



Galiono
Digdaya Kawthar
Sustainable Innovation

ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI UNTUK KEBIDANAN

Yocki Yuanti
Faika Rachmawati
Nurlaely HS
Dwi Kartika Sari
Rosita Laksmi Bestari
Sri Kubillawati
Fika Aulia
Siti Maria Ulfa
Astik Umiyah

"Semua orang akan mati kecuali karyanya, maka tulislah sesuatu yang akan membahagiakan dirimu di akhirat kelak". - Ali bin Abi Thalib

**KOMUNITAS MENULIS
KEDAI AKADEMIK**

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014

Tentang Hak Cipta

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI UNTUK KEBIDANAN

Yocki Yuanti

Faika Rachmawati

Nurlaely HS

Dwi Kartika Sari

Rosita Laksmi Bestari

Sri Kubillawati

Fika Aulia

Siti Maria Ulfa

Astik Umiyah

PENERBIT



**Galiono
Digdaya Kawthar**
Sustainable Innovation

Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan

Copyright © Yocki Yuanti, dkk

Penulis: Yocki Yuanti, dkk
Editor: Lana Izzul Azkia
Penata Letak: Ratna Puspita
Penata Sampul: Lana Izzul Azkia

Cetakan Pertama, (Maret, 2022)
vi + 218 hal; 15,5 x 23 cm
ISBN: 978-623-99062-7-6

KOMUNITAS MENULIS (KEDAI AKADEMIK)
Diterbitkan oleh PT Galiono Digdaya Kawthar
Anggota IKAPI No. 609/DKI/2022
Jalan Mampang Prapatan Raya No 73A, Jakarta Selatan
Telp: (021) 798-9671, 0812-1578-9193
Fax: (021) 291-22111
Email: kedaiakademik@gmail.com
Website: www.kedaiakademik.id

Dicetak oleh
Percetakan AJ Studiografis
Isi di luar tanggung jawab percetakan

Katalog Dalam Terbitan
Hak cipta dilindungi Undang-Undang
All Right Reserved
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau
Seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit



PRAKATA

Buku ini membahas tentang Obstetri dan Ginekologi bagi mahasiswa kebidanan. Seorang bidan harus mampu memahami anatomi, fisiologis dan kelainan / komplikasi yang mungkin terjadi pada system reproduksi wanita, sehingga pengambilan keputusan klinis dalam praktik kebidanan dapat dilakukan dengan tepat. Penulis membuat buku ini membahas secara rinci mengenai system reproduksi wanita dan kelainan/komplikasi yang dapat terjadi serta kasus-kasus kegawatdaruratan kebidanan sehingga dapat membantu praktisi kebidanan maupun mahasiswa kebidanan dalam memberikan pelayanan kebidanan di masyarakat. Adapun sasaran buku ini adalah mahasiswa kebidanan baik jenjang Diploma III, Diploma IV, Sarjana Kebidanan maupun mahasiswa Profesi Bidan, serta para praktisi bidan, baik yang praktik mandiri maupun yang bekerja di institusi pelayanan kebidanan.

Sistem reproduksi merupakan bagian penting bagi wanita dalam menjalankan fungsi reproduksinya. Pada Bab I akan dibahas mengenai anatomi dan fisiologis alat reproduksi secara detail sebagai awal pemahaman yang sangat diperlukan untuk mengetahui konsep normality, sehingga memudahkan pembaca untuk memahami bab-bab selanjutnya mengenai komplikasi-komplikasi dan kegawatdaruratan dalam kebidanan. Buku ini disusun sedemikian rupa oleh penulis agar dapat digunakan sebagai buku referensi bagi mahasiswa kebidanan dan praktisi bidan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan sesuai dengan kompetensi yang diharapkan.

Penulis telah berusaha mendeskripsikan sebaik mungkin didasari oleh landasan ilmiah agar mudah dipahami, namun tentunya ada keterbatasan. Untuk lebih memudahkan pembaca dalam memahami isi buku ini, dapat memanfaatkan sumber belajar lainnya baik secara audio maupun visual. Kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, Maret 2022

Tim Penulis



DAFTAR ISI

PRAKATA | v

DAFTAR ISI | vi

Sistem Reproduksi Wanita | 1

Gangguan Sistem Reproduksi Wanita | 9

Penyakit Menular Seksual dan Imunologi | 29

Ruang Lingkup Ginekologi dan Jenis Kelainan (dalam Sistem Reproduksi Wanita) | 62

Jenis Penyakit Kandungan | 89

Komplikasi Kehamilan | 114

Komplikasi Persalinan | 159

Komplikasi Nifas | 169

Kedaruratan Obstetric | 189

DAFTAR PUSTAKA | 202

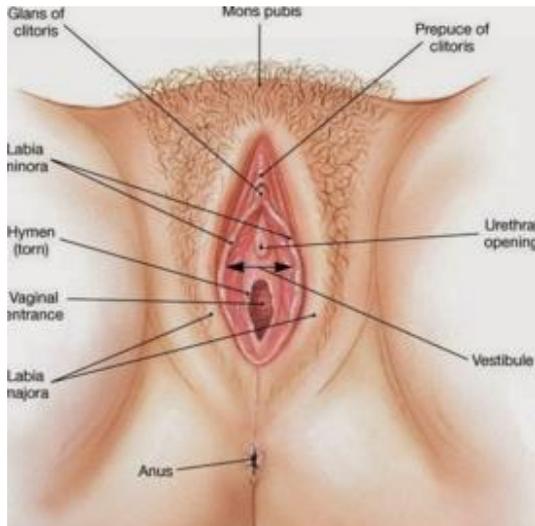
PROFIL PENULIS | 216

SISTEM REPRODUKSI WANITA

Sistem adalah suatu perangkat unsur yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk suatu totalitas. Reproduksi berasal dari kata re dan produksi, yang artinya re adalah ulang, sedangkan produksi adalah menghasilkan sesuatu (KBBI, 2021). Jadi istilah reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya. Sedangkan yang disebut organ reproduksi adalah pertumbuhan tulang-tulang dan kematangan seksual yang berfungsi untuk reproduksi manusia.

A. Organ Reproduksi Wanita Eksternal

Organ reproduksi wanita diklasifikasikan menjadi dua, yaitu organ genitalia eksternal dan internal (Prawirohardjo, 2017). Adapun yang termasuk dalam organ genitalia eksternal (*Pudenda*) atau yang lebih dikenal dengan sebutan vulva, terdiri dari : mons pubis, labia mayora, labia minora, klitoris, hymen, vestibulum, meatus uretra dan berbagai kelenjar serta pembuluh darah (Cunningham *et al.*, 2018).



Gambar 1.1 Genitalia Wanita Eksternal

Mons Pubis atau Mons Veneris

Merupakan bantalan yang berisi lemak menonjol terletak di permukaan anterior symfisis pubis. Biasanya akan ditumbuhi bulu/rambut kemaluan yang disebut juga dengan silia pubis, setelah wanita mengalami pubertas. Pertumbuhan bulu/rambut kemaluan ini tergantung dari suku bangsa dan jenis kelamin. Pada wanita, pola pertumbuhan rambut kemaluan berbentuk segitiga, dengan batas atas symfisis menyebar ke bawah menutupi bagian luar labia mayora, sampai sekitar anus. Sedangkan pada pria tidak berbatas tegas.

Labia Mayora

Labia mayora berupa bibir-bibir besar terdiri dari bagian kanan dan kiri, merupakan lipatan bulat jaringan lemak ditutupi kulit serupa dengan mons veneris, memanjang ke bawah dan ke belakang bersatu membentuk komissura posterior. Labia mayora identik dengan scrotum pada pria. Setelah melahirkan beberapa kali, labia mayora menjadi kurang menonjol dan pada wanita lansia menjadi keriput. Ligmentum rotundum berakhir pada bagian atas labia mayora. Pada labia mayora banyak terdapat kelenjar sebacea. Di bawah kulitnya, terdapat lapisan jaringan ikat yang padat kaya akan elastin dan jaringan lemak dan tidak mengandung otot. Pada jaringan lemak tersebut terdapat pleksus venosus, bila terjadi trauma mudah robek dan hematoma.

Labia Minora

Labia minora berupa bibir-bibir kecil yaitu lipatan tipis berwarna kemerahan dari kulit sebelah dalam labia mayora. Dapat kelihatan jika labia mayora dibuka. Labia minora merupakan lipatan jaringan yang tipis, lembab dan kemerahan, menyerupai selaput mukosa. Pada labia minora diselaputi oleh epitel gepeng berlapis banyak terdapat tonjolan papilla. Banyak terdapat kelenjar sebacea, dan kadang terdapat kelenjar keringat, namun tidak ditemukan folikel rambut pada labia minora.

Jaringan labia minora pada bagian atas menyatu, tempatnya masing-masing terpisah membentuk dua lamella, pasangan lamella sebelah bawah menyatu membentuk *preputium klitoridis*, sedangkan pada bagian bawah, labia minora memanjang mendekati garis tengah berupa jaringan yang berlipat dan menyatu membentuk *fourchette*, yang sangat terlihat jelas pada wanita nullipara, sedangkan pada multipara tidak tampak jelas karena labia minora seakan bergabung dengan labia mayora.

Klitoris

Klitoris identik dengan penis pada pria, terletak dekat pada ujung superior vulva. Klitoris merupakan bagian erektil pada wanita, bentuknya kecil kira-kira sebesar biji kacang ijo, namun panjangnya jarang melebihi 2 cm sekalipun dalam keadaan ereksi, klitoris ditutupi oleh *preputium klitoridis* dan posisinya tersembunyi karena tarikan labia minora. Sehingga, ujung dari klitoris menghadap ke bawah dan ke dalam menuju lubang vagina (*orifisium vagina*).

Klitoris terdiri dari glans, korpus dan dua krura yang menggantung klitoris ke os pubis. Glans terbentuk dari sel-sel berbentuk kumparan, pada korpus terdapat dua korpora kavernosa yang pada dindingnya terdapat serabut otot polos. Krura bentuknya tipis dan panjang bermula di permukaan inferior ramus iskiopubis dan menyatu tepat berada di bawah pertengahan arkus pubis membentuk korpus klitoris.

Glans klitoris ditutupi oleh sel epitel gepeng berlapis dan banyak terdapat ujung syaraf sehingga sangat sensitive dan peka terhadap rangsang. Diameternya kecil jarang melebihi 0,5 cm, merupakan organ sensitif atau erogenik pada wanita. Pembuluh darah dari klitoris erektil terhubung dengan bulbus vestibuli.

Vestibulum

Vestibulum adalah jaringan fungsional berasal dari sinus urogenital, pada vestibulum terdapat orifisium uretra, orifisium vagina, 2 duktus kelenjar bartholini dan ductus kelenjar skene. Vestibulum dibatasi oleh labia minora di sebelah lateral dan memanjang dari klitoris sampai *fourchette*. Pada bagian posterior vestibulum antara *fourchette* dan orifisium vagina di sebut *fosa navikularis*.

Bulbus Vestibuli

Di bawah selaput mukosa vestibulum terdapat bulbus vestibuli pada kedua sisinya. Merupakan suatu kumpulan vena yang berbebtuk buah almond panjangnya 3-4 cm, lebarnya 1-2 cm, dan tebalnya 0,5-1 cm, banyak mengandung pembuluh darah. Letaknya berdekatan dengan ramus iskiopubis, Sebagian tertutup otot iskiokavernosus dan otot konstriktor vagina. Secara embriologis, bulbus vestibuli menyerupai korpus kavernosus penis. Pada saat persalinan, kedua bulbus vestibuli tertarik ke atas sampai ke bawah arkus pubis, tetapi karena ujung posteriornya melingkari vagina,



jaringan ini mudah robek dan cedera sehingga mengakibatkan terjadinya hematoma vulva.

Ostium Vagina dan Himen

Vaginal Entrance atau ostium vagina / liang vagina sangat bervariasi bentuk dan ukurannya. Pada remaja putri yang belum melakukan hubungan seksual, vagina tertutup oleh labia minora; jika labia minora dibuka baru terlihat seluruhnya ditutupi oleh selaput dara atau himen. Bentuk dan konsistensi himen juga berbeda-beda setiap wanita.

Himen terdiri atas jaringan ikat elastin dan kolagen. Pada selaput himen tidak banyak mengandung serabut syaraf. Lubang himen biasanya berbentuk bulan sabit atau sirkuler (semilunar), namun ada juga berupa lubang-lubang kecil (kibriformis), ada celah atau septum (septata) dan berumbai tidak beraturan (fibriata). Konsistensinya juga berbeda-beda, ada yang kenyal, elastis namun juga ada yang kaku. Himen akan robek jika terjadi koitus, biasanya di bagian posterior dan jaringan yang robek segera akan menjadi sikatriks. Luasnya robekan tergantung dari struktur himen dan kuatnya regangan. Robeknya himen tidak selalu disertai dengan perdarahan, pada beberapa wanita yang struktur himennya elastis dan lunak terkadang tidak disertai perdarahan, bahkan pada wanita dengan struktur himen yang sangat elastis, selaput himen mungkin sangat resisten, sehingga perlu dilakukan tindakan insisi agar koitus dapat dilakukan, namun kejadian ini sangat jarang terjadi.

Pada kasus perkosaan, robeknya himen dapat menjadi petunjuk/makna medicolegal, bila wanita nullipara diperiksa beberapa jam setelah mengalami tindakan perkosaan, akan terlihat laserasi himen yang masih baru, aberasi atau noda darah pada himen dapat menjadi bukti terjadinya penetrasi pada vagina. Tetapi robeknya himen bukan menjadi hal yang mutlak membuktikan adanya tindak perkosaan, karena kemungkinan bisa saja himen tidak robek walaupun dengan koitus berkali-kali. Kenyataannya, banyak dilaporkan terjadinya kehamilan dengan himen yang tidak robek.

Setelah persalinan, himen robek pada beberapa tempat, akan terlihat beberapa nodul-nodul sikatriks yang merupakan sisa jaringan himen (*karunkula himenalis*). Himen imferforata merupakan keadaan ketika lubang vagina tertutup sama sekali dan mengakibatkan darah haid tidak bisa keluar dan tertahan di dalam vagina mengakibatkan terjadinya hematokolpos.

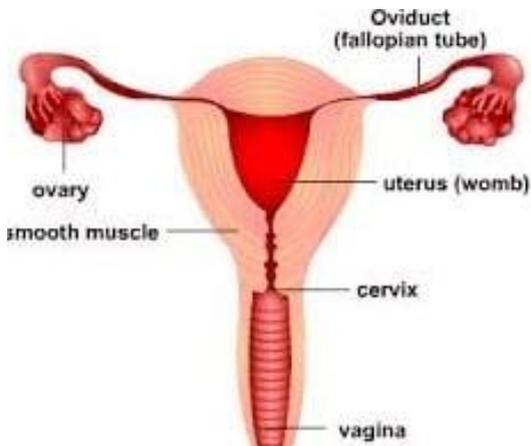
Perineum

Perineum terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. Jaringan yang membentuk perineum adalah diafragma pelvis dan urogenitale. Diafragma felvis terdiri dari muskulus levator ani dan muskulus koksigeus di bagian posterior. Diafragma urogenitale terletak di sebelah luar diafragma pelvis, yaitu di daerah segitiga antara tuberositas iskii dan simfisis pubis. Diafragma uregenitale terdiri dari muskulus perinealis transversalis profunda, muskulus kostriktor uretra dan selubung fasia interna dan eksterna.

Perineum dapat robek yang diakibatkan karena proses persalinan normal baik secara spontan maupun akibat tindakan episiotomi. Muskulus sfingter ani berdekatan dengan fourchette vagina posterior. Sehingga harus diperhatikan pada saat persalinan pervaginam yaitu robeknya sfingter ani eksternus dan internus. Kerusakan salah satu sfingter ani kemungkinan meningkatkan kejadian inkontinensia rekti.

Suplai darah ke perineum melalui arteri pudenda interna dan cabang-cabangnya. Cabang arteri pudenda interna meliputi arteri rektalis inferior dan arteri labialis posterior. Sedangkan persyarafan perineum melalui nervus pudendus dan cabang-cabangnya. Nervus pudendus berasal dari bagian S₂, S₃, dan S₄ medula spinalis (Cunningham *et al.*, 2018).

B. Organ Reproduksi Wanita Internal



Gambar 1.2 Genitalia Wanita Internal

Vagina

Vagina merupakan struktur tubular muskulomembranosa yang memanjang dari vulva ke uterus. Organ ini mempunyai banyak fungsi yaitu sebagai: 1) saluran keluarnya cairan atau darah menstruasi dari uterus; 2) organ kopulasi wanita; dan 3) bagian jalan lahir pada proses persalinan. Bagian atas vagina berasal dari ductus Mullerian, sedangkan bagian bawahnya terbentuk dari sinur urogenitalis. Di bagian posterior, antara bagian bawah vagina dan rectum, terdapat struktur yang membentuk septum rektovaginalis.

Panjang vagina bervariasi, dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain, masing-masing panjangnya 6 – 8 cm dan 7 – 10 cm. Bentuk vagina sebelah dalam berlipat-lipat disebut rugae, di bagian tengahnya terdapat bagian yang lebih keras disebut columna rugarum. Lipatan ini yang memungkinkan vagina melebar pada saat proses persalinan, sesuai fungsinya sebagai bagian lunak jalan lahir.

Vagina mendapat suplai darah dari: 1) sepertiga atas vagina disuplai oleh cabang-cabang serviko-vaginalis dari arteri uterine; 2) sepertiga tengah vagina oleh arteri vesikalis inferior; dan 3) arteri hemoroidales mediana dan arteri pudendus interna memberikan darah ke bagian sepertiga bawah vagina. Darah kembali melalui pleksus venosus mengikuti jalannya arteri dan bermuara ke vena iliaka interna. Aliran limfe dari sepertiga bawah vagina, yang juga berasal dari vulva, bermuara ke nodus limfatikus inguinalis, sedangkan yang berasal dari sepertiga tengah bermuara ke nodus iliaka interna dan yang berasal dari sepertiga atas bermuara ke nodus iliakus (Cunningham *et al.*, 2018).

Uterus

Merupakan organ genitalia interna wanita. Bentuknya seperti buah pir atau alpukat yang pipih. Bentuk dan ukuran uterus bervariasi dan sangat dipengaruhi usia dan riwayat persalinan. Sebelum pubertas panjangnya 2,5 – 3,5 cm, wanita nullipara panjangnya 6 – 8 cm dan pada wanita multipara panjangnya 9 – 10 cm. Berat uterus wanita yang belum melahirkan dengan yang sudah pernah melahirkan juga berbeda yaitu 50 - 70 gr pada wanita yang belum melahirkan, sedangkan pada wanita yang sudah pernah melahirkan berat uterus mencapai > 80 gram. Pada wanita setelah menopause, ukuran uterus berkurang sebagai konsekuensi dari atrofi myometrium dan endometrium (Cunningham *et al.*, 2018).

Uterus terdiri atas: 1) fundus uteri, 2) korpus uteri, dan 3)



serviks uteri. Pada bagian fundus uterus proksimal terdapat kedua tuba fallopii yang masuk ke uteri. Korpus uteri merupakan bagian terbesar dari uterus, pada kehamilan korpus uteri berfungsi sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat dalam korpus uteri disebut cavum uteri. Endometrium melapisi seluruh cavum uteri (Prawirohardjo, 2017). Dinding korpus uteri terdiri dari lapisan serosa, muskular dan mukosa (Cunningham *et al.*, 2018),

Sedangkan serviks uteri terdiri dari: 1) pars vaginalis servisis uteri disebut portio, 2) pars supravaginalis servisis uteri adalah bagian serviks yang berada di atas vagina. Saluran yang terdapat pada serviks uterus disebut kanalis servikalis, dan pintu bagian dalam kanalis servikalis disebut ostium uteri internum, dan pintu di vagina disebut ostium uteri eksternum.

Uterus secara histologis, terdiri dari tiga lapisan, yaitu: 1) lapisan endometrium yang terdapat di korpus uteri dan endoserviks, 2) lapisan otot polos disebut myometrium, dan 3) lapisan serosa yaitu peritoneum viserale. Uterus terapung-aung dalam rongga pelvis dikarenakan disokong oleh ligamentum sehingga terfiksasi dengan baik. Adapun ligamentum yang memfiksasi uterus adalah:

- 1) Ligamentum Mackenrodt, yakni ligamentum yang mencegah supaya uterus tidak turun.
- 2) Ligamentum sakro uterinum kiri dan kanan, yakni ligamentum yang menahan supaya uterus tidak banyak bergerak.
- 3) Ligamentum rotundum kiri dan kanan, yakni ligament yang menahan uterus antefleksi.
- 4) Ligamentum latum kiri dan kanan, yakni ligamentum yang meliputi tuba fallopii.
- 5) Ligamentum infundibulo-pelvikum, yakni ligamentum yang menahan tuba fallopii berjalan dari arah infundibulum ke dinding pelvis.

Tuba Fallopii

Saluran ovum atau tuba fallopii memiliki panjang bervariasi yaitu 8 - 14 cm dan ditutupi oleh peritoneum. Tuba fallopii terdiri dari: 1) pars interstisialis, bagian yang terdapat pada dinding uterus, 2) pars istmika merupakan bagian tuba yang sempit, 3) pars ampularis, bagian yang berbentuk saluran agak lebar, tempat terjadinya konsepsi, 4) infundibulum, merupakan bagian tuba yang terbuka ke arah abdomen dan mempunyai fimbria. Fimbria berfungsi menangkap sel telur untuk kemudian dimasukkan ke dalam tuba.



Ovarium

Ovarium melekat pada ligamentum latum melalui mesovarium. Ovarium ditutupi oleh peritoneum dan terdiri dari otot serta serat-serat jaringan ikat yang merupakan sambungan dari uterus. Ovarium terdiri dari dua bagian, yaitu korteks dan medulla. Ovarium berfungsi untuk perkembangan dan pelepasan ovum, serta sintesis dan sekresi hormone-hormon steroid. Ukuran ovarium bervariasi, pada usia reproduksi panjang ovarium 2,5 - 5 cm, lebar 1,5 - 3 cm, dan tebal 0,6 - 1,5 cm. Setelah menopause, ukuran ovarium sangat mengecil.

Diperkirakan pada wanita terdapat kira-kira 100.000 folikel primer. Tiap bulan satu folikel akan keluar, kadang dua folikel, yang dalam perkembangannya menjadi folikel de graaf. Folikel de graaf yang matang terdiri dari: 1) ovum, yakni sel telur; 2) stratum granulosum yang terdiri atas sel-sel granulosa, yakni sel-sel bulat kecil dengan inti yang jelas pada pewarnaan mengelilingi ovum; 3) teka interna; 4) teka eksterna.



GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI WANITA

Sistem reproduksi wanita adalah salah satu sistem di dalam tubuh wanita yang terdiri dari serangkaian organ yang terlibat dalam proses reproduksi atau perkembangbiakan, mulai dari siklus menstruasi, pembuahan, kehamilan hingga ke persalinan. Sistem reproduksi pada wanita sangat rapuh dibandingkan dengan pria, sehingga apabila terjadi ketidak seimbangan hormon saja akan berdampak pada fungsi dan kesehatannya. Gangguan sistem reproduksi merupakan suatu permasalahan dalam kesehatan reproduksi yang dapat menimbulkan infeksi, gangguan menstruasi, keganasan pada alat reproduksi wanita, dan penyakit lainnya. (*Common Reproductive Health Concerns That Every Women Should Be Aware Of*, n.d.)

Berikut ini gangguan sistem reproduksi yang sering menyerang wanita:

A. Endometriosis

Endometriosis di definisikan sebagai penyakit inflamasi ditandai dengan adanya kelenjar dan stroma endometrium berupa lesi di luar rahim (Parasar et al., 2017). Lesi dapat berupa superficial endometriosis, kista endometriosis dan deep infiltrating endometriosis. (Barra et al., 2018) Endometriosis terjadi pada 10% wanita usia reproduksi dan 50% wanita dengan subfertilitas (Murji et al., 2020). Endometriosis pada remaja ditandai dengan lesi peritoneal dan ovarium angiogenik dan hemoragik. Perkembangan endometriosis dalam pada usia lanjut menunjukkan bahwa endometriosis infiltrasi dalam (deep infiltrating endometriosis). Hipotesis lain adalah bahwa sel endometriosis telah mengalami perubahan genetik atau epigenetik dan perubahan spesifik tersebut menentukan perkembangan menjadi deep infiltrating endometriosis (Gordts S, Koninckx P, 2017). Meskipun tidak ada etiologi definitif dari endometriosis, ada beberapa hipotesis tentang bagaimana lesi endometriosis berkembang yaitu menstruasi retrograde, siklus dimana aliran balik darah menstruasi ke uterus, tuba fallopi, dan ke dalam rongga panggul. Aliran retrograde ini, bersama dengan potensi sirkulasi hematogen atau limfatik, dapat menyebabkan lesi jaringan endometrium di jaringan ektopik. Namun, menstruasi retrograde



umum nya sering terjadi pada wanita yang sedang menstruasi sedangkan endometriosis lebih jarang. Faktor lain yang mempengaruhi seperti lingkungan hormonal, inflamasi, dan imunologis.

Gejala

Gejala endometriosis bervariasi 70% dengan nyeri panggul kronis, nyeri pada saat menstruasi (dysmenorrhea), nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia), nyeri pada saat defekasi (dyschezia), nyeri saat kencing (dysuria). Tetapi gejala tersebut belum memastikan suatu endometrisis karena setiap gejala dapat disebabkan oleh penyebab yang lain dan ditemukan juga sejumlah endometriosis asimtomatis tanpa gejala biasanya disertai dengan infertilitas (Parasar et al., 2017).

Faktor risiko

1) Faktor klinis

Faktor risiko klinis endometriosis meliputi: infertilitas, siklus menstruasi pendek, durasi menstruasi yang lama, perdarahan menstruasi yang berat, menarche dini, riwayat keluarga endometriosis, anomali uterus obstruktif, indeks massa tubuh rendah, dan paparan dietil stilbestrol dalam rahim

2) Faktor genetik

Diketahui bahwa endometriosis erat kaitannya dengan faktor genetik. Namun, endometriosis mengikuti fokus multi-genetik dengan hereditas non-Mendel

3) Faktor lingkungan

Meskipun hubungan antara endometriosis dan paparan bahan kimia pengganggu endokrin telah dilaporkan baru-baru ini, tetapi mekanismenya belum terungkap secara pasti, dan penelitian lebih lanjut diperlukan

4) Faktor makanan

Studi antara endometriosis dan diet telah dilakukan hanya pada studi skala kecil atau studi kontrol pasien. Konsumsi alkohol, kafein, lemak dan daging merah, ham, dan merokok dapat meningkatkan risiko endometriosis, sedangkan konsumsi sayuran hijau dan buah-buahan menurunkan risiko (Hwang, n.d.).

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada endometriosis dimulai dengan pemeriksaan inspeksi pada vagina dengan menggunakan spekulum. Pada pemeriksaan dengan spekulum ini dapat ditemukan lesi proliferasif merah pada forniks posterior yang dapat berdarah jika terkena sentuhan. Selanjutnya pemeriksaan diteruskan dengan pemeriksaan bimanual dan palpasi rektovagina. Melalui pemeriksaan bimanual dapat dinilai ukuran, posisi, dan mobilitas dari uterus. Palpasi rektovagina diperlukan untuk palpasi ligamentum sakro uterina dan septum rektovagina untuk menemukan nodul endometriosis. Nyeri tekan lokal dan nodularitas ligamentum uterosakral dapat menjadi satu-satunya temuan pada pemeriksaan fisik yang mendukung diagnosis endometriosis. Nodularitas ligamen uterosakral dan rasa nyeri dapat merefleksikan penyakit aktif. Pemeriksaan yang dilakukan saat haid dapat meningkatkan peluang deteksi nodul endometriosis dan menilai nyeri. *Diagnosis Deep Infiltrating Endometriosis (DIE)* perlu dipertimbangkan apabila pada pemeriksaan klinis didapat indurasi atau nodul pada dinding rektovagina atau pada forniks posterior vagina (Hwang, n.d.).

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan rutin darah dan urin
2. USG transvaginal dan transabdominal
3. Laparaskopi dengan konfirmasi hasil histologis dari biopsi
4. Pemeriksaan patologi anatomi untuk menganalisa sampel. Hasil histologis endometriosis terdiri dari kelenjar endometrium, stroma, dan makrofag hemosiderin laden. Walaupun memiliki keterbatasan, stadium endometriosis dibagi berdasarkan luas, lokasi, kedalaman endometriosis, adhesi, serta ukuran endometrioma ovarium. American Society for Reproductive Medicine (ASRM) sistem skoring revised-AFS (r-AFS) membagi endometriosis menjadi:

Stadium I – Minimal, dengan skor 1-5

Stadium II – Ringan, dengan skor 6-15

Stadium III – Menengah, dengan skor 16-40

Stadium IV – Berat, dengan skor lebih dari 40 (RCOG, 2008)

Penanganan Endometriosis

1. Obat penghilang nyeri. Obat ini biasanya digunakan untuk meredakan sakit yang dialami ketika haid, namun pada kasus yang parah obat ini menjadi tidak efektif.
2. Terapi hormon. Mengonsumsi obat hormon bisa meredakan rasa nyeri dan menghambat pertumbuhan jaringan endometriosis. Terapi ini juga membantu menjaga perubahan hormon lebih teratur setiap bulan, sehingga dapat mencegah terjadinya pertumbuhan jaringan endometrium.
3. Kontrasepsi hormon. Metode pengobatan yang satu ini menurunkan tingkat kesuburan wanita dan mencegah pertumbuhan jaringan endometrium.
4. Penekan kadar estrogen/progesteron. Hormon estrogen diyakini sebagai salah satu pemicu terjadinya endometriosis. Salah satu penanganan penyakit ini ialah dengan mengonsumsi obat untuk mengurangi produksi estrogen. Obat ini juga mencegah menstruasi dan menciptakan menopause dini.
5. Bedah konservatif dengan Laparoskopi adalah teknik bedah yang lebih disukai karena risiko 40% lebih rendah dibandingkan laparotomi. Tujuan operasi adalah untuk menghilangkan lesi endometriosis sebanyak mungkin, mengembalikan anatomi normal dengan adhesiolisis dan mengoptimalkan ovarium, dan integritas tuba. Eksisi atau kistektomi lebih disukai daripada fenestration, drainase atau ablasi lapisan kista untuk pengobatan suatu endometrioma. (Gunawan, 2014)
6. Histerektomi (pengangkatan rahim). Operasi adalah jalan terakhir jika kondisi penderita tak kunjung membaik dengan perawatan sebelumnya atau malah bertambah parah. Operasi ini akan mengangkat rahim secara keseluruhan beserta indung telur yang memproduksi estrogen. Efek sampingnya, histerektomi akan membuat pasien tidak bisa punya anak selamanya.

B. Cervical Dysplasia

Displasia serviks adalah pertumbuhan yang tidak teratur dari lapisan epitel serviks. Ini adalah kondisi prakanker serviks yang dapat berkembang menjadi kanker serviks selama periode waktu tertentu, rata-rata 10-15 tahun. Displasia serviks khususnya lesi tingkat rendah mengalami regresi spontan secara signifikan, sehingga memungkinkan untuk dilakukan manajemen hamil dengan apusan



sitologi serial, Pada displasia serviks, sel abnormal tidak bersifat kanker, namun bisa berkembang menjadi kanker jika tidak tertangkap dini dan diobati (Olusola Aishat Mosuro, Ikeoluwa Ajayi, 2015).

Faktor resiko

- 1) Usia paling sering terjadi di bawah usia 30 tahun, namun dapat terjadi pada usia berapa pun saat mulai aktivitas seksual.
- 2) Aktivitas seksual dini sebelum usia 18 tahun
- 3) Memiliki banyak pasangan seksual
- 4) Memiliki pasangan yang memiliki banyak pasangan seks
- 5) Berhubungan seks dengan pria yang tidak disunat
- 6) Memiliki penyakit yang menekan sistem kekebalan tubuh terhadap obat imunosupresan
- 7) Melahirkan sebelum usia 16 tahun

Penyebab

Penyebab yang paling sering Displasia serviks oleh infeksi human papillomavirus (HPV), infeksi virus umum yang ditularkan melalui kontak seksual. faktor risiko penting untuk displasia serviks derajat tinggi adalah infeksi HPV yang persisten (Professional Pathology Services, 2011).

Gejala

1. Tanpa gejala, perubahan sel tidak terlihat oleh mata telanjang dan biasanya ditemukan saat pap smear, hasil tes Pap akan menunjukkan lesi intraepitel skuamosa (SIL). Hal Ini mengindikasikan kerusakan jaringan seluler atau displasia.
2. Terkadang terjadi perdarahan tidak normal
3. Dapat ditemukan apabila ada Infeksi Chlamydia dan Candida menyebabkan berbagai tingkat peradangan serviks dengan atau tanpa gejala cairan purulen berbau busuk, iritasi dan gatal-gatal

Pemeriksaan

1. Tes Pap yang dilakukan secara rutin diperlukan untuk mendiagnosis meskipun tes Pap saja dapat mengidentifikasi displasia serviks ringan, sedang, atau berat, tes lebih lanjut

- 
- seringkali diperlukan untuk menentukan tindak lanjut dan pengobatan yang tepat.
2. Kolposkopi, pemeriksaan serviks yang diperbesar untuk mendeteksi sel-sel abnormal sehingga dapat diambil biopsi
 3. Kuretase endoserviks, untuk memeriksa sel-sel abnormal di saluran serviks
 4. Biopsi kerucut atau prosedur eksisi bedah listrik loop (LEEP), yang dilakukan untuk menyingkirkan kanker invasif
 5. Tes DNA HPV, yang dapat mengidentifikasi jenis HPV penyebab kanker serviks (Oludare Elujoba et al., 2019)

Penanganan

1. Displasia ringan mungkin tidak segera diobati karena bisa sembuh tanpa pengobatan.
2. Krioterapi menggunakan teknik pembekuan untuk menghancurkan sel-sel abnormal.
3. LEEP (*Loop Electrosurgical Excision Procedure*) menggunakan elektroda kawat untuk memotong (menghilangkan) jaringan abnormal pada serviks. Jaringan ini kemudian dikirim ke laboratorium patologi untuk evaluasi dan diagnosis. Lokal anestesi digunakan sebelum pengobatan LEEP. Bercak ringan atau keputihan biasa terjadi selama 2-4 minggu setelah prosedur LEEP.
4. Perawatan laser menggunakan cahaya berintensitas tinggi yang menghasilkan panas; panasnya menguap jaringan abnormal. Laser dapat digunakan sebagai tambahan untuk LEEP. (Tang Center, 2014) (Ansorge, n.d.).

C. Uterine Fibroids

Uterine Fibroid atau leiomioma, adalah tumor jinak di dalam rahim dibentuk oleh kelebihan jaringan otot rahim normal dan bukan kanker pada wanita usia reproduksi. Prevalensi 80% pada wanita usia 50 tahun (Anderson, 2013). Fibroid jarang terjadi sebelum pubertas, peningkatan prevalensi selama tahun-tahun reproduksi, dan penurunan ukuran setelah menopause.

Faktor resiko

1. Keturunan, apabila dalam keluarga seorang ibu atau saudara perempuan menderita fibroid, maka kemungkinannya tinggi.
2. Usia terutama mereka yang mulai mengalami menstruasi sebelum usia 10 tahun
3. Ras wanita kulit hitam memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan wanita kulit putih, dengan gejala yang lebih parah, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka.
4. Asupan alkohol yang tinggi, tekanan darah tinggi, dan infeksi panggul meningkatkan kejadiannya (Gnahara, 2015)
5. Menarche lebih dini
6. Nulliparitas, wanita melahirkan pertama kali pada usia > 40 tahun
7. Lingkungan; Obesitas, diet rendah sayuran hijau, buah, susu, dan vitamin D, serta konsumsi alkohol dan merokok. (Marquardt et al., 2019)

Gejala

1. Tanpa gejala dan diketahui pada saat pemeriksaan rutin panggul dan Ultrasonografi
2. Perdarahan, biasanya perdarahan menstruasi yang berlebihan.
3. Ketidaknyamanan di perut bagian bawah
4. Disfungsi usus
5. Sering buang air kecil dan urgensi,
6. Retensi urin
7. Nyeri punggung bagian bawah
8. Konstipasi
9. Dispareunia

Pemeriksaan

Ultrasonografi transvaginal sebagai pencitraan awal yang direkomendasikan untuk diagnosis fibroid Rahim.

Penanganan (Laughlin-tommaso, 2014)

1. NSAID

2. Asam traneksamat
3. Hormon kontrasepsi (estrogen-progestin atau progestin saja)
4. alat kontrasepsi hormonal (IUD) yang dapat memberikan pengendalian kelahiran jangka panjang (kontrasepsi)
5. Ablasi endometrium
6. Histerektomi
7. Miomektomi,
8. Cryosurgery,
9. Embolisasi arteri uterina (UEA)

D. Gangguan Menstruasi

Menstruasi adalah perdarahan periodik yang disertai proses lepasnya lapisan fungsional endometrium yang diakibatkan karena terjadinya penurunan hormon steroid ovarium karena degenerasi korpus luteum. Interval antara periode menstruasi bervariasi sesuai usia, keadaan fisik dan emosi, serta lingkungan. Siklus menstruasi normal umumnya 24-38 hari. Gejala yang biasanya menyertai menstruasi antara lain; pembengkakan perut, perubahan emosi secara cepat, sakit kepala, kemerahan pada kulit akibat pelebaran kapiler kulit, nyeri pada perut. Usia normal terjadinya menstruasi pertama kali pada usia 12-13 tahun tetapi ada juga yang mulai pada usia dini 8 tahun atau lebih dari 13 tahun (Ratnawati, 2017).

Siklus Menstruasi ada 2 fase yaitu;

Fase 1: Fase Folikular, atau Proliferatif

Fase pertama dari siklus menstruasi adalah fase folikular atau proliferasi. Terjadi mulai hari ke-1 hingga hari ke-14 dari siklus menstruasi, berdasarkan durasi rata-rata 28 hari. Variabilitas panjang siklus menstruasi terjadi karena variasi panjang fase folikular. Hormon utama selama fase ini adalah estrogen, khususnya 17-beta-estradiol. Peningkatan hormon ini terjadi karena peningkatan regulasi reseptor FSH di dalam folikel pada awal siklus. Namun, saat fase folikular berlanjut hingga akhir, peningkatan jumlah 17-beta-estradiol akan memberikan umpan balik negatif ke hipofisis anterior. Tujuan dari fase ini adalah untuk menumbuhkan lapisan endometrium rahim. 17-beta-estradiol mencapai ini dengan meningkatkan pertumbuhan lapisan endometrium rahim, merangsang peningkatan jumlah stroma dan kelenjar, dan



meningkatkan kedalaman arteri yang memasok endometrium, arteri spiral.

Fase 2: Fase Luteal atau Sekretori

Fase berikutnya dari siklus menstruasi adalah fase luteal atau sekretori. Fase ini terjadi hari ke-14 sampai hari ke-28 dalam siklus. Progesteron yang dirangsang oleh LH adalah hormon dominan selama fase ini untuk mempersiapkan korpus luteum dan endometrium untuk kemungkinan implantasi ovum yang telah dibuahi. Saat fase luteal berakhir, progesteron akan memberikan umpan balik negatif ke hipofisis anterior untuk menurunkan kadar FSH dan LH dan, selanjutnya, kadar 17-beta-estradiol dan progesteron. Korpus luteum adalah struktur yang terbentuk di ovarium di tempat pecahnya folikel matang untuk menghasilkan 17-beta-estradiol dan progesteron, yang dominan pada akhir fase karena sistem umpan balik negatif. Endometrium mempersiapkan diri dengan meningkatkan suplai vaskularnya dan merangsang lebih banyak sekresi mukus. Hal ini dicapai dengan progesteron yang merangsang endometrium untuk memperlambat proliferasi endometrium, mengurangi ketebalan lapisan, mengembangkan kelenjar yang lebih kompleks, mengumpulkan sumber energi dalam bentuk glikogen, dan menyediakan lebih banyak area permukaan di dalam arteri spiralis. Selama fase proliferasi dan ovulasi, progesteron menurun dan mengentalkan lendir serviks sehingga tidak elastis sehingga sperma tidak lagi menjadi prioritas dan pembuahan tidak terjadi. Selanjutnya progesteron meningkatkan suhu hipotalamus, sehingga suhu tubuh meningkat selama fase luteal. Menjelang akhir fase sekretori, kadar plasma 17-beta-estradiol dan progesteron diproduksi oleh korpus luteum. Jika kehamilan terjadi, ovum yang dibuahi ditanamkan di dalam endometrium, dan korpus luteum akan bertahan dan mempertahankan kadar hormon. Namun, jika tidak ada ovum yang dibuahi yang berimplantasi, maka korpus luteum mengalami regresi, dan kadar serum 17-beta-estradiol dan progesteron menurun dengan cepat (Thiyagarajan DK, Basit H, 2021).

Gangguan yang terjadi pada saat menstruasi

1. Pre-menstrual syndrome (PMS)

Pre menstrual syndrome adalah kumpulan gejala yang muncul akibat terjadinya perubahan hormone dalam tubuh perempuan menjelang menstruasi. Gejala PMS mungkin dialami terus menerus dari ovulasi sampai menstruasi, hanya 7 hari sebelumnya



menstruasi, saat ovulasi selama 3 atau 4 hari, atau sesaat sebelum menstruasi (Fraser et al., 2011). Pada masa ini perempuan biasanya menunjukkan beberapa tanda dan gejalanya seperti retensi cairan, kembung, penambahan berat badan, nafsu makan meningkat, pembengkakan payudara dan nyeri tekan perut dan perubahan suasana hati, pusing dan depresi. Hampir 90 persen wanita mengalami Pre menstrual syndrome dan jarang terjadi pada masa remaja, dan paling sering terjadi pada wanita berusia 30-an dan 40-an. Gejala terjadi setelah ovulasi ketika kadar progesteron dan estrogen keduanya meningkat. Beberapa wanita berada pada kondisi terburuknya selama 24-48 jam pertama menstruasi dengan gejala yang mereda selama beberapa hari berikutnya.

Penanganan

1. Olah raga dan diet makanan untuk mengurangi kram pada perut. Jalan kaki sangat membantu untuk membantu meredakan ketegangan otot dan perut.
2. Mengurangi stres, membatasi alkohol dan kafein, dan berhenti merokok
3. Pil kontrasepsi oral kombinasi berfungsi untuk menghentikan terjadinya ovulasi
4. Pada kasus retensi cairan dan penambahan berat badan, diuretik tidak boleh digunakan. Namun ada beberapa yang menggunakan spironolactone untuk mengeluarkan kelebihan cairan. Digunakan dalam dosis rendah dan waktu yang tidak lama aman dan sangat efektif (Jarvis & Hargreaves, 2015).

2. Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD).

Gangguan menstruasi yang terjadi menjelang menstruasi atau kondisi pramenstruasi yang lebih parah dari biasanya yang biasa dikenal dengan istilah PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder). PMDD mempengaruhi sekitar 3-8 persen wanita. Meskipun PMDD, seperti PMS, mungkin termasuk gejala fisik yang melibatkan memburuknya suasana hati yang secara signifikan mengganggu kualitas hidup. Pada hari-hari sebelum menstruasi, seorang wanita dengan PMDD mungkin mengalami kemurungan atau kemarahan yang tampaknya tidak terkendali baginya (Moline et al., n.d.).

Penyebab PMDD sulit dipahami, namun konsensus umum adalah bahwa fluktuasi kadar hormon memengaruhi kimia otak yang



mengakibatkan gangguan suasana hati yang parah, seperti; Suasana hati yang sangat tertekan, perasaan putus asa, kecemasan, ketegangan, labilitas afektif, kemarahan atau lekas marah yang terus-menerus dan nyata atau konflik antarpribadi yang meningkat, penurunan minat pada aktivitas biasa, kesulitan dalam berkonsentrasi, mudah lelah, perubahan nafsu makan berlebihan, atau mengidam makanan tertentu, hipersomnia atau insomnia, gejala fisik lainnya, mis. nyeri payudara atau pembengkakan, sakit kepala, nyeri sendi atau otot, perut kembung, kecemasan dan depresi (Sundström Poromaa et al., 2003).

Penanganan

Tujuan pengobatan gangguan dysphoric pramenstruasi adalah pengurangan gejala dan peningkatan fungsi sosial dan pekerjaan, yang mengarah pada peningkatan kualitas hidup.

1. Perubahan gaya hidup dengan makanan yang seimbang dan teratur, sedikit namun sering, karbohidrat dan rendah garam, lemak, dan kafein, olahraga teratur, berhenti merokok, mengurangi alkohol, tidur teratur
2. Suplemen nutrisi, Vitamin B6, hingga 100 mg per hari, Vitamin E, hingga 600 IU per hari, Kalsium karbonat, 1.200 hingga 1.600 mg per hari, Magnesium, hingga 500 mg per hari, Tryptofan, hingga 6 g per hari
3. Penanganan nonfarmakologis dengan manajemen stres dan emosi, dukungan pasangan dan keluarga, edukasi tentang penyebab, diagnosis, dan pengobatan dari PMS/PMDD. (Subhash C.Bhatia, 2002)

3. Amenorrhea

Amenore didefinisikan sebagai kegagalan untuk mencapai menarche. Amenorrhea primer, yaitu kondisi yang terjadi pada wanita berusia 14–16 tahun yang tidak kunjung mengalami menstruasi walaupun sudah menunjukkan tanda-tanda pubertas.

Amenorrhea sekunder, yaitu kondisi yang terjadi pada wanita usia subur yang sudah pernah haid sebelumnya dan tidak sedang hamil, tetapi tidak mengalami menstruasi selama 3 siklus berturut-turut atau lebih. Amenore sekunder ditandai sebagai bila seorang wanita usia reproduktif yang pernah mengalami haid, tiba-tiba haidnya berhenti untuk sedikitnya tiga bulan berturut-turut.

P prevalensi amenorea sekunder sekitar 3-4% wanita usia reproduktif. (Suparman & Suparman, 2017)

Tabel 2.1 Penyebab terjadinya Amenorrhea (Klein & Poth, 2013), (Birmingham, 2008), (Speroff L, 2005), (Reindollar RH, 1986)

Major Causes of Amenorrhea			
Outflow tract	Pituitary	Hypothalamic	Other endocrine gland disorders
Congenital	Autoimmune disease	Eating disorder	Adrenal disease
Complete androgen resistance	Cocaine	Functional (overall energy deficit)	Adult-onset adrenal hyperplasia
Imperforate hymen	Cushing syndrome	Gonadotropin deficiency (e.g., Kallmann syndrome)	Androgen-secreting tumor
Müllerian agenesis	Empty sella syndrome	Infection (e.g., meningitis, tuberculosis, syphilis)	Chronic disease
Transverse vaginal septum	Hyperprolactinemia	Malabsorption	Constitutional delay of puberty
Acquired	Infiltrative disease (e.g., sarcoidosis)	Rapid weight loss (anycause)	Cushing syndrome
Asherman syndrome (intrauterine synechia)	Medications	Stress	Ovarian tumors (androgen producing)
Cervical stenosis	Antidepressants	Traumatic brain injury	Polycystic ovary syndrome (multifactorial)
Primary ovarian insufficiency	Antihistamines	Tumor	Thyroid disease
Congenital	Antihypertensives		Physiologic
Gonadal dysgenesis (other than Turner syndrome)	Antipsychotics		Breastfeeding
Turner syndrome or variant	Opiates		Contraception
Acquired	Other pituitary or central nervous system tumor		Exogenous androgens
Autoimmune destruction	Prolactinoma		Menopause
Chemotherapy or Radiation	Sheehan syndrome		Pregnancy

Pemeriksaan

1. Darah lengkap. Tes darah yang meliputi pemeriksaan hormon untuk memastikan ada tidaknya gangguan hormonal yang bisa menyebabkan terjadinya amenorrhea prolaktin, tiroid Tiroid stimulating hormone, estrogen, FSH (follicle-stimulating hormone), DHEA-S (dehydroepiandrosterone sulfate), atau testosterone, Estradiol, Kariotipe, Prolaktin
2. Tes kehamilan
3. Ultrasonografi , MRI Tes pemindaian dengan USG, CT scan, atau MRI, untuk melihat ada tidaknya kelainan pada organ reproduksi dan tumor pada kelenjar hipofisis (pituitary)

Penanganan

1. Pemberian obat dan terapi hormonal

Obat dan terapi hormonal diberikan untuk memicu siklus haid dan mengobati gangguan hormon. Beberapa jenis obat yang bisa diberikan untuk memicu siklus haid adalah pil KB, preparat atau obat yang mengandung progestogen, analog GnRH-a (gonadotropin releasing hormone analogue), atau bromocriptine.

2. Perubahan gaya hidup

Jika amenorrhea dipicu oleh gaya hidup yang tidak sehat, dokter akan menyarankan untuk menerapkan pola hidup sehat dengan melakukan beberapa hal berikut ini:

3. Menjaga berat badan ideal,

4. Mengelola stres

5. Rutin berolahraga

6. Mengonsumsi makanan yang bergizi

7. Beristirahat yang cukup

8. Operasi, dilakukan, jika amenorrhea disebabkan oleh tumor atau jaringan parut, dapat dilakukan operasi pengangkatan tumor atau jaringan parut (Klein & Poth, 2013).

4. Heavy menstrual Bleeding (Menoragia)

Menoragia adalah aliran menstruasi yang berlangsung lebih lama dan lebih berat dari biasanya. Terjadi pendarahan secara berkala (selama haid). Biasanya berlangsung lebih dari 7 hari dan wanita kehilangan jumlah darah yang berlebihan (lebih dari 80 mL). Menoragia sering disertai dengan dismenore karena mengeluarkan gumpalan besar bisa menyebabkan kram yang menyakitkan

Penyebab

1. Ketidakseimbangan hormon. Jika terjadi ketidakseimbangan hormon, endometrium berkembang secara berlebihan dan akhirnya keluar melalui perdarahan menstruasi yang berat. Sejumlah kondisi dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon, termasuk sindrom ovarium polikistik (PCOS), obesitas, resistensi insulin dan masalah tiroid.

- 
2. Disfungsi ovarium Jika indung telur tidak melepaskan sel telur (ovulasi) selama siklus menstruasi (anovulasi),
 3. Pertumbuhan jaringan non-kanker. Pertumbuhan jaringan jinak pada rahim dan kondisi yang menyebabkan pertumbuhan sel pada rahim yang abnormal dapat menyebabkan pendarahan menstruasi berlebihan seperti: fibroid rahim, polip rahim, dan adenomiosis.
 4. Komplikasi kehamilan, seperti; keguguran, kehamilan ektopik, dan luka operasi.
 5. Pertumbuhan jaringan kanker. Beberapa kondisi yang meningkatkan risiko terjadinya kanker berupa hiperplasia endometrium, serta kanker yang memengaruhi sistem reproduksi seperti kanker rahim dan kanker serviks.
 6. Obat-obatan. Beberapa obat atau terapi tertentu dapat menyebabkan perdarahan menstruasi berlebihan seperti obat pengencer darah (aspirin), terapi penggantian hormon, penggunaan Intrauterine devices (IUD), dll.

Gejala

1. Menstruasi yang deras sehingga harus mengganti lebih dari satu pembalut atau tampon setiap jam selama beberapa jam berturut-turut. Perlu mengganti pembalut atau tampon di malam hari.
2. Memiliki periode menstruasi yang berlangsung lebih dari 7 hari.
3. Menstruasi dengan gumpalan darah berukuran seperempat atau lebih besar.
4. Memiliki rasa sakit yang konstan di bagian bawah perut
5. Lelah, kurang energi, atau sesak napas

Pemeriksaan

1. Tes darah untuk melihat kemungkinan anemia, masalah dengan tiroid, atau masalah dengan pembekuan darah.
2. Pap smear untuk melihat adanya infeksi, peradangan, atau perubahan pada sel-sel yang mungkin menjadi kanker atau mungkin menyebabkan kanker.
3. Biopsi endometrium. Sampel jaringan diambil dari lapisan dalam rahim atau endometrium untuk mengetahui adanya kanker atau sel abnormal lainnya.

4. Ultrasonografi . (CDC, n.d.)

Penanganan

Terapi obat

1. Suplemen zat besi jika menunjukkan tanda-tanda anemia.
2. Ibuprofen untuk membantu mengurangi rasa sakit, kram menstruasi, dan jumlah perdarahan.
3. Pil KB. Untuk membantu membuat menstruasi lebih teratur dan mengurangi jumlah perdarahan.
4. Kontrasepsi intrauterin (IUC). Untuk membantu membuat menstruasi lebih teratur dan mengurangi jumlah perdarahan melalui alat pelepas obat yang ditempatkan ke dalam rahim.
5. Terapi hormon (obat yang mengandung estrogen dan/atau progesteron). Untuk mengurangi jumlah perdarahan.
6. Semprotan Hidung Desmopresin (Stimate®) untuk menghentikan pendarahan pada gangguan pendarahan tertentu, seperti penyakit von Willebrand dan hemofilia ringan, dengan melepaskan protein atau faktor pembekuan, yang disimpan di lapisan pembuluh darah yang membantu darah untuk membeku dan untuk sementara meningkatkan tingkat protein ini dalam darah.
7. Obat anti fibrinolitik (asam traneksamat, asam aminokaproat) untuk mengurangi jumlah perdarahan dengan menghentikan gumpalan agar tidak pecah. (CDC, n.d.)

Terapi Bedah

1. Dilatasi dan Kuretase (D&C). Prosedur di mana lapisan atas lapisan rahim diangkat untuk mengurangi perdarahan menstruasi. Prosedur ini mungkin perlu diulang dari waktu ke waktu.
2. Histeroskopi operatif. Prosedur pembedahan, menggunakan alat khusus untuk melihat bagian dalam rahim, yang dapat digunakan untuk membantu menghilangkan polip dan fibroid, memperbaiki kelainan rahim, dan mengangkat lapisan rahim untuk mengatur aliran menstruasi yang banyak.
3. Ablasi atau reseksi endometrium. Dua jenis prosedur pembedahan yang menggunakan teknik berbeda di mana seluruh atau sebagian lapisan rahim diangkat untuk mengontrol



perdarahan menstruasi. Sementara beberapa pasien akan berhenti mengalami periode menstruasi sama sekali, yang lain mungkin terus mengalami menstruasi tetapi aliran menstruasi akan lebih ringan dari sebelumnya. Meskipun prosedur ini tidak mengangkat rahim, prosedur ini bisa mengakibatkan tidak bisa hamil di kemudian hari.

4. Histerektomi. Operasi besar pembedahan pengangkatan seluruh rahim. Setelah menjalani prosedur ini, seorang wanita tidak bisa lagi hamil dan akan berhenti menstruasi.

E. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)

Sindrom Ovarium Polistik (SOPK) atau disebut juga dengan Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) adalah yang paling gangguan endokrin umum pada wanita reproduksi usia dengan perkiraan prevalensi antara 5% dan 24% dalam populasi yang berbeda (Dashti et al., 2016). PCOS ditandai dengan pembesaran ovarium, ketidakteraturan menstruasi, hiper androgensim dan gangguan system endokrin, salah satunya dengan adanya perubahan peningkatan sekresi LH, tetapi FSH bisa dalam batas normal atau lebih rendah, sehingga rasio LH/FSH juga akan meningkat (Maria Tri Setiati, Setyo dwi, 2021).

PCOS dikaitkan dengan obesitas, resistensi insulin, gangguan lipid, infertilitas ovulasi serta kanker endometrium. PCOS memiliki gejala utama, yaitu menstruasi yang tidak teratur, berupa amenore, oligo-amenore, dan anovulasi, dan hiperandrogenisme, yaitu hirsutisme, alopecia, dan jerawat. (Pastoor et al., 2018)(Dashti et al., 2016)(Zhao et al., 2019). Ciri PCOS dengan gangguan metabolisme sekunder obesitas, resistensi insulin dan dislipidemia menjadi faktor terbentuknya morbiditas psikologis penderita, sebab penderita merasa kurang feminin serta memelihara perasaan yang lebih depresi. Gangguan hormonal reproduksi sering ditemukan pada SOPK. Peningkatan fungsi lutheinizasi hormone (LH) merupakan faktor yang penting pada patofisiologi SOPK yang menyebabkan sel teka ovarium memproduksi hormon androgen berlebih sehingga terdapat keadaan hiperandrogenisme. Keadaan hiper androgenisme menyebabkan gangguan pada perkembangan folikel ovarium sehingga proses pematangan folikel terhambat. Kondisi ini menyebabkan pertumbuhan folikel terhenti pada ukuran diameter 2 – 9 mm dan menghasilkan gambaran ovarium polistik (Mustari et al., 2018).

Pemeriksaan

1. Tes darah, untuk memeriksa kadar hormon androgen, tes toleransi terhadap gula darah, dan kadar kolestrol yang sering kali meningkat pada penderita PCOS.
2. USG panggul, untuk memeriksa ketebalan lapisan rahim pasien dengan bantuan gelombang suara.

Penanganan

Pengobatan PCOS rumit dan bervariasi sesuai dengan gejala dan apakah wanita masih memiliki keinginan untuk mempunyai anak. Pada wanita yang ingin hamil, pengobatan lini pertama sebagai berikut;

1. Perubahan gaya hidup, dengan menurunkan berat badan dengan olahraga, diet sehat, batasi konsumsi makanan manis, perbanyak konsumsi serat, olahraga secara teratur diikuti oleh induksi ovulasi. Perubahan gaya hidup berkontribusi untuk mengoptimalkan tingkat keberhasilan dalam membangun kehamilan dan mengurangi tingkat komplikasi dengan menormalkan berat badan dan akibatnya resistensi insulin
2. Kombinasi pil KB dengan obat lain untuk mengontrol siklus menstruasi. Hormon estrogen dan progesteron dalam pil KB dapat menekan produksi hormon androgen dalam tubuh selama 10 - 14 hari selama 1 - 2 bulan. Penggunaan hormon ini dapat mengatur siklus haid yang terganggu.
3. Obat-obatan lain yang dapat digunakan untuk menormalkan kembali siklus haid dan membantu ovulasi adalah: Clomifene, Letrozole, Metformin
4. Spironolactone untuk menangkal efek androgen pada kulit, yaitu tumbuhnya rambut yang lebat dan jerawat.
5. Elektrolisis untuk menghilangkan rambut di tubuh dengan cara menghancurkan folikel rambut, namun tindakan ini harus dilakukan beberapa kali.

F. Mioma Uteri

Mioma uteri adalah tumor jinak otot polos uterus yang terdiri dari sel-sel jaringan otot polos, jaringan pengikat fibroid dan kolagen. Mioma adalah pertumbuhan massa di dalam rahim atau di luar rahim yang tidak bersifat ganas. Mioma berasal dari sel otot polos rahim,



dan pada beberapa kasus berasal dari otot polos pembuluh darah rahim. Sebanyak 20% kasus mioma muncul pada usia reproduksi atau usia subur, yang biasanya ditemukan secara tidak sengaja sewaktu pemeriksaan rutin. Sementara itu, sebanyak 40-50% kasus mioma tidak bergejala ditemukan pada wanita usia 35 tahun. Fibroid adalah kondisi umum yang mempengaruhi sekitar 20% wanita subur. Afrika Amerika lebih mungkin dibandingkan Kaukasia untuk mengembangkan penyakit, seperti juga wanita yang berusia di atas 30 tahun, kelebihan berat badan atau obesitas, atau tidak pernah melahirkan (Healthgrades, n.d.). Mioma dapat dikatakan sebagai penyebab gangguan kesuburan pada sebanyak 27% wanita. Mioma dapat menyebabkan keguguran dan menjadi salah satu alasan tindakan operasi pengambilan rahim (histerektomi) terbesar. Jika terjadi komplikasi, mioma dapat menjadi ganas yang disebut leimiosarkoma.

Faktor resiko

1. Usia penderita. Kebanyakan wanita mengalami mioma pada usia 40-an.
2. Hormon estrogen memiliki peran dalam pembentukan mioma.
3. Usia menarche sebelum usia 10 tahun cenderung lebih rentan mengalami mioma.
4. Riwayat keluarga. Jika wanita memiliki keluarga yang menderita mioma, maka risiko untuk menderita mioma naik 2,5 kali dibandingkan mereka yang tidak memiliki garis keturunan penderita mioma.
5. Ras. Ternyata ras Afrika-Amerika mempunyai kemungkinan menderita mioma 2,9 kali lebih tinggi dibandingkan wanita Kaukasia.
6. Berat badan. Suatu studi menyebutkan bahwa wanita mendapat kemungkinan menderita mioma sebesar 21% untuk setiap kenaikan 10 kg berat badan, yang diikuti dengan peningkatan indeks massa tubuh.
7. Diet. Peningkatan konsumsi daging merah diyakini dapat menaikkan risiko mioma. Sebaliknya, konsumsi sayuran hijau bisa menurunkan risikonya.
8. Kehamilan. Wanita yang sudah pernah memiliki anak cenderung lebih jarang mengalami mioma.
9. Merokok.



Sebagian besar kasus mioma uteri tanpa gejala, sehingga kebanyakan penderita tidak menyadari adanya kelainan pada uterusnya. Diperkirakan hanya sekitar 20% - 50% dari tumor ini yang menimbulkan gejala klinik, terutama perdarahan menstruasi yang berlebihan, infertilitas, abortus berulang, dan nyeri tekan pada massa tumor (Mustari et al., 2018).

Gejala yang sering dialami penderita antara lain;

1. Menstruasi dalam jumlah banyak.
2. Perut terasa penuh dan membesar.
3. Nyeri panggul kronik yang berkepanjangan dan tak kunjung sembuh. Nyeri bisa muncul saat menstruasi, setelah berhubungan seksual, atau ketika terjadi penekanan pada panggul. Rasa nyeri ini terjadi karena terpuntirnya mioma yang bertangkai, pelebaran leher rahim akibat desakan mioma, atau kematian sel dari mioma.
4. Gangguan berkemih. Terjadi akibat ukuran mioma yang besar kemudian menekan saluran kemih, sehingga menyebabkan frekuensi kemih yang cukup sering.
5. Konstipasi. Gejala ini terjadi karena ukuran mioma menekan bagian bawah usus besar, yang mengakibatkan sulitnya BAB.
6. Keluarnya mioma melalui leher rahim. Biasanya disertai dengan gejala nyeri hebat sehingga menyebabkan luka, dan ada kemungkinan terjadi infeksi.
7. Penimbunan cairan di rongga perut

Penanganan

1. USG. Pemeriksaan fisik dan USG harus diulangi setiap 6-8 minggu untuk mengawasi pertumbuhan mioma, baik ukuran maupun jumlah. Jika pertumbuhan stabil maka pasien diobservasi setiap 3 - 4 bulan.
2. Terapi hormonal. Pengobatan terapi hormonal dapat ditempuh dengan menggunakan preparat progestin atau gonadotropin-releasing hormone (GnRH). Preparat tersebut akan memproduksi efek hipoestrogen yang memiliki hasil memuaskan untuk terapi mioma.
3. Miektomi. Cara lainnya adalah melalui miektomi (operasi pengambilan mioma). Miektomi akan dipertimbangkan apabila seorang wanita masih berusia muda dan masih ingin memiliki



anak lagi. Kemungkinan untuk pertumbuhan mioma lagi setelah miomektomi berkisar 20-25%.

4. Histerektomi. Cara ini akan dipertimbangkan pada wanita yang sudah tidak menginginkan anak lagi, nyeri yang tidak kunjung sembuh, dan mengalami pertumbuhan mioma yang berulang (meski sudah melakukan operasi).

PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN IMUNOLOGI

A. Penyakit Menular Seksual (PMS)

Menurut BKKBN (2005) Penyakit Menular Seksual adalah infeksi yang ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui hubungan seksual, terkadang PMS bisa terjadi hanya saling menyentuh genetalia yang terinfeksi. PMS berarti suatu infeksi atau penyakit yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual (oral, anal atau lewat vagina). PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin atau infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual.

Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit atau jamur, yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra seksualnya. PMS dapat menyebabkan infeksi alat reproduksi yang baru dianggap serius, bila tidak segera diobati secara tepat infeksi dapat menjalar, mengakibatkan sakit yang berkepanjangan, kemandulan bahkan kematian. Wanita lebih beresiko untuk terkena PMS lebih besar daripada laki-laki sebab mempunyai alat reproduksi yang lebih rentan (Sjaiful, 2011).

Penyakit Menular Seksual (PMS) ini meliputi:

1. Sifilis

Definisi



Gambar 3.1 Sifilis pada alat kelamin pria dan wanita (Euerle, 2015)



Sifilis adalah penyakit kelamin infeksius yang disebabkan oleh bakteri spirocheta *Treponema pallidum*. Sifilis ditularkan melalui kontak seksual dengan lesi infeksius, dari ibu ke janin *in utero*, melalui transfusi produk darah, dan kadang-kadang melalui luka di kulit yang bersentuhan dengan lesi infeksius (Euerle, 2015).

Epidemiologi

Pada tahun 2000, tingkat sifilis primer dan sekunder di Amerika Serikat rendah di sepanjang waktu (2,1 kasus per 100.000 orang). Tingkat infeksi sifilis primer dan sekunder meningkat 15,2% antara tahun 2006-2007, dari 3,3 menjadi 3,8 kasus per 100.000 orang (CDC, 2007).

Sifilis ini sebagian besar terjadi pada pria. Pria yang berhubungan seks dengan pria sangat terpengaruh. Namun, peningkatan tingkat infeksi selama dekade yang lalu juga telah dijumpai pada wanita, serta pada semua kelompok usia dan etnis termasuk orang Asia, kulit hitam, Hispanik, dan kulit putih. Selain itu, CDC baru-baru ini melaporkan peningkatan 23% pada sifilis kongenital di Amerika Serikat dari 8,2 kasus per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 10,1 kasus per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2008 (Mattei PL, 2012).

World Health Organization (WHO) memperkirakan di seluruh dunia ditemukan sekitar 12 juta kasus baru sifilis setiap tahunnya, antara lain di Asia Selatan dan Tenggara sebanyak 4 juta kasus, Afrika sub-Sahara sebanyak 4 juta kasus, serta Amerika Latin Karibia sebanyak 3 juta kasus (Permata, 2011).

Penelitian Departemen Kesehatan (DepKes) terhadap WPS di 7 Kota besar di Indonesia pada tahun 2003 dan 2005 mendapatkan rerata prevalensi sifilis masing-masing sebesar 11,5% dan 8,7%. Mengingat banyaknya kasus sifilis laten tanpa gejala (98,6%) dan tanpa tanda (99%), maka sebagian besar WPS tidak akan mencari pengobatan, dengan demikian rantai penularan akan terus berlanjut dan penyakit semakin berkembang dalam tubuh (Permata, 2011).

Etiologi

Etiologi sifilis adalah infeksi dengan bakteri spirocheta *T pallidum*. *T pallidum* adalah pathogen manusia dan tidak secara alami muncul pada spesies lain (Euerle, 2015).

T pallidum adalah bakteri spiral yang rapuh dengan panjang 6-15 mikrometer dan diameter 0,25 mikrometer. Ukurannya yang



kecil membuatnya tak terlihat dengan mikroskop cahaya. Oleh karena itu, ia harus diidentifikasi dengan gerakan bergelombang yang khas pada mikroskop lapangan gelap. Ia dapat bertahan hidup hanya sebentar di luar tubuh. Dengan demikian, transmisi hamper selalu memerlukan kontak langsung dengan lesi infeksius (Euerle, 2015).

Transmisi *T pallidum* terjadi melalui penetrasi spirocheta melalui membrane mukosa dan abrasi pada permukaan epitel. Ia terutama menyebar melalui kontak seksual, tetapi dapat menyebar dengan paparan produk darah dan ditransfer *in utero*. *T pallidum* adalah organisme labil yang tidak dapat bertahan dengan pengeringan atau paparan desinfektan; dengan demikian, transmisi *fomite* (misalnya dari kursi toilet) hampir tidak mungkin (Euerle, 2015).

Faktor resiko sifilis meliputi:

- Hubungan seks tanpa kondom, seks bebas dan penggunaan narkoba suntik
- Petugas kesehatan
- Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (Patton, 2013).

Patogenesis

Sifilis diakibatkan oleh infeksi bakteri berbentuk pembuka botol, *Treponema pallidum*. Inokulasi awal terjadi melalui abrasi yang dapat terlihat atau mikroskopis pada kulit atau membran mukosa yang dapat dihasilkan dari kontak seksual. Masa inkubasi rata-rata sifilis (waktu dari paparan hingga perkembangan sifilis primer) adalah 3 minggu tetapi dapat selama 3 bulan dan paling cepat 9-10 hari (Cherneskie, 2006).

Beberapa organisme yang berinokulasi berkumpul di lokasi entri, berpoliferasi dan mensensitisasi limfosit dan makrofag, yang menghasilkan perkembangan lesi sifilis primer atau "*chancre*" (lesi dermatologi yang berprogresi dari macula menjadi papul hingga ulkus) biasanya tetap tanpa nyeri, yang menunjukkan indurasi dan dasar non-purulen. *Chancre* multipel dijumpai pada hingga 40% dari kasus sifilis primer. *Chancre* sembuh secara spontan, biasanya tanpa bekas luka, dalam waktu 1-6 minggu, yang menandai akhir stadium primer (Cherneskie, 2006).

Setelah penyebaran hematogen, erupsi kulit dan membrane mukosa generalisata atau lokal dapat terjadi, yang sering disertai dengan limfadenopati generalisata dan gejala konstitusional, yang menandakan terjadinya sifilis sekunder. Lesi sifilis sekunder umumnya terjadi 3 - 6 minggu setelah munculnya ulkus primer, namun hingga sepertiga pasien dengan tanda-tanda sifilis sekunder memiliki lesi primer yang masih dijumpai pada saat diagnosis. Ruam sifilis sekunder memiliki penampilan yang spesifik (makular, papular atau kombinasi), dengan lesi yang biasanya nonpruritik yang tersebar pada tubuh dan ekstremitas dan melibatkan telapak tangan juga kaki (lesi diskrit, bersisik, berbentuk oval) pada lebih dari separuh kasus (Cherneskie, 2006).

Manifestasi Klinis

Jika tidak diobati, ia berprogresi melalui 4 stadium: primer, sekunder, laten dan tersier (Euerle, 2015).

Tabel 3.1 Stadium, perjalanan waktu dan manifestasi sifilis (Mattei, 2012)

Stadium	Waktu	Manifestasi	
		Sering	Jarang
Primer	10 - 90 hari	Ulkus (chancere)	Limfadenopati lokal
Sekunder	1 - 3 bulan	Artralgia, kondilomalata, kelelahan, limfadenopati generalisata. Sakit kepala, eksantema makulopapular/ papulokusumosa, mialgia, faringitis	Sifilis annular, iritis, sifilis pustular, demam, alopecia sifilis, sifilis ulseronodular
Laten awal	Setelah stadium primer dan sekunder, 1 tahun atau kurang dari tanpa gejala	Tidak ada	Tidak ada
Laten akhir	Lebih dari 1 tahun tanpa gejala	Tidak ada	Tidak ada
Tersier	Beberapa bulan hingga beberapa tahun	Neurosifilis lambat	Sifilis kardiovaskular, sifilis gumatosa

Diagnosis

Pasien yang diduga menderita sifilis biasanya di skrining dengan uji non-treponema, termasuk uji Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) dan Rapid Plasma Reagin (RPR). Uji ini menjadi positif dalam waktu tiga minggu dari perkembangan ulkus primer, sehingga pasien dapat memiliki uji non-treponema yang negative di awal infeksi. Secara umum, hanya 30-40% pasien yang di diagnosis dalam stadium primer. Ini mungkin karena lokasi infeksi primer yang kecil, sulit untuk dilihat atau tidak diperhatikan. Walaupun ulkus bisa terjadi dalam satu minggu setelah paparan, antibody immunoglobulin M memakan waktu dua hingga tiga minggu untuk dapat terdeteksi. Selama jeda waktu ini, mikroskop lapangan gelap adalah alat yang sangat berharga untuk memvisualisasikan langsung pathogen dari cairan ulkus. Namun, metode ini memerlukan peralatan khusus dan teknisi yang berpengalaman (Mattei, 2012).

Pasien dengan uji RPR atau VDRL yang positif harus menjalani uji Treponema spesifik, seperti uji absorpsi antibody troponema fluoresens atau uji aglutinasi partikel *T. pallidum* untuk mengkonfirmasi infeksi *T. pallidum*. Pasien dengan uji VDRL atau RPR yang negative dan memiliki indikator klinis yang kuat dari sifilis primer harus menjalani serologi non-treponema ulangan dalam 2 minggu. Orang dengan sifilis yang terkontaminasi harus diuji untuk HIV (Workowski, 2010).

Penatalaksanaan

Rencana untuk pengobatan sifilis, seperti yang dirinci oleh CDC, masih relatif masih tidak berubah dalam beberapa tahun terakhir dan terus bervariasi menurut stadium infeksi. Sifilis primer, sekunder dan laten awal dapat diobati dengan dosis tunggal intramuscular 2,4 juta unit penisilin G benzatin. Pemeberian terapi yang lebih lama dari 2,4 juta unit penisilin G benzatin intramuscular setiap minggu selama tiga minggu direkomendasikan untuk sifilis laten, tersier, atau jika durasi infeksi tidak diketahui. Neurosifilis membutuhkan 3-4 juta unit aqueous crystalline penicillin G intravena setiap 4 jam selama 10 sampai 14 hari (Workowski, 2010).

Komplikasi

Komplikasi sifilis adalah sebagai berikut (Euerle, 2015):

- Penyakit kardiovaskular
- Penyakit SSP

- Glomerulonephritis membranosa
- Paroxysmal cold hemoglobinuria
- Kerusakan end-organ ireversibel
- Pengrusakan oleh gumma

Prognosis

Pasien yang didiagnosis sifilis primer atau sekunder (tanpa keterlibatan auditorik/neurologis/okular), prognosinya baik setelah pengobatan yang tepat. T pallidum masih sangat responsif terhadap penicillin dan kesembuhan adalah memungkinkan (Eeurle, 2015).

Untuk pasien yang didiagnosis dengan sifilis tersier, prognosinya kurang optimis. Dua puluh persen dari pasien yang tidak diobati dengan sifilis tersier meninggal akibat penyakit, meskipun sejumlah besar pasien menunjukkan kesembuhan dengan terapi antibiotic. Dengan terapi yang memadai, 90% pasien dengan neurosifilis mengalami respon klinis (Eeurle, 2015).

Secara keseluruhan prognosis untuk sifilis tersier tergantung pada durasi dan tingkat aktivitas penyakit, bersama dengan upaya sebelumnya untuk mengobati penyakit. Misalnya prognosis untuk penyakit simptomatik lanjut pada sifilis kardiovaskular adalah buruk, kecuali diobati dengan dosis tinggi penisilin IV. Sebaliknya, pada pasien dengan neurosifilis yang dipersulit oleh atrofi optik dan kebutaan, kemampuan mendapatkan penglihatan kembali tetap buruk meskipun dengan upaya penicillin dosis tinggi (Eeurle, 2015).

2. Gonorea

Pengertian Gonorea



Gambar 3.2 Gonorea pada alat kelamin pria dan Wanita (Wiliams, 2010)



Kencing nanah atau gonorea adalah salah satu penyakit menular seksual. Pada pria, gonorea akan menimbulkan gejala berupa keluarnya nanah dari penis. Selain itu, penderita gonore akan merasakan perih saat buang air kecil (Martodihardjo, 2008).

Berbeda dengan gonorea pada pria, jika terjadi pada wanita gonore bisa tidak menimbulkan gejala. Penyakit gonore dapat sembuh dalam beberapa hari, jika diberikan pengobatan yang tepat dan segera (Wiliams, 2010).

Gonorea merupakan penyakit kelamin yang bersifat akut yang pada permulaan keluar nanah dari orifisium uretra estemum sesudah melakukan hubungan kelamin. Gonorea juga merupakan infeksi menular seksual tertua yang pernah dilaporkan dalam beberapa literatur.

Gonorea disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*, bakteri yang dapat tumbuh dan berkembang biak dengan mudah di daerah lembab, hangat, dari saluran reproduksi, termasuk serviks (membuka rahim), uterus (rahim), dan tabung fallopi (saluran telur) pada wanita, dan diuretra (saluran urin) pada wanita dan laki-laki. Bakteri juga dapat di mulut, tenggorokan, mata, dan anus (Martodiharjo, 2008).

Epidimiologi

Gonorea terdapat dimana mana di seluruh dunia dan merupakan penyakit kelamin yang terbanyak dewasa ini. Tidak ada imunitas bawaan maupun setelah menderita penyakit. Juga tidak ada perbedaan mengenai kekebalan antara berbagai suku bangsa atau jenis kelamin atau umur. Diperkirakan setiap tahun tidak kurang dari 25 juta kasus baru ditemukan di dunia. Beberapa strain kuman gonokok yang resisten terhadap penisilin, quinolone dan antibiotik lainnya telah ditemukan beberapa tahun yang lalu dan membawa persoalan dalam pengobatan, telah tersebar di beberapa negara (Wiliams, 2010).

Etiologi

1) Morfologi

Neisseria gonorrhoea merupakan kuman kokus garam negatif, berukuran 0,6 sampai 1,5, berbentuk diplokokus seperti biji kopi dengan sisi yang datar berhadapan. Kuman ini tidak motil dan tidak membentuk spora.

2) Mikrobiologi

Dengan mikroskop elektron, dinding n, gonorea terlihat mempunyai komponen permukaan yang diduga berperan pada patogenesis virulensinya. Komponen permukaan tersebut mulai dari lapisan dalam keluar dengan susunan:

1. Membran sitoplasma

Menghasilkan beberapa enzim seperti suksinat dehidrogenase, laknat dehidrogenase, NADH dehidrogenase dan ATP.

2. Lapisan peptidoglikan

Mengandung asam amino seperti pada kuman gaaraam negatif lainnya.

3. Membran luar (dinding sel)

Terdiri dari beberapa komponen yang penting:

a. Lapisan polisakarida

Lapisan ini memegang peran dalam virulensi dan patogenesis kuman N. Gonorrhoea

b. Pill

Merupakan bagian dalam dinding sel gonokokus yang menyerupai rambut, berbentuk batang dan terdiri dari subunit protein sekitar 1.800 dalton.

c. Protein

Yang terdiri dari:

- Porin protein (por)
- Opacit protein (opa)
- Reduction modifiable protein (RMP)
- H.8 protein

d. Lipo oligasakarida

Semua glikosa mengekspresikan LOS pada permukaan selnya. Komponen ini berperan dalam menginfeksi sel epitel, dengan cara memproduksi endotoksin yang menyebabkan kematian sel mukosa.

e. Ig A1 protease

Komponen ini berperan dalam inaktivasi pertahanan imun mukosa.

3) Genetik dan heterogenitas antigen

Gonococci telah mengembangkan mekanisme perpindahan yang dimulai dari bentuk antigen pilin, opa atau lipopolisakarida ke bentuk anti gen yang lain dari molekul yang sama perpindahan tersebut membuat suatu tempoat untuk setiap gonococci, sebuah perubahan yang sangat cepat bagi bakteri. Karena pilin dan opa adalah antiengen yang terdapat pada permukaan gonococci, mereka berperan penting dalam respon kekebalan terhadap infeksi (Martodiharjo, 2008).

Patogenesis

Gonococci menampilkan beberapa tipe morfologi dari koloninya, tetapi hanya bakteri terpilih yang tampak virulen. Gonococci menyerang membran selaput lendir dari saluran genitourinaria, mata, rectum dan tenggorokan, menghasilkan nanah yang akut yang mengarah ke invaginasi jaringan, hal yang diikuti dengan inflammasi kronis dan fibrosis. Pada pria, biasanya terjadi peradangan uretra (uretritis), nanah berwarna kuning dan kental, disertai rasa sakit jika kencing (Martiasutik, 2008).

Gejala Gonorea

Gejala dan tanda pada pasien laki laki dapat muncul 2 hari setelah pajanan dan mulai dengan uretritis, diikuti oleh sekret purulen, disuria dan sering berkemih serta malese. Sebagian besar laki-laki akan memperlihatkan gejala dalam 2 minggu setelah inokulasi oleh organisme ini. Pada beberapa kasus laki-laki akan segera berobat karena gejala yang mengganggu.

Pada perempuan, gejala dan tanda timbul dalam 7-21 hari, dimulai dengan sekret vagina. Pada pemeriksaan, serviks yang terinfeksi tampak esematosa dan rapuh dengan drainase mukopurulen dari ostium. Perempuan yang sedikit atau tidak memperlihatkan gejala menjadi sumber utama penyebaran infeksi dan beresiko mengalami penyulit. Apabila tidak diobati maka tanda dan gejala infeksi meluas biasanya mulai timbul dalam 10-14 hari. Tempat penyebaran tersering pada perempuan adalah pada uretra dengan gejala uretritis, disuria, dan sering berkemih. Pada kelenjar bartholin dan skene menyebabkan pembengkakan dan nyeri. Infeksi yang menyebar ke daerah endometrium dan tuba falopii menyebabkan pendarahan abnormal pada vagina, nyeri punggung dan



apdomen dan gejala-gejala PID progresif apabila tidak diobati (Wiliams, 2010).

Infeksi ekstragenetal yang bersifat primer atau skunder lebih sering ditemukan karena perubahan perilaku seks. Infeksi gonore di fereng sering asimtomik tetapi dapat juga menyebabkan faringitis dengan eksudat mukopurulen, demam, dan limfadenopati leher. infeksi gonore pada perianus biasanya menimbulkan rasa tidak nyaman dan gatal ringan atau menimbulkan ekskoriasi dan nyeri perianus serta sekret mukopurulen yang melapisi tinja dan rektum.

Secara umum gejala yang biasa timbul adalah sebagai berikut:

- Keluarnya cairan hijau dan kekuningan pada vagina
- Demam
- Muntah-muntah
- Rasa gatal dan sakit pada anus serta sakit ketika buang air besar, umumnya terjadi bagi wanita dan homoseksual yang melakukan anal seks dengan pasangan yang terinfeksi
- Rasa sakit pada sendi
- Munculnya ruam pada telapak tangan
- Sakit pada tenggorokan (pada orang yang melakukan oral seks dengan pasangan yang terinfeksi)

Gejala khusus yang sering terlihat pada pria, wanita dan bayi yang terinfeksi bakteri neisseria gonorrhoeae sebagai berikut (Martiasutik, 2008):

a. Pada Pria

1) Uretritis

Yang paling sering dijumpai adalah uretritis anterior akut dan dapat menjalar ke proksimal selanjutnya mengakibatkan komplikasi lokal, asendens dan diseminata. Keluhan subjektif berupa rasa gatal dan pan as dibagian distal uretra di sekitar orifisium uretra ekstemum, kemudian disurui, polalisuruan, keluar dari tubuh dari ujung uretra yang terkadang disertai darah dan perasaan nyeri saat eraksi.

2) Tysonitis

Infeksi biasanya terjadi pada penderita dengan preputium yang sangat panjang dan kebersihan yang kurang baik. Diagnosis dibuat jika ditemukan butir pus atau pembengkakan pada



daerah frenulum yang nyeri tekan. Bila duktus tertutup akan timbul abses dan merupakan sumber infeksi laten.

3) Prostatitis

Ditandai dengan perasaan tidak enak pada daerah preneum dan suprapubulis, malese, demam nyeri kencing sampai hematurin, spasma otot uretra sehingga terjadi retensi urin, tenesmus ani, sulit buang air besar dan obstipasi. Bila prostatitis menjadi kronik gejalanya ringan dan intermiten, tetapi kadang-kadang menetap. Terasa tidak enak pada perineum bagian dalam dan rasa tidak enak bila duduk terlalu lama.

b. Pada wanita

1) Uretritis

Gejala utama ialah disurui terkadang poliuria. Pada pemeriksaan, orifisium uretra eksternum tampak merah, edematosa dan terdapat sekret mukopurulen.

2) Bartholinitis

Labium mayor pada sisi yang terkena membesar, merah, dan nyeri tekan. Kelenjar bartholin membesar, terasa nyeri sekali bila penderita berjalan dan penderita sukar duduk. Bila saluran kelenjar tersumbat dapat timbul abses dan dapat pecah melalui mukosa atau kulit. Kalau tidak diobati menjadi rekuren atau menjadi kista.

c. Pada janin dan bayi baru lahir

1) Pembengkakan pada kedua kelopak matanya dan dari matanya keluar nanah

2) Penyakit sistematis seperti meningitis dan arthritis sepsis pada bayi yang terinfeksi pada proses persalinan

3) Ophthalmia neonatorum yang disebabkan oleh gonococci, yaitu suatu infeksi mata pada bayi yang baru lahir yang didapat selama bayi berada dalam saluran lahir yang terinfeksi. Conjunctivitis inisial dengan cepat dapat terjadi dan bila tidak diobati dapat menimbulkan kebutaan. Untuk mencegah ophthalmia neonatorum tetracycline atau erythromycin ke dalam kantung conjunctiva dari bayi yang baru lahir banyak dilakukan.

Diagnosa Gonorea

Bila fasilitas pengobatan, tangan medis dan laboratorium tersedia, maka untuk diagnose uretritis tidak cukup hanya dengan pemeriksaan klinis, tetapi harus diikuti pemeriksaan bakteriologis, di sini pemeriksaan bakteriologis meliputi pemeriksaan dengan hapusan dan biak untuk identifikasi dan tes kepekaan antibiotic. Dengan cara pengecekan gram dari hapusan ini nilainya cukup tinggi. pada wanita selain pemeriksaan dengan gram, harus diikuti dengan biaknya oleh karena dengan hanya kemungkinan ditemukan kuman gonokok yang lebih kecil di samping kemungkinan keliru dengan flora lain vagina (Martodihardjo, 2008).

Beberapa macam pemeriksaan laboratorium untuk deteksi neisseria gonorea:

- a. Pemeriksaan langsung dengan pewarnaan gram tampak kuman kokus bebasang pasangan terletak didalam dan diluar sel darah putih (polimorfonuklir). Pemeriksaan ini berguna pada kasus gonore yang bersifat sumtomitis
- b. Pemiakan dengan pbenihan thyer marthin akan tampak kolon berwarna putih dan keabuan, mengkilap dan cembung. Pemiakan dengan media kultur ini sangat perlu terutama pada kasus kasus yang bersifat asim tomis
- c. Enzyme immunoassay merupakan cara deteksi anti engine gonokosa dari sekret genetal, namun sensitivitasnya masih redah dari metode kultur
- d. Polimeresa chain reaction (PCR) identifikasi gonokokus dengan PCR saat ini telah banyak digunakan di beberapa Negara maju, dengan banyak sensitivitas dan spesifilitas yang tinggi, bahkan dapat digunakan dari sample urine.

Uji laboratorium diagnostic **diantaranya:**

1) Spesimen

Nanah dan sekresi di ambil dari uretra, cerfix, reetrum, conjunctiva, tenggorokan, atau cairan, sinopial untuk dibuat kultur dan hapusan. Kultur darah diperlukan pada penyakit sistemik, tetapi system kultur special sangat membantu, karena gonococci sensitive terhadap polyactonal sulponate pada media kultur darah standard.

2) Smear

Smear dari uretra atau exsudat dari endocervix yang diberi pewarnaan garam akan menampilkan banyak diplokokus di



dalam sel nanahnya, kultur dari exsudat uretra pria tidak perlu lagi bila hasil pewarnaannya positif, namun kultur harus dilakukan bila exsudat uretral nya berasal dari wanita.

3) Kultur

Sesaat setelah pengumpulan nanah, atau selaput lendir, dipindahkan kedalam media seletip yang telah di perkaya dan inkubasi pada atmosfer yang mengandung 5% CO₂ pada suhu 37C.

4) Serologi

Aerum dan cairan genetal yang mengandung anti body IgG dan IgA bekerja melawan piligonococi, membrane protein paling luar dan LPS. Beberapa IgM dari serum manusia bersifat bakterisidal terhadap gonococci pada percobaan invitro.

Pengobatan Gonorea

Pada semua tipe gonore, pengobatan harus dilakukan dengan tidak lanjut yang berulang, termasuk pembiakan dari tempat yang terkena. Karena penyakit penyakit yang ditularkan secara seksual lainnya dapat diperoleh pada saat yang sama, langkah langkah diagnostic juga harus dilakukan.

Karena pengguna penicillin yang sudah meluas, restitensigonococi terhadap penicillin juga meningkat namun karena seleksi kromosom yang bermutasi, maka banyak strain membutuhkan penicillin G dalam konsentrasi tinggi yang dapat menghambat pertumbuhan gonococci (Wiliams, 2010).

Pencegahan Gonorea

- Tidak melakuka hubungan seksual baik vaginal, annal dan oral dengan orag yang terinfeksi
- Pemakaian kondom dapat mengurangi tetapi tidak dapat menghilangkan sama sekali resiko penularan penyakit ini
- Hindari hubungan seksual sampai pengobatan antibiotic selesai.
- Sarankan juga pasangan seksual kita untuk diperiksa guna mencegah infeksi lebih jauh dan mencegah penularan
- Pengendalian penyakit menlar seksual ini adalah dengan meningkatkan keamanan kontak sex dengan menggunakan upaya pencegahan (Murtiastutik, 2008).

3. Kondiloma Akuminata

Pengertian

Virus alami dari genital warts, Venereal warts, verruca vulgaris, jengger ayam, kutil kelamin pertama kali dikenal tahun 1907 oleh Ciuffo. Dengan berkembangnya teknik biologi molekuler, Human Papillomavirus (HPV) diidentifikasi sebagai penyebab kondiloma akuminata (Brunner, 1996).

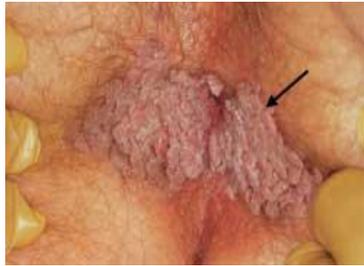
Kondiloma adalah kutil yang berlokasi di area genital (uretra, genital dan rektum). Kondiloma merupakan penyakit menular seksual dan berpengaruh buruk bagi kedua pasangan. Masa inkubasi dapat terjadi sampai beberapa bulan tanpa tanda dan gejala penyakit. Biasanya lebih banyak selama masa kehamilan dan ketika terjadi pengeluaran cairan yang berlebihan dari vagina. Meskipun sedikit, kumpulan bunga kol bisa berkembang dan sebagai akibatnya adalah akumulasi bahan – bahan purulen pada belahan – belahan, biasanya berbau tidak sedap warnanya abu – abu, kuning pucat atau merah muda (Siregar, 2004).

Kondiloma akuminata merupakan tonjolan – tonjolan yang berbentuk bunga kol atau kutil yang meruncing kecil yang bertumbuh kembang sampai membentuk kelompok yang berkembang terus ditularkan secara seksual. Kondiloma akuminata dijumpai pada berbagai bagian penis atau biasanya didapatkan melalui hubungan seksual melewati liang rectal disekitar anus, pada wanita dijumpai pada permukaan mukosa pada vulva, serviks, pada perineum atau di sekitar anus.

Kondiloma sering kali tampak rapuh atau mudah terpecah, bisa tersebar multifocal dan multisentris yang bervariasi baik dalam jumlah maupun ukurannya. Lesinya bisa sangat meluas sehingga dapat menguasai penampakan normal dan anatomi pada genitalia. Daerah tubuh yang paling umum adalah frenulum, korona, glans pada pria dan daerah introitus posterior pada wanita (Price, 2010).

Condyloma accuminatum [Kondiloma akuminata] juga dikenal sebagai (Begum, 2005):

1. Kutil kelamin
2. Kutil kemaluan
3. Kutil genital (kutil genitalia)
4. Genital warts
5. Veruka akuminata
6. Venereal wart
7. Jengger ayam



Gambar 3.3 Gambar Kondiloma Akuminata (Begum, 2005)

Epidemiologi

- Ras : tidak ada perbedaan
- Jenis Kelamin : pria 13%, wanita 9%, pernah mengidap kondiloma akuminata
- Umur : kebanyakan wanita aktif seksual dibawah usia 25 tahun

Karena penyakit ini tidak dilaporkan dari spesialis lain atau praktek umum, maka peningkatan substansial pada jumlah kasus baru sepanjang dekade terakhir dan tingkat kejadian sekarang kira – kira telah 2 kali lebih banyak dari laporan kejadian sebelumnya. Dewasa ini kutil kelamin adalah penyakit PMS viral yang paling umum, 3 kali banyaknya dari herpes genital dan tingkat kejadian hanya dilampaui oleh GO dan infeksi chlamydia (Siregar, 2004).

Etiologi

Virus DNA golongan Papovavirus, yaitu: Human Papilloma Virus (HPV). HPV tipe 6 dan 11 menimbulkan lesi dengan pertumbuhan (jengger ayam). HPV tipe 16, 18, dan 31 menimbulkan lesi yang datar (flat). HPV tipe 16 dan 18 sering berhubungan dengan karsinoma genitalia (kanker ganas pada kelamin) (Price, 2010).

Gejala Dan Tanda Yang Sering Muncul

- Kondiloma akuminata sering muncul disaerah yang lembab, biasanya pada penis, vulva, dinding vagina dan dinding serviks dan dapat menyebar sampai daerah perianal
- Berbau busuk
- Warts/kutil memberi gambaran merah muda, flat, gambaran bunga kol

- Pada pria dapat menyerang penis, uretra dan daerah rektal. Infeksi dapat dormant atau tidak dapat dideteksi, karena sebagian lesi tersembunyi didalam folikel rambut atau dalam lingkaran dalam penis yang tidak disirkumsisi.
- Pada wanita condiloma akuminata menyerang daerah yang lembab dari labia minora dan vagina. Sebagian besar lesi timbul tanpa simptom. Pada sebagian kasus biasanya terjadi perdarah setelah coitus, gatal atau vaginal discharge
- Ukuran tiap kutil biasanya 1 - 2 mm, namun bila berkumpul sampai berdiameter 10,2 cm dan bertangkai. Dan biasanya ada yang sangat kecil sampai tidak diperhatikan. Terkadang muncul lebih dari satu daerah.
- Pada kasus yang jarang, perdarahan dan obstruksi saluran kemih jika virus mencapai saluran uretra
- Memiliki riwayat kehidupan seksual aktif dengan banyak pasangan (Begum, 2005).

Patofisiologi

HPV merupakan kelompok virus DNA double-strand. Sekitar 30 jenis HPV dapat menginfeksi traktus anogenital. Virus ini menyebabkan lokal infeksi dan muncul sebagai lesi kondiloma papilomatous. Infeksi HPV menular melalui aktivitas seksual.

Papiloma virus bersifat epiteliotropik dan reflikasinya tergantung dari adanya epitel skuamosa yang berdeferensiasi. DNA virus dapat ditemui pada lapisan bawah epitel, namun struktur protein virus tidak ditemukan. Lapisan basal sel yang terkena ditandai dengan batas yang jelas pada dermis. Lapisan menjadi hiperplasia (akantosis), pars papilare pada dermis memanjang (Begum, 2005).

Kondiloma akuminata dibagi dalam 3 bentuk:

1. Bentuk akuminata

Terutama dijumpai pada daerah lipatan dan lembab. Terlihat vegetasi bertangkai dengan permukaan berjonjot seperti jari. Beberapa kutil dapat bersatu membentuk lesi yang lebih besar sehingga tampak seperti kembang kol. Lesi yang besar ini sering dijumpai pada wanita yang mengalami fluor albus dan pada wanita hamil, atau pada keadaan imunitas terganggu.

2. Bentuk papul

Lesi bentuk papul biasanya didapati di daerah dengan keratinisasi sempurna, seperti batang penis, vulva bagian lateral, daerah perianal dan perineum. Kelainan berupa papul dengan permukaan yang halus dan licin, multipel dan tersebar secara diskret.

3. Bentuk datar

Secara klinis, lesi bentuk ini terlihat sebagai makula atau bahkan sama sekali tidak tampak dengan mata telanjang, dan baru terlihat setelah dilakukan tes asam asetat. Dalam hal ini penggunaan kolposkopi sangat menolong.

Faktor-Faktor Resiko

1. Aktivitas Seksual

Kondiloma akuminata atau infeksi HPV sering terjadi pada orang yang mempunyai aktivitas seksual yang aktif dan mempunyai pasangan seksual lebih dari 1 orang (multiple). Winer et al., pada penelitiannya menunjukkan bahwa mahasiswi-mahasiswa yang sering bergonta-ganti pasangan seksual dapat terinfeksi HPV melalui pemeriksaan DNA. Wanita dengan lima atau lebih pasangan seksual dalam lima tahun memiliki resiko 7,1% mengalami infeksi HPV (anogenital warts) dan 12,8% mengalami kekambuhan dalam rentang waktu tersebut. Pada penelitian yang lebih luas, WAVE III yang melibatkan wanita berusia 18-25 tahun yang memiliki tiga kehidupan seksual dengan pasangan yang berbeda berpotensi untuk terinfeksi HPV.

2. Penggunaan Kontrasepsi

Penelitian pada 603 mahasiswa yang menggunakan alat kontrasepsi oral ternyata menunjukkan adanya hubungan terjadinya infeksi HPV pada serviks. Namun hubungan pasti antara alat kontrasepsi oral dengan angka kejadian terjadinya kondiloma akuminata masih menjadi perdebatan di dunia.

3. Merokok

Hubungan antara merokok dengan terjadinya kondiloma akuminata masih belum jelas. Namun pada penelitian ditemukan adanya korelasi antara terjadinya infeksi HPV pada serviks dengan penggunaan rokok tanpa filter (cigarette) dengan cara pengukuran HPV DNA.



PSK di Spanyol yang berumur 25 tahun ke atas dan tidak merokok mempunyai risiko yang rendah untuk terjadinya KA (OR 0,33; 95% CI: 0,17 – 0,63) dibandingkan pada PSK berumur < 25 tahun dan merokok (OR 2,28; 95% CI: 1,36 – 3,8) 7. Minerud (2006) memaparkan bahwa kebiasaan merokok pada penderita HIV positif berisiko 3,9 kali lebih besar terinfeksi KA.

4. Kehamilan

Penyakit ini tidak mempengaruhi kesuburan, hanya pada masa kehamilan pertumbuhannya makin cepat, dan jika pertumbuhannya terlalu besar dapat menghalangi lahirnya bayi dan dapat timbul perdarahan pasca persalinan. Selain itu dapat juga menimbulkan kondiloma akuminata atau papilomatosis laring (kutil pada saluran nafas) pada bayi baru lahir.

5. Imunitas

Kondiloma juga sering ditemukan pada pasien yang immunocompromised (misal: HIV). Imunitas tubuh berperan dalam pertahanan tubuh terhadap HPV. Imunitas tubuh yang rendah berisiko 1,99 kali lebih besar (95% CI: 1,17 – 3,37) untuk terinfeksi KA. Imunitas tubuh terhadap KA dapat juga diperoleh dari vaksin HPV, namun efektifitas vaksin HPV ini masih dalam tahap penelitian

Komplikasi

KA merupakan IMS yang berbahaya karena dapat menyebabkan terjadinya komplikasi penyakit lain yaitu:

a. Kanker serviks

Lama infeksi KA meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks. Moscicki, 2001 melaporkan bahwa risiko tertinggi terkena kanker serviks adalah pada kasus infeksi KA selama 1 – 2 tahun (RH 10,27; 95% CI : 5,64 – 18,69).

b. Kanker genital lain

Selain menyebabkan kanker serviks, KA juga dapat menyebabkan kanker genital lainnya seperti kanker vulva, anus dan penis 4-7.

c. Infeksi HIV

Seseorang dengan riwayat KA lebih berisiko terinfeksi HIV 7.

d. Komplikasi selama kehamilan dan persalinan



KA selama masa kehamilan, dapat terus berkembang membesar di daerah dinding vagina dan menyebabkan sulitnya proses persalinan. Selain itu, kondisi KA dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh, sehingga terjadi transmisi penularan KA pada janin secara tenggorokannya 4,6.

Kondiloma Selama Kehamilan

a. Kehamilan dan kondiloma acuminata/HPV

Wanita yang terpapar HPV selama kehamilan memiliki kekhawatiran bahwa virus ini akan membahayakan bayi mereka. Dalam kebanyakan kasus HPV tidak mempengaruhi perkembangan janin.

b. Pengaruh kondiloma selama kehamilan

Jika seorang wanita terpapar kondiloma selama kehamilan, maka kondiloma akan cepat berkembang, kemungkinan karena terjadi pengeluaran cairan vagina berlebih yang membuat lingkungan yang baik untuk virus, perubahan hormonal atau penurunan kekebalan tubuh.

c. Pengaruh kondiloma acuminata/HPV terhadap bayi

HPV tidak mempengaruhi kehamilan dan kesehatan bayi secara langsung. Resiko transmisi virus ini terhadap bayi sangat rendah.

Jika bayi terpapar virus saat kehamilan atau saat melahirkan maka transmisi ini bisa menyebabkan terjadinya perkembangan wart/kutil pada korda vokalis dan kadang pada daerah lain pada infan atau anak-anak. Kondisi ini disebut recurrent respiratory papillomatous (RRP), hal ini sangat berbahaya, namun hal ini sangat jarang terjadi.

d. Pengaruh kondiloma acuminata bagi persalinan

Menurut Sinal, Woods (2005), melahirkan melalui jalan lahir dari vagina yang terinfeksi dapat menyebabkan lesi (semacam luka) di pernafasan bayi. Kutil kelamin memang ditularkan ke bayi baru lahir atau pasangannya, dan ada kemungkinan untuk berulang (kambuh)

Diagnosa Banding

Papul dan nodul pseudoverrucous adalah suatu kondisi yang dapat dilihat berkaitan dengan ureterostomi dan pada daerah



perianal yang berkaitan dengan defekasi yang tidak dapat ditahan juga bisa menyerupai kondiloma acuminata. Papul – papul yang terdapat didaerah anogenital seperti molusca dan skintag (Brunner, 1996).

- Veruka vulgaris yang tidak bertangkai, kering dan berwarna abu-abu atau sama dengan warna kulit.
- Kondiloma latum atau sifilis stadium II, klinis berupa plak yang erosi,
- Karsinoma sel skuamosa vegetasi yang seperti kembang kol mudah berdarah dan berbau.

Penatalaksanaan

Karena virus infeksi HPV sangat bersifat subklinis dan laten, maka tidak terdapat terapi spesifik terhadap virus ini, maka perawatan diarahkan pada pembersihan kulit – kulit yang tampak dan bukan pemusnahan virus. Pemeriksaan adalah lesi yang muncul sebelum kanker serviks adalah sangat penting bagi pasien wanita yang memiliki lesi klinis atau riwayat kontak. Perhatian pada pribadi harus ditekankan karena kelembaban mendukung pertumbuhan kutil (Price, 2010).

a. Kemoterapi

1. Podophylin

Podophylin adalah resin yang diambil dari tumbuhan dengan kandungan beberapa senyawa sitotoksik yang rasionya tidak dapat dirubah. Podophylino yang paling aktif adalah podophylotoksin. Jenis ini mungkin terdiri atas berbagai konsentrasi 10 – 25 % dengan senyawa benzoin tincture, spirit dan parafin cair yang digunakan adalah tingtur podofilin 25 %, kulit di sekitarnya dilindungi dengan vaselin atau pasta agar tidak terjadi iritasi setelah 4 – 6 jam dicuci. Jika belum ada penyembuhan dapat diulangi setelah 3 hari, setiap kali pemberian tidak boleh lebih dari 0,3 cc karena akan diserap dan bersifat toksik. Gejala toksik ialah mual, muntah, nyeri abdomen gangguan alat napas dan keringat kulit dingin. Pada wanita hamil sebaiknya jangan diberikan karena dapat terjadi kematian fetus. Respon pada jenis perawatan ini bervariasi, beberapa pasien membutuhkan beberapa sesi perawatan untuk mencapai kesembuhan klinis, sementara pasien – pasien yang lain menunjukkan respon yang kecil dan jenis perawatan lain harus dipertimbangkan.

2. Podofilytocin

Ini merupakan satu bahan aktif resin podophylin dan tersedia sebanyak 0,5 % dalam larutan eatnol. Ini merupakan agen anti mitosis dan tidak disarankan untuk penggunaan pada masa kehamiolan atau menyusui, jenis ini lebih aman dibandingkan podophylin apilkasi mandiri dapat diperbolehkan pada kasus – kasus keluhan yang sesuai

3. Asam Triklorasetik (TCA)

Ini agent topikal alternatif dan seringkali digunakan pada kutil dengan konsentrasi 30 – 50 % dioleskan setiap minggu dan pemberian harus sangat hati – hati karena dapat menimbulkan ulkus yang dalam. Bahan ini dapat digunakan pada masa kehamilan.

4. Topikal 5-Fluorourasil (5 FU)

Cream 5 Fu dapat digunakan khususnya untuk perawatan kutil uretra dan vulva vagina, konsentrasinya 1 – 5 % pemberian dilakukan setiap hari sampai lesi hilang dan tidak miksi selama pemberian. Iritasi lokal buakn hal yang tidak bisa.

5. Interferon

Meskipun interferon telah menunjukkan hasil yang menjanjikan bagi verucciformis dan infeksi HPV anogenital, keefektifan bahan ini dalam perawatan terhadap kutil kelamin masih dipertanyakan. Terapi parentral dan intra lesional terhadap kutil kelamin dengan persiapan interferon alami dan rekombinasi telah menghasilkan tingkat respon yang berkisar antara 870 – 80 % pada laporan – laporan awal. Telah ditunjukkan pula bahwa kombinasi IFN dengan prosedur pembedahan ablatif lainnya menghasilkan tingkat kekambuhan (relapse rate) dan lebih rendah. Efek samping dari perlakuan inerferon sistemik meliputi panyakit seperti flu dan neutropenia transien

b. Non Farmakologis

Obat Kutil pada kelamin (Kutil Kondiloma pada pria / Kutil Jengger Ayam pada wanita). Penggunaan: Bubuk WARTS POWDER dicampur dengan air hangat dan dioleskan pada bagian yang sakit, secara teratur 2x sehari. Tidak pedih, ampuh dan aman karena terbuat dari bahan-bahan alami.

c. Terapi pembedahan

1. Kuret atau Kauter (Elektrokauterisasi)

Kuret atau Kauter (Elektrokauterisasi) dengan kondisi anastesi lokal dapat digunakan untuk pengobatan kutil yang resister terhadap perlakuan topikal munculnya bekas luka parut adalah salah satu kekurangan metode ini.

2. Bedah Beku (N₂, N₂O cair)

Bedah beku ini banyak menolong untuk pengobatan kondiloma akuminata pada wanita hamil dengan lesi yang banyak dan basah.

3. Laser

Laser karbodioksida efektif digunakan untuk memusnahkan beberapa kutil – kutil yang sulit. Tidak terdapat kekhawatiran mengenai ketidakefektifan karbodioksida yang dibangkitkan selama prosedur selesai, sedikit meninggalkan jaringan parut.

4. Terapi Kombinasi

Berbagai kombinasi terapi yang telah dipergunakan terhadap kutil kelamin yang membandel, contohnya kombinasi interferon dengan prosedur pembedahan, kombinasi TCAA dengan podophylin, pembedahan dengan podophylin. Seseorang harus sangat berhati – hati ketika menggunakan terapi kombinasi tersebut dikarenakan beberapa dari perlakuan tersebut dapat mengakibatkan reaksi yang sangat serius.

Prognosis

Kondiloma akuminata dapat memberikan prognosis baik dengan perawatan yang teliti dengan memperhatikan higiene serta jaringan parut yang timbul sangat sedikit. Pengaruh terhadap kehamilan, perkembangan kehamilan, janin sangat minimal.

Pencegahan

Penyakit 'Condiloma Akuiminata' merupakan salah satu penyakit menular seksual yang sering dikeluhkan masyarakat. Oleh karena itu cara pencegahannya dilakukan berdasarkan program IMS (Infeksi Menular Seksual).

1. Pencegahan Primer

- Perubahan perilaku memperbaiki gaya hidup seksual yang terkesan 'bebas' dan 'cuek' ke arah yang lebih memperhatikan kesehatan pasangan masing – masing.
- Setia hanya pada 1 pasangan
- Tanggap dan segera periksa ke rumah sakit atau puskesmas bila terjadi hal yang abnormal di sekitar genitalia untuk menghindari kondisi yang parah
- Akses kondom dan pengadaannya
- Membiasakan penggunaan kondom saat berhubungan seksual

2. Pencegahan sekunder

- Layanan IMS

Pemerintah daerah atau pusat sebaiknya membuat suatu lembaga yang bisa melayani masyarakat terkait penyakit-penyakit IMS (Infeksi Menular Seksual).

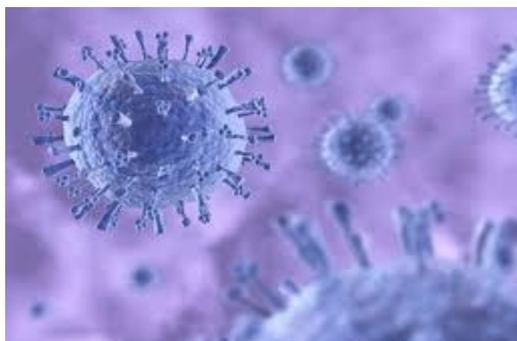
B. Imunologi

1. Evolusi Imunologi

Keberadaan organisme, baik tumbuhan maupun hewan dan manusia selalu dihadapkan dengan bahaya yang mengancam dari luar. Mungkin hanya dipertahankan untuk berbagai tujuan sebagai berikut:

1. Kompetensi untuk hidup. Seperti halnya dengan manusia berbagai spesies berkompetensi untuk ruang dan makanan yang terbatas di lingkungan luarnya sendiri.
2. Melindungi diri dari asimilasi. Organisme sederhana dapat berfungsi menjadi satu dengan mudah. Spesies yang lebih agresif dapat mengasimilasi populasi yang kurang agresif atau lemah. Pada manusia hal itu terlihat pada kembar siam yang merupakan hasil dari fusi partial embrio. Sering terjadi bahwa satu bayi menjadi dominan terhadap yang lain. Tanpa disadari, kembar yang satu akan berusaha mengasimilasi yang lain dan menghalaunya sedangkan yang lain akan menjadi lebih lemah.
3. Melindungi kerusakan organ dan membantu perbaikan misalnya luka karena benda tajam.

4. Melindungi diri dari invasi bakteri dan parasit yang mungkin merupakan ancaman terbesar untuk manusia.
5. Regulasi integritas. Varian atau mutan terjadi oleh kontaminasi virus dan modifikasi oleh bahan kimia. Sel membagi diri tidak sempurna sehingga terjadi duplikasi DNA. Sel varian mungkin hanya mengambil ruang dan makanan, tetapi sel tersebut dapat berpoliferasi tanpa kontrol, menjadi neoplasma dan mengancam integrasi pejamu. Ancaman punah merupakan tekanan evolusi yang terutama berperan dalam perkembangan sistem imun (Arifah, 2017).



Gambar 3.4 Gambar Sel Imunitas (Arifah, 2017)

2. Defenisi Imunitas

Imunitas adalah resistensi terhadap penyakit terutama infeksi. Gabungan sel, molekul dan jaringan yang berperan dalam resistensi terhadap infeksi disebut system imun. Reaksi yang dikoordinasi sel-sel, molekul-molekul dan bahan lainnya terhadap mikroba disebut respon imun. Sistem imun diperlukan tubuh untuk mempertahankan keutuhannya terhadap bahaya yang dapat ditimbulkan berbagai bahan dalam lingkungan hidup (Karnen, 2012).

Mikroba dapat hidup ektrakurikuler, melepas enzim dan menggunakan makanan yang banyak mengandung gizi yang diperlukan. Mikroba lain menginfeksi sel penjamu dan berkembang biak intraseluler dengan menggunakan sumber energy sel penjamu. Baik mikroba ektrakurikuler maupun intraseluler dapat menginfeksi subyek lain, menimbulkan penyakit dan kematian, tetapi banyak juga yang tidak berbahaya bahkan berguna untuk penjamu (Arifah, 2017).

3. Pembagian Sistem Imun

Sistem imun dapat dibagi menjadi sistem imun alamiah (non spesifik/ *natural*), sistem imun yang didapat (spesifik/ *acquired*).

Sistem Imun Nonspesifik

Imunitas nonspesifik fisiologik berupa komponen normal tubuh, selalu ditemukan pada individu sehat dan siap mencegah mikroba masuk tubuh dengan cepat menyingkirkannya. Jumlahnya dapat ditingkatkan oleh infeksi, misalnya jumlah sel darah putih meningkat selama fase akut pada banyak penyakit. Disebut nonspesifik karena tidak ditunjukkan terhadap mikroba tertentu, telah ada dan siap berfungsi sejak lahir. Mekanismenya tidak menunjukkan spesifitas terhadap bahan asing dan mampu melindungi tubuh terhadap banyak patogen potensial. System tersebut merupakan pertahanan terdepan dalam menghadapi serangan berbagai mikroba dan dapat memberikan respon langsung (Karnen, 2012).

a. Pertahanan Fisik/Mekanik

Dalam sistem pertahanan fisik atau mekanik, kulit, selaput lender, silia saluran napas, batuk dan bersin merupakan garis pertahanan terdepan terhadap infeksi. Keratinosis dan lapisan epidermis kulit sehat dan epitel mukosa yang utuh tidak dapat ditembus kebanyakan mikroba. Kulit yang rusak akibat luka bakar dan selaput lendir saluran napas yang rusak akibat asap rokok akan meningkatkan resiko infeksi. Tekanan oksigen yang tinggi di paru bagian atas membantu hidup kuman obligat aerob seperti tuberculosis.

b. Pertahanan Biokimia

Kebanyakan mikroba tidak dapat menembus kulit yang sehat, namun beberapa dapat masuk tubuh melalui kelenjar sebaceous dan folikel rambut. pH asam keringat dan sekresi sebaceous, berbagai asam lemak yang dilepas kulit mempunyai efek denaturasi terhadap protein membran sel sehingga dapat mencegah infeksi yang dapat terjadi melalui kulit. Lisozim dalam keringat, ludah, air mata dan air susu ibu, melindungi tubuh terhadap berbagai kuman positif-gram oleh karena dapat menghancurkan lapisan peptidoglikan dinding bakteri. Air susu ibu juga mengandung laktooksidasi dan asam neuraminik yang mempunyai sifat antibacterial terhadap *E. coli* dan stafilokok. Saliva mengandung enzim seperti laktooksidase yang merusak dinding sel mikroba dan menimbulkan kebocoran



sitoplasma dan juga mengandung antibodi serta komplemen yang dapat berfungsi sebagai opsonim dalam lisis sel mikroba.

Asam hidroklorida dalam lambung, enzim proteolitik, antibodi dan empedu dalam usus halus membantu menciptakan lingkungan yang dapat mencegah infeksi banyak mikroba. pH yang rendah di dalam vagina, spermin dalam semen dan jaringan lain dapat mencegah tumbuhnya bakteri positif-gram. Pembiasan dalam urin dapat menyingkirkan kuman pathogen. Laktoferin dan transferin dalam serum mengikat besi yang merupakan metabolit esensial untuk hidup beberapa jenis mikroba seperti pseudomonas.

Bahan yang sekresi mukosa saluran napas (enzim dan antibodi) dan telinga berperan dalam pertahanan tubuh secara biokimiawi. Mucus yang kental melindungi sel epitel mukosa dapat menangkap bakteri dan bahan lainnya yang selanjutnya dikeluarkan oleh gerakan silia. Polusi, asap rokok, alkohol dapat merusak mekanisme tersebut sehingga memudahkan terjadinya infeksi oportunistik.

Sistem Imun Spesifik

Berbeda dengan sistem imun non spesifik, system imun spesifik memiliki kemampuan untuk mengenal benda yang dianggap asing bagi dirinya. Benda asing yang pertama kali terpajan dengan tubuh segera dikenal oleh sistem imun spesifik. Paparan tersebut menimbulkan sensitasi, sehingga antigen yang sama dan masuk tubuh untuk kedua kali akan dikenal lebih cepat dan kemudian dihancurkan. Oleh karena itu, sistem tersebut disebut spesifik. Untuk menghancurkan benda asing yang berbahaya bagi tubuh, sistem imun spesifik dapat bekerja tanpa bantuan sistem imun nonspesifik. Namun pada umumnya terjalin kerjasama yang baik antara sistem imun nonspesifik dan spesifik seperti antara sistem imun nonspesifik dan spesifik seperti antara komplemen fagosit-antibodi dan antara makrofag sel T. Sistem imun spesifik terdiri atas sistem humoral dan sistem selular. Pada imunitas humoral, sel B melepas antibodi untuk menyingkirkan mikroba ekstraseluler. Pada imunitas selular, sel T mengaktifkan makrofag sebagai efektor untuk menghancurkan mikroba atau mengaktifkan sel CTC/Tc sebagai efektor yang menghancurkan sel terinfeksi (Arifah, 2017).

a. Sistem Imun Spesifik Humoral

Pemeran utama dalam sistem imun spesifik humoral adalah limfosit B atau sel B. Humor berarti cairan tubuh. Sel B berasal dari sel asal multipoten di sumsum tulang. Pada unggas, sel yang disebut *Bursal Cell* atau sel B akan berdiferensiasi menjadi sel



yang matang dalam alat yang disebut *Bursa Fabricius* yang terletak dekat kloaka. Pada manusia dideferensiasi tersebut terjadi dalam sumsum tulang. Sel B yang dirangsang oleh benda asing akan berpoliferasi, berdiferensiasi dan berkembang menjadi sel plasma yang memproduksi antibodi. Antibody yang lepas dapat ditemukan dalam serum. Fungsi utama antibodi ialah pertahanan terhadap infeksi ekstraseluler, virus dan bakteri serta menetralkan toksinnya.

b. Sistem Imun Spesifik Selular

Limfosit T atau sel T berperan pada system imun spesifik selular. Sel tersebut juga berasal dari sel asal yang sama seperti sel B. Pada orang dewasa, sel T dibentuk di sumsum tulang, tetapi poliferasi dan diferensiasinya terjadi dalam kelenjar timus atau pengaruh berbagai faktor asal timus.

Faktor timus yang disebut sebagai timosin dapat ditemukan dalam peredaran darah sebagai hormon asli dan dapat mempengaruhi diferensiasi sel T di perifer.

4. Organ dan Sistem Limfatik

Organ Limfatik

a. Organ Limfoid Primer

Organ limfoid primer atau sentral terdiri atas sumsum tulang dan timus. Sumsum tulang merupakan jaringan kompleks tempat hematopoiesis dan depot lemak. Lemak merupakan 50% atau lebih dari kompartemen rongga sumsum tulang. Organ limfoid primer diperlukan untuk pematangan, diferensiasi dan poliferasi sel T dan B sehingga menjadi limfosit yang dapat mengenal antigen. Karena itu organ tersebut berisikan limfosit dalam berbagai fase diferensiasi. Sel hematopoetik yang diproduksi di sumsum tulang menembus dinding pembuluh darah dan masuk ke dalam sirkulasi dan didistribusikan keberbagai bagian tubuh (Sarwono, 1995).

b. Organ Limfoid Sekunder

Limpa merupakan organ limfoid sekunder yang terorganisasi tinggi, yang akhirnya ditemukan sepanjang sistem pembuluh limfe. Jaringan limfoid yang kurang terorganisasi secara kolektif disebut MALT yang ditemukan di berbagai tempat ditubuh. MALT meliputi jaringan limfoid ekstranodul yang berhubungan dengan mukosa di berbagai lokasi, seperti SALT di kulit, BALT di bronkus, GALT di saluran cerna (meliputi Plak Player di usus kecil, apendiks, berbagai



folikel limfoid dalam lamina propria usus), mukosa hidung, tonsil, mammae, serviks uterus, membrane mukosa saluran napas atas, bronkus dan saluran kemih. Organ limfoid sekunder merupakan tempat SD mempresentasikan antigen yang ditangkapnya di bagian lain tubuh ke sel T yang memacunya untuk poliferasi dan diferensiasi. Yang termasuk ke dalam organ limfoid sekunder adalah:

a) Limpa

Seperti halnya dengan kelenjar getah bening, limpa terdiri atas zona sel T (senter germinal) dan zona sel B (zona folikel). Arteriol berada dalam sinusoid vascular yang mengandung sejumlah eritrosit, magrofag, sel dendritik, limfosit dan sel plasma. Antigen dibawa APC masuk ke dalam limfa melalui sinusoid vaskular. Limpa merupakan tempat respon imun utama yang merupakan saringan terhadap antigen sel darah.

b) Kelenjar Getah Bening

KGB adalah agregat nodular jaringan limfoid yang terletak sepanjang jalur limfe di seluruh tubuh. Sel dendritik membawa antigen mikroba dari epitel dan mengantarkannya ke kelenjar getah bening yang akhirnya dikonsentrasikan di KGB. Dalam KGB ditemukan peningkatan limfosit berupa nodus tempat poliferasi limfosit sebagai respon terhadap antigen.

c) *Skin-Associated Lymphoid Tissue*

SALT merupakan alat tubuh terluas yang berperan dalam sawar fisik terhadap lingkungan. Kulit juga berpartisipasi dalam pertahanan pejamu, dalam reaksi imun dan inflamasi local. Banyak antigen asing masuk tubuh melalui kulit dan banyak respon imun sudah diawali di kulit.

d) *Mucosal Associated Lymphoid Tissue*- Sistem Imun Sekretori

Imunitas di tempat khusus napas dan saluran cerna disebut MALT yang merupakan imunitas local. MALT merupakan agregat jaringan limfoid atau limfosit dekat permukaan mukosa. Baik antibodi lokal (IgA sekretori) maupun sel limfosit berperan dalam respon imun spesifik. IgA sekretori yang diproduksi dalam saluran cerna dapat bereaksi dengan makanan atau alergen yang dicerna. Lapisan epitel yang terpajan langsung dengan antigen berperan sebagai sawar mekanis (Kiely, 1990).

5. Mekanisme Pertahanan Tubuh

Salah satu ciri makhluk hidup adalah mampu mengadakan reaksi terhadap trauma dari luar. Kelangsungan hidup suatu makhluk sangat bergantung kepada kemampuan sel-selnya untuk mengatasi kerusakan jaringan akibat trauma. Reaksi tubuh terhadap trauma disebut inflamasi (peradangan). Inflamasi terjadi setelah trauma mekanis, fisik, kimiawi dan biologis, gangguan metabolisme, gangguan peredaran darah atau proses autoimun. Kejadian ini merupakan suatu reaksi protektif dan restoratif, yang dimaksud untuk mengembalikan keadaan badan ke keadaan sebelum trauma. Pada inflamasi terjadi reaksi vaskuler, reaksi seluler dan reaksi humoral (Karnen, 2012).

1. Reaksi vaskuler

Reaksi vaskuler pada radang adalah vasodilatasi diikuti perubahan permeabilitas pembuluh darah. Ini terjadi karena pada trauma atau kerusakan jaringan dikeluarkan mediator kimia yang akan menyebabkan darah mengalir lebih banyak ke daerah yang mengalami cedera sehingga kemudian akan terjadi eksudasi plasma darah dan keluarnya leukosit dari pembuluh darah. Semua akan menyebabkan pembengkakan (tumor), rasa hangat (kalor), merah (rubor) dan nyeri (dolor) pada daerah radang.

2. Reaksi seluler

Reaksi seluler akibat kerusakan jaringan adalah hasil aktivitas fagosi dan makrofag dalam sistem pertahanan tubuh seluler sehingga terjadi fagositosis dan imunitas seluler. Selain oleh sel monokuler (monosit dan makrofag), fagositosis dilakukan juga oleh sel polimorfonuklear (sel netrofil dan eosinophil). Reaksi inflamasi berupa pelebaran kapiler dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah memungkinkan makrofag keluar dari pembuluh darah menuju ke daerah radang. Pada infeksi, sel fagosit juga menuju kuman oleh adanya zat kemotaksis. Kuman dimakan oleh sel fagosit setelah terjadi adhesi kuman pada sel fagosit.

Proses imunitas seluler dilaksanakan oleh sel limfosit T yang menghasilkan limfokin, yaitu zat yang merangsang aktivitas sel fagosit. Terdapat juga sel T yang langsung membunuh kuman.

3. Reaksi humoral

Pertahanan humoral merupakan reaksi yang melibatkan sistem komplemen dan antibodi. System komplemen terdiri atas



beberapa komponen protein plasma yang menyebabkan reaksi biologis berantai. Antibodi adalah immunoglobulin (IgA, IgM, IgG, IgE, IgD) yang dihasilkan oleh limfosit B akibat rangsangan dari antigen. Antibodi akan bereaksi secara spesifik dengan antigen dan menyebabkan aglutinasi dan presipitasi. Reaksi antigen antibodi juga dapat menyebabkan aktivitas komplemen. Selain itu, antibodi berkemampuan menetralkan virus dan toksin, mencegah menempelnya kuman pada sel tubuh, menyebabkan lisis bakteri dan menyebabkan opsonisasi bakteri.

6. Mekanisme Pertahanan Tubuh Terhadap Infeksi

Kuman penyakit yang masuk dalam tubuh akan menyebabkan kerusakan jaringan dengan cara mengeluarkan eksotoksin, mengeluarkan zat toksik terhadap dinding sel dan menimbulkan efek imunopatologis. Eksotoksin dapat berefek lokal (misalnya toksin *Escherichia coli* dan *Colostridium difficile*) maupun sistemik (misalnya toksin kuman tetanus). Efek imunopatologi dapat berupa reaksi anafilaksis, sitotoksitas akibat antibodi, dan hipersensitivitas kompleks imun yang dapat mengakibatkan kerusakan jaringan, perdarahan dan nekrosis. Tubuh mempunyai beberapa mekanisme pertahanan untuk mengatasi kerusakan yang ditimbulkan oleh kuman (Arifah, 2017).

Mekanisme yang pertama adalah permukaan tubuh, yaitu kulit dan mukosa saluran cerna, saluran napas, saluran kemih dan saluran kelamin. Pada kulit, yang berperan adalah lapisan epidermis. Selain itu, terdapat sawar biologis yang dibentuk oleh kuman/flora normal kulit dan sawar kimia yang berupa keasaman yang ditimbulkan oleh cairan keringat dan asam lemak dari kelenjar sebacea. Pertahanan permukaan pada saluran cerna adalah dekontaminasi. Proses dekontaminasi ini dapat berlangsung secara mekanis seperti muntah dan mencret yang merupakan upaya untuk mengeluarkan isi usus, secara biologis oleh flora normal usus dan secara kimia oleh liur yang mengandung enzim musin serta oleh cairan asam lambung. Pada saluran napas, saluran kemih dan saluran kelamin, pertahanan permukaan juga merupakan proses dekontaminasi. Pada jalan napas dekontaminasi mekanik terjadi melalui batuk dan gerakan bulu getar selaput lendirnya (Karnen, 2012).

Mekanisme pertahanan yang kedua adalah eliminasi penyebab infeksi oleh reaksi radang melalui reaksi vaskuler dan



reaksi seluler. Inflamasi ini menyebabkan pengumpulan sel leukosit dan cairan serum di daerah trauma seperti yang telah disebutkan di atas.

Mekanisme pertahanan ketiga adalah upaya membatasi invasi kuman penyakit secara regional dengan limfadenitis. Setelah masuk ke dalam tubuh, kuman akan terbawa oleh aliran limf dan menyebabkan aktivasi fagositosis di dalam sel limfoid. Sistem limfoid yang terdekat dengan masuknya kuman akan lebih dahulu aktif dan secara klinis terlihat sebagai suatu limfadenitis regional. Ini merupakan bagian dari usaha tubuh untuk mencegah meluasnya infeksi.

Mekanisme pertahanan keempat adalah pembasmian kuman oleh sistem retikulo endothelial yang terdiri atas sel retikulum pada limfa dan sistem limfatik yang kesemuanya mempunyai kemampuan fagositosis. Sel dari sistem retikulo endotelial ini berperan lebih besar dalam fase sesudah radang akut, baik dalam fase resolusi, organisasi maupun penyembuhan (Karnen, 2012).

7. Patofisiologi Infeksi

Reaksi pertama pada infeksi adalah reaksi umum yang melibatkan susunan saraf dan sistem hormon yang menyebabkan perubahan metabolik. Pada saat itu terjadi reaksi jaringan limforetikularis di seluruh tubuh berupa proliferasi sel fagosit dan sel pembuat antibody (limfosit B).

Reaksi kedua merupakan reaksi lokal yang disebut inflamasi akut. Reaksi ini terus berlangsung selama masih terjadi pengrusakan jaringan oleh trauma. Bila penyebab kerusakan jaringan bisa diberantas, sisa jaringan yang rusak disebut debris. Debris akan difagositosis dan dibuang oleh tubuh sampai terjadi resolusi dan kesembuhan. Bila trauma berlebihan, reaksi sel fagosit kadang berlebihan, sehingga debris yang berlebihan terkumpul dalam satu rongga membentuk abses atau tertumpuk di sel jaringan tubuh lain membentuk flegmon (Sarwono, 1995).

Trauma yang hebat, berlebihan dan terus-menerus menimbulkan reaksi tubuh yang juga berlebihan berupa fagositosis debris yang diikuti dengan pembentukan jaringan granulasi vaskuler untuk mengganti jaringan yang rusak. Fase ini disebut fase organisasi. Bila dalam fase ini pengrusakan jaringan berhenti, akan terjadi fase penyembuhan melalui pembentukan jaringan granulasi (Arifah, 2017).

8. Gambaran Infeksi Inflamasi

Terdapat tiga tingkatan radang yaitu inflamasi akut, sub akut dan kronik. Gambaran klinis inflamasi akut memperlihatkan tanda rubor dan calor akibat vasodilatasi, serta tumor akibat eksudasi. Ujung saraf perasa akan terangsang oleh peradangan sehingga timbul dolor. Nyeri dan pembengkakan akan menyebabkan gangguan faal. Kelima gejala ini dikenal dengan nama gejala cardinal dari Celcius (Arifah, 2017).

Abses akibat radang akut berat yang terletak dekat permukaan ditandai dengan adanya fluktuasi, sedangkan flegmon yang sering ditemukan di jaringan subkutis ditandai oleh pembengkakan difus yang merah dan sangat nyeri. Pada keduanya biasanya didapati demam. Abses dapat pecah oleh adanya nekrosis jaringan dan kulit di atasnya.

Fase inflamasi akut dapat diikuti oleh radang kronik. Inflamasi akut atau kronis yang berada di permukaan kulit atau mukosa dapat menyebabkan kerusakan epitel yang disebut tukak atau ulkus. Kadang pusat infeksi atau radang berada jauh dibawah kulit sehingga nanah akan keluar melalui jalan khusus yang terbentuk pada jaringan yang paling lemah. Jalan khusus ini disebut fistel atau sinus.

Tubuh akan berusaha membatasi infeksi ini dengan mengaktifkan jaringan limfoid sehingga terjadi radang akut kelenjar limf (limfadenitis) regional. Bila yang masuk kuman virulensi tinggi, atau keadaan tubuh sedang lemah, kuman dapat masuk ke pembuluh darah dan terbawa kedalam aliran darah, kemudian berkembang biak dan masuk keseluruh jaringan tubuh menyebabkan septisemia (Sarwono, 1995).

9. Etiologi dan Epidemiologi

Infeksi bedah merupakan infeksi yang sering tidak sembuh secara spontan dan mengakibatkan komplikasi berupa peneranaan, nekrosis, ganggren atau bahkan kematian bila tidak dilakukan tindakan bedah. Tindak bedahnya dapat berupa insisi dan penyaliran atau eksisi. Kuman penyebab infeksi bedah dapat terdiri dari golongan gram positif (stafilokokus, streptokokus), gram negative (enterobakteria, pseudomonas), kuman anaerob (klostridium, bakterioides), jamur (candida, aspergilus, kriptokokus, blastomikosis) dan virus (hepatitis, herpes, polimeilitis).

Stafilokokus yang sering menyebabkan infeksi bedah adalah *Staphylococcus Anreus* dan *S. Epidermidis* yang disebut juga *S. Albus*, *S. Aureus* dapat menyebabkan infeksi pada kulit (karbunkel, selulitis, infeksi luka operasi, sepsis neonatal), pada jaringan yang dalam (arthritis, osteomyelitis, pneumonia, endokarditis) dan septisemia dengan komplikasi kougulasi intravaskuler, diseminata, endocarditis atau abses metastatik. Infeksi ini lebih mudah terjadi pada pasien diabetes mellitus dan neutropenia. *S. Epidermis* dan *S. Aureus* merupakan flora di hidung, kulit, ketiak, selangkangan dan rambut. Kuman ini besar peranannya baik dalam kejadian infeksi luka operasi maupun komplikasi, infeksi paska bedah dan lainnya (Arifah, 2017).

Tabel 3.2 Glosarium (Albertus, 2012)

Bahasa Latin	Bahasa Inggris	Bahasa Indonesia
Inflammare	Inflamasi	Peradangan
Eksudare	Eksudasi	Pengeluaran cairan radang
Chemotaxis	Chemotaksis	Zat kimia
Sebaceous	Sebasea	Palit
Phlegmone	Flegmon	Peradangan yang luas di jaringan ikat
Fistula	Fistel	Pipa
Sinus	Sinus	Ruang/cekungan
Septicaemia	Sepsis	Pembusukan
Carbunculus	Karbunkle	Bisul besar yang terdiri atas radang
Cellula	Sellulitis	Peradangan jaringan ikat (subkutan)



RUANG LINGKUP GINEKOLOGI DAN JENIS KELAINAN (DALAM SISTEM REPRODUKSI WANITA)

A. Ruang Lingkup Ginekologi

Ginekologi berasal dari kata **Gynaecology** yang secara harfiah berarti "ilmu mengenai wanita" atau science of woman yaitu cabang ilmu kedokteran yang khusus mempelajari dan menangani penyakit-penyakit sistem reproduksi wanita (rahim, vagina dan ovarium).

Batasan ginekologi adalah mempelajari mengenai gangguan haid, perdarahan uterus abnormal, keputihan, endometriosis, penyakit radang panggul, bartolinitis, mioma uteri, tumor ovarium neoplastik jinak, infertilitas, dan menopause.

Istilah yang berkaitan dengan ginekologi adalah dismenorhea, kista, amenorea, adenomyosis, atresia hymenalis, atresia labium minora, bartolinitis, hipertrofi, kista, kista bartolini, polip endometrium, vaginismus, vaginektomi, vagini perineotomy, dan vaginitis radang.

B. Jenis Kelainan Pada Sistem Reproduksi

1. Kelainan Kongenital Pada Vulva

Berikut ada beberapa kelainan kongenital pada vulva yang kejadiannya cukup sering terjadi, diantaranya adalah hypoplasia vulva, atresia dan Hipertrofi.

Hipoplasia Vulva

Hipoplasia vulva adalah perkembangan vulva yang terhambat sehingga vulva berukuran lebih kecil dari ukuran vulva yang normal yang terjadi pada masa organogenesis.

Hipoplasia vulva biasanya ditemukan bersamaan dengan kelainan genitalia interna dan ciri-ciri seks sekunder juga tidak berkembang. Penyebab hipoplasia vulva yaitu kurangnya kadar



estrogen (hipoestrogenisme). Kejadian infatilisme atau hal tidak tercapainya sifat kedewasaan dalam bertindak dan berpikir kadangkala menyertai seseorang yang mengalami hipoplasia vulva.

Atresia Kedua Labia Minora

Kelainan atresia kedua labia minora disebabkan oleh membran urogenitalis tidak menghilang. Pada bagian depan vulva, di belakang klitoris masih terdapat lubang untuk pengeluaran air seni dan darah haid. Pada seorang perempuan yang mengalami atresia labia minora, biasanya masih dapat melakukan hubungan seksual intercourse (koitus) dengan pasangannya walaupun sedikit sukar.

Hipertrofi Labia Minora

Hipertrofi adalah pertumbuhan yang tidak normal karena unsur jaringan yg membesar dimana terjadi disproporsi dari ukuran labia minora relatif dari ukuran labia mayora. Labia minora bergabung dengan labia mayora di bagian posterior dan dihubungkan dengan lipatan transversal dikenal dengan frenulum labia. Jika penderita merasa tidak nyaman karena hipertrofi labium minora maka dapat dilakukan pengangkatan jaringan yang berlebihan.

2. Kelainan Kongenital Pada Perineum

Kelainan perineum adalah kelainan yang terjadi pada perineum karena kloaka persistens pada septum (sekat) urogenital tidak tumbuh. Pada kondisi ini biasanya bayi tidak mempunyai lubang anus, atau jika ada anus maka anus bermuara dalam sinus urogenitalis sehingga hanya terdapat satu lubang tempat keluar air kencing dan feses.

3. Kelainan Kongenital Pada Vagina

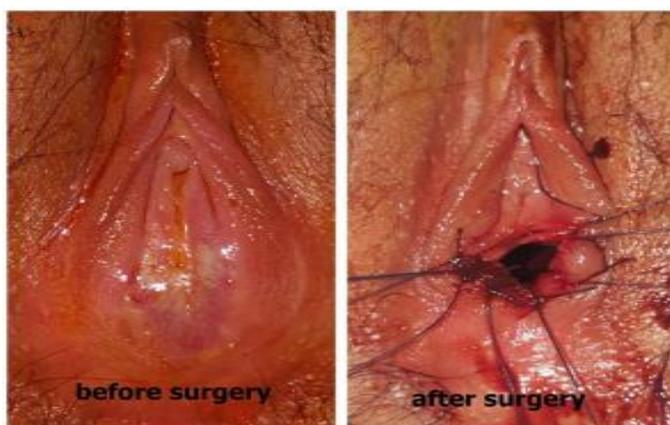
Hymen Imperforata

Hymen atau dikenal dengan istilah selaput dara merupakan suatu lipatan membran mukosa yang mengelilingi liang vagina. Ketika hymen tidak pecah secara spontan selama perkembangan neonatal, kondisi dimana hymen tidak menunjukkan lubang (Hiatus Himenalis) sama sekali, itu disebut sebagai hymen imperforata.

Hymen imperforata terjadi pada 1/1000 bayi perempuan yang baru lahir. Hymen imperforate adalah penyebab paling umum dari obstruksi jalan lahir vagina. Hymen imperforata harus terdiagnosa pada saat lahir oleh bidan atau dokter jika tidak, ini menimbulkan komplikasi pada masa pubertas akan terjadi pengumpulan darah di dalam rongga vagina, amenore dan nyeri panggul atau risiko endometriosis.

Biasanya kelainan hymen imperforata tidak diketahui oleh seorang anak perempuan sebelum mengalami menarche (menarche). Pada kasus hymen imperforata seorang anak perempuan akan mengalami molimina menstrualia (nyeri haid tanpa keluar darah haid) setiap bulan. Darah haid tersebut tidak keluar karena darah itu terkumpul di dalam vagina dan menyebabkan hymen tampak kebiru-biruan dan menonjol keluar atau dikenal dengan hematokolpos. Untuk menentukan diagnosis hymen imperforata biasanya tidak sulit. Adanya molimina menstrual (nyeri haid tanpa keluar darah haid) setiap bulan dapat menjadi salah satu petunjuk bagi bidan. Selain keluhan, bidan juga dapat melakukan inspeksi langsung pada vagina dan melihat kejadian yang terjadi pada hymen apakah mengalami hymen imperforata.

Perempuan yang dicurigai mengalami hymen imperforata, sebaiknya segera dirujuk kepada dokter spesialis. Terapi yang biasanya dilakukan dokter untuk mengatasi kelainan hymen imperforata ini dengan tindakan himenektomi (melakukan irisan pada hymen).

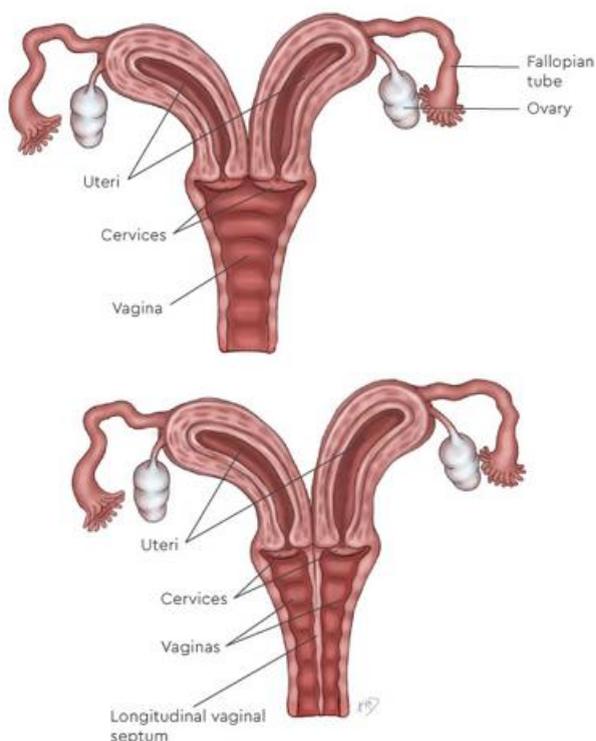


Gambar 4.1 Bentuk Hymen Sebelum dan Sesudah Himenektomi (Laghzaoui, 2016)

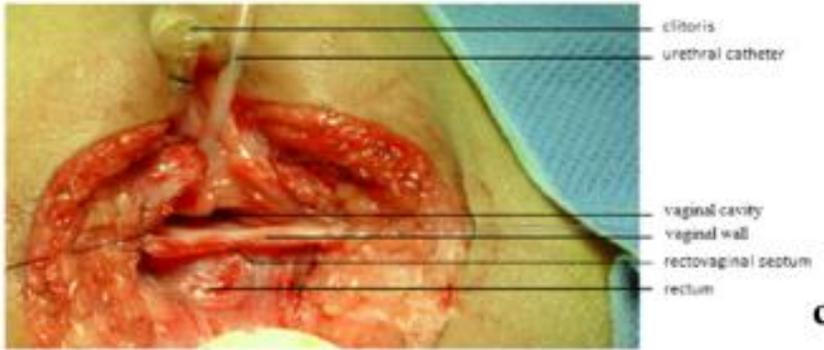
Septum Vagina

Septum Vagina salah satu kelainan bawaan sejak lahir pada vagina. Septum vagina yaitu adanya septum atau selaput yang terbentang dalam jalan lahir pada vagina, sehingga membagi ruang vagina. Sekat sagital di vagina dapat ditemukan di bagian atas vagina. Dengan adanya septum dapat mengganggu menstruasi, fungsi seksual dan persalinan. Septum vagina dapat dalam bentuk septum yang longitudinal atau vertikal.

Septum longitudinal dapat terjadi sepanjang vagina sehingga dapat menghalangi jalannya persalinan. Dalam keadaan demikian tindakan persalinan dengan operasi merupakan pilihan utama. Sedangkan, septum vagina yang vertikal dapat menghalangi penurunan dan kesulitan menilai pembukaan. Bila kepala sudah turun mencapai hodge III, septum vertikal dapat digunting sehingga persalinan berlangsung dengan aman.



Gambar 4.2 Longtidinal septum vagina
(University of Colorado School of Medicine, 2021)



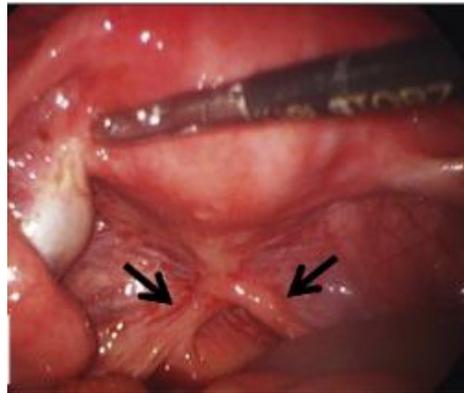
Gambar 4.3 Rektovaginal Septum Muncul di Antara Vagina dan Rektum (Dariane, Moszkowicz and Peschard, 2016)

Penyebab septum vagina biasanya karena adanya gangguan dalam penyatuan atau kanalisasi kedua duktus Mulleri. Duktus mulleri adalah cikal jaringan dalam organogenesis yang akan membentuk jaringan vagina bagian atas.

Pada kasus septum vagina biasanya bidan akan mendapatkan keluhan dispareuni (nyeri saat senggama). Pemeriksaan inspeksi dapat dilakukan bidan untuk mengetahui apakah dispareuni ini disebabkan oleh septum vagina. Bidan menegakkan kemungkinan septum vagina, vertikal atau longitudinal pada waktu melakukan pemeriksaan dalam dan selanjutnya merujuk penderita untuk mendapat pertolongan persalinan sebagaimana mestinya.

Aplasia Vagina

Aplasia vagina adalah kelainan tidak adanya vagina. Pada aplasia vaginae kedua duktus mulleri mengadakan fusi, akan tetapi tidak berkembang dan tidak mengadakan kanalisasi, sehingga bidan melakukan perabaan hanya ditemukan jaringan tebal saja. Pada lubang vagina hanya terdapat cekungan yang dangkal atau agak dalam. Pada umumnya bila dijumpai alplasia vagina maka sering pula ditemukan uterus yang rudimeter(mengecil).

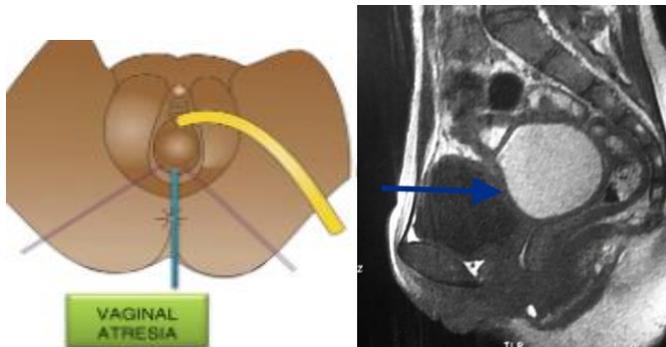


Gambar 4.4 Aplasia Vagina (Kobayashi *et al.*, 2017)

Bidan sebaiknya segera melakukan konsultasi dan rujukan apabila mencurigai perempuan yang mengalami aplasia vagina. Penanganan segera dilakukan operasi, jika tertunda penderita dapat mengakibatkan penyakit pnggul endometriosis, hematosalping dan infertilitas.

Atresia Vagina

Atresia vagina ini merupakan kasus yang langka, yaitu sekitar 1 dari 4.500 kelahiran wanita. Atresia vagina merupakan suatu kelainan bawaan lahir (kongenital) pada saluran reproduksi wanita akibat kegagalan kanalisasi pada sinus urogenital atau terdapat gangguan dalam pembentukan saluran vagina. Septum yang terbentuk ada pada posisi horizontal. Septum dapat ditemukan pada bagian proksimal vagina. Dapat juga ditemukan septum di bawah dan sebelah atas hymen.

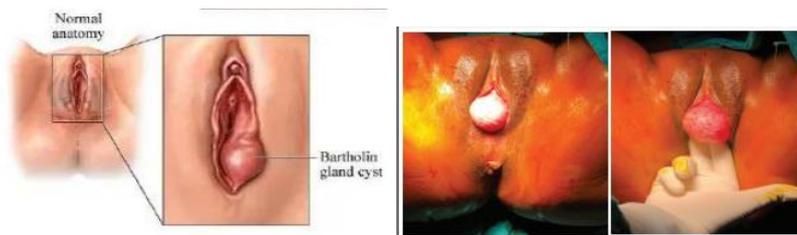


Gambar 4.5 Atresia Vagina (Slaoui *et al.*, 2020)

Jika penutupan vagina terjadi secara menyeluruh, biasanya akan menyebabkan gangguan seperti menstruasi tetapi darah haid tidak keluar. Jika seorang wanita datang ke bidan dengan amenore primer dan nyeri perut siklis, bidan mencurigai ada perempuan mengalami ini, sebaiknya bidan memberikan KIE, segera lakukan konsultasi dan rujukan. Ultrasound examination and Magnetic Resonance Imaging (MRI) untuk menegakkan diagnosa atresia vagina. Penanganan segera dilakukan operasi, jika tertunda dapat mengakibatkan pelvi endometriosis, hematosalping dan infertilitas. Apapun teknik pembedahannya, akan bertujuan untuk mengembalikan integritas saluran uterovagina dan meningkatkan psikologi penderita untuk memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan meningkatkan penderita untuk mendapatkan kehamilan.

Kista Vagina

Kista adalah tumor tumor jinak di organ reproduksi perempuan yang paling sering ditemui. Kista vagina terjadi dari sisa-sisa epitel duktus mulleri atau terbentuk oleh sisa-sisa duktus gartner yang terletak dibagian anterolateral vagina.



Gambar 4.6 Kista Vagina (Thapa and Regmi, 2020)

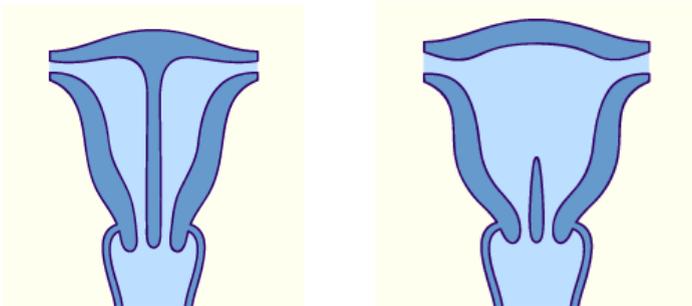
Kista di vagina bisa mempersempit lubang vagina sehingga dapat menghambat persalinan. Bahkan jika bentuknya besar, dapat menghalangi hubungan intim sehingga akan mengalami kesulitan untuk hamil. Karenanya, jika ibu menemukan kista di vaginanya, harus segera dioperasi agar bisa hamil. Bila setelah hamil dijumpai ada kista, harus dilakukan operasi ketika usia kehamilan masih muda, sekitar 3-4 bulan. Jika sudah telanjur, harus dilakukan operasi sesar. Pemeriksaan vagina dan USG transvaginal dapat menegakkan diagnosa kista vagina.

4. Kelainan Kongenital Pada Uterus Dan Tuba Fallopi

Kelainan bawaan pada uterus dan kedua tuba adalah kelainan yang timbul pada pertumbuhan duktus mulleri, berupa tidak terbentuknya satu atau kedua duktus.

Uterus septus (uterus dengan sekat)

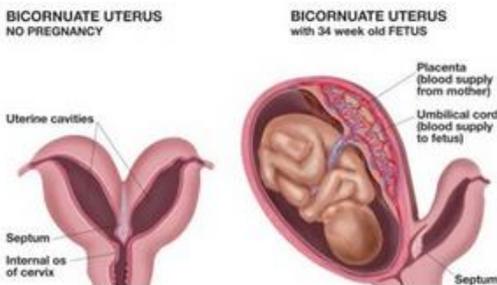
Uterus septus merupakan kondisi kelainan adanya sekat ini terjadi sepanjang fundus sampai serviks. Jika sekat hanya ada dekat daerah fundus saja atau hanya dekat serviks saja maka kita sebut sebagai uterus subseptus. Penyebab uterus septus karena tidak adanya resorpsi (penyerapan ulang) dari dinding tengah dua duktus paramesonephric (muller). Dibawah ini adalah perbedaan uterus septus dan subseptus:



Gambar 4.7 Uterus Septus dan Uterus Subseptus

Uterus Bikornis

Uterus bicornis atau rahim ganda sering dijumpai pada ibu yang sering mengalami abortus berkali-kali. Kondisi ini merupakan salah satu bentuk kelainan pada organ reproduksi. Pada perempuan yang memiliki uterus bicornis, terdapat dua rahim dalam tubuhnya.

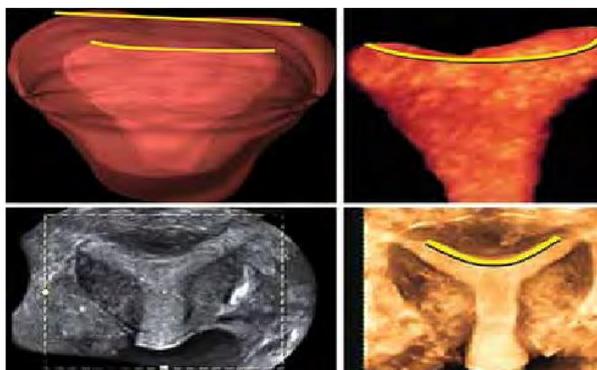


Gambar 4.8 Uterus Bicornis

Kelainan pada organ reproduksi seperti uterus bicornis tidak dapat dilihat secara kasat mata dan tidak ada gejala sakit. Namun, biasanya perempuan baru sadar setelah menjalani kehamilan pertama atau mengalami keguguran berulang pada trimester pertama. Uterus bikornis jika dari hasil pemeriksaan USG tampak dua uterus yang masing-masing memiliki kavum uteri, atau tampak satu kavum uteri dibagi dalam dua bagian.

Uterus Arkuatus

Uterus arkuata adalah bentuk anomali uterus atau variasi dimana rongga rahim menampilkan kontur cekung terhadap fundus. **Biasanya** rongga rahim lurus atau cembung menuju fundus pada pencitraan (USG), namun pada rahim arkuata, otot Rahim yang di fundus turun ke rongga dan bisa membentuk dinding pembatas kecil.



Gambar 4.9 Uterus Arkuatus (Bonilla-Musoles *et al.*, 2015)

Bagi seorang bidan tidak mungkin dapat menegakkan diagnosis kelainan uterus dengan tepat karena membutuhkan pemeriksaan ginekologi yang teliti dan pemeriksaan penunjang seperti laparaskopi dan histerosal pingografi. Saat seorang bidan pada saat anamnesa menemukan kelainan haid, gangguan kehamilan dan partus dapat menimbulkan kecurigaan adanya kelainan organ uterus sehingga dapat segera dilakukan konsultasi dan rujukan kepada dokter spesialis untuk mendapatkan pemeriksaan lanjutan. Biasanya tindakan pembedahan seringkali dilakukan apabila ada indikasi seperti abortus berulang, infertilitas (ketidaksuahan) dan sebagainya).

5. Kelainan Kongenital Pada Ovarium

Setiap bulan, selama siklus menstruasi, sebuah sel telur dikeluarkan dari salah satu ovarium (prosesnya disebut ovulasi). Ovarium adalah organ (yang jika dirangsang oleh hormone FSH dan LH) yang dapat menghasilkan hormon estrogen dan progesterone.

Kelainan bawaan pada ovarium sangat jarang terjadi. Jika ada kelainan bawaan biasanya pada bentuk tidak adanya ovarium (satu atau dua) atau ada ovarium tambahan yang bentuknya kecil.

Bagi seorang bidan tidak mungkin dapat menegakkan diagnosis kelainan ovarium dengan tepat karena membutuhkan pemeriksaan ginekologi yang teliti dan pemeriksaan penunjang.

6. Kelainan Kongenital Pada Sistem Traktus Urinarius (Saluran Kemih)

Perkembangan embriologi saluran kemih sangat dekat dengan saluran reproduksi sehingga kelainan pada saluran genitalia interna seringkali bersamaan terjadi dengan kelainan system traktus urinarius. Kelainan yang dapat terjadi pada saluran kemih:

1. Kloaka Persistens: Akibat tidak terbentuknya septum urorectal (sekat saluran kemih dengan rectal)
2. Ekstrofi Kandung Kemih: Vagina terdorong ke depan di daerah supra pubik (ke arah kandung kemih)

Bagi seorang bidan tidak mungkin dapat menegakkan diagnosis kelainan traktus urinarius dengan tepat karena membutuhkan pemeriksaan ginekologi yang teliti dan pemeriksaan penunjang.

7. Radang Pada Alat Genetalia Wanita

Radang Genetalia Internal

Rradang pada vulva.

Dibawah ini adalah beberapa kondisi radang pada vulva:

Pedikulosis Pubis

Pedikulosis pubis adalah radang yang disebabkan infeksi parasit dan jenis yang paling sering dijumpai. Radang ini adalah termasuk salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh kutu Pthirus Pubis. Kutu Pthirus pubis ini ditularkan melalui kontak dekat (seksual atau non seksual), pemakaian handuk, spreï atau celana

secara bersama-sama. Kutu pthirus menaruh telur di dasar folikel rambut. Setelah telur pecah dan dewasa, parasit ini menghisap darah manusia dan bergerak dengan pelan.

Keluhan pada kasus ini berupa gatal yang hebat dan menetap di daerah pubis disertai lesi makulopapuler di vulva. Ketika bidan mencurigai adanya infeksi parasit ini sebaiknya dilakukan konsultasi untuk pemeriksaan lanjutan. Biasanya dokter spesialis akan meminta identifikasi mikroskopik kutu dengan minyak sehingga tampilannya tampak seperti ketam.



Gambar 4.10 Pedikulosis Pubis

Setelah ditegakkan diagnosis prinsip terapi adalah memberikan obat yang dapat mematikan kutu dewasa sekaligus dengan telur kutunya hingga tidak tersisa sama sekali. Biasanya dokter akan meresepkan krim khusus namun krim ini biasanya kontra indikasi untuk ibu hamil dan menyusui.

Skabies

Skabies sama dengan pedikulosis pubis adalah radang yang disebabkan infeksi parasit dan jenis yang paling sering dijumpai. Skabies adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh Tungau *Sarcoptes Scabei* var *Hominis* Tungau *Sarcoptes Scabei* var *Hominis* ini ditularkan melalui kontak dekat (seksual atau non seksual), pemakaian handuk, sprei atau celana secara bersama-sama. Tungau *Sarcoptes Scabei* var *Hominis* jenis betina dewasa menaruh telur dibawah kulit serta bergerak cepat melewati kulit. Tunggu ini dapat menyebabkan infeksi pada setiap bagian tubuh, seringkali dan terutama pada genitalia eksterna, fleksural siku, payudara, bokong dan pergelangan tangan. Keluhan pada kasus ini berupa gatal yang hebat tetapi sebentar – bentar (beda dengan pedikulosis pubis yang menetap). Namun pada banyak kasus infeksi tungau ini dirasakan adanya gatal yang hebat di malam hari.



Ketika bidan mencurigai adanya infeksi Tungau *Sarcoptes Scabei* var *Hominis* ini sebaiknya dilakukan konsultasi untuk pemeriksaan lanjutan. Biasanya dokter spesialis akan meminta identifikasi mikroskopik garutan kulit dengan minyak. Setelah ditegakkan diagnosis prinsip terapi adalah memberikan obat yang dapat mematikan tungau dewasa sekaligus dengan telur kutunya hingga tidak tersisa sama sekali. Biasanya dokter akan meresepkan krim khusus namun krim ini biasanya kontra indikasi untuk ibu hamil dan menyusui.

Moluskum Kontagiosum

Moluskum Kontagiosum berbeda dengan pedikulosis dan scabies. Moluskum Kontagiosum adalah infeksi yang disebabkan oleh virus dan ditularkan melalui kontak dekat (seksual ataupun non seksual). Infeksi ini memiliki masa inkubasi berminggu-minggu sampai berbulan-bulan. Penderita dengan infeksi Moluskum Kontagiosum akan mengalami keluhan papulan berkubah dengan lekukan pada pusatnya. Diameter papula berkisar 1 – 5 mm. Pada satu saat dapat timbul sampai 20 lesi.

Ketika bidan mencurigai adanya Moluskum Kontagiosum ini sebaiknya dilakukan konsultasi untuk pemeriksaan lanjutan. Biasanya untuk menegakkan diagnosis dokter spesialis akan melakukan inspeksi kasat mata atau jika tidak jelas akan meminta identifikasi mikroskopik material putih. Untuk terapi biasanya dokter akan mengeluarkan material putih, eksisi nodul dengan kuret dermal dan mengobati dasar luka dengan cairan tertentu.

8. Radang Pada Vagina

Dibawah ini adalah beberapa kondisi radang pada vagina:

Vaginosis Bakterial

Vaginosis bacterial (VB) tidak termasuk kedalam infeksi menular yang disebabkan hubungan seksual dan bukan disebabkan oleh infeksi bakteri spesifik. Vaginosis bacterial disebabkan oleh pergeseran flora normal vagina.

Gejala yang paling sering pada bakterial vaginosis adalah adanya cairan vagina yang abnormal (terutama setelah melakukan hubungan seksual) dengan adanya bau vagina yang khas yaitu bau amis/bau ikan. keputihan, gatal dan peningkatan pH vagina.



Gambar 4.11 Vaginosis Bacterial (Makella S Coudray¹, 2021)

Perbedaan keputihan yang disebabkan oleh (VB) dengan keputihan fisiologis adalah pada pada jenis lendirnya. Pada infeksi (VB) lendirnya tipis, homogeny, warna putih abu-abu dan berbau amis. Jumlahnya bisa banyak sekali. Pada kasus (VB) biasanya tidak terjadi eritema vulva dan vagina.

Ketika terjadi peningkatan bakteri pathogen tersebut, terjadi penurunan bakteri baik seperti lactobacillus. Kondisi penderita yang mengalami (VB) dapat meningkatkan risiko terkenanya Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), Infeksi Menular Seksual (IMS) seperti Neisseria gonorrhea (NG), Chlamydia trachomatis (CT), Trichomonas vaginalis (TV) dan virus herpes simpleks-2 (HSV-2) dan penyakit radang panggul (PRP / PID). Khususnya pada ibu hamil, infeksi VB akan meningkatkan risiko terkenanya clamidia (dua kali), gonorea (6 kali) dan risiko persalinan preterm. Pasien BV BV dalam kehamilan dapat mengakibatkan komplikasi berupa abortus, persalinan prematur, ketuban pecah dini, dan endometritis postpartum.

Ketika bidan mencurigai adanya infeksi (VB) ini sebaiknya melakukan konsultasi atau kolaborasi untuk pemeriksaan lanjutan. Biasanya untuk menegakkan diagnosis dokter spesialis akan melakukan identifikasi mikroskopik dari secret keputihan untuk memastikan penyebabnya. Untuk terapi biasanya dokter akan memberikan metronidazol oral dan pervaginam dan krim antibiotic golongan tertentu.

Trikomoniasis

Trikomoniasis merupakan suatu penyakit infeksi protozoa yang menyerang traktus urogenitalis bagian bawah baik pada pria maupun wanita dan disebabkan oleh trichomonas vaginalis, biasanya



penyakit ini ditularkan melalui hubungan seksual. Protozoa trikomonas vaginalis adalah organism yang tahan dan mampu hidup dalam lingkungan seperti handuk basah dan daerah lembab. Masa inkubasinya antara 4 hari sampai satu bulan.

Keluhan penderita yang mengalami trikomonas yaitu adanya pengeluaran cairan vagina yang berbuih, tipis, berbau tidak enak dan jumlahnya banyak. Pada kasus trikomonas biasanya ada eritema pada vulva dan vagina. Pada pemeriksaan inspekulo serviks juga tampak rapuh dan mengalami eritema.

Ketika bidan mencurigai adanya infeksi trikomonas sebaiknya melakukan konsultasi atau kolaborasi untuk pemeriksaan lanjutan. Biasanya untuk menegakkan diagnosis dokter spesialis akan melakukan identifikasi mikroskopik. Untuk terapi biasanya dokter akan memberikan antibiotik pervaginam. Bila tidak ditangani dengan saksama, penderita akan dihadapkan pada komplikasi yang serius, khususnya pada ibu hamil. Berat badan janin di bawah normal dan kelahiran prematur bisa terjadi.

Vaginitis Candida

Infeksi Vaginitis Candida adalah infeksi yang disebabkan oleh oleh perubahan inflamasi pada epitel vagina dan peningkatan kadar flora normal candida. Jenis candida yang sering menyebabkan infeksi adalah Candida Albicans (pada kasus kandidiasis vulvovaginalis). Infeksi ini tidak ditularkan melalui hubungan seksual

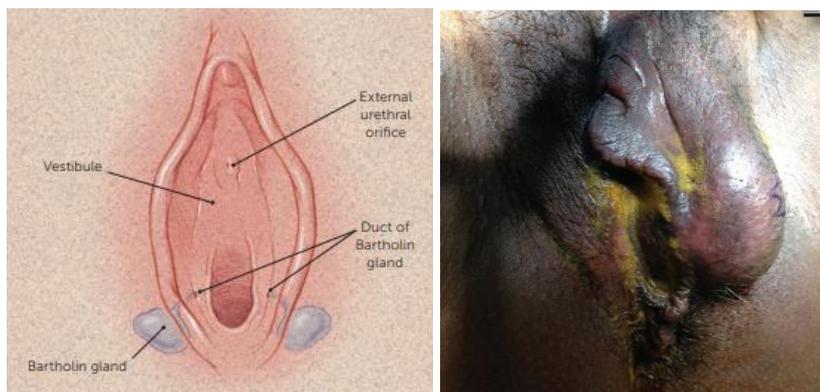
Kondisi penderita yang mengalami Vaginitis Candida seringkali mengeluhkan adanya pruritus (gatak), vagina agak perih (iritasi) dan disuria (urinanya ada darah). Pada kasus infeksi candida, penderita mengalami keputihan seperti susu yang bergumpal dan tidak berbau. Membutuhkan pemeriksaan mikroskopik untuk menegakkan diagnose. Ketika bidan mencurigai adanya infeksi vaginitis candida sebaiknya melakukan konsultasi atau kolaborasi untuk pemeriksaan lanjutan sehingga dapat diketahui penyebab pasti.

Untuk terapi biasanya dokter akan memberikan antibiotik oral atau pervaginam atau krim anti jamur. Pengobatan agak lama dibandingkan yang infeksi lain dan harus dilakukan dengan tuntas.

Bartolinitis

Bartolinitis merupakan infeksi pada kelenjar bartholin. Kelenjar bartholin terletak di dasar labia minora yang memiliki peran

dalam pelumasan vagina. Bartolinitis disebabkan oleh infeksi kuman atau bakteri yang menyerang kelenjar bartolin yang terletak di bagian dalam vagina agak keluar. Biasanya kuman atau bakteri yang menyerang adalah chlamydia, gonorrhea, dan sebagainya. Kuman ini menyerang dan menyebabkan infeksi pada kelenjar bartholin sehingga terjadi penyumbatan pada mulut kelenjar bartholin. Lama kelamaan cairan memenuhi kantong kelenjar sehingga disebut sebagai kista (kantong berisi cairan).



Gambar 4.12 Bartolinitis (Makella S Coudray1, 2021)

Gejala bartolinitis adalah pembengkakan pada alat kelamin luar disertai dengan rasa nyeri hebat dan demam. Biasanya penderita akan datang ke petugas kesehatan dengan keluhan keputihan dan gatal, rasa sakit saat berhubungan dengan suami, rasa sakit saat buang air kecil, atau ada benjolan di sekitar alat kelamin.

Bidan melakukan inspeksi maka biasanya pada vulva akan terlihat perubahan warna kulit vulva menjadi merah, membesar, timbunan nanah dalam kelenjar, dan jika dilakukan palpasi ada nyeri tekan pada bagian yang terdapat kelenjar bartholin. Kadang kala petugas kesehatan juga menemukan cairan mukoid berbau dan bercampur dengan darah.

Infeksi kelenjar bartholin dapat dicegah dengan beberapa hal seperti mengupayakan pola hidup sehat dan makan makanan yang bergizi, menghindari kegemukan sehingga bidan mencegah gesekan antara paha, mencegah kelembababan pada organ genital, hindari penggunaan celana ketat.

Untuk penanganan yang cepat dan tepat sebaiknya bidan memberikan informasi dan pendidikan kesehatan kepada

perempuan kepada perempuan untuk tidak perlu malu datang ke petugas kesehatan saat merasakan ada keluhan sekitar organ genital. Karena penanganan yang dilakukan sedini mungkin akan mencegah terjadinya infeksi yang lebih berat.

Radang Genitalia Internal

Servisititis

Servisititis adalah peradangan dari selaput lendir kanalis servikalis. Serviks hanya memiliki satu lapis sel silindris pada jaringan epitelnya sehingga lebih mudah terinfeksi dibanding selaput lendir vagina.

Kejadian servisititis seringkali disebabkan oleh kuman-kuman seperti trikomonas vaginalis, kandida atau mikroorganisme aerob dan anaerob endogen vagina (seperti streptococcus, enterococcus, E. coli dan stapilococcus). Kuman-kuman ini menyebabkan deskuamasi pada epitel gepeng dan perubahan inflamasi kromik dalam jaringan serviks yang mengalami trauma atau perlukaan.

Macam – macam infeksi yang terjadi pada serviks biasanya dimulai dengan erosi ringan (permukaan licin), erosi kapiler (permukaan kasar), erosi folikuler (kistik) dan biasanya terjadi pada serviks bagian posterior.



Gambar 4.13 Servisititis (Debbiyantina dan Oktalia, 2015a)

Servisititis dapat juga disebabkan oleh robekan serviks, alat-alat atau alat kontrasepsi, tindakan intrauterine, seperti dilatasi dan lain-lain.

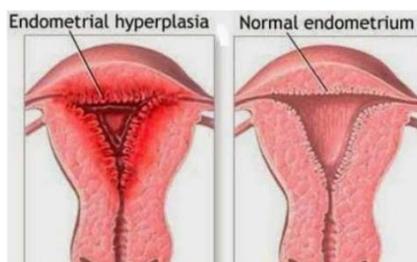
Pada kasus servicitis, kemungkinan penderita mengalami gejala seperti keputihan hebat yang biasanya kental atau purulent dan biasanya berbau. Penderita juga dapat mengeluhkan dispareuni (nyeri saat berhubungan seksual), perdarahan data melakukan hubungan seksual. Pada pemeriksaan inspekulo tampak serviks mengalami erosi. Pada servicitis kronik kadang dapat dilihat bintik putih dalam daerah selaput lendir yang merah karena infeksi. Pada fasilitas yang lebih lengkap dapat dilakukan pemeriksaan untuk sediaan hapus untuk biakan dan test kepekaan, pap smear dan diperlukan dapat dilakukan biopsy.

Penatalaksanaan yang dilakukan bidan jika menemui penderita dengan keluhan yang dicurigai kearah servicitis segera melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis. Penanganan oleh dokter akan dilakukan sesuai tingkatan servicitis.

Endometritis

Endometritis adalah radang pada endometrium. Endometritis disebabkan oleh bakteri pathogen yang naik dari serviks ke endometrium. Bakteri pathogen yang seringkali menyebabkan endometritis misalnya clamidya Trachomatis, Neisseria Gonon- rhoeae, Streptococcus Agalactiae, Cytomegalovirus, HSV dan Mycoplasma Hominis. Endometritis adalah komponen penting yang menyebabkan risiko tinggi terjadinya radang panggul. Penderita yang mengalami endometritis akan mengalami keluhan sesuai dengan jenis endometritisnya. Endometritis dibagi menjadi dua jenis:

1. Endometritis kronik: biasanya penderita mengeluh perdarahan vaginal in- termenstrual, perdarahan pasca senggama, nyeri perut bagian bawah dan menoragia.
2. Endometritis akut: biasanya penderita mengeluh nyeri tekan uterus.



Gambar 4.14 Endometritis (Debbiyantina dan Oktalia, 2015a)



Untuk menegakkan diagnosis endometritis dokter biasanya akan melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan anogenital dan penunjang seperti pemeriksaan mikroskopis, USG dan kadang membutuhkan biopsi. Setelah dapat ditegakkan diagnose dan penyebabnya untuk terapi, dokter spesialis biasanya akan memberikan terapi sesuai dengan penyebab.

Miometritis

Infeksi miometrium atau infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Penyakit ini merupakan lanjutan dari endometritis.

Gejala klinis miometritis yang seringkali muncul adalah demam, keluar lockhea berbau, keputihan yang berbau, sakit pinggang dan nyeri abdomen. Untuk menegakkan diagnosis miometritis dokter biasanya akan melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan anogenital dan penunjang seperti pemeriksaan mikroskopis, USG dan kadang membutuhkan biopsi. Setelah dapat ditegakkan diagnosa dan penyebabnya untuk terapi, dokter spesialis biasanya akan memberikan terapi sesuai dengan penyebab.

Parametritis

Parametritis adalah radang pada jaringan longgar ligamentum latum. Biasanya radang ini hanya pada satu sisi saja (unilateral). Parametritis juga merupakan infeksi lanjutan dari endometritis menyebar ke miometrium dan infeksi menyebar lewat jalan limfe.

Pada tingkatan gangguan parametritis ringan sudah dapat menyebabkan penderita mengalami demam. Petugas kesehatan patut mencurigai terhadap kemungkinan parametritis bila menemukan ibu yang memiliki suhu tinggi menetap lebih dari seminggu disertai rasa nyeri di kiri atau kanan dan nyeri pada pemeriksaan dalam. Penderita tampak sakit, nadi cepat, perut nyeri dan Nyeri unilateral tanpa gejala rangsangan peritoneum. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba tahanan padat dan nyeri disebelah uterus.

Radang paling banyak berlokasi di parametrium bagian lateral akan tetapi bisa juga ke depan dan ke belakang, radang bisa juga menjadi abses. Abses dapat memecah di daerah lipat paha di atas ligamentum inguinale atau kedalam cavum douglas. Di tempat



radang infeksi biasanya akan timbul pembengkakan yang mula-mula lunak tetapi kemudian menjadi keras sekali.

Jika bidan menemukan ibu yang dicurigai mengalami parametritis sebaiknya segera dikonsulkan ke dokter spesialis agar segera mendapat penanganan yang cepat sehingga infeksi tidak menjaral lebih luas.

Adneksitis

Adneksitis adalah radang pada tuba falopi dan radang ovarium yang terjadi secara bersamaan. Infeksi ini kadang dapat terjadi pada kedua bagian adneksa. Jenis infeksi atau radang ini sebagian besar akibat infeksi yang menjalar ke atas dari uterus, walaupun infeksi ini juga bisa datang dari tempat ekstra vaginal lewat jalan darah, atau menjalar dari jaringan – jaringan sekitarnya.

Penderita yang mengalami adneksitis biasanya mengalami demam dan rasa nyeri disebelah kanan atau kiri rahim yang bertambah keras pada pekerjaan berat, disertai dengan penyakit pinggang. Haid pada umumnya lebih banyak dari biasanya dengan siklus yang sering kali tidak teratur. Keluhan dispareunia (nyeri saat berhubungan), infertilitas dan dismenorea dapat pula ditemukan. Jika dilakukan pemeriksaan anogenital dapat diraba nyeri tekan dengan batas yang nyata dan pada pemeriksaan lab darah biasanya ditemukan leukositosis.

Jika bidan menemukan ibu yang dicurigai mengalami adneksitia sebaiknya segera dikonsulkan ke dokter spesialis agar segera mendapat penanganan yang cepat sehingga infeksi tidak menjaral lebih luas dan kejadian infertilitas dapat dicegah.

Peritonitis Pelvis

Peritonitis merupakan sebuah proses peradangan pada membran yang membungkus abdomen dan organ yang terletak didalamnya. Kasus peritonitis akut yang tidak tertangani dapat berakibat fatal. Terjadinya infeksi peradangan pada lingkungan sekitarnya misalnya infeksi tuba falopi atau rupturnya kista ovari, perforasi usus asam lambung dari perforasi ulkus atau empedu dari perforasi kantung empedu atau laserasi hepar.

Penyebab paling sering dari peritonitis primer adalah spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Pada saat ini penanganan peritonitis dan abses peritoneal melingkupi pendekatan multimodal yang berhubungan juga dengan perbaikan



pada faktor penyebab, administrasi antibiotik, dan terapi suportif untuk mencegah komplikasi sekunder dikarenakan kegagalan sistem organ.

Jika bidan menemukan ibu yang dicurigai mengalami adneksitisia sebaiknya segera dikonsulkan ke dokter spesialis agar segera mendapat penanganan yang cepat sehingga infeksi tidak menjalar lebih luas.

Ada beberapa kegiatan yang dapat membantu mencegah infeksi organ genital wanita:

1. Lakukan pola hidup sehat untuk meningkatkan pertahanan tubuh
2. Untuk mencegah terjadi infeksi berulang, handuk, pakaian, seprei yang pernah digunakan oleh penderita juga harus dibersihkan dengan air panas dan dijemur dan disetrika dengan baik. Selain penderita yang diobati, suami atau pasangan yang melakukan kontak dekat juga harus dilakukan pemeriksaan dan pengobatan untuk mencegah infeksi berulang.
3. Biasakan membersihkan diri setelah buang air besar, dengan gerakan membasuh dari depan ke belakang.
4. Biasakan membersihkan alat kelamin setelah berhubungan seksual.
5. Jika tidak dibutuhkan, jangan menggunakan pantyliner karena penggunaan pantyliner dapat meningkatkan kelembapan kulit di sekitar vagina.
6. Alat reproduksi memiliki sistem pembersihan diri untuk melawan kuman yang merugikan kesehatan. Produk pembersih dan pengharum vagina yang banyak diperdagangkan sebetulnya tidak diperlukan. Sebaliknya jika digunakan berlebihan bisa berbahaya.
7. Hindari melakukan hubungan seksual berganti-ganti pasangan. Ingat, kuman juga bisa berasal dari pasangan Anda. Peradangan berhubungan erat dengan penyakit menular seksual dan pola seksual bebas.

9. Gangguan haid

Menstruasi atau haid biasanya dimulai ketika seorang perempuan berusia sekitar 12-13 tahun. Permulaan haid dinamakan menarke, sementara waktu ketika haid berhenti disebut menopause. Siklus menstruasi normal berlangsung selama 21-35 hari sehingga



siklus rata-ratanya menjadi 28 hari. Biasanya, menstruasi terjadi selama 2-8 hari (rata-rata 6 hari) dengan volume 20-60 ml per hari.

Terjadinya menstruasi atau haid merupakan perpaduan antara kesehatan alat genitalia dan rangsangan hormonal yang kompleks berasal dari mata rantai aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Oleh karena itu, gangguan haid dapat terjadi dari kelainan kedua faktor tersebut.

Haid yang tidak normal dapat terjadi pada wanita. Gangguan pada haid dan siklusnya, khususnya dalam masa reproduksi, dapat digolongkan menjadi:

1. Kelainan dalam jumlah darah dan lama perdarahan
 - a. Hipermenorea atau menoragia
 - b. Hipomenorea
2. Kelainan siklus haid
 - a. Polimenorea
 - b. Oligomenorea
 - c. Amenorea
3. Perdarahan di luar haid
 - a. Metorargia
4. Gangguan lain berkaitan dengan haid
 - a. *Premenstrual tension* (ketegangan prahaid)
 - b. Mastodinia
 - c. *Mittelschmerz* (rasa nyeri pada saat ovulasi)
 - d. Dismenorea

Kelainan dalam jumlah darah dan lama Perdarahan

Hipermenorea

Perdarahan haid yang lebih banyak dari normal, dapat disertai gumpalan darah atau lebih lama dari normal (>7 hari). Kelainan ini disebabkan oleh kondisi di dalam uterus, misalnya mioma uterus yang disertai perluasan permukaan endometrium, polip endometrium, serta gangguan pelepasan endometrium pada waktu haid.

Tabel 4.1 Perbandingan Mestruasi Normal dan Hipermenorhea (Debbiyantina dan Oktalia, 2015b)

Indikator	Menstruasi Normal	Hipermenorhea
Lama haid	2-5 hari (2-7 hari dianggap normal)	Lebih dari 7 hari
Jumlah darah	35 cc (10 cc-80 cc)	Lebih dari 80 cc
Frekuensi mengganti pembalut	2-3 pembalut/hari	Lebih dari lima pembalut perhari

Pada saat bidan mencurigai perempuan mengalami hipermenorea, maka bidan sebaiknya melakukan kolaborasi atau konsultasi ke dokter untuk melakukan pemeriksaan lanjutan sehingga dapat diketahui penyebab yang tepat. Strategi mengatasi hipermenore dengan istirahat cukup sudah dapat membantu mengurangi jumlah perdarahan. Namun jika perdarahan hebat setelah istirahat cukup maka dibutuhkan terapi yang lain. Beberapa kemungkinan terapi pada kasus hipermenorhea adalah pemberian terapi pil kombinasi (jika disebabkan karena masalah di ovarium); jika disebabkan penyakit organik akan dilakukan kuretase. Untuk kasus hipermenorhea yang disertai anemia, dokter seringkali merekomendasikan penambahan suplemen zat besi.

Hipomenorea

Kebalikan dari hipermenorea, hipomenorea merujuk pada perdarahan haid yang lebih pendek dan atau lebih kurang dari biasanya (lamanya 1-2 hari).

Tabel 4.2 Perbandingan Mestruasi Normal dengan Hipermenorhea dan Hipomenorhea (Debbiyantina dan Oktalia, 2015b)

Indikator	Menstruasi Normal	Hipermenorhea	Hipomenorhea
Lama haid	2-5 hari (2-7 hari dianggap normal)	Lebih dari 7 hari	Kurang dari 2 hari
Jumlah darah	35 cc (10 cc-80 cc)	Lebih dari 80 cc	Kurang dari 35 cc
Frekuensi mengganti pembalut	2-3 pembalut/hari	Lebih dari lima pembalut perhari	Kurang dari 2 kali perhari

Keadaan ini dapat disebabkan oleh kondisi organ atau sistem organ dalam tubuh penderita mengalami abnormalitas, misalnya ada kelainan uterus (setelah miomektomi), gangguan endokrin, dan kesuburan endometrium kurang karena keadaan gizi penderita yang rendah. Hipomenorea tidak mengganggu fertilitas.

Pada beberapa kasus hipomenorhea tidak memerlukan terapi dan hanya butuh untuk menenangkan penderita, kecuali ditemukan penyebab yang membutuhkan terapi khusus, maka bidan dapat melakukan konsultasi atau merujuk ke dokter ahli kandungan.

Kelainan Siklus Mestruasi

Polimenorea

Pada polimenorea, siklus haid lebih pendek dari biasa (kurang dari 21 hari), sementara jumlah darah yang keluar kurang lebih sama.

Tabel 4.3 Perbandingan Mestruasi Normal dan Polimenorea (Debbiyantina dan Oktalia, 2015b)

Indikator	Menstruasi Normal	Polimenorhea
Lama siklus	21-35 hari	Kurang dari 21 hari
Jumlah darah	35 cc (10 cc-80 cc)	Volume sama

Polimenorea dapat disebabkan oleh gangguan hormonal yang mengakibatkan gangguan ovulasi, dengan korpus luteum memendek, sehingga siklus menstruasi pun menjadi lebih pendek. Sebab lain ialah kongesti ovarium karena peradangan, endometriosis, dan sebagainya.

Oligomenorea

Oligomenorea merujuk pada siklus haid lebih panjang dari biasa (lebih dari 35 hari) sehingga haid menjadi jarang, jumlah perdarahan tetap sama.

Tabel 4.4 Perbandingan Mestruasi Normal dengan Polimenorea dan Oligomenorea (Debbiyantina dan Oktalia, 2015b)

Indikator	Menstruasi Normal	Polimenorea	Oligomenorea
Lama siklus	21-35 hari	Kurang dari 21 hari	Lebih dari 35 hari
Jumlah darah	35 cc (10 cc-80 cc)	Volume sama	Volume sama

Oligomenorea disebabkan oleh gangguan hormonal. Hal ini sangat umum terjadi di awal-awal tahun setelah menarke dan biasanya tidak mengkwatirkan. Oligomenorea biasanya terjadi akibat adanya gangguan keseimbangan hormonal pada koordinasi antara hipotalamus-hipofisis-ovarium. Gangguan hormon tersebut menyebabkan lamanya siklus menstruasi normal menjadi memanjang, sehingga menstruasi menjadi lebih jarang terjadi.



Biasanya, seorang remaja yang baru menarke sering kali tidak memiliki siklus yang teratur selama awal-awal tahun. Apabila oligomenorea berkeanjutan hingga lebih 3 bulan berturut-turut, dinamakan amenorea. Pada kasus ini, kesehatan wanita tidak terganggu, dan fertilitas cukup baik.

Pemeriksaan ke dokter spesialis harus segera dilakukan ketika oligomenorea sudah berlangsung lebih dari 3 bulan dan mulai menimbulkan gangguan kesuburan. Pengobatan yang diberikan kepada penderita oligomenorea akan disesuaikan dengan penyebabnya.

Amenorea

Amenore adalah keadaan tidak terjadinya haid selama sedikitnya tiga bulan berturut-turut. Terdapat dua jenis amenorea, yaitu:

1. Amenorea primer

Terjadi jika seseorang wanita berusia > 18 tahun tidak pernah mengalami haid sama sekali. Penyebabnya sulit diketahui, seperti kelainan kongenital atau kelainan genetik.

2. Amenorea sekunder

Terjadi jika penderita pernah mendapatkan haid sebelumnya, tetapi kemudian tidak dapat lagi. Penyebabnya yang timbul pada kehidupan wanita, seperti gangguan gizi, gangguan metabolisme, gangguan sistem hormonal, tumor dan penyakit infeksi.

Selain amenorea primer dan sekunder, dikenal pula amenorea fisiologis, yakni amenorea yang terjadi dalam masa sebelum pubertas, masa kehamilan, masa laktasi, dan sesudah menopause. Amenorea sekunder lebih sering terjadi daripada amenorea primer. Etiologi yang paling umum untuk kelainan ini adalah disfungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium. Anamnesis yang cermat, pemeriksaan yang rinci untuk mendiagnosis dengan benar. Dalam menghadapi keadaan amenorea, kecuali fisiologis, sebaiknya bidan melakukan konsultasi dan merujuk penderita ke dokter ahli kandungan sehingga mendapat pemeriksaan dan pengobatan yang adekuat.

Perdarahan di Luar Haid

Metroragia

Metroragia yaitu perdarahan dari vagina yang tidak berhubungan dengan siklus haid. Penyebabnya kelainan organik pada organ genital atau kelainan fungsional.

Perdarahan di luar haid digolongkan sebagai perdarahan yang tidak ada hubungan dengan haid dan dapat disebabkan kelainan organik. dan kelainan hormonal. Bentuk perdarahan bukan haid dapat berupa kontak berdarah, *spotting* di luar haid, atau perdarahan disfungsi. Penyebab organik perdarahan di luar haid:

1. Serviks uteri, seperti polip serviks, erosi porsio uteri, ulkus pada porsio uteri dan karsinoma serviks uteri.
2. Korpus uteri, seperti polip endometrium, abortus, mola hidatidosa, kario karsinoma, sub involusio uteri dan mioma uteri.
3. Tuba Fallopi, seperti kehamilan ektopik terganggu, radang tuba dan tumor tuba.
4. Ovarium, seperti radang ovarium dan tumor ovarium.

Perdarahan disfungsi adalah perdarahan tanpa terdapat kelainan organik alat genitalia, tetapi gangguan mata rantai hormonal aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Perdarahan disfungsi terdapat dua bentuk, yaitu perdarahan disfungsi dengan ovulasi dan perdarahan disfungsi tanpa ovulasi.

Dalam menghadapi keadaan perdarahan di luar haid, bidan sebaiknya berkonsultasi dan merujuk ke dokter ahli kandungan untuk mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan penyebabnya. Bidan sebaiknya memberi KIE kepada penderita sehingga penderita bersedia untuk memeriksakan diri.

Gangguan Lain Berkaitan Dengan Haid

***Premenstrual Tension* (Tegangan Prahaid)**

Keluhan-keluhan yang biasanya timbul sejak satu minggu hingga beberapa hari sebelum haid dan menghilang sesudah haid datang, walaupun kadang-kadang berlangsung terus sampai haid berhenti. Gejala dijumpai pada wanita sekitar umur 30-45 tahun. Gejala yang dirasakan yang dijumpai yaitu gangguan emosional berupa iritabilitas, gelisah, insomnia, nyeri kepala, perut kembung, mual, pembesaran mammae yang disertai rasa nyeri, sedangkan pada



kasus-kasus berat yang terdapat depresi, rasa ketakutan, gangguan konsentrasi.

Penyebab atau etiologic *premenstruasi tension* tidak jelas, tetapi ketidakseimbangan antara estrogen dan progesteron. Di kemukakan bahwa dominasi “estrogen” merupakan yang berakibat pada retensi cairan dan natrium, penambahan berat badan, serta kadang-kadang edema pada beberapa tempat. Berkaitan dengan hormonal pada *premenstruasi tension* terdapat defisiensi hormone lutein dan penurunan kadar progesterone. Faktor kejiwaan, masalah dalam keluarga, maupun masalah sosial lain juga memegang peranan penting penyebab *premenstruasi tension* yaitu penderita penderita lebih peka terhadap perubahan hormon dalam siklus haid dan terhadap faktor-faktor psikologis.

Tindakan bidan saat menemukan kasus dengan keluhan premenstrual syndrome adalah melakukan konseling untuk lebih banyak melakukan tindakan yang dapat membuat relaksasi, pola hidup lebih sehat, perubahan diet, dan menghindari kafein, alcohol dan melakukan olahraga. Jika keluhan berlanjut setelah melakukan pola hidup sehat, maka bidan dapat segera melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Mastodinia dan Mastalgia

Rasa tegang ada pembesaran mammae dan rasa nyeri payudara sebelum atau menjelang haid disebut mastalgia. Mastalgia disebabkan dominasi hormon estrogen, sehingga terjadi retensi air dan garam disertai hiperemia peningkatan jumlah darah) di daerah payudara. Segera setelah menstruasi, mastalgia menghilang dengan sendirinya. Terapi mastalgia biasaya terdiri atas pemberian diuretik.

Mittelschmerz

Mittelschmerz adalah rasa sakit yang timbul pada wanita saat ovulasi, berlangsung beberapa jam sampai beberapa hari di pertengahan siklus menstruasi. *Mittelschmerz* terjadi karena pecahnya folikel de Graff di organ ovarium. Lamanya nyeri bisa beberapa jam bahkan sampai 2-3 hari. Terkadang *Mittelschmerz* diikuti oleh perdarahan yang berasal dari proses ovulasi dengan gejala klinis seperti kehamilan ektopik yang pecah dengan perdarahan sangat sedikit dan berupa getah berwarna coelat. *Mittelschmerz* penting diperhatikan agar dapat menesehati mereka yang infertilitas sehingga dapat mempergunakannya untuk mendapat kehamilan.



Dismenore

Dismenore merupakan rasa nyeri saat menstruasi yang mengganggu aktivitas sehari-hari untuk beberapa jam atau beberapa hari. Nyeri haid yang sedemikianya hebatnya sehingga menyebabkan wanita datang ke dokter atau bidan untuk berkonsultasi dan mendapatkan pengobatan.

Dismenore dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. Dismenore primer, tidak terdapat kelainan ginekologi
2. Dismenore sekunder, yang disebabkan oleh kelainan ginekologi (salpingitis kronik, endometriosis, adenomiosis uterus, stenosis serviks uteri, dll)

Gejala klinis dismenore adalah nyeri abdomen bagian bawah, menjalar ke daerah pinggang dan paha dan disertai keluhan mual muntah, sakit kepala, diare dan mudah tersinggung.

Penanganan dismenore primer bidan dapat memberikan KIE bahwa gangguan yang dialami adalah fisiologis, memberikan KIE terkait cara hidup sehat, pemberian obat genetik. Sedangkan, penanganan pada dismenore sekunder bidan sebaiknya melakukan konsultasi dan rujukan ke RS atau dokter ahli kandungan.

JENIS PENYAKIT KANDUNGAN

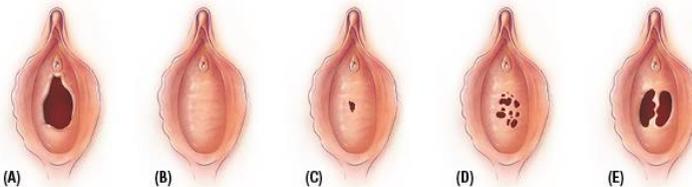
1. Kelainan Kongential

a. Hipertrofi Labialis

Hipertrofi labialis adalah pembesaran pada labia. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya iritasi, infeksi kronis, dan nyeri yang berpengaruh pada aktivitas seksual atau segala kegiatan yang akan menimbulkan penekanan pada daerah vulva. Selain itu, kelainan bentuk pada vulva tersebut juga dapat menimbulkan stres psikososial. Penderita disarankan menggunakan pakaian dalam yang tidak ketat dan menjaga kebersihan daerah vulva. Penanganan untuk masalah ini adalah labioplasti.

b. Himen Imperforata

Himen imperforata adalah tidak adanya lubang pada selaput dara. Karena lubang himen tidak ada, maka darah menstruasi tidak dapat mengalir dan akhirnya terkumpul di vagina. Semakin banyak darah haid yang terkumpul di vagina akan menyebabkan himen menonjol keluar dan tampak kebiruan. Pengumpulan darah haid di vagina disebut hematokolpos. Jika hal ini dibiarkan maka jumlah darah haid yang tertampung akan semakin banyak dan mengisi kavum uteri yang disebut sebagai hematometra, bahkan dapat mengisi tuba falopii atau disebut sebagai hematosalping. Penanganan masalah ini adalah dengan dilakukan himenektomi.

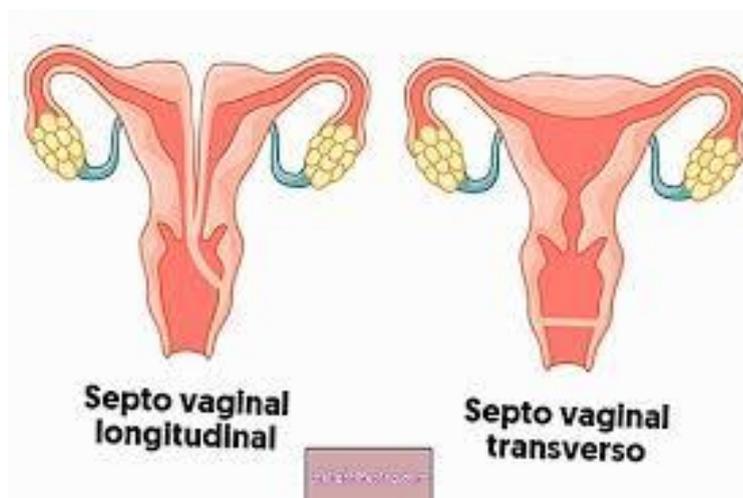


Anatomic variations of the normal hymen. (A) normal, (B) imperforate, (C) microperforate, (D) cribriform, and (E) septate.

Gambar 5.1 Himen imperforata

c. Septum Vagina

Septum vagina terjadi karena pertemuan kedua duktus Muller gagal menghilangkan sekat kanan dan kiri. Kelainan ini jarang menimbulkan keluhan. Biasanya kesulitan baru dijumpai saat persalinan.



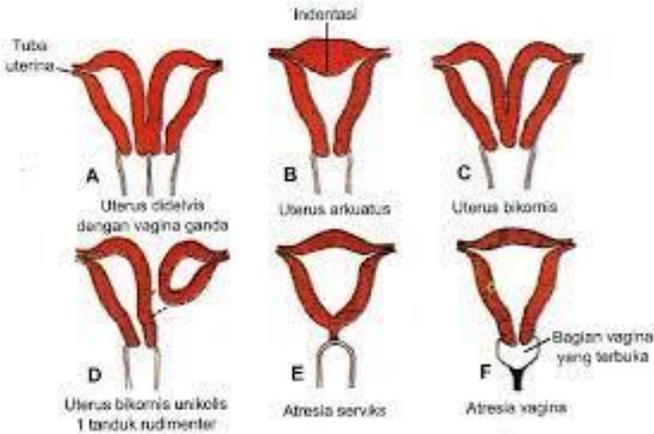
Gambar 5.2 Septum vagina

d. Atresia Vagina

Atresia vagina terjadi karena kedua duktus Muller gagal berkembang. Vagina sama sekali tidak terbentuk. Lubang vagina hanya merupakan lekukan dari kloaka.

e. Kelainan Uterus

- 1) Uterus didelphis : terdapat dua uterus dan dua vagina.
- 2) Uterus bikornis : terdapat dua uterus dengan dinding medial serviks bersatu. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya kelainan letak kehamilan.
- 3) Uterus septum : terdapat septum pada uterus yang lengkap atau sebagian. Hal ini bisa menyebabkan terjadinya abortus, kelainan letak, dan retensio plasenta.
- 4) Uterus arkuatus : fundus uteri terlalu lebar. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya letak lintang.



Gambar 5.3 Kelainan bentuk uterus

2. Kelainan Haid

Kelainan haid disebabkan karena adanya kelainan banyaknya perdarahan atau lamanya perdarahan haid. Banyaknya perdarahan ditentukan oleh:

- a. Lebarnya pembuluh darah: pada hipoplasi uteri, astheni.
- b. Banyaknya pembuluh darah yang terbuka atau luasnya luka: pada uterus myomatosus, endometriosis interna.
- c. Tekanan intravaskuler: tekanan arteri meninggi pada decompensatio cordis, adanya tumor.
- d. Daya beku darah rendah seperti pada penyakit Werlhoff, haemofili.

Lamanya perdarahan dipengaruhi oleh daya regenerasi endometrium. Daya regenerasi endometrium rendah pada kasus infeksi, polip atau mioma dan karsinoma.

Macam-macam kelainan haid yaitu:

a. Amenorea

Amenorea adalah tidak terjadi haid pada seorang perempuan.

1) Amenorea Primer

Amenorea primer adalah pada saat belum pernah mengalami menstruasi di usia 16 tahun atau lebih dengan perkembangan tanda kelamin sekunder, atau usia 14 tahun tanpa disertai perkembangan tanda kelamin sekunder.

2) Amenorea Sekunder

Amenorea sekunder adalah saat tidak terjadi haid untuk sedikitnya selama 3 bulan berturut-turut pada perempuan yang sebelumnya sudah pernah haid.

Penyebab dari amenorea adalah:

- 1) Disfungsi hipotalamus yang disebabkan karena reaksi psikogen (kesedihan, kehamilan palsu), peningkatan berat badan, kelainan organ (tumor, trauma, infeksi, proses degeneratif).
- 2) Disfungsi hipofise yang disebabkan karena tumor (chromophob, acromegaly, basophil adenon), radang (tbc, lues).
- 3) Disfungsi ovarium, misalnya pada kelainan kongenital (hypoplasia ovarium, sindrom turner, hermaphroditismus), sindrom ovarium polikistik, tumor.
- 4) Endometrium dengan riwayat kuretase atau tbc.
- 5) Penyakit-penyakit lain: tbc, tiroid, pankreas, kelainan gizi, kelainan hepar, kelainan ginjal.

Terapi yang diberikan adalah berdasarkan etiologinya, seperti:

- 1) Hormon untuk merangsang ovulasi: clomiphene (merangsang hipotalamus), gonadotropin, progestin, pil kontrasepsi
- 2) Iradiasi dari ovarium
- 3) Tiroid

b. Pseudoamenorrhoe (Kryptomenorrhoe)

Pseudoamenorrhoe terjadi haid namun darah haid tidak keluar karena tertutupnya serviks, vagina atau himen. Diagnosa klinis dari pseudoamenorrhoe adalah:

- 1) Adanya nyeri siklis \pm 5 hari tanpa perdarahan.
- 2) Pada pemeriksaan terlihat himen menonjol yang berwarna kebiruan.

Terapi untuk keadaan ini adalah dilakukan insisi dan eksisi sebagian himen.

c. Menstruasi Praecox

Menstruasi praecox adalah perdarahan pada usia kurang dari 8-10 tahun yang disertai dengan timbulnya tanda kelamin sekunder sebelum waktunya. Menstruasi praecox dapat dibagi menjadi:

- 1) Pubertas praecox: terbentuk gonadotropin, dapat menjadi hamil. Hypofise lebih cepat menghasilkan gonadotropin, hal ini bias disebabkan karena kelainan otak seperti kelainan tuber cinereum, hydrocephalus, postencephalitis, tumor otak, dll.
- 2) Pseudopubertas praecox: tidak ada gonadotropin. Disebabkan oleh: granulosa dan theca sel tumor, terapi hormonal.

d. Menoragia (Hipermenorea)

Menoragia adalah perdarahan haid yang lebih banyak dan/atau durasinya lebih lama dari siklus yang normal, yakni dengan total jumlah darah haid lebih dari 80 ml per siklus dan durasi haid lebih dari 8 hari. Penyebab hipermenorea:

1) Hypoplasia Uteri

Menurut beratnya, hypoplasia dapat mengakibatkan:

- a) Amenorrhoe (karena uterus sangat kecil)
- b) Hypomenorrhoe (uterus kecil jadi luka kecil)
- c) Menorrhagia karena tonus otot rahim kurang

Terapi: uterotonika

2) Astheni (lemahnya tonus otot)

Terapi: uterotonika, roborantia.

3) Mioma Uteri

Menorrhagia pada mioma disebabkan oleh:

- a) Kontraksi otot rahim yang kuat
- b) Cavum uteri luas
- c) Bendungan pembuluh darah balik

Terapi: uterotonika dan operasi.

4) Hipertensi

5) Infeksi

6) Dekompensasi Kordis

7) Retroflexio Uteri

8) Trombositopenia

Pengobatan menoragia:

- 1) Kombinasi estrogen progestin.
- 2) Progestin diberikan jika terdapat kontraindikasi pemakaian estrogen.
- 3) NSAID (obat anti inflamasi nonsteroid) seperti aspirin, indometasin, ibuprofen, asam mefenamat, celecoxib.
- 4) Alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) berisi Levonorgestrel.
- 5) Antifibrinolisis (penghambat activator plasminogen) seperti asam traneksamat.
- 6) Penanganan dengan terapi bedah. Prosedur bedah dilakukan jika terjadi kegagalan terapi medikamentosa. Beberapa prosedur bedah yang saat ini digunakan adalah ablasiendometrium, reseksi transerviks, histereskopi operatif, miomektomi, dan oklusi atau emboli arteri uterine.

e. Hipomenorea

Hipomenorea adalah perdarahan haid dengan jumlah darah sedikit dan/atau durasi haid kurang dari 3 hari. Penyebab hipomenorea di antaranya adalah keadaan gizi yang rendah, penyakit menahun, gangguan endokrin dan gangguan organik misalnya pada uterus pasca operasi miomektomi. Hipomenorea menunjukkan bahwa endometrium tipis.

f. Polimenorea

Polimenorea adalah haid dengan siklus kurang dari 21 hari. Pada siklus haid pendek dan teratur kemungkinan disebabkan oleh pendeknya stadium proliferasi, atau pendeknya stadium sekresi. Bisa juga karena pendeknya stadium proliferasi dan sekresi. Hal ini bias menyebabkan terjadinya infertilitas.

Hal tersebut seriiing tterjadi dikarenakan oleh gangguan endokrin yang menyebabkan gangguan ovulasi, fase luteal memendek, dan kongesti ovarium karena peradangan, pubertas, disfungsi ovarium pada klimakterium, penyakit TBC.

Stadium proliferasi dapat diperpanjang dengan terapi estrogen. Sedangkan stadium sekresi dengan menggunakan kombinasi estrogen-progesteron.

g. Oligomenorea

Oligomenorea adalah haid dengan siklus yang lebih panjang dari normal, yaitu lebih dari 35 hari. Oligomenorrhoe yang menetap dapat terjadi akibat:

- 1) Perpanjangan stadium follikuler
- 2) Perpanjangan stadium luteal
- 3) Kedua stadium di atas memanjang

Penyebab oligomenorea antara lain adalah gangguan ovulasi yang disebabkan oleh peningkatan hormon androgen, stress fisik dan emosi, penyakit kronis, serta gangguan nutrisi.

h. Metroragia

Metroragia adalah perdarahan tidak teratur yang tidak ada hubungannya dengan haid. Penyebab metroragia sebagai berikut:

- 1) Karsinoma dari korpus uteri. Biasanya terjadi pada wanita dalam menopause. Lebih sering pada wanita tanpa anak. Keputihan bercampur darah.
- 2) Karsinoma serviks uteri. Pada wanita mendekati klimakterium. Lebih sering terjadi pada wanita yang mempunyai banyak anak. Timbul perdarahan kontak dengan keputihan berdarah.
- 3) Karsinoma dari vulva atau vagina. Terjadi pada wanita menopause. ulkus vulva atau vagina pada wanita menopause harus dicurigai terhadap kemungkinan adanya keganasan.
- 4) Tumor ganas seperti sarkoma, Korio karsinoma.
- 5) Erosi portio.
- 6) Mioma submukosa, polip atau dekubitus ulkus oleh pesarium.
- 7) Endometritis haemorrhagia seperti endometritis senilis, endometritis postpartum.
- 8) Kolpitis haemorrhagia.

i. Perdarahan Non Menstruasi

Perdarahan bukan menstruasi digolongkan sebagai perdarahan yang tidak ada hubungan dengan menstruasi dan dapat disebabkan oleh kelainan organik dan kelainan hormonal. Bentuk perdarahan non menstruasi diantaranya adalah perdarahan pasca senggama, spotting di luar menstruasi, dan perdarahan disfungsi.



Perdarahan disfungsi sering terjadi di antara menarche dan menopause. Penyebab organik perdarahan non perdarahan: pecahnya varises vagina, keganasan vagina, metastase korio karsinoma, karsinoma porsio, perlukaan serviks, polip serviks, polip endometrium, karsinoma korpus uteri, submukosa mioma uteri, karsinoma tuba, kehamilan ektopik tuba, radang ovarium, tumor ovarium. Penyebab perdarahan disfungsi adalah gangguan mata rantai hormonal taksis - hipotalamus - hipofisis dan ovarium. Perdarahan disfungsi terdiri dari:

- 1) Perdarahan disfungsi dengan ovulasi.
- 2) Perdarahan disfungsi tanpa ovulasi.

j. Dismenorea

Dismenorea adalah nyeri saat haid. Nyeri yang dimaksud di sini adalah rasa kram yang terpusat di perut bagian bawah. Keluhan ini bervariasi mulai dari ringan hingga berat. Tingkat keparahan dismenorea berhubungan dengan lama dan banyaknya darah haid. Dismenorea dapat dibagi menjadi dua kelompok:

1) Dismenorea Primer

Dismenorea primer adalah nyeri haid tanpa adanya patologi. Dismenorea primer berhubungan dengan siklus ovulasi dan kontraksi miometrium. Dismenorea primer sering terjadi pada usia muda. Dismenorea primer biasanya disertai mual, muntah, diare, nyeri kepala, dan pada pemeriksaan ginekologi tidak ditemukan kelainan. Nyeri tersebut muncul sebelum keluarnya haid dan meningkat pada hari pertama dan kedua.

2) Dismenorea Sekunder

Dismenorea sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan dengan kondisi patologis pada organ genitalia, seperti endometriosis, adenomiasis, mioma uteri, stenosis serviks, penyakit radang panggul, perlekatan panggul. Dismenorea sekunder dipikirkan bila pada anamnesis dan pemeriksaan curiga ada patologi panggul atau kelainan bawaan atau tidak respons dengan obat untuk amenorea primer. Pemeriksaan lanjutan untuk dismenorea sekunder adalah USG dan infus salin sonografi.

Penanganan dismenorea:

- 1) Obat antiinflamasi nonsteroid/NSAID



Obat ini merupakan terapi awal untuk dismenorea. NSAID mempunyai efek analgetik yang secara langsung menghambat sintesis prostaglandin sehingga menekan jumlah darah haid yang keluar.

2) Pil kontrasepsi kombinasi

Cara kerja pil kontrasepsi kombinasi adalah mencegah terjadinya ovulasi dan pertumbuhan jaringan endometrium. Hal ini dapat mengurangi jumlah darah haid dan sekresi prostaglandin serta kram uterus.

3) Medroksi progesterone asetat (MPA) 5 mg atau didrogesteron 2 x 10 mg juga dapat digunakan untuk pengobatan dismenorea. Pemberiannya dimulai dari haid hari ke-5 sampai 25.

3. Gangguan Berhubungan Dengan Konsepsi

a. Abortus Habitualis

Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih secara berturut-turut. Faktor penyebab abortus habitualis antara lain:

- 1) Faktor genetik.
- 2) Faktor endokrin seperti diabetes mellitus, disfungsi tiroid, sindrom polikistik ovaarium.
- 3) Infeksi dan penyakit ibu seperti influenza, pielitis, malaria, sifilis, listeria monositogenes, mikoplasma spp, toksoplasma gondii, bacterial vaginosis.
- 4) Faktor anatomi seperti kelainan uterus, polip endometrial dan inkompetensi serviks.
- 5) Penyakit autoimun seperti Systemic Lupus Erythematosus (SLE) dan sindrom antifosfolipid.

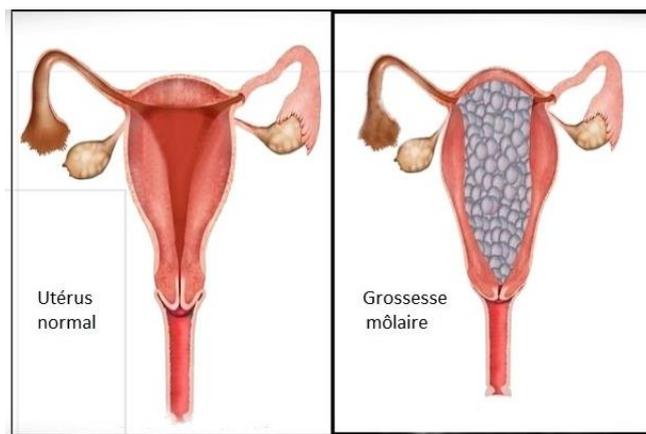
b. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi di luar kavum uteri. Faktor predisposisi penyebab terjadinya kehamilan ektopik adalah adanya kerusakan dan disfungsi tuba, riwayat operasi tuba sebelumnya, riwayat radang panggul, perlengketan perituba, apendisitis, endometriosis, penggunaan kontrasepsi oral estrogen dosis tinggi pasca ovulasi (morning after pill), dan induksi ovulasi.

Gambaran klasik kehamilan ektopik adalah riwayat amenorea, nyeri abdomen bagian bawah, dan perdarahan dari uterus. Perdarahan pervaginam biasanya diawali dengan nyeri abdomen, dimulai dari salah satu sisi abdomen bawah, dan dengan cepat menyebar ke seluruh abdomen yang disebabkan oleh terkumpulnya darah di rongga abdomen. Darah di rongga perut menyebabkan iritasi subdiafragma. Hal ini bisa menyebabkan nyeri bahu bahkan kadang bisa terjadi sinkop. Pemeriksaan klinik ditandai dengan hipotensi bahkan sampai syok, takikardi dan gejala peritonism seperti distensi abdomen dan rebound tenderness. Pada pemeriksaan bimanual ditemukan nyeri goyang porsio, forniks posterior vagina menonjol karena darah terkumpul di kavum Douglas, atau teraba massa di salah satu sisi uterus. Kadar hemoglobin akan turun akibat perdarahan di rongga abdomen, tetapi kadar leukosit umumnya normal atau sedikit meningkat.

c. Mola hidatidosa

Mola hidatidosa adalah plasenta dengan vili korialis yang perkembangannya tidak sempurna dengan gambaran adanya pembesaran, edema, dan vili vesikuler sehingga menunjukkan berbagai ukuran trofoblas proliferasif tidak normal.



Gambar 5.4 Mola Hidatidosa

4. Radang Pada Alat Genital

a. Radang Pada Vulva (vulvitis)

Vulvitis merupakan infeksi pada vulva. Infeksi vulva yang merupakan bagian terluar genitalia wanita.

Gejala dari radang pada vulva yaitu:

- 1) Perasaan panas dan nyeri saat kencing.
- 2) Keputihan disertai rasa gatal.
- 3) Gangguan coitus.
- 4) Introitus dan labia menjadi merah dan bengkak.

Penyebab radang pada vulva sebagai berikut:

- 1) Hygiene yang kurang
- 2) Gonococcus
- 3) Candida albicans
- 4) Trichomonas
- 5) Oxyuris
- 6) Pediculi pubis
- 7) Diabetes

Terapi yang digunakan adalah terapi berdasarkan penyebabnya, misalnya pada infeksi oleh kuman diberikan salep antibiotika, trichomonas dapat diobati dengan derivate imidazole, oxyuriasis dengan piperazin, pediculi dengan DDT.

b. Radang Pada Vagina (Vaginitis)

Gejala dari radang pada vagina yaitu:

- 1) Keputihan berbau anyir
- 2) Perasaan panas atau pedih pada vagina
- 3) Perasaan gatal pada vulva
- 4) Dispareunia
- 5) Disuria

Penyebab radang pada vagina sebagai berikut:

- 1) Bakterial vaginosis
- 2) Trichomonas vaginalis
- 3) Kandida

Beberapa keadaan yang dapat memudahkan terjadinya infeksi:

- 1) Hubungan seksual, terutama pada alat kelamin yang kurang terjaga kebersihannya

- 2) Tampon vagina misalnya untuk menampung darah haid.
- 3) Pemasangan pesarium
- 4) Penggunaan alat kontrasepsi

Terapi:

Infeksi yang dikarenakan bakteri diobati menggunakan antibiotika, infeksi trichomonas dengan derivat imidazole, infeksi jamur dengan nystatin.

c. Radang Pada Serviks (Servisititis)

Servisititis adalah infeksi pada selaput lendir kanalis servikalis. Servisititis dipermudah oleh adanya robekan serviks (misalnya pada luka bekas persalinan) yang tidak dirawat, infeksi karena hubungan seksual.

Gejala dari radang pada serviks (servisititis) yaitu:

- 1) Terdapat keputihan, biasanya kental atau purulent dan kadang berbau.
- 2) Pada pemeriksaan inspekulo terlihat adanya keputihan yang purulent keluar dari kanalis servikalis.
- 3) Keluar darah saat atau sesudah berhubungan seksual.
- 4) Pada pemeriksaan terlihat adanya erosi persio.

Penyebab radang pada serviks sebagai berikut:

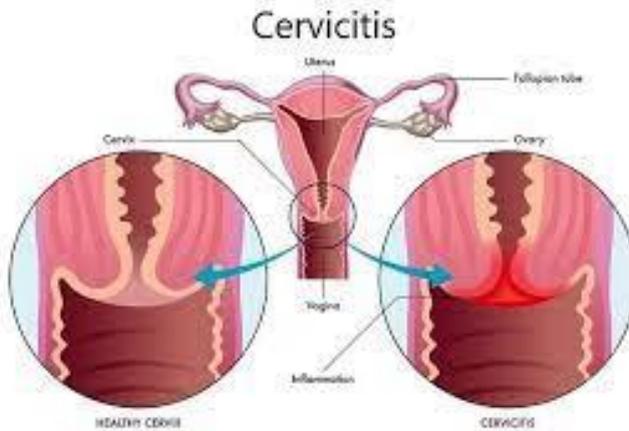
- 1) Gonorrhoe
- 2) Klamidia trachomatis

Beberapa kondisi yang mempermudah terjadinya servisititis:

- 1) Tindakan dilatasi serviks
- 2) Alat kontrasepsi
- 3) Robekan serviks

Terapi:

- 1) Antibiotika
- 2) Servisititis non spesifik diobati menggunakan rendaman AgNO₃ 10% dan irigasi.
- 3) Servisititis yang tak kunjung sembuh dilakukan konisasi.



Gambar 5.5 Servisititis

d. Radang pada korpus uteri (Endometritis)

Endometritis adalah infeksi pada endometrium (lapisan dalam dari rahim). Beberapa kondisi yang bisa menyebabkan terjadinya endometritis:

- 1) Persalinan dengan tindakan dan persalinan terlantar (pada kondisi persalinan dengan bekas implantasi plasenta yang masih terbuka).
- 2) Saat terjadi keguguran.
- 3) Saat pemasangan alat rahim yang kurang steril.

Gejala dari radang pada korpus uteri yaitu:

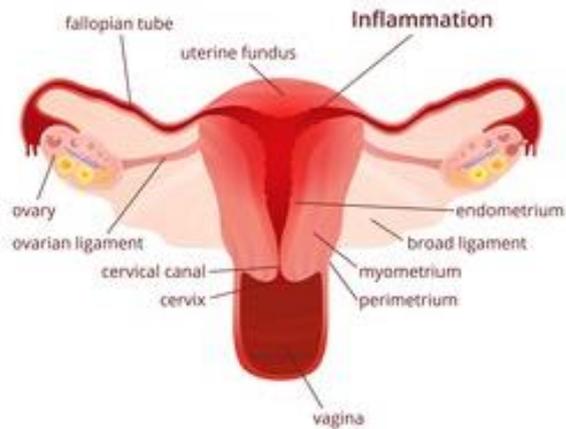
- 1) Keputihan (leukorea),
- 2) Perdarahan vaginal intermenstrual
- 3) Perdarahan pasca senggama
- 4) Menoragia
- 5) Nyeri tumpul pada perut bawah secara terus-menerus.

Terapi:

- 1) Doksisisiklin 100 mg 2x sehari selama 10 hari secara oral.
- 2) Istirahat dengan posisi fowler.
- 3) Uterotonika.

ENDOMETRITIS

is inflammation of the endometrium



Gambar 5.6 Endometritis

Penyakit Radang Panggul (Pelvic Inflammatory Disease)

Penyakit radang panggul merupakan infeksi genitalia wanita bagian. Penyakit radang panggul bersifat akut. Jika tidak segera ditangani dapat menimbulkan berbagai penyulit ikutan yang berakhir dengan terjadi perlekatan dan infertilitas.

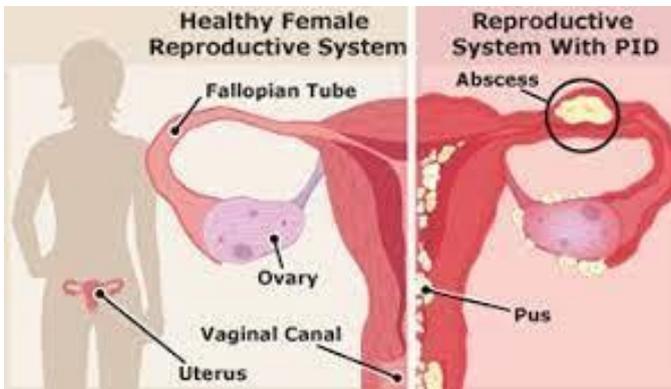
Gejala dari penyakit radang panggul yaitu:

- 1) Nyeri perut bagian bawah
- 2) Keputihan bercampur nanah
- 3) Perdarahan
- 4) Demam
- 5) Menggigil
- 6) Nadi meningkat
- 7) Pernafasan bertambah
- 8) Mual
- 9) Disuria

Diagnosis klinis penyakit radang panggul sebagai berikut:

- 1) Nyeri gerak serviks
- 2) Nyeri tekan uterus
- 3) Nyeri tekan adneksa
- 4) Suhu oral > 38,3 c
- 5) Cairan serviks atau vagina mukopurulen

- 6) Lekosit dalam jumlah banyak pada pemeriksaan mikroskop secret vagina
- 7) Kenaikan laju endap darah
- 8) Pemeriksaan laboratorium ditemukan neisherria gonorrhoeae atau clamidia trachomatis
- 9) Biopsi endometrium disertai bukti histopatologis endometritis
- 10) USG transvaginal atau MRI menunjukkan tuba menebal penuh berisi cairan dengan atau tanpa cairan bebas di panggul atau kompleks tubo-ovarial.



Gambar 5.7 Penyakit Radang Panggul

5. Kelainan Lain

a. Herpes Genital

Herpes genital adalah infeksi menular seksual yang disebabkan oleh virus herpes simpleks dan mengakibatkan ulkus genital. Gejala yang mungkin timbul adalah demam, tidak enak badan, ulkus yang dangkal dan nyeri. Keluhan berlangsung lebih kurang 14 hari, memuncak sekitar hari ke-7. Terapi pada kasus ini bisa menggunakan asiklovir.

b. Kondiloma Akuminata

Kondiloma akuminata adalah pertumbuhan kulit dan selaput lender seperti bunga kola tau jengger ayam, dengan permukaan kasar, papiler menonjol, warna agak gelap, berkumpul menjadi satu. Penanganan kondiloma akuminata adalah dengan eksisi dan kauterisasi.

c. **Granuloma Inguinal**

Gejala yang muncul dimulai dengan nodul tanpa keluhan yang kemudian mengalami ulserasi membentuk banyak ulkus berwarna merah daging, tidak terasa nyeri dan bergabung menjadi satu. Biasa terjadi kerusakan bentuk vulva. Mungkin terjadi adenopati yang minimal. Terapi rekomenaasi adalah Doksisisiklin 100 mg oral 2x sehaari selama paling sedikit 3 minggu dan sampai semua lesi sembuh sempurna.

d. **Kankroid**

Kankroid merupakan infeksi menular seksual akut yang disebabkan oleh *Haemophilus ducreyi*. Kankroid sangat menular, tetapi infeksi memerlukan kulit yang terbuka atau jaringan yang terluka. Masa inkubasi 3 sampai 6 hari. Infeksi semula timbul sebagai papula kecil yang berkembang menjadi pustule kemudian mengalami ulserasi. Pada satu saat dapat dilihat banyak lesi dalam tahapan perkembangan yang berbeda-beda. Ulkus kankroid bersifat dangkal dengan tepi compang-camping dan terasa nyeri.

e. **Sifilis**

Sifilis adalah infeksi kronik disebabkan oleh *Treponema Pallidum*. Ditandai dengan adanya ulkus keras dan tidak nyeri yang biasanya soliter. Ulkus tersebut dapat timbul di vulva, vagina, atau serviks. Dapat terjadi lesi ekstragenital. Ulkus sembuh secara spontan. Terjadi adenopati regional yang tidak nyeri tekan.

f. **Endometriosis**

Endometriosis merupakan kelainan ginekologi jinak yang ditandai dengan adanya glandula dan stroma endometrium di luar letaknya yang normal. Endometriosis sering didapatkan pada peritoneum pelvis, ovarium, septum rektovaginalis, ureter.

Gejala klinik endometriosis yaitu:

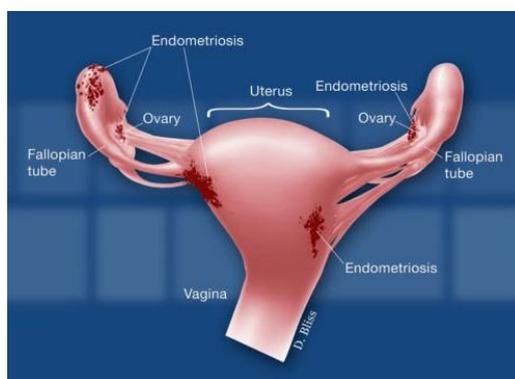
- 1) Menoragia
- 2) Dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual).
- 3) Nyeri saat defekasi
- 4) Dismenorea

- 5) Infertilitas: perlengketan pada ruang pelvis karena endometriosis dapat mengganggu pelepasan oosit dari ovarium atau menghambat ovum bertemu dengan sperma.

Penanganan

Pengobatan simtomatik:

- 1) Anti nyeri seperti parasetamol 500 mg, ibuprofen 400 mg, asam mefenamat 500 mg, tramadol, parasetamol dengan codein, gabapentin.
- 2) Pil kontrasepsi dosis rendah. Kombinasi monofasik (sekali sehari selama 6 - 12 bulan).
- 3) Progestin
Medroxyprogesterone Acetate (MPA) adalah yang diteliti sangat efektif dalam meringankan rasa nyeri. Pemberian suntikan KB dapat membantu mengurangi gejala nyeri dan perdarahan. Selain menggunakan suntikan KB, juga bisa menggunakan alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) yang mengandung progesterone.
- 4) Danazol 200 mg 2 kali sehari selama 6 bulan.
- 5) Gestrinon 2,5 - 10 mg, dua sampai tiga kali satu minggu, selama 6 bulan.
- 6) *Gonadotropin Releasing Hormone Agonist* (GnRHa) seperti leuprolide, busereline, dan gosereline. GnRHa diberikan selama 6-12 bulan. Untuk mengurangi efek samping dapat disertai dengan estrogen dan progesterone alamiah.
- 7) Pembedahan



Gambar 5.8 Endometriosis

6. Tumor

a. Fibroma

Fibroma merupakan proliferasi dari jaringan fibroblast labia mayor. Hampir sebagian besar fibroma pada vulva merupakan tumor bertangkai dengan diameter kecil dan tidak dikenali oleh penderita. Pertumbuhan dan pembesaran ukuran fibroma menimbulkan gangguan aktivitas seksual bagi penderita. Penanganan fibroma adalah dengan tindakan operatif.

b. Polip Fibroepitelial

Polip fibroepitelial disebut juga dengan akrokordon atau tonjolan kulit (skin tag), merupakan tonjolan kulit polipoid, bertekstur lunak dan halus, berwarna kemerahan seperti jaringan otot. Tumor ini hampir tidak pernah tumbuh ke arah ganas. Terapi yang digunakan adalah eksisi sederhana (bedah minor) atau menggunakan teknik kauterisasi unipolar atau bipolar.

c. Lipoma

Lipoma pada vulva merupakan tumor jinak dengan batas yang tegas dan dapat digerakkan bebas dari dasarnya. Penanganan lipoma adalah dengan eksisi.

d. Angiomioblastoma

Angiomioblastoma merupakan tumor padat vulva yang tergolong jinak. Selain pada vulva, tumor jenis ini juga ditemukan di vagina dan tuba falopii.

Angiomioblastoma dapat berupa tonjolan padat di atas kulit vulva atau mukosa vagina, berbatas tegas dan kenyal. Variasi tertentu dari tumor padat ini dapat berupa tonjolan polipoid di atas kulit. Permukaan tumor dapat ditutupi oleh selaput epitel tipis berwarna merah muda mengkilat atau buram dan keunguan karena disertai dengan perdarahan. Penanganan kasus ini adalah dengan eksisi.

e. Mioma Vulvo - Vagina

Tumor jaringan otot polos ini bisa terdapat di hampir semua bagian vulva. Akan tetapi, labia adalah yang paling rentan terutama pada daerah 1/3 bawah. Pada kondisi yang ekstrim, tumor ini dapat mendesak dinding labia ke arah introitus dan ke arah depan sehingga menyebabkan penyempitan introitus vagina. Mioma soliter dapat



membuat penonjolan yang berbatas tegas dan dapat digerakkan bebas mengikuti kapasitas kelenturan labia. Penanganan untuk masalah ini adalah dengan enukleasi atau eksisi mioma.

f. Polip Serviks

Tumor ini merupakan penjurulan bagian endoserviks dengan variasi eksternal atau region vaginal serviks.

Polip serviks bisa berupa tunggal maupun multiple, warna merah terang, rapuh, dan menyerupai spons. Kebanyakan polip ditemukan berupa penjurulan berwarna merah terang yang terjepit atau keluar dari ostium serviks. Polip ektoerviks berwarna lebih pucat dan lebih kenyal dari polip endoserviks.

Terapi untuk kasus ini adalah dengan ekstirpasi. Dilakukan pemutaran tangkai dan pembersihan dasar tangkai dengan kuret. Untuk meminimalkan perdarahan dilakukan menggunakan kauter unipolar/bipolar. Jika polip lebih dari satu dan dasar polip sulit dilihat secara langsung, sebaiknya dilakukan tindakan dilatasi serviks sebelum tindakan ekstirpasi atau kauterisasi.

g. Papiloma Serviks

Papiloma serviks merupakan neoplasma jinak serviks yang tumbuh pada pars vaginalis serviks. Papiloma terdiri atas 2 jenis, yaitu proyeksi papilaris eksoerviks di mana bagian tengah tersusun dari jaringan ikat fibrosa yang dilapisi oleh lapisan epitel skuamosa. Jenis pertama merupakan pertumbuhan neoplastik jinak murni. Jenis yang kedua merupakan kondilomata serviks yang bermanifestasi sebagai tumor, mulai dari tonjolan minor yang rata hingga gambaran papilomatosa seperti kondiloma akuminata.

Penonjolan ini terjadi akibat iritasi atau rangsangan kronis *human papilloma virus* (hPV).

Kasus ini dapat ditangani dengan tindakan bedah konvensional atau kauterisasi unipolar/bipolar.

h. Mioma Serviks

Mioma serviks dapat tumbuh ekstensif mencapai ukuran yang besar sehingga dapat memenuhi rongga pelvik dan menekan kandung kemih, rektum serta ureter.

i. Mioma Uteri

Mioma uteri merupakan tumor jinak yang struktur utamanya adalah otot polos rahim. Mioma dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Mioma tumbuh cepat saat penderita hamil atau terpapar estrogen, dan mengecil atau menghilang setelah menopause.

Gejala dari mioma uteri yaitu:

- 1) Metrorragia
- 2) Menoragia
- 3) Nyeri abdomen
- 4) Infertilitas

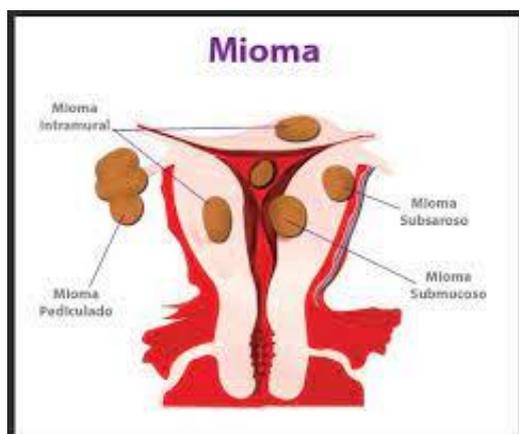
Klasifikasi mioma uteri berdasarkan lokasinya:

- 1) Mioma submukosa

Mioma jenis ini terletak pada lapisan di bawah endometrium dan menonjol ke kavum uteri. Hal ini bisa menyebabkan perdarahan ireguler. Mioma jenis ini dapat bertangkai panjang dan keluar melalui ostium serviks.

- 2) Mioma intramural (insterstisial) adalah mioma yang berkembang di antara miometrium.
- 3) Mioma subserosa adalah mioma yang tumbuh di bawah lapisan serosa uterus dan dapat tumbuh ke arah luar serta bertangkai.

Penanganan untuk mioma uteri umumnya bersifat konservatif. Bila ada kondisi mendesak maka dilakukan tindakan operatif.

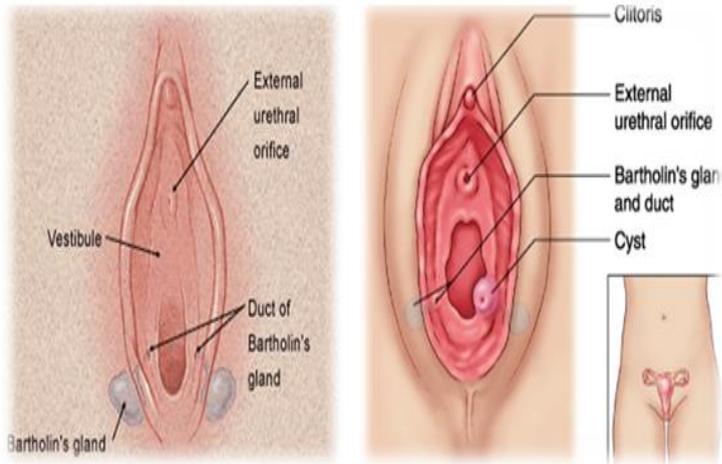


Gambar 5.9 Mioma Uteri

7. Kista

a. Kista Kelenjar Bartholini

Kista kelenjar bartholini dapat berasal dari bartholinitis kronis. Kista ini teraba sebagai suatu tonjolan pada bagian belakang dari labia mayor dan mudah digerakkan. Penanganan untuk kasus ini adalah ekstirpasi. Harus dapat diangkat seluruhnya karena bisa menyebabkan residif.



Gambar 5.10 Kista Bartholini

b. Kista Vagina

Biasanya berasal dari duktus Gartner atau duktus Muller. Kista vagina dapat mengganggu hubungan seksual dan persalinan. Penanganannya adalah dengan ekstirpasi.

c. Kista Ovarium

Salah satu contoh kista ovarium adalah sindrom polikistik ovarium (PCOS). Diagnosa klinis PCOS:

- 1) Kelebihan kadar hormon androgen
- 2) Gangguan ovulasi
- 3) Gambaran sel telur yang berbentuk kista-kista kecil.

Pada wanita dengan PCOS terdapat beberapa kista kecil berdiameter 4 hingga 9 mm menumpuk di ovarium sehingga disebut ovarium polikistik. Kista tersebut menghambat



terjadinya ovulasi. Kadar estrogen, progesteron, LH, dan FSH menjadi tidak seimbang. Wanita dengan PCOS berisiko mengalami gangguan kualitas hidup seperti:

- 1) Gangguan siklus menstruasi
- 2) Gangguan kesuburan
- 3) Gangguan psikologis dan perilaku
- 4) Kegelisahan
- 5) Gangguan makan
- 6) Gangguan metabolik yang bisa menyebabkan terjadinya obesitas dan diabetes.

Penyebab PCOS:

- 1) Kadar hormon insulin yang berlebihan
- 2) Ketidakseimbangan hormonal
- 3) Kerentanan genetik
- 4) Pil kontrasepsi

Gejala Klinis:

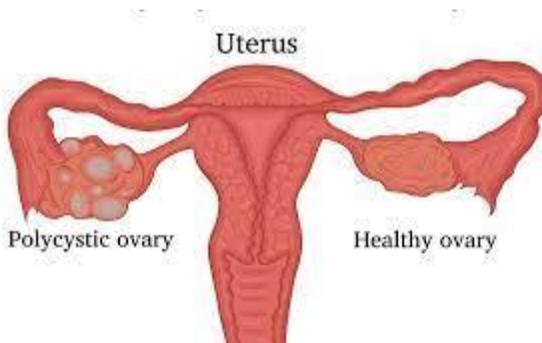
- 1) Amenorea
- 2) Haid tidak teratur
- 3) Obesitas
- 4) Gangguan fungsi insulin
- 5) Hirsutisme (pertumbuhan rambut pola pria)
- 6) Jerawat
- 7) Alopesia

Gejala-gejala pada pasien POCS usia remaja:

- 1) Pola pendarahan uterus yang tidak normal
- 2) Abnormal berdasarkan standar usia populasi
- 3) Gejala yang menetap dalam 1-2 tahun
- 4) Kejadian Hiperandrogen
- 5) Kenaikan nilai hormon testosteron di atas nilai normal dewasa
- 6) Hirsutisme derajat sedang-berat
- 7) Radang jerawat derajat sedang-berat

Pengobatan pasien PCOS tergantung pada gejala yang muncul. Misalnya:

- 1) Jerawat dapat diobati menggunakan antibiotik, kombinasi hormon estrogen dan progesteron melalui oral (pil oral kombinasi juga juga dapat meregulasi siklus haid), pil spironolakton yang dapat memblokir hormon androgen penyebab jerawat.
- 2) Periode menstruasi yang abnormal diobati menggunakan pil kontrasepsi oral kombinasi, pil progesteron dan penggunaan *patch* estrogen dan progesteron.
- 3) Hirsutisme dapat dikurangi dengan penggunaan kontrasepsi oral atau pil spironolakton.
- 4) Olahraga selama 150 menit akan meningkatkan denyut jantung yang akan membantu menurunkan kejadian resistensi insulin pada pasien dengan PCOS.
- 5) Diet sehat tanpa konsumsi minuman manis seperti soda dan konsumsi karbohidrat serta makanan cepat saji bisa membantu menurunkan resistensi insulin dan berat badan.



Gambar 5.11 PCOS

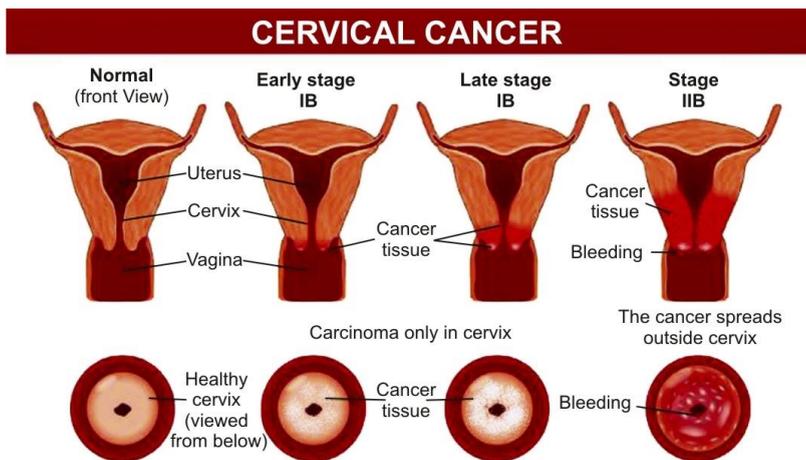
8. Kanker Serviks

Penyebab kanker serviks adalah infeksi human Papiloma Virus (hPV) yang merangsang perubahan perilaku sel epitel serviks. Faktor resiko yang berhubungan dengan kanker serviks adalah aktivitas seksual pada usia muda (<16 tahun), hubungan seksual dengan multipartner, menderita HIV atau mendapat penyakit/penekan kekebalan (*immunosuppressive*) yang bersamaan dengan infeksi hPV, dan perempuan perokok.

Gejala dari kanker serviks yaitu:

- 1) Keputihan berlebih disertai bercak darah, kadang berbau busuk
- 2) Perdarahan pasca senggama
- 3) Nyeri panggul
- 4) Nyeri pinggang dan pinggul
- 5) Sering buang air kecil
- 6) Nyeri saat buang air kecil dan buang air besar
- 7) Edema kaki unilateral
- 8) Obstruksi ureter

Diagnosis untuk penyakit ini dilakukan dengan tes pap. Tes pap direkomendasikan pada saat mulai melakukan aktivitas seksual atau setelah menikah. Setelah tiga kali pemeriksaan tes pap tiap tahun, interval pemeriksaan dapat dilakukan setiap 3 tahun sekali. Bagi kelompok perempuan yang beresiko tinggi dianjurkan pemeriksaan tes Pap setiap tahun. Pemastian diagnosis dilaksanakan dengan biopsi serviks.



Gambar 5.12 Kanker Serviks

9. TBC Alat Kandungan

TBC alat kandungan terjadi secara hematogen dari sarang primernya. Sarang primer ini biasanya terletak di paru-paru, kelenjar



hilus atau usus. Maka pada tbc alat kandungan perlu dicari sarang primer ini dengan foto thorax.

TBC alat kandungan pada umumnya berasal dari salpingitis tuberculosa yang terjadi secara hematogen. Kemudian terjadi infeksi yang menimbulkan endometritis dan servisititis. Infeksi primer dari serviks bisa terjadi karena persetubuhan, jika suami menderita epididimistis tbc.

Gejala:

- 1) Mudah lelah
- 2) Suhu subfebris
- 3) Keluar keringat di malam hari
- 4) Kelainan haid.

Terapi:

- 1) Istirahat
- 2) Perbaiki gizi
- 3) Tuberculostatica: Streptomycin, INH, TBI (thiosemikarbazon), PAS.



KOMPLIKASI KEHAMILAN

Kehamilan dan persalinan merupakan proses alami, tetapi bukan tanpa risiko dan merupakan beban tersendiri bagi seorang wanita. Ibu dapat mengalami beberapa keluhan fisik dan mental, sebagian kecil mengalami kesukaran selama kehamilan dan persalinan, tetapi kebanyakan ibu tersebut pulih sehat kembali sepenuhnya dengan mempunyai bayi yang normal dan sehat. Sebagian besar kehamilan dan persalinan akan mempunyai hasil yang menggembirakan yaitu ibu dan bayi lahir sehat. Namun sebagian ibu hamil akan menghadapi kegawatan dengan derajat ringan sampai berat yang dapat memberikan bahaya terjadinya ketidaknyamanan, ketidakpuasan, kesakitan, kecacatan bahkan kematian bagi ibu dan atau bayinya, terutama pada kelompok ibu hamil risiko tinggi, maupun ibu hamil risiko rendah yang mengalami komplikasi pada persalinan (Rochjati, 2011).

Angka kematian ibu merupakan indikator kesejahteraan perempuan, indikator kesejahteraan suatu bangsa sekaligus menggambarkan hasil capaian pembangunan suatu negara. Menurut *World Health Organization*, definisi kematian ibu adalah kematian seorang wanita hamil atau sampai 42 hari pasca persalinan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan, komplikasi kehamilan atau manajemennya, dan bukan karena penyebab kecelakaan atau *incidental* (Pulungan, et al., 2020).

Program Perencanaan Persalinan dan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI yaitu menekan angka kematian ibu melahirkan. Program ini menitikberatkan fokus totalitas monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin. Dalam pelaksanaan P4K, bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan dapat membangun komunikasi persuasive dan setara di wilayah kerjanya agar dapat terwujud kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Pulungan, et al., 2020),

A. Hiperemesis Gravidarum (HEG)

Definisi

Hiperemesis gravidarum adalah emesis gravidarum yang berlebihan sehingga menimbulkan gejala klinis serta mengganggu kehidupan sehari-hari.

Hyperemesis gravidarum memerlukan perawatan di rumah sakit. Komplikasi hyperemesis gravidarum tidak banyak dijumpai. (Manuaba, 2004)

Pembagian Hiperemesis Gravidarum adalah sebagai berikut:

Tingkat I:

- Muntah berlebihan
- Dehidrasi ringan
- Nyeri epigastrium
- Nadi meningkat
- Berat badan menurun

Tingkat II:

- Tampak lemah dan apatis
- Dehidrasi sedang
- Turgor kulit turun
- Lidah mengering
- Tampak ikterus
- Nadi meningkat, temperatur naik, tekanan darah turun
- Hemokonsentrasi disertai oliguria
- Badan keton dalam keringat dan air kencing

Tingkat III:

- Keadaan umum sangat menurun
- Kesadaran somnolen sampai koma
- Ikterus yang makin nyata
- Komplikasi yang mungkin tampak

- 
- a. Ensepalopati Wernicke
 - Nistagmus
 - Diplopia
 - Perubahan mental
 - b. Muntah dapat disertai darah
(Manuaba, 2004)

Etiologi

Etiologi hiperemesis gravidarum belum jelas, perkiraan faktor-faktor penyebabnya meliputi: (Stright, 2005)

1. Kadar hCG yang tinggi pada awal kehamilan.
2. Defisiensi metabolik atau nutrisi.
3. Lebih umum terjadi pada kehamilan wanita kulit putih yang tidak menikah dan kehamilan pertama.
4. Ambivalen terhadap kehamilan atau stress terkait dengan keluarga.
5. Disfungsi tiroid.

Gejala

- a. Lebih sering muntah ketimbang waktu hamil muda
- b. Volume cairan muntah khas hiperemesis gravidarum mungkin lebih banyak dari morning sickness biasa. Selain mual dan muntah parah, hiperemesis gravidarum juga ditandai dengan:
- c. Penurunan berat badan drastis (sekitar 2,5 sampai 10 kg atau lebih)
- d. Nafsu makan menurun
- e. Merasa ingin pingsan.
(Pulungan, et al., 2020)

Diagnosis

1. Anamnesis
 - a. Mual muntah berat, yaitu ≥ 3 kali perhari
 - b. Nyeri perut dan kepala

- 
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Jika gejala sangat berat dapat disertai dengan tanda-tanda dehidrasi
 - b. Penurunan berat badan > 3 kg atau > 5% berat badan sebelum hamil
 3. Pemeriksaan penunjang
 - a. Pemeriksaan urine lengkap untuk mengetahui keton urine
 - b. Pemeriksaan darah untuk mengetahui keton darah, gangguan elektrolit, fungsi ginjal (BUN/SK), glukosa, fungsi liver dan berat jenis plasma (Akbar, et al., 2020).

Penatalaksanaan

Pencegahan terhadap hiperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik, memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan, menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil, tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. makanan dan minuman seyogyanya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin. Defekasi yang teratur hendaknya dapat dijamin, menghindari kekurangan karbohidrat merupakan faktor yang penting, oleh karenanya dianjurkan makan yang banyak mengandung gula.

1. Obat-obatan

Apabila dengan cara tersebut di atas keluhan dan gejala tidak mengurang maka diperlukan pengobatan. Tetapi perlu diingat untuk tidak memberikan obat yang teratogen. Sedativa yang sering diberikan adalah phenobarbital. Vitamin yang dianjurkan adalah vitamin B1 dan B6. Anti histaminika juga dianjurkan, seperti dramamin, avomin. Pada keadaan lebih berat diberikan antiemetik seperti disiklomin hidrokloride atau khlorpromasin. Penanganan hiperemesis gravidarum yang lebih berat perlu dikelola di rumah sakit.

2. Isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah dan peredaran udara yang baik. Catat cairan yang keluar dan masuk. Hanya dokter dan perawat yang boleh masuk ke dalam kamar penderita, sampai muntah berhenti dan penderita mau makan, tidak diberikan makanan/minum dan selama 24 jam. Kadang-kadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

3. Terapi psikologik

Perlu diyakinkan kepada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik, yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini.

4. Cairan parenteral

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukose 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2 – 3 lt sehari. Bila perlu dapat ditambah kalium, dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C dan bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intravena.

Dibuat daftar kontrol cairan yang masuk dan yang dikeluarkan. Air kencing perlu diperiksa sehari-hari terhadap protein, aseton, khlorida dan bilirubin. Suhu dan nadi diperiksa setiap 4 jam dan tekanan darah 3 kali sehari. Dilakukan pemeriksaan hematokrit pada permulaan dan seterusnya menurut keperluan. Bila selama 24 jam penderita tidak muntah dan keadaan umum bertambah baik dapat dicoba untuk memberikan minuman, dan lambat laun minuman dapat ditambah dengan makanan yang tidak cair. Dengan penanganan di atas, pada umumnya gejala-gejala akan berkurang dan keadaan akan bertambah baik.

5. Penghentian kehamilan

Pada sebagian kecil kasus keadaan tidak menjadi baik, bahkan mundur. Usahakan mengadakan pemeriksaan medik dan psikiatrik bila keadaan memburuk. Delirium, kebutaan, takhikardi, ikterus, anuria dan perdarahan merupakan manifestasi komplikasi organik. Dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Keputusan untuk melakukan abortus terapeutik sering sulit diambil, oleh karena di satu pihak tidak boleh dilakukan terlalu cepat, tetapi

di lain pihak tidak boleh menunggu sampai terjadi gejala ireversibel pada organ vital (Prawirohardjo, 2007).

B. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Definisi

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah istilah luas yang menggambarkan kondisi klinis infeksi pada saluran kemih. (Prihadi, et al., 2020)

ISK adalah infeksi bakteri yang paling sering dijumpai pada kehamilan. Walaupun bakteri uria asimpomatik merupakan hal biasa, infeksi simptomatik dapat mengenai saluran bawah yang menyebabkan sistitis, atau menyerang kaliks, pelvis dan parenkim ginjal sehingga mengakibatkan pielonefritis (Khumaira, 2012).

Patogenesis ISK

Saluran kemih atau urin pada dasarnya adalah steril atau bebas dari mikroorganisme. Infeksi ini dapat terjadi pada saat mikroorganisme masuk dan berkembang biak di dalam media urin. Cara mikroorganisme masuk dapat melalui *ascending*, hematogen (melalui darah), limfogen, atau langsung dari organ sekitar yang terinfeksi. Sebagian besar mikroorganisme penyebab ISK memasuki saluran kemih dengan cara *ascending* (Prihadi, et al., 2020).

Kuman penyebab ISK pada umumnya adalah kuman yang berasal dari flora normal usus dan hidup secara komensal di dalam introitus vagina, kulit perineum dan sekitar anus.

Terjadinya ISK disebabkan oleh gangguan keseimbangan antara mikroorganisme (*agent*) dan epitel saluran kemih (*host*). Bila mikroorganisme terlalu banyak jumlahnya, misalnya akibat kebersihan yang buruk, maka infeksi dapat terjadi (Prihadi, et al., 2020).

Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari infeksi saluran kemih berbeda dengan jenis infeksi. ISK dibedakan berdasarkan proliferasi bakteri yang mengikutinya; bakteri tanpa gejala (*Asymptomatic bacteria*, urin) sistitis (kandung kemih), pielonefritis (ginjal). Infeksi saluran kemih tanpa gejala yang tidak diobati dapat berkembang menjadi pielonefritis 20% - 40% pada ibu hamil.



Bakteriuria ditemukan bila jumlah kuman dalam urin lebih dari 100.000 cfu/ml. walaupun 20% - 40% perempuan dengan gejala klinis infeksi saluran kemih hanya didapatkan jumlah kuman kurang dari 100.000 cfu/ml, bahkan beberapa penelitian melaporkan jumlah kuman 100 cfu/ml. lebih dari 10% perempuan menderita infeksi saluran kemih, yang tidak menimbulkan gejala juga menunjukkan kuman yang meningkat. Peningkatan jumlah bakteri juga akan berhubungan dengan keluhan dan terjadinya pyuria (pus dalam urin). (Irianti, et al., 2014)

Diagnosis

1. Anamnesis dan klinis

Gambaran klinis dapat bervariasi, mulai dari tanpa gejala hingga nyeri, demam dan mual muntah. Gejala yang paling sering ditemukan berupa frekuensi, urgensi dan dysuria

2. Pemeriksaan urin

Pemeriksaan urin merupakan pemeriksaan yang sangat penting dilakukan untuk mendiagnosis infeksi saluran kemih. Pemeriksaan urin terdiri dari urinalisis dan kultur urin. Pada urinalisis dapat ditemukan sel leukosit dan eritrosit, ataupun bakteri. Urin dikatakan terinfeksi jika didapatkan >5 leukosit per lapang pandang besar.

Kultur urin diperlukan untuk melihat jenis kuman dan antibiotik yang tepat untuk membunuh kuman tersebut.

Kultur urin dapat diambil dengan cara:

- a. Aspirasi suprapubic
- b. Kateterisasi
- c. Pengambilan urin porsi tengah (*midstream urine*)

Dikatakan bakteriuria jika didapatkan. 10^5 CFU (*colony forming unit*) per mL pada urin *midstream*, atau. 10^3 CFU per mL pada aspirasi suprapubic atau kateterisasi (Prihadi, et al., 2020).

Penatalaksanaan

Hidrasi intravena agar produksi urin memadai merupakan hal yang esensial. Keluaran urin, tekanan darah dan suhu dipantau secara ketat. Demam tinggi harus diatasi, biasanya dengan selimut pendingin. Infeksi saluran kemih yang serius ini biasanya cepat berespon terhadap hidrasi intravena dan terapi antimikroba.



Pemilihan obat bersifat empiris; ampicillin, plus gentamicin, ceftazolin atau ceftriaxone terbukti 95% efektif dalam uji klinis acak. Resistensi E. Coli terhadap ampicillin sering terjadi dan hanya separuh hanya strain yang ada masih sensitive. In vitro terhadap ampicillin, tetapi sebagian besar masih sensitive terhadap ceftazolin. Karena itu banyak dokter cenderung memberikan gentamicin atau aminoglikosida lain bersama dengan ampicillin. Apabila pasien mendapat obat-obat neotoksik perlu dilakukan pengukuran kreatinin serum secara serial. Akhirnya dari semua macam pengobatan di atas cenderung lebih banyak yang menggunakan suatu sefalosporin atau phenicilin dengan spektrum diperluas. (Khumaira, 2012)

C. Abortus

Definisi

Abortus (aborsi, *abortion*) adalah berakhirnya kehamilan melalui cara apapun sebelum janin mampu bertahan hidup. Di Amerika Serikat, definisi ini terbatas pada terminasi kehamilan sebelum 20 minggu didasarkan pada tanggal hari pertama haid normal terakhir. Definisi lain yang sering digunakan adalah keluarnya janin-neonatus yang beratnya kurang dari 500 gr (Cunningham, et al., 2006).

Hampir semua keguguran terjadi pada permulaan kehamilan, sangat jarang terjadi setelah tiga bulan. Studi mengatakan bahwa pada sebanyak seperempat kehamilan akan mengalami keguguran, waktu yang paling berisiko terjadi mulai menstruasi terakhir sampai sekitar delapan minggu. Tanda yang paling sering adalah perdarahan, bisa mulai sebagai menetes sedikit (*spotting*) sampai mengalir deras dibandingkan dengan menstruasi (Abrahams, 2014).

Abortus dapat terjadi secara spontan atau provocatus. Abortus spontan merupakan abortus yang terjadi karena dengan sendirinya secara tidak disengaja (keguguran) sedangkan abortus provocatus merupakan abortus yang terjadi karena disengaja (digugurkan) (Putri & Mudlikah, 2019).

Etiologi

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kematian abortus yaitu:

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 atau kelainan kromosom (monosomy, trisomy, atau poliploidi)
 - b. Embrio dengan kelainan lokal
 - c. Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasi trophoblast)
2. Faktor Maternal
- a. Infeksi

Infeksi maternal dapat membawa risiko 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, dan ensefalomyelitis.
 - Bakteri, misalnya *Salmonella typhi*
 - Parasit, misalnya *Toxoplasma gondii*, *Plasmodium*
- b. Penyakit vaskuler, misalnya hipertensi vaskular
 - c. Kelainan endokrin, abortus spontan dapat terjadi, bila produksi progesterone tidak mencukupi atau pada penyakit disfungsi tiroid; defisiensi insulin
 - d. Faktor imunologis, ketidakcocokan (inkompatibilitas) system 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 gravidatum sebelum minggu ke-8
 - Pembedahan intraabdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil.

- 
- f. Kelainan uterus, Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma submucosa), serviks inkompeten atau *retroflexio uteri gravidii incarcerata*.
 - 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 dan benzene. (Sastrawinata, et al., 2005)

Diagnosis

1. Anamnesa
 - a. Usia kehamilan ibu (kurang dari 20 minggu)
 - b. Adanya kram perut atau mules daerah atas simpisis, nyeri pinggang akibat kontraksi uterus
 - c. Perdarahan pervaginam mungkin disertai dengan keluarnya jaringan hasil konsepsi
2. Pemeriksaan fisik
Hasil pemeriksaan fisik didapati:
 - a. Biasanya keadaan umum (KU) tampak lemah
 - b. Tekanan darah normal atau menurun
 - c. Denyut nadi normal, cepat atau kecil dan lambat
 - d. Suhu badan normal atau meningkat
 - e. Pembesaran uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan
3. Pemeriksaan ginekologi
Hasil pemeriksaan ginekologi didapat:

- 
- a. Inspeksi vulva untuk menilai perdarahan pervaginam dengan atau tanpa jaringan hasil konsepsi
 - b. Pemeriksaan pembukaan serviks
 - c. Inspekulo menilai ada/tidaknya perdarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau tertutup, ada atau tidaknya jaringan di ostium
 - d. *Vaginal Toucher* (VT) menilai porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, tidak nyeri adneksa, kavum douglas tidak nyeri.
4. Pemeriksaan penunjang dengan USG oleh dokter (Irianti, et al., 2014)

Klasifikasi

Abortus diklasifikasikan menjadi: (1) abortus imminens, (2) abortus insipiens, (3) abortus completus, (4) abortus incompletus, (5) missed abortion, (6) abortus habitualis, dan (7) abortus infeksius atau abortus septik. (Putri & Mudlikah, 2019)

1. Abortus Imminens

a. Definisi

Abortus imminens merupakan abortus pada tingkat permulaan di mana bayi masih hidup di dalam uterus ibu dan merupakan ancaman terjadinya keguguran.

b. Tanda dan Gejala Klinis

Tanda dan gejala klinis dari abortus imminens, yaitu: (1) perdarahan pervaginam (bercak hingga sedang); (2) perut terasa sedikit mulas; (3) pada pemeriksaan luar TFU (Tinggi Fundus Uteri) masih sesuai dengan usia kehamilan; (4) pada pemeriksaan dalam serviks (ostium uteri) masih tertutup; dan/atau (5) pada pemeriksaan tes kehamilan urin masih menunjukkan hasil positif.

c. Penatalaksanaan

Apabila ada tanda dan gejala klinis yang menunjukkan ibu mengalami abortus imminens, maka kehamilan ibu masih dapat dipertahankan dan ada harapan bahwa kehamilan masih berlangsung terus. Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah:

- 
- 1) Ibu dianjurkan untuk melakukan tirah baring sampai perdarahan pervaginam berhenti dan nyeri perut telah hilang.
 - 2) Berikan obat-obatan hormonal yang mengandung progesteron untuk menguatkan kandungan ibu.
 - 3) Berikan obat spasmolitik untuk meredakan kontraksi (nyeri) perut yang dialami ibu.
 - 4) Ibu dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama \pm 2 minggu atau selama trimester pertama kehamilan.

2. Abortus Insiapiens

a. Definisi

Abortus insiapiens merupakan abortus yang sedang mengancam dimana kehamilan tidak dapat dipertahankan lagi dan akan berkembang pada abortus completus atau abortus incompletus.

b. Tanda dan Gejala Klinis

Tanda dan gejala klinis dari abortus insiapiens, yaitu: (1) perdarahan pervaginam (sedang hingga banyak) dan kadang keluar gumpalan darah; (2) perut terasa sangat mulas karena kontraksi uterus yang sering dan kuat; (3) pada pemeriksaan luar TFU sesuai dengan usia kehamilan; (4) pada pemeriksaan tes urin masih menunjukkan hasil positif; dan (6) Gerak janin masih dapat dirasakan dan DJJ (denyut Jantung Janin) masih dapat terdengar meskipun mungkin sudah mulai tidak normal.

c. Penatalaksanaan

Pada abortus insiapiens meskipun janin masih berada di dalam uterus, kehamilan tidak lagi dapat dipertahankan karena pasti akan berkembang menjadi abortus incompletus atau abortus completes. Adapun tindakan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Perbaiki keadaan umum ibu
- 2) Berikan cairan infus
- 3) Berikan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi
- 4) Berikan uterotonika untuk merangsang kontraksi uterus agar hasil konsepsi dapat dikeluarkan secara spontan, apabila cara tersebut tidak berhasil maka lakukan



rujukan untuk mengeluarkan hasil konsepsi dengan AVM (Aspirasi Vacum Manual) atau *curretage*.

3. Abortus Completus

a. Definisi

Abortus completus merupakan abortus lengkap di mana seluruh hasil konsepsi telah keluar dari cavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram

b. Tanda dan Gejala Klinis

Tanda dan gejala klinis abortus completus, yaitu: (1) perdarahan sedikit karena seluruh hasil konsepsi telah keluar; (2) perut terasa sedikit nyeri karena kontraksi uterus telah berkurang; (3) pada pemeriksaan luar TFU lebih kecil daripada usia kehamilan; (4) pada pemeriksaan dalam serviks telah menutup; (5) pada pemeriksaan tes urin hasilnya masih menunjukkan positif hingga 7-10 hari pasca abortus.

c. Penatalaksanaan

Ibu dengan diagnosa abortus completus tidak memerlukan penanganan khusus karena hasil konsepsi telah sepenuhnya keluar sehingga tidak menimbulkan gangguan atau ancaman yang membahayakan jiwa ibu. Jika diperlukan, bidan hanya memberikan obat roboransia (multivitamin) untuk memperbaiki keadaan umum ibu.

4. Abortus Incompletus

a. Definisi

Abortus incompletus merupakan kebalikan dari abortus completus, di mana hasil konsepsi tidak keluar seluruhnya dari cavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gr sehingga menimbulkan perdarahan pada ibu. Perdarahan ini akan terus terjadi selama sisa hasil konsepsi (baik janin maupun plasenta) belum keluar seluruhnya dari cavum uteri sehingga bisa menyebabkan ibu jatuh dalam keadaan syok haemorrhagic dan anemia, hal inilah yang dapat mengancam jiwa ibu jika tidak ditangani.

b. Tanda dan Gejala Klinis

Tanda dan gejala klinis dari abortus incompletus yaitu: (1) perdarahan sedikit, sedang, hingga banyak tergantung dari berapa banyak sisa hasil konsepsi yang tertinggal di dalam uterus. Semakin banyak sisa hasil konsepsi yang masih tertahan di dalam cavum uteri, maka semakin banyak pula perdarahan yang terjadi; (2) nyeri perut ringan, sedang, hingga berat, tergantung dari seberapa banyak sisa hasil konsepsi yang tertinggal di dalam uterus. Semakin banyak sisa hasil konsepsi yang masih tertahan di dalam cavum uteri, maka semakin tinggi pula tingkat nyeri uterus yang terjadi; (3) pada pemeriksaan luar TFU lebih kecil dari usia kehamilan; (4) pada pemeriksaan dalam serviks masih terbuka dan teraba jaringan dalam cavum uteri atau menonjol di kanalis servikalis; (5) pada pemeriksaan tes urin masih menunjukkan hasil positif.

c. Penatalaksanaan

Pada abortus incompletus, tindakan yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Perbaiki keadaan umum ibu, dengan cara pemberian infus.
- 2) Apabila terjadi perdarahan hebat, lakukan tindakan transfusi darah segera dan mengeluarkan sisa jaringan di dalam cavum uteri oleh bidan secara manual untuk merangsang kontraksi uterus dan meredakan perdarahan.
- 3) Lakukan rujukan pada ibu untuk dilakukan *curettage* oleh dokter obgyn.
- 4) Berikan obat-obatan uterotonika dan antibiotika pasca tindakan.

5. ***Missed Abortion***

a. Definisi

Missed abortion adalah abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal di dalam kandungan akan tetapi hasil konsepsi (baik embrio maupun plasenta) seluruhnya masih tertahan di dalam cavum uteri.

b. Tanda dan Gejala Klinis

Pada kasus *missed abortion*, ibu justru tidak mengalami keluhan apapun, baik perdarahan maupun nyeri perut. Ibu hanya merasakan bahwa perutnya semakin mengecil dan tanda-tanda kehamilan sekunder pada payudara menghilang.

Kasus *missed abortion* kadang-kadang diawali dengan kejadian abortus imminens yang sembuh, akan tetapi kemudian kehamilan ibu tidak berkembang setelahnya. Pada pemeriksaan tes urin akan menunjukkan hasil negative setelah ± 7 hari dari terhentinya perkembangan janin.

c. Penatalaksanaan

Pada kasus *missed abortion*, tujuan utama tindakan yang dilakukan adalah mengeluarkan hasil konsepsi yang seluruhnya masih ada di dalam cavum uteri.

Adapun tatalaksana yang harus dilakukan oleh bidan dalam kasus *missed abortion* adalah:

- 1) Apabila serviks terbuka, tindakan *curettage* dapat langsung dilakukan.
- 2) Apabila serviks tertutup, dianjurkan untuk melakukan induksi terlebih dahulu untuk merangsang kontraksi uterus dan merangsang pembukaan serviks. Tindakan induksi yang dapat dilakukan adalah memberikan drip oksitosin 10 unit (dapat diulang hingga 50 unit) dalam 500 cc dextrose 5% sebanyak 20 tetes permenit.
- 3) Jika induksi tersebut di atas tidak berhasil, maka ibu diistirahatkan selama satu hari kemudian dilakukan induksi ulang. Induksi ini dilakukan maksimal sebanyak 3 kali,
- 4) Jika hasil konsepsi telah keluar dengan dilakukan induksi tersebut, maka tindakan dilanjutkan dengan melakukan *curettage* oleh dokter obgyn untuk membersihkan sisa hasil konsepsi dalam cavum uteri untuk memastikan tidak ada yang tertinggal.

6. Abortus Habitualis

Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi sebanyak 3 kali atau lebih secara berturut-turut tanpa penyebab yang jelas. Pada umumnya abortus habitualis terjadi karena inkompetensia serviks, yaitu suatu keadaan di mana serviks tidak dapat menahan beban untuk tetap menutup selama kehamilan,



terutama ketika kehamilan melewati trimester pertama, sehingga serviks yang membuka ini (inkompeten) menyebabkan terjadinya pengeluaran hasil konsepsi.

Penatalaksanaan abortus habitualis sesuai dengan penyebabnya. Apabila penyebabnya dicurigai karena adanya inkompetensia serviks, maka tindakan yang dilakukan adalah melakukan fiksasi pada serviks agar dapat menahan beban kehamilan dengan berkembangnya kehamilan. Operasi dilakukan oleh dokter obgyn pada kehamilan 12-14 minggu.

7. Abortus Infeksious atau Abortus Septik

a. Definisi

Abortus infeksius adalah abortus yang disertai dengan infeksi pada alat genital, sedangkan abortus septik adalah abortus yang disertai dengan penyebaran infeksi pada peritoneum dan/atau pembuluh darah

Abortus infeksius dan abortus septik adalah komplikasi yang paling sering terjadi, apalagi jika selama tindakan penanganan abortus tidak memperhatikan teknik septik dan aseptik.

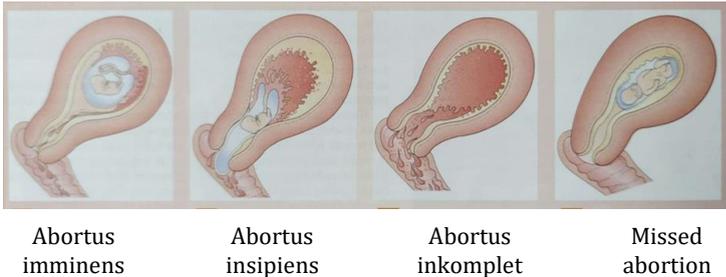
b. Tanda dan Gejala Klinis

Tanda dan gejala klinis dari abortus infeksius, yaitu: panas tinggi, perdarahan pervaginam yang berbau, takikardia, ibu tampak sakit dan lelah, uterus membesar dan teraba lembut disertai nyeri tekan. Bila sampai terjadi sepsis dan syok (abortus septik) maka ibu akan mengalami panas tinggi, menggigil, tekanan darah turun, dan tampak lelah. Pada pemeriksaan laboratorium, baik abortus infeksius maupun abortus septik, menunjukkan hasil kadar leukosit yang tinggi.

c. Penatalaksanaan

Pengelolaan ibu dengan abortus infeksius dan abortus septik adalah pemberian cairan infus dan antibiotika yang adekuat, selain itu juga dibarengi dengan pemberian uterotonika. *Curettage* dilakukan setelah keadaan ibu membaik minimal 6 jam setelah pemberian antibiotika. Pemberian antibiotika dilanjutkan hingga 2 hari setelah ibu bebas demam, apabila tidak menunjukkan hasil maka antibiotika ditingkatkan pada level yang lebih tinggi. Jika dikhawatirkan terjadi tetanus, maka pemberian ATS (Anti Tetanus serum) dan irigasi kanalis servikalis dengan cairan H_2O_2 (Hidrogen Peroksida) perlu dilakukan. Apabila

semua cara tersebut telah dilakukan dan keadaan ibu tetap memburuk, maka histerektomi total perlu dilakukan secepatnya.



Gambar 6.1 Jenis Abortus (Abrahams, 2014)

Komplikasi Abortus

Komplikasi yang berbahaya pada abortus adalah:

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu diberikan transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

2. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomy dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi.

3. Infeksi

4. Syok

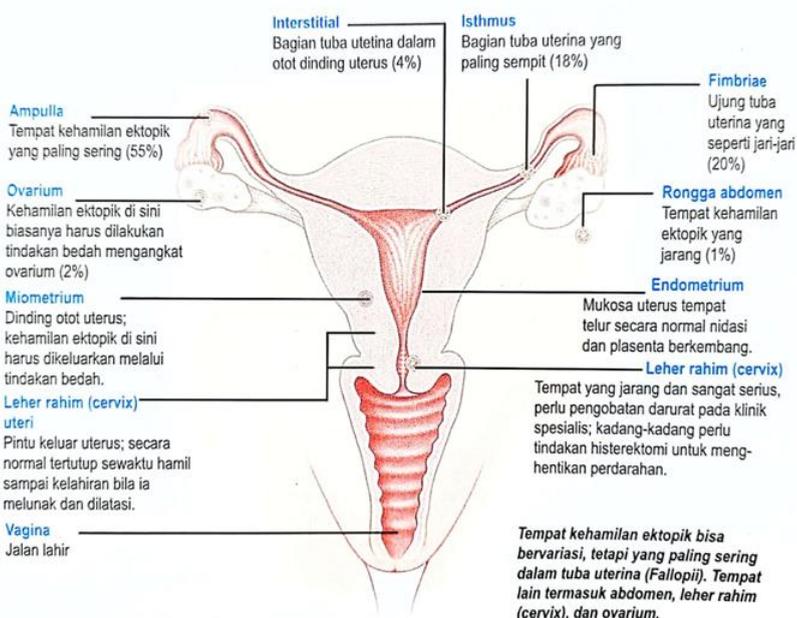
Syok pada abortus dapat terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik) (Khumaira, 2012).

D. Kehamilan Ektopik

Definisi

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi hasil pembuahan tidak menempel pada dinding endometrium cavum uteri (Putri & Mudlikah, 2019).

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang berlokasi di luar endometrium normal, sedangkan kehamilan ektrauterin adalah kehamilan yang berlokasi di luar uterus (Manuaba, 2004).



Gambar 6.2 Lokasi terjadinya kehamilan ektopik (Abrahams, 2014)

Etiologi

Penyebab terjadinya kehamilan ektopik adalah terhambatnya perjalanan embrio untuk berimplantasi di endometrium cavum uteri sehingga embrio kemudian berimplantasi di luar endometrium (Putri & Mudlikah, 2019).

Berikut ini adalah faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya hambatan implantasi embrio di endometrium adalah:

1. Faktor Tuba Falopi

- Lumen tuba menyempit atau buntu akibat dari adanya peradangan atau infeksi pada tuba.

- 
- b. Adanya kelainan endometriosis tuba atau divertikel saluran tuba yang bersifat kongenital.
 - c. Adanya tumor di sekitar saluran tuba yang menyebabkan perubahan bentuk dan patensi tuba.
 - d. Saluran tuba yang panjang dan berkelok-kelok dapat menyebabkan silia tidak berfungsi dengan baik.
2. Faktor Abnormalitas Zigot

Apabila embrio atau zigot tumbuh dan berkembang terlalu cepat atau berukuran lebih besar dari ukuran normalnya, maka hal ini dapat menyebabkan tersendatnya embrio di saluran tuba sehingga kemungkinan embrio berimplantasi di saluran tuba lebih besar.
 3. Faktor Hormonal

Kehamilan ektopik biasanya lebih sering terjadi pada mantan akseptor KB pil yang hanya mengandung progesteron, sebab hormon progesteron dapat memperlambat gerakan tuba falopii.
 4. Faktor Lain

Pemakaian IUD juga dapat menimbulkan peradangan pada saluran tuba dan endometrium yang dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik.

Gejala Klinis

Gejala ini tergantung dari bentuk kehamilan ektopiknya, yaitu: (Manuaba, 2004)

1. Perdarah pervaginam ringan sampai berat.
2. Pusing atau lemas
3. Mual muntah berlebihan
4. Nyeri perut, nyeri pada tulang panggul, nyeri pada bahu, nyeri atau merasakan tekanan pada rectum saat buang air besar.

Diagnosis

Pada umumnya dengan anamnesis yang teliti dan pemeriksaan yang cermat diagnosis dapat ditegakkan, walaupun biasanya alat bantu diagnostik seperti kuldosentesis, ultrasonografi, dan laparoskopi masih diperlukan *Anamnesis*. Haid biasanya terlambat untuk beberapa waktu dan kadang-kadang terdapat gejala subyektif kehamilan muda. Nyeri perut bagian bawah, nyeri bahu,



tenesmus, dapat dinyatakan. Perdarahan pervaginam terjadi setelah nyeri perut bagian bawah.

1. Pemeriksaan umum

Penderita tampak kesakitan dan pucat; pada perdarahan dalam rongga perut tanda-tanda syok dapat ditemukan. Pada jenis yang tidak mendadak perut bagian bawah hanya sedikit mengembung dan nyeri tekan.

2. Pemeriksaan ginekologi

Tanda-tanda kehamilan muda mungkin ditemukan. Pergerakan serviks menyebabkan rasa nyeri. Bila uterus dapat diraba, maka akan teraba sedikit membesar dan kadang-kadang teraba tumor di samping uterus dengan batas yang sukar ditentukan. Kavum Douglas yang menonjol dan nyeri-raba menunjukkan adanya hematokel retrouterina. Suhu dan kadang-kadang naik, sehingga menyukarkan perbedaan dengan infeksi pelvik.

3. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan hemoglobin dan jumlah sel darah merah berguna dalam menegakkan diagnosis kehamilan ektopik terganggu, terutama bila ada tanda-tanda perdarahan dalam rongga perut. Pada kasus jenis tidak mendadak biasanya ditemukan anemia; tetapi, harus diingat bahwa penurunan hemoglobin baru dapat terlihat setelah 24 jam.

Penghitungan leukosit secara berturut-turut menunjukkan adanya perdarahan bila leukosit meningkat. Untuk membedakan kehamilan ektopik dari infeksi pelvik, dapat diperhatikan jumlah leukosit. Jumlah leukosit yang melebihi 20.000 biasanya menunjuk pada keadaan yang terakhir. Tes kehamilan berguna apabila positif. Akan tetapi, tes negatif tidak menyingkirkan kemungkinan kehamilan ektopik terganggu karena kematian hasil konsepsi dan degenerasi trofoblas menyebabkan produksi *human chorionoc gonadotropin* menurun dan menyebabkan tes negatif.

4. Dilatasi dan kerokan

Pada umumnya dilatasi dan kerokan untuk menunjang diagnosis kehamilan ektopik tidak dianjurkan. Berbagai alasan dapat dikemukakan: a) Kemungkinan adanya kehamilan dalam uterus bersama kehamilan ektopik, b) Hanya 12 sampai 19% kerokan pada kehamilan ektopik menunjukkan reaksi desidua. c) Perubahan endometrium yang berupa reaksi Arias-Stella tidak khas untuk kehamilan ektopik. Namun, jika jaringan yang



dikeluarkan bersama dengan perdarahan terdiri atas desidua tanpa villi koriales, hal itu dapat memperkuat diagnosis kehamilan ektopik terganggu.

5. Kuldosentesis

Kuldosintesis adalah suatu cara pemeriksaan untuk mengetahui apakah dalam kavum Douglas ada darah. Cara ini amat berguna dalam membantu membuat diagnosis kehamilan ektopik terganggu. Teknik:

- a. Penderita dibaringkan dalam posisi litotomi
- b. Vulva dan vagina dibersihkan dengan antiseptik
- c. Spekulum dipasang dan bibir belakang porsio dijepit dengan cunam serviks, dengan traksi ke depan sehingga forniks posterior tampak.
- d. Jarum spinal no. 18 ditusukkan ke dalam kavum Douglas dan dengan semprit 10 ml dilakukan pengisapan
- e. Bila pada pengisapan ditemukan darah, maka isinya disemprotkan pada kain kassa dan diperhatikan apakah darah yang dikeluarkan merupakan:
 - 1) Darah segar berwarna merah yang dalam beberapa menit akan membeku; darah ini berasal dari arteria tau vena yang tertusuk;
 - 2) Darah tua berwarna coklat sampai hitam yang tidak membeku, atau yang berupa bekuan kecil-kecil; darah ini menunjukkan adanya hematokel retrouterina.

6. Ultrasonografi

Ultrasonografi berguna dalam diagnostik kehamilan ektopik. Diagnostik pasti ialah apabila ditemukan kantong gestasi di luar uterus yang di dalamnya tampak denyut jantung janin. Hal ini hanya terdapat pada $\pm 5\%$ kasus kehamilan ektopik. Walaupun demikian, hasil ini masih harus diyakini lagi bahwa ini bukan berasal dari kehamilan intrauterin pada kasus uternus bikornis.

7. Laparoscopi

Laparoscopi hanya digunakan sebagai alat bantu diagnostik terakhir untuk kehamilan ektopik, apabila hasil penilaian prosedur diagnostik yang lain meragukan. Melalui prosedur laparoskopik, alat kandungan bagian dalam dapat dinilai. Secara sistematis dinilai keadaan uterus, ovarium, tuba, kavum Douglas dan ligamentum latum. Adanya darah dalam rongga pelvis

mungkin mempersulit visualisasi alat kandungan, tetapi hal ini menjadi indikasi untuk dilakukan laparotomy (Prawirohardjo, 2007).

Penatalaksanaan

1. Tatalaksana Umum
 - a. Berikan infus RL atau NaCl 0,9% 500 ml dalam 15 menit pertama atau 2 lt dalam 2 jam pertama.
 - b. Segera rujuk ibu ke rumah sakit
2. Tatalaksana Khusus (dilakukan oleh dokter spesialis obgyn)
 - a. Segera lakukan uji silang darah
 - b. Lakukan prosedur laparotomy:
 - 1) Jika terjadi kerusakan berat pada tuba, maka salpingektomi dilakukan yaitu dengan cara mengeksisi bagian tuba yang mengandung hasil konsepsi.
 - 2) Jika terjadi kerusakan ringan pada tuba, maka salpingostomi dilakukan yaitu dengan cara mengeluarkan hasil konsepsi dan mempertahankan tuba falopii.
 - c. Berikan konseling penggunaan kontrasepsi sebelum pasien pulang.
 - d. Jika terjadi anemia, berikan tablet Fe 60 mg/hari selama 6 bulan
 - e. Jadwalkan kunjungan ulang setelah 4 minggu pasca Tindakan (Putri & Mudlikah, 2019).

E. Molahidatidosa

Definisi

Kehamilan mola hidatidosa atau disebut juga dengan kehamilan mola dan lebih dikenal dengan istilah hamil anggur adalah kehamilan yang berkembang tidak wajar di mana terjadi proliferasi abnormal dari vili khorionis sehingga tidak ditemukan adanya janin.

Jika dilihat secara makroskopik, kehamilan mola hidatidosa berbentuk seperti buah anggur (itu sebabnya dikenal dengan istilah hamil anggur) yaitu berupa gelembung-gelembung putih yang berisi cairan jernih dan tembus pandang dengan ukuran bervariasi mulai dari beberapa millimeter hingga 1 atau 2 sentimeter. Kehamilan mola



hidatidosa yang tidak ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi *choriocarcinoma* (Putri & Mudlikah, 2019).

Mola hidatidosa adalah perubahan abnormal dari villi korionik menjadi sejumlah kista yang menyerupai anggur yang dipenuhi cairan. Embrio mati dan mola tumbuh dengan cepat, uterus membesar dan menghasilkan sejumlah besar *human chorionic gonadotropin* (hCG) (Pramana, 2021).

Etiologi

Faktor penyebabnya adalah: (Pramana, 2021)

1. Faktor ovum: ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan.
2. Imuniselektif dari trophoblast
3. Keadaan sosio-ekonomi yang rendah
4. Paritas tinggi, kekurangan protein, infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas

Tanda dan Gejala

1. Adanya tanda-tanda kehamilan disertai perdarahan
2. Hiperemesis gravidarum
3. Tanda-tanda pre-eklampsia pada trimester 1
4. Tanda-tanda tirotoksikosis
5. Kista lutein unilateral/bilateral
6. Umumnya uterus lebih besar dari usia kehamilan
7. Tidak dirasakan adanya tanda-tanda gerakan janin, balotemen negative kecuali pada mola parsial
8. Pengeluaran gelembung mola

(Pramana, 2021)

Diagnosis

Pada 50% kasus mola, terjadi perdarahan yang disertai oleh ekspulsi gelembung mola hidatidosa sehingga diagnosisnya sangat jelas. Pada 50% kasus, terjadi perdarahan pada hamil muda sehingga mola diduga abortus imminens. Untuk menegakkan diagnosis, gejala ini perlu dikonfirmasi dengan melakukan ultrasonografi.



Diagnosis mola hidatidosa berdasarkan:

1. Gejala hamil muda yang sangat menonjol
 - a. Emesis gravidarum – hiperemesis gravidarum
 - b. Terdapat komplikasi
 - Tirotoksikosis (2-5%)
 - Hipertensi-preeklampsia (10-15%)
 - Anemia akibat perdarahan
 - Perubahan hemodinamik kardiovaskular berupa:
 - Gangguan fungsi jantung
 - Gangguan fungsi paru akibat edema atau emboli paru
2. Pemeriksaan palpasi
 - a. Uterus
 - Lebih besar dari usia kehamilan (50-60%)
 - Besarnya sama dengan usia kehamilan (20-25%)
 - Lebih kecil daripada usia kehamilan (5-10%)
 - b. Palpasi lunak seluruhnya
 - Tidak teraba bagian janin
 - Terdapat bentuk asimetris, bagian menonjol agak padat – mola destruens
3. Pemeriksaan USG serial tunggal
 - a. Sudah dapat dipastikan mola hidatidosa tampak seperti TV rusak
 - b. Tidak terdapat janin
 - c. Tampak sebagian plasenta normal dan kemungkinan dapat tampak janin
4. Pemeriksaan laboratorium
 - a. Beta hCG urin tinggi lebih dari 100.000 mIU/ml
 - b. Beta hCG serum di atas 40.000 IU/ml

Pemeriksaan lain yang dapat dipergunakan adalah:
- 1) Memasukkan sonde intrauteri – tanpa tahanan – Hanifa positif.
Hal ini berarti mola hidatidosa

- 2) Penyuntikan bahan kontras secara intrauteri – foto abdomen – akan tampak gambaran seperti sarang tawon
- 3) Pemeriksaan MRI
 - Tidak tampak janin
 - Jaringan mola hidatidosa jelas terlihat

Pemeriksaan terakhir jarang dipergunakan karena dengan USG diagnosis sudah jelas. Sekitar 10% kasus dijumpai mola hidatidosa parsial dengan kariotipe trisomi (triploid) (Manuaba, et al., 2007).

Penatalaksanaan

Setelah diagnosis mola hidatidosa ditegakkan, kehamilan ini harus segera diakhiri karena sebagian (5%) dari kehamilan mola akan berlanjut menjadi penyakit trofoblastik yang malignan – koriokarsinoma. Pelahiran spontan dapat terjadi pada sebagian kasus, tetapi mungkin tidak lengkap. Uterus harus dikosongkan dan pengosongan ini paling sering dilakukan dengan tindakan kuretase-isap secara hati-hati. Histerektomi biasanya dilakukan kalau wanita tersebut berusia lebih dari 40 tahun. (Farrer, 2001)

F. Plasenta Previa

Definisi

Plasenta previa ialah suatu kehamilan di mana plasenta berimplantasi abnormal pada segmen bawah Rahim (SBR), menutupi ataupun tidak menutupi ostium uteri internum (OUI), sedangkan kehamilan itu sudah *viable* atau mampu hidup di luar rahim (usia kehamilan >20 minggu dan/atau berat janin >500 gr) (Achadiat, 2004).

- Plasenta previa totalis apabila OUI seluruhnya tertutup oleh plasenta.
- Plasenta previa parsialis apabila hanya sebagian OUI tertutup plasenta
- Plasenta previa lateralis apabila hanya tepi plasenta yang menutupi OUI
- Plasenta letak rendah apabila plasenta berimplantasi di SBR tetapi tidak ada bagian yang menutupi OUI

Diagnosis

1. Anamnesis

- Keluhan utama pasien ketika datang ke fasilitas kesehatan biasanya karena ada perdarahan pada kehamilan lanjut (trimester III)
- Sifat perdarahannya tanpa sebab, tanpa nyeri, dan berulang. Kadang terjadi pada bangun tidur di pagi hari, tanpa disadari tempat tidur sudah dipenuhi dengan darah. Jumlah darah yang keluar biasanya akan bertambah banyak dari jumlah darah yang keluar sebelumnya. Banyak sedikitnya darah yang keluar bergantung pada seberapa besar bagian plasenta yang lepas dan pembuluh darah yang putus oleh pelepasan atau robeknya plasenta.

2. Inspeksi

- Adanya perdarahan pervaginam dengan jumlah banyak atau sedikit dan berwarna merah segar
- Jika perdarahan banyak, ibu akan tampak pucat

3. Palpasi abdomen

- Janin sering dalam keadaan belum cukup bulan, sehingga TFU masih rendah
- Sering dijumpai kesalahan letak janin (sungsang, lintang)
- Bagian terbawah janin belum turun, jika presentasi kepala biasanya masih dapat digoyangkan

4. Pemeriksaan Inspekulo

Dengan memakai spekulum secara hati-hati, untuk melihat sumber perdarahan, apakah dari dalam uterus, kelainan vagina, atau pecahnya varises

5. Pemeriksaan USG

Pada pemeriksaan USG terlihat letak plasenta di segmen bawah rahim

6. Pemeriksaan Dalam

Bahaya pemeriksaan dalam pada plasenta previa antara lain, yaitu dapat menyebabkan perdarahan yang hebat, dapat menimbulkan infeksi, dan merangsang his (kontraksi rahim) yang akan memicu terjadinya partus prematurus (pemeriksaan dalam dapat dilakukan di meja operasi) (Fitriani, et al., 2021).

Diagnosa Banding

- Solusio plasenta
- Vassa previa (pecah)
- Perdarahan obstetrik lainnya

Penatalaksanaan

Langkah-langkah tata laksana plasenta previa ditentukan oleh beberapa faktor: (Achadiat, 2004)

1. Usia kehamilan yang berkaitan dengan kematangan paru
2. Banyaknya perdarahan yang terjadi
3. Cradasi dari plasenta previa sendiri

Oleh karena itu tatalaksana plasenta previa dibagi menjadi dua bagian besar yaitu:

Usia kehamilan <38 minggu

- Berikan pematangan paru Deksametason injeksi 12 mg 3 kali berselang 8 jam atau Oradekson 5 mg 2 kali selang 8 jam, atau Deksametason 24 mg *single dose*.
- Berikan obat tokolitik (Papaverin, terbutaline, atau isoksuprima)
- Prinsipnya kehamilan dipertahankan dulu, kecuali jika perdarahan ulang dilakukan terminasi (SC).
- Plasenta previa lateralis dan plasenta previa letak rendah masih dimungkinkan dilahirkan per vaginam, di mana terminasi diawali dengan amniotomi (pemecahan selaput ketuban) dan dilanjutkan dengan pemacuan (Oksitosin). Bila perdarahan tetap berlangsung juga, dilakukan SC.

Usia kehamilan 38 minggu atau lebih

- Dilakukan SC, kecuali unntuk plasenta previa lateralis dan plasenta letak rendah dilakukan langkah di atas, bila tetap perdarahan dilakukan SC.

G. Solusio Plasenta

Definisi

Solusio plasenta atau *abruptio placenta* adalah lepasnya plasenta (parsial maupun total) dari impantasinya yang normal dan terjadi sebelum lahirnya janin (Akbar, et al., 2020).



Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebelum waktunya dengan implantasi normal pada kehamilan lebih dari 28 minggu (Yulaikhah, 2009).

Etiologi

Belum diketahui dengan jelas, beberapa keadaan tertentu yang dapat menyertainya, seperti: umur ibu yang tua, multiparitas, penyakit hipertensi menahun, pre-eklampsia, trauma, tali pusat yang pendek, tekanan pada vena cava inferior dan defisiensi asam folik (Nugrawati & Amriani, 2021).

Klasifikasi

Solusio plasenta ringan (rupture sinus marginalis), yaitu jika hanya sebagian kecil pinggir plasenta terlepas.

1. Solusio plasenta sedang (solusio plasenta parsialis), yaitu jika plasenta terlepas sebagian.
2. Solusio plasenta berat (solusio plasenta totalis), yaitu jika plasenta terlepas seluruhnya.
(Nugrawati & Amriani, 2021)

Kriteria Diagnosis

1. Anamnesis
 - Perdarahan spontan pervaginam pada kehamilan *viable*
 - Disertai kontraksi atau nyeri yang terus menerus (spastik)
 - Darah yang keluar khas berwarna kehitaman
 - Ada riwayat trauma atau hipertensi
2. Pemeriksaan Fisik
 - Dinding perut terasa tegang dan keras (*wooden abdomen*), sering kali dengan nyeri tekan
 - Perdarahan kehitaman berasal dari ostium uteri
 - Dengan *vaginal toucher* teraba kulit ketuban yang tegang
(Achadiat, 2004)

Diagnosis Banding

- Plasenta previa

- Vassa previa
 - Plasenta letak rendah
 - Perdarahan obstetrik oleh sebab lain
- (Achadiat, 2004)

Penatalaksanaan

a. Solusio plasenta ringan

1. Lakukan penanganan secara konservatif, jika perut tegang sedikit, perdarahan tidak terlalu banyak dan keadaan janin masih baik.
2. Lakukan sesar jika perdarahan terus berlangsung, ketegangan makin meningkat, namun kondisi janin masih baik.
3. Lakukan rawat inap jika perdarahan berhenti dan keadaan baik pada kehamilan prematur

b. Solusio plasenta sedang dan berat

1. Pasang infus dan transfusi darah
2. Pecahkan ketuban
3. Induksi persalinan atau lakukan sesar

Dalam menangani solusio plasenta mungkin bidan melakukan rujukan dengan memberi pertolongan kedaruratan seperti memasang infus, tidak melakukan pemeriksaan dalam, diantar petugas yang dapat memberikan pertolongan, mempersiapkan donor dan masyarakat atau keluarga, dan menyertakan keterangan tentang apa yang telah dilakukan untuk memberikan pertolongan pertama. (Yulaikhah, 2009)

H. Pre-Eklampsia Dan Eklampsia

Definisi

Pre-eklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan protein uria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Prawirohardjo, 2007).

Etiologi

Apa yang menjadi penyebab pre-eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Terdapat banyak teori yang coba menerangkan sebab musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang dapat memberi jawaban memuaskan. Teori yang dapat diterima harus dapat menerangkan hal-hal berikut: (1) sebab bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa; (2) sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan; (3) sebab dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus; (4) sebab jarang terjadi eklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya; dan (5) sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. (Prawirohardjo, 2007)

Klasifikasi

Pre-eklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat. Penyakit digolongkan berat bila salah satu atau lebih tanda/gejala dibawah ini ditemukan:

1. Tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih
2. Proteinuria 5 g atau lebih dalam 24 jam; 3 atau 4+ pada pemeriksaan kualitatif
3. Oliguria, air kencing 400 ml atau kurang dalam 24 jam
4. Keluhan serebral, gangguan penglihatan atau nyeri di daerah epigastrium
5. Edema paru-paru atau sianosis

Diagnosis

Pada umumnya diagnosis pre-eklampsia didasarkan atas adanya 2 dari trias tanda utama: hipertensi, edema dan proteinuria. Adanya satu tanda harus menimbulkan kewaspadaan, apalagi oleh karena cepat tidaknya penyakit meningkat tidak dapat diramalkan, dan bila eklampsia terjadi maka prognosis bagi ibu maupun janin menjadi lebih buruk.

Diagnosis diferensial antara pre-eklampsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak jarang menimbulkan kesukaran. Untuk diagnosis penyakit ginjal saat timbulnya proteinuria banyak menolong, proteinuria pada pre-eklampsia jarang timbul sebelum triwulan ke-3, sedang pada penyakit ginjal timbul lebih dahulu. Test

fungsi ginjal juga banyak berguna, pada umumnya fungsi ginjal normal pada pre-eklampsia ringan. (Prawirohardjo, 2007)

Tabel 6.1 Uji diagnostik pre-eklampsia (Prawirohardjo, 2007)

1.	Uji diagnostik dasar
1.1.	Pengukuran tekanan darah
1.2.	Analisis protein dalam urin
1.3.	Pemeriksaan edema
1.4.	Pengukuran tinggi fundus uteri
1.5.	Pemeriksaan funduskopik
2.	Uji laboratorium dasar
2.1.	Evaluasi hematologik (hematokrit, jumlah trombosit, morfologi eritrosit, pada sediaan apus darah tepi)
2.2.	Pemeriksaan fungsi hati (bilirubin, protein serum, aspartate aminotransferase, dan sebagainya)
2.3.	Pemeriksaan fungsi ginjal (ureum dan kreatinin)
3.	Uji untuk meramalkan hipertensi
3.1.	<i>Roll-over test</i>
3.2.	Pemberian infus angiotensin II

Penatalaksanaan

Prinsip Penatalaksanaan Pre-eklampsia

1. Melindungi ibu dari efek peningkatan tekanan darah
2. Mencegah progresivitas penyakit menjadi eklampsia
3. Mengatasi atau menurunkan risiko janin (solusio plasenta, pertumbuhan janin terhambat, hipoksia sampai kematian janin)
4. Melahirkan janin dengan cara yang paling aman dan cepat sesegera mungkin setelah matur, atau imatur jika diketahui bahwa risiko janin atau ibu akan lebih berat jika persalinan ditunda lebih lama

Penatalaksanaan Pre-eklampsia Ringan

1. Dapat dikatakan tidak mempunyai risiko bagi ibu maupun janin
2. Tidak perlu segera diberikan obat antihipertensi atau obat lainnya, tidak perlu dirawat kecuali tekanan darah meningkat terus (batas aman 140 - 150/90 - 100 mmHg)
3. Istirahat yang cukup (berbaring/tiduran minimal empat jam pada siang hari dan minimal delapan jam pada malam hari).
4. Pemberian luminal 1 - 2 x 30 mg/hari bila tidak bisa tidur
5. Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin) 1 x 80 mg/hari.
6. Bila tekanan darah tidak turun. Dianjurkan dirawat dan diberi obat hipertensi: metildopa 3 x 125 mg/hari (max. 1.500



mg/hari), atau nifedipin 3 - 8 x 5 - 10 mg/hari, atau nifedipin retard 2 - 3 x 20 mg/hari, atau pindolol 1 - 3 x 5 mg/hari (max. 30 mg/hari).

7. Diet rendah garam dan diuretik TIDAK PERLU.
8. Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa setiap satu minggu.
9. Indikasi rawat: jika ada perburukan, tekanan darah tidak turun setelah dua minggu rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi 1 kg/minggu dua kali berturut-turut, atau pasien menunjukkan tanda-tanda pre-eklampsia berat. Berikan juga obat antihipertensi.
10. Jika dalam perawatan tidak ada perbaikan, tatalaksana sebagai pre-eklampsia berat. Jika perbaikan, lanjutkan rawat jalan.
11. Pengakhiran kehamilan: ditunggu sampai usia 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio plasenta, eklampsia, atau indikasi terminasi lainnya. Minimal usia 38 minggu, janin sudah dikatakan matur.
12. Persalinan pada pre-eklampsia ringan dapat dilakukan spontan, atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II.

Penatalaksanaan Pre-eklampsia Berat

Dapat ditangani secara aktif atau konservatif:

- Aktif berarti: kehamilan diakhiri, diterminasi bersama dengan pengobatan medisinal.
- Konservatif berarti: kehamilan dipertahankan bersama dengan pengobatan medisinal.
- Prinsip: Tetap PEMANTAUAN JANIN dengan klinis, USG, kardiokografi.

Penanganan Aktif

Penderita harus segera dirawat, sebaiknya dirawat di ruang khusus di daerah kamar bersalin. Tidak harus di ruangan gelap. Penderita ditangani aktif bila ada satu atau lebih kriteria ini:

- Ada tanda tanda *impending eclampsia*
- Ada *HELLP syndrome*
- Ada kegagalan penanganan konservatif, ada tanda-tanda gawat janin atau IUGR
- Usia kehamilan 35 minggu atau lebih

JANGAN LUPA: OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL, 4-6 L/MENIT.

Pengobatan Medisinal: diberikan obat anti kejang $MgSO_4$ dalam infus dextrose 5% sebanyak 500 cc tiap enam jam.

Cara pemberian $MgSO_4$: dosis awal 2 g intravena diberikan dalam 10 menit, dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan sebanyak 2 gr per jam drip infus (80 ml/jam atau 15-20 tetes/menit).

Syarat pemberian $MgSO_4$: frekuensi napas lebih dari 16 x per menit tidak ada tanda-tanda gawat napas, diuresis lebih dari 100 ml dalam empat jam sebelumnya dan reflex patella positif.

$MgSO_4$ dihentikan bila: ada tanda-tanda intoksikasi atau setelah 24 jam pasca-persalinan atau bila baru 6 jam pasca persalinan sudah terdapat perbaikan yang nyata.

Siapkan antidotum $MgSO_4$ yaitu Ca-glukonas 10% (1 g dalam 10 cc NaCl 0,9%, diberikan intravena dalam tiga menit). Obat antihipertensi diberikan bila tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih dari 110 mmHg. Obat yang dipakai umumnya nifedipin dengan dosis 3 - 4 kali 10 mg oral. Bila dalam 2 jam belum turun dapat diberi tambahan 10 mg lagi.

Terminasi kehamilan: bila penderita belum in partu, dilakukan induksi persalinan dengan amniotomi, oksitosin drip, kateter folley, atau prostaglandin E2. *Secio cesarean* dilakukan bila syarat induksi tidak terpenuhi atau ada kontraindikasi partus pervaginam. Pada persalinan pervaginam kala II, bila perlu dibantu ekstraksi vakum atau cunam.

Penanganan Konservatif

Pada kehamilan kurang dari 35 minggu tanpa disertai *impending eclampsia* dengan keadaan janin baik, dilakukan penanganan konservatif.

Medisinal: sama dengan pada penanganan aktif, $MgSO_4$ dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda pre-eklampsia ringan, selambatnya dalam waktu 24 jam. Bila sesudah 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan dan harus segera dilakukan terminasi.

JANGAN LUPA: OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL, 4-6 L/MENIT.

Obstetrik: pemantauan ketat keadaan ibu dan janin. Bila ada indikasi, langsung terminasi.

Penatalaksanaan Eklampsia

Eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau nifas, yang ditandai dengan timbulnya kejang dan/atau koma.

Sebelumnya wanita hamil itu menunjukkan gejala-gejala pre-eklampsia (kejang-kejang dipastikan BUKAN timbul akibat kelainan neurologis lain), diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala-gejala pre-eklampsia disertai kejang dan/atau koma.

Tujuan pengobatan: menghentikan/mencegah kejang, mempertahankan fungsi organ vital, koreksi hipoksia/asidosis, kendalikan tekanan darah sampai batas aman, pengakhiran kehamilan, serta mencegah/mengatasi penyulit, khususnya krisis hipertensi, sebagai penunjang untuk mencapai stabilisasi keadaan ibu seoptimal mungkin. Sikap obstetric: mengakhiri kehamilan dengan trauma seminimal mungkin untuk ibu.

Pengobatan medisinal: sama seperti pada pre-eklampsia berat. Dosis MgSO₄ dapat ditambah 2 g intravena bila timbul kejang lagi, diberikan sekurang-kurangnya 20 menit setelah pemberian terakhir. Dosis tambahan ini hanya diberikan satu kali saja. Jika masih kejang diberikan amobarbital 3-5 mg/kgBB intravena perlahan-lahan. JANGAN LUPA: OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL, 4-6 L/MENIT.

Perawatan pada serangan kejang: dirawat di kamar isolasi dengan penerangan cukup, masukkan sudip lidah ke dalam mulut penderita, daerah orofaring dihisap. Fiksasi badan pada tempat tidur secukupnya (Andriani & Wirjatmadi, 2012).

I. Ketuban Pecah Dini

Definisi

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu tidak terlalu banyak. (Manuaba, 2001)

Etiologi

Penyebab KPD, meliputi hal-hal berikut:

1. Serviks inkompeten

- 
2. Ketegangan rahim berlebihan seperti pada kehamilan ganda, hidramnion
 3. Kelainan letak janin dalam rahim seperti letak sungsang, letak lintang
 4. Kemungkinan kesempitan panggul seperti perut gantung, bagian terendah belum masuk PAP (pintu atas panggul), disproporsi sefalopelvik
 5. Kelainan bawaan dari selaput ketuban
 6. Infeksi yang menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah.
(Yulaikhah, 2009)

Diagnosis

Diagnosis ketuban pecah dini didasarkan atas:

1. Riwayat pengeluaran cairan dalam jumlah besar secara mendadak atau sedikit demi sedikit pervaginam
2. Untuk menegakkan diagnostik dapat diambil pemeriksaan:
Inspekulo untuk pengambilan cairan pada forniks posterior
 - Pemeriksaan lakmus akan berubah menjadi biru – sifat basa
 - Fern tes cairan amnion
 - Kemungkinan infeksi dengan memeriksa:
 - *Beta streptokokus*
 - *Clamidia trachomatis*
 - *Neisseria gonorrhoeae*
3. Pemeriksaan USG untuk mencari:
 - a. *Amniotic fluid index* (AFI)
 - b. Aktivitas janin
 - c. Pengukuran BB janin
 - d. Detak jantung janin
 - e. Kelainan kongenital atau deformitas
4. Membuktikan kebenaran ketuban pecah dengan jalan:
 - a. Aspirasi air ketuban untuk dilakukan

- Kultur cairan amnion
- Pemeriksaan interleukin 6
- Alfa fetoprotein

Seluruhnya digunakan untuk membuktikan adanya kemungkinan infeksi intrauterin

b. Penyuntikan indigo karmin ke dalam amnion serta melihat dikeluarkannya pervaginal.

(Manuaba, et al., 2007)

Penatalaksanaan

Konservatif

- Rawat di rumah sakit
- Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazole 2 x 500 mg selama 7 hari
- Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
- Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif: berikan deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)
- Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalua memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

Aktif

- Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali
- Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi, dan persalinan diakhiri.
 - a. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea
 - b. Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam. (Saifuddin, 2006)

Tabel 6.2 Penatalaksanaan ketuban pecah dini (Saifuddin, 2006)

KETUBAN PECAH DINI			
<37 Minggu		≥ 37 Minggu	
Infeksi	Tidak ada infeksi	infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazole	Amoksisilin + eritromisin untuk 7 hari	Berikan penisilin, gentamisin dan metronodazol	Lahirkan bayi
Lahirkan bayi	Streroid untuk pematangan paru	Lahirkan bayi	Berikan penisilin atau ampicilin
ANTIBIOTIKA SETELAH PERSALINAN			
Profilaksis	Infeksi	Tidak ada Infeksi	
Stop antibiotik	Lanjutkan untuk 24 jam - 48 jam setelah bebas panas	Tidak ada antibiotik	

J. Persalinan Prematur

Definisi

Menurut WHO, persalinan prematur adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 g. Dengan demikian persalinan prematur dapat terdiri dari:

1. Persalinan prematur dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan janin sama untuk masa kehamilan (SMK).
2. Persalinan prematur dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan kecil untuk masa kehamilan (KMK).



Nama lainnya dari golongan ini adalah:

- a. *Small for gestational age* (SGA)
- b. *Intrauteri growth retardation* (IUG Rad)
- c. *Intrauteri growth restriction* (IUG Rst)
(Manuaba, et al., 2007)

Etiologi dan faktor risiko

Etiologi persalinan preterm seringkali tidak diketahui. Ada beberapa kondisi medik yang sering mendorong untuk dilakukan tindakan sehingga terjadi persalinan preterm.

1. Kondisi yang menimbulkan partus preterm

a. Hipertensi

Tekanan darah tinggi menyebabkan penolong cenderung untuk mengakhiri kehamilan, hal ini menimbulkan prevalensi preterm meningkat.

b. Perkembangan janin terhambat

Perkembangan janin terhambat (*intrauterine growth retardation*) merupakan kondisi di mana satu sebabnya ialah pemasokan oksigen dan makanan mungkin kurang adekuat dan hal ini mendorong untuk terminasi kehamilan lebih dini.

c. Solusio plasenta

Terlepasnya plasenta akan merangsang untuk terjadinya persalinan preterm, meskipun sebagian besar (65%) terjadi aterm. Pada pasien dengan riwayat solusio plasenta maka kemungkinan terulang menjadi lebih besar yaitu 11%.

d. Plasenta previa

Plasenta previa seringkali berhubungan dengan persalinan preterm akibat harus dilakukan tindakan pada perdarahan yang banyak. Bila telah terjadi perdarahan banyak maka kemungkinan kondisi janin kurang baik karena hipoksia,

e. Kelainan Rhesus

Sebelum ditemukan anti D imunoglobulin maka kejadian induksi menjadi berkurang, meskipun demikian hal ini masih dapat terjadi.

f. Diabetes

Pada kehamilan dengan diabetes yang tidak terkontrol maka dapat dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Tapi saat ini dengan pemberian insulin dan diet yang terprogram, umumnya gula darah dapat dikendalikan.

2. Kondisi yang menimbulkan kontraksi

Ada beberapa kondisi ibu yang merangsang terjadinya kontraksi spontan; kemungkinan akan terjadi produksi prostaglandin.

a. Kelainan bawaan uterus

Meskipun jarang terjadi dapat dipertimbangkan hubungan kejadian partus preterm dengan kelainan uterus yang ada.

b. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah mungkin mengawali terjadinya kontraksi atau sebaliknya. Ada beberapa kondisi yang mungkin menyertainya seperti: serviks inkompeten, hidramnion, kehamilan ganda, infeksi vagina dan serviks, dan lain-lain. Infeksi asenden merupakan teori yang cukup kuat dalam mendukung terjadinya amnionitis dan kemudian ketuban pecah.

c. Serviks inkompeten

Hal ini juga mungkin menjadi penyebab abortus selain partus preterm. Riwayat tindakan terhadap serviks dapat dihubungkan dengan terjadinya serviks inkompeten.

d. Kehamilan ganda

Sebanyak 10% pasien dengan partus preterm ialah kehamilan ganda dan secara umum kehamilan ganda mempunyai panjang usia gestasi yang lebih pendek (Prawirohardjo, 2007).

Diagnosis

Dalam menentukan diagnosis persalinan preterm sering terjadi kesulitan karena kontraksi uterus yang terjadi belum tentu merupakan ancaman persalinan preterm. Adapun beberapa kriteria yang dapat menjadi acuan sebagai diagnosis dari persalinan preterm sebagai berikut:

1. Terjadi pada usia kehamilan 20-37 minggu
2. Adanya perdarahan bercak

3. Tekanan pada daerah serviks
4. Adanya nyeri punggung bawah (*low back pain*)
5. Adanya kontraksi berulang sedikitnya setiap 7-8 menit sekali, atau 2-3 kali dalam 10 menit
6. Selaput ketuban pecah
7. Pada pemeriksaan luar ditemukan presentasi janin rendah
8. Pada pemeriksaan dalam menunjukkan telah terjadi pembukaan serviks paling sedikitnya 2 cm dan terjadi penipisan serviks 50-80%
(Putri & Mudlikah, 2019)

Penatalaksanaan

1. Akselerasi Pematangan Fungsi Paru

Terapi glukokortikoid, misalnya dengan betamethasone 12 mg IM 2 x selang 24 jam atau dexametason 5 mg tiap 12 jam IM sampai 4 dosis. *Tyrotropin releasing hormone* 400 µg akan meningkatkan kadar triiodothyronine yang dapat meningkatkan produksi surfaktan. Suplemen inositol, karena inositol merupakan komponen membrane fosfolipid yang berperan dalam pembentukan surfaktan.

2. Pemberian Antibiotika

Mercer dan Arheat (1995) menunjukkan bahwa pemberian antibiotika yang tepat dapat menurunkan angka kejadian korioamnionitis dan sepsis neonatorum. Diberikan 2 gr ampicillin (IV) tiap 6 jam sampai persalinan selesai (ACOG).

3. Pemberian Tokolitik

- a. Nifedipin 10 mg diulang tiap 30 menit, maksimum 40 mg/6 jam. Umumnya hanya diperlukan 20 mg dan dosis perawatan 3 x 10 mg
- b. Golongan beta-mimetik: Salbutamol, per infus 20-50, per oral: 4 mg (2-4 kali/hari (*maintenance*)). (Rahyani, et al., 2020)

K. Anemia

Definisi

Seseorang baik pria maupun wanita, dinyatakan menderita anemia apabila kadar hemoglobin dalam darahnya kurang dari 12

g/100 ml. Anemia lebih sering dijumpai dalam kehamilan. Hal ini disebabkan karena pada kehamilan keperluan akan zat-zat makanan bertambah dan terjadi pula perubahan-perubahan dalam darah dan sum-sum tulang (Prawirohardjo, 2007).

Pada awal kehamilan dan kembali menjelang aterm kadar hemoglobin pada sebagian wanita sehat yang memiliki cadangan besi adalah 11 gr/dl atau lebih. Atas alasan tersebut, *Centers for Disease Control* (1990) mendefinisikan anemia sebagai kadar hemoglobin kurang dari 11 gr/dl pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5 gr/dl pada trimester kedua (Cunningham, et al., 2006).

Etiologi

Semua kelainan yang menyebabkan anemia yang dijumpai pada wanita usia subur dapat menjadi penyulit kehamilan. Klasifikasi yang terutama didasarkan pada etiologi dan mencakup sebagian besar kausa anemia pada wanita hamil diperlihatkan di Tabel 6.3.

Tabel 6.3 Penyebab Anemia pada Kehamilan (Cunningham, et al., 2006)

Didapat Anemia defisiensi besi Anemia akibat kehilangan darah akut Anemia pada peradangan atau keganasan Anemia megaloblastic Anemia hemolitik didapat Anemia aplastic atau hipoplastik
Hereditas Talasemia Hemoglobinopati sel sabit Hemoglobinopati lain Anemia hemolitik hereditas

Klasifikasi Anemia dalam Kehamilan

1. Anemia Defisiensi Besi

Anemia dalam kehamilan yang paling sering dijumpai adalah anemia akibat kekurangan besi. Kekurangan ini disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan, karena gangguan absorpsi, gangguan penggunaan, atau karena terlampaunya banyaknya besi keluar dari badan, misalnya perdarahan.



Pengobatan dapat dimulai dengan preparat besi per os. Biasanya diberikan garam besi sebanyak 600 – 1000 mg sehari, seperti sulfas –ferrosus atau glukonas ferrosus. Hb dapat dinaikkan sampai 10 gr/ml atau lebih asal masih ada waktu sampai janin lahir. Terapi parental baru diperlukan apabila penderita tidak tahan akan obat besi per os, ada gangguan penyerapan, penyakit saluran pencernaan, atau apabila kehamilannya sudah tua. Besi parenteral diberikan dalam bentuk ferri. Secara intramuscular dapat disuntikkan dekstran besi (Inferon) atau sorbitol besi (Jectofer).

Juga secara intravena perlahan-lahan besi dapat diberikan, seperti ferrum oksidum sakkaratum (Ferrigen, Ferrivenin, Proferrin, Vitis), sodium diferrat (Ferronascin), dan dekstran besi (Imferon).

Transfusi darah sebagai pengobatan anemia dalam kehamilan sangat jarang diberikan – walaupun Hb-nya kurang dari 6 gr/100 ml – apabila tidak terjadi perdarahan.

2. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik dalam kehamilan disebabkan karena defisiensi asam folik (*pteroylglutamic acid*), jarang sekali karena defisiensi vitamin B₁₂ (*cyanocobalamin*).

Dalam pengobatan anemia megaloblastik dalam kehamilan sebaiknya bersama-sama dengan asam folik diberikan pula besi. Tablet asam folik diberikan dalam dosis 15-30 mg sehari. Jika perlu, asam folik diberikan dengan suntikan dalam dosis yang sama. Apabila anemia megaloblastik disebabkan oleh defisiensi vitamin B₁₂, maka penderita harus diobati dengan vitamin B₁₂ dengan dosis 100 – 1000 mikrogram sehari, baik per os maupun parenteral.

3. Anemia hipoplastik

Anemia pada wanita hamil yang disebabkan karena sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah baru, dinamakan anemia hipoplastik dalam kehamilan. Etiologi anemia hipoplastik karena kehamilan hingga kini belum diketahui dengan pasti, kecuali yang disebabkan oleh sepsis, sinar rontgen, racun atau obat-obatan.

Karena obat-obatan penambah darah tidak memberi hasil, maka satu-satunya cara untuk memperbaiki keadaan penderita ialah transfusi darah, yang sering perlu diulang sampai beberapa kali.

4. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil, apabila ia hamil, maka anemianya bisa menjadi lebih berat.

Pegobatan anemia hemolitik dalam kehamilan tergantung pada jenis dan beratnya. Obat-obatan penambah darah tidak memberi hasil. Transfusi darah, yang kadang-kadang diulang beberapa kali, diperlukan pada anemia berat untuk meringankan penderitaan ibu dan untuk mengurangi bahaya hipoksia janin (Prawirohardjo, 2007).

Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia pada kehamilan, dapat dilakukan anamnesis. Pada anamnesis akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah yang lebih hebat pada kehamilan muda.

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Dari hasil pemeriksaan Hb dengan alat Sahli, kondisi Hb dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Hb 11 gr% tidak anemia
2. Hb 9-10 gr% anemia ringan
3. Hb 7-8 gr% anemia sedang
4. Hb <7 gr% anemia berat

Pemeriksaan dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, perlu dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada setiap ibu hamil di Puskesmas (Manuaba, et al., 2007).

Penatalaksanaan

1. Tatalaksana Umum
 - a. Program pencegahan anemia gravidarum yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia adalah pemberian tablet zat besi (sulfas ferosus) 65 mg sebanyak 1x1 tablet sebanyak 90 selama kehamilan.
 - b. Anjurkan ibu untuk meminum tablet zat besi pada malam hari untuk mencegah terjadinya efek samping mual akibat



mengonsumsi zat besi. Anjurkan ibu untuk meminum tablet zat besi bersamaan dengan jus jeruk atau buah lain yang mengandung vitamin C agar membantu proses absorbs zat besi dalam tubuh serta ingatkan ibu untuk tidak meminum tablet zat besi bersamaan dengan teh atau kopi karena hal tersebut dapat menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh.

- c. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang banyak mengandung zat besi selama hamil. Kandungan zat besi banyak terkandung dalam sumber makanan hewani seperti daging, ayam, dan ikan, kemudian untuk sumber makanan nabati seperti sereal, telur, kacang-kacangan, kedelai sayuran berwarna gelap atau hijau, dan beberapa jenis buah kering seperti plum dan kismis.
- d. Apabila ibu terdiagnosis menderita anemia, maka bidan memberikan suplemen zat besi dan asam folat. Berikan tablet Fe 60 mg dan asam folat 250 µg sebanyak 3x1 tablet, apabila dalam 90 hari keadaan anemia ibu membaik lanjutkan pemberian tersebut sampai 42 hari postpartum. Namun apabila keadaan anemia ibu tidak membaik, maka lakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk mengetahui penyebab pasti anemia yang dialami ibu.

2. Tatalaksana Khusus

Tatalaksana khusus dilakukan pada tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi seperti puskesmas atau rumah sakit yang memiliki fasilitas lengkap.

- a. Apabila terdapat pemeriksaan penunjang, lakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui secara pasti penyebab anemia.
 - Anemia defisiensi besi: lakukan pemeriksaan ferritin. Jika kadar ferritin <15ng/ml, maka berikan terapi zat besi 180 mg perhari. Jika kadar ferritin normal, maka lakukan pemeriksaan TIBC dan SI.
 - Anemia defisiensi asam folat dan vitamin B12: berikan asam folat 1x2 mg dan vitamin B12 1x250-1000 µg.
 - Thalassemia: ibu yang dicurigai menderita thalassemia perlu dilakukan tatalaksana dengan dokter spesialis penyakit untuk mendapatkan pengobatan yang lebih spesifik.
- b. Lakukan transfusi darah untuk kondisi pasien dengan:

- 
- Kadar Hb <7 gr/dl atau kadar hematokrit <20%
 - Kadar Hb <7 gr/dl dengan gejala klinis pusing, pandangan berkunang-kunang dan takikardia.
- c. Lakukan penilaian pertumbuhan dan kesejahteraan janin dengan memantau penambahan TFU, DJJ, dan USG secara berkala (Putri & Mudlikah, 2019).

KOMPLIKASI PERSALINAN

Persalinan merupakan peristiwa alami, namun dapat terjadi komplikasi/penyulit dan dapat berkembang menjadi persalinan patologis. Komplikasi persalinan adalah keadaan yang mengancam nyawa ibu atau janin pada saat persalinan. Hasil penelitian Nurlisis (2012) menunjukkan bahwa komplikasi persalinan berhubungan dengan permasalahan komplikasi kehamilan. Adanya keluhan selama kehamilan dapat memberikan pengaruh terjadinya komplikasi persalinan (Nurlisis, 2012).

Komplikasi persalinan dapat terjadi pada kala I, II, III dan IV persalinan. Beberapa komplikasi pada persalinan diantaranya adalah Malpresentasi dan Malposisi, Distosia Persalinan, Emboli Air Ketuban, Prolaps Tali Pusat, Atonia uteri, Retensio Plasenta, Robekan jalan lahir, dan Syok dalam persalinan.

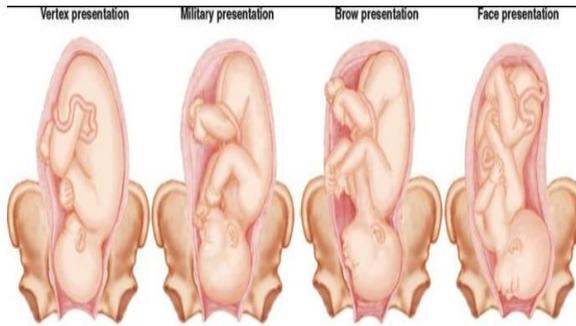
A. Malpresentasi dan Malposisi

1. Malpresentasi

Malpresentasi/Kelainan presentasi adalah kelainan bagian terbawah dari janin saat di dalam kandungan. Presentasi diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi atau pemeriksaan dalam (Sharshiner and Silver, 2015).

Presentasi janin yang normal ketika bayi sudah di atas 32 minggu adalah presentasi kepala dengan sikap/attitude kepala fleksi (presentasi belakang kepala/vertex presentation). Sikap/Attitude defleksi akan menimbulkan malpresentasi pada janin yang merupakan komplikasi persalinan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar. Beberapa kemungkinan malpresentasi akibat sikap kepala defleksi dapat meliputi:

- a. Kepala dengan defleksi ringan: presentasi puncak kepala (sinsiput)
- b. Kepala dengan defleksi sedang: presentasi dahi (brow)
- c. Kepala dengan defleksi maksimal: presentasi muka (chin)



Gambar 7.1 Sikap/Attitude Kepala Bayi dalam Rahim (Saifuddin, 2009)

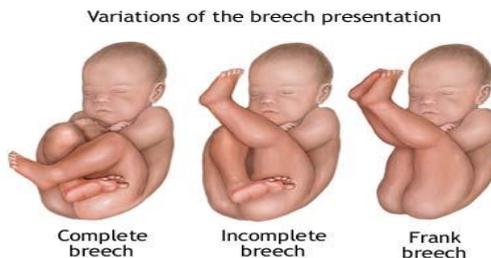
Beberapa kondisi malpresentasi dapat berupa:

a. Presentasi Bokong

Presentasi Bokong sering disebut dengan sungsang. Kehamilan sungsang sering terjadi pada bayi preterm, namun demikian sebagian besar janin dapat melakukan versi spontan ke presentasi kepala pada usia aterm. Masalahnya, sekitar 3-4% janin aterm tetap pada presentasi bokong (Pilliod and Caughey, 2017)

Beberapa jenis presentasi bokong adalah:

- 1) Bokong-kaki sempurna/ complete breech
- 2) Bokong murni/ frank breech
- 3) Kaki (footlink breech / incomplete breech)



Gambar 7.2 Macam-macam presentasi bokong (Saifuddin, 2009)



Penatalaksanaan presentasi bokong adalah dengan cara melakukan posisi *Knee Chest*. Posisi *Knee Chest* adalah posisi menungging yang dilakukan ibu hamil dengan dada menempel di alas. Posisi ini dilakukan selama minimal 10 menit atau selama mungkin sesuai kemampuan ibu hamil sampai kepala bayi berubah posisi menjadi tidak sungsang atau menjadi presentasi kepala. Pada saat melakukan posisi ini sebaiknya ibu hamil menggunakan bantal supaya lebih rileks sehingga posisi kepala dapat lebih cepat untuk berubah posisi menjadi presentasi kepala.

Pertolongan Persalinan pada presentasi bokong dapat dilakukan dengan jalan persalinan pervaginam namun hal ini akan lebih berisiko, sehingga lebih dianjurkan persalinan melalui *Sectio Cessaria (SC)*. Beberapa risiko yang dapat terjadi pada persalinan pervaginam dengan presentasi bokong diantaranya adalah distosia persalinan, ibu kelelahan, asfiksia pada bayi, dan lain-lain. Pada persalinan presentasi bokong dengan operasi SC komplikasi persalinan bagi ibu dan bayi lebih sedikit dijumpai, sehingga SC menjadi opsi utama penatalaksanaan pertolongan persalinan presentasi bokong. Malpresentasi dan malposisi janin umumnya ditemui dalam obstetri modern dan memiliki konsekuensi klinis yang cukup besar. Identifikasi yang akurat dari presentasi dan posisi janin sangat penting untuk manajemen yang tepat (Pilliod and Caughey, 2017).

b. Presentasi Bahu

Presentasi Bahu/shoulder presentation merupakan kondisi persalinan dengan bagian terbawah janin berupa bahu. Presentasi bahu dapat mengakibatkan distosia dalam persalinan. Penatalaksanaan persalinan dengan presentasi bahu adalah dengan operasi *Sectio Cesaria*. Sedangkan distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Angka kejadian distosia bahu bervariasi antara 0.6 – 1.4% (Paat, Suparman and Tendean, 2015).

Distosia bahu dapat menyebabkan perdarahan postpartum karena atonia uteri, *rupture* uteri, atau karena laserasi vagina dan servik yang merupakan risiko utama kematian ibu (Benedetti dan Gabbe, 1978; Parks dan Ziel, 1978)

Penatalaksanaan Distosia Bahu meliputi:

- 1) Mengenakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 2) Memastikan tanda dan gejala distosia bahu (turtle sign dan Kala II memanjang)
- 3) Meminta bantuan asisten atau keluarga
- 4) Melakukan evaluasi kondisi perineum untuk kebutuhan episiotomy. Melaksanakan episiotomi secukupnya dengan didahului dengan anastesi local
- 5) Mengatur posisi ibu Manuver Mc Robert: Pada posisi ibu berbaring terlentang, minta ibu menarik lututnya sejauh mungkin kearah dadanya dan diupayakan lurus. Minta suami/keluarga membantu.
- 6) Menekan kepala bayi secara mantap dan terus-menerus ke arah bawah (ke arah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah simfisis pubis
- 7) Manuver Massanti: Meminta salah satu asisten untuk memberikan sedikit tekanan supra pubis ke arah bawah dengan lembut secara bersamaan (Anterior shoulder disimpaction (Pressure Suprapubic)
- 8) Manuver Rubin: Menempatkan dua jari atau semua jari tangan di belakang bahu depan, kemudian abduksikan dengan menekan bagian belakang bahu (bahu di dorong ke arah dada) sehingga menjadi oblique (Rotation of the posterior shoulder)
- 9) Maneuver Woods Screw: penekanan pada bagian depan bahu belakang, dan dilakukan rotasi 180° ke arah anterior (ke arah dada bayi)
- 10) Manual Removal of posterior arm: Memasukkan satu tangan ke dalam vagina dan pegang tulang lengan atas yang berada pada posisi posterior. Memfleksikan lengan bayi dibagian siku dan letakkan lengan tersebut melintang di dada bayi. Ubah lengan posterior menjadi anterior dan begitu juga sebaliknya (dengan gerakan berputar menggunakan lengan bayi)
- 11) Jika bahu masih tetap tidak lahir setelah melakukan manuver-mauver di atas, minta ibu untuk berganti posisi merangkak (Roll over onto "all fours)

- 
- 12) Membantu kelahiran bayi dengan cara melakukan tarikan perlahan-lahan pada bahu anterior ke arah atas dengan hati-hati
 - 13) Melahirkan bahu posterior dengan tarikan perlahan-lahan ke arah bawah dengan hati-hati segera setelah bahu anterior lahir
 - 14) Melahirkan bayi dengan cara menyangga bahu bayi dan susuri seluruh tubuh bayi jika Bahu telah lahir
 - 15) Melakukan Rujukan untuk tindakan zavenelli dan SC jika tindakan tidak berhasil

c. Presentasi Punggung

Presentasi Punggung adalah kondisi persalinan dengan bagian terbawah janin berupa punggung. Kondisi tersebut merupakan letak lintang, yang mengakibatkan morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan janinnya pada saat persalinan. Apabila persalinan letak lintang dibiarkan tanpa pertolongan akan dapat menyebabkan ruptur uteri, perdarahan, infeksi, bahkan kematian. Dampak pada janin diantaranya prolapsus tali pusat, asfiksia hingga berlanjut pada kematian janin. Letak lintang terjadi pada 1 dari 322 kelahiran tunggal (0,3%).

d. Presentasi Ganda/Majemuk (*Compound Presentation*)

Presentasi majemuk (*compound presentation*) adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Dalam hal ini kepala atau bokong memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Presentasi majemuk bukan termasuk dalam presentasi bokong-kaki, presentasi bahu, atau prolaps tali pusat.

2. Malposisi

Malposisi adalah kelainan letak hubungan antara sumbu tubuh bayi dengan sumbu tubuh jalan lahir. Macam-macam letak bayi di dalam rahim dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a. Letak memanjang: Sumbu fetus searah / sejajar sumbu jalan lahir
- b. Letak melintang: Sumbu fetus tegak lurus sumbu jalan lahir

- c. Letak oblik: Sumbu fetus dalam sudut tertentu dengan sumbu jalan lahir (transient)



Gambar 7.3 Macam letak/posisi bayi dalam kandungan (Saifuddin dkk, 2009)

Letak melintang dan letak oblik yang merupakan kelainan/malposisi janin dalam kandungan dapat menjadi masalah pada proses persalinan dikarenakan sumbu tubuh janin tidak searah dengan sumbu tubuh ibu sehingga dapat menjadi distosia dalam persalinan (Sharshiner and Silver, 2015).

B. Distosia Persalinan

Distosia persalinan adalah hambatan saat persalinan, sering disebut juga dengan persalinan macet. Distosia persalinan dapat disebabkan karena Kelainan Jalan Lahir (*Passage*), Kelainan HIS (*Power*), Kelainan Janin (*Passanger*).

1. Kelainan Jalan Lahir (*Passage*)

Passage adalah kondisi jalan lahir yang terdiri dari uterus, serviks, vagina, vulva dan juga ukuran panggul. Apabila kondisi panggul ibu tidak baik, dan pembukaan tidak lengkap maka bisa mengalami distosia. Beberapa kelaianan Vulva yang menyebabkan distosia adalah: Edema vulva, Atresia vulva (tertutupnya vulva), Varises & Hematoma, Stenosis vulva (penyempitan), Tumor vulva, Abses bartholini. Beberapa kelainan vagina yang menyebabkan distosia antara lain adalah Stenosis vagina, Septum vagina(komplit/inkomplit), Tumor vagina. Kelainan Bentuk Uterus meliputi:

- Uterus didelfis/bikornis bikolis: uterus yang memiliki 2 fundus, 2 korpus, 2 serviks, 2 vagina/1 vagina
- Uterus septus: uterus yang memiliki 1 fundus, 2 kavum uteri terpisah jelas dengan sekat, 2 serviks, 1 vagina,

- 
- c. Uterus subseptus: uterus yang memiliki cavum uteri terpisah oleh sekat namun hanya sebagian.
 - d. Uterus bikornis unikolis: uterus yang memiliki 2 korpus, 1 serviks.
 - e. Uterus arkuatus: uterus yang memiliki cekungan pada fundus.
 - f. Uterus bikornis unilaterale rudimentarius: sebuah uterus yang disampingnya terdapat tanduk lain yg sangat terbelakang perkembangannya.
 - g. Uterus unikornis: sebuah uterus yang memiliki 1 serviks yg berkembang dari satu saluran muller kanan atau kiri.

Kelainan pada serviks juga dapat menyebabkan distosia. Terdapat 4 jenis kelainan pada serviks (Qonitul and Nur Fadilah, 2019):

- a. Serviks kaku (*rigid serviks*)
- b. Serviks gantung (*hanging serviks*) pada keadaan ini OUE terbuka lebar
- c. Serviks konglumer (*conglomeratio serviks*)
- d. Edema serviks

2. Kelainan HIS (*Power*)

Power adalah tenaga ibu mendorong bayi keluar. Jika tenaga ibu kuat, maka persalinan lancar. Sebaliknya, jika tenaga ibu tidak ada, maka akan sulit melahirkan. Beberapa kelainan HIS pada ibu bersalin diantaranya adalah Inersia Uteri (HIS lemah), Tetania Uteri (HIS terlalu kuat), Incoordinate Uteri (HIS yang tidak teratur) (Savitri, Hadisubroto and Wulandari, 2019).

3. Kelainan Janin (*Passanger*)

Passanger adalah bayi. Dalam persalinan, kondisi bayi sangat penting untuk diperhatikan. Ukuran bayi yang besar (diatas 4 kg) bisa menyebabkan ibu mengalami distosia saat persalinan. Kondisi bayi cacat misal anenchepalus juga dapat menyebabkan komplikasi persalinan.

C. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban merupakan kondisi cairan ketuban memasuki sirkulasi darah maternal yang menyebabkan terjadi gangguan pernafasan akut dan syok. Sampai saat ini kematian ibu akibat emboli dalam waktu 30 menit mencapai angka 85%. Meskipun telah diadakan perbaikan sarana ICU dan pemahaman mengenai hal-hal yang dapat menurunkan mortalitas. Penyebab emboli belum jelas diketahui secara pasti. Diduga bahwa terjadi kerusakan penghalang fisiologi antara ibu dan janin sehingga bolus cairan amnion memasuki sirkulasi maternal yang selanjutnya masuk kedalam sirkulasi paru dan menyebabkan kegagalan perfusi.

Emboli air ketuban dapat terjadi setiap saat dalam kehamilan namun sebagian besar terjadi pada saat inpartu (70%), pasca persalinan (11%) dan setelah *Sectio Caesar* (19%). Beberapa hal yang menjadi faktor risiko diantaranya adalah Multipara, Solusio plasenta, IUFD, *Partus presipitatus*, *Suction curettage*, Terminasi kehamilan, Trauma abdomen, dan Versi luar. Penataaksanaan Emboli Air Ketuban adalah dengan memberikan oksigenasi, apabila terjadi gangguan bekuan darah dilakukan transfusi, dan tetap melakukan observasi tanda-tanda vital (Septica and Uyun, 2015).

D. Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat adalah kondisi tali pusat berada di samping atau melewati bagian terendah janin dalam jalan lahir sebelum ketuban pecah. Hal ini dapat menyebabkan terhentinya aliran darah yang melewati tali pusat, sehingga oksigenasi janin terganggu. Prolaps tali pusat lebih sering terjadi jika tali pusat panjang dan jika plasenta letak rendah. Myles melaporkan hasil penelitiannya dalam kepustakaan dunia bahwa angka kejadian prolaps tali pusat berkisar antara 0,3 % sampai 0,6 % persalinan. Faktor predisposisi prolaps tali pusat terjadi akibat gangguan adaptasi bagian bawah janin terhadap panggul, sehingga pintu atas panggul tidak tertutup oleh bagian bawah janin tersebut. Sering ditemukan pada kasus-kasus presentasi bokong kaki, Posisi melintang, Letak sungsang, Kehamilan premature, Hidramnion, Janin kembar, Janin terlalu kecil.

Penatalaksanaan prolaps tali pusat adalah dengan mempertahankan kesejahteraan ibu dan janin. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan oksigenasi 4-6 liter/menit melalui masker/nasal kanul dan memposisikan ibu trendelenberg. Jika ibu pada persalinan kala I, lakukan dengan cara memasukkan tangan ke dalam vagina dan segera bagian terendah janin didorong ke atas,



sehingga tahanan pada tali pusat dapat dikurangi. Tangan yang lain menahan bagian terendah di supra pubis dan evaluasi keberhasilan reposisi. Jika bagian terbawah janin sudah terpegang dengan kuat di atas rongga panggul, maka keluarkan tangan dari vagina, dan tetap meletakkan tangan di atas abdomen sampai dilakukan sesio cesarea. Jika tersedia, berikan salbutamol 0,5 mg IV secara berlahan untuk mengurangi kontraksi rahim dan segera lakukan seksio cesarea. Jika ibu pada persalinan kala II: lakukan persalinan segera dengan ekstraksi vakum atau ekstraksi cunam/forceps. Jika kondisi dalam keadaan sungsang maka lakukan ekstraksi bokong atau kaki. Jika letak lintang, siapkan segera seksio cesarea dan siapkan segera resusitasi neonatus. Jika tali pusat tidak berdenyut berarti janin telah meninggal (Willy Yuberto Andrisma, 2007).

E. Atonia uteri

Menurut Sylvi Wafda (2019) atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali (Manuaba, 2012). Menurut Yuliawati & Anggraini (2016) penyebab antonia uteri yaitu plasenta letak rendah, toksin bakteri (korioamnionitis, endometriitis, septikemia), hipoksia akibat hipoperfusi atau uterus couvelaire pada abruptio plasenta dan hipotermia akibat resusitasi masif. Penanganan Atonia Uteri dengan melakukan Kompresi Bimanual sampai uterus dipastikan berkontraksi dan perdarahan dapat dihentikan.

F. Retensio plasenta,

Retensio plasenta merupakan kondisi belum lepasnya plasenta setelah 30 menit bayi lahir. Retensio plasenta adalah kondisi ketika plasenta atau ari-ari tidak keluar dengan sendirinya atau tertahan di dalam rahim 30 menit setelah melahirkan. Kondisi ini sangat berbahaya karena retensio plasenta yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan perdarahan pada ibu bersalin (perdarahan primer). Perdarahan tersebut dapat berakibat syok hingga kematian pada ibu bersalin. Selain itu, plasenta yang tidak segera lahir akan menimbulkan infeksi karena plasenta dianggap sebagai benda mati, plasenta inkarserata, polip plasenta, dan terjadi degenerasi ganas



korio karsinoma (Manuaba I.B.G dkk., 2012). Penatalaksanaan retensio plasenta adalah dengan melakukan manual plasenta (Yang and Dengan, 2020).

G. Robekan jalan lahir

Robekan perineum (laserasi jalan lahir) umumnya terjadi apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari pada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar dari pada sirkumferensia suboksipito bregmatika (Yuliawati & Anggraini, 2016).

Menurut Rohani, Saswita dan Marisah, (2011), laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. *Heacting* atau penjahitan adalah tindakan untuk menyatukan kembali jaringan tubuh yang terputus atau terpotong dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu serta mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan.

H. Syok Persalinan

Syok hipovolemik pada persalinan merupakan keadaan dimana klien berisiko terhadap ketidak cukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Penyebab risiko syok hipovolemik pada persalinan disebabkan karena kontraksi uterus yang lambat, atonia uteri, maupun robekan jalan lahir dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Akibat perdarahan tersebut, volume cairan akan menurun dan ibu dapat mengalami anemia akut. Risiko terjadinya syok hipovolemik yang tidak tertangani akan menyebabkan klien mengalami renjatan syok dan kematian pada pasien (Indah et al., 2018).

KOMPLIKASI NIFAS

A. Pendahuluan

Masa nifas merupakan masa yang dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, hingga dapat berlanjut pada komplikasi di masa nifas. Masa ini tidak selalu dilalui dalam situasi yang normal. Sekitar 60% kematian ibu terjadi setelah melahirkan dan 50% pada 24 jam pasca persalinan salah satunya karena komplikasi masa nifas (Maryunani, 2016). Kematian yang terjadi disebabkan salah satunya yaitu infeksi. Infeksi menjadi penyebab kematian kedua setelah perdarahan postpartum (Lidya, 2019)

Pengetahuan tentang komplikasi apa saja yang terjadi pada masa nifas dapat menjadi sumber informasi yang perlu diketahui oleh ibu pada masa nifas sehingga ibu dapat melakukan deteksi dini pada kemungkinan komplikasi yang terjadi.

Komplikasi masa nifas adalah keadaan abnormal pada masa nifas yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas (Astutik, 2015) Komplikasi yang perlu diketahui pada masa nifas adalah:

B. Perdarahan Postpartum

a) Pengertian:

Penyebab kematian ibu melahirkan di antaranya adalah infeksi, perdarahan pasca persalinan, dan darah tinggi (hipertensi) pada saat kehamilan. Perdarahan postpartum merupakan penyebab kematian maternal terbanyak. Walaupun angka kematian maternal telah turun secara drastis di negara-negara berkembang, perdarahan postpartum tetap merupakan penyebab kematian maternal terbanyak di mana-mana (Wahyuningsih, 2019).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang melebihi lima ratus mili liter (500 ml) setelah kelahiran bayi (Yuliatwati and Anggraini, 2015). Perdarahan ini merupakan konsekuensi dari trauma pada struktur yang berhubungan dengan jalan lahir saat persalinan (Walyani, 2015).

b) Klasifikasi Perdarahan Postpartum:

Perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi perdarahan postpartum primer dan perdarahan postpartum sekunder. Perdarahan postpartum primer adalah perdarahan postpartum yang terjadi dalam dua puluh empat jam pertama setelah persalinan ibu. Sedangkan perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan postpartum yang terjadi setelah dua puluh empat jam pertama pasca persalinan ibu (Anggaraini, 2010).

c) Etiologi:

Perdarahan setelah melahirkan menurut Walyani (2015), di sebabkan karena atonia uteri, retensio plasenta, serta robekan jalan lahir. Menurut Mochtar (2011), etiologi dari perdarahan postpartum yaitu atonia uteri, terdapat sisa plasenta dan selaput ketuban, terjadinya robekan pada jalan lahir (terjadi robekan pada perineum, serviks di vagina, forniks dan rahim), hingga penyakit darah (Putri, 2016).

Penyebab perdarahan postpartum primer (Manuaba, 2001):

1. Retensio plasenta (ini terjadi karena tertahannya plasenta atau selaput ketuban)
2. Sisa plasenta masih ada di dalam rahim
3. Trauma genital meliputi penyebab spontan dan trauma akibat penatalaksanaan.

Penyebab perdarahan postpartum sekunder adalah (Suherni, 2009):

1. Fragmen plasenta atau selaput ketuban tertahan didalam rahim.
2. Pelepasan jaringan mati setelah persalinan macet.
3. Terdapat perlukaan pada uterus (terjadi setelah prosedur sectio caesarea, atau ruptur uterus).

d) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari perdarahan postpartum diantaranya:

1. Tidak berkontraksinya uterus serta lembek dan perdarahan yang terjadi setelah kelahiran anak (atonia uteri).

- 
2. Adanya darah yang mengalir setelah lahirnya bayi, uterus berkontraksi, dan plasenta lengkap (robekan jalan lahir).
 3. Plasenta belum keluar setelah 30 menit, adanya perdarahan, uterus berkontraksi dengan baik (retensio plasenta).
 4. Plasenta atau sebagian selaput plasenta yang mengandung pembuluh darah tidak lengkap, terdapat perdarahan akibat adabta sisa plasenta.
 5. Uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, nyeri sedikit atau berat (inversio uterus) (Anggaraini, 2010).

e) Penanganan

Memberikan penanganan umum perdarahan postpartum (Walyani, 2015), diantaranya:

1. Ketahui secara pasti sejak awal kondisi ibu nifas (saat masuk).
2. Saat persalinan, penuhi peoses persalinan dengan prosedur yang steril serta aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan postpartum).
3. Lakukan observasi setiap 2 jam pertama postpartum (di 2 ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung).
4. Siapkan keperluan tindakan untuk kondisi gawat darurat.
5. Jika terjadi masalah dan komplikasi, lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan.
6. Atasi kondisi syok.
7. Memastikan kontraksi berlangsung dengan baik (lakukan tindakan untuk mengeluarkan bekuan darah, melakukan pijatan uterus, memberi uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit).
8. Pastikan dan lihat plasenta telah lahir dan lengkap dan lakukan eksplorasi terhadap adanya kemungkinan robekan di jalan lahir.
9. Lakukan uji beku darah jika ditemukan perdarahan terus berlangsung,

10. Pasang kateter menetap dan pantau masuk - keluar cairan.
11. Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik.

C. Infeksi Masa Nifas

Infeksi pada bagian-bagian genitalia setelah persalinan disebut infeksi nifas (postpartum). Meningkatnya suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2 - 10 masa nifas serta diukur sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas (postpartum) jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2006).

a) Pengertian infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas atau infeksi puerperalis merupakan infeksi pada saluran genitalia setelah persalinan (Maryunani, 2016), biasanya terjadi di endometrium bekas insersi plasenta (Saleha, 2009). Infeksi masa nifas (puerperium) adalah infeksi bakteri yang berasal dari saluran reproduksi selama persalinan atau puerperium (Varney, 2007).

b) Jenis-jenis infeksi

Jenis-jenis infeksi pada masa nifas diantaranya seperti endometritis, peritonitis, parametritis, infeksi trauma (servisititis, vulvitis, vaginitis, serta peritonitis) (Dewi, 2014).

c) Etiologi infeksi masa nifas

Penyebab predisposisi infeksi nifas (Astutik, 2015):

1. Persalinan yang lama dengan adanya penyulit persalinan.
2. Ketuban pecah sebelum terjadinya persalinan.
3. Berbagia pemeriksaan vagina selama persalinan, khususnya pemeriksaan ketika pecah ketuban.
4. Teknik aseptik tidak sempurna.
5. Tidak memenuhi prosedur benar mencuci tangan.
6. Manipulasi intrauteri misalnya eksplorasi uteri hingga plasenta manual.
7. Adanya trauma jaringan yang luas seperti laserasi yang tidak diperbaiki.

- 
8. Hematoma.
 9. Kehilangan darah lebih dari 1000 ml
 10. Melahirkan dengan prosedur operasi, misalnya seksio sesaria.
 11. Retensi sisa plasenta atau membran janin.
 12. Perawatan perineum yang tidak optimal.
 13. Infeksi vagina / serviks atau penyakit menular seksual yang tidak ditangani (mis, vaginosis bakteri, klamidia, gonorea).

e) Bentuk-bentuk

Bentuk infeksi masa nifas bervariasi dari yang bersifat lokal sampai terjadi sepsis dan kematian puerperium. Bentuk infeksi dapat dijabarkan sebagai berikut (Astutik, 2015):

1. Bentuk infeksi lokal:
 - a. Infeksi pada luka episiotomi.
 - b. Infeksi pada vagina.
 - c. Infeksi pada serviks yang luka.
2. Bentuk infeksi general (menyebar):
 - a. Parametritis.
 - b. Peritonitis.
 - c. Sepsikemi dan piemia.
3. Penyebaran infeksi kala nifas dapat melalui:
 - a. Berkelanjutan - perkontinuitastum.
 - b. Melalui pembuluh darah.
 - c. Melalui pembuluh limfa.
 - d. Penyebaran melalui bekas implantasi plasenta.

f) Tanda dan Gejala (20)

Gambaran klinis infeksi masa nifas dapat dalam bentuk (Astutik, 2015):

1. Infeksi lokal:
 - a. Pembengkakan luka episiotomi.

- 
- b. Terjadi pernanahan.
 - c. Perubahan warna lokal.
 - d. Pengeluaran lochea bercampur nanah.
 - e. Mobilisasi terbatas-karena rasa nyeri.
 - f. Temperatur badan dapat meningkat.
2. Infeksi umum:
- a. Tampak sakit dan lemah.
 - b. Temperatur meningkat di atas 39°C.
 - c. Tekanan darah dapat menurun dan nadi meningkat.
 - d. Pernapasan dapat meningkat dan terasa sesak.
 - e. Kesadaran gelisah sampai menurun dan koma.
 - f. Terjadi gangguan involusi uterus.
 - g. Lokia stasis: Jika lochea berbau, bernanah serta kotor.

Sedangkan tanda dan gejala infeksi secara umum adalah (Verney, H, 2007):

1. Adanya peningkatan suhu tubuh.
2. Malaise umum.
3. Nyeri.
4. Lokia berbau tidak sedap.
5. Peningkatan kecepatan nadi terutama pada infeksi berat.

g) Pencegahan

Pencegahan yang bisa dilakukan (Syamsuriyati, 2011), di antaranya:

1. Pencegahan di masa kehamilan
 - a. Meminimalisir faktor-faktor predisposisi seperti anemia pada ibu, malnutrisi pada ibu, kondisi lemah hingga langkah mengobati penyakit-penyakit yang diderita ibu.
 - b. Pemeriksaan dalam sebaiknya jangan dilakukan apabila tidak ditemukan indikasi yang memerlukan pemeriksaan.
 - c. Hindari berhubungan (koitus) jika memasuki masa kehamilan tua untuk menghindari pecahnya ketuban.

- 
2. Pencegahan di masa persalinan
 - a. Upaya disinfeksi dengan mencegah semaksimal mungkin masuknya agen infeksius ke dalam jalan lahir.
 - b. Hindari partus terlalu lama dan ketuban pecah lama guna menjaga proses persalinan berjalan tidak terlalu lama.
 - c. Menyelesaikan persalinan dengan trauma sedikit mungkin.
 - d. Sterilisasi area yang mengalami perlukaan khususnya jalan lahir karena tindakan baik pervaginam maupun perabdominan, kemudian dijahit sebaik-baiknya dengan prosedur steril yang optimal.
 - e. Mencegah banyaknya perdarahan.
 - f. Penggunaan APD oleh petugas dalam pertolongan persalinan, seperti penggunaan masker dan lain-lain.
 - g. Alat-alat dan kain-kain yang dipakai dalam persalinan harus bebas bakteri maupun hama.
 - h. Hindari pemeriksaan dalam berulang-ulang.
 3. Selama nifas
 - a. Rawat luka sebaik mungkin, begitu pula alat-alat dan pakaian serta kain yang berhubungan dengan alat kandungan harus steril.
 - b. Penderita dengan infeksi pada masa nifas sebaiknya diisolasi dalam ruangan khusus, tidak bercampur dengan ibu sehat.
 - c. Sebisa mungkin membatasi pengunjung khususnya yang datang dari luar.

h) Penanganan infeksi postpartum

Penanganan yang dilakukan secara umum (Maryunani, 2016), di antaranya:

1. Peroleh data dari petugas penolong persalinan.
2. Inspeksi perineum dengan melihat warna dan integritas perineum serta kaji adanya nyeri, kondisi kemerahan, edema, ekimosis hingga approximation pada tepi jahitan.
3. Massage abdomen (kaji tinggi dan tonus fundus uteri).

- 
4. Kaji lokea adanya jenis, bau, jumlah/banyaknya dan karakteristiknya; hubungkan hasil temuan dengan data postpartum.
 5. Kaji payudara pasien adanya eritema, nyeri, pembengkakan, dan cairan puting payudara dengan perubahan postpartum normal, dan perhatikan apakah pasien menyusui. Monitor tanda-tanda vital pasien, terutama temperatur setiap 4 jam dan sesuai kondisi pasien; perhatikan adanya peningkatan temperatur > 40°C pada 2 dari 10 hari pertama postpartum, termasuk 24 jam pertama; yang diukur melalui oral sekurang-kurangnya 4 kali sehari sebagai standar yang aman (sumber Joint Commite maternal welfare).
 6. Perhatikan jumlah sel darah putih/SDP dan hubungkan dengan gambaran klinis yang lengkap.
 7. Lakukan perawatan perineum dan tindakan higienik;
 - a. Pastikan pemberi asuhan dalam merawat pasien mencuci tangannya.
 - b. Bersihkan perineum dan anti pembalut dengan sering.
 - c. Bila perlu lakukan sitz bath dan oleskan cream antibiotic.
 8. Monitor intake dan output pasien dan dorong untuk minum sebanyak 8-10 gelas perhari.
 9. Bantu klien memilih diet seimbang; dorong asupan protein yang tinggi, vitamin C dan zat besi.
 10. Kaji bunyi nafas, laju pernafasan dan usaha nafas; bantu pasien dalam kebersihan paru termasuk batuk dan nafas dalam setiap 4 jam.
 11. Kaji betis pasien secara bilateral mengenai warna, ukuran, temperature, tanda Homan, nyeri, nadi dan parestesia/kesemutan; bantu dalam hal latihan jalan yang progresif; dorong/ganti posisi tidur yang sering.
 12. Dorong klien untuk beristirahat dan tidur yang nyaman.

D. Pre Eklampsia

Pre eklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai proteinuria. Preeklampsia adalah



penyakit hipertensi kehamilan spesifik dengan keterlibatan multisistem. Biasanya terjadi setelah 20 minggu kehamilan, lebih sering pada umur kehamilan yang semakin matang, dan dapat tumpang tindih dengan gangguan hipertensi lainnya (Septiasih, 2018).

a) Tanda dan Gejala

Pre Eklampsia ditandai dengan:

1. Munculnya tekanan darah tinggi.
2. Oedema atau pembengkakan pada tungkai.
3. Nyeri epigastrik.
4. Penglihatan kabur.
5. Bila diperiksa di laboratorium urine terlihat mengandung protein.
6. Kesadaran hilang.
7. Dikatakan eklampsia bila sudah terjadi kejang. Kalau hanya gejala atau tanda-tandanya saja dikatakan pre eklampsia. Gangguan yang terjadi pada pre eklampsia merupakan penyebab kematian ibu nomor satu karena bisa mengakibatkan pembuluh darah otak pecah, terjadi oedema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah (Anggaraini, 2010).

b) Penyebab

Wanita hamil cenderung mudah dan mengalami preeklampsia bila mempunyai faktor risiko preeklampsia antara lain

1. Usia
Ibu hamil 35 tahun seiring bertambahnya usia rentan mengalami peningkatan tekanan darah (Nursal, 2014).
2. Status gravida
Primigravida lebih 25 berisiko untuk mengalami preeklampsia daripada multigravida karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion. Hal ini terjadi karena mekanisme imunologik pembentukan blocking antibody yang dilakukan oleh HLA-G (Human Leukocyte Antigen G) terhadap antigen plasenta belum terbentuk (Yie SM, Li LH, Xiao R, 2008). Primigravida



juga rentan mengalami stress dalam menghadapi persalinan yang akan menstimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek kortisol adalah meningkatkan respon simpatis, sehingga curah jantung dan tekanan darah juga akan meningkat (Grum T, 2017).

3. Riwayat preeklamsi sebelumnya

Riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama (Duckitt K, 2005). Risiko menjadi meningkat hingga 7 kali lipat (RR 7,19 95% CI 5,85- 8,83). Preeklamsia berisiko 4 kali lebih tinggi untuk wanita dengan riwayat preeklamsia (Bobak, L. 2007).

4. Riwayat preeklamsi keluarga

Risiko ibu hamil yang ibunya mengalami preeklamsia, dapat terjadi satu diantara empat kemungkinan ibu preeklamsia (Varney H, 2007). Preeklamsia terjadi 3,07 kali lebih berisiko pada ibu yang ibu kandungnya memiliki riwayat preeklamsia sedangkan lebih berisiko 3,11 kali pada ibu yang mempunyai saudara perempuan dengan riwayat preeklamsia (Mahran A, dkk. 2017).

5. Hipertensi kronik

Hipertensi kronis terjadi sebelum kehamilan atau dapat terlihat pada kehamilan sebelum 20 minggu. Pada sebagian besar wanita dengan hipertensi sebelum kehamilan, peningkatan tekanan darah merupakan satu-satunya temuan. Namun, beberapa mengalami komplikasi yang meningkatkan risiko selama kehamilan dan dapat menurunkan angka harapan hidup (Manuaba, 2001). Pada penelitian hipertensi kronik termasuk ke tiga utama yang menyebabkan preeklamsia berulang yaitu 19,83% kasus preeklamsia berulang adalah disebabkan oleh hipertensi kronik (Bilano VL, dkk., 2014). Wanita dengan hipertensi kronik mempunyai risiko lebih dari 10 kali lipat untuk mengalami preeklamsia pada usia kehamilan \leq 33 minggu dan sekitar 5 kali lipat lebih tinggi pada usia kehamilan \geq 34 minggu (Lisonkova S, 2013).

6. Diabetes mellitus

Uraian dari informasi yang didapatkan dari Cunningham, dkk., (2013), Sofian, A. (2011) dan Manuaba (2001), serta Mahran A, dkk. (2017) disimpulkan bahwa penyakit diabetes melitus merupakan kelainan herediter dengan ciri



infeksi atau absennya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam kehamilan akan menyebabkan banyak kesulitan. Pengaruh diabetes dalam kehamilan adalah abortus dan partus prematurus, hidramnion, preeklampsia, kesalahan letak janin, dan insufisiensi plasenta. Pada ibu dengan diabetes melitus patofisiologinya bukannya preeklampsia murni, melainkan disertai kelainan ginjal/vaskuler primer akibat diabetes melitus tersebut. Pada penyakit kencing manis terjadi perubahan pembuluh darah permeabilitasnya terhadap protein makin tinggi, sehingga terjadinya kekurangan protein ke jaringan. Protein ekstrasvaskuler menarik air dan garam menimbulkan edema. Hemokonsentrasi darah yang mengganggu fungsi metabolisme tubuh.

Ibu dengan diabetes kehamilan terdapat peningkatan insiden hipertensi dan preeklampsia yang akan memperburuk perjalanan persalinan serta peningkatannya risiko diabetes tipe II di kemudian hari. Hipertensi sering dijumpai pada wanita diabetes dengan penyakit ginjal sehingga berisiko tinggi mengalami preeklampsia. (Kurniasari D, 2015).

7. Kehamilan ganda

Uraian dari informasi yang didapatkan dari Cunningham, dkk. (2013), Varney, H. (2007) dan Hacker, N. (2004) disimpulkan bahwa wanita dengan gestasi kembar dua, bila dibandingkan dengan gestasi tunggal, memperlihatkan insiden hipertensi gestasional (13 versus 6 %) dan preeklampsia (13 versus 5 %) yang secara bermakna lebih tinggi. Dengan adanya kehamilan kembar dan hidramnion, menjadi penyebab meningkatnya resistensi intramural pada pembuluh darah myometrium, yang dapat berkaitan dengan peninggian tegangan myometrium dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Wanita dengan kehamilan kembar berisiko tinggi mengalami 30 preeklampsia hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon.

8. Penyakit jantung

Wanita hamil dengan preeklampsia juga berisiko lebih tinggi mengalami penyakit jantung, gangguan fungsi kardiovaskuler yang parah sering terjadi pada wanita



preeklampsia, gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan meningkatnya afterload jantung akibat hipertensi, preload jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis hipervolemia kehamilan atau secara iatrogenic ditingkatkan oleh larutan kristaloid intravena (Cunningham, dkk., 2013).

9. Obesitas

Uraian dari informasi yang didapatkan dari Aviram A (2011) dan Durst JK, dkk (2016) disimpulkan bahwa obesitas adalah adanya penimbunan lemak yang berlebihan di dalam tubuh. Obesitas dapat memicu terjadinya preeklampsia melalui pelepasan sitokin-sitokin inflamasi dari sel jaringan lemak, selanjutnya sitokin menyebabkan inflamasi pada endotel sistemik.

c) Penanganan (Astutik, 2015).

1. Jika tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg, kemudian berikan anti hipertensi hingga tekanan diastolik diantara 90 - 110 mmHg.
2. Tindakan kolaboratif:
 - a. Berikan cairan infus (RL).
 - b. pemberian obat anti hipertensi.
 - c. Pemberian anti konvulsan.
 - d. Pemasangan kateter.
 - e. Menjaga keseimbangan cairan.
3. Selalu pantau pasien.
4. Ukur keseimbangan cairan jangan sampai overload.
5. Observasi tanda-tanda vital.
6. Auskultasi paru-paru untuk mengetahui kemungkinan terjadinya oedema paru.
7. Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bedside.

E. Bendungan Payudara

Pada masa nifas, seringkali ibu mengeluh payudara terasa berat, panas serta nyeri. Kondisi ini menjadi alasan ibu enggan untuk



menyusui bayi, sehingga capaian pemberian ASI eksklusif menjadi rendah.

a) Pengertian

Bendungan ASI terjadi karena penyempitan oleh kelenjar-kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada putting susu. Bendungan ASI merupakan pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan air susu dan rasa nyeri dengan disertai kenaikan suhu badan (Winkjosastro, 2010).

b) Etiologi

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan bendungan ASI, yaitu (Sukma F, Hidayati E, 2017):

1. Pengosongan mammae yang tidak sempurna

Terdapat sisa ASI di dalam payudara karena proses menyusui bayi yang sudah selesai dan menyisakan ASI yang jika tidak dikeluarkan dapat menimbulkan bendungan ASI.

2. Hisapan bayi yang tidak aktif

Pada masa laktasi, kemungkinan bayi tidak aktif mengisap, sehingga mengakibatkan timbulnya bendungan ASI.

3. Posisi menyusui bayi yang tidak benar

Teknik yang salah dalam menyusui dapat menimbulkan puting susu menjadi lecet dan rasa nyeri sehingga ibu enggan menyusui bayi dan terjadilah bendungan ASI.

4. Puting susu terbenam

Puting susu yang terbenam akan menyulitkan bayi dalam menyusui.

5. Puting susu terlalu panjang

Puting susu yang panjang menimbulkan kesulitan pada saat bayi menyusui karena bayi tidak dapat menghisap areola dan merangsang sinus laktiferus untuk mengeluarkan ASI. Akibatnya ASI tertahan dan menimbulkan bendungan ASI.

c) Tanda dan Gejala

Bendungan ASI biasanya terjadi pada payudara ibu yang memiliki produksi ASI banyak, jika diraba terasa keras dan terkadang menimbulkan nyeri serta seringkali disertai peningkatan suhu badan ibu.

Keluhan yang sering dirasakan pada keadaan ini (Saifuddin, 2006), adalah:

1. Payudara bengkak.
2. Payudara terasa panas.
3. Payudara terasa nyeri.

d) Penanganan (Maryunani, 2016).

Penanganan umum bendungan payudara adalah dengan:

1. Pemberian anti nyeri (analgetik)
2. Mengosongkan payudara dengan pompa atau diurut bila bayi malas menyusui.
3. Sebelum bayi disusukan dilakukan pengurutan terlebih dahulu.
4. Lakukan kompres hangat dingin.
5. Lakukan perawatan payudara secara teratur.
6. Gunakan bra yang menopang dan tidak menekan payudara.
7. Penanganan sebaiknya dimulai selama hamil dengan perawatan payudara yaitu membersihkan puting susu dari kerak dan kotoran dan tidak boleh melakukan massase payudara untuk mencegah terjadinya kelainan-kelainan.

F. Mastitis

Mastitis adalah peradangan payudara pada satu segmen atau lebih yang dapat disertai infeksi ataupun tidak. Mastitis biasanya terjadi pada primipara (ibu pertama kali melahirkan), hal ini terjadi karena ibu belum memiliki kekebalan tubuh terhadap infeksi bakteri *Staphylococcus Aureus*. Kasus mastitis diperkirakan terjadi dalam 12 minggu pertama, namun dapat pula terjadi pula sampai tahun kedua menyusui (Maretta Nur Indahsari, 2017).

a) Pengertian

Mastitis adalah peradangan payudara yang dapat disertai atau tidak disertai infeksi, Penyakit ini biasanya menyertai laktasi, sehingga disebut juga Mastitis Laktisional atau Mastitis Puerperalis. Sedangkan mastitis yang menyertai kehamilan disebut disebut Mastitis Gravidarum. (Yuliawati and Anggraini, 2015).

b) Klasifikasi Mastitis

1. Mastitis non infeksi yang biasanya disebabkan oleh stasis susu (susu diproduksi, tetapi tetap di payudara). Ibu yang mengalami mastitis non infeksi biasanya merasakan payudara terasa nyeri, bengkak dan ketidaknyaman (Chiu-HsiaChiu, 2010).
2. mastitis infeksi disebabkan oleh bakteri yang umumnya tidak berkembang dalam saluran susu. tetapi, jika saluran susu berhenti kemungkinan infeksi akan tumbuh tumbuh. Para ahli percaya bahwa bakteri yang ada di permukaan kulit payudara masuk ke payudara melalui retakan kecil atau pecah di kulit. Mereka juga menyarankan bahwa bakteri di mulut bayi bisa masuk ke payudara ibu saat menyusui, (Walker, 2009).

c) Etiologi Mastitis

Penyebab terjadinya mastitis sebagai berikut (Astutik, 2015):

1. Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat, akhirnya terjadi mastitis.
2. Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak.
3. Bra yang terlalu ketat, mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disusu dengan adekuat, bisa terjadi mastitis.
4. Ibu yang gizi jelek.
5. Ibu dengan istirahat yang kurang.
6. Teknik menyusui yang salah, sehingga pengosongan payudara tidak dapat sempurna.
7. Ibu dengan anemi akan mudah terkena infeksi.

d) Tanda dan Gejala

Manifestasi klinis mastitis yang umum adalah area payudara yang terasasakit dan keras. Ibu menyusui yang mengalami mastitis mengalami nyeri, bengkak sehingga ibu merasa tidak nyaman akibat tersumbatnya saluran ASI pada payudara (Fafungkasari, 2019).

Tanda dan gejala mastitis yaitu:

1. Bengkak, nyeri seluruh payudara atau nyeri lokal.
2. Kemerahan pada seluruh payudara atau hanya lokal.
3. Payudara keras dan berbenjol-benjol (merongkol).
4. Badan panas dan rasa sakit umum.

e) Penanganan

Jika diduga mastitis, intervensi dini dapat mencegah perburukan. Intervensi meliputi beberapa tindakan hygiene dan kenyamanan:

1. Bra yang cukup menyangga tetapi tidak ketat.
2. Perhatian yang cermat saat mencuci tangan dan perawatan payudara.
3. Kompres hangat pada area yang terkena.
4. Massase area saat menyusui untuk memfasilitasi aliran air susu.
5. Peningkatan asupan cairan.
6. Istirahat.
7. Membantu ibu menentukan prioritas untuk mengurangi stres dan kelelahan dalam kehidupannya.
8. Suportif, pemeliharaan perawatan ibu (Dewi, 2014).

G. Tromboflebitis

Tromboflebitis postpartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara genetik yang rentan terhadap relaksasi dinding vena dan stasis vena (Poltekes Kemenkes Yogyakarta, 2013).

a) Pengertian

Tromboflebitis pascapartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara genetik rentan terhadap relaksasi dinding vena dan stasis vena. Kehamilan menyebabkan stasis vena dengan sifat relaksasi dinding vena Modul Pendidikan Jarak Jauh, Pendidikan Tinggi Kesehatan 18 akibat efek progesterone dan tekanan pada vena oleh uterus.

b) Etiologi (Marmi, 2015)

1. Peningkatan berat badan (obesitas)
2. Peningkatan usia maternal;
3. Riwayat masalah sebelumnya
4. Pemberian anastesi selama pembedahan
5. Anemia maternal
6. Hipotermi
7. Penyakit jantung
8. Endometritis
9. Varicositis

c) Tanda dan Gejala (Poltekes Kemenkes Yogyakarta, 2013)

Tromboflebitis superficial ditandai dengan nyeri tungkai, hangat terlokalisasi, nyeri tekan atau inflamasi pada sisi tersebut dan palpasi adanya simpulan atau teraba pembuluh darah. Sedangkan tromboflebitis vena profunda ditandai dengan peningkatan suhu ringan, takikardia ringan, tiba-tiba nyeri sangat berat pada tungkai diperburuk dengan pergerakan atau saat berdiri, edema pergelangan kaki, tungkai dan paha, tanda homan positif, nyeri saat penekanan betis dan nyeri tekan sepanjang aliran pembuluh darah yang terkena dengan pembuluh darah dapat teraba.

d) Penanganan

Penanganan tromboflebitis meliputi:

1. Meningkatkan frakuensi tirah baring.
2. Pemenuhan nutrisi serta cairan yang optimal.

3. Elevasi ekstremitas yang terkena.
4. Memberikan kompres hangat pada area yang bermasalah.
5. Stoking elastis.
6. Pemberian obat-obatan seperti analgesik untuk mengurangi keluhan nyeri serta antipiretik karena adanya peningkatan suhu tubuh.
7. Sprei ayun mungkin dibutuhkan jika tungkai sangat nyeri jika disentuh (cenderung pada tromboflebitis superfisial).
8. Memberikan rujukan ke dokter konsultan penting untuk memutuskan penggunaan terapi anti koagulan dan antibiotik (Varney, 2007).

H. Depresi Postpartum

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress setelah persalinan karena persalinan merupakan perjuangan hidup seorang wanita terutama pada ibu primipara.

a) Pengertian

Depresi postpartum merupakan gangguan perasaan yang dialami oleh ibu setelah melahirkan dimana yang ibu merasakan kesedihan, kehilangan energi, susah berkonsentrasi, perasaan bersalah dan tidak berharga (Janiwarty and Peter, 2013).

b) Etiologi

Menurut Gorrie (1998) dalam Saleha (2009: 66), depresi postpartum sendiri belum diketahui secara detail penyebabnya, tetapi beberapa hal dapat diidentifikasi sebagai faktor predisposisi terjadinya depresi post partum, yaitu:

1. Perubahan hormonal yang cepat, rasionalnya hormon yang terkait dengan terjadinya depresi postpartum adalah prolaktin, steroid, progesteron, dan estrogen.
2. Munculnya masalah medis dalam kehamilan seperti PIH (pregnancy-in-duced hypertention), diabetes melitus, atau disfungsi tiroid.
3. Adanya riwayat depresi, penyakit mental, dan kecanduan alkohol, baik pada diri ibu maupun pada keluarga.
4. Karakter pribadi seperti harga diri rendah ataupun ketidakdewasaan.

- 
5. Berkurangnya sistem dukungan karena ketidakmampuan membina hubungan dengan orang lain.
 6. Marah dengan kehamilannya (unwanted pregnancy).
 7. Merasa hidup sendiri (terisolasi)
 8. Kelemahan, gangguan tidur, ketakutan terhadap masalah keuangan keluarga, dan melahirkan anak dengan kecacatan atau penyakit.

c) Tanda dan Gejala (Astutik, 2015)

Tanda dan gejala yang mungkin diperlihatkan pada penderita depresi postpartum di antaranya adalah:

1. Muncul perasaan sedih dan kecewa.
2. Sering menangis.
3. Adanya rasa gelisah dan rasa cemas.
4. Kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan.
5. Nafsu makan menurun.
6. Kehilangan motivasi dan energi dalam melakukan sesuatu.
7. Susah tidur.
8. Muncul perasaan putus harapan (hopeless).
9. Penurunan atau peningkatan berat badan.
10. Terjadi penurunan kemauan untuk mengurus bayinya.

d) Pencegahan

Beberapa intervensi berikut dapat membantu seorang wanita terbebas dari ancaman depresi postpartum (Saleha, 2009), yaitu:

1. Pahami dan pelajari diri sendiri.
2. Penuhi kebutuhan istirahat (tidur) dan kebutuhan makan yang cukup.
3. Lakukan kegiatan olahraga secara teratur.
4. Pahami perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan.
5. Komunikasikan perasaan pada pasangan (*support system*).

- 
6. Maksimalkan dukungan keluarga dan orang lain.
 7. Persiapkan diri dengan baik.
 8. Lakukan pekerjaan rumah tangga yang mampu dilakukan seperti biasa.
 9. Adanya dukungan emosional dan dukungan kelompok jika terjadi kondisi depresi postpartum (Saleha, 2009).

e) Penanganan(Astutik, 2015)

1. Rawat inap

Ibu nifas yang mengalami depresi postpartum dapat diberikan tirah baring untuk observasi gejala penyakit dan mencegah terjadinya emboli pulmonum.

2. Terapi medik

Pemberian antibiotika serta antisedativa.

KEDARURATAN OBSTETRIC

Kedaruratan obstetrik merupakan suatu kondisi klinik apabila penanganan tidak segera mungkin ditangani, maka akan terjadi dampak kesakitan yang berat yang mengakibatkan kematian baik ibu dan janinnya. Kedaruratan obstetrik adalah keadaan kesehatan yang membahayakan jiwa yang dijumpai dalam kondisi kehamilan atau dalam proses kehamilan dan pasca persalinan dan kelahiran. Pada saat keadaan kondisi hamil banyak hal gangguan ataupun masalah sampai terjadi penyakit yang dapat menimbulkan bahaya ataupun keselamatan baik ibu dan janin. Masa hamil, bersalin, serta masa nifas bisa mengakibatkan hal lain yang terjadi selama masa tersebut. Pengenalan kejadian kegawatdaruratan obstetri secara awal sangat dibutuhkan agar supaya penanganan pertolongan dini dapat dilakukan dengan tepat dan cepat.

Setiap kehamilan wajib diwaspadai, maka perlunya mengetahui sebelumnya hal yang mengarah pada kedaruratan obstetrik yang terjadi. Jenis obstetrik yang akan dibahas baik saat antepartum, inpartum dan post partum.

A. Hipertensi dalam Kehamilan

Didiagnosa hipertensi jika dilakukan pengukuran tekanan darah 140 mm Hg atau lebih, kehamilan dengan kelainan hipertensi menjadi komplikasi kehamilan yang sering ditemukan dalam trias memetakan, beserta dengan perdarahan dan kejadian infeksi, yang membuat jumlah morbiditas dan mortalitas meningkat pada kondisi ibu saat kehamilan (Leveno., 2015).

Menurut Working Group (2000) ada lima tipe penyakit hipertensi yang menjadi penyulit kehamilan setelah didiagnosa kehamilan hipertensi. Penyulit hipertensi yang dimaksud adalah:

1. Hipertensi gestasional
2. Preeklamsia
3. Eklamsi
4. Pre eklamsia pada hipertensi kronis
5. Hipertensi kronis

Kita akan membahas perbedaan satu persatu dari dari penyulit kehamilan yang didiagnosa kehamilan hipertensi.

1. Hipertensi gestasional

Hipertensi gestasional disebut hipertensi yang terjadi hanya waktu saat masa kehamilan saja dan tidak terjadi preeklamsia, pada masa pascapartum tekanan darah menjadi normal dalam 12 minggu post partum. Hipertensi ini disebut juga hipertensi sementara (Leveno., 2015). Istilah lain yang menggambarkan hipertensi gestasional adalah hipertensi yang terjadi pada trimester ke-2 kehamilan, biasanya baru muncul dan akan kembali normal tekanan darahnya pada saat kondisi postpartum (sejenis proteinuria gestasional) (Robson & Waugh, 2013).

Etiologi persisnya pencetus penyakit ini masih belum pasti. Timbulnya manifestasi klinik yang terjadi pada penyakit ini sering ditemukan pada kondisi ibu hamil trimester pertama dan kedua yang penyebabnya dikarenakan plasenta dan endothelium ibu yang merupakan sel target. Bagaimanapun penyebab dari penyakit ini masih belum pasti meskipun mekanismenya adalah disfungsi sel endotel yang berkaitan dengan plasenta (Robson & Waugh, 2013).

2. Preeklamsia

Preeklamsia merupakan penurunan perfusi organ yang diakibatkan vasospasme dan aktivasi endotel. Preeklamsia bisa disebut juga sindrom spesifik-kehamilan (Leveno., 2015).

3. Eklamsia

Eklamsia yaitu keadaan kejang yang diawali dari kejadian preeklamsia pada wanita hamil yang tidak dapat disangkal dengan pemicu lain. Kejang bersifat grand mal dan dapat dijumpai diawal, sepanjang, dan selepas persalinan. Eklamsia dapat terjadi sampai 10 hari pascapartum (Leveno., 2015).

4. Pre eklamsia pada hipertensi kronis

Segala kelainan hipertensi kronis, terlepas dari pemicunya, memiliki predisposisi untuk berkembang menjadi preeklamsia dan eklamsia (Leveno., 2015).

5. Hipertensi kronis

Hipertensi kronis (*chronic hypertension*, CHT) mengilustrasikan suatu hipertensi yang muncul diawal kehamilan. Umumnya wanita dalam kondisi hamil dan baru pertama kali didiagnosa, biasanya kelompok penderita hipertensi ini dikategorikan penderita hipertensi esensial.

Kehamilan pada ibu dengan kondisi normotensif dan hipertensif saat trimester awal akan terjadi vasodilatasi berat dan menurun resistensi vascular membuat tekanan darah tampak turun (penurunan darah lebih besar pada kelompok CHT). Keadaan ini memungkinkan pada wanita

hamil akhir trimester ke-2 sampai trimester ke-3 tidak akan tampak kejadian hipertensi kronis. Pada ibu hamil CHT hanya bisa didiagnosis jika dilakukan pemeriksaan tekanan darah, akan lebih umum lagi dan detail hasilnya jika pemeriksaan tekanan darah dilakukan paa sebelum hamil atau saat tindak lanjut setelah bersalin.

Penatalaksanaan hipertensi akibat kehamilan sama dengan penatalaksanaan farmakologi pada kejadian CHT. Usia kehamilan < 20 minggu biasanya muncul kejadian hipertensi. Jika terjadi hal tersebut kecondongannya menjadi hipertensi kronis lebih tinggi. Penderita CHT pada ibu hamil lebih cenderung pada ibu dengan berat badan yang lebih, umur lebig tua, dan mempunyai paritas yang lebih tinggi (Robson & Waugh, 2013).

Tabel 1.1 Dianosis Kelainan Hipertensi yang menjadi Penyulit Kehamilsn (Leveno., 2015).

Diagnosis	Tanda-tanda
Hipertensi Gesatasional	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Selama awal mula kehamilan Tekanan Darah \geq 140/90 mm Hg ✦ Proteinuria tidak ada ✦ Sebelum 12 minggu pascapartum tekanan darah kembali normal ✦ Diagnosis terminasi hanya untuk pascapartum ✦ Dapat memiliki indikasi dan tanda lain preeklamsia, contoh gangguan epigastrium atau trombositopenia
Preeklamsia	<p><u>Kriteria Minimal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Tensi Darah \geq 140/90 mm Hg ✦ Carik celup \geq +1 atau proteinuria \geq 300 mg/24 jam atau <p><u>Semakin pasti preeklamsia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Tensi Darah \geq 160/110 mm Hg ✦ Carik celup \geq +2 atau proteinuria 2,0 g/24 jam ✦ Kreatinin serum bernilai lebih dari 1,2 mg/dL melainkan didapati sebelumnya terjadi peningkatan ✦ Trombosit < 100.000/μL ✦ Hemolisis mikroangiopati - kenaikan LDH ✦ AST atau kenaikan nilai transaminase serum – ALT ✦ Sakit kepala presisten maupun kerusakan serebral dan visual lain ✦ Nyeri epigastrium presisten
Eklamsia	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Kejang yang tidak dapat dikaitkan dengan pemicu lain pada wanita dengan preeklamsia
Preeklamsia pada hipertensi kronis	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Pada perempuan dengan tekanan darah tinggi proteinuria \geq 300 mg/24 jam namun sebelum usia gestasi 20 minggu tidak ada proteinuria ✦ Pada perempuan hamil dengan hipertensi sebelum usia kehamilan 20 minggu terjadi peningkatan tiba-tiba tekanan darah atau proteinuria atau hitung trombosit < 100.000/μL

Hipertensi kronis	✚	sebelum usia gestasi 20 minggu didiagnosa hipertensi tetapi tidak disebabkan oleh penyakit trofoblastik gestasional atau sebelum kehamilan tekanan darah \geq 140/90 mm Hg atau
	✚	sebelum usia gestasi 20 minggu didiagnosa hipertensi pertama kali dan presisten setelah 12 minggu pascapartum

B. Kehamilan Multi Janin

Kehamilan kembar biasanya istilah ini digunakan untuk menggambarkan kehamilan dengan lebih dari satu janin (P.Hanretty, 2014).

a) Etiologi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kehamilan kembar diantaranya:

1. Usia, bangsa, dan paritas, sering mempengaruhi kehamilan kembar 2 telur dari kelompok faktor pendorong.
2. Kembar lebih dari dua dan kehamilan dizigotik bisa karena dari faktor obat-obat induksi ovulasi yaitu hormone gonadotropin, clomid, dan profertil.
3. Faktor keturunan
4. belum ditemukan faktor yang lain

(Mochtar, 2013)

Kembar monozigotik tampaknya terjadi karena faktor kebutuhan dan mekanismenya masih kurang di pahami meskipun tingkat kelahiran kembar monozigotik terjadi cukup seragam disebagian besar populasi kembar dizigotik lebih sering dijumpai terjadi pada Wanita yang mempunyai hubungan keluarga dengan Wanita kembar dizigotik, atau telah memiliki anak kembar dizigotik. Agaknya, factor dari ayah tidak mempunyai tingkat kehamilan kembar dua (P.Hanretty, 2014).

Beberapa penjelasan mengenai factor pencetus terjadinya kehamilan kembar yaitu:

Faktor bangsa : di Amerika serikat kehamilan kembar banyak ditemui pada wanita berkulit hitam dibandingkan wanita berkulit putih. Angka teratas terjadi di negara Filandia dan Jepang untuk kejadian kehamilan kembar.

Faktor Umur : bertambah tua umur berdampak tingginya kejadian ganda dan akan berkurang setelah usia 40 tahun

Faktor paritas : pada kehamilan primipara terjadi 9,8 per seribu dan meningkat pada kehamilan multipara (oktipara) menjadi 18,9 per seribu persalinan.

Faktor keturunan: keturunan atau dari sisi keluarga tertentu akan cenderung melahirkan akan kembar yang biasanya diturunkan secara paternal, namun dapat pula secara maternal.

Jenis kehamilan kembar

a. Gemili dizigotik

Merupakan kembar 2 telur, heterology, biovular, dan fraternal), kedua telur bisa berasal dari :

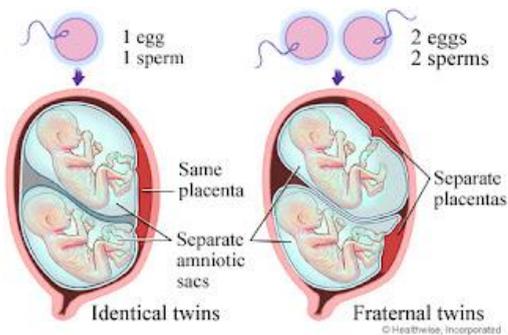
- 1) dua folikel de graff dan satu ovarium
- 2) satu folikel de graff dan satu ovarium
- 3) 1 dari ovarium kiri dan 1 dari ovarium kanan

b. Gemelli monozigotik

merupakan ganda 1 ovum, homolog, uinovuler, identik. Dapat dijumpai karena:

- 1) 1 ovum dengan dua inti, gangguan pada tingkat blastula
- 2) gangguan pada tingkat segmentasi
- 3) gangguan sesudah amnion dibentuk, namun sebelum primitive streak

(Mochtar, 2013)



Gambar 9.1 Kehamilan kembar (Holistik, 2022)



Gambaran Klinis

1. Riwayat

- a. Adanya riwayat kejadian masalah infertilitas saat ini yang diobati bersama obat-obatan fertilitas
- b. Kejadian masuknya sebagian zigot dalam uterus
- c. Keluarga yang mempunyai riwayat kembar

2. Tanda dan gejala

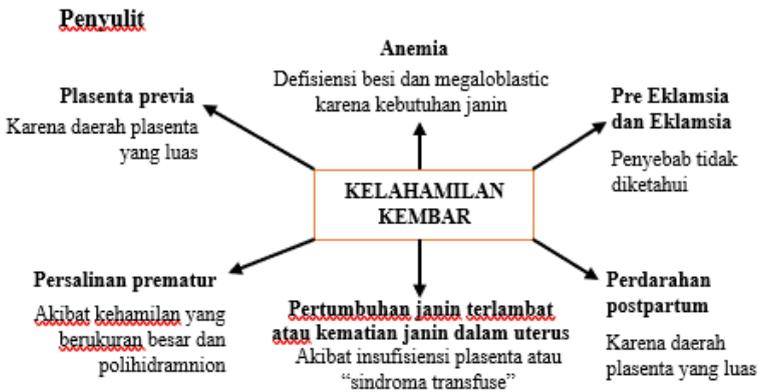
- a. Ketidak sesuaian usia kehamilan dengan pengukuran lingkaran perut, pembesaran uterus, dan tinggi uterus yang mengakibatkan permasalahan pada pembesaran uterus yang cepat pada trimester kedua. Andaikan pembesaran uterus diawal sesuai dengan usia gestasi maka dibisa signifikan,
- b. Kenaikan berat badan tanpa sebab yang nyata
- c. Pada pemeriksaan abdomen membuktikan tiga atau lebih bagian besar dan /atau beberapa bagian kecil, yang dilakukan pemeriksaan dengan cara palpasi pada kehamilan di trimester ke-3.
- d. Aukultasi lebih dari satu DJJ

3. Komplikasi

- a. Lebih umum terjadi polihidramnion
- b. Peningkatan lima kali lipat terjadinya insiden preeklamsia
- c. Anemia umum terjadi
- d. Pertumbuhan satu bayi bisa lebih lambat dari pada yang lain, dapat terjadi transfuse dari kembar ke kembar
- e. Ada kalanya terjadi malformasi kongenetal
- f. Kehamilan kembar menjadi penyebab terbesar terjadinya morbiditas dan mortalitas pada janin dikarenakan kejadian premature.
- g. Kehamilan kembar kedua mempunyai risiko dua kali berat pertama terjadi mortalitas
- h. Kerap lebih terjadi kejadian malposisi, prolaps tali pusat dan ketuban pecah dini (KPD).
- i. Lebih sering terjadi persalinan dengan cara seksio sesaria dan terjadi distosia saat persalinan
- j. Lantaran distensi uterus yang tinggi, maka lebih sering terjadi perdarahan postpartum

4. Ketidak nyamanan

- a. Volume intrauterus yang besar mempengaruhi ketidaknyamanan
 - 1) Sesak nafas (Dispnea)
 - 2) Nyeri ulu hati
 - 3) Kolik abdomen dan/atau gatal
- b. Berat badan meningkat secara berlebihan karena:
 - 1) volume kandungan uterus meningkat
 - 2) Kenaikan retensi air
 - 3) Polihidramnion
 - 4) Makan yang berlebihan
- c. Sering ditemukan keluhan berhubungan dengan aktivitas janin yang berlebihan
- d. Rasa letih dan lapar meningkat
(Morgan & Hamilton, 2009)



(P.Hanretty, 2014)

C. Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum dibagi 2 yaitu: terjadi perdarahan pada kehamilan muda dan kehamilan tua.

a) Perdarahan Kehamilan Muda

Kejadian perdarahan menurut usia kehamilan kurang dari 20 minggu kurang lebih 20% pada wanita hamil yang mengalami perdarahan di trimester awal. Ada beberapa penyebab dari perdarahan tersebut diantaranya adalah:

1. Kehamilan Ektopik

Kehamilan yang terjadi dari hasil produk konsepsi yang berkembang di luar rongga uterus dinamakan kehamilan ektopik. Sampai saat ini, lokasi terjadinya kehamilan ektopik yang paling acap kali terjadi adalah tuba fallopii. Tuba fallopii memiliki Panjang kira-kira 10 cm. diameter rongga tuba atau lumen bervariasi dari 1 mm di daerah interstisial sampai 5 mm di ujung tuba yang berfimbria.

Etiologi

Proses implantasi ektopik terjadi secara spontan atau sebagai akibat dari abnormalitas tuba yang menghambat dan memperlambat perjalanan sel ovum yang sudah dibuahi. Penyebab kehamilan tuba meliputi:

- 1) Peradangan tuba atau panggul yang terjadi sebelumnya, yang menyebabkan kerusakan endotel dan distorsi karena menimbulkan perlengketan.
- 2) Operasi tuba sebelumnya
- 3) Alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR). Wanita hamil saat AKDR terdapat dalam rahim memiliki risiko kehamilan ektopik yang besar dari pada wanita yang tidak menggunakan AKDR.
- 4) Kelainan kongenital pada tuba seperti hypoplasia, elongasi atau diverticulum.
- 5) Migrasi ovum menyebrangi rongga panggul ke tuba fallopi di sisi yang bersebrangan dari tempat terjadinya ovulasi.

(P.Hanretty, 2014)

2. Abortus

Para ahli mengemukakan pendapat mengenai definisi abortus/ keguguran.

Jeffcoat : abortus merupakan sebelum usia kehamilan 28 minggu yaitu fetus belum *viable by low* terjadi pengeluaran hasil konsepsi.

Holmer : kehamilan yang terhenti sebelum usia kehamilan 16 minggu, di mana proses plasenta belum berahir hal ini disebut dengan abortus.

Keguguran merupakan hasil pembuahan yang dikeluarkan sebelum menjadi janin dan belum siap hiup diluar kandungan.

Abortus dapat diklasifikasi sebagai berikut:

1) Abortus provakatus

Abortus yang terencana, baik dengan menggunakan obat-obatan maupun alat. Abortus ini klasifikasikan menjadi dua yaitu abortus medisinalis dan abortus kriminalis

2) Abortus spontan

Abortus spontan merupakan pengeluaran hasil konsepsi yang tidak didahului adanya faktor-faktor mekanis ataupun medisinal, tetapi semata-mata ditimbulkan karena faktor alamiah yang terjadi. Secara klinis abortus spontan dapat dibagi menjadi 5:

(a) Abortus iminen :

Tanda-tanda abortus iminen

- Peradahan pervagina disertai atau tanpa kram panggul dan nyeri punggung selama trimester pertama
- Tidak tampak perubahan serviks
- Sekitar 50% abortus iminen berkembang menjadi abortus komplek

Kehamilan dapat dipertahankan sebelum terjadinya abortus iminen dengan cara:

- Bed rest (tirah baring)
- menggunakan preparat progesterone
- Tidak hubungan sex
- Pemantauan perkembangan janin bisa dilakukan dengan berkala menggunakan USG

(b) Abortus insipien

Tanda-tanda abortus insipient

- Peningkatan perdarahan vagina disertai peningkatan kram panggul yang hebat

- Bukti dilatasi serviks, dan/atau penipisan dengan atau tanpa terdapat ketuban janin atau plasenta pada ostium uteri serviks.

Penatalaksanaannya adalah pemindahan hasil konsepsi dengan dilatasi dan kuretase, disertakan pemberian uterotonika, analgetika dan antibiotika.

(c) Abortus inkomplit

Hasil konsepsi yang dikeluarkan sebagian, meskipun uterus berkontraksi, tetapi yang dikeluarkan cuma janin bersama selaput janin. Perdarahan terus terjadi dikarenakan plasenta tertahan sebagian. Kuretase menjadi cara terakhir yang dilakukan pada kasus abortus.

Tanda-tanda abortus inkomplit

- Tidak haid (Amenorea)
- Terasa sakit di bagian perut dan mules-mules
- Terdapat sedikit atau banyak terjadi (umumnya berbentuk stolsel (darah beku))
- Telah ada keluaran fetus atau jaringan

(d) Abortus komplet

Pengeluaran seluruhnya hasil konsepsi. Dapat ditemukan tanda terjadi perdarahan, teraba kontraksi uterus pada abdomen, pengeluaran janin dan plasenta secara lengkap, terjadi kontraksi uterus serta terhentinya perdarahan.

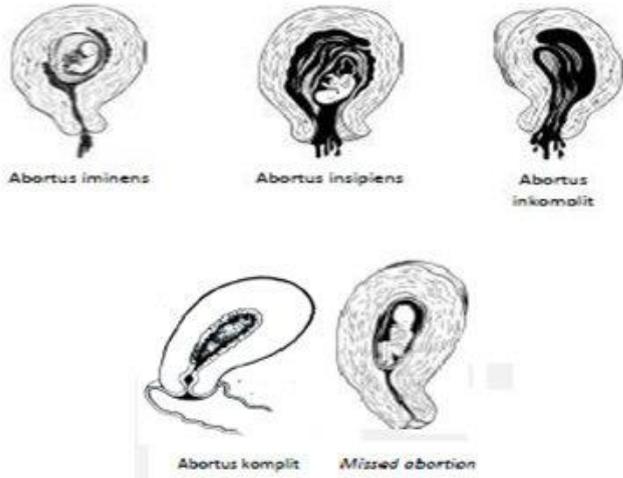
(e) Missed abortus

Kondisi dimana janin yang sudah meninggal masih berada di dalam kandungan. Dapat di ketahui dengan melakukan pemeriksaan USG.

Tanda-tanda pada missed abortus

- Amenorea
- Pada awalnya perdarahan terjadi secara bertubi-tubi tetapi keluar dengan cara sedikit-sedikit, sepanjang observasi penambahan tinggi pada fundus tidak ada melainkan tambah turun.

(Morgan & Hamilton, 2009)(Mochtar, 2013)
(P.Hanretty, 2014)



Gambar 9.2 Macam-macam jenis abortus (Sandi, 2018)

b) Perdarahan Kehamilan Tua

a. Plasenta previa

Merupakan kondisi dimana plasenta menempel pada tempat yang tidak wajar dikarenakan posisi segmen bawa rahim tertutup separuh atau seluruhnya pada pembukaan jalan lahir (ostium uteri internal) (Mochtar, 2013). Rendahnya area implantasi plasenta di rahim mengakibatkan plasenta terdapat disepanjang atau didepan bagian presentasi janin. Penyebabnya tidak diketahui. Angka kejadian bertambah sesuai dengan usia ibu dan jumlah persalinan. Keadaan ini lebih acap kali ditemukan pada wanita yang sebelumnya melahirkan dengan pembedahan caesar. Plasenta yang besar diakibatkan kehamilan kembar dapat mengarah plasenta membuat implantasi pada bagian bawah rahim (P.Hanretty, 2014).

Tabel 9.2 Jenis plasenta previa (P.Hanretty, 2014) (Alodokter, 2015)

Jenis tipe	Bentuk
Tipe 1 Plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus dan jarak plasenta ke liang rahim berkisar 2,5-3 cm (Perlekatan letak rendah)	

Tipe 2

Implantasi plasenta berada di sisi tepi dengan cara memenuhi pinggir ostium uteri internum, tetapi kondisi ostium masih dalam keadaan tertutup, namun ostium tidak tertutupi oleh plasenta. Posisi plasenta ditepi liang rahim dengan jarak kira-kira 2 cm (marginal).

**Tipe 3**

Apabila serviks berdilatasi sempurna, maka ostium uteri internum tidak akan tertutup oleh plasenta atau dengan kata lain plasenta menutupi sebagian jalan lahir (parsial atau inkomplit)

**Tipe 4**

Ketika serviks telah mengalami dilatasi, maka ostium uteri internum tertutup oleh plasenta, dengan kata lain plasenta menutupi seluruh jalan lahir (totalis atau sentral atau komplit)



b. Solusio plasenta/Abrupsi plasenta

Abrupsi plasenta adalah terlepasnya suatu plasenta yang letaknya normal. Biasanya abrupsi plasenta ini mengakibatkan perdarahan pervaginam yang pasti, namun darah acap kali tertinggal di dalam uterus sebagai bentuk bekuan darah di belakang plasenta dan kadang-kadang tidak tampak perdarahan eksternal (P.Hanretty, 2014).

Kategori perlepasan plasenta yaitu:

1) Solusio plasenta parsialis

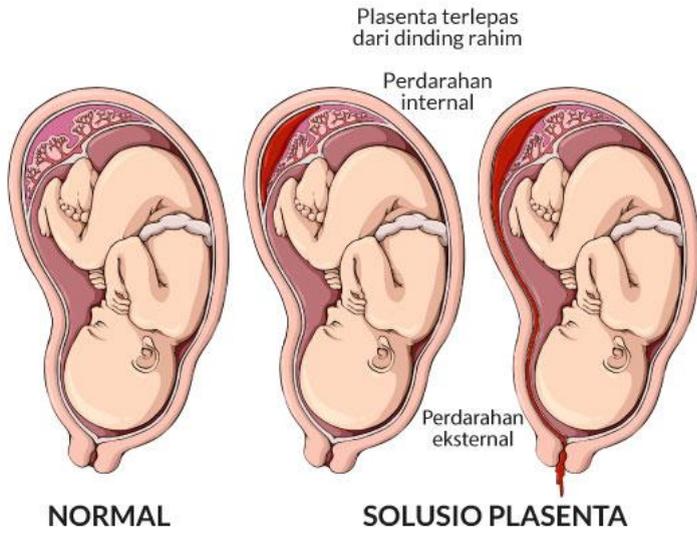
Apabila cuma separuh saja plasenta tertanggal dari tempat implantasinya

2) Solusio plasenta totalis

Telah terlepasnya semua bagian plasenta dari tempat implantasinya

3) Proplapsus plasenta

Pada pemeriksaan dalam plasenta dapat teraba sesekali dikarenakan terjadinya penurunan.



Gambar 9.3 Solusio Plasenta (Alodokter, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- 4winmobile.com (2021) Sistem Reproduksi Wanita. Available at: <https://4winmobile.com/sistem-reproduksi-wanita/> (Accessed: 29 September 2021).
- Abrahams, P., 2014. Panduan Kesehatan dalam Kehamilan. Tangerang : KARISMA Publishing Group.
- Achadiat, C. M., 2004. Prosedur Tetap OBSTETRI & GINEKOLOGI. Jakarta: EGC.
- Akbar, M. I. A., Tjokroprawiro, B. A. & Hendarto, H., 2020. Seri BUKU AJAR OBSTETRI DAN GINEKOLOGI OBSTETRI PRAKTIS KOMPREHENSIF. 1 ed. Surabaya: Airlangga University Press.
- Albertus, Agung. 2012. Kamus Kedokteran. Jakarta : EGC.
- Alodokter, 2015. alodokter. [Online] Available at: <https://www.alodokter.com/komunitas/topic/placenta-di-bawah> [Accessed Sabtu Februari 2022].
- Alodokter, 2019. Alodokter. [Online] Available at: <https://www.alodokter.com/solusio-plasenta> [Accessed Sabtu Februari 2022].
- Anderson, D. E. (2013). Diagnosis and Management of Uterine Torsion. Veterinary Techniques for Llamas and Alpacas, 265–269. <https://doi.org/10.1002/9781118695111.ch58>
- Andriani, M. & Wirjatmadi, B., 2012. Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan. Edisi Pertama ed. Jakarta: PRENAMEDIA GROUP.
- Anggaraini, Y. (2010) Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Anonim. 2021. Apakah Septum Faraj Dan Bagaimana Merawatnya. Diunduh tanggal 1 November 2021. <https://ms.thelightlifeblog.com/itemprop-name-o-que-o-septo-vaginal-e-6HI>
- Anonim. 2021. Embriologi Sistem Genitalia. Diunduh tanggal 1 November 2021. <https://repository.unimal.ac.id/3180/1/EMBRIOLOGI%20S G.pdf>
- Anonim. 2021. Mioma Uteri. Diunduh tanggal 3 November 2021. <http://digilib.unimus.ac.id/files//disk1/172/jtptunimus-gdl-anggunnusa-8560-3-5.babi-y.pdf>

- Ansorge, R. (n.d.). Cervical Dysplasia, Medically Reviewed by Traci C. Johnson. <https://www.webmd.com/cancer/cervical-cancer/cervical-dysplasia-symptoms-causes-treatments>
- Anwar, Mochamad, dkk. 2011. Ilmu Kandungan Edisi Ketiga. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Arifah, Devi. 2017. Kesehatan Reproduksi. Medan : Yayasan Helvetia.
- artikelsiana.com (2021) Bagian Organ Alat Reproduksi Wanita & Fungsinya. Available at: https://artikelsiana.com/bagian-organ-alat-reproduksi-wanita-fungsi-fungsi/#google_vignette (Accessed: 29 September 2021).
- Astutik, R. (2015) Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Pertama. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Aviram A, Hod M, Y. Y. (2011) 'Maternal Obesity: Implications For Pregnancy Outcome And Long-Term Risks-A Link To Maternal Nutrition'.
- Barra, F., Scala, C., Mais, V., Guerriero, S., & Ferrero, S. (2018). Investigational drugs for the treatment of endometriosis, an update on recent developments. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 27(5), 445-458. <https://doi.org/10.1080/13543784.2018.1471135>
- Begum, Razia. 2005. Infeksi Menular Seksual. Jakarta : FKUI.
- Bilano VI, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, S. J. (2014) 'Risk Factors Of Preeclampsia/Eclampsia And Its Adverse Outcomes In Low-And Middle-Income Countries: A Who Secondary Analysis'.
- Birmingham, A. (2008). Current Evaluation of Amenorrhea. the Practice Committe of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertility and Sterility*, 90(5 SUPPL.), 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.038>
- BKKBN. 2005. Penyakit Menular Seksual.
- Bonilla-Musoles, F. et al. (2015) 'Uterine malformations: Diagnosis with 3D/4D ultrasound', *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 9(2), pp. 123-148. doi: 10.5005/jp-journals-10009-1400.
- Brunner, Suddarth. 1996. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC.
- CDC. (n.d.). Heavy Menstrual Bleeding. <https://www.cdc.gov/ncbddd/blooddisorders/women/menorrhagia.html>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2007. Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States.
- Cherneskie, T. 2006. Update and Review of Diagnosis and Management of Syphilis.
- Chiu-Hsiachiu. 2010. Effects Of The Probiotic, Bacillus Subtilis E20, On The Survival, Development, Stress Tolerance, and Immune Status Of White Shrimp, *Litopenaeus Vannamei* Larvae'.
- Common Reproductive Health Concerns That Every Women Should Be Aware Of. (n.d.). <https://Embryomenshealth.Com/Common-Reproductive-Health-Concerns-Every-Women-Should-Be-Aware-Of/>.
- Cunningham, F. G. et al. (2018) Williams Obstetrics. 25th edn. McGraw-Hill. Available at: <https://id1lib.org/book/3515776/553d08> (Accessed: 29 September 2021).
- Cunningham, F. G. et al., 2006. OBSTETRI WILLIAMS, Volume 1, Edisi 21. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. G. et al., 2006. OBSTETRI WILLIAMS, Volume 2, Edisi 21. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., & S. And C.Y (2013) 'Obstetri William'.
- Darlane, C., Moszkowicz, D. and Peschard, F. (2016) 'Concepts of the rectovaginal septum: implications for function and surgery', *International Urogynecology Journal*, 27(6), pp. 839–848. doi: 10.1007/s00192-015-2878-3.
- Dashti, S., Latiff, L. A., Hamid, H. A., Sani, S. M., Akhtari-Zavare, M., Bakar, A. S. A., Sabri, N. A. I. B., Ismail, M., & Esfehani, A. J. (2016). Sexual Dysfunction in Patients with Polycystic Ovary Syndrome in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(8), 3747–3751. <https://doi.org/10.14456/apjcp.2016.164/APJCP.2016.17.8.3747>
- Debbiyantina dan Oktalia, J. (2015a) Modul Ginekologi Infeksi Organ Genitalia. PPSDMK Kem. Jakarta.
- Debbiyantina dan Oktalia, J. (2015b) Modul Ginekologi Mengenali Gangguan Menstruasi Infertilitas dan Menopause. Jakarta: PPSDMK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Dewi, D. (2014) *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta.
- Dr. dr. H. Imam Rasjidi, S. O. O. (2018) *Buku Ajar Ginekologi Sistem Blok Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Duckitt K, H. D. (2005) 'Risk Factors For Pre-Eclampsia At Antenatal Booking: Systematic Review Of Controlled Studies. *Br Med J*'.
- Durst Jk, Tuuli Mg, Stout Mj, Macones Ga, C. A. (2016) 'Degree Of Obesity At Delivery And Risk Of Preeclampsia With Severe Features. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]'.
- Eastside Gynecology. 2021. *Pelvic Inflammatory Disease And You*. Diunduh tanggal 2 November 2021. <https://eastsidegynecology.com/blog/pelvic-inflammatory-disease-and-you/>
- Ety Nurhayati. 2021. *Askep Kehamilan Ektopik Terganggu Dan Mola Hidatidosa*. Diunduh tanggal 2 November 2021. <https://slidetodoc.com/askep-kehamilan-ektopik-terganggu-dan-mola-hidatidosa-pertemuan/>
- Euerle, B. 2015. *Syphilis*. Jakarta : EGC.
- Fafungkasari, W. T. B. (2019) 'Pengaruh Pemberian Kompres Kentang (*Solanum Tuberosum L.*). Terhadap Mastitis Non-Infeksi Pada Ibu Menyusui Di Desa Wadang Ngasem Kabupaten Bojonegoro'.
- Farrer, H., 2001. *PERAWATAN MATERNITAS*. Edisi 2 ed. Jakarta: EGC.
- Fegita, P., & Satria, P. H. (2018). Hemorrhagic Post Partum: Syok Hemorrhagic Ec Late Hemorrhagic Post Partum. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(0), 71-75. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.947>
- Fitria, C. N. (2010). Syok Dan Penanganannya. *Gaster*, 7(2), 593-604.
- Fitriani, L., Firawati & Raehan, 2021. *Buku Ajar Kehamilan*. Yogyakarta: DEEPUBLISH.
- Fraser, I. S., Critchley, H. O. D., Broder, M., & Munro, M. G. (2011). The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(5), 383-390. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1287662>
- Gleneagles Hospital. 2021. *Cervical Cancer*. Diunduh tanggal 3 November 2021. <https://www.gleneagles.com.sg/specialties/medical-specialties/women-gynaecology/cervical-cancer>

- Gnahara, D. . (2015). Uterine Fibroids: Symptoms, Causes and Treatment. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 7, 5. jmscr.igmpublication.org
- Gordts S, Koninckx P, B. I. (2017). Pathogenesis of Deep Endometriosis. *Fertil Steril*, 108(6).
- Gunawan, T. (2014). Endometriosis dan Infertilitas. In *Bagian Obstetri dan ginekologi FK. UGM RSUP DR. Sardjito*. <https://journal.umy.ac.id/index.php/mm/article/view/1647>
- H, V. (2007) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta.
- Healthgrades. (n.d.). Myoma (Fibroid). <https://www.healthgrades.com/right-care/womens-health/myoma-fibroid>
- Holistik, R. S. B. d., 2022. RSUD Sejahtera Bhakti dan Holistik. [Online] Available at: <http://www.rs-sejahterabhakti.com/2013/07/proses-terbentuknya-bayi-kembar.html> [Accessed Jumat Februari 2022].
- Humas Sardjito. 2019. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) Pada Remaja. Diunduh tanggal 1 November 2021. <https://sardjito.co.id/2019/09/30/polycystic-ovary-syndrome-pcos-pada-remaja/>
- Hwang, H. (n.d.). Clinical evaluation and management of endometriosis: Guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. *Reproductive Endocrinology Obstetrics & Gynecology Science* 2018, 61(5), 553–564. <https://doi.org/https://doi.org/10.5468/ogs.2018.61.5.553>
- Indah, S. W., Rahmawati, I., & Haryanto, A. (2018). Asuhan Keperawatan Risiko Syok Hipovolemik Pada Kasus Hemorrhagia Post Partum (Hpp) Di Rsu Anwar Medika Sidoarjo. <Http://localhost:8080/Xmlui/Handle/123456789/74>
- Irianti, B. et al., 2014. *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti*. Jakarta: Sagung Seto.
- Janiwarty, B. And Peter, H. Z. (2013) *Pendidikan Psikologi Untuk Bidan Suatu Teori Dan Terapannya*. Yoyakarta: Rapha Publishing.
- Jarvis, C. I., & Hargreaves, A. (2015). Premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *The 5-Minute Clinical Consult Standard 2016: Twenty Fourth Edition*. <https://doi.org/10.1210/jcem.95.4.9998>

- Karnen, Garna. 2012. *Imunologi Dasar*. Jakarta : FKUI.
- KBBI (2021) *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Online*. Available at: <https://kbbi.web.id/sistem> (Accessed: 29 September 2021).
- Khumaira, M., 2012. *ILMU KEBIDANAN*. Yogyakarta: Citra Pustaka
- Kiely, M. 1990. *Reproductive And Perinatal Epidemiologi*. Jakarta: CRC Press.
- Klein, D. A., & Poth, M. A. (2013). Amenorrhea: An approach to diagnosis and management. *American Family Physician*, 87(11), 781–788.
- Kobayashi, A. et al. (2017) 'Laparoscopically assisted cervical canalization and neovaginoplasty in a woman with cervical atresia and vaginal aplasia', *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. Elsevier Taiwan LLC, 6(1), pp. 31–33. doi: 10.1016/j.gmit.2016.05.001.
- Kurniasari D, A. F. (2015) 'Hubungan Usia , Paritas Dan Diabetes Mellitus Pada Kehamilan Dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2014'.
- L, B. (2007) 'Keperawatan Maternitas'.
- Laghzaoui, O. (2016) 'Congenital imperforate hymen', *BMJ Case Reports*, 2016, pp. 1–2. doi: 10.1136/bcr-2016-215124.
- Laughlin-tommaso, S. (2014). *Uterine Fibroids: An introduction*. <http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/MedicalDevices/MedicalDevicesAdvisoryCommittee/ObstetricsandGynecologyDevices/ucm404143.htm>
- Leveno., K. J., 2015. *Manual Williams Komplikasi Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Lidya (2019) 'Analisis Pelaksanaan Pencegahan Komplikasi Nifas Di Wilayah Kerja Puskesmas Paal V Kota Jambi Tahun 2018', *Scentia Journal*, 8, P. 4. Available At: <https://Media.Neliti.Com/Media/Publications/286580-Analisis-Pelaksanaan-Pencegahan-Komplika-83d176d6.Pdf>.
- Lisonkova S, J. K. I. Of Preeclampsia (2013) 'Risk Factors And Outcomes Associated With Early-Versus Late-Onset Disease. *Am J Obstet Gynecol*'.
- M. Dejandra Naraya. 2019. *Kenali Bahaya PCOS Pada Wanita*. Diunduh tanggal 3 November 2021.

<https://www.klikdokter.com/info-sehat/read/3628779/kenali-bahaya-pcos-pada-wanita>

- Mahrn A, Fares H, Elkhateeb R, Ibrahim M, Bahaa H, Sanad A, Et Al (2017) 'Risk Factors And Outcome Of Patients With Eclampsia At A Tertiary Hospital In Egypt'.
- Makella S Coudray¹, P. M. (2021) 'Bacterial Vaginosis - A Brief Synopsis of the Literature Makella', *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 245(305), pp. 143-148. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.12.035.Bacterial.
- Manuaba (2001) 'Kapita Selektta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi Dan Keluarga Berencana'.
- Manuaba, I. B. G., 2001. Kapita Selektta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I. b. G., 2004. Penuntun KEPANITERAAN KLINIK OBSTETRI & GINEKOLOGI. Edisi 2 ed. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I., Manuaba, C. & Manuaba, I. F., 2007. Pengantar KULIAH OBSTETRI. Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, I. B. G. (2009) Buku Ajar Patologi Obstetri. Pertama. Available at: <https://id1lib.org/book/7901855/fec3c1?dsourc=recommen> (Accessed: 8 September 2021).
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dkk. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta : EGC.
- Maretta Nur Indahsari, & C. C. (2017) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Perawatan Payudara Dengan Kejadian Bendungan Asi Di Rb Suko Asih Sukoharjo Bojonegoro'.
- Maria Tri Setiati, Setyo dwi, R. I. S. (2021). Gonadotropin, Anti Mullerian Hormon dan Estradiol pada Sindrom Ovarium Polistik. *Sain Health Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Maarif Hasyim Latif Sidoarjo*, 5(2), 13-18.
- Marmi (2015) Asuhan Pada Masa Nifas Puerperium Care.
- Marochkina Anastasiia. 2021. Endometritis. Diunduh tanggal 2 November 2021. <https://www.shutterstock.com/g/marochkina+anastasiia>
- Marquardt, R. M., Kim, T. H., Shin, J. H., & Jeong, J. W. (2019). Progesterone and estrogen signaling in the endometrium:

- What goes wrong in endometriosis? *International Journal of Molecular Sciences*, 20(15).
<https://doi.org/10.3390/ijms20153822>
- Martodihardjo, Sunarko. 2008. *Uretritis Gonorea dan Non Gonorea Diagnosis dan Plaksanaan*. Jakarta : EGC.
- Maryunani, A. (2016) *Kehamilan Dan Persalinan Patologis (Risiko Tinggi Dan Komplikasi) Dalam Kebidanan*. Cv Trans Info Media.
- Mastiningsih, P. (2016). Rest Placenta Pada Ibu Nifas P1a1 6 Jam Post Partum Di Ruang Bersalin Rsud Wangaya. *Jurnal Dunia Kesehatan*, 5(2), 76897.
- Mattei, PL. 2012. Syphillis a Reemerging Infection. *Am Fam Physician*.
- Mochtar, R., 1998. *SINOPSIS OBSTETRI*. Jilid 1 ed. Jakarta: EGC.
- Mochtar, R., 2013. *SINOPSIS OBSTETRI, Obstetri Fisisologi Obstetri Patologi Jilid 1*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid 1*. Jakarta : EGC.
- Moline, M. L., Kahn, D. A., Ross, R. W., & Cohen, L. S. (n.d.). *Premenstrual Dysphoric Disorder: A Guide for Patients and Families*.
- Morgan, G. & Hamilton, C., 2009. *Obstetri & Ginekologi Panduan Praktik*. 2 ed. Jakarta: EGC.
- Muhammad Hanif S, dr. PitoyoMarbun. 2020. Apakah Penderita Endometriosis Bisa Hamil? Ini Penjelasan Lengkapnya! Diunduh tanggal 1 November 2021.
<https://www.gooddoctor.co.id>.
- Muhammad Hanif S, dr. PitoyoMarbun. 2020. Apakah Selaput Dara Bisa Tertutup Lagi? Berikut Penjelasanny !.
<https://www.gooddoctor.co.id/hidup-sehat/wanita/apakah-selaput-dara-bisa-tertutup-lagi/>
- Murji, A., Biberoglu, K., Leng, J., Mueller, M. D., Römer, T., Vignali, M., & Yarmolinskaya, M. (2020). Use of dienogest in endometriosis: a narrative literature review and expert commentary. *Current Medical Research and Opinion*, 36(5), 895–907.
<https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1744120>
- Murtiastutik, Dwi. 2008. *Buku Ajar Infeksi Menular*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Mustari, A. D., Rostini, T., Indrati, A. R., Bayuaji, H., & Rachmayati, S. (2018). Korelasi Jumlah Folikel Antral dengan Kadar 25 (OH

) D Serum pada Penderita Sindrom Ovarium Polikistik
Correlation between Antral Follicles Count and Serum 25 (OH) D Levels in Polycystic Ovary Syndrome Patients. 50(4), 4-9.

N, H. (2004) *Esensial Obstetri Dan Ginekologi*. Jakarta.

Nora, H. and Khalishah, G. (2018) 'Gambaran Jenis Penyakit Ginekologi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2017', *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 1(4), pp. 22-31. Available at: <https://jknamed.com/jknamed/article/view/34>.

Nugrawati, N. & Amriani, 2021. *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN*. Indramayu: CV. Adanu Abimata.

Nurlisis, N. (2012) 'Faktor Ibu yang Mempengaruhi Partus Abnormal di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(1), pp. 14-19. doi: 10.25311/keskom.vol2.iss1.36.

Nursal, D. (2014) 'Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Rsup Dr. Mdjamil Padang Tahun 2014'.

Obstetri, S. A. R. M. S. (2011) 'Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi'.

Oludare Elujoba, J., Olusegun Ajenifuja, K., Oyegbade, O. O., Akintunde Abioye-Kuteyi, E., Olowookere, S. A., Bello, I. S., Ogundokun, A. O., Adesina, A. A., Olaniran, O., & Soremekun, I. A. (2019). Infectious Diseases & Preventive Medicine Pattern and Determinants of Cervical Dysplasia and Accompanying Microbial Infections in a Tertiary Hospital, Nigeria. *J Infect Dis Preve Med*, 7(April 2020), 192. <https://doi.org/10.35248/2329-8731.19.07.192>

Olusola Aishat Mosuro, Ikeoluwa Ajayi, dkk. (2015). Prevalence of Cervical Dysplasia and Associated Risk Factors among Women Presenting at a Primary Care Clinic in Nigeria. *Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences*, 4(2). <https://doi.org/10.4103/2278-960X.161053>

P.Hanretty, K., 2014. *Ilustrasi Obstetri*. Singapura: CV Pentasada Media Edukasi.

Paat, J., Suparman, E. and Tendean, H. (2015) 'Persalinan Distosia Pada Remaja Di Bagian Obstetri-Ginekologi Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado', *e-CliniC*, 3(2). doi: 10.35790/ecl.3.2.2015.8145.

- Parasar, P., Ozcan, P., & Terry, K. L. (2017). Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 6(1), 34–41. <https://doi.org/10.1007/s13669-017-0187-1>
- Pastoor, H., Timman, R., de Klerk, C., M Bramer, W., Laan, E. T., & Laven, J. S. (2018). Sexual function in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive BioMedicine Online*, 37(6), 750–760. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.09.010>
- Patton, ME. 2013. CDC. United States.
- Permata, VA. 2011. *Treponema Pallidum pada Wanita Penjaja Seks*. Jakarta : EGC.
- Pilliod, R. A. and Caughey, A. B. (2017) 'Fetal Malpresentation and Malposition: Diagnosis and Management', *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(4), pp. 631–643. doi: 10.1016/j.ogc.2017.08.003.
- Pramana, C., 2021. PRAKTIS KLINIS GINEKOLOGI. bandung: CV MEDIA SAINS INDONESIA.
- Prawirohardjo, S. (2017) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Prawirohardjo, S., dkk. (2011) *Ilmu Kandungan edisi ketiga*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S., 2007. *ILMU KEBIDANAN*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Price, Wilson. 2010. *Anatomi Fisiologi*. Jakarta : EGC.
- Prihadi, J. C., Soeselo, D. A., Kusumajaya, C. & Dicky, 2020. *KEGAWATDARURATAN UROLOGI*. Jilid 2 ed. Jakarta: Universitas Atma Jaya.
- Professional Pathology Services, P. (2011). *Cervical Condition Cervical Dysplasia* (p. 29203).
- Pulungan, P. W. et al., 2020. *ILMU OBSTETRI & GINEKOLOGI Untuk Kebidanan*. s.l.:Yayasan Kita Menulis.
- Putri, L. A. & Mudlikah, S., 2019. *OBSTETRI DAN GINEKOLOGI*. s.l.:Guepedia.
- Putri, U. F. W. (2016) 'Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Primer Di Rsud Sampang Tahun 2015'. Available At:

[https://Repository.Unair.Ac.Id/54700/13/Fk. Bid. 80-16 Put H-Min.Pdf](https://Repository.Unair.Ac.Id/54700/13/Fk.Bid.80-16PutH-Min.Pdf).

- Qonitul, U. and Nur Fadilah, S. (2019) 'Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Kejadian Partus Lama pada Ibu Bersalin di RSUD dr. R. Koesma Tuban', *Jurnal Kesehatan dr. Soebandi*, 7(1), pp. 51-57. doi: 10.36858/jkds.v7i1.141.
- Rahyani, N. K. Y. et al., 2020. *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI BAGI BIDAN*. Yogyakarta: ANDI.
- Ratnawati, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- RCOG. (2008). *The Investigation and Management of Endometriosis. Green-top Guideline* (pp. 24:1-14). <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg24/>
- Reindollar RH, M. N. (1986). Adult-onset amenorrhea: A study of 262 patients. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 155(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.5555/uri:pii:0002937886902747>
- Resiraphael. 2020. 6 Penyakit Kelamin Pada Wanita Yang Berbahaya. Diunduh tanggal 3 November 2021. <https://m.kaskus.co.id/thread/5fcee5ce3a25ed19d610e290/6-penyakit-kelamin-pada-wanita-yang-berbahaya/%7BclickUrl%7D/www.alomedika.com>
- Robson, S. E. & Waugh, J., 2013. *PATOLOGI PADA KEHAMILAN Manajemen & Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Rochjati, P., 2011. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Edisi 2 ed. s.l.:Airlangga University Press.
- Saifuddin, A. B. (2006) *Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta.
- Saifuddin, A. B., 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saleha (2009) *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta.
- Sandi, 2018. *Dictio*. [Online] Available at: <https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-abortus/15608>[Accessed Jumat Februari 2022].
- Sarwono. 1995. *Women's Health*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Sastrawinata, S., Martaadisoebrata, D. & Wirakusumah, F., 2005. *ILMU KESEHATAN REPRODUKSI : OBSTETRI PATOLOGI*. Edisi 2 ed. Jakarta: EGC.
- Savitri, D. A., Hadisubroto, Y. and Wulandari, P. (2019) 'Perbedaan Kejadian Inersia Uteri Antara Persalinan Disertai dan Tanpa Disertai Anemia di RSD dr. Soebandi Jember', *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 5(3), pp. 172–176.
- Schuling, K. D. & Likis, F. E. (2016) *Women's Gynecologic Health*. 3 ed. Edited by Burlington. Burlington: Jones and Barlett Learning Books.
- Septiasih (2018) 'Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin Di Rsud Wonosari Kabupaten Gunungkidul Tahun 2017'. Available At: [Http://Eprints.Poltekkesjogja.Ac.Id/1462/1/SkripsiSeptiasih Full.Pdf](http://Eprints.Poltekkesjogja.Ac.Id/1462/1/SkripsiSeptiasihFull.Pdf).
- Septica, R. I. and Uyun, Y. (2015) 'Henti Jantung pada Seksio Sesarea', *Jurnal Komplikasi Anestesi*, 3(November), pp. 37–44.
- Sharshiner, R. and Silver, R. M. (2015) 'Management of Fetal Malpresentation', *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(2), pp. 246–255. doi: 10.1097/GRF.000000000000103.
- Siregar, RS. 2004. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*. Jakarta : EGC.
- Sjaiful, Fahmi. 2011. *Infeksi Menular Seksual*. Jakarta : FKUI.
- Slaoui, A. et al. (2020) 'Congenital vaginal atresia: About an uncommon case', *Pan African Medical Journal*, 37(69), pp. 1–7. doi: 10.11604/pamj.2020.37.69.21682.
- Speroff L, F. M. (2005). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility 7th Edition* (L. W. & Wilkins (Ed.)).
- Stright, B. R., 2005. *Panduan Belajar Keperawatan Ibu - Bayi Baru Lahir*. Edisi 3 ed. Jakarta: EGC.
- Subhash C.Bhatia, S. K. B. (2002). *Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder*. *American Family Pysician*, 66(7), 1239–1248.
- Suci Ramadhan, F. (2021). *Kejadian Sepsis Pada Masa Nifas: Literatur Review*. Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Sari Mulia Banjarmasin 2021. [Http://Repository.Unism.Ac.Id/2033/](http://Repository.Unism.Ac.Id/2033/)
- Suherni, D. (2009) *Perawatan Ibu Nifas*. Yogyakarta.

- Sukma F, Hidayati E, J. S. (2017) *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta.
- Sundström Poromaa, I., Smith, S., & Gulinello, M. (2003). GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 23–41. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0147-1>
- Suparman, E., & Suparman, E. (2017). Amenorea Sekunder: Tinjauan dan Diagnosis. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 9(3). <https://doi.org/10.35790/jbm.9.3.2017.17335>
- Syamsuriyati (2011) Faktor Risiko Kejadian Infeksi Pada Masa Nifas Di Kota Makassar Tahun 2011. Available At: Http://Digilib.Unhas.Ac.Id/Uploaded_Files/Temporary/Digitalcollection/Nzlmndc4mmfzgtgwyzk1owq2nny0ytfjmtvjnc5ytnkotbhywe0za==.Pdf.
- T, G. Dkk (2017) 'Determinants Of Preeclampsia/Eclampsia Among Women Attending Delivery Services In Selected Public Hospitals Of Addis Ababa'.
- Tang Center,U.H.S. (2014). Cervical Dysplasia, Colposcopy and Biopsy Cervical Dysplasia, Colposcopy and Biopsy (pp.642–643).
- Thapa, B. D. and Regmi, M. C. (2020) 'Gartner's duct cyst of the vagina: A case report', *Journal of the Nepal Medical Association*, 58(227), pp. 505–507. doi: 10.31729/jnma.5009.
- Thiyagarajan DK, Basit H, J. R. (2021). Physiology, Menstrual Cycle. In: *StatPearls.Treasure Island (FL)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500020/>
- UKOM Indonesia. 2021. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kista Bartholini. Diunduh tanggal 3 November 2021. <https://www.perawatkitasatu.com/2018/10/asuhan-keperawatan-pasien-kista-bartholini.html>
- University of Colorado School of Medicine (2021) 'Vaginal Septum', *Gynecology Vaginal Septum*. doi: 10.5005/jp/books/12783_55.
- Wahyuningsih, S. (2019) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Pertama. Yogyakarta: Cv. Budi Utama.
- Walker, J. R. (2009) 'Introduction To Hospitality'.

- Walyani, E. S. (2015) *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. Pertama*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wiliams. 2010. *Obstetri*. Jakarta : EGC.
- Willy Yuberto Andrisma, S. . (2007) 'Metadata, citation and similar papers at core.ac.u 1', *Pembagian Harta Waris Dalam Adat Tionghoa Di Kecamatan Ilir Timur I Kota Palembang*, 1(14 June 2007), pp. 1-13. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/11715904.pdf>.
- Winkjosastro (2010) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta.
- Workowski, KA. 2010. *Centers for Disease Control and Prevention*.
- Yang, A. F. And Dengan, B. (2020) 'Analysis Factors Correlated With The Incidence Of Retained Placenta', 9, Pp. 97-107.
- Yie Sm, Li Lh, Xiao R, L. C. (2008) 'A Single Base-Pair Mutation In The 3'- Untranslated Region Of Hla-G Mrna Is Associated With Pre-Eclampsia'.
- Yogyakarta, P. K. (2013) *Penyulit Dan Komplikasi Masa Nifas*. Yogyakarta.
- Yulaikhah, L., 2009. *Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Yuliawati And Anggraini, Y. (2015) 'Hubungan Riwayat Pre Eklamsia, Retensio Plasenta, Atonia Uteri Dan Laserasi Jalan Lahir Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Pada Ibu Nifas', *Jurnal Kesehatan*, Vi, P. 75. Available At: <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/jk/article/view/29/33>.
- Yuliawati, Y., & Anggraini, Y. (2016). Hubungan Riwayat Pre Eklamsia, Retensio Plasenta, Atonia Uteri Dan Laserasi Jalan Lahir Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Pada Ibu Nifas. *Jurnal Kesehatan*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.26630/jk.v6i1.29>
- Zhao, S., Wang, J., Xie, Q., Luo, L., Zhu, Z., Liu, Y., Luo, J., & Zhao, Z. (2019). Is polycystic ovary syndrome associated with risk of female sexual dysfunction? A systematic review and meta-analysis. *Reproductive BioMedicine Online*, 38(6), 979-989. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.11.030>

PROFIL PENULIS

Yocki Yuanti, S.ST, S.Pd., M.Kes. Penulis lahir di Tanjungkarang pada tanggal 28 Juli 1977, merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Lulusan DIII Kebidanan Poltekkes Jakarta III, lulus tahun 2004, Lulusan D-IV Bidan Pendidik Poltekkes Jakarta III, lulus tahun 2009. Lulusan S1 Bimbingan Konseling Universitas Islam As-Syafiiyah, lulus tahun 2010, Lulusan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi Universitas Respati Indonesia, lulus tahun 2013. Menyelesaikan pendidikan Program Doktorat Manajemen Pendidikan di Universitas Negeri Jakarta tahun 2022. Penulis bekerja di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta sebagai dosen tetap di Prodi Profesi Bidan.

dr. Faika Rachmawati, M. Kes. Perempuan kelahiran Kota Madiun 5 Desember 1975, Menamatkan Pendidikan Dasar sampai dengan Menengah Atas di Kota Madiun, menamatkan kuliah S1 profesi Kedokteran Umum di Universitas Hang Tuah Surabaya serta tamat pasca sarjana Magister Kesehatan di Universitas Respati Indonesia. Hobi menulis sejak menjadi ASN di Badan Penelitian dan Pengembangan (Balitbangkes) yang sekarang menjadi Badan Kebijakan Pembangunan Kementerian Kesehatan.

Nurlaely. HS, S.Tr.Keb., M.K.M. Lahir di Bireuen 09 Oktober 1993. Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Munawarah Bireuen pada tahun 2014, sedangkan Program Studi Diploma IV Bidan Pendidik di STIKes Helvetia Medan pada tahun 2015. Menyelesaikan program Pascasarjana (S2) pada peminatan Kesehatan Reproduksi (Kespro) di Institut Kesehatan Helvetia Medan pada tahun 2017. Selain sebagai dosen, penulis pernah menjabat sebagai Pudir II di Akbid Medika Sri Tamiang pada tahun 2016, Kaprodi Kebidanan di STIKes Medika Seramoe Barat Meulaboh tahun 2018 dan Sekretaris LPM di STIKes Payung Negeri Aceh Darussalam pada tahun 2019. Penulis saat ini tercatat sebagai Dosen Tetap STIKes Payung Negeri Aceh Darussalam.



Dwi Kartika Sari, S.ST., M.Keb. Lahir di Sukoharjo, 03 Oktober 1988. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Surakarta Tahun 2010, lulus Diploma IV Pendidik di Poltekes Kemenkes Surakarta tahun 2013 dan lulus S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2019. Saat ini penulis adalah Dosen Tetap di Program D3 Kebidanan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Sebagai dosen professional harus dapat meningkatkan dan mengembangkan karir sebagai dosen. Penulis melaksanakan Tri dharma perguruan tinggi. Dengan motivasi untuk terus belajar dan berusaha sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini, semoga dengan buku ini dapat memberikan kontribusi positif bagi dunia pendidikan kebidanan.

Rosita Laksmi Bestari, A.Md.keb. Lahir di Trenggalek, 17 September 1986. Anak pertama dari dua bersaudara. Lulus pendidikan D3 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Malang tahun 2007. Saat ini bekerja di Puskesmas Kampak Kabupaten Trenggalek. Kesibukannya menjadi bidan tidak menyurutkan niatnya untuk belajar menulis. Semoga buku ini bermanfaat.

Sri Kubillawati, S.SiT, M.Kes. Lahir di Jakarta, pada tanggal 14 Agustus 1973. Anak ke 6 dari 7 bersaudara. Tahun 2008 Penulis menempuh Pendidikan D-III Kebidanan di STIKes Mitra RIA Husada, kemudian tahun 2011 melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di STIKes Mitra RIA Husada. Tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Respati Indonesia (URINDO) Jakarta mengambil Program Magister Kesehatan dengan peminatan Promosi Kesehatan, lulus pada tahun 2016 dengan gelar Magister Kesehatan (M.Kes). Sejak 2012 sampai saat ini penulis menjadi dosen tetap di STIKes Mitra RIA Husada Jakarta.

Fika Aulia, M.Keb, Lahir di Bantul Yogyakarta 1 Juli 1987. Penulis adalah lulusan dari SDN Pujokusuman 1 Yogyakarta (2000), SMPN 10 Yogyakarta (2003), SMAN 5 Yogyakarta (2006). Penulis melanjutkan pendidikan DIII Kebidanan dan DIV Bidan Pendidik di STIKES Aisyiyah Yogyakarta lulus pada tahun 2010. Tahun 2017 penulis mendapatkan beasiswa dari Universitas Muhammadiyah Banjarmasin untuk melanjutkan Studi pada Program Magister Kebidanan Universitas Aisyiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019. Sampai saat ini penulis masih tercatat sebagai Dosen Kebidanan FKIK Universitas Muhammadiyah Banjarmasin (Pengalihan bentuk dari



STIKes Muhammadiyah Banjarmasin). Penulis mengajar Mata Kuliah Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB. Selain mengajar, penulis juga bertugas sebagai Penanggung Jawab Laboratorium DIII Kebidanan serta aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat.

Siti Maria Ulfa, S.ST., M.Keb. Lahir di Teluk Bogam, 12 April 1988. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Tahun 2009. Lulus Diploma IV Pendidik di Universitas Sari Mulia Banjarmasin Tahun 2018 dan Lulus S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar Tahun 2021. Saat ini penulis adalah Dosen Tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis ikut tergerak didalam menyumbangkan tulisan selain untuk meningkatkan dan mengembangkan karir sebagai dosen juga sebagai motivasi untuk terus belajar didalam menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis berharap dengan buku ini dapat dimanfaatkan sebagai sarana informasi tambahan bagi mahasiswi/pendidikan kebidanan.

Astik Umiyah, S.ST., M.Kes. Penulis lahir di Gresik (Pulau Bawean) tanggal 14 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibrahimy. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi D3 Kebidanan UNIPDU Jombang dan D4 di Stikes Insan Unggul Surabaya dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Ibu dan Anak di Airlangga Surabaya (UNAIR). Penulis menekuni bidang Menulis. Saat ini penulis konsentrasi pada ilmu Kesehatan ibu dan anak. Penulis telah menerbitkan buku dan modul untuk para mahasiswa kebidanan. Penulis sudah melakukan publikasi sejak 2014 sampai sekarang, dan beberapa HKI yang sudah terbit.

ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI UNTUK KEBIDANAN

Sistem reproduksi merupakan bagian penting bagi wanita dalam menjalankan fungsi reproduksinya. Pada Bab I akan dibahas mengenai anatomi dan fisiologis alat reproduksi secara detail sebagai awal pemahaman yang sangat diperlukan untuk mengetahui konsep normality, sehingga memudahkan pembaca untuk memahami bab-bab selanjutnya mengenai komplikasi-komplikasi dan kegawatdaruratan dalam kebidanan.

Buku ini membahas secara rinci mengenai system reproduksi wanita dan kelainan/komplikasi yang dapat terjadi serta kasus-kasus kegawatdaruratan kebidanan sehingga dapat membantu praktisi kebidanan maupun mahasiswa kebidanan dalam memberikan pelayanan kebidanan di masyarakat.



**Galiono
Digdaya Kawthar**
Sustainable Innovation

Jl. Mampang Prapatan Raya No 73A Lt. 3
Kelurahan Tegal Parang,
Kecamatan Mampang Prapatan
Jakarta Selatan, 12790
Email: kedaiakademik@gmail.com
Website: www.kedaiakademik.id

ISBN 978-623-99062-7-6



9 786239 906276