

ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI



Penulis:

Deffi Uprianti Bakri, Silvia Indah Desvita, Tri Lestari,
Dwi Gustin Franciska, Eltriya Septiyani,
Lingga Puspita Sari, Lathifah 'Arub, Uli Rosita Hutagaol,
Ovie Sri Andani, Wahyuni Arpalina, Elma Melia Sari,
Helti Lestari Sitinjak, Astari Seto, Revinovita

ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI

**Deffi Uprianti Bakri
Silvia Indah Desvita
Tri Lestari
Dwi Gustin Franciska
Eltriya Septiyani
Lingga Puspita Sari
Lathifah 'Arub
Uli Rosita Hutagaol
Ovie Sri Andani
Wahyuni Arpalina
Elma Melia Sari
Helti Lestari Sitinjak
Astari Seto
Revinovita**



GETPRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN PANTOLOGI

Penulis :

Deffi Uprianti Bakri
Silvia Indah Desvita
Tri Lestari
Dwi Gustin Franciska
Eltriya Septiyani
Lingga Puspita Sari
Lathifah 'Arub
Uli Rosita Hutagaol
Ovie Sri Andani
Wahyuni Arpalina
Elma Melia Sari
Helti Lestari Sitinjak
Astari Seto
Revinovita

ISBN :

Editor : Diana Purnama Sari, M.E.
Mila Sari, M.Si.

Penyunting: Yuliatrini Novita, M.Hum.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit: CVGETPRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Asuhan Kebidanan Patologi dapat diselesaikan dengan kerjasama tim penulis. Asuhan Kebidanan Patologi merupakan buku yang memberikan pemahaman mengenai penyakit dan proses terjadinya penyakit khusus dalam ranah kebidanan. Buku ini berisikan bahasan mengenai prinsip dasar penanganan kegawatdaruratan asuhan kebidanan pada pasien covid-19, kelainan dalam lamanya kehamilan, bab 3 sistem rujukan, kehamilan dengan penyakit penyerta, kegawatdaruratan ginekologi, infeksi organ reproduksi perempuan, gangguan di dalam dan di luar siklus menstruasi, asuhan kebidanan dengan pendarahan pada kehamilan muda dan lanjut, kelainan gastrointestinal dan kelainan hematologik, asuhan kebidanan pada pendarahan pasca persalinan (primer dan sekunder), infertilitas, gangguan atau penyakit pada payudara dan sistem reproduksi pada wanita, gangguan psikologi yang terjadi pada kehamilan persalinan dan nifas, dan asuhan kebidanan pada perimenopause.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 PRINSIP DASAR PENANGANAN KEGAWATDARURATAN	
ASUHAN KEBIDANAN PADA PASIEN Covid-19	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Prinsip Dasar Penatalaksanaan Kegawatdaruratan pada Pasien Covid-19	2
1.2.1 Corona Virus 2019	2
1.2.2 Penanganan Covid-19 pada Kehamilan	4
1.2.3 Penanganan Covid-19 pada Persalinan	8
1.2.4 Penanganan Pasca Persalinan dengan Covid-19	9
1.2.5 Penanganan Bayi yang Lahir dari Ibu dengan Covid-19	9
1.3 Undang-undang Kebidanan	12
DAFTAR PUSTAKA	13
BAB 2 KELAINAN DALAM LAMANYA KEHAMILAN	15
2.1 Pendahuluan	15
2.2 Abortus	16
2.2.1 Pengertian	16
2.2.2 Etiologi	18
2.2.3 Patogenesis	20
2.2.4 Gambaran Klinis	21
2.3 Partus Prematurus dan Partus Imaturus (Persalinan Kurang Bulan)	22
2.3.1 Pendahuluan	22
2.3.2 Faktor Resiko Persalinan Prematur	23
2.3.3 Pengelolaan Kehamilan dengan Resiko Persalinan Prematur	23
2.3.4 Terapi	24
2.4 Kehamilan Serotinus (Kehamilan Lewat Waktu)	25
2.4.1 Pendahuluan	25
2.4.2 Diagnosis	26
2.4.3. Etiologi	26
2.4.4 Gambaran Klinis	26
2.4.5 Penilaian Risiko Antepartum	27
2.4.6 Pengelolaan	28
2.4.7 Prognosis	29
DAFTAR PUSTAKA	30
BAB 3 SISTEM RUJUKAN	31
3.1 Pendahuluan	31
3.2 Kebijakan dan Prinsip Dasar	32
3.3 Definisi	33
3.4 Tujuan Sistem Rujukan	34
3.5 Manfaat Sistem Rujukan	34

3.6 Pelaksanaan Sistem Rujukan	35
3.7 Jenis Rujukan	36
3.8 Syarat-syarat pemberian rujukan	37
3.9 Aturan Secara Umum Terkait Pelayanan Sistem Rujukan.....	39
3.10 Pelaksanaan Sistem Rujukan	41
DAFTAR PUSTAKA.....	42
BAB 4 KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT PENYERTA.....	45
4.1 Pendahuluan	45
4.2 Macam-Macam Penyakit Penyerta pada Kehamilan.....	46
4.2.1 Tuberkulosis	46
4.2.2 Malaria.....	48
4.2.3 Hipertensi.....	50
4.2.4 Asma.....	53
4.2.5 Hepatitis B.....	54
4.2.6 Anemia.....	55
4.2.7 Diabetes Mellitus Gestasional (DMG)	57
DAFTAR PUSTAKA.....	59
BAB 5 KEGAWATDARURATAN GINEKOLOGI.....	61
5.1 Pendahuluan	61
5.2 kelainan pada Sistem Reproduksi	61
5.2.1 Atresia Vagina	61
5.2.2 Hymen Inferforata.....	63
5.3 Radang Genitalia Interna.....	64
5.3.1 Servisititis	64
5.3.2 Bartholinitis	66
5.3.3 Endometriosis	68
5.3.4 Infertilitas.....	73
5.3.5 Kehamilan Ektopik.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	78
BAB 6 INFEKSI ORGAN REPRODUKSI PEREMPUAN	81
6.1 Pendahuluan	81
6.2 Pengertian Infeksi Organ Reproduksi Perempuan	82
6.3 Penyakit Organ Reproduksi Perempuan	82
6.3.1 Vaginitis	82
6.3.2 Servisititis	84
6.3.3 Bartholinitis	85
6.3.4 Endometritis	86
6.3.5 Kanker Serviks.....	87
6.3.6 Infeksi Menular Seksual.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	92

BAB 7 GANGGUAN DI DALAM DAN DI LUAR SIKLUS MENSTRUASI.....	95
7.1 Pendahuluan	95
7.2 Premenstrual Syndrome (PMS) dan Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)	96
7.2.1 Definisi.....	96
7.2.2 Etiologi.....	96
7.2.3 Tanda dan Gejala.....	97
7.2.4 Pencegahan dan Penanganan.....	98
7.3 Amenore	99
7.3.1 Definisi.....	99
7.3.2 Etiologi	99
7.3.3 Tanda dan Gejala.....	100
7.3.4 Pencegahan dan Penanganan	100
7.4 Dismenorea	100
7.4.1 Definisi.....	100
7.4.2 Etiologi	101
7.4.3 Penanganan	102
7.5 Polimenorea.....	103
7.5.1 Definisi.....	103
7.5.2 Etiologi	103
7.5.3 Penanganan	103
7.6 Menoragia	104
7.6.1 Definisi.....	104
7.6.2 Etiologi	104
7.6.3 Tanda dan Gejala.....	104
7.6.4 Penanganan	105
7.7 Oligomenoria	107
7.7.1 Definisi.....	107
7.7.2 Etiologi	107
7.7.3 Penanganan	108
DAFTAR PUSTAKA.....	109
BAB 8 ASUHAN KEBIDANAN DENGAN PENDARAHAN PADA KEHAMILAN MUDA DAN LANJUT.....	111
8.1 Pendahuluan	111
8.2 Pendarahan Pada Kehamilan Muda.....	111
8.2.1 Abortus.....	112
8.2.2 Kehamilan Ektopik.....	116
8.2.3. Mola Hidatidosa.....	123
8.3 Pendarahan pada Kehamilan Lanjut	125
8.3.1 Plasenta Previa	125
8.3.2. Solusio Plasenta.....	128
DAFTAR PUSTAKA.....	131

BAB 9 KELAINAN GASTROINTESTINAL DAN KELAINAN HEMATOLOGIK.....	133
9.1 Pendahuluan	133
9.2 Kelainan Gastrointestinal	134
9.2.1 Mual dan Muntah	134
9.2.2 Hiperemesis Gravidarum	135
9.2.3 Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	137
9.3 Kelainan Hematologik	138
DAFTAR PUSTAKA.....	143
BAB 10 ASUHAN KEBIDANAN PADA PENDARAHAN PASCA PERSALINAN (PRIMER DAN SEKUNDER)	145
10.1 Pendahuluan	145
10.2 Pendarahan Pasca Persalinan.....	146
10.2.1 Definisi	146
10.2.2 Etiologi Perdarahan	147
10.2.3 Epidemiologi	147
10.2.4 Faktor Resiko Perdarahan	147
10.2.5 Patogenesis	148
10.2.6 Diagnosis.....	148
10.2.7 Jenis Perdarahan	149
10.3 Pendarahan Pasca Persalinan Primer	149
10.3.1 Definisi	149
10.4 Pendarahan Pasca Persalinan Sekunder	153
10.4.1 Definisi	153
DAFTAR PUSTAKA.....	154
BAB 11 INFERTILITAS.....	157
11.1 Pendahuluan	157
11.2 Definisi	158
11.3 Epidemiologi	159
11.4 Etiologi.....	160
11.4.1 Faktor Wanita	160
11.4.2 Faktor Pria	165
11.5 Diagnosis Infertilitas.....	167
11.5.1 Analisis Semen	167
11.5.2 Penilaian Ovulasi	169
11.5.3 Penilaian Cadangan Ovarium.....	170
11.5.4 Penilaian Uterus dan Tuba Fallopi	170
11.5.5 Laparoscopi.....	171
11.6 Penatalaksanaan Infertilitas.....	171
11.6.1 Penatalaksanaan pada Wanita.....	171
11.6.2 Penatalaksanaan pada Pria.....	173
DAFTAR PUSTAKA.....	175

BAB 12 GANGGUAN ATAU PENYAKIT PADA PAYUDARA	
DAN SISTEM REPRODUKSI PADA WANITA	177
12.1 Pendahuluan	177
12.2 Gangguan Pada Payudara Perempuan.....	179
12.2.1 Kanker Payudara.....	179
12.2.2 Fibro Adenoma Mamma (FAM)	179
12.2.3 Tumor Philoides (<i>Cystosarcoma Philloides</i>)	181
12.2.4 Galaktokel.....	181
12.2.5 Mastitis (Infeksi Payudara)	182
12.2.6 Fibrokistik Mamae.....	183
12.3 Gangguan Pada Sistem Reproduksi Perempuan	184
12.3.1 Sindroma Ovarium Polikistik (PCOS)	184
12.3.2 Infeksi Menular Seksual (IMS)	185
12.3.3 Mioma Uteri.....	186
12.3.4 Kanker Servik.....	186
12.3.5 Endometritis	187
12.3.6 Penyakit Radang Panggul.....	187
12.3.7 Rahim Turun (Prolaps Uteri)	188
12.3.8 Interstitil Cystitis	189
DAFTAR PUSTAKA.....	190
BAB 13 GANGGUAN PSIKOLOGI	
YANG TERJADI PADA KEHAMILAN PERSALINAN DAN NIFAS.....	193
13.1 Pendahuluan	193
13.2 Gangguan Psikologi Masa Hamil	194
13.2.1 Gangguan Suasana Hati	194
13.2.2 Takut dan Kecemasan pada Kehamilan	194
13.2.3 Depresi.....	196
13.2.4 Psikosis.....	197
13.2.5 Bipolar.....	197
13.3 Gangguan Psikologi pada Masa Persalinan.....	198
13.4 Gangguan Psikologi Pada Masa Nifas.....	199
13.4.1 Postpartum Blues	200
13.4.2 Depresi Postpartum.....	201
13.4.3 Postpartum Psikosis	202
DAFTAR PUSTAKA.....	204
BAB 14 ASUHAN KEBIDANAN PADA PERIMENOPAUSE	207
14.1 Pengertian Perimenopause	207
14.2 Penyebab Terjadinya Masa Perimenopause	208
14.3 Patofisiologi Masa Perimenopause	209
14.4 Tanda-tanda Awal pada Masa Perimenopause.....	209
14.5 Keluhan pada Masa Perimenopause.....	211
14.6 Perubahan-perubahan Organik Pada Masa Perimenopause.....	211
14.7 Keluhan yang Berhubungan dengan Kejiwaan pada Masa perimenopause.....	212

14.8 Perubahan Psikologik pada Masa Perimenopause	213
14.9 Tanggapan Atau Reaksi Wanita Terhadap Masa Perimenopause	214
14.10 Diagnosis	214
14.11 Tujuan Asuhan Masa Perimenopause	214
14.12 Dampak Perubahan Hormonal pada Perimenopause.....	215
14.13 Beberapa Cara untuk Mengatasi Keluhan pada Wanita Premenopause	215
DAFTAR PUSTAKA.....	221
BIODATA PENULIS.....	223

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Corona Virus 2019	3
Gambar 1.2 Alat Perlindungan Diri untuk petugas kesehatan yang merawat pasien dengan Covid-19 dalam kehamilan	11
Gambar 14. 1 Fase Klimakterium	210

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 batasan normal hemoglobin menurut WHO	56
Tabel 6.1 Bakteri Aerob dan Anaerob penyebab endometriosis akut	87
Tabel 11.1 World Health Organization Criteria for a Normal Semen Analysis	170

BAB 1

PRINSIP DASAR PENANGANAN KEGAWATDARURATAN ASUHAN KEBIDANAN PADA PASIEN Covid-19

Oleh Deffi Uprianti Bakri

1.1 Pendahuluan

Gawat artinya sesuatu yang mengancam nyawa, darurat adalah memerlukan penanganan atau tindakan secepatnya untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah keadaan yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban. Dalam ilmu kebidanan kita mengenal adanya kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Kegawatdaruratan maternal merupakan kejadian berbahaya yang dapat mengancam jiwa akibat dari masalah kehamilan, persalinan, atau nifas sedangkan kegawatdaruratan neonatal merupakan kejadian yang mengancam jiwa bayi baru lahir usia 0-28 hari. Kegawatdaruratan dapat juga didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga serta membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa.

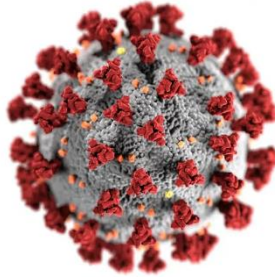
Kegawatdaruratan maternal dan neonatal menjadi salah satu penyebab dalam terjadinya angka kematian pada ibu dan bayi di Indonesia. Sebagaimana yang kita ketahui, pada tahun 2019 dunia telah digemparkan dengan munculnya penyakit corona virus. Di Indonesia sendiri kita ketahui corona terdekensi pada tahun 2020,

kesehatan maternal dan neonatal menjadi salah satu layanan yang terkena dampak buruk secara akses maupun kualitas. Dalam situasi pandemi Covid-19 ada banyak hal yang harus dihindari dan dibatasi termasuk pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Hal ini mempengaruhi jumlah kunjungan ibu hamil, adanya anjuran menunda pemeriksaan kehamilan dan kelas ibu hamil, serta adanya ketidaksiapan pelayanan, mulai dari tenaga, sarana dan prasarana. Pada masa pandemi Covid-19, terdapat 62,7 % persalinan yang dilakukan oleh bidan sehingga bidan diharapkan bisa dan mampu memberikan pelayanan yang baik dan diharapkan bisa memproteksi diri agar tidak tertular (Sandhi and Dewi 2021). Wanita hamil dan janinnya merupakan populasi berisiko tinggi selama wabah penyakit menular Covid-19. Tingkat kematian kasus secara keseluruhan tampaknya kurang dari 1%; namun, data awal mungkin melebih-lebihkan angka ini. Dalam laporan yang menggambarkan kehamilan dengan penyakit corona virus 2019, semuanya terinfeksi pada trimester ketiga hasilnya gawat janin dan persalinan prematur terlihat pada beberapa kasus (Rasmussen et al. 2020).

1.2 Prinsip Dasar Penatalaksanaan Kegawatdaruratan pada Pasien Covid-19

1.2.1 Corona Virus 2019

Corona virus 2019 (Covid-19) pertama kali ditemukan di Wuhan, Provinsi Hube, Tiongkok pada Desember 2019. WHO memberi nama corona virus 2019 atau Covid-19 pada bulan Februari 2020. Istilah corona virus berasal dari kata Latin 'corona' yang berarti "mahkota", sama dengan virus corona yang terlihat dengan mikroskop elektron, dimana partikel virus menampilkan pinggiran seperti mahkota (Rasmussen et al. 2020). Pada awalnya, virus corona ini lebih banyak menyerang kelompok usia lanjut, namun belakangan ini sudah menginfeksi di seluruh kelompok usia, mulai dari usia produktif, remaja, balita, bayi, tidak terkecuali kelompok ibu hamil.



Gambar 1.1 Corona Virus 2019

Covid-19, coronavirus disease 2019. Rasmussen. 2019 novel coronavirus and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2020.

Selama periode Covid-19, profesional dalam bidang perawatan kesehatan melakukan upaya yang sangat luar biasa dan sayangnya beberapa dari mereka kehilangan nyawa selama dalam masa pandemik Covid-19, sama halnya dengan ilmu kedokteran dan kesehatan lainnya, bagian kebidanan juga terkena dampak dari pandemi. Selama periode ini, otoritas kesehatan harus membuat beberapa peraturan penting untuk melindungi ibu, bayi, dan tenaga kesehatan untuk penanganan Covid-19 (Rasmussen et al., 2020). Covid-19 dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kategorikan: kategory ringan, sedang dan berat/kritis (Wu and McGoogan, 2020).

Gejala klinis yang disebabkan oleh infeksi Covid-19 sangat mirip dengan sindrom pernafasan akut yang parah (SARS) (Huang et al., 2020). Seseorang bisa dinyatakan atau didiagnosa terinfeksi Covid-19 apabila telah melakukan tes yang sesuai dengan standar penegakan diaagnosa. Standar yang dipakai untuk menentukan seseorang dinyatakan positif Covid-19 adalah dengan pengujian *real time reversen transcriptioan polymerase chan reaction (RT-PCR)*, yang mana pasien atau yang diduga terinfeksi virus corona di ambil *specimen* dari pernapasannya dan dilakukan pemeriksaan di laboratorium dengan metode RT-PCR. Tes ini menggunakan primer dan probe spesifik yang

menargetkan RNA-dependen, RNA-*polymerase* (RdRp), dan gen nukleokapsid dari SARS-Covid-19 (Huang et al. 2020)(N. Zhu et al. 2020).

Di masa pandemik, jaga jarak atau *social distancing* terbukti efektif dalam mengurangi penularan penyakit *Covid-19*. Pada wanita hamil, persalinan, melahirkan, dan menyusui yang tiba diantar keruangan isolasi, harus dikelompokkan berdasarkan kategori dengan risiko rendah, sedang, atau tinggi suatu infeksi *Covid-19* untuk menentukan disposisi pasien dan jenis pengendalian infeksi tindakan pencegahan yang diperlukan dilakukan oleh staf kesehatan. Sebagian besar penatalaksanaan kebidanan didasarkan pada konsensus dan rekomendasi dari tindakan praktik terbaik. Narasi ini merupakan kerangka kerja terpadu untuk memberikan tingkat perawatan yang sesuai bagi pasien dan staf rumah sakit selama masa pandemi Covid-19.

1.2.2 Penanganan Covid-19 pada Kehamilan

Prinsip umum yang berkaitan dengan tatalaksana *Covid-19* selama kehamilan meliputi isolasi dini, prosedur pengendalian infeksi yang agresif, pengujian SARS-CoV-2 dan koinfeksi, terapi oksigen sesuai kebutuhan, menghindari kelebihan / kekurangan cairan, pemberian antibiotik (karena risiko infeksi bakteri sekunder), pemantauan kontraksi pada rahim dan janin, siapakan peralatan ventilasi, pasang infuse untuk memasukkan cairan, kecuali jika ada ketidakstabilan kardiovaskular dan indikasi lain. Petugas pengendalian infeksi dan dikerjakan dengan manajemen berbasis tim yang direkomendasikan untuk penanganan kehamilan yang telah ditentukan difasilitas perawatan kesehatan seperti RS dan harus mencakup penentuan unit klinis yang optimal untuk memberikan perawatan.

Prinsip penatalaksanaan ibu hamil dengan Covid-19 yaitu dengan :

1. Mematuhi semua aturan untuk memperhatikan kebersihan dan etika saat bersin atau batuk, selalu melakukan kuci tangan.
2. Pasien yang memiliki gejala pernapasan harus selalu memakai masker wajah dan menunggu di ruang terpisah dan terventilasi dengan baik dan berjara minimal pasien dengan gejala pernapasan harus 2 meter 6 kaki dari orang lain.
3. Pasien yang dikonfirmasi positif Covid-19 harus segera di isolasi, jika tidak memiliki tempat isolasi yang memadai segera rujuk pasien ke rumah sakit yang memiliki pasilitas tersebut.
4. Melakukan prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi Covid-19, baik pencegahan standar, kontak dengan pasien, udara, pelindung mata.
5. Melakukan/ menggunakan alat pendindung diri yang baik dan benar.
6. Hubungi pihak RS dan berkoordinasi dengan depertemen Kesehatan lokal/ negara.
7. Batasi akses pengunjung dan petugas kesehatan ke kamar pasien yang terkonfirmasi positif atau dicurigai Covid-19 .
8. Kehamilan dianggap sebagai kondisi yang berseriko yang memerlukan pemantauan ketat, terumatan denyut jantung janin dan kontransi.
9. Berikan terapi oksigen, dan siapkan ventilasi antisipasi terjadinya gagal napas.
10. Lakukan pemasangan infus untuk memberikan cairan intravenaJika syok terjadi lakukan pertolongan dasar pada pasien syok atau darurat. Jika berlanjut lakukan konsultasi dan kolaborasi dengan dokter kebidanan atau spesialis kandungan, dan semua tenaga medis yang berkaitan (Lapinsky 2017)(H. Zhu et al. 2020).

Menurut protokol petunjuk praktis layanan medis kesehatan ibu dan bayi baru lahir selama pandemi Covid-19, 2020 (Kemenkes RI 2020):

1. Ibu hamil tanpa demam dan gejala influenza like illnesses dan tidak ada riwayat kontak erat dengan orang terinfeksi Covid-19 dan tidak memiliki riwayat bepergian dari atau ke daerah yang telah dinyatakan dalam zona Covid-19, disertai dengan hasil rapid test negatif (jika mungkin dilakukan), dapat dilayani oleh bidan/dokter atau nakes dan menggunakan APD level 1.
2. Sedangkan Ibu hamil yang diduga dicurigai Covid-19 dapat dilayani faske terdekat jika pasien positif makan akan dirujuk dan diberi keterangan yang jelas pada surat rujukan bahwa diagnosa positif Covid-19 dan permintaan untuk dilakukan pemeriksaan RT-PCR serta penanganan selanjutnya oleh dokter spesialis.
3. Ibu Hamil tetap mendapatkan pelayanan *ANC* sama dengan situasi saat normal sesuai dengan SOP yang berlaku, kecuali pemeriksaan *uSG* untuk sementara ditunda pada ibu yang dikonfirmasi positif Covid-19 sampai ada rekomendasi, atau sampai isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya, ibu dianggap sebagai kasus yang memiliki risiko tinggi, konsultasi kehamilan dilakukan sesuai rekomendasi WHO, Ibu hamil diminta untuk melakukan:
 - a) Pemeriksaan terpenting dalam masa kehamilan yaitu pada trimester 1, direkomendasikan oleh dokter/ bidan, untuk dilakukan skrining faktor risiko (HIV, sifilis, Hepatitis B). Jika kunjungan pertama ke bidan, maka setelah *ANC* dianjurkan untuk ibu hamil melakukan pemeriksaan kepada dokter/spesialis.
 - b) Kunjungan wajib kedua boleh dilakukan pada usia kehamilan memasuki trimester 3 atau 1 bulan sebelum taksiran persalinan harus oleh dokter untuk persiapan persalinan.

- c) Kunjungan selebihnya bisa dilakukan atas nasihat tenaga kesehatan atau saat ibu ada keluhan yang didahului dengan perjanjian untuk bertemu, saat kunjungan keempat. Ibu hamil diminta mempelajari Buku KIA.
- d) Memberi edukasi atau pemahaman kepada ibu tentang tanda bahaya dan permasalahan kehamilan dan edukasi kelas ibu hamil baik menggunakan media aplikasi Telemedicine atau disampaikan secara langsung saat kunjungan berlangsung.

Petugas diharapkan memiliki kemampuan untuk memberikan surveilans untuk deteksi dini perjalanan atau gejala Covid-19 yang memburuk pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan ke layanan kesehatan, serta kemampuan untuk memantau bukti komplikasi yang terjadi dalam ilmu kebidanan (misalnya persalinan prematur atau gangguan janin). Pertimbangkan terapi oksigen segera (target saturasi O_2 95% dan/atau pO_2 70 mm Hg). Pertimbangkan persiapan ventilasi jika terjadi gagal napas lanjut. Teknik ventilasi noninvasif mungkin memiliki sedikit peningkatan risiko aspirasi pada kehamilan. Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga mengenai diagnosis, status klinis, dan keinginan manajemen. Keputusan akhir terkait dengan persalinan dan terminasi kehamilan harus didasarkan pada usia kehamilan, kondisi ibu, dan stabilitas janin, serta keinginan ibu itu sendiri. Apa bila terjadi kegagalan dalam pernapasan pada ibu yang terinfeksi atau suspek Covid-19, maka dilakukan pertolongan persalinan dengan tim yang telah dibentuk dan dengan melibatkan spesialis dan tim terkait penanganan Covid 19 (Rasmussen et al. 2020).

1.2.3 Penanganan Covid-19 pada Persalinan

Di masa pandemi, langkah social distancing/ menjaga jarak terbukti efektif mengurangi penularan penyakit, dalam pelayanan kebidanan dapat dilayani dengan model ini, untuk pengobatan Covid-19. Baik secara tim maupun individu meraka memberikan pelayanan , dalam melakukan pelayanan persalinan dan rawat inap, perawatan antenatak rawat jalan, atau layanan bedah dan mengobati wanita dengan suspek atau positif Covid-19 dengan menggunakan alat pelindung diri (APD). Jika terdapat anggota tim yang terinfeksi Covid-19 maka tim lainnya akan di karantina selama 2 minggu(Dashraath et al. 2020).

Persalinan pada pasien terinfeksi Covid-19 diputuskan berdasarkan kondisi kesehatan yang dialami. Pada kasus tanpa adanya gejala pada pasien Covid-19 tidak dianjurkan untuk melakukan persalinan jika belum waktunya, kecuali terdapat komplikasi atau masalah dalam kehamilannya yang mengharuskan persalinan segera dan apabila keadaan pasien Covid-19 dalam keadaan kritis makan tindakan persalinan akan dipertimbangkan pada usia kehamilan minimal 32-34 minggu.

Tindakan pencegahan yang harus dilakukan untuk mengurangi resiko penularan Covid-19 selama persalinan:

1. Melakukan skrining/ swab atau test *RT-PCR* pada semua pasien yang datang.
2. Menggunakan alat pelindung diri semuai dengan tingkatan keparahan Covid-19. Pastikan peralatan yang digunakan petugas aman dan dapat melindungi.
3. Menentukan waktu dan mempersiapkan tempat untuk persalinana baik SC atau pervagina secara terjadwal, persalinan SC dilakukan atas indikasi kebidanan.
4. Mempersiapkan meja persalinan yang baru atau yang sudah disterilkan dari persalinan yang lalu.
5. Mengediakan kamar isolasi tersendiri dengan ventilasi yang baik dan meminimalkan orang lain di dalam ruangan persalinan.

6. Pastikan melakukan persalinan dengan tetan memperhatikan perasaan kenyamanan pasien. (Sahin et al. 2021)(Rasmussen et al. 2020).

1.2.4 Penanganan Pasca Persalinan dengan Covid-19

1. Perkenalkan ibu dengan beberapa KB dan lakukan pelayanan KB. utamakan memberikan KB jangka panjang dan berikan pengetahuan dan nasehat tentang KB pada ibu.
2. Berikan nasehat pada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir dan tentang penularan penyakit yang bisa didapat dari ibu dan lingkungan. Pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan.
3. Lakukan pemantauan pasca persalinan pada 2 jam pasca ibu bersalin. Lakukan pemeriksaan nifas dan edukasikan personal hygiene pada ibu
4. memberikan layanan kunjungan pasca bersalin pada ibu bukan Covid-19:
 - a) Pemeriksaan pada ibu nifas (sesuai SOP).
 - b) Asuhan neonatal (sesuai pedoman).
 - c) Konseling menyusui (sesuai pedoman) edukasi hidup bersih dan sehat, termasuk tanda bahaya pneumonia dan balita sakit.

1.2.5 Penanganan Bayi yang Lahir dari Ibu dengan Covid-19

Meskipun pengalaman terbatas dengan evaluasi bayi baru lahir setelah melahirkan dengan SARS dan MeRS belum mengidentifikasi kasus penularan dari ibu ke janin, laporan telah muncul di media tentang bayi 30 jam yang didiagnosis dengan Covid-19, menunjukkan kemungkinan mendapatkan penularan sejak berada dalam kandungan. Namun, informasi yang dimasukkan dalam laporan media tidak mencukupi untuk mengesampingkan cara penularan perinatal atau pasca kelahiran.

Dalam laporan oleh H. Zhu et al (2020) menyatakan bahwa Analisis klinis neonatus yang lahir dari ibu dengan pneumonia atau dengan Covid-19, dari beberapa bayi menunjukkan gejala bayi sesak napas, sianosis, bayi, pendarahan lambung, dan bayi meninggal karena kegagalan organ multiple. Namun, test swab tenggorokan semua bayi negatif untuk Covid-19, berarti menunjukkan bahwa komplikasi neonatal ini mungkin tidak terkait dengan transmisi intrauterin. Dengan demikian, saat ini belum diketahui apakah Covid-19 dapat ditularkan dari ibu ke janin. Mengingat kurangnya informasi saat ini, tampaknya masuk akal untuk mengasumsikan bahwa bayi baru lahir yang lahir dari ibu dengan Covid-19 saat melahirkan mungkin dapat terinfeksi, baik dalam kandungan atau perinatal, dan dengan demikian harus ditempatkan di ruang isolasi untuk menghindari paparan terhadap bayi baru lahir (Rasmussen et al. 2020).

Hal yang harus dilakukan untuk mengurangi resiko penularan selama persalinan dari ibu ke bayi, (Sahin et al. 2021)(Rasmussen et al. 2020) yaitu:

1. Tidak melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi atau tidak melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada saat bayi lahir.
2. Melakukan tes swab pada bayi.
3. Tidak meletakkan bayi satu ruangan perawatan dengan ibu, jika ibu dalam keadaan stabil dianjurkan untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya tetapi dengan tetap menerapkan proses pencegahan penularan Covid-19 (Salvatore et al. 2020).
4. Memberikan layanan kunjungan pasca bersalin pada ibu bukan Covid-19:
 - a. Pemeriksaan pada ibu nifas (sesuai SOP)
 - b. Asuhan neonatal (sesuai pedoman)

- c. **Konseling menyusu (sesuai pedoman), edukasi hidup bersih dan sehat, termasuk tanda bahaya pneumonia dan balita sakit.**

MEJA 2		
Alat Pelindung Diri (APD) ^a untuk petugas kesehatan yang merawat pasien dengan COVID-19 dalam kehamilan		
Risiko	Contoh pertemuan klinis dalam kebidanan	APD yang direkomendasikan untuk staf yang merawat pasien dengan COVID-19
Risiko rendah	Setiap pertemuan sementara >2 meter/6 kaki dari pasien	B Tidak ada; tindakan pencegahan standar dan masker bedah sudah cukup
Risiko sedang	Pemeriksaan kebidanan (termasuk vagina).	B Topi bedah
	Ultrasonografi (termasuk pemindaian vagina)	Sanung Tangan B
	Persalinan per vaginam atau caesar	B Pelindung wajah atau kaca mata
		B Gaun dengan lengan panjang
Berisiko tinggi	Penggunaan oksigen tambahan dalam persalinan:	B Topi bedah
	kanula hidung, masker wajah, masker air-entrainment, atau	Sanung Tangan B
	masker non-rebreather	B Pelindung wajah atau kaca mata
	Kolaps ibu: resusitasi kardiorpulmoner dan intubasi endotrakeal ^b	B Gaun dengan lengan panjang
		Respirator B N95/FFP2 atau PAPR dengan filter HEPA (pertimbangkan jika petugas kesehatan itu sendiri sedang hamil)
COVID-19, penyakit coronavirus 2019; HEPA, udara partikulat efisiensi tinggi; PAPR, respirator pemurni udara bertekanan.		
^a Alat pelindung diri, didefinisikan oleh Occupational Safety and Health Administration (OSHA) sebagai pakaian atau peralatan khusus, yang dikenakan oleh seorang karyawan untuk perlindungan terhadap bahan		
b yang menular. Ini termasuk respirator, kacamatanya dan pakaian pelindung; Prosedur penghasil aerosol (AGP).		
Dashraath. Pandemi COVID-19 dan kehamilan. Am J Obstet Gynecol 2020.		

Gambar 1.2

Alat Perlindungan Diri untuk petugas kesehatan yang merawat pasien dengan Covid-19 dalam kehamilan

Singkatnya, infeksi perinatal Covid-19 dapat berdampak buruk pada bayi baru lahir, menyebabkan masalah seperti gawat janin, persalinan prematur, gangguan pernapasan, trombositopenia disertai fungsi hati yang tidak normal, dan bahkan kematian. Meskipun kurangnya bukti untuk mendukung transmisi vertikal 2019-nCoV, isolasi masih diperlukan sebelum melahirkan. Kerjasama yang erat antara departemen kebidanan dan pediatrik didorong untuk memberikan resusitasi yang

dipersiapkan dengan baik untuk neonatus di ruang bersalin (H. Zhu et al. 2020).

1.3 Undang-undang Kebidanan

Menurut UU Kebidanan tentang kegawatdaruratan, seorang bidan dapat atau boleh melakukan tindakan kegawatdaruratan, bidan juga memiliki tanggung jawab dalam melakukan tindakan kegawatdaruratan yang kapan saja bisa terjadi dan di jumpai. Dalam UU No 4 tahun 2019, yaitu pasal 59:

1. Untuk pemberian pertolongan pertama, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan dalam keadaan gawat darurat, sesuai dengan kompetensinya.
2. Sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pertolongan pertama yang dilakukan bertujuan menyelamatkan nyawa klien.
3. Keadaan yang mengancam nyawa klien merupakan keadaan gawat darurat yang dimaksud pada ayat (1).
4. Sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan kelmuan bidan menetapkan tindakan terhadap keadaan gawat darurat, sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1). Sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat 141 dilaksanakan (Kemenkes RI, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Dashraath, Pradip et al. 2020. "Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Pandemic and Pregnancy." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 222(6): 521–31.
- Huang, Chaolin et al. 2020. "Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China." *The Lancet* 395(10223): 497–506.
- Kemenkes RI. 2020. "Protokol Petunjuk Praktis Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir Selama Pandemi Covid-19." *Protokol Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19* 4 (April): 1–11. <https://Covid19.go.id/p/protokol/protokol-b-4-petunjuk-praktis-layanan-kesehatan-ibu-dan-bbl-pada-masa-pandemi-Covid-19>.
- Lapinsky, Stephen e. 2017. "Management of Acute Respiratory Failure in Pregnancy." *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 38(2): 201–7.
- "Protectiveequipment to use in the Vaginal Delivery of the Pregnant Woman with Suspected or Diagnosed Coronavirus Disease 2019: Delivery Table Shield." 2020. 599–601. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7294272/pdf/main.pdf>.
- Rasmussen, Sonja A. et al. 2020. "Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 222(5): 415–26.
- Sahin, Dilek et al. 2021. "updated experience of a Tertiary Pandemic Center on 533 Pregnant Women with Covid-19 Infection: A Prospective Cohort Study from Turkey." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 152(3): 328–34.
- Salvatore, Christine M. et al. 2020. "Neonatal Management and Outcomes during the Covid-19 Pandemic: An Observation Cohort Study." *The Lancet Child and Adolescent Health* 4(10): 721–27.

- Sandhi, Shinta Ika, and Desi Wijayanti eko Dewi. 2021. "Implementasi Penanganan Pertolongan Persalinan Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19 Dan era New Normal." *Jurnal SMART Kebidanan* 8(1): 17.
- Wu, Zunyou, and Jennifer M. McGoogan. 2020. "Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention." *JAMA - Journal of the American Medical Association* 323(13): 1239–42.
- Zhu, Huaping et al. 2020. "Clinical Analysis of 10 Neonates Born to Mothers with 2019-NCoV Pneumonia." *Translational Pediatrics* 9(1): 51–60.
- Zhu, Na et al. 2020. "A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019." *New england Journal of Medicine* 382(8): 727–33.

BAB 2

KELAINAN DALAM LAMANYA KEHAMILAN

Oleh Silvia Indah Desvita

2.1 Pendahuluan

Kehamilan secara umum merupakan proses melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami. Selama masa kehamilan, kesehatan ibu dan janin harus dijaga dengan baik karena terdapat gangguan maupun penyulit yang dapat menyerang sewaktu-waktu. Gangguan tersebut lambat laun dapat mengakibatkan kelainan atau komplikasi kehamilan. Biasanya hal ini akan ditandai dengan berbagai macam tanda bahaya yang akan muncul. Tanda bahaya kehamilan merupakan suatu tanda bahaya atau risiko yang lebih besar akan terjadi dari pada biasanya baik bagi ibu maupun janinnya akan terjadi penyakit bahkan sampai kematian sebelum ataupun sesudah persalinan. (Pratiwi Arantika Medya, 2021). Dengan kata lain, untuk meminimalisasi terjadinya kelainan dalam lamanya kehamilan, seorang ibu hamil hendaknya harus bisa mengenali tanda-tanda yang bisa mengancam dirinya dan janinnya sejak dini. Ibu hamil dan keluarga dapat mengambil tindakan yang tepat yaitu menghubungi tenaga kesehatan terdekat untuk mendapatkan perawatan segera.

Kelainan atau komplikasi pada masa kehamilan berdasarkan usia kandungan juga cukup beragam. Kita sering kali mendengar bayi *premature*. Bayi *premature* adalah bayi atau janin yang lahir sebelum masa atau usia kandungan sudah mencukupi. Usia kandungan seharusnya adalah sembilan bulan sepuluh hari. Meski tak semua proses persalinan terjadi tepat aturan ini, sering kali terjadi sejumlah masalah pada kelahiran dini atau terlambat. Lamanya kehamilan yang normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid yang terakhir (Pratiwi Arantika Medya, 2021). Kadang-kadang kehamilan berakhir sebelum waktunya dan ada kalanya melebihi waktu yang normal.

2.2 Abortus

Abortus merupakan salah satu gangguan atau kelainan yang sering terjadi di banyak negara kita. Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. (dr. Ratna Dewi Puspita Sari, 2018).

2.2.1 Pengertian

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan sebabnya. Bayi baru mungkin hidup di dunia luar bila berat badannya telah mencapai >500 gram atau umur kehamilan >20 minggu. Definisi menurut WHO adalah keluarnya janin sebelum berat badan mencapai 500 atau usia kehamilan <22 minggu. Mengingat kondisi penanganan bayi baru lahir berbeda di berbagai negara, maka usia kehamilan pada definisi abortus dapat berbeda (dr. Ratna Dewi Puspita sari, 2018). Abortus diklasifikasikan sebagai berikut

1. Abortus dini, bila terjadi pada trimester pertama (kurang dari 12 minggu).
2. Abortus lanjut bila terjadi antara 12–24 minggu (trimester kedua).

Menurut kejadiannya, terdapat dua istilah yang dipakai yakni:

1. Abortus spontan (*miscarrage, pregnancy loss*) adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.
2. Abortus buatan, *Abortus provocatus* (disengaja, digugurkan);
 - a. Abortus buatan menurut kaidah ilmu (*Abortus provocatus artificialis* atau *abortus therapeuticus*). Indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya: penyakit jantung, hipertensi esensial, karsinoma serviks. Keputusan ini ditentukan oleh tim ahli yang terdiri dari dokter ahli kebidanan, penyakit dalam dan psikiatri atau psikolog.
 - b. Abortus buatan kriminal (*Abortus provocatus criminalis*). Abortus buatan kriminalis adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah atau oleh orang yang tidak berwenang dan dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh yang tidak berwenang.

Insidensi abortus sulit ditentukan oleh karena kadang-kadang seorang wanita dapat mengalami abortus tanpa mengetahui bahwa ia hamil, dan tidak mempunyai gejala yang hebat sehingga hanya dianggap sebagai menstruasi yang terlambat (siklus memanjang). Terlebih lagi insidensi abortus kriminalis, sangat sulit ditentukan karena biasanya tidak dilaporkan. Angka kejadian abortus dilaporkan oleh rumah sakit sebagai rasio dari jumlah abortus terhadap jumlah kelahiran hidup. Di USA angka kejadian secara

nasional berkisar antara 10-20%, di Indonesia kejadian berdasarkan laporan rumah sakit. Kebanyakan abortus terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu, hanya sekitar 4 % abortus yang terjadi pada trimester kedua dan hanya sekitar 5% abortus yang terjadi setelah bunyi jantung janin dapat diidentifikasi (Sari, Herfanda and Putri, 2022).

2.2.2 Etiologi

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin. (Kuntari, Wilopo and emilia, 2010). Faktor-faktor yang dapat meningkatkan terjadinya abortus adalah :

1. Faktor janin

Kelainan yang paling sering dijumpai pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, yakni :

- a. Kelainan telur, telur kosong (blighted ovum), kerusakan embrio, kelainan kromosom (monosomi, trisomi atau poliplodi)
- b. Embrio dengan kelainan lokal
- c. Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasia trofoblas).

2. Faktor maternal

a. Infeksi

Infeksi maternal dapat membawa resiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Tidak diketahui penyebab kematian janin secara pasti, apakah janin yang menjadi terinfeksi ataukah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya.

Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus. Virus: misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, varicella zoster, vaccinia, campak, hepatitis, polio, encefalomyelitis. Bakteri: misalnya salmonella typhi. Parasit: misalnya toxoplasma gondii, plasmodium.

- b. Penyakit vaskuler: misalnya hipertensi vaskuler.
- c. Kelainan endokrin: abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukupi, atau pada penyakit disfungsi tiroid; defisiensi insulin.
- d. Faktor imunologis: ketidakcocokan (inkompatibilitas) sistem HLA (*Human Leukocyte Antigen*).
- e. Trauma

Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya trauma akibat pembedahan pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8 dan pembedahan intraabdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil.

- f. Kelainan Uterus
Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma submukosa), serviks inkompeten atau retroflexio uteri gravidincaerata.
- g. Faktor psikosomatik: pengaruh dari faktor ini masih dipertanyakan.

3. Faktor Eksternal

- a. Radiasi

Dosis 1-10 rad bagi janin pada kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin dan dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.

- b. Obat-obatan: Antagonis asam folat, antikoagulan, dan lain-lain.

Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan sebelum kehamilan 16 minggu kecuali telah dibuktikan bahwa obat tersebut tidak membahayakan janin, atau untuk pengobatan penyakit ibu yang parah.

- c. Bahan-bahan kimia lainnya, seperti bahan yang mengandung arsen, benzen.

2.2.3 Patogenesis

Perlu ditekankan bahwa pada abortus spontan, kematian embrio biasanya terjadi paling lama 2 minggu sebelum perdarahan. Oleh karena itu, pengobatan untuk mempertahankan janin tidak layak dilakukan jika telah terjadi pendarahan banyak karena abortus tidak dapat dihindari. Sebelum minggu ke-10, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan dengan lengkap (Akbar and Medan, 2019).

Hal ini disebabkan karena sebelum minggu ke-10 vili korialis belum menanamkan diri dengan erat ke dalam desidua hingga telur mudah terlepas keseluruhannya. Antara minggu ke 10-12 korion tumbuh dengan cepat dan hubungan vili korialis dengan desidua makin erat, hingga mulai saat tersebut sering sisa-sisa korion (plasenta) tertinggal kalau terjadi abortus (Kuntari, Wilopo and Emilia, 2010).

1. Pengeluaran hasil konsepsi didasarkan 4 cara :
 - a. Keluarnya kantung korion pada kehamilan yang sangat dini, meninggalkan sisa desidua.
 - b. Kantung amnion dan isinya (fetus) didorong keluar, meninggalkan korion dan desidua.

- c. Pecahnya amnion terjadi dengan putusnya tali pusat dan pendorongan janin keluar tetapi mempertahankan sisa amnion dan korion (hanya janin yang dikeluarkan).
- d. Seluruh janin dan desidua yang melekat didorong keluar secara utuh.

Sebagian besar abortus termasuk dalam tiga tipe pertama, oleh karena itu kuretasi diperlukan untuk membersihkan uterus dan mencegah pendarahan atau infeksi lebih lanjut.

Abortus bentuk yang istimewa, seperti :

- 1) Telur kosong (blighted ovum) yang terbentuk hanya kantong amnion berisi air tuban tanpa janin.
- 2) Mola kruenta adalah telur yang dibungkus oleh darah kental. Mola kruenta terbentuk kalau abortus terjadi dengan lambat laun hingga darah sempat membeku antara desidua dan korion. Kalau darah beku ini sudah seperti daging disebut juga mola karnosa.

2.2.4 Gambaran Klinis

Secara klinis abortus dibedakan sebagai berikut :

1. Abortus iminens (keguguran mengancam).

Abortus ini baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya, ostium uteri tertutup uterus sesuai umur kehamilan.

2. Abortus insipiens (keguguran berlangsung).

Abortus ini sedang berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi, ostium terbuka, teraba ketuban, berlangsung hanya beberapa jam saja.

3. Abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap).

Sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan tapi sebagian (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal di dalam rahim, ostium terbuka teraba jaringan.

4. Abortus kompletus (keguguran lengkap).

Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap, ostium tertutup uterus lebih kecil dari umur kehamilan atau ostium terbuka kavum uteri kosong.

5. Missed abortion (keguguran tertunda).

ialah keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke 20, tetapi tertahan di dalam rahim selama beberapa minggu setelah janin mati. Batasan ini berbeda dengan batasan ultrasonografi.

6. Abortus habitualis (keguguran berulang).

ialah abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi; sekurang-kurangnya 3 kali berturut-turut.

2.3 Partus Prematurus dan Partus Imaturus (Persalinan Kurang Bulan)

2.3.1 Pendahuluan

Partus prematurus merupakan hal yang berbahaya karna potensial meningkatkan kematian perinatal sebesar 65%-75% persalinan pada umur kehamilan <37 minggu atau berat badan lahir antara 500-2499 gram. Kejadiannya masih tinggi dan merupakan penyebab kematian neonatal yang utama. Di Amerika Serikat kejadiannya 8-10%, di Indonesia 16-18% dari semua kelahiran hidup. Pada bayi, kondisinya dapat berdampak pada belum siapnya beberapa organ untuk berfungsi normal (Pratiwi Arantika Medya, 2021).

Ibu yang pernah melahirkan bayi prematur mempunyai risiko 20-30% untuk melahirkan bayi prematur lagi pada kehamilan berikutnya; namun 50% ibu yang melahirkan

prematur, tidak mempunyai faktor risiko (Leni and Fanani, 2013).

2.3.2 Faktor Resiko Persalinan Prematur

Persalinan prematur akan meningkat terjadiannya pada keadaan-keadaan sebagai berikut :

A. Karakteristik pasien :

1. Status sosio-ekonomi yang rendah termasuk kedalamnya penghasilan yang rendah, pendidikan rendah dan nutrisi yang kurang.
2. Ras. Di Amerika orang kulit hitam yang melahirkan prematur lebih banyak dibandingkan dengan orang kulit putih (16,3% berbanding 7,7%).
3. Umur. Kehamilan pada usia 16 tahun dan primigravida > 30 tahun.
4. Riwayat pernah melahirkan prematur satu kali, mempunyai resiko 4 kali lipat, sedangkan yang pernah melahirkan dua kali prematur mempunyai resiko 6 kali lipat.

2.3.3 Pengelolaan Kehamilan dengan Resiko Persalinan Prematur

Yang terpenting mengetahui prediposisi persalinan prematur. Deteksi dini sulit dilakukan dan bila persalinan telah berlangsung akan sulit untuk mencegah prematuritas. Tahapan pengelolaan sebagai berikut :

1. Mendidik ibu dengan risiko tinggi. Ibu diajari untuk mengenal tanda-tanda persalinan dini yang harus diwaspadai sebelum kehamilan berusia 37 minggu seperti:
 - a. Nyeri seperti nyeri haid
 - b. Nyeri pinggang
 - c. Merasa tekanan pada jalan lahir meningkat

- d. Frekuensi berkemih meningkat
 - e. Adanya lendir berdarah (show) atau ke luar cairan ketuban dari jalan lahir.
2. Pengawasan ibu dengan risiko tinggi untuk prematur setelah kehamilan berumur > 20 minggu dengan cara :
 - a. Menanyakan adanya tanda-tanda persalinan seperti di atas.
 - b. Bila tanda-tanda tersebut ada, periksa keadaan serviks
 3. Bila ditemukan adanya perubahan serviks dan adanya his maka pasien dirawat.
 4. Bila ada persalinan, diberikan terapi.

2.3.4 Terapi

- A. Secara Umum :
 1. Istirahat rebah dengan posisi miring ke kiri untuk perbaikan peredaran darah ke uterus dan memberi cairan bila perlu.
 2. Mengobati bakteriuri tak bergejala dan memeriksa kemungkinan infeksi setiap 6-8 minggu.
 3. Menghilangkan/ mengurangi faktor risiko (stress pekerjaan) dengan istirahat, perbaikan gizi, mengobati anemia dsb.
 4. Tidak melakukan hubungan seksual setelah 20 minggu pada ibu risiko tinggi.
 5. Pemantauan kemungkinan adanya kontraksi rahim dengan toko dinamometer.

Bila kontraksi rahim prematur tak dapat dihentikan dan persalinan tak dapat dicegah, maka pimpinan partus prematurus harus sebaik mungkin, tujuannya ialah untuk menghindarkan trauma bagi anak yang masih lemah.

- a. Partus tidak boleh berlangsung terlalu lama tapi sebaliknya jangan pula terlalu cepat.
- b. Jangan memecahkan ketuban sebelum pembukaan lengkap.
- c. Buatlah episiotomi medialis.
- d. Kalau persalinan perlu diselesaikan, dipilih forseps daripada ekstraksi vakum.
- e. Jangan mempergunakan narkose.
- f. Tali pusat secepat mungkin digunting untuk menghindarkan ikterus neonatorum yang berat.

Bila tempat persalinan tidak mempunyai fasilitas untuk merawat bayi prematur, ibu dengan resiko tinggi harus dirujuk sebelum persalinan terjadi.

2.4 Kehamilan Serotinus (Kehamilan Lewat Waktu)

2.4.1 Pendahuluan

Kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih. Istilah lain yang sering dipakai adalah postmaturitas, postdatism atau postdates. Kira-kira 10% kehamilan berlangsung terus sampai 42 minggu, 4% berlanjut sampai usia 43 minggu. Kehamilan serotinus lebih sering terjadi pada primigravida muda dan primigravida tua atau pada grande multiparitas. Sebagian kehamilan serotinus akan menghasilkan keadaan neonatus dengan dysmaturitas. Kematian perinatalnya 2-3 kali lebih besar dari bayi yang cukup bulan (Pratiwi Arantika Medya, 2021).

2.4.2 Diagnosis

Penentuan usia kehamilan berdasarkan rumus Naegele, dihitung dari hari pertama haid terakhir dan berdasarkan siklus haid (Taksiran persalinan adalah 280 hari atau 40 minggu dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari atau 266 hari setelah ovulasi). Jadi, untuk menentukan kehamilan serotinus harus diketahui umur kehamilan dengan tepat. Selain dari haid, penentuan umur kehamilan dapat dibantu secara klinis dengan mengevaluasi kembali umur kehamilan dari saat pertama kali ibu datang. Makin awal pemeriksaan kehamilan dilakukan, umur kehamilan makin mendekati kebenaran, menanyakan kapan terasa pergerakan anak, atau pengukuran fundus uteri secara serial. Pemeriksaan USG sangat membantu taksiran umur kehamilan dan lebih akurat bila dilakukan sebelum trimester ke-2. Di Indonesia diagnosis kehamilan serotinus sangat sulit karena kebanyakan ibu tidak mengetahui tanggal haid yang terakhir dengan tepat. Diagnosis yang baik hanya dapat dibuat kalau pasien memeriksakan diri sejak permulaan kehamilan (Nurhidayati, Astyandini and Setiasih, 2019).

2.4.3. Etiologi

1. Faktor yang potensial: Adanya defisiensi hormon adrenokortikotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi enzim sulfatase plasenta. Kelainan sistem saraf pusat pada janin sangat berperan, misalnya pada keadaan anensefal.
2. Semua faktor yang mengganggu mulainya persalinan baik faktor ibu, plasenta maupun anak. Kehamilan terlama yakni 1 tahun 24 hari terjadi pada bayi dengan anensefal.

2.4.4 Gambaran Klinis

Serotinitas atau postdatism adalah istilah yang menggambarkan sindrom dismaturitas yang dapat terjadi pada kehamilan serotinus. Keadaan ini terjadi pada 30%

kehamilan serotinus dan pada 3% kehamilan aterm (Ratnawati and Yusnawati, 2016). Tanda-tanda serotinitas :

1. Menghilangnya lemak subkutan
2. Kulit kering, keriput atau retak-retak
3. Kuku dan rambut panjang
4. Bayi malas.

Komplikasi yang dapat terjadi adalah kematian janin dalam rahim, akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta dan kematian neonatal yang tinggi. Asfiksia adalah penyebab utama kematian dan morbiditas neonatus. Pada otopsi neonatus dengan serotinitas didapatkan tanda-tanda hipoksia termasuk adanya petekie pada pleura dan perikardium serta didapatkan adanya partikel-partikel mekonium pada paru-paru. Secara histopatologis, kelainan plasenta yang ditemukan adalah kalsifikasi, edema vili, pseudohiperplasi pada sinsitium, degenerasi fibroid pada vili dan mikroinfark plasenta.

2.4.5 Penilaian Risiko Antepartum

Mengingat morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada kehamilan serotinus maka penilaian terhadap resiko terjadinya dismaturitas harus dilakukan antepartum untuk memutuskan apakah fetus masih boleh tinggal dalam rahim (menunggu persalinan spontan) atau harus dilahirkan. Penilaian kesejahteraan janin dapat dilakukan dengan cara :

1. Evaluasi cairan amnion dengan amniosentesis atau USG untuk melihat adanya oligohidramnion.
2. Dengan memantau perubahan denyut jantung janin tanpa beban (*Non Stress Test*) atau dengan beban (*Contraction Stress Test*).

3. Menentukan skoring profil biofisik yang didapat dari pemeriksaan NST, USG untuk melihat pernafasan janin, tonus fetus, pergerakan fetus dan jumlah cairan amnion.

2.4.6 Pengelolaan

1. Ekspektatif

Karena induksi persalinan berkaitan dengan kejadian inersia uteri, partus lama, trauma serviks, persalinan buatan dan operasi sesar, pada beberapa kasus terutama dengan serviks yang belum matang; perlu dilakukan perawatan ekspektatif; asalkan keadaan janin baik (Nurhidayati, Astyandini and Setiasih, 2019). Hal ini berdasarkan :

- a. Enam puluh persen kehamilan akan berakhir dengan persalinan spontan pada usia kehamilan 40-41 minggu, dan 80% pada kehamilan 43 minggu.
- b. Dengan adanya kemajuan teknologi kedokteran pemantauan kesejahteraan janin, dapat dipertahankan dalam rahim selama keadaannya masih baik.

2. Aktif

Tanpa melihat keadaan serviks induksi harus dilakukan pada fetus yang mempunyai risiko untuk mengalami dismaturitas, atau bila kehamilan mencapai umur 44 minggu. Kejadian partus lama, inersia uteri hipotonik dan gawat janin selama persalinan akan meningkat, sehingga pada induksi kehamilan serotinus, pengawasan intrapartum harus lebih ketat. Induksi dapat dilakukan dengan tetesan oksitosin per-infus atau dengan pemakaian preparat prostaglandin.

2.4.7 Prognosis

Kematian janin pada kehamilan serotinus meningkat, bila pada kehamilan normal (37-41 minggu) angka kematiannya 1,1% maka pada 43 minggu angka kematian bayi menjadi 3,3% dan pada kehamilan 44 minggu: 6,6%. Pada beberapa kasus meskipun usia kehamilan melebihi 42 minggu, fungsi plasenta tetap baik sehingga terjadi anak besar (> 4000 gram) yang dapat menyulitkan persalinan. Morbiditas ibu meningkat karena kejadian partus buatan dan seksio sesarea meningkat (Aisa, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Aisa, S. (2014) 'Hubungan Kehamilan Serotinus Dan induksi Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Ruang Bersalin Di RSUD Abunawas Kota Kendari', *Health information : Jurnal Penelitian*, 6(1), pp. 75–85.
- Akbar, A. and Medan, U. (2019) 'Faktor Penyebab Abortus dindonesia Tahun 2010-2019: Studi Meta Analisis', *Jurnal Biomedik*, 11(3), pp. 182–191.
- Dr. ratna dewi puspita sari. (2018). pendarahan Pada Kehamilan Trimester, Universitas Lampung.
- Fitriyanti, P. (2021). 'Factors That Affect the incidence of incomplete Abortus in Amanat Mother and Child Hospita'.
- Kuntari, T., Wilopo, S.A. and Emilia, O. (2010) 'Determinants of abortion in indonesia', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 4 no 5, pp. 223–229.
- Leni, L. and Fanani, A.Z. (2013). 'Sistem Pakar Mendiagnosis Kelainan Lama Kehamilan'.
- Nurhidayati, T., Astyandini, B. and Setiasih, S. (2019). 'identifikasi Penanganan Kehamilan Serotinus Di Rsud Dr. H Soewondo Kendal', *Midwifery Care Journal*, 1(1), pp. 10–18.
- Pratiwi Arantika Medya, F. (2021). 'Buku Pathologi Kehamilan.pdf', p. 244.
- Ratnawati, A.e. and Yusnawati, N. (2016). 'Hubungan Kehamilan Serotinus Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir', *Jurnal ilmu Kebidanan Kebidanan*, 3(1), pp. 27–33.
- Sari, Y.N., Herfanda, e. and Putri, i.M. (2022). 'Gambaran Faktor Risiko Kejadian Abortus Spontan pada ibu Hamil di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2017-2018', *Jurnal Sehat Mandiri*, 17(1), pp. 135–145.

BAB 3

SISTEM RUJUKAN

Oleh Tri Lestari

3.1 Pendahuluan

Target dari pemerintah adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu menyelenggarakan program jaminan sosial sebagai jaminan atas hak kesehatan orang miskin atau kurang mampu. (Dewi *et al.*, 2020). Pada dasarnya semua orang pernah berada pada fase sehat dan sakit baik ringan maupun berat dan harus dilakukan perawatan medis difasilitasi pelayanan kesehatan dan mengeluarkan biaya perawatan sesuai dengan penyakit yang menyeranginya. Maka dari itu upaya dari pemerintah sendiri untuk membantu meringankan beban pembayaran perawatan itu sendiri melalui sebuah program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 2016). Dimana Sistem Jaminan Sosial Nasional telah menjamin bahwa setiap orang memiliki hak atas jaminan sosial sehingga dapat memenuhi kebutuhan hidup layak dan mampu mendongkrak martabatnya demi terwujudnya rakyat Indonesia yang adil, sejahtera serta makmur, yang tertuang dalam Undang-undang Nomor 40 tahun 2004. (Kemenkes RI, 2004).

Dalam hal ini peran pemerintah sangat dibutuhkan dalam mewujudkan peningkatan derajat kesehatan salah satunya dengan dilakukannya sebuah upaya kesehatan perseorangan, yaitu melalui cara meningkatkan, mencegah, mengobati, proses pemulihan dan paliatif yang diprioritaskan bagi perseorangan, dilakukan secara holistik, dan didukung oleh adanya sistem rujukan yang berjalan sesuai dengan regulasi pemerintahan.

3.2 Kebijakan dan Prinsip Dasar

Prinsip Umum dalam pemberian pelayanan rujukan yaitu (Progo, 2012):

1. Meminimalisir munculnya rasa cemas dalam proses menunggu persalinan dan apabila terjadi kondisi yang *urgent* perlu sistem yang jelas.
2. Berpijak dari proses layanan kesehatan ibu dan anak dalam perawatan menggunakan dana.
3. Tiga macam tempat pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit PONEK yang beroperasi selama 24 jam, Pusat Kesehatan Masyarakat PONEK dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya seperti pusat kesehatan masyarakat, klinik bersalin, praktik dokter umum.
4. Memiliki jaringan komunikasi (kontak) yang bias dihubungi kapan saja.
5. Adanya petugas dibagian informasi yang berfungsi menerima pasien rujukan dan siap 24 jam untuk membantu proses kelancaran pengiriman pasien yang akan melahirkan di RS.
6. Perlu diperhatikan secara khusus ibu-ibu yang masuk dalam kriteria sebagai berikut :
 - a) Kriteria pertama adalah seorang ibu hamil dengan permasalahan obstetric dengan atau tidak disertai dengan penyakit penyerta dan diperkirakan muncul masalah pada waktu melahirkan dan butuh dilakukan perawatan ke pelayanan kesehatan.
 - b) Kriteria kedua adalah seorang ibu hamil dan melahirkan pada saat pemeriksaan *Antenatal Care* tidak muncul permasalahan *obstetric* dan tidak disertai dengan penyakit penyerta berikut ini :
 - i. Kategori ibu hamil ataupun melahirkan dengan keterangan bahwa hasil pemeriksaan *Antenatal Care* tidak ada indikasi kelainan, namun dengan perjalanan kehamilan atau proses melahirkan didapati kelainan, dan membutuhkan pertolongan segera ke pelayanan Rumah Sakit PONEK.

- ii. Kategori ibu hamil ataupun melahirkan yang memiliki permasalahan dengan kehamilannya atau saat melahirkan, akan tetapi dapat ditangani di puskesmas PONEK.
 - iii. Kategori ibu-ibu yang melahirkan secara normal.
7. Bekerjasama dengan pihak-pihak terkait misalnya Badan Permusyawaratan Desa, Pelayanan Kesejahteraan Keluarga serta pemberi pelayanan di bidang kebidanan.
 8. Adanya juknis terkait dana bagi ibu-ibu dengan kategori i, i dan i.

3.3 Definisi

Pengertian dari Sistem Rujukan pelayanan kesehatan yaitu dimana proses pelayanan kesehatan dengan sistem peralihan tugas dan kewajiban pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal dan wajib dilaksanakan oleh anggota jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

Definisi Rujukan medis yaitu peralihan penugasan dan kewajiban terkait dengan kasus kedokteran sebagai respon terhadap kesanggupan tempat kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pengobatan kepada pasien yang berfungsi untuk menyembuhkan dan atau memulihkan status kesehatan pasien (Primasari, 2015). Sedangkan definisi Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan adalah bahwa sistem rujukan vertikal dilaksanakan jika terdapat pasien yang memerlukan pelayanan spesialisik dan subspesialisik, dan perujuk tidak mampu menyediakan pelayanan kesehatan maksimal dengan kebutuhan pasien disebabkan terbatasnya fasilitas, alat ataupun SDM, dan rujukan horizontal dapat dilakukan jika perujuk tidak dapat menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena terbatasnya fasilitas, alat, dan SDM baik yang sifatnya sementara atau menetap (Zuhri, 2021).

3.4 Tujuan Sistem Rujukan

Untuk berjalannya rujukan ke tempat pelayanan kesehatan harus memiliki tujuan yaitu dihasilkannya pemerataan upaya kesehatan dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna. Sedangkan tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu (Susiloningtyas: Kesehatan and Perinatal, 2020).

Dalam melaksanakan rujukan pelayanan kesehatan ke tempat fasilitas kesehatan memiliki sebuah tujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu. Penyelenggaraan pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan. Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal.

3.5 Manfaat Sistem Rujukan

Masih banyak orang yang belum begitu paham terhadap manfaat apa saja yang bisa diperoleh dari sistem rujukan berjenjang ini apabila digunakan secara baik (Heryana and Unggul, 2020).

- a. Memastikan hubungan yang erat antar pelaku sistem kesehatan di segala tingkatan. Sistem rujukan berjenjang yang efektif secara tidak langsung akan mendorong seluruh faskes dan tenaga kesehatan untuk saling berkoordinasi dalam penanganan medis pasien. Hubungan profesi antar tenaga kesehatan dapat diperkuat dengan sistem rujukan tersebut.
- b. Memastikan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Pasien yang mendapat rujukan ke faskes dengan sumberdaya manusia, peralatan dan kemampuan yang lebih tinggi tentu akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Jika sistem rujukan tidak berjalan, maka pasien “dipaksa” menerima pelayanan yang tidak memadai. Kondisi sebaliknya bisa terjadi, pasien dengan kondisi kesehatan ringan mendapat pelayanan yang lebih mahal.

Kondisi ini dalam bidang asuransi kesehatan disebut dengan *adverse selection*.

- c. Menjamin perawatan pasien yang kontinyu. Sistem rujukan berjenjang menjamin
- d. kontinyuitas pelayanan kesehatan terhadap pasien, karena faskes akan mengalihkan peran dan tanggung jawab penanganan kondisi medis ke faskes yang lebih tinggi kemampuannya. Hal ini akan mencegah terjadinya pasien yang putus pengobatan akibat kurangnya kemampuan faskes dalam melayani.
- e. Menjamin seluruh faskes di berbagai tingkat mendapatkan peralatan medis yang memadai. Sistem rujukan berjenjang mendorong pemerintah setempat dan pemodal untuk melengkapi peralatan medis yang dimiliki faskes, atau melengkapi dengan jenis pelayanan medis lainnya. Rumah sakit dengan tipe tertentu akan berusaha memenuhi persyaratan alat dan teknologi yang dimilikinya.

3.6 Pelaksanaan Sistem Rujukan

Pihak-pihak yang saling terkait dalam program jaminan Kesehatan diantaranya : (Kemenkes, 2012)

1. Peserta diwajibkan membayarkan iuran kepada BPJS Kesehatan dan berhak mendapatkan pelayanan Kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan.
2. BPJS Kesehatan yang menerima dan mengelola iuran peserta dan membayar kepada fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Fasilitas pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada peserta dan memperoleh pembayaran dari BPJS kesehatan.

Berdasarkan ketentuan bahwa pelayanan kesehatan yang diterapkan oleh pihak BPJS Kesehatan menganut sistem rujukan pelayanan yang dimulai dari fasilitas kesehatan dasar yang memegang kendali sebagai *gatekeeper* dan penyaringan layanan rujukan. Tempat-tempat yang merupakan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dan memiliki kerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan diwajibkan memberlakukan sistem rujukan dimana :

- a. Peserta jaminan kesehatan yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan, pertama-tama harus datang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama atau fasilitas Kesehatan primer.
- b. Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Sistem rujukan dikecualikan bagi peserta yang berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- d. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tidak didasarkan pada sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

3.7 Jenis Rujukan

Sistem Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua macam yakni (Umami, 2017):

- a. Rujukan Kesehatan

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana, dan operasional. Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.

b. Rujukan Medik

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (*medical service*). Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan pemeriksaan. Rujukan medik yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Jenis rujukan medik antara lain.

3.8 Syarat-syarat Pemberian Rujukan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2012 rujukan diberikan dengan syarat sebagai berikut: (Putri, 2020)

- a. Rujukan harus mendapatkan persetujuan langsung dari pasien atau keluarganya.
- b. Persetujuan diberikan setelah pasien atau keluarga mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang.
- c. Penjelasan tersebut sekurang-kurangnya meliputi:
 - 1) Diagnosis dan terapi atau tindakan medis yang diperlukan pada pasien.
 - 2) Alasan dan tujuan dilakukannya rujukan kepada pasien
 - 3) Risiko yang bisa timbul jika rujukan tidak segera dilakukan.
 - 4) Transportasi yang digunakan pada melakukan rujukan

- 5) Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.

Selain itu, perujuk sebelum melakukan rujukan harus :

- 1) Pertolongan pertama atau tindakan stabilitasi pada kondisi pasien sesuai dengan indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan.
- 2) Melakukan komunikasi pada penerima rujukan untuk memastikan apakah pasien bisa diterima dalam hal keadaan pasien gawat darurat.
- 3) Pembuatan surat untuk pengantar rujukan yang disampaikan kepada penerima rujukan.

Dalam hal komunikasi tersebut, penerima rujukan berkewajiban:

- a. Menginformasikan mengenai keadaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan.
- b. Memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien. Surat pengantar rujukan dalam melakukan rujukan sekurangkurangnya memuat:
 - 1) identitas pasien
 - 2) Hasil pada pemeriksaan pasien (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan
 - 3) Diagnosis kerja
 - 4) Terapi atau tindakan yang telah diberikan kepada pasien
 - 5) Tujuan melakukan rujukan
 - 6) Nama serta tanda tangan oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

3.9 Aturan Secara Umum Terkait Pelayanan Sistem Rujukan

Menurut (BPJS Kesehatan, 2014) aturan secara umum terkait pelayanan sistem rujukan adalah

- a. Tiga tingkatan pelayanan kesehatan perorangan terdiri atas yaitu:
 - 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama
 - 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua
 - 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga
- b. Aturan terkait pelayanan tingkat pertama berupa pelayanan kesehatan dasar fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- c. Aturan terkait pelayanan tingkat kedua yaitu pelayanan kesehatan spesialisik dimana pelayanan kesehatan dilakukan oleh seorang dokter spesialis.
- d. Aturan terkait pelayanan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh seorang dokter sub spesialis.
- e. Proses pelayanan kesehatan, difasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan diharuskan melakukan sistem rujukan dengan acuan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- f. Bagi peserta sendiri yang ingin berobat tetapi tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga biayanya tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
- g. BPJS Kesehatan akan melakukan *recredentialing* terhadap kinerja fasilitas kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan, sehingga akan mempengaruhi pada keberlanjutan kerjasama.
- h. Sistem rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal.
- i. Sistem rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan

fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.

- j. Sistem rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.
- k. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:
 - 1) Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspecialistik;
 - 2) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.
- l. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila :
 - 1) Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
 - 2) Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
 - 3) Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau
 - 4) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

3.10 Pelaksanaan Sistem Rujukan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) di Indonesia mendukung pelaksanaan program jaminan kesehatan yang optimal melalui pelaksanaan rujukan berjenjang dengan sistem dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menjadi Fasilitas Kesehatan Lanjutan (FKTL) sesuai dengan kebutuhan medis, sehingga pasien dapat berobat di fasilitas pelayanan kesehatan primer tersebut seperti puskesmas, klinik atau dokter keluarga yang terdaftar di Kartu Peserta BPJS Kesehatan (Febrianti, Razak and Haerani, 2019). Dapat disimpulkan bahwa Sistem Rujukan dapat dilakukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) hal ini bisa dilakukan dengan ketentuan jika fasilitas pelayanan kesehatan bersangkutan mengalami kendala dikarenakan terbatasnya sumber daya manusia, sarana prasarana, alat ataupun masalah keuangan dalam kondisi sementara ataupun menetap.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes Ri (2004) 'Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)', Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 1985 Tentang Jalan, (1), pp. 1-5. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/40787>.
- Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (2016) 'Penataan Sistem Pelayanan Kesehatan Rujukan', Mewujudkan Sistem Pelayanan Nasional yang Berorientasi Pelayanan Primer dalam Menuju Universal Coverage dan Memenangkan Persaingan di era Globalisasi, pp. 6-11.
- BPJS Kesehatan (2014) 'Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang'.
- Dewi, N.P. et al. (2020) *Kebijakan & Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Juli, 2020. Edited By Elan Jaelani. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung. Available At: <Http://Repository.Uki.Ac.Id/4052/1/Pembaharuandalamorganisasipelayananankesehatan.Pdf>.
- Heryana, A. and Unggul, U.E. (2020) 'Sistem Rujukan Berjenjang pada Pelayanan Kesehatan', (June). Available at: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16793.65126>.
- Kemenkes (2012) *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Available at: <https://dokumen.tips/download/link/pedoman-rujukan-nasional>.
- Primasari, K.L. (2015) 'Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak Analysis of National Health Insurance Referral System in Public Hospital dr. Adjidarmo Lebak', *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 1(2), pp. 79-87. Available at: <https://journal.fkm.u.ac.id/arsi/article/view/2173>.
- Progo, K.K. (2012) 'Manual Rujukan Kehamilan, Persalinan, Dan Kelompok Kerja Pelayanan Rujukan Ibu Dan Anak'.

- Putri, N.A.S. (2020) 'Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Pasien Bpjs Kesehatan Di Puskesmas Layang Kecamatan Bontoala'.
- Susiloningtyas, L., Kesehatan, P. And Perinatal, M. (2020) 'Sistem Rujukan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Maternal Perinatal Di Indonesia Refferal System In Maternal Perinatal Health', Pp. 6–16.
- Umami, L.S. (2017) 'Tinjauan Pustaka', pp. 8–48. Available at: http://eprints.undip.ac.id/55434/4/Lidia_Shafiatul_Umami_2010113120009_Lap.KTI_BAB_2.pdf.
- Zuhri, M.A. (2021) 'Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Di Fasilitas Kesehatan Indonesia : a Scoping Review Muhammad Adjiz Zuhri C012171062 Sekola'. Available at: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:WjhFRikYWjMJ:scholar.google.com/+pentingnya+sistem+rujukan+pada+pelayanan+kesehatan&hl=id&as_sdt=0,5.

BAB 4

KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT PENYERTA

Oleh Dwi Gustin Franciska

4.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu keadaan dimana seorang wanita yang didalam rahimnya terdapat embrio atau fetus. Kehamilan dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin. Masa kehamilan biasanya selama 40 minggu dan tidak lebih dari 43 minggu. Kondisi kesehatan ibu hamil akan mempengaruhi kualitas dan keberhasilan dalam kehamilan. Pada saat ini kematian ibu hamil masih menjadi suatu masalah utama didunia termasuk Indonesia yang merupakan negara berkembang.

Dari semua faktor yang mempengaruhi kematian ibu dan janin salah satunya adalah penyakit penyerta dalam kehamilan. Dalam hal ini penyakit penyerta yang dimaksud adalah tuberkolosis, malaria, hipertensi, asma, hepatitis B, anemia dan diabetes mellitus gestasional dimana semua penyakit ini merupakan penyumbang angka kematian ibu dan janin serta menyebabkan komplikasi yang serius pada ibu hamil.

4.2 Macam-Macam Penyakit Penyerta pada Kehamilan

4.2.1 Tuberkolosis

1. Pengertian

Tuberkolosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberkolosis*. Hal ini masih menjadi masalah utama dunia terutama negara berkembang seperti Indonesia. Tuberkolosis ini juga menyerang paru-paru penderitanya dan penyakit tuberkolosis termasuk penyakit infeksi menular (Yusuf, Merry and Sari, 2018).

Kehamilan bukan merupakan faktor predisposisi dari tuberkolosis tetapi tuberkolosis sangat berbahaya karena dapat berdampak pada bayi yang dikandungnya, meskipun jarang terjadi penularan melalui transplasental tapi bayi memiliki risiko melalui kontak dengan ibu yang aktif mengidap tuberkolosis (Yusuf, Merry and Sari, 2018)

2. Tanda dan Gejala

- 1) Batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih
- 2) Hemoptisis
- 3) Sesak nafas
- 4) Sakit pada dada
- 5) Nafsu makan menurun
- 6) Berat badan terjadi penurunan
- 7) Pada malam hari ibu merasa berkeringat tetapi tidak melakukan aktifitas apa-apa.
- 8) Tidak enak badan (malaise) (Yusuf, Merry and Sari, 2018)

3. Diagnosis

Menurut *American thoracic Society* dan *Who* 1964 diagnosis TB Paru adalah menemukan kuman *Mycrobakterium tuberkolosis* dari sputum dan jaringan paru secara biakan. Diagnosis tuberkolosis dapat ditegakkan dengan berbagai cara yaitu :

- 1) Anamnesis
 - 2) Riwayat mengenai gejala respiratorik seperti batuk, batuk berdarah, sesak nafas, dan nyeri dada. Sedangkan pada gejala sistemik ditemukan adanya demam dan keringat malam, penurunan berat badan, malaise dan anoreksia.
 - 3) Pemeriksaan fisik
 - 4) Suara nafas tambahan berupa ronki basah, kasar dan nyaring dari auskultasi
 - 5) Pemeriksaan penunjang
 - a) Radiologi (foto toraks)
 - b) Pemeriksaan bakteriologi dapat berasal dari dahak (uji sepuntum)
 - c) Uji mantoux (Yusuf, Merry and Sari, 2018)
4. Tata Laksana

Pengobatan pada ibu hamil pada prinsipnya tidak berbeda dengan pengobatan Tuberkulosis pada umumnya. Pemberian OAT mengandung isoniazid, rifampisin, etambutol dapat aman melalui plasenta dalam dosis rendah sehingga tidak menimbulkan efek cacat pada bayi didalam kandungan (Juli, 2007).

5. Komplikasi

Pengaruh tuberkulosis pada kehamilan tergantung dari beberapa faktor yaitu lokasi penyakit (intra atau ekstrapulmonal), usia kehamilan, status gizi ibu dan ada tidaknya penyakit penyerta. Selama kehamilan dapat terjadi transmisi basil Tuberkulosis ke janin. Transmisi biasanya terjadi secara limfatik, hematogen atau secara langsung. Janin dapat terinfeksi melalui darah yang berasal dari infeksi plasenta melalui vena umbilikalis atau cairan amnion. Komplikasi yang terjadi yaitu sebagai berikut :

- a. Efek Tuberkulosis Pada Ibu
 - 1) Aborsi
 - 2) perdarahan post partum

- 3) Kesulitan persalinan
- 4) Pre eklamsi
- b. Efek Tuberkolosis pada bayi
 - 1) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)
 - 2) Prematuritas
 - 3) Kematian janin
 - 4) Tuberkolosis konginetal
 (Yusuf, Merry and Sari,2018).

4.2.2 Malaria

1. Pengertian

Malaria adalah suatu penyakit didaerah tropis yang ditularkan dari gigitan nyamuk. yang terinpeksi parasit. Ada 4 jenis spesies nyamuk yang membawa penyakit malaria yaitu *plasmodium falciparum*, *plasmodium vivax*, *plasmodium malariae* dan *plasmodium ovale* (Rusjdi, 2012). Pada wanita hamil rentan terkena malaria dikarenakan pada masa kehamilan imunitas akan menurun. Malaria ini menimbulkan keadaan yang buruk pada ibu dan janinnya (Rusjdi, 2012).

2. Tanda dan gejala

- a. Demam >37,5
- b. Mengigil
- c. Berkeringat
- d. Kepala terasa nyeri
- e. Mual disertai muntah
- f. Diare
- g. Nyeri otot (Kembaren *et al.*, 2010)

3. Diagnosis

Diagnose malaria harus tepat ditegakkan karena selain bisa cepat mengobati penderita tetapi juga mengurangi dan menghentikan penularan kepada orang lain. Diagnosa ditegakkan berdasarkan 2 cara yaitu :

- a. Diagnosis berdasarkan gejala klinis (symptom)
 - 1) Demam (berkala)
 - 2) Konjungtiva atau telapak tangan pucat
 - 3) Pembesaran limpa (splenomegali)

- 4) Pembesaran hati (hepatomegali) (Kembaren *et al.*, 2010)
- b. Diagnosis secara laboratorium
 - 1) Pemeriksaan dengan mengambil sedian darah tepi yang diwaqrnai dan di periksa di bawah mikroskop
 - 2) Menggunakan *rapid diagnostic test (RDT)*(Lukman Hakim, 2017)
 - 3) Pemeriksaan dengan polymerase chain reaction (PCR) dan sequencing DNA.
 - 4) Pemeriksaan pada malaria berat dapat dilakukan pemeriksaan yaitu :
 - a) Pengukuran hemoglobin dan hematokrit
 - b) Perhitungan jumlah leukosit dan trombosit
 - c) urinalisa (Kembaren *et al.*, 2010)
4. Tata laksana

Indonesia menggunakan obat kombinasi malaria yaitu penggunaan dua tau lebih obat malaria yang farmakodinamik dan farmakokinetiknya sesuai, tujuan terapi kombinasi adalah untuk pengobatan yang lebih baik dan menghambat terjadinya resistensi plasmodium terhadap obat anti malaria (Kembaren *et al.*, 2010).
5. Komplikasi

Pengaruh malaria pada ibu hamil menimbulkan berbagai kelainan tergantung pada tingkat kekebalan seseorang terhadap infeksi parasit malaria dan jumlah kehamilan. Ibu hamil dari daerah endemi yang tidak mempunyai kekebalan akan mengalami malaria yang lebih parah hingga kematian (Kembaren *et al.*, 2010). Berikut ini komplikasi yang terjadi pada ibu dan janin yaitu :

 - a. Efek Malaria pada Ibu
 - 1) Demam
 - 2) Anemia
 - 3) Hipoglikemia
 - 4) Udema parut akut

5) Gagal ginjal

b. Efek Malaria pada Janin

- 1) Abortus
- 2) Persalinan premature
- 3) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- 4) Kelainan janin (Rusjdi, 2012)

4.2.3 Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi pada kehamilan merupakan penyakit yang tidak menular. Tetapi merupakan penyakit penyebab kematian (Alatas, no date). Hipertensi adalah keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic > 90 mmHg. Menurut American society of hypertension (ASH) hipertensi merupakan kumpulan gejala kardiovaskular yang progresif sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan berhubungan (Desy Putriningtyas, 2021).

Hipertensi atau yang sering disebut dengan tekanan darah tinggi merupakan keadaan darah dimana lewat dari normal, hal ini berkaitan dengan jantung yang harus berkerja dengan keras untuk memopa darah keseluruh tubuh. Hipertensi pada kehamilan pemicu morbiditas dan kematian ibu dan janin (Zharifah, 2022).

2. Tanda dan gejala

Gejala pada hipertensi berbeda-beda setiap individu tergantung dari tekanan darah ada yang bergejala dan adapula yang tanpa gejala. Gejala yang muncul terkadang dari ginjal, jantung, otak dan mata mengalami komplikasi. Tetapi ada gejala umum yang biasanya terjadi pada wanita hamil yang mengalami hipertensi yaitu sakit kepala ringan sampai berat, pusing, mual muntah, nyeri punggung dan leher, nyeri otot dan persendian, susah tidur, badan lemas, gejala ini biasanya datang dan pergi

tiba-tiba sehingga ibu-ibu beranggapan bahwa dia hanya masuk angin biasa. (Zharifah, 2022).

3. Diagnosis

- a. Sistolik >140 mmHg atau diastolic >90mmHg.
Ditemukan pada usia kehamilan 20 minggu yang sebelumnya ibu memiliki tekanan darah yang normal.
- b. Sistolik >160 mmHg atau diastolic >110 mmHg,
hipertensi segera diberi terapi antihipertensi
- c. Jumlah trombosit <100.000
- d. Gangguan fungsi hati
- e. Insufisiensi ginjal
- f. Edema paru
- g. Timbulnya gejala neurologis misalnya nyeri kepala atau gangguan visual (Ganot *et al.*, 2017)

Sebelumnya protein urin merupakan salah satu diagnosis hipertensi tetapi karena kurangnya bukti bahwa kuantitas protein berhubungan dengan luaran kehamilan dengan preeklamsi. Pertumbuhan janin terhambat bukan karena indikasi preeklamsi berat mengingat tatalaksana PJT (pertumbuhan janin terhambat) pada kehamilan dengan atau tanpa preeklamsi tidak ada beda. (Ganot *et al.*, 2017).

4. Tata laksana

Hipertensi pada ibu hamil harus dikendalikan agar angka mortalitas dan morbiditas dapat diturunkan. Cara menghindari agar tekanan darah stabil yaitu mencegah berkembangnya penyakit dan mencegah terjadinya kejang dan mengakhiri kehamilan jika keadaan berbahaya bagi ibu dan janin. Pada kasus preeklamsi berat perlu pemantau tekanan darah secara terus-menerus. Pada ibu hamil yang mengalami hipertensi disarankan menjalani kelahiran di usia kehamilan 37 minggu. Pada preeklamsi berat disarankan pemberian profilaksis magnesium sulfat untuk berjaga-jaga setelah persalinan.

Pengobatan hipertensi sebaiknya dimulai pada saat tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolic 90 mmHg. Jika tekanan darah mencapai sistolik 170 mmHg dan diastolic 110 mmHg kondisi tersebut merupakan kondisi emergensi dan disarankan untuk melakukan rawat inap di rumah sakit.(Ganot *et al.*, 2017).

5. Komplikasi

Kasus kematian ibu memiliki peringkat kedua setelah perdarahan. Dalam hal ini yang menjadi masalah besar adalah pre eklamsia berat yang bisa memicu kematian. Menurut alat ada 2 konsekuensi hipertensi yaitu :

a. Jangka pendek

Ibu : eklamsia, hemoragic, isemik, kerusakan hati, disfungsi ginjal, persalinan Caesar, persalinan dini dan abruption plasenta'

Janin : kelahiran preterm, induksi kelahiran, gangguan pertumbuhan janin, sindrom pernafasan dan kematian janin.

b. Jangka panjang

Ibu yang menderita hipertensi pada saat hamil beresiko untuk mengalami hipertensi kembali. Sehingga bisa menyebabkan komplikasi kardiovaskular, penyakit ginjal hingga timbulnya kanker. Hipertensi ini dapat menjadi pre eklamsi dan eklamsi dan sindrom HeLLP, kemudian bermanifestasi klinis menjadi selebral iskemik atau hemoragik pada pra, peri dan postpartum menjadi penyakit stroke. Gejala dari pre eklamsi dan eklamsi sakit kepala, gangguan penglihatan, dan kejang yang bisa menyebabkan kecacatan bahkan kematian ibu dan janin (Ganot *et al.*, 2017).

4.2.4 Asma

1. Pengertian

Asma merupakan penyakit yang menyerang sistem pernafasan yang mengakibatkan hiperresponsif jalan nafas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa, sesak nafas, dada terasa berat dan batuk-batuk pada malam hari. Perubahan hormonal selama hamil sangat berbeda, karena adanya peningkatan hormonal pada saat hamil sehingga terjadi perubahan pada fungsi paru-paru (Agustina, 2015).

2. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala asma adalah :

- a. Sesak nafas
- b. Mengi
- c. Batuk
- d. Dada terasa berat (prof. Dr. dr. Ida Bagus Ngurah Rai, 2016)

3. Diagnosis

Diagnosis asma pada saat hamil sama dengan ibu yang tidak hamil. Gejala dan tanda asma adalah sesak nafas, mengi, batuk, dada terasa berat. Gejala tersebut biasanya lebih kelihatan pada malam hari atau menjelang pagi hari. uji spirometri dilakukan untuk diagnosis pertamakali (Prof. Dr. dr. Ida Bagus Ngurah Rai, 2016)

4. Tata laksana

Pedoman tatalaksana mengikuti perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) dan *Global Initiative For Asma* (GINA). Ibu hamil biasanya menghentikan pengobatan sehingga mengakibatkan kurangnya tingkat kepatuhan konsumsi obat asma. Prinsip dasar pengobatan asma pada ibu hamil memberikan terapi optimal sehingga bisa mempertahankan asma yang terkontrol hal ini bertujuan mempertahankan kesehatan, kualitas hidup dari ibu hamil serta pertumbuhan janin normal. (Paru *et al.*, 2020)

5. Komplikasi

Asma dalam kehamilan biasanya tidak mempengaruhi janin namun serangan asma yang tak terkontrol dapat menyebabkan hipoksemia sehingga berefek pada janin (Agustina, 2015). Hipoksia harus segera ditangani karena akan berdampak pada janin dampak tersebut ada beberapa hal misalnya hasil konsepsi keluar sebelum usia kehamilan 20 minggu (abortus), persalinan kurang bulan, berat badan bayi tidak sesuai dengan usia kandungan serta adanya gangguan atau hambatan pertumbuhan janin (Paru *et al.*, 2020)

4.2.5 Hepatitis B

1. Pengertian

Hepatitis B merupakan radang di sel hati, yang biasanya disebabkan oleh virus, bakteri, parasit, pengaruh obat-obatan, lemak berlebih atau obesitas serta penyakit autoimun. Rendahnya pemeriksaan atau skrining hepatitis B pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko penularan secara vertical atau yang disebut mother to child tranmision (MTCT). (Gozali, 2020)

2. Tanda dan gejala

Gejala klinis hepatitis B Akut adalah :

- a. Mual yang disertai muntah
- b. Nyeri kepala
- c. Malaise atau tidak enak badan yang ditandai dengan jaundice muncul setelah 1-2 minggu (Gozali, 2020)

3. Diagnosis

Pada saat hamil hepatitis B ditegakkan dengan skrining karena penyakit yang sudah positif di derita atau yang disebut dengan asimptomatik. (Gozali, 2020)

4. Tata laksana

The American congress of obstetrics and gynecology (ACOG) menyarankan untuk melakukan skring VHB. Nilai HBsAg dan antibody harus dilakukan pemeriksaan pada saat prenatal. Pada ibu hamil yang hasil HBsAg dan anti HBsAg negative dapat diberikan vaksin jika dia merupakan pasien dengan resiko tinggi. (Gozali, 2020)

5. Komplikasi

Hepatitis B dalam kehamilan sering menimbulkan beberapa hal yaitu abortus, partus prematurus dan intrauterine death. Hal ini terjadi karena dehidrasi atau efek sistemik yang berat. Jika terjadi pada kehamilan trimester I dan II maka penularan vertical hanya kurang dari 10% tetapi jika terjadi pada Trimester III kehamilan maka penularan vertical lebih tinggi yaitu 76%. Infeksi akut hepatitis B pada kehamilan trimester I menyebabkan hepatitis fulminan atau kerusakan organ hati dalam waktu singkat serta persalinan dengan prematur sedangkan pada persalinan dapat menyebabkan pendarahan post partum terutama jika terjadi gangguan fungsi hati (Soejoenoes, 2010).

4.2.6 Anemia

1. Pengertian

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar HB (hemoglobin) dibawah 11 gr% pada kehamilan trimester I dan 10,5 gr% pada kehamilan trimester II (Sulistyawati and Ayati Khasanah, 2019). Anemia menurut WHO suatu keadaan dimana kadar hemoglobin lebih rendah dari batas normal, berikut:

Tabel 4.1 batasan normal hemoglobin menurut WHO:

No	Kriteria	Kadar Hemoglobin
1	Laki-laki dewasa	>13 g/dl
2	Wanita dewasa tidak hamil	>12 g/dl
3	Wanita hamil	>11 g/dl
4	Anak umur 6-14 tahun	>12 g/dl
5	Anak umur 6 bulan-6 tahun	>11 g/dl

Sumber : Who dalam jurnal intan parulian

2. Tanda dan gejala

Secara klinis ibu hamil yang mengalami anemia adalah tubuh lemah, muka dan konjungtiva pucat, bisa terjadi pingsan, mata berkunang-kunang sementara pemeriksaan tekanan darah atau tensi batasan masih standar (Sulistyawati and Ayati Khasanah, 2019).

3. Diagnosis

Penentuan derajat anemia dan pengujian defisiensi zat besi dilakukan dengan pengecekan laboratorium. untuk menentukan anemia perlu dilakukan cek darah rutin seperti Hb, Ht, hitungan jumlah RBC, jumlah retikurosi. Pemeriksaan uji defisiensi zat besi melalui ferritin serum, kejenuhan transferin dan protoporfirin eritrosit (Paulina *et al.*, 2023).

4. Tata laksana

Pemberian tablet tambah darah selama 90 hari bagi ibu hamil dan diringi dengan mengkonsumsi zat besi dari sumber lain misalnya daging ayam, daging sapi, telur, ikan laut, kacang-kacangan, sayur-sayuran berdaun hijau seperti daun singkong, bayam (Saputri and Rahmayanti, 2022).

5. Komplikasi

Anemia dalam kehamilan wajib diatasi dikarenakan dampak yang berbahaya bagi ibu dan janin jika tidak ditangani dengan segera. Dampak dari anemia pada ibu

hamil dan janin adalah abortus, persalinan premature, peningkatan angka infeksi, ancaman dekompensasi jantung jika kadar hemoglobin kurang dari 6 d/dl.

Pada bayi yang ibunya menderita anemia selama hamil bisa mengakibatkan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), IuGR (*intrauterine Growth Restriction*), kelahiran premature, kematian janin, kematian pasca kelahiran (Farhan and Dhanny, 2021)

4.2.7 Diabetes Mellitus Gestasional (DMG)

1. Pengertian

Diabetes mellitus adalah sekelompok kelainan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) (Rahayu and Rodiani, 2016). Diabetes mellitus gestasional adalah gangguan yang terjadi saat insulin mulai tidak efektif mengelola glukosa yang pertama kali ditemukan pada wanita yang sedang hamil (Adli, 2021).

Diabetes mellitus gestasional adalah salah satu gangguan toleransi karbohidrat yang terjadi pada saat kehamilan sedang berlangsung, keadaan ini biasanya terjadi pada saat kehamilan 24 minggu dan akan kembali normal pada saat melahirkan (Rahayu and Rodiani, 2016).

2. Tanda dan gejala

Gejala diabetes mellitus terbagi menjadi 2 yaitu :

- a. Gejala akut: Gejala akut diabetes mellitus adalah banyak makan (poliphagia), banyak minum (polidipsia), kencing pada malam hari (poliuria), nafsu makan bertambah tetapi berat badan mengalami penurunan dan mudah lelah.
- b. Gejala kronis: Gejala kronis diabetes mellitus adalah rasa kesemutan, pada kulit terasa panas, adanya rasa kebas, mudah lelah, suka mengantuk, penglihatan kabur, gigi tidak kuat dan mudah copot, pada pria kemampuan seksual menurun hingga bisa menyebabkan impotensi.

3. Diagnosis

Keluhan dan gejala yang khas dan hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu $>200\text{mg/dl}$, glukosa darah puasa $>126\text{gr/dl}$.

4. Tata laksana

Pada wanita hamil DM gestasional tidak menimbulkan keluhan sehingga perlu dilakukan skrining. Deteksi dini sangat penting untuk menjarang diabetes mellitus gestasional apalagi deteksi dini pada ibu yang memiliki faktor resiko. Salah satu deteksi dini adalah dengan cara pemeriksaan glukosa darah. untuk wanita hamil yang memang terdeteksi mengalami diabetes mellitus gestasional maka diwajibkan untuk mengatur pola makan. (Ariana *et al*, 2023)

5. Komplikasi

Beberapa risiko komplikasi diabetes adalah sebagai berikut :

Pada ibu :

- a. Peningkatan resiko preeklamsia selama kehamilan
- b. Peningkatan resiko diabetes tipe 2 (Adli, 2021).
- c. Pada bayi :
- d. Makrosomia
- e. Cidera lahir
- f. Setelah lahir akan mengalami obesitas pada masa kanak-kanak.
- g. Gangguan toleransi glukosa
- h. Gangguan pembuluh darah (Adli, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Adli, F.K. (2021) 'Diabetes Melitus Gestasional : Diagnosis dan Faktor Risiko', *Jurnal Medika Hutama*, 03(01), pp. 1545–1551.
- Agustina, W. (2015) 'respon imun pada penderita asma selama hamil', *ilmu kesehatan*, 4 no 1, pp. 58–66.
- Alatas, H. (no date) Hipertensi pada Kehamilan, *Herb-Medicine Journal*.
- Ariana, R. et al. (2023) 'Deteksi Dini Diabetes Melitus Gestasional (DMG) Melalui Pemeriksaan Glukosa Darah Sebagai upaya Pencegahan Komplikasi Pada Ibu Hamil', *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(9), pp. 6425–6432.
- Desy Putriningtyas, N. (2021) 'Indonesian Journal of Public Health and Nutrition Faktor Risiko Kejadian Hipertensi pada Ibu Hamil Article Info', *Ijphn*, 1(3), pp. 759–767. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>.
- Farhan, K. and Dhanny, D.R. (2021) 'Anemia Ibu Hamil dan efeknya pada Bayi', *Muhammadiyah Journal of Midwifery*, 2(1), p. 27. Available at: <https://doi.org/10.24853/myjm.2.1.27-33>.
- Ganot, S. et al. (2017) 'Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia Berat Tidak Tergantung Proteinuria', *Cdk-255*, 44(8), pp. 576–579. Available at: http://www.kalbemed.com/Portals/6/23_255Praktis-Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia Berat Tidak Tergantung Proteinuria.pdf.
- Gozali, A.P. (2020) 'Diagnosis, Tatalaksana dan Pencegahan Hepatitis B dalam Kehamilan', *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(7), p. 354. Available at: <https://doi.org/10.55175/cdk.v47i7.598>.
- Juli- (2007) *Universa Medicina Penatalaksanaan tuberkulosis pada kehamilan Meyanti*.
- Kembaren, T. et al. (2010) 'Pengobatan Malaria Pada Orang Dewasa Dan Ibu Hamil', *Dupakdosen.usu.Ac.Id*, pp. 1–29.

- Lukman Hakim (2017) 'Malaria: epidemiologi dan Diagnosis', *Aspirator*, 3(2), pp. 107–116.
- Ng, I.B. and un, K. (2009) 'Prevalensi asma eksaserbasi pada ibu hamil dan pengaruhnya terhadap janin dan ibu di rsup sanglah Denpasar', 10(September).
- Paru, P. et al. (2020) 'asma pada kehamilan', *Jurnal Respirologi*, 40(4).
- Paulina, A.J. et al. (2023) 'Penyuluhan Anemia Dan Pemeriksaan Hemoglobin Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Sungai Sembilan', 7(1), pp. 41–47.
- prof. Dr. dr. Ida Bagus Ngurah Rai, et all (2016) 'Comprehenssive Approach Of Asthma'.
- Rahayu, A. and Rodiani (2016) 'efek Diabetes Melitus Gestasional terhadap Kelahiran Bayi Makrosomia', *Majority*, 5(4), pp. 17–22.
- Rusjdi, S.R. (2012) 'Malaria Pada Masa Kehamilan', *Majalah Kedokteran Andalas*, 36(2), p. 173. Available at: <https://doi.org/10.22338/mka.v36.i2.p173-178.2012>.
- Saputri, L.K. and Rahmayanti, D. (2022) 'Asuhan Keperawatan Pemberian Sari Kurma Pada Ny . A Dengan Diagnosis Anemia Dalam Kehamilan', (2).
- Soejoenoes, S. (2010) 'Pengelolaan Hepatitis B dalam Kehamilan dan Persalinan', *Media Medika Indonesia*, p. 1644.
- Sulistyawati, W. and Ayati Khasanah, N. (2019) 'Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Anemia Dan Faktor Yang Melatarbelakangi', *Prosiding Seminar Nasional Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat Seri Ke-3 Tahun 2019*, pp. 201–207.
- Yusuf, A., Merry, D. and Sari, I. (2018) Penatalaksanaan Kehamilan dengan Tuberkulosis Paru, *J Agromedicine unila* |.
- Zharifah, Z. (2022) 'Hipertensi Pada Ibu Hamil Dan Janinnya'. Available at: <https://osf.io/3ur2k/download>.

BAB 5

KEGAWATDARURATAN

GINEKOLOGI

Oleh Eltriya Septiyani

5.1 Pendahuluan

Ginekologi adalah ilmu yang membahas, mempelajari dan menangani penyakit atau masalah pada saluran kesehatan reproduksi wanita. Ditemukan 92 % wanita memiliki masalah ginekologi. Ginekologi juga dapat di artikan sebagai cabang ilmu kesehatan yang membahas mengenai wanita atau *Science of woman* yaitu salah satu cabang ilmu kedokteran yang mempelajari dan menangani penyakit system reproduksi khusus wanita. Ginekologi mempunyai ruang lingkup yang harus di pelajari antara lain adalah Kelainan bawaan, Infeksi, Tumor, Kelainan haid,dan Infertilitas. ('Nora, Hilwan, dkk 2017',).

5.2 kelainan pada Sistem Reproduksi

5.2.1 Atresia Vagina

1. Pengertian

Atresia vagina adalah kelainan kongenital pada saluran reproduksi wanita akibat kegagalan kanalisasi di sinus urogenital. Ini terjadi selama masa embriologi dimana saluran Mullers membentuk tabung, uterus dan bagian atas dua pertiga dari vagina sedangkan bagian bawah vagina tergantung pada sinus urogenital. Oleh sebab itu atresia vagina yang terisolasi total atau parsial adalah anomali kongenital yang langka dan hanya ditemukan 9% kasus atresia vagina. Biasanya atresia vagina ini dikaitkan dengan sindrom Rokitansky. Malformasi ini

masuk pada jenis sekunder akibat pada perkembangan duktus paramesonefrik selama embriogenesis. (Slaou et al.2020)

2. Gambaran Klinis

Gambaran klinis yang umum terjadi adalah pada seorang gadis yang masuk pada usia pubertas yang berkonsultasi karena mengalami amenore primer dan karakter hormonalnya terbukti dari pemeriksaan yang menunjukkan karakteristik seksual sekunder yang berkembang secara normal. Pemeriksaan klinik dilakukan dan ditemukan morfotipe normal, yang ditandai dengan, perkembangan payudara yang normal, tumbuh rambut ketiak dan kemaluan dan didapatkan genitalia eksterna yang sempurna. (Slaou et al.2020)

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang dapat dialami oleh penderita atresia vagina adalah sebagai berikut:

- a. Amenore primer
 - b. Nyeri hebat
 - c. Terdapat masa pada panggul akibat hematokolpos.
- (Kang et al.2022)

4. Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat terjadi pada kasus atresia vagina adalah dapat terjadi Endometriosis dan adhesi panggul yang terjadi akibat menstruasi retrograde.(Kang et al.2022)

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada atresia vagina adalah pembedahan yang mempunyai tujuan tidak hanya membuat neovagin atau lubang vagina yang bisa untuk melakukan hubungan seksual yang memuaskan tetapi juga untuk menormalkan kembali saluran utero vagina agar darah menstruasi dan sekresi serviks dapat keluar secara baik dan pembedahan dapat dilakukan pada perempuan atau wanita yang sudah memasuki masa pubertas (Slaou et al.2020).

5.2.2 Hymen Inferforata

1. Pengertian

Hymen inferforata adalah ketidaknormalan pada sistem genital wanita yang jarang ditemukan. Menurut ilmu embriologi himen adalah saluran yang menghubungkan antara bulbus sinovaginal dengan sinus urogenital serta tidak berasal dari duktus mullerian. Himen imperforate berasal dari bagian yang persisten dari membran urogenital, terjadi ketika mesoderm primitive streak yang abnormal terbagi menjadi bagian urogenital dari cloacal. (Triansyah, Munir and Saranga, 2019)

Himen inferforata juga dapat disebut sebagai lipatan membran irregular dengan berbagai jenis ketebalan yang dapat menutupi setengah dari orifisium vagina, terletak mulai dari dinding bawah uretra ke fossa navikularis. (Triansyah, Munir and Saranga, 2019)

2. Penyebab

Hymen imperforate disebabkan karena malformasi kongenital pada saat embriogenesis dimana jaringan parut oklusif karena riwayat cedera dan infeksi pada alat reproduksi. Himen terjadi perforasi pada masa embrional berfungsi untuk mempertahankan hubungan antara lumen vagina dan vestibulum. (Triansyah, Munir and Saranga, 2019)

3. Gambaran Klinis

Tingkat kejadian pada kasus hymen inferforata yaitu 1 per 1.000 sampai 1 per 10.000 kelahiran, beberapa kasus tidak diketahui sebelum penderita mengalami menarche. Pada penderita kasus ini biasanya penderita mengalami atau mempunyai ciri-ciri yang ditemukan pada masa pubertas yaitu Nyeri abdomen menjalar ke pinggang dan abdomen terasa besar. (Triansyah, Munir and Saranga, 2019)

4. Penatalaksanaan

Tindakan yang dapat dilakukan pada penanganan kasus hymen inferforata adalah melakukan insisi pada membrane hymen yang bertujuan untuk membuat saluran pada vagina agar tidak terjadi obstruksi menahun atau berkelanjutan (Lee *et al.*, 2019). Pengoabatan juga dapat dilakukan dengan membangun kembali aliran keluar vagina dan umumnya terdiri dari operasi selaput dara dengan memberikan anestesi. Sayatan vertical sederhana berbentuk T, cruciform, stelatte dan insisi siklis dapat digunakan, kemudian sayatan stelatte mempunyai keuntungan lebih kecil resiko kerusakan uretra. (Suwito, Pamungkas and Saroyo, 2022).

5.3 Radang Genitalia Interna

5.3.1 Servisititis

1. Pengertian

Servisititis adalah peradangan pada daerah serviks uteri yang sering terjadi karena luka kecil yang disebabkan karena persalinan yang tidak di rawat atau infeksi karena hubungan seksual. Servisititis masuk pada kelompok penyakit infeksi menular seksual. Serviks yang sudah terkena infeksi maka akan menjalar infeksi pada alat genitalia yang lebih tinggi lagi yaitu uterus, tuba bahkan sampai ke ovarium sehingga alat reproduksi terganggu fungsinya (Nazera Iskandar *et al.*, 2013)

2. Penyebab

Penyebab dari servisititis adalah sebagai berikut:

- a. Infeksi menular seksual (IMS)
- b. Jamur
- c. Bakteri

Untuk penyakit kelamin dengan jenis gonore, sifilis, ulkus mole, dan granuloma ingunal dan tuberculosis biasanya akan ditandai dengan peradangan pada serviks. (Nazera Iskandar *et al.*, 2013)

Pendapat lain juga mengatakan bahwa servisititis bisa di sebabkan oleh kuman-kuman seperti trikomonas vaginalis, candida dan mikoplasma atau mikroorganisme aerob dan anaerob endogen vagina seperti streptococcus, entamoeba coli, dan stapilococcus. Jenis kuman ini akan menyebabkan deskuamasi pada epitel gepeng dan perubahan inflamasi kromik dalam jaringan serviks yang mengalami cidera. (Pramanik, 2019).

3. Faktor Resiko

Faktor resiko untuk terkena servisititis adalah berganti-ganti pasangan seksual, merokok, *Human Papilloma Virus* (HPV) atau HIV (Nazera Iskandar *et al.*, 2013). Faktor resiko juga dapat ditemu pada wanita pekerja seks yaitu berdasarkan usia, pendapatan, riwayat melahirkan rata-rata jumlah pelanggan perminggu dan jumlah penggunaan kondom. (Dwianggimawati, Radiono and Rahayujati, 2017)

4. Penatalaksanaan

Pengobatan atau treatmen pada kasus servisititis adalah tergantung dari penyebab terjadinya servisititis pada penderita. Tapi pada kasus yang sudah banyak di temu penyebab servisititis secara umum disebabkan oleh infeksi dan dalam pengobatan membutuhkan antibiotik dan anti virus. Antibiotik yang diberikan jenis clyndamicin dan metronidazole yang dipadu padankan dengan nistatin yang bekerja sebagai antifungi yaitu bekerja untuk mengurangi infeksi. Fungsi antibiotik lainnya adalah untuk mencegah infeksi menjalar ke organ reproduksi lain seperti pada tuba falopi, uterus, pelvis, dan sampai ke cavum abdomen yang pada akhirnya akan meperburuk keadaan penderita. (Pramanik, 2019)

Servisitis yang disebabkan oleh alergi terhadap produk sabun pembersih bagian kewanita, secara umum tidak memerlukan pengobatan secara spesifik dengan antibiotik dan antifungi namun dapat disembuhkan dengan menghentikan pemakaian produk pembersih tersebut supaya pH pada vagina kembali normal. (Pramanik, 2019).

5.3.2 Bartholinis

1. Pengertian

Kelenjar bartholin mempunyai ukuran yang tidak besar biasanya berukuran sebesar kacang dan tidak teraba, terletak secara bilateral di posterior introitus dan bermuara dalam vestibulum pada posisi arah jam 4 dan 8 pada masa pubertas, kelenjar ini berfungsi untuk mengeluarkan lender dan cairan lubrikasi vagina. (Permata Sari, Faris and Setyawati, 2021)

Kista bartholin adalah pembengkakan kistik pada kelenjar bartholin yang umumnya terjadi pada wanita usia reproduksi yaitu berkisar usia 20- 29 tahun, tetapi tidak ada perbedaan kejadian pada wanita hamil maupun tidak hamil karena mempunyai ukuran yang sama besar. Kista pada kelenjar bartholin mempunyai ukuran yang kecil yaitu berkisar 1 sampai 3 cm biasanya terletak secara unilatereal dan asimtomatik. (Permata Sari, Faris and Setyawati, 2021)

2. Penyebab

Kelenjar bartholin apabila tersumbat maka cairan yang di hasilkan akan terakumulasi sehingga saluran akan membesar dan membentuk kista. Penyumbatan kista bartholin dapat disebabkan oleh mukus yang mengental, infeksi, trauma atau adanya inflamasi kronik. Pengobatan yang terlambat dapat mengakibatkan abses dan ukuran semakin membesar. Abses bartholin dapat disebabkan oleh kista yang terinfeksi dan dapat juga disebabkan oleh infeksi langsung pada kelenjar bartholin. (Permata Sari, Faris and Setyawati, 2021)

3. Gambaran Klinis

Menurut ilmu epidemiologi kasus kejadian kista bartholin sekitar 2% dari perempuan dinegara maju, sebanyak 1,4 % telah dilaporkan dari Port Harcourt di Nigeria. Kejadian kista bartholin banyak menyerang pada wanita usia 20-29 tahun dan dapat terjadi rekurensi sebanyak 38%. (Permata Sari, Faris and Setyawati, 2021)

Involusi kelenjar bartholin juga dapat menyerang pada wanita usia 30 tahun dan pembesaran pada wanita yang berusia lebih dari 40 tahun harus meningkatkan kecurigaan keganasan terutama jika kelenjar tersebut terasa keras, terfiksasi atau berbentuk tidak teratur. Bisi tanpa eksisi direkomendasikan pada pasien 40 tahun dan lebih tua untuk menghilangkan keganasan, meskipun angka kejadian kanker kelenjar bartholin terhitung hanya sekitar 5% dari karsinoma vulva, deteksi dini penting dilakukan untuk mencegah risiko invasi lokal dan metastasis. Dua jenis karsinoma kelenjar bartholin yang biasanya adalah karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma, serta Human Papillomavirus, khususnya tipe 16 dihubungkan dengan pathogenesis karsinoma sel skuamosa kelenjar bartholin. (Omole *et al.*, 2019)

4. Penatalaksanaan

Dalam sebuah teori sudah menjelaskan tatalaksanaan penderita kista bartholin yaitu jika kistanya tidak menimbulkan gangguan maka tidak perlu dilakukan tindakan apa-apa. Teori menjelaskan bahwa terapi utama terhadap kista bartholin adalah insisi kista dan drainase untuk mengeluarkan cairan kista atau membuat muara pada saluran kelenjar bartholin yang bau yang sering disebut dengan proses marsupialisasi. Marsupialisasi mempunyai keuntungan komplikasi yang ditimbulkan jauh lebih kecil dibandingkan ekstirpasi (eksisi) dan fungsi kelenjar bartholin tetap dipertahankan, namun eksisi/ ekstirpasi mempunyai kerugian yaitu bisa menyebabkan pendarahan banyak yang berasal dari plexus venosus bulbus vestibule, tidak hanya itu tetapi juga bisa

menimbulkan selulitis dan dyspareunia. (Permata Sari, Faris and Setyawati, 2021)

Penatalaksanaan juga ditentukan berdasarkan tingkatan kista, gejala, usia pasien, dan riwayat kekambuhan. Adanya gejala pada wanita di bawah usia 40 tahun dapat dibiarkan saja tanpa pengobatan, namun kista dan abses yang lebih besar mungkin memerlukan prosedur bedah kecil dan eksisi. Pemberian antibiotik untuk kista kelenjar bartholin dan abses pada kelenjar sederhana tidak diperlukan kecuali ada indikasi infeksi menular seksual, infeksi saluran kemih, dan selulitis. (Omole *et al.*, 2019)

Marsupialisasi dan fistulisasi merupakan dua prosedur yang paling sering digunakan untuk pengobatan kista kelenjar bartholin dan kelenjar abses. Marsupialisasi cara pengobatan yang sesuai untuk kista kelenjar bartholin primer atau berulang dan kelenjar abses. Cara ini dapat menghasilkan saluran keluar baru setelah dinding kista menyusut dari waktu kewaktu dan reepitelisasi. Fistulisasi merupakan cara tradisional untuk mengobati kista atau abses simptomatik, meskipun tidak sesuai untuk kista yang dalam. Benda asing yang dimasukkan dapat mencegh penutupan luka dan menghasilkan fistula yang terepitelialisasi yaitu saluran keluar baru. (Omole *et al.*, 2019)

Selain cara diatas, skleroterapi dengan menggunakan alkohol atau perak dapat digunakan untuk mengobati kista kelenjar bartholin dan kelenjar abses, persiapan dan prosedurnya sama dengan fistulisasi atau marsupialisasi. (Omole *et al.*, 2019)

5.3.3 Endometriosis

1. Pengertian

Endometriosis adalah penyakit radang panggul kronis yang ditandai dengan luka jaringan seperti endometrium yang letaknya di luar rahim, kejadian ini berkaitan dengan rasa nyeri di panggul dan kejadian infertilitas serta mempengaruhi 10% kesuburan reproduksi pada wanita. Proliferasi luka

endometriosis membutuhkan estradiol yaitu proinflamasi serta melakukan pengobatan endometriosis jangka panjang untuk menghambat ovulasi atau mengurangi produksi estrogen. (Giudice *et al.*, 2022)

2. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang timbul pada penderita endometriosis yang sering ditemukan adalah nyeri panggul dan infertilitas. Penyakit ini ditandai dengan proses inflamasi yang menyebabkan reaksi berlebihan terhadap pusat peradangan akibat stress oksidatif (Amini *et al.*, 2021)

3. Penyebab

Faktor penyebab endometriosis masih belum jelas tapi ditemukan teori yang dianggap mempengaruhi proses pertumbuhan endometriosis, yaitu:

- a. Terjadinya implantasi langsung dari sel endometrium yang biasanya terjadi pada saat menstruasi retrograde dimana terdapat aliran balik darah haid yang berisi jaringan endometrium yang masuk melalui tuba fallopi kemudian mengalir keluar dan berimplantasi di rongga peritoneum
- b. Tersebarinya sel endometrium melalui pembuluh darah dan limfatik, teori ini menjelaskan bahwa jaringan endometrium meluas melalui saluran limfatik yang ada di dalam uterus kemudian dibawa ke tempat-tempat di pelvis yang menjadi tempat pertumbuhan jaringan endometrium secara ektopik.
- c. Terjadinya coclonic dari sel-sel multipotensial di rongga peritoneum, yang menjelaskan bahwa endometriosis bermula dari sel ekstra uteri yang secara abnormal mengubah diri menjadi sel endometriosis kemudian pada kondisi tertentu bisa berkembang menjadi endometrium yang fungsional.
- d. Teori hormon, teori ini menjelaskan bahwa endometriosis dikenal sebagai estrogen dependent

diseas dimana kejadian endometriosis kebanyakan didapatkan pada wanita usia reproduksi dan tidak terjadi pada wanita dengan pascamenopause yang sudah tidak mampu memproduksi hormone estrogen lagi. Estrogen mempunyai peran penting pada proses proliferasi endometrium pada siklus menstruasi normal, kondisi seperti ini sama dengan endometriosis yang mana estrogen juga mestimulasi untuk proliferasi endometrium ektopik dan memperkuat jaringan endometriosis terhadap estrogen.

- e. Teori inflamasi dan stress oksidatif, dalam teori ini menjelaskan adanya kenaikan mediator inflamasi pada serum dan cairan peritoneum pada wanita yang terkena endometriosis. Adanya keluhan rasa nyeri pada pasien dengan endometriosis dapat di atasi dengan pemberian obat nonsteroid antinflamasi.
- f. Teori defek system imun, teori ini menggambarkan kemampuan dari jaringan endometrium untuk bertahan hidup didaerah ektopik yang diduga mempunyai ikatan dengan respon imun penderita yang tidak normal.
- g. Teori genetik, dalam teori ini menjelaskan bahwa endometriosis merupakan penyakit yang bergantung pada estrogen, sehingga berdampak pada variasi genetik yang menghasilkan peningkatan pegaruh estrogen pada luka endometriosis yang akan berdampak pada perkembangan endometriosis (Iskandar, 2021).

4. Klasifikasi Endometriosis

Berdasarkan *American Society For Reproductive Medicine (ASMR)* yang sudah diperbaru pada tahun 1997 mengklasifikasikan endometriosis menjadi 4 yaitu:

- a. Stadium 1 dengan kategori minimal dengan skor penilaian 1-5 yaitu adanya perlekatan disuperfisil peritoneum dan ovarium serta adanya adhesi tipis pada salah satu atau kedua ovarium.

- b. Stadium 2 dengan kategori ringan dengan skor penilaian 6-15 yaitu adanya perlekatan disuperficial dan sedikit dalam diperitoneum dan ovarium, terdapat adhesi tipis dan terdapat kista coklat di dalam ovarium.
 - c. Stadium 3 dengan kategori sedang dengan skor penilaian 16-40 yaitu perlekatan dalam terjadi di peritoneum, terdapat kista diovarium, adhesi yang padat didaerah tuba fallopi.
 - d. Stadium 4 dengan kategori berat dengan skor penilaian >40 yaitu perlekatan dalam diperitoneum, terdapat kista coklat, banyak adehsi dan terjadi obliterasi culdesac komplit. (Iskandar, 2021)
5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita endometriosis adalah sebagai berikut:

- a. Ultrasonografi (USG)
 - b. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*
 - c. Serum CA 125
 - d. Laparoskopi
 - e. Pemeriksaan patalogi anatomi (Iskandar, 2021)
6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita endometriosis adalah dengan cara pemberian obat-obatan, terapi hormonal, bedah serta dilakukan secara kombinasi yaitu obat dan bedah. Pada pengobatan endometriosis ditinjau juga dari keadaan pada setiap penderita yang mencakup:

- a. Gejala yang timbul dan tingkat keparahannya
- b. lokasi dan keparahan endometriosis
- c. kenginan untu program hamil untuk kedepannya.

Setelah kita melihat kategori penderita endometriosis maka dapat dilakukan pengoaabtn secara medis yaitu dengan cara:

- a. Pengobatan simtomatik, seperti pemberian paracetamol 500 mg diminum 3 x sehari, ibuprofen 400 mg diberikan 3 x sehari, asam mefenamat 500 mg diberikan 3 x sehari.
- b. Kontrasepsi oral, pemberian kontrasepsi pil dengan dosis rendah dengan kandungan 30-35 μg etinilestradiol pada penderita endometriosis dianggap efektif terhadap pengobatan endometriosis.
- c. Progestin, progestin bisa didapat pada alat kontrasepsi hormonal yang mengandung Medroxyprogesterone Acetat (MPA) ini adalah jenis suntikan KB 3 bulan yang dianggap mampu menangani rasa nyeri akibat endometriosis, selain dari MPA 150 mg Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dengan kandungan progesteron, levonorgestrel juga dapat digunakan untuk terapi endometriosis. Progestin mempunyai efek samping yaitu pada pengguna akan terjadi peningkatan berat badan, pendarahandan mual.
- d. Danazol, danazol mampu meningkatkan kadar androgen dan hormone estrogen pada jumlah yang sedikit sehingga mampu menekan perkembangan endometriosis. Pada awal mulai perawatan Danazol dapat diberikan 400-800 mg perhari, pemberian pertama kali dosis yang diberikan adalah 200 mg 2 x sehari selama 6 bulan.
- e. Gestrinon, bekerja secara sentral dan perifer meningkatkan jumlah kadar testosterone dan dapat mengurangi kadar sex pada hormone binding globuline.
- f. Aromatase inhibitor, bekerja sebagai penghambat C19 pada androgen berubah menjadi C18 estrogen. (Iskandar, 2021)

5.3.4 Infertilitas

1. Pengertian

Infertilitas adalah salah satu masalah pada organ reproduksi yang ditandai dengan ketidakmampuan pasangan usia subur untuk mendapatkan kehamilan dengan lama pernikahan 1 tahun atau lebih secara aktif melakukan hubungan seksual dengan durasi 2 -3 kali perminggu teratur tanpa menggunakan alat kontrasepsi apapun. (Pasaribu, 2019)

2. Kalsifikasi Infertilitas

Infertilitas di klasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu infertilitas sekunder dan infertilitas primer.

- Infertilitas primer adalah kondisi perempuan yang sudah menikah dan secara aktif melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan alat kontrasepsi apapun tetapi belum juga terdapat tanda-tanda kehamilan dalam jangka waktu 1 tahun.
- Infertilitas sekunder merupakan kegagalan seorang wanita yang sudah menikah dan pernah hamil tetapi tidak bisa lagi mendapatkan kehamilan yang secara aktif melakukan hubungan seksual dan tanpa menggunakan alat kontrasepsi. (Pasaribu, , 2019)

3. Penyebab

Infertilitas mempunyai beberapa factor penyebab yang bisa di lihat dari perempuan ataupun laki-laki yang menjadi faktor domain yang menyebabkan infertilitas pada pasangan usia subur.

Faktor wanita:

- a. Factor tuba falopi dan pelvik
- b. Factor ovulasi
- c. Polip endometrium
- d. Kelainan bentuk uterus
- e. Kelainan vagina

- f. Kelainan serviks
- g. Kelainan uterus

Faktor Pria:

- a. Pengeluaran sperma
- b. Penyempitan saluran sperma karena infeksi bawaan
- c. Mortalitas sperma
- d. Morfologi sperma

Faktor yang lazim dimiliki oleh pasangan usia subur baik pria maupun wanita adalah usia, faktor lingkungan dan *lifestyle* (Darma and Husada, 2022).

4. Pencegahan dan Penanganan Infertilitas

Ada beberapa cara yang bisa dilakukan untuk mencegah atau meminimalkan factor resiko kejadian infertilitas yaitu dengan cara:

- a. Melakukan pengobatan jika terjadi infeksi pada daerah organ reproduksi, pada laki-laki infeksi yang terjadi di saluran prostat dan saluran sperma dapat memicu terjadinya infertilitas pada pria.
- b. Melakukan pengobatan yang menyebabkan infertilitas pada perempuan
- c. Tidak mengonsumsi bahan-bahan yang mampu menyebabkan berkurangnya kualitas dan kuantitas sperma serta sel telur yaitu alkohol dan rokok.
- d. Mempunyai perilaku hidup yang baik dan sehat (Soegiharto Soebijanto, 2013)

5.3.5 Kehamilan Ektopik

1. Pengertian

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi ketika ovum yang berhasil dibuahi berimplantasi diluar cavum uteri normal. Kehamilan ektopik bisa muncul dalam bentuk apapun dalam spectrum klinis yang luas. Kehamilan ektopik terjadi di tuba falopi dan mayoritas terjadi juga dibagian ampullary atau

isthmus dari tuba falopi. Sekitar 2-3% kehamilan ektopik terjadi di interstitial atau berimplantasi di bagian tuba yang melewati rongga endometrium (Patel, Nag and Jain, 2018)

2. Penyebab

Penyebab utama terjadinya kehamilan ektopik berbeda-beda pada setiap daerah atau wilayah tertentu karena dipengaruhi oleh faktor budaya dan sosial yang digunakan pada suatu wilayah tersebut, penyebabnya ialah:

- a. Riwayat kehamilan ektopik
- b. Riwayat operasi panggul
- c. Alat kontrasepsi IUD
- d. Resiko penyakit radang panggul sebelumnya (Widiasari and Dewi Lestari, 2021)

3. Klasifikasi Kehamilan Ektopik

Menurut Sari, 2018 kehamilan ektopik diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Kehamilan ektopik pada tuba
Kasus ini paling sering ditemukan, karena tuba merupakan tempat bertemunya sel ovum dan sel sperma, tetapi tuba bukanlah tempat yang seharusnya untuk berimplantasi dan berkembang sehingga menimbulkan perkembangan yang abnormal pada janin. Implantasi pada tuba akan mengalami gangguan pada minggu ke 6- 10 kehamilan.
- b. Kehamilan pars interstisial
Kehamilan ini merupakan kehamilan yang terjadi pada daerah pars interstitial tuba, kasus ini jarang ditemui dan hanya berkisar 1% angka kejadian dari kehamilan tuba.
- c. Kehamilan ektopik ganda
Kehamilan ektopik ganda ini merupakan kejadian yang jarang ditemukan pada umumnya dimana terdapat dua kehamilan yang secara bersama-sama yaitu di intrauterine dan kehamilan ektopik tuba. Angka

kejadian kehamilan ektopik ganda ini adalah 1:15.000-40.000 kejadian.

d. Kehamilan ektopik ovarial

Kehamilan ektopik ovarial merupakan kehamilan yang mengarah pada letak implantasi kantung kehamilan, dimana letaknya adalah didalam ovarium dan bisa menyebabkan kehamilan ektopik dengan persentase 3%. Kehamilan ini bisa didiagnosis dengan empat kriteria yaitu penilaian tuba apakah dia normal untuk persiapan kehamilan, kantong janin harus berada pada ovarium, kantong janin dan uterus harus dihubungkan dengan ligamentum ovarii proprium, pada kantong janin jaringan ovarium harus ditemukan.

e. Kehamilan ektopik servikal

Kehamilan ektopik servikal merupakan kehamilan yang terjadi dengan prevalensi 1% dari kehamilan ektopik tuba. Jika ovum menyentuh kavum servikalis secara tidak sengaja maka akan terjadi pendarahan tetapi tidak disertai dengan rasa nyeri pada awal kehamilan. (Widiasari and Dewi Lestari, 2021)

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis kehamilan ektopik adalah

- a. Amenorea
- b. *Morning sickness*
- c. Mual dan muntah
- d. Nyeri pada abdomen
- e. Adanya pendarahan pervaginam (Widiasari and Dewi Lestari, 2021)

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada kasus kehamilan ektopik perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis, pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan adalah:

- a. Menilai kadar hormone β -hCG dan progesterone
- b. Menilai kadar Hemoglobin (HB)

- c. Menilai jumlah leukosit
 - d. Melakukan *Ultrasonography*
 - e. Melakukan kuldosentesis
 - f. Melakukan laparoskopi (Widiasari and Dewi Lestari, 2021)
6. Pengobatan

Pengobatan pada kehamilan ektopik adalah menggunakan terapi medis yaitu dengan menggunakan Methotrexate intramuscular dengan dosis 50 mg/m² biasa digunakan pada kasus kehamilan ektopik awal kurang dari 3,5 cm, tidak ada DJJ dan tidak ditemukan pendarahanaktif.

Penatalaksanaan secara medis merupakan pilihan yang diberikan untuk menangani kehamilan ektopik dengan indikasi yang sangat ketat. Untuk mengurangi terjadinya kehamilan ektopik pada perempuan dengan tuba yang rusak secara unilateral maka salpingektomi menjadi pengobatan secara bedah yang dipilih. (Widiasari and Dewi Lestari, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Amini, L. *et al.* (2021) 'The Effect of Combined Vitamin C and Vitamin e Supplementation on Oxidative Stress Markers in Women with Endometriosis: A Randomized, Triple-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial', *Pain Research and Management*, 2021. Available at: <https://doi.org/10.1155/2021/5529741>.
- Darma, J. and Husada, A. (2022) 'faktor -faktor resiko terjadinya infertilitas pada wanita pasangan usia subur di dusun V desa kolam kecamatan percut se tuan tahun 2020', 9, pp. 1-6.
- Dwianggimawati, M.S., Radiono, S. and Rahayujati, T.B. (2017) 'Faktor risiko servitis pada wanita pekerja seks di kegiatan layanan infeksi menular seksual mobile', *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(3), p. 113. Available at: <https://doi.org/10.22146/bkm.18003>.
- Giudice, L.C. *et al.* (2022) 'Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2)', *The Lancet*, 399(10343), pp. 2267-2279. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00622-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00622-5).
- Iskandar (2021) 'ENDOMETRIOSIS Iskandar 1', *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 7(2), pp. 1-12.
- Kang, J. *et al.* (2022) 'Clinical and Genetic Characteristics of a Cohort with Distal Vaginal Atresia', *International Journal of Molecular Sciences*, 23(21). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijms232112853>.
- Lee, K.H. *et al.* (2019) 'Imperforate hymen: A comprehensive systematic review', *Journal of Clinical Medicine*, 8(1). Available at: <https://doi.org/10.3390/jcm8010056>.

- Nazera Iskandar, F. *et al.* (2013) 'Hubungan Antara Sikap Wanita Usia Subur (Usia 20-35 Tahun) Terhadap Perilaku Pencegahan Servisitits Dengan Pemeriksaan Skrining Di Kelurahan Kalibanteng Kulon Lebidosari Semarang Tahun 2013 The Relations Between Fertile Women Attitude (Age 20-35 Years) TO C', *Jurnal Unimus* [Preprint]. Available at: <http://jurnal.unimus.ac.id>.
- 'Nora, Hilwan, dkk 2017' Gambaran Jenis Penyakit Ginekologi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2017.
- Omole, F. *et al.* (2019) 'Bartholin duct cyst and gland abscess: Office management', *American Family Physician*, 99(12), pp. 760–766.
- Pasaribu, I.H., Rahayu, M.A. and Marlina, R. (2019) 'Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Infertilitas pada Wanita di Rumah Sakit Dewi Sri Karawang', *Health Science Growth Journal*, 4(2), pp. 62–73.
- Patel, K.S., Nag, R.S. and Jain, L. (2018) 'Ruptured Ectopic Pregnancy, the Challenges for the Obstetrician: Single Center Prospective Study', *International Journal of Contemporary Medical Research [IJCMR]*, 5(5). Available at: <https://doi.org/10.21276/ijcmr.2018.5.5.20>.
- Permata Sari, R., Faris, A. and Setyawati, T. (2021) *A CASE Report : Kista Bartholin Berukuran Besar Pada Kehamilan Dengan Tatalaksana Eksisi*, *Jurnal Medical Profession (MedPro)*.
- Pramanik, N.D. (2019) 'Servisitits Dan Kebersihan Vulva : Laporan Kasus', pp. 1–6.
- Slaou, A. *et al.* (2020) 'Congenital vaginal atresia: About an uncommon case', *Pan African Medical Journal*, 37(69), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.69.21682>.
- Soegiharto Soebijanto (2013) 'Konsensus Penanganan Infertilitas daftar isi', *Konsensus penanganan infertil* [Preprint].

- Suwito, E.D., Pamungkas, R.A. and Saroyo, Y.B. (2022) 'Mission Possible, Hymen Imperforate from Imperfect to Become Perfect: A Case Report', *Journal of Medical and Health Studies*, 3(3), pp. 01-06. Available at: <https://doi.org/10.32996/jmhs.2022.3.3.1>.
- Triansyah, A., Munir, M.A. and Saranga, D. (2019) *CASE OF Hymen Imperforata In Adolescents*, *Jurnal Medical Profession (MedPro)*.
- Widiasari, K.R. and Dewi Lestari, N.M.S. (2021) 'Kehamilan Ektopik', *Ganesha Medicine*, 1(1), p. 20. Available at: <https://doi.org/10.23887/gm.v1i1.31699>.

BAB 6

INFEKSI ORGAN REPRODUKSI PEREMPUAN

Oleh Lingga Puspita Sari

6.1 Pendahuluan

Sistem reproduksi perempuan merupakan serangkaian sistem organ yang memiliki fungsi yang berbeda beda pada setiap bagiannya, secara garis besar organ reproduksi wanita berfungsi sebagai alat reproduksi wanita yang menghasilkan ovum, sebagai tempat pembuahan, menjaga hasil konsepsi hingga dilahirkan.

Reproduksi sendiri memiliki Istilah “*Re*” yang bermakna “kembali” dan “produksi” yang bermakna “membuat” sehingga dapat diartikan bahwa reproduksi adalah suatu proses dalam kehidupan manusia untuk memiliki keturunan dan tetap menjaga garis keturunan keluarga. Kesehatan reproduksi dapat diartikan sebagai seseorang yang benar benar sehat baik fisiologis maupun psikologis hingga sosial yang memiliki hubungan dengan sistem reproduksi (Wirenviona, 2020).

Mengingat organ reproduksi perempuan adalah organ vital seorang wanita, secara anatomi terletak di bagian yang lembab dan kurang terkena sinar matahari menjadikan organ reproduksi perempuan adalah tempat yang nyaman bagi bakteri, organ reproduksi perempuan juga memiliki fungsi sebagai tempat berhubungan seks mengakibatkan organ reproduksi perempuan menjadi tempat yang mudah terpapar bakteri maupun virus dari penyakit menular seksual sehingga rentan mengalami berbagai penyakit infeksi pada organ reproduksi.

6.2 Pengertian Infeksi Organ Reproduksi Perempuan

Infeksi dapat dikatakan sebagai peradangan yang disebabkan mikroba patogen sebagai agen infeksius, patogen penyebab infeksi dapat berupa virus, bakteri, maupun jamur. Infeksi organ reproduksi perempuan ini dapat diartikan sebagai masuknya agen infeksius ke daerah organ reproduksi perempuan dan mengakibatkan peradangan.

Infeksi pada organ reproduksi perempuan tidak hanya terjadi karena penyakit infeksi menular seksual tetapi dapat juga karena seorang perempuan tidak dapat menjaga kebersihan area genitalianya dengan baik (Afriyani, Veftisia and Salafas, 2019). Infeksi yang terjadi pada manusia dapat dicegah dengan meningkatkan sistem imun tubuh, menjaga kebersihan organ genitalia serta melakukan hubungan seks yang sehat agar infeksi patogen tidak dapat tumbuh dan berkembang pada organ genitalia perempuan.

6.3 Penyakit Organ Reproduksi Perempuan

Infeksi yang terjadi pada organ reproduksi perempuan mengakibatkan berbagai macam perubahan kegagalan fungsi hingga menjadi sebuah masalah reproduksi, adapun penyakit reproduksi pada perempuan yang disebabkan infeksi diantaranya:

6.3.1 Vaginitis

Vaginitis merupakan infeksi atau peradangan yang terjadi pada organ genitalia perempuan, vaginitis yang terjadi pada perempuan kerap menimbulkan rasa gatal pada vulvovagina, rasa terbakar, iritasi, keputihan yang abnormal hingga vagina berbau busuk. Vaginitis terjadi disebabkan oleh berbagai infeksi dari benda asing seperti:

1. *Bacterial Vaginosis*

Infeksi bakteri penyebab vaginitis bukan merupakan infeksi yang menular atau ditularkan, infeksi bakteri ini dikarenakan pertumbuhan berlebih

pada mikroorganisme anaerob fakultatif seperti *Bakteriodes*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *s Prevotella*, *Atopobium vaginae*, *G Vaginalis*. *Bacteriala vaginitis* ini merupakan penyebab utama keputihan pada wanita usia subur.

2. *Tricomonaliasis*

Tricomonaliasis atau yang biasa disebut dengan Trikomoniasis vagina merupakan infeksi yang disebabkan protozoa parasit *Tricomonas Vaginalis*. Infeksi yang disebabkan *Tricomonas Vaginalis* termasuk ke dalam IMS (Infeksi Menular Seksual) yang tidak terlalu viral dibandingkan HIV. Gejala yang timbul berupa keputihan yang berbau busuk, nyeri berhubungan, nyeri buang air kecil, gatal-gatal di daerah vagina dan rasa terbakar

3. *Vulvovaginal Candidiasis*

Vulvovaginal Candidiasis merupakan infeksi atau peradangan yang disebabkan oleh jamur, infeksi yang disebabkan jamur merupakan kondisi kedua paling sering terjadi pada perempuan setelah *Bacterial Vaginosis*. Gejala yang timbul hampir sama seperti infeksi penyebab vaginitis lainnya seperti Gatal gatal pada genitalia, keputihan dengan bau busuk, nyeri buang air kecil dan nyeri berhubungan.

Sebagai langkah pencegahan vaginitis perempuan diharapkan dapat menjaga kebersihan area genitalianya untuk mencegah timbulnya infeksi organ reproduksi, selain itu jika telah terdiagnosa vaginitis yang disebabkan *Tricomonas* sebaiknya lakukan pemeriksaan pula pada pasangan sebagai langkah pencegahan terjadinya infeksi berulang (Patients, 2020) (Marnach, Wygant and Casey, 2022).

6.3.2 Servisititis

Servisititis merupakan peradangan yang terjadi pada bagian serviks perempuan, servisititis dapat ditularkan melalui hubungan seksual karena terserang oleh agen infeksius, servisititis sering kali tumbuh tanpa gejala tertentu sehingga kerap dibiarkan sehingga mengakibatkan masalah komplikasi pada organ reproduksi bagian atas. Secara anatomi serviks terdiri dari matriks jaringan ikat yang dilapisi oleh dua epitel yang berbeda yakni : kolumnar dan skuamosa. Sel epitel kolumnar bekerja melapisi endoserviks dan merupakan target dari patogen yang disebut sebagai penyebab servisititis yakni *Chlamydia trachomatis* dan *Nesseria gonorrhoeae*, sedangkan sel epitel skuamosa bekerja melapisi epitel ektoserviks yang berdekatan dengan mukosa vagina sehingga rentan terinfeksi oleh patogen yang terkait vaginitis seperti *Trichomonas vaginalis* dan kandidiasis (Ortiz-de la Tabla and Gutiérrez, 2019). Penyebab infeksi pada servisititis disebabkan beberapa agen infeksius, ada yang patogen menular seksual dan adapula berupa mikroorganisme asli genitalia wanita yang tidak menular melalui hubungan seks, Berikut agen infeksius *servicitis*:

Patogen Menular Seksual

1. *Chlamydia trachomatis* dan *Nesseria gonorrhoeae*: *Chlamydia trachomatis* dan *Nesseria gonorrhoeae* merupakan dua patogen penyebab infeksi menular seksual dan merupakan bakteri yang menyebabkan penyakit kelamin. Tingkat penyebab servisititis dari dua bakteri ini tertinggi hingga 50% dari jumlah kejadian servisititis, 50% lagi disebabkan dari patogen infeksi lainnya. Infeksi yang disebabkan oleh bakteri ini kerap tanpa gejala dan harus melakukan pemeriksaan laboratorium khusus.
2. *Trichomonas vaginalis*: *Trichomonas vaginalis* pada servisititis menyebabkan peradangan erosif pada epitel

ektoserviks yang dapat menyebabkan petekie kelamin hingga pendarahan besar.

3. *Mycoplasma genitalium*: Penyebab servisitis lain adalah bakteri *M. Genitalium* yang merupakan agen infeksius menular seksual, pertumbuhan dari *M. Genitalium* dipengaruhi dari sebuah kultur murni dari bakteri itu sendiri (Jensen and Bradshaw, 2015)
4. Virus herpes simpleks: Merupakan infeksi menular yang disebabkan oleh virus herpes simpleks tipe 1 atau tipe 2, gejala klinis yang muncul pada infeksi virus herpes simpleks tampak dapat terlihat lebih nyata seperti ditemukan adanya lesi erosif dan hemoragik difus di daerah genitalia eksternal perempuan.

Microorganisme Genitalia asli yang tumbuh dan berkembang di organ genitalia wanita itu sendiri memiliki peran yang tidak begitu besar pada kejadian servisitis, tetapi tetap dapat menjadi penyebab servisitis pada kejadian tertentu, *Microorganisme Genitalia* ini adalah *Mycoplasma hominis* dan *Ureaplasma spp*, tetapi Berbeda dengan *vaginosis bakterialis* meskipun samasama *microorganisme genitalia* akan tetapi merupakan bakteri paling umum menyebabkan infeksi pada organ reproduksi perempuan, hal ini dikarenakan tidak seimbangnya mikrobiota vaginal yang ditandai dengan pertumbuhan bakteri anaerob dan penurunan *Lactobacillus* yang dihasilkan hidrogen peroksida (Ortiz-de la Tabla and Gutiérrez, 2019).

6.3.3 Bartholinitis

Bartholinitis atau disebut juga dengan kista bartholin yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Kista bartholin terbentuk ketika terjadi sumbatan karena trauma, lendir maupun edema sekunder, pada umumnya penyumbatan yang terjadi disebabkan pula oleh infeksi polimikrobal dan cairan kistik yang tertahan oleh unsur flora vaginal, unsur

flora vaginal yang biasanya menyebabkan penyumbatan adalah *Escherichia coli* atau *Staphylococcus sp*, kedua bakteri ini merupakan bakteri gram positif yang terdapat di kulit manusia. Kista bartholin yang tidak ditangani dengan cepat dapat menyebabkan abses yang terjadi pada kelenjar bartholin (Illingworth *et al.*, 2020).

Kemenkes, 2022 menerangkan bahwa kista bartholin pada wanita jarang menimbulkan gejala, tetapi dalam kejadian tertentu seperti ketika pembengkakan yang semakin membesar dan menjadi abses biasanya menimbulkan gejala seperti:

1. Benjolan terasa nyeri dan lunak
2. Vagina terlihat membengkak
3. Keluar nanah dari benjolan
4. Demam

Sebelum ketahap yang ganas pada awal terjadinya kista bartholin seseorang dapat merasakan :

1. Benjolan yang tidak terasa nyeri pada salah satu sisi mulut vagina
2. Peradangan berupa kemerahan dan pembengkakan pada mulut vagina
3. Rasa yang tidak nyaman ketika berjalan
4. Nyeri dan tidak nyaman ketika melakukan seks.

6.3.4 Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium, endometritis terbagi menjadi endometritis akut dan endometritis kronis, endometritis kronis merupakan keadaan infeksi endometrium tanpa gejala tertentu, keadaan ini di diagnosis biasanya ketika pemeriksaan aminorea sekunder dan infertilitas. Sedangkan pada endometritis akut merupakan peradangan pada endometrium yang memiliki gejala seperti nyeri saat berhubungan, nyeri panggul bagian bawah, keputihan yang

abnormal hingga pendarahandi luar menstruasi (Singh and Sethi, 2022).

Endometritis akut disebabkan oleh infeksi bakteri anaerob dan bakteri aerob.

Tabel 6.1
Bakteri Aerob dan Anaerob penyebab endometriosis akut

Bakteri Aerob	Bakteri Anaerob
Streptokokus A	Peptostreptokokus
Streptokokus B	Peptokokus
Stafilokokus	Bakterioid
E.Coli	Prevotella
Klebsiella pneumoniae	Clostridium
Enterococcus	
Proteus	

Sumber:

(Singh and Sethi, 2022)

Pencegahan yang dapat dilakukan pada masalah endometritis ini adalah dengan melakukan deteksi dini serta menerapkan teknik teknik pencegahan infeksi menular seksual seperti menggunakan kondom saat berhubungan, bagi tenaga kesehatan yang menolong langsung persalinan pervaginam maupun sectio caesaria serta tindakan tindakan lainnya harus memperhatikan kesterilan alat alat yang digunakan.

6.3.5 Kanker Serviks

Kanker serviks dan servitis merupakan infeksi yang sama sama menyerang serviks akan tetapi perbedaannya berada pada agen infeksiusnya, pada kanker serviks agen infeksiusnya adalah HPV (*Human Papilloma virus*). HPV merupakan virus yang ditularkan melalui hubungan seksual karena itu kanker serviks tidak dapat begitu saja terjadi pada

seseorang karena memiliki keluarga dengan riwayat kanker serviks. Faktor resiko kanker serviks diantaranya adalah:

1. Usia Hubungan seksual pertama yang terlalu dini.
2. Paritas, Seorang wanita yang telah hamil dan melahirkan lebih dari 4 kali memiliki resiko kanker serviks
3. Merokok, kandungan yang terdapat di dalam rokok dapat merusak DNA di serviks sehingga dapat berkontribusi dalam perkembangan kanker serviks, selain itu perokok memiliki imunitas yang rendah menyebabkan HPV akan lebih mudah berkembang biak pada perokok aktif.
4. Penyakit menular seksual
5. Penggunaan kontrasepsi oral selama lebih dari 5 tahun memiliki risiko sebesar 1,9 kali terkena kanker serviks.

Pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah kanker serviks dengan cara melakukan imunisasi atau vaksinasi HPV. Skrining dini dengan pap smear dianjurkan untuk mencegah terjadinya kanker serviks pada wanita. Wanita yang telah menikah atau yang telah melakukan hubungan seksual sebaiknya dapat melakukan pemeriksaan setiap satu tahun sekali, pemeriksaan pap smear setiap 3 tahun sekali dan pap smear dan test HPV setiap 5 tahun sekali. Studi menunjukkan bahwa pemeriksaan double pap smear dan test HPV memiliki sensitivitas hingga 94,6%. (Johnson *et al.*, 2019).

6.3.6 Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual merupakan penyebaran infeksi yang terjadi ketika melakukan hubungan seksual, meskipun infeksi menular seksual ini menimbulkan gejala tidak hanya di organ reproduksi, tetapi secara umum infeksi ini akan memiliki efek negatif bagi organ reproduksi karena menjadi tempat transfer infeksi, berikut penyakit infeksi menular seksual yang dapat kita ketahui:

1. Sifilis

Sifilis merupakan salah satu penyakit menular seksual yang sering disebut dengan raja singa. Penyebaran sifilis disebabkan oleh bakteri *Treponema Palidum*, sifilis atau raja singa ini dapat ditularkan ketika pasangan melakukan hubungan seksual, selain itu sifilis juga dapat ditularkan ketika janin berada di dalam kandungan dan ketika melahirkan, proses penularan sifilis ini bisa saja terjadi karena adanya transfer darah dari permukaan terluka antara ibu dan janin (Amalia, Hendra and Sibero, 2014).

Sifilis menimbulkan gejala masing masing pada setiap fase perkembangan, menurut kemenkes, 2022 berikut gejala yang timbul pada masing masing fase:

- 1) Sifilis Primer: Pada fase ini akan terjadi pembentukan ulkus pada tempat perlukaan, tempat perlukaan ini bisa saja di vagina, dubur dll. ulkus ini akan timbul pada hari ke 10 dan hilang pada minggu ke 3 sampai ke 6, menghilangnya ulkus bukan berarti infeksi telah hilang akan tetapi kondisi ini malah menandakan bahwa bakteri *Treponema palidum* berkembang ke fase sekunder.
- 2) Sifilis Sekunder: Setelah beberapa minggu ulkus menghilang akan terjadi ruam pada tempat yang berbeda, bisa di mulut, telapak tangan, vagina, ruam ini biasanya di barengi dengan kutil. Pada fasae sekunder ini selain ruam dan kutil yang tumbuh diberbagai daerah tubuh biasanya akan timbul pula Demam, sakit tenggorokan, nyeri otot, mudah lelah, serta pembengkakan pada kelenjar getah bening. Pada fase ini pula gejala berupa ruam dapat hilang sewaktu waktu, tetapi jika tidak segera diobati infeksi bakteri *Treponema palidum* semakin ganas dan berubah ke fase laten.
- 3) Sifilis Laten: Fase laten ini infeksi *Treponema palidum* tidak menimbulkan gejala selama

bertahun tahun, sehingga seseorang mengira bahwa telah sembuh dari sifilis. Fase ini akan berjalan hingga beberapa tahun. Hingga akhirnya setelah 2 tahun pada fase ini bakteri *Treponema palidum* tidak dapat menular ke orang lain, tetapi akan semakin berkembang didalam tubuh penderita.

- 4) Sifilis Tresier: Fase tresier ini akan muncul jauh setelah infeksi terjadi, berkisar 10 hingga 30 tahun kemudian, penyakit sifilis pada masa ini sudah menimbulkan gangguan gangguan pada fungsi organ tubuh seperti kebutaan pada mata, penyakit jantung hingga kematian.

2. AIDS

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan salah satu penyakit menular seksual yang menimbulkan gejala berupa penurunan sistem imunitas tubuh seseorang yang disebabkan Oleh infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), HIV ditularkan melalui hubungan seksual, cairan Vagina, Semen hingga air susu ibu dan tidak dapat menularkan melalui berciuman, berpelukan, berjabat tangan, makan dan minum (Infodatin, 2020), pencegahan penularan HIV ini dapat dilakukan dengan cara melakukan hubungan seksual dengan pengamanan kondom(Kemenkes, 2016).

3. Gonore

Gonore adalah suatu peradangan atau infeksi yang disebabkan *Nesseria gonorrhoeae*, bakteri ini menginfeksi membran mukosa epitel kuboid yang masih belum berkembang pada saluran urogenitalia, rektum, mata hingga tenggorokan. Bakteri ini akan berkembang biak di jarngin subepitelial hingga berhasil menghasilkan ekstra sel yang mampu merusak sel. Agen infeksius gonore ini akan membentuk abses subepitelial dan ketika pecah akan melepaskan sel PMN dan Gonokokus (Adhata, 2022).

Menurut studi penyakit gonore ini ditularkan paling sering melalui hubungan seksual, penularannya melalui seseorang yang negatif gonore berhubungan seksual dengan seseorang yang positif gonore, gonore pada perempuan sulit untuk menentukan masa inkubasi karena seorang perempuan yang terinfeksi gonore sejak awal tidak menimbulkan gejala apapun kecuali telah memasuki tahap lebih lanjut hingga terjadinya komplikasi, meski begitu, masih terdapat gejala gonore yang dapat dirasakan sebelum terjadinya komplikasi lanjut seperti:

- a. Nyeri panggul
- b. Keputihan
- c. Pendarahan diluar fase menstruasi

Untuk mencegah penyebaran gonore, tenaga kesehatan dapat meminta kepada seseorang yang positif gonore untuk tidak berhubungan seksual hingga sembuh (Adhata, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Adhata, A.R. (2022) 'Diagnosis dan Tatalaksana Gonore', *Jurnal Medika Hutama*, 3(2), pp. 1992–1996.
- Afriyani, L.D., Veftisia, V. and Salafas, E. (2019) 'Efektivitas Pendidikan Sebaya Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perubahan Dan Perawatan Genitalia Remaja Pada Siswi Putri Di Sd N 1 Langensari', *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 2(1), pp. 53–57. Available at: <https://doi.org/10.35473/ijm.v2i1.170>.
- Amalia, D.P., Hendra, S. and Sibero, T. (2014) 'Syphilis', *J MAJORITY*, 3.
- Illingworth, B.J.G. *et al.* (2020) 'Evaluation of treatments for Bartholin's cyst or abscess: a systematic review', *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(6), pp. 671–678. Available at: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16079>.
- Infodatin (2020) 'Aids/Hiv', *Infodatin* [Preprint].
- Jensen, J.S. and Bradshaw, C. (2015) 'Management of Mycoplasma genitalium infections - can we hit a moving target?', *BMC Infectious Diseases*, 15(1), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1041-6>.
- Johnson, C.A. *et al.* (2019) 'Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management', *Seminars in Oncology Nursing*, 35(2), pp. 166–174. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.003>.
- Kemenkes (2016) *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual*, *Kemas: National Public Health Journal*.
- Kemenkes (2022). Kista Bartholin. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/721/kistabartolin i#:~:text=Gejala%20Kista%20Bartholin&text=%C2%B%20Benjolan%20kecil%20yang%20tidak%20terasa,%2%20du duk%2C%20atau%20berhubungan%20seksual.

- Kemenkes.(2022).sifilis.https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1991/sifilis
- Marnach, M.L., Wygant, J.N. and Casey, P.M. (2022) 'Evaluation and Management of Vaginitis', *Mayo Clinic Proceedings*, 97(2), pp. 347–358. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.09.022>.
- Ortiz-de la Tabla, V. and Gutiérrez, F. (2019) 'Cervicitis: Etiology, diagnosis and treatment', *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(10), pp. 661–667. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.12.004>.
- Patients, N. (2020) 'Vaginitis in Nonpregnant Patients', *Obstetrics & Gynecology*, 135(1), pp. e1–e17. Available at: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003604>.
- Singh, N. and Sethi, A. (2022) 'Endometritis-Diagnosis,Treatment and its impact on fertility-A Scoping Review', *Jornal Brasileiro de Reproducao Assistida*, 26(3), pp. 538–546. Available at: <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20220015>.
- Wirenviona R & Riris C. (2022) *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Surabaya : Airlangga Univercity Press.

BAB 7

GANGGUAN DI DALAM DAN DI LUAR SIKLUS MENSTRUASI

Oleh Lathifah 'Arub

7.1 Pendahuluan

Siklus menstruasi adalah serangkaian perubahan bulanan yang dialami tubuh wanita dalam persiapan untuk kehamilan (Mittiku *et al.*, 2022). Hormon menyebabkan lapisan rahim menjadi lebih tebal dengan darah dan jaringan ekstra. Lapisan rahim akan luruh melalui lubang vagina jika ovulasi terjadi dan telur tidak dibuahi. Pelepasan darah dan jaringan dari lapisan rahim disebut juga dengan periode menstruasi (ACOG, 2021).

Menstruasi normal pertama kali terjadi pada remaja antara usia 11 dan 14 tahun, dengan periode panjang 7 hari atau kurang, tetapi aliran sesingkat 1 hari dan selama 8 hari dapat terjadi pada wanita normal. Panjang siklus normal 21 sampai 45 hari dengan kehilangan darah rata-rata 20-80ml. Istilah luas yang menggambarkan penyimpangan dalam siklus menstruasi yang melibatkan frekuensi, keteraturan, durasi, dan volume aliran di luar kehamilan.

Berlangsungnya siklus menstruasi terkadang berfluktuasi setiap bulannya, hal ini dapat mengakibatkan ketidakaturan menstruasi. Gangguan yang timbul pun bermacam-macam dan bisa terjadi saat, sebelum atau sesudah menstruasi, gangguan tersebut antara lain sindrom pramenstruasi, dismenore, amenore, polimenorea dll.

7.2 Premenstrual Syndrome (PMS) dan Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

Premenstrual Syndrome (PMS) dan Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) keduanya merupakan gangguan pramenstruasi yang sering terjadi di banyak negara dan secara bertahap menjadi perhatian utama karena dapat berdampak negatif pada kehidupan normal sehari-hari (Ngo *et al.*, 2023).

7.2.1 Definisi

Sindrom pra-menstruasi atau sering juga disebut dengan PMS (Premenstrual Syndrome) adalah gangguan yang ditandai dengan perubahan fisik, emosional dan perilaku pada wanita usia reproduksi yang meningkatkan keparahan siklus menstruasi selama fase luteal dan menghilang secara spontan dalam beberapa hari setelah periode haid tiba (Yesildere Saglam and Orsal, 2020).

Dalam sebuah penelitian menjelaskan bahwa PMS merupakan kondisi kompleks yang ditandai dengan adanya gejala kejiwaan seperti perubahan suasana hati, depresi, kehilangan kepercayaan diri, kecemasan dan lekas marah, tanpa gangguan kejiwaan yang mendasarinya, disertai dengan gejala fisik (Dilbaz and Aksan, 2021).

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) merupakan gangguan sindrom pramenstruasi yang gejalanya lebih berat (Lanza di Scalea and Pearlsten, 2017). Selain itu PMDD juga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikologis dan bahkan sampai tidak dapat menjalankan kegiatan sehari-hari atau pekerjaan (Thakrar, Bhukar and Oswal, 2021).

7.2.2 Etiologi

Faktor penyebab dari PMS dan PMDD belum diketahui secara pasti. Karena gejala PMS terjadi bersamaan dengan fluktuasi hormonal dari siklus menstruasi. Perubahan hormonal yang terjadi menjelang menstruasi menjadi salah satu faktor penyebab utama atau pemicu terjadinya PMS.

Fluktuasi siklus kadar estrogen dan progesteron dapat memicu gejala PMS. Selain itu, penurunan sensitivitas terhadap hormon yang beredar mungkin memainkan peran. Kadar serotonin turun selama fase luteal pertengahan hingga akhir, dan kepadatan transporter serotonin yang lebih rendah menghasilkan transmisi kerja yang abnormal. Perubahan fase luteal di sirkuit saraf otak yang mempengaruhi fungsi emosional dan kognitif mungkin terlibat juga.

7.2.3 Tanda dan Gejala

PMS memiliki tanda gejala yang bermacam-macam dan dapat berkisar dari ringan, sedang sampai berat. Gejala-gejala ini mungkin termasuk perubahan nafsu makan, berat badan, sakit perut, sakit punggung, nyeri punggung bawah, sakit kepala, pembengkakan dan nyeri di payudara, mual, sembelit, kecemasan, lekas marah, marah, kelelahan, gelisah, perubahan suasana hati dan menangis.

Pada PMDD memiliki tanda gejala yang lebih berat dari PMS. Tanda gejala tersebut antara lain :

1. Gejala yang sering muncul
 - a. Merasa sedih, tertekan, putus asa, tidak berharga
 - b. Labilitas suasana hati yang ditandai seperti perubahan suasana hati; tiba-tiba merasa sedih atau menangis
 - c. Peningkatan iritabilitas dan atau kemarahan; sering konflik dengan anggota keluarga atau di tempat kerja
 - d. Peningkatan kecemasan atau perasaan gelisah sepanjang waktu
2. Perilaku
 - a. Kekurangan energi, kelelahan Penurunan minat dalam aktivitas normal
 - b. Masalah dengan konsentrasi
 - c. Perubahan nafsu makan, baik makan berlebihan atau kenginan makanan tertentu

- d. Perubahan pola tidur, baik hipersomnia atau insomnia
 - e. Merasa kewalahan atau di luar kendali
- 3. Somatik
 - a. Pembengkakan atau nyeri payudara
 - b. Nyeri sendi atau otot
 - c. Sensasi kembung atau penambahan berat badan
 - d. Sakit kepala
- 4. Gejala mengganggu aktivitas, pekerjaan, sekolah, atau hubungan

7.2.4 Pencegahan dan Penanganan

a. Non Farmakologi

Diet. Saran diet yang biasa diberikan kepada wanita dengan gejala pramenstruasi ringan atau bahkan sedang, seperti mengonsumsi lebih sedikit kafen, gula, atau alkohol, dan makan makanan yang lebih kecil dan lebih sering.

Latihan aerobik. Banyak bukti menyimpulkan bahwa aktivitas fisik aerobik, seperti berjalan, berenang, atau bersepeda, cenderung meningkatkan suasana hati dan tingkat energi.

Suplemen. Vitamin B6, kalsium, suplemen magnesium, dan obat herbal semuanya telah dipelajari untuk digunakan dalam PMDD tetapi belum ada bukti yang konsisten atau meyakinkan yang mengarah pada konsensus tentang kemanjurannya.

b. Farmakologi

Pengobatan farmakologis disarankan ketika perubahan gaya hidup dan terapi nonfarmakologis lainnya tidak lagi memberikan bantuan mengatasi gejala PMS dan PMDD atau jika pasien lebih memilih untuk memulai terapi dengan obat daripada tindakan nonfarmakologis.

Pilihan farmakologis termasuk antidepresan serotonergik, anxiolytics, dan terapi hormonal. Pengobatan harus didasarkan pada keparahan gejala dan durasi,

keteraturan siklus menstruasi, apakah kontrasepsi juga diinginkan, dan apakah pasien bersedia minum obat.

7.3 Amenore

7.3.1 Definisi

Amenorea adalah tidak terjadinya menstruasi atau menstruasi berhenti pada masa subur atau pada saat yang seharusnya menstruasi terjadi secara teratur. Beberapa penyebab amenore normal, termasuk kehamilan, menyusui, dan menopause. Amenore juga dapat disebabkan oleh kondisi medis atau obat-obatan. Ada dua jenis amenore:

- Amenore primer adalah ketika seorang gadis yang tidak mendapatkan menstruasi pertamanya pada usia 15 tahun
- Amenore sekunder didefinisikan sebagai tidak adanya menstruasi selama lebih dari tiga siklus pada seseorang yang sebelumnya menstruasi secara teratur, atau lebih dari enam bulan pada seseorang dengan siklus tidak teratur (Gibson *et al.*, 2020).

7.3.2 Etiologi

Penyebab amenore primer

1. Kehamilan
2. Hipogonadotrofik
3. hipogonadisme
4. Lesi endokrin
5. Kelainan bawaan
6. Tumor

Penyebab amenore sekunder

1. Penurunan berat badan
2. Ovulasi kronis
3. Tumor hipofisis
4. Sindrom Cushing
5. Tumor ovarium

7.3.3 Tanda dan Gejala

Kehilangan periode adalah tanda utama amenore. Tergantung pada penyebabnya, seorang wanita mungkin memiliki tanda-tanda atau gejala lain juga, seperti:

1. Rambut wajah berlebih
2. Rambut rontok
3. Sakit kepala
4. Kurangnya perkembangan payudara
5. Keluarnya susu dari payudara
6. Perubahan penglihatan

7.3.4 Pencegahan dan Penanganan

Pengobatan amenore tergantung pada penyebabnya. Jika penyebab amenore adalah kekurangan estrogen, estrogen dapat diberikan. Jika amenore disebabkan oleh kekurangan gizi, rencana diet yang tepat dapat menyembuhkan pasien dengan baik. Prosedur bedah yang tepat dapat mengobati penyebab anatomi amenore. PCOS dapat ditangani dengan kombinasi kontrasepsi oral dan metformin.

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pasien dengan ketidakaturan menstruasi berada pada risiko tinggi untuk patah tulang, dan karenanya pencegahan osteoporosis harus menjadi langkah berikutnya. Pasien harus ditawarkan suplemen vitamin D dan kalsium.

7.4 Dismenorea

7.4.1 Definisi

Dismenore berasal dari istilah Yunani "pendarahanbulanan yang menyakitkan". Dismenore dapat diklasifikasikan sebagai dismenore primer dan sekunder. Dismenore primer adalah nyeri perut bagian bawah yang terjadi selama siklus menstruasi, yang tidak terkait dengan penyakit atau patologi lain. Sebaliknya, dismenore sekunder biasanya dikaitkan dengan patologi lain di dalam atau di luar rahim.

Dismenore adalah keluhan umum di kalangan wanita selama usia reproduksi mereka. Dismenore dikaitkan dengan dampak kesehatan emosional, psikologis, dan fungsional yang signifikan.

7.4.2 Etiologi

Banyak teori telah menjelaskan etiologi dismenore sejak tahun 1960-an, termasuk etiologi psikologis, biokimia, dan anatomi. Teori anatomi termasuk posisi uterus yang abnormal dan kelainan bentuk serviks atau panjang serviks. (Zebitay *et al.*, 2016) dalam penelitian mereka, menjelaskan bahwa ada korelasi positif antara panjang serviks dan volume dan intensitas dismenore. Namun, teori biokimia telah terbukti lebih kuat daripada yang lain menurut beberapa penelitian homogen. Faktor risiko yang menyebabkan dismenore adalah:

1. Umur
2. Rokok
3. Upaya menurunkan berat badan
4. Indeks massa tubuh yang lebih tinggi
5. Depresi/kecemasan
6. Usia lebih dini saat menarche
7. Nulliparity
8. Aliran menstruasi yang lebih lama dan lebih berat
9. Riwayat keluarga dismenore
10. Gangguan jejaring sosial

Dismenore primer: Prostaglandin F (PGF) adalah kontributor utama penyebab dismenore. Waktu peluruhan endometrium selama awal menstruasi adalah ketika sel-sel endometrium melepaskan PGF. Prostaglandin (PG) menyebabkan kontraksi rahim, dan intensitas kram sebanding dengan jumlah PG yang dilepaskan setelah proses pengelupasan yang dimulai karena penurunan lonjakan hormon.

Dismenore sekunder: dismenore sekunder adalah situasi klinis di mana nyeri haid dapat disebabkan oleh penyakit, gangguan, atau kelainan struktural yang mendasarinya baik di dalam maupun di luar rahim. Ada banyak penyebab umum dismenore sekunder, yang meliputi endometriosis, fibroid

(endometrioma), adenomiosis, polip endometrium, penyakit radang panggul, dan bahkan mungkin penggunaan alat kontrasepsi intrauterin.

7.4.3 Penanganan

Non Farmakologi

Mempertahankan gaya hidup aktif dan diet seimbang yang kaya vitamin dan mineral umumnya direkomendasikan untuk hasil kesehatan yang lebih baik. Secara khusus, diet dan gaya hidup seperti itu berguna untuk mengurangi intensitas dismenore.

Olahraga umumnya direkomendasikan karena beberapa manfaat terhadap kesehatan, itu juga membantu mengurangi intensitas dismenore. Tidak ada bukti yang jelas tentang aktivitas olahraga tertentu atau durasi tertentu tetapi olahraga ringan dianjurkan, terutama pada wanita gemuk. Panas efektif menjadi pilihan terapi mudah yang disukai oleh banyak pasien tanpa efek samping. Namun, penggunaan terapi panas ini masih terus diteliti keefektifannya.

Farmakologi

Obat antinflamasi nonsteroid (NSAID) dianggap sebagai lini pertama pengobatan untuk dismenore. NSAID sangat efektif dalam pengobatan dismenore dibandingkan dengan plasebo atau terapi lainnya. NSAID memberikan manfaatnya dalam pengobatan dismenore dengan menghambat enzim siklooksigenase, sehingga menghambat produksi prostaglandin.

7.5 Polimenorea

7.5.1 Definisi

Polimenorea merupakan terjadinya siklus menstruasi pada frekuensi yang lebih tinggi dari normal (kurang dari 21 hari) (Samani *et al.*, 2018).

Polimenorea merupakan kelainan siklus menstruasi yang menyebabkan wanita berkali-kali mengalami menstruasi dalam sebulan, bisa dua atau tiga kali atau bahkan lebih. Normalnya, siklus menstruasi berlangsung selama 21- 35 hari dengan durasi sekitar 2-8 hari. Wanita yang mengalami polimenorea memiliki siklus menstruasi yang lebih pendek dari 21 hari dengan pola yang teratur dan jumlah pendarahanyang relatif sama atau lebih banyak dari biasanya.

7.5.2 Etiologi

Polimenorea dapat terjadi pada seorang wanita di tahun-tahun ginekologis pertama, yang berkisar pada 1-5 tahun. Hal ini disebabkan oleh regulasi hipotalamus-hipofisis-ovarium yang belum matang sepenuhnya. Polimenorea juga dapat disebabkan oleh faktor psikis seperti kondisi stress ataupun depresi, faktor fisik seperti berat badan yang berlebihan atau obesitas dan kelelahan, serta mengkonsumsi obat-obatan tertentu yang dapat mempengaruhi ketidakseimbangan hormone hipotalamus-hipofisis-ovarium yang meregulasi siklus menstruasi (Tonda, 2019).

7.5.3 Penanganan

Pengobatan untuk polimenorea tergantung pada penyebab yang mendasarinya. Seringkali jika penyebabnya diatasi, gejalanya akan berhenti. Penyebabnya harus selalu diidentifikasi agar jalur pengobatannya sesuai. Jika seorang wanita terganggu oleh polimenorea tetapi tidak mencoba untuk hamil, maka pil kontrasepsi untuk memperpanjang siklusnya bisa menjadi pilihan yang baik.

7.6 Menoragia

7.6.1 Definisi

Menoragia adalah pendarahan menstruasi yang berlebihan. Menoragia dapat digambarkan sebagai menstruasi yang berlangsung lebih lama dari 7 hari; menstruasi yang terjadi lebih sering daripada setiap 21 hari; menstruasi yang cukup berat hingga membutuhkan modifikasi gaya hidup; pembekuan berlebihan; atau pendarahan intermenstrual (Oyelowo, 2007).

7.6.2 Etiologi

Menoragia, atau pendarahan uterus abnormal, dapat diklasifikasikan ke dalam sembilan kategori yang membentuk akronim PALM-COeN (Walker MH, Coffey W, 2023). Tabel ini membagi AUB menjadi penyebab struktural dan non-struktural:

1. Polip
2. Adenomyosis
3. Leiomyoma
4. *Malignancy and hyperplasia*/Keganasan dan hiperplasia
5. *Coagulopathy*/Koagulopati
6. *Ovulatory dysfunction due to hypothyroidism*/ Disfungsi ovulasi karena hipotiroidisme, hipertiroidisme, tumor yang mensekresi prolaktin, PCOS
7. endometrium
8. *Iatrogenic (IUDs, chemotherapeutic agents, anticoagulants)*/Iatrogenik (IUD, agen kemoterapi, antikoagulan)
9. Belum diklasifikasikan

7.6.3 Tanda dan Gejala

Berikut ini beberapa tanda dan gejala menorhagia :

1. Darah yang mengalir sangat deras membutuhkan lebih banyak pembalut atau tampon setiap jam selama beberapa jam berturut-turut.

2. Perlu menggandakan pembalut untuk mengontrol aliran menstruasi Anda.
3. Perlu mengganti pembalut atau tampon di malam hari.
4. Memiliki periode menstruasi yang berlangsung lebih dari 7 hari.
5. Memiliki aliran menstruasi dengan gumpalan darah ukuran lebih besar.
6. Memiliki aliran menstruasi yang berat sehingga tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari.
7. Memiliki rasa sakit di bagian bawah perut selama periode menstruasi.
8. Lelah, kekurangan energi, atau bahkan bisa menyebabkan sesak napas.

7.6.4 Penanganan

Obat-obatan sering dicoba terlebih dahulu untuk mengobati pendarahan menstruasi yang berat:

- Pendarahan berat yang disebabkan adanya masalah dengan ovulasi, endometriosis, PCOS, dan fibroid sering dapat dikelola dengan metode pil kontrasepsi. Tergantung pada jenisnya, metode ini dapat meringankan aliran menstruasi, membantu membuat menstruasi lebih teratur, atau bahkan menghentikan pendarahan sepenuhnya.
- Terapi hormon dapat membantu untuk pendarahan menstruasi berat yang terjadi selama perimenopause. Sebelum memutuskan untuk menggunakan terapi hormon, penting untuk mempertimbangkan manfaat dan risiko (peningkatan risiko serangan jantung, stroke, dan kanker).
- Agonis gonadotropin-releasing hormone (GnRH) menghentikan siklus menstruasi dan mengurangi ukuran fibroid. Mereka hanya digunakan untuk waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan). efeknya pada fibroid bersifat sementara. Setelah Anda berhenti mengambil agonis GnRH, fibroid biasanya kembali ke ukuran aslinya. Asam

traneksamat adalah obat resep yang mengobati pendarahan menstruasi yang berat.

Jika obat tidak mengurangi pendarahan Anda, prosedur pembedahan mungkin disarankan:

- Ablasi endometrium menghancurkan lapisan rahim. Ini menghentikan atau mengurangi pendarahan menstruasi. Kehamilan tidak mungkin terjadi setelah ablasi, tetapi itu bisa terjadi. Jika ya, risiko komplikasi serius sangat meningkat. Anda akan perlu menggunakan metode pengendalian kelahiran sampai setelah menopause setelah ablasi endometrium. Sterilisasi (pengendalian kelahiran permanen) dapat menjadi pilihan yang baik untuk mencegah kehamilan bagi wanita yang mengalami ablasi. Ablasi endometrium harus dipertimbangkan hanya setelah pengobatan atau terapi lain tidak berhasil.
- embolisasi arteri uterus (UeA) digunakan untuk mengobati fibroid. Di UeA, pembuluh darah ke rahim tersumbat, yang menghentikan aliran darah yang memungkinkan fibroid tumbuh.
- Miomektomi adalah operasi untuk mengangkat fibroid tanpa mengangkat rahim. Histeroskopi dapat digunakan untuk menghilangkan fibroid atau menghentikan pendarahan yang disebabkan oleh fibroid dalam beberapa kasus.
- Histeroskopi dapat digunakan untuk menghilangkan fibroid atau menghentikan pendarahan yang disebabkan oleh fibroid dalam beberapa kasus.
- Histerektomi adalah operasi pengangkatan rahim. Histerektomi digunakan untuk mengobati fibroid dan adenomiosis ketika jenis pengobatan lain gagal atau bukan pilihan. Hal ini juga digunakan untuk mengobati kanker endometrium. Setelah rahim diangkat, seorang wanita tidak akan lagi mengalami menstruasi dan tidak bisa lagi hamil.

7.7 Oligomenoria

7.7.1 Definisi

Oligomenore didefinisikan sebagai aliran darah menstruasi yang tidak teratur dan tidak konsisten pada wanita. Beberapa perubahan aliran menstruasi normal pada menarche, postpartum, atau pada periode perimenopause. Tetapi jika seorang wanita melaporkan panjang siklus menstruasi lebih besar dari 35 hari atau empat hingga sembilan siklus menstruasi dalam setahun, maka itu disebut sebagai oligomenore. Aliran menstruasi harus normal sebelum perkembangan oligomenore.

7.7.2 Etiologi

Oligomenore sering merupakan tanda penyakit yang mendasarinya. Berikut ini mungkin penyebab oligomenore :

1. Penyakit ovarium polikistik
2. Androgen mensekresi tumor ovarium
3. Androgen mensekresi tumor kelenjar adrenal
4. Sindrom Cushing
5. Hipertiroidisme
6. Prolaktinoma
7. Amenore hipotalamus
8. Penyakit radang panggul
9. Sindrom Asherman
10. Diabetes mellitus yang tidak terkontrol
11. Diabetes mellitus tipe-1
12. Hiperplasia adrenal kongenital
13. Hiperplasia adrenal kongenital non-klasik.
14. efek samping dari pil kontrasepsi oral
15. Antipsikotik
16. Antiepilepsi
17. Masalah anatomi
18. Insufisiensi ovarium primer
19. Berolahraga wanita dengan penyakit ovarium polikistik

7.7.3 Penanganan

Pengobatan oligomenore tergantung pada penyebab yang mendasarinya;

1. Perubahan Gaya Hidup

Oligomenore, bila disebabkan oleh indeks metabolisme basal rendah dan tingkat stres, dapat ditangani dengan modifikasi perilaku, diet, psikoterapi, dan teknik pengurangan stres. Anovulasi, bila disebabkan oleh obesitas, dapat dikelola dengan penurunan berat badan.

2. Terapi hormonal

Pil KB sering digunakan untuk mengembalikan keteraturan siklus menstruasi, terutama pada penyakit ovarium polikistik. Mereka aman digunakan, terutama ketika pasien tidak menginginkan kehamilan.

3. Mengobati Kondisi Medis yang Mendasarinya

Jika hipertiroidisme adalah penyebabnya, maka diobati dengan obat antitiroid, yodium radioaktif atau tiroidektomi. Jika etiologinya adalah sindrom Cushing, maka diobati dengan obat yang menghambat kelebihan produksi kortisol misalnya, ketoconazole, mitotane, dan metyrapone. Prolaktinoma, jika kecil, dapat diobati dengan agonis dopamin misalnya, bromocriptine, dan cabergoline.

4. Manajemen Bedah

- a. Pembedahan mungkin diperlukan dalam kasus tumor adneksa dan adrenal.
- b. Tiroidektomi mungkin diperlukan untuk hipertiroidisme.
- c. Jika prolaktinoma cukup besar untuk menghasilkan gejala kompresif, mungkin memerlukan operasi pengangkatan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG (2021) 'Abnormal Uterine Bleeding'. Available at: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/abnormal-uterine-bleeding>.
- Dilbaz, B. and Aksan, A. (2021) 'Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: Review of the clinical literature', *Journal of the Turkish German Gynecology Association*, 22(2), pp. 139–148. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2021.2020.0133.
- Gibson, M. E. S. *et al.* (2020) 'Where have the periods gone? The evaluation and management of functional hypothalamic amenorrhea', *JCRPE Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 12(Suppl 1), pp. 18–27. doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0178.
- Lanza di Scalea, T. and Pearlsten, T. (2017) 'Premenstrual Dysphoric Disorder', *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), pp. 201–216. doi: 10.1016/j.psc.2017.01.002.
- Mittiku, Y. M. *et al.* (2022) 'Menstrual irregularity and its associated factors among college students in Ethiopia, 2021', *Frontiers in Global Women's Health*, 3. doi: 10.3389/fgwh.2022.917643.
- Ngo, V. D. T. *et al.* (2023) 'Associated factors with Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder among female medical students: A cross-sectional study', *PLoS ONE*, 18(1 January), pp. 1–19. doi: 10.1371/journal.pone.0278702.
- Oyelowo, T. (2007) 'Menorrhagia', *Mosby's Guide to Women's Health*. Mosby, pp. 157–160. doi: 10.1016/B978-032304601-5.50024-1.
- Samani, R. O. *et al.* (2018) 'The prevalence of menstrual disorders in iran: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 16(11), pp. 665–678.

- Thakrar, P., Bhukar, K. and Oswal, R. (2021) 'Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students', *Journal of Affective Disorders Reports*. Elsevier, 4, p. 100112. doi: 10.1016/J.JADR.2021.100112.
- Tonda, K. C. (2019) 'Analisis Penyebab Polymenorrhea di Kalangan Remaja', *Prodi Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Indonesia*, 35. Available at: <https://osf.io/dpku8/download/?format=pdf>.
- Walker MH, Coffey W, B. J. (2023) 'Menorrhagia', in *In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536910/>*.
- Yesildere Saglam, H. and Orsal, O. (2020) 'Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review', *Complementary Therapies in Medicine*. Churchill Livingstone, 48, p. 102272. doi: 10.1016/J.CTIM.2019.102272.
- Zebitay, A. G. *et al.* (2016) 'Importance of cervical length in dysmenorrhoea aetiology', *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(4), pp. 540–543. doi: 10.3109/01443615.2015.1127901.

BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN DENGAN PENDARAHAN PADA KEHAMILAN MUDA DAN LANJUT

Oleh Uli Rosita Hutagaol

8.1 Pendahuluan

pendarahan dalam kehamilan merupakan penyumbang penyebab utama kesakitan dan kematian ibu di seluruh dunia dan juga disurve sebagai penyebab paling umum kematian ibu diseluruh dunia dan juga di benua Asia. pendarahan dalam kehamilan dapat terjadi setiap saat baik dalam kehamilan, persalinan dan nifas. Oleh karena dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin, setiap pendarahan yang terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan masa nifas dianggap sebagai suatu keadaan yang membahayakan dan serius. Setiap wanita hamil dan nifas yang mengalami pendarahan harus segera dirawat dan dicari penyebabnya, untuk selanjutnya dapat diberi pertolongan dengan tepat. Pada buku ini akan dibahas mengenai pendarahan pada kehamilan muda dan lanjut.

8.2 Pendarahan Pada Kehamilan Muda

Komplikasi pada kehamilan muda ini sangat signifikan hubungannya dengan kesejahteraan bayi yang tentunya dapat pula mengancam ibu. Bila ibu hamil muda mengalami pendarahan diperkirakan merupakan salah satu tanda dari adanya gangguan kehamilan yang mungkin akan terjadi (Setiyaningsih and Suprapti, 2016). Pendarahan pada kehamilan muda ini dapat

ditelusuri menjadi 3 kemungkinan tentunya merupakan keadaan mengancam yang harus diwaspadai oleh wanita dalam kehamilan muda. Kondisi yang mengancam tersebut adalah: Abortus, Kehamilan Ektopik terganggu dan Mola Hidatidosa. (Rosyidah, 2019)

8.2.1 Abortus

1. Definisi: Keluarnya hasil kehamilan oleh penyebab-penyebab tertentu sebelum janin mencapai berat 500 gram dan umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau hasil konsepsi belum mampu bertahan hidup diluar rahim. (Purwaningrum and Fibriana, 2017) Menurut WHO (World Health Organization) dan VIGO dikatakan abortus jika usia kehamilan kurang dari 20-22 minggu. (Mehta and Wagh, 2020)
2. Etiologi
Menurut (Puspitasari and Prabowo, 2018) yang menjadi penyebab abortus adalah sebagai berikut :
 - a. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi
 - b. Kelainan pada plasenta
 - c. Kelainan traktus genitalia
3. Menurut (Putri and Sani, 2020) Jenis abortus berdasarkan tanda , gejala dan proses patologi yang terjadi serta penatalaksanaannya adalah :
 - a. Abortus Imminens: merupakan pendarahan pervagina sebelum usia kehamilan 20 minggu, tanpa rasa nyeri dan ukuran rahim tetap sesuai dengan usia kehamilan dan leher rahim yang tertutup, tes urin kehamilan masih positif dan hasil konsepsi masih baik. Ibu hamil sebaiknya untuk bedrest hingga pendarahan tidak terjadi dan dianjurkan untuk jangan dulu melakukan hubungan seksual sampai 2 minggu. Pasien dengan keadaan ini sebaiknya dirujuk kerumah sakit untuk penanganan selanjutnya.
 - b. Abortus insipiens: kehamilan muda dengan pendarahan dari jalan lahir dan dilatasi serviks.

Biasanya pendarahan pada kasus ini lebih jelek dari pada jenis abortus diatas, dan lebih banyak kram yang dirasakan ibu hamil, namun pada kasus abortus ini belum ada jaringan yang keluar. Pada pemeriksaan diagnostik hasil konsepsi sudah berada di segmen bawah rahim atau pada saluran serviks. Tinggi fundus uteri masih sesuai dengan usia kehamilan dan pemeriksaan planotest positif, his kuat dengan frekuensi sering, keluarnya darah semakin banyak sesuai dengan pembukaan dan usia kehamilan. Penanganan yang dapat dilakukan pada jenis kasus ini adalah perbaikan keadaan umum ibu, atasi perdarahan, lakukan rujukan untuk memastikan keadaan hasil konsepsi biasanya dilakukan pengecekan USG dan evakuasi/pengeluaran hasil konsepsi dengan digital kemudian dilakukan kuretase jika darah yang keluar semakin banyak dan berikan uterotonika. Asuhan yang dapat dilakukan setelah langkah diatas adalah pemantauan keadaan umum ibu, pemberian antibiotika melalui *advice* dokter, penkes untuk pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi, eliminasi, mobilisasi, personal higiene dan kontrasepsi.

- c. Abortus Inkompletus: keadaan kehamilan yang juga menampilkan pendarahan sebagai gambaran klinis, dilatasi serviks, dan keluarnya hasil kehamilan. Keluhan ibu Umumnya adalah kram kuat pada rahim, pendarahan yang banyak dan terdapat jaringan yang telah keluar dari jalan lahir. Ketika dilakukan pemeriksaan USG ditemukan beberapa hasil konsepsi masih terdapat didalam rahim. Ukuran uterus lebih kecil dari usia kehamilan, kanalis servikalis masih terbuka, teraba jaringan/menonjol pada ostium uteri eksternum, peredaran bisa sedikit sampai banyak tergantung pada jaringan yang tersisa. Pada

abortus inkompletus ini pasien bisa mengalami anemia sampai syok hemoragik jika hasil konsepsi tidak segera dikeluarkan. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada abortus ini observasi keadaan umum ibu, atasi gangguan dinamika aliran darah, lakukan rujukan untuk USG menetapkan diagnosis klinis, dan pelaksanaan kuretase.

- d. **Abortus Kompletus:** Keadaan dengan keluarnya darah dan hasil konsepsi dari jalan lahir. Abortus ini ditandai dengan ostium uteri yang telah menutup, besar uterus lebih kecil dari usia kehamilan, pendarahan sedikit sebagai tanda hasil konsepsi telah keluar sempurna atau seluruhnya. Pemeriksaan laboratorium urin masih tetap positif hingga 7-10 hari setelah kejadian abortus. Penatalaksanaan khusus tidak terlalu dibutuhkan pada kasus abortus jenis ini. Pemberian roborantia, konseling pemenuhan kebutuhan pasca abortus umumnya diberikan untuk jenis abortus ini.
- e. **Missed Abortion:** Abortus yang terjadi sebelum usia kehamilan 20 minggu, janin sudah meninggal dalam kandungan dan hasil konsepsi masih ada di dalam kandungan. Ibu tidak merasakan keluhan apapun, yang pernah dilaporkan menjadi keluhan ibu adalah pertumbuhan kehamilan tidak seperti yang diharapkan. Pada usia kehamilan 14-20 minggu ibu mengeluhkan rahimnya semakin kecil dan tanda- tanda kehamilan sekunder mulai tidak ada, planotest negatif 1 minggu setelah abortus terjadi. Penanganan awal dari kasus abortus ini adalah pantau keadaan umum dan kondisi klinis, lakukan rujukan untuk memastikan diagnosis serta evakuasi hasil konsepsi. Resiko timbulnya penyulit pada tindakan abortus ini lebih besar

karena jaringan plasenta yang menempel kuat pada dinding uterus.

- f. Abortus Habitualis: Abortus spontan 3 kali atau lebih secara berturut-turut, umumnya ibu yang mengalami abortus ini akan mengalami kendala untuk dapat hamil kembali. Salah satu penyebab paling sering ditemukan yang menyebabkan abortus habitualis yaitu inkompetensi serviks yaitu keadaan dimana serviks tidak mampu menerima beban untuk tetap bertahan menutup setelah kehamilan melewati trimester pertama, dimana ostium serviks akan membuka tanpa disertai rasa mules/kontraksi rahim dan akhirnya terjadi pengeluaran hasil konsepsi.
- g. Abortus infeksiosa/ Abortus septik: yaitu abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia, sedangkan abortus septik penyebaran infeksi sudah mencapai peredaran darah tubuh atau peritoneum. Tanda gejala yang dapat ditemukan pada pemeriksaan antara lain panas tinggi, tampak sakit dan lelah, adanya takikardia, pendarahan pervaginam yang menimbulkan bau, uterus membesar dan lembek, nyeri tekan pada abdomen, pada pemeriksaan laboratorium didapatkan leukositosis. Apabila hal tersebut berlanjut hingga terjadi sepsis dan syok, penderita akan tampak lelah, panas tinggi, menggigil dan tekanan darah turun. Penatalaksanaan pada pasien dengan kondisi seperti ini harus memperhitungkan keadaan umum dan rujukan segera untuk memenuhi keseimbangan cairan tubuh dan perlunya pemberian antibiotik yang adekuat sesuai hasil kultur. Tindakan kuretase disertai pemberian uterotonika dapat diberikan apabila keadaan

tubuh berangsur membaik minimal 6 jam setelah antibiotika adekuat diberikan.

- h. Kehamilan anembrionik (Blighted Ovum): Merupakan suatu kondisi dalam kehamilan patologi ketika janin dan yolk sac mengalami gangguan untuk dapat terbentuk sejak awal walaupun kantong gestasi tetap terbentuk. kehamilan tetap berjalan hingga usia 14-16 minggu walaupun tidak terdapat janin didalamnya. Kehamilan anembrionik dapat diketahui melalui pemeriksaan USG yang dilaksanakan pada usia kehamilan 7-8 minggu. Rujukan harus segera dilaksanakan apabila pada deteksi dini usia kehamilan 12 minggu atau lebih belum teridentifikasi nya DJJ dengan Doppler. Penatalaksanaan kondisi dengan kehamilan ini dilakukan melalui terminasi kehamilan dengan dilatasi dan kuretase secara elektif.

4. Komplikasi

Menurut (ratna)Komplikasi yang mengancam pada abortus adalah perdarahan, perforasi, infeksi dan syok

- a. Perdarahan
- b. Perforasi
- c. Infeksi
- d. Syok

8.2.2 Kehamilan Ektopik

1. Defenisi

Kehamilan ektopik berasal dari bahasa Yunani yaitu dari kata 'ektopos' yang memiliki arti tidak pada tempatnya. (Soliman dan Salem, 2014). Secara sederhana, kehamilan ektopik dapat diartikan sebagai suatu kehamilan yang terjadi diluar rongga uterus (Varma et al., 2019). Kehamilan ektopik merupakan suatu kondisi ketika hasil pembuahan mengalami

implantasi akan tetapi bukan didinding endometrium kavum uteri, yang sering ditemukan yakni disaluran telur (tuba falopi).(Widiasari and Dewi Lestari, 2021)

2. Epidemiologi

Frekuensi dari kehamilan ektopik dan kehamilan intrauteri dalam satu konsepsi yang spontan terjadi dalam 1 dalam 30.000 atau kurang. Angka kehamilan ektopik per 1000 diagnosis konsepsi, kehamilan atau kelahiran hidup telah dilaporkan berkisar antara 2,7 hingga 12,9. Angka kejadian kehamilan ektopik dari tahun ketahun cenderung meningkat. Diantara faktor – faktor yang terlibat adalah meningkatnya pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim, penyakit radang panggung, usia ibu yang lanjut, pembedahan pada tuba, dan pengobatan infertilitas dengan terapi induksi superovulasi. (Puspitasari and Prabowo, 2018)

3. Faktor Resiko

Menurut (Puspitasari and Prabowo, 2018) dalam bukunya mengatakan Ada berbagai macam faktor yang dapat menyebabkan kehamilan ektopik. Namun kehamilan ektopik juga dapat terjadi pada wanita tanpa faktor resiko. Faktor resiko kehamilan ektopik adalah sebagai berikut:

- a. Penggunaan kontrasepsi dalam rahim dan pil progesteron .

Meningkatnya jumlah kehamilan ektopik diantara pengguna IuD diyakini terkait dengan beberapa faktor. IuD dalam rongga rahim dapat mencegah telur masuk kedalam rahim, IuD hanya bisa mencegah kehamilan intrauterin, bukan kehamilan ektopik, dan bakteri yang dibawa melalui pemasangan IuD dapat menyebabkan infeksi tuba fallopi, sehingga dapat meningkatkan risiko kehamilan ektopik. (Widiasari and Dewi

Lestari, 2021) pil yang hanya mengandung hormon progesteron juga meningkatkan kehamilan ektopik karena dapat mengganggu pergerakan sel rambut silia disaluran tuba yang membawa sel telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi kedalam rahim.

b. Faktor abnormalitas dari zigot

Apabila tumbuh terlalu cepat atau tumbuh dengan ukuran besar, maka zigot akan tersendat dalam perjalanan pada saat melalui tuba, kemudian terhenti dan tumbuh disaluran tuba.

c. Faktor Tuba

1). Faktor dalam lumen tuba

2). Faktor pada dinding tuba

3). Faktor di luar dinding tuba

d. Faktor ovum

Bila ovarium memproduksi ovum dan ditangkap oleh tuba yang kontralateral, dapat membutuhkan proses khusus atau waktu yang lebih panjang sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik lebih besar.

4. Patologi

Menurut (Puspitasari and Prabowo, 2018) Terdapat beberapa kemungkinan mengenai nasib kehamilan dalam tuba yaitu :

a. Hasil konsepsi mati dini dan diresorpsi

Pada implantasi secara kolumnar, ovum yang dibuahi cepat mati karena vaskularisasi kurang dan dengan mudah terjadi resorpsi total. Dalam keadaan ini penderita tidak mengeluh apa-apa dan haidnya terlambat untuk beberapa hari.

b. Abortus kedalam lumen tuba

pendarahan yang terjadi karena pembukaan pembuluh-pembuluh darah oleh villi korialis pada dinding tuba ditempat implantasi dapat melepaskan mudigah dari dinding tersebut bersama-sama dengan robeknya pseudo kapsularis. Pelepasan ini dapat terjadi sebagian atau seluruhnya. Bila pelepasan menyeluruh, mudigah dan selaputnya dikeluarkan dalam lumen tuba dan kemudian didorong oleh darah ke arah ostium tuba abdominalis.

Abortus kedalam lumen tuba lebih sering terjadi pada kehamilan pars ampularis, sedangkan penembusan dinding tuba oleh villi korialis ke arah peritoneum biasanya terjadi pada kehamilan pars istmika. Perbedaan ini disebabkan oleh lumen pars ampularis yang lebih luas sehingga dapat mengikuti lebih mudah pertumbuhan hasil konsepsi jika dibandingkan dengan bagian istmus dengan lumen sempit.

c. Ruptur dinding tuba

Ruptur dinding tuba sering terjadi bila ovum berimplantasi pada istmus dan biasanya pada kehamilan muda. Sebaliknya ruptur pada pars interstitialis terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut. Faktor utama yang menyebabkan ruptur ialah penembusan villi korialis kedalam lapisan muskularis tuba terus ke peritoneum. Ruptur dapat terjadi secara spontan atau karena trauma ringan. Darah dapat mengalir kedalam rongga perut melalui ostium tuba abdominal. Bila ostium tuba tersumbat, ruptur sekunder dapat terjadi. dalam

hal ini, dinding tuba yang telah menipis oleh invasi trofoblas, pecah karena tekanan darah dalam tuba. Kadang – kadang ruptur terjadi diarah ligamentum latum dan terbentuk hematoma intraligamenter antara 2 lapisan ligamentum tersebut.

5. Klasifikasi

Kehamilan ektopik dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat terjadinya atau tempat menempelnya ovum yang sudah dibuahi diluar uterin. Berikut ini merupakan klasifikasi kehamilan ektopik menurut (Sari dan Prabowo, 2018):

a. Kehamilan ektopik pada Tuba

Kehamilan ektopik pada tuba paling sering terjadi dibandingkan yang lain. Tuba merupakan tempat bertemunya sel telur dan sperma tetapi bukan merupakan tempat yang tepat bagi ovum yang sudah dibuahi untuk menempel dan berkembang, sehingga janin tidak akan tumbuh secara normal atau utuh seperti didalam uterus. Kehamilan tuba biasanya akan terganggu pada usia kehamilan 6-10 minggu. Berikut merupakan kemungkinan yang akan terjadi pada kehamilan tuba, hasil pembuahan mati dini dan diresorpsi dan abortus kedalam lumen tuba.

b. Kehamilan Pars Interstisialis tuba

Pada kehamilan ini, ovum menempel dan berkembang pada pars interstisialis tuba. Hal ini jarang terjadi, hanya 1 % dari semua kehamilan tuba.

c. Kehamilan ektopik Ganda

Kondisi langka dengan dua kehamilan bersamaan yaitu kehamilan intrauterin (IuP) normal dan kehamilan lain atau ektopik. Bentuk yang paling umum adalah kombinasi dari IuP dengan kehamilan ektopik tuba.

d. Kehamilan ektopik ovarial

Kehamilan ektopik ovarial mengacu pada implantasi kantung kehamilan didalam ovarium dan dapat menyebabkan hingga 3 % kehamilan ektopik. Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan 4 kriteria dari Spiegelberg, yaitu kondisi tuba pada sisi kehamilan harus normal, lokasi kantong janin harus pada ovarium, kantong janin dan uterus dihubungkan oleh ligamentum ovari proprium, dalam dinding kantong janin jaringan ovarium yang nyata harus ditemukan (Sotelo, 2019).

e. Kehamilan ektopik servikal

Kehamilan ektopik serviks terjadi pada kurang dari 1 % kehamilan ektopik, bila ovum menempel pada kavum servikalis, maka akan terjadi pendarahantetapi tidak disertai nyeri pada kehamilan awal. Ini didiagnosis ketika kantung kehamilan divisualisasikan dalam stroma serviks, biasanya dalam posisi eksentrik. Biasanya kehamilan servikal jarang melewati usia 12 minggu dan akan berakhir operatif.

6. Gambaran Klinis

Menurut Puspitasari and Prabowo (2018) gambaran klinis dari kehamilan ektopik yang belum terganggu biasanya tidak khas tergantung dari keadaan umum penderita. Penderita jarang mengetahui dan

dokter juga sulit dalam mendiagnosis ketidaknormalan dalam kehamilannya tersebut, sampai terjadi abortus atau ruptur pada tuba (Prawirohardjo, 2016). Penderita sering merasakan gejala hamil muda pada umumnya. Pada pemeriksaan dalam, ditemukan pembesaran uterus yang tidak sesuai dengan usia kehamilan dan pada tuba belum teraba kehamilan karena konsistensi tuba yang lunak. Trias dari manifestasi klinis kehamilan ektopik adalah amenorea, nyeri abdomen dan pendarahan pervaginam.

Lamanya waktu terjadi amenorea berbeda-beda tiap individu mulai dari hitungan hari sampai hitungan bulan. Selain amenorea, terdapat beberapa tanda dan gejala hamil muda yang menyertai, seperti morning sickness, mual, muntah dan 'ngidam'. Selanjutnya nyeri pada abdomen dapat disebabkan oleh kehamilan ektopik yang ruptur. Jika perdarahannya parah, maka rasa nyeri yang dirasa bisa sampai keabdomen. Apabila ransangan darah dalam abdomen mencapai diafragma maka nyeri juga dapat menjalar sampai kebahu. Apabila darahnya membentuk hematokel atau tertimbun dikavum douglas maka penderita akan merasakan nyeri saat buang air besar (BAB). pendarahanpervaginam dapat menyebabkan syok karena terjadi gangguan pada sirkulasi umum yang dapat mengakibatkan denyut nadi meningkat (takikardi) dan tekanan darah menurun (hipotensi). Hal ini dikarenakan darah akan tertimbun dalam kavum abdomen dan tidak berfungsi.

7. Diagnosis

Menurut (Puspitasari and Prabowo, 2018) Diagnosis kehamilan ektopik dapat dilakukan melalui 3 tahap pemeriksaan yaitu: anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang .

8. Penatalaksanaan

Menurut (Puspitasari and Prabowo, 2018) Penatalaksanaan kehamilan ektopik dapat dibagi menjadi pembedahan, terapi medis dan terapi *expectant* (menunggu dan waspada) yang dilakukan tergantung pada kondisi pasien. hanya dilakukan untuk mendekatkan lapisan serosa dan lapisan otot dan tidak ada tegangan yang berlebihan.

8.2.3. Mola Hidatidosa

1. Definisi

Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stroma villi korialis langka vaskularisasi dan edematous hidup dan tumbuh secara terus menerus, jaringan trofoblas pada villi kadang-kadang berproliferasi ringan dan kadang-kadang keras, dan mengeluarkan hormon, yakni *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) dalam jumlah yang lebih besar dari pada kehamilan yang biasa. (Prawirohardjo, 2016)

2. Klasifikasi

Menurut Nur (2016) Sesuai dengan derajat mola hidatidosa diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu mola hidatidosa komplit dan mola hidatidosa parsial .

a. Mola hidatidosa komplit

Kehamilan mola hidatidosa komplit yaitu penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan kehamilan yang tidak disertai janin dan seluruh villi korialis mengalami perubahan hidropik

b. Mola hidatidosa parsial

Kehamilan mola parsial yaitu sebagian pertumbuhan dan perkembangan villi korialis berjalan normal sehingga janin dapat tumbuh dan berkembang bahkan sampai aterm.

3. Etiologi dan faktor risiko

Menurut Puspitasari and Prabowo (2018) penyebab dari mola tidak diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya mola.

- a. Faktor ovum yang memang sudah patologik, tetapi terlambat untuk dikeluarkan
- b. Imunoselektif dari trofoblas
- c. Keadaan sosio- ekonomi yang rendah
- d. Malnutrisi, defisiensi protein, asam folat, karoten, vitamin dan lemak hewani
- e. Paritas tinggi
- f. umur, risiko tinggi kehamilan dibawah 20 atau diatas 40 tahun
- g. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas.
- h. Suku bangsa (ras) dan faktor geografi yang belum jelas.

4. Patofisiologi

Menurut (Widiasari and Dewi Lestari, 2021) Ada beberapa teori yang diajukan untuk menerangkan pathogenesis dari trofoblast.

- a. Teori missed abortion, mudah mati pada kehamilan 3-5 minggu karena itu terjadi gangguan peredaran darah sehingga terjadi penimbunan cairan masenkim dari villi dan akhirnya terbentuklah gelembung- gelembung,
- b. Teori neoplasma dari park

Sel-sel trofoblast adalah abnormal dan memiliki fungsi yang abnormal dimana terjadi reabsorpsi cairan yang berlebihan kedala villi sehingga timbul gelembung – gelembung, studi dari Herting lebih menegaskan lagi bahwa mola hidatidosa semata – mata akibat akumulasi cairan yang menyertai degenerasi awal atau tidak adanya embrio komplit pada minggu ketiga dan kelima. Adanya sirkulasi material yang terus menerus dan tidak adanya fetus menyertai menyebabkan trofoblast

berproliferasi dan melakukan fungsinya selama pembentukan cairan (Morgan, 2009)

5. Tanda dan gejala

Menurut(Nur, 2016) Pada penderita mola dapat ditemukan beberapa gejala – gejala sebagai berikut :

- a. Hamil muda yang kadang-kadang lebih nyata dari kehamilan biasa amenore
- b. Terjadi gejala toksemia pada kehamilan trimester 1 dan 2
- c. Dijumpai gejala tirotoksitosis atau hipertiroid
- d. Peningkatan tajam kadar HCG karena proliferasi cepat sel plasenta, yang mengekskresikan HCG.
- e. Pendarahantampa nyeri yang tidak teratur paling banyak terjadi pada 12 minggu kehamilan.
- f. Tidak ada bunyi denyut jantung janin
- g. Tidak ada aktivitas janin

6. Pengobatan

- a. Perbaikan Keadaan umum
- b. Pengeluaran jaringan mola hidatidosa
- c. Pengobatan profilaksis dengan sitostatistika (kemoterapi)
- d. Pengawasan lanjutan. (Puspitasari and Prabowo, 2018)

8.3 Pendarahan pada Kehamilan Lanjut

8.3.1 Plasenta Previa

1. Definisi

Menurut (Rosyidah, 2019) Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta normalnya terjadi di dinding depan, dinding belakang rahim, atau fundus uteri.

2. Klasifikasi

Menurut (Rosyidah, 2019) klasifikasi dari Plasenta Previa sebagai berikut :

- a. Plasenta previa totalis ; seluruh ostium internum tertutup oleh plasenta.
- b. Plasenta previa lateralis/parsialis ; sebagian ostium tertutup oleh plasenta.
- c. Plasenta previa marginalis ; hanya di pinggir ostium terdapat jaringan plasenta
- d. Plasenta letak rendah ; implantasi plasenta rendah tapi tidak sampai keostium (tepi plasenta berjarak < 5 cm dari pinggir ostium).
- e. Vasa Previa ; pembuluh darah janin terdapat di membran yang melintasi ostium.

3. Etiologi

Menurut (Rosyidah, 2019) Plasenta previa meningkat terjadiannya pada keadaan ketika endometrium kurang baik, misalnya akibat atropi endometrium atau vaskularisasi desidua yang kurang baik.

4. Gejala

Menurut (Rosyidah, 2019) gejala dari plasenta previa adalah

- a. Pendarahant tanpa nyeri.
- b. Pendarahan berulang – ulang sebelum partus
- c. Darah berwarna merah segar
- d. Bagian terendah anak sangat tinggi, disebabkan karena plasenta terletak dibagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul.
- e. Kelainan letak.

5. Diagnosis

Menurut (Rosyidah, 2019) diagnosis plasenta previa ditegakkan dengan :

- a. Anamnesi ; pendarahan tanpa keluhan dan berulang.

- b. Pemeriksaan dalam; dari perabaan fornices, teraba bantalan lunak pada presentasi kepala. Pemeriksaan dalam pada plasenta previa hanya dibenarkan bila dilakukan dikamar operasi yang telah siap untuk melakukan operasi segera. Cara double set-up ini hanya dilakukan apabila terapi aktif, yakni terminasi kehamilan akan dilakukan.
 - c. Ultrasonografi; diagnosis plasenta previa dengan sedikit pendarahan yang diterapi ekspektatif ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Ketepatan diagnosis dengan USG tranabdominal atau transperineal (translabial) lebih tinggi lain. Dengan USG, diagnosis plasenta letak rendah seringkali sudah dapat ditegakkan sejak dini sebelum kehamilan trimester I. Namun dalam perkembangannya dapat terjadi migrasi plasenta. Sebenarnya bukan plasenta yang berpindah, tetapi semakin berkembangnya segmen bawah rahim, plasenta yang berimplantasi di daerah tersebut akan naik menjauhi ostium uteri internum.
6. Terapi
- Menurut (Rosyidah, 2019) Penatalaksanaan plasenta previa ini dibagi 2 golongan :
- a. Terminasi; Kehamilan segera diakhiri sebelum terjadinya pendarahan yang menyebabkan kematian .
 - b. ekspektatif; dilakukan bila janin masih kecil sehingga kemungkinan hidup di dunia luar kecil sekali. Sikap ekspektatif tentu hanya dapat dibenarkan bila keadaan ibu baik dan pendarahan sudah berhenti atau sedikit sekali.

8.3.2. Solusio Plasenta

1. Definisi

Menurut (Dewi and Jannah, 2022) Solusio Plasenta Adalah pendarahan diperbatasan desidua-plasenta yang menyebabkan pemisahan plasenta sebelum kelahiran janin dan setelah usia kehamilan 20 minggu, terjadi pada 0,6 % - 1 % dari semua kehamilan di Amerika Serikat.

2. Etiologi

Menurut (Dewi and Jannah, 2022) etiologi yang tepat dari solusio plasenta tidak diketahui namun faktor risiko seperti paritas tinggi, usia lanjut, status sosial ekonomi rendah, merokok, trauma abdomen, konsumsi alkohol dan kokain pada kehamilan, hipertensi maternal, polihidramnion, kehamilan ganda, trombofilia dan riwayat solusio sebelumnya.

3. Patologi

Menurut (Rosyidah, 2019) Solusio plasenta dimulai dengan pendarahan di desidua basalis yang menyebabkan hematoma desidua yang mengangkat lapisan-lapisan diatasnya. Hematoma semakin lama semakin membesar sehingga bagian plasenta lambat laun terlepas dan tak berfaal. Akhirnya hematoma mencapai tepi plasenta dan mengalir keluar diantara selaput janin dan dinding rahim.

4. Gejala

Menurut (Rosyidah, 2019) adapun yang menjadi gejala solusio plasenta adalah :

- a. Perdarahan ; disertai nyeri yang juga timbul diluar his.
- b. Anemia dan syok ; beratnya sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar.
- c. Rahim keras ; seperti papan dan nyeri ketika dipegang karena isi rahim bertambah dengan darah berkumpul di

belakang plasenta, sehingga rahim teregang (uterus en bois).

- d. Palpasi sukar ; karena rahim keras
- e. Fundus uteri ; semakin lama semakin naik
- f. Bunyi jantung ; biasanya tidak ada
- g. Pemeriksaan dalam ; senantiasa teraba ketuban yang senantiasa tegang (karena isi rahim bertambah).
- h. Proteinuria ; kerap kali terjadi disertai preeklampsia.

5. Diagnosis

Menurut (Rosyidah, 2019) menegakkan diagnosis Solusio plasenta didasarkan atas adanya pendarahan antepartum yang terasa nyeri serta uterus yang tegang dan nyeri. Setelah plasenta lahir, terdapat impresi (cekungan) dipermukaan maternal plasenta akibat tekanan hematoma retroplasenta.

6. Prognosis

Menurut (Rosyidah, 2019) Pada solusio plasenta berat, prognosis anak buruk, kematian anak mencapai 90%. Solusio plasenta juga berbahaya bagi ibu, tetapi dengan persediaan darah yang cukup dan pengelolaan yang baik, kematian dapat ditekan sampai 1%. Prognosis bergantung kepada besar bagian plasenta yang terlepas, volume perdarahan, keparahan hipofibrinogenemia, ada tidaknya pre eklampsia, jenis pendarahan (tampak atau tersembunyi) dan lama solusio plasenta berlansung.

5. Pengobatan

Menurut rafhani penatalaksanaan/pengobatan yang dapat dilakukan pada kasus solusio plasenta adalah :

- a. Umum
 - 1) Transfusi darah yang memadai
 - 2) Oksigenasi
 - 3) Antibiotik
 - 4) Pada syok berat, diberikan kortikosteroid dosis tinggi.

b. Khusus

- 1) Untuk mengatasi hipofibrinogenemia substitusi dengan human fibrinogen 10 g atau darah segar, hentikan fibrinolisis dengan trasylol IV (penghambat proteinase inhibitor) 200.000 Iu. Selanjutnya bila perlu berikan 100.000 Iu/jam dalam infus
- 2) Untuk merangsang diuresis, beri manitol. Diuresis dinilai baik bila melampaui 30-40 cc/ jam
- 3) Obstetri

Pimpinan persalinan pada solusi plasenta bertujuan mempercepat persalinan agar kelahiran sedapat-dapatnya terjadi dalam 6 jam, karena bagian plasenta yang terlepas semakin meluas, perdarahan kian bertambah, dan hipofibrinogemia menjadi semakin parah. Tujuan ini dicapai dengan: pemecahan ketuban, pemberian infus oksitosin, seksio sesaria dan histerektomi

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, T. P. and Jannah, M. (2022) 'Solusio plasenta pada plasenta previa tanpa nyeri abdomen', *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(3), pp. 117–121. doi: 10.24815/jks.v22i3.26243.
- Mehta, L. and Wagh, K. (2020) 'evaluation of Antepartum Hemorrhage and Its Associated Risk Factors At a Tertiary Care Hospital', *International Journal of Medical Sciene and education*, 7(1), pp. 90–94. Available at: www.ijmse.com.
- Nur, e. M. (2016) *Asuhan Keperawatan pada ibu S yang mengalami mola hidatidosa diruang mawar RSuD Abdul Wahab Sjahanie Samarinda, STIKES Muhammadiyah Samarinda*. Stikes Muhammadiyah Samarinda.
- Purwaningrum, e. D. and Fibriana, A. I. (2017) 'Faktor Risiko Kejadian Abortus Spontan', *Public Health Research and Development*, 1(3), pp. 84–94. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higea>.
- Puspitasari, R. D. and Prabowo, A. Y. (2018) *Buku Ajar pendarahanpada kehamilan*. Bandar Lampung: Fakultas Kedokteran universitas lampung.
- Putri, S. I. and Sani, A. S. F. (2020) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Patologi*. CV PeNA PeRSADA.
- Rosyidah, R. (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan), Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan)*. doi: 10.21070/2019/978-602-5914-88-1.
- Setiyaningsih, D. I. and Suprpti (2016) *Asuhan Kebidanan Kegawat daruratan maternal neonatal*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Widiasari, K. R. and Dewi Lestari, N. M. S. (2021) 'Kehamilan ektopik', *Ganesha Medicine*, 1(1), p. 20. doi: 10.23887/gm.v1i1.31699.

BAB 9

KELAINAN GASTROINTESTINAL DAN KELAINAN HEMATOLOGIK

Oleh Ovie Sri Andani

9.1 Pendahuluan

Setiap kehamilan memiliki potensi untuk menghadapi masalah atau komplikasi yang bisa terjadi kapan saja (Maternity, dkk, 2016). Pada masa kehamilan, terjadi perubahan pada saluran pencernaan baik dari segi anatomi, fisiologi, maupun fungsi. Perubahan ini dapat dilihat melalui pemeriksaan medis. Sering dengan perkembangan kehamilan, gejala yang terkait dengan saluran pencernaan menjadi lebih sulit untuk dinilai secara rinci karena adanya hambatan oleh kehamilan dan pertumbuhan uterus yang semakin besar (Cunningham, 2014). Perkembangan kehamilan dan hormon-hormon yang terlibat dalamnya memengaruhi pergerakan dan fungsi sistem pencernaan. Perubahan fungsi ini dapat menyebabkan munculnya sindrom klinis selama kehamilan atau mempengaruhi hasil dari beberapa tes laboratorium (David RG, 2009). Kehamilan menyebabkan berbagai perubahan pada sistem organ tubuh ibu hamil. Selama kehamilan, sistem peredaran darah wanita akan meningkat dibandingkan dengan jumlah sel darah yang mengakibatkan penipisan atau pengenceran darah yang disebut hemodilusi (Manuaba, 2010). Kehamilan adalah kondisi di mana terjadi perubahan fisiologis dan mekanis pada tubuh selama kehamilan dapat mengakibatkan penurunan kemampuan sistem kekebalan tubuh. Selama periode ini, terjadi perubahan

yang normal yang dapat diamati melalui indeks hematologi (Pratiwi Rani A, dkk, 2018).

9.2 Kelainan Gastrointestinal

Selama masa kehamilan, perubahan fisiologis terjadi pada semua sistem organ tubuh termasuk saluran pencernaan. Berbagai keluhan gastrointestinal Pada ibu hamil yang muncul seperti mual, muntah, hyperemesis gravidarum, dan penyakit refluks gastroesofageal (GERD). Sekitar 60-70% perempuan mengalami mual muntah pada trimester pertama kehamilan. Dalam memberikan terapi, penting untuk mempertimbangkan manfaat dan risiko terutama terkait keamanan penggunaan obat selama kehamilan (Firmansyah Adi, 2014). Terdapat hormon yang berperan dalam perubahan fisiologi saluran pencernaan adalah hormon hCG (human chorionic gonadotropin), progesteron, dan estrogen. Fungsi hormon ini adalah mendukung corpus luteum sehingga plasenta dapat menghasilkan progesteron yang diperlukan untuk implantasi.

9.2.1 Mual dan Muntah

Beberapa teori menyatakan bahwa mual selama kehamilan disebabkan oleh peningkatan kadar hormon estrogen, karena keluhan ini umumnya terjadi pada trimester pertama. Pengaruh fisiologis yang tepat dari hormon estrogen ini belum sepenuhnya dipahami, tetapi mungkin berkaitan dengan pengaruhnya pada sistem saraf pusat dan pengosongan lambung yang melambat. Pada kondisi ini, cadangan karbohidrat dan lemak digunakan sebagai sumber energi. Namun, karena oksidasi lemak tidak sepenuhnya efisien, terjadi ketosis dengan akumulasi asam aseton, asam asetat, dan asam hidroksibutirat dalam darah (Winkjosastro, 2005). Diperkirakan bahwa tingkat hormon hCG

mencapai puncaknya selama trimester pertama kehamilan dan berperan dalam terjadinya mual, muntah, dan hiperemesis gravidarum. Hormon hCG memiliki struktur yang serupa sekitar 85% dengan hormon TSH (thyroid stimulating hormone), yang memungkinkannya berinteraksi dengan reseptor TSH di kelenjar tiroid dan merangsang produksi hormon tiroid. Namun, hCG memiliki efek stimulasi terhadap kelenjar tiroid yang relatif lemah. Progesteron juga mempengaruhi waktu pengosongan lambung dan pergerakan usus yang dapat menjadi faktor pemicu mual dan muntah (Fauzi A, 2008). Mual dan muntah selama kehamilan mungkin merupakan respons tubuh dalam mengadaptasi untuk menghindari konsumsi makanan yang berpotensi berbahaya (Fauziah Y, 2012)

9.2.2 Hiperemesis Gravidarum

Terdapat dugaan bahwa hiperemesis gravidarum terjadi karena kelenjar tiroid yang menjadi hiperaktif, bukan disebabkan oleh produksi hormon hCG yang berlebihan. Hal ini terlihat dari fakta bahwa perbaikan mual dan muntah juga menyebabkan perbaikan hipertiroidisme pada wanita yang mengalami hiperemesis gravidarum. Kondisi ini dikenal sebagai hiperaktifitas tiroid sementara selama kehamilan. Progesteron dan estrogen memiliki pengaruh yang besar pada otot polos uterus untuk mempertahankan keadaan relaksasi miometrium (Fauzi A, 2008). Istilah hiperemesis gravidarum merujuk pada gangguan metabolik yang signifikan akibat mual dan muntah yang parah. Biasanya, hiperemesis gravidarum juga menyertai dehidrasi (kehilangan berat badan lebih dari 5%), gangguan keseimbangan elektrolit, dan ketosis. Oleh karena itu, penting untuk segera melakukan evaluasi penyebab dari mual muntah tersebut (Fadlun, 2013). Mual muntah adalah gejala yang umum dialami oleh lebih dari 70% ibu hamil. Gejala ini mencapai puncaknya sekitar minggu ke-9, dengan 60% kasus biasanya mereda pada awal trimester ketiga, dan sekitar 90% kasus

biasanya mereda pada minggu ke-20. Meskipun mekanisme yang sebenarnya terhadap perubahan fisiologis yang menyebabkan mual dan muntah pada kehamilan belum sepenuhnya dipahami, diperkirakan peningkatan hormon Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang dapat meningkatkan produksi estrogen menjadi penyebab munculnya gejala tersebut. Sebagian besar wanita merespons hal ini sebagai hal yang umum terjadi selama kehamilan, dan hanya sebagian kecil yang mengalami kondisi yang disebut hyperemesis gravidarum. Hyperemesis gravidarum adalah kondisi di mana mual dan muntah yang persisten, dehidrasi yang parah, ketidakseimbangan elektrolit, dan penurunan berat badan yang signifikan terjadi, sehingga memerlukan perawatan di rumah sakit (David RG,2009). Hiperemesis gravidarum yang berlanjut dapat menyebabkan kekurangan asupan makanan yang dapat berdampak pada pertumbuhan janin (Maternity,dkk.2016). Faktor-faktor risiko untuk hiperemesis gravidarum meliputi kehamilan ganda, kehamilan pertama, obesitas, gangguan metabolik, riwayat hiperemesis gravidarum sebelumnya, gangguan tromboplasia, dan gangguan psikologis (Fauziyah Y, 2012). Tidak ada batasan yang jelas antara mual dan muntah yang masih dianggap sebagai respons fisiologis normal dalam kehamilan dengan kondisi hiperemesis gravidarum. Tetapi, Muntah yang mengganggu kehidupan sehari-hari dan menyebabkan dehidrasi adalah indikasi bahwa seorang wanita hamil membutuhkan perawatan intensif (Rukiyah Ai Y,2010). Kurangnya asupan cairan dan hilangnya cairan akibat muntah menyebabkan dehidrasi, yang mengakibatkan pengurangan cairan dalam ruang ekstraseluler dan plasma dalam tubuh (Wiknjosastro, 2005).

9.2.3 Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)

Gastroesophageal reflux disease (GERD) merupakan salah satu penyakit paling umum di dunia yang juga membahayakan kualitas hidup penderitanya secara signifikan. Insidennya di Brazil adalah 12%, setara dengan 20 juta orang (Maria A, 2014). Menurut Konsensus Nasional Penatalaksanaan Penyakit Refluks Gastroesophageal di Indonesia tahun 2013, GERD (*Gastroesophageal Reflux Disease*) didefinisikan sebagai gangguan di mana isi lambung secara berulang naik kembali ke esofagus, menyebabkan gejala dan/atau komplikasi yang mengganggu. GERD (*Gastroesophageal Reflux Disease*) adalah suatu kondisi patologis yang terjadi karena asam lambung yang mengalir balik ke esofagus, dan dapat menyebabkan berbagai gejala yang melibatkan esofagus, faring, laring, dan saluran napas (Sudowo AW, 2009). Menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes), *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD) adalah gangguan pada sistem pencernaan yang memengaruhi sfingter esofagus bagian bawah (LES), yaitu cincin otot di antara kerongkongan dan perut. Banyak orang, termasuk wanita hamil, mengalami mulas atau gangguan pencernaan asam yang disebabkan oleh GERD. Dalam proses pencernaan yang normal, sfingter esofagus bagian bawah (LES) akan membuka untuk memungkinkan makanan masuk ke dalam lambung, dan kemudian menutup untuk mencegah aliran kembali makanan dan asam lambung ke kerongkongan. Tetapi, Refluks gastroesophageal terjadi ketika sfingter esofagus bagian bawah (LES) melemah atau tidak berelaksasi dengan tepat, sehingga memungkinkan isi lambung naik ke kerongkongan dan menyebabkan sensasi terbakar. Faktor Penyebab GERD adalah Obesitas, Merokok, Kehamilan, dan obat yang melemahkan fungsi sfingter. Tanda dan Gejala GERD: nyeri dan rasa terbakar di dada yang dapat mencapai tenggorokan dan menyebabkan infeksi laring dan kesulitan saat menelan, rasa asam di mulut, radang gusi, bau mulut yang tidak sedap makan berlebihan. Pemicu refluks: Kecemasan dan stress, makan terlalu banyak,

makanan pedas, makanan asam, makanan berminyak dan gorengan, minuman mengandung kafein (mis. minuman bersoda, kopi, dll).

9.3 Kelainan Hematologik

Untuk mencegah komplikasi yang dapat terjadi selama kehamilan dan persalinan, serta mengurangi risiko kematian, penting untuk melakukan pemeriksaan hematologi guna memantau kesehatan ibu hamil. Pemeriksaan hematologi adalah suatu analisis yang perlu dilakukan untuk ibu hamil, saat melahirkan, dan setelah melahirkan. Kadar hemoglobin merupakan parameter biokimia yang digunakan untuk mengevaluasi status gizi ibu hamil. Pada kehamilan normal, terjadi sedikit penurunan dalam konsentrasi hemoglobin sebagai respons terhadap hypervolemia yang terjadi sebagai bagian dari adaptasi fisiologis. Namun, jika hypervolemia tidak adekuat, dapat menyebabkan peningkatan kadar hemoglobin pada ibu hamil. Kadar hemoglobin yang tinggi pada ibu hamil juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang normal (Irdyanti, 2017). Kehamilan adalah suatu kondisi di mana terjadi perubahan fisiologis dan mekanis dalam tubuh yang dapat menyebabkan penurunan kemampuan sistem kekebalan tubuh. Selama kehamilan, perubahan yang normal terjadi pada indeks hematologi dapat diamati. Beberapa penelitian telah menemukan bahwa wanita hamil mengalami penurunan kadar limfosit dan monosit, peningkatan jumlah trombosit, serta peningkatan kadar hemoglobin (Hb) (Manopo P, 2020). Hemoglobin adalah suatu protein yang kaya akan zat besi dan merupakan komponen penting dalam sel darah merah. Fungsinya adalah untuk mengangkut oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Kadar hemoglobin dapat mengalami penurunan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah kehamilan. Pada ibu hamil, terjadi peningkatan volume plasma

yang lebih besar dibandingkan dengan jumlah sel darah. Selama kehamilan, hormon-hormon akan mempengaruhi calon ibu dengan menginduksi peningkatan berat badan dan penambahan volume cairan tubuh, yang dapat mencapai hingga 50%. Dampak dari peningkatan volume cairan tubuh saat kehamilan adalah penurunan konsentrasi sel darah merah akibat efek pengenceran, yang dapat menyebabkan terjadinya kondisi anemia (Pratiwi Rani A, dkk.2018).

Anemia merupakan salah satu permasalahan gizi yang mendapatkan perhatian dan menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang dapat terjadi pada berbagai kelompok usia, termasuk balita, remaja, ibu hamil, dan lanjut usia. Anemia dapat terjadi karena berbagai faktor seperti kekurangan zat besi, kekurangan vitamin B12, kekurangan asam folat, infeksi, faktor genetik, dan perdarahan. Berdasarkan data Riskesdas 2018, ditemukan bahwa sebanyak 48,9% ibu hamil mengalami anemia. Anemia pada ibu hamil dapat memiliki dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang tidak optimal dalam kandungan, serta meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Dalam kasus yang parah, anemia pada ibu hamil dapat berpotensi menyebabkan kematian baik pada ibu maupun bayi yang dikandung. (Kemenkes, 2020). Anemia sering kali dikenal oleh masyarakat sebagai "kurang darah". Di Indonesia, sebagian besar kasus anemia disebabkan oleh kekurangan zat besi. Zat besi merupakan salah satu elemen yang terlibat dalam pembentukan Hemoglobin (Hb) atau sel darah merah. Anemia adalah sebuah kondisi di mana tingkat hemoglobin (Hb) dalam darah berada di bawah tingkat normal yang seharusnya. Anemia dan tekanan darah rendah merupakan kondisi yang berbeda. Anemia merujuk pada kurangnya kadar hemoglobin dalam darah, sementara tekanan darah rendah mengacu pada kurangnya kemampuan otot jantung untuk memompa darah dengan cukup ke seluruh tubuh, yang dapat

menyebabkan aliran darah yang tidak mencukupi ke otak dan bagian tubuh lainnya. Selama kehamilan, seorang ibu dianggap mengalami anemia jika kadar hemoglobin (Hb)nya kurang dari 11g% pada trimester I dan I, atau kurang dari 10,5g% pada trimester I. Gejala yang dapat timbul akibat anemia meliputi kelemahan, kulit pucat, dan letih lesu (Fadlun, 2013). Gejala anemia yang timbul akibat kurangnya oksigen yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan tubuh dapat berbeda-beda pada setiap individu. Pemeriksaan darah sederhana dapat digunakan untuk menentukan keberadaan anemia. Selama tubuh masih memiliki persediaan zat besi yang cukup, kadar hemoglobin (Hb) tidak akan menurun. Namun, jika persediaan zat besi habis, kadar Hb akan turun (Maternity,dkk.2016). Jika memiliki riwayat keluarga dengan kondisi anemia seperti anemia sel sabit atau talasemia, disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter sebelum menjalani kehamilan (Rismalinda, 2010).

Berdasarkan penelitian, anemia pada ibu hamil tidaklah bebas risiko. Pada ibu hamil, keberadaan anemia meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama masa kehamilan dan persalinan dengan tingkat kejadian yang lebih tinggi. (Rukiyah Ai Y, 2010). Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) kepada ibu hamil merupakan bagian yang penting dalam pelayanan gizi yang harus diberikan. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan yang diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta, dan mencegah terjadinya pendarahan saat proses persalinan. Selain itu, kebutuhan zat besi pada ibu hamil meningkat sebanyak 25% dibandingkan dengan ibu yang tidak sedang hamil. Kebutuhan ini sulit untuk dipenuhi hanya melalui asupan makanan saja, terutama karena makanan sehari-hari seringkali tidak mengandung cukup zat besi (Kemenkes, 2020).

Trombositopenia merupakan gangguan hematologi yang kedua paling umum setelah anemia yang dapat terjadi selama kehamilan. Kejadian trombositopenia terjadi pada sekitar 8-10% dari semua persalinan. Di antara kasus-kasus trombositopenia selama kehamilan, sekitar 75% di antaranya adalah trombositopenia gestasional. Trombositopenia selama kehamilan sering kali terkait dengan trombositopenia gestasional, immune thrombocytopenic purpura (ITP), dan sindrom hemolisis, peningkatan enzim hati, dan penurunan jumlah trombosit (HELLP Syndrome). Trombositopenia meningkatkan risiko ibu dan janin untuk mengalami pendarahan, terutama jika jumlah trombosit kurang dari 20.000 per mikroliter. Pendekatan klinis terhadap trombositopenia pada kehamilan melibatkan evaluasi trombositopenia pada ibu hamil. Penanganan kehamilan dengan trombositopenia akan disesuaikan dengan kondisi klinis dan penyakit yang mendasarinya (Saputra Adlan B, dkk.2018).

Thalasemia merupakan jenis penyakit anemia hemolitik yang diturunkan secara autosom resesif, yang disebabkan oleh mutasi pada gen tunggal yang mempengaruhi produksi rantai globin alfa atau beta. Thalasemia adalah salah satu kelainan genetik yang sering ditemukan di Indonesia. Transfusi reguler diperlukan sebagai bagian dari terapi untuk menjaga kadar hemoglobin. Beberapa hasil penelitian telah menunjukkan bahwa pasien dengan talasemia yang hamil dan mendapatkan perawatan yang baik tidak mengalami komplikasi seperti gangguan pertumbuhan janin, keguguran, dan persalinan prematur. Oleh karena itu, penting untuk melakukan tata laksana pada penderita thalasemia yang optimal selama kehamilan (Maulina N, 2018). Angka kejadian pembawa sifat thalasemia bervariasi, dengan prevalensi berkisar antara 3-5%, dan bahkan di beberapa daerah dapat mencapai 10,6%. Angka kejadian pembawa sifat HbE berkisar antara 1,5-36% dalam populasi yang

diteliti. Namun, data mengenai kejadian thalasemia pada ibu hamil di Indonesia belum diketahui (Kemenkes, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F.G. Leveno, K.J. Bloom, S.L. et al *Williams Obstetrics*. 24 ed: Mc-Graw Hill; 2014. *Kelainan Digestif Pada Kehamilan dan Persalinan*. Universitas Padjajaran. Fakultas Kedokteran. Bandung.
- David RG, Brenda AB. (2009). *Obstetric Anesthesia*. Universitas Udayana. Fakultas Kedokteran. Denpasar
- Fadlun, Feryanto Achmad. 2013. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta:Salemba Medika
- Fauzi A, Rani AA. 2008. *Gangguan sistem gastrointestinal pada kehamilan*. Jakarta: Pusat Penerbit Ilmu Penyakit Dalam.
- Fauziyah Y, 2012. *Obstetri Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Firmansyah Adi, 2014. *Penatalaksanaan Gangguan Saluran Cerna Dalam Kehamilan*. Vol.2 No.1. Medicinus. Fakultas Kedokteran. Universitas Indonesia
- Irdyanti, 2017. *Identifikasi Kadar Hemoglobin (Hb) Pada Ibu Hamil Trimester I, II, dan III Terhadap Kejadian Anemia Di Puskesmas Poasia Kota Kendari Tahun 2017*. Poltekkes Kendari. Sulawesi Tenggara
- Kementerian Kesehatan RI, 2020. *Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) Bagi Ibu Hamil*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Pencegahan Thalassemia*. Jakarta
- Manopo F Fibriani, Berhimpon S.L.E, dkk. 2020. *Gambaran Hematologi Pada Wanita Hamil Trimester I*. Fakultas Kedokteran. Universitas Sam Ratulangi. Manado
- Maria Aparecida C .D.A.H, 2014. *Diagnosis And Management Of Gastroesophageal Reflux Disease*. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014 ;27(3):210-215. The Department Of Surgery and Orthopedy, School Of Medicine. Sao Paulo State University (UNESP). Botucatu. Brazil

- Manuaba I B G, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan. Edisi kedua. EGC. Jakarta
- Maulina N, 2018. Tatalaksana Talasemia Dengan Kehamilan. Ibnu Sina Biomedik. Volume 2 Nomor 2. Fakultas Kedokteran. Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
- Meternity D, Yantika Y, Putri D.R. 2016. Asuhan kebidanan Patologis. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara
- Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia. 2013. Revisi konsensus nasional penatalaksanaan penyakit refluks gastroesofageal (gastroesophageal reflux disease/ GERD) di Indonesia. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia.
- Pratiwi Rani A, Ludong Marina M, 2018. Gambaran Hemoglobin Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Ambarawa Kabupaten Pringsewu Lampung. Patologi Klinik. Fakultas Kedokteran. Universitas Tarumanegara.
- Rismalinda, Pusmaika R, Sibagaring Eva. E. 2010. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Trans Info Media
- Saputra Adlan B, Rodiani, dkk. 2018. Kehamilan Dengan Trombositopenia. Medula Volume 8 Nomor 1. Fakultas Kedokteran. Universitas Lampung.
- Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Setiadi S, Simbadibrata M. 2009. *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid 1*. 5th ed. Jakarta: Interna Publishing
- Winkjosastro, Hanifa dkk, 2005. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Cetakan 7. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Yulianti Ai Y, Yulianti Lia, 2010. Asuhan Kebidanan Patologi 4. Jakarta: Trans Info Media
- <https://www.moh.gov.sa/en/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Gastroenterology/Pages/004.aspx>
(Diakses 01 juli 2023 18.03 WIB)

BAB 10

ASUHAN KEBIDANAN PADA PENDARAHAN PASCA PERSALINAN (PRIMER DAN SEKUNDER)

Oleh Wahyuni Arpalina

10.1 Pendahuluan

Indikator upaya kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) yang tidak hanya mampu menilai derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2017). Menurut World Health Organization (WHO) penyebab utama kematian wanita yang produktif di negara berkembang karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Kejadian komplikasi kehamilan yang dialami wanita di negara sedang berkembang 300 kali lebih besar dibandingkan negara maju, di Asia Tenggara rata-rata setiap hari terjadi 1,500 kematian ibu akibat komplikasi kehamilan (Merangin, 2019).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) AKI di Indonesia sebesar 305/100.000 kelahiran hidup masih jauh dari target SDG's yakni di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kategori penyebab kematian ibu yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung meliputi aspek medis yaitu akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan, persalinan dan nifas). Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 penyebab utama kematian ibu yaitu pendarahan (30,3%), dari keseluruhan kematian akibat pendarahan obstetrik. Penyebab lain yaitu hipertensi dalam kehamilan (27,1%), infeksi (7,3%), dan lain-lain, sedangkan penyebab kematian ibu tidak langsung meliputi kondisi penyakit

kanker, ginjal, jantung atau penyakit lain yang diderita ibu sebesar (35,3%)(Satriyandari and Hariyati, 2017).

Pendarahan pasca persalinan merupakan pendarahan yang terjadi pada seorang ibu bersalin yang kehilangan darah lebih dari 500 ml. Di negara berkembang pendarahan pasca persalinan bisa terjadi sekitar 4% pada persalinan pervaginam bahkan pada persalinan secara seksio sesarea mencapai 6% (Beru Brahmana, 2018).

10.2 Pendarahan Pasca Persalinan

10.2.1 Definisi

Pendarahan postpartum meliputi pendarahan sebelum, selama, dan setelah kelahiran plasenta. Pendarahan postpartum adalah kehilangan darah di atas 500 ml dalam 24 jam pertama(Cunningham, G, leveno, 2010). Pendarahan postpartum adalah pendarahan lebih dari 500 cc setelah persalinan pervagina dan 1.000 ml setelah persalinan abdominal (Sarwono, 2007).

Pendarahan postpartum adalah pendarahan postpartum yang berlebihan. Seorang wanita yang melahirkan dapat mengalami pendarahan hingga 500 cc tanpa masalah homeostatis. Satu tikungan besar sama dengan 500 ml darah. Lebih dari 500 ml darah dianggap pendarahanpostpartum, dan 1000 ml harus ditangani dengan hati-hati (Fraser, 2009). Pendarahan postpartum adalah pendarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala I selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala I dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala I persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Pendarahan postpartum terjadi setelah kala i persalinan selesai (sarifuddin, 2006).

Pendarahan postpartum ada kalanya merupakan pendarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan pendarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah pendarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (sarifuddin, 2006).

10.2.2 Etiologi Perdarahan

Pendarahan postpartum disebabkan oleh banyak faktor. Beberapa faktor predisposisi adalah anemia, yang berdasarkan prevalensi di negara berkembang merupakan penyebab yang paling bermakna. Penyebab pendarahan postpartum paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri, dan inversi uteri (*et al.*, 2016).

10.2.3 Epidemiologi

Multifaktorial yang mempengaruhi dapat berupa faktor klinis dan non klinis yang 4-6 persalinan mengalami pendarahan (*et al.*, 2016)

10.2.4 Faktor Resiko Perdarahan

Faktor resiko penyebab pendarahan meliputi ; 4T (*Tone, Tissue, Trauma, Thrombin*)

1. *Tone*, yaitu kontraksi uterus pasca persalinan lemah atau hilang.
2. *Tissue*, yaitu tertinggalnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta.
3. *Trauma*, yaitu robekan jalan lahir (perineum, vagina, serviks, dinding uterus)
4. *Thrombin*, yaitu gangguan pembekuan darah (Tsu, 1993)

10.2.5 Patogenesis

Pada akhir kehamilan, aliran darah yang mengalir melalui low-resistance placental bed uterus dapat mencapai sekitar 500–800 ml/menit. Pembuluh darah yang mensuplai aliran darah ke placental bed melewati sela-sela serabut miometrium yang berbentuk anyaman. Kontraksi miometrium setelah terjadi persalinan akan diikuti retraksi miometrium. Retraksi miometrium merupakan karakteristik unik otot polos uterus yang ditandai dengan ukuran serabut otot yang lebih pendek dari panjang semula setelah terjadi kontraksi. Pembuluh darah yang terletak diantara serabut miometrium akan terjepit dan terbuntu saat terjadi kontraksi dan retraksi sehingga aliran darah terhenti. Susunan serabut miometrium yang berbentuk anyaman uterus ini disebut the living ligatures atau physiologic sutures (Antony and Dildy, 2013).

10.2.6 Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dari hasil pemeriksaan dan tanda-tanda yang terjadi sesuai dengan jumlah perdarahan. Pendarahan pasca persalinan dapat terlihat jelas kecuali jika ditemuruptura uteri atau pendarahan dalam rahim yang tidak terdeteksi dengan pendarahan intra peritoneal. Penyebab utama pendarahanpasca persalinan yaitu Atonia uteri, maka penting untuk melakukan pengawasan Kala IV yang dimulai dari palpasi/masase uterus sesaat setelah melahirkan. Jika ditemu uterus lembek dan kenyal kemudian pemeriksaan dalam/bimanual keluarnya bekuan darah dalam jumlah cukup banyak dari vagina menunjukkan adanya atonia uteri (Cunningham, 2006). Jika pendarahan masih terus terjadi tetapi tidak ditenu gejala atonia uteri maka kemungkinan adanya laserasi jalan lahir maka harus dilakukan pemeriksaan vagina, serviks, dan uterus dengan cermat. Terkadang pendarahandapat disebabkan oleh atonia uteri dan trauma jalan lahir, umumnya setelah persalinan dengan dengan tindakan (fourcep dan vakum). Lakukan pemeriksaan jalan lahir, dan serviks secara rutin dalam pemantauan Kala IV. Jika tidak

didapatkan laserasi jalan lahir, kontraksi uterus baik, dan darah terus mengalir, maka perlu dilakukan eksplorasi manual uterus untuk mendiagnosis kemungkinan adanya ruptura uteri (Cunningham, 2006).

10.2.7 Jenis Perdarahan

Pendarahan pasca salin dibagi menjadi dua, yaitu pendarahan pasca persalinan primer/dini dan pendarahan pasca persalinan sekunder/lanjut. (eriza, Defrin and Lestari, 2015)

10.3 Pendarahan Pasca Persalinan Primer

10.3.1 Definisi

Pendarahan pasca persalinan primer yaitu pendarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama pendarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri (eriza, Defrin and Lestari, 2015). Pendarahan postpartum primer dapat disebabkan oleh atonia uteri yang mengakibatkan uterus tidak mampu menutup pendarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir sehingga terjadi pendarahan postpartum primer. Kemudian plasenta yang tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir juga dapat mengakibatkan pendarahan postpartum primer, penyebab lain adalah robekan jalan lahir dan gangguan pembekuan darah (eriza, Defrin and Lestari, 2015).

Penderita pendarahan postpartum terbanyak adalah pendarahan postpartum primer. Distribusi frekuensi paritas penderita pendarahan postpartum terbanyak adalah paritas >3 (grandemultipara). Distribusi frekuensi paritas pendarahan postpartum primer terbanyak adalah paritas > 3 sedangkan pada pendarahan postpartum sekunder adalah paritas 1 (primipara) dan 2- 3 (multipara)(eriza, Defrin and Lestari, 2015).

a. Atonia uteri

Suatu kondisi miometrium tidak dapat berkontraksi segera setelah kelahiran plasenta sehingga darah keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali, apabila uterus tidak berkontraksi setelah plasenta lahir dan sudah dilakukan massase 15 detik. Kejadian Atonia uteri 70% kasus setelah persalinan vaginal, persalinan operatif ataupun persalinan abdominal yang merupakan penyebab paling banyak, hingga sekitar. Penelitian sejauh ini membuktikan bahwa atonia uteri lebih tinggi pada persalinan abdominal dibandingkan dengan persalinan vaginal (Arulita. I. F, Henry and Budi, 2007) ; (Knight *et al.*, 2009).

b. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah perlekatan plasenta yang menimbulkan *hemorrhage* 30 menit atau lebih setelah kelahiran bayi (&NA;, 2005). Retensio plasenta merupakan etiologi tersering kedua dari pendarahan postpartum (20% - 30% kasus) dengan penyebab plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Retensio plasenta harus didiagnosa secara dini karena sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosis. Pada retensio plasenta, risiko untuk mengalami PPP 6 kali lipat pada persalinan normal (Yang, 2010).

Kesulitan dalam pelepasan plasenta terjadi pada pertolongan aktif kala I bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus (sarifuddin, 2006). Adapun faktor risiko retensio plasenta adalah adanya riwayat retensio plasenta, persalinan premature, bekas luka operasi uterus, umur diatas 35 tahun dan grandemultipara dan riwayat plasenta previa karena pada bagian isthmus uterus, pembuluh darah

sedikit sehingga menembus jauh kedalam dan kehamilan gemeli atau ganda yang memerlukan implantasi plasenta yang sedikit luas serta infertilitas disebabkan karena lapisan endometriumnya tipis (Calvert *et al.*, 2012).

Rentensio plasenta yang disebabkan karena adanya konstiksi pada bagian bawah Rahim (akibat kesalahan penanganan kalau i) yang menyebabkan plasenta tidak lahir (*plasenta inkarserata*), his yang kurang kuat, tempat insersi di sudut tuba, bentuknya plasenta membran, plasenta anularis dan ukuran plasenta sangat kecil disebut plasenta adhesive. Sedangkan sebab patologi-anatomis oleh perlekatan plasenta (Tako, Ujjiga and Ochi, 2014).

c. Sisa Plasenta

Sisa plasenta atau *rest placenta* adalah plasenta yang dilahirkan meninggalkan sisa dan tidak lepas sempurna berupa fragmen plasenta atau selaput ketuban atau tertinggalnya kotiledon atau lobus suksenturiat di dalam uterus (Yuliani, 2020). Beberapa faktor potensial yang menjadi penyebab terjadinya retensio sisa plasenta yaitu manajemen aktif kala i yang tidak benar, abnormalitas plasenta, kelahiran bayi yang terlalu cepat. Sisa plasenta dalam cavum uteri dapat menyebabkan terjadinya pendarahan post partum sekunder. Sisa plasenta akan menghalangi kontraksi dan retraksi sempurna otot uterus sehingga terjadi subinvolusi uteri, menghambat penekanan pembuluh darah yang terbuka dan mengganggu hemostasis (proses penghentian perdarahan) pada tempat implantasi. Tanpa disertai kontraksi uterus secara efektif, pendarahan akan berlangsung dengan cepat (Yuliyatiet *al.*, no date). Selain hal tersebut faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya pendarahan post partum adalah umur, paritas, anemia, partus lama, persalinan dengan tindakan (Yuliani, 2020).

d. Laserasi jalan lahir

Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versieksktraksi (Megasari, 2013).

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu derajat satu robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum, derajat dua Robekan mengenai mukosa vagina, kulit, dan otot perineum, derajat tiga Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter anieksternal dan derajat empat Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter anieksternal, dan mukosa rektum (Shener *et al.*, 2005).

e. Koagulopati

Pendarahan postpartum juga dapat terjadi karena kelainan pada pembekuan darah. Gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan PPP. Hal ini disebabkan karena defisiensi faktor pembekuan dan penghancuran fibrin yang berlebihan. Gejala-gejala kelainan pembekuan darah bisa berupa penyakit keturunan ataupun didapat. Kelainan pembekuan darah dapat berupa hipofibrinogenemia, trombositopenia, idiopathic Thrombocytopenic Purpura (iTTP), HeLLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), Disseminated intravaskuler Coagulation (DiC), dan Dilutional coagulopathy (Sarwono, 2007). Kejadian gangguan koagulasini berkaitan dengan beberapa kondisi kehamilan lain seperti solusio plasenta, preeklampsia, septikemia dan sepsis intrauteri, kematian janin lama, emboli air ketuban, transfusi darah inkompatibel, aborsi dengan NaCl hipertonik dan gangguan koagulasi yang sudah diderita

sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi sudah dapat diantisipasi sebelumnya sehingga persiapan untuk mencegah terjadinya PPP dapat dilakukan sebelumnya (Anderson *et al.*, 2007).

10.4 Pendarahan Pasca Persalinan Sekunder

10.4.1 Definisi

Pendarahan pasca persalinan sekunder adalah pendarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Pendarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Manuaba, 2018)

Sebagian besar wanita datang pada minggu kedua setelah melahirkan. Riwayat pendarahan postpartum primer (OR 9.3; 95% Ci 6.2-14.0) dan pengeluaran plasenta secara manual (OR 3.5; 95% Ci 1.6-7.5) merupakan satu-satunya faktor risiko signifikan yang teridentifikasi. Terdapat morbiditas terkait yang tinggi, dengan 84% memerlukan rawat inap, 63% evakuasi bedah, 17% transfusi darah, dengan tiga wanita menderita perforasi uterus, satu ditangani dengan histerektomi. Pada wanita yang menjalani evakuasi saja, 37% telah mempertahankan jaringan plasenta setelah operasi; pemeriksaan USG pra-operasi tidak memberikan diskriminasi yang lebih baik atas penilaian klinis untuk temuan ini (Hoveyda and MacKenzie, 2001).

DAFTAR PUSTAKA

- A &NA; (2005) 'Primarily Postpartum Haemorrhagen an Australian Tertiary Hospital: A Case-Control Study', *Obstetric Anesthesia Digest*, 25(4), pp. 196-197. Available at: <https://doi.org/10.1097/00132582-200512000-00027>.
- Anderson, J.M. *et al.* (2007) 'Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage'.
- Antony, K.M. and Dildy, G.A. (2013) 'Postpartum hemorrhage: The role of the Maternal-Fetal Medicine specialist in enhancing quality and patient safety', *Seminars in Perinatology*, 37(4), pp. 246-256. Available at: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.04.004>.
- Arulita. i. F, Henry, S. and Budi, P. (2007) 'Faktor-Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus di Kabupaten Cilacap) Risk Factors That influence Maternal Mortality (Case Study at Cilacap District)', 79, pp. 1-16. Available at: www.pdfactory.com.
- Awatiful Azza (2011) *Thendonesian Journal Of Health Science* , Vol. 1, No. 2, Juni 2011', 1(2).
- Beru Brahmana, i. (2018) 'Optimasiekstrak etanol Daun Sirih Merah (Piper Crocatum) sebagai Antibakteri terhadap Bakteri Staphylococcus Aureus', *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.18196/mm.180112>.
- Calvert, C. *et al.* (2012) 'identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: A systematic review and meta-analysis', *Plos One*, 7(7). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041114>.
- Cunningham, G, leveno, bloom (2010) *Williams Obstetri 24TH eDiTiONS*. Newyork: McGraw-Hill education.
- Cunningham, G. (2006) *Obstetri William vol.1*. Jakarta: eGC. eriza, N., Defrin, D. and Lestari, Y. (2015) 'Hubungan pendarahanP

- ostpartum dengan Paritas di RSUP Dr. M. Djamil Periode 1 Januari 2010 - 31 Desember 2012', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), pp. 765–771. Available at:
<https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.360>.
- Fraser, D.M. (2009) *Buku ajar bidan Myles edisi 14*. JAKARTA: eGC.
- Hoveyda, F. and MacKenzie, i.Z. (2001) 'Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(9), pp. 927–930. Available at:
[https://doi.org/10.1016/S0306-5456\(01\)00230-3](https://doi.org/10.1016/S0306-5456(01)00230-3).
- Karoshi, M. and Keth, L.G. (2006) 'Managing the Ten Most Common Life-Threatening Scenarios Associated with Postpartum Hemorrhage'.
- Knight, M. *et al.* (2009) 'Trends in postpartum hemorrhagen high resource countries: A review and recommendations from the international postpartum hemorrhage collaborative group', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, pp. 1–10. Available at:
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-55>.
- Manuaba, i. bagus gede (2018) *ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan keluarga berencana untuk pendidikan bidan*. malang: universitas muhammadiyah malang. Available at:
<https://doi.org/https://onesearch.id/Record/iOS4317.laser-03001039>.
- Megasari, Mi. (2013) 'Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian pendarahanPasca Persalinan di RSUD Arifin Achmad Propinsi Riau Tahun 2009-2010', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(2), pp. 72–77. Available at:
<https://doi.org/10.25311/keskom.vol2.iss2.48>.
- Merangin, K. (2019) '512-1073-1-Pb', *faktor yang berhubungan dengan pendarahandi RSU Adul Moeloek*, 10(2).
- sarifuddin, abdul bari (2006) *buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. makasar: YBP-SP.
- Sarwono, prawirohardjo (2007) *ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan

Bina Pustaka.

- Satriyandari, Y. and Hariyati, N.R. (2017) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian pendarahanPostpartum', *JHeS (Journal of Health Studies)*, 1(1), pp. 49–64. Available at: <https://doi.org/10.31101/jhes.185>.
- Shener, e. *et al.* (2005) 'Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A population-based study', *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 18(3), pp. 149–154. Available at: <https://doi.org/10.1080/14767050500170088>.
- Simanjuntak, L. (2020) 'Pendarahan Postpartum (pendarahan Paskasalin)', 1(1), pp. 1–10.
- Sulistiyono, A. (2021) 'Conservative Surgical Management of Postpartum Hemorrhage (PPH) using ' Surabaya Method ' (Modified B- Lynch Compression Suture)'.
- Tako, T., Ujjiga, A. and Ochi, e.B. (2014) 'Risk factors associated with postpartum haemorrhage at Juba Teaching Hospital', *South Sudan Medical Journal*, 7(3).
- Tsu, V.D. (1993) 'Postpartum haemorrhagen Zimbabwe: a risk factor analysis', *BJOG: An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 100(4), pp. 327–333. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1993.tb12974.x>.
- Yang, A. (2010) 'Retensio Paasenta Pada Pasien Yang D5rawat Di Rumah Sakit Ali Hasan Bandung Periode 1 Januari 2010 - 31 Desember 2010', pp. 25–32.
- Yuliani, i. (2020) 'Di Praktik Mandiri Bidan Risk Factors Related To Events Of The Retention Of Theremaining Plasenta In A Giving Birth Mother In Independent Midwifery Practice', pp. 220–229.
- Yuliyati, A. *et al.* (no date) 'No Title', 3(1), pp. 7–17. *et al.* (2016) 'Multilevel Analysis on the Risk Factors of Post Partum Hemorrhagen Bondowoso, Central Java', *Journal of Maternal and Child Health*, 01(04), pp. 205–213. Available at: <https://doi.org/10.26911/thejmch.2016.01.04.01>.

BAB 11

INFERTILITAS

Oleh Elma Melia Sari

11.1 Pendahuluan

Infertilitas merupakan masalah umum yang dialami oleh hampir seperlima pasangan usia reproduksi. Dalam bidang kesehatan, infertilitas memang tidak mengganggu integritas fisik seorang individu dan juga tidak mengancam jiwa, namun hal ini dapat berpengaruh negatif terhadap perkembangan individu, menyebabkan frustrasi dan membuat ketidakpercayaan diri, karena sebagian besar pasangan menganggap bahwa memiliki keturunan sebagai tujuan utama setelah menikah (Brugo-Olmedo, Chillik and Kopelman, 2001).

Infertilitas juga merupakan kondisi medis yang dapat menyebabkan kerugian psikologis, fisik, mental, spiritual dan medis pada pasien. Pasangan usia reproduksi harus memahami fekundabilitas normal dan kemungkinan terjadinya kehamilan dalam satu siklus menstruasi untuk memahami infertilitas. Pemahaman dasar ini dapat membantu tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi yang tepat, rujukan yang tepat dan memberikan pemahaman yang tepat mengenai kondisi medis ini (Walker MH, 2023).

Tantangan terhadap kesuburan manusia dapat muncul dari banyak kondisi yang disebabkan oleh kelainan genetik, penyakit menular, lingkungan yang tidak sehat dan perilaku tertentu. Mempercepat perkembangan dan penggunaan teknologi medis diharapkan dapat mengatasi masalah tersebut (Macaluso *et al.*, 2010).

11.2 Definisi

Infertilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi terjadinya kehamilan setelah melakukan hubungan seksual dalam jangka waktu tertentu tanpa menggunakan alat kontrasepsi. Istilah sterilitas dan infertilitas terkadang digunakan secara bergantian dan terkadang mendefinisikan populasi yang berbeda. Dalam literatur Spanyol, definisi sterilitas adalah kesulitan untuk terjadinya kehamilan, sedangkan istilah infertilitas digunakan ketika kehamilan telah berkembang namun terputus pada saat tertentu, oleh karena itu istilah ini sering digunakan sebagai sinonim keguguran. Sebaliknya dalam literatur Inggris, istilah infertilitas mengacu pada pasangan yang gagal mencapai kehamilan yang disebabkan oleh ketidakmungkinan hamil melalui cara alami atau jika kehamilan tidak berkembang dan tidak menyebabkan bayi lahir hidup. Sebaliknya, fertilitas didefinisikan kemampuan untuk terjadinya kehamilan setelah melakukan hubungan seksual secara teratur dalam jangka waktu tertentu (Brugo-Olmedo, Chillik and Kopelman, 2001).

Infertilitas pada pria dapat didefinisikan sebagai ketidakmampuan pria untuk membuat wanita yang subur menjadi hamil minimal satu tahun melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi. Laki-laki bertanggungjawab atas sekitar 20% kejadian infertilitas dan merupakan faktor penyebab 30% sampai 40% lainnya dari semua kasus infertilitas. Secara keseluruhan, faktor laki-laki secara substansial berkontribusi pada sekitar 50% dari semua kasus infertilitas. Penyebab infertilitas pada pria dan wanita sering muncul bersamaan sehingga penting agar kedua pasangan memeriksakan diri secara bersama (Leslie SW, Soon-Sutton TL, 2023).

11.3 Epidemiologi

Dalam sebuah studi yang dilakukan oleh *National Survey of Family Growth* di Amerika Serikat diketahui bahwa prevalensi infertilitas akan meningkat seiring bertambahnya usia seorang wanita. Pada wanita berusia 15 sampai 34 tahun prevalensi infertilitas berkisar antara 7,3% hingga 9,1%. Pada wanita usia 35 sampai 39 tahun prevalensi infertilitas meningkat hingga 25%. Pada wanita usia 40 sampai 44 tahun memiliki peluang 30% untuk terjadinya infertilitas. Diseluruh dunia, prevalensi infertilitas lebih tinggi terjadi di negara Eropa Timur, Afrika Utara dan Timur tengah. Diseluruh dunia sekitar 2% wanita berusia 20 sampai 44 tahun tidak dapat melahirkan hidup dan 11% dengan kelahiran hidup sebelumnya tidak bisa melahirkan lagi. (Walker MH, 2023).

Sehubungan dengan infertilitas pria, prevalensi pasti masih belum dapat diketahui, karena infertilitas pria bukanlah suatu penyakit yang dapat dilaporkan. Selain itu, pembayaran untuk pengobatan infertilitas pada pria bersifat pribadi yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan sehingga tidak tergambar dalam statistik asuransi kesehatan. Agarwal dkk, memperkirakan infertilitas yang disebabkan oleh faktor pria secara keseluruhan dapat berkisar 2,5% sampai dengan 12%. Diperkirakan diseluruh dunia prevalensi infertilitas karena faktor yang berasal dari laki-laki sekitar 20% sampai 30%. (Leslie SW, Soon-Sutton TL, 2023).

WHO juga memperkirakan bahwa 8%-10% pasangan usia subur diseluruh dunia mengalami infertilitas. Di Indonesia sendiri diperkirakan prevalensi infertilitas berkisar 15%-25%. Dengan demikian diperkirakan sekitar 2,6 juta penduduk Indonesia mengalami infertilitas. (Khotimah *et al.*, 2021).

11.4 Etiologi

11.4.1 Faktor Wanita

1. Gangguan ovulasi

Riwayat siklus menstruasi siklik yang teratur dengan gejala pramenstruasi seperti mengalami nyeri payudara dan terjadinya retensi cairan sudah cukup untuk menjadi penanda terjadinya ovulasi. Anovulasi harus dicurigai ketika siklus menstruasi terjadi tidak teratur, dalam siklus yang pendek (kurang dari 21 hari) atau lebih lama dari 35 hari (Carson SA, 2022).

Gangguan ovulasi merupakan 25% dari penyebab infertilitas pada wanita. Oligo-ovulasi atau anovulasi menyebabkan infertilitas karena tidak adanya oosit yang dikeluarkan setiap bulan. Dengan tidak adanya oosit, tidak ada peluang untuk pembuahan dan kehamilan. Untuk membantu pengobatan, WHO membagi gangguan ovulasi menjadi empat kelas (Walker MH, 2023) :

a. Anovulasi hipogonadotropik hipogonadal: yaitu, amenore hipotalamus

Amenore hipotalamus dikaitkan dengan gangguan makan dan olahraga yang berlebihan, yang mengakibatkan terjadinya penurunan sekresi *Gonadotropin Releasing Hormone* (GnRH) pada hipotalamus. Penurunan asupan kalori, penurunan berat badan atau olahraga yang berlebihan menyebabkan peningkatan kortisol yang menyebabkan penekanan GnRH. Penurunan produksi GnRH menyebabkan penurunan pelepasan gonadotropin, hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon Lutenizing (LH) dari kelenjar hipofisis anterior. Defisiensi ini menyebabkan pertumbuhan folikel yang tidak normal, anovulasi dan kadar esterogen yang rendah. FSH dan LH akan bervariasi mulai dari normal hingga rendah, tetapi rasio hormon akan menyerupai

wanita prapuberitas, dengan kadar FSH lebih tinggi dibandingkan dengan kadar LH.

- b. Anovulasi normostrogen normogonadotropik: yaitu, sindrom ovarium polikistik (PCOS)

Jenis dari anovulasi normoestrogenik normogonadotropik yang paling umum terjadi adalah PCOS. PCOS menyumbang 80% hingga 85% dari semua pasien anovulasi dan mempengaruhi 8% dari semua wanita usia reproduksi. PCOS dapat didiagnosis dengan menggunakan *rotterdam criteria* yang membutuhkan dua dari tiga kriteria yang ada tanpa adanya penyebab patologis lainnya. *Rotterdam criteria* adalah anovulasi, adanya tanda-tanda klinis hiperandrogenisme atau peningkatan serologis androgen dan terdapatnya ovarium polikistik yang ditunjukkan oleh hasil *Ultrasonografi* (USG).

- c. Anovulasi hipoestrogenik hipergonadotropik : yaitu, kegagalan ovarium prematur

Anovulasi hipoestrogenik hipergonadotropik merupakan insufisiensi ovarium prematur dan resistensi ovarium terkait usia wanita. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa usia memengaruhi kesuburan; hal ini disebabkan oleh fenomena penurunan kualitas dan kuantitas oosit. Dari segi kuantitas, janin perempuan pada usia kehamilan 20 minggu memiliki sekitar 6 juta folikel. Bayi baru lahir memiliki sekitar 1 juta folikel. Pada awal pubertas jumlah folikel berkurang menjadi 300.000 folikel. Kehilangan folikel akan terus berlanjut sepanjang siklus hidup seorang wanita. Dari segi kualitas, kualitas ovarium juga penting untuk kesuburan secara keseluruhan. Hilangnya kualitas oosit sepanjang siklus hidup wanita dikaitkan dengan nondisjungsi miosis yang mengakibatkan aneuploidi. Hal ini juga terkait dengan akumulasi kerusakan sepanjang hidup dan perubahan terkait sel granulosa.

- d. Anovulasi hiperprolaktinemia: yaitu, adenoma hipofisis.

Prolaktin menyebabkan supresi sekresi GnRH yang menyebabkan menurunnya kadar LH. Nilai serum prolaktin 20 sampai 50 ng/ml menyebabkan pelepasan progesteron yang tidak cukup dari korpus luteum sehingga memperpendek fase luteal. Meskipun masih dalam tahapan penelitian lebih lanjut, prolaktinemia digambarkan sebagai penyebab defek fase luteal yang menyebabkan infertilitas. Nilai prolaktin 50 hingga 100 ng/ml menyebabkan amenore atau oligomenore akibat umpan balik yang abnormal pada aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Konsentrasi prolaktin yang lebih besar dari 100 ng/ml berhubungan dengan hipogonadisme dan amenore serta adenoma hipofisis.

2. Endometriosis

Endometriosis didefinisikan sebagai jaringan endometrium yang terdapat diluar rongga rahim. Diagnosis endometriosis didasarkan pada identifikasi histologi kelenjar endometrium atau stroma di luar rahim. Endometriosis paling sering ditemukan di panggul dan dapat menyebar keseluruh bagian perut. Endometriosis terjadi pada 10% sampai 15% wanita usia reproduksi dan 40% sampai 50% diantaranya akan mengalami kemandulan. Menurut *American Society of Reproductive Medicine*, endometriosis dikategorikan menjadi empat tahap. Endometriosis diketahui menyebabkan infertilitas, tetapi patofisiologinya diperkirakan berbeda sesuai dengan stadiumnya. Untuk stadium I dan II, infertilitas diyakini terkait dengan peradangan dimana terjadi peningkatan produksi prostaglandin, sitokin dan makrofag. Peradangan tersebut akan merusak fungsi ovarium dan tuba yang mengakibatkan pembentukan folikel, pembuahan dan implantasi menjadi rusak. Stadium I dan IV berhubungan dengan adhesi panggul atau massa yang mendistorsi

anatomi panggul, sehingga akan merusak motilitas tuba, pelepasan oosit dan motilitas sperma. Endometriosis tahap lanjut dihipotesiskan dapat merusak folikulogenesis yang mengurangi potensi pembuahan. (Walker MH, 2023).

Hasil penelitian lainnya mengenai hubungan endometriosis dengan kejadian infertilitas dikaitkan dengan terjadinya menstruasi retrograde yaitu suatu kondisi dimana darah menstruasi bukannya mengalir keluar dari vagina, melainkan mundur ke dalam rongga panggul. (Senapati S, 2011).

3. Adhesi Panggul/Tuba

Adhesi panggul dan tuba bersamaan dengan kelainan uterus dan tuba, menyebabkan sebagian besar infertilitas wanita. Proses infeksi didalam perut adalah penyebab utama adhesi panggul/tuba; proses infeksi yang paling umum untuk mempengaruhi infertilitas adalah penyakit radang panggul (PID). Mikroorganisme yang membawa risiko infertilitas terbesar terkait dengan PID adalah *Chlamydia trachomatis*.

Hidrosalping adalah kelainan tuba akibat peradangan akut dan kronis yang merusak integritas struktur tuba falopi. Kerusakan ini menyebabkan obstruksi tuba yang menghalangi distribusi cairan fisiologis tuba falopi dan mengakibatkan akumulasi cairan. Hidrosalping mengganggu kesuburan melalui aliran retrograde toksin dan prostaglandin ke dalam endometrium, menciptakan lingkungan yang tidak kondusif untuk implantasi dengan merusak penerimaan endometrium. (Walker MH, 2023).

4. Faktor Rahim dan Serviks

Kelainan rongga rahim berhubungan dengan hasil akhir kehamilan yang merugikan seperti keguguran, kelahiran prematur dan infertilitas. Faktor yang mendistorsi rongga rahim termasuk polip endometrium, leiomioma, sinekia intrauterin (Carson, 2021). Penyebab infertilitas uterus berhubungan dengan lesi yang menempati rongga uterus

atau berkurangnya fungsi endometrium. Fibroid submukosa dapat mengganggu implantasi hasil konsepsi. Selain itu kelainan uterus kongenital juga terkait dengan kejadian infertilitas. Septum pada uterus merupakan kelainan yang paling sering ditemui yang berhubungan dengan kejadian abortus berulang. Infertilitas pada kelainan uterus kongenital diperkirakan mencapai 8% dari penyebab infertilitas wanita (Walker, 2022). Infertilitas yang disebabkan oleh faktor serviks didefinisikan sebagai kelainan anatomi, jaringan parut pasca operasi, atau penurunan lendir serviks yang mengganggu perkembangan alami sperma dan perjalanan sperma ke dalam rahim. (Carson SA, 2022).

5. Infertilitas Tuba

Infertilitas tuba, didefinisikan sebagai tuba falopi yang tersumbat atau ketidakmampuan tuba untuk mengambil oosit dari ovarium karena adhesi panggul, menyumbang antara 11% dan 67% diagnosis infertilitas. Infertilitas tuba harus dicurigai pada wanita dengan riwayat infeksi menular seksual (penyebab paling umum dari penyakit tuba), displasia serviks, operasi perut, atau infeksi intra abdominal sebelumnya (misalnya usus buntu yang pecah). Tingkat keparahan kelainan tuba membantu menentukan pengobatan yang paling efektif. Hysterosalpingography (HSG), merupakan alat diagnostik lini pertama untuk infertilitas tuba. Dibandingkan dengan wanita infertil dengan patensi tuba bilateral, wanita dengan penyumbatan tuba proksimal unilateral memiliki tingkat kehamilan yang sama setelah stimulasi ovarium dengan inseminasi intrauterin. Namun, ketika obstruksi tuba bilateral terjadi, pembedahan untuk memulihkan patensi tuba atau stimulasi ovarium dengan fertilisasi in vitro (IVF) dapat dipertimbangkan (Carson SA, 2022).

6. Berkurangnya cadangan ovarium

Dalam studi fekunditas pada wanita yang menjalani inseminasi buatan dengan donor sperma yang telah dibekukan, tingkat keberhasilan kumulatif terjadinya fertilisasi selama 12 siklus adalah 74,1% untuk kelompok usia 26 hingga 30 tahun, 61,5% untuk kelompok usia 31 hingga 35 tahun, dan 53,6% untuk kelompok lebih tua dari 35 tahun. Penurunan fekunditas dengan usia yang lebih tua ini terjadi karena hilangnya folikel dan oosit secara progresif (cadangan ovarium) dan penurunan kualitas gamet sering bertambahnya usia. Faktor risiko lain yang berhubungan dengan berkurangnya cadangan ovarium termasuk riwayat operasi ovarium, kemoterapi, terapi radiasi dengan paparan ovarium dan riwayat keluarga. (Carson SA, 2022).

11.4.2 Faktor Pria

Ada banyak penyebab infertilitas pria yang dapat diklasifikasikan secara luas karena etiologi umum yang mendasarinya. Penyebab tersebut seperti gangguan endokrin 2% sampai 5% (biasanya karena hipogonadisme), gangguan transportasi sperma 5% (vasektomi), cacat testis primer 65% sampai 80% (parameter sperma abnormal tanpa penyebab yang dapat diidentifikasi) dan idiopatik sekitar 10% sampai 20% (laki-laki yang tidak subur memiliki parameter sperma dan air mani yang normal). Ringkasan etiologi spesifik sebagai penyebab dari infertilitas pada pria adalah sebagai berikut (Leslie SW, Soon-Sutton TL, 2023) :

1. Penyebab endokrinologis: Defisiensi GnRH kongenital (sindrom Kallmann), sindrom Prader Willi, sindrom Laurence Moon Bedl, sindrom kelebihan zat besi, ataksia serebral familial, trauma kepala, radiasi intrakranial, suplementasi testosteron, atau hipertiroidisme.

2. Idiopatik: Infertilitas (10% hingga 20%) di mana parameter air mani semuanya normal, tetapi pria tetap tidak subur.
3. Penyebab genetik: Mutasi gen *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* (CFTR), diskinesia silia primer, sindrom Kallmann, sindrom Klinefelter, sindrom young, sindrom khusus sel Sertoli.
4. Kelainan urogenital kongenital: Epididimis tidak ada, disfungsi, atau terhambat, kelainan kongenital vas deferens, testis yang tidak turun, gangguan saluran ejakulasi (kista).
5. Kelainan urogenital yang didapat: Obstruksi bilateral atau ligasi vas deferens, orkiektomi bilateral, epididimitis, varikokel, ejakulasi retrograde.
6. Penyebab imunologis: Hipofisitis limfositik, hemosiderosis, hemokromatosis, sarkoidosis, histiositosis, tuberkulosis, infeksi jamur, dll.
7. Infeksi saluran urogenital: Gonokokus, klamidia, sifilis, tuberkulosis, infeksi urogenital berulang, prostatitis, dan prostatovesiculitis berulang.
8. Disfungsi seksual: Ejakulasi dini, anejakulasi, hubungan seksual yang jarang, dan disfungsi ereksi.
9. Keganasan: massa sellar, makroadenoma hipofisis, kraniofaringioma, dan perawatan bedah atau radiasi untuk kondisi ini, tumor testis, atau tumor adrenal yang menyebabkan kelebihan androgen.
10. Obat-obatan: kanabinoid, opioid, obat psikotropika dapat menyebabkan penghambatan GnRH, testosteron eksogen atau suplemen steroid androgenik, analog GnRH dan antagonis yang digunakan pada karsinoma prostat, terapi glukokortikoid kronis, antiandrogen, ketokonazol, simetidin.
11. Racun lingkungan: insektisida, fungisida, pestisida, merokok, alkohol berlebih.

Infertilitas pria juga dapat diklasifikasikan berdasarkan intervensi medis yang berpotensi membantu perbuahan sebagai berikut (Leslie SW, Soon-Sutton TL, 2023) :

1. Kemandulan pria yang tidak dapat diobati terlihat pada 12%: kegagalan tubulus seminiferus primer, sindrom khusus sel Sertoli, dan orkiektomi bilateral.
2. Penyebab infertilitas pria yang dapat diobati ditemukan pada 18%: azoospermia obstruktif, saluran ejakulasi, dan kista garis tengah prostat, defisiensi gonadotropin, gangguan fungsi seksual, autoimunitas sperma, varikokel, dan efek toksin yang dapat dibalik.
3. Infertilitas pria yang tidak dapat diobati ditemukan pada 70%: oligozoospermia, astenozoospermia, teratozoospermia

11.5 Diagnosis Infertilitas

Pemeriksaan infertilitas biasanya dimulai 1 tahun setelah pasangan mencoba untuk hamil. Namun untuk pasangan diatas usia >35 tahun, evaluasi diagnostik akan dimulai setelah ketidakmampuan untuk hamil selama 6 bulan. *American Society for Reproductive Medicine (ASRM)* telah menerbitkan pedoman mengenai standar evaluasi infertilitas yang meliputi analisis semen, penilaian ovulasi, pemeriksaan histerosalpingografi (HSG) dan jika memiliki indikasi dapat dianjurkan untuk melakukan tes cadangan ovarium dan laparoskopi (Quaas A, 2008).

11.5.1 Analisis Semen

Penilaian infertil pada pria meliputi anamnesis, pemeriksaan dan analisis semen. Elemen penting dari anamnesis termasuk paternitas sebelumnya, riwayat kriptorkismus, riwayat medis dan bedah, disfungsi seksual, dan penggunaan obat-obatan, tembakau, alkohol, atau obat-obatan terlarang. Pada pemeriksaan fisik, kelainan testis seperti varikokel atau tidak adanya vas deferens dapat dideteksi. Pedoman dari WHO mengenai rentang referensi

untuk jumlah, morfologi, dan motilitas dalam sampel semen telah dipublikasikan dan ditunjukkan pada Tabel 11.1. (Quaas A, 2008).

Tabel 11.1 *World Health Organization Criteria for a Normal Semen Analysis*

Kriteria	Parameter
Volume	2.0-5.0 mL
PH	7,2-7,8
Konsentrasi Sperma	≥ 20 x 10 ⁶ /ml
Jumlah sperma total	≥ 40 x 10 ⁶ spermatozoa
Motilitas	≥ 50% dengan pergerakan maju atau ≥ 25% bergerak cepat
Morfologi	≥ 50% morfologi normal
Viabilitas	≥ 75% hidup
Sel darah putih	≤ 1 x 10 ⁶ /ml
Fruktosa (total)	≥ 13 mol/ejakulasi

Sumber : WHO

Nomenklatur terkait kualitas semen patologis menurut WHO 2010 yaitu (Leslie SW, Soon-Sutton TL, 2023) :

1. Aspermia - Tidak ada ejakulasi sama sekali.
2. Astenozoospermia - <32% spermatozoa motil progresif. Asthenozoospermia absolut adalah ketika tidak ada sperma yang bergerak sama sekali, tetapi tidak mati.
3. Azoospermia - tidak ada spermatozoa dalam ejakulasi.
4. Cryptozoospermia - jumlah spermatozoa yang sedikit, sehingga dalam pemeriksaan terlihat sembunyi/tidak dapat terlihat.
5. Leukospermia - >1 × 10 ml leukosit dalam ejakulasi
6. Necrospermia atau Necrozoospermia - sperma yang mati pada sampel air mani segar.
7. Normospermia - Semua parameter semen dalam batas normal baik dari segi jumlah maupun kualitas.
8. Oligozoospermia-Konsentrasi sperma <15 × 10/ml; jumlah sperma total <39 × 10/ml

9. Oligo-astheno-teratozoospermia - Gangguan yang mencakup oligozoospermia, asthenozoospermia dan teratozoospermia.
10. Teratozoospermia - <4% spermatozoa yang secara morfologis normal.

11.5.2 Penilaian Ovulasi

Defek ovulasi terjadi pada 40% wanita infertil dan sekitar 15% pasangan dengan infertilitas. Seringkali defek pada fungsi ovulasi bermanifestasi dalam gangguan menstruasi dan dapat diidentifikasi dari riwayat pada sebagian besar wanita. Seorang pasien dengan kelainan menstruasi harus diselidiki untuk penyebab yang mendasarinya seperti sindrom ovarium polikistik, penyakit tiroid, hiperprolaktinemia, dan penyebab hipotalamus sekunder akibat perubahan berat badan. Selain riwayat menstruasi yang menyeluruh, metode lain yang digunakan untuk mengevaluasi ovulasi termasuk rekaman pengukuran suhu basal tubuh, kit prediktor ovulasi hormon luteinizing hormone (LH), tes progesteron serum pada fase midluteal, dan biopsi endometrium untuk menilai perkembangan endometrium sekretorik.

Meskipun rekaman suhu basal tubuh adalah alat yang paling murah yang dapat diandalkan, namun ini agak sulit untuk diinterpretasikan sehingga seringkali membuat pasien menjadi frustrasi. Kit yang digunakan untuk memprediksi ovulasi berguna untuk wanita yang tidak memiliki siklus menstruasi yang sangat panjang dan dapat digunakan oleh pasangan untuk mengatur waktu hubungan intim dengan tepat. Kadar progesteron mid luteal diukur sekitar hari ke-21 pada wanita dengan siklus reguler (28 hari). Kadar progesteron serum yang lebih tinggi dari 3 ng/mL

menunjukkan bahwa telah terjadi ovulasi dan kadar yang lebih dari 10 ng/mL merupakan kadar optimal. Meskipun hasil biopsi endometrium sebelumnya digunakan untuk mendiagnosis efek fase luteal, hasil tersebut tidak berkorelasi dengan status fertilitas dan karena itu tidak lagi direkomendasikan. (Quaas A, 2008).

11.5.3 Penilaian Cadangan Ovarium

Tes lain yang direkomendasikan untuk pemeriksaan pada pasangan dengan infertilitas meliputi penilaian cadangan ovarium. Wanita dengan usia lanjut atau riwayat operasi ovarium sebelumnya berisiko mengalami penurunan fungsi atau cadangan ovarium. Mengingat sifat pengujian yang relatif non-invasif, beberapa praktisi memasukkan evaluasi cadangan ovarium sebagai pemeriksaan lini pertama untuk infertilitas. Pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan menggunakan ultrasonografi (USG) (Quaas A, 2008).

11.5.4 Penilaian Uterus dan Tuba Fallopi

Penilaian kontur uterus dan patensi tuba merupakan bagian integral dari evaluasi infertilitas dasar. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan histerosalpingografi (HSG). HSG terdiri dari evaluasi radiografi rongga rahim dan saluran tuba. Tuba falopi yang paten pada pemeriksaan HSG tidak mengkonfirmasi bahwa pengambilan sel telur akan terjadi. Selain pemeriksaan HSG, evaluasi ultrasonografi pada fase folikuler digunakan untuk mengidentifikasi fibroid uterus, polip, dan anomali kavitas kongenital seperti septum pada uterus. Pada saat yang sama, informasi tentang volume ovarium dan jumlah folikel antral dapat diperoleh, menjadikan USG panggul bagian dari pemeriksaan awal untuk infertilitas. Namun, penilaian kavitasi lengkap

memerlukan sonohisterografi untuk kondisi seperti polip rahim, leiomioma submukus, atau sindrom Asherman. (Quaas A, 2008).

11.5.5 Laparoskopi

Laparoskopi merupakan suatu langkah penting dan prosedur yang bersifat standar dalam investigasi dan evaluasi wanita infertil sebelum memulai pengobatan infertilitas. Dengan tidak adanya tanda dan gejala klinis yang menunjukkan diagnosis, laparoskopi dapat melakukan cara yang sangat baik melalui visualisasi langsung untuk menjelaskan kelainan yang muncul. Laparoskopi diagnostik diterima secara umum sebagai prosedur paling akurat untuk mendeteksi patologi tuba dan endometriosis. Beberapa penelitian menjelaskan faktor risiko patologi tuba seperti operasi perut sebelumnya dan penyakit radang panggul sebelumnya (PID). Sebuah meta-analisis dari 20 penelitian yang membandingkan HSG dan laparoskopi untuk patensi tuba dan perlekatan peritubal menunjukkan bahwa HSG terbatas penggunaannya untuk mendeteksi patensi tuba karena sensitivitasnya yang rendah, meskipun spesifisitasnya yang tinggi menjadikannya tes yang berguna untuk memastikan adanya obstruksi tuba. Untuk evaluasi patensi tuba dan perlekatan peritubal, tetapi khususnya endometriosis, HSG tidak dapat diandalkan dan memerlukan laparoskopi. Laparoskopi masih menunjukkan patologi tuba atau endometriosis pada 35-68% kasus, bahkan setelah HSG dinyatakan normal. (Jahan, 2012).

11.6 Penatalaksanaan Infertilitas

11.6.1 Penatalaksanaan pada Wanita

1. Perubahan Gaya Hidup

Wanita dengan BMI yang diluar batas normal sering mengalami infertilitas dan disfungsi ovulasi. Wanita dengan

BMI kurang dari 17 dengan riwayat melakukan olah raga yang berlebihan dan memiliki gangguan makan cenderung mengalami hipogonadisme hipogonadotropik yang menyebabkan sekresi gonadotropin hipofisis menjadi terganggu. Stimulasi ovarium terkontrol dengan menggunakan gonadotropin eksogen digunakan untuk menginduksi ovulasi. Hasil penelitian menunjukkan pentingnya perubahan perilaku individu untuk memperbaiki kekurangan energi. Memperbaiki BMI menjadi normal akan mengembalikan fungsi ovarium sampai dengan 87%. Wanita dengan BMI lebih besar dari 27 dengan anovulasi dapat memperbaikinya dengan melakukan penurunan berat badan. Berbagai hasil penelitian telah menunjukkan bahwa kehilangan 10% berat badan akan mengembalikan ovulasi normal sebesar 50% sampai 100% dalam waktu kurang dari satu tahun (Walker MH, 2023).

2. Hiperstimulasi Ovarium Terkendali

Hiperstimulasi Ovarium Terkendali dapat dilakukan dengan pemberian obat yang bekerja sebagai modulator reseptor estrogen selektif dengan antagonis estrogen dan efek agonis yang pada akhirnya dapat meningkatkan pelepasan gonadotropin dari hipofisis anterior. Selain itu penggunaan gonadotropin juga dianjurkan untuk menstimulasi ovarium (Walker MH, 2023).

3. Inseminasi

Inseminasi intrauterin merupakan prosedur yang dilakukan dengan menempatkan sel sperma yang telah disaring ke dalam rongga rahim pada waktu sekitar ovulasi. Inseminasi dapat dilakukan bersamaan dengan waktu ovulasi alami (Quaas A, 2008).

4. Fertilisasi In Vitro (IVF)

Langkah awal dalam prosedur IVF melakukan hiperstimulasi ovarium terkontrol dengan melakukan injeksi gonadotropin. Tiga puluh enam jam setelah suntikan, dokter spesialis akan melakukan aspirasi jarum yang dipandu dengan ultrasonografi transvaginal untuk pengambilan oosit. Oosit akan dipindahkan ke media khusus dan sel sperma normal ditempatkan dalam cawan untuk inseminasi. Jika terdapat sel sperma yang abnormal maka dilakukan prosedur *intracytoplasmik sperma injection* (ICSI) yang merupakan prosedur menempatkan satu spermatozoa langsung ke dalam sitoplasma sel telur. Setelah terjadi pembuahan embrio akan dilakukan penilaian. Embrio akan dipindahkan pada hari ketiga atau kelima. *Praimplantasi genetik tes* (PGT) merupakan prosedur tambahan dalam IVF yang membantu mendeteksi mutasi genetik orang tua dan mendeteksi aneuploid baik monosom maupun trisomi dari 23 pasang kromosom (Walker MH, 2023).

11.6.2 Penatalaksanaan pada Pria

1. Perubahan Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup harus didiskusikan dan direkomendasikan kepada seluruh pasien pria dengan infertilitas. Perubahan gaya hidup yang dimaksud seperti berhenti merokok, membatasi atau menghilangkan kebiasaan mengkonsumsi alkohol, menerapkan pola makan dengan gizi seimbang, melakukan penurunan berat badan jika terjadi obesitas, olahraga dengan teratur, menghindari pelumas buatan yang berpotensi menjadi racun selama aktivitas seksual, mengurangi stres, menghindari obat-obatan terlarang, menghindari paparan pestisida dan logam berat dan menghindari paparan bahan kimia (Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, 2013). Selain itu pemilihan pakaian (celana) diduga juga berperan terhadap infertilitas pria. Pakaian dalam yang ketat mengakibatkan terjadinya

perubahan suhu skrotum yang dapat mengganggu produksi sel sperma.(A. Jung and others, 2005).

2. Terapi Obat dan Suplemen

a. *L-Carnitin*

L-Carnitin merupakan asam amino dan antioksidan yang biasanya ditemukan dalam konsentrasi tinggi di epididimis yang telah disarankan sebagai terapi umum non toksik untuk infertilitas pria. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian *suplemen L-Carnitine* menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam jumlah, konsentrasi dan morfologi sperma. (Nazari *et al.*, 2020)

b. Antioksidan

Antioksidan dapat mengurangi stres oksidatif dan merupakan terapi yang cukup dianjurkan untuk infertilitas pria. Vitamin, mineral dan antioksidan yang paling banyak dipelajari adalah vitamin C, vitamin E, asam folat, selenium dan seng. Hasil penelitian menunjukkan bahwa campuran antioksidan harian berupa koenzim Q10 (30 mg), seng (8 mg), vitamin C (100 mg), vitamin E (12 mg), asam folat (400 mikrogram), selenium (200 mikrogram) yang diminum setiap hari selama tiga bulan dapat meningkatkan secara signifikan jumlah, motilitas, morfologi dan PH. (Sadaghiani *et al.*, 2020).

c. Gonadotropik

Hasil meta-analisis dari enam hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi gonadotropik pada pria dengan infertilitas melaporkan tingkat kehamilan yang tinggi dari pada kelompok plasebo (Finkelsten *et al.*, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- A. Jung and others (2005) 'Influence of the type of undertrousers and physical activity on scrotal temperature', *Human Reproduction*, 20(4), pp. 1022–1027.
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C. and Kopelman, S. (2001) 'Definition and causes of infertility', *Reproductive BioMedicine Online*, 2(1), pp. 173–185. Available at: [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)62193-1](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)62193-1).
- Carson SA, K.A. (2022) 'Diagnosis and Management of Infertility: A Review', *National Library Of Medicine*, 1, pp. 65–76.
- Finkelstein, J.S. *et al.* (2013) 'Gonadal Steroids and Body Composition, Strength, and Sexual Function in Men', *New England Journal of Medicine*, 369(11), pp. 1011–1022. Available at: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1206168>.
- Jahan, S. (2012) 'Role of Laparoscopy in Infertility: Review Article', *BIRDEM Medical Journal*, 2(2), pp. 99–103. Available at: <https://doi.org/10.3329/birdem.v2i2.12324>.
- Khotimah, R.K. *et al.* (2021) 'Why Infertility Patients Came Late to Infertility Clinics (Study at Kariadi General Hospital)', *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 10(6), pp. 407–411. Available at: <https://doi.org/10.14710/dmj.v10i6.30190>.
- Leslie SW, Soon-Sutton TL, K.M. (2023) 'Male Infertility', *National Library Of Medicine* [Preprint].
- Macaluso, M. *et al.* (2010) 'A public health focus on infertility prevention, detection, and management', *Fertility and Sterility*, 93(1), pp. 16.e1–16.e10. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.09.046>.

- Nazari *et al.* (2020) 'Effect of antioxidant supplementation containing L-carnitine on semen parameters: a prospective interventional study', *National Library Of Medicine* [Preprint].
- Quaas A, D.A. (2008) 'Diagnosis and treatment of unexplained infertility.', *National Library Of Medicine* [Preprint].
- Sadaghiani *et al.* (2020) 'Effect of antioxidant supplements on sperm parameters in infertile male smokers: a single-blinded clinical trial.', *National Library Of Medicine* [Preprint].
- Senapati S, B.K. (2011) 'Managing endometriosis-associated infertility.', *National Library Of Medicine* [Preprint].
- Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, A.A. (2013) 'Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility.', *National Library Of Medicine* [Preprint].
- Walker MH, T.K. (2023) 'Female Infertility', *National Library Of Medicine* [Preprint].

BAB 12

GANGGUAN ATAU PENYAKIT PADA PAYUDARA DAN SISTEM REPRODUKSI PADA WANITA

Oleh Helti Lestari Sitinjak

12.1 Pendahuluan

Suatu keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem fungsi dan proses reproduksi pada perempuan dan merupakan hal yang paling utama dari kesehatan perempuan disebut dengan kesehatan reproduksi perempuan. Kesehatan reproduksi pada perempuan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu status gizi perempuan tersebut yang mencakup gizi dan status kesehatan perempuan tersebut, tingkat pengetahuan perempuan tersebut terhadap kesehatan reproduksinya yang dapat dipengaruhi juga oleh pengetahuan orangtua dan lingkungan sekitarnya tentang kesehatan reproduksi, praktik budaya pada lingkungan perempuan tinggal yang mencakup perkawinan muda, kehamilan dan jumlah anak dan bias gender, akses ke fasilitas kesehatan yang dipengaruhi oleh jarak, kurangnya informasi, keterbatasan biaya, tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang kurang memenuhi, faktor sosial ekonomi, budaya dan nilai-nilai yang berlaku di tempat perempuan tersebut berdomisili diantaranya keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan penting yang menyangkut dirinya sebagai seorang perempuan dan tingkat pendidikan perempuan yang tidak merata sehingga membuat

perempuan dikesampingkan dalam segala aspek kehidupan. Adanya tanggungjawab perempuan yang tidak proposional (Jannah, 2017).

Oleh karena itu jika beberapa faktor dari kesehatan reproduksi tidak terpenuhi maka akan mengalami gangguan salah satunya gangguan pada reproduksi dan gangguan pada payudara. Gangguan payudara adalah masalah yang terjadi pada perempuan terkait dengan kesehatan payudara. Kesehatan payudara yang optimal melibatkan perawatan dan pencegahan untuk mencegah gangguan atau masalah yang lebih serius. Gangguan pada payudara yang terjadi pada perempuan mencakup kanker payudara, fibroadenoma mammae, tumor philoides, galaktokel, papiloma intraduktal, mastitis dan fibrokistik mammae. Gangguan reproduksi adalah masalah yang terjadi pada perempuan karena kegagalan dalam menjaga kesehatan reproduksinya, yang dapat disebabkan oleh karena adanya ketidakseimbangan hormon yang berperan dalam sistem reproduksi. Hormon-hormon seperti estrogen, progesteron, lutenizing hormone (LH), dan follicle-stimulating hormone (FSH) memainkan peran utama dalam mengatur siklus menstruasi, ovulasi, pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi, serta fungsi reproduksi keseluruhan.

Ketidakseimbangan hormon dapat terjadi sebagai akibat dari berbagai faktor, seperti gangguan kelenjar endokrin, gangguan hormonal tertentu, sindrom ovarium polikistik (PCOS), gangguan tiroid, stres, dan perubahan hormon yang terkait dengan usia seperti menopause. Gangguan reproduksi pada perempuan dapat menyebabkan masalah seperti menstruasi tidak teratur atau tidak terjadi sama sekali, infertilitas (ketidakmampuan untuk hamil), siklus ovulasi yang tidak teratur, endometriosis, kista ovarium, gangguan hormon seperti hiperprolaktinemia, dan masalah lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan. Penting untuk mengidentifikasi dan mengobati gangguan reproduksi dengan bantuan profesional medis. Pemeriksaan dan evaluasi yang tepat dapat membantu dalam mendiagnosis penyebab gangguan reproduksi dan menentukan langkah-langkah pengobatan yang sesuai untuk memulihkan keseimbangan hormonal dan menjaga

kesehatan reproduksi perempuan. Gangguan pada reproduksi mencakup sindroma ovarium polikistik, infeksi menular seksual, mioma uteri, kanker serviks, endometritis, penyakit radang panggul, rahim turun dan interstitil cystitis (Irianto Koes, 2014).

12.2 Gangguan Pada Payudara Perempuan

12.2.1 Kanker Payudara

Kanker payudara adalah kelainan payudara berupa tumor ganas yang sering diderita perempuan berupa benjolan baik yang dapat bergerak (*mobile*) maupun yang tidak dapat bergerak (*terfixir*) yang kadang tidak menimbulkan rasa sakit dan merupakan penyebab kedua kematian pada perempuan berusia 40-45 tahun. Tahun 2018 sebanyak 2,1 juta orang dengan kematian mencapai lebih dari 600.000 jiwa. Faktor risiko seorang perempuan mengalami kanker payudara yaitu umur di atas 50 tahun, hormonal yang terkait dengan riwayat menstruasi, menopause yang terlalu dini, pengguna hormon estrogen lebih dari 6-10 tahun, wanita yang hamil pertama kali pada usia 35 tahun, nulliparity, riwayat keturunan memiliki ibu atau saudaranya kanker payudara pada usia premenopause, gaya hidup, aktifitas fisik yang kurang, dan obesitas saat postmenopause (Nurhayati, dkk, 2019).

12.2.2 Fibro Adenoma Mamma (FAM)

Fibro Adenoma Mamma (FAM) adalah kelainan pada payudara dan merupakan tumor jinak dengan gejala teraba padat kenyal, dapat digerakkan dari jaringan sekitarnya, bentuk bulat atau lonjong, berbatas tegas atau jelas, tidak nyeri, pertumbuhan lambat, dan kulit payudara di atasnya tidak berubah. Fibroadenoma mammae sering terjadi pada remaja atau sekitar 20 tahun namun laporan dari NSW Breast Cancer Institute menyatakan bahwa terjadi fibroadenoma mammae yaitu pada usia 21-25 tahun sedangkan laporan dari West Breast Service Alliance terjadi pada usia 15-25 tahun walaupun dapat terjadi yang lebih tua atau bahkan setelah menopause namun dalam jumlah yang kecil dibanding usia muda.

Fibroadenoma mammae merupakan jenis tumor jinak yang biasanya tidak memiliki hubungan langsung dengan gaya hidup atau faktor lingkungan tertentu. Fibroadenoma lebih cenderung dipengaruhi oleh perubahan hormon dalam tubuh. Meskipun faktor lingkungan dan pola makan yang tidak sehat dapat mempengaruhi risiko terjadinya berbagai jenis kanker, termasuk kanker payudara, hubungan langsung antara faktor-faktor tersebut dengan fibroadenoma tidaklah jelas. Namun, penting untuk menjaga gaya hidup sehat dan pola makan yang seimbang untuk menjaga kesehatan secara umum.

Konsumsi makanan cepat saji, penggunaan bahan tambahan makanan seperti MSG (monosodium glutamate) dan sodium tripolyphosphate sebagai pengental, serta penggunaan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan bahan pewarna, telah menjadi perhatian dalam konteks kesehatan. Meskipun beberapa penelitian menunjukkan adanya potensi dampak negatif dari beberapa bahan tambahan makanan tersebut, hubungannya dengan fibroadenoma masih perlu diteliti lebih lanjut. Faktor risiko yang lebih signifikan dalam perkembangan fibroadenoma mammae adalah perubahan hormon, seperti saat masa pubertas atau kehamilan, ketika kelenjar susu mengalami perubahan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan jaringan payudara. Selain itu, riwayat keluarga dengan kasus fibroadenoma juga dapat meningkatkan risiko terjadinya kondisi ini. Jika Anda memiliki kekhawatiran atau gejala yang mengarah ke fibroadenoma, disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter untuk evaluasi dan diagnosis yang lebih tepat (Fhirawati, Nuryanti Thahir, 2021).

12.2.3 Tumor Philoides (*Cystosarcoma Phylloides*)

Tumor Philoides (*Cystosarcoma Phyllodes*) adalah sebuah kelainan pada payudara yang menunjukkan kemiripan dengan fibroadenoma mammae (FAM), namun pertumbuhannya terjadi lebih cepat. Gejala tumor ini meliputi:

- a. Pertumbuhan berbentuk bulat atau lonjong: Tumor ini biasanya memiliki bentuk bulat atau lonjong yang terlihat atau dirasakan sebagai benjolan pada payudara.
- b. Permukaan tumor terasa berbenjol dengan batas yang jelas: Permukaan tumor dapat terasa bergelombang atau berbenjol dengan batas yang jelas, membedakan area tumor dari jaringan sehat di sekitarnya.
- c. Ukurannya dapat melebihi ukuran normal payudara tetapi masih dapat digerakkan: Tumor ini dapat tumbuh lebih besar dari ukuran normal payudara, tetapi masih dapat digerakkan atau dipindahkan saat diraba.
- d. Tekstur padat kenyal: Ketika diraba, tumor dapat terasa padat dan kenyal, berbeda dengan jaringan normal pada payudara yang lebih lunak.
- e. Terdapat bagian yang membentuk kantong: Beberapa tumor dapat memiliki bagian yang membentuk kantong atau kista di dalamnya. Kista adalah ruang berisi cairan atau zat lain yang dapat terbentuk di dalam tumor.

Gejala-gejala ini dapat menjadi petunjuk adanya tumor pada payudara, termasuk fibroadenoma atau jenis tumor lainnya. Penting untuk mendapatkan evaluasi medis lebih lanjut untuk mendiagnosis dan menentukan pengobatan yang tepat jika ditemukan gejala-gejala seperti ini.

12.2.4 Galaktokel

Galaktokel adalah suatu kelainan pada payudara yang terjadi dalam bentuk tumor jinak, yang muncul karena adanya sumbatan pada saluran air susu (duktus laktiferus). Kondisi ini dapat terjadi pada perempuan yang sedang menyusui, setelah masa menyusui, atau sebagai kista retensi susu. Galaktokel memiliki kemampuan untuk mengecil secara spontan ketika

ukurannya kecil, namun akan terus tumbuh ketika diraba atau diperaba. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan perkembangan galaktokel antara lain adalah:

- a. Obstruksi saluran susu pada payudara menyusui: Ketika saluran susu mengalami penyumbatan, seperti sumbatan susu atau jaringan parut akibat infeksi sebelumnya, dapat menyebabkan terbentuknya galaktokel.
- b. Trauma: cedera pada payudara, seperti benturan keras atau trauma fisik lainnya, dapat menyebabkan perkembangan galaktokel.
- c. Pembengkakan dan kelainan putting susu: pembengkakan, peradangan, atau kelainan pada putting susu, seperti saluran susu yang terluka atau tersumbat, dapat menjadi faktor penyebab galaktokel.
- d. Tumor: tumor jinak atau ganas pada payudara juga dapat menyebabkan terbentuknya galaktokel. Tumor ini dapat menekan saluran susu dan menyebabkan cairan terperangkap di dalamnya

Salah satu faktor yang diketahui dapat menyebabkan galaktokel adalah cara atau teknik menyusui yang salah yang dilakukan oleh ibu saat menyusui bayi. Misalnya, posisi berbaring saat menyusui atau menyusui secara intermiten (tidak teratur) dapat menyebabkan saluran susu tersumbat dan akhirnya membentuk galaktokel (Parth B. Gada, Girish Bakhshi, 2023)

12.2.5 Mastitis (Infeksi Payudara)

Mastitis, atau infeksi pada payudara, adalah sebuah kelainan yang umumnya terjadi pada ibu yang sedang menyusui. Gejala klinis yang sering muncul meliputi rasa nyeri pada payudara, adanya area yang terasa mengeras atau berupa benjolan yang sangat nyeri. Selain itu, terdapat tanda-tanda pembengkakan, rasa demam badan, atau peradangan yang terjadi pada satu atau lebih segmen payudara. Infeksi dapat terjadi jika terjadi pecahnya putting payudara, yang menjadi

pintu masuk bagi bakteri ke dalam payudara. Namun, mastitis juga dapat terjadi tanpa adanya infeksi. (Yuni Prihati, Dewi Puspitaningrum, 2018). Adapun tanda dan gejala sebagai demam dengan suhu lebih dari 38,5 °C, mengigil, terasa nyeri atau ngilu seluruh badan, payudara terlihat kemerahan, tegang, panas, bengkak dan terasa sangat nyeri, kulit payudara terlihat mengkilap dan kencang serta peningkatan kadar natrium dalam ASI sehingga membuat bayi menolak menyusu, ada garis merah ke arah ketiak dan gejala umum mirip flu menyertai seperti sakit kepala, lesu, sakit kepala, mual, myalgia dan kecemasan (Ika Trisanti, 2019).

12.2.6 Fibrokistik Mamae

Fibrokistik mamae adalah suatu kelainan pada payudara perempuan yang ditandai oleh adanya benjolan yang dapat teraba di dalam payudara. Kelainan ini disebabkan oleh faktor hormonal, dan sering kali menyebabkan rasa nyeri pada payudara yang bervariasi sering dengan siklus menstruasi. Gejala ini cenderung memburuk sering dengan mendekati masa menopause. Selain itu, fibrokistik mamae juga dapat menyebabkan peningkatan ukuran atau distorsi perubahan normal pada payudara yang terjadi selama siklus haid. Penyebab fibrokistik mamae tidak dapat dipastikan namun disebabkan karena multifaktorial yang saling berkaitan diantaranya adanya riwayat keluarga yang terkena kanker payudara terutama ibu dan saudara perempuan, pernah mengalami infeksi, trauma atau operasi tumor jinak payudara, perempuan berusia lebih dari 30 tahun, riwayat menarche yang dini dan menopause terlalu banyak (Cesariana et al., 2019).

12.3 Gangguan Pada Sistem Reproduksi Perempuan

12.3.1 Sindroma Ovarium Polikistik (PCOS)

PCOS (Sindrom Ovarium Polikistik) adalah suatu gangguan pada sistem reproduksi wanita yang dapat mengakibatkan masalah kesuburan. Biasanya terjadi pada perempuan usia subur. Gangguan ini disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon, terutama hormon androgen, yang mengganggu perkembangan ovarium dan pelepasan sel telur selama ovulasi. Pada perempuan dengan PCOS, terjadi peningkatan kadar hormon tertentu dalam tubuh yang melebihi tingkat normal. Hal ini dapat mengganggu perkembangan ovarium dan proses pelepasan sel telur selama ovulasi. Adapun tanda gejala yang dialami diantaranya : amenorrhea, haid tidak teratur, banyak rambut yang tumbuh dibagian tubuh tertentu, mudah berjerawat, kebotakan, infertil, hirsutisme dan obesitas serta beberapa kasus tidak ditemu tanda-tanda tersebut tetapi dari hasil laboratorium dan USG ditemukan gambaran PCOS (Hadibroto, B R, 2005).

Hasil penelitian yang dilakukan Wahyuni et al (2015) didapatkan dari 100 orang yang mengalami PCOS mengalami gejala gangguan siklus haid dan menurut WHO sekitar 80-90% mengalami oligomenorrhea dan 30% akan mengalami amenorrhea (RCOG, 2014). Berdasarkan hasil penelitian Mareta, R, dkk. 2017 menyatakan bahwa bahwa mayoritas pasien PCOS berusia diantara 20-35 tahun dan mayoritas berusia 24-27 tahun dan dari pasien yang mengalami PCOS mayoritas mengalami siklus haid yang tidak teratur, seperti amenore (ketidakhadiran haid) dan oligomenore (periode haid yang jarang), sering terjadi pada perempuan dengan sindrom ovarium polikistik (PCOS). Selain itu, perempuan yang mengalami PCOS juga dapat mengalami hirsutisme (pertumbuhan rambut yang berlebihan) dan mayoritas dari mereka juga mengalami masalah infertilitas.

12.3.2 Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan penyakit yang menyerang sistem reproduksi yang disebabkan karena perempuan yang berhubungan seksual tanpa kondom dengan penderita IMS. Dalam upaya mencapai tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals), salah satu fokusnya adalah mendukung kesejahteraan bagi semua individu di segala usia, termasuk usaha untuk mengurangi kematian akibat penyakit tropis, penyakit menular, dan penyakit tidak menular. Penyakit menular tersebut salah satunya adalah Infeksi Menular Seksual (IMS). IMS (Infeksi Menular Seksual) adalah kategori penyakit yang termasuk dalam jenis infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, yang dapat terjadi melalui kontak seksual melalui vagina. IMS (Infeksi Menular Seksual) adalah jenis penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual, termasuk melalui kontak seksual yang melibatkan mulut dan anus. Infeksi ini disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, atau protozoa.

IMS merupakan penyakit yang memiliki dampak signifikan terhadap morbiditas (penyakit) dan mortalitas (kematian) di seluruh dunia. (BKKBN, 2012). Hasil SDKI menunjukkan presentase penduduk wanita berumur 15-49 tahun yang pernah berhubungan seksual dan pernah mengalami IMS atau gejala IMS dalam 12 bulan terakhir dari tahun 2012 sampai 2017 mengalami peningkatan dari 11,7 % menjadi 13,7% sehingga merupakan faktor peningkatan morbiditas dan dampak buruk. Hasil penelitian menyatakan bahwa usia wanita, status ekonomi, wanita pernah mendengar IMS dan perilaku suami berisiko suami merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS). Usia wanita < 25 tahun, berstatus ekonomi miskin, wanita yang tidak mendengar IMS dan wanita yang memiliki suami yang melakukan perilaku memiliki kecenderungan untuk mengalami IMS (Wana Melia Simbolon, et al. 2020).

12.3.3 Mioma Uteri

Mioma uteri adalah penyakit sistem reproduksi wanita dan merupakan jenis tumor jinak yang paling banyak ditemukan dari berbagai jenis tumor jinak lainnya dan menyerang perempuan usia subur terutama pada dinding rahim. Gangguan hormonal, faktor keturunan, kegemukan dan orang yang suka mengonsumsi daging merah merupakan faktor terjadinya mioma uteri. Untuk faktor penyebab untuk saat ini tidak diketahui secara pasti dan hanya bermanifestasi selama usia reproduksi (Adrianansz G, 2011). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifint Hana, et al, 2018 bahwa mayoritas penderita mioma pada usia 35-45 tahun, indeks masa tubuh 25-30, kadar hb 10-12%gr serta dengan keluhan perut membesar dan pendarahan dengan penanganan histerektomi (Retnaningsih & Alim, 2020).

12.3.4 Kanker Servik

Kanker servik adalah kanker yang disebabkan oleh virus HPV (Human papiloma Virus) tipe 16 dan tipe 18 yang tumbuh di leher rahim dan berasal dari luar rahim atau lapisan permukaan luar rahim. Dengan tanda dan gejala yaitu pendarahan pasca koitus, keputihan berbau, vagina mengeluarkan darah secara terus menerus tanpa berhenti, nyeri pada kemaluan, paparan zat mutagen yang mencakup faktor hormonal, merokok, berganti-ganti pasangan seksual, kontrasepsi, infeksi HPV, diet, riwayat dan terapi obat-obatan (Ibeanu, Okechukwu A, 2011). Menurut data GLOBOCAN dalam IARC (2020) jumlah kasus kanker serviks di Indonesia mengalami peningkatan yaitu 36.633 sekitar 17,2% dengan jumlah kematian sejumlah 234.511. Pada umumnya kanker serviks menyerang wanita berusia 30-39 tahun. Pemberian vaksin, deteksi dini (pap smear dan inspeksi visual dengan asam asetat, radioterapi dengan akselerator linear dan anti VEGF (vascular Endothelial Growth Factor) merupakan cara terapi pada kanker serviks dan mengontrol pertumbuhan dan metastasis (Vera Novalia, 2023)

12.3.5 Endometritis

Endometritis adalah penyakit yang terjadi di ekstrauterin akibat adanya kelenjar endometrium dan stroma yang dapat diduga berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium dan pencitraan. Penyakit ini sering terjadi pada perempuan usia reproduksi dan belum pernah memiliki anak namun jarang terjadi pada perempuan pascamenopause. Adapun gejala yang dialami yaitu mengalami ketidaknyamanan pada panggul dengan dismenore dan dispareunia, nyeri pada perut, nyeri menstruasi yang sangat menyakitkan, dismenore progresif, gejala gastrointestinal (GI).

Gejala-gejala yang dapat terjadi pada IMS (Infeksi Menular Seksual) termasuk pendarahanrektum (darah yang keluar melalui anus), diskezia (nyeri saat motilitas usus), pendarahandi luar periode menstruasi normal, dan nyeri saat buang air besar atau berhubungan intim. Mekanisme terjadi endometritis sampai saat ini belum jelas namun ada tiga teori bahwa mekanisme terjadi yaitu implantasi langsung sel endometrium dengan cara menstruasi retrograde (teori Sampson), penyebaran sel endometrium melalui pembuluh darah dan limfatik (teori Halban), metaplasia coelomic dari sel-sel multipotensial di rongga peritoneum (teori Meyer). Faktor genetik merupakan salah satu faktor terjadi endometritis sehingga perempuan yang memiliki orangtua yang mengalami endometritis akan mengalami peningkatan akan risiko 7-10 kali lipat terjadinya endometritis (Salwa dari Luqyana, Rodiani, 2019).

12.3.6 Penyakit Radang Panggul

Penyakit Radang Panggul (PRP) adalah suatu kondisi infeksi pada organ reproduksi wanita yang terjadi ketika bakteri dari vagina masuk ke dalam panggul, menyebabkan peradangan di area tersebut. Infeksi PRP dapat disebabkan oleh bakteri seperti *Nesseria gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis*, serta organisme penyebab vaginosis bakterial. Gejala-gejala yang umum terjadi pada penyakit radang panggul (PRP) meliputi

nyeri panggul atau perut, nyeri saat buang air kecil atau berhubungan seksual, demam, menggigil, serta kemungkinan munculnya cairan berbau atau darah dari vagina. Usia perempuan dibawah 25 tahun merupakan usia yang terkena penyakit radang panggul, aktif secara seksual dan masa reproduksi.

Adapun faktor risiko terjadinya penyakit radang panggul diantaranya riwayat radang panggul, mempunyai pasangan seksual yang berganti-ganti, tidak menggunakan kontrasepsi (kondom), perempuan dengan riwayat penyakit menular seksual yang disebabkan oleh kuman sehingga mengalami infeksi, menggunakan cairan pembersih vagina, merupakan akseptor IUD (spiral). menggunakan alat kontrasepsi (Siregar, Dewi Indah Sari, 2019).

12.3.7 Rahim Turun (Proplaps Uteri)

Rahim Turun, atau dikenal juga sebagai proplaps uteri, merujuk pada kondisi di mana rahim mengalami penurunan posisi hingga mencapai alat kelamin perempuan. Kondisi ini umumnya terjadi pada wanita yang tidak lagi mengalami haid secara aktif atau pasif, pada usia lanjut, memiliki riwayat melahirkan secara normal lebih dari dua kali, atau memiliki kelemahan pada otot panggul. Proplaps uteri dapat terjadi dikarenakan adanya penurunan kadar hormon estrogen dalam sirkulasi pada usia lanjut sehingga berpengaruh terhadap sintesis dan degradasi kolagen dan elastin sehingga berdampak pada kekuatan otot dan jaringan ikat. Gejala yang Anda sebutkan termasuk rasa tidak nyaman di perut atau panggul, benjolan yang muncul dari alat kelamin, nyeri saat berhubungan seks, dan kesulitan menahan buang air kecil (inkontinensia urine). Mayoritas proplaps uteri terjadi pada usia lebih dari 65 tahun, multipara, persalinan pervaginam, indeks masa tubuh yaitu pada indeks masa tubuh 18,5-22,9 kg/m² (Fidiariani Sjaaf, dkk. 2021).

12.3.8 Interstitial Cystitis

Interstitial Cystitis (IC), juga dikenal sebagai Sindrom Kandung Kemih yang sakit adalah kondisi kronis yang memengaruhi kandung kemih atau daerah sekitar panggul. Pada IC seseorang mengalami rasa nyeri yang berlebihan dan kronis di daerah kandung kemih atau daerah sekitar panggul. Pada IC seseorang signifikan mengalami gejala yang sering terkait dengan Interstitial Cystitis meliputi :

- a. Nyeri panggul : rasa nyeri yang kronis dan terlokalisasi disekitar kandung kemih atau panggul
- b. Sering ingin buang air kecil (frekuensi tinggi) : sering merasa ingin buang air kecil, bahkan jika volume urin yang dikeluarkan sedikit, ini juga dapat terjadi pada malam hari, mengganggu tidur
- c. Urgensi buang air kecil yang mendadak : merasa perlu segera buang air kecil dan sulit menahan kengan tersebut
- d. Nyeri saat buang air kecil (disuria):rasa nyeri atau terbakar saat buang air kecil
- e. Nyeri saat berhubungan seks (dispareunia); nyeri yang terjadi saat melakukan hubungan seksual

Gejala-gejala ini dapat bervariasi dalam tingkat keparahan dan dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang secara signifikan. Meskipun gejala-gejala tersebut sering kali terkait dengan IC, diagnosis yang akurat harus ditegakkan oleh dokter berdasarkan pemeriksaan fisik, riwayat medis serta tes dan prosedur yang relevan. Pengobatan untuk IC meliputi pengelolaan gejala dan perubahan gaya hidup seperti menghindari makanan atau minuman tertentu yang dapat memicu gejala, terapi fisik, penggunaan obat-obatan dan dalam beberapa kasus, prosedur bedah. Konsultasi dengan dokter atau urologi untuk evaluasi dan perencanaan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrianansz G. 2011. *Tumor Jinak Organ Genitalia. Dalam Ilmu Kandungan (edisi 3)*, Jakarta : Bina Pustaka Sarwono.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2012. *Buku Suplemen Bimbingan Teknis Kesehatan Reproduksi Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS*. Jakarta: BKKBN.
- Cesariana V, Dewi C, Dalilah D. 2019. *Prevalensi, insidensi, dan Karakteristik Klinikohistopatologi Fibrocystic Change*. Sriwijaya Jour Of Medicine. 2(2):112-121.
- Fidiariani Sjaaf, dkk. 2021. *Profil Pasien Proplaps Uteri pada Lansia di RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2018-2020*. Baiturahmah Medical Journal, 1 (1): 21-27.
- Globacan Cancer Today. 2012. *World Health Organization*. Lyon: World Health Organization.
- Hadiobroto, B R. 2005. *Sindroma Ovarium Polikistik*. Majalah Kesehatan Nusantara, 38(4): 333-337.
- Ibeanu, Okechukwu A. 2011. *Molecular Pathogenesis Of cervical Cancer Division of Gynecologic Oncology*. Post-Doctoral Fellow, Johns Hopkins University, Baltimore, MD. USA Cancer Biology & Therapy Journal. 11:295-306.
- Jannah, N. 2017. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. 1st end. Edited by Egi Komara Yudha. Jakarta : EGC.
- Low E L, Alice E S, Lyons J, Debbie R A, Waller J. 2012. *What do Britis Women Know About Cervical Cancer Symptomsand Risk Factor?*. European Journal of Cancer. 48:3001-3008.
- Mareta, R, dkk. 2018. *Hubungan Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) dengan Infertilitas di Praktik Swasta Dokter Obstetri Ginekologi Palembang*. Majalah Kedokteran Sriwijaya. Nomor 02 April 2018.

- Nurhayati, dkk. 2019. *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kanker Payudara*. Holistik Jurnal Kesehatan, 13(2): 175-185.
- Parasar P, Ozcan P, Terry KL. 2017. *Endometriosis : Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management*. Curr Obstet Gynecol. Rep.6 (1):34-41.
- Retnaningsih & Alim, 2020. *Characteristics Of Uterine Myoma Patients At Inpatient Rooms Of Dr. Soepraon 2nd Grade Military Hospital*. Malang. Majalah Obstetri dan Ginekologi, 28(2) :89-92.
- RCOG. 2004. *Fertility : Assessement and Treatment for People With Fertility Problems*.
- Salwa darin Luqyana, Rodiani, 2019. *Diagnosis dan Tatalakasana Terbaru Endometritis*. JIMKI, 7 (2): 67-75.
- Siregar, Dewi Indah Sari, 2019. *Penyakit Radang Panggul*. Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Vera Novalia, 2023. *Kanker Servik*. Jurnal Kedokteran Malikussaleh, 2(1): 45-56.
- Wana Melia Simbolon, et al. 2020. *Kejadian Indeksi Menular Seksual pada Wanita Kawin di Indonesia dan variabel-variabel yang Mempengaruhinya*. Jurnal Kesehatan Reproduksi, 7(2):81-87.

BAB 13

GANGGUAN PSIKOLOGI YANG TERJADI PADA KEHAMILAN PERSALINAN DAN NIFAS

Oleh Astari Seto

13.1 Pendahuluan

Wanita dalam kelompok usia subur seringkali rentan terhadap gangguan psikologis, Proses kehamilan merupakan proses yang fisiologis terjadi sepanjang siklus kehidupan wanita. Peristiwa kehamilan yang terjadi pada wanita merupakan hal yang paling penting dan sangat membahagiakan dalam kehidupan seorang wanita, hal ini terjadi karena dengan proses kehamilan seorang wanita memiliki hak istimewa yang unik didunia sebab proses kehamilan dapat memberikan kehidupan kepada seorang bayi yang ada didalam kandungannya (Janiwaty and Pieter, 2013).

Proses kehamilan yang dialami oleh ibu selama kehamilan dapat mengakibatkan terjadinya stress dan dapat memicu pengalaman traumatis bagi wanita. Perubahan psikologis akan mempengaruhi ibu hamil dalam menghadapi kehamilan yang akan berpengaruh terhadap kesehatan mental ibu. Hal ini dapat mempengaruhi kehamilan yang berasal dari dalam diri ibu hamil dan juga berasal dari faktor luar diri ibu hamil. Wanita dengan gangguan psikologis dapat mengalami perubahan besar selama proses kehamilan serta dapat mempengaruhi hasil kehamilan (Jacob and Ap, 2017).

Penyebab yang menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit pada masa

nifas, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan, kecemasan ketidakmampuan merawat bayi setelah pulang dari rumah sakit, rasa takut tidak menarik lagi bagi suami.

13.2 Gangguan Psikologi Masa Hamil

Pada periode kehamilan terjadi beberapa perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu hamil, perubahan ini dapat mempengaruhi gerakan, aktifitas maupun suasana emosi pada ibu hamil. Perubahan psikologi yang terjadi pada ibu hamil dapat mengakibatkan munculnya beberapa gangguan yang berhubungan dengan psikologi ibu hamil. Gangguan psikologi pada kehamilan merupakan factor risiko independen untuk kematian perinatal dengan demikian seorang bidan harus memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil agar dapat menjalani proses kehamilan secara normal. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu hamil antara lain (Annie Aprisandityas and Diana Elfida, 2012):

13.2.1 Gangguan Suasana Hati

Pada masa kehamilan ibu hamil akan mengalami perubahan hormone estrogen dan progesterone, perubahan fisiologis inilah yang dapat menyebabkan perubahan system hormonal yang memicu kondisi emosi yang sering berubah-ubah. Masa Kehamilan adalah periode penting bagi seorang ibu yang tak jarang dapat menimbulkan rasa cemas. Kondisi cemas pada ibu hamil berhubungan dengan berbagai perubahan yang terjadi selama proses kehamilan. Oleh karena itu, ibu hamil memerlukan ketrampilan mengelola emosi untuk mengatasi kecemasan yang dirasakan. Misalnya, dari perasaan senang, tiba-tiba merasa sedih dan ingin menangis (Annie Aprisandityas and Diana Elfida, 2012).

13.2.2 Takut dan Kecemasan pada Kehamilan

Rasa takut yang dialami oleh ibu hamil adalah emosi umum yang dapat terjadi selama kehamilan. Prevalensi tingkat kecemasan yang dialami oleh ibu hamil di negara berkembang

rata-rata mencapai 20% atau lebih. Kecemasan yang terjadi pada ibu hamil berbeda-beda tergantung faktor – faktor yang mempengaruhi dan kemampuan ibu hamil dalam beradaptasi dan menciptakan kondisi psikologis yang sesuai dengan kondisi ibu hamil. Berdasarkan rata-rata skor kecemasan yang terjadi pada primigravida memiliki prevalensi lebih tinggi sebesar 7,67% dibandingkan dengan yang multigravida (Hastanti, Budiono and Febriyana, 2021).

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

- a. Tahap pertama adalah pada trimester pertama yaitu pada saat usia kehamilan 1 hingga 3 bulan, Ibu belum terbiasa dengan keadaannya, di mana adanya perubahan pada hormon yang mempengaruhi pada kejiwaan Ibu, sehingga Ibu sering merasakan kesal dan sedih. Selain itu, Ibu hamil juga yang mengalami mual-mual dan *morning sickness*, yang juga mengakibatkan stress dan gelisah. Rasa takut jika mengalami keguguran atau melakukan sesuatu yang akan mempengaruhi kesehatan bayinya.
- b. Tahap kedua trimester kedua yaitu pada usia kehamilan 4 hingga 6 bulan. Ibu mulai mempertanyakan peran menjadi ibu yang baik dan takut dengan tanggung jawab besar dalam merawat bayi yang baru lahir. Pada trimester kedua ini biasanya Ibu sudah merasa tenang dan tidak gelisah lagi, sebab ibu sudah terbiasa dengan keadaannya dan sudah bisa melakukan aktivitas.
- c. Tahap ketiga yakni trimester ketiga. Stress pada Ibu yang hamil akan meningkat kembali. Hal ini dapat lagi terjadi dikarenakan kondisi kehamilan Ibu semakin membesar. Kondisi ini tidak jarang memunculkan masalah seperti posisi tidur yang kurang nyaman dan mudah leleh. Pada akhir kehamilan, takut kesakitana

selama persalinan atau khawatir ada sesuatu yang salah selama persalinan. Factor yang mempengaruhi rasa takut dan cemas selama kehamilan antara lain minimnya dukungan dari suami atau keluarga selama proses kehamilan. (Annie Aprisandityas and Diana Elfida, 2012).

13.2.3 Depresi

Depresi dalam masa kehamilan merupakan suatu gangguan suasana hati dengan menunjukkan gejala berupa perasaan sedih, lebih sensitif sehingga mudah tersinggung bahkan sampai menangis, gelisah, tidak ada harapan terhadap masa depan. Depresi adalah gangguan yang paling umum terjadi selama proses kehamilan. Gejalanya antara lain perubahan jam tidur, nafsu makan berkurang, panic, hingga gangguan mental yang membuat penderitanya melakukan tindakan tertentu berulang kali. Factor risiko yang terjadi termasuk riwayat depresi, kurangnya dukungan social, trauma, perasaan tidak menyenangkan sang ibu tengah hamil (Kusuma, 2019).

Depresi dalam kehamilan dapat memberikan dampak buruk terutama pada ibu dan janin selama masa kehamilan. Dampak depresi terhadap kehamilan antara lain

1. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin
2. Terjadi peningkatan produksi neuraladrenalin, serotonin, dan gotamin
3. Memiliki risiko pendarahan selama kehamilan
4. berisiko mengalami aborsi, kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah (Kusuma, 2019).

Faktor psikologis yang berkontribusi terhadap depresi selama kehamilan antara lain terjadinya kegagalan dalam perkawinan, kurangnya dukungan dari pasangan dan orang terdekat, hubungan yang kurang baik dengan suami dan mertua, terjadinya kekerasan didalam rumah tangga, adanya

riwayat gangguan afektif seperti riwayat depresi pada kehamilan sebelumnya, riwayat depresi dalam keluarga, gangguan mood saat menstruasi (Fitelson *et al.*, 2011).

13.2.4 Psikosis

Psikosis merupakan gangguan yang dapat muncul pada ibu hamil, gangguan ini ditandai dengan terjadinya halusinasi, paranoid, delusi sulit konsentrasi, hingga mengalami kesulitan tidur. Perubahan pola tidur yang terjadi pada ibu hamil dapat berubah menjadi insomnia (Grof, Robbins and Alda, 2001). Kondisi waktu tidur yang kurang dan durasinya pendek serta tidak nyenyak, dan hingga ibu hamil mengalami mimpi buruk. Keadaan ini dapat memengaruhi metabolisme tubuh ibu hamil sehingga ibu hamil akan mudah lelah dan nafsu makannya berkurang (Renita and Danti, 2020).

Kejadian psikosis selama kehamilan masih tergolong langka. Riwayat psikosis yang dialami ibu pada kehamilan sebelumnya akan meningkatkan angka kejadian psikosis pada kehamilan selanjutnya. Manifestasi terbanyak kejadian penyakit bipolar, diikuti depresi psikotik dan schizoprenia (Renita and Danti, 2020).

13.2.5 Bipolar

Gangguan bipolar adalah gangguan Jiwa serius dan seumur hidup. Gangguan ini ditandai dengan depresi dan hipomania atau mania Kehamilan. Gangguan bipolar merupakan masalah kondisi kesehatan mental yang serius Gangguan ini dapat terjadi pada satu periode khusus, Pada wanita yang memiliki riwayat bipolar sebelum kehamilan, perlu untuk dinilai seberapa tingkat keparahannya. Sebab, pengawasan tersebut sangat penting bagi kondisi kejiwaan dan perilaku ibu hamil. Penatalaksanaan gangguan bipolar selama kehamilan dan menyusun memerlukan penatalaksanaan yang komperhensif (Oktaria and Amir, 2019).

13.3 Gangguan Psikologi pada Masa Persalinan

Periode Persalinan merupakan periode kehidupan yang rentang mengalami stress. Masa persalinan tidak semua dapat dilalui oleh ibu dengan bahagia dan nyaman. Ketidaknyaman ibu salah satunya disebabkan oleh kecemasan. Kecemasan merupakan gangguan psikologi yang terjadi pada ibu menjelang proses persalinan, hal ini disebabkan dalam proses persalinan terdapat serangkaian perubahan yang terjadi baik secara fisik maupun psikologik yang dimulai dengan adanya kontraksi rahim, dilatasi jalan lahir dan pengeluaran bayi dan plasenta (Shofia, Murti and Qadrijati, 2018). Peningkatan aktifitas saraf simpatik dan meningkatnya sekresi hormone ketekolamin menimbulkan penurunan aliran darah ke plasenta sehingga suplai oksigen terbatas dan penurunan efektifitas dari kontraksi uterus dapat memperlambat proses persalinan hal ini dapat menyebabkan proses persalinan menjadi lama (Sandhi and Lestari, 2021).

Kondisi kecemasan yang terjadi pada ibu bersalin dapat mempengaruhi lama nya proses persalianan dan dapat meningkatkan risiko lebih besar mengalami depresi postpartum, hal ini akan meningkatkan serta mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Kecemasan yang terjadi pada ibu bersalin memiliki efek yang cukup besar terhadap kualitas dan intensitas nyeri pada ibu bersalin. Ibu bersalin yang mengalami kegelisahan akan mudah sensitif terhadap nyeri. Ketakutan akan rasa nyeri pada masa persalinan akan meningkatkan kecemasan pada ibu bersalin (Shofia, Murti and Qadrijati, 2018). Nyeri persalinan dan kecemasan memiliki dampak secara langsung pada ibu dan memiliki risiko jangka panjang terhadap kesehatan ibu dan bayi. Mekanisme koping selama proses persalinan dapat mengurangi ketenganan dan nyeri selama proses persalinan. Mekanisme koping dipengaruhi oleh beberapa aspek diantaranya adalah pendapatan keluarga, umur, paritas, keterkaitan antara penyebab stress dan dukungan keluarga (Din *et al.*, 2016).

Perubahan psikologis pada bersalin memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan agar ibu bersalin dapat menerima keadaan yang terjadi pada selama persalinan. Penyebab gangguan psikologis pada ibu bersalin yaitu perubahan hormone, kurangnya persiapan mental dan adanya keinginan narsity yaitu cenderung menolak kelahiran bayinya dan ingin mempertahankan bayinya selama mungkin di dalam kandungan (Sandhi and Lestari, 2021).

13.4 Gangguan Psikologi Pada Masa Nifas

Masa nifas adalah masa setelah melahirkan dimana seorang ibu sering mengalami stress. Secara psikologi seorang ibu postpartum memiliki emosi yang gampang marah serta gampang sedih (Machmudah, 2015). Pasca melahirkan ibu akan mengalami beberapa perubahan, beberapa perubahan yang dapat terjadi antara lain perubahan fisik dan perubahan psikologis. Menurut Reva Rubin (1977) adaptasi psikologi pada ibu setelah melahirkan dibagi dalam beberapa fase, antara lain *fase taking in*, *fase taking hold*, *fase letting go*. Gejala gejala psikiatrik dapat muncul pada setiap fase oleh sebab itu perlu adanya beberapa penyesuaian yang dibutuhkan oleh ibu nifas.

Penyesuaian kondisi pada ibu Sebagian ibu dapat menyesuaikan diri dan sebagian tidak dapat menyesuaikan diri sehingga muncul gangguan-gangguan psikologis (Susilawati and Septikasari, 2019). Secara umum berbagai penyebab ibu nifas mengalami gangguan psikologis meliputi berbagai perubahan yang terjadi dalam tubuh wanita selama kehamilan dan perubahan cara hidupnya sesudah mempunyai bayi, perubahan hormonal, adanya perasaan kehilangan secara fisik sesudah melahirkan yang menjurus pada suatu perasaan sedih (Daman and Salat, 2014). Gangguan psikologis yang sering muncul pada ibu nifas secara umum dibagi menjadi tiga gangguan psikologis yaitu

postpartum blues, atau lebih sering dikenal baby blues, depresi postpartum dan postpartum psikosis.

13.4.1 Postpartum Blues

Postpartum blues adalah kondisi yang dirasakan oleh wanita setelah melahirkan dimana terjadi perubahan suasana hati dan terdapat perubahan perasaan yang berkaitan dengan bayinya. Hal ini berlangsung selama 3-6 hari dalam 14 hari pertama pasca melahirkan (Jayasima, Deliana and Mabruri, 2014). Postpartum blues dapat dikategorikan sebagai sindrom gangguan mental yang ringan, oleh karena itu gangguan ini sering diabaikan, bahkan sering dianggap sebagai efek samping dari kelelahan sehingga tidak terdiagnosis dan tidak tertangani sebagaimana harusnya.

Gejala Postpartum blues yang muncul pada ibu nifas seperti: reaksi depresi/sedih/disforia, mudah tersinggung (*irritable*), mudah menangis (*tearfulness*), cemas, cenderung menyalahkan diri sendiri, merasa tidak mampu menjadi ibu, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan (*appetite*). Gejala-gejala ini mulai muncul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu dalam beberapa jam sampai sepuluh hari atau lebih (Machmudah, 2015). Menurut (Jayasima, Deliana and Mabruri, 2014). Penyebab postpartum blues pada ibu nifas antara lain.

1. Faktor Hormonal. Perubahan kadar estrogen, progesterone, prolaktin, dan estrol yang terlalu rendah atau terlalu tinggi pada nifas. Rendahnya kadar estrogen yang turun secara bermakna setelah melahirkan memiliki efek supresi terhadap aktivasi enzim monoamine oksidase, yaitu suatu enzim otak yang bekerja menginaktivasi baik noradrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.

2. Fator demografi, umur dan paritas
3. Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan, kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama kehamilannya akan turut memperburuk kondisi ibu pasca melahirkan. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan sosial dari suami, keluarga, teman maupun tenaga kesehatan. Jika pada fase ini ibu tidak mendapatkan dukungan, maka periode pink ini akan menjadi periode blues pada fase berikutnya (fase taking hold) (Aryani, 2022).

13.4.2 Depresi Postpartum

Depresi postpartum adalah suatu keadaan dimana seorang ibu merasakan rasa sedih, bersalah, dan depresi dalam jangka waktu yang lama setelah melahirkan. Gejala yang ditimbulkan antara lain:

1. Kehilangan harapan (*hopelessness*)
2. Kesedihan, mudah menangis
3. Tersinggung dan mudah marah
4. Menyalahkan diri sendiri, kehilangan energi, nafsu makan menurun (*appetite*)
5. Berat badan menurun
6. Insomnia
7. Selalu dalam keadaan cemas
8. Sulit berkonsentrasi
9. Sakit kepala yang hebat
10. Kehilangan minat untuk melakukan hubungan seksual

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi postpartum yaitu kehamilan yang tidak direncanakan, kekerasan dalam rumah tangga, dukungan sosial keluarga, status ekonomi dan riwayat kehamilan (Mustofa et al., 2021).

13.4.3 Postpartum Psikosis

Postpartum psikosis merupakan gangguan kejiwaan serius yang dialami ibu setelah persalinan yang ditandai dengan agitasi yang hebat, pergantian perasaan yang cepat, serta depresi dan delusi. Ibu nifas yang mengalami postpartum psikosis ini membutuhkan perawatan segera dan pengobatan dari psikiater (Daman and Salat, 2014).

Psikosis pasca persalinan pada umumnya adalah gangguan bipolar namun bisa merupakan gangguan depresi mayor. Psikosis pasca persalinan merupakan bentuk terburuk dari kelainan psikiatri pasca persalinan. Gangguan psikosis terjadi dalam 3 bulan pertama postpartum (Jayasima, Deliana and Mabruri, 2014).

Penyebab terjadinya gangguan psikosis dapat terjadi karena adanya perubahan hormon, rendahnya dukungan sosial dan emosional, rasa rendah diri. Berikut ini diantaranya gejala yang timbul akibat postpartum psikosis :

1. Adanya halusinasi yang diperintahkan oleh kekuatan dari luar untuk melakukan hal yang tidak bisa dilakukan
2. Melihat hal-hal lain yang tidak nyata
3. Perubahan mood atau tenaga yang ekstrim, perasaan yang labil
4. Ketidakmampuan untuk merawat bayi
5. Terjadi periode kebingungan yang serupa dengan amnesia (*memory lapse*), perasaan bingung yang intens
6. Hiperaktivitas, insomnia, kesulitan mengingat atau berkonsentrasi, tidak bisa membuat keputusan, delusi
7. Serangan kegelisahan yang tak terkendali
8. Pembicaraannya tidak dimengerti (mengalami gangguan komunikasi), berpikir tidak rasional

Penatalaksanaan tindakan yang diberikan adalah dengan rawat inap, dengan memberikan obat-obatan, perawatan bayinya, dukungan sosial dan psikoterapi/pendampingan psikiater. Hal ini dilakukan jika pada wanita yang mengalami gangguan kejiwaan ini tidak mampu atau tidak bersedia berbicara dengan orang disekitarnya.

Secara umum ibu postpartum membutuhkan banyak bantuan dari orang terdekat dalam menjalankan peran barunya untuk merawat bayi yang baru dilahirkannya, serta merawat dirinya dalam proses adaptasi masa nifas untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Dukungan sosial merupakan aspek penting untuk ibu dalam menyesuaikan diri dengan peran dan aktivitas barunya. Sumber dukungan sosial dapat dari berbagai sumber seperti suami, keluarga, teman dan sahabat, rekan kerja, tenaga kesehatan dan anggota komunitas masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Annie Aprisandityas and Diana elfida (2012) 'Hubungan Antara Regulasi emosi Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil', *Jurnal Psikologi uN Sultan Syarif Kasim Riau*, 8(Desember), pp. 80–89.
- Aryani, R. (2022) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Baby Blues Syndrome Pada Ibu Post Partum di RSuD dr. Zainoel Abidin Kota Banda Aceh Factors Related to Baby Blues Syndrome in Post Partum Mothers in RSuD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh City', *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 8(2), pp. 2615–109.
- Daman, F. A. and Salat, S. Y. S. (2014) 'Faktor Risiko Tingkat Stres pada Ibu Nifas di Wilayah Kerja uPT Puskesmas Legung Timur Kecematang Batang-Batang Kabupaten Sumenep', *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika*, pp. 1–9.
- Din, Z. u. *et al.* (2016) 'Determinants of antenatal psychological distress in Pakistani women', *Noropsikiyatri Arsivi*, 53(2), pp. 152–157. doi: 10.5152/npa.2015.10235.
- Fitelson, e. *et al.* (2011) 'Treatment of postpartum depression: Clinical, psychological and pharmacological options', *International Journal of Women's Health*, 3(1), pp. 1–14. doi: 10.2147/IJWH.S6938.
- Grof, P., Robbins, W. and Alda, M. (2001) 'Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder', *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(2), p. 87.
- Hastanti, H., Budiono, B. and Febriyana, N. (2021) 'Primigravida Memiliki Kecemasan Yang Lebih Saat Kehamilan', *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 3(2), pp. 167–178. doi: 10.20473/imhsj.v3i2.2019.167-178.
- Jacob, S. and Ap, S. (2017) 'Hasil Fetomaternal dari Masalah Psikiatri utama dalam Kehamilan', 05, pp. 18685–18693.

- Janiwaty, B. and Pieter, H. . (2013) *Pendidikan Psikologi untuk Bidan Suatu Teori Dan Terapannya*. Rapha Publishing.
- Jayasima, A. M., Deliana, S. M. and Mabruri, M. I. (2014) 'Postpartum Blues Syndrome Pada Kelahiran Anak Pertama', *Developmental and Clinical Psychology*, 3(1), pp. 1–4.
- Kusuma, R. (2019) 'Karakteristik Ibu Yang Mengalami Depresi Dalam Kehamilan', *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 8(1), p. 99. doi: 10.36565/jab.v8i1.107.
- Machmudah (2015) 'Gangguan Psikologis Pada Ibu Postpartum; Postpartum Blues', *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 3(2), pp. 118–125.
- Mustofa, A. *et al.* (2021) 'Faktor Risiko Depresi Pasca Persalinan di Negara-negara Asia Tenggara Secara umum definisi dari depresi postpartum menurut American Pshyciatric Assosiation ' s, Diagnostic and Statistical tanda atau gejala gangguan depresi , mood , global sekitar 13 %', *Medica Arteriana (Med-Art)*, 3(2), pp. 62–67.
- Oktaria, D. and Amir, N. (2019) 'Tatalaksana Gangguan Afektif Bipolar pada Ibu Hamil', *Cdk-272*, 46(1), pp. 25–29.
- Renita, R. and Danti (2020) 'Gangguan Psikiatrik Pada Kehamilan', 8(2).
- Sandhi, S. I. and Lestari, K. D. (2021) 'Hubungan Psikologis Ibu Bersalin Dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala i Di Rumah Bersalin Bhakti Ibu Semarang', *Jurnal Surya Muda*, 3(1), pp. 23–32. doi: 10.38102/jsm.v3i1.68.
- Shofia, M. K., Murti, B. and Qadrijati, I. (2018) 'Psychosocial Factors Associated with Anxiety and Delivery Pain', *Journal of Maternal and Child Health*, 03(01), pp. 44–58. doi: 10.26911/thejmch.2018.03.01.05.
- Susilawati, S. and Septikasari, M. (2019) 'Identifikasi Psikologis Ibu Nifas Dengan Human Immunodeficiency Virus (Hiv) Di Cilacap', *Siklus : Journal Research Midwifery Politeknik Tegal*, 8(1), p. 1. doi: 10.30591/siklus.v8i1.1211.

BAB 14

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERIMENOPAUSE

Oleh Revinovita

14.1 Pengertian Perimenopause

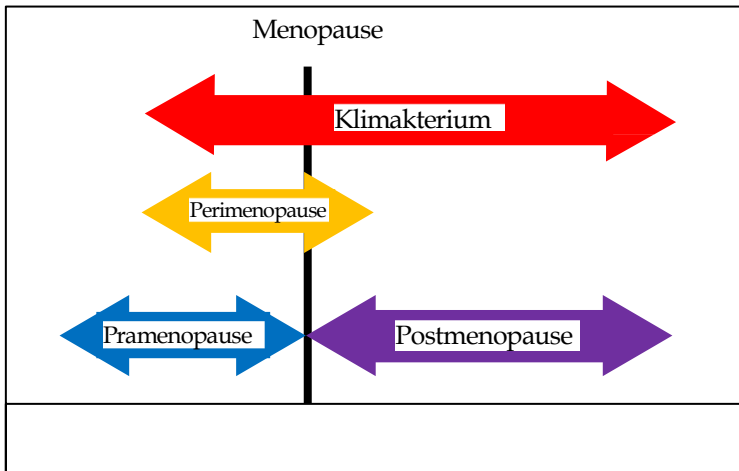
Perimenopause adalah masa antara yaitu masa sebelum menopause dan masa pascamenopause (setelah menopause). Masa ini Kejadian ini biasanya terjadi pada perempuan dengan usia di atas 40 tahun. Masa perimenopause ini terjadi karena penurunan hormon dan proses penuaan, penurunan hormon akan berakibat munculnya keluhan klimakterium, hormon yang dimaksud adalah hormon estrogen (Lobo R, 2000).

Masa perimenopause biasanya dimulai pada umur 30-40 tahun dan berlangsung dalam kurun waktu 4–10 tahun sebelum kejadian menopause. Masa perimenopause pada seseorang dapat terjadi lebih dini dikarenakan kondisi tertentu seperti adanya riwayat menopause dini dalam keluarga atau juga karena penyakit tertentu. Perimenopause atau masa klimakterium dikenal juga sebagai periode transisi antara masa reproduksi dan masa senium. Pada masa ini, terjadi ketidakaturan dalam siklus haid, pendarahan haid yang berlebihan, dan Umumnya, kejadian ini sering terjadi pada wanita yang berusia 40 tahun atau lebih tua. Masa perimenopause terbagi atas, yaitu :

1. Masa pramenopause: Pada umumnya, sekitar 4-5 tahun sebelum masa menopause, wanita sering mengalami gejala klimakterium dan pendarahanyang tidak teratur.
2. Masa menopause: Masa perempuan berhentinya haid secara permanen selama 12 bulan.
3. Masa pasca menopause: Masa 3-5 tahun sesudah menopause.

4. Senium/ooforopause: Periode ketika ovarium kehilangan sepenuhnya fungsi hormonalnya.

Gambar 14. 1Fase Klimakterium



Sumber: Ali Baziat, Menopause Dan Andropause, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiro Hardjo.

14.2 Penyebab Terjadinya Masa Perimenopause

Akibat penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron tubuh seorang wanita yang berusia 30-40 tahun dan karena pertambahan usia, maka terjadilah masa perimenopause. Perimenopause adalah suatu kondisi yang alami dan akan dialami oleh setiap wanita sesuai dengan tahapan siklus kehidupannya. Terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya masa perimenopause, yaitu :

1. Histerektomi: Operasi pengangkatan rahim atau histerektomi terutama yang diangkat adalah indung telur, maka dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami menopause lebih cepat, karena hilangnya produksi sel telur dan mengakibatkan penurunan hormon estrogen dan progesteron.

2. Faktor keturunan: Seorang Wanita akan lebih beresiko apabila memiliki riwayat anggota keluarga yang mengalami menopause dini.
3. Kebiasaan merokok: Wanita yang merokok memiliki kemungkinan mengalami menopause lebih awal sekitar 1-2 tahun dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok.
4. Pengobatan kanker: Menopause dini dapat juga terjadi akibat pengobatan kanker seperti kemoterapi atau radioterapi pada daerah panggul.

14.3 Patofisiologi Masa Perimenopause

Seorang perempuan apabila telah berumur diatas empat puluh (40) tahun, maka jumlah folikel dalam ovarium akan menurun, pada masa perimenopause folikel-folikel akan terjadi peningkatan resistensi terhadap peningkatan gonadotropin. Terhentinya siklus ovarium secara perlahan ini disebabkan oleh ovulasi, pertumbuhan folikel, dan pembentukan korpus luteum. (Santoro N, 2015).

14.4 Tanda-tanda Awal pada Masa Perimenopause

1. Menstruasi atau haid menjadi tidak teratur dan tidak lancar, dengan interval waktu yang lebih pendek atau lebih panjang dari biasanya. Volume darah haid yang keluar bisa berfluktuasi antara sangat banyak atau sangat sedikit.
2. Perubahan suasana hati atau mood: Penurunan kadar estrogen mempengaruhi neurotransmitter yang ada di otak, diantaranya dopamine, serotonin, dan endorfin. Serotonin memiliki peran dalam memengaruhi suasana hati (mood) dan kegiatan relaksasi. Bila serotonin menurun, maka akan terjadi gangguan perubahan mood pada wanita perimenopause. Seperti mudah tersinggung.
3. Gangguan vasomotoris atau rasa panas pada bagian atas tubuh terutama bagian wajah, leher dan dada yang diakibatkan oleh penyempitan atau pelebaran pada pembuluh-pembuluh darah.

4. Terjadi sensasi pusing yang berkelanjutan dan disertai dengan sakit kepala yang terus-menerus.
5. Mudah lupa: Penurunan kadar endorphen dapat mengakibatkan penurunan daya ingat pada Wanita perimenopause. Kadar endorphen dipengaruhi oleh penurunan kadar hormon estrogen.
6. Berkeringat tidak hentinya pada malam hari: Keringat berlebih terjadi karena penurunan hormon noradrenalin yang menimbulkan vasodilatasi pembuluh darah di kulit, suhu kulit meningkat sehingga muncul rasa panas, walaupun tubuh sedang dalam keadaan istirahat dan cuaca tidak panas.
7. Kekeringan vagina: Berkurangnya produksi hormone estrogen pada masa perimenopause. Sehingga dapat menyebabkan sakit pada saat coitus atau berhubungan seksual
8. Cepat kelelahan: Karena turunnya produksi hormon estrogen, maka seorang Wanita menjelang menopause mengalami cepat kelelahan atau disebut fatigue.
9. Neuralgia atau gangguan atau sakit syaraf dan lain-lain.
10. Penurunan libido: Karena penurunan estrogen sehingga membuat vagina kurang elastis dan sakit pada saat berhubungan seksual , sehingga terjadi penurunan libido.
11. Inkontinensia urine: Kontrol kandung kemih menurun, yang mengakibatkan kesulitan dalam menahan buang air kecil. Hal ini disebabkan oleh Penurunan kadar estrogen dapat menyebabkan penipisan jaringan di dalam kandung kemih dan saluran kemih.
12. Perubahan Kulit: Kerusakan kulit yang terjadi pada wanita selama masa menopause dapat disebabkan oleh paparan sinar matahari. Selain itu, perubahan lainnya meliputi kulit yang menjadi kering, lebih banyak berkeringat, mengalami pengerutan, perubahan fungsi pelindung, dan mengalami penipisan lapisan kulit. Penurunan jumlah lemak di bawah kulit dapat menyebabkan kulit menjadi kendur dan lebih rentan terhadap paparan sinar matahari. Kulit yang terpapar sinar matahari berlebihan dapat mengalami pigmentasi yang

mengakibatkan munculnya bintik-bintik hitam atau hiperpigmentasi

13. Mengalami gangguan tidur: Wanita pertengahan secara normal membutuhkan tidur 7jam perhari. Sedangkan Wanita dewasa tua membutuhkan tidur 6jam perhari. Kurang tidur akan menyebabkan terganggunya aktifitas untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Kualitas tidur juga diatur oleh hormon estrogen, gangguan tidur disebabkan oleh insomnia penurunan estrogen di otak.

14.5 Keluhan pada Masa Perimenopause dipengaruhi oleh :

1. Penurunan fungsi indung telur yang berkaitan dengan perubahan keseimbangan hormonal.
2. Faktor-faktor sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan memiliki dampak signifikan pada kondisi gizi, kesehatan, dan tingkat pendidikan seseorang.
3. Faktor psikologis, termasuk interaksi sosial dengan pasangan, anggota keluarga, dan lingkungan sekitarnya, dapat memengaruhi kesehatan mental dan hubungan interpersonal seseorang.

14.6 Perubahan-perubahan Organik Pada masa Perimenopause

1. Organ Reproduksi
 - a. Saluran tuba mengalami penipisan pada selaput lendir yang mengakibatkan hilangnya rambut getar yang berfungsi menyalurkan sel telur atau hasil pembuahan.
 - b. Terjadinya pengecilan rahim atau uterus, menipisnya endometrium/selaput lendir.
 - c. Liang senggama/vagina akan terjadi berkurangnya elastisitas, menghilangnya lipatan, penipisan dinding vagina, terjadi juga kekeringan pada vagina

menyebabkan terjadinya perlukaan pada saat berhubungan seksual.

- d. Pada masa menopause, pukuk atau vulva dapat mengalami kehilangan jaringan lemak, yang mengakibatkan pengurangan lipatan bibir vulva dan berkurangnya tonjolan.
 - e. Jaringan dasar panggul mengalami atrofi → prolapsus uterovaginal/ turunnya peranakan.
 - f. Perampang/korpus perineum dan lubang dubur/anus menjadi atrofi → lemak disekitarnya hilang → inkontinensia alvi
 - g. Dinding kandung kencing menipis, aktifitas kendali otot-ototnya hilang → infeksi mudah terjadi → sering kencing dan tidak dapat menahan kencing.
 - h. Payudara kendur dan datar.
2. Perubahan Organ Lainnya
- a. Kenaikan BB ringan
 - b. Hiperkolesterolemia dan arteriosklerosis
 - c. Hipertensi
 - d. Osteoporosis
 - e. Kaku pada sendi
 - f. Virilisasi → Perubahan hormonal pada masa menopause dapat menyebabkan penurunan tanda atau karakteristik feminin serta terjadinya maskulinisasi pada beberapa wanita.
 - g. Hot flushes
 - h. Keringat banyak

14.7 Keluhan yang Berhubungan dengan Kejiwaan pada masa perimenopause

1. Rasa lelah yang berlebihan dan penurunan semangat.
 2. Sering mengalami pusing dan nyeri kepala.
 3. Kesulitan tidur atau insomnia.
 4. Rasa apatis dan merasa hidup tidak berarti.
 5. Hilangnya kemampuan untuk berkonsentrasi dengan baik.
- Top of Form

6. Depresi dan tertekan
7. Perubahan nafsu seksual
8. Sesak nafas dan dada berdebar-debar
9. Suasana kejiwaan yang berubah-ubah

14.8 Perubahan Psikologik pada Masa Perimenopause

Selama beberapa dekade, masalah psikologis telah dikaitkan dengan periode menopause. Penelitian tentang aspek psikologis menopause telah fokus pada dampak negatifnya, termasuk masalah kesehatan mental, gangguan psikologis, dan pengobatan medis yang terkait. Wanita yang mencari perawatan medis untuk gejala menopause memiliki profil yang berbeda dibandingkan dengan wanita yang memiliki usia dan status menopause yang sama, tetapi tidak mencari bantuan. Wanita yang mencari perawatan medis cenderung melaporkan tingkat kesulitan yang lebih tinggi dan mengalami distress. Hal ini dapat memiliki dampak negatif pada kesehatan mental mereka Top of Form (Varney, 2006).

Bagi sebagian wanita, perubahan yang terjadi selama masa menopause dapat membuatnya menghadapi tantangan yang sulit. Ketidakteraturan menstruasi dapat meningkatkan kecemasan secara tidak sadar bahwa daya tarik seksual dan fisiknya mengalami penurunan. Wanita tersebut mungkin merasa tua, ditolak, dan menganggap bahwa masa hidupnya telah mencapai akhir. Bagi beberapa wanita, perubahan yang terjadi selama menopause dapat menjadikannya sebagai periode yang sulit. Ketidakteraturan menstruasi mungkin secara tidak sadar meningkatkan kecemasan mengenai penurunan daya tarik seksual dan fisik. Perasaan menjadi tua dan diabaikan juga dapat muncul, membuat wanita tersebut merasa mencapai akhir dari kehidupan.

Top of Form

Menurut penemuan psikiater, banyak wanita yang mengalami masa menopause melewati tiga tahap sebelum benar-benar beradaptasi dengan kehidupan baru mereka.

1. Banyak wanita yang merasa rendah diri
2. Marah-marah
3. Emosinya tidak terkendali
4. Mudah tersinggung.

14.9 Tanggapan Atau Reaksi Wanita Terhadap Masa Perimenopause

1. Reaksi Pasif → reaksi pasrah dalam Menerima kenyataan yang tidak dapat diubah. → wanita pedesaan
2. Reaksi Neurosis → penolakan keras terhadap masa klimakterium → cemas, depresi dan mudah tersinggung
3. Respon yang berlebihan → Tindakan penolakan yang tampak seakan-akan mengabaikan masa klimakterium → menyibukkan diri dengan karir
4. Reaksi Adekuat → reaksi wajar

14.10 Diagnosis

Diagnosis ditentukan dengan gejala haid yang tidak teratur, yaitu siklus memanjang atau memendek. Perimenopause terjadi berkisar pada usia 40 tahun keatas. Perimenopause tidak dapat di diagnosis dengan satu tanda atau gejala. Diagnosis dapat ditegakkan dengan data usia, riwayat haid dan gejala yang muncul seperti perubahan fisik yang dialami dan berapa lama gejala itu terjadi.

14.11 Tujuan Asuhan Masa Perimenopause

1. Meningkatkan kesejahteraan pada masa perimenopause
2. Deteksi dini kelainan atau masalah pada ibu perimenopause, sehingga dapat ditangani secara cepat.

3. Perlu memberikan konseling dan dukungan terhadap perubahan yang terjadi pada masa perimenopause, karena masa perimenopause berpengaruh pada efek psikologis.

14.12 Dampak Perubahan Hormonal pada Perimenopause

Ketika seorang wanita memasuki masa perimenopause, aktivitas folikel di ovarium mulai menurun. Ovarium tidak lagi menghasilkan sel telur dan berhenti memproduksi hormon estradiol. Sebagai respons, kelenjar hipofisis meningkatkan produksi hormon FSH (*follicle-stimulating hormone*) dan LH (*lutening hormone*) untuk merangsang ovarium agar tetap menghasilkan estrogen. Walaupun perubahan ini dimulai sekitar 3 tahun sebelum menopause, penurunan produksi hormon estrogen oleh ovarium baru terlihat secara signifikan sekitar 6 bulan sebelum memasuki masa menopause. Akibatnya, terjadi penurunan kadar hormon androgen seperti androstenedion dan testosteron yang sulit untuk dideteksi pada periode perimenopause.

14.13 Beberapa Cara untuk Mengatasi Keluhan pada Wanita Premenopause

1. Terapi Sulih Hormon (TSH)

Wanita yang mengalami periode perimenopause dan menopause mengalami penurunan hormon utama, terutama hormon estrogen. Hal ini menyebabkan munculnya gejala seperti hot flushes (rasa panas tiba-tiba pada beberapa bagian tubuh), nyeri saat berhubungan seks, dan penurunan kepadatan tulang. Untuk mengatasi kondisi tersebut, pemberian hormon estrogen dapat menjadi pilihan penanganan. Estrogen dalam bentuk tablet, obat hisap, atau suntikan digunakan sebagai terapi pengganti hormon untuk mengatasi penurunan fungsi organ-organ endokrin akibat penurunan produksi hormon estrogen yang alami. Terapi hormon pengganti ini bertujuan untuk menggantikan

hormon yang kurang dalam kadar yang diperlukan oleh tubuh (Mulyani, 2015).

2. Terapi Pemberian Hormon Alami

Selama masa perimenopause, terjadi penurunan kadar hormon estrogen yang dapat berkontribusi pada perkembangan osteoporosis dan risiko penyakit jantung coroner. Osteoporosis dan jantung coroner dapat dicegah dengan terapi pemberian hormon alami. Pemberian terapi hormon alami, dapat meningkatkan kualitas hidup, dan Terjadi peluang untuk mencapai kenyamanan baik secara fisik maupun mental. Beberapa cara terapi pemberian hormon alami adalah:

- a. Menggunakan fitoestrogen sebagai bagian dari pola makan.
- b. Menambah asupan kacang kedelai dalam diet.
- c. Meningkatkan suasana hati melalui konsumsi makanan yang tepat.
- d. Meningkatkan daya ingat melalui strategi makanan yang sesuai.
- e. Mengurangi gejala menopause dengan mengonsumsi vitamin E dan lemak sehat.
- f. Memelihara kesehatan tulang melalui strategi nutrisi yang tepat.
- g. Mengurangi gejala menopause dengan menggunakan bahan-bahan herbal tertentu
- h. Mengambil suplemen sebagai bagian dari regimen Kesehatan.

3. Terapi Komplementer

Terapi komplementer adalah pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan selama masa perimenopause melalui metode yang mudah dan dapat dilakukan sendiri di rumah. Beberapa bentuk terapi komplementer meliputi:

a. Akupresur

Terapi komplementer adalah pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan selama periode perimenopause dengan menggunakan metode yang mudah dan dapat dilakukan sendiri di rumah. Ketegangan otot dapat disingkirkan dan sirkulasi darah dapat ditingkatkan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kesehatan secara keseluruhan. Namun, penting untuk diketahui bahwa akupuntur tidak dapat dilakukan sendiri di rumah, melainkan harus dilakukan dengan berkonsultasi dengan seorang praktisi yang berpengalaman dalam bidang tersebut.

b. Memanfaatkan kekuatan aroma sebagai salah satu metode.

Minyak esensial yang diperoleh dari berbagai bagian tumbuhan yang digunakan dalam aromaterapi. Aromaterapi didasarkan pada keyakinan bahwa aroma yang dihasilkan oleh minyak esensial dapat mempengaruhi hipotalamus dan mengubah suasana hati serta mengurangi tingkat stress.

c. Penyembuhan homeopati

Bahan-bahan yang digunakan dalam pengobatan homeopati diperoleh dari sumber-sumber seperti tumbuhan, hewan, logam, dan mineral. Bahan-bahan tersebut kemudian diolah menjadi larutan yang digunakan dalam pengobatan homeopati. Beberapa zat yang dimanfaatkan diantaranya:

- 1) Belladonna dapat digunakan dalam pengobatan homeopati untuk mengatasi gejala menopause pada wanita.
- 2) Celcerea carbonica adalah salah satu bahan homeopati yang digunakan untuk mengatasi gejala emosional pada masa menopause, seperti sakit kepala yang lebih parah di sisi sebelah kiri, serta keringat berlebih di wajah dan belakang leher saat tidur.

- 3) *Sanguinaria canadensis*, yang juga dikenal sebagai bloodroot, dipercaya dapat membantu mengurangi sebagian besar gejala menopause, termasuk hot flushes, keringat malam, nyeri payudara, keputihan, dan menstruasi yang berlebihan.
- 4) *Pulsatilla* adalah salah satu bahan homeopati yang direkomendasikan untuk mengatasi hot flushes yang sering terjadi di luar rumah pada masa menopause. Selain itu, *Pulsatilla* juga dapat digunakan untuk mengatasi perasaan sedih dan mudah tersentuh.
- 5) *Lycopodium clavatum* adalah bahan homeopati yang direkomendasikan untuk mengatasi kelemahan fisik yang disertai dengan pikiran yang tajam
- 6) *Lachesis mutus* adalah salah satu bahan homeopati yang dapat digunakan untuk mengatasi hot flushes dan keringat berlebih, iritabilitas saraf, kecemasan, nyeri pada ovarium, migrain, dan palpitasi.
- 7) *Nux vomica* merupakan bahan homeopati yang membantu tubuh menyesuaikan diri dengan penurunan tingkat estrogen. Biasanya digunakan untuk mengatasi berkeringat berlebihan pada malam hari yang menyebabkan perasaan panas dan dingin secara bergantian.
- 8) *Sepia* adalah bahan homeopati yang digunakan untuk mengatasi masalah prolapsus, kekeringan vagina, infeksi sariawan, hot flushes, dan kehilangan libido.
- 9) *Valeriana* adalah bahan homeopati yang digunakan untuk mengatasi hot flushes yang terjadi pada wajah dan menyebabkan keringat yang berlebihan secara ekstrem
- 10) *Amyl nitrosus* adalah salah satu bahan homeopati yang digunakan untuk mengatasi hot flushes yang terjadi pada wajah, terutama ketika disertai

dengan sakit kepala dan keringat berlebih, kecemasan, dan palpitas.

- 11) Sulphur direkomendasikan untuk wanita yang mengalami sensitivitas terhadap panas dan mengalami keringat malam.

d. Pijat refleksi

Pijat refleksi memiliki potensi untuk mengurangi gejala-gejala menopause. Penelitian telah menunjukkan bahwa pijat refleksi dapat memberikan manfaat, sementara pijat kaki dapat membantu menghilangkan stres.

e. Teknik relaksasi

Relaksasi adalah salah satu teknik yang efektif dalam mengelola stres, bukan hanya memberikan perasaan damai dan ketenangan pribadi, tetapi juga memiliki dampak positif yang lebih besar daripada menangis. Ini merupakan salah satu cara umum dan alami yang sering digunakan oleh orang untuk menghadapi situasi yang menekan Top of Form.

Melakukan relaksasi memberikan manfaat yang signifikan, terutama bagi wanita yang mengalami sindrom menopause. Relaksasi dapat memberikan rasa tenang dan membantu mencegah timbulnya rasa panik. Selain itu, relaksasi juga memiliki sejumlah manfaat positif baik secara fisik maupun psikologis. Manfaat yang diperoleh meliputi:

- 1) Memberikan rasa tenang dan ketenangan.
- 2) Mengurangi kecepatan detak jantung.
- 3) Mengendalikan pola pernapasan.
- 4) Mengurangi tingkat tekanan darah
- 5) Meningkatkan peredaran darah yang lancar.
- 6) Mengurangi ketegangan otot yang disebabkan oleh stres.
- 7) Mengatasi gangguan fisik seperti migrain dan nyeri punggung.
- 8) Membantu mengendalikan emosi saat marah dan frustrasi.

- 9) Menambah energi untuk menghadapi stres.
- 10) Meningkatkan fokus dan kemampuan konsentrasi.
- 11) Memberikan ketenangan dalam pengambilan keputusan.
- 12) Mengurangi atau mencegah serangan panik yang disebabkan oleh kekurangan oksigen.
- 13) Membantu menghadapi masalah dengan lebih tenang dan bertindak lebih efisien.

Berikut adalah beberapa teknik relaksasi yang dapat membantu mencegah sindrom menopause:

a. Yoga

Posisi tubuh dalam yoga dapat membantu menjaga keseimbangan sistem endokrin, yang mengatur produksi hormon dan detak jantung. Posisi tubuh yang melibatkan penahanan beban juga dapat membantu mencegah dan mengurangi risiko osteoporosis.

b. Meditasi

Meditasi sangat bermanfaat selama masa menopause karena berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa meditasi memiliki manfaat yang signifikan untuk kesehatan mental, yang pada gilirannya dapat berdampak positif pada kesehatan fisik. Stres dan penurunan hormon estrogen selama menopause dapat menjadi pemicu bagi berbagai penyakit kronis.

c. Olahraga

Melakukan olahraga secara teratur selama minimal 30 menit sehari memiliki manfaat penting saat menghadapi masa menopause. Olahraga dapat membantu mengurangi berbagai keluhan yang sering terjadi pada saat menopause. Melakukan olahraga secara teratur memiliki dampak positif pada harapan hidup dan meningkatkan kesehatan secara keseluruhan. (Mulyani, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Ali Baziat. 2003. *Menopause Dan Andropause*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiro Hardjo. Universitas Indonesia.
- Delamater Lara, MD and Santoro Nanette, MD. 2018. Management of the Perimenopause. University of Colorado School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, 12631 E 17th Avenue, Mail Stop B-198, Aurora, Colorado 80045. HHS Public Access.
- Lobo R, dkk. 2000. Menopause. Biology and Pathobiology. Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia University College of Physicians & Surgeons, Columbia Presbyterian Medical Center, New York, NY Columbia University, New York, U.S.A.
- Mulyani, N.S. 2015. *Menopause Akhir Siklus Menstruasi pada Wanita di Usia Pertengahan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Saifuddin Abdul Bari, dkk. 2020. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Edisi 4.
- Santoro Nanette. 2015. Perimenopause: From Research to Practice. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado School of Medicine , Aurora, Colorado. DOI: 10.1089/jwh.2015.5556.
- Santoro Nanette. 2011. Perimenopause, An Issue of Obstetrics and Gynecology Clinics Of North America. Volume 38. Number 3. eBook ISBN: 9781455712465.
- Varney Helen, dkk. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi IV Vol I*. EGC.

BIODATA PENULIS



Deffi Uprianti Bakri, SST., M.Keb
Dosen Program Studi S-1 Kebidanan

Penulis lahir di Bangko tanggal 14 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S-1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Merangin tahun 2006, Diploma 4 Bidan Pendidik di Universitas Jenderal Achmad Yani Tahun 2010, dan Pascasarjana Kebidanan Universitas Andalas Tahun 2019 pada Magister Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Tri Lestari

Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan merangin

Penulis lahir di Sarko tanggal 10 September 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan Merangin. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan pada tahun 2006 dan pendidikan S1 pada Keperawatan tahun 2008 di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana pada program studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret Surakarta pada tahun 2010.

BIODATA PENULIS



Silvia Indah Desvita S,S.Tr.Keb.,MKM.

Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Lubuk Sepuh tanggal 02 Februari 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Penulis Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan tahun 2015 dan Diploma IV Bidan Pendidik tahun 2016 Universitas Batam di Kepulauan Riau dan menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hang Tuah Pekanbaru tahun 2019 di Riau .

BIODATA PENULIS



Eltriya Septiyani, SST.,M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Merangin Jambi tanggal 13 September 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Di Universitas Malahayati Bandar Lampung Pada Tahun 2013, Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Malahayati Bandar Lampung pada Tahun 2015 dan Melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana dengan jurusan S2 kebidanan di Universitas Andalas Padang pada Tahun 2019.

BIODATA PENULIS



Lingga Puspita Sari S.ST., M.Keb
Dosen Program Studi S1 Kebidanan

Penulis lahir di Tangkit tanggal 09 Maret 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Baiturrahim Jambi, D4 Bidan Pendidik Universitas Respatih Yogyakarta dan S2 Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Sebelum menulis buku ini, penulis pernah menulis buku saku yang berjudul Pekan IVA yang didedikasikan untuk para WUS di Indonesia.

BIODATA PENULIS



Lathifah 'Arub, S.ST., MKM

Dosen Program Studi SI Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Sarko Provinsi Jambi pada tanggal 17 Juli 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi SI Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan Diploma IV pada Jurusan Bidan Pendidik di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2017 dan menyelesaikan pendidikan pascasarjana pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Sebelas Maret tahun 2020.

BIODATA PENULIS



Uli Rosita Hutagaol, S.ST., M.Biomed.

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Kisaran 26 November 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Di Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Padang Tahun 2002, Menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan pada Jurusan Diploma IV Bidan Pendidik di universitas Sumatera utara Tahun 2006 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Biomedik Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Andalas Padang di Tahun 2013 . Sejak tahun 2002 hingga saat ini menjadi dosen tetap di Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin.

BIODATA PENULIS



Ovie Sri Andani, S.Kep.,M.Kes

Dosen Program Studi SI Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Koto Majdin Mudik Kabupaten Kerinci Provinsi Jambi tanggal 28 April 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang (2010-2014) dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang (2014-2016). Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Wahyuni Arpalina, S. Tr. Keb, M. Biomed

Penulis lahir di Tabir ulu pada tanggal 15 Januari 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan di Universitas Nasional Jakarta, dan melanjutkan S2 Ilmu Biomedik di Universitas Sriwijaya Palembang .

BIODATA PENULIS



Elma Melia Sari, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Manggopoh Sumatera Barat pada tanggal 23 Januari 1987. Penulis merupakan dosen tetap di program studi Sarjana Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Merangin pada tahun 2007, Diploma IV bidan pendidik di Universitas Padjajaran Bandung tahun 2009 dan menyelesaikan pendidikan pasca sarjana kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung tahun 2017.

BIODATA PENULIS



Helti Lestari Sitinjak, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kebidanan

Penulis lahir di Bangun Jayo tanggal 10 Februari 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Senior Medan lulus pada tahun 2011, kemudian melanjutkan Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara lulus pada tahun 2012 dan kembali melanjutkan Pascasarjana Ilmu Kebidanan di Universitas Andalas Padang lulus pada tahun 2018. Selain aktif menjadi tenaga pengajar di STIKes Merangin, penulis juga menekuni bidang menulis.

BIODATA PENULIS



Astari Seto, S.SiT.,M.Keb

Dosen Program Studi SI Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Bungo Tebo 26 April 1988. Penulis adalah dosen tetap Program Studi SI Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Merangin, Diploma IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran Semarang dan Menyelesaikan Pasca Sarjana Kebidanan di Universitas Andalas Sumatra Barat tahun 2020.

BIODATA PENULIS



Revinovita, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin

Penulis lahir di Rantau Panjang tanggal 23 November 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Merangin. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Di Poltekes Kemenkes Jambi Lulus Pada Tahun 2001, Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara Lulus pada tahun 2004 dan menyelesaikan Pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung Tahun 2013.