSAAN FISIK**

- Tekanan darah harus diukur dalam setiap ANC
- Tinggi fundus harus diukur dalam setiap ANC untuk mengetahui adanya retardasi pertumbuhan intrauterin atau oligohidramnion
- Edema pada muka yang memberat
- Peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg per minggu atau peningkatan berat badan secara tiba-tiba dalam 1-2 hari.

○ **PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Saat ini belum ada pemeriksaan penyaring yang terpercaya dan efektif untuk preeklampsia. Dulu, kadar asam urat digunakan sebagai indikator preeklampsia, namun ternyata tidak sensitif dan spesifik sebagai alat diagnostik. Namun, peningkatan kadar asam urat serum pada wanita yang menderita hipertensi kronik menandakan peningkatan resiko terjadinya preeklampsia superimpose.

Pemeriksaan laboratorium dasar harus dilakukan di awal kehamilan pada wanita dengan faktor resiko menderita preeklampsia, yang terdiri dari pemeriksaan kadar enzim hati, hitung trombosit, kadar kreatinin serum, dan protein total pada urin 24 jam. Pada wanita yang telah didiagnosis preeklampsia, harus dilakukan juga pemeriksaan kadar albumin serum, LDH, apus darah tepi, serta waktu perdarahan dan pembekuan. Semua pemeriksaan ini harus dilakukan sesering mungkin untuk memantau progresifitas penyakit.

Penatalaksanaan Medis

Pada penderita yang masuk rumah sakit dengan tanda dan gejala pre-eklamsi berat harus segera diberi sedativa yang kuat untuk mencegah timbulnya kejang-kejang.

Sebagai pengobatan untuk mencegah timbulnya kejang-kejang dapat diberikan :

- Larutan sulfas magnesikus 40% sebanyak 10 ml (4 gr) disuntikan IM pada bokong kiri dan kanan sebagai dosis permulaan dan dapat diulang tiap 6 jam sesuai dengan kondisi pasien. Tambahan sulfas magnesikus hanya diberikan bila diuresis baik, refleks patella (+) dan kecepatan pernapasan lebih dari 16 x/mnt.
- Klorpromazin 50 mg IM

- Diazepam 20 mg IM
- Apabila terjadi oliguri, sebaiknya diberikan glukosa 20% IV.

h) Asuhan Keperawatan

❖ Pengkajian

Data subyektif :

- Umur biasanya sering terjadi pada primigravida, <20 tahun atau >35 tahun.
- Riwayat kesehatan ibu sekarang : terjadi peningkatan TD, edema, pusing, nyeri epigastrium, mual muntah, penglihatan kabur.
- Riwayat kesehatan ibu sebelumnya : penyakit ginjal, anemia, vaskuler esensial, hipertensi kronik, DM.
- Riwayat kehamilan : riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta riwayat kehamilan dengan preeklampsia atau eklampsia sebelumnya.
- Pola nutrisi : jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan.
- Psiko sosial spiritual : Emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan kecemasan, oleh karenanya perlu kesiapan moril untuk menghadapi resikonya.

Data Obyektif :

- Inspeksi : edema yang tidak hilang dalam kurun waktu 24 jam.
- Palpasi : untuk mengetahui TFU, letak janin, lokasi edema.
- Auskultasi : mendengarkan DJJ untuk mengetahui adanya fetal distress.
- Perkusi : untuk mengetahui refleks patella sebagai syarat pemberian SM (jika refleks (+))

❖ Pemeriksaan penunjang

- Tanda vital yang diukur dalam posisi terbaring atau tidur, diukur 2 kali dengan interval 6 jam.
- Laboratorium : protein uri dengan kateter atau midstream (biasanya meningkat hingga 0,3 gr/lt atau +1 hingga +2 pada skala kualitatif), kadar hematokrit menurun, BJ urine meningkat, serum kreatini meningkat, uric acid biasanya > 7 mg/100 ml.
- Berat badan : peningkatannya lebih dari 1 kg/minggu.
- Tingkat kesadaran : penurunan GCS sebagai tanda adanya kelainan pada otak.
- USG : untuk mengetahui keadaan janin.
- NST : untuk mengetahui kesejahteraan janin.

❖ Masalah Keperawatan

1. Resiko tinggi terjadinya kejang pada ibu berhubungan dengan penurunan fungsi organ (vasospasme dan peningkatan tekanan darah).
2. Resiko tinggi terjadinya distress pada janin berhubungan dengan perubahan pada plasenta.
3. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus dan pembukaan jalan lahir.
4. Cemas berhubungan dengan koping yang tidak efektif terhadap proses persalinan.

❖ **Perencanaan Keperawatan**

1. Resiko tinggi terjadinya kejang pada ibu berhubungan dengan penurunan fungsi organ (vasospasme dan peningkatan tekanan darah).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi kejang pada ibu.

Kriteria Hasil :

- Kesadaran : compos mentis, GCS : 15 (4-5-6)
- TTV: Tekanan Darah : 100-120/70-80 mmHg Suhu : 36-37⁰ C, Nadi : 60-80 x/mnt RR : 16-20 x/mnt

Intervensi :

- ✓ Monitor tekanan darah tiap 4 jam.
R/ Tekanan diastole > 110 mmHg dan sistole 160 atau lebih merupakan indikasi dari PIH.
 - ✓ Catat tingkat kesadaran pasien
R/ Penurunan kesadaran sebagai indikasi penurunan aliran darah otak.
 - ✓ Kaji adanya tanda-tanda eklampsia (hiperaktif, reflek patella dalam, penurunan nadi, dan respirasi, nyeri epigastrium dan oliguria)
R/ Gejala tersebut merupakan manifestasi dari perubahan pada otak, ginjal, jantung dan paru yang mendahului status kejang.
 - ✓ Monitor adanya tanda-tanda dan gejala persalinan atau adanya kontraksi uterus.
R/ Kejang akan meningkatkan kepekaan uterus yang akan memungkinkan terjadinya persalinan.
 - ✓ Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian anti hipertensi.
R/ Anti hipertensi untuk menurunkan tekanan darah dan SM untuk mencegah terjadinya kejang.
2. Resiko tinggi terjadinya distress pada janin berhubungan dengan perubahan pada plasenta.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi distress pada janin.

Kriteria Hasil :

- DJJ (+) : 120-160 x / menit
- Hasil USG baik : janin tumbuh dengan normal.

Intervensi :

- ✓ Monitor DJJ sesuai indikasi, misalnya 2 jam sekali.
R/ Peningkatan DJJ sebagai indikasi terjadinya hipoxia, prematur dan solusio plasenta.
- ✓ Kaji tentang pertumbuhan janin.
R/ Penurunan fungsi plasenta mungkin diakibatkan karena hipertensi sehingga timbul IUGR.
- ✓ Jelaskan adanya tanda-tanda solutio plasenta (nyeri perut, perdarahan, rahim tegang, aktifitas janin turun).
R/ Ibu dapat mengetahui tanda dan gejala solutio plasenta dan tahu akibat hipoksia bagi janin.
- ✓ Kolaborasi dengan medis dalam pemeriksaan USG.
R/ USG dan NST untuk mengetahui keadaan/kesejahteraan janin.

3. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus dan pembukaan jalan lahir.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan ibu mengerti penyebab nyeri dan dapat mengantisipasi rasa nyerinya.

Kriteria Hasil :

- Ibu mengerti penyebab nyerinya.
- Ibu mampu beradaptasi terhadap nyerinya.

Intervensi :

- ✓ Kaji tingkat intensitas nyeri pasien.
R/ Ambang nyeri setiap orang berbeda, dengan demikian akan dapat menentukan tindakan perawatan yang sesuai dengan respon pasien terhadap nyerinya.
- ✓ Jelaskan penyebab nyerinya.
R/ Ibu dapat memahami penyebab nyerinya sehingga bisa kooperatif.
- ✓ Ajarkan ibu mengantisipasi nyeri dengan nafas dalam bila HIS timbul.

R/ Dengan nafas dalam otot-otot dapat berelaksasi, terjadi vasodilatasi pembuluh darah, ekspansi paru optimal sehingga kebutuhan O₂ pada jaringan terpenuhi.

- ✓ Bantu ibu dengan mengusap/massage pada bagian yang nyeri.

R/ untuk mengalihkan perhatian pasien.

4. Cemas berhubungan dengan koping yang tidak efektif terhadap proses persalinan.
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan perawatan kecemasan ibu berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil :

- Ibu tampak tenang
- Ibu kooperatif terhadap tindakan perawatan
- Ibu dapat menerima kondisi yang dialami sekarang

Intervensi :

- ✓ Kaji tingkat kecemasan ibu.

R/ Tingkat kecemasan ringan dan sedang bisa ditoleransi dengan pemberian pengertian sedangkan yang berat diperlukan tindakan medikamentosa.

- ✓ Jelaskan mekanisme proses persalinan.

R/ Pengetahuan terhadap proses persalinan diharapkan dapat mengurangi emosional ibu yang maladaptif.

- ✓ Anjurkan kepada suami untuk memberikan motivasi kepada istri.

R/ Suami dapat memberi motivasi untuk istri menghadapi keadaan yang sekarang secara lapang dada sehingga dapat membawa ketenangan hati.

❖ Eklamsi

○ Definisi

Eklampsia adalah gejala preeklampsia berat yang disertai dengan kejang tonik klonik generalisata atau menyeluruh bahkan koma.

○ Gambaran klinis eklampsia

Penderita tidak mengalami aura dan mengalami serangan kejang dengan interval tidak sadar yang bervariasi. Permulaan kejang tonik ditandai dengan gerakan kejang twitching dari otot – otot muka khususnya sekitar mulut, beberapa detik disusul kontraksi otot – otot tubuh menegang sehingga seluruh tubuh kaku. Pada kondisi ini, wajah penderita mengalami distorsi, bola mata menonjol, kedua lengan fleksi, tangan menggenggam, dan kedua tungkai posisi inverse. Setelah berlangsung selama 15 – 30 detik, kejang tonik segera disusul kejang klonik.

Kejang klonik ditandai terbukanya rahang secara tiba – tiba dan tertutup kembali dengan kuat, terbuka dan tertutupnya kelopak mata kemudian diikuti kontraksi intermitten otot – otot muka maupun seluruh tubuh. Gejala – gejala yang lain yaitu wajah membengkak karena kongesti, bintik – bintik perdarahan pada konjungtiva, mulut mengeluarkan liur berbusa disertai bercak – bercak darah, dan lidah tergigit akibat kontraksi otot rahang terbuka dan tertutup. Setelah lebih kurang 1 menit, kejang klonik berangsur melemah, diam dan penderita terjadi koma. Setelah kejang berakhir, frekuensi pernapasan meningkat cepat mencapai 50 kali per menit sebagai respon terjadinya hiperkarbia akibat asidemia laktat, asidosis respiratorik, dan hipoksia. Terjadinya demam dengan suhu 39,0 °C, merupakan tanda yang sangat buruk akibat manifestasi perdarahan dari sistem saraf pusat. □

⇒ Diagnosa Keperawatan

1. Resiko tinggi terjadinya cedera b/d kejang-kejang berulang.
2. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler cerebral akibat hipertensi.
3. Kelebihan volume cairan b.d peningkatan retensi urine dan edema berkaitan dengan hipertensi pada kehamilan.
4. Gangguan Penglihatan b.d peningkatan tekanan vaskular cerebral akibat hipertensi. (Susan MT, dkk. 1998 dan Marlyn doengoes, dkk. 1999)

⇒ Intervensi

1. Resiko tinggi terjadinya cedera b.d kejang-kejang berulang

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko tinggi terjadinya cedera tidak terjadi.

Kriteria : tidak terjadi fraktur, pasien tidak jatuh, lidah tidak tergigit.

Intervensi :

- Fiksasi tidak terlalu kencang.
R/ Memberikan ruang gerak waktu kejang.
- Pemasangan sudip lidah.
R/ Menghalangi supaya lidah tidak tergigit.

2. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler cerebral akibat hipertensi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri hilang atau berkurang

Kriteria hasil: Nyeri hilang atau terkontrol

Ekspresi wajah tenang

Intervensi :

- Kaji skala nyeri klien.
R/ Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dialami.
- Pertahankan tirah baring selama fase akut.
R/ Meminimalkan stimulasi dan meningkatkan relaksasi.
- Anjurkan kompres dingin dan pijat punggung.
R/ Menurunkan tekanan vaskuler.

3. Kelebihan volume cairan b.d peningkatan retensi urine dan edema berkaitan dengan hipertensi pada kehamilan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan volume cairan normal.

Kriteria hasil:

- a. Volume cairan sesuai kebutuhan
- b. Edema minimal
- c. Tanda dan gejala bukan indikasi gagal jantung.

Intervensi :

- Timbang berat badan pasien setiap hari.
R/ Untuk menentukan intervensi lebih lanjut.
- Pantau intake cairan dan periksa protein urine.
R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan.

C. Hipertensi Kronik

o Pengertian Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit umum yang didefinisikan secara sederhana sebagai peningkatan tekanan darah. Penyakit hipertensi dapat menjadi penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian baik pada ibu dan janin/ bayi yang dilahirkan. Wanita hamil dengan hipertensi memiliki resiko terjadinya komplikasi lebih, seperti penyakit pembuluh darah dan organ, sedangkan janin atau bayi berisiko terkena komplikasi penghambatan pertumbuhan. Oleh karena itu, perlu adanya penatalaksanaan khusus pada ibu hamil.

Sebagian besar ibu hamil tidak menyadari bahwa mereka mengalami hipertensi karena ibu hamil terlihat sehat dan tidak menunjukkan gejala yang spesifik. Oleh karena itu diperlukan monitoring terhadap tekanan darah, yang dapat diukur menggunakan tensimeter. Pada kehamilan normal tekanan sistolik sedikit berubah, sedangkan tekanan diastolik

menurun kurang lebih 10 mmHg pada awal kehamilan (minggu ke 13-20) dan akan naik kembali pada trimester ketiga.

o **Diagnosis Hipertensi Kronik**

Syarat untuk menegakkan diagnosa HIPERTENSI KRONIK adalah salah satu dari:

- ✓ Sudah menderita hipertensi sebelum kehamilan
- ✓ Diketahui menderita hipertensi pada kehamilan <>
- ✓ Hipertensi masih terjadi pada 12 minggu pasca persalinan

Sebagian besar wanita hamil dengan hipertensi kronik adalah penderita hipertensi esensial; sebagian kecil menderita hipertensi sekunder akibat gangguan pada ginjal, pembuluh darah atau endokrin.

Diagnosis hipertensi kronik didasarkan pada riwayat hipertensi sebelum kehamilan:

- ✓ TD sistolik \geq 140 mmHg atau
- ✓ TD Diastolik \geq 90 mmHg
- ✓ Pada wanita yang tekanan darah sebelum kehamilan normal dan terjadi pada kehamilan > 20 minggu.

Hipertensi kronik sendiri dibagi menjadi dua yaitu hipertensi kronik ringan dengan tekanan diastolik kurang dari 110 mmHg dan hipertensi kronik parah dengan tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih. Wanita hamil dengan hipertensi kronik ini dapat meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, pengasaran plasenta, morbiditas dan mortalitas bayi, penyakit kardiovaskuler dan ginjal.

Oleh karena hipertensi kronik ini dapat berkembang menjadi preeklamsia atau lebih parah, maka deteksi dini dan pengobatan pada keadaan ini diperlukan. Sasaran terapi dalam pengobatan hipertensi kronik pada kehamilan adalah tekanan darah. Tujuan terapi adalah untuk menurunkan tekanan darah pada level tekanan darah diastolik dibawah 110 mmHg, yang akan mengurangi morbiditas dan mortalitas, menurunkan insiden preeklamsia, pengasaran plasenta, kematian janin/ bayi dan ibu, komplikasi strok dan kardiovaskuler.

Bila vasodilatasi terhalang oleh peristiwa spasme arteriolar maka akan terjadi:

- ✓ Hipertensi
- ✓ Penurunan perfusi pada seluruh organ termasuk uterus dan 'plasental site'

o **Komplikasi IBU:**

- Solusio plasenta
- DIC –Disseminated Intravascular Coagulation

- Gagal ginjal
 - Gagal hepar
 - Perdarahan CNS – Central Nervous System
 - Apopleksia serebri
- **Komplikasi ANAK:**
- PJT – Pertumbuhan Janin Terhambat
 - Prematuritas
 - Kematian perinatal

Hipertensi pada kehamilan dapat diklasifikasikan dalam 4 kategori, yaitu:

- hipertensi kronik

hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang diukur setelah beristirahat selama 5-10 menit dalam posisi duduk) yang telah didiagnosis sebelum kehamilan terjadi atau hipertensi yang timbul sebelum mencapai usia kehamilan 20 minggu.

Hipertensi kronik dapat terjadi sebelum kehamilan atau baru muncul pada kehamilan trimester pertama (early pregnancy) atau sebelum usia kehamilan 20 minggu. Penyebab dari hipertensi kronik ini terbagi atas esensial (tidak diketahui penyebabnya) dan sekunder. Sekunder dalam hal ini adalah hipertensi yang disebabkan karena penyakit lain seperti penyakit ginjal dan gangguan endokrinologi (hormonal) seperti diabetes, hipertiroid.
- pre-eklampsia ringan, pre-eklampsia berat, eklampsia

peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein di dalam air seni (proteinuria). Eklampsia: preeklampsia yang disertai dengan kejang.
- hipertensi kronik dengan superimposed eklampsia

preeklampsia yang terjadi pada perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil.

Preeklampsia dapat terjadi pada penderita hipertensi kronik yang sedang hamil. Latar belakang hipertensi adalah renal atau dari sebab lain dan menjadi semakin berat dengan adanya kehamilan. Superimposed preeklampsia sulit dibedakan dengan hipertensi kronik

yang tidak diawasi dengan baik, khususnya bila pasien baru datang ke dokter setelah kehamilan > 20 minggu. Diagnosa superimposed preeklampsia hanya ditegakkan pada pasien hipertensi kronik, yang baru menunjukkan adanya proteinuria ≥ 3 gram / 24 jam setelah kehamilan 20 minggu.

Pada wanita hamil dengan hipertensi dan proteinuria, diagnosis hipertensi kronis superimposed preeklampsia ditegakkan hanya bila tekanan darah semakin meningkat dan proteinuria semakin berat secara mendadak atau bila disertai dengan salah satu atau beberapa tanda yang menunjukkan kriteria beratnya preeklampsia.

➤ hipertensi gestasional

hipertensi pada kehamilan yang timbul pada trimester akhir kehamilan, namun tanpa disertai gejala dan tanda preeklampsia, bersifat sementara dan tekanan darah kembali normal setelah melahirkan (postpartum). Hipertensi gestasional berkaitan dengan timbulnya hipertensi kronik suatu saat di masa yang akan datang.

o **PENATALAKSANAAN**

Penatalaksanaan pada hipertensi kronik dapat dilakukan dengan memberikan terapi.

Strategi terapi dapat dilakukan adalah:

➤ Terapi nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologis merupakan terapi tanpa obat yang umum dilakukan pada wanita hamil, terutama pada hipertensi kronik ringan (tekanan diastolik kurang dari 110 mmHg). Penatalaksanaan yang dilakukan antara lain pembatasan aktivitas, banyak istirahat, pengawasan ketat, pembatasan konsumsi garam, mengurangi makan makanan berlemak, tidak merokok, dan menghindari minuman beralkohol.

➤ Terapi farmakologi

Terapi farmakologis dapat dilakukan dengan penggunaan obat-obatan antihipertensi golongan $\alpha 2$ -agonis sentral (metildopa), β -bloker (labetalol), vasodilator (hidralazin), dan diuretik (tiazid). Obat antihipertensi golongan Angiotensin-Converting Enzym Inhibitor (ACE Inhibitor) dan Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs) mutlak dikontraindikasikan pada ibu hamil dengan hipertensi. Meskipun ACE Inhibitor dan ARBs memiliki factor resiko kategori C pada kehamilan trimester satu, dan kategori D pada trimester dua dan tiga, namun obat tersebut berpotensi menyebabkan tetatogenik.

Dari beberapa obat yang telah disebutkan diatas, metildopa merupakan obat pilihan utama untuk hipertensi kronik parah pada kehamilan (tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg) yang dapat menstabilkan aliran darah uteroplasenta dan hemodinamik janin.

Obat ini termasuk golongan α 2-agonis sentral yang mempunyai mekanisme kerja dengan menstimulasi reseptor α 2-adrenergik di otak. Stimulasi ini akan mengurangi aliran simpatik dari pusat vasomotor di otak.

Metildopa

Nama Dagang : Dopamet (Alpharma) tablet salut selaput 250 mg, Medopa (Armoxindo) tablet salut selaput 250 mg, Tensipas (Kalbe Farma) tablet salut selaput 125 mg, 250 mg, Hyperpax (Soho) tablet salut selaput 100 mg

Indikasi : Hipertensi, bersama dengan diuretika, krisis hipertensi jika tidak diperlukan efek segera.

Kontraindikasi: Depresi, penyakit hati aktif, feokromositoma, porfiria, dan hipersensitifitas

Efek sampinging \square Mulut kering, sedasi, depresi, mengantuk, diare, retensi cairan, kerusakan hati, anemia hemolitik, sindrom mirip lupus eritematosus, parkinsonismus, ruam kulit, dan hidung tersumbat.

Peringatan: Mempengaruhi hasil uji laboratorium, menurunkan dosis awal pada gagal ginjal, disarankan untuk melaksanakan hitung darah dan uji fungsi hati, riwayat depresi.

Dosis aturan pakai: Oral 250mg 2 kali sehari setelah makan, dosis maksimal 4g/hari, infus intravena 250-500 mg diulangi setelah enam jam jika diperlukan.

➤ Asuhan Keperawatan

⇒ Pengkajian

1. Keluhan utama

Merupakan hal yang diungkapkan ibu yang berhubungan dengan keadaan dan masalah yang timbul. Keluhan yang timbul biasanya lendir bercampur darah, keluar cairan dari vagina, perut terasa mules dan semakin sakit pada PEB biasanya disertai sakit kepala, mata berkunang-kunang, bengkak pada kaki dan tangan.

2. Riwayat penyakit ibu

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit-penyakit yang menyertai dan mempengaruhi keadaan ibu yang lemah pada waktu melahirkan, seperti :

- Penyakit kronis : jantung, hipertensi, dll
- Penyakit menular : TBC, Hepatitis, HIV/AIDS
- Penyakit keturunan : DM, asma.

3. Riwayat penyakit keluarga

Ditanyakan untuk melihat kemungkinan yang dapat terjadi pada ibu bersalin serta mengupayakan pencegahan dan penanganannya, terutama pihak keluarga yang tinggal bersama klien. Kemungkinan mempunyai riwayat pre-eklamsia dan eklamsia dalam keluarga. (Pusdiknakes, 1993)

4. Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui tentang faal alat kandungan yang perlu diketahui adalah menarche, siklus haid, lama haid, warna/jumlah darah, sifat darah (cair/beku), dysminorrhoe, flour albus, HPHT.

5. Riwayat perkawinan

Yang dikaji yaitu kawin berapa kali, lama kawin dan usia saat kawin. Biasanya terjadi pada wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun atau di atas 35 tahun.

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui riwayat tiap-tiap kehamilannya, seperti : riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya serta keadaan anaknya.

7. Riwayat kehamilan sekarang

- G P A UKminggu
- ANC (tempat, berapa kali, imunisasi TT, terapi)
- Keluhan hamil muda
- Keluhan hamil tua
- Gerakan anak dirasakan sejak usia kehamilanbulan

8. Riwayat KB

Perlu ditanyakan pada ibu apakah pernah/tidak mengikuti KB jika ibu pernah ikut KB maka yang ditanyakan adalah jenis kontrasepsi, efek samping. Alasan pemberhentian kontrasepsi (bila tidak memakai lagi) serta lamanya menggunakan kontrasepsi.

9. ADL

- Nutrisi

Kekurangan/kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan. Pada persalinan dikhawatirkan menjadi penyulit bagi ibu dan akan membahayakan ibu dan bayi.

- **Aktivitas**

Untuk mengetahui aktivitas yang telah dilakukan ibu menjelang proses persalinan.

- **Istirahat**

Ditanyakan untuk persiapan tenaga megejan ibu, istirahat yang cukup menjelang persalinan akan mempermudah proses persalinan.

- **Personal hygiene**

Ditanyakan personal hygiene ibu terutama menjelang persalinan. Hal ini perlu untuk mengurangi terjadinya infeksi.

10. Riwayat psikososial spiritual dan cultural

Ditanyakan kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat dan keluarga serta pandangan dan penerimaan keluarga serta materiil dan moril yang diperoleh dari keluarganya. (Depkes RI, 1995)

11. Pemeriksaan umum

- Keadaan umum : baik, cukup, lemah
- Kesadaran : composmentis, samnolen, delirium, koma
- TTV : TD : $\geq 140/110$ mmHg, N : 80-90 x/menit, S : 36-37 °C, Rr : 16-20 x/menit.

12. Pemeriksaan khusus

a) Sistem pernapasan

Pemeriksaan pernapasan, biasanya pernapasan mungkin kurang, kurang dari 14 x/menit, klien biasanya mengalami sesak sehabis melakukan aktifitas, krekes mungkin ada, adanya edema paru hiper refleksia klonus pada kaki.

b) Sistem kardiovaskuler

- Inspeksi : Adanya sianosis, kulit pucat, konjungtiva anemis.
- Palpasi
 - Tekanan darah :Ukur tekanan darah, biasanya terjadi peningkatan tekanan darah menetap melebihi tingkat dasar setelah 20 minggu kehamilan,

- Nadi : Nadi mungkin meningkat atau menurun
 - Leher : Pemeriksaan JVV apakah ada bendungan atau tidak, jika ada bendungan menandakan bahwa jantung ibu mengalami gangguan. Edema periorbital yang tidak hilang dalam kurun waktu 24 jam
 - Suhu dingin
 - Auskultasi : mendengarkan Detak Jantung Janin untuk mengetahui adanya fetal distress, bunyi jantung janin yang tidak teratur gerakan janin melemah.
- c) Sistem reproduksi
- Dada, Payudara : Dikaji apakah ada massa abnormal, nyeri tekan pada payudara.
 - Genetalia
 - Inspeksi adakah pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah, adakah pembesaran kelenjar bartholini / tidak.
 - Abdomen
 - Palpasi : untuk mengetahui Tinggi Fundus Uteri , letak janin, lokasi edema
 - Periksa bagian uterus biasanya terdapat kontraksi uterus
- d) Sistem integumen perkemihan
- Periksa vitting udem biasanya terdapat edema pada ekstermitas akibat gangguan filtrasi glomelurus yang meretensi garam dan natrium, (Fungsi ginjal menurun).
 - Oliguria
 - Proteinuria
- e) Sistem persyarafan : Hiperrefleksi, klonus pada kaki
- f) Pencernaan
- Palpasi : Abdomen adanya nyeri tekan daerah epigastrium (kuadran II kiri atas), anoreksia, mual dan muntah.

c) Asuhan Keperawatan

⇒ Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein plasma, penurunan tekanan osmotik koloid plasma menyertai perpindahan cairan dari kompartemen vascular ditandai dengan :
 - Adanya edema

- Penambahan berat badan tiba-tiba
 - Mual/muntah
 - Nyeri epigastrik
 - Sakit kepala
 - Perubahan penglihatan
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan hipovolemia/penurunan aliran balik vena, peningkatan tahanan vaskular sistemik ditandai dengan :
 - ψ Edema
 - ψ Sesak napas
 - ψ Perubahan status mental
 - ψ TD berubah-ubah.
 3. Risiko cedera terhadap ibu berhubungan dengan edema/hipoksia jaringan, kejang tonik, profil darah abnormal dan atau faktor-faktor pembekuan.

⇒ Perencanaan Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein plasma, penurunan tekanan osmotik koloid plasma menyertai perpindahan cairan dari kompartemen vascular.

Kriteria hasil :

- Mengungkapkan pemahaman tentang kebutuhan akan pemantauan yang ketat dari berat badan, TD, protein urin, dan edema.
- Hematokrit (Ht) dalam batas normal dan edema fisiologis tanpa adanya pitting.
- Bebas dari tanda-tanda edema umum (mis., nyeri epigastrik, gejala-gejala serebral, dispnea, mual/muntah).

Intervensi :

- a. Timbang berat badan klien secara rutin.
R/ penambahan berat badan bermakna dan tiba-tiba menunjukkan retensi cairan. Gerakan cairan dari vaskuler ke ruang interstitial, mengakibatkan edema.
- b. Bedakan edema kehamilan yang patologis dan fisiologis. Pantau lokasi dan pitting.
R/ adanya edema pitting (ringan 1+ sampai 2+; berat 3+ sampai 4+) pada wajah, tangan, kaki, atau dinding abdomen, edema yang tidak hilang setelah 12 jam tirah baring.

- c. Perhatikan tanda edema berlebihan atau berlanjut (mis., nyeri epigastrik, gejala-gejala serebral, dispnea, mual/muntah).
R/ edema dan deposisi fibrin intravaskular dalam hepar terselubung dimanifestasikan dengan nyeri epigastrik, dispnea menandakan adanya hubungan dengan pulmonal, edema serebral kemungkinan mengarah pada kejang, mual, serta muntah menandakan edema gastrointestinal.
 - d. Perhatikan perubahan pada kadar Hb, Ht.
R/ mengidentifikasi derajat hemokonsentrasi, disebabkan perpindahan cairan.
 - e. Kaji ulang masukan diet dari protein dan kalori.
R/ ketidakadekuatan protein/kalori meningkatkan risiko pembentukan edema dan hipertensi.
 - f. Pantau masukan dan haluaran. Perhatikan warna urin, dan ukur berat jenis sesuai indikasi.
R/ haluaran urin adalah indikator sensitif dari sirkulasi volume darah ada masalah pada ginjal.
 - g. Kaji adanya bunyi paru dan frekuensi pernapasan.
R/ dispnea dan krekels dapat mengindikasikan adanya edema paru.
 - h. Lakukan tirah baring dengan aturan yang ketat. Anjurkan posisi miring kiri.
R/ posisi rekumben miring kiri menurunkan tekanan pada vena kava, meningkatkan aliran balik vena dan volume sirkulasi.
 - i. Pantau asam urat serum dan kadar kreatinin, nitrogen urea darah.
R/ peningkatan kadar, khususnya asam urat, menandakan kerusakan fungsi ginjal, memburuknya kondisi ibu dan hasil janin buruk.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan hipovolemia/penurunan aliran balik vena, peningkatan tahanan vaskular sistemik ditandai dengan :
- Kriteria hasil :
- ∴ Mengubah tingkat aktivitas sesuai kondisi.
 - ∴ Ada atau tidak adanya menurunnya kejadian dispnea.
- Intervensi :
- a. Pantau TD dan nadi.
R/ klien dengan hipertensi karena kehamilan tidak menunjukkan respons kardiovaskular normal pada kehamilan (hipertrofi ventrikel kiri, peningkatan volume plasma, relaksasi vaskular dengan penurunan tahanan perifer). Hipertensi

(manifestasi kedua setelah edema) terjadi karena peningkatan kepekaan pada angiotensin II, yang meningkatkan TD dan pelepasan aldosteron pada peningkatan reabsorpsi natrium/air dari tubulus ginjal, dan mengkonstriksikan pembuluh darah.

- b. Lakukan tirah baring pada klien dengan posisi miring kiri.
R/ meningkatkan aliran balik vena, curah jantung, dan perfusi ginjal/plasenta.
- c. Berikan obat antihipertensi, seperti hidralazin (Apresoline), sehingga diastolik menjadi 90-110 mmHg.
R/ hidralazin adalah obat yang tidak menghasilkan efek samping pada janin.
- d. Pantau TD dan efek samping obat antihipertensi.
R/ efek-efek samping meliputi takikardia, sakit kepala, mual dan muntah, dan palpitasi dapat diatasi dengan propranolol.

BAB IV

Asuhan Keperawatan Perempuan Dengan Gangguan Sistem Reproduksi

A. INFEKSI

a. Vulvitis

a) Definisi

Vulvitis adalah suatu peradangan vulva (organ kelamin luar wanita), termasuk labia mayora, labia minora, klitoris, bagian terluar uretra dan vagina.

b) Etiologi

1. Infeksi
 - Bakteri (misalnya klamidia, gonokokus)
 - Jamur (misalnya kandida), terutama pada penderita *diabetes*, wanita hamil dan pemakai antibiotik
 - Protozoa (misalnya *Trichomonas vaginalis*)
 - Virus (misalnya virus papiloma manusia dan virus herpes).
2. Zat atau benda yang bersifat iritatif
 - *Spermisida*, pelumas, kondom, diafragma, penutup serviks dan spons
 - Sabun cuci dan pelembut pakaian
 - Zat di dalam air mandi dan pembilas vagina
 - Pakaian dalam yang terlalu ketat, tidak berpori dan tidak menyerap keringat
3. Obat-obatan
4. Perubahan hormonal

c) Manifestasi Klinis

- Gejala yang paling sering ditemukan adalah keluarnya cairan abnormal dari vagina. Dikatakan abnormal jika jumlahnya sangat banyak, baunya menyengat atau disertai gatal dan nyeri. Cairan yang abnormal sering tampak lebih kental dibandingkan cairan yang normal dan warnanya bermacam-macam. Misalnya bisa seperti keju, atau kuning kehijauan, atau kemerahan.
- Infeksi vagina karena bakteri cenderung mengeluarkan cairan berwarna putih, abu-abu atau keruh kekuningan dan berbau amis.
- Setelah melakukan hubungan seksual atau mencuci vagina dengan sabun, bau cairannya semakin menyengat karena terjadi penurunan keasaman vagina sehingga bakteri semakin banyak yang tumbuh.
- Vulva terasa agak gatal dan mengalami iritasi.
- Infeksi jamur menyebabkan gatal-gatal sedang sampai hebat dan rasa terbakar pada vulva dan vagina.
- Kulit tampak merah dan terasa kasar.
- Infeksi karena *Trichomonas vaginalis* menghasilkan cairan berbusa yang berwarna putih, hijau keabuan atau kekuningan dengan bau yang tidak sedap.
- *Polip* pada serviks bisa menyebabkan perdarahan vagina setelah melakukan hubungan seksual.
- Luka terbuka yang menimbulkan nyeri di vulva bisa disebabkan oleh infeksi herpes atau abses.
- Luka terbuka tanpa rasa nyeri bisa disebabkan oleh kanker atau sifilis.
- Kutu kemaluan (*pedikulosis pubis*) bisa menyebabkan gatal di daerah vulva.

d) Pemeriksaan Penunjang

- Mikrobiologi
Sampel sekret vagina dapat diperoleh untuk asupan pewarnaan gram, biakan dan sediaan basah untuk mengidentifikasi candida atau trichomonas.
- Tes sitology vagina/biopsy
Diindikasikan apabila dicurigai adanya neoplasia.
- Pemeriksaan dengan selaput selulosa

Area penanda terhadap telur cacing kremi dapat membantu, pemeriksaan ini harus dilakukan pada pagi hari dan bila perlu diulangi pada hari berikutnya.

○ Foto pelviks

Dapat membantu mengidentifikasi suatu benda yang radiopak, pada kasus cedera (rudapaksa).

○ Pielogram intravena

Kelainan congenital saluran reproduksi sering disertai dengan kelainan congenital/traktus urinarus, pielogram intravena dapat menyingkapkan keadaan patologik traktus urinarus.

e) Komplikasi

✓ Bartholinitis

Infeksi pada kelenjar bartholin yang biasanya disebabkan oleh bakteri gonococcus, akan tetapi dapat juga disebabkan oleh bakteri biasa. Terjadi pembengkakan di labia mayora dan dapat menjadi abses.

✓ Condylomata Acuminata

Biasanya disebut kutil.

f) Penatalaksanaan

Jenis infeksi	Pengobatan
Jamur	<ul style="list-style-type: none"> • Miconazole, clotrimazole, butoconazole atau terconazole (krim, tablet vagina atau supositoria) • Fluconazole atau ketoconazole (tablet)
Bakteri	<ul style="list-style-type: none"> • Biasanya metronidazole atau clindamycin (tablet vagina) atau metronidazole (tablet). • Jika penyebabnya gonokokus biasanya diberikan suntikan ceftriaxon & tablet doxycyclin
Klamidia	Doxicyclin atau azithromycin (tablet)
Trikomonas	Metronidazole (tablet)
Virus papiloma manusia (kutil genitalis)	Asam triklorasetat (dioleskan ke kutil), untuk infeksi yg berat digunakan larutan nitrogen atau fluorouracil (dioleskan ke kutil).

Virus herpes	Acyclovir (tablet atau salep)
--------------	-------------------------------

- Selain obat-obatan, penderita juga sebaiknya memakai pakaian dalam yang tidak terlalu ketat dan menyerap keringat sehingga sirkulasi udara tetap terjaga (misalnya terbuat dari katun) serta menjaga kebersihan vulva (sebaiknya gunakan sabun gliserin).
- Untuk mengurangi nyeri dan gatal-gatal bisa dibantu dengan kompres dingin pada vulva atau berendam dalam air dingin.
- Untuk mengurangi gatal-gatal yang bukan disebabkan oleh infeksi bisa dioleskan krim atau salep corticosteroid dan antihistamin *per-oral* (tablet).
- Krim atau tablet acyclovir diberikan untuk mengurangi gejala dan memperpendek lamanya infeksi herpes.
- Untuk mengurangi nyeri bisa diberikan analgetik.

g) Patofisiologi

h) Asuhan Keperawatan

⇒ Pengkajian

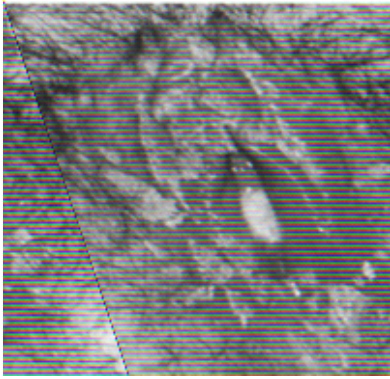
- Eritema
- Edema
- Jumlah sekret berlebih
- Sekret encer atau kental
- Sekret berbau dan berwarna abu – abu
- Nyeri pada vulva
- Vulva terasa gatal dan panas
- Tanyakan kebersihan vulva setiap harinya
- Tanyakan kebersihan pada saat coitus

⇒ Diagnosa Keperawatan

- Resiko penyebaran infeksi b.d adanya peradangan vulva
- Nyeri b.d adanya lesi dan proses infeksi
- Kerusakan integritas kulit b.d adanya infeksi
- Gangguan fungsi seksual b.d adanya pembesaran kelenjar bartholin

b. Vaginitis (KOLPITIS)

a) Definisi



Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, dan getah mengandung nanah yang keluar dari daerah ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas. (Sarwono Prawirohardjo, 2002)

Rayburn William, 2001. Vaginitis atau infeksi pada vagina adalah suatu keluhan umum, yang menyebabkan kurang lebih 5 juta kunjungan per tahun. Vaginitis adalah satu diantara 25 alasan seorang wanita datang ke dokter. Rasa gatal dan pedih pada vagina bisa disebabkan Vaginitis monilia. Vaginitis monilia adalah infeksi vagina yang disebabkan oleh jamur candida albicans. (Geri Morgan, 2009)

Vagina trikomonas adalah suatu IMS yang disebabkan oleh trichomonas vaginalis, protozoa bersel satu berbentuk pir yang ukurannya sedikit lebih besar dari SDP dengan beberapa flagella yang mampu membuat protozoa tersebut bebas bergerak (geri morgan, 2009)

b) Macam vaginitis (Rayburn, William, 2001)

Vaginitis dibedakan menjadi 3 jenis tergantung bakteri yang menginfeksi, yaitu :

- * Trichomonas

Disebabkan oleh parasit Tricomoniasis Vaginalis yang menimbulkan cairan berbau, banyak, berwarna kuning kehijauan dan peradangan, eritema, dan edema pada vagina, kadang sangat gatal kadang berbusa terasa perih. Bisa ditularkan karena hubungan seksual.

- * Vaginosis Bakteri

Disebabkan oleh bakteri *Gardnerella Vaginalis*, gejala-gejalanya terdiri dari pengeluaran cairan, pengeluaran cairan biasanya tidak disertai rasa gatal atau rasa perih, berwarna abu-abu dan berbau tidak sedap.

* **Candidosis/Infeksi Jamur**

Kurang lebih 80% vaginitis yang disebabkan oleh jamur disebabkan oleh *Candida albicans* (salah satu jenis jamur yang normal ditemukan dalam organ kewanitaan). Jamur ini sering berkembang biak hingga jumlahnya melampaui batas, gejala-gejalanya adalah gatal, pedih dan pengeluaran cairan yang meningkat.

c) Etiologi

• **Jamur**

Umumnya disebabkan oleh jamur *Candida albicans* yang menyebabkan rasa gatal di sekitar vulva/vagina. Warna cairan keputihan akibat jamur berwarna putih kekuning-kuningan dengan bau yang khas.

• **Bakteri**

Biasanya diakibatkan oleh bakteri *Gardnerella* dan keputihannya disebut bacterial vaginosis dengan ciri-ciri cairannya encer dengan warna putih keabu-abuan beraroma amis. Keputihan akibat bakteri biasanya muncul saat kehamilan, gonta-ganti pasangan, penggunaan alat KB spiral atau IUD dan lain sebagainya.

• **Virus**

Keputihan yang diakibatkan oleh virus biasanya bawaan dari penyakit HIV/AIDS, condyloma, herpes dan lain-lain yang bisa memicu munculnya kanker rahim. Keputihan virus herpes menular dari hubungan seksual dengan gejala ada luka melepuh di sekeliling liang vagina dengan cairan gatal dan rasanya panas. Sedangkan condyloma memiliki ciri gejala ada banyak kutil tubuh dengan cairan yang bau yang sering menyerang ibu hamil.

• **Parasit**

Keputihan akibat parasit diakibatkan oleh parasit *Trichomonas vaginalis* yang menular dari kontak seks/hubungan seks dengan cairan yang berwarna kuning hijau kental dengan bau tidak enak dan berbusa. Kadang bisa gatal dan membuat iritasi. Parasit keputihan ini bisa menular lewat tukar-menukar peralatan mandi, pinjam-meminjam pakaian dalam, menduduki kloset yang terkontaminasi, dan lain sebagainya. Penyebab lainnya adalah :

(Menurut Univ Padjajaran 1981) Penyebab vaginitis adalah :

- Vulvovaginitis pada anak : Sering disebabkan oleh gonorhea atau corpus allineum
- Kolpitis Senilis :Disebabkan karena ovaria berhenti berfungsi
- Kolpitis pada masa reproduktif
 - Masturbasi
 - Corpus allienum : Pessarium, obat atau alat kontrasepsi kapas
 - Rangsang themis seperti berenang dalam air dingin

Penyebab lainnya:

- Pembilas vagina
- Spermisida, pelumas, kondom, diaphragma, penutup serviks dan spons.
- Sabun cuci dan pembalut
- Deodorant
- Zat di dalam air
- Pakaian dalam yang ketat, tidak berpori dan tidak menyerap keringat
- Tinja
- Tumor ataupun jaringan abnormal lainnya
- Obat-obatan
- Terapi penyinaran
- Perubahan hormonal

d) Gambaran Klinis

- Leucorrhoea yang kadang-kadang berbau (anyir)
- Perasaan panas atau pedih pada vagina
- Perasaan gatal pada vulva dan vulvitis sekunder

e) Penatalaksanaan

Menurut (Menurut Univ Padjajaran 1981), Terapi :

- Infeksi bacterial : antibiotic
Misalnya penicillin untuk Go atau terramycin untuk kuman-kuman lain. Sering bersama-sama dengan antimycoticum (hystatin). Obat ini sering diberikan sebagai ovula misalnya hari pertama terramycin ovula, hari kedua nystatin ovula dst. Sedapat mungkin coitus ditinggalkan selama pengobatan.
- Infeksi dengan trichomonas :

Derivate imidazol, dapat per oral dan intravaginal. Suami juga harus diobati bersamaan.

Dalam kehamilan biasanya diberi pengobatan intravaginal.

➤ Infeksi dengan jamur :

Diberi nystatin biasanya dalam bentuk ovula.

➤ Kolpitis senilis

Selain dari antibiotika atau antimycotika diberi salep yang mengandung oestrogen selama 20 hari.

➤ Pengobatan bacterial vaginosis yang direkomendasikan oleh CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), 2006, yaitu

ψ Obat yang direkomendasikan :

Metronidazole oral atau Metronidazole gel 0,75% intravaginal atau Clindamycin cream 2% intravaginal sebelum tidur malam

ψ Obat alternatif

Clindamicin oral atau Clindamycin ovula

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sanchez dkk dalam *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004), (metronidazol (500 mg)/nystatin (100.000 u) ovula lebih efektif dibandingkan dengan metronidazole gel 0,75%.

➤ Pengobatan vaginitis

ψ Infeksi bacterial

Diberikan antibiotika Candidiasis seperti :

Nistatin : 100.000 2 kali per hari selama 7-10 hari

Ikonazol : 7 gram 1-2 kali per hari selama 3,5-7 hari

Klotrimazol : 100 gram tablet atau 7 gram krim 1-2 kali perhari selama 3,5-7 hari

Asam borat : 600 mg 2 kali perhari selama 7 hari

ψ Infeksi dengan trichomonas

Metronidazole : 2 gram dalam dosis tunggal, juga terapi pasangan seksual lakinya (tahap I)

Metronidazole : 500 mg 2 kali perhari selama 7 hari terapi seksual pasangan lakinya (tahap rekurens)

ψ Vaginitis non spesifik

Metronidazole : 500 mg 2 kali perhari selama 7 hari

Ampicillin : 500 mg 4 kali perkali selama 7 hari

ψ Vaginitis atroficans

Cream estrogen : 1 kali per hari selama dua minggu kemudian selang sehari selama dua minggu.

ψ Infeksi dengan jamur

Diberi nystatin biasanya diberi dalam bentuk ovula.

ψ Kolpitis senilis

Selain dari antibiotika atau antibiotika diberi salep yang mengandung estrogen selama 20 hari.

Selain obat-obatan sebaiknya juga penderita memakai pakaian dalam yang tidak terlalu ketat dan menyerap keringan sehingga sirkulasi udara tetap terjaga, misalnya terbuat dari katun serta menjaga kebersihan vulva sebaiknya gunakan sabun gliserin.

Untuk mengurangi nyeri dan gatal-gatal bisa dibantu dengan kompres dingin pada vulva atau berendam dalam air dingin.

Untuk mengurangi gatal-gatal yang bukan disebabkan oleh infeksi bisa dioleskan krim atau salep kortikosteroid dan antihistamin per oral (tablet).

Krim atau tablet acyclovir diberikan untuk mengurangi gejala dan memperpendek lamanya infeksi herpes.

Untuk mengurangi nyeri bisa diberikan obat pereda nyeri.

f) Komplikasi

ψ Endometritis

Peningkatan konsentrasi flora anaerob, yang sebagian mungkin karena perubahan PH, bisa menyebabkan peningkatan angka endometritis.

ψ Salpingitis

Radang pada saluran telur dapat terjadi bila infeksi serviks menyebar ke tuba uterine.

ψ Servisititis

Peradangan ini dapat terjadi bila infeksi menyebar ke serviks.

g) Pengkajian

a. Wawancara meliputi :

ψ Kaji tanda dan gejala subyektif, lamanya gejala, serta pengobatan yang telah dilakukan.

- ψ Aktivitas seksual tanpa pengaman, jumlah pasangan seksual saat ini, riwayat PMS yang pernah diderita, frekuensi hubungan sex selama satu minggu.
 - ψ Kaji tentang gaya hidup (merokok, alkohol, gizi buruk, stress, kelelahan), penggunaan obat-obatan, kateterisasi yang sering dan adanya cedera lahir pada vagina.
- b. Pemeriksaan fisik
- ψ Penampilan vulva : eritema dan edema.
 - ψ Penampilan secret vagina : secret abu-abu dan encer seperti air/kental.
 - ψ Penampilan serviks : secret purulen.
 - ψ Rabas vagina, vesikel/luka, demam dan nyeri.

h) Pemeriksaan penunjang

a. Mikrobiologi

Sampel sekret vagina dapat diperoleh untuk asupan pewarnaan gram, biakan dan sediaan basah untuk mengidentifikasi candida atau trichomonas.

b. Tes sitology vagina/biopsy

Diindikasikan apabila dicurigai adanya neoplasia.

c. Pemeriksaan dengan selaput selulosa

Area penanda terhadap telur cacing kremi dapat membantu, pemeriksaan ini harus dilakukan pada pagi hari dan bila perlu diulangi pada hari berikutnya.

d. Foto pelviks

Dapat membantu mengidentifikasi suatu benda yang radiopak, pada kasus cedera (rudapaksa).

e. Pielogram intravena

Kelainan kongenital saluran reproduksi sering disertai dengan kelainan congenital/traktus urinarus, pielogram intravena dapat menyingkapkan keadaan patologik traktus urinarus.

i) Pencegahan

Dengan menjaga kebersihan organ intim anda dan menjaga pola makan, seperti :

- ψ Mengonsumsi makanan bergizi seimbang.
- ψ Jangan menggunakan celana dalam terlalu ketat.
- ψ Meminimalkan stress, karena semua faktor ini dapat mempengaruhi keseimbangan pH vagina.

- ψ Pilihlah celana berbahan dasar katun karena mudah menyerap keringat.
- ψ Periksakan sesegera mungkin ketika muncul keputihan dalam waktu yang lama.
- ψ Setelah BAB bilaslah dari arah depan ke belakang.
- ψ Gunakan pembalut dan pantyliner yang tidak mengandung dioksin.
- ψ Mengonsumsi bakteri baik dalam produk, seperti yoghurt, sauerkraut dan kimchi, atau hanya melalui suplemen probiotik.
- ψ Pencegahan trikomoniasis berkisar seks aman-prosedur, seperti penggunaan kondom.

c. Servikitis

a) Definisi

Servikitis adalah radang dari selaput kanalis servikalis, karena epitel selaput lendir kanalis servikalis hanya terdiri dari satu lapisan sel silindris maka lebih mudah terkena infeksi dibandingkan dengan selaput lendir vagina.

b) Klasifikasi

Menurut Sanusi 1989 :

1. Servikitis Gonokokus.
 - Bersifat asimtomatik.
 - Gejala : disuria dan sering kencing karena uretritis yang bersamaan.
 - Cervix dapat tampak eritematosa, sekret serviknya mukopurulen atau purulen.
2. Servikitis Klamidia.
 - Ditularkan melalui hubungan seks karena infeksi chlamydia trachomatis.
 - Bersifat asimtomatik dan dapat menetap berbulan-bulan.
 - Sekret serviks bersifat mukopurulen dan epitel endoserviksnya tampak hipertrofik.
3. Servikitis Herpetika.
 - Disebabkan oleh virus herpes simplex tipe 2 (HSV-2).
 - Ditularkan melalui hubungan seksual dengan lama inkubasi berkisar antara 2-20 hari dengan rata-ratanya 6 hari.
 - Gejala : sering mengeluh sekret vagina, disuria dan dispareunia introitus.
4. Servikitis Kronika non spesifik.
 - Sering ditemukan kista Naboth.

- Biasanya cervix menebal dan ostium cervicis uteri patulosa. Epitel endoserviks tereversi (Ektropion) dengan akibatnya sekret mukus berlebihan.

Menurut Abdul Bari Saifuddin 1994 :

1. Servitis akut

- Infeksi diawali di endoserviks dan ditemukan pada gonorea dan pada infeksi post abortum atau post partum yang disebabkan oleh streptokokus, stafilokokus dan lain-lain.
- Serviks merah dan membengkak dengan mengeluarkan cairan mukopurulen.

2. Servitis kronik.

- Dijumpai pada sebagian besar wanita yang pernah melahirkan.

Beberapa gambaran patologis dapat ditemukan :

- a. Serviks kelihatan normal; hanya pada pemeriksaan mikroskopik ditemukan infiltrasi leukosit dalam stroma endoserviks. Servitis ini tidak menimbulkan gejala, kecuali pengeluaran sekret yang agak putih-kuning.
- b. Pada portio uteri disekitar ostium uteri eksternum tampak daerah kemerah-merahan yang tidak dipisahkan secara jelas dari epitel portio di sekitarnya, sekret yang dikeluarkan terdiri atas mukus bercampur nanah.
- c. Sobekan pada serviks uteri lebih luas dan mukosa endoserviks lebih kelihatan dari luar (ektropion). Karena radang menahun, serviks bisa menjadi hipertrofi dan mengeras, sekret mukopurulen bertambah banyak.

c) Etiologi

- Bakteri trichomonas vaginalis, kandrada dan mikoplasma.
- Mikroorganisme aerob dan anaerob endogen vagina seperti streptococcus, entamoeba coli, dan stapilococcus.
- Infeksi melalui aktivitas seksual, seperti chlamydia, gonorrhea, virus herpes (genital herpes), human papiloma Virus (HPV), trichomoniasis.
- Robekan serviks terutama yang menyebabkan ectropion.
- Alat-alat kontrasepsi.

d) Manifestasi Klinis

- Keputihan hebat yang biasanya kental, purulen dan berbau.

- Serviks merah dan bengkak.
- Perdarahan saat berhubungan seksual.
- Sering menimbulkan erosi pada porsio yang ditandai dengan adanya kemerahan.
- Pada pemeriksaan in speculo kadang-kadang dapat dilihat keputihan yang purulen keluar dari kanalis servikalis.
- Pada servicitis yang kronis, kadang-kadang dapat dilihat bintik putih dalam daerah selaput lendir yang merah, disebabkan karena infeksi. Bintik-bintik itu disebut *ovula nabothi* yang disebabkan rentensi kelenjar-kelenjar serviks karena tertutupnya saluran serviks akibat dari peradangan.

e) Pemeriksaan Penunjang

1. In Spekulo

Merupakan pemeriksaan dasar. Pemeriksaan ini menggunakan speculum cocor bebek yang dimasukkan ke vagina. Gunanya untuk melihat keadaan permukaan di leher rahim.

Dari pemeriksaan ini dapat diketahui apakah permukaan leher rahim ada infeksi, jengger ayam/kandiloma, varises, ataupun bila ada keganasan atau kanker leher rahim.

2. Pemeriksaan Dalam/Colok Vaginal

Dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan in spekulo. Pemeriksaan ini digunakan untuk melihat besar rahim atau ukurannya. Untuk memantau keadaan serviks, vagina dan panggul.

3. Pemeriksaan Pap Smear

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi dini kelainan-kelainan yang ada di leher rahim atau untuk menilai sel-sel leher rahim. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengambil getah serviks kemudian diperiksa di laboratorium.

4. Kolposkopi

Dilakukan bila ada keurigaan di daerah leher rahim dengan cara di teropong. Alat kolposkopi terdiri atas dua alat pembesaran optic yang ditempatkan pada penyangga yang terbuat dari besi.

5. Biopsi

Adalah pengangkatan dan pemeriksaan jaringan leher rahim untuk tujuan diagnosa. Jaringan diambil dengan semacam alat/jepitan, selanjutnya jaringan yang telah diambil tersebut dikirim ke laboratorium.

6. Pemeriksaan BV (Bakterial Vaginosis) atau Swab Vagina

Dilakukan pada pasien-pasien yang terkena infeksi berulang. Misalnya, infeksi di leher rahim. Pemeriksaan dilakukan dengan cara mengambil cairan dari vagina pasien kemudian diperiksa di laboratorium.

f) Komplikasi

▪ Endometritis

Peningkatan konsentrasi flora anaerob, yang sebagian mungkin karena perubahan pH, bisa menyebabkan peningkatan angka endometritis.

▪ Salpingitis

Radang pada saluran telur dapat terjadi bila infeksi serviks menyebar ke tuba uterine.

g) Penatalaksanaan

1. Servisititis Akut

Memberikan antibiotik dosis tepat misal doxycycline, azithromycin, erithromisin dan menjaga kebersihan daerah kemaluan.

2. Servisititis Kronik

Pengobatan terhadap infeksi ini dimulai dengan pemeriksaan setelah 42 hari persalinan atau sebelum hubungan seks dimulai. Pada mulut rahim luka lokal disembuhkan dengan cairan albutil tingtura, cairan nitrasargenti tingtura, dibakar dengan pisau listrik, termokaumeter, mendinginkannya (kryosurgery). Penyembuhan servisititis menahun sangat penting karena dapat menghindari keganasan dan merupakan pintu masuk infeksi ke alat kelamin bagian atas. Namun servisititis kronik pengobatannya lebih baik dilakukan dengan jalan kauterisasi radial dengan termokauter atau dengan krioterapi. Sesudah kauterisasi terjadi nekrosis. Jaringan yang meradang terlepas dalam kira-kira 2 minggu dan diganti lambat laun oleh jaringan yang sehat. Jika radang menahun mencapai endoserviks jauh kedalam kanalis cervikalis, perlu dilakukan konisasi dengan mengangkat sebagian besar mukosa endocerviks. Jika sobekan dan infeksi sangat luas, maka dilakukan amputasi serviks.

h) Patofisiologi

i) Asuhan Keperawatan

⇒ Pengkajian

- Identitas klien.
- Keluhan utama

Flour yang purulent, pendarahan dan keputihan.

- Riwayat penyakit sekarang

Klien datang dengan perdarahan pasca coitus dan terdapat keputihan yang berbau tetapi tidak gatal. Perlu ditanyakan pada pasien atau keluarga tentang tindakan yang dilakukan untuk mengurangi gejala dan hal yang dapat memperberat, misalnya keterlambatan keluarga untuk memberi perawatan atau

membawa ke Rumah Sakit dengan segera, serta kurangnya pengetahuan keluarga.

- Riwayat penyakit terdahulu

Perlu ditanyakan pada pasien dan keluarga, apakah pasien pernah mengalami hal yang demikian dan perlu ditanyakan juga apakah pasien pernah menderita penyakit infeksi.

- Riwayat penyakit keluarga

Perlu ditanyakan apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit seperti ini atau penyakit menular lain.

- Riwayat psikososial

Dalam pemeliharaan kesehatan di kaji tentang pemeliharaan gizi di rumah dan bagaimana pengetahuan keluarga tentang penyakit radang serviks.

⇒ Diagnosa Keperawatan

- Resiko penyebaran infeksi b.d adanya peradangan pada serviks
- Nyeri berhubungan dengan adanya lesi, vasodilatasi lokal.
- Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan respon tubuh terhadap agen infeksi dan sifat infeksi (misalnya: iritasi, nyeri, gatal).
- Ansietas berhubungan dengan efek yang dipersepsikan pada hubungan seksual

d. Salpingitis

a) Definisi

Salpingitis adalah infeksi dan peradangan pada saluran tuba, dipicu oleh infeksi bakteri. Kondisi ini merupakan penyebab umum ketidaksuburan wanita karena peradangan dapat merusak tuba falopi. Salpingitis kadang-kadang disebut penyakit radang panggul (PID). Meskipun PID tidak memiliki definisi yang akurat dan dapat merujuk pada beberapa penyakit dari saluran kelamin wanita bagian atas, seperti endometritis, ooforitis, myometritis, parametritis dan infeksi pada peritoneum panggul.

b) Klasifikasi Salpingitis

Ada dua jenis dari salpingitis :

1. Salpingitis akut

Pada salpingitis akut, tuba falopi menjadi merah dan bengkak, dan keluar cairan berlebih sehingga bagian dalam dinding tuba sering menempel secara menyeluruh.

Tuba bisa juga menempel pada bagian intestinal yang terdekat. Kadang-kadang tuba falopi penuh dengan pus. Hal yang jarang terjadi, tuba ruptur dan menyebabkan infeksi yang sangat berbahaya pada kavum abdominal (Peritonitis).

2. Salpingitis Kronis

Biasanya mengikuti gejala akut. Infeksi terjadi ringan, dalam waktu yang panjang dan tidak menunjukkan banyak tanda dan gejala.

c) Etiologi Salpingitis

Salpingitis disebabkan oleh bakteri penginfeksi. Jenis-jenis bakteri yang biasanya menyebabkan Salpingitis, seperti: Mycoplasma, Staphylococcus, dan Streptococcus. Selain itu salpingitis bisa juga disebabkan penyakit menular seksual seperti Gonorrhea, Chlamydia, infeksi puerperal dan post abortus. Dalam 9 dari 10 kasus salpingitis, bakteri penyebabnya. Beberapa bakteri yang paling umum bertanggung jawab untuk salpingitis meliputi:

- Chlamydia
- Gonococcus (yang menyebabkan gonore)
- Mycoplasma
- Staphylococcus
- Streptococcus.

Kira-kira 10% infeksi disebabkan oleh Tuberculosis. Selanjutnya bisa timbul radang adneksa sebagai akibat tindakan (laparotomi, pemasangan IUD, dan sebagainya) dan perluasan radang dari alat yang letaknya tidak jauh seperti appendiks.

Salpingitis adalah salah satu penyebab terjadinya infertilitas pada wanita. Apabila salpingitis tidak ditangani dengan segera, maka infeksi ini akan menyebabkan kerusakan pada tuba falopi sehingga sel telur rusak dan sperma tidak bisa membuahi sel telur. Radang tuba falopi dan radang ovarium biasanya terjadi bersamaan. Oleh sebab itu tepatlah nama Salpingo-ooforitis atau Adneksitis untuk radang tersebut. Radang itu kebanyakan akibat infeksi yang menjalar ke atas dari uterus, walaupun infeksi ini juga bisa datang dari tempat ekstra vaginal lewat jalan darah dari jaringan-jaringan di sekitarnya.

d) Patofisiologi Salpingitis

Infeksi biasanya berasal di vagina, dan naik ke tabung falopi dari sana. Karena infeksi dapat menyebar melalui pembuluh getah bening, infeksi pada satu tuba falopi biasanya

menyebabkan infeksi yang lain. Paling sering disebabkan oleh gonococcus, selain itu oleh staphilokokus, streptokokus dan bakteri TBC.

Infeksi ini dapat terjadi sebagai berikut :

1. Pathogenic & cervical organisms dari cervical canal akan memasuki uterus lalu tinggal di dalam fallopian tube.
2. Mucosal layers of fallopian tube akan menjadi edematous.
3. Ciliated epithelium cells akan terkikis menyebabkan fallopian tube dipenuhi pus lalu bengkak disebut pyosalpinx.
4. Setelah sembuh, fallopian tube menjadi adhesion/stricture (sempit) dan bisa menyebabkan Infertility.

Haematogen terutama salpingitis tuberculosa. Salpingitis biasanya bilateral. Bakteri dapat diperkenalkan dalam berbagai cara, termasuk:

1. Hubungan seksual
2. Penyisipan sebuah IUD (perangkat intra-uterus)
3. Keguguran
4. Aborsi
5. Melahirkan
6. Apendisitis

e) Faktor Resiko

Sudah berteori bahwa aliran menstruasi retrograde dan serviks pembukaan saat menstruasi memungkinkan infeksi untuk mencapai saluran tuba. Faktor risiko lain meliputi: prosedur bedah, menembus dinding serviks:

- Endometrium biopsi
- Kuret
- Histeroskopi

f) Gambaran Klinis

Dalam kasus ringan, salpingitis mungkin tidak memiliki gejala. Ini berarti saluran tuba dapat menjadi rusak tanpa perempuan menyadarinya dia memiliki infeksi. Ada pun tanda gejala dari salpingitis adalah :

- ψ Nyeri pada salah satu atau kedua sisi perut
- ψ Sakit punggung
- ψ Demam dan menggigil

- ψ Mual muntah
- ψ Abnormal vaginal discharge, seperti warna yang tidak biasa atau bau
- ψ Nyeri selama ovulasi.
- ψ Sering buang air kecil
- ψ Disminorhoe
- ψ Tidak nyaman atau hubungan seksual yang menyakitkan

Pada periksa dalam nyeri jika portio digoyangkan, nyeri kiri dan kanan terus, kadang-kadang ada penebalan dari tuba.

1. Nyeri Abdomen

Nyeri abdomen bagian bawah merupakan gejala yang paling dapat dipercaya dari infeksi pelvis akut. Pada mulanya rasa nyeri unilateral, bilateral, atau suprapubik, dan sering berkembang sewaktu atau segera setelah suatu periode menstruasi. Kearahannya meningkat secara bertahap setelah beberapa jam sampai beberapa hari, rasa nyeri cenderung menetap, bilateral pada abdomen bagian bawah, terdapat nyeri tekan di abdomen bagian bawah dan semakin berat dengan adanya pergerakan.

2. Perdarahan pervaginam atau sekret vagina

Perdarahan antar menstruasi atau meningkatnya aliran menstruasi atau kedua-duanya dapat merupakan akibat langsung dari endometritis atau pengaruh tidak langsung dari perubahan-peubahan hormonal yang berkaitan dengan ooforitis. Sekret vagina dapat disebabkan oleh servitis.

3. Gejala-gejala penyerta

Menggigil dan demam sering ditemukan. Anoreksia, nausea dan vomitus berkaitan dengan iritasi peritoneum. Disuria dan sering buang air kecil menunjukkan adanya keterkaitan dengan uretritis dan sistitis. Nyeri bahu atau nyeri kuadran kanan atas mungkin merupakan gejala dari perihepatitis gonokokus.

4. Riwayat Menstruasi

Menstruasi dapat meningkat dalam jumlah dan lamanya. Salpingitis dapat menjadi simptomatik pada hari ke-4 atau ke-5 dari siklus menstruasi. Kadang terdapat perdarahan di luar siklus dan secret vagina berlebihan.

5. Tanda-tanda perluasan infeksi

- Nyeri semakin hebat
- Adanya peningkatan suhu tubuh

Tindakan kita sebagai bidan hanya sebatas mengetahui gejala dan deteksi awal untuk mengetahui salpingitis saja, untuk selanjutnya harus segera dilakukan rujukan secepatnya.

g) Komplikasi Salpingitis

Komplikasi potensial yang dapat terjadi akibat salpingitis meliputi ooforitis, peritonitis, piosalping, abses tuboovarium, tromboflebitis septik, limfangitis, selulitis, perihepatitis, dan abses didalam ligamentum latum, Infertilitas dimasa depan, dan kehamilan ektopik akibat kerusakan tuba. Tanpa pengobatan, salpingitis dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk:

- Infeksi lebih lanjut; Infeksi dapat menyebar ke struktur di dekatnya, seperti indung telur atau rahim.
- Infeksi pasangan seks; Mitra wanita atau mitra bisa mengontrak bakteri dan terinfeksi juga.
- Tubo-ovarium abses; Sekitar 15% dari wanita dengan salpingitis mengembangkan abses, yang membutuhkan rawat inap.
- Kehamilan ektopik; Tabung falopi diblokir mencegah telur dibuahi memasuki rahim. Embrio kemudian mulai tumbuh di dalam ruang terbatas dari tabung falopi. Risiko kehamilan ektopik untuk wanita dengan salpingitis sebelumnya atau bentuk lain dari penyakit radang panggul (PID) adalah sekitar satu dari 20.
- Infertilitas; Tabung tuba dapat menjadi cacat atau bekas luka sedemikian rupa bahwa telur dan sperma tidak dapat bertemu. Setelah satu serangan PID salpingitis atau lainnya, risiko seorang wanita infertilitas adalah sekitar 15%. Ini meningkat sampai 50% setelah tiga bulan.

h) Penatalaksanaan

Perawatan penyakit salpingitis dilakukan dengan pemberian antibiotik (sesering mungkin sampai beberapa minggu). Antibiotik dipilih sesuai dengan mikroorganismenya yang menginfeksi. Pasangan yang diajak hubungan seksual harus dievaluasi, disekrining dan bila perlu dirawat, untuk mencegah komplikasi sebaiknya tidak melakukan hubungan seksual selama masih menjalani perawatan untuk mencegah terjadinya infeksi kembali. Perawatan dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu :

1. Tindakan Bedah

Pembedahan pada penderita salpingitis dilakukan jika pengobatan dengan antibiotik menyebabkan terjadinya resisten pada bakteri. Tubo-ovarium abses mungkin

memerlukan eksisi bedah atau aspirasi transkutan atau transvaginal. Kecuali pecah diduga, lembaga terapi antibiotik dosis tinggi di rumah sakit, dan terapi monitor dengan USG. Pada 70% kasus, antibiotik yang efektif, dalam 30%, ada respon yang tidak memadai dalam 48-72 jam, dan intervensi yang diperlukan. Adnexectomy Unilateral diterima untuk abses sepihak. Histerektomi dan bilateral salpingo-ooforektomi mungkin diperlukan untuk infeksi berat atau dalam kasus penyakit kronis dengan nyeri panggul keras.

2. Berobat jalan

- Jika keadaan umum baik, tidak demam.
- Berikan antibiotik.
 - Cefotaxim 2 gr IM, atau
 - Amoksisilin 3 gr per oral, atau
 - Ampisilin 3,5 per os

Masing-masing disertai dengan pemberian probenesid 1gr per os. Diikuti dengan :

- Dekoksisiklin 100 mg per os dua kali sehari selama 10-14 hari
- Tetrasiklin 500 mg per os 4 kali sehari (dekoksisilin dan tetrasiklin tidak digunakan untuk ibu hamil).

3. Tirah baring

4. Kunjungan ulang 2-3 hari atau jika keadaan memburuk

5. Bantu mencapai rasa nyaman:

- Mandi teratur.
- Obat untuk penghilang gatal.
- Kompres hangat pada bagian abdomen yang merasa nyeri.
- Pemberian terapi analgesic.

6. Konseling : PID dapat menyebabkan infertilitas karena tuba yang rusak, pasien harus mengatasi hal tersebut.

7. Pendidikan kesehatan yang diberikan:

- Pengetahuan tentang penyebab dan penyebaran infeksi serta efeknya.
- Kegiatan seksual dikurangi atau menggunakan pengaman.
- Cara mengatasi infeksi yang berulang.

8. Pengobatan dilanjutkan sampai pasien pulang dan sembuh total.

i) Pemeriksaan

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Pemeriksaan Umum: suhu biasanya meningkat sering sampai 120° F atau 103° F. Tekanan darah biasanya normal, walaupun deyt nadi seringkali cepat. Pada saat itu, terkadang postur tubuh membungkuk.
- b. Pemeriksaan Abdomen: nyeri maksimum pada kedua kuadran bawah. Nyeri lepas, rigiditas otot, defance muscular, bising usus menurun dan distensi merupakan tanda peradangan peritoneum. Nyeri tekan pada hepar dapat diamati pada 30% pasien.
- c. Pemeriksaan Pelvis: sering sulit dan tidak memuaskan karena pasien mersa tidak nyaman dan rigiditas abdomen. Pada pemeriksaan dengan spekulum, sekret purulen akan terlihat keluar dari ostium ueteri. Serviks sangat nyeri bila digerakkan. Uterus ukurannya normal, nyeri (terutama bila digerakkan). Adneksa bilateral sangat nyeri.

2. Tes Laboratorium

- a. Hitung darah lengkap dan Apusan darah: hitung leukosit cenderung meningkat dan dapat sampai 20.000 dengan peningkatan leukosit polimorfonuklear dan peningkatan rasio bentuk batang dengan segmen. Kadar hemoglobin dan hemokrit biasanya dalam batas-batas normal. Peningkatan kadarnya berkaitan dengan dehidrasis.
- b. Urinalisis: biasanya normal.

3. Data diagnostic tambahan yang dapat dilakukan

Pewarnaan gram endoserviks dan biakan : diplokokus gram-negatif intraseluler pada asupan pewarnaan gram baik dari cairan serviks ataupun suatu AKDR dengan pasien dengan salphingitis simptomatik merupakan penyokong adanya infeksi neisseria yang memerlukan pengobatan. Biakan bakteriologi diperlukan untuk identifikasi positif neisseria gonorrhoeae. Laparoskopi untuk melihat langsung gambaran tuba fallopi. Pemeriksaan ini invasive sehingga bukan merupakan pemeriksaan rutin. Untuk mendiagnosis penyakit infeksi pelvis, bila antibiotik yang diberikan selama 48 jam tak memberi respon, maka dapat digunakan sebagai tindakan operatif.

e. PMS (Penyakit Menular Seksual)

Penyakit-penyakit seksual ini hampir seluruhnya di sebabkan oleh hubungan seksual yang tidak aman. Resiko penyakit yang akan ditanggung oleh para penderita adalah harga dari sebuah perbuatan bodoh yang mementingkan kenikmatan sesaat tanpa menghiraukan akibat-akibat yang timbul kemudian. Slogan mereka adalah, "Nikmati dulu. Harganya belakangan." dan memang harganya harus dibayar selalu belakangan.

Berikut ini daftar penyakit menular seksual yang di kutip dari beberapa sumber:

1. **Gonorrhea**

Ini adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri. Bakteri itu adalah *Neisseria gonorrhoeae* yang menginfeksi lapisan dalam uretra, leher rahim, rektum, tenggorokan, dan bagian putih mata (konjungtiva). Gonorrhea ini sering di kenal dengan kencing nanah, karena memang penis akan mengeluarkan nanah berwarna putih kuning atau putih kehijauan. Gonorrhea bisa menyebar melalui aliran darah kebagian tubuh lainnya, terutama kulit dan persendian.

Gejala

Gejala-gejalanya sangat mudah di deteksi dan di ketahui terutama untuk laki-laki. Ciri-cirinya adalah terasa sakit perih ketika buang air kecil, kadang-kadang pada waktu kencing atau sesudah kencing akan terasa nyeri beberapa saat, setelah itu tidak terasa lagi. Ciri kedua adalah penis akan mengeluarkan cairan putih kekuning-kuningan atau kehijau-hijauan. Jika anda menemukan dua gejala itu pada diri anda bisa dipastikan anda telah terinfeksi bakteri ini.

Pada wanita gejala ini agak lebih sulit di ketahui, gejala awal biasanya timbul dalam waktu 7-21 hari setelah terinfeksi. Penderita seringkali tidak merasakan gejala selama beberapa minggu atau bulan, dan diketahui menderita penyakit tersebut hanya setelah pasangan hubungan seksualnya tertular. Jika timbul gejala, biasanya bersifat ringan. Tetapi beberapa penderita menunjukkan gejala yang berat, seperti desakan untuk berkemih, nyeri ketika berkemih, keluarnya cairan dari vagina, dan demam. Infeksi dapat menyerang leher rahim, rahim, saluran telur, indung telur, uretra, dan rektum serta menyebabkan nyeri pinggul yang dalam ketika berhubungan seksual.

Pengobatan

Penyakit ini termasuk mudah disembuhkan, asal tidak terlambat. Begitu ada gejala itu segera tanpa menunggu lama pergilah ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk di berikan obatnya. Jangan sekali-sekali membeli obat sendiri, karena obat itu harus sesuai

dengan resep dokter. Kalau tidak ada dokter spesialis, dokter umum juga bisa, namun lebih di anjurkan langsung ke dokter spesialis kulit dan kelamin.

Dokter akan memberikan 3 jenis obat untuk di makan selama seminggu. Setelah itu anda harus datang kembali untuk memeriksa ke dokter yang sama.

2. Sifilis atau Raja Singa

Sifilis adalah penyakit menular seksual yang sangat berbahaya, karena mengganggu otak dan fungsi organ lainnya, disebabkan oleh *Treponema pallidum*. Penularannya terjadi lewat hubungan seksual yang tidak sehat.

Bakteri ini masuk kedalam tubuh melalui selaput lender (vagina atau mulut) atau melalui kulit. Dalam beberapa jam, bakteri akan sampai ke kelenjar getah bening terdekat, kemudian menyebar keseluruh tubuh melalui darah. Sifilis juga dapat menginfeksi janin dalam kandungan dan janin bisa berakibat cacat bawaan.

Gejala-gejala

Gejala penyakit ini mirip dengan gejala sejumlah penyakit lain. Ciri awalnya dimulai dengan lecet yang tida terasa sakit pada penis atau kemaluan dan berkembang dalam tiga tahap, yang dapat berlangsung lebih dari 30 tahun.

Gejala-gejala umum yang timbul:

- Muncul benjolan di sekitar kelamin
- Kadang-kadang disertai pusing dan nyeri tulang seperti flu, yang akan hilang sendiri tanpa diobati.
- Ada bercak kemerahan pada tubuh sekitar 6-12 minggu setelah berhubungan seksual.
- Selama 2-3 tahun pertama, penyakit ini tidak menunjukkan gejala apapun.

Namun setelah 5-10 panyakit ini menyerang susunan saraf otak, pembuluh darah, dan jantung.

- Pada perempuan penyakit ini dapat menular pada bayi yang di kandung.

Pengobatan

Antibiotik dapat menghentikan aktivitas bakteri penyebab sifilis, namun penggunaanya harus sesuai resep dokter. Jadi, Jika anda merasakan gejala diatas maka segera periksakan diri, selanjutnya ikuti saja petunjuk dokter.

3. Herpes

Penyakit ini lebih dikenal dengan sebutan herpes genitalis (herpes kelaim). Penyebab herpes ini adalah Virus Herpes Simplex (HSV) dan di tularkan melalui hubungan seks, baik

vaginal, anal atau oral yang menimbulkan luka atau lecet pada kelamin dan mengenai langsung bagian luka/bintil/kutil.

Gejala

Gejala awal biasanya berupa gatal, kesemutan dan sakit. Lalu akan muncul bercak kemerahan yang kecil, yang diikuti oleh sekumpulan lepuhan kecil yang nyeri. Lepuhan ini pecah dan bergabung membentuk luka yang melingkar, dan akan membentuk keropeng.

Herpes timbul antara 3 sampai 10 hari setelah berhubungan dengan orang yang mempunyai penyakit tersebut. Tetapi antara 5-10 hari, gejala ini akan hilang dan muncul kembali. Gejala ini timbul tergantung tergantung daya tahan tubuhnya.

Pengobatan

Pengobatan yang terbaik adalah segera kunjungi dokter anda dan ikuti petunjuknya.

4. Klamidia

Kondisi ini mempunyai gejala mirip gonore, walaupun bisa juga beraksi tanpa gejala. Di Amerika, klamidia termasuk yang paling dapat diobati, tetapi telah menginfeksi sekitar empat juta orang setiap tahun. Penyakit ini dapat menyebabkan artritis parah dan kemandulan pada pria. Seperti sifilis dan gonore, penderitanya dapat disembuhkan dengan antibiotika.

Disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*. Infeksi ini biasanya kronis, karena sebanyak 70% perempuan pada awalnya tidak merasakan gejala apapun sehingga tidak memeriksakan diri.

Gejala yang ditimbulkan : Cairan vagina encer berwarna putih kekuningan; Nyeri di rongga panggul; Perdarahan setelah hubungan seksual
Komplikasi yang mungkin terjadi : Biasanya menyertai gonore; Penyakit radang panggul; Kemandulan akibat perlekatan pada saluran falopian; Infeksi mata pada bayi baru lahir; Memudahkan penularan infeksi HIV. Tes laboratorium yang dilakukan untuk mendeteksi adalah Elisa, Rapid Test dan Giemsa

5. Kutil Kelamin

Disebabkan oleh Human Papiloma Virus.

Gejala yang ditimbulkan : tonjolan kulit seperti kutil besar disekitar alat kelamin (seperti jengger ayam).

Komplikasi yang mungkin terjadi : kutil dapat membesar seperti tumor; bisa berubah menjadi kanker mulut rahim; meningkatkan resiko tertular HIV-AIDS. Tidak perlu mendeteksi laboratorium karena langsung dapat terlihat oleh mata biasa.

6. Hepatitis B

Penyakit ini juga banyak disebabkan oleh hubungan seks yang tidak aman. Hepatitis B dapat berlanjut ke sirosis hati atau kanker hati. Setiap tahun kasus yang dilaporkan mencapai 200.000, walaupun ini satu-satunya STD yang dapat dicegah melalui vaksinasi.

7. HIV-AIDS

Sudah menjadi rahasia umum, bahwa salah satu penularan HIV salah satunya lewat hubungan seks yang tidak aman. Penyakit ini sangat berbahaya dan mematikan, sebab belum ditemukan obatnya hingga saat ini.

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah sejenis virus yang menyebabkan AIDS. Virus ini menyerang sel darah putih manusia yang merupakan bagian paling penting dalam system kekebalan tubuh.

AIDS atau Acquired Immuno Deficiency Syndrome adalah kumpulan gejala-gejala akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh.

Seseorang yang terinfeksi HIV secara fisik tidak ada bedanya dengan orang yang tidak terinfeksi. Hampir tidak ada gejala yang muncul pada awal terinfeksi HIV. Tetapi ketika berkembang menjadi AIDS, maka orang tersebut perlahan-lahan akan kehilangan kekebalan tubuhnya sehingga mudah terserang penyakit dan tubuh akan melemah.

Obat-obatan yang ada pada saat ini, belum mampu untuk menjanjikan suatu kesembuhan yang pasti.

Tes HIV (ELISA dua kali) perlu disertai konseling sebelum dan sesudah tes dilakukan.

Setiap orang beresiko tertular HIV-AIDS, baik tua maupun muda, kaya atau miskin, heteroseksual maupun homoseksual, terkenal maupun tidak terkenal. Resiko tertular HIV tidak berkaitan dengan siapa kita, tetapi apa yang kita lakukan.

f. HIV

a) Gambaran klinis

1. ARS (*Acute Retroviral Syndrome*).

- * Perkembangan antibodi spesifik HIV (serokonversi) diikuti dengan gejala demam, limfadenopati, faringitis, sakit kepala, mengantuk muntah, nyeri tulang dan sendi, ulser pada mulut, photophobia, rash dll.
- * Berlangsung 1-3 minggu hingga beberapa bulan.
- * Jumlah sel T CD4 berangsur-angsur menuruntapi dengan cepat kembali ke jumlah normal.
- * Merupakan respon imun terhadap infeksi akut.
- * Beberapa orang terdapat komplikasi: neuropathy, facial palsy, sindrom Guillain-Barre.

2. Early Infection (Fase Asimtomatik)

- * Tidak menunjukkan tanda-tanda klinis terinfeksi HIV
- * Periode ini antara infeksi awal dan berkembangnya AIDS dapat berlangsung rata-rata hingga 10 tahun
- * Walaupun tidak menimbulkan gejala klinis, selama fase ini replikasi virus terus berlanjut dimana jutaan virus dan sel CD4 diproduksi dan dihancurkan setiap hari.
- * Kehilangan CD4 terus terjadi dan diperkirakan tiap tahun CD4 akan turun dan jumlahnya antara 50-90 sel/ mikro liter

3. Fase Simtomatik

- ψ Hasil akhir dari infeksi HIV adalah timbulnya infeksi oportunistik dan penyakit-penyakit neoplasma. (Lemone, 2000)

B. Kelainan Menstruasi

a. Amenorrhea

a) Definisi

Amenorrhea adalah gangguan dalam sistem reproduksi wanita, sehingga membuatnya tidak mengalami menstruasi secara rutin setiap bulannya. Amenorrhea terbagi menjadi dua jenis, yaitu amenorrhea primer dan sekunder. Pada *amenorrhea primer*, menstruasi sama sekali tidak terjadi. Padahal normalnya seorang remaja putri mengalami menstruasi yang pertama kali (menarche) pada usia 9-18 tahun. Seorang remaja putri akan divonis mengalami amenorrhea primer jika pada usia lebih dari 16 tahun masih belum juga mengalami menstruasi. Adapun *amenorrhea sekunder* terjadi pada wanita yang

sebelumnya pernah mengalami menstruasi, tetapi kemudian siklus tersebut berhenti tanpa alasan yang diketahuinya. Batas waktunya 6 bulan pada menstruasi yang teratur dan 12 bulan pada menstruasi yang tidak teratur.

b) Etiologi

- a. Amenore primer
 - Kromosom abnormal
 - Defek anatomis (himen imperforata)
 - Stress emosional
 - Aktivitas berlebihan
 - Bulimia atau anoreksia
- b. Amenore sekunder
 - Kehamilan
 - Menopause
 - Gangguan kelenjar hipofisis
 - Obesitas
 - Gangguan pola makan
 - Aktivitas berlebihan
 - Penurunan berat badan dalam waktu cepat
 - Stress
 - Penyakit tiroid
 - Beberapa obat, seperti depo-provera

c) Manifestasi klinis

- Tidak terjadi haid
- Produksi hormon estrogen dan progesteron menurun
- Nyeri kepala
- Lemah
- Tidak mengalami haid selama 6 bulan atau lebih.
- Sakit kepala.
- Galaktore adalah cairan puting susu yang tidak terkait dengan produksi susu. Galaktorea sendiri bukanlah penyakit, tetapi itu adalah tanda suatu masalah. Meskipun

paling sering terjadi pada wanita, galaktorea bisa terjadi pada laki-laki dan bahkan kadang-kadang pada bayi.

- Peningkatan atau penurunan berat badan.
- Vagina kering.
- Penglihatan kabur atau kehilangan penglihatan (disebabkan oleh tumor pituitari).

d) Patofisiologi

Disfungsi hipofise terjadi gangguan pada hipofise anterior gangguan dapat berupa tumor yang bersifat mendesak ataupun menghasilkan hormone yang membuat menjadi terganggu. Kelainan kompartemen IV (lingkungan) gangguan pada pasien ini disebabkan oleh gangguan mental yang secara tidak langsung menyebabkan terjadinya pelepasan neurotransmitter seperti serotonin yang dapat menghambat pelepasan gonadotropin. Kelainan ovarium dapat menyebabkan amenorrhea primer maupun sekunder. Amenorrhea primer mengalami kelainan perkembangan ovarium (gonadal dysgenesis). Kegagalan ovarium premature dapat disebabkan kelainan genetic dengan peningkatan kematian folikel, dapat juga merupakan proses autoimun dimana folikel dihancurkan. Melakukan kegiatan yang berlebih dapat menimbulkan amenorrhea dimana dibutuhkan kalori yang banyak sehingga cadangan kolesterol tubuh habis dan bahan untuk pembentukan hormone steroid seksual (estrogen dan progesterone) tidak tercukupi. Pada keadaan tersebut juga terjadi pemecahan estrogen berlebih untuk mencukupi kebutuhan bahan bakar dan terjadilah defisiensi estrogen dan progesterone yang memicu terjadinya amenorrhea. Pada keadaan latihan berlebih banyak dihasilkan endorphen yang merupakan derivat morfin. Endorphen menyebabkan penurunan GnRH sehingga estrogen dan progesterone menurun. Pada keadaan stress berlebih corticotropin releasing hormone dilepaskan. Pada peningkatan CRH terjadi opioid yang dapat menekan pembentukan GnRH.

e) Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan yang pertama kali diperiksa adalah tanda vital, termasuk tinggi badan, berat badan dan perkembangan seksual. Pemeriksaan fisik yang lain adalah sebagai berikut :

- Keadaan umum :

- a. Anoreksia-cacheksia, bradikardi, hipotensi, dan hipotermi.

- b. Tumor hipofise-perubahan pada funduskopi, gangguan lapang pandang, dan tanda-tanda saraf kranial.
 - c. Sindroma polikistik ovarium-jerawat, akantosis, dan obesitas.
 - d. Inflammatory bowel disease-Fisura, skin tags, adanya darah pada pemeriksaan rektal.
 - e. Gonadal dysgenesis (sindroma Turner) - Webbed neck, lambatnya perkembangan payudara.
- Keadaan payudara
 - a. Galactorrhea - palpasi payudara.
 - b. Terlambatnya pubertas - diikuti oleh rambut kemaluan yang jarang.
 - c. Gonadal dysgenesis (sindroma Turner). Tidak berkembangnya payudara dengan normalnya pertumbuhan rambut kemaluan.
 - Keadaan rambut kemaluan dan genitalia eksternal
 - a. Hiperandrogenisme. Distribusi rambut kemaluan dan adanya rambut di wajah.
 - b. Sindroma insensitifitas androgen. Tidak ada atau jarangya rambut ketiak dan kemaluan dengan perkembangan payudara.
 - c. Terlambatnya pubertas. Tidak disertai dengan perkembangan payudara.
 - d. Tumor adrenal atau ovarium. Clitoromegali, virilisasi.
 - e. Massa pelvis kehamilan, massa ovarium, dan genital anomali.
 - Keadaan vagina
 - a. Imperforasi himen- menggebung atau edema pada vagina eksternal.
 - b. Agenesis (Sindroma Rokitansky-Hauser)- menyempitnya vagina tanpa uterus dan rambut kemaluan normal.
 - c. Sindroma insensitifitas androgen- menyempitnya vagina tanpa uterus dan tidak adanya rambut kemaluan.
 - Uterus : Bila uterus membesar, kehamilan bisa diperhitungkan.
 - Cervix : Periksa lubang vagina, estrogen bereaksi dengan mukosa vagina dan sekresi mukus. Adanya mukus adalah tanda bahwa estradiol sedang diproduksi oleh ovarium. Kekurangan mukus dan keringnya vagina adalah tanda bahwa tidak adanya estradiol yang sedang diproduksi.

f) Penatalaksanaan

- Amenorrhea primer :

Lakukan kariotiping dan pertimbangkan kemungkinan feminisasi testikular agenesis muellerian – 46 XY enzym steroid. Dilakukan pemeriksaan radiologis pada daerah hipotalamus-hipofisis untuk menyingkirkan kemungkinan lesi di SSP. Pembuatan vagina baru dengan operasi → McIndoe.

- Amenorrhea sekunder :

- ψ Pengukuran serial prolaktin

- ψ Pencitraan kepala → makroadenoma

- ψ Empty Sella Syndrome dan Sheehan Syndrome → **"hormonal replacement therapy"**

- ψ Pengukuran **TSH** dan **prolaktin** (galaktorea)

- ψ Progestin test

- ψ Bila uji hcg darah negatif □ berikan 5-10 mg medroksiprogesteron asetat (provera) per-oral 5-10 hari. Prometrium 400 mg, 100-200 mg progesteron dalam minyak per-IM.

- ψ Diet

- ψ Olahraga

- ψ Kurangi stress & aktivitas fisik

g) Pemeriksaan penunjang

Pada amenorrhea primer : apabila didapatkan adanya perkembangan seksual sekunder maka diperlukan pemeriksaan organ dalam reproduksi (indung telur, rahim, perekatan dalam rahim). Melalui pemeriksaan USG, histerosal Pingografi, histeroskopi dan Magnetic Resonance Imaging (MRI), apabila tidak didapatkan tanda-tanda perkembangan seksualitas sekunder maka diperlukan pemeriksaan kadar hormone FSH dan LH setelah kemungkinan kehamilan disingkirkan pada amenorrhea sekunder maka dapat dilakukan pemeriksaan Thyroid Stimulating Hormon (TSH) karena kadar hormone thyroid dapat mempengaruhi kadar hprmone prolaktin dalam tubuh.

h) Komplikasi

Komplikasi yang paling ditakutkan adalah infertilitas. Komplikasi lainnya adalah tidak percaya dirinya penderita sehingga dapat mengganggu kompartemen IV dan terjadilah lingkaran setan terjadinya amenorrhea. Komplikasi lainnya muncul gejala-gejala lain akibat hormone seperti osteoporosis.

i) Asuhan Keperawatan

⇒ Diagnosa keperawatan

- ψ Cemas berhubungan dengan krisis situasi.
- ψ Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang didapat tentang penyakitnya (amenorrhea).
- ψ Gangguan konsep diri : HDR yang dihubungkan dngan ketidaknormalan (amenorrhea primer)

⇒ Intervensi

1. Cemas berhubungan dengan krisis situasi

Kriteria hasil :

- Cemas berkurang
- Tidak menunjukkan perilaku agresif

Intervensi :

- a) Kaji tingkat kecemasan : ringan, sedang, berat, panic.
- b) Berikan kenyamanan dan ketentraman hati
- c) Beri dorongan pada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan untuk mengeksternalisasikan kecemasan
- d) Anjurkan distraksi seperti nonton tv, dengarkan radio, permainan untuk mengurangi kecemasan.
- e) Singkirkan stimulasi yang berlebihan.

2) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang didapat tentang penyakitnya (amenorrhea).

Kriteria hasil : pasien mengetahui tentang penyakitnya

Intervensi :

- a) Mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya.
- b) Memberikan pengajaran sesuai dengan tingkat pemahaman pasien.

- c) Memberikan informasi dari sumber-sumber yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- 3) Gangguan konsep diri : HDR yang dihubungkan dengan ketidaknormalan (amenorrhea primer).
- Kriteria hasil : Mengungkapkan penerimaan diri secara verbal
- Intervensi :
- a) Tetapkan hubungan saling percaya perawat dan pasien.
 - b) Ciptakan batasan terhadap pengungkapan negatif.
 - c) Bantu untuk mengidentifikasi respon positif terhadap orang lain.
 - d) Bantu penyusunan tujuan yang realitas untuk mencapai harga diri rendah yang tinggi.
 - e) Berikan penghargaan dan pujian terhadap pengembangan pasien dalam pencapaian tujuan.

b. Sindroma Premenstruasi

Definisi PMS

Premenstruasi sindrom adalah sekelompok gejala yang terjadi menjelang periode menstruasi. Gejala ini bisa fisik, perilaku atau keduanya. Setiap wanita mengalami gejala yang berbeda. Kenyataan, ada lebih dari seratus lima puluh gejala terkait dengan sindrom premenstruasi ini. Gejala-gejala ini berlangsung beberapa hari sebelum menstruasi. Pada beberapa kasus, gejala ini juga muncul pada hari pertama atau kedua menstruasi (Ramaiah, 2006).

Sindrom Pre Menstruasi adalah sejumlah perubahan mental maupun fisik yang terjadi antara hari ke-2 sampai hari ke-14 sebelum menstruasi dan mereda segera setelah menstruasi berawal (Shreeve, 1983).

Premenstrual syndrome (PMS) adalah kombinasi gejala yang terjadi sebelum haid dan menghilang dengan keluarnya darah menstruasi serta dialami oleh banyak wanita sebelum awitan setiap siklus menstruasi (Brunner dan Suddarth, 2001).

Etiologi

Penyebab pasti munculnya sindrom ini memang belum jelas, tapi faktor hormonal pada tubuh wanitalah yang dipandang paling bertanggung jawab terhadap terjadinya PMS. PMS adalah akibat dari kurang sempurnanya proses ovulasi yang disebabkan ketidakseimbangan hormon. Ada sejumlah teori mengenai penyebab PMS ini, yaitu:

- Faktor hormonal, yakni ketidakseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron.
- Estrogen Dominan (hormon estrogen yang berlebihan) yang selain karena faktor internal juga bisa karena *xenoestrogen* - estrogen yang berasal luar tubuh seperti produk peternakan modern, pestisida, plastik, karpet, dan lain sebagainya (*Dr. John R. Lee, M.D.*).
- Teori lain menyatakan bahwa berdasarkan penelitian, respon PMS disebabkan cara estrogen dan progesteron (hormon menstruasi) berinteraksi dengan senyawa kimia otak (serotonin)
- Perbedaan genetik pada sensitivitas reseptor dan sistem pembawa pesan yang menyampaikan pengeluaran hormon seks dalam sel. Kemungkinan lain, itu berhubungan dengan gangguan perasaan, faktor kejiwaan, masalah sosial, atau fungsi serotonin yang dialami penderita.
- Berhubungan dengan hipoglikemia (kadar gula darah rendah yang abnormal / hypothyroid)
- Berhubungan dengan hormon pituitari, prostaglandin, dan neurotransmitter di otak
- Karena kurang asupan vitamin B, Kalsium dan Magnesium

Faktor Peningkat Resiko PMS

- Wanita yang pernah melahirkan (PMS semakin berat setelah melahirkan beberapa anak, terutama bila pernah mengalami kehamilan dengan komplikasi seperti toksima)
- Status perkawinan (wanita yang sudah menikah lebih banyak mengalami PMS dibandingkan yang belum)
- Usia (PMS semakin sering dan mengganggu seiring dengan bertambahnya usia, terutama antara usia 30 - 45 tahun)
- Stres

- Terlalu banyak konsumsi gula, garam, kopi, teh, coklat, minuman bersoda, produk susu, serta makanan olahan
- Kekurangan zat-zat gizi vitamin B (terutama B6), vitamin E, vitamin C, magnesium, zat besi, seng, mangan, asam lemak linoleat.
- Kebiasaan merokok dan minum alkohol
- Kurang olahraga dan aktivitas fisik
- Obesitas

Sumber : (*Intisari On the Net, Dr. Elvina Karyadi, MSc, Ahli Gizi Masyarakat, SEAMEO Tropmed UI*)

Manifestasi Klinis

Wanita dapat mengalami berbagai macam gejala sindrom pre menstruasi baik gejala emosional maupun gejala fisik.

Tabel. Gejala-gejala premenstrual syndrome

Gejala Fisik	Gejala Emosional
Perut kembung	Depresi
Nyeri payudara	Cemas
Sakit kepala	Suka menangis
Kejang atau bengkak pada kaki	Sifat agresif atau pemberontakan
Nyeri panggul	Pelupa
Hilang koordinasi	Tidak bisa tidur
Nafsu makan bertambah	Merasa tegang
Hidung tersumbat	Iritabilitas
Tumbuh jerawat	Suka marah
Sakit pinggul	Paranoid
Suka makan manis atau asin	Perubahan dorongan seksual
Palpitasi	Konsentrasi berkurang
Peka suara atau cahaya	Merasa tidak aman
Rasa gatal pada kulit	Pikiran bunuh diri

Kepanasan	Keinginan menyendiri
	Perasaan bersalah
	Kelemahan

Sumber: dikutip dari Rayburn et.al., (2001), halaman 287

Penatalaksanaan

Penanganan premenstruasi sindrom dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

1. Therapy non hormone

a. Diet

Harus mengkonsumsi makanan yang tinggi protein dengan banyak sayuran dan buah segar. Beberapa wanita mengalami pengurangan gejala setelah makan karbohidrat dan garam lebih banyak. Sereal seperti nasi, gandum, jagung dan sebagainya adalah sumber makanan yang kaya karbohidrat. Minum lebih dari lima hingga enam gelas teh perharinya meningkatkan keparahan gejala pada beberapa wanita. Karena itu harus menghindari minum teh terlalu banyak pada paruh kedua siklus menstruasi.

b. □ Olahraga

Berolahraga setidaknya 3 hingga 4 kali seminggu, khususnya selama paruh kedua siklus menstruasi. Riset menunjukkan bahwa wanita yang berolahraga teratur lebih kecil kemungkinannya untuk marah atau depresi. Olahraga juga meningkatkan sekresi hormone dan pemanfaatannya, khususnya esterogen.

c. Mengurangi Stres

Stress meningkatkan beratnya gejala sindrom premenstruasi, karena itu harus menghindari stress dengan latihan teknik relaksasi seperti yoga dan meditasi secara teratur.

d. Diuretik

Diuretik adalah obat-obatan yang berfungsi mengeluarkan lebih banyak air dari tubuh. Obat-obatan ini diberikan dalam dosis kecil bila gejala utamanya rasa kembung dan tubuh terasa berat. Obat-obatan ini tidak memiliki efek samping yang serius pada dosis kecil. Diuretic bisa menyebabkan pusing, sempoyong, malas dan mulut terasa kering.

e. Psikotherapi

Therapy perilaku kognitif telah semakin luas diterima, terutama diantara para psikolog klinis. Terdapat beberapa studi terkontrol yang membuktikan efektivitas psikotherapi, tetapi sebagian studi tidak dapat membuktikannya.

- f. Obat psikotropik
Golongan benzodiazepine, litium, penghambat monoamine oksidasi, dan anti depresan trisiklik pernah dicoba dan dinilai dalam sejumlah kecil uji.
- g. Inhibitor prostaglandin
Asam mafenamot dan natrium naproksen telah dikaji dalam lima uji control acak. Semua melaporkan perbaikan gejala yang bermakna. Banyak pengidap premenstruasi sindro juga mengeluh disfungsi menstruasi sehingga terapi untuk yang terakhir mungkin memperbaiki keadaan umum secara keseluruhan.

2. Terapi Hormon

- a. Progesteron
Obat pemancing atau perangsang jarang menyebabkan infeksi dan ruam di vagina, kram pada abdomen. Iritasi setempat atau tingginya gas di perut bila dimasukkan dalam anus.
- b. Estrogen
Supresi ovulasi dengan koyo dan implant estradiol telah meunjukkan bermanfaat. Apabila diberikan peroral tampaknya estrogen tidak memperlihatkan mnfaat dibandingkan dengan placebo.
- c. Pil kontrasepsi oral
Empat uji gagal mempelihatkan superioritas dibandingkan dengan placebo. Dalam teori, terapi pil terus menerus seharusnya efektif tetapi dalam hal ini belum diteliti. Karena banyak wanita muda menginginkan pil untuk kontrasepsi. Maka secara empiris terapi ini tampak bermanfaat untuk dicoba.
- d. Danazol
Obat ini efektif untuk depresi, kembung, nyeri payudara dan gangguan emosional. Danazol tidak mengubah siklus menstruasi dalam dosis-sosis yang dianjurkan untuk perawatan sindrom premenstruasi. Efek sampingnya adalah penambahan berat badan, kram otot dan ruam kulit.
- e. Bormokriptin
Obat ini dianjurkan untuk pembengkakan dan nyeri di payudara. Biasanya diberikan selama paruh kedua siklus menstruasi.
- f. Lithium Karbonat

Obat ini kadang diresepkan untuk mengontrol perilaku abnormal berulang terkait dengan sindrom premenstruasi. Ini bisa menimbulkan efek samping ringan seperti letih, lemah otot, tangan gemetari, kencing berlebihan, haus, pusing, mual muntah dan diare. Lithium karbonat diberikan dalam dosis kecil selama hari yang bersangkutan untuk meminimalkan efek samping ini.

C. Pencegahan

1. Tidak minum alcohol
2. Mengurangi kopi
3. Menghindari (tidak) merokok
4. Belajar mengenali premenstruasi sindrom dan mengendalikan perasaan
5. Pengaturan pola makan, maksudnya gizi seimbang
6. Olah raga 3 kali seminggu, dengan aerobic sekitar 20-45 menit sebelum premenstruasi dating
7. Memanajemen stress misalnya: meditasi, jalan-jalan, berkebun, dl

F. Askep Pada PMS

PENGKAJIAN

1. Riwayat penggunaan kontrasepsi: kontrasepsi dapat mengganggu siklus menstruasi
2. Riwayat seksual: tanda pubertas sekunder, pola dan aktivitas seksual
3. Riwayat obstetric: pernah hamil, melahirkan
4. Riwayat menstruasi: menarche umur berapa tahun, siklusnya teratur atau tidak, banyak atau sedikit.
5. Riwayat Penyakit seperti DM, tiroid, tumor
6. Persepsi wanita tentang budaya dan etnik
7. Gaya hidup: aktivitas yang berlebihan menyebabkan gangguan menstruasi
8. Koping : apa yang dilakukan bila setiap kali ada masalah waktu menstruasi
9. Nyeri : lokasi(di punggung, simpisis, paha, abdomen,dll), intensitas, kualitas, pola, gejala penyerta, serta koping terhadap nyeri
10. Status emosi: malu dengan keadaan, putus asa, menyalahkan diri, merasa tidak ada kekuatan, merasa tidak berguna.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan kontraksi uterus selama fase menstruasi.
- b. Kurang pengetahuan tentang gangguan menstruasi dan terapinya berhubungan dengan kurang informasi.

PERENCANAAN KEPERAWATAN

a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan kontraksi uterus selama fase menstruasi.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri klien akan berkurang.

Kriteria hasil: klien mengatakan nyeri berkurang, klien tidak memegang punggung, kepala atau daerah lainnya yang sakit, keringat berkurang.

Intervensi;

1. Pantau/ catat karakteristik nyeri (respon verbal, non verbal, dan respon hemodinamik) klien R/ untuk mendapatkan indicator nyeri.
2. Kaji lokasi nyeri dengan memantau lokasi yang ditunjuk oleh klien. R/untuk mendapatkan sumber nyeri.
3. Kaji intensitas nyeri dengan menggunakan skala 0-10. R/ nyeri merupakan pengalaman subyektif klien dan metode skala merupakan metode yang mudah serta terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri.
4. Tunjukkan sikap penerimaan respon nyeri klien dan akui nyeri yang klien rasakan.R/ ketidakpercayaan orang lain membuat klien tidak toleransi terhadap nyeri sehingga klien merasakan nyeri semakin meningkat.

5. Jelaskan penyebab nyeri klien. R/dengan mengetahui penyebab nyeri klien dapat bertoleransi terhadap nyeri.
6. Bantu untuk melakukan tindakan relaksasi, distraksi, massage. R/ memodifikasi reaksi fisik dan psikis terhadap nyeri
7. Lakukan kompres/mandi air panas. R/ meningkatkan sirkulasi dan menurunkan kontraksi uterus sehingga iskemia tidak terjadi.
8. Berikan pujian untuk kesabaran klien. R/meningkatkan motivasi klien dalam mengatasi nyeri
9. Kolaborasi pemberian analgetik (ibuprofen, naproksen, ponstan) dan Midol. R/ analgetik tersebut bekerja menghambat sintesa prostaglandin dan midol sebagai relaksan uterus.

b. Kurang pengetahuan tentang gangguan menstruasi dan penanganannya berhubungan dengan kurang informasi.

Tujuan: setelah diberikan penyuluhan klien akan mengetahui tentang gangguan menstruasi

Kriteria hasil: klien menyebutkan jenis gangguan menstruasi, penyebab, gejalanya, serta penanganannya, menjelaskan menstruasi yang normal.

Intervensi:

1. Kaji tingkat pengetahuan klien mengenai menstruasi yang normal, jenis gangguan menstruasi, penyebab, gejala dan penanganannya. R/mengidentifikasi luasnya masalah klien dan perlunya intervensi.
2. Jelaskan mengenai siklus menstruasi yang normal, jenis gangguan menstruasi, penyebab, gejala, dan penanganannya. R/dengan memiliki pengetahuan tentang menstruasi klien dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri dan dapat mencari jalan keluar untuk masalah gangguan menstruasinya.
3. Jelaskan metode-metode untuk mengurangi nyeri R/ meningkatkan pengetahuan klien tentang penanganan nyeri secara non farmakologis.
4. Beri kesempatan klien untuk bertanya. R/meningkatkan pemahaman yang lebih dalam tentang menstruasi.

c. Dysmenorrhea

a) Definisi

1. Disminore primer : menstruasi yang sangat nyeri, tidak berkaitan dengan penyebab fisik yang nyata.
2. Disminore sekunder : menstruasi yang sangat nyeri, berkaitan dengan penyakit panggul yang nyata

b) Insiden

- ψ Terjadi merata pada 40-80% wanita.
- ψ Pada 5-10% wanita, disminore terlalu berat dan tidak tertahankan.

c) Etiologi

- ψ Disminore primer terjadi akibat endometrium mengandung prostaglandin dalam jumlah tinggi.
 - Di bawah pengaruh progesteron selama fase luteal siklus menstruasi, endometrium yang mengandung prostaglandin meningkat, mencapai tingkat maksimum pada awitan menstruasi.
 - Prostaglandin menyebabkan kontraksi miometrium yang kuat dan mampu menyempitkan pembuluh darah, mengakibatkan iskemia, disintegrasi endometrium, perdarahan, nyeri.
- ψ Disminore sekunder mungkin disebabkan kondisi berikut:
 - Endometriosis
 - Polip atau fibroid uterus
 - Penyakit radang panggul (PRP)
 - Perdarahan uterus disfungsi
 - Prolaps uterus
 - Maladaptasi pemakaian AKDR
 - Produk kontrasepsi yang tertinggal setelah abortus spontan, abortus terapeutik atau melahirkan
 - Kanker ovarium atau uterus

d) Gambaran Klinis

- ψ Disminore primer

- Deskripsi perjalanan penyakit
 - ∴ Disminore primer muncul berupa serangan ringan, kram pada bagian tengah, bersifat spasmodis yang dapat menyebar ke punggung atau paha bagian dalam.
 - ∴ Umumnya ketidaknyamanan dimulai 1-2 hari sebelum menstruasi, namun nyeri paling berat selama 24 jam pertama menstruasi dan mereda pada hari kedua.
 - ∴ Disminore kerap disertai efek samping seperti muntah, diare, sakit kepala, sinkop, dan nyeri kaki.
- Karakteristik dan faktor yang berkaitan:
 - ∴ Disminore primer umumnya dimulai 1-3 tahun setelah menstruasi.
 - ∴ Kasus ini bertambah berat setelah beberapa tahun sampai usia 23-27 tahun, lalu mulai mereda.
 - ∴ Umumnya terjadi pada wanita nulipara, kasus ini kerap menurun signifikan setelah kelahiran anak.
 - ∴ Lebih sering terjadi pada wanita obesitas.
 - ∴ Disminore berkaitan dengan aliran menstruasi yang lama.
 - ∴ Jarang terjadi pada atlet.
 - ∴ Jarang terjadi pada wanita yang memiliki siklus menstruasi yang tidak teratur.

ψ Disminore sekunder

- Indikasi
 - ∴ Disminore dimulai setelah usia 20 tahun
 - ∴ Nyeri bersifat unilateral
- Faktor-faktor yang berhubungan sebagai penyebab:
 - ∴ PRP
 - Dispareunia
 - Nyeri tekan saat palpasi dan saat bergerak
 - Massa adneksa yang dapat teraba
 - ∴ Endometriosis
 - Intensitas nyeri semakin meningkat sepanjang menstruasi (tidak terjadi sebelum menstruasi dan tidak berakhir dalam beberapa jam, seperti pada kasus disminore primer)
 - Nyeri yang menetap bukannya kram dan mungkin spesifik pada sisi lesi

- Kadang ditemukan nodul yang mungkin teraba selama pemeriksaan
- ∴ Fibroleiomioma dan polip uterus
 - Disminore sekunder lebih lambat pada tahun reproduksi daripada disminore primer
 - Disertai perubahan dalam aliran menstruasi
 - Nyeri kram
 - Fibroleiomioma yang dapat teraba
 - Polip yang bisa atau tidak menonjol pada serviks
- ∴ Prolaps uterus
 - Disminore sekunder lebih lambat pada tahun-tahun reproduksi daripada disminore primer
 - Lebih umum terjadi pada pasien multipara
 - Nyeri punggung awalnya dimulai saat pramenstruasi dan menetap sepanjang menstruasi
 - Disertai dispareunia dan nyeri panggul yang lebih berat saat pramenstruasi, dan mungkin dapat dipulihkan dengan posisi telentang atau lutut dada
 - Sistokel dan inkontinensia stres urine terjadi bersamaan

e) Patofisiologi

Ada beberapa faktor yang terkait dengan dismenorea primer yaitu prostaglandin uterine yang tinggi, aktivitas uteri abnormal, dan faktor psikologis. Belum diketahui dengan jelas bagaimana prostaglandin bisa menyebabkan dismenorea tetapi diketahui bahwa wanita dengan dismenorea mempunyai prostaglandin yang 4 kali lebih tinggi daripada wanita tanpa dismenorea. Dismenorea primer biasanya timbul pada hari pertama atau kedua dari menstruasi. Nyerinya bersifat kolik atau kram dan dirasakan pada abdomen.

f) Penatalaksanaan

ψ Disminore primer

➤ Latihan

- ∴ Latihan moderat, seperti berjalan atau berenang
- ∴ Latihan menggoyangkan panggul

- ∴ Latihan dengan posisi lutut ditekukan ke dada, berbaring telentang atau miring
- Panas
 - ∴ Botol air panas yang diletakkan pada punggung atau abdomen bagian bawah
 - ∴ Mandi air hangat atau sauna
- Orgasme yang mampu meredakan kongesti panggul. Peringatan: hubungan seksual tanpa orgasme, dapat meningkatkan kongesti panggul
- Hindari kafein yang dapat meningkatkan pelepasan prostaglandin
- Pijat daerah punggung, kaki atau betis
- Istirahat
- Obat-obatan
 - ∴ Kontrasepsi oral menghambat ovulasi sehingga meredakan gejala.
 - ∴ Mirena atau progestasert AKDR dapat mencegah kram.
 - ∴ Obat pilihan adalah ibuprofen, 200-250 mg diminum peroral setiap 4-12 jam tergantung dosis namun tidak melebihi 600 mg dalam 24 jam.
 - ∴ Aleve (natrium naproksen) 200 mg diminum per oral setiap 6 jam.

ψ Disminore sekunder

- PRP
 - ∴ PRP termasuk endometritis, salpingitis, abses tuba ovarium atau peritonitis panggul.
 - ∴ Terapi antibiotik spektrum luas harus diberikan segera saat diagnosis ditegakkan untuk mencegah kerusakan permanen (mis, adhesi, sterilitas). Rekomendasi dari Center For Disease and Prevention (CDC) sebagai berikut:
 - ❖ Minum 400 mg oflaksasin peroral 2 kali/hari selama 14 hari, ditambah 500 mg flagy 2 kali/hari selama 14 hari.
 - ❖ Berikan 250 mg seftriakson IM atau 2 g sefoksiti IM, dan probenesid per oral ditambah 100 mg doksisiklin per oral 2 kali hari selama 14 hari
 - ❖ Untuk kasus yang serius, konsultasikan dengan dokter spesialis mengenai kemungkinan pasien dirawat inap untuk diberikan antibiotik per IV
 - ∴ Meskipun efek pelepasan AKDR pada respons pasien terhadap terapi masih belum diketahui pelepasan AKDR dianjurkan
- Endometriosis
 - ∴ Diagnosis yang jelas perlu ditegakkan melalui laparoskopi

∴ Pasien mungkin diobati dengan pil KB, lupron, atau obat-obatan lain, sesuai anjuran dokter

➤ Fibroid dan polip uterus

∴ Polip serviks harus diangkat

∴ Pasien yang mengalami fibroleiomioma uterus simtomatik harus dirujuk ke dokter

➤ Prolaps uterus

∴ Terapi definitif termasuk histerektomi

∴ Sistokel dan inkontinensia stres urine yang terjadi bersamaan dapat diringankan dengan beberapa cara berikut:

❖ Latihan kegel

❖ Peralatan pessary dan intral untuk reposisi dan mengangkat kandung kemih.

g) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dengan dismenore adalah:

ψ Tes laboratorium

➤ Pemeriksaan darah lengkap: normal.

➤ Urinalisis : normal

ψ Tes diagnostic tambahan

➤ Laparaskopi: penyikapan atas adanya endometriosis atau kelainan pelvis yang lain.

h) Asuhan Keperawatan

⇒ Diagnosa

➤ Nyeri akut b/d vasospasme uterus.

➤ Koping individu tidak efektif b/d metode koping tidak adekuat.

➤ Resiko kekurangan volume cairan b/d perangsangan muntah sendiri terus-menerus.

⇒ Intervensi

1. Nyeri akut b/d vasospasme uterus.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri pasien hilang /terkontrol.

Kriteria Hasil:

- Mengekpresikan penurunan nyeri atau ketidak nyamanan
- Tampak rileks, mampu tidur /istirahat dengan cepat

No	INTERVENSI	RASIONAL
1	Kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, lamanya, dan intensitas (skala 0-10). Perhatikan petunjuk verbal dan non verbal	Membantu dalam mengidentifikasi derajat ketidak nyamanan dan kebutuhan/keefektifan analgesik
2	Bantu dalam memberikan posisi yang nyaman	Penimhkatan lengan, ukuran baju dan adanya drain mempengaruhi kemampuan pasien untuk rileks dan tidur/istirahat secara efektif.
3	Berikan kompres dingin pada perut	Meningkatkan rasa nyaman dengan menurunkan vasodilatasi.
4	Berikan kompres hangat pada perut	Meningkatkan sirkulasi pada otot yang meningkatkan relaksasi dan mengurangi ketegangan
5	Berikan obat nyeri yang tepat pada jadwal yang teratur sebelum nyeri berat dan sebelum aktivitas di jadwalkan	Mempertahankan tingkat kenyamanan dan memungkinkan pasien utuk latihan lengan atau ambulasi tanpa nyeri yang menyertai upaya tersebut.
6	Berikan obat sesuai dengan indikasi ; analgetik	Memberikan pereda atau penghilang, ketidak nyamanan /nyeri.

2. Koping individu tidak efektif b/d metode koping tidak adekuat

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan koping pasien efektif

KH:

- Pasien tidak mengalami perubahan emosional

- Pasien dapat mengontrol emosinya

No	INTERVENSI	RASIONAL
1	Kaji kapasitas fisiologis yang bersifat umum	Nyeri dapat menurangi kemampuan coping.
2	Diskusikan mengenai metode coping seperti strategi relaksasi mental/ fisik	Tingkah laku maladaptif mungkin digunakan untuk mengatasi nyeri yang menetap atau mungkin berperan dalam berlanjutnya nyeri tersebut.
3	Sarankan pasien untuk mengekspresikan perasaannya dan diskusi mengenai bagaimana nyeri disminore itu mengganggu kerja dan kesenangan dari hidup ini	Pasien mampu mengenali perasaannya yang berhubungan dengan nyeri yang terjadi.
4	Berikan informasi mengenai penyebab sakit, penanganan, dan hasil yang diharapkan	Pemahaman terhadap informasi ini dapat membantu pasien dalam menentukan pilihan, belajar mengatasi masalah, dan mendapatkan satu sensasi dari pengendalian atas keadaan yang meningkatkan harga diri.

2 Resiko kekurangan volume cairan b/d perangsangan muntah sendiri terus-menerus

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan mempertahankan perubahan keseimbangan cairan

KH:

- Haluran urine adekuat
- Tanda vital stabil
- Mukosa lembab
- Turgor kulit baik

No	INTERVENSI	RASIONAL
1	Kaji tanda vital, pengisian kapiler, status membrane mukosa, turgor kulit	Untuk melihat indicator keadekuatan volume sirkulasi.
2	Diskusikan strategi untuk menghentikan muntah	Membantu pasien menerima persaan bahwa akibat muntah mencegah

		kehilangan cairan lanjut.
3	Kolaborasi dalam memberikan hiperalimentasi IV	Untuk memperbaiki keseimbangan cairan/elektrolit.

d. Jenis-jenis Lain Gangguan Pada Menstruasi

1. Hipermenore (Menorrhagia)

a) Definisi

Menorrhagia adalah pengeluaran darah yang terlalu banyak biasanya disertai dengan bekuan darah sewaktu menstruasi, jadi pada siklus yang teratur. Perdarahan haid lebih banyak dari normal atau lebih lama dari normal (lebih dari 8 hari), kadang disertai dengan bekuan darah sewaktu menstruasi.

b) Etiologi

1. Hipoplasia uteri, dapat mengakibatkan amenorea, hipomenorea, menoragia.
Terapi : uterotonika
2. Asthenia, terjadi karena tonus otot kurang. Terapi : uterotonika, roborantia.
3. Myoma uteri, disebabkan oleh : kontraksi otot rahim kurang, cavum uteri luas, bendungan pembuluh darah balik.
4. Hipertensi
5. Dekompensio cordis
6. Infeksi, misalnya : endometritis, salpingitis.
7. Retofleksi uteri, dikarenakan bendungan pembuluh darah balik.
8. Penyakit darah, misalnya Werlhoff, hemofili.

c) Patofisiologi

Pada siklus ovulasi normal, hipotalamus mensekresi Gonadotropin releasing hormon (GnRH), yang menstimulasi pituitary agar melepaskan Folicle-stimulating hormone (FSH). Hal ini pada gilirannya menyebabkan folikel di ovarium tumbuh dan matur pada pertengahan siklus, pelepasan luteinizing hormon (LH) dan FSH menghasilkan ovulasi. Perkembangan folikel menghasilkan esterogen yang berfungsi menstimulasi endometrium agar berproliferasi. Setelah ovum dilepaskan kadar FSH dan LH rendah. Folikel yang telah kehilangan ovum akan berkembang menjadi korpus luteum, dan korpus luteum akan mensekresi progesteron. Progesteron menyebabkan proliferasi endometrium untuk berdeferemnsiasi dan stabilisasi. 14 hari setelah ovulasi terjadilah menstruasi. Menstruasi berasal dari dari peluruhan endometrium sebagai akibat dari penurunan kadar esterogen dan progesteron akibat involusi korpus luteum.

Siklus anovulasi pada umumnya terjadi 2 tahun pertama setelah menstruasi awal yang disebabkan oleh HPO axis yang belum matang. Siklus anovulasi juga terjadi pada beberapa kondisi patologis.

Pada siklus anovulasi, perkembangan folikel terjadi dengan adanya stimulasi dari FSH, tetapi dengan berkurangnya LH, maka ovulasi tidak terjadi. Akibatnya tidak ada korpus luteum yang terbentuk dan tidak ada progesteron yang disekresi. Endometrium berproliferasi dengan cepat, ketika folikel tidak terbentuk produksi estrogen menurun dan mengakibatkan perdarahan. Kebanyakan siklus anovulasi berlangsung dengan pendarahan yang normal, namun ketidakstabilan proliferasi endometrium yang berlangsung tidak mengakibatkan pendarahan hebat.

d) Manifestasi Klinis

Kram selama haid yang tidak bisa dihilangkan dengan obat-obatan. Penderita juga sering merasakan kelemahan, pusing, muntah dan mual berulang selama haid.

2. Hypomenorrhoe (Kriptomenorrhoea)

a) Definisi

Suatu keadaan dimana perdarahan haid lebih pendek atau lebih kurang dari biasanya.

b) Etiologi

1. Setelah dilakukan miomektomi/gangguan endokrin
2. Kesuburan endometrium kurang akibat dari kurang gizi, penyakit menahun maupun gangguan hormonal.

c) Manifestasi klinis

Waktu haid singkat, jumlah darah haid sangat sedikit (<30cc), kadang-kadang hanya berupa spotting. *Lama perdarahan* : Secara normal haid sudah terhenti dalam 7 hari. Kalau haid lebih lama dari 7 hari maka daya regenerasi selaput lendir kurang. Misal pada endometritis, mioma.

3. Polimenorea (Epimenoragia)

a) Definisi

Polimenorea (Epimenoragia) adalah siklus haid yang lebih memendek dari biasa yaitu kurang 21 hari, sedangkan jumlah perdarahan relatif sama atau lebih banyak dari biasa.

b) Etiologi

Polimenorea merupakan gangguan hormonal dengan umur korpus luteum memendek sehingga siklus menstruasi juga lebih pendek atau bisa disebabkan akibat stadium proliferasi pendek atau stadium sekresi pendek atau karena keduanya.

c) Manifestasi klinis

Gejala berupa siklus kurang dari 21 hari (lebih pendek dari 25 hari).

4. Oligomenorrhoe

a) Definisi

Suatu keadaan dimana haid jarang terjadi dan siklusnya panjang lebih dari 35 hari.

b) Etiologi

- Perpanjangan stadium folikuler (lamanya 8-9 hari dimulai dari hari ke-5 menstruasi).
- Perpanjangan stadium luteal (lamanya 15-18 hari setelah ovulasi).
- Kedua stadium diatas panjang yang mengakibatkan perpanjangan siklus haid.

c) Manifestasi klinis

- Haid jarang, yaitu setiap 35 hari sekali
- Perdarahan haid biasanya berkurang

5. Menometrorrhagia

Menometrorrhagia □ perdarahan uterus yang sesuai waktu tetapi dengan jumlah yang sedikit. (Manuaba, 1998 : 507)

Menometrorrhagia adalah perdarahan uterus abnormal (jumlah, frekuensi, atau lamanya), yang terjadi baik di dalam maupun di luar siklus haid yang semata-mata disebabkan oleh gangguan fungsional mekanisme kerja poros hipotalamus-hipofisis-ovarium, endometrium, tanpa adanya kelainan organik alat reproduksi.

Menometrorrhagia adalah perdarahan uterus berlebihan yang terjadi pada dan diantara periode menstruasi.

6. Metrorragia

a) Definisi

Metrorragia adalah perdarahan yang tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan haid.

b) Klasifikasi

1. Metroragia oleh karena adanya kehamilan; seperti abortus, kehamilan ektopik.
2. Metroragia diluar kehamilan.

c) Etiologi

1. Metroragia diluar kehamilan dapat disebabkan oleh luka yang tidak sembuh; carcinoma corpus uteri, carcinoma cervicitis; peradangan dari haemorrhagis (seperti kolpitis haemorrhagia, endometritis haemorrhagia); hormonal.
2. Perdarahan fungsional : a) Perdarahan Anovulatoar; disebabkan oleh psikis, neurogen, hypofiser, ovarial (tumor atau ovarium yang polikistik) dan kelainan gizi, metabolik, penyakit akut maupun kronis. b) Perdarahan Ovulatoar; akibat korpus luteum persisten, kelainan pelepasan endometrium, hipertensi, kelainan darah dan penyakit akut ataupun kronis.

d) Manifestasi klinis

Adanya perdarahan tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan haid namun keadaan ini sering dianggap oleh wanita sebagai haid walaupun berupa bercak.

C. INFERTILISASI

a) Definisi

- Kegagalan mengandung setelah 1 tahun berusaha hamil. (Benson, ralph C. 2009)
- Ketidakmampuan pasangan suami istri untuk memperoleh anak setelah menikah selama setahun tanpa menggunakan alat kontrasepsi. (Gant, norman. 2011).

Ada dua jenis fertilisasi :

- ✓ Fertilisasi primer: bila pasangan tersebut belum pernah mengalami kehamilan.
- ✓ Fertilisasi sekunder: Bila pasangan tersebut sudah pernah melahirkan namun setelah itu tidak pernah hamil lagi.

b) Etiologi

Penyebab umum infertilitas (Gant, norman F 2011) :

Faktor	Insidens	Pemeriksaan dasar
Laki-laki	40	Analisa semen, uji pascakoitus
Ovulasi	15-20	Suhu basal tubuh, progesteron serum, biopsi endometrium
Serviks	5-10	Uji pasca koitus
Tuba uterina	30	Histerosalpinografi, laparoscopi
Peritoneum	40	Laparoscopi
Tidak dapat dijelaskan	10	Semua

Faktor- faktor lain penyebab infertilitas:

1. Tertutupnya lubang saluran tuba yang disebabkan oleh karena infeksi
2. Gangguan fisik rahim
3. Umur
4. Stress
5. Kurang gizi
6. Terlalu gemuk dan terlalu kurus
7. Merokok
8. Alkohol
9. Penyakit menular seksual
10. Gangguan keseimbangan hormon

1. Pencegahan Infertilitas

- a. Berbagai macam infeksi diketahui menyebabkan infertilitas terutama infeksi prostate, buah zakar, maupun saluran sperma. Karena itu, setiap infeksi didaerah tersebut harus ditangani serius (Steven RB,1985).
- b. Beberapa zat dapat meracuni sperma. Banyak penelitian menunjukkan pengaruh buruk rokok terhadap jumlah dan kualitas sperma (Steven RB,1985).
- c. Alkohol dalam jumlah banyak dihubungkan dengan rendahnya kadar hormone testosterone yang tentunya akan mengganggu pertumbuhan sperma (Steven RB,1985)
- d. Berperilaku sehat (Dewhurst,1997).

2. Asuhan keperawatan

1. Pengkajian
 1. Identitas pasien
2. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan dahulu
 - Riwayat terpajan benda-benda mutan yang membahayakan reproduksi di rumah
 - Riwayat infeksi genitourinari
 - Hypertiroidisme dan hypotiroid
 - Infeksi bakteri dan virus, exs : toksoplasma
 - Tumor hipofisis atau prolaktinoma
 - Riwayat penyakit menular seksual
 - Riwayat kista
 - b. Riwayat kesehatan sekarang
 - Endometriasis dan endometritis

- Vaginismus (kejang pada otot vagina)
 - Gangguan ovulasi
 - Abnormalitas tuba falopi, ovarium, uterus, dan serviks
 - Autoimun
- c. Riwayat kesehatan keluarga
- Memiliki riwayat saudara / keluarga dengan aberasi genetik
- d. Riwayat obstetric
- Tidak hamil dan melahirkan selama satu tahun tanpa alat kontrasepsi.
 - Mengalami aborsi berulang.
 - Sudah pernah melahirkan tetapi tidak hamil selama satu tahun tanpa alat kontrasepsi.

⇒ Diagnosa dan intervensi keperawatan

1. Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan tentang akhir proses diagnostic.

Tujuan : Mengurangi ansietas/rasa takut

Kriteria evaluasi :

- Klien mampu mengungkapkan tentang infertilitas dan bagaimana treatmentnya.
- Klien memperlihatkan adanya peningkatan control diri terhadap diagnose infertile.
- Klien mampu mengekspresikan perasaan tentang infertilitas dan terjalin kontak mata saat berkomunikasi.
- Mengidentifikasi aspek positif diri.

Intervensi :

- Jelaskan tujuan test dan prosedur.

R/ Menurunkan cemas dan takut terhadap diagnose dan prognosis.

- Tingkatkan ekspresi perasaan dan takut, contoh : menolak, depresi, dan marah.

R/ Biarkan pasien/orang terdekat mengetahui ini sebagai reaksi yang normal
Perasaan tidak diekspresikan dapat menimbulkan kekacauan internal dan efek gambaran diri.

- Dorong keluarga untuk menganggap pasien seperti sebelumnya.

R/ Meyakinkan bahwa peran dalam keluarga dan kerja tidak berubah.

- Kolaborasi : berikan sedative, tranquilizer sesuai indikasi.

R/ Mungkin diperlukan untuk membantu pasien rileks sampai secara fisik mampu untuk membuat strategi coping adekuat.

2. Harga diri rendah berhubungan dengan gangguan fertilitas.

Tujuan : Memfasilitasi integritas diri konsep pribadi dan perubahan gambaran diri.

Intervensi :

- Tanyakan dengan nama apa pasien ingin dipanggil.
R/ Menunjukkan keopan santunan/penghargaan dan pengakuan personal.
- Identifikasi orang terdekat dari siapa pasien memperoleh kenyamanan dan siapa yang harus memberitahuakan jika terjadi keadaan bahaya.
R/ Memungkinkan privasi untuk hubungan personal khusus, untuk mengunjungi atau untuk tetap dekat dan menyediakan kebutuhan dukungan bagi pasien.
- Dengarkan dengan aktif masalah dan ketakutan pasien.
R/ Menyampaikan perhatian dan mengidentifikasi kebutuhan dan masalah serta strategi koping pasien dan seberapa efektif.
- Dorong mengungkapkan perasaan, menerima apa yang dikatakannya.
R/ Membantu pasien/orang terdekat untuk memulai menerima perubahan dan mengurangi ansietas mengenai perubahan gaya hidup.
- Diskusikan pandangan pasien terhadap citra diri dan efek yang ditimbulkan dari penyakit/kondisi.
R/ Persepsi pasien mengenai perubahan pada citra diri mungkin terjadi secara tiba-tiba atau kemudian.

3. Berduka dan antisipasi berhubungan dengan prognosis yang buruk.

Tujuan : Memfasilitasi proses berduka.

Kriteria hasil :

- o Menunjukkan rasa pergerakan kearah resolusi dan rasa berduka dan harapan untuk masa depan.
- o Fungsi pada tingkat adekuat, ikut serta dalam pekerjaan

Intervensi :

- Berikan lingkungan yang terbuka dimana pasien merasa bebas untuk dapat mendiskusikan perasaan dan masalah secara realitas kemampuan komunikasi terapeutik seperti aktif mendengarkan, diam, selalu bersedia, dan pemahaman dapat memberikan pasien kesempatan untuk berbicara secara bebas dan berhadapan dengan perasaan.

- Identifikasi tingkat rasa duka/disfungsi : penyangkalan, marah, tawar-menawar, depresi, penerimaan.
R/ Kecermatan akan memberikan pilihan intervensi yang sesuai pada waktu individu menghadapi rasa berduka dalam berbagai cara yang berbeda
- Dengarkan dengan aktif pandangan pasien dan selalu sedia untuk membantu jika diperlukan.
R/ Proses berduka tidak berjalan dalam cara yang teratur, tetapi fluktuasinya dengan berbagai aspek dari berbagai tingkat yang muncul pada suatu kesempatan yang lain
- Identifikasi dan solusi pemecahan masalah untuk keberadaan respon-respon fisik, misalnya makan, tidur, tingkat aktivitas dan hasrat seksual.
R/ Mungkin dibutuhkan tambahan bantuan untuk berhadapan dengan aspek-aspek fisik dari rasa berduka.
- Kaji kebutuhan orang terdekat dan bantu sesuai petunjuk.
R/ Identifikasi dari masalah-masalah berduka disfungsi akan mengidentifikasi intervensi individual.
- Kolaborasi : rujuk sumber-sumber lainnya misalnya konseling, psikoterapi sesuai petunjuk.
R/ Mungkin dibutuhkan bantuan tambahan untuk mengatasi rasa berduka, membuat rencana, dan menghadapi masa depan.

4. Nyeri akut berhubungan dengan efek test diagnostik.

Tujuan : nyeri dapat teratasi

Intervensi :

- Catat lokasi, lamanya intensitas dan penyebaran. Perhatikan tanda nonverbal, contoh peningkatan TD dan nadi, gelisah, merintih.
R/ Untuk menentukan intervensi selanjutnya. Jelaskan penyebab nyeri dan pentingnya melaporkan ke staff terhadap karakteristik nyeri. Memberikan kesempatan untuk pemberian analgesik sesuai waktu.
- Berikan tindakan relaksasi, contoh pijatan, lingkungan istirahat.
R/ Menurunkan tegangan otot dan meningkatkan koping efektif.
- Bantu atau dorong penggunaan nafas efektif, bimbingan imajinasi dan aktivitas terapeutik.
R/ Mengarahkan kembali perhatian dan membantu dalam relaksasi otot.

5. Ketidakberdayaan berhubungan dengan kurang control terhadap prognosis.

Tujuan : mengembalikan kemandirian pasien.

Kriteria evaluasi :

- Mendemonstrasikan perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
- Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.
- Mengidentifikasi sumber pribadi/komunitas memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Intervensi :

- Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.
R/ Membantu dalam merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.
- Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan.
R/ Pasien ini mungkin menjadi sangat ketakutan dan tergantung, meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, adalah penting bagi pasien untuk diri sendiri untuk mempertahankan harga diri.
- Sadari aktivitas impulsive karena gangguan dalam mengambil keputusan.
R/ Dapat menunjukkan kebutuhan intervensi dan pengawasan tambahan untuk meningkatkan keamanan pasien.
- Pertahankan dukungan, sikap yang tegas, beri pasien waktu yang cukup untuk mengerjakan tugasnya.
R/ Pasien akan memerlukan empati tetapi perlu untuk mengetahui pemberi asuhan yang akan membantu pasien secara konsisten.

6. Resiko tinggi terhadap kerusakan coping individu/keluarga berhubungan dengan metode yang digunakan dalam investigasi fertilitas.

Tujuan : Mendorong kemampuan coping yang efektif dari pasien/keluarga.

Kriteria evaluasi :

- Mengidentifikasi tingkah laku coping yang tidak efektif dan konsekuensi.
- Menunjukkan kemampuan memecahkan masalah.
- Memenuhi kebutuhan psikologis yang ditunjukkan dengan mengekspresikan perasaan yang sesuai, identifikasi pilihan dan penggunaan sumber-sumber.

- Membuat keputusan dan menunjukkan kepuasan dengan pilihan yang diambil.

Intervensi :

- Kaji keefektifan strategi koping dengan mengobservasi perilaku, misalnya kemampuan menyatakan perasaan dan perhatian, keinginan berpartisipasi dalam rencana pengobatan.

R/ Mekanisme adaptif perlu untuk mengubah pola hidup seseorang, mengatasi hipertensi kronik, dan mengintegrasikan terapi yang diharuskan kedalam kehidupan sehari-hari.

- Bantu klien untuk mengidentifikasi stressor spesifik dan kemungkinan strategi untuk mengatasinya.

R/ Pengenalan terhadap stressor adalah langkah pertama dalam mengubah respons seseorang terhadap stressor.

- Libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan beri dorongan partisipasi maksimal dalam rencana pengobatan.

R/ Keterlibatan memberikan pasien perasaan kontrol diri yang berkelanjutan, memperbaiki keterampilan koping dan dapat meningkatkan kerjasama dalam regimen terapeutik

- Dorong pasien untuk mengevaluasi prioritas/tujuan hidup. Tanyakan pertanyaan seperti “ apakah yang anda lakukan merupakan apa yang anda inginkan?”.

R/ Focus perhatian pasien pada realitas situasi yang ada relative terhadap pandangan pasien tentang apa yang diinginkan.

- Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan mulai merencanakan perubahan hidup yang perlu.

R/ Perubahan yang perlu harus diprioritaskan secara realistic untuk menghindari rasa tidak menentu dan tidak berdaya.

a. Perempuan

a) Etiologi

Menurut (benson, ralph C. 2009)

- Faktor serviks

Penyebab infertilitas mungkin kongenital (terpapar dengan DES, kelainan duktus mulleri) atau didapat (infeksi, terapi pembedahan).

- Faktor uterus- tuba

Merupakan kelainan struktur yang paling lazim (misalnya terpajan DES, mioma, kegagalan penyatuan normal saluran reproduksi, kehamilan ektopik sebelumnya).

- Faktor ovulasi

Melibatkan SSP (sistem saraf pusat), penyakit metabolik atau defek perifer. Defek SSP meliputi anovulasi hiperandrogenemik kronis, hiperprolaktinemia (sella yang kosong, tumor, *drug induced*), insufisiensi hipotalamus dan insufisiensi hipofisis (trauma, tumor, kongenital). Penyakit- penyakit metabolik yang menyebabkan defek faktor ovulasi adalah penyakit tiroid, penyakit hati, ginjal, obesitas dan kelebihan androgen (adrenal atau neoplastik). Defek perifer mungkin berupa disgenesis gonad, kegagalan ovarium prematur, tumor ovarium, resistensi ovarium.

- Faktor peritoneum atau pelvis

Faktor endometriosis dan sekuele infeksi (apendisitis, penyakit radang panggul). Endometriosis menyebabkan efek lebih memperburuk fertilitas dibanding efek yang dapat dijelaskan berdasarkan perubahan fisik.

b) Manifestasi Klinis

- Terjadi kelainan sistem endokrin.
- Hipermenore dan amenore.
- Diikuti dengan perkembangan seks sekunder yang tidak adekuat yang menunjukkan masalah pada aksis ovarium hipotalamus hipofisis atau abrasi genetik.
- Wanita dengan sindrom turner biasanya pendek memiliki payudara yang tidak berkembang, dengan gonadnya abnormal.
- Motilitas tuba dan ujung fimbrianya dapat menurun atau hilang akibat infeksi, adhesi, atau tumor.
- Traksus reproduksi internal yang abnormal.

c) Patofisiologi

Wanita beberapa penyebab dari gangguan infertilitas dari wanita diantaranya gangguan stimulasi hipofisis hipotalamus yang mengakibatkan pembentukan FSH dan LH tidak adekuat sehingga terjadi gangguan dalam pembentukan folikel di ovarium. Penyebab lain yaitu radiasi dan toksik yang mengakibatkan gangguan pada ovulasi. Gangguan bentuk anatomi sistem reproduksi juga penyebab mayor dari infertilitas, diantaranya cedera tuba

dan perlekatan tuba sehingga ovum tidak dapat lewat dan tidak terjadi fertilisasi dari ovum dan sperma. Kelainan bentuk uterus menyebabkan hasil konsepsi tidak berkembang normal walaupun sebelumnya terjadi fertilisasi. Abnormalitas ovarium, mempengaruhi pembentukan folikel. Abnormalitas serviks mempengaruhi proses pemasukan sperma. Faktor lain yang mempengaruhi infertilitas adalah abrasi genetik yang menyebabkan kromosom seks tidak lengkap sehingga organ genitalia tidak berkembang dengan baik. Beberapa infeksi menyebabkan infertilitas dengan melibatkan reaksi imun sehingga terjadi gangguan interaksi sperma sehingga sperma tidak bisa bertahan, infeksi juga menyebabkan inflamasi berlanjut perlekatan yang pada akhirnya menimbulkan gangguan implantasi zigot yang berujung pada abortus.

d) Pemeriksaan

❖ Pemeriksaan fisik

- Terdapat akne, kulit berminyak, dan hirsutisme (mungkin disebabkan kelebihan androgen)
- Pembesaran tiroid, akantosis nigrikans, galaktorea, pigmentasi kulit, stri abdomen, parut bedah
- Derajat estrogenasi vagina (adanya sel vagina yang berugae, basah, merah muda, dan persentasi sel-sel superfisial pada kerokan vagina)
- Kualitas dan kuantitas mukus
- Pemeriksaan panggul (identifikasi adanya massa, nyeri tekan dll)

❖ USG atau rontgen

❖ Deteksi ovulasi

Wanita yang mengalami ovulasi mempunyai siklus teratur (22-35 hari). Uji sekning yang biasa digunakan untuk memastikan terjadinya ovulasi adalah temperatur tubuh basal (BBT) dan progesteron serum midluteal. BBT diukur saat bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas apapun. Setelah ovulasi terjadi kenaikan temperatur 0,4⁰ F karena efek termogenik progesteron. Kadar progesteron serendah 5 mg/ml dapat menunjukkan terjadinya ovulasi tetapi midluteal biasanya 10 ng/ ml. Menstruasi yang tidak teratur, tidak adanya molimia premenstrualia, lendir serviks yang kering yang terus menunjukkan gambaran daun pukis, kadar progesteron midluteal yang rendah dan tidak adanya peningkatan BBT pada pertengahan siklus, semuanya menunkukkan kemungkinan kegagalan ovulasi.

❖ Analisis hormon

Dilakukan mengkaji fungsi endokrin pada aksis ovarium-hipofisis-hipotalamus. Spesimen darah dan urin diambil pada berbagai waktu selama siklus menstruasi wanita. Spesimen darah diambil untuk menentukan kadar progesteron, estrogen, FSH, dan LH. Spesimen urine memberi informasi tentang kadar ketosteroid-17 dan kortikosteroid-17. Darah diambil pada tahap lanjut siklus menstruasi untuk mengkaji fungsi korpus luteum.

❖ Biopsi endometrium terjadwal

Biopsi endometrium dijadwalkan setelah ovulasi selama fase luteum siklus menstruasi. Ada dua metode untuk melakukan biopsi endometrium terjadwal; kedua metode ini tidak memerlukan hospitalisasi. Metode yang pertama diimplementasi 3-4 hari setelah menstruasi berikutnya. Dengan wanita ditutupi selimut dalam posisi litotomi, spekulum vagina diinsersi ke dalam vagina. Dengan menggunakan aspirator vabra berlumen kecil, sebuah sampel endometrium diambil.

Metode kedua dilakukan dengan langkah berikut;

1. Pasangan dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama periode "fertil" yang pertama supaya embrio tidak keluar setelah prosedur.
2. Serviks dilatasi menggunakan laminaria 4-24 jam sebelum prosedur yang tidak membutuhkan analgesia dilakukan. Laminaria merupakan insersi kemasan berbentuk tipis dan berukuran kecil atau dilator osmotik sintesis yang, jika diinsersi ke dalam serviks, menyerap kelembaban, mengembang, dan dengan demikian membuat serviks berdilatasi.
3. Wanita berbaring dalam posisi litotomi dan diselimuti dan diselimuti kemudian spekulum di insersi.
4. Laminaria diangkat
5. Apabila sebelumnya tidak dilatasi dengan laminaria, serviks dilatasi pada saat ini dengan dilator *rod* logam. Analgesia atau anestesia seringkali dibutuhkan
6. Sebuah spesimen kecil endometrium diambil dari dinding samping didalam fundus supaya embrio tidak terlepas jika konsepsi telah terjadi. (jika implantasi terjadi dibagian atas fundus, baik bagian posterior maupun bagian anterior)

❖ Histerosalpingografi

Histerosalpingografi dijadwalkan 2-5 hari setelah menstruasi untuk menghindari pengeluaran ovum yang berpotensi untuk dibuahi dari tuba falopi ke dalam rongga peritoneum. Pada waktu ini juga tidak ada pembuluh darah yang terbuka dan semua

debris menstruasi telah dikeluarkan. Hal ini menurunkan risiko embolisme atau risiko pengeluaran debris menstruasi dari tuba ke peritoneum. Apabila wanita menderita PID (penyakit radang panggul), ia ditangani dengan antimikroba dan tes tersebut dijadwalkan kembali dalam 2-3 bulan.

Nyeri bahu menyebar selama prosedur ini. Nyeri yang menyebar ini merupakan indikasi iritasi subfrenik akibat materi kontras jika materi tersebut keluar dari tuba uterinba yang paten atau jika saluran tuba tersumbat.

Prosedur ini dapat menstimulasi silia di dalam lapisan tuba untuk memfasilitasi transpor ovum.

❖ Laparoskopi

Biasanya dijadwalkan pada awal siklus menstruasi. Selama prosedur tersebut, sebuah teleskopi kecil diinsersi melalui insisi kecil di dinding abdomen anterior. Prosedur ini untuk mengetahui kelainan pada tuba dan peritoneum.

e) Penatalaksanaan

- Pengetahuan tentang siklus menstruasi, gejala lendir serviks puncak dan waktu yang tepat untuk coital.
- Pemberian terapi obat, seperti
 1. Stimulant ovulasi, baik untuk gangguan yang disebabkan oleh supresi hipotalamus, peningkatan kadar prolaktin, pemberian TSH.
 2. Terapi penggantian hormon
 3. Glukokortikoid jika terdapat hiperplasi adrenal.
 4. Penggunaan antibiotika yang sesuai untuk pencegahan dan penatalaksanaan infeksi dini yang adekuat.
- GIFT (Gemete Intra Fallopian Transfer)
- Laparatomi dan bedah mikro untuk memperbaiki tuba yang rusak secara luas.
- Bedah plastic misalnya penyatuan uterus bikonuate, pengangkatan tumor atau fibroid.
- Eliminasi vaginitis atau servisititis dengan antibiotika atau kemoterapi.

g. Pria

a) Etiologi

- Faktor Pre testikular

Yaitu keadaan-keadaan diluar testis dan mempengaruhi proses spermatogenesis. Kelainan endokrin. Kurang lebih 2% dari infertilitas pria disebabkan karena adanya kelainan endokrin antara lain berupa:

 - a. kelainan paras hipotalamus-hipofise seperti; tidak adanya sekresi gonadotropin menyebabkan gangguan spermatogenesis.
 - b. Kelainan tiroid. Menyebabkan gangguan metabolisme androgen.
 - c. Kelainan kelenjar adrenal, Congenital adrenal hyperplasi menyebabkan gangguan spermatogenesis.
 - d. Kelainan kromosom. Misal penderita sindroma klinefelter, terjadi penambahan kromosom X, testis" tidak berfungsi baik, sehingga spermatogenesis tidak terjadi. Varikokel, yaitu terjadinya pemanjangan dan dilatasi serta kelokan-kelokan dari pleksus pampiriformis yang mengakibatkan terjadinya gangguan vaskularisasi testis yang akan mengganggu proses spermatogenesis.
- Faktor post testikular
 - Kelainan epididimis dan funikulus spermatikus, dapat berupa absennya duktus deferens, duktus deferens tidak bersambung dengan epididimis, sumbatan dan lain-lain.
 - Kelainan duktus ejakulatorius, berupa sumbata.
 - Kelainan prostat dan vesikula seminalis, yang sering adalah peradangan biasanya mengenai kedua organ ini, tumor prostat dan prostatektom.
- Faktor lingkungan

Suhu, memegang peranan penting pada spermatogenesis. Pada mamalia spermatazoa hanya dapat diproduksi bila suhu testis 29-30° C, sedikitnya 1,5-2.0° C di bawah suhu dalam tubuh, kenaikan suhu beberapa derajat akan menghambat proses spermatogenesis, sebaliknya suhu rendah akan meningkatkan spermatogenesis pada manusia. Atmosfer dataran tinggi (high altitude) juga menghambat pembuatan spermatozoa. Sinar Rontgen, spermatogonia dan spermatisit sangat peka terhadap sinar Rontgen, tapi spermatic dan sel sertoli tidak, banyak terpengaruh bahan kimia dan obat-obatan tertentu dapat menghambat proses spermatogenesis, misal metronidazol, simetidin dan lain-lain.

b) Manifestasi Klinis

- Riwayat terpajan benda-benda yang membahayakan reproduksi (panas, radiasi, rokok, narkotik, alkohol, infeksi)
- Status gizi dan nutrisi terutama kekurangan protein dan vitamin tertentu
- Riwayat infeksi genitorurinaria
- Hipertiroidisme dan hipotiroid
- Tumor hipofisis atau prolactinoma
- Disfungsi ereksi berat
- Ejakulasi retrograt
- Hypo/epispadia
- Mikropenis
- Andesensus testis (testis masih dalam perut/dalam liat paha)
- Gangguan spermatogenesis (kelainan jumlah, bentuk dan motilitas sperma)
- Hernia scrotalis (hernia berat sampai ke kantong testis)
- Varikohel (varises pembuluh balik darah testis)
- Abnormalitas cairan semen

Patofisiologi

Abnormalitas androgen dan testosteron diawali dengan disfungsi hipotalamus dan hipofisis yang mengakibatkan kelainan status fungsional testis. Gaya hidup memberikan peran yang besar dalam mempengaruhi infertilitas diantaranya merokok, penggunaan obat-obatan dan zat adiktif yang berdampak pada abnormalitas sperma dan penurunan libido. Konsumsi alkohol mempengaruhi masalah ereksi yang mengakibatkan berkurangnya pancaran sperma. Suhu disekitar areal testis juga mempengaruhi abnormalitas spermatogenesis. Terjadinya ejakulasi retrograt misalnya akibat pembedahan sehingga menyebabkan sperma masuk ke vesika urinaria yang mengakibatkan komposisi sperma terganggu.

c) Pemeriksaan

- Pemeriksaan fisik
 - Analisa Semen : Parameter; Warna Putih keruh; Bau Bunga akasia; Ph 7,2-7,8; Volume 2-5 ml; Viskositas 1,6-6,6 centipose; Jumlah sperma 20 juta/ml; Sperma motil > 50%; Bentuk normal > 60%; Kecepatan gerak sperma 0,18-1,2 detik; persentase gerak sperma motil > 60%; Aglutasi Tidak ada; Sel-sel sedikit atau tidak ada; Uji fruktosa 150-650 mg/dl.

- Pemeriksaan endokrin
Berguna untuk menilai kembali fungsi hipotalamus, hipofisis jika kelainan ini diduga sebagai penyebab infertilitas. Uji yang dilakukan bertujuan untuk menilai kadar hormon tesrosteron, FSH, dan LH.
- USG
Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat struktur kelenjar prostat, vesikula seminalis, atau seluran ejakulatori.
- Biopsi testis
Dilakukan dengan mengambil sampel jaringan testis memakai metoda invasif untuk mengidentifikasi adanya kelainan patologi.
 - Uji penetrasi sperma
 - Uji hemizona

d) Penatalaksanaan

- Penekanan produksi sperma untuk mengurangi jumlah antibodi autoimun, diharapkan kualitas sperma meningkat.
- Agen antimikroba.
- Testosterone Enantat dan Testosteron Spionat untuk stimulasi kejantanan.
- HCG secara i.m memperbaiki hipogonadisme.
- FSH dan HCG untuk menyelesaikan spermatogenesis.
- Bromokriptin, digunakan untuk mengobati tumor hipofisis atau hipotalamus
- Klomifen dapat diberikan untuk mengatasi subfertilitas idiopatik.
- Perbaikan varikokel menghasilkan perbaikan kualitas sperma.
- Perubahan gaya hidup yang sederhana dan yang terkoreksi. Seperti, perbaikan nutrisi, tidak membiasakan penggunaan celana yang panas dan ketat.
- Perhatikan penggunaan lubrikans saat coital, jangan yang mengandung spermatisida.

D. Mioma Uteri

a) Definisi

Mioma uteri adalah neoplasma yang berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya sehingga dapat disebut juga leiomioma, fibromioma, atau fibroid (Wiknjosastro, 2005).

b) Etiologi

Menurut Manuaba (2007), faktor-faktor penyebab mioma uteri belum diketahui, namun ada 2 teori yang menjelaskan faktor penyebab mioma uteri, yaitu:

1. Teori Stimulasi

Berpendapat bahwa estrogen sebagai faktor etiologi dengan alasan :

- a. Mioma uteri sering kali tumbuh lebih cepat pada masa hamil
- b. Neoplasma ini tidak pernah ditemukan sebelum menarche
- c. Mioma uteri biasanya mengalami atrofi sesudah menopause
- d. Hiperplasia endometrium sering ditemukan bersama dengan mioma uteri

2. Teori Cellnest atau Genitoblas

Terjadinya mioma uteri tergantung pada sel otot imatur yang terdapat pada cell nest yang selanjutnya dirangsang terus menerus oleh estrogen.

Selain teori tersebut, menurut Muzakir (2008) faktor risiko yang menyebabkan mioma uteri adalah:

1. Usia penderita

Mioma uteri ditemukan sekitar 20% pada wanita usia reproduksi dan sekitar 40%-50% pada wanita usia di atas 40 tahun. Mioma uteri jarang ditemukan sebelum menarke (sebelum mendapatkan haid). Sedangkan pada wanita menopause mioma uteri ditemukan sebesar 10%.

2. Hormon endogen (Endogenous Hormonal)

Mioma uteri sangat sedikit ditemukan pada spesimen yang diambil dari hasil histerektomi wanita yang telah menopause, diterangkan bahwa hormon esterogen endogen pada wanita-wanita menopause pada level yang rendah/sedikit (Parker, 2007). Otubu et al menemukan bahwa konsentrasi estrogen pada jaringan mioma uteri lebih tinggi dibandingkan jaringan miometrium normal terutama pada fase proliferasi dari siklus menstruasi (Djuwantono, 2004).

3. Riwayat Keluarga

Wanita dengan garis keturunan tingkat pertama dengan penderita mioma uteri mempunyai 2,5 kali kemungkinan untuk menderita mioma dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan penderita mioma uteri. Penderita mioma yang mempunyai riwayat keluarga penderita mioma mempunyai dua kali lipat beresiko dibandingkan dengan penderita mioma yang tidak mempunyai riwayat keluarga (Parker, 2007).

4. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Obesitas juga berperan dalam terjadinya mioma uteri. Hal ini mungkin berhubungan dengan konversi hormon androgen menjadi esterogen oleh enzim aromatease di jaringan lemak (Djuwantono, 2004). Hasilnya terjadi peningkatan jumlah esterogen tubuh yang mampu meningkatkan pprevalensi mioma uteri (Parker, 2007).

5. Makanan

Beberapa penelitian menerangkan hubungan antara makanan dengan prevalensi atau pertumbuhan mioma uteri. Dilaporkan bahwa daging sapi, daging setengah matang (red meat), dan daging babi meningkatkan insiden mioma uteri, namun sayuran hijau menurunkan insiden mioma uteri. Tidak diketahui dengan pasti apakah vitamin, serat atau phytoestrogen berhubungan dengan mioma uteri (Parker, 2007).

6. Kehamilan

Karena tingginya kadar esterogen dalam kehamilan dan bertambahnya vaskularisasi ke uterus kemungkinan dapat mempercepat terjadinya pembesaran mioma uteri (Manuaba, 2007).

7. Paritas

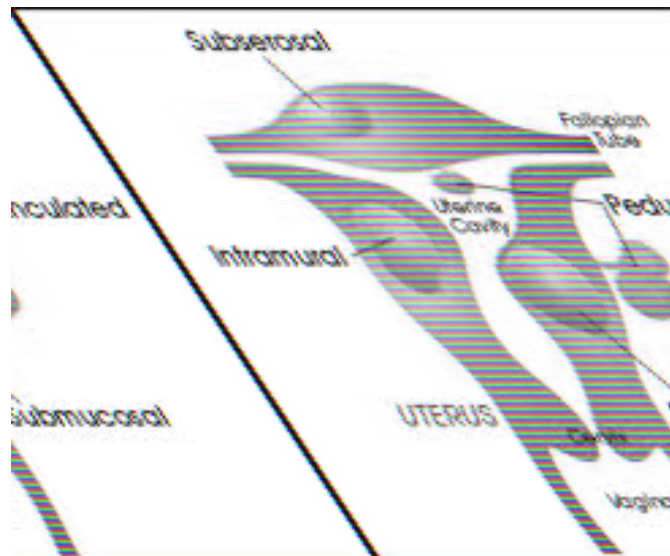
Mioma uteri lebih banyak terjadi pada wanita dengan multipara dibandingkan dengan wanita yang mempunyai riwayat frekuensi melahirkan 1 (satu) atau 2 (dua) kali.

8. Kebiasaan merokok

Diterangkan dengan penurunan bioavailabilitas esterogen dan penurunan konversi androgen menjadi estrogen dengan penghambatan enzim aromatase oleh nikotin (Parker, 2007).

c) Klasifikasi

Jenis mioma uteri yang paling sering adalah jenis intramural (54%), subserosa (48%), submukosa (6,1), dan jenis intraligamenter (4,4%).



a. Mioma Submukosa

Berada di bawah endometrium dan menonjol ke dalam rongga uterus. Jenis ini sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma jenis lain meskipun besar mungkin belum memberikan keluhan perdarahan, tetapi mioma submukosa walaupun kecil sering memberikan keluhan gangguan perdarahan.

Mioma submukosa umumnya dapat diketahui dari tindakan kuretase, dengan adanya benjolan waktu kuret, dikenal sebagai *currete bump* dan dengan pemeriksaan histeroskopi dapat diketahui posisi tangkai tumor.

Tumor jenis ini sering mengalami infeksi, terutama pada mioma submukosa pedikulata. Mioma submukosa pedikulata adalah jenis mioma submukosa yang mempunyai tangkai. Tumor ini dapat keluar dari rongga rahim ke vagina, dikenal dengan nama *mioma geburt* atau mioma yang dilahirkan, yang mudah mengalami infeksi, ulserasi, dan infark. Pada beberapa kasus, penderita akan mengalami anemia dan sepsis karena proses di atas.

b. Mioma intramural

Terdapat di dinding uterus di antara serabut miometrium. Karena pertumbuhan tumor, jaringan otot disekitarnya akan terdesak dan terbentuk simpai yang mengelilingi tumor. Bila di dalam dinding rahim dijumpai banyak mioma, maka uterus akan mempunyai bentuk yang benjol-benjol dengan konsistensi yang padat. Mioma yang terletak

pada dinding depan uterus, dalam pertumbuhannya akan menekan dan mendorong kandung kemih ke atas, sehingga dapat menimbulkan keluhan miksi.

c. Mioma subserosa

Apabila mioma tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus diliputi oleh serosa. Mioma subserosa dapat tumbuh di antara kedua lapisan ligamentum latum menjadi mioma intraligamenter.

d. Mioma Intraligamenter

Mioma subserosa yang tumbuh menempel pada jaringan lain, misalnya ke ligamentum atau omentum kemudian membebaskan diri dari uterus sehingga disebut *wondering parasitic fibroid*. Jarang sekali ditemukan satu macam mioma saja dalam satu uterus. Mioma pada serviks dapat menonjol ke dalam satu saluran serviks sehingga ostium uteri eksternum berbentuk bulan sabit.

Apabila mioma dibelah maka tampak bahwa mioma terdiri dari bekas otot polos dan jaringan ikat yang tersusun seperti kumparan (*whorle like pattern*) dengan pseudokapsul yang terjadi dari jaringan ikat longgar yang terdesak karena pertumbuhan.

d) Gejala

Faktor-faktor yang menimbulkan gejala klinis ada 3, yaitu :

1. Besarnya mioma uteri,
2. Lokalisasi mioma uteri,
3. Perubahan pada mioma uteri.

Gejala yang timbul tergantung dari lokasi mioma uteri, digolongkan sebagai berikut :

1. Perdarahan abnormal

Perdarahan abnormal yaitu menoragia, menometroragia dan metroragia. Perdarahan sering bersifat hipermenore dan mekanisme perdarahan tidak diketahui benar. Faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu telah meluasnya permukaan endometrium dan gangguan dalam kontraktibilitas miometrium (Manuaba, 1998).

2. Rasa nyeri pada pinggang dan perut bagian bawah, dapat terjadi jika :

- a. Mioma menyempitkan kanalis servikalis
- b. Mioma submukosum sedang dikeluarkan dari rongga rahim
- c. Adanya penyakit adneks, seperti adneksitis, salpingitis, ooforitis
- d. Terjadi degenerasi merah

3. Tanda-tanda penekanan/pendesakan
Terdapat tanda-tanda penekanan tergantung dari besar dan lokasi mioma uteri. Tekanan bisa terjadi pada traktus urinarius, pada usus, dan pada pembuluh-pembuluh darah. Akibat tekanan terhadap kandung kencing ialah distorsi dengan gangguan miksi dan terhadap ureter bisa menyebabkan hidro ureter.
4. Infertilitas
Infertilitas bisa terjadi jika mioma intramural menutup atau menekan pars interstitialis tubae.
5. Abortus
Abortus menyebabkan terjadinya gangguan tumbuh kembang janin dalam rahim melalui plasenta.
6. Gejala sekunder
Gejala sekunder yang muncul ialah anemia karena perdarahan, uremia, desakan ureter sehingga menimbulkan gangguan fungsi ginjal.

e) Patofisiologi

Mioma memiliki reseptor estrogen yang lebih banyak dibanding miometrium normal. Teori cell nest atau teori genitoblast membuktikan dengan pemberian estrogen ternyata menimbulkan tumor fibromatosa yang berasal dari sel imatur. Mioma uteri terdiri dari otot polos dan jaringan yang tersusun seperti konde diliputi pseudokapsul. Mioma uteri lebih sering ditemukan pada nulipara, faktor keturunan juga berperan. Perubahan sekunder pada mioma uteri sebagian besar bersifat degeneratif karena berkurangnya aliran darah ke mioma uteri. Menurut letaknya, mioma terdiri dari mioma submukosum, intramular dan subserosum (Manuaba, 2007).

f) Komplikasi

1. Pertumbuhan leiomyosarkoma
Mioma dicurigai sebagai sarcoma bila selama beberapa tahun tidak membesar, sehingga menjadi besar apabila hal itu terjadi sesudah menopause.
2. Torsi (putaran tangkai)
Ada kalanya tangkai pada mioma uteri subserosum mengalami putaran. Kalau proses ini terjadi mendadak, tumor akan mengalami gangguan sirkulasi akut dengan nekrosis jaringan dan akan tampak gambaran klinik dari abdomen akut.

3. Nekrosis dan Infeksi

Pada myoma subserosum yang menjadi polip, ujung tumor, kadang-kadang dapat melalui kanalis servikalis dan dilahirkan dari vagina, dalam hal ini kemungkinan gangguan situasi dengan akibat nekrosis dan infeksi sekunder.

g) Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mansjoer (2002), pemeriksaan yang dilakukan pada kasus mioma uteri adalah :

1. Pemeriksaan Darah Lengkap : Hb → turun, Albumin → turun, Lekosit → turun/meningkat, Eritrosit → turun.
2. USG : terlihat massa pada daerah uterus.
3. Vaginal Toucher : didapatkan perdarahan pervaginam, teraba massa, konsistensi dan ukurannya.
4. Sitologi : menentukan tingkat keganasan dari sel-sel neoplasma tersebut.
5. Rontgen : untuk mengetahui kelainan yang mungkin ada yang dapat menghambat tindakan operasi.
6. ECG : Mendeteksi kelainan yang mungkin terjadi, yang dapat mempengaruhi tindakan operasi.
7. Ultrasonografi : Ultrasonografi transabdominal dan transvaginal bermanfaat dalam menetapkan adanya mioma uteri. Ultrasonografi transvaginal terutama bermanfaat pada uterus yang kecil. Massa yang paling besar diobservasi melalui ultrasonografi transabdominal. Mioma uteri secara khas menghasilkan gambaran ultrasonografi yang mendemonstrasikan irregularitas kontur maupun pembesaran uterus.
8. Histeroskopi : melihat adanya mioma uteri submukosa, jika tumornya kecil serta bertangkai. Tumor tersebut sekaligus dapat diangkat.
9. MRI (Magnetic Resonance Imaging) : MRI sangat akurat dalam menggambarkan jumlah, ukuran dan lokasi mioma, tetapi jarang diperlukan. Pada MRI, mioma tampak sebagai massa gelap terbatas tegas dan dapat dibedakan dari miometrium yang normal. MRI dapat mendeteksi lesi sekecil 3 mm yang dapat dilokalisasi dengan jelas, termasuk mioma submukosa. MRI dapat menjadi alternatif ultrasonografi pada kasus-kasus yang tidak dapat disimpulkan.

h) Penatalaksanaan

- Penanganan mioma uteri tergantung pada usia, paritas, lokasi dan ukuran tumor, dan terbagi atas:
 - a. Penanganan konservatif, yaitu dengan cara:

- 1) Observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan,
- 2) Monitor keadaan Hb,
- 3) Pemberian zat besi,
- 4) Penggunaan agonis GnRH, agonis GnRH bekerja dengan menurunkan regulasi gonadotropin yang dihasilkan oleh hipofisis anterior. Akibatnya, fungsi ovarium menghilang dan diciptakan keadaan menopause yang reversibel. Sebanyak 70% mioma mengalami reduksi dari ukuran uterus telah dilaporkan terjadi dengan cara ini, menyatakan kemungkinan manfaatnya pada pasien perimenopausal dengan menahan atau mengembalikan pertumbuhan mioma sampai menopause yang sesungguhnya mengambil alih. Tidak terdapat resiko penggunaan agonis GnRH jangka panjang dan kemungkinan rekurensi mioma setelah terapi dihentikan tetapi, hal ini akan segera didapatkan dari pemeriksaan klinis yang dilakukan.

b. Penanganan operatif

1. Miomektomi

Miomektomi adalah pengambilan sarang mioma tanpa pengangkatan rahim/uterus. Miomektomi lebih sering dilakukan pada penderita mioma uteri secara umum.

2. Histerektomi

Histerektomi adalah tindakan operatif yang dilakukan untuk mengangkat rahim, baik sebahagian (subtotal) tanpa serviks uteri ataupun seluruhnya (total) berikut serviks uteri. Histerektomi dapat dilakukan bila pasien tidak menginginkan anak lagi, dan pada penderita yang memiliki mioma yang simptomatik atau yang sudah bergejala.

Kriteria menurut American College of Obstetricians Gynecologists (ACOG) dalam Chelmow (2005) untuk histerektomi adalah sebagai berikut:

- 1) Terdapatnya 1 sampai 3 mioma asimtomatik atau yang dapat teraba dari luar dan dikeluhkan oleh pasien.
- 2) Perdarahan uterus berlebihan, meliputi perdarahan yang banyak dan bergumpal-gumpal atau berulang-ulang selama lebih dari 8 hari dan anemia akibat kehilangan darah akut atau kronis.
- 3) Rasa tidak nyaman di pelvis akibat mioma uteri meliputi nyeri hebat dan akut, rasa tertekan punggung bawah atau perut bagian bawah yang kronis

dan penekanan pada vesika urinaria mengakibatkan frekuensi miksi yang sering.

➤ **Penatalaksanaan mioma uteri pada wanita hamil**

Selama kehamilan, terapi awal yang memadai adalah tirah baring, analgesia dan observasi terhadap mioma. Penatalaksanaan konservatif selalu lebih disukai apabila janin imatur. Namun, pada torsi akut atau perdarahan intra abdomen memerlukan intervensi pembedahan. Seksio sesarea merupakan indikasi untuk kelahiran apabila mioma uteri menimbulkan kelainan letak janin, inersia uteri atau obstruksi mekanik (Taber, 1994).

i) Asuhan Keperawatan

⇒ **Pengkajian**

1. **Data subyektif**

a. **Biodata**

Umur : 35-45 tahun mempunyai resiko terkena mioma uteri (20%) dan jarang terjadi setelah menopause, karena pada menopause estrogen menurun. Suku bangsa kulit : Kulit hitam lebih banyak beresiko terkena mioma daripada kulit putih (Wiknjosastro, 2007).

b. **Keluhan Utama**

Gejala awal yang dirasakan, yaitu :

- 1) Perdarahan abnormal (hypermenore, menoragia, metroragie)
- 2) Rasa nyeri, akibat gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma yang disertai nekrosis setempat dan peradangan.
- 3) Gangguan BAK (poliuri, retensio urine, disuria), hal ini akibat tekanan pada kandung kemih.
- 4) Gangguan BAB (obstipasi dan tanesmia), hal ini akibat tekanan pada rectum.
- 5) Edema tungkai dan nyeri panggul akibat penekanan pada pembuluh darah dan pembuluh limfe.

c. **Riwayat kesehatan lalu dan sekarang**

Pada mioma uteri sering ditemukan pada penderita yang sering mengalami perdarahan yang lama dan terus-menerus kadang-kadang disertai rasa nyeri pada perut bagian bawah dan riwayat kontak berdarah dan dysparenia (Hamilton, 1995:18-19).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga pasien (ibu, kakak) yang menderita atau pernah menderita penyakit yang sama seperti pasien yang berupa perdarahan terus-menerus dan lama karena predisposisi dari mioma adalah faktor keturunan. Pada keluarga adakah riwayat gangguan pembekuan darah yang dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit berhenti (Wiknjastro, 2005:338).

e. Riwayat kebidanan

Menurut Wiknjastro, yaitu:

- 1) Haid : sering ditemukan adanya hipermenorhea, menoragie, metoragie, dan dysmenorea
- 2) Mioma uteri tidak terjadi sebelum menarche.
- 3) Setelah menopause banyak mioma menjadi lisut, hanya 10% saja yang masih dapat tumbuh lebih lanjut.

Pengaruh mioma pada kehamilan menurut Wiknjastro :

- 1) Mengurangi kemungkinan wanita menjadi hamil, terutama pada mioma uteri sub mukosium.
- 2) Kemungkinan abortus bertambah
- 3) Kelainan letak janin dalam rahim, terutama pada mioma yang besar dan letak subserus

Pengaruh mioma pada persalinan :

- 1) Menghalangi lahirnya bayi, terutama pada mioma yang letaknya di serviks.
- 2) Inersia uteri dan atonia uteri.
- 3) Mempersulit lahirnya plasenta.

f. Riwayat KB

KB hormonal dengan kadar estrogen yang tinggi merupakan pencetus terjadinya mioma karena estrogen lebih tinggi kadarnya daripada wanita yang menggunakan KB hormonal (Hartanto, 2003:98).

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada tumor yang berat dapat terjadi nafsu makan turun, rasa sesak dan lain-lain (Wiknjastro, 1999:347).

2) Eliminasi

Perubahan pola BAK dapat berupa polakisuria, dysuria, dan kadang terjadi retensio urine, perubahan pola BAB dapat berupa obstipasi dan tonesmi (Wiknjosastro, 1999:288).

3) Seksualitas

Perubahan pola seksual dapat berupa kontak berdarah dyspareunia, karena adanya mioma pada alat genetalia interna juga kadang menyebabkan libido menurun (Wiknjosastro, 2007:342).

4) Aktifitas

Pola aktifitas terganggu akibat rasa nyeri yang timbul.

5) Kondisi psikososial

Ibu mengalami kecemasan disebabkan karena gejala yang ditimbulkan oleh adanya penyakit seperti perdarahan, ada benjolan, perdarahan yang terus-menerus dan lama.

6) Kondisi spiritual

Ibu merasa terganggu dengan adanya perdarahan dan gejala lain dari penyakitnya, terutama bagi pasien yang beragama Islam, tidak dapat/terganggu dalam melaksanakan ibadah.

2. Data obyektif

a. Keadaan umum : lemah, anemis

b. Kesadaran : composmentis sampai somnolen karena perdarahan menimbulkan gangguan keseimbangan cairan.

c. Tanda-tanda vital : hipotensi, takikardi, suhu meningkat jika ditemukan infeksi/dehidrasi berat, sesak nafas karena gangguan sirkulasi O₂.

d. Pemeriksaan fisik

Muka: Tampak pucat dan anemis.

Mata: Konjungtiva pucat, sklera putih, kelopak mata tidak odem.

Mulut: Mukosa mulut dan bibir tampak kering dan pucat. Bau aseton bisa terjadi bila telah terjadi asidosis akibat dehidrasi/syok hipolemik yang hebat.

Dada : Gerakan nafas cepat karena adanya usaha nafas untuk memenuhi O₂ akibat sesak nafas.

Abdomen : Tampak adanya pembesaran, teraba tumor di perut bagian bawah, teraba lunak/keras, berbatas tegas, kenyal, dan berbeda dengan jaringan disekitarnya.

Genitalia : Adanya perdarahan pervaginam menoragie, metoragie.

Anus : Karena penekanan mioma pada rectum dapat menyebabkan haemoroid akibat pengerasan faces.

Ekstremitas : Dapat terjadi penekanan edema tungkai akibat penekanan pada pembuluh darah dan pembuluh lymfe.

⇒ **Diagnosa dan masalah**

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan yang abnormal (Manuaba, 1998:410).
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan penekanan pada urat saraf oleh mioma uteri (Manuaba, 1998:410).
3. Cemas berhubungan dengan penyakitnya/perawatan di RS (Carpenito, 1992:12).
4. Gangguan pola eliminasi BAK berhubungan dengan penekanan mioma uteri terhadap kandung kencing (Manuaba, 1998:410).
5. Gangguan pola BAB berhubungan dengan mioma uteri terhadap rectum (Manuaba, 1998:410).
6. Gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual/nafsu makan menurun (Carpenito, 1998:130).

⇒ **Perencanaan**

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan yang abnormal.

Tujuan □ □ Anemia teratasi

- Kriteria □ □
- Kadar Hb normal : 12 gr-16 gr%
 - Kepala tidak pusing
 - Muka tidak pucat
 - Konjungtiva palpebra merah muda

Intervensi

1. Jelaskan kepada ibu penyebab perdarahan yang dialami.
R/ Dengan diberikan informasi tentang penyakit ibu akan lebih mengerti dan kooperatif.
2. Jelaskan pada ibu untuk makan-makanan yang mengandung ferum.
R/ Makanan yang mengandung ferum dapat meningkatkan kadar Hb.
3. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian diit TKTP.
R/ Protein membantu pembentukan Hb.

4. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian tranfusi darah
R/ Untuk meningkatkan kadar Hb.

- b. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penekanan urat syaraf oleh mioma uteri.

Tujuan : Nyeri berkurang/hilang

- Kriteria : - Klien mengungkapkan nyeri berkurang/hilang
- Klien tidak menangis menahan sakit.

Intervensi

1. Jelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri.
R/ Dengan menjelaskan mengenai penyebab nyeri, klien akan mengerti dan kooperatif dengan tindakan.
2. Ajarkan kepada klien tentang strategi relaksasi dengan bernafas perlahan, teratur atau nafas dalam.
R/ Dapat mengurangi rasa nyeri.
3. Beri pengurang rasa nyeri (analgesic) bila nyeri sangat hebat.
R/ Obat analgesic akan merangsang syaraf dengan menekan rasa nyeri sehingga mengurangi rasa nyeri.
4. Observasi tanda-tanda vital
R/ Nyeri hebat ingin menimbulkan pengeluaran adrenalin yang berlebihan sehingga berpengaruh pada kenaikan frekuensi denyut nadi dan tekanan darah (Carpenito, 1998:30).

- h. Gangguan pemenuhan nutrisi sehubungan adanya mual/nafsu makan menurun

Tujuan : Nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan.

- Kriteria : - Nafsu makan meningkat, makan 3x sehari porsi sedang
- Pasien tidak mual
- BB ideal

Intervensi

1. Berikan penyuluhan tentang porsi makanan yang efektif untuk klien yaitu porsi kecil tapi sering.

R/ Porsi kecil memberi kesempatan agar lambung tidak bekerja terlalu berat sehingga mengurangi rasa mual.

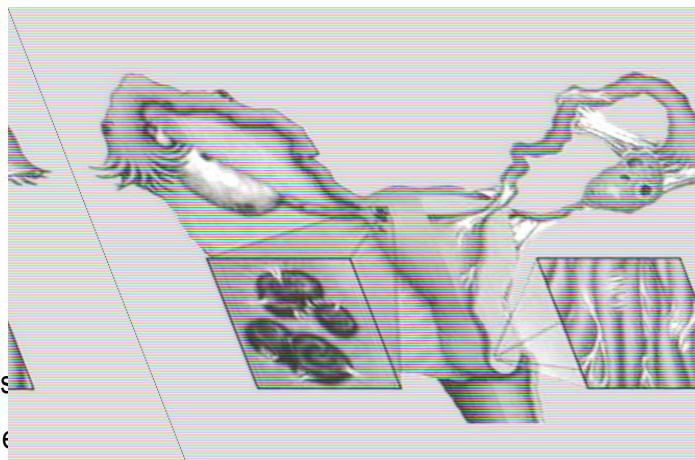
2. Hindari makanan berlemak dan merangsang asam lambung.

R/ Makanan berlemak lebih lama tinggal di dalam lambung sehingga menimbulkan rasa penuh (enek) (Carpenito, 1998:130).

b. Endometriosis

a) Definisi

Endometriosis adalah pertumbuhan kelenjar dan stroma endometrium pada tempat-tempat di luar rahim. Endometrium adalah lapisan yang terdapat pada rahim. Apabila seorang wanita tidak hamil, lapisan tersebut tumbuh dan kemudian meluruh setiap bulannya, hal ini disebut menstruasi. Pada endometriosis, lapisan yang menyerupai endometrium tumbuh dan ditemukan di luar rahim. Lapisan endometrium yang terdapat di luar rahim juga berespon terhadap siklus menstruasi, sama seperti lapisan endometrium di dalam rahim dimana pada menstruasi, lapisan endometrium akan meluruh dan berdarah, baik lapisan yang terdapat di dalam maupun luar rahim. Bagaimanapun juga lapisan endometrium yang berada di luar rahim tidak memiliki jalan keluar untuk perdarahan yang dialaminya setiap bulan sehingga lapisan disekitarnya akan meradang dan membengkak. Endometriosis sering ditemukan di indung telur, saluran tuba, daerah antara vagina dan rektum, dan di rongga panggul.



b) Etiologi

Penyebab pasti endometriosis belum diketahui, namun mengemukakan kaitan antara endometriosis dengan menstruasi (menstruasi), faktor genetik (keturunan), menstruasi retrograd, penyebaran pemb. darah atau limfe, dan metaplasia soelomik.

c) Tanda dan gejala

Pada umumnya wanita dengan endometriosis tidak memiliki gejala. Gejala pada umumnya terjadi ketika menstruasi dan bertambah hebat setiap tahunnya karena pembesaran daerah endometriosis. Gejala yang paling sering terjadi adalah nyeri panggul, dismenorea (nyeri ketika menstruasi), dispareunia (nyeri ketika senggama), dan infertilitas (gangguan kesuburan, tidak dapat memiliki anak). Nyeri yang terjadi tidak berkaitan dengan besarnya endometriosis.

1. Nyeri panggul

Nyeri yang berkaitan dengan endometriosis adalah nyeri yang dikatakan sebagai nyeri yang dalam, tumpul, atau tajam, dan biasanya nyeri bertambah ketika menstruasi. Pada umumnya nyeri terdapat di sentral (tengah) dan nyeri yang terjadi pada satu sisi berkaitan dengan lesi (luka atau gangguan) di indung telur atau dinding samping panggul. Dispareunia terjadi terutama pada periode premenstruasi dan menstruasi serta nyeri saat berkemih.

2. Dismenorea

Nyeri ketika menstruasi adalah keluhan paling umum pada endometriosis.

3. Infertilitas

Efek endometriosis pada fertilitas (kesuburan) terjadi karena terjadinya gangguan pada lingkungan rahim sehingga perlekatan sel telur yang sudah dibuahi pada dinding rahim menjadi terganggu. Pada endometriosis yang sudah parah, terjadi perlekatan pada rongga panggul, saluran tuba, atau indung telur yang dapat mengganggu transportasi embrio.

d) Patofisiologi

Endometriosis berasal dari kata endometrium, yaitu jaringan yang melapisi dinding rahim. Endometriosis terjadi bila endometrium tumbuh di luar rahim. Lokasi tumbuhnya beragam di rongga perut, seperti di ovarium, tuba falopii, jaringan yang menunjang uterus, daerah di antara vagina dan rectum, juga di kandung kemih. Dalam setiap siklus menstruasi lapisan dinding rahim menebal dengan tumbuhnya pembuluh darah dan jaringan, untuk mempersiapkan diri menerima sel telur yang akan dilepaskan oleh indung telur yang terhubung dengan rahim oleh saluran yang disebut tuba falopii atau saluran telur. Apabila telur yang sudah matang tersebut tidak dibuahi oleh sel sperma, maka lapisan dinding rahim tadi luruh pada akhir siklus. Lepasnya lapisan dinding rahim inilah

yang disebut dengan peristiwa menstruasi. Keseluruhan proses ini diatur oleh hormon, dan biasanya memerlukan waktu 28-30 hari sampai kembali lagi ke awal proses. Salah satu teori mengatakan bahwa darah menstruasi masuk kembali ke tuba falopii dengan membawa jaringan dari lapisan dinding rahim, sehingga jaringan tersebut menetap dan tumbuh di luar rahim.

Teori lain mengatakan bahwa sel-sel jaringan endometrium keluar dari rahim melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening, kemudian mulai tumbuh di lokasi baru. Namun, ada pula teori yang mengatakan bahwa beberapa perempuan memang terlahir dengan sel-sel yang “salah letak”, dan dapat tumbuh menjadi endometrial implant kelak. Dalam kasus endometriosis, walaupun jaringan endometrium tumbuh di luar rahim dan menjadi “imigran gelap” di rongga perut seperti sudah disebutkan tadi, struktur jaringan dan pembuluh darahnya juga sama dengan endometrium yang berada di dalam rahim. Si imigran gelap (yang selanjutnya akan kita sebut endometrial implant) ini juga akan merespons perubahan hormon dalam siklus menstruasi.

Menjelang masa menstruasi, jaringannya juga menebal. Namun, bila endometrium dapat luruh dan melepaskan diri dari rahim dan ke luar menjadi darah menstruasi, endometrial implant ini tidak punya jalan ke luar. Sehingga, mereka membesar pada setiap siklus, dan gejala endometriosis (yaitu rasa sakit hebat di daerah perut) cenderung makin lama makin parah. Intensitas rasa sakit yang disebabkan oleh endometriosis ini sangat tergantung pada letak dan banyaknya endometrial implant yang ada pada kita. Walaupun demikian, endometrial implant yang sangat kecil pun dapat menyebabkan kita kesakitan luar biasa apabila terletak di dekat saraf (Utamadi, Gunadi, 2004). Setiap bulan, selaput endometrium akan berkembang dalam rahim dan membentuk satu lapisan seperti dinding. Lapisan ini akan menebal pada awal siklus haid sebagai persediaan menerima telur tersenyawa (embrio).

Endometriosis yang ada di luar rahim juga akan mengalami proses sama seperti dalam rahim dan berdarah setiap bulan. Oleh karena selaput ini ada di tempat tidak sepatutnya, ia tidak boleh keluar dari badan seperti lapisan endometrium dalam rahim. Pada masa sama, selaput ini akan menghasilkan bahan kimia yang akan mengganggu selaput lain dan menyebabkan rasa sakit. Lama kelamaan, lapisan endometriosis ini semakin tebal dan membentuk benjolan atau kista (kantong berisi cecair) dalam ovari.

Endometriosis dipengaruhi oleh faktor genetik. Wanita yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita endometriosis memiliki resiko lebih besar terkena penyakit ini

juga. Hal ini disebabkan adanya gen abnormal yang diturunkan dalam tubuh wanita tersebut.

Gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia dapat mempengaruhi sistem hormonal tubuh. Tubuh akan memberikan respon berupa gangguan sekresi estrogen dan progesteron yang menyebabkan gangguan pertumbuhan sel endometrium. Sama halnya dengan pertumbuhan sel endometrium biasa, sel-sel endometriosis ini akan tumbuh seiring dengan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh.

Faktor penyebab lain berupa toksik dari sampah-sampah perkotaan menyebabkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Mikroorganisme tersebut akan menghasilkan makrofag yang menyebabkan resepon imun menurun yang menyebabkan faktor pertumbuhan sel-sel abnormal meningkat seiring dengan peningkatan perkembangbiakan sel abnormal.

Jaringan endometrium yang tumbuh di luar uterus, terdiri dari fragmen endometrial. Fragmen endometrial tersebut dilemparkan dari infundibulum tuba falopii menuju ke ovarium yang akan menjadi tempat tumbuhnya. Oleh karena itu, ovarium merupakan bagian pertama dalam rongga pelvis yang dikenai endometriosis. Sel endometrial ini dapat memasuki peredaran darah dan limpa, sehingga sel endometrial ini memiliki kesempatan untuk mengikuti aliran regional tubuh dan menuju ke bagian tubuh lainnya.

Di mana pun lokasi terdapatnya, endometrial ektrauterine ini dapat dipengaruhi siklus endokrin normal. Karena dipengaruhi oleh siklus endokrin, maka pada saat estrogen dan progesteron meningkat, jaringan endometrial ini juga mengalami perkembangbiakan. Pada saat terjadi perubahan kadar estrogen dan progesteron lebih rendah atau berkurang, jaringan endometrial ini akan menjadi nekrosis dan terjadi perdarahan di daerah pelvis.

Perdarahan di daerah pelvis ini disebabkan karena iritasi peritonium dan menyebabkan nyeri saat menstruasi (dysmenorea). Setelah perdarahan, penggumpalan darah di pelvis akan menyebabkan adhesi/perlekatan di dinding dan permukaan pelvis. Hal ini menyebabkan nyeri, tidak hanya di pelvis tapi juga nyeri pada daerah permukaan yang terkait, nyeri saat latihan, defekasi, BAK dan saat melakukan hubungan seks.

Adhesi juga dapat terjadi di sekitar uterus dan tuba falopii. Adhesi di uterus menyebabkan uterus mengalami retroversi, sedangkan adhesi di tuba falopii menyebabkan gerakan spontan ujung-ujung fimbriae untuk membawa ovum ke uterus menjadi terhambat. Hal-hal inilah yang menyebabkan terjadinya infertil pada endometriosis.

e) Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan histologi (jaringan sel) yang memperlihatkan kelenjar endometrium dan stroma. Pemeriksaan ini didapatkan dari biopsi endometrium.
2. Ultrasonografi pelvis (panggul).
3. Pemeriksaan laboratorium, kadar dari antigen kanker 125 (CA-125) dan antigen kanker 19-9 meningkat pada endometriosis. CA-125 juga meningkat pada penyakit radang panggul sehingga memiliki spesifitas yang kurang untuk mendiagnosis endometriosis.

f) Penatalaksanaan

Terapi endometriosis tergantung pada keparahan penyakit dan kebutuhan pasien. Terapi dengan obat maupun operasi dapat dilakukan. Pilihan terapi mempertimbangkan penghentian masalah kesuburan, mengurangi nyeri hebat, mempertahankan kesuburan, atau manajemen penanganan terapi nyeri sendiri.

- Terapi obat adalah terapi menggunakan obat dengan mekanisme kerja menekan pengeluaran hormon estrogen menggunakan GnRH antagonis, pil kontrasepsi, progestin, danazol, antiprogesteron, dan obat pereda nyeri.
- Terapi operasi adalah dipertimbangkan pada wanita infertil (tidak subur) atau pada wanita yang nyerinya tidak berkurang dengan obat-obatan. Tindakan operasi yang dilakukan adalah histerektomi total (pengangkatan rahim keseluruhan) atau operasi konservatif yang tetap mempertahankan rahim. Endometriosis dan infertilitas (gangguan kesuburan). Kesuksesan terapi operasi tergantung keparahan penyakit. 60% kehamilan didapatkan pada pasien dengan endometriosis sedang, dan 35% pasien pada endometriosis yang parah. Angka kehamilan terjadi pada 1 tahun pertama setelah operasi. Pasien dengan endometriosis yang tetap infertil (tidak subur) meskipun sudah melakukan terapi operasi dan terapi hormonal adalah kandidat untuk dilakukan invitro fertilisasi.

g) Komplikasi

- a. Obstruksi ginjal dan penurunan fungsi ginjal karena endometriosis dekat kolon atau ureter.
- b. Torsi ovarium atau ruptur ovarium sehingga terjadi peritonitis karena endometrioma.
- c. Infertilitas, ditemukan pada 30-40% kasus. Endometriosis merupakan penyebab infertilitas kedua terbanyak pada wanita. (Mansjoer, 2001)

h) Asuhan Keperawatan

⇒ Pengkajian

a. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pernah terpapar agen toksin berupa pestisida, atau pernah ke daerah pengolahan kayu dan produksi kertas, serta terkena limbah pembakaran sampah medis dan sampah perkotaan.

b. Riwayat kesehatan sekarang

- Dysmenore primer ataupun sekunder
- Nyeri saat latihan fisik
- Dispareun
- Nyeri ovulasi
- Nyeri pelvis terasa berat dan nyeri menyebar ke dalam paha, dan nyeri pada bagian abdomen bawah selama siklus menstruasi.
- Nyeri akibat latihan fisik atau selama dan setelah hubungan seksual
- Nyeri pada saat pemeriksaan dalam oleh dokter
- Hipermenorea
- Menoragia
- Feces berdarah
- Nyeri sebelum, sesudah dan saat defekasi.
- Konstipasi, diare, kolik

c. Riwayat kesehatan keluarga

Memiliki ibu atau saudara perempuan (terutama saudara kembar) yang menderita endometriosis.

d. Riwayat obstetri dan menstruasi

Mengalami hipermenorea, menoragia, siklus menstruasi pendek, darah menstruasi yang berwarna gelap yang keluar sebelum menstruasi atau di akhir menstruasi.

⇒ Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

- a. Nyeri b.d gangguan menstruasi, proses penjalaran penyakit.
- b. Resiko tinggi gangguan citra tubuh b.d gangguan menstruasi
- c. Resiko gangguan harga diri b.d infertilitas

⇒ Rencana Tindakan Keperawatan

- a. Nyeri b.d gangguan menstruasi, proses penjalaran penyakit.

Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan selamax 24 jam nyeri klien akan berkurang.

Kriteria hasil : Klien mengatakan nyeri berkurang, klien tidak meringis kesakitan, keringat berkurang.

Intervensi :

- Pantau/ catat karakteristik nyeri (respon verbal, non verbal, dan respon hemodinamik) klien.
R/ untuk mendapatkan indicator nyeri.
- Kaji lokasi nyeri dengan memantau lokasi yang ditunjuk oleh klien.
R/untuk mendapatkan sumber nyeri.
- Kaji intensitas nyeri dengan menggunakan skala 0-10.
R/ nyeri merupakan pengalaman subyektif klien dan metode skala merupakan metode yang mudah serta terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri.
- Tunjukkan sikap penerimaan respon nyeri klien dan akui nyeri yang klien rasakan
R/ ketidakpercayaan orang lain membuat klien tidak toleransi terhadap nyeri sehingga klien merasakan nyeri semakin meningkat.
- Jelaskan penyebab nyeri klien.
R/dengan mengetahui penyebab nyeri klien dapat bertoleransi terhadap nyeri.
- Bantu untuk melakukan tindakan relaksasi, distraksi, massage.
R/ memodifikasi reaksi fisik dan psikis terhadap nyeri.
- Berikan pujian untuk kesabaran klien.
R/meningkatkan motivasi klien dalam mengatasi nyeri.
- Kolaborasi pemberian analgetik (ibuprofen, naproksen, ponstan) dan Midol.
R/ analgetik tersebut bekerja menghambat sintesa prostaglandin dan midol sebagai relaksan uterus.

b. Resiko gangguan citra tubuh berhubungan dengan gangguan menstruasi.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatanx 24 citra diri klien akan meningkat.

Kriteria hasil : Klien mengatakan tidak malu, merasa berguna, penampilan klien rapi, menerima apa yang sedang terjadi.

Intervensi :

- Bina hubungan saling percaya dengan klien.

R/klien dengan mudah mengungkapkan masalahnya hanya kepada orang yang dipercayainya.

- Dorong klien untuk mengekspresikan perasaan, pikiran, dan pandangan tentang dirinya.

R/meningkatkan kewaspadaan diri klien dan membantu perawat dalam membuat penyelesaian.

- Diskusikan dengan system pendukung klien tentang perlunya menyampaikan nilai dan arti klien bagi mereka.

R/ penyampaian arti dan nilai klien dari system pendukung membuat klien merasa diterima.

- Gali kekuatan dan sumber-sumber yang ada pada klien dan dukung kekuatan tersebut sebagai aspek positif.

R/mengidentifikasi kekuatan klien dapat membantu klien berfokus pada karakteristik positif yang mendukung keseluruhan konsep diri.

- Libatkan klien pada setiap kegiatan di kelompok

R/ Memungkinkan menerima stimulus social dan intelektual yang dapat meningkatkan konsep diri klien.

- Informasikan dan diskusikan dengan jujur dan terbuka tentang pilihan penanganan gangguan menstruasi seperti ke klinik kewanitaan, dokter ahli kebidanan.

R/ Jujur dan terbuka dapat mengontrol perasaan klien dan informasi yang diberikan dapat membuat klien mencari penanganan terhadap masalah yang dihadapinya.

c. Resiko gangguan harga diri berhubungan dengan infertile pada endometriosis.

Intervensi :

- Berikan motivasi kepada pasien

R/: mningkatkan harga diri klien dan merasa di perhatikan.

- Bina hubungan saling percaya

R /: hubungan saling percaya memungkinkan klien terbuka pada perawat dan sebagai dasar untuk intervensi selanjutnya.

- Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

R /: mengidentifikasi hal-hal positif yang masih dimiliki klien.

E. Cyste Ovarii

a) Definisi

Kista ovarium adalah tumor ovarium yang bersifat neoplastik dan non neoplastik. (Wiknjosastro, 2005).

Ovarium merupakan sumber hormonal wanita yang paling utama, sehingga mempunyai dampak kewanitaan dalam pengatur proses menstruasi. Ovarium terletak antara rahim dan dinding panggul, dan digantung ke rahim oleh ligamentum ovari propium dan ke dinding panggul oleh ligamentum infudibulo-pelvikum. Fungsinya sebagai tempat folikel, menghasilkan dan mensekresi estrogen dan progesteron. Fungsi ovarium dapat terganggu oleh penyakit akut dan kronis. Salah satu penyakit yang dapat terjadi adalah kista ovarium. (Tambayong, 2002).

b) Etiologi

Hampir keseluruhan alat reproduksi wanita berada di rongga panggul. Setiap individu wanita mempunyai bentuk dan ukuran rongga panggul (pelvis) yang berbeda satu sama lain. Bentuk dan ukuran ini mempengaruhi kemudahan suatu proses persalinan. (Tambayong, 2002). Kista ovarium merupakan jenis yang paling sering terjadi terutama yang bersifat non neoplastik, seperti kista retensi yang berasal dari korpus luteum. Tetapi di samping itu ditemukan pula jenis yang merupakan neoplasma. Oleh karena itu kista ovarium dibagi dalam 2 golongan:

1. Non-neoplastik (fungsional)

a. Kista folikel

Kista ini berasal dari folikel yang menjadi besar semasa proses atresia folliculi. Setiap bulan, sejumlah besar folikel menjadi mati, disertai kematian ovum disusul dengan degenerasi dari epitel folikel. Pada masa ini tampaknya sebagai kista-kista kecil. Tidak jarang ruangan folikel diisi dengan cairan yang banyak, sehingga terbentuklah kista yang besar, yang dapat ditemukan pada pemeriksaan klinis. Tidak jarang terjadi perdarahan yang masuk ke dalam rongga kista, sehingga terjadi suatu haematoma folikuler.

b. Kista lutein

Kista ini dapat terjadi pada kehamilan, lebih jarang di luar kehamilan. Kista lutein yang sesungguhnya, umumnya berasal dari corpus luteum haematoma.

Perdarahan ke dalam ruang corpus selalu terjadi pada masa vascularisasi. Bila perdarahan ini sangat banyak jumlahnya, terjadilah corpus luteum haematoma, yang ber dinding tipis dan berwarna kekuning-kuningan. Secara perlahan-lahan terjadi reabsorpsi dari unsur-unsur darah, sehingga akhirnya tinggalah cairan yang jernih atau sedikit bercampur darah. Pada saat yang sama dibentuklah jaringan fibroblast pada bagian dalam lapisan lutein sehingga pada kista corpus lutein yang tua, sel-sel lutein terbenam dalam jaringan-jaringan perut.

2. Neoplastik

Yang termasuk golongan ini ada 3 jenis:

a. Cystadenoma mucinosum

Jenis ini dapat mencapai ukuran yang besar. Ukuran yang terbesar yang pernah dilaporkan adalah 328 pound. Tumor ini mempunyai bentuk bulat, ovoid atau bentuk tidak teratur, dengan permukaan yang rata dan berwarna putih atau putih kebiru-biruan.

b. Cystadenoma serosum

Jenis ini lebih sering terjadi bila dibandingkan dengan mucinosum, tetapi ukurannya jarang sampai besar sekali. Dinding luarnya dapat menyerupai kista mucinosum. Pada umumnya kista ini berasal dari epitel permukaan ovarium (germinal epithelium).

c. Kista dermoid

Tumor ini merupakan bagian dari teratoma ovary bedanya ialah bahwa tumor ini bersifat kistik, jinak dan elemen yang menonjol ialah eksodermal. Sel-selnya pada tumor ini sudah matang. Kista ini jarang mencapai ukuran yang besar. Penyebabnya saat ini belum diketahui secara pasti. Namun ada salah satu pencetusnya yaitu faktor hormonal, kemungkinan faktor resiko yaitu:

- 1) Faktor genetik/ mempunyai riwayat keluarga dengan kanker ovarium dan payudara.
- 2) Faktor lingkungan (polutan zat radio aktif)
- 3) Gaya hidup yang tidak sehat
- 4) Ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron, misalnya akibat penggunaan obat-obatan yang merangsang ovulasi dan obat pelangsing tubuh yang bersifat diuretik.
- 5) Kebiasaan menggunakan bedak tabur di daerah vagina

c) Patofisiologi

Banyak tumor tidak menunjukkan gejala dan tanda, terutama tumor ovarium yang kecil. Sebagian besar gejala dan tanda yaitu akibat dari pertumbuhan, aktivitas endokrin dan komplikasi tumor. (Wiknjosastro, 2005)

1. Akibat pertumbuhan,

Adanya tumor di dalam perut bagian bawah bisa menyebabkan pembenjolan perut. Tekanan terhadap alat-alat disekitarnya disebabkan oleh besarnya tumor atau posisinya dalam perut. Apabila tumor mendesak kandung kemih dan dapat menimbulkan gangguan miksi, sedangkan kista yang lebih besar tetapi terletak bebas di rongga perut kadang-kadang hanya menimbulkan rasa berat dalam perut serta dapat juga mengakibatkan obstipasi edema pada tungkai.

2. Akibat aktivitas hormonal

Tumor ovarium tidak mengubah pola haid kecuali jika tumor itu sendiri mengeluarkan hormon.

3. Akibat Komplikasi

a. Perdarahan ke dalam kista

Biasanya terjadi sedikit-sedikit sehingga berangsur-angsur menyebabkan pembesaran luka dan hanya menimbulkan gejala-gejala klinik yang minimal. Akan tetapi kalau perdarahan terjadi dalam jumlah yang banyak akan menimbulkan nyeri di perut.

b. Putaran Tungkai

Terjadi pada tumor bertangkai dengan diameter 5 cm atau lebih. Adanya putaran tangkai menimbulkan tarikan melalui ligamentum infundibulopelvikum terhadap peritoneum parietal dan ini menimbulkan rasa sakit.

c. Infeksi pada tumor

Terjadi jika di dekat tumor ada sumber kuman pathogen. Kista dermoid cenderung mengalami peradangan disusul penebaran.

d. Robek dinding Kista

Terjadi pada torsi tangkai, akan tetapi dapat pula sebagai akibat trauma, seperti jatuh atau pukulan pada perut dan lebih sering pada saat persetubuhan. Jika robekan kista disertai hemoragi yang timbul secara akut, maka perdarahan bebas berlangsung ke uterus ke dalam rongga peritoneum dan menimbulkan rasa nyeri terus menerus disertai tanda-tanda abdomen akut.

e. Perubahan keganasan

Setelah tumor diangkat perlu dilakukan pemeriksaan mikroskopis yang seksama terhadap kemungkinan perubahan keganasan. Adanya asites dalam hal ini mencurigakan.

d) Manifestasi Klinis

Kebanyakan wanita yang memiliki kista ovarium tidak memiliki gejala. Namun kadang-kadang kista dapat menyebabkan beberapa masalah seperti :

1. Bermasalah dalam pengeluaran urin secara komplis
2. Nyeri selama hubungan seksual
3. Masa di perut bagian bawah dan biasanya bagian-bagian organ tubuhnya sudah terkena.
4. Nyeri hebat saat menstruasi dan gangguan siklus menstruasi
5. Wanita post monopause : nyeri pada daerah pelvik, disuria, konstipasi atau diare, obstruksi usus dan asietas.

e) Pemeriksaan Penunjang

1. Laparaskopi

Pemeriksaan ini sangat berguna untuk mengetahui apakah sebuah tumor berasal dari ovarium atau tidak dan untuk menentukan sifat tumor itu.

2. Ultrasonografi

Dengan pemeriksaan ini dapat ditentukan letak dan batas tumor apakah tumor berasal dari uterus, ovarium, atau kandung kencing, apakah tumor kistik atau solid, dan dapatkah dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan yang tidak.

3. Foto Rontgen

Pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks. Selanjutnya, pada kista dermoid dapat dilihat gigi dalam tumor.

f) Penatalaksanaan

1. Pengangkatan kista ovarium yang besar biasanya adalah melalui tindakan bedah, misal laparotomi, kistektomi atau laparotomi salpingooforektomi.
2. Kontrasepsi oral dapat digunakan untuk menekan aktivitas ovarium dan menghilangkan kista.
3. Perawatan pasca operasi setelah pembedahan untuk mengangkat kista ovarium adalah serupa dengan perawatan setelah pembedahan abdomen dengan satu

pengecualian penurunan tekanan intra abdomen yang diakibatkan oleh pengangkatan kista yang besar biasanya mengarah pada distensi abdomen yang berat. Hal ini dapat dicegah dengan memberikan gurita abdomen sebagai penyangga.

4. Tindakan keperawatan berikut pada pendidikan kepada klien tentang pilihan pengobatan dan manajemen nyeri dengan analgetik/tindakan kenyamanan seperti kompres hangat pada abdomen atau teknik relaksasi napas dalam, informasikan tentang perubahan yang akan terjadi seperti tanda-tanda infeksi, perawatan insisi luka operasi.

5. Jenis-jenis anestesi

Anestesi adalah suatu tindakan untuk menghilangkan kesadaran disertai hilangnya sakit yang sifatnya sementara. Anestesi ada setiap keadaan membawa masalah-masalah tersendiri sesuai dengan kondisi penderita, sebab obat-obat anestesi bersifat mendepresi kerja organ-organ vital.

- 1) Anestesi Umum

Anestesi umum adalah menghilangkan rasa nyeri secara sentral yang disertai dengan hilangnya kesadaran dengan melalui proses obat masuk kedalam pembuluh darah atau sirkulasi kemudian menyebar jaringan dan yang pertama terpengaruh adalah jaringan yang kaya pembuluh darah yaitu otak, sehingga kesadaran menurun atau hilang. Efek anestesi umum yaitu : mempengaruhi keadaan umum penderita karena kesadaran menurun, disebabkan karena terjadinya gangguan fungsi pada sel terjadinya hambatan fungsi neuron menghambat konsumsi oksigen, dapat membentuk mikro kristal dengan air dalam membran sel neuron dan ini menyebabkan stabilisasi membran sel.

- 2) Anestesi Spinal

Anestesi spinal adalah tindakan anestesi yang banyak digunakan untuk tindakan operasi ekstremitas bawah dan paling sering adalah bedah cesar. Efek anestesi spinal : oksigenasi tidak adekuat dengan pernafasan buatan menggunakan oksigen, tremor atau kejang, depresi sirkulasi diatasi dengan pemberian vasopressor secara bolus dilanjutkan dengan drip dalam infus, adanya henti jantung.

Proses penyembuhan luka operasi pengangkatan kista adalah sama dengan yang lainnya. Perbedaan terjadi menurut waktu pada tiap-tiap fase penyembuhan dan waktu granulasi jaringan (Sjamsuhidayat, 2001).

g) Fase penyembuhan luka

1. Fase inflamasi

Fase inflamasi berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira hari ke lima. Pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan perdarahan dan tubuh akan berusaha menghentikannya dengan vasokonstriksi, penerutan ujung pembuluh yang putus (retraksi), dan reaksi hemostasis. Sel dalam jaringan ikat menghasilkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga terjadi eksudasi, penyerbukan sel radang, disertai vasodilatasi yang menyebabkan udem dan pembengkakan. Tanda dan gejala klinis reaksi radang menjadi jelas yang berupa warna kemerahan karena kapiler melebar (rubor), rasa hangat (kalor), nyeri (dolor), dan pembengkakan (tumor).

2. Fase ploriferatif

Fase ploriferatif disebut juga fase fibroplasia karena yang menonjol adalah proses proliferasi fibroblast. Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu tiga. Pada fase ini serat-serat dibentuk dan dihancurkan kembali untuk penyesuaian diri dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut. Bersama dengan sifat kontraktif miofibroblast, menyebabkan tarikan pada tepi luka. Kekuatan regangan mencapai 25% jaringan normal. Fase fibroplasia ini, luka akan dipenuhi sel radang, fibroblast, dan kalogen, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang menonjol halus yang disebut jaringan granulasi. Epitel tepi luka yang terdiri atas sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses migrasi ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyembuhan

3. Fase penyudahan

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terjadi atas penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi, dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini dapat berlangsung berbulan-bulan dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudah lenyap. Tubuh berusaha menormalkan kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan. Udem dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapilerbaru menutup dan diserap kembali, kalogen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada.

h) Komplikasi

Menurut Manuaba (1998:417) komplikasi dari kista ovarium yaitu :

- ∴ Perdarahan intra tumor
Perdarahan menimbulkan gejala klinik nyeri abdomen mendadak dan memerlukan tindakan yang cepat.
- ∴ Perputaran tangkai
Tumor bertangkai mendadak menimbulkan nyeri abdomen.
- ∴ Infeksi pada tumor
Menimbulkan gejala: badan panas, nyeri pada abdomen, mengganggu aktifitas sehari-hari.
- ∴ Robekan dinding kista
Pada torsi tangkai ada kemungkinan terjadi robekan sehingga isi kista tumpah ke dalam rongga abdomen.
- ∴ Keganasan kista ovarium
Terjadi pada kista pada usia sebelum menarche dan pada usia diatas 45 tahun.

i) Asuhan Keperawatan

⇒ Pengkajiaan

1. Biodata

Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku / bangsa, pendidikan pekerjaan, alamat dan nomor register.

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan utama : nyeri di sekitar area jahitan.
- b. Riwayat Kesehatan sekarang: mengeluhkan ada atau tidaknya gangguan ketidaknyamanan.
- c. Riwayat Kesehatan dahulu : pernahkah menderita penyakit seperti yang diderita sekarang, pernahkah dilakukan operasi.
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga: adakah anggota keluarga yang menderita tumor atau kanker terutama pada organ reproduksi.
- e. Riwayat obstetri, meliputi:
 - a) Menstruasi : menarche, lama, siklus, jumlah, warna dan bau.
 - b) Riwayat perkawinan : berapa kali menikah, usia pernikahan

c) Riwayat persalinan

d) Riwayat KB

3. Pengkajian post operasi.

1) Kaji tingkat kesadaran

2) Ukur tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, Respiration Rate.

3) Auskultasi bunyi nafas

4) Kaji turgor kulit

5) Pengkajian Abdomen

a) Inspeksi ukuran dan kontur abdomen

b) Auskultasi bising usus

c) Palpasi terhadap nyeri tekan dan massa

d) Tanyakan tentang perubahan pola defekasi

e) Kaji status balutan

f) Kaji terhadap nyeri atau mual

g) Periksa laporan operasi terhadap tipe anestesi yang diberikan dan menanyakan lamanya dibawah anestesi.

4. Data Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium pemeriksaan darah lengkap (Hemoglobin, hematokrit, lekosit)

2) Terapi : terapi yang diberikan post operasi baik injeksi maupun peroral sesuai program dari dokter.

5. Perubahan Pola Fungsi

Data yang diperoleh dalam kasus kista ovarium menurut Doenges (2000) adalah sebagai berikut :

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan atau keletihan, adanya perubahan pola istirahat dan jam kebiasaan tidur. Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur, misal: ansietas, nyeri, keterbatasan, partisipasi dalam hobi dan latihan.

2) Makanan/cairan

Gejala : mual atau muntah, anoreksia, perubahan pada berat badan.

3) Neurosensori

Gejala : pusing.

4) Nyeri/kenyamanan

Gejala : tidak ada nyeri/derajat bervariasi, misalnya : ketidaknyamanan ringan sampai berat (dihubungkan dengan proses penyakit).

5) Eliminasi

Gejala : Perubahan pada pola defekasi.

Perubahan eliminasi urinarius misalnya : nyeri atau rasa terbakar pada saat berkemih, hematuria.

Tanda : perubahan pada bising usus, distensi abdomen.

6) Pernapasan

Gejala : Merokok, pemakaian abses.

7) Integritas Ego

Gejala : Faktor stress dan cara mengatasi stress, masalah tentang perubahan dalam penampilan insisi pembedahan, perasaan tidak berdaya, putus asa, depresi, menarik diri.

8) Sirkulasi

Gejala : palpitasi, nyeri dada perubahan pada tekanan darah.

9) Keamanan

Gejala : pemaparan pada kimia toksik, karsinogen pemakaian matahari lama, berlebihan, demam, ruam kulit/ ulserasi.

10) Seksualitas

Gejala : perubahan pada tingkat kepuasan.

11) Interaksi Sosial

Gejala : ketidakadekuatan sistem pendukung, riwayat perkawinan, masalah tentang fungsi.

⇒ Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman : nyeri abdomen berhubungan dengan insisi pada abdomen
2. Resiko infeksi daerah operasi berhubungan dengan perawatan luka operasi yg kurang adekuat.
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pengangkatan bedah kulit.(jaringan, perubahan sirkulasi).
4. Gangguan eliminasi urine (retensio)berhubungan dengan penekanan oleh massa jaringan neoplasma pada daerah sekitarnya, gangguan sensorik/motorik.

5. Gangguan rasa nyaman (cemas) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan penatalaksanaannya.
6. Resiko tinggi kekurangan cairan tubuh berhubungan dengan perdarahan pervaginam berlebihan.
7. Gangguan konsep diri berhubungan dengan kekhawatiran tentang ketidakmampuan memiliki anak, perubahan dalam masalah kewanitaan, akibat pada hubungan seksual.

⇒ Intervensi Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman : nyeri abdomen berhubungan dengan insisi pada abdomen.

Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi

Kriteria hasil : Skala nyeri 0, pasien mengungkapkan berkurangnya rasa nyeri, tanda-tanda vital normal.

Intervensi :

- Kaji tingkat dan intensitas nyeri.
R/ mengidentifikasi lingkup masalah
- Atur posisi senyaman mungkin.
R/ Menurunkan tingkat ketegangan pada daerah nyeri
- Kolaborasi untuk pemberian terapi analgesik.
R/ menghilangkan rasa nyeri
- Ajarkan dan lakukan tehnik relaksasi.
R/ merelaksasi otot -otot tubuh).

2. Resiko infeksi daerah operasi berhubungan dengan perawatan luka operasi yang kurang adekuat.

Tujuan : Tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil : Tidak ada tanda-tanda infeksi (TTV normal, tidak ada peningkatan leukosit).

Intervensi:

- Pantau dan observasi terus tentang keadaan luka operasinya.
R/ Deteksi dini tentang terjadinya infeksi yang lebih berat
- Lakukan perawatan luka operasi secara aseptik dan antiseptik.
R. menekan sekecil mungkin sumber penularan eksterna

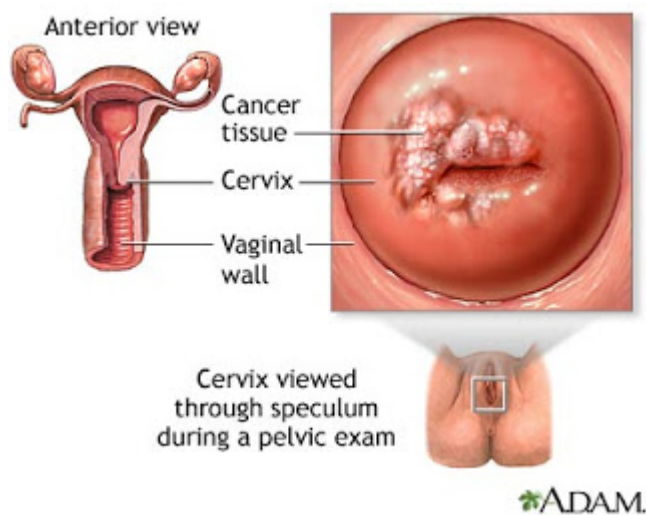
- Kolaborasi dalam pemberian antibiotika.
R/ Membunuh mikro organisme secara rasional

B. KEGANASAN

a. Ca. Serviks

a) Definisi

Kanker serviks adalah penyakit akibat tumor ganas pada daerah mulut rahim sebagai akibat dari adanya pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol dan merusak jaringan normal di sekitarnya.



b) Etiologi

Penyebab kanker serviks belum jelas diketahui namun ada beberapa faktor resiko dan predisposisi yang menonjol, antara lain :

1. Umur pertama kali melakukan hubungan seksual
Penelitian menunjukkan bahwa semakin muda wanita melakukan hubungan seksual semakin besar mendapat kanker serviks. Kawin pada usia 20 tahun dianggap masih terlalu muda.
2. Jumlah kehamilan dan partus
Kanker serviks terbanyak dijumpai pada wanita yang sering partus. Semakin sering partus semakin besar kemungkinan resiko mendapat karsinoma serviks.
3. Jumlah perkawinan
Wanita yang sering melakukan hubungan seksual dan berganti-ganti pasangan mempunyai faktor resiko yang besar terhadap kankers serviks ini.
4. Infeksi virus
Infeksi virus herpes simpleks (HSV-2) dan virus papiloma atau virus kondiloma akuminata diduga sebagai factor penyebab kanker serviks.
5. Sosial Ekonomi
Karsinoma serviks banyak dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah mungkin faktor sosial ekonomi erat kaitannya dengan gizi, imunitas dan kebersihan perseorangan. Pada golongan sosial ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitas makanan kurang hal ini mempengaruhi imunitas tubuh.
6. Hygiene dan sirkumsisi
Diduga adanya pengaruh mudah terjadinya kankers serviks pada wanita yang pasangannya belum disirkumsisi. Hal ini karena pada pria non sirkum hygiene penis tidak terawat sehingga banyak kumpulan-kumpulan smegma.
7. Merokok dan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)
Merokok akan merangsang terbentuknya sel kanker, sedangkan pemakaian AKDR akan berpengaruh terhadap serviks yaitu bermula dari adanya erosi di serviks yang kemudian menjadi infeksi yang berupa radang yang terus menerus, hal ini dapat sebagai pencetus terbentuknya kanker serviks.

c) Stadium

- Stage 0 : Ca.Pre invasif

- Stage I : Ca. Terbatas pada serviks
- Stage Ia : Disertai inbasi dari stroma yang hanya diketahui secara histopatologis
- Stage Ib : Semua kasus lainnya dari stage I
- Stage II : Sudah menjalar keluar serviks tapi belum sampai ke panggul telah mengenai dinding vagina. Tapi tidak melebihi dua pertiga bagian proksimal
- Stage III : Sudah sampai dinding panggula dan sepertiga bagian bawah vagina
- Stage IIIB : Sudah mengenai organ-organ lain.

d) Manifestasi Klinis

1. Perdarahan

Sifatnya bisa intermenstruit atau perdarahan kontak, kadang-kadang perdarahan baru terjadi pada stadium selanjutnya. Pada jenis intraservikal perdarahan terjadi lambat.

2. Biasanya menyerupai air, kadang-kadang timbulnya sebelum ada perdarahan.

Pada stadium lebih lanjut perdarahan dan keputihan lebih banyak disertai infeksi sehingga cairan yang keluar berbau.

e) Pemeriksaan Penunjang

1. Sitologi/Pap Smear

Keuntungan, murah dapat memeriksa bagian-bagian yang tidak terlihat. Kelemahan, tidak dapat menentukan dengan tepat lokalisasi.

2. Schillentest

Epitel karsinoma serviks tidak mengandung glycogen karena tidak mengikat yodium. Kalau porsio diberi yodium maka epitel karsinoma yang normal akan berwarna coklat tua, sedang yang terkena karsinoma tidak berwarna.

3. Koloskopi

Memeriksa dengan menggunakan alat untuk melihat serviks dengan lampu dan dibesarkan 10-40 kali.

Keuntungan : dapat melihat jelas daerah yang bersangkutan sehingga mudah untuk melakukan biopsy. Kelemahan : hanya dapat memeriksa daerah yang terlihat saja yaitu porsio, sedang kelainan pada skuamosa columnar junction dan intra servikal tidak terlihat.

4. Kolpomikroskopi

Melihat hapusan vagina (Pap Smear) dengan pembesaran sampai 200 kali.

5. Biopsi
Dengan biopsi dapat ditemukan atau ditentukan jenis karsinomanya.
6. Konisasi
Dengan cara mengangkat jaringan yang berisi selaput lendir serviks dan epitel gepeng dan kelenjarnya. Konisasi dilakukan bila hasil sitologi meragukan dan pada serviks tidak tampak kelainan-kelainan yang jelas.

f) Penatalaksanaan

3. Irradiasi
 - Dapat dipakai untuk semua stadium
 - Dapat dipakai untuk wanita gemuk tua dan pada medical risk
 - Tidak menyebabkan kematian seperti operasi.
2. Dosis
Penyinaran ditujukan pada jaringan karsinoma yang terletak diserviks
3. Komplikasi irradiasi
 - Kerentanan kandungan kencing
 - Diarrhea
 - Perdarahan rectal
 - Fistula vesico atau rectovaginalis
4. Operasi
 - Operasi Wertheim dan limfatektomi untuk stadium I dan II
 - Operasi Schauta, histerektomi vagina yang radikal
5. Kombinasi
 - Irradiasi dan pembedahan
Tidak dilakukan sebagai hal yang rutin, sebab radiasi menyebabkan bertambahnya vaskularisasi, odema. Sehingga tindakan operasi berikutnya dapat mengalami kesukaran dan sering menyebabkan fistula, disamping itu juga menambah penyebaran kesistem limfe dan peredaran darah.
6. Cytostatika : Bleomycin, terapi terhadap karsinoma serviks yang radio resisten. 5% dari karsinoma serviks adalah resisten terhadap radioterapi, dianggap resisten bila 8-10 minggu post terapi keadaan masih tetap sama.

b. Ca. Ovarium

a) Definisi

- Kanker ovarium merupakan tumor dengan histiogenesis yang beranekaragam, dapat berasal dari ketiga germoblast (ektodermal, endodermal, mesodermal) dengan sifat-sifat histologis maupun biologis yang beraneka ragam. (Smeltzer & Bare, 2002)
- Kanker Indung telur atau Kanker ovarium adalah tumor ganas pada ovarium (indung telur) yang paling sering ditemukan pada wanita berusia 50-70 tahun. Kanker ovarium bisa menyebar ke bagian lain, panggul, dan perut melalui sistem getah bening dan melalui sistem pembuluh darah menyebar ke hati dan paru-paru. Kanker ovarium sangat sulit didiagnosa dan kemungkinan kanker ovarium ini merupakan awal dari banyak kanker primer. (Wingo, 1995)

b) Etiologi

Etiologi dari Kanker ovarium sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Tetapi ada beberapa teori yang mencoba menjelaskan etiologi kanker ovarium:

1. Hipotesis Incessant Ovulation

Teori ini pertama kali diperkenalkan oleh fatalla pada tahun 1972, yang menyatakan bahwa pada saat terjadi ovulasi, terjadi kerusakan pada sel-sel epitel ovarium. Untuk penyembuhan luka yang sempurna diperlukan waktu. jika sebelum penyembuhan tercapai terjadi ovulasi lagi atau trauma baru, proses penyembuhan akan terganggu dan kacau dapat menimbulkan proses transformasi menjadi sel-sel tumor.

2. Faktor Makanan

Makanan yang banyak mengandung lemak hewan telah dilaporkan akan meningkatkan risiko untuk menderita kanker ovarium. Beberapa negara seperti Swedia di mana konsumsi lemak hewan per kapitanya tinggi, mempunyai insiden kanker ovarium yang tinggi dibanding dengan negara Jepang dan China yang konsumsi lemak hewan per kapitanya rendah. Juga dilaporkan insiden kanker ovarium yang tinggi didapati pada populasi dengan konsumsi kopi per kapitanya tinggi. dalam penelitiannya menjumpai adanya hubungan diet yang rendah serat dan kurang vitamin A dengan peningkatan insiden kanker ovarium.

3. Faktor Hormonal

Pengaruh pemakaian terapi sulih hormonal pada wanita menopause terhadap kejadian kanker ovarium masih diperdebatkan. Tidak menjumpai peningkatan risiko kejadian kanker ovarium pada pemakai terapi sulih hormonal. Pemakaian terapi sulih hormonal pada wanita menopause dengan estrogen saja selama 10 tahun, meningkatkan risiko relatif kejadian kanker ovarium sebesar 2,2. Juga dari penelitian-penelitian lainnya

didapatkan adanya pengaruh hormon gonadotropin, androgen dan progesteron dalam meningkatkan risiko terhadap kejadian kanker ovarium. Pemakaian pil kontrasepsi juga dapat menurunkan risiko terhadap kejadian karsinoma ovarium sebanyak 30% sampai 60%. Pengaruh pemakaian pil kontrasepsi terhadap kejadian kanker ovarium dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Pemakaian Pil Kontrasepsi	Risiko Relatif
Tidak pernah	1.0
Pernah	0.75
- 3 bulan sampai 4 tahun	0.6 – 0.7
- 5 sampai 10 tahun	0.4
- lebih dari 10 tahun	0.2

4. Faktor Paritas

Banyak peneliti yang melaporkan bahwa kejadian karsinoma ovarium menurun pada wanita-wanita yang mempunyai banyak anak dibandingkan dengan wanita yang tidak pernah melahirkan dengan risiko relatif berkisar antara 0,5 sampai 0,8. Keadaan ini memperkuat dasar dari hipotesis *incessant ovulation*.

Paritas	Risiko Relatif
Nulpara	1.0
1 anak dari kehamilan aterm	0.6
2 anak dari kehamilan aterm	0.53
≥ 6 anak dari kehamilan aterm	0.29

5. Talk

Pemakaian talk (hydrous magnesium silicate) pada daerah perineum dilaporkan meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium dengan resiko relatif 1,9%. Akan tetapi penelitian prospektif yang mencakup kohort 78.000 wanita ternyata tidak mendukung teori diatas. Meskipun 40% kohort melaporkan pernah memakai talk, hanya sekitar 15% yang memakai setiap hari. Risiko relatif terkena kanker ovarium pada yang pernah memakai talk tidak meningkat. Demikian juga bagi yang selalu memakainya.

6. Faktor Ligasi Tuba dan Histerektomi

Tindakan ligasi tuba fallopii dalam rangka program keluarga berencana dan juga tindakan histerektomi ternyata menurunkan risiko kejadian kanker ovarium. Mekanisme terjadinya penurunan risiko karena tindakan pembedahan ginekologi ini sampai sekarang belum jelas. Ada yang mengatakan bahwa dengan dilakukan ligasi tuba ataupun histerektomi akan mengakibatkan terjadinya pemutusan hubungan pintu masuk partikel *talk* dari daerah perineum menuju ovarium.

7. Terapi Hormon Pengganti pada Masa Menopause

Pemakaian terapi hormon pengganti pada masa menopause (MHT) dengan estrogen saja selama 10 tahun meningkatkan risiko relatif. Sementara itu, jika masa pemakaian MHT selama 20 tahun atau lebih, risiko relatif meningkat menjadi 3,2. Pemakaian MHT dengan estrogen yang kemudian diikuti dengan pemberian progestin ternyata masih menunjukkan meningkatnya risiko relatif menjadi 1,5. Oleh karena itu, MHT khususnya dengan estrogen saja secara nyata meningkatkan risiko relatif terkena kanker ovarium. Pemakaian MHT dengan kombinasi estrogen dan progestin, meskipun lebih aman dari MHT dengan estrogen saja, untuk jangka panjang tidak dianjurkan lagi sebagai salah satu terapi suportif bagi wanita yang telah menopause.

8. Obat-obat yang Meningkatkan Kesuburan (Fertility Drugs)

Obat-obat yang meningkatkan fertilitas seperti klomifen sitrat, yang diberikan secara oral, dan obat-obat gonadotropin yang diberikan dengan suntikan seperti follide stimulating hormone (FSH), kombinasi FSH dengan LH akan menginduksi terjadinya ovulasi atau multiple ovulasi. Menurut hipotesis incessant ovulation dan hipotesis gonadotropin, pemakaian obat ini penyubur ini jelas akan meningkatkan risiko relatif terjadinya kanker ovarium. Pemakaian klomifen sitrat yang lebih dari 12 siklus akan meningkatkan risiko relatif menjadi 11. Kanker ovarium yang terjadi adalah kanker ovarium borderline.

9. Faktor Herediter

Adanya hubungan yang erat antara terjadinya Kanker Ovarium dengan faktor genetik sudah diketahui sejak lama. Di Amerika Serikat risiko sepanjang hidup (*lifetime risk*) seorang wanita untuk mendapat kanker ovarium adalah 1 dalam 70 atau 1,4%. Pada penelitian didapatkan estimasi *odds ratio* untuk terjadinya kanker ovarium pada wanita dengan riwayat keluarga menderita kanker ovarium adalah 18 dibandingkan dengan wanita yang tanpa riwayat keluarga. Hampir sebanyak 10% dari kanker ovarium disebabkan oleh karena adanya mutasi pada gene BRCA1 yang berlokasi pada kromosom 17q dan gene BRCA2 yang berlokasi pada kromosom 13q. Berdasarkan

penelitian epidemiologi, dikenal 3 kelainan genetik yang berhubungan dengan kanker ovarium. Namun kelainan genetik ini tidak hanya menyebabkan keganasan pada ovarium saja, akan tetapi juga menyebabkan keganasan pada organ lain secara bersamaan, sehingga merupakan suatu sindroma. Ada tiga sindroma yang dikenal, sesuai dengan urutan yang paling banyak dijumpai yaitu:

1. *Hereditary Breast/ovarian cancer syndrome (HBOC)*
2. *Hereditary site-specific ovarian cancer*
3. *Hereditary nonpolyposis colon cancer syndrome (HNPCC)*

Adanya riwayat keluarga yang menderita karsinoma mamma dan kanker ovarium merupakan faktor risiko terhadap kejadian kanker ovarium pada seseorang, seperti terlihat pada tabel di bawah ini.

Faktor Risiko	Risiko Relatif
Riwayat kanker payudara pada keluarga	
- Tidak ada	1.0
- Ada pada keluarga tingkat pertama	2,1
- Ada pada pribadi yg bersangkutan	10
Riwayat kanker ovarium pada keluarga	
- Tidak ada	1,0
- Ada 1 orang pada keluarga tingkat pertama	3,1
- Ada > 2 orang pada keluarga tingkat pertama	4,6-15

Tabel etiologi kanker ovarium

Meningkatkan Resiko	RR	Menurunkan Resiko	RR
ψ Bedak Talk	1,1-1,9	ψ Pil kontrasepsi	0,6
ψ MHT		ψ Ligasi tuba	0,3
a. Estrogen saja 10 tahun	2,2	ψ Paritas tinggi	0,7
b. Estrogen saja 20 tahun	3,2		

c. Estrogen+Progestin	1,5		
ψ Klomifen sitrat 12 siklus	11		
ψ Riwayat keluarga kanker ovarium			
a. Ibu dari penderita	1,1		
b. Saudara dari penderita	3,8		
c. Anak dari penderita	6		

10. Tanda dan Gejala

Pada stadium dini gejala kanker ovarium tersebut tidak khas, lebih dari 70% penderita kanker ovarium ditemukan sudah dalam stadium lanjut. Mayoritas penderita kanker ovarium jenis epitel tidak menunjukkan gejala sampai periode waktu tertentu. Bila penderita dalam usia premenopause keluhan mereka adalah haid yang tidak teratur. Bila massa tumor telah menekan kandung kemih atau rektum, keluhan sering berkemih dan konstipasi akan muncul. Kadang gejala seperti distensi perut sebelah bawah, rasa tertekan, dan nyeri dapat pula ditemukan. Pada stadium lanjut gejala yang ditemukan berkaitan adanya asites, metastasis ke omentum atau ke usus.

Gejala dan tanda klinis dari kanker ovarium yang biasa dijumpai adalah sebagai berikut :

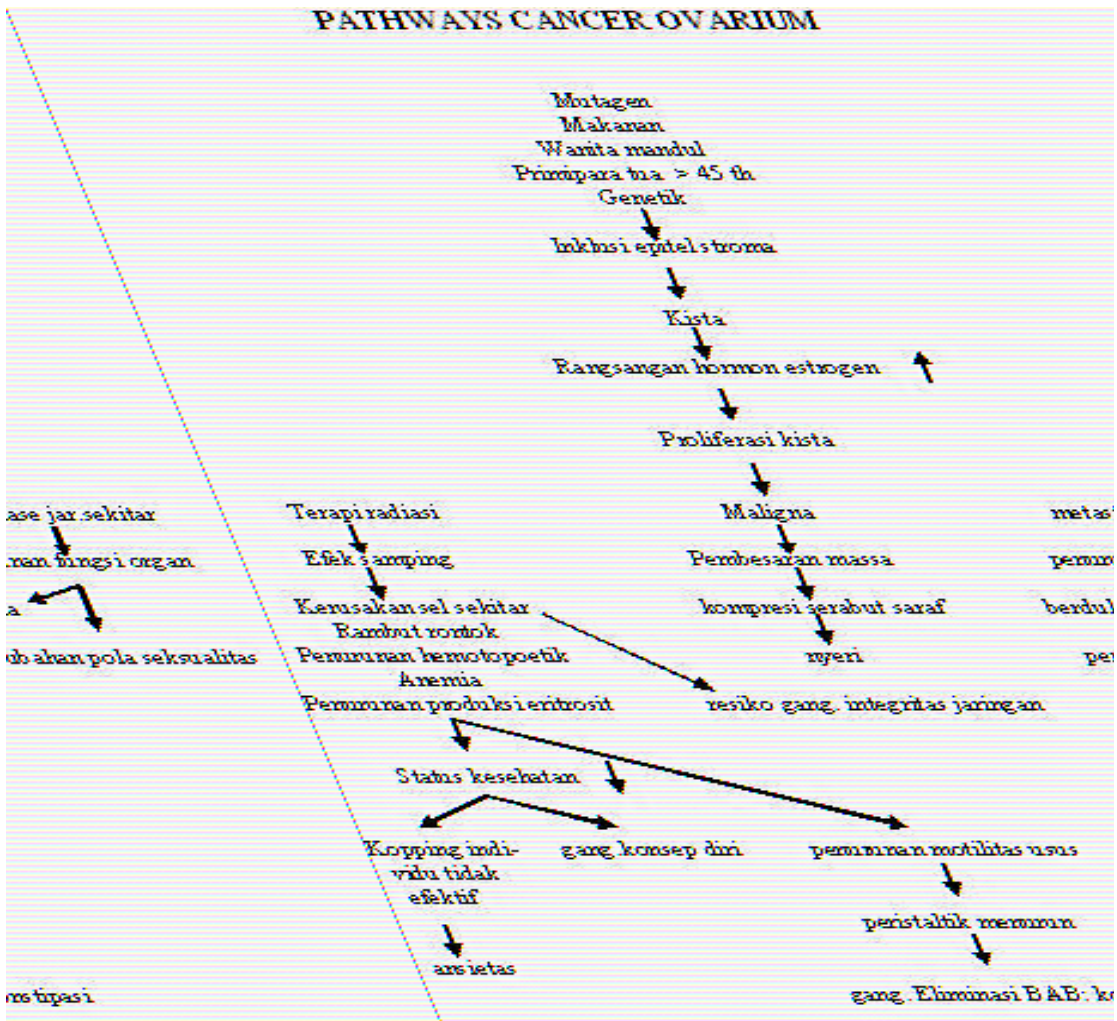
Tanda dan Gejala	Frekuensi Relatif
1. Pembesaran perut	xxxx
2. Nyeri perut	xxx
3. Gejala-gejala dyspepsia	xx
4. Gangguan buang air kecil/besar	xx
5. Penurunan berat badan	xx
6. Gangguan haid	xx
2. 7. Pembesaran kelenjar inguinal	x

11. Stadium Kanker Ovarium

Staging	Keterangan
I	<i>Tumor terbatas pada ovarium</i> IA Tumor terbatas pada satu ovarium, kapsul tumor utuh, tidak ada pertumbuhan tumor di permukaan ovarium, tidak ada sel tumor di cairan asites ataupun pada

	<p>bilasan cairan di rongga peritoneum.</p> <p>IB Tumor terbatas pada dua ovarium, kapsul tumor utuh, tidak ada pertumbuhan tumor pada permukaan ovarium, tidak ada sel tumor di cairan asites ataupun pada bilasan cairan di rongga peritoneum.</p> <p>IC Tumor terbatas pada satu atau dua ovarium dengan salah satu faktor yaitu kapsul tumor pecah, pertumbuhan tumor pada permukaan ovarium, ada sel tumor di cairan asites ataupun pada bilasan cairan di rongga peritoneum.</p>
II	<p><i>Tumor pada satu atau dua ovarium dengan perluasan di pelvis</i></p> <p>IIA Tumor meluas ke uterus dan/atau ke tuba tanpa sel tumor di cairan asites ataupun bilasan cairan di rongga peritoneum.</p> <p>IIB Tumor meluas ke jaringan/organ pelvis lainnya tanpa sel tumor di cairan asites ataupun bilasan cairan di rongga peritoneum.</p> <p>IIC Perluasan di pelvis (IIA atau IIB) dengan sel tumor di cairan asites ataupun bilasan cairan di rongga peritoneum.</p>
III	<p><i>Tumor pada satu atau dua ovarium disertai dengan perluasan tumor pada rongga peritoneum di luar pelvis dengan/atau metastasis kelenjar getah bening regional.</i></p> <p>IIIA Metastasis mikroskopik di luar pelvis.</p> <p>IIIB Metastasis makroskopik di luar pelvis dengan besar lesi ≤ 2 cm.</p> <p>IIIC Metastasis makroskopik di luar pelvis dengan besar lesi > 2 cm dan/atau metastasis ke kelenjar getah bening.</p>
IV	Metastasis jauh (di luar rongga peritoneum).

c) Patofisiologi



d) Penatalaksanaan

1. Pembedahan

Merupakan pilihan utama, luasnya prosedur pembedahan ditentukan oleh insiden dan seringnya penyebaran ke sebelah yang lain (bilateral) dan kecenderungan untuk menginvasi korpus uteri.

2. Biopsi

Dilakukan di beberapa tempat yaitu omentum, kelenjar getah lambung, untuk mendukung pembedahan.

3. Second look Laparotomi

Untuk memastikan pemasangan secara radioterapi atau kemoterapi lazim dilakukan laparotomi kedua bahkan sampai ketiga.

4. Kemoterapi

Merupakan salah satu terapi yang sudah diakui untuk penanganan tumor ganas ovarium. Sejumlah obat sitostatika telah digunakan termasuk agens alkylating seperti itu (cyclophosphamide, chlorambucil) anti metabolic seperti: Mtx (metotrexate) dan 5 fluorouracil/antibiotikal (admisin).

5. Penanganan lanjut

- ψ Sampai satu tahun setelah penanganan, setiap 2 bulan sekali
- ψ Sampai 3 bulan setelah penanganan, setiap 4 bulan
- ψ Sampai 5 tahun penanganan, setiap 6 bulan
- ψ Seterusnya tiap 1 tahun sekali

e) Komplikasi

1. Asites

Kanker ovarium dapat bermetastasis dengan invasi langsung ke strukturstruktur yang berdekatan pada abdomen dan panggul dan melalui penyebaran benih tumor melalui cairan peritoneal ke rongga abdomen dan rongga panggul.

2. Efusi Pleura

Dari abdomen, cairan yang mengandung sel-sel ganas melalui saluran limfe menuju pleura.

3. Komplikasi lain yang dapat disebabkan pengobatan adalah :

1. Infertilitas adalah akibat dari pembedahan pada pasien menopause
2. Mual, muntah dan supresi sumsum tulang akibat kemoterapi. Dapat juga muncul masalah potensial ototoksik, nefrotoksik, neurotoksis
3. Penyakit berulang yang tidak terkontrol dikaitkan dengan obstruksi usus, asites fistula dan edema ekstremitas bawah.

f) Asuhan Keperawatan

1. Nyeri b/d proses penyakit (kompresi/destruksi, jaringan saraf, infiltrasi saraf, obstruksi jaringan saraf, inflamasi).

Tujuan: Nyeri hilang atau nyeri berkurang.

- KH : 1. Klien mengatakan nyeri hilang atau berkurang
2. Klien tampak rileks tidak menahan nyeri
3. Mengikuti aturan farmakologis yang ditentukan

Intervensi :

- Kaji skala nyeri misal: lokasi, durasi, frekuensi dan intensitas.
- Dorong penggunaan ketrampilan manajemen nyeri.
- Berikan tindakan kenyamanan dasar, misal: gosok punggung dan aktivitas hiburan.
- Evaluasi penghilangan nyeri/kontrol.
- Evaluasi sadarai terapi tertentu, misal : pembedahan, radiasi, kemoterapi.
- Kembangkan rencana manajemen nyeri dengan pasien dan dokter berikan analgetik.

2. Perubahan citra tubuh dan harga diri b.d perubahan dalam penampilan fungsi dan peran.

Tujuan: Klien dapat memperbaiki persepsi citra tubuh dan harga dirinya.

Intervensi:

- Kaji perasaan klien tentang citra tubuh dan tingkat harga diri.
- Berikan dorongan untuk keikutsertaan kontinyu dalam aktifitas dan pembuatan keputusan.
- Berikan dorongan pada klien dan pasangannya untuk saling berbagi kekhawatiran tentang perubahan fungsi seksual dan menggali alternatif untuk ekspresi seksual yang lazim.

3. Resiko tinggi terhadap disfungsi seksual b.d perubahan struktur atau fungsi tubuh, perubahan kadar hormon.

Tujuan: Klien menyatakan paham tentang perubahan struktur dan fungsi seksual. Mengidentifikasi kepuasan/praktik seksual yang diterima dan beberapa alternatif cara mengekspresikan keinginan seksual

Intervensi:

- Mendengarkan pernyataan klien dan pasangan.
- Diskusikan sensasi atau ketidaknyamanan fisik, perubahan pada respons individu.
- Kaji informasi klien dan pasangan tentang anatomi/ fungsi seksual dan pengaruh prosedur pembedahan.
- Identifikasi faktor budaya/nilai budaya.
- Bantu klien untuk menyadari atau menerima tahap berduka.
- Dorong klien untuk menyadari atau menerima tahap berduka.
- Dorong klien untuk berbagi pikiran/masalah dengan orang terdekatnya.
- Berikan solusi masalah terhadap masalah potensial. Contoh : menunda koitus seksual saat kelelahan. **(Carpenito, 2000)**

BAB IV

Asuhan Keperawatan Perempuan Masa Klimakterium Dan Menopause

A. KONSEP MENOPAUSE

Kata menopause berasal dari bahasa Yunani yang berarti “bulan” dan “penghentian sementara”. Ada beberapa pendapat yang menganggap masa menopause ini dimulai dari berubahnya siklus menstruasi, akibat pengaruh ketidak seimbangan hormon, sampai berhenti sama sekali menstruasi (Wirakusumah, 2004). Sedangkan menurut Kasdu (2003), Abernethy (2003), Satoh (2005), Holloway (2007) mendefinisikan menopause sebagai periode berhentinya haid secara alamiah yang biasanya terjadi antara usia 40 sampai dengan 55 tahun. Sindroma menopause menurut Wirakusumah (2004) merupakan suatu gejala yang normal dialami oleh perempuan masa menopause. Perubahan yang dialami akibat terjadinya perubahan fisik, seksual dan psikologis pada perempuan menopause, Wirakusumah, (2004) antara lain:

B. Perubahan Fisik.

a. Rasa Panas (*Hot Flush*)

Arus panas atau *hot flush* dirasakan pada leher, wajah, dan bagian atas dada. Biasanya berlangsung selama 15 detik sampai satu menit. Arus panas ini muncul dalam berbagai gejala seperti:

- 1) Rasa menggelitik pada jari-jari kaki dan tangan yang menjalar ke kepala.
- 2) Berkeringat tiba-tiba, tanpa disertai dengan perubahan warna pada muka, seperti kemerahan.
- 3) Suhu tubuh meningkat secara tiba-tiba dan menyebabkan tubuh kemerahan dan keringat mengucur di seluruh tubuh.
- 4) Ada kalanya diikuti dengan kedinginan dan berkeringat pada waktu malam hari.

Arus panas terjadi karena berfluktuasinya kadar hormon. Diduga perubahan kadar *estrogen* menyebabkan pembuluh darah membesar secara mendadak sehingga terjadi arus dan hilang secara cepat sehingga tubuh merasakan panas. Selain itu dapat disebabkan oleh perubahan

fungsi *hipotalamus* yang mengatur suhu tubuh. Sering atau tidaknya arus panas dialami, dipengaruhi oleh kemampuan seseorang dalam mengendalikan kehidupannya (Dormire, 2002).

Mereka yang mempunyai daya tahan terhadap stres yang tinggi ternyata jarang mengalami atau merasakan arus panas dibandingkan perempuan yang mudah cemas dan frustrasi. Mereka yang mudah stres dianjurkan untuk meningkatkan asupan vitamin B kompleks yang dapat membantu menekan stres dengan menormalkan sistem saraf tubuh (Dormire, 2002).

b. Kenaikan Berat Badan

Adanya perubahan sistem endokrin pada masa menopause, yaitu pada kelenjar hipotalamus dan pituitary, yang berfungsi merangsang indung telur agar memproduksi hormon *estrogen*. Adanya penurunan pada fungsi indung telur sehingga sedikit menghasilkan hormon *estrogen*. Perubahan kadar hormonal ini akan mengganggu pusat lapar dan kenyang otak.

Gejala meningkatnya nafsu makan selama menopause hampir sama pada saat pra menstruasi yang membuat ingin makan banyak karena kadar *estrogen* tubuh yang rendah. Peningkatan berat badan menurut Kasdu (2003) yang didukung oleh Kuntjoro (2002), 29% perempuan pada masa menopause memperlihatkan kenaikan berat badan dan 20% diantaranya memperlihatkan kenaikan yang progresif. Selain itu, aktivitas fisik juga menurun energi yang biasa digunakan akan disimpan dalam bentuk timbunan lemak, apalagi bila konsumsi makanan tidak mengalami perubahan.

c. Kulit Kering dan Keriput

Masalah pada kulit mulai muncul sejak usia sekitar 35 tahun. Pada saat ini, kulit menjadi tipis, kurang kenyal, dan daya lenturnya berkurang. Selain itu, pada kulit juga sering muncul bintik-bintik atau noda coklat. Kondisi ini ada hubungannya dengan pigmen melanin yang mempengaruhi warna kulit dan sekaligus melindungi kulit dari bahaya sinar matahari. Dengan bertambahnya usia,

melanin akan semakin bertumpuk di tempat-tempat tertentu pada kulit. Ada kecenderungan kulit akan semakin gelap, lapisan atasnya menebal dan lapisan bawahnya menipis sehingga mempertegas gurat-gurat dan kerutan pada kulit. Sel-sel tubuh yang memproduksi *kolagen* dan *elastin*, yaitu dua jenis protein yang berfungsi memberi kekuatan dan elastisitas pada persendian, otot, dan kulit, sangat sensitif terhadap jumlah kadar estrogen dan menjadi kurang aktif (Niemen, 2000). Dari hasil penelitian yang dilakukan Stadberg, (1997) tentang faktor yang berhubungan dengan gejala klimakterium pada 5.990 perempuan Swedia bahwa pada perempuan menopause terdapat gangguan kulit kering.

d. Sembelit

Seluruh proses metabolisme mulai menurun dengan bertambahnya usia. Tubuh berusaha beradaptasi dengan ambang kadar *estrogen* yang baru. Kondisi inilah yang sering menimbulkan sembelit. Selain itu, sembelit juga dipengaruhi oleh penambahan kalsium untuk kepentingan mengurangi resiko *osteoporosis* dan pola makan yang kurang serat.

e. Osteoporosis dan Sakit Punggung

Dengan bertambahnya usia, maka kondisi tulang akan bertambah lemah, rapuh, mudah retak, dan keropos sebagai akibat berkurangnya kalsium. Proses berkurangnya kadar kalsium pada perempuan lebih cepat dari pada laki-laki. Puncak pertumbuhan tulang terjadi pada usia sekitar 35 tahun. Setelah itu, terjadi peningkatan yang tetap atau terjadi penurunan. Hilangnya kalsium dari jaringan tulang mulai muncul pada masa menopause dengan keluhan yang dirasakan rasa kaku pada tulang punggung serta nyeri pada sendi jika melakukan gerakan sehingga mengganggu kelincahan berjalan. Selain itu *osteoporosis* pada menopause terjadi akibat jumlah *estrogen* dan *progesteron* yang menurun, yang mempengaruhi aktivitas *osteoblast* sebagai pembentuk tulang (Catherine,2000).

f. Sakit Kepala

Sakit kepala bukan sesuatu yang khas pada masa menopause. Kejadian sakit kepala pada masa menopause diduga disebabkan oleh kecenderungan tubuh melakukan penyimpanan garam dan penimbunan cairan tubuh akibat perubahan kadar hormone dalam tubuh. Selain itu, biasanya sakit kepala disebabkan oleh ketegangan otot. Otot kepala dan leher yang menegang akan menyebabkan sulitnya aliran darah sampai ke otak (Tagliaferri, 2006).

g. Bengkak

Bengkak tidak terjadi pada semua orang yang menopause. Ada kecenderungan bengkak biasanya dialami oleh perempuan yang berkulit gelap dan mempunyai buah dada yang besar. Pada perempuan yang tinggi, kurus, dan berkulit agak pucat jarang mengalami pembengkakan. Pembengkakan pada perempuan menopause disebabkan oleh tubuh yang terlalu banyak menghasilkan aldosteron. Hormon ini merupakan hormon kortikosteroid yang dihasilkan oleh kelenjar adrenal dan berfungsi mengatur jumlah air dan garam dalam tubuh (Holloway, 2007).

h. Pengerutan *Vagina*

Penurunan hormon *estrogen* menyebabkan jaringan lapisan *vagina* menjadi tipis dan sekresi atau lendir pada *vagina* mulai menurun sehingga saat berhubungan seks akan timbul rasa nyeri. Namun, kondisi ini sangat individual, artinya tidak semua perempuan mengalaminya. Hasil beberapa penelitian membuktikan bahwa aktivitas seks yang teratur akan memelihara dinding vagina. Perempuan yang melakukan hubungan seks tiga kali seminggu akan mengalami pengerutan vagina yang lebih ringan. Hal ini diduga karena adanya peningkatan aliran darah menuju vagina (Eden, 2009).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Stadberg, (1997) terhadap 5.990 perempuan Swedia didapatkan hasil bahwa 37% perempuan menopause bermasalah dalam beraktivitas seksual akibat hormon estrogen yang berkurang. Sementara menurut penelitian yang dilakukan McCraw (1991) tentang perubahan psikoseksual pada masa menopause terhadap 274 orang perempuan

menopause didapatkan hasil bahwa 40,5% mengalami nyeri saat *intercourse*, 58,8% menurun gairah seksualnya saat *intercourse* dan 51,4% menurun frekwensi hubungan seksualnya.

i. Infeksi Saluran Kemih

Kadang-kadang, ada perempuan menopause yang mengalami infeksi saluran kemih. Infeksi ini diduga disebabkan oleh terjadinya penurunan kadar hormon *estrogen* yang menyebabkan jaringan saluran kemih menipis sehingga mudah terkena infeksi (Lalos,2000).

j. Insomnia (Sulit Tidur)

Pada perempuan menopause, kadar *serotonin* (salah satu bentuk neurotransmitter) menurun sebagai akibat jumlah *estrogen* yang minim. *Serotonin* berperan dalam mempengaruhi suasana hati seseorang. Sehingga, bila jumlah *serotonin* menurun, kita akan mudah depresi dan sulit tidur. Untuk meningkatkan jumlah *serotonin* haruslah meningkatkan kadar protein dalam makanan terutama asam amino *triptofan*, yang berfungsi meningkatkan *serotonin* otak (Setiadji,2011).

Makanan tinggi karbohidrat selain banyak mengandung protein juga dapat menimbulkan panas, sebagai hasil dari proses pencernaan dan metabolisme. Panas tersebut dapat membuat orang mengantuk. Bagi mereka yang mempunyai gangguan susah tidur tidak boleh membiarkan perutnya kosong karena akan mudah terbangun dan waktu tidur menjadi pendek. Menurut penelitian Stadberg (1997) pada 5.990 perempuan Swedia menopause didapatkan 52% mengalami gangguan tidur akibat berkeringat di malam hari.

C. Perubahan Psikologis

Aspek psikologis yang terjadi pada perempuan menopause amat penting peranannya dalam kehidupan sosial, terutama dalam menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan pensiun, hilangnya jabatan atau pekerjaan yang sebelumnya sangat menjadi kebanggaan. Berbicara tentang aspek psikologis perempuan menopause tidak dapat dipisahkan antara aspek organ-biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual dalam kehidupan perempuan menopause (Greenblum, 2010).

Beberapa gejala psikologis yang menonjol ketika menopause adalah mudah tersinggung, sukar tidur, tertekan, gugup, kesepian, tidak sabar, tegang (*tension*), cemas dan depresi. Ada juga perempuan menopause yang kehilangan harga diri karena menurunnya daya tarik fisik dan seksual, mereka merasa tidak dibutuhkan oleh suami dan anak-anak mereka, serta merasa kehilangan femininitas karena fungsi reproduksi yang hilang (Greenblum, 2010).

Dari hasil penelitian Pertamawan (2002) juga mengatakan perempuan menopause sering mengalami keluhan seperti depresi, libido menurun dan tulang mudah keropos. Beberapa keluhan psikologis yang merupakan tanda dan gejala dari menopause yaitu:

a. Ingatan Menurun

Gejala ini terlihat bahwa sebelum menopause wanita dapat mengingat dengan mudah, namun sesudah mengalami menopause terjadi kemunduran dalam mengingat, bahkan sering lupa pada hal-hal yang sederhana, padahal sebelumnya secara otomatis langsung ingat (Holloway, 2007).

b. Kecemasan

Banyak ibu-ibu yang mengeluh bahwa setelah menopause dan lansia merasa menjadi pencemas. Kecemasan yang timbul sering dihubungkan dengan adanya kekhawatiran dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah dikhawatirkan. Misalnya kalau dulu biasa pergi sendirian ke luar kota sendiri, namun sekarang merasa cemas dan khawatir, hal itu sering juga diperkuat oleh larangan dari anak-anaknya. Kecemasan pada Ibu-ibu lansia yang telah menopause umumnya bersifat relatif artinya ada orang yang cemas dan dapat tenang kembali setelah mendapatkan semangat atau dukungan dari orang di sekitarnya namun ada juga yang terus-menerus cemas meskipun orang-orang disekitarnya telah memberi dukungan (Roca, 2000).

D. PERUBAHAN HORMON PADA MASA MENOPAUSE (Tagliaferri, 2006)

Pada masa menopause, produksi estrogen tidak akan berhenti secara tiba-tiba karena tidak terjadi kerusakan pada indung telur, hanya produksinya saja yang berangsur-angsur berkurang. Pada masa

menopause hormon estron diproduksi menjadi estrogen dominan yang diproduksi dalam jaringan lemak tubuh. Penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron pada perempuan akan mempengaruhi berbagai perubahan fisik dan kondisi psikis yang sangat individual, yaitu: perasaan tertekan, depresi dan cepat marah.

Perubahan fisik yang terjadi diantaranya: kulit mengendur, inkontinensia urin, jantung berdebar-debar pada waktu beraktivitas; *hot flush* (peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba), sakit kepala, dan mudah lupa. Dalam jangka panjang, rendahnya hormon estrogen akan menimbulkan ancaman osteoporosis (pengeroposan tulang) yang membuat gampang patah tulang serta peningkatan resiko gangguan kardiovaskuler. Berkurangnya kadar hormon estrogen akan mengganggu penyerapan kalsium yang diperlukan dalam pembentukan tulang dan mempertahankan massa tulang sehingga tulang menjadi tipis dan mudah patah (Tagliaferri, 2006).

Kadar estrogen juga menyebabkan menurunnya kadar HDL (*High Density Lipoprotein*, jenis kolesterol baik, bersifat protektif) dan meningkatnya kadar LDL (*Low Density Lipoprotein*, kolesterol buruk) dalam darah. Kondisi ini dapat menimbulkan resiko penyakit jantung dan serangan stroke (Tagliaferri, 2006).

Kadar hormon estrogen dalam tubuh juga berhubungan dengan neurotransmitter. Neurotransmitter, diantaranya endorfin, serotonin, dan dopamin, merupakan sistem kimia otak yang berfungsi membawa pesan dari organ dan kelenjar menuju otak dan sebaliknya (Setiadji, 2011).

Kadar endorfin yang rendah pada masa menopause dapat mempengaruhi persepsi nyeri, suhu tubuh, pernafasan, nafsu makan, tekanan darah, ingatan, serta tingkah laku seksual. Namun kadar endorfin dapat ditingkatkan dengan aktivitas olah raga. Kadar serotonin terdapat dalam darah, otak dan jaringan saraf. Serotonin sangat berpengaruh dengan suasana hati dan aktivitas tidur seseorang. Kadar serotonin berhubungan dengan kadar endorfin, yaitu jika kadar endorfin rendah, maka kadar serotonin pun rendah (Setiadji, 2011).

E. RESPON AKTIVITAS SEKSUAL

Pada perempuan dewasa yang telah memiliki pasangan aktivitas seksual merupakan suatu kebutuhan biologis yang dapat menghasilkan kepuasan batin dan rasa bahagia. Selain dapat meningkatkan vitalitas tubuh, aktivitas seksual yang sehat meningkatkan gairah dan mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis seorang perempuan secara keseluruhan. Umumnya masalah seksual pada perempuan dapat bersifat fisik dan psikis (Genazzani, 2006).

Kondisi fisik yang dapat memicu terjadinya gangguan seksual yaitu diabetes melitus, penyakit jantung, gangguan saraf, trauma akibat bedah pada panggul, dan penggunaan obat-obat jenis tertentu. Obat untuk darah tinggi dan jantung diduga dapat menimbulkan gangguan seksual pada perempuan. Penyakit kronis, seperti gagal ginjal atau gagal hati juga bisa menjadi penyebabnya. Faktor lain yaitu ketidakseimbangan hormonal, konsumsi minuman beralkohol, penggunaan obat-obatan terlarang, perokok berat, dan gaya hidup yang tidak sehat. Masalah terhadap psikis yang dapat mengganggu hubungan seksual adalah stres atau rasa cemas terhadap pekerjaan, merasa tidak mampu untuk bersenggama, adanya perselisihan dalam perkawinan, orientasi seks yang berbeda antara kedua pasangan, depresi atau trauma akibat pengalaman seks sebelumnya. Untuk mencapai kepuasan seksual, seorang perempuan seharusnya mengalami siklus respon seksual (Genazzani, 2006). Respon ini terbagi menjadi empat tahap, meliputi:

2.3.1. *Desire*

Pada tahap ini, perasaan memiliki energi seksual yang tinggi dan dengan cepat merespon untuk menuju kegiatan seksual tahap selanjutnya. Respon ini wajib dirasakan perempuan agar aktivitas seksualnya berjalan nyaman dan sehat. Reaksi yang terjadi pada fase rangsangan ini adalah denyut jantung dan tekanan darah meningkat, puting susu ereksi sedang pada organ seksual perempuan diameter klitoris membesar dan membengkak. Genitalia eksterna menegang dan warna menjadi

gelap, terjadi lubrikasi vagina, dua pertiga bagian atas vagina memanjang dan meluas. *Serviks* dan uterus tertarik ke atas. Ukuran payudara membesar.

2.3.2. Arousal

Pada tahap ini, jaringan bagian dalam vagina dan luar alat kelamin menjadi lembab akibat keluarnya cairan dari dinding alat kelamin. Reaksi tubuh pada fase ini adalah denyut jantung dan tekanan darah terus meningkat, pernafasan meningkat, miotonia menjadi nyata (wajah meringis). Respon pada organ seksual kepala klitoris retraksi, sepertiga bagian bawah vagina membesar, warna kulit kemerahan di payudara, abdomen atau pada permukaan yang lain.

2.3.3. Orgasme

Tahap ini adalah puncak dari kenikmatan seksual seorang perempuan. Saat terjadi orgasme, respon umum yang terjadi adalah denyut jantung, tekanan darah dan pernafasan meningkat sampai tingkat maksimum. Timbul *spasme* otot *involunter*, *sfincter rektum eksterna* berkontraksi sedang pada organ reproduksi internal terjadi otot-otot rahim, vagina, dan rektum berkontraksi secara ritmis. Pada fase ini perempuan lebih aktif berespon dan penuh gairah.

Tanda-tanda tersebut disertai dengan flushing yaitu kemerahan pada dada, khususnya disekitar payudara atau muka, disertai dengan nafas yang melambat dan denyut jantung yang lebih cepat. Adapun tanda psikologis adalah perasaan nyaman, merasa seperti terbang dan melayang serta nikmat yang tidak terkirakan. Orgasme penting pada wanita karena pada saat orgasme otak akan melepaskan hormon endorfin yaitu sejenis hormon yang kekuatannya 100 kali morfin namun tidak berbahaya. Penelitian menunjukkan bahwa wanita yang sering orgasme biasanya akan awet muda serta usianya bertambah sekitar 5 tahun.. Wanita yang tidak mendapat orgasme, biasanya sensitif, lebih mudah marah dan mencari kenikmatan dengan cara lain (Boyke, 2006).

2.3.4. Resolution

Tahap paling akhir adalah *resolution*. Tahap ini merupakan fase anti klimaks. Dimana respon umum yang terjadi adalah denyut jantung, tekanan darah, dan pernafasan kembali normal. Ereksi puting susu menurun. Miotonia menurun. Pada daerah genitalia eksterna dan vagina, *engorgement* berkurang. *Serviks* dan uterus kembali ke posisi semula.

F. MASALAH – MASALAH GANGGUAN SEKSUAL

2.4.1. Tidak Senang Bersenggama (*Sexual Aversion Disorder*)

Perempuan dengan masalah *sexual aversion disorder* menghindari hubungan intim dan merasa tidak senang bersenggama. Bahkan, pada tahap tertentu tidak melakukan hubungan intim sama sekali sepanjang hidupnya. Gangguan ini terjadi karena trauma yang sangat mendalam. Biasanya karena penganiayaan seksual atau fisik yang berlangsung lama. Gangguan ini dapat terjadi sepanjang hidupnya. Oleh karena itu, wanita dengan *sexual aversion disorder* tidak pernah ingin berhubungan intim lagi (Kevan Richard, 2009)

2.4.2. Lubrikasi Vagina Berkurang (*Sexual Arousal Disorder*)

Masalah *Sexual arousal disorder* , terjadi bila lubrikasi pada vagina semakin sulit dan berkurang. Biasanya ditandai dengan kesulitan memasuki tahap *arousal*. Penyebab gangguan ini dapat terjadi karena masalah fisik berupa gangguan hormonal atau masalah psikis seperti perasaan kecewa, trauma, dan stres (Eden, 2009).

2.4.3. Tidak Bergairah (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*)

Hilangnya libido saat bersenggama dapat terjadi karena berbagai masalah, diantaranya, karena gangguan fisik berupa ketidakseimbangan hormon atau gangguan akibat suatu penyakit. Beberapa penyakit kronis, seperti jantung, gagal ginjal, dan hati juga dapat menurunkan gairah

seksual. Jika gangguan terjadi karena masalah psikis, perlu dilakukan diskusi dengan pasangan agar hubungan intim dapat lebih menyenangkan (Eden, 2009).

2.4.4. Sakit, Nyeri Bersenggama (*Sexual Pain Disorder*) (Kevan Richard, 2010)

Rasa sakit bersenggama dapat dirasakan oleh semua perempuan. *Sexual pain disorder* terdiri dari:

a. *Dysparenia*

Merupakan rasa sakit yang timbul pada alat kelamin sebelum, selama, atau sesudah bersenggama. Keadaan ini sangat mengganggu dan dapat menurunkan gairah seks. Kondisi ini terjadi karena gangguan fisik, seperti masalah hormonal, kurang cairan vagina, *vaginitis* (radang vagina), dan gangguan vagina lain.

Umumnya, *dysparenia* lebih sering terjadi pada perempuan dengan gangguan hormonal, perempuan premenopause atau menopause.

b. *Vaginismus*

Merupakan rasa sakit yang muncul karena menegangnya otot-otot disekitar vagina ketika bersenggama. Hal ini terjadi akibat rasa takut, penis yang masuk ke dalam vagina akan menyakitkan. Hal ini sering dialami perempuan yang pertama kali melakukan hubungan intim atau sebelumnya pernah merasakan trauma.

c. Sulit mencapai orgasme (*orgasmic disorder*)

Orgasme merupakan puncak kenikmatan seksual, khususnya dialami pada akhir senggama. Pada aktivitas seksual yang sehat menghasilkan orgasme, namun pada beberapa perempuan mengalami orgasme tertunda atau tidak mengalami orgasme setelah tahap *arousal*. Kondisi ini dapat terjadi karena perempuan kurang berpengalaman, kurang berpengetahuan atau akibat faktor psikis, seperti cemas dan trauma akibat pengalaman bersenggama yang tidak menyenangkan.

G. MODEL KONSEPTUAL SELF CARE OREM PADA PEREMPUAN MENOPAUSE

2.5.1. Konsep *Self Care* Orem

Perempuan menopause menurut konsep model *self care* dipandang sebagai individu yang mempunyai kemampuan atau potensi untuk merawat dirinya sendiri dan mencapai sejahtera. Teori ini juga menekankan bahwa perempuan menopause adalah *agent self care* bagi dirinya sendiri (Orem, 2001). Teori *Self Care* (Perawatan diri), menurut Orem, (2001) terdiri dari: *Self care*; adalah tindakan yang diprakarsai oleh individu dan diselenggarakan berdasarkan adanya kepentingan untuk mempertahankan hidup, fungsi tubuh yang sehat, perkembangan dan kesejahteraan. *Self care agency*; adalah kemampuan yang kompleks dari pendewasaan dan orang-orang yang dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk mengatur fungsi dan perkembangan manusia. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi social cultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada pada dirinya. *Therapeutik self care demand*; adalah tindakan *self care* secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan *self care* individu melalui cara-cara tertentu seperti pengalaman nilai-nilai yang terkait dengan keadeguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi, cairan, dan sebagainya, serta pemenuhan elemen-elemen aktifitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Konsep teori *Self Care* Orem pada perempuan menopause pada tahapan pengkajian yang dilakukan (Orem, 2001) adalah:

1). ***Conditioning factor requisites***

Kondisi yang dapat mempengaruhi *self care* dapat berasal dari individu itu sendiri (*personal factor*) dan juga dapat berasal dari lingkungan luar individu (*eksternal factor*) dalam hal ini adalah keluarga. Faktor personal meliputi usia, tinggi badan, berat badan, budaya atau suku, status perkawinan, agama, pendidikan, dan pekerjaan. Adapun faktor diluar individu meliputi dukungan pasangan atau keluarga dan budaya masyarakat dimana klien tinggal.

2). *Universal self care requisites*

Merupakan kebutuhan yang berkaitan dengan proses hidup, proses mempertahankan kondisi seimbang atau homeostasis yang meliputi kebutuhan oksigen, makan, minum, eliminasi, aktivitas dan istirahat, interaksi sosial dan mencegah serta menghadapi risiko yang mengancam kehidupan kesehatan.

Pada masa menopause kebutuhan yang berkaitan dengan proses hidup dan homeostasis mengalami perubahan. Perubahan tersebut dapat diminimalkan dengan melakukan antisipasi antara lain melakukan kebugaran, pola kebiasaan hidup sehat dan pemilihan nutrisi yang tepat pada masa menopause.

3). *Developmental self care requisites*

Hal ini mencakup kebutuhan yang berhubungan dengan fungsi perkembangan dan penyesuaian diri terhadap perubahan karena fungsi perkembangan tersebut. Pada perempuan menopause akan mengalami perubahan fungsi perkembangan yang berkaitan dengan fungsi perannya. Perubahan fisik yang menimbulkan rasa tidak nyaman pada masa menopause adalah semburan panas dari dada ke atas disertai banyak berkeringat. Keluhan lain yang terasa adalah nyeri saat berhubungan intim, jantung berdebar-debar, susah tidur, sulit menahan kencing, dan sakit kepala. Juga pegal-pegal, merasa tertekan, lelah psikis, lelah somatik, susah tidur, merasa takut, pelupa, merasa tidak dicintai, dan depresi.

4). *Health deviation self care requisites*

Kebutuhan yang berkaitan dengan adanya penyimpangan kesehatan seperti adanya Sindroma menopause dapat memicu munculnya berbagai penyakit degeneratif antara lain: kanker, tumor, *osteoporosis* (tulang keropos), *arterosklerosis* dan sebagainya. Selain itu fungsi sistem imunitas (kekebalan) mengalami penurunan.

5). *Medical problem and plan* (masalah medis dan perencanaan)

Diagnosa medis dan rencana pengobatan yang dilakukan pada perempuan menopause antara lain: pemberian *therapy hormon replacement* pada wanita yang masih memiliki rahim, dan pemberian *estrogen replacement therapy* pada wanita yang pernah menjalani histerektomi.

6). *Self care defisit*

Adanya ketidakseimbangan antara kebutuhan yang harus dipenuhi dengan kemampuan yang dimiliki klien. Pada kasus perempuan menopause sindroma menopause akan menyebabkan menurunnya kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan yang harus dipenuhi untuk mempertahankan kesehatan seperti kemampuan menjaga kesehatan, kebugaran fisik, pola makan, keharmonisan dengan pasangan, keluarga serta penggunaan obat-obatan. Pada model konseptual *Self Care Orem* pada perempuan menopause, masalah keperawatan muncul karena adanya ketidakseimbangan antara kemampuan dan kebutuhan yang harus dipenuhi, disebut dengan *self care defisit*. Menurut teori model konsep ini, perawat disamping mengkaji adanya penyimpangan juga harus memperhatikan kekuatan dan kemampuan klien untuk melakukan perawatan. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada perempuan menopause dapat berupa masalah aktual, risiko, maupun potensial (Orem, 2001).

Tujuan keperawatan pada perempuan menopause pada dasarnya adalah meningkatkan kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sehingga tercapai kemandirian dan hidup sejahtera. Perencanaan merupakan petunjuk atau pedoman pelaksanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Dalam model *self care* ini. Perencanaan harus didasarkan pada tujuan, disesuaikan dengan diagnosa keperawatan, kebutuhan perawatan diri yang harus dipenuhi dan diupayakan untuk meningkatkan kemampuan merawat diri. Selain itu perencanaan harus mempertimbangkan tingkat ketergantungan atau kebutuhan, dan kemampuan klien.

Implementasi didasarkan pada analisis tingkat ketergantungan klien. Pada perempuan menopause memiliki tingkat ketergantungan *supportive-educative system*, yaitu klien mampu dan dapat belajar untuk melakukan *self care* yang dibutuhkan dengan bimbingan perawat. Peran perawat lebih banyak membantu klien meningkatkan kesehatan melalui edukasi dan pelibatan aktif keluarga dalam perawatan klien.

Evaluasi menurut Orem lebih difokuskan pada kemampuan klien untuk mempertahankan kebutuhan perawatan diri, kemampuan klien mengatasi defisit perawatan diri, dan sampai sejauh mana kemandirian klien, serta kemampuan keluarga dalam memberikan bantuan *self care* jika klien tidak mampu. Pada perempuan menopause evaluasi yang diharapkan adalah klien mampu melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri.

Dibawah ini digambarkan peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan mandiri pada perempuan menopause:

Gambar 2.1: Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan berdasarkan teori Self Care Orem pada perempuan menopause
Skema diadaptasi dari: Orem (2001), Tomey & Alligood (2006)

2.5.2. Konsep Model Transkultural Leininger

Keperawatan transkultural dimulai dari kewaspadaan terhadap pengetahuan budaya dalam pemberian layanan keperawatan agar sesuai dan responsif dengan budaya klien. Leininger menyatakan bahwa pada waktunya, akan ada praktik keperawatan baru yang merefleksikan setiap budaya yang terdefinisikan dengan jelas, dan siap untuk dipraktikkan, serta spesifik untuk mengarahkan layanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok maupun institusi.

Leininger menjelaskan bahwa keperawatan transkultural telah menjadi salah satu area yang paling penting, relevan dan menjanjikan untuk pendidikan formal, penelitian dan pelayanan karena manusia hidup dalam dunia yang penuh dengan budaya. Leininger memperkirakan bahwa agar keperawatan

menjadi berarti dan relevan bagi klien dan perawat lain seluru dunia, pengetahuan dan kompetensi keperawatan transkultural adalah hal yang sangat penting dan harus dimiliki oleh perawat. Agar perawat dapat membuat keputusan dan tindakan yang efektif dan berhasil.

Leininger mengembangkan teori mengenai perbedaan dan persamaan budaya dalam keperawatan, yang didasari keyakinan bahwa setiap manusia dari latar belakang budaya manapun dapat memberikan informasi dan mampu mengarahkan profesional kesehatan agar mereka mendapatkan pelayanan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan mereka. Budaya adalah jalan hidup yang terpola dan dimaknai oleh seseorang yang mempengaruhi keputusan dan tindakan, karena itu teori diarahkan oleh perawat untuk menemukan dan mendokumentasikan persepsi klien untuk menggunakan pandangan budaya, pengetahuan, dan melakukan praktik yang etis (pengetahuan profesional), sebagai dasar untuk melakukan praktik profesional yang kongruen dengan budaya klien.

Konsep model transkultural pada perempuan menopause, pada tahap pengkajian, perawat perlu mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budayanya (Leininger, 2001; Andrew & Boyle, 2003). Hal mendasar yang perlu dilakukan perawat dalam melakukan pengkajian pada perempuan menopause berfokus pada budaya antara lain adalah dengan mengenali setiap budaya yang diyakini, seperti bahasa yang digunakan, cara mengambil keputusan dan keyakinan tentang kesehatan, kebiasaan dalam menghadapi perubahan fisik dan psikologis.

Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada “Leininger’s Sunrise models” dalam teori keperawatan transkultural Leininger yaitu :

- 1). Faktor teknologi (*technological factors*)
- 2). Faktor agama dan falsafah hidup (*religious and philosophical factors*)
- 3). Faktor sosial dan keterikatan kekeluargaan (*kindship and social factors*)
- 4). Faktor nilai-nilai budaya dan gaya hidup (*Cultural values and lifeways*)

- 5). Faktor kebijakan dan peraturan pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat yang berlaku
(*Political and legal factors*)
- 6). Faktor ekonomi (*economical factors*)
- 7). Faktor pendidikan (*educational factors*)

Perawat perlu mengkaji latar belakang pendidikan perempuan menopause meliputi tingkat pendidikan, jenis pendidikannya, serta kemampuan perempuan menopause belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman yang terjadi pada masa menopause sehingga mampu mengantisipasi dan meminimalkan masalah yang terjadi.

Diagnosa keperawatan adalah respon klien sesuai latar belakang budayanya yang dapat dicegah, dirubah, atau dikurangi melalui intervensi keperawatan (Leininger, 2001 ; Andrew & Boyle, 2003). Respon klien yang ditegakkan oleh perawat dengan cara mengidentifikasi budaya yang mendukung kesehatan, budaya yang menurut klien pantang untuk dilanggar, dan budaya yang bertentangan dengan kesehatannya. Menurut Leininger, (2001) dan Andrew & Boyle (2003) terdapat tiga diagnosa keperawatan transkultural yang sering ditegakkan yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur, gangguan interksi sosial berhubungan dengan disorientasi sosiokultural dan ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

Perencanaan dan implementasi keperawatan transkultural menawarkan tiga strategi sebagai pedoman dalam menyelesaikan masalah keperawatan yang terkait pada budaya (Leininger,2001;Andrew&Boyle,2003) yaitu perlindungan atau mempertahankan budaya (*Cultural care preservation/maintenance*) bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi atau menegosiasi budaya (*Cultural care accommodation/negotiations*) apabila budaya klien kurang mendukung kesehatan dan mengubah dan mengganti budaya klien dan keluarganya (*Cultural care repartening/recontruction*).

Melakukan intervensi dan implementasi keperawatan berdasarkan budaya klien dengan strategi yang ditetapkan di atas, bila budaya klien dengan perawat berbeda maka perawat dan klien mencoba memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya yang pada akhirnya akan memperkaya budaya mereka, sehingga akan terjadi tenggang rasa terhadap budaya masing-masing. Bila perawat tidak memahami budaya klien, maka akan timbul rasa tidak percaya pada klien yang akan mengakibatkan hubungan perawat-klien yang bersifat terapeutik terganggu. Sehingga intruksi keperawatan yang telah diberikan tidak sepenuhnya dilaksanakan oleh klien. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat-klien yang bersifat terapeutik

Evaluasi asuhan keperawatan transkultural dilakukan terhadap keberhasilan klien tentang: mempertahankan budaya yang sesuai dengan kesehatan, negosiasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatannya dan restrukturisasi budaya yang bertentangan dengan kesehatan. Melalui evaluasi dapat diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan keinginan klien atau sesuai latar belakang budayanya. Dibawah ini digambarkan peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan berdasarkan teori Leininger Transcultural nursing.

Gambar

2.2: Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan berdasarkan teori (Leininger, 2001)
Transcultural nursing

H. KUALITAS HIDUP (*QUALITY OF LIVE*)

Kualitas hidup adalah keadaan seseorang yang dipersepsikan, keadaan tersebut disesuaikan dengan konteks budaya dan sistem nilai yang dianut termasuk didalamnya tujuan hidup, harapan dan niatnya. (Schipper, 2009). Kualitas hidup mencakup, gejala fisik, kemampuan fungsional (aktivitas), kesejahteraan keluarga, spiritual, fungsi sosial, kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan), orientasi masa depan, kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri, dan fungsi dalam bekerja.

Teori kualitas hidup dikembangkan oleh Wilson & Cleary (1995), yang menjelaskan hubungan kausal antara konsep dasar kesehatan berkaitan dengan kualitas hidup (*Health Realated Quality Of Life*).

Teori HRQOL terdiri dari lima domain yaitu:

1. Faktor biologis/fisiologis berkaitan pada gangguan dalam fungsi sel, organ dan system organ. Faktor-faktor tersebut diketahui melalui pemeriksaan diagnostik untuk menentukan adanya perubahan biologis dan fisiologis yang berpengaruh terhadap HRQOL.
2. Status gejala, adalah perubahan fisik dan psikologis individu. Berkembangnya gejala merupakan hasil dari hubungan yang kompleks diantara sejumlah variabel biologis dan fisiologis, serta

pengalaman individu tentang gejala yang dialami. Komponen status gejala merupakan hal yang penting dari status fungsional.

3. Status fungsional, adalah kemampuan untuk melaksanakan tugas secara spesifik yang meliputi empat komponen yaitu: komponen fisik adalah kekuatan, istirahat, tidur dan nafsu makan. Komponen sosial adalah hubungan dengan keluarga dan teman atau tetangga. Komponen peran yaitu peran istri, orang tua, dan pekerja. Komponen psikologi dan spiritual adalah kebahagiaan, pikiran dan keyakinan.
4. Persepsi terhadap kesehatan adalah mengintegrasikan ekspresi subjektif individu terhadap faktor gejala yang dialami serta status fungsionalnya. Berkurangnya status fungsional menyebabkan persepsi individu negative terhadap kesehatan. Persepsi tentang kesehatan merupakan prediktor dari system pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan yang dapat mempengaruhi terhadap kualitas hidup secara keseluruhan (Peterson&Bredow, 2004). Pada perempuan menopause perubahan terhadap fungsi fisik, sebagai akibat defisiensi hormone estrogen dapat menyebabkan penurunan kemampuan perempuan menopause untuk melakukan tugas spesifiknya sehingga akan berdampak pada penurunan persepsi kesehatan general.
5. Kualitas hidup secara keseluruhan ditujukan pada kesejahteraan subjektif individu, kebahagiaan atau kepuasan individu dalam kehidupannya. Kelima domain dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungan. Karakteristik individu pada perempuan menopause seperti: usia, pendidikan, pekerjaan agama, suku, pengetahuan, nilai budaya dan gaya hidup, permasalahan fisik, seksual serta psikososial mempengaruhi persepsi kesehatan general dari perempuan menopause.

Komponen kualitas hidup menurut WHO adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan dalam hubungann dengan tujuan, harapan standard dan perhatian. Secara umum terdapat lima domain untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner dari WHO, yang disebut WHOQOL-BREF mencakup:

1. Kesehatan fisik, (*physical health*): kesehatan umum, nyeri, energy dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat.
2. Kesehatan psikologik (*psychologik health*): cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
3. Tingkat aktivitas (*level of independence*): mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi dan kemampuan kerja.
4. Hubungan sosial (*sosial relationship*): hubungan sosial, dan dukungan sosial.
5. Lingkungan (*environment*), keamanan, lingkungan rumah dan kepuasan kerja

Instrumen kualitas hidup secara garis besar terbagi dua yaitu: instrument umum (*generic scale*), yaitu instrument yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup secara umum. Instrument khusus (*specific scale*) adalah instrument untuk mengukur sesuatu yang khusus pada perempuan menopause dengan menggunakan MENQOL. *Menopause Specific Quality of Life* (MENQOL) adalah kuesioner yang dikembangkan pada tahun 1996 dan telah digunakan oleh berbagai macam klinik dan ethnic populasi.

Ada 29 item pertanyaan, pada instrument MENQOL yang bertujuan untuk menilai kesehatan yang berkaitan dengan kualitas hidup pada area yang berfokus pada vasomotor, fisik, psikososial dan fungsi seksual. Satu dari kekuatan dari MENQOL adalah kemampuanyang tidak hanya mengukur frekuensi dari gejala pada masa menopause, tetapi juga menilai tingkatan yang mengganggu terhadap kualitas hidup perempuan yang terdahulu yaitu pada kejadian tiga puluh hari timbulnya gejala menopause.

Skor MENQOL adalah standar untuk menentukan domain yang diukur. Domain yang diukur disamping menjelaskan kemampuan, juga menggambarkan perbandingan diantara faktor-faktor yang berbeda serta dapat memberikan dampak pada kualitas hidup perempuan menopause. Item pertanyaan pada instrument MENQOL meliputi tiga domain yaitu: (1). fisik dan seksual dengan 20 item pernyataan, (2). Vasomotor dengan 3 item pernyataan dan psikososial dengan 6 item pernyataan. Setiap item dari domain yang diukur memiliki rentang 0 – 6, yang menggambarkan bila 0 tidak ada gangguan dan bila semakin mendekati angka 6 maka keluhan yang dialami sangatlah mengganggu perempuan menopause, dengan total rentang score adalah 29-174.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh faktor kesehatan fisik, mental, kepribadian, riwayat masa lalu, serta interaksi sosial. Pengukuran Kualitas Hidup telah berkembang selama kurang lebih dua puluh tahun dan kini telah menjadi metodologi tertentu dengan teori yang terstruktur formal. Skor kualitas hidup telah semakin diakui sebagai ukuran hasil yang penting baik dalam penelitian, pelayanan kesehatan dan evaluasi pengobatan. Penilaian kualitas hidup secara luas digunakan dalam uji klinis dan dalam pengamatan studi tentang kesehatan dan penyakit. Hal ini sering digunakan untuk mengevaluasi intervensi dan efek samping pengobatan serta dampak penyakit dan proses biologis lainnya dari waktu ke waktu (Peterson & Bredow, 2004).

I. Konsep Self Management

Self-manajemen (manajemen diri) telah dikonseptualisasikan sebagai bagian dari perawatan diri (Barlow et al., 2002; Wilkinson & Whitehead, 2009). Konsep ini berfokus pada pengelolaan dampak aktual atau potensial terjadinya suatu kondisi sakit. Istilah self manajemen juga dipergunakan untuk kegiatan promosi kesehatan yang mengacu pada sistem kesehatan (Jerant, von Friederichs-Fitzwater, & Moore, 2005; Lorig & Holman, 2003; Wagner, Davis, Shaefer, Von Korff, & Austin, 2002; Wilde & Garvin, 2007).

Thorne et al., (2003) mendefinisikan manajemen diri adalah sebagai kemampuan dan proses yang digunakan individu dalam upaya sadar dapat melakukan pengelolaan terhadap suatu kondisi dimana tubuh mengalami suatu perubahan baik fisik dan psikologis yang dapat menimbulkan suatu kondisi sakit. Manajemen diri juga didefinisikan menurut Wilkinson dan Whitehead (2009) sebagai kemampuan individu dalam hubungannya terhadap keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan untuk melakukan pengelolaan terhadap gejala fisik, dan psikologis yang timbul akibat suatu perubahan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor: gaya hidup, budaya dan spiritual.

Proses yang dilakukan pada pengelolaan manajemen diri adalah melakukan pemantauan terhadap kesehatan (*self monitoring*) serta kemampuan (*self efficacy*) terhadap pengembangan strategi

untuk melakukan suatu intervensi perawatan, keamanan, dan memahami terhadap implikasi yang timbul akibat suatu perubahan, baik fisik dan psikologis (Thorne et al., 2003; Unger & Buelow, 2009).

Manajemen yang efektif dilakukan dengan melibatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor dalam melakukan pemeliharaan terhadap stabilitas fisik dan psikologis yang timbul akibat dampak suatu perubahan pada sistem tubuh (Paradis, Cossette, Frasure Smith, Heppell & Guertin, 2010; Riegel & Dickson, 2008).

Efektifitas program manajemen diri diukur dalam ranah pengetahuan, perilaku yang berhubungan dengan nilai budaya dan gaya hidup, perubahan fisik, psikologis, dukungan sosial, serta kualitas hidup (Barlow et al., 2002; Bodenheimer et al., 2002; Chodosh et al., 2005; Lorig, Ritter, & Plant, 2005). Pemantauan diri (*self monitoring*) merupakan bagian dari pengelolaan diri dan mengacu pada pemantauan terhadap kondisi kesehatan yang mengalami suatu perubahan baik fisik dan psikologis. Wilde and Garvin (2007) mengidentifikasi dua komponen pelengkap terkait informasi pengetahuan yang harus dimiliki, yang merupakan bagian dari tindakan penyediaan layanan kesehatan antara lain: (1). Pemahaman terhadap perubahan pada tubuh baik fisik dan psikologis, (2). Kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan pengetahuan yang dimiliki.

Song & Lipman (2008) menjelaskan *self monitoring* merupakan bagian dari perawatan diri dengan melakukan serangkaian kegiatan secara mandiri antara lain kesadaran yang tinggi terhadap kondisi diri, kemampuan melakukan interpretasi terhadap suatu stimulus, dan kemampuan untuk merespon terhadap suatu kondisi baik fisik dan psikologis.

2.8. Self Management Theory Pada Pendekatan Individu dan keluarga

Individu dan keluarga pada konsep self managemen adalah bekerjasama dalam mencapai tujuan terhadap perubahan perilaku kesehatan yang merupakan bagian dari fungsi keseharian dalam keluarga, yang tidak hanya terbatas pada fungsi biologis (Im E-O, 2001; Meleis 2006). Individu dan keluarga melakukan pengelolaan terhadap perubahan fisik dan psikologis dengan cara mengintegrasikan nilai-nilai yang diyakininya, serta bertanggung jawab dalam melakukan pengelolaan

terhadap kemungkinan yang terjadi, serta melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang professional. Teori self managemen digunakan pada kondisi dan situasi yang khusus, yaitu pada suatu perubahan yang dapat menimbulkan suatu kondisi sakit. Teori pengelolaan diri dapat meningkatkan tanggung jawab pada individu dan keluarga serta pengambilan keputusan dalam melakukan pengendalian diri (*Self Controlling*) terhadap kondisi kesehatan dan kesejahteraan dengan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki (Scilling; Grey, 2002; Knaf, 2002).

Managemen diri dengan pendekatan pada individu dan keluarga terdiri dari tiga dimensi, yaitu: kontekstual, proses dan hasil (Fawcett, 2001; Watson, 2001; Neuman, 2001; Walker, 2001; Fitzpatrick, 2001). Faktor dimensi kontekstual mempengaruhi individu dan keterlibatan keluarga dalam proses secara langsung serta berdampak pada hasil (Schilling, 2002; Sawin, 2003). Dimensi proses adalah peningkatan individu dan keluarga untuk melakukan pengelolaan diri. Dimensi hasil berfokus pada hubungan individu dan keluarga yang positive (*Self Reward*) untuk melakukan peningkatan diri dengan melakukan perbaikan.

Dimensi kontekstual: adalah kondisi spesifik yang dialami, terkait pada fisik dan lingkungan sosial serta karakteristik dari individu dan keluarga. Kondisi spesifik faktor adalah perubahan fisik, sexual dan psikologis, perawatan yang telah dilakukan, atau pencegahan, serta perilaku yang dibutuhkan dalam pengelolaan diri.

Dimensi proses dipengaruhi oleh teori-teori tentang perubahan perilaku kesehatan (*Self Monitoring*), teori pengaturan diri (*Self Controlling*), dan dukungan sosial (*Self Reward*) (Schilling, 2002; Sawin, 2003).

Pada dimensi proses individu akan menerima rekomendasi tentang perubahan terhadap perilaku yang berhubungan pada kesehatan, jika mereka mengetahui dan memahami informasi dan meyakinkannya secara konsisten. Jika mereka dapat mengembangkan kemampuan pengaturan diri (*Self Controlling*) untuk merubah perilaku kesehatan maka pengalaman sosial ini akan berpengaruh dan mendukung mereka untuk terlibat dalam perilaku kesehatan secara preventif.

Pengetahuan dan keyakinan berdampak pada perilaku dan kemampuan diri secara spesifik, hasil yang diharapkan, dan persamaan terhadap pencapaian tujuan. Pengaturan diri (*Self Controlling*) adalah proses perubahan yang digunakan untuk merubah perilaku kesehatan berupa aktivitas-aktivitas seperti pengawasan diri, perenungan (*Self Monitoring*), pembuatan keputusan, perencanaan yang melibatkan perilaku spesifik, evaluasi diri, dan pengelolaan terhadap perubahan fisik, emosi dan respon kognitif yang berkaitan dengan perubahan perilaku (*Self Controlling*). Pengaruh sosial dan dukungan sosial (*Self Reward*) serta kolaborasi antara individu dan professional tenaga kesehatan (Schilling, 2002; Sawin, 2003). Dimensi hasil adalah pencapaian hasil yang ditetapkan pada tujuan baik jangka pendek dan jangka panjang. Pencapaian hasil pada tujuan jangka pendek adalah penyesuaian perilaku kemampuan melakukan manajemen diri yang spesifik pada suatu kondisi, resiko, atau transisi, dalam upaya melakukan pengelolaan terhadap perubahan fisik, dan psikologi. Jangka panjang berfokus pada kesuksesan pencapaian jangka pendek. Hasil-hasil ini terbagi pada tiga katagori yaitu peningkatan status kesehatan dan kualitas hidup atau sejahtera.

Tabel 1. Model Teori Manajemen diri untuk Individu dan Keluarga

Sumber: Ryan & Sawin, 2009

DAFTAR PUSTAKA

Green C.J. (2012). *Maternal Newborn Nursing Care Plans*. Second edition. Malloy.Inc

Hanretty K.P., Santoso B.I., Muliawan E. (2014) *Ilustrasi Obstetri*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.

Klossner, J.,(2006), *Introductory Maternity Nursing*, Lippincott Williams & Wilkins

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). *Keperawatan Maternitas* (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

Perry S.E., Hockenberry M.J., Lowdermilk D.L., Wilson D. (2014). *Maternal Child Nursing Care*. 5th edition. Mosby: Elsevier Inc. Bobak, Lowdermilk. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC

Manuaba. (2010). *Ilmu kebidanan Penyakit Kandungan dan KB* . Jakarta : EGC.

Wiknjosastro, Hanifa. (2010). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo