

ISBN: 978-623-97680-9-6

Aureliya Hutagaol, S.Kep., Ns., MPH

TEORI **KEPERAWATAN** **MATERNITAS**

Editor :

Bernita Silalahi, S.Kep.S.Pd,M.Kes

Aureliya Hutagaol, S.Kep., Ns., MPH

TEORI KEPERAWATAN MATERNITAS

ISBN: 978-623-97680-9-6

Aureliya Hutagaol, S.Kep., Ns., MPH

TEORI KEPERAWATAN MATERNITAS



**Penerbit:
UIM Press**

**Editor:
Bernita Silalahi, S.Kep.S.Pd,M.Kes**

Copyright © 2021, Penerbit UIM Press, Medan

Judul Buku : TEORI KEPERAWATAN MATERNITAS
Penulis : Aureliya Hutagaol, S.Kep., Ns., MPH
UIM Press, Jln. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo
Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur
Penerbit : Kode Pos. 20239
CP: 0823-6304-1647
e-mail: dr.imeldaritonga@gmail.com
Cetakan Pertama : September 2021
Penata Letak : Bernita Silalahi, S.Kep.S.Pd,M.Kes
Editor : Bernita Silalahi, S.Kep.S.Pd,M.Kes
Desain Sampul : Lamhot Mirza Lubawi
ISBN : 978-623-97680-9-6



**Penerbit:
UIM Press**

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang keras memperbanyak, memfotokopi sebagian atau seluruh isi buku ini, serta memperjualbelikannya tanpa mendapat izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

PENULIS

Puja dan juga puji syukur selalu penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan semua nikmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Modul Bahan Ajar Teori Keperawatan Maternitas II” ini dengan tepat waktu tanpa adanya kendala yang berarti.

Bahan dasar buku ini adalah materi yang saya sampaikan dalam mata kuliah di Program Studi Sarjana Keperawatan. Namun untuk keperluan buku ini banyak perubahan yang signifikan baik itu dalam bentuk penambahan ataupun pengurangan- pengurangan.

Tujuan dari penyusunan buku ini adalah untuk memudahkan para mahasiswa maupun pemerhatikan kajian asuhan keperawatan Keperawatan Maternitas II dalam memahami teori terkait Mata kuliah ini membahas tentang upaya meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan usia subur, ibu hamil, melahirkan, nifas, diantara dua masa kehamilan dan bayi baru lahir dalam kondisi berisiko dan masalah-masalah yang berhubungan dengan reproduksi dengan penekanan pada upaya preventif dan promotif yang menggunakan pendekatan proses keperawatan serta memperhatikan aspek legal dan etis ditatanan klinik maupun komunitas. Keberhasilan penyusunan buku ini tentunya bukan atas usaha penulis saja namun ada banyak pihak yang turut membantu dan memberikan dukungan untuk suksesnya penulisan buku ini. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan baik secara moril ataupun material sehingga buku ini berhasil disusun.

Selanjutnya sembah sujud ucapan terima kasih yang tulus juga penulis sampaikan kepada kedua orang tua yang telah memberi arahan dan bimbingan akan arti dan makna hidup yang sesungguhnya. Ucapan terima kasih yang tulus dan istimewa kepada suami tercinta dan rekan-rekan sejawat di Program

Teori Keperawatan Maternitas

Studi Sarjana Keperawatan dimana kasih sayang, perhatian, kesabaran, ketabahan, pengertian dan pengorbanan mereka senantiasa menjadi inspirasi dan pemberi semangat bagi penulis untuk terus berkarya dan memberikan sumbangsih nyata bagi pendidikan.

Buku yang ada di hadapan pembaca ini tentu tidak luput dari kekurangan. Selalu ada celah untuk perbaikan. Sehingga, kritik, saran serta masukan dari pembaca sangat penulis harapkan dan penulis juga sangat terbuka untuk itu supaya buku ini semakin sempurna dan lengkap. Semoga buku ini bermanfaat. Terima Kasih.

Medan, September 2021



Aureliya Hutagaol, S.Kep., Ns., MPH

KATA PENGANTAR

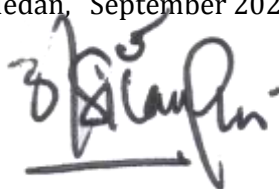
EDITOR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat limpahan karuniaNya kami dapat menyelesaikan buku Modul Keperawatan Maternitas II. Buku yang kami sajikan ini merupakan buku referensi bagi pelajar, akademisi maupun praktisi untuk mengelola dan memanfaatkan data spasial untuk pengolahan data untuk menghasilkan informasi dalam menyelesaikan masalah.

Materi di dalam buku ini berisi bahan kajian yang dibutuhkan sesuai CPMK dan kompetensi yang diajarkan kepada mahasiswa sebagai salah satu referensi keperawatan maternitas II bagi mahasiswa keperawatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan. Mata kuliah ini membahas tentang upaya meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan usia subur, ibu hamil, melahirkan, nifas, diantara dua masa kehamilan dan bayi baru lahir dalam kondisi berisiko dan masalah-masalah yang berhubungan dengan reproduksi dengan penekanan pada upaya preventif dan promotif yang menggunakan pendekatan proses keperawatan serta memperhatikan aspek legal dan etis ditatanan klinik.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan pemahaman dan menambah ilmu pengetahuan para pelaku pendidikan di perguruan tinggi maupun di sekolah dalam mengelola data data dalam memberikan informasi tata ruang. Saya ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung penerbitan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat, Terimakasih

Medan, September 2021



Bernita Silalahi, S.Kep.S.Pd,M.Kes

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
GLOSARIUM	vii
BAB I ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA WANITA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASA KEHAMILAN DENGAN MASALAH KEHAMILAN.....	
1	1
Pendahuluan.....	1
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN MASALAH KEHAMILAN	2
ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN PENYAKIT PADA MASA KEHAMILAN	26
Rangkuman	62
Daftar Pustaka.....	64
 BAB II ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASA PERSALINAN DENGAN RESIKO.....	
65	65
Pendahuluan.....	65
PERDARAHAN PADA PASCA PERSALINAN PADA PERSALINAN BERESIKO.....	65
Rangkuman	104
Daftar Pustaka.....	106
 BAB III ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA	
107	107
Pendahuluan.....	107
ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA: GANGGUAN MENSTRUASI, DISMINORE, ENDOMETRIOSIS	108
ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA: DENGAN INFEKSI/RADANG PANGGUL DAN INFERTILITAS	135
ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN DENGAN KEGANASAN: KANKER PAYUDARA, KANKER SERVIKS, KANKER	

ENDOMETRIUM, KANKER OVARIUM.....	160
ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA: KONSEP KEKERASAN TERHADAP WANITA	208
Rangkuman	214
Daftar Pustaka	218
 BAB IV INFEKSI PADA MATERNAL	219
Pendahuluan.....	219
PENYAKIT MENULAR SEKSUAL	219
TORCH: INFEKSI TOXOPLASMA, RUBELLA, CYTOMEGALOVIRUS, HERPES.....	228
INFEKSI TRAKTUS GENITALIS	237
Rangkuman	241
Daftar Pustaka.....	242
 BAB V ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN KLIMATERIUM.....	243
Pendahuluan.....	243
A. Pengertian Klimaterium.....	244
B. Tanda-tanda awal masa klimaterium	244
C. Etiologi Klimaterium.....	245
D. Jenis-Jenis Klimaterium	245
E. Manifestasi Klinis	246
F. Fisiologis Klimaterium.....	247
G. Patofisiologi Klimaterium	248
H. Perubahan-perubahan organik pada Klimaterium	248
I. . Kondisi Fisik dan Psikis Klimaterium.....	250
J. . Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian klimaterium	251
K. Komplikasi Klimaterium	252
L. Kehidupan seks pada masa klimaterium	252
M. Pencegahan Beberapa dampak masa klimaterium.....	253
Rangkuman.....	254
Daftar Pustaka.....	255
 BAB VI KELUARGA BERENCANA (KB).....	256
Pendahuluan.....	256

Teori Keperawatan Maternitas

A. Pengertian Keluarga Berencana.....	257
B. Tujuan Umum Keluarga Berencana.....	257
C. Ciri-ciri Kontrasepsi yang dianjurkan	258
D. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan.....	259
E. Menghentikan/mengakhiri kehamilan/Kesuburan	259
F. Jenis Keluarga Berencana (KB)	259
G. Pengertian Program Keluarga Berencana.....	265
H. Tujuan program Keluarga Berencana.....	266
I. Sasaran Program Keluarga Berencana	266
J. Ruang lingkup program Keluarga Berencana.....	266
K. Strategi Pendekatan dan cara operasional Program Pelayanan KB	267
L. Dampak KB terhadap Pencegahan Kelahiran.....	267
M. Hak-hak KonsumenKB.....	268
N. Macam-macam Kontrasepsi yang ada dalam Program KB di Indonesia. 269	
O. Konseling Keluarga Berencana (KB).....	270
Rangkuman	273
Daftar Pustaka.....	274

BAB VII SIMULASI PENDIDIKAN KESEHATAN DAN

PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI WANITA	276
Pendahuluan.....	276
PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI, PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI, SIMULASI SKRINING.....	277
KONSELING KELUARGA, SISTEM LAYANAN KESEHATAN UNTUK PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI	295
Rangkuman	321
Daftar Pustaka.....	322
BIOGRAFI PENULIS	324
BIOGRAFI EDITOR.....	325

GLOSARIUM

<i>Abortus provocatus</i>	: Suatu tindakan menggugurkan janin yang disengaja untuk menghilangkan nyawa orang lain yaitu janin yang dilakukan tanpa adanya indikasi medis dengan menggunakan alat-alat tertentu atau obat-obat
<i>Afterpain</i>	: Nyeri yang berkaitan dengan adanya kontraksi uterus dan peningkatan oksitosin untuk pengeluaran ASI, kontraksi uterus selama postpartum untuk mengurangi resiko perdarahan
<i>AKDR</i>	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
<i>Amniosintesis</i>	: prosedur yang dialkuakn saat kehamilan dengan memeriksa sampel air ketuban untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan pada janin
<i>ANC</i>	: <i>Ante Natal Care</i> merupakan perawatan selama kehamilan. Ibu yang datang ke Puskesmas atau ke pelayanan kesehatan
<i>Anamnese</i>	: Pengkajian riwayat melalui wawancara
<i>Advocate</i>	: Pembela bagi klien atau pasien
<i>Atonia uteri</i>	: Kontraksi uterus menurun
<i>AKB</i>	: Angka Kematian Bayi
<i>AKI</i>	: Angka Kematian Ibu
<i>AKP</i>	: Angka Kematian Perinatal
<i>AWHONN</i>	: <i>Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses</i>
<i>APGAR</i>	: <i>A (Appearance/warna kulit), P (Pulse/denyut nadi), G (Grimace/respon reflex), A (Activity/tonus otot), R (Respiration/pernapasan)</i>
<i>Ballotement</i>	: Gerakan pasif fetus yang tidak terikat
<i>BAK</i>	: Buang Air Kecil
<i>BBL</i>	: Bayi Baru Lahir
<i>BB</i>	: Berat Badan
<i>Bladder</i>	: Kandung kemih
<i>Bloody show</i>	: Keluarnya lendir darah dari vagina
<i>Bonding attachment</i>	: Kedekatan orangtua dan bayi
<i>Braxton Hicks sign</i>	: Kontraksi uterus yang dirasakan pada dinding rahim
<i>Breast engorgement</i>	: Seperti terdapat pembesaran pada payudara
<i>Chadwick sign</i>	: Vagina dan vulva terjadi peningkatan vaskularisasi menghasilkan warna ungu kebiru-biruan pada mukosa vagina dan cervix
<i>Care provider</i>	: Pemberi asuhan keperawatan
<i>Caregiver</i>	: Pelaksana asuhan keperawatan
<i>Communicator</i>	: Pelaksana komunikasi terapeutik
<i>Counselor</i>	: Penasehat asuhan keperawatan

Teori Keperawatan Maternitas

<i>Diastasis recti</i>	: Peregangan abdomen
<i>Diafragma</i>	: Kontrasepsi menyerupai kubah yang diletakkan pada mulut rahim sebelum berhubungan seksual
<i>Dismenore</i>	: Menstruasi yang menimbulkan nyeri
<i>Eklamsi</i>	: Terjadinya aktivitas kejang ketika preeklamsia
<i>Eliminasi bowel</i>	: Buang Air Besar (BAB)
<i>Endometriosis</i>	: Keberadaan dan pertumbuhan jaringan endometrium di luar uterus
<i>Extrauterin</i>	: Lingkungan luar kandungan ibu
<i>Fertilisasi/Konsepsi</i>	: Kehamilan
<i>FCCM</i>	: <i>Family Centered Maternity Care</i> atau pelayanan yang diberikan berpusat pada keluarga
<i>Follow-up</i>	: Tindak lanjut
<i>Folikel Montgomery</i>	: Kelenjar kecil yang mengelilingi puting susu
<i>Fetal distress</i>	: Kondisi yang menandakan bahwa janin kekurangan oksigen selama masa kehamilan atau saat persalinan
<i>Goodell sign</i>	: Ujung serviks lembut
<i>GPA</i>	: G: berapa banyak ibu pernah mengalami hamil P: berapa kali ibu pernah melahirkan baik per vaginam (melalui jalan lahir) maupun per abdominal (melalui operasi) A: berapa kali ibu pernah melahirkan baik per vaginam (melalui jalan lahir) maupun per abdominal (melalui operasi)
<i>Hematoma</i>	: Kumpulan darah tidak normal di luar pembuluh darah
<i>HCG</i>	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
<i>Hemodelusi</i>	: Volume darah meningkat 40–50%, volume plasma meningkat, dan <i>hemoglobin</i> menurun
<i>Hiperemesis gravidarum</i>	: Kondisi <i>morning sickness</i> yang ekstrem pada masa kehamilan dan ditandai dengan mual dan muntah yang parah
<i>His</i>	: Kontraksi uterus
<i>HIV-AIDS</i>	: <i>Human Immunodeficiency Virus- Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<i>Hipomenorea</i>	: Aliran menstruasi yang sedikit, dalam waktu singkat yang dapat disebabkan oleh disfungsi endokrin
<i>HPHT</i>	: Hari Pertama Haid Terakhir
<i>IMD</i>	: Inisiasi Menyusu Dini
<i>IMS</i>	: Infeksi Menular Seksual
<i>Intra natal</i>	: Suatu proses dimana fetus dan plasenta keluar dari uterus, ditandai dengan peningkatan aktivitas otot rahim (frekuensi dan intensitas kontraksi) yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks
<i>Intrauterin</i>	: Lingkungan dalam kandungan ibu
<i>Issue</i>	: sesuatu yang sedang di bicarakan oleh banyak orang

	saat ini dan kejadiannya belum tentu kebenarannya
<i>Infanticide</i>	: Tekanan teman sebaya
<i>Insensible Water Loose</i> (IWL)	: Kehilangan panas tanpa disadari
<i>KB</i>	: Keluarga Berencana
<i>KJDK</i>	: Kematian Janin Dalam Kandungan
<i>Kondom</i>	: Selubung/sarung karet sebagai salah satu metode kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama
<i>Laserasi</i>	: Luka pada kulit yang dipotong atau robek
<i>Linea Nigra</i>	: Garis memanjang pada perut ibu
<i>Lochia rubra</i>	: Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari post partum
<i>Lochia serosa</i>	: Lochia yang telah menipis dan berubah warna menjadi kecoklatan atau merah muda, sampai hari ke 10 post partum
<i>Lochea alba</i>	: Pendarahan dalam jumlah kecil yang kekuningan warnanya, berlangsung sekitar minggu ketiga hingga keenam post partum
<i>Mastitis</i>	: Peradangan atau infeksi pada payudara ibu yang menyusui
<i>Menoragia</i>	: Aliran darah menstruasi yang sangat banyak, biasanya lebih dari 7–8 hari, yang ditandai dengan kehilangan darah lebih dari 80–100 ml
<i>Multipara</i>	: Perempuan yang telah melahirkan anak lebih dari satu kali
<i>Multigravida</i>	: Perempuan yang sudah hamil dua kali atau lebih
<i>Moro</i>	: Suatu respons pada bayi yang baru lahir akibat suara atau gerakan yang mengejutkan
<i>MOP</i>	: Metode Operasi Pria atau vasektomi
<i>MOW</i>	: Metode Operasi Wanita atau tubektomi
<i>Neonatus</i>	: Bayi baru lahir
<i>Neoplasia/tumor</i>	: Pertumbuhan jaringan baru
<i>NICU</i>	: <i>Neonatus Intensive Care Unit</i> atau ruang rawatan intensif pada neonates
<i>Outcome</i>	: Kriteria hasil
<i>Passageway</i>	: Jalan lahir
<i>Palmar/Plantar graps</i>	: Gerakan jari – jari tangan mencengkrum benda-benda yang disentuh ke bayi
<i>Passenger</i>	: Janin, plasenta, dan air ketuban atau amnion
<i>Plasenta previa</i>	: plasenta menempel di segmen bawah rahim, dekat atau di atas leher rahim internal, bukan fundus rahim
<i>Preeklampsia</i>	: Salah satu gangguan hipertensi dalam kehamilan
<i>Primigravida</i>	: Seorang perempuan yang pertama kali hamil

Teori Keperawatan Maternitas

<i>PPH/post partum haemorrhage</i>	: Kondisi ini terjadi ketika kehilangan darah yang sangat banyak hingga lebih dari 500cc dalam 24 jam setelah melahirkan merupakan suatu kondisi yang abnormal
<i>Postpartum/Post natal</i>	: Periode enam minggu setelah melahirkan
<i>Post partum blues/Baby blues</i>	: Sindrom ibu setelah melahirkan yang merasa lelah, sedih, dan khawatir
<i>REEDA</i>	: <i>Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Appoximation</i>
<i>Researcher</i>	: Peneliti dalam keperawatan
<i>Rooming-in</i>	: Rawat gabung
<i>Rooting/sucking</i>	: Ketika pipi bayi diusap atau dibelai lembut pada bagian pinggir mulutnya
<i>SADARI</i>	: Periksa payudara sendiri
<i>SC</i>	: <i>Sectio Caesarea</i> atau operasi melahirkan
<i>Self-esteem</i>	: Cara seseorang menghargai, mengapresiasi, dan menyukai diri sendiri
<i>Solusio plasenta</i>	: Plasenta terlepas dari dinding rahim bagian dalam sebelum proses persalinan
<i>Spermisida</i>	: Berbentuk busa, jeli, atau krim yang berfungsi membunuh sel sperma
<i>Striae gravidarum</i> atau <i>Stretch marks</i>	: Kulit perut, payudara, bokong teregang sehingga serat kolagen mengalami rupture
<i>Stepping</i>	: Bayi terlihat seperti melangkah atau menari ketika ia diposisikan dalam posisi tegak dengan kaki yang menyentuh tanah
<i>Subinvolusio</i>	: Rahim tidak terjadi penurunan ukuran pada periode post natal lanjut
<i>Traditional care</i>	: Perawatan tradisional
<i>Trend</i>	: sesuatu yang sedang di bicarakan oleh banyak orang saat ini dan kejadiannya berdasarkan fakta
<i>Trombosis</i>	: Bekuan daah dalam pembuluh darah
<i>TTV</i>	: Tanda-Tanda Vital (tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu)
<i>TB</i>	: Tinggi Badan
<i>TFU</i>	: Tinggi Fundus Uteri
<i>Tonic neck</i>	: Suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyediakan bayi untuk mencapai gerak sadar
<i>TTP</i>	: Taksiran Persalinan
<i>Unsafe Abortion</i>	: Pembunuhan terhadap bayi
<i>Unwanted Pregnancy</i>	: Abortus yang tidak aman
<i>USG</i>	: Ultra SonoGraf
<i>Vaginal touché</i>	: Pemeriksaan dalam
<i>Water birth</i>	: Melahirkan di air
<i>WUS</i>	: Wanita Usia Subur
<i>Quickening</i>	: Gerakan bayi

BAB I

ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA WANITA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASA KEHAMILAN DENGAN MASALAH KEHAMILAN

PENDAHULUAN

Halo...apa kabar Saudara Mahasiswa/I ? Bagaimana keadaannya hari ini? mudah-mudahan anda dalam keadaan sehat walafiat dan senantiasa dalam perlindungan-Nya. Sebelum Anda mempelajari Bab I secara keseluruhan. Perlu kami jelaskan bahwa Bab I ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi) dalam masa kehamilan dengan masalah kehamilan”.

Mata kuliah Keperawatan Maternitas ini membahas tentang upaya meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan usia subur, ibu hamil, melahirkan, nifas, diantara dua masa kehamilan dan bayi baru lahir dalam kondisi berisiko dan masalah-masalah yang berhubungan dengan reproduksi dengan penekanan pada upaya preventif dan promotif yang menggunakan pendekatan proses keperawatan serta memperhatikan aspek legal dan etis ditatanan klinik maupun komunitas. Keperawatan Maternitas merupakan salah satu rumpun mata kuliah dari Keperawatan Klinik. Sebagai salah satu Keperawatan Klinik, jadi Keperawatan Maternitas merupakan salah satu keahlian yang harus dikuasai oleh seorang perawat dalam melakukan tugas utamanya yaitu pemberi asuhan keperawatan (*care provider*).

Seiring pengetahuan dan teknologi terus berkembang, sebuah upaya dilakukan untuk membentuk payung konseptual yang menaungi layanan kesehatan ibu dan janin sebagai satu unit. Pada Rumah Sakit yang hanya menangani klien maternal dan neonatus tidak dengan penyulit, harus memberikan layanan preventif yang maksimal dan upaya deteksi dini, sehingga bila ada penyulit dapat segera dirujuk. Ibu dan bayi baru lahir berisiko tinggi akan ditangani di Rumah Sakit yang

Teori Keperawatan Maternitas

memiliki sumber daya manusia dan tenaga ahli untuk menangani berbagai komplikasi kehamilan atau komplikasi yang mungkin dialami oleh bayi baru lahir.

Jadi, *Asuhan keperawatan maternitas* merupakan filosofi perawatan ibu, proses fisiologis normal yang membuat seseorang menemukan reaksi individual dalam konteks normal. Bagi ibu dan pasangan reaksi menjadi orang tua didasari oleh berbagai peristiwa dari masa kanak-kanak, remaja atau dewasa, tentunya reaksi tersebut dipengaruhi oleh lingkungan rumah kedua berasal. Selain itu tingkat kepuasan calon orang tua dan tingkat kesenangan ibu nifas dan bayi baru lahir dimodifikasi oleh hubungan interpersonal dengan orang terdekat yang paling penting bagi mereka di lingkungan layanan kesehatan. Oleh karena itu, sebagai seorang perawat harus terlebih dahulu memahami konsep keperawatan maternitas seperti yang dijelaskan di dalam Bab I ini.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN MASALAH KEHAMILAN

A. PERDARAHAN AWAL KEHAMILAN DAN KEHAMILAN LANJUT

I. Pengertian Perdarahan awal kehamilan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam semasa kehamilan di mana umur kehamilan telah melebihi 28 minggu atau berat janin lebih dari 1000 gram (Manuaba, 2010).

Sedangkan menurut Wiknjosastro (2007), perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang timbul pada masa kehamilan kedua pada kira-kira 3% dari semua kehamilan.

Jadi dapat disimpulkan perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada akhir usia kehamilan. Perdarahan antepartum merupakan perdarahan dari traktus genitalis yang terjadi antara kehamilan minggu ke-28 dan awal partus. Pada satu kehamilan perdarahan dari traktus genitalis lebih sering dan serius jika terjadi pada tempat plasenta dibandingkan dari sumber lain. Walaupun demikian plasenta menjadi organ definitif jauh lebih dini dari kehamilan 28 minggu dan perdarahan dapat terjadi lebih dini. Meskipun perdarahan sesudah saat ini lebih sering terjadi. Walaupun perdarahan vaginal setelah minggu ke-29 harus dianggap mempunyai potensi serius.

II. Jenis – jenis perdarahan awal kehamilan dan kehamilan lanjut

Perdarahan pada saat yang lebih dini dapat merupakan indikasi dari dua penyebab utama perdarahan antepartum yaitu;

a) Perdarahan Pada Trimester I

Sekitar 20% wanita hamil mengalami perdarahan pada awal kehamilan dan separohnya mengalami abortion. Abortus adalah pengeluaran hasil

pembuahan (konsepsi) dengan berat badan janin <500 gram atau kehamilan kurang dari 20 minggu.

Setiap perdarahan pada awal kehamilan dapat dianggap akan mengancam kelangsungan kehamilan. Dalam hal ini perlu diketahui hari pertama haid terakhir, tanda kehamilan riwayat keluarga berencana, riwayat ginokologi jumlah perdarahan. Demikian juga dalam hal ini perlu pemeriksaan penunjang seperti USG dan Test kehamilan, menyatakan apakah janin hidup atau memang suatu kehamilan. Pembagian abortus secara klinis adalah sebagai berikut:

1. Abortus iminen: Disini perdarahan minimal dengan nyeri/tidak, uterus sesuai umur kehamilan.
2. Abortus Insiptien: Perdarahan dengan gumpalan, nyeri lebih kuat
3. Abortus Inkomplit: Perdarahan hebat dan sering menyebabkan syok
4. Abortus komplit: Perdarahan dan nyeri minimal seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan.
5. Missed Abortion: Janin telah mati dalam kandungan selama 6-8 minggu tapi belum dikeluarkan, perdarahan minimal
6. Abortus infeksi/septik: Disertai tanda infeksi dan septik seperti demam sampai syok.

Adapun sebagai penyebab dari abortus antara lain :

1. kelainan mudigah, chromosom atau kelainan untuk fetus
2. incompetentio orificium uteri internum
3. penyakit sistemik pada ibu seperti diabetes melitus, lues
4. incompatibilitas faktor rhesus atau sistem ABO
5. kelainan uterus seperti myoma uteri
6. trauma fisik atau mental
7. usaha menggugurkan dari penderita dengan minum jamu, alkohol, obatobatan atau memasukkan benda asing kedalam lobang kemaluan.
8. abortus habitualis oleh kekurangan produksi karbohidrat oleh endometrium.

Menurut terjadinya abortus dapat dikategorikan dalam abortus habitualis, abortus artifisialis, abortus provacatus therapheuticus, abortus septik dan abortus provocatus criminalis. Abortus criminalis ini yang dilakukan abortus tanpa indikasi medis dan bertentangan dengan norma hukum yang berlaku. Hal ini sering terjadi pada wanita diluar perkawinan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang tidak bertanggung jawab demi uang. Pengeluaran hasil konsepsi diindikasikan pada abortus insipien, abortus inkomplit, missed abortion dan abortus dengan infeksi, demi keselamatan dari ibu.

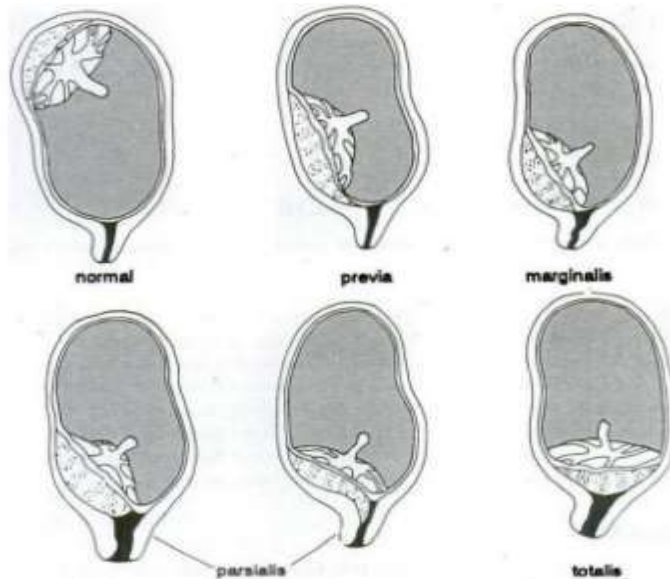
Teori Keperawatan Maternitas

Pada Trimester II kehamilan perdarahan sering disebabkan partus prematurus, solusio plasenta, mola dan inkompetensi servik. Pada Trimester III (Perdarahan Ante Partum), adalah perdarahan setelah 29 minggu atau lebih, WHO ini dapat terjadi oleh solusio plasenta atau plasenta previa. Perdarahan disini lebih berbahaya dibanding umur kehamilan kurang dari 28 minggu, sebab faktor plasenta, dimana perdarahan plasenta biasanya hebat sehingga mengganggu sirkulasi O₂ dan CO₂ serta nutrisi dari ibu kepada janin. Kasus ini harus ditangani oleh dokter spesialis dan ditunjang dengan pemeriksaan USG

b) Plasenta Previa

- **Pengertian Plasenta Previa**

Plasenta previa adalah plasenta atau biasa disebut dengan ari-ari yang letaknya tidak normal, yaitu pada bagian bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan rahim. Pada keadaan normal ari-ari terletak dibagian atas rahim (Wiknjosastro, 2005).



Gambar 66-1. Plasenta normalnya tertanam dalam fundus (A), tetapi dapat tertanam dalam korpus bagian bawah, dengan tepi bawahnya pada sisi ostium internum, (B) atau dapat menutup ostium internum secara parsial atau total (lengkap). (Dimodifikasi dari Huffman JW: Gynecology and Obstetrics. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1962.)

- **Klasifikasi Plasenta Previa**

Jenis-jenis plasenta previa di dasarkan atas teraba jaringan plasenta atau ari-ari melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu.

1. Plasenta previa totalis, yaitu apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta atau ari-ari.

2. Plasenta previa parsialis, yaitu apabila sebagian pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.
3. Plasenta Previa marginalis, yaitu apabila pinggir plasenta atau ari-ari berada tepat pada pinggir pembukaan jalan ari.
4. Plasenta letak rendah, yaitu apabila letak tidak normal pada segmen bawah rahim akan tetapi belum sampai menutupi pembukaan jalan lahir (Wiknjosastro, 2005).

- **Etiologi Plasenta Previa**

Mengapa plasenta atau ari-ari bertumbuh pada segmen bawah rahim tidak selalu jelas. Plasenta previa bisa disebabkan oleh dinding rahim di fundus uteri belum menerima implantasi atau tertanamnya ari-ari dinding rahim diperlukan perluasan plasenta atau ari-ari untuk memberikan nutrisi janin (Manuaba, 2010). Disamping masih banyak penyebab plasenta previa yang belum di ketahui atau belum jelas, bermacam-macam teori dan faktor-faktor dikemukakan sebagai etiologinya. Strasmann mengatakan bahwa faktor terpenting adalah vaskularisasi yang kurang pada desidua yang menyebabkan atrofi dan peradangan, sedangkan browne menekankan bahwa faktor terpenting ialah villi khorialis persisten pada desidua kapsularis.

Faktor-faktor etiologinya :

- 1) Umur dan Paritas
 - a. Pada primigravida, umur di atas 35 tahun lebih sering dari pada umur di bawah 25 tahun.
 - b. Lebih sering pada paritas tinggi dari paritas rendah
 - c. Di Indonesia, plasenta previa banyak dijumpai pada umur muda dan paritas kecil, hal ini disebabkan banyak wanita Indonesia menikah pada usia muda dimana endometrium masih belum matang.
- 2) Hipoplasia endometrium, bila kawin dan hamil pada umur muda
- 3) Endometrium cacat pada bekas persalinan berulang-ulang, bekas operasi, kuretase dan manual plasenta.
- 4) Korpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi.
- 5) Tumor-tumor, seperti mioma uteri, polip endometrium.
- 6) Kadang-kadang pada mal nutrisi (Manuaba, 2010).

- **Frekuensi Plasenta Previa**

Frekuensi plasenta previa pada Ibu yang hamil berusia lebih dari 35 tahun kira-kira 10 kali lebih sering dibandingkan dengan Ibu yang kehamilan pertamanya berumur kurang dari 25 tahun. Pada Ibu yang sudah beberapa kali hamil dan melahirkan dan berumur lebih dari 35 tahun. Kira-kira 4 kali

Teori Keperawatan Maternitas

lebih sering dibandingkan yang berumur kurang dari 25 tahun. (Winkjosastro, 2003)

- **Patofisiologi Plasenta Previa**

Perdarahan tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Walaupun perdarahannya sering dikatakan terjadi pada triwulan ketiga, akan tetapi tidak jarang pula dimulai sejak kehamilan 20 minggu karena sejak itu segmen bawah rahim telah terbentuk dan mulai melebar serta menipis. Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah rahim akan lebih melebar lagi, dan leher rahim mulai membuka. Apabila plasenta atau ari-ari tumbuh pada segmen bawah rahim, pelebaran segmen bawah rahim dan pembukaan leher rahim tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding rahim. Pada saat itulah mulai terjadi perdarahan. Sumber perdarahannya ialah sinus uterus yang terobek karena terlepasnya plasenta dan dinding rahim atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahannya tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah rahim untuk berkontraksi menghentikan perdarahan itu, tidak sebagaimana serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala III dengan plasenta yang letaknya normal, makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi (Winkjosastro, 2005)

Pathway Plasenta Previa

- **Tanda dan Gejala**

Gejala utama dari plasenta previa adalah timbulnya perdarahan secara tiba-tiba dan tanpa diikuti rasa nyeri. Perdarahan pertama biasanya tidak banyak sehingga tidak berbahaya tapi perdarahan berikutnya hampir selalu lebih banyak dari pada sebelumnya apalagi kalau sebelumnya telah dilakukan pemeriksaan dalam. Walaupun perdarahannya dikatakan sering terjadi pada triwulan ketiga akan tetapi tidak jarang pula dimulai sejak kehamilan 20 minggu karena sejak saat itu bagian bawah rahim telah terbentuk dan mulai melebar serta menipis.

Pada plasenta previa darah yang dikeluarkan akibat pendarahan yang terjadi berwarna merah segar, sumber perdarahannya ialah sinus rahim yang terobek karena terlepasnya ari-ari dari dinding rahim. Nasib janin tergantung dari bahayanya perdarahan dan hanya kehamilan pada waktu persalinan (Winkjosastro, 2005)

- **Diagnosis Plasenta Previa**

Pada setiap perdarahan antepartum, pertama kali harus dicurigai bahwa penyebabnya ialah plasenta previa sampai kemudian ternyata dugaan itu salah. Sedangkan diagnosis bandingnya meliputi pelepasan plasenta prematur (ari-ari lepas sebelum waktunya), persalinan prematur dan vasa previa (Winkjosastro, 2005)

- **Anamnesis**

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida. Banyaknya perdarahan tidak dapat dinilai dari anamnesis, melainkan dari pemeriksaan darah (Winkjosastro, 2005)

- **Pemeriksaan**

Untuk menentukan penanganan yang tepat, guna mengatasi perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa. Perlu dilakukan beberapa langkah pemeriksaan.

- 1) Pemeriksaan luar

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memastikan letak janin

- 2) Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui sumber terjadinya perdarahan

- 3) Penentuan letak plasenta tidak langsung

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui secara pasti letak plasenta atau ari-ari. Pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan radiografi, radioisotopi dan ultrasonografi.

- 4) Penentuan letak plasenta secara langsung.

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menegaskan diagnosis yang tepat tentang adanya dan jenis plasenta previa dan pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan secara langsung meraba plasenta melalui kanalis servikalis (Winkjosastro, 2005).

- **Pengaruh Plasenta Previa Terhadap Kehamilan**

Karena dihalangi oleh ari-ari maka bagian terbawah janin tidak terdorong ke dalam pintu atas panggul, sehingga terjadilah kesalahan-kesalahan letak janin seperti letak kepala yang mengapung, letak sungsang atau letak melintang.

Sering terjadi persalinan prematur atau kelahiran sebelum waktunya karena adanya rangsangan koagulum darah pada leher rahim. Selain itu jika banyak plasenta atau ari-ari yang lepas, kadar progesteron turun dan dapat terjadi kontraksi, juga lepasnya ari-ari dapat merangsang kontraksi (Mochtar, 2003)

- **Pengaruh Plasenta Previa Terhadap Persalinan**

- 1) Letak janin yang tidak normal, menyebabkan persalinan akan menjadi tidak normal
- 2) Bila ada plasenta previa lateralis, ketuban pecah atau dipecahkan dapat menyebabkan terjadinya prolaps funikuli
- 3) Sering dijumpai inersia primer
- 4) Perdarahan (Mochtar, 2011)

- **Komplikasi Plasenta Previa**

- 1) Prolaps tali pusat (tali pusat menumbung)
- 2) Prolaps plasenta
- 3) Plasenta melekat, sehingga harus dikeluarkan manual dan kalau perlu dibersihkan dengan kerokan
- 4) Robekan-robekan jalan lahir karena tindakan
- 5) Perdarahan setelah kehamilan
- 6) Infeksi karena perdarahan yang banyak
- 7) Bayi lahir prematur atau berat badan lahir rendah (Mochtar, 2011)

- **Pragnosis Plasenta Previa**

Karena dahulu penanganan plasenta previa relatif bersifat konservatif, maka angka kesakitan dan angka kematian Ibu dan bayi tinggi, kematian Ibu mencapai 8-10% dari seluruh kasus terjadinya plasenta previa dan kematian janin 50-80% dari seluruh kasus terjadinya plasenta previa.

Sekarang penanganan relatif bersifat operatif dini, maka angka kematian dan kesakitan Ibu dan bayi baru lahir jauh menurun. Kematian Ibu menjadi 0,1-5% terutama disebabkan perdarahan, infeksi, emboli udara dan trauma karena tindakan. Kematian perinatal juga turun menjadi 7-25%, terutama disebabkan oleh prematuritas, asfiksia, prolaps funikuli dan persalinan buatan (Mochtar, 2003).

- **Penanganan Plasenta Previa**

Setiap perdarahan yang terjadi pada usia kehamilan di atas 22 minggu harus dianggap penyebabnya adalah plasenta previa sampai ternyata dugaan itu salah. Penderita harus dibawa ke rumah sakit yang fasilitasnya cukup.

Ada 2 cara penanganan yang bisa dilakukan :

- 1) Terapi ekspektatif atau sikap menunggu

Tujuan terapi ekspektatif adalah supaya janin tidak terlahir prematur, pasien dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilaksanakan secara ketat dan baik. Syarat pemberian terapi ekspektatif :

- a. Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti.
- b. Belum ada tanda-tanda in partu.
- c. Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal)
- d. Janin masih hidup.

Tujuannya adalah supaya janin tidak terlahir sebelum waktunya dan tindakan yang dilakukan untuk meringankan gejala-gejala yang diderita. Penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis.

Syarat-syarat bisa dilakukannya terapi ekspektatif adalah kehamilan belum matang, belum ada tanda-tanda persalinan, keadaan umum Ibu cukup baik dan bisa dipastikan janin masih hidup.

Tindakan yang dilakukan pada terapi ekspektatif adalah:

Penatalaksanaan yang dilakukan antara lain :

- Rawat inap, tirah baring, dan berikan antibiotik profilaksis.
- Lakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui implantasi placenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak, dan presentasi janin.
- Berikan tokolitik bila ada konstriksi :
 - a) MgSO₄ 4 gr IV dosis awal dilanjutkan 4 gr tiap 6 jam
 - b) Nifedipin 3 x 20 mg/hari
 - c) Betamethason 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin
- Uji pematangan paru janin dengan Tes Kocok (Bubble Test) dari test amniosentesis.
- Bila setelah usia kehamilan di atas 34 minggu placenta masih berada di sekitar ostium uteri internum, maka dugaan plasenta previa menjadi jelas sehingga perlu dilakukan observasi dan konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.
- Bila perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dipulangkan untuk rawat jalan (kecuali apabila rumah pasien di luar kota dan jarak untuk mencapai RS lebih dari 2 jam) dengan pesan segera kembali ke RS apabila terjadi perdarahan ulang (Manuaba, 2010).

2) Terapi Aktif atau Tindakan Segera

Wanita hamil diatas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak harus segera segera ditatalaksana secara aktif tanpa memandang maturitas janin. Untuk diagnosis placenta previa dan menentukan cara menyelesaikan persalinan, setelah semua persyaratan dipenuhi, lakukan PDOM jika :

- Infus / tranfusi telah terpasang, kamar dan tim operasi telah siap

Teori Keperawatan Maternitas

- Kehamilan ≥ 37 minggu (BB ≥ 2500 gram) dan in partu
- Janin telah meninggal atau terdapat anomali kongenital mayor (misal : anensefali)
- Perdarahan dengan bagian terbawah jsnin telah jauh melewati PAP (2/5 atau 3/5 pada palpasi luar)

Segera melakukan operasi persalinan untuk dapat menyelamatkan Ibu dan anak atau untuk mengurangi kesakitan dan kematian.

- a. Memecahkan ketuban di atas meja operasi selanjutnya pengawasan untuk dapat melakukan pertolongan lebih lanjut
- b. Bidan yang menghadapi perdarahan plasenta previa dapat mengambil sikap melakukan rujukan ke tempat pertolongan yang mempunyai fasilitas yang cukup.
- c. Pertolongan seksio sesarea merupakan bentuk pertolongan yang paling banyak dilakukan (Manuaba, 2010).

- **Pecahnya sinus marginalis**

Pecahnya sinus marginalis merupakan perdarahan yang baru diketahui setelah persalinan. Pada waktu persalinan, perdarahan terjadi tanpa rasa sakit dan menjelang pembukaan lengkap perlu dipikirkan adanya perdarahan karena sinus marginalis yang pecah. Bahaya dari pecahnya sinus marginalis tidak terlalu membahayakan janin dan ibu.

- **Perdarahan karena pecahnya vasa previa**

Vasa previa adalah keadaan dimana pembuluh darah janin berada di dalam selaput ketuban dan melewati ostium uteri internum kemudian sampai ke dalam insersinya pada tali pusat. Perdarahan terjadi bila selaput ketuban yang melewati pembukaan serviks robek atau pecah dan vaskular janin pun ikut terputus. Faktor resiko antara lain pada plasenta bilobata, plasenta suksenturiata, plasenta letak rendah, kehamilan pada vertilisasi in vitro, dan kemailan ganda terutama triplet. Secara teknis keadaan ini dimungkinkan pada dua situasi yaitu pada insersio velamentosa, dan plasenta suksenturiata. Pemeriksaan terbaik adalah dengan elektroforesis. Bila diagnosis dapat ditegakkan sebelum persalinan maka tindakan terpilih untuk menyelamatkan janin adalah dengan seksio sesarea

c) **Solusio Plasenta**

- **Pengertian Solusio Plasenta**

Solusio Plasenta adalah terlepasnya plasenta atau ari-ari dari tempat perlekcatannya yang normal pada rahim sebelum janin dilahirkan (Saifuddin, 2006).

- **Klasifikasi Solusio Plasenta**

Menurut derajat lepasnya plasenta

- 1) Solusio Plasenta Parsialis
Bila hanya sebagian saja plasenta terlepasnya dari tempat perletakkannya.
 - 2) Solusio Plasenta Totalis
Bila seluruh plasenta sudah terlepasnya dari tempat perlekatannya
 - 3) Prolapsus Plasenta
Bila plasenta turun ke bawah dan teraba pada pemeriksaan dalam.
- **Etiologi Solusio Plasenta**
Penyebab Solusio Plasenta adalah
 - 1) Trauma langsung terhadap Ibu hamil
 - a) Terjatuh trauma tertelungkup
 - b) Tendangan anak yang sedang digendong
 - c) Atau trauma langsung lainnya
 - 2) Trauma Kebidanan, artinya solusio plasenta terjadi karena tindakan kebidanan yang dilakukan :
 - a) Setelah versi luar
 - b) Setelah memecahkan air ketuban
 - c) Persalinan anak kedua hamil kembar
 - 3) Dapat terjadi pada kehamilan dengan tali pusat yang pendek faktor predisposisi terjadinya solusio plasenta adalah:
 - a) Hamil tua
 - b) Mempunyai tekanan darah tinggi atau eklampsia
 - c) Bersamaan dengan pre-eklampsia atau eklampsia
 - d) Tekanan vena kava inferior yang tinggi
 - e) Kekurangan asam folik (Manuaba, 2010).
 - **Patofisiologi Solusio Plasenta**
Perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau uterus yang membentuk hematoma pada desidua, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas. Apabila perdarahan sedikit, hematoma yang kecil itu hanya akan mendesak jaringan plasenta, peredaran darah antara rahim dan plasenta belum terganggu dan tanda serta gejalanya pun tidak jelas. Kejadiannya baru diketahui setelah plasenta lahir, yang pada pemeriksaan didapatkan cekungan pada permukaan maternalnya dengan bekuan darah lama yang berwarna kehitam-hitaman. Biasanya perdarahan akan berlangsung terus menerus karena otot uterus yang telah meregang oleh kehamilan itu tidak mampu untuk lebih berkontraksi menghentikan perdarahannya. Akibatnya, hematoma retroplasenter akan bertambah besar, sehingga sebagian dan akhirnya seluruh plasenta terlepas dari dinding rahim. Sebagian darah akan menyelundup di bawah selaput ketuban keluar dari vagina atau menembus

Teori Keperawatan Maternitas

selaput ketuban masuk ke dalam kantong ketuban atau mengadakan ekstrasvasi diantara serabut otot rahim. Nasib janin tergantung dari luasnya plasenta yang terlepas dari dinding rahim. Apabila sebagian besar atau seluruhnya terlepas, anoksia akan mengakibatkan kematian janin. Apabila sebagian kecil yang terlepas, mungkin tidak berpengaruh sama sekali, atau mengakibatkan gawat janin. Waktu sangat menentukan hebatnya gangguan pembekuan darah, kelainan ginjal, dan nasib janin. Makin lama sejak terjadinya solusio plasenta, makin hebat terjadinya komplikasi (Manuaba, 2010).

- **Frekuensi Solusio Plasenta**

Solusio plasenta terjadi kira-kira 1 diantara 50 persalinan (Winkjosastro, 2005).

- **Tanda dan Gejala Solusio Plasenta**

Solusio Plasenta yang ringan pada umunya tidak menunjukkan gejala yang jelas, perdarahan yang dikeluarkan hanya sedikit. Tapi biasanya terdapat perasaan sakit yang tiba-tiba diperut, kepala terasa pusing, pergerakan janin awalnya kuat kemudian lambat dan akhirnya berhenti. Fundus uteri naik, rahim terasa tegang.

- **Diagnosis Solusio Plasenta**

Diagnosis solusio plasenta bisa ditegakkan bila pada anamnesis ditemukan perdarahan disertai rasa nyeri, spontan dan dikutip penurunan sampai terhentinya gerakan janin dalam rahim.

- **Anamnesis**

Dari anamnesis didapatkan rasa sakit yang tiba-tiba diperut, perdarahan, dari jalan lahir yang sifatnya hebat berupa gumpalan darah besar dan bekuan-bekuan darah.

- **Pemeriksaan**

Untuk menentukan penanganan yang tepat untuk mengatasi solusio plasenta, pemeriksaan yang bisa dilakukan adalah :

- 1) Pemeriksaan fisik secara umum
- 2) Pemeriksaan khusus berupa palpasi abdomen, auskultasi, pemeriksaan dalam serta ditunjang dengan pemeriksaan ultrasonografi.

- **Komplikasi Solusio Plasenta**

- 1) Komplikasi langsung.
Adalah perdarahan, infeksi, emboli dan syok obstetrik.
- 2) Komplikasi tidak langsung

Adalah couvelair rahim, hifofibrinogenemia, nekrosis korteks renalis yang menyebabkan tidak diproduksinya air urin serta terjadi kerusakan-kerusakan organ seperti hati, hipofisis dan lain-lain (Mochtar, 2003).

- **Prognosis Solusio Plasenta**

- 1) Terhadap Ibu

Kematian anak tinggi, menurut kepustakaan 70-80% dari seluruh jumlah kasus Solusio plasenta. Hal ini dikarenakan perdarahan sebelum dan sesudah persalinan, toksemia gravidarum, kerusakan organ terutama nekrosis korteks ginjal dan infeksi.

- 2) Terhadap Anak

Kematian anak tinggi, menurut kepustakaan 70-80% dari seluruh jumlah kasus solusio plasenta. Hal ini tergantung pada derajat pelepasan dari pelepasan plasenta, bila yang terlepas lebih dari sepertiga ari-ari maka kemungkinan kematian anak 100% selain itu juga tergantung pada prematuritas dan tindakan persalinan.

- 3) Terhadap Kehamilan Berikutnya

Biasanya bila telah menderita penyakit vaskuler dengan solusio plasenta yang lebih hebat dengan persalinan prematur (Mochtar, 2011).

- **Penanganan Solusio Plasenta**

- 1) Terapi Konservatif

Prinsipnya kita menunggu perdarahan berhenti dan kemudian persalinan berlangsung spontan. Sambil menunggu berhentinya perdarahan kita berikan suntikan morfin subkutan, stimulasi kardiotonika seperti coramine, cardizol dan pentazol serta transfusi darah.

- 2) Terapi aktif

Prinsipnya kita mencoba melakukan tindakan dengan maksud agar anak segera dilahirkan dan pendarahan berhenti. Pertolongan persalinan diharapkan dapat terjadi dalam 3 jam, umumnya dapat bersalin secara normal. Tindakan bedah seksio sesarea dilakukan apabila, janin hidup dan pembukaan belum lengkap, gawat janin tetapi persalinan normal tidak dapat dilaksanakan dengan segera, persiapan untuk seksio sesarea, hematoma miometrium tidak mengganggu kontraksi rahim dan observasi ketat kemungkinan terjadinya perdarahan ulang. Persalinan pervaginam dilakukan apabila : Janin hidup, gawat janin, pembukaan lengkap dan bagian terendah didasar panggul, janin telah meninggal dan pembukaan > 2 cm (Saifuddin, 2006).

2. Asuhan Keperawatan Perdarahan awal kehamilan dan kehamilan lanjut

I. Pengkajian

A. Identitas Umum

Biodata, identitas ibu hamil dan suaminya.

B. Keluhan Utama

Keluhan pasien saat masuk RS adalah perdarahan pada kehamilan 28 minggu.

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan dahulu

- Adanya kemungkinan klien pernah mengalami riwayat diperlukan uterus seperti seksio sasaria curettage yang berulang-ulang.
- Kemungkinan klien mengalami penyakit hipertensi DM, Hemofilia serta mengalami penyakit menular seperti hepatitis.
- Kemungkinan pernah mengalami abortus

2. Riwayat kesehatan sekarang

- Biasanya terjadi perdarahan tanpa alasan
- Perdarahan tanpa rasa nyeri
- Perdarahan biasanya terjadi sejak triwulan ketiga atau sejak kehamilan 20 minggu.

3. Riwayat kesehatan keluarga

- Kemungkinan keluarga pernah mengalami kesulitan kehamilan lainnya.
- Kemungkinan ada keluarga yang menderita seperti ini.
- Kemungkinan keluarga pernah mengalami kehamilan ganda.
- Kemungkinan keluarga menderita penyakit hipertensi DM, Hemofilia dan penyakit menular.

4. Riwayat Obstetri

❖ Riwayat Haid/Menstruasi

- Minarche : 12 th
- Siklus : 28 hari
- Lamanya : \pm 7 hari
- Baunya : amis
- Keluhan pada haid : tidak ada keluhan nyeri haid

5. Riwayat kehamilan dan persalinan

- Multigravida
- Kemungkinan abortus
- Kemungkinan pernah melakukan curettage

6. Riwayat nipas

- Lochea Rubra
- Bagaimana baunya, amis

- Banyaknya 2 kali ganti duk besar
- Tentang laktasi
- Colostrum ada

D. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

- Suhu tubuh : suhu akan meningkat jika terjadi infeksi
- Tekanan darah : akan menurun jika ditemui adanya tanda syok
- Pernapasan : nafas jika kebutuhan akan oksigen terpenuhi
- Nadi : nadi melemah jika ditemui tanda-tanda shok

E. Pemeriksaan fisik

- ❖ Kepala, seperti warna, keadaan dan kebersihan
- ❖ Muka, biasanya terdapat cloasmagrafidarum, muka kelihatan pucat.
- ❖ Mata biasanya konjungtiva anemis
- ❖ Thorak, biasanya bunyi nafas vesikuler, jenis pernapasan thoracoabdominal
- ❖ Abdomen
 - Inspeksi : terdapat striae gravidarum
 - Palpasi :
 - Leopoid I : Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah.
 - Leopoid II : Sering dijumpai kesalahan letak
 - Leopoid III : Bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala biasanya kepala masih goyang atau terapung(floating) atau mengolok diatas pintu atas panggul.
 - Leopoid IV : Kepala janin belum masuk pintu atas panggul
 - Perkusi : Reflek lutut +/-
 - Auskultasi : bunyi jantung janin bisa cepat lambat. Normal 120-160
- ❖ Genetalia biasanya pada vagina keluar dasar berwarna merah muda
- ❖ Ekstremitas, Kemungkinan udema atau varies. Kemungkinan akral dingin.

F. Pemeriksaan Penunjang

Data laboratorium, memungkinkan Hb rendah. Hb yang normal (12-14gr%) leokosit meningkat (Normal 6000-10000 mm³). Trombosit menurun (normal 250 ribu – 500 ribu).

G. Data Sosial Ekonomi

Plasenta previa dapat terjadi pada semua tingkat ekonomi namun pada umumnya terjadi pada golongan menengah kebawah, hal ini juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang dimilikinya.

I. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perdarahan berulang berhubungan dengan efek penanaman plasenta pada segmen bawah rahim (Susan Martin Tucker, dkk 1988:523)

Teori Keperawatan Maternitas

2. Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari berhubungan dengan ketidakmampuan merawat diri. Sekunder keharusan bedrest (Linda Jial Carpenito edisio :326)
3. Resiko rawat janin : fital distress berhubungan dengan tidak ada kuatnya perfusi darah ke plasenta (Lynda Jial Carpenito,2000: 1127) post seksio.
4. Gangguan rasa nyaman : Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot perut (Susan Martin Tucker,dkk 1988 : 624).

III. Intervensi dan Rasional

1. Resiko perdarahan berulang berhubungan dengan efek penanaman plasenta pada segmen bawah rahim.

- Klien tidak mengalami perdarahan berulang
- **Intervensi :**

a. Anjurkan klien untuk membatasi perserakan.

Rasional : Pergerakan yang banyak dapat mempermudah pelepasan plasenta sehingga dapat terjadi perdarahan.

b.Kontrol tanda-tanda vital (TD, Nadi, Pernafasan, suhu).

Rasional : Dengan mengukur tanda-tanda vital dapat diketahui secara dini kemunduran atau kemajuan keadaan klien.

c.Kontrol perdarahan pervaginam.

Rasional : Dengan mengontrol perdarahan dapat diketahui perubahan perfusi jaringan pada plasenta sehingga dapat melakukan tindakan segera

d.Anjurkan klien untuk melaporkan segera bila ada tanda-tanda perdarahan lebih banyak.

Rasional : Pelaporan tanda perdarahan dengan cepat dapat membantu dalam melakukan tindakan segera dalam mengatasi keadaan klien.

e.Monitor bunyi jantung janin.

Rasional : Denyut jantung lebih >160 serta <100 dapat menunjukkan gawat janin kemungkinan terjadi gangguan perfusi pada plasenta.

f..Kolaborasi dengan tim medis untuk mengakhiri kehamilan

Rasional : Dengan mengakhiri kehamilan dapat mengatasi perdarahan secara dini.

2. Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari berhubungan dengan ketidakmampuan merawat diri sekunder keharusan bedres.

- **Tujuan :** Pemenuhan kebutuhan klien sehari-hari terpenuhi
- **Intervensi :**

a. Bina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien dengan menggunakan komunikasi therapeutik

Rasional : Dengan melakukan komunikasi therapeutik diharapkan klien

kooperatif dalam melakukan asuhan keperawatan

b. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan dasar

Rasional : Dengan membantu kebutuhan klien seperti mandi, BAB,BAK,sehingga kebutuhan klien terpenuhi.

c. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan.

Rasional : Dengan melibatkan keluarga, klien merasa tenang karena dilakukan oleh keluarga sendiri dan klien merasa diperhatikan.

d. Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan klien

Rasional : Dengan mendekatkan alat-alat kesisi klien dengan mudah dapat memenuhi kebutuhannya sendiri

e. Anjurkan klien untuk memberi tahu perawat untuk memberikan bantuan.

Rasional : Dengan memberi tahu perawat sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.

2. Resiko rawat janin berhubungan dengan tidak adekuatnya perfusi darah ke plasenta.

- Tujuan : Gawat janin tidak terjadi.
- Intervensi :

a. Istirahatkan klien

Rasional : Melalui istirahat kemungkinan terjadinya pelepasan plasenta dapat dicegah.

b. Anjurkan klien agar miring kekiri.

Rasional : Posisi tidur menurunkan oklusi vena cava inferior oleh uterus dan meningkatkan aliran balik vena ke jantung.

c. Anjurkan klien untuk nafas dalam.

Rasional : Dengan nafas dalam dapat meningkatkan konsumsi O₂ pada ibu sehingga O₂ janin terpenuhi.

d.Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian oksigen.

Rasional : Dengan pemberian O₂ dapat meningkatkan konsumsi O₂ sehingga konsumsi pada janin meningkat

e.Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian kortikosteroid

Rasional : Kortikosteroid dapat meningkatkan ketahanan sel terutama organ-organ vital pada janin.

4. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot perut.

- Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi
- Intervensi :

a.Kaji tingkat nyeri yang dirasakan klien.

Rasional : Dengan mengkaji tingkat nyeri, kapan nyeri dirasakan oleh klien dapat disajikan sebagai dasar dan pedoman dalam merencanakan tindakan keperawatan selanjutnya.

Teori Keperawatan Maternitas

b. Jelaskan pada klien penyebab nyeri.

Rasional : Dengan memberikan penjelasan pada klien diharapkan klien dapat beradaptasi dan mampu mengatasi rasa nyeri yang dirasakan klien.

c. Atur posisi nyaman menurut klien tidak menimbulkan peregangan luka.

Rasional : Peregangan luka dapat meningkatkan rasa nyeri.

d. Alihkan perhatian klien dari rasa nyeri dengan mengajak klien berbicara.

Rasional : Dengan mengalihkan perhatian klien, diharapkan klien tidak terpusatkan pada rasa nyeri.

e. Anjurkan dan latih klien teknik relaksasi (nafas dalam).

Rasional : Dengan teknik nafas dalam diharapkan pemasukan oksigen ke jaringan lancar dengan harapan rasa nyeri dapat berkurang.

f. Kontrol vital sign klien.

Rasional : Dengan mengontrol/menukur vital sign klien dapat diketahui kemunduran atau kemajuan keadaan klien untuk mengambil tindakan selanjutnya.

g. Kolaborasi dengan dokter dalam memberikan analgetik

Rasional : Analgetik dapat menekan pusat nyeri sehingga nyeri dapat berkurang.

1.4. Evaluasi

1. Kondisi ibu tetap stabil atau perdarahan dapat dideteksi dengan tepat, serta terapi mulai diberikan.
2. Ibu dan bayi menjalani persalinan dan kelahiran yang aman

B. GANGGUAN PEMBEKUAN DARAH PADA KEHAMILAN

I. Pengertian

Gangguan pada faktor pembekuan darah (trombosit) adalah Pendarahan yang terjadi karena adanya kelainan pada proses pembekuan darah sang ibu, sehingga darah tetap mengalir. Disfungsi perdarahan dan pembekuan adalah terjadinya kelainan dalam pembentukan pembekuan darah dimana hal ini berhubungan dengan trombosit dan faktor-faktor pembekuan darah. Abnormalitas yang merupakan predisposisi seseorang mengalami perdarahan dapat disebabkan oleh pembuluh darah, trombosit, dan setiap faktor koagulasi plasma, fibrin atau plasmin.

II. Penyebab

Pada periode post partum awal, kelainan sistem koagulasi dan platelet biasanya tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, hal ini bergantung pada kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan. Deposit fibrin pada tempat perlekatan plasenta dan penjendalan darah memiliki peran penting beberapa jam hingga beberapa hari setelah persalinan.

Kelainan pada daerah ini dapat menyebabkan perdarahan post partum sekunder atau perdarahan eksaserbasi dari sebab lain, terutama trauma.

Abnormalitas dapat muncul sebelum persalinan atau didapat saat persalinan. Trombositopenia dapat berhubungan dengan penyakit sebelumnya, seperti ITP atau sindroma HELLP sekunder, solusio plasenta, DIC atau sepsis. Abnormalitas platelet dapat saja terjadi, tetapi hal ini jarang. Sebagian besar merupakan penyakit sebelumnya, walaupun sering tak terdiagnosis.

Abnormalitas sistem pembekuan yang muncul sebelum persalinan yang berupa hipofibrinogenemia familial, dapat saja terjadi, tetapi abnormalitas yang didapat biasanya yang menjadi masalah. Hal ini dapat berupa DIC yang berhubungan dengan solusio plasenta, sindroma HELLP, IUFD, emboli air ketuban dan sepsis. Kadar fibrinogen meningkat pada saat hamil, sehingga kadar fibrinogen pada kisaran normal seperti pada wanita yang tidak hamil harus mendapat perhatian. Selain itu, koagulopati dilusional dapat terjadi setelah perdarahan post partum masif yang mendapat resusitasi cairan kristaloid dan transfusi PRC. DIC, yaitu gangguan mekanisme pembekuan darah yang umumnya disebabkan oleh hipo atau afibrinogenemia atau pembekuan intravascular merata Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) juga dapat berkembang dari syok yang ditunjukkan oleh hipoperfusi jaringan, yang menyebabkan kerusakan dan pelepasan tromboplastin jaringan. Pada kasus ini terdapat peningkatan kadar D-dimer dan penurunan fibrinogen yang tajam, serta pemanjangan waktu trombin (*thrombin time*).

Tiga hal utama yang mempengaruhi kerentanan seseorang mengalami trombus:

1. Dinding pembuluh darah yang rentan mengalami luka, misal dinding pembuluh darah yang telah mengalami plak arterosklerosis sebelumnya
2. Aliran darah yang tidak normal, misal aliran darah pada penderita hipertensi, aliran darah pada percabangan pembuluh darah
3. Penyakit kelainan pembekuan darah

III. Patofisiologi Gangguan Pembekuan Darah pada Kehamilan

Kelainan koagulasi generalisata ini dianggap sebagai akibat dari lepasnya substansi – substansi serupa tromboplastin yang berasal dari produk konsepsi ke dalam sirkulasi darah ibu atau akibat aktivasi factor XII oleh endotoksin. Setelah itu mulailah serangkaian reaksi berantai yang mengaktifkan mekanisme pembekuan darah, pembentukan dan pengendapan fibrin dan, sebagai konsekuensinya, aktivasi sistem fibrinolitik yang normalnya sebagai proteksi. Gangguan patofisiologi yang kompleks ini

Teori Keperawatan Maternitas

menjadi suatu lingkaran setan yang muncul sebagai diathesis perdarahan klinis dengan berubah – ubahnya hasil rangkaian tes pembekuan darah sehingga membingungkan.

IV. Tanda dan Gejala

1. Perdarahan berlangsung terus
2. Merembes dari tempat tusukan (Chapman, 2006)

V. Pengobatan

Pasien perlu dirawat bila secara klinis ada gangguan pembekuan darah atau dari serangkaian pemeriksaan laboratorium diperlihatkan adanya kemunduran fungsi pemebekuan darah secara progresif.

Nilai normal	Kehamilan	DIC
Hitung trombosit 150.000-400.000/mm ³	Sama	Lebih rendah
Waktu protombin yang cepat 75-125%	Memendek	Memanjang
Waktu protomboplastin parsial 30-45%	Memendek	Memanjang
Waktu thrombin 10-15 detik	Memendek	Memanjang
Pengukuran fibrinogen (atau titer) 200-400 mg%	300-600 mg%	Menurun
Produk-produk pecahan fibrin	Negative	Dapat diukur
Pengukuran faktor V 75-125%	Sama	Menurun
Pengukuran faktor VII 50-200%	Mungkin meningkat	Menurun

Tujuan utama pengobatan adalah menghilangkan sumber material serupa tromboplastin, tetapi evaluasi produk konsepsi akan mendatangkan resiko perdarahan vaginal atau bedah. Dengan alasan inilah, proses pembekuan normal harus dipulihkan lebih dahulu sebelum melakukan persalinan operatif.

1. Pemberian faktor-faktor pembekuan
2. Menghambat proses patofisiologi dengan antikoagulasi heparin sampai faktor-faktor pembekuan pulih kembali

Cara pengobatan yang akan dipilih tergantung kepada ancaman jiwa pasien segera akibat perdarahan yang aktif pada saat diagnosis ditegakkan atau akibat persalinan yang akan segera terjadi.

Bila dicurigai ada perdarahan aktif dari uterus dari persalinan operatif, harus diberikan pengobatan sebagai terjadi :

- a. Monitor tanda-tanda vital secara kontinyu termasuk pengukuran tekanan vena sentral dan mempertahankan produksi urin
- b. Berikan oksigen melalui masker
- c. Mengatasi syok dengan segera adalah penting, bila memungkinkan dengan darah lengkap segar.

d. Pemberian faktor-faktor pembekuan : pengobatan dengan plasma beku segar lebih disukai daripada dengan preparat depot fibrinogen (pooled fibrinogen) komersial karena dapat memperkecil resiko penularan hepatitis, pengantian volume tambahan, serta tersediannya aneka macam faktor-faktor pembekuan. Setiap liter plasma beku segar dapat diharapkan mengandung 2-3 g fibrinogen. Karena kira-kira diperlukan 2-6 g fibrinogen, bila hal tidak dapat disediakan dengan preparat tersebut (baik karena tidak tersedia atau karena masalah-masalah hipervolemia) dapat dipakai fibrinogen depot komersial.

Masalah utama yang berkaitan dengan pengantian fibrinogen dengan menggunakan salah satu preparat tersebut di atas adalah waktu psruhnya yang singkat kalau ada banyak trombin dan timbunan fibrin intravaskuler lebih lanjut. Dengan alasan inilah, preparat-preparat tersebut hanya boleh digunakan untuk segera mengendalikan perdarahan sebelum persalinan dan pertama bila persalinan harus dilaksanakan dengan operasi seksio sesaria. Dengan demikian prosedur pengobatan seperti di atas serta melakukan pengosongan uterus, biasanya akan terjadi perbaikan spontan pembekuan darahnya, sehingga tidak diperhatikan terapi lebih lanjut.

2. Bila tidak ada perdarahan uterus dan persalinannya dapat ditunda (yaitu, sindrom janin mati yang tertinggal dalam uterus tetapi jelas tidak ada solusio plasenta), tindakan sebagai berikut dilakukan :
 - a. Heparinisasi : 100 IU/kg setiap 4 jam, atau 600 IU/kg/24 jam dengan infuse kontinyu. Pemberian heparin dihentikan setelah terjadi perbaikan faktor-faktor pembekuan kedalam batas normal, dan hanya dalam keadaan inilah persalinan boleh dilaksanakan. Terapi fibrinogen jarang dilakukan jika sekiranya diindikasikan pada pasien obstetric selalu karena DIC dan akan berhenti sendiri setelah pengobatan primer. Kita harus selalu ingat bahwa keberadaan fibrinolisis merupakan suatu respons protektif terhadap koagulasi intravaskuler. (Schward, 2000)

VI. Penatalaksanaan

Jika tes koagulasi darah menunjukkan hasil abnormal dari onset terjadinya perdarahan post partum, perlu dipertimbangkan penyebab yang

Teori Keperawatan Maternitas

mendasari terjadinya perdarahan post partum, seperti solutio plasenta, sindroma HELLP, fatty liver pada kehamilan, IUFD, emboli air ketuban dan sepsis. Ambil langkah spesifik untuk menangani penyebab yang mendasari dan kelainan hemostatik.

Penanganan DIC identik dengan pasien yang mengalami koagulopati dilusional. Restorasi dan penanganan volume sirkulasi dan penggantian produk darah bersifat sangat esensial. Perlu saran dari ahli hematologi pada kasus transfusi masif dan koagulopati.

Konsentrat trombosit yang diturunkan dari darah donor digunakan pada pasien dengan trombositopenia kecuali bila terdapat penghancuran trombosit dengan cepat. Satu unit trombosit biasanya menaikkan hitung trombosit sebesar 5.000 – 10.000/mm³. Dosis biasa sebesar kemasan 10 unit diberikan bila gejala-gejala perdarahan telah jelas atau bila hitung trombosit di bawah 20.000/mm³. Transfusi trombosit diindikasikan bila hitung trombosit 10.000 – 50.000/mm³, jika direncanakan suatu tindakan operasi, perdarahan aktif atau diperkirakan diperlukan suatu transfusi yang masif. Transfusi ulang mungkin dibutuhkan karena masa paruh trombosit hanya 3 – 4 hari.

Plasma segar yang dibekukan adalah sumber faktor-faktor pembekuan V, VII, IX, X dan fibrinogen yang paling baik. Pemberian plasma segar tidak diperlukan adanya kesesuaian donor, tetapi antibodi dalam plasma dapat bereaksi dengan sel-sel penerima. Bila ditemukan koagulopati, dan belum terdapat pemeriksaan laboratorium, plasma segar yang dibekukan harus dipakai secara empiris.

Kriopresipitat, suatu sumber faktor-faktor pembekuan VIII, XII dan fibrinogen, dipakai dalam penanganan hemofilia A, hipofibrinogenemia dan penyakit von Willebrand. Kuantitas faktor-faktor ini tidak dapat diprediksi untuk terjadinya suatu pembekuan, serta bervariasi menurut keadaan klinis.

DIC

- Uterotonika dosis adekuat
- Tambahan fibrinogen langsung
- Analisa factor bekuan darah

VII. Pencegahan

Klasifikasi kehamilan resiko rendah dan resiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan dengan mengatur petugas kesehatan mana yang sesuai dan jenjang rumah sakit rujukan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai resiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah

perdarahan pascapersalinan. Antisipasi terhadap hal tersebut dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia dan lain-lain sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal.
2. Mengenal faktor predisposisi PPP seperti multiparitas, anak beras, hamil kembar, hidroamnion, bekas seksio, ada riwayat PPP sebelumnya dan kehamilan resiko tinggi lainnya yang resikonya akan muncul saat persalinan
3. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan partus lamaa
4. Kehamilan resiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan
5. Kehamilan resiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih dan menghindari persalinan dukun
6. Mengesuai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi PPP dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya (Sarwono, 2008)
7. Bergerak (Darah bisa menumpuk di kaki saat Anda duduk dalam waktu lama. Bila pekerjaan Anda menuntut untuk duduk dalam waktu lama, sebaiknya luangkan waktu berjalan-jalan setiap 1 atau 2 jam).
8. Hidup sehat (Segera ubah kebiasaan buruk seperti merokok atau makan berlebih agar berat badan tetap normal. Selain itu, minumlah banyak air untuk mengurangi risiko penggumpalan darah)
9. Hati-hati dengan obat-obatan tertentu (Risiko DVT juga dapat meningkat saat mengonsumsi pil kontrasepsi. DVT juga bisa diturunkan dari keluarga yang telah mengalami penyakit ini).
10. Mengetahui tanda dan gejala (DVT terkadang sulit diidentifikasi karena gejala yang ditunjukkan hampir sama dengan gangguan lain. Perhatikan bila kaki menunjukkan gejala seperti membengkak, sakit, kemerahan, mengalami perubahan warna, dan kulit terasa hangat saat dipegang. Bila gumpalan darah sudah menjalar ke paru-paru biasanya dapat menimbulkan sesak napas secara tiba-tiba)
11. Lebih proaktif (Bila tubuh menunjukkan gejala pembekuan darah, cedera, atau akan melakukan operasi, maka segeralah berkonsultasi ke dokter. Informasikan kepada ahli midwifery bila sedang mengonsumsi pil kontrasepsi, pernah menjalani operasi, melakukan perjalanan panjang, atau cedera dalam 8 minggu sebelumnya)
12. Cara Alami Mengatasi Pembekuan Darah Dengan Mengonsumsi Green World Calcium Softgel

VIII. Komplikasi

Komplikasi-komplikasi obstetric yang diketahui berhubungan dengan DIC (Koagulasi Intravaskuler Diseminata) :

1. Sepesi oleh kuman gram negative, terutama yang menyertai dengan abortus septic
2. Syok berat
3. Pemberian cairan hipertonic ke dalam uterus (Schward, 2000)
4. Pada ibu yang menderita pembekuan darah, kadar asam empedu akan meningkat dan akan menghasilkan racun yang akan memasuki darah ibu dan mengakibatkan beberapa gejala. Kondisi seperti ini harus segera diidentifikasi karena bisa mendatangkan dampak yang serius untuk kesehatan bayi Anda, terutama jika sudah memasuki masa kehamilan 36 minggu.

IX. Dampak

Resiko terbentuknya gangguan pembekuan darah dapat meningkat oleh faktor-faktor berikut:

1. Obesitas – Hingga saat ini, ahli kesehatan masih tidak mengetahui bagaimana obesitas meningkatkan resiko pembekuan darah. Tetapi mereka yakin bahwa gaya hidup yang banyak duduk, kurang bergerak, perubahan pada kimia darah, dan sebagainya, dapat membentuk suatu hubungan yang menyebabkan pembekuan darah.
2. Pil Keluarga Berencana (KB) – Pil KB meningkatkan kadar estrogen pada tubuh. Tetapi, pil KB juga meningkatkan produksi faktor koagulasi yang menyebabkan peningkatan resiko pembekuan darah.
3. Aterosklerosis – Kondisi di mana arteri mengeras karena timbunan plak. Timbunan plak (kolesterol) memiliki tutup yang pada akhirnya akan pecah. Ketika itu terjadi, tubuh akan mengirim trombosit dan faktor koagulasi ke daerah tersebut untuk memperbaiki robekan. Kemudian, hal itu akan menyebabkan pembentukan gumpalan darah yang dapat semakin mempersempit jalan aliran darah.

X. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian:

Pengkajian ditemukan:

- 1) Tanda Homans positif.
- 2) Kelembutan dan panas di daerah yang terkena.
- 3) Kaki sakit bila berjalan.
- 4) Pembengkakan pada kaki yang terkena.

Manajemen Medis:

- 1) Doppler ultrasonografi untuk mendiagnosa.
- 2) Kompresi stoking untuk mengurangi statis vena dan trombosis veinous dalam.
- 3) Terapi IV heparin mencegah pembekuan.
- 4) Terapi antibiotik jika trombosis terkait dengan infeksi.
- 5) Istirahat dengan kaki yang terkena ditinggikan.

Tindakan Keperawatan:

- 1) Fokus terhadap penurunan risiko pembentukan trombosis dan risiko emboli.
- 2) Lihat dokumentasi prenatal dan faktor resiko.
- 3) Monitor ibu-ibu yang mempunyai risiko trombosis.
- 4) Anjurkan menggunakan stoking untuk kompresi.
- 5) Membantu ambulasi, ambulasi dini meningkatkan sirkulasi dan mengurangi risiko vena statis.
- 6) Menyiapkan obat-obat analgesia untuk rasa sakit dan antikoagulan.
- 7) Evaluasi tanda-tanda kemungkinan trombosis dan catat.

B. Diagnosis

Umum

Didapatkan pada semua parturient dengan HPP Primer :

- ☐ Data Subyektif : Keluar darah bergumpal dari alat kemaluan
- ☐ Inspeksi : Adanya pengeluaran darah > 400 cc, parturient tampak pucat, pada keadaan serius tampak tanda-tanda syok
- ☐ Pada kehilangan darah lebih dari 25%, dijumpai TTV

Tensi : turun

Nadi : lemah dan cepat

RR : meningkat

Suhu : turun

Khusus

DIC

- ✓ Perdarahan dari tempat lain, missal vagina, hidung, gusi, kulit, dll
- ✓ Darah yang keluar sama sekali tidak ada gumpalan, walau sudah terkena udara

Klausul PPP karenan gangguan darah baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi disertai ada riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Akan ada tendensi mudah terjadi perdarahn setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes

atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan digusi, rongga hidung dan lain-lain.

Pada pemeriksaan penunjang ditemukan hasil pemeriksaan faal hemostatis yang abnormal. Waktu perdarahan dan waktu pembekuan memanjang, trombositopenia, terjadi hipofibrinogenemia dan terdeteksi adanya FDP (fibrin degradation product) serta perpanjangan tes protombin dan PTT (PARTIAL THROMBOPLASTIN TIME) (Sarwono, 2008)

ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN PENYAKIT PADA MASA KEHAMILAN

A. ASUHAN KEPERAWATAN DIABETES MELLITUS PADA KEHAMILAN

I. Pengertian

Diabetes Mellitus (DM) adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskopelectron (Mansjoer, 2007)

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit penyulit medis tersering pada kehamilan. Pasien dibedakan menjadi mereka yang diketahui mengidap diabetes sebelum hamil (overt nyata) dan mereka yang didiagnosis saat hamil (gestational) (Achmad Feryanto, 2011)

Diabetes mellitus (DM) merupakan kelainan hereditas dengan ciri insufisiensi atau absennya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan menyebabkan perubahan-perubahan metabolik dan hormonal pada penderita yang dipengaruhi oleh kehamilan. Sebaiknya diabetes akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan. Frekuensi penyakit ini 0,3 – 0,7 %.

II. Kemungkinan DM dalam kehamilan.

Kemungkinan diabetes dalam kehamilan lebih besar bila:

- a) Umur sudah mulai tua
- b) Multiparitas
- c) Gemul (obesitas)
- d) Ada anggota keluarga sakit diabetes (hereditas)
- e) Anak lahir dengan berat badan besar (diatas 4 kilogram)
- f) Ada sejarah lahir mati dan anak besar
- g) Sering abortus
- h) Glukosuria



III. Klasifikasi DM pada kehamilan.

Klasifikasi dibuat menurut umur, waktu penyakit timbul, lamanya sakit, berat penyakit, dan komplikasi, sebagai berikut:

- a) Kelas A: Diabetes laten (subklinis atau diabetes hamil). Uji toleransi gula tidak normal. Pengobatan tidak memerlukan insulin, cukup dengan diet saja. Prognosis untuk ibu dan janin baik
- b) Kelas B: Diabetes dewasa diketahui setelah usia 19 tahun; berlangsung kurang dari 10 tahun; tidak disertai kelainan pembuluh darah.
- c) Kelas C: Timbul pada usia 10 – 19 tahun, menderita selama 9 – 10 tahun; tanpa kelainan pembuluh darah.
- d) Kelas D: Diderita sejak umur 10 tahun, lama 20 tahun, disertai kelaianan pembuluh darah seperti arteriosclerosis pada retina, tungkai, dan renitis,
- e) Kelas E: Telah terjadi klasifikasi pembuluh darah.
- f) Kelas F: Diabetes dengan nefropasia adanya glomerulonephritis dan pielenofritis. Diabetes anak remaja (juvenilis) merupakan diabetes yang diderita sejak anak-anak atau remaja. Karena sedikit atau tidak ada insulin endogen, cenderung timbul keto-asidosis (Mochtar, 1998).

III. Klasifikasi Diabetes pada kehamilan menurut Pyke:

Klas I	Gestasional diabetes yaitu diabetes yang timbul pada waktu hamil dan menghilang setelah melahirkan
Klas II	Pregestasional diabetes yaitu diabetes mulai sejak sebelum hamil dan berlanjut setelah hamil.
Klas III	Pregestasional diabetes yang disertai dengan komplikasi penyakit pembuluh darah seperti retinopati, nefropati, penyakit pembuluh darah panggul dan pembuluh darah perifer, 90% dari wanita hamil yang menderita Diabetes termasuk ke dalam kategori DM Gestasional (Tipe II)

IV. Prediabetik DM pada kehamilan

Pada prediabetik, dijumpai kelainan anatomic dan metabolic, namun tanpa gejala yang jelas. Prediabetik dapat menjadi diabetes bila timbul tekanan (stress) seperti adanya kehamilan, infeksi, obesitas, emosi, dan lain-lain.

a) Pengaruh kehamilan, persalinan, dan nifas pada diabetes adalah:

- Kehamilan dapat menyebabkan status prediabetik menjadi manifest (diabetic)
- Dalam masa laktasi keperluan akan insulin akan bertambah
- Diabetes akan menjadi lebih berat oleh kehamilan
- Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja Rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bias terjadi hipoglikemia atau koma; (Mochtar, 1998)

b) Pengaruh diabetes terhadap kehamilan

- Abortus dan partus prematurus
- Hidramnion
- Pre-eklamsia
- Kesalahan letak janin
- Insufisiensi plasenta



c) Pengaruh diabetes terhadap persalinan

- Inersia uteri dan atonia uteri
- Distosia karena janin (anak besar, bahu lebar)
- Kelahiran mati

- Persalinan lebih sering ditolong secara operasi
- Angka kejadian perdarahan dan infeksi tinggi
- Morbiditas dan mortalitas ibu tinggi
- d) Pengaruh diabetes terhadap nifas
 - Perdarahan dan infeksi puerperal lebih tinggi
 - Luka-luka jalan lahir lambat pulih/sembuh
- e) Pengaruh diabetes terhadap janin dan bayi
 - Sering terjadi abortus
 - Kematian janin dalam kandungan setelah 36 minggu
 - Dapat terjadi cacat bawaan
 - Dismaturitas
 - Janin besar (bayi kingkong/makrosomia)
 - Kematian neonatal tinggi
 - Kemungkinan hari dapat terjadi kelainan neurologik dan psikologik (Mochtar, 1998)

V. Etiologi:

Selama kehamilan, peningkatan kadar hormon tertentu dibuat dalam plasenta (organ yang menghubungkan bayi dengan tali pusat kerahim) nutrisi membantu pergeseran dari ibu kejanin. Hormon lain yang diproduksi oleh plasenta untuk membantu mencegah ibu dari mengembangkan kadar glukosa darah rendah.

VI. Patofisiologi DM pada kehamilan

Kehamilan terjadi perubahan hormonal mayor, terdapat penyesuaian metabolisme karbohidrat maternal dan fetal. Wanita hamil normal penurunan gula darah puasa dan tingkat asam amino peningkatan gula darah postprandial, asam lemak bebas, keton, trigliserida dan sekresi insulin sebagai respon terhadap glukosa → menjaga tersedianya pasokan nutrient ke janin tetap konstan. Pada kehamilan awal (lebih dari 20 minggu) metabolisme karbohidrat maternal dipengaruhi peningkatan estrogen dan progesterone. Estrogen → memperkuat kerja insulin dengan menstimulasi sekresi insulin dari pankreas dan memperbaiki penggunaan glukosa perifer. Pada keadaan lanjut dari kehamilan, level basal insulin meningkat. Laktogen plasenta manusia yang disekresi oleh sinsitiotrofoblas plasenta setelah umur kehamilan lebih dari 20 minggu merupakan suatu antagonis insulin. Pada tingkat sel, peningkatan ikatan insulin ke jaringan sel adipose dan sel hepatosit menyebabkan resistensi insulin dikarenakan mekanisme postreseptor. Pada keadaan hamil apabila sel beta pankreas tidak dapat secara cukup mensekresi insulin → resistensi insulin pada organ-organ yang sensitif insulin seperti hati dan otot → diabetes gestasional.

VII. Manifestasi Klinis

- Poliuri (banyak kencing): Hal ini disebabkan oleh karena kadar glukosa darah meningkat sampai melampaui daya serap ginjal terhadap glukosa sehingga terjadi osmotik diuresis yang mana gula banyak menarik cairan dan elektrolit sehingga klien mengeluh banyak kencing.
- Polidipsi (banyak minum): Hal ini disebabkan pembakaran terlalu banyak dan kehilangan cairan banyak karena poliuri, sehingga untuk mengimbangi klien lebih banyak minum.
- Polipagi (banyak makan): Hal ini disebabkan karena glukosa tidak sampai ke sel-sel mengalami starvasi (lapar). Sehingga untuk memenuhinya klien akan terus makan. Tetapi walaupun klien banyak makan, tetap saja makanan tersebut hanya akan berada sampai pada pembuluh darah.
- Penurunan berat badan: Hal ini disebabkan kehabisan glikogen yang telah dilebur jadi glukosa, maka tubuh berusaha mendapat pelepasan zat dari bagian tubuh yang lain yaitu lemak dan protein, karena tubuh terus merasakan lapar, maka tubuh selanjutnya akan memecah cadangan makanan yang ada di tubuh termasuk yang berada di jaringan otot dan lemak sehingga klien dengan DM walaupun banyak makan akan tetap kurus.
- Kelelahan
- Mual
- Pandangan kabur
- Pruritus vulvae
- Lemas
- Glukosuria

VIII. Pemeriksaan Diagnostik

Kriteria Diagnosis:

- Gejala klasik DM + gula darah sewaktu ≤ 200 mg/dl. Gula darah sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memerhatikan waktu makan terakhir. Atau:
- Kadar gula darah puasa 126 mg/dl. Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam. Atau:
- Kadar gula darah 2 jam pada TTGO 200 mg/dl. TTGO dilakukan dengan Standard WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 g glukosa anhidrus yang dilarutkan dalam air.
- Reduksi Urine: Pemeriksaan reduksi urine merupakan bagian dari pemeriksaan urine rutin yang selalu dilakukan di klinik. Hasil yang (+) menunjukkan adanya glukosuria

- Nilai positif pada setiap tes ini harus dikonfirmasi pada hari berikutnya dengan mengulangi salah satu tes.

Criteria hasil abnormal setelah pemberian 100 gram glukosa <i>Three hour Glukose Tolerance Test (OGTT)</i> pada wanita hamil.		
Darah	National Diabetes data Group	Carpenter and Coustan
Puasa	105 mg/dL (5,8 mmol/L)	95 mg/dL (5,3 mmol/L)
1 jam	190 mg/dL (10,5 mmol/L)	180 mg/dL (10,0 mmol/L)
2 jam	165 mg/dL (9,2 mmol/L)	155 mg/dL (8,6 mmol/L)
3 jam	145 mg/dL (8,0 mmol/L)	140 mg/dL (7,8 mmol/L)

IX. Penatalaksanaan

- **Terapi Diet :** Tujuan utama penatalaksanaan klien dengan diabetes mellitus adalah untuk mengatur glukosa darah dan mencegah timbulnya komplikasi akut dan kronik. Jika klien berhasil mengatasi diabetes yang dideritanya, ia akan terhindar dari hyperglikemia atau hypoglikemia. "Mempertahankan konsentrasi gula darah kurang dari 95mg/dL (5,3 mmol/L) sebelum makan dan kurang dari 140 dan 120 mg/dL (7,8 dan 6,7 mmol/L), satu atau dua jam setelah makan"



- Perencanaan makan yang sesuai dengan kebutuhan: merupakan tahap awal yang penting pada penatalaksanaan DMG. Tujuan : mencapai normoglikemia dan pertumbuhan dan perkembangan janin yang optimal. Perhitungan jumlah kalori yang diperlukan sesuai dengan perhitungan pada penderita diabetes mellitus tetapi dengan penambahan 300 kalori untuk kehamilan. Distribusi dari kalori yang diperlukan adalah 40-50 % terdiri dari

Teori Keperawatan Maternitas

karbohidrat, 20 % protein dan 30-40 % lemak. Selain makanan diperlukan juga latihan jasmani dengan tujuan untuk memperbaiki sensitivitas insulin.

- Terapi Insulin : Menurut Prawirohardjo, (2002) yaitu sebagai berikut: Daya tahan terhadap insulin meningkat dengan makin tuanya kehamilan, yang dibebaskan oleh kegiatan anti insulin plasenta. Penderita yang sebelum kehamilan sudah memerlukan insulin diberi insulin dosis yang sama dengan dosis diluar kehamilan sampai ada tanda tanda bahwa dosis perlu ditambah atau dikurangi. Pada pasien dengan hiperglikemia pada keadaan puasa maupun sesudah makan diberikan insulin kerja cepat dan menengah, pagi dan sore. Dosis insulin 0,5-1,5 unit/kg berat badan 2/3 dosis diberikan pada pagi hari dan 1/3 dosis diberikan pada sore hari



Gambar: Pemberian Insulin

- Olahraga: Kecuali kontra indikasi, aktivitas fisik yang sesuai direkomendasikan untuk memperbaiki sensitivitas insulin dan kemungkinan memperbaiki toleransi glukosa. Olah raga juga dapat membantu menaikkan berat badan yang hilang dan memelihara berat badan yang ideal ketika dikombinasi dengan pembatasan intake kalori

X. Komplikasi

- Komplikasi pada ibu : Hipoglikemia, terjadi pada enam bulan pertama kehamilan, Hiperglikemia, terjadi pada kehamilan 20-30 minggu akibat resistensi insulin, Infeksi salurankemih, Pre eklamsi, Hidramnion, Retinopati, Trauma persalinan akibat bayi besar □ Masalah pada anak: Abortus, Kelainan kongenital seperti sacral agenesis, neural tube defek, Respiratory distress, Neonatal hiperglikemia, Makrosomia, Hipocalcemia, Kematian perinatal akibat diabetic ketoasidosis, Hiperbilirubinemia
- Tanda terjadi komplikasi pada DM gestasional:
 1. Makrovaskular: stroke, penyakit jantung koroner, ulkus/ gangren.
 2. Mikrovaskular: retina (retinopati) dan ginjal (gagal ginjal kronik), syaraf (stroke, neuropati).

3. Koma: hiperglikemi, hipoglikemi, stroke.

XI. Prognosis

- 1) Bila penyakit ditangani oleh dokter ahli penyakit dalam serta kehamilan dan persalinan diawasi dan ditolong oleh ahli kebidanan umumnya prognosis baik.
- 2) Diabetes dan diderita lama apalagi ada komplikasi prognosis buruk.
- 3) Prognosis bayi-bayi jelek, factor-faktor yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas bayi adalah:
 - ❖ Berat dan lamanya sakit dan adanya asetonuri
 - ❖ Insufisiensi plasenta
 - ❖ Komplikasi dan distosia persalinan
 - ❖ Sindrom gawat nafas (*respiratory stress syndrome*)
 - ❖ Prematuritas dan cacat bawaan
 - ❖ Angka kematian perinatal kira-kira 10 -15 %.

XII. Asuhan Keperawatan (Pengkajian, diagnose intervensi, implemantasi dan evaluasi tentang DM)

A. PENGKAJIAN

- ✓ Identitas: Usia : perlu diketahui kapan ibu dan berapa tahun ibu menderita Diabetes melitus, karena semakin lama ibu menderita DM semakin berat komplikasi yang muncul. Seperti yang dijelaskan pada klasifikasi DM.
- ✓ Keluhan Utama: Biasanya ibu hamil dengan DM mengeluh Mual, muntah, penambahan berat badan berlebihan atau tidak adekuat, polidipsi, poliphagi, poluri, nyeri tekan abdomen dan retinopati.
- ✓ Riwayat Penyakit Keluarga: Perlu dikaji apakah ada keluarga yang menderita DM, karena DM bersifat keturunan
- ✓ Riwayat Kehamilan sekarang: Diabetes mellitus gestasional, Hipertensi karena kehamilan, Infertilitas, Bayilow gestasional age, Riwayat kematian janin, Lahir mati tanpa sebab jelas, Anomali congenital, Aborsi spontan, Polihidramnion, Makrosomia, Pernah keracunan selama kehamilan.
- ✓ Riwayat antenatal care meliputi: Dimana tempat pelayanan, beberapa kali, perawatan serta pengobatannya yang didapat. Pada saat ante natal care perlu diobservasi secara ketat juga kepatuhan ibu dalam menjalani diet, kadar gula darah dan perawatan yang diberikan. Pola Aktivitas Sehari-hari Pola Nutrisi Frekuensi makan : pasien dengan DM biasanya mengeluh sering lapar dan haus.

Teori Keperawatan Maternitas

- ✓ Pola eliminasi BAK : pasien dengan DM memiliki gejala yaitu poliuri atau sering berkemih. BAB : biasanya tidak ada gangguan.
- ✓ Pola personal hygiene Pola atau frekuensi mandi, menggosok gigi, keramas
- ✓ Pola istirahat tidur Gangguan pola tidur karena perubahan peran dan melaporkan kelelahan yang berlebihan.
- ✓ Pola aktifitas dan latihan: Aktivitas yang berlebih pada keadaan hipoglikemi dapat menyebabkan rasa lapar meningkat, pusing, nyeri kepala, berkeringat, letih, lemah, pernapasan dangkal dan pandangan kabur. Jika ini terjadi maka ibu akan rentan terhadap cedera dan jika rasa lapar berlebih ini akan menyebabkan ketidakpatuhan diet ibu.

B. PEMERIKSAAN FISIK

- ✓ Keadaan umum jika dalam keadaan hipoglikemi ibu bisa merasa lemah dan letih
- ✓ TD ibu dengan DM perlu diobservasi tekanan darahnya karena komplikasi dari ibu dengan DM adalah preeklamsia dan eklamsia.
- ✓ Nadi pada keadaan hiperglikemi biasanya nadi lemah dan cepat.
- ✓ Respirasi pada keadaan hiperglikemi atau diabetik ketoasidosis biasanya RR meningkat dan napas bau keton.
- ✓ Suhu tidak ada gangguan, tetapi biasanya kulit pasien lembab pada kondisi hipoglikemi.
- ✓ Berat badan ibu dengan DM biasanya memiliki berat badan berlebih, dan terjadi peningkatan berat badan waktu hamil yang berlebih.

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna dan menggunakan nutrisi kurang tepat.
Kriteria evaluasi : Mempertahankan kadar gula darah puasa antara 60-100mg/dl dan 2 jam sesudah makan tidak lebih dari 140mg/dl.
2. Resiko tinggi terhadap cedera maternal berhubungan dengan perubahan kontrol diabetik, profil darah abnormal atau anemia, hipoksia jaringan dan perubahan respon imun.
Kriteria evaluasi :
 - ✓ Tetap normotensif.
 - ✓ Mempertahankan normoglikemia.
 - ✓ Bebas dari komplikasi seperti infeksi, pemisahan plasenta.
3. Kurang pengetahuan mengenai kondisi diabetes, prognosis dan kebutuhan tindakan berhubungan dengan kurang informasi, kesalahan informasi dan tidak mengenal sumber informasi

Kriteria evaluasi :

- ✓ Berpartisipasi dalam penatalaksanaan diabetes selama kehamilan.
- ✓ Mengungkapkan pemahaman tentang prosedur, tes laboratorium dan aktivitas yang melibatkan pengontrolan diabetes.
- ✓ Mendemonstrasikan kemahiran memantau sendiri dan pemberian insulin.

B. ASUHAN KEPERAWATAN HYPEREMESIS GRAVIDARUM PADA KEHAMILAN

I. Pengertian

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena pada umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi (Mochtar, 1998).

Hiperemesis diartikan sebagai muntah yang terjadi secara berlebihan selama kehamilan (Farrer, 1999). Hiperemesis Gravidarum adalah keadaan dimana penderita mual dan muntah/tumpah yang berlebihan, lebih dari 10 kali dalam 24 jam atau setiap saat, sehingga mengganggu kesehatan dan pekerjaan sehari-hari (Arief.B, 2009).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Hiperemesis Gravidarum (HG) adalah suatu keadaan pada awal kehamilan (sampai trisemester II) yang ditandai dengan rasa mual dan muntah berlebihan dalam waktu relatif lama bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan berat badan berkurang.

Hiperemesis gravidarum adalah keluhan mual dan muntah hebat lebih dari 10 kali sehari dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan, atau gangguan elektrolit, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan membahayakan janin dalam kandungan (Kadir et al, 2019).

Hiperemesis gravidarum dapat mempengaruhi status kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin, pada kehamilan 16 minggu pertama 70-80% wanita mengalami mual dan muntah, 60% wanita mengalami muntah, sementara 33% wanita hanya mengalami mual. Apabila semua makanan yang dimakan dimuntahkan pada ibu hamil, maka berat badan akan menurun, turgor kulit berkurang dan timbul asetonuria (Morgan et al, 2010).

II. Etiologi

Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomik pada otak, jantung, hati, dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain akibat inanisi. Menurut (Khayati, 2013) terdapat beberapa faktor predisposisi dan faktor lain, yaitu:

Teori Keperawatan Maternitas

- a. Faktor predisposisi: primigravida, overdistensi rahim (hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa)
- b. Faktor organik: masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolik akibat hamil, resistensi yang menurun dari pihak ibu dan alergi.
- c. Faktor psikologi : rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan.

Selain itu menurut (Jusuf CE, 2016) riwayat gestasi juga dapat mempengaruhi penyebab hiperemesis, dimana ibu hamil yang mengalami mual dan muntah sekitar 60-80% pada (primigravida), 40-60% pada (multigravida).

III. Tingkat Hyperemesis Gravidarum

Batas jelas antara mual yang masih fisiologik dalam kehamilan dengan hiperemesis gravidarum tidak ada; tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh, sebaiknya ini dianggap sebagai hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum menurut berat ringannya gejala dapat dibagi dalam 3 tingkatan:

1. Tingkatan I: Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita, ibu merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. nadi meningkat sekitar 100 kali/menit dan tekanan darah sistolik turun, turgor kulit mengurang, lidah mongering dan mata cekung.
2. Tingkatan II: penderita tampak lebih lemah dan apatis, turgor kulit mengurang, lidah mengering dan Nampak kotor, nadi kecil dan cepat, suhu kadang-kadang naik dan mata sedikit ikterik. Berat badan menurun dan mata menjadi cekung, tensi turun, hemokonsentrasi oliguria dan konstipasi. Aseton dapat tercium dalam hawa pernafasan, karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam kencing.
3. Tingkatan III : Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran makin menurun hingga mencapai somnollen atau koma, terdapat ensefalopati werniche yang ditandai dengan: nistagmus, diplopia, gangguan mental, kardiovaskuler ditandai dengan: nadi kecil, tekanan darah menurun, dan temperature meningkat, gastrointestinal ditandai dengan: ikterus makin berat, terdapat timbunan aseton yang makin tinggi dengan bau yang makin tajam. Keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus menunjukkan adanya payah hati (Wiknjosastro, 2005).

IV. Tanda dan Gejala Hyperemesis Gravidarum

1. Tingkat I
 - a. Muntah terus menerus sehingga menimbulkan :
 - 1) Dehidrasi : turgor kulit turun
 - 2) Nafsu makan berkurang
 - 3) Berat badan turun
 - 4) Mata cekung dan lidah kering
 - b. Epigastrium nyeri karena asam lambung meningkat dan terjadi regurgitasi ke esophagus
 - c. Nadi meningkat dan tekanan darah turun
 - d. Frekuensi nadi sekitar 100 kali/menit
 - e. Tampak lemah dan lemas
2. Tingkat II
 - a. Dehidrasi semakin meningkat akibatnya :
 - 1) Turgor kulit makin turun
 - 2) Lidah kering dan kotor
 - 3) Mata tampak cekung dan sedikit ikteris
 - b. Kardiovaskuler
 - 1) Frekuensi nadi semakin cepat > 100 kali/menit
 - 2) Nadi kecil karena volume darah turun
 - 3) Suhu badan meningkat
 - 4) Tekanan darah turun
 - c. Liver
Fungsi hati terganggu sehingga menimbulkan icterus
 - d. Ginjal
Dehidrasi menimbulkan gangguan fungsi ginjal yang menyebabkan :
 - 1) Oliguria
 - 2) Anuria
 - 3) Terdapat timbunan benda keton aseton. Aseton dapat tercium dalam hawa pernafasan
 - e. Kadang – kadang muntah bercampur darah akibat ruptur esofagus dan pecahnya mukosa lambung pada sindrom mallery weiss.
3. Tingkat III
 - a. Keadaan umum lebih parah
 - b. Muntah berhenti
 - c. Sindrom mallery Weiss
 - d. Keadaan kesadaran makin menurun hingga mencapai somnollen atau koma
 - e. Terdapat ensefalopati werniche :

Teori Keperawatan Maternitas

- 1) Nistagmus
- 2) Diplopia
- 3) Gangguan mental
- f. Kardiovaskuler
 - Nadi kecil, tekanan darah menurun, dan temperatur meningkat
- g. Gastrointestinal
 - 1) Ikterus semakin berat
 - 2) Terdapat timbunan aseton yang makin tinggi dengan bau yang makin tajam
- h. Ginjal
 - Oliguria semakin parah dan menjadi anuria

V. Manifestasi Klinis

Tanda gejala Hiperemesis Gravidarum Menurut (Khayati, 2013): Gejala utama hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah saat hamil, yang bisa terjadi hingga lebih dari 3-4 kali sehari. Kondisi ini bisa sampai mengakibatkan hilangnya nafsu makan dan penurunan berat badan. Muntah yang berlebihan juga dapat menyebabkan ibu hamil merasa pusing, lemas, dan mengalami dehidrasi. Selain mual dan muntah secara berlebihan, penderita hiperemesis gravidarum juga dapat mengalami gejala tambahan berupa:

- a. Sakit kepala
- b. Konstipasi
- c. Sangat sensitif terhadap bau
- d. Produksi air liur berlebihan
- e. Inkontinensia urine
- f. Jantung berdebar

Gejala hiperemesis gravidarum biasanya muncul di usia kehamilan 4-6 minggu dan mulai mereda pada usia kehamilan 14-20 minggu. Mual dan muntah yang dirasakan ibu hamil cenderung akan membuat mereka menjadi lebih lemah dan akan meningkatkan kecemasan terhadap kejadian yang lebih parah.

Masalah psikologis juga berperan pada parahnya mual dan muntah serta perkembangan hiperemesis gravidarum. Masalah psikologis yang terjadi pada ibu hamil akan cenderung mengalami mual dan muntah dalam kehamilan, atau 11 memperburuk gejala yang sudah ada serta mengurangi kemampuan untuk mengatasi gejala normal.

Selain itu ketidakseimbangan psikologis ibu hamil seperti cemas, rasa bersalah, mengasihani diri sendiri, ingin mengatasi konflik secara serius, ketergantungan atau hilang kendali akan memperberat keadaan

mual dan muntah yang dialaminya sehingga akan lebih ditakutkan keadaan mual muntah tersebut menjadi lebih buruk dan menyebabkan terjadinya hiperemesis gravidarum (Tiran, 2008).

VI. Patofisiologi

Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil muda terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak seimbangnya elektrolit dengan alkalosis hipokloremik. Hiperemesis gravidarum dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Karena oksidasi lemak yang tidak sempurna terjadilah ketosis dengan tertimbunnya asam aseton-asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam darah. Kekurangan volume cairan yang diminum dan kehilangan karena muntah menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan khlorida air kemih turun. Selain itu juga dapat menyebabkan hemokonsentrasi sehingga aliran darah berkurang. Kekurangan kalium sebagai akibat dari muntah dan bertambahnya ekskresi lewat ginjal menambah frekuensi muntah lebih banyak, dapat merusak hati dan terjadilah lingkaran yang sulit dipatahkan. Selain dehidrasi dan terganggunya keseimbangan elektrolit dapat terjadi robekan pada selaput lender esophagus dan 12 lambung (Sindroma Mallory Weiss) dengan akibat perdarahan gastrointestinal (Khayati, 2013).

VII. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit hiperemesis gravidarum menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) : a. USG (dengan menggunakan waktu yang tepat) : mengkaji usia gestasi janin dan adanya gestasi multipel, mendeteksi abnormalitas janin, melokalisasi plasenta b. Urinalisis : kultur, mendeteksi bakteri, BUN c. Pemeriksaan fungsi hepar : AST, ALT dan kadar LDH

VIII. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada kasus hiperemesis gravidarum menurut (Khayati, 2013) yaitu dengan cara:

- a. Memberikan penerangan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik.
- b. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.

Teori Keperawatan Maternitas

- c. Menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering.
- d. Menganjurkan pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat.
13
- e. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindari.
- f. Makanan disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.
- g. Menghindari kekurangan karbohidrat merupakan faktor penting, dianjurkan makanan yang banyak mengandung gula.

Apabila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak mengurang, maka diperlukan seperti:

a. Obat-obatan

- 1) Sedativa : Phenobarbital
- 2) Vitamin : Vitamin B1 dan B6 atau B kompleks
- 3) Anti histamine : dramamin, avomin
- 4) Anti emetik (pada keadaan lebih berat) : Dislikomin hidrokloride atau khlorpromasine.
- 5) Penanganan hiperemesis gravidarum yang lebih berat perlu dikelola di rumah sakit

b. Isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah dan peredaran udara yang baik, catat cairan yang keluar masuk, hanya dokter dan perawat yang boleh masuk ke dalam kamar penderita sampai muntah berhenti pada penderita mau makan. Tidak diberikan makanan atau minuman dan selama 24 jam. 14

c. Terapi psikologika

Perlu diyakinkan kepada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik.

d. Cairan parenteral

Cairan yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% dalam cairan fisiologis (2-3 liter/hari), dapat ditambah kalium dan vitamin (vitamin B kompleks, vitamin C), bila kekurangan protein dapat diberikan asam amino secara intravena, bila dalam 24 jam penderita tidak muntah dan keadaan umum membaik dapat diberikan minuman dan lambat laun makanan yang tidak cair

e. Menghentikan kehamilan Bila keadaan memburuk dilakukan pemeriksaan medik dan psikiatrik, manifestasi komplikasi organis

adalah delirium, takikardi, ikterus, anuria dan perdarahan dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan keadaan yang memerlukan pertimbangan gugur kandung diantaranya:

- i. Gangguan kejiwaan ditandai dengan : delirium, apatis, somnolen sampai koma, terjadi gangguan jiwa.
- 2) Gangguan penglihatan ditandai dengan : pendarahan retina, kemunduran penglihatan. 15
- 3) Gangguan faal ditandai dengan : hati dalam bentuk ikterus, ginjal dalam bentuk anuria, jantung dan pembuluh darah terjadi nadi meningkat, tekanan darah menurun.

IX. Asuhan Keperawatan (Pengkajian, diagnose intervensi, implemantasi dan evaluasi) tentang Hyperemesis gravidarum

A. Pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Hiperemesis Gravidarum

Dikutip dari doengoes, pengkajian keperawatan pada pasien dengan hyperemesis gravidarum meliputi:

- a. Aktivitas istirahat; tekanan darah sistol menurun, denyut nadi meningkat (>100 kali per menit)
- b. Integritas ego; konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, perubahan persepsi tentang kondisinya, kehamilan tak direncanakan.
- c. Eliminasi; perubahan pada konsistensi, defekasi, peningkatan frekuensi berkemih Urinalis ;peningkatan konsistensi urine.
- d. Makanan/cairan; mual dan muntah yang berlebihan (4-8 minggu), nyeri epigastrium, pengurangan berat badan (5-10 kg), membrane mukosa mulut iritasi dan merah, Hb dan Ht rendah, nafas berbau aseton, turgor kulit berkurang, mata cekung dan lidah kering.
- e. Pernafasan; frekuensi pernapasan meningkat.
- f. Keamanan; suhu kadang naik, badan lemah, ikterus, dan dapat jatuh dalam koma
- g. Seksualitas; penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeutik.
- h. Interaksi sosial; perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospitalisasi dan sakit, system pendukung yang kurang.
- i. Pembelajaran dan penyuluhan; segala yang dimakan dan diminum di muntahkan, apalagi kalau berlangsung lama, berat badan turun lebih dari 1/10 dari berat badan normal, turgor kulit, lidah kering, adanya aseton dalam urine.

1. Pengkajian Data Subjektif

Teori Keperawatan Maternitas

- a. Biodata : mengkaji identitas klien dan penanggung yang meliputi ; nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, perkawinan ke- , lamanya perkawinan dan alamat.
 - b. Keluhan utama: mual muntah yg hebat pada pagi hari atau setelah makan, nyeri epigastrik, tidak nafsu makan, merasa haus
 - c. Riwayat kehamilan saat ini: meliputi ada tidaknya gemeli, riwayat pemeriksaan antenatal, dan komplikasi
 - d. Riwayat Kesehatan sekarang: meliputi awal kejadian dan lamanya mual dan muntah, kaji warna volume, frekuensi dan kualitasnya. Kaji juga factor yg memperberat dan memperingan keadaan, serta pengobatan apa yang pernah dilakukan.
 - e. Riwayat medis sebelumnya: seperti riwayat penyakit obstetric dan ginekologi, kolelithiasis, gangguan tiroid, dan gangguan abdomen lainnya
 - f. Riwayat sosial: seperti terpapar penyakit yang mengganggu komunikasi, terpapar dengan lingkungan, tercapainya pelayanan antenatal, peran, tanggung jawab, pekerjaan, dll
 - g. Riwayat diet: khususnya intake cairan
 - h. Riwayat pembedahan: khususnya pada abdomen
 - i. Integritas Ego: seperti konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, dll
 - j. Pola aktivitas sehari-hari : Kaji mengenai nutrisi, cairan dan elektrolit, eliminasi (BAB dan BAK), istirahat tidur, hygiene, ketergantungan, baik sebelum dan saat sakit.
2. Pengkajian Data Objektif
- a. TTV: ada tidaknya demam, takikardi, hipotensi, frekuensi nafas meningkat, adanya nafas bau aseton
 - b. Status Gizi: Berat Badan meningkat/menurun
 - c. Status Kardiovaskuler: kualitas nadi, takikardi, hipotensi
 - d. Status Hidrasi: Turgor kulit, keadaan membrane mukosa, oliguria
 - e. Keadaan Abdomen: Suara Abdomen, adanya nyeri lepas/tekan, adanya distensi, adanya hepatosplenomegali, tanda Murphy.
 - f. Genitourinaria: nyeri kostovertebral dan suprapubik
 - g. Status Eliminasi: Perubahan konsistensi feses, konstipasi dan perubahan frekuensi berkemih
 - h. Keadaan janin: Pemeriksaan DJJ, TFU, dan perkembangan janin (apakah sesuai dengan usia kehamilan)

B. ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA MASA KEHAMILAN

I. Pengertian Hipertensi dalam kehamilan

Penyakit Hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan nifas.

Hipertensi adalah kelainan yang tidak diketahui etiologinya yang terjadi dalam kehamilan, dimanifestasikan dengan hipertensi, (tekanan sistolik 30 mmHg dan atau tekanan diastolik 15 mmHg di atas nilai dasar) edema dan proteinuria (preeklamsia) yang dapat berlanjut pada kejang/koma (eklamsia). (Rencana Perawatan Material Bayi, 2001)

Hipertensi dalam kehamilan adalah suatu kondisi dalam kehamilan dimana tekanan darah sistol diatas 140 mmHg dan diastol diatas 90 mmHg atau adanya peningkatan tekanan sisstolik sebesar 30 mmHg atau lebih atau peningkatan diastolik sebesar 15 mmHg atau lebih diatas nilai dasar yang mana diukur dalam dua keadaan, minimal dalam jangka waktu 6 jam (Reeder dkk, 2011).

Hipertensi dalam kehamilan ialah tekanan darah sistolik dan sistolik $\geq 140/90$ mmHg pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolik ≥ 15 mmHg sebagai parameter hipertensi sudah tidak dipakai lagi (Prawirohardjo, 2013).

II. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan :

- a.** Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pasca persalinan.
- b.** Preeklamsi adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria.
- c.** Eklamsi adalah preeklamsi yang disertai dengan kejang-kejang sampai dengan koma.
- d.** Hipertensi kronik dengan *superposed* preeklamsi adalah hipertensi kronik di sertai tanda-tanda preeklamsi atau hipertensi kronik disertai proteinuria. Hipertensi gestasional (*transient hypertension*) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi
- e.** Menghilang setelah 3 bulan pascapersalin atau kehamilan dengan preeklamsi tetapi tanpa proteinuria (Prawirohardjo, 2013).

III. Etiologi

Prawirohardjo (2013), menjelaskan penyebab hipertensi dalam kehamilan

Teori Keperawatan Maternitas

belum diketahui secara jelas. Namun ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan terjadinya hipertensi dan dikelompokkan dalam faktor risiko. Beberapa faktor risiko sebagai berikut :

- a. Primigravida, primipaternitas
- b. Hiperplasentosis, misalnya : mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes melitus, hidrops fetalis, bayi besar.
- c. Umur
- d. Riwayat keluarga pernah pre eklampsia/ eklampsia
- e. Penyakit- penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil
- f. Obesitas

IV. Patofisiologi

Prawirohardjo (2013), menjelaskan beberapa teori yang mengemukakan terjadinya hipertensi dalam kehamilan diantaranya adalah :

a. Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapat aliran darah dari cabang-cabang arteri uterina dan arteri ovarika. Kedua pembuluh darah tersebut menembus miometrium berupa uteri arkuata dan memberi cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis memberi cabang arteri spiralis.

Kehamilan normal akan terjadi invasi trofoblas ke dalam lapisan otot arteri spiralis yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spiralis. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan arteri spiralis mengalami distensi dan dilatasi. Keadaan ini akan memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskular, dan peningkatan tekanan darah pada daerah utero plasenta. Akibatnya aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini sering dinamakan dengan remodeling arteri spiralis.

Sebaliknya pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel- sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi dan terjadi kegagalan remodeling arteri spiralis. Sehingga aliran darah uteroplasenta menurun, dan terjadi hipoksia dan iskemia plasenta.

b. Teori iskemia plasenta, radikal bebas, dan disfungsi endotel

Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan oksidan yang disebut juga radikal bebas. Iskemia plasenta tersebut akan menghasilkan oksidan penting, salah satunya adalah radikal hidroksil yang sangat toksis, khususnya terhadap membran sel endotel pembuluh darah.

Radikal hidroksil tersebut akan merusak membran sel yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak tersebut selain akan merusak membran sel, juga akan merusak nukleus, dan protein sel endotel. Peroksida lemak sebagai oksidan akan beredar diseluruh tubuh dalam aliran darah dan akan merusak membran sel endotel. Akibat sel endotel terpapar terhadap peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membran sel endotel. Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel.

c. Teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin

HLA-G (human leukocyte antigen protein G) merupakan prakondisi untuk terjadinya invasi trofoblas kedalam jaringan desidua ibu, disamping untuk menghadapi sel natular killer. HLA-G tersebut akan mengalami penurunan jika terjadi hipertensi dalam kehamilan. Hal ini menyebabkan invasi desidua ke trofoblas terhambat. Awal trimester kedua kehamilan perempuan yang mempunyai kecendrungan terjadi pre-eklampsia, ternyata mempunyai proporsi helper sel yang lebih rendah bila dibanding pada normotensif.

d. Teori adaptasi kardiovaskuler

Daya refrakter terhadap bahan konstriktor akan hilang jika terjadi hipertensi dalam kehamilan, dan ternyata terjadi peningkatan kepekaan terhadap bahan-bahan vasopresor. Artinya daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor hilang hingga pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan vasopresor.

e. Teori Genetik

Genotip ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotipe janin. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami pre-eklampsia, 2,6% anak perempuannya akan mengalami preeklampsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami preeklampsia.

f. Teori defisiensi gizi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kekurangan defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Misalnya seorang ibu yang kurang mengkonsumsi minyak ikan, protein dan lain-lain.

g. Teori stimulus inflamasi

Teori ini berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses inflamasi. Plasenta juga akan melepaskan debris trofoblas dalam kehamilan normal. Sebagai sisa-sisa proses apoptosis dan nekrotik trofoblas, akibat reaksi stress oksidatif.

Bahan-bahan ini sebagai bahan asing yang kemudian merangsang timbulnya proses inflamasi. Proses apoptosis pada preeklampsia terjadi peningkatan stress oksidatif, sehingga terjadi peningkatan produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas. Makin banyak sel trofoblas plasenta maka reaksi stress oksidatif makin meningkat, sehingga jumlah sisa debris trofoblas juga

Teori Keperawatan Maternitas

makin meningkat. Keadaan ini menimbulkan beban reaksi inflamasi dalam darah ibu menjadi jauh lebih besar dibanding reaksi inflamasi pada kehamilan normal (Prawirohardjo, 2013).

Berdasarkan teori di atas, akan mengakibatkan terjadinya kerusakan membran sel endotel. Kerusakan ini mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut dengan disfungsi sel endotel. Apabila terjadi disfungsi sel endotel, maka akan terjadi beberapa gangguan dalam tubuh, diantaranya adalah :

1. Gangguan metabolisme prostaglandin, karena salah satu fungsi sel endotel adalah memproduksi prostaglandin, yaitu menurunnya produksi prostasiklin (PGE₂) yang merupakan suatu vasodilator kuat.
2. Perubahan pada sel endotel kapiler glomerulus
3. Peningkatan permeabilitas kapiler
4. Peningkatan produksi bahan- bahan vasopresor, yaitu endotelin. Kadar NO (vasodilator) menurun, sedangkan endotelin (vasokonstriktor) meningkat.
5. Peningkatan faktor koagulasi
6. Agresi sel-sel trombosit pada daerah endotel yang mengalami kerusakan. Agresi sel-sel trombosit ini untuk menutupi tempat- tempat di lapisan endotel yang mengalami kerusakan. Terjadinya agresi trombosit akan memproduksi tromboksan (TXA₂) yang mana tromboksan tersebut merupakan suatu vasokonstriktor kuat. Ibu hamil yang mengalami hipertensi akan terjadi perbandingan kadar tromboksan (vasokonstriktor kuat) lebih tinggi dari pada prostasiklin (vasodilator kuat), sehingga menyebabkan pembuluh darah cenderung mengalami vasokonstriksi, dan terjadi kenaikan tekanan darah.

Reeder (2011), menjelaskan patofisiologi hipertensi dalam kehamilan terjadi karena adanya vasokonstriksi arteriol, vasospasme sistemik, dan kerusakan pembuluh darah merupakan karakteristik terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Sirkulasi arteri terganggu karena adanya segmen yang menyempit dan melebar yang berselang-seling. Kerja vasospasme tersebut merusak pembuluh darah akibat adanya penurunan suplai darah dan penyempitan pembuluh darah di area tempat terjadinya pelebaran. Apabila terjadi kerusakan pada endotelium pembuluh darah, trombosit, fibrinogen, dan hasil darah lainnya akan dilepaskan ke dalam interendotelium. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan peningkatan permeabilitas albumin, dan akan mengakibatkan perpindahan cairan dari ruang intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler yang terlihat secara klinis sebagai edema (Reeder, 2011).

V. Manifestasi Klinis

Jhonson (2014), menjelaskan beberapa manifestasi klinis dari hipertensi dalam kehamilan adalah sebagai berikut :

Gejala yang timbul akan beragam, sesuai dengan tingkat PIH dan organ yang dipengaruhi.

- 1) Spasme pembuluh darah ibu serta sirkulasi dan nutrisi yang buruk dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan dan kelahiran prematur.
- 2) Mengalami hipertensi diberbagai level.
- 3) Protein dalam urin berkisar dari +1 hingga +4.
- 4) Gejala neurologi seperti pandangan kabur, sakit kepala dan hiper refleksia mungkin akan terjadi.
- 5) Berpotensi gagal hati.
- 6) kemungkinan akan mengalami nyeri di kuadran kanan atas.
- 7) meningkatnya enzim hati.
- 8) jumlah trombosit menurun.

VI. Pemeriksaan Diagnostik

Manuaba dkk (2013) dan Purwaningsih & Fatmawati(2010) menyebutkan pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada ibu hamil dengan hipertensi diantaranya :

- a. Uji urin kemungkinan menunjukkan proteinuria
- b. Pengumpulan urin selama 24 jam untuk pembersihan kreatinin dan protein.
- c. Fungsi hati : meningkatnya enzim hati (meningkatnya alamine aminotransferase atau meningkatnya aspartate).
- d. Fungsi ginjal: profil kimia akan menunjukkan kreatinin dan elektrolit abnormal, karena gangguan fungsi ginjal.
- e. Tes non tekanan dengan profil biofisik.
- f. USG seri dan tes tekanan kontraksi untuk menentukan status janin
- g. Evaluasi aliran doppler darah untuk menentukan status janin dan ibu.

VII. Penatalaksanaan

Manuaba dkk(2013), menjelaskan beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan hipertensi dalam kehamilan diantaranya :

- a. Hipertensi ringan

Kondisi ini dapat diatasi dengan berobat jalan. Pasien diberi nasehat untuk menurunkan gejala klinis dengan tirah baring 2x2 jam/hari dengan posisi miring. Untuk mengurangi darah ke vena kava inferior, terjadi peningkatan darah vena untuk meningkatkan peredaran darah menuju jantung dan plasenta sehingga menurunkan iskemia plasenta, menurunkan tekanan darah, meningkatkan aliran darah menuju ginjal dan meningkatkan

Teori Keperawatan Maternitas

produksi urin. Pasien juga dianjurkan segera berobat jika terdapat gejala kaki bertambah berat (edema), kepala pusing, gerakan janin terasa berkurang dan mata makin kabur.

b. Hipertensi Berat

Dalam keadaan gawat, segera masuk rumah sakit, istirahat dengan tirah baring ke satu sisi dalam suasana isolasi. Pemberian obat-obatan untuk menghindari kejang (anti kejang), antihipertensi, pemberian diuretik, pemberian infus dekstrosa 5%, dan pemberian antasida.

c. Hipertensi kronis

Pengobatan untuk hipertensi kronis adalah di rumah sakit untuk evaluasi menyeluruh, pemeriksaan laboratorium lengkap serta kultur, pemeriksaan kardiovaskuler pulmonal (foto thorax, EKG, fungsi paru).

VIII. Komplikasi

Purwaningsih & Fatmawati (2010) dan Mitayani (2011), menyebutkan beberapa komplikasi yang mungkin terjadi akibat hipertensi dalam kehamilan pada ibu dan janin.

Pada ibu :

- a. Eklampsia
- b. Pre eklampsia berat
- c. Solusio plasenta
- d. Kelainan ginjal
- e. Perdarahan subkapsula hepar
- f. Kelainan pembekuan darah
- g. Sindrom HELLP (hemolisis, elevated, liver, enzymes, dan low platellet count).
- h. Ablasio retina.

Pada janin :

- a. Terhambatnya pertumbuhan janin dalam uterus
- b. Kelahiran prematur
- c. Asfiksia neonatorum
- d. Kematian dalam uterus
- e. Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

IX. Asuhan keperawatan (Pengkajian, diagnose intervensi, implelementasi dan evaluasi) hipertensi pada kehamilan

A. Pengkajian/Anamnesa

Pengkajian pada pasien dengan kasus hipertensi dalam kehamilan meliputi :

- 1) Identitas umum ibu, seperti: nama, tempat tanggal lahir/umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, dan alamat rumah

2) Data Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang :

Biasanya ibu akan mengalami: sakit kepala di daerah frontal, terasa sakit di ulu hati/ nyeri epigastrium, bisa terjadi gangguan visus, mual dan muntah, tidak nafsu makan, bisa terjadi gangguan serebral, bisa terjadi edema pada wajah dan ekstermitas, tengkuk terasa berat, dan terjadi kenaikan berat badan 1 kg/ minggu.

b) Riwayat kesehatan Dahulu:

Biasanya akan ditemukan riwayat: kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi pada kehamilan sebelumnya, kemungkinan ibu mempunyai riwayat preeklampsia dan eklampsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, ibu mungkin pernah menderita gagal ginjal kronis.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kemungkinan mempunyai riwayat kehamilan dengan hipertensi dalam keluarga.

3) Riwayat Perkawinan

Biasanya terjadi pada wanita yang menikah di bawah usia 20 tahun atau di atas 35 tahun.

4) Riwayat Obstetri

Biasanya hipertensi dalam kehamilan paling sering terjadi pada ibu hamil primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa dan semakin semakin tuanya usia kehamilan (Prawirohardjo, 2013).

5) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Biasanya ibu hamil dengan hipertensi akan mengalami kelemahan.

D. ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN KARDIOVASKULER PADA MASA KEHAMILAN

Penyakit jantung adalah penyebab utama ketiga kematian pada wanita berusia 25 tahun sampai 44 tahun. Karena relatif sering terjadi pada wanita usia subur, penyakit jantung mempersulit pada sekitar 1 persen kehamilan (Leveno, Kenneth J, 2009).

Kehamilan dengan penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan dapat memberatkan penyakit jantung yang dideritanya. Penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya janin yang dikandungnya

sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah sehingga terjadi perubahan dari kerja jantung.

II. Klasifikasi penyakit jantung

Klasifikasi asosiasi penyakit jantung New York pada ibu hamil:

- Kelas 1 : pasien tidak terbatas dalam kegiatan fisik. Kegiatan fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan yang tidak semestinya, Palpitasi, sesak nafas atau nyeri angina.
- Kelas 2 : pasien sedikit terbatas kegiatan fisiknya. Kegiatan fisik biasa menyebabkan kelelahan, palpitasi, sesak nafas, atau nyeri angina.
- Kelas 3 : pasien jelas terbatas dalam kegiatan fisiknya. Kegiatan fisik yang kurang dari biasa menyebabkan kelelahan, palpitasi, sesak nafas, atau nyeri angina.
- Kelas 4 : pasien tidak mampu melakukan sembarangan kegiatan fisik tanpa merasa tidak enak. Gejala-gejala insufisiensi jantung atau sindrom angina bisa ada sekalipun dalam keadaan istirahat. Bila melakukan kegiatan fisik rasa tidak enak bertambah berat (Raybura, William F, 2001)

III. Etiologi penyakit jantung pada kehamilan

Etiologi kelainan jantung dapat berupa kelainan primer maupun sekunder.

- Kelainan Primer, kelainan primer dapat berupa kelainan kongenital, bentuk kelainan katub, iskemik dan cardiomiopati.
- Kelainan Sekunder, kelainan sekunder berupa penyakit lain, seperti hipertensi, anemia berat, hipervolumia, perbesaran rahim, dll.

IV. Patofisiologi

Pada saat kehamilan curah jantung meningkat hingga 30 sampai 50 persen. Hampir separuh dari peningkatan total tersebut terjadi pada 8 minggu, dan maksimal pada pertengahan kehamilan. Peningkatan dini curah jantung terjadi akibat meningkatnya isi sekuncup disertai berkurangnya resistensi vaskuler dan penurunan tekanan darah. Pada tahap kehamilan selanjutnya juga terjadi peningkatan denyut nadi istirahat, dan isi sekuncup semakin meningkat, mungkin berkaitan dengan meningkatnya pengisian diastolic akibat meningkatnya volume darah.

Karena pada awal kehamilan terjadi perubahan hemodinamik yang signifikan, wanita dengan disfungsi jantung yang berat dapat mengalami perburukan gagal jantung sebelum pertengahan kehamilan. Pada wanita yang lain, gagal jantung terjadi pada trimester ketiga saat hypervolemia normal pada kehamilan mencapai puncaknya. Akan tetapi, pada sebagian besar kasus gagal jantung terjadi peripartum saat timbul tambahan beban

hemodinamik. Kondisi ini merupakan saat kemampuan fisiologis jantung mengubah curah jantung secara cepat sering kesulitan menghadapi penyakit jantung structural (Leveno, Kenneth J, 2009).

V. Manifestasi Klinik

Gejala-gejala seperti kelelahan, dan sesak nafas ringan dan tanda-tanda klinik seperti desah sistolik, suara jantung ketiga, dan edema bisa jadi tanda-tanda penyakit jantung merupakan hal fisiologik selama kehamilan. Diperlukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menetapkan penyakit jantung jika ada sembarangan gejala dan tanda berikut, sesak nafas yang cukup berat buat mengganggu kegiatan, ortopnea progresif, sesak nafas malam hari yang paroksimal, nyeri dada seperti angina menyertai setiap kegiatan fisik atau stress, emosional, desah sistolik yang lebih dari III, IV (diastolic, prediastolik atau terus-menerus), pembesaran jantung yang nyata, aritmia berat, sianosis, dan pelebaran ujung-ujung jari (clubbing) (Raybura, William F, 2001).

VI. Komplikasi

Penyakit jantung pada ibu hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dalam bentuk :

- a. Dapat terjadi keguguran
- b. Persalinan prematuritas atau berat lahir rendah
- c. Kematian perinatal yang makin meningkat
- d. Pertumbuhan dan perkembangan bayi mengalami hambatan
- b. intelegensia atau fisik (Manuaba, Ida Bagus Gde, 1998).

VII. Penatalaksanaan

Pengobatan dan penatalaksanaan penyakit jantung dalam kehamilan tergantung pada derajat fungsinya.

- | | | |
|-----------|---|---|
| Kelas I | : | tidak ada pengobatan tambahan yang dibutuhkan, penanganannya biasa secara berobat jalan. Pasien harus beristirahat beberapa kali sehari untuk mengurangi kerja jantung. |
| Kelas II | : | biasanya tidak memerlukan terapi tambahan kurangi kerja fisik terutama antara kehamilan 28 – 36 minggu |
| Kelas III | : | memerlukan digitalisasi/ obat lainnya sebaiknya dirawat di rumah sakit sejak kehamilam 28 – 30 minggu |
| Kelas IV | : | harus dirawat di rumah sakit dan diberikan pengobatan bekerjasama dnegan kardiologi |

Teori Keperawatan Maternitas

Penatalaksanaan harus melibatkan ahli kandungan, ahli jantung, ahli anestesi dan ahli bedah jantung, hipertensi pulmonal dan sindrom marfan merupakan kontra indikasi untuk hamil. Sebagian besar otot-otot kardiovaskuler dapat digunakan pada kehamilan dengan mempertimbangkan potensi resiko terhadap ibu dan bayi. Indikasi untuk operasi sama dengan wanita yang tidak hamil. Jika ada indikasi untuk operasi cardiopulmonary bypass support harus dengan aliran tinggi.

Kegagalan jantung harus ditangani secara agresif dengan istirahat baring, oksigen, turniket (rotating tourniquets), digoksin (0,5 mg intravena selama 10 menit diikuti dengan 0,25 mg intravena tiap 2- 4 jam sampai 2mg jika diperlukan), dan morfin (10 -15 mg intravena tiap 2 - 4 jam). Takikardi ibu yang jelas harus diobati dengan pemberian propranolol (0,2 - 0,5 mg intravena tiap 3 menit sampai denyut jantung turun menjadi 110 kali per menit), digoksin, atau kardioversi (25 - 100 watt-detik).

Asosiasi jantung Amerika menganjurkan pemberian antibiotika pada pasien-pasien hamil dengan penyakit katup jantung sebelum dilakukan bedah sesar atau kateterisasi uretra, atau dalam persalinan melalui vagina yang berkomplikasi. Pemakaian beta agonis untuk mengatasi partus premature adalah kontra indikasi pada penderita dengan penyakit jantung yang jelas. Sulfas magnesikus dapat dipergunakan dengan hati-hati, karena dengan dosis tinggi mungkin terjadi keracunan jantung.(Raybura, William F, 2001)

E. ASUHAN KEPERAWATAN ANEMIA PADA MASA KEHAMILAN

I. Pengertian

Anemia adalah suatu keadaan menurunnya kadar hemoglobin, hematokrit, dan jumlah sel darah merah di bawah nilai normal yang untuk individu (Arisman, 2004). Anemia juga berarti suatu keadaan dimana darah tidak cukup mengandung hemoglobin yang mana hemoglobin ini berfungsi untuk memproduksi sel darah merah (King & Burges, 1995).

Anemia juga didefinisikan sebagai kadar hemoglobin (Hb) yang rendah dalam darah yang disebabkan oleh beberapa faktor. Beberapa faktor tersebut di antaranya penyakit yang menyebabkan kehilangan darah atau mengurangi produksi hemoglobin (Hb), Pola nutrisi kebanyakan orang beberapa vitamin seperti B12, asam folat, dan riboflavin itu berpengaruh terhadap pembentukan hb, akan tetapi faktor nutrisi yang penting adalah kekurangan zat besi (Kraimer & Zimmermann, 2009)

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I dan trimester III atau kadar Hb < 10,5 gr% pada

trimester III (Prawiharjo,2006).Anemia dalam kehamilan di definisikan sebagai penurunan kadar hemoglobin < 10 g/dl selama masa post partum dan trimester II (Proverawati,2009).

Anemia merupakan salah satu kelainan darah yang umum terjadi ketika kadar sel darah merah (eritrosit) dalam tubuh menjadi terlalu rendah.Hal ini dapat menyebabkan masalah kesehatan karena sel darah merah mengandung hemoglobin,yang membawa oksigen ke jaringan tubuh.Anemia dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk kelelahan dan stress pada organ tubuh. Memiliki kadar sel darah merah yang normal dan mencengah anemia membutuhkan kerja sama antara ginjal,sumsum tulang,dan nutrisi dalam tubuh. Jika ginjal atau sumsum tidak berfungsi, atau tubuh kurang gizi,maka jumlah sel darah merah dan fungsi normal mungkin sulit untuk dipertahankan.

Anemia sebenarnya adalah sebuah tanda dari proses penyakit bukan penyakit itu sendiri.Hal ini biasanya digolongkan baik kronis atau akut.Anemia kronis terjadi selama jangka waktu yang panjang.Anemia akut terjadi dengan cepat.Menentukan apakah anemia telah terjadi untuk waktu yang lama atau apakah itu adalah sesuatu yang baru,membantu dokter dalam mencari penyebabnya.Hal ini juga membantu memprediksi seberapa parah gejala anemia mungkin. Pada Anemia kronis,gejala biasanya di mulai secara perlahan dan bertahap, sedangkan pada gejala anemia akut dapat mendadak dan lebih berat (Atikah Proverawati, 2011, Hal 1-2).

II. Fisiologis

Fisiologi pembentukan darah secara garis besar, hemasitoblas, yang berasal dari sel-sel retikuloendotelial dalam sumsum tulang, merupakan progenitor eritrosit, leukosit dan trombosit, dan dibawahrangangan eritopoitin serta faktor-faktor esensial lainnya, terjadi proses maturasi yang berurutan menjadi proeritoblas, normoblast, retikulosit dan sel-sel darah merah normal. Proses tersebut dapat terdapat atau bahkan terhenti oleh defisiensi salah satu dari faktor-faktor esensial ini, atau oleh kerja zat-zat toksin pada sumsum tulang. Keduanya dapat mempengaruhi produksi leukosit dan trombosit di samping produksi eritrosit (Matingli & Seward, 1996) Sel darah merah yang matur menunjukkan bentuk cakram bikonkaf. Tanpa inti yang fleksibel dan unik, sel ini dirancang untuk mengangkut oksigen dari paru-paru ke jaringan dengan bantuan bentuk dan kandungan hemoglobinnnya. Setiap molekul hemoglobin disusun dari dua pasang rantai polipeptida dan empat gugus heme yang mengandung zat besi dan ditukar dengan karbodioksida di dalam pembuluh-pembuluh kapiler. Anemia dapat dianggap sebagai penurunan kemampuan pengangkutan oksegen pada darah. Keadaan anemia terjadi kalau hemoglobin lebih rendah daripada batas bawah kisaran normalnya.

III. Faktor-Faktor Esensial

Matingli & Seward (1996) Substansi ini menggalakkan proses diferensiasi, poliferasi dan maturasi sel-sel prekursor eritrosit dalam sumsumtulang. Sebagian diantaranya merupakan sekret alami tubuh, seperti eritropoitin dan hormon tiroid, sedangkan sebagian lainnya adalah konstituen normal dalam makanan. Yang terakhir ini mencakup zat besi dan beberapa vitamin, khususnya vitamin B 12 dan asam folat (Matingli & Seward, 1996).

2) Eritropoitin

Hormon ini merupakan glikoprotein yang terutama disekresi oleh ginjal pada manusia skitar 10% berasal dari hati.eritropoitin diperkirakan bergabung dengan reseptor pada sel-sel prekursor eritrosit dengan cara demikian merangsang proses proliferasi serta maturasinya. Kandungan oksigen pada darah akteri merupakan faktor terutamaan dalam pengaturan eritropoisis, dengan bekerja langsung pada ginjal untuk mengendalikan pengeluaran eritropoitin. Produksi hormon ini di tingkatan oleh testosteron dan oleh keadaan hipoksia akibat anemia, penyakit kardiopulmoner atau tinggal di dataran tinggi (matingli & seward,1996)

2) Hormon tiroid

Tiroksin atau triyodotironin harus di pertimbangkan sebagai faktor asensial karena defisiensi kedua jenis hormon tiroid ini pada keadaan hipotiroid kadang- kadang menimbulkan anemia nomokromik normositer yang hanya bisa di sembuhkan dengan pemberian kedua hormon tersebut (matingli &seward 1996)

3) Zat besi

Secara wantitatif zat besi merupakan unsur yang paling penting pada manusia, dan juga menjadikan komponen penting pada molekul heoglobin. Mineral ini terjadi pada daging, khususnya ginjal dan hati,merah telur,sayurhijau dan buah-buahan.penyebab zat besi ini berlangsung terutama pada pars proksimal jejunum setelah ion feri diubah menjadi bentuk ferum di dalam lambung oleh zat-zat produksi seperti asm askorbat dalam makanan (matingli & seward 1996). Besi merupakan mineral mikro yang paling banyak terdapat pada manusia dan hewan. besi mempunyai beberapa fungsi asensial di dalam tubuh yaitu sebagai alat angkot oksigen dalam sel dan sebagai bagian terpadu berbagai reaksi enzim di dalam jaringan tubuh.

Walaupun terdapat luas dalam makanan namun banyak penduduk manusia mengalami kekurangan besi,termasuk indonesia(almatsier 2003) Total besi dalam tubuh rata-rata pada laki-laki 4 gram dan pada wanita 2,5

gram.besi mengandung senyawa dalam tubuh yang di kelompokkan dalam dua kategori yaitu kategori functiononal yang di gunakan untuk fungsi metabolisme atau fungsi enzim,dan storage yang tersimpan digunakan sebagai cadangan dan transport besi. Kira-kira 2/3 dari total besi dalam tubuh adalah functional iron, dimana sebagian besar adalah dalam bentuk hemoglobin yang berfungsi dalam sirkulasi eritrosit (bowmen,et al,2001)

Tubuh menggunakan besi untuk memproduksi hemoglobin untuk sel darah merah dan membantu fungsi sel yang lain. Manusia memerlukan besi dari darah untuk mengganti sel darah merah yang rusak,hilang dan untuk membentuk jaringan yang baru. Tubuh menyimpan kelebihan besi paling banyak di hati,limpa dan sumsum tulang (king and burges,1995)

4) Vitamin B12

Sianokobalamin dijumpai dalam sebagian besar makanan hewani, khususnya daging, hati dan ginjal. Dalam jumlah yang lebih kecil, vitamin ini terdapat didalam susu, keju dan telur. Dalam lambung vitamin B12 berikatan dengan protein pembawa yang dinamakan faktor intrinsik; faktor intrinsik disekresikan bersama sama asam hidro klorida oleh sel sel parietal lambung. Masukan zat besi sebesar 2µg per hari biasanya sudah mencukupi, tetapi jumlah yang sangat sedikit ini tidak akan terpenuhi dari makanan vegetarian yang tetap. Dengan kebutuhan yang sangat sedikit ini, akibat tidak adanya vitamin B12 baru menimbulkan anemia setelah beberapa tahun kemudian (Matingli &seword, 1996)

Riboflavin atau vitamin B12 berfungsi sebagai koenzim flavin, adenin dinukleotida (FAD) dan flavin adenin mononukleotida (FMN). Kedua enzim flavorprotein terlibat dalam reaksi oksida – reduksi berbagai jalur metabolisme energi dan mempengaruhi respirasi sel (Almasir, 2003). anemia pernisiiosa yang disertai dengan rasa letih yang parah merupakan akibat dari defisiensi B12. Vitamin ini sangat penting dalam pembentukan RBC (sel darah merah). Anemia pernisiiosa biasanya tidak disebabkan oleh kekurangan B12 dalam makanan, melainkan oleh ketiadaan faktor intrinsik, yaitu sekresi gaster yang diperlukan untuk penyerapan B12.

IV. Penyebab Anemia dalam kehamilan

Secara umum ada tiga penyebab anemia defisiensi zat besi yaitu

a) Kehilangan Darah Secara Kronis

Pada pria dewasa, sebagian besar kehilangan darah disebabkan oleh proses perdarahan akibat penyakit (trauma), atau akibat pengobatan suatu penyakit. Sementara pada wanita, terjadi kehilangan darah secara alamiah setiap bulan. Jika darah yang keluar selama haid sangat banyak

(banyak wanita tidak sadar kalau darah haidnya terlalu banyak) akan terjadi anemia defisiensi zat besi. Sepanjang usia reproduktif, wanita akan mengalami kehilangan darah akibat peristiwa haid. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa jumlah darah yang hilang selama satu periode haid berkisar antara 20-25 cc. Jumlah ini menyiratkan kehilangan zat besi sebesar 12,5 – 15 mg/bulan, atau kira-kira sama dengan 0,4-0,5 mg sehari. Jika jumlah tersebut ditambah dengan kehilangan basal, jumlah total zat besi yang hilang sebesar 1,25 mg per hari.

Selain ulasan di atas, kehilangan zat besi dapat pula diakibatkan oleh infestasi parasit, seperti cacing tambang (ankilostoma dan nekator), schistosoma, dan mungkin pula Trichuris Trichiura. Kasus-kasus tersebut lazim terjadi di negara tropis (kebanyakan negara tropis terklasifikasi sebagai negara belum dan sedang berkembang), lembab serta keadaan sanitasi yang buruk.

Darah yang hilang akibat infestasi cacing tambang bervariasi antara 2-100 cc/hari, bergantung pada beratnya infestasi. Jika jumlah zat besi dihitung berdasarkan banyaknya telur cacing yang terdapat pada tinja, jumlah zat besi yang hilang per seribu telur adalah sekitar 0,8 mg (untuk nekator americanus) sampai 1,2 mg (untuk ancylostoma duodenale) sehari.

b) Asupan dan Serapan Tidak Adekuat

Makanan yang banyak mengandung zat besi adalah bahan makanan yang berasal dari daging hewan. Selain banyak mengandung zat besi, serapan zat besi dari sumber makanan tersebut di meja makanan tersebut mempunyai angka keterserapan sebesar 20-30%. Sayangnya sebagian besar penduduk di negara yang (belum) sedang berkembang tidak (belum) mampu menghadirkan bahan makanan tersebut di atas meja makan.

Ditambah dengan kebiasaan mengonsumsi makanan yang dapat mengganggu penyerapan zat besi seperti : kopi dan teh secara bersamaan pada waktu makan menyebabkan serapan zat besi semakin rendah. 3. Peningkatan Kebutuhan Asupan zat besi harian diperlukan untuk mengganti zat besi yang hilang melalui tinja, air kencing dan kulit. Kehilangan basis ini, diduga sebanyak 14 µg/kg BB/hari. Jika dihitung berdasarkan jenis kelamin, kehilangan basis zat besi untuk orang pria dewasa mendekati 0,9 mg dan 0,8 mg untuk wanita. Kebutuhan akan zat besi selama kehamilan meningkat.

Peningkatan ini dimaksudkan untuk memasok kebutuhan janin untuk bertumbuh (pertumbuhan janin memerlukan banyak sekali zat besi), pertumbuhan plasenta, dan peningkatan volume darah ibu : jumlahnya sekitar 1.000 mg selama hamil. Kebutuhan akan zat besi selama trimester I relatif sedikit, yaitu 0,8 mg sehari, yang kemudian meningkat tajam selama trimester II dan III, yaitu 6,3 mg sehari.

Sebagian peningkatan ini dapat terpenuhi dari cadangan zat besi, serta peningkatan adaptif jumlah persentase zat besi yang terserap melalui sakuran cerna. Namun, jika cadangan zat besi sangat sedikit atau (ekstremnya : tidak ada sama sekali) sedangkan kandungan dan serapan zat besi dalam dan dari makanan sedikit, pemberian suplementasi pada masa ini menjadi sangat penting.

V. Tanda dan Gejala Anemia dalam Kehamilan

Gejala awal biasanya tidak ada atau tidak spesifik (misalnya, kelelahan, kelemahan, pusing, dispnea ringan dengan tenaga). Gejala dan tanda lain mungkin termasuk pucat jika terjadi anemia berat, akan mengalami takikardi atau hipotensi anemia meningkatkan risiko kelahiran prematur dan infeksi ibu postpartum. Banyak gejala anemia selama kehamilan juga gejala anda mungkin mengalami bahkan jika anda tidak anemia, ini meliputi:

- a. Merasa lelah atau lemah
- b. Kulit pucat progresif dari kulit
- c. Denyut jantung cepat
- d. Sesak napas
- e. Konsentrasi terganggu (Atikah Proverawati, Anemia dan Kehamilan :134-135, 2011)

VI. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian Anemia pada Kehamilan

Menurut Manuaba (2005). ada beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian anemia pada ibu hamil, antara lain:

a) Status Gizi ibu hamil

Status gizi ibu hamil dapat dilihat secara langsung melalui 4 penilaian antara lain: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu. Status gizi ibu hamil merupakan suatu keadaan gizi ibu hamil akibat dari pemakaian dari penggunaan makanan yang ditentukan oleh kualitas makanan yang dikonsumsi ibu hamil dalam memenuhi kebutuhan ibu hamil. Status Gizi ibu hamil dipengaruhi oleh, keadaan sosial dan ekonomi ibu sebelum

hamil, keadaan kesehatan dan gizi ibu, jarak kelahiran jika yang di kandung bukan anak yang pertama, paritas, usia kehamilan (Arisman, 2007).

b) Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah jarak jarak antara kehamilan sekarang dengan kelahiran sebelumnya. Jarak kehamilan sebaiknya antara 2 sampai 4 tahun (Ridwan A. Mahuddin, 2004). Kehamilan dan persalinan dengan jarak yang pendek akan mempercepat terjadinya anemia pada kehamilan, karena kehamilan yang berulang dalam waktu yang singkat akan menguras cadangan zat besi ibu (Manuaba, 2005).

Pengaturan jarak kehamilan yang baik minimal dua tahun menjadi penting untuk memperhatikan sehingga badan ibu siap untuk menerima janin kembali tanpa harus menghabiskan cadangan zat besinya (Amiruddin, 2007). Salah satu penyebab anemia adalah jarak kehamilan yang pendek <2 tahun yang disebabkan dalam kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta, kebutuhan tersebut sekitar 900 mg Fe dengan uraian : meningkat sel darah merah ibu 500 mg Fe, terdapat dalam plasenta 300 mg Fe dan untuk darah janin 100 mg Fe. Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe dalam tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya (Manuaba, 2010).

Keuntungan Pengaturan Jarak Kehamilan antara lain :

1. Angka kematian bayi turun sebesar 24%
2. Kematian anak berusi di bawah lima tahun (BALITA) akan mengalami penurunan sebesar 35%
3. Membantu perempuan memelihara kesehatan dan fertilitas atau kesuburannya.
4. Meningkatkan derajat kesehatan kualitas hidup

3. Umur

Ibu Umur ibu merupakan salah satu resiko terjadinya anemia gizi pada ibu hamil. Faktor resiko umur ibu adalah ibu yang berumur kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun (Depkes RI, 2009). Dikedua ujung masa reproduksi, usia ibu mempengaruhi hasil akhir kehamilan.

Remaja memiliki kemungkinan lebih besar mengalami anemia, dan beresiko lebih tinggi memiliki janin yang pertumbuhannya terhambat, persalinan, prematur, dan angka kematian bayi yang lebih tinggi (Fraser dkk, 1995) yang dikutip (Cunnigham, et. Al, 2006). Usia menentukan besaran kalori serta zat gizi yang diberikan (Arisman, 2009). Tubuh berada

pada resiko tinggi untuk menjadi anemia selama kehamilan jika hamil saat masih remaja (Proverawati, 2011).

4. Umur Kehamilan

Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat selama hamil untuk memenuhi kebutuhan ibu akan Fe yang digunakan untuk peningkatan volume darah, menyediakan Fe bagi janin dan plasenta, untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan (Syafiq,et.al, 2007)

3. LILA

Ukuran lingkaran lengan atas merupakan salah satu indikator untuk menilai status gizi ibu. Lila pada ibu hamil bisa digunakan untuk menskrening risiko terjadinya BBLR. Sedangkan pada WUS untuk memberikan gambaran risiko kurang energi Kronis (KEK). Batasan seseorang WUS dinyatakan menderita KEK jika ukuran LILA

4. Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah gejala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (<http://id.pendidikan> di akses 10 desember 2011).

5. Tingkat Sosial Ekonomi

Banyak faktor sosial ekonomi yang sukar untuk menilai secara kuantitatif khususnya pendapatan dan kepemilikan, karena masyarakat enggan untuk membicarakan kepada orang yang tidak dikenal. Tingkat pendidikan juga termasuk dalam faktor ini dan berhubungan dengan status gizi karena dengan meningkatnya pendidikan kemungkinan akan meningkatkan pendapatan sehingga dapat meningkatkan daya beli makanan. Faktor yang berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang adalah tingkat sosial ekonomi, dalam hal ini adalah daya beli keluarga. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapat keluarga, harga makanan itu sendiri, serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan (Syafiq, 2007). Ekonomi adalah segala sesuatu mengenai penyelidikan tentang pendapatan dan pengeluaran keluarga. Faktor yang paling menentukan kualitas makanan. Tingkat pendapatan keluarga dapat dilihat dari pengeluaran (Moehji, 2002)

VII. Diagnosa Anemia dalam kehamilan

Untuk menegakkan diagnosa anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa didapatkan beberapa keluhan yaitu keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual-muntah lebih hebat pada hamil muda (Manuaba, 2005).

VIII. Manifestasi Klinis

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda. (Manuaba 1998).

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut :

Hb 11 gr %	tidak anemia
Hb 9-10gr%	anemia ringan
Hb 7-8gr%	anemia sedang
Hb <7gr%	anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil dipuskesmas. (Manuaba 1998)

IX. Pemeriksaan Penunjang

• Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Hemoglobin adalah parameter yang digunakan secara luas untuk menetapkan prevalensi anemia (Nyoman, 2002). Keuntungan metode pemeriksaan Hb adalah mudah, sederhana dan penting bila kekurangan besi tinggi, seperti pada kehamilan sedangkan keterbatasan pemeriksaan Hb adalah spesifitasnya kurang yaitu sekitar 65-99% dan sensitifitasnya 80-90% (Riswan, 2003).

Anemia pada ibu hamil berdasarkan pemeriksaan dan pengawasan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan berdasarkan beratringannya terbagi menjadi, anemia berat jika Hb 7gr%, anemia sedang jika kadar Hb antara 7 sampai 8gr% dan bila anemia ringan jika kadar Hb antara 9 sampai 10gr% (Manuaba, 2001).

Metode yang paling sering digunakan di laboratorium dan paling sederhana adalah metode *sahli* dan sampai saat ini baik di puskesmas maupun di beberapa Rumah Sakit. Pada metode *sahli*, hemoglobin dihidrolisis dibentuk dengan HCL menjadi *forroheme* oleh oksigen yang ada di udara dioksidasi

menjadi ferriheme yang segera bereaksi dengan ion CL membentuk *Ferrihemechlorid* yang juga disebut hematin atau hemin yang berwarna coklat. Warna yang terbentuk ini dibandingkan dengan warna standard, karena membandingkan pengamatan dengan mata secara langsung tanpa menggunakan alat, maa subjektivitas hasil pemeriksaan sangat berpengaruh hasil pembacaan (Supariasa, dkk, 2001)

X. Pencegahan

1. Konsumsilah suplemen zat besi, suplemen asam folat dan atau suplemen vitamin B12
2. Konsultasikan kepada dokter mengenai porsi makanan yang dapat dikonsumsi selama kehamilan untuk mencegah terjadinya anemia seperti daging merah, sayuran, telur, buah-buahan dan lain-lain.
3. Lakukan pemeriksaan darah untuk melihat hemoglobin dan kadar hematokrit sehingga dapat diketahui apa ibu mengalami anemia sehingga dapat melakukan penanganan dini.

XI. Asuhan keperawatan (Pengkajian, diagnose intervensi, Impelemntasi dan evaluasi) anemia pada kehamilan.

1. Pengkajian
 - a. Identitas klien
Nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan, agama, suku, dll.
 - b. Keluhan utama
Kelelahan dan kelemahan umum dapat merupakan satu-satunya gejala penurunan kapasitas pengangkutan oksigen. Keluhan utama meliputi letih, lesu, lemah, lelah, pandangan berkunang-kunang
 - c. Rirwayat kesehatan
- 1) Riwayat kesehatan sekarang
Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari anemia, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan apa yang terjadi.
Pada pasien anemia masa kehamilan, pasien bisa mengeluhkan pusing, lelah, dll.
- 2) Riwayat kesehatan dahulu
Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab anemia. Penyakit-penyakit tertentu seperti infeksi dapat memungkinkan terjadinya anemia.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit darah merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya anemia yang cenderung diturunkan secara genetik.

RANGKUMAN

Perdarahan antepartum merupakan suatu kejadian pathologis berupa perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan 28 minggu atau lebih. Perdarahan yang terjadi dapat dibedakan menjadi 2 yaitu perdarahan yang ada hubungannya dengan kehamilan (plasenta previa, solusio plasenta, pecahnya sinus marginalis, dan perdarahan vasa previa) dan perdarahan yang tidak ada hubungannya dengan kehamilan (pecahnya varises, perlukaan serviks, keganasan serviks, dll). Perdarahan antepartum yang berhubungan dengan kehamilan harus segera dilakukan tindakan agar tidak berakibat fatal bagi ibu dan janinnya. Sedangkan perdarahan antepartum yang tidak berhubungan dengan kehamilan tidak membahayakan janin tapi hanya memberatkan ibu.

Disfungsi perdarahan dan pembekuan adalah terjadinya kelainan dalam pembentukan pembekuan darah dimana hal ini berhubungan dengan trombosit dan faktor-faktor pembekuan darah. Abnormalitas yang merupakan predisposisi seseorang mengalami perdarahan dapat disebabkan oleh pembuluh darah, trombosit, dan setiap faktor koagulasi plasma, fibrin atau plasmin. Trombus yang kecil tidak menimbulkan gejala apapun. Namun bila trombus sudah menyumbat sehingga aliran darah menurun maka akan timbul gejala. Gejala yang umum adalah rasa nyeri akibat sel-sel tubuh tidak mendapat suplai oksigen. Transfusi trombosit dan komponen plasma hanya diberikan jika keadaan pasien sudah sangat buruk dengan trombositopenia berat dengan perdarahan masif, memerlukan tindakan invasif, atau memiliki risiko komplikasi perdarahan. Terbatasnya syarat transfusi ini berdasarkan pemikiran bahwa menambahkan komponen darah relatif mirip menyiram bensin dalam api kebakaran, namun pendapat ini tidak terlalu kuat, mengingat akan terjadinya hiperfibrinolisis jika koagulasi sudah maksimal. Sesudah keadaan ini merupakan masa yang tepat untuk memberi trombosit dan komponen plasma, untuk memperbaiki kondisi perdarahan. Atonia uteri adalah kegagalan mekanisme akibat gangguan miometrium atau uterus tidak berkontraksi secara terkoordinasi sehingga ujung pembuluh darah ditempat implantasi placenta tidak dapat dihentikan sehingga perdarahan menjadi tidak terkendali. Beberapa faktor penyebab atonia uteri yaitu; Faktor yang menyebabkan uterus membesar lebih dari normal selama kehamilan termasuk polihydramnion, kehamilan gemeli dan janin besar (makrosomia). Kala I dan/atau II persalinan yang memanjang. Persalinan cepat. Persalinan yang diinduksi atau

dipercepat dengan oksitosyn (augmentasi), Infeksi intra partum, - Multiparitas tinggi atau grandemultipara.

Diabetes Mellitus(DM) adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskopelectron (Mansjoer,2007) elama kehamilan, peningkatan kadar hormon tertentu dibuat dalam plasenta (organ yang menghubungkan bayi dengan tali pusat kerahim) nutrisi membantu pergeseran dari ibu kejanin. Poliuri (banyakkencing), Polidipsi (banyakminum) Polipagi (banyakmakan) .

Hiperemesis Gravidarum (HG) adalah suatu keadaan pada awal kehamilan (sampai trisemester II) yang ditandai dengan rasa mual dan muntah berlebihan dalam waktu relatif lama bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan berat badan berkurang. Penyebab Hiperemesis Gravidarum Belum Diketahui Secara Pasti. Frekuensi Kejadian Adalah 2 Per 1000 Kehamilan. Hiperemesis Gravidarum Di Klasifikasikan Menjadi 3 Stadium.

Hipertensi adalah kelainan yang tidak diketahui etiologinya yang terjadi dalam kehamilan, dimanifestasikan dengan hipertensi, (tekanan sistolik 30 mmHg dan atau tekanan diastolik 15 mmHg di atas nilai dasar) edema dan proteinuria (preeklamsia) yang dapat berlanjut pada kejang/koma (eklamsia). (Rencana Perawatan Material Bayi, 2001). Penyebab hipertensi pada sebagian besar kasus, tidak diketahui sehingga disebut hipertensi esensial. Penyakit ini adalah penyakit paling berbahaya yang dapat mengenai wanita hamil dan janinnya. Angka kematian ibu akibat hipertensi ini telah menurun selama 3 dekade terakhir ini dari 5% -10% menjadi kurang dari 3% kasus.

Kehamilan dengan penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan dapat memberatkan penyakit jantung yang dideritanya. Penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya janin yang dikandungnya sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah sehingga terjadi perubahan dari kerja jantung.

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 gr% pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2. (Cunningham F, 2005).

Anemia yang paling sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi karena kurangnya asupan unsur besi dalam makanan. Gangguan penyerapan, peningkatan kebutuhan zat besi atau karena terlampaui banyaknya zat besi yang keluar dari tubuh, misalnya pada perdarahan.

Teori Keperawatan Maternitas

Wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg perhari atau 2 kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil. Jarak kehamilan sangat berpengaruh terhadap kejadian anemia saat kehamilan. Kehamilan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu. Pengaturan jarak kehamilan yang bai minimal dua tahun menjadi penting untuk diperhatikan sehingga badan ibu siap untuk menerima janin kembali tanpa harus menghabiskan cadangan zat besinya (Mardliyanti, 2006)

DAFTAR PUSTAKA

- Angsar, M. D., 1999, *Perlukaan Alat-alat Genital dalam Ilmu Kandungan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bobak, L.J. (2014). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Doenges, Marilyn E. 1999. *Rencana asuhan keperawatan : pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien.*, edisi 3. Jakarta: EGC
- Hanretty K.P., Santoso B.I., & Muliawan E. (2014). *Ilustrasi Obstetri*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Herdman, T. Heather. 2012. *Diagnosa keperawatan NANDA: definisi dan klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Komite Medik RSUP dr. Sardjito, 2000, *Perdarahan Post Partum dalam Standar Pelayanan Medis RSUP dr. Sardjito*, Yogyakarta: Penerbit Medika Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
- NANDA International. 2012. *Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2012-2014*, Editor; Barrarah Barid, dkk. Jakarta: EGC.
- Nurarif, Amin Huda & Hardi Kusuma. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC Jilid 1 & 2*. Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. (1998). *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan keluarga berencana* . Jakarta : EGC.
- Mansjoer, Arief, dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid 1*. Jakarta : Media Aesculapius FKUI.
- Mochtar, R., Lutan, D. (ed), 1998, *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pillitteri, Adelle. 2001. *Perawatan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : EGC.
- Rayburn, W. F., Carey, J. C., 2001, *Obstetri & Ginekologi*, Jakarta: Penerbit Widya Medika
- Safe Motherhood. 2001. *Modul Hemoragi Post Partum*. Jakarta : EGC.
- Udjianti, Wajan Juni. 2011. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta : Salemba Medika.
- Wilkinson, Judith M. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan : Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC Edisi 9*. Jakarta : EGC.

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASA PERSALINAN DENGAN RESIKO

PENDAHULUAN

Mahasiswa Semester IV Sarjana Keperawatan yang berbahagia, selamat Anda telah memasuki Bab II tentang asuhan keperawatan pada ibu persalinan dengan resiko persalinan. Pada bab ini Anda akan mempelajari materi dasar tentang perdarahan pada pasca persalinan, syok haemoragik, distosia, premature, postmatur, inkontinensia urine, dan fistula genetalia Anda akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab. Dengan mengerjakan tugas membuat asuhan keperawatan maternitas pada ibu hamil (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) pada ibu persalinan dengan resiko sesuai topik masing-masing kelompok. Hal tersebut untuk dapat membantu Anda mengetahui asuhan keperawatan pada ibu persalinan dengan resiko dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam bab yang masih belum sepenuhnya dipahami sehingga mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan maternitas pada ibu persalinan dengan resiko pada berbagai kasus dengan kondisi yang ada. Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami.

PERDARAHAN PADA PASCA PERSALINAN PADA PERSALINAN BERESIKO

A. Pengertian

Sebelum membahas tentang asuhan keperawatan ibu persalinan dengan resiko: perdarahan pada pasca persalinan Anda harus tahu dahulu tentang Perdarahan pasca persalinan (PPP) adalah perdarahan masif yang antara lain berasal dari tempat implantasi plasenta atau robekan pada jalan

lahir dan jaringan sekitarnya. Jika perdarahan pasca persalinan tidak mendapatkan penanganan yang semestinya, maka dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu serta proses penyembuhan kembali (Cunningham FG, 2005).

Perdarahan pasca persalinan tetap menjadi penyebab kematian utama ibu hamil di seluruh dunia dengan angka kejadian sekitar 30% dari seluruh kasus kematian ibu, setara dengan 86.000 kematian per tahun atau 10 kematian setiap jam. Secara umum, angka kematian dari PPP telah berkurang tajam seiring waktu. Di Inggris, Angka Kematian Ibu (AKI) yang disebabkan oleh perdarahan (per 100.000 kehamilan) telah berkurang dalam 150 tahun terakhir, dari sebesar 108 pada tahun 1847 menjadi sejumlah 50 pada tahun 1926, kemudian berkurang menjadi 11 pada tahun 1952, dan untuk saat ini mencapai 0.4 per 100.000 kehamilan (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014). Beberapa faktor risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan antara yaitu riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya; solusio plasenta, terlebih lagi jika tidak terdeteksi; plasenta previa; preeklamsia; regangan berlebihan pada uterus seperti gemelli dan polihidramnion; serta kelainan perdarahan sebelum kehamilan (Prawirohardjo, 2008).

B. Penyebab Perdarahan Pasca persalinan

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang terjadi sesudah sesaat proses persalinan berlangsung dengan volume perdarahan melebihi dari 500 ml. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan volume perdarahan yang terjadi karena tercampur dengan air ketuban, dan serapan pakaian atau kain alas tidur. Oleh sebab itu operasional untuk periode pasca persalinan adalah setelah bayi lahir. Sedangkan tentang jumlah perdarahan, disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal dimana dapat menyebabkan perubahan tanda vital, seperti; pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik <90 mmHg, nadi >100 x/menit, dan kadar Hb <8 g% (Saifuddin, 2001).

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir yang melewati batas fisiologis normal. Pada umumnya seorang ibu melahirkan akan mengeluarkan darah secara fisiologis sampai jumlah 500 ml tanpa menyebabkan gangguan homeostasis. Dengan demikian secara konvensional dikatakan bahwa perdarahan yang melebihi 500 ml dapat dikategorikan sebagai perdarahan pasca persalinan dan perdarahan yang secara kasat mata mencapai 1000 ml harus segera ditangani secara serius.

Definisi baru mengatakan bahwa setiap perdarahan yang dapat mengganggu homeostasis tubuh atau mengakibatkan tanda hipovolemia termasuk dalam kategori perdarahan pasca persalinan. Perdarahan sebanyak lebih dari 1/3 volume darah atau 1000 ml harus segera mendapatkan

penanganan. Perdarahan pasca persalinan dapat terjadi segera setelah janin lahir, selama pelepasan plasenta atau setelah plasenta lahir (Siswosudarmo, 2008).

Perdarahan obstetri dapat terjadi setiap saat, baik selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Oleh karena itu, setiap perdarahan yang terjadi dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas harus dianggap sebagai suatu keadaan akut dan serius, karena dapat membahayakan ibu dan janin (Khoman, 2002).

Berdasarkan waktu kejadiannya perdarahan pasca persalinan dibagi dua bagian, yaitu:

1. Perdarahan pasca persalinan dini (*Early Post Partum haemorrhage*, atau Perdarahan Pasca persalinan Primer, atau perdarahan pasca persalinan segera). Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir.
2. Perdarahan masa nifas (PPH kasep atau Perdarahan Persalinan Sekunder atau perdarahan pasca persalinan lambat, atau Late PPH). Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Perdarahan pasca persalinan sekunder sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Faisal, 2008).

Faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan pasca persalinan adalah grandemultipara, jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, dan persalinan yang dilakukan dengan tindakan yakni; pertolongan kala I sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa dan persalinan dengan narkosa atau persalinan yang dilakukan dengan menggunakan anastesi yang terlalu dalam (Manuaba, 1998).

Sebagian besar kehilangan darah terjadi akibat arteriol spiral miometrium dan vena desidua yang sebelumnya dipasok dan didrainase ruang intervulus plasenta. Karena kontraksi pada rahim yang sebagian kosong menyebabkan pemisahan plasenta, terjadilah perdarahan dan berlanjut hingga otot rahim berkontraksi di sekitar pembuluh darah dan bekerja sebagai pengikat fisiologi-anatomi. Kegagalan kontraksi rahim setelah pemisahan plasenta (atonia uteri) mengakibatkan perdarahan yang terlalu banyak di tempat plasenta (Hacker, 2001).

C. Patofisiologi perdarahan pasca persalinan

a. Pemisahan Plasenta dan Aktivitas Uterus

Aktivitas biokimia yang mengawali terjadinya kelahiran plasenta dan membrannya dimulai tepat sebelum memasuki kala II dari persalinan. Pelepasan membran dimulai dari kala I. Segera setelah bayi lahir, serabut otot uterus melakukan kontraksi yang sangat kuat. Serabut otot akan memendek

disertai dengan penurunan ukuran dan volume uterus yang disebut sebagai retraksi. Kejadian ini difasilitasi oleh struktur spiral dari serabut otot uterus, sehingga penurunan volume tersebut menyebabkan penurunan luas area perlekatan plasenta (Cunningham FG, 2002).

Menurut Brandt, kompresi plasenta menyebabkan aliran balik plasenta ke sinus di desidua basalis. Sinus-sinus ini tertahan oleh kontraksi miometrium yang kuat, sehingga aliran balik menjadi suatu sistem dengan resistensi yang tinggi. Lebih lanjut lagi, sinus akan menjadi bengkak dan dapat terjadi ruptur. Darah dari sinus yang ruptur menyobek septa-septa yang tipis pada lapisan desidua basalis, sehingga plasenta dapat terlepas. Kontrol perdarahan pasca persalinan merupakan kontraksi dan retraksi dari serabut miometrium yang mengelilingi arteri spiralis di dasar plasenta (Khan, 2008).

Kontraktilitas uterus tergantung pada stimulasi hormonal dan listrik. Terdapat dua hormon yang berperan penting pada kontraktilitas uterus selama kala III, yaitu hormon oksitosin dan prostaglandin (Khan, 2008).

b. Perdarahan pada Kala Tiga

Perdarahan dalam derajat tertentu pasti akan terjadi pada kala III persalinan akibat pemisahan parsial transien plasenta. Saat plasenta terlepas, darah dari tempat implantasi dapat segera mengalir keluar dari vagina (mekanisme *Duncan*), selain itu darah dapat tertahan di belakang plasenta dan ketuban hingga plasenta dilahirkan (mekanisme *Schultze*). Jika terdapat perdarahan eksternal pada kala III, uterus harus dipijat jika tidak dapat berkontraksi kuat (Prawirohardjo, 2010).

Jika tanda-tanda terlepasnya plasenta telah timbul, pengeluaran plasenta harus diupayakan dengan tekanan manual pada fundus. Turunnya plasenta ditandai oleh tali pusat yang menjadi longgar. Jika perdarahan berlanjut, maka pengeluaran manual plasenta mungkin perlu dilakukan. Pelahiran plasenta dengan traksi tali pusat khususnya bila uterus dalam keadaan atonia, selanjutnya dapat menyebabkan terjadinya inversi uteri (Cunningham FG, 2002).

Pada beberapa kasus, plasenta tidak segera terlepas setelah persalinan. Combs dan Laros (1991) meneliti sebanyak 12.275 persalinan bayi tunggal per vagina dan melaporkan median durasi kala III sebesar 6 menit, dan untuk 3,3% di antaranya memiliki durasi lebih lama dari 30 menit. Beberapa tindakan untuk menangani perdarahan seperti resusitasi cairan, transfusi, atau eksplorasi jalan lahir perlu segera dipertimbangkan bila kala III mencapai sekitar 30 menit atau lebih (Cunningham FG, 2002).

c. Perdarahan Pada Pasca Persalinan

Volume darah perempuan hamil dengan hypervolemia-terinduksi-kehamilan normal umumnya bertambah 30-60 %. Hal ini setara dengan 1500-2000 ml untuk wanita bertubuh sedang (Pritchard, 1965). Wanita hamil

normal dapat mentoleransi, tanpa adanya penurunan bermakna pada hematokrit pasca persalinan, kehilangan darah saat persalinan dalam jumlah mendekati volume darah tambahan yang diperolehnya selama hamil. Sehingga, jika kehilangan darah kurang dari jumlah yang bertambah saat hamil, maka nilai hematokrit akan tetap sama segera setelah persalinan (Cunningham FG, 2002).

Setiap kali ditemui nilai hematokrit pasca persalinan lebih rendah dibandingkan nilai yang terdata saat pasien datang untuk melahirkan, kehilangan darah dapat diperkirakan sebagai jumlah perhitungan hypervolemia kehamilan ditambah 500 ml untuk setiap penurunan nilai hematokrit sebesar 3% (Cunningham FG, 2002).

D. Penyebab Perdarahan Pasca persalinan

Penyebab terjadinya perdarahan pasca persalinan adalah

1. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka miometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalan diantara serabut otot tadi (JNPK/ Jaringan Nasional Pelatihan Klinik, 2007).

Beberapa faktor predisposisi yang terkait dengan perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri adalah;

1. Uterus membesar lebih dari normal selama kehamilan.
2. Kala I atau II yang memanjang.
3. Persalinan cepat (partus presipitatus).
4. Persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin (augmentasi).
5. Infeksi intrapartum.
6. Multiparitas tinggi.
7. Magnesium sulfat digunakan untuk mengendalikan kejang pada pre-eklampsia/eklampsia (JNPK, 2007).

Seorang ibu dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu kurang dari 1 jam. Atonia uteri menjadi penyebab lebih dari 90% perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran bayi (JNPK, 2007).

Atonia uteri dapat terjadi sebagai akibat dari terjadinya ;

- a) Partus lama.
- b) Pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil; seperti pada kehamilan kembar, hidramnion atau janin besar.

- c) Multiparitas.
- d) Anestesi yang dalam.
- e) Anestesi lumbal.

Atonia uteri juga dapat terjadi karena salah dalam penanganan kala III persalinan, dengan cara memijat uterus dan mendorongnya ke bawah dalam usaha melahirkan plasenta, sedang sebenarnya belum terlepas dari uterus (Wiknjosastro, 2002).

2. Robekan Jalan Lahir

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali (JNPK, 2007).

Perdarahan dalam keadaan di mana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir (Hadijono, 2006).

Cedera selama kelahiran merupakan penyebab perdarahan postpartum kedua terbanyak ditemukan. Selama kelahiran pervaginam, laserasi pada serviks dan vagina dapat terjadi secara spontan tetapi lebih sering ditemukan setelah penggunaan forsep atau ekstraktor vakum.

Dinding pembuluh darah dalam jalan lahir mengembang selama kehamilan dan dapat terjadi perdarahan yang banyak. Laserasi terutama cenderung terjadi pada t perineum, di daerah periuretral, dan pada iskiadikus spinalis disepanjang aspek-aspek posterolateral vagina. Serviks dapat menyebabkan laserasi pada dua sudut lateral sementara terjadi dilatasi yang cepat dalam tahap pertama persalinan (Hacker, 2001).

a. Klasifikasi Klinis

1. Robekan perineum

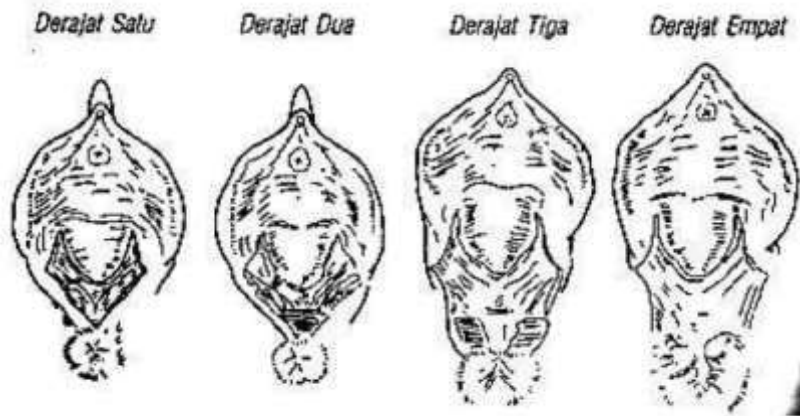
Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlalu kuat dan lama, karena akan menyebabkan asfiksia dan perdarahan dalam tengkorak janin serta melemahkan otot-otot maupun fasia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa sehingga kepala janin terpaksa lahir lebih ke belakang daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito- bregmatika, atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal.

Apabila mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum yang robek dinamakan robekan perineum tingkat satu. Pada robekan tingkat dua, mukosa vagina, komisura posterior. Kulit perineum dan otot perineum. dan

pada robekan tingkat tiga sampai pada otot spinter Sedangkan robekan tingkat empat, bisa sampai mukosa rektum (JNPK,2007).

Derajat laserasi perineum terbagi menjadi 4, yaitu:

1. Derajat I: robekan terjadi hanya pada selaput mukosa vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum
2. Derajat II: robekan mengenai selaput lender vagina dan otot perinei transversalis, tetapi otot sfingter ani
3. Derajat III: robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani
4. Derajat IV: robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum



Gambar 2.5 Derajat Ruptur Perineum

Sumber: Saifudin, 2008 (h. 462)

2. Robekan dinding vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak seberapa sering terdapat. Mungkin ditemukan sesudah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat ekstraksi dengan cunam, lebih-lebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan dengan spekulum. Perdarahan biasanya banyak, tetapi mudah diatasi dengan jahitan. (Wiknjosastro, 2002).

3. Robekan serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda daripada yang belum pernah melahirkan pervaginam. Robekan serviks biasanya terdapat di pinggir samping serviks bahkan kadang-kadang sampai ke segmen bawah rahim dan membuka parametrium. Robekan yang sedemikian dapat membuka pembuluh-pembuluh darah yang besar dan menimbulkan perdarahan yang hebat.

Teori Keperawatan Maternitas

Robekan semacam ini biasanya terjadi pada persalinan buatan; ekstraksi dengan forsep; ekstraksi pada letak sungsang, versi dan ekstraksi, dekapitasi, perforasi, dan kranioklasi terutama jika dilakukan pada pembukaan yang belum lengkap (Sastrawinata, 2004).

4. Ruptura uteri

Ruptura uteri atau robekan uterus merupakan peristiwa yang sangat berbahaya, yang umumnya terjadi pada persalinan, kadang-kadang juga pada kehamilan tua. Robekan pada uterus dapat ditemukan untuk sebagian besar pada bagian bawah uterus. Pada robekan ini kadang-kadang vagina atas ikut serta pula. Apabila robekan tidak terjadi pada uterus melainkan pada vagina bagian atas, hal ini dinamakan kolpaporeksis. Kadang-kadang sukar membedakan antara ruptura uteri dan kolpaporeksis. Apabila pada ruptura uteri peritoneum pada permukaan uterus ikut robek, hal ini dinamakan ruptura uteri komplet, jika tidak disebut ruptura uteri inkomplet. Pinggir ruptura biasanya tidak rata, letaknya pada uterus melintang, atau membujur, miring, dan bisa agak ke kiri atau ke kanan. Menurut cara terjadinya ruptura uteri terbagi atas; 1) Ruptur uteri spontan, 2) Ruptur uteri traumatik, 3) Ruptur uteri pada parut uterus (Wiknjosastro, 2002).

b. Penanganan Robekan Jalan Lahir

Berikan anastesi lokal pada setiap ibu yang memerlukan penjahitan robekan jalan lahir atau episiotomi. Jelaskan pada ibu apa yang akan dilakukan dan bantu ibu merasa santai.

3. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Saifuddin, 2001).

Menurut tingkat perlekatannya retensio plasenta terbagi atas beberapa bagian, antara lain adalah;

- a. Plasenta adhesiva, yaitu implantasi yang kuat dari jojol korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- b. Plasenta akreta, yaitu implantasi jojol korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- c. Plasenta inkreta, yaitu implantasi jojol korion plasenta hingga mencapai atau memasuki miometrium.
- d. Plasenta perkreta, yaitu implantasi jojol korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e. Plasenta inkarserata, yaitu tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi ostium uteri (Saifuddin, 2001).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelepasan plasenta, antara lain adalah;

- a. Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomali dari uterus atau serviks; kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus; kontraksi yang tetanik

dari uterus; serta pembentukan *constriction ring*.

- b. Kelainan dari plasenta dan sifat pelekatan plasenta pada uterus.
- c. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik; pemberian uterotonik yang tidak tepat waktu dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta; serta pemberian anestesi (Faisal, 2008).

Kondisi umum yang menjadi penyebab retensio plasenta adalah :

- 1. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh melekat lebih dalam.

Plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uteri dan akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Atau karena adanya lingkaran konstiksi pada bagian bawah rahim akibat kesalahan penanganan kala III, yang akan menghalangi plasenta keluar (Plasenta inkarserata). Plasenta mungkin pula tidak keluar karena kandung kemih atau rektum penuh, karena itu keduanya harus dikosongkan (Mochtar, 1998).

- a. Penanganan Retensio Plasenta

Apabila plasenta belum lahir setengah jam setelah anak lahir, maka harus diusahakan untuk mengeluarkannya (Wiknjosastro, 2002).

Setelah bayi lahir dilakukan dengan segera manajemen aktif kala III yaitu:

- 1. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- 2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.
- 3. Massase fundus uteri.

Bila plasenta tidak lahir dalam 15 menit sesudah bayi lahir, ulangi penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga dengan memberikan oksitosin 10 IU intramuskuler dan teruskan penanganagn tali pusat terkendali dengan hati-hati. Teruskan melakukan penegangan tali pusat terkendali untuk terakhir kalinya. Jika plasenta masih tetap belum lahir, rujuk segera ke rumah sakit.

Bila terjadi perdarahan, maka plasenta harus segera dilahirkan secara manual.

- b. Prosedur Plasenta Manual

- 1) Berikan cairan IV : Nacl 0,9% atau RL dengan tetesan cepat jarum berlubang besar (16 atau 18G) untuk mengganti cairan yang hilang sampai nadi dan tekanan darah membaik atau kembali norma.
- 2) Siapkan peralatan untuk melakukan tehnik manual, yang HARUS dilakukan secara aseptik.
- 3) Baringkan ibu telentang dengan lutut ditekuk dan kedua kaki ditempat tidur.
- 4) Jelaskan kepada ibu apa yang akan dilakukan dan jika ada berikan diazepam 10 mg IM.

Teori Keperawatan Maternitas

- 5) Cuci tangan sampai kebagian siku dengan sabun, air bersih mengalir dan handuk bersih, gunakan sarung tangan panjang steril/DTT.
- 6) Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong.
- 7) Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
- 8) Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap kebawah) kedalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat.
- 9) Setelah mencapai bukaan serviks, mintak seorang asisten/penolong lain untuk memegang klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri.
- 10) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
- 11) Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat).
- 12) Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah.
- 13) Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus maka perluasan pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan ke kiri sambil digeser keatas (kranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
- 14) Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada plasenta yang tertinggal.
- 15) Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar.
- 16) Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan suprasimfisis) uterus kearah dorsokranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.
- 17) Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lainnya yang digunakan.
- 18) Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 19) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir.
- 20) Keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.
- 21) Periksa kembali tanda vital ibu.
- 22) Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan.
- 23) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih di perlukan dan asuhan lanjutan.

- 24) Beritahukan pada ibu dan keluarga bahwa tindakan telah selesai tetapi ibu masih memerlukan pemantauan dan asuhan lanjutan.
 - 25) Lanjutkan pemantauan ibu hingga 2 jam pasca tindakan (JNPK, 2007).
- c. Rangsang Taktil (masase) Fundus Uteri
- Segera setelah plasenta lahir, Lakukan massae fundus uteri:
- 1) Letakkan telapak tangan pad fundus uteri.
 - 2) Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang di berikan. Anjurkan ibu untuk menarik nafas dalam, perlahan rileks.
 - 3) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.
 - 4) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh:
 - 5) Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi . Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase fundus uteri. Ajarkan ibu dan keluarganya cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
 - 6) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan (JNPK, 2007).

4 Gangguan Koagulasi Darah

Kausal PPP karena gangguan koagulasi darah baru dicurigai bila penyebab-penyebab lain dapat disingkirkan, terlebih jika disertai riwayat mengalami hal serupa pada persalinan sebelumnya. Kecenderungan akan terdapat di mana mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung, dan lain-lain (Prawirohardjo, 2010).

Pada hasil pemeriksaan penunjang akan didapatkan faal hemostasis yang abnormal. Waktu perdarahan dan waktu pembekuan memanjang, trombositopenia, terjadi hipofibrinogenemia, dan terdeteksi adanya FDP (*Fibrin Degradation Product*) serta perpanjangan tes protrombin dan PTT (*Partial Thromboplastin Time*). Faktor predisposisi untuk terjadinya hal ini adalah solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan, eklamsia, emboli cairan ketuban, dan sepsis. Terapi yang dapat dilakukan adalah dengan transfusi darah dan produknya seperti plasma beku segar, trombosit, fibrinogen, dan heparinisasi, atau pemberian EACA (*Epsilon Amino Caproic Acid*)

(Prawirohardjo, 2010).

E. Klasifikasi perdarahan pasca persalinan

Klasifikasi dari PPP dapat dikategorikan berdasar pada waktu terjadiannya, yaitu sebagai berikut (Prawirohardjo, 2008):

A. PPP primer/dini (early postpartum hemorrhage)

PPP primer atau dini adalah perdarahan ≥ 500 cc yang terjadi pada 24 jam pertama setelah persalinan. Etiologi dari perdarahan pasca persalinan dini biasanya disebabkan oleh:

- Atonia uteri
- Lacerasi jalan lahir
- Ruptur uteri
- Inversio uteri
- Plasenta akreta
- Gangguan koagulasi hereditas

B. PPP Sekunder/lambat(*late postpartum hemorrhage*)

PPP sekunder/lambat merupakan perdarahan sebanyak ≥ 500 cc yang terjadi setelah 24 jam pasca persalinan. Etiologi dari perdarahan pasca persalinan lambat biasanya disebabkan oleh:

- Sisa plasenta
- Subinvolsi dari *placental bed*

Perdarahan pasca persalinan dini lebih sering terjadi, di mana biasanya berupa perdarahan yang masif dan menimbulkan morbiditas, dan terutama paling sering disebabkan oleh atonia uteri (Mochtar, 2008).

F. Faktor Resiko

Beberapa faktor yang diduga dapat mempengaruhi terjadinya perdarahan pasca persalinan antara lain (Khan, 2008):

1. Usia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pardosi (2005), diketahui bahwa ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 30 tahun memiliki risiko mengalami perdarahan pasca persalinan 3,3 kali lebih besar dibandingkan ibu yang berusia 20-29 tahun. Penelitian lain dari Najah (2004) menunjukkan ibu berusia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun bermakna sebagai kelompok berisiko tinggi yang dapat mengalami perdarahan pasca persalinan.
2. Tingkat pendidikan. Seorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi diperkirakan dapat mengambil keputusan lebih rasional serta mempunyai keinginan untuk berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

3. Jumlah paritas. Pada jumlah paritas yang rendah seperti paritas 1 dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Sedangkan semakin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 3), maka uterus semakin melemah sehingga risiko untuk munculnya komplikasi dalam kehamilan menjadi lebih besar.
4. Jarak antar tiap kelahiran. Persalinan yang berturut-turut dalam jangka waktu dekat dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi kurang baik.
5. Riwayat persalinan buruk. Riwayat persalinan buruk dapat berupa abortus, kematian janin, eklamsi dan preeklamsi, kelahiran melalui *section caesarea*, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi, dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan postpartum.
- 6) Anemia ($Hb < 11 \text{ g\%}$). Ibu yang mengalami anemia berisiko 2,8 kali lipat lebih besar untuk mengalami perdarahan pasca persalinan primer dibanding yang tidak mengalami anemia.
6. Berat Badan Lahir Janin

Berat badan janin dapat mengakibatkan terjadinya ruptur perineum, yaitu berat badan janin lebih dari 3500 gram, karena risiko trauma partus melalui vagina seperti distosia bahu dan kerusakan jaringan lunak pada ibu. Perkiraan berat janin bergantung pada pemeriksaan klinik atau ultrasonografi. Pada masa kehamilan hendaknya terlebih dahulu mengukur taksiran berat badan janin (Label, 2011).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sekartini (2007) menunjukkan bahwa ada hubungan berat badan bayi lahir dengan laserasi jalan lahir pada ibu bersalin normal. Berat badan janin dapat mengakibatkan terjadinya laserasi pada jalan lahir yaitu berat badan janin lebih dari 3500 gram, karena risiko trauma partus melalui vagina. Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam 24 jam pertama setelah kelahiran.

G. Penatalaksanaan Perdarahan Pasca Persalinan

Tindakan awal yang dapat dilakukan jika mendapati laserasi pada jalan lahir yaitu:

- a. Memasang kateter ke dalam kandung kencing untuk mencegah trauma terhadap *uretra* saat penjahitan robekan jalan lahir
- b. Memperbaiki robekan jalan lahir
- c. Jika perdarahan tidak berhenti, tekan luka dengan kasa secara kuat kira-kira selama beberapa menit. Jika perdarahan masih berlangsung, tambahkan satu atau lebih jahitan untuk menghentikan perdarahan
- d. Jika perdarahan sudah berhenti, dan ibu merasa nyaman dapat diberikan makanan dan minuman pada ibu

Estimasi kehilangan darah



Gambar 2.7 Estimasi Kehilangan Darah pada Kasus Perdarahan

Sumber: Universitas Sumatera Utara, 2012

Penanganan dasar pada laserasi jalan lahir adalah

- Untuk mencegah luka yang robek dan pinggir luka yang tidak rata dan kurang bersih pada beberapa keadaan dilakukan *episotomi*
- Bila dijumpai robekan *perineum* dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah *vagina* yang biasanya dapat dimasuki oleh bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh.
- Dengan memberikan antibiotik yang cukup (Mochtar, 2005)

Tujuan penjahitan robekan *perineum* adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Penjahitan dilakukan dengan cara jelujur menggunakan benang *catgut kromik*. Dengan memberikan anastesi lokal pada ibu saat penjahitan *laserasi*, dan mengulangi pemberian anastesi jika masih terasa sakit. Penjahitan dimulai satu cm dari puncak luka. Jahit sebelah dalam ke arah luar, dari atas hingga mencapai bawah laserasi. Pastikan jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Ikat benang dengan membuat simpul dalam *vagina*. Potong ujung benang dan sisakan 1,5 cm. melakukan pemeriksaan ulang pada *vagina* dan jari paling kecil ke dalam anus untuk mengetahui terabanya jahitan pada *rectum* karena bisa menyebabkan *fistula* dan bahkan infeksi (Depkes, 2004).

Rupture *perineum* derajat empat atau robekan yang lengkap memerlukan langkah-langkah yang teliti. Apeks robekan dalam mukosa, *rectum* harus diperhatikan dan tepi mukosa *rectum* dibalikkan ke dalam lumen usus dengan jahitan berulang. Jahitan ini diperkuat lagi dengan jahitan terputus sekeliling fascia endopelvis. Ujung robekan sfingter ani cenderung mengalami retraksi ke lateral dan posterior. Setelah

diidentifikasi dan dijepit dengan forcep, ujung robekan didekatkan dengan dua atau tiga jahitan (Ben, 1998).

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah dengan memberikan *uterotonika* setelah lahirnya plasenta, obat ini tidak boleh diberikan sebelum bayi lahir. Manfaat dari pemberian obat ini adalah untuk mengurangi terjadinya perdarahan pada kala III dan mempercepat lahirnya plasenta.

Tindakan yang dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

- a. Memasang kateter ke dalam kandung kencing untuk mencegah trauma terhadap *uretra* saat penjahitan robekan jalan lahir
- b. Memperbaiki robekan jalan lahir. Jika perdarahan tidak berhenti, tekan luka dengan kasa secara kuat kira-kira selama beberapa menit
- c. Jika perdarahan masih berlangsung, tambahkan satu atau lebih jahitan untuk menghentikan perdarahan
- d. Jika perdarahan sudah berhenti, dan ibu merasa nyaman dapat diberikan makanan dan minuman pada ibu.

Perawatan luka *perineum* pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan *vulva*. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :

- a. Mencegah kontaminasi dengan *rectum*
- b. Menangani dengan lembut jaringan luka
- c. Membersihkan darah yang menjadi sumber infeksi dan bau (Saifuddin, 2001).

Metode Pengukuran Estimasi Kehilangan Darah:

Penilaian kehilangan darah setelah persalinan diakui cukup sulit. Adapun beberapa metode atau teknik yang dapat digunakan untuk menghitung perkiraan jumlah kehilangan darah setelah persalinan berupa estimasi visual, pengukuran langsung dan gravimetri.

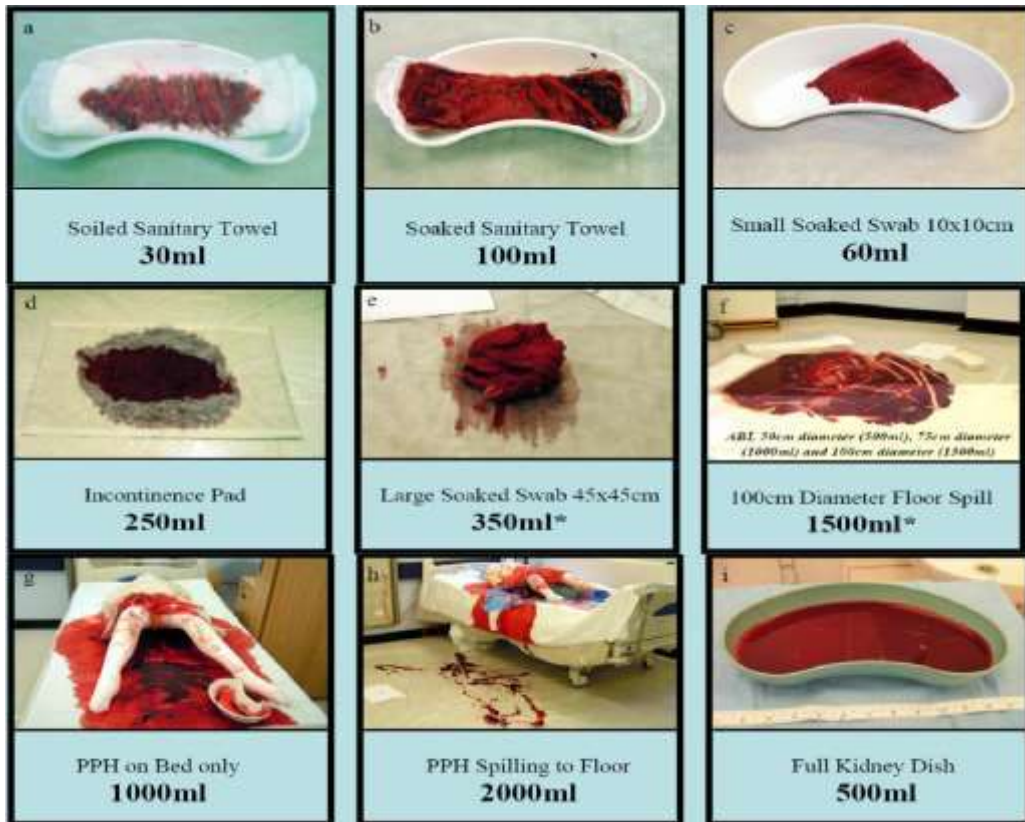
1. Estimasi Visual

Estimasi visual merupakan metode yang paling sering digunakan dalam praktek sehari-hari untuk mengukur kehilangan darah dalam persalinan. Estimasi yang dilakukan dapat berupa:

- a. Pembalut: Pembalut standar berukuran 20 cm mampu menyerap 100 ml darah.
- b. Tumpahan darah di lantai: Tumpahan darah dengan diameter 50 cm, 75 cm, 100 cm secara berturut turut mewakili kehilangan darah 500 ml, 1000 ml, dan 1500 ml.
- c. *Kidney dish*/Nierbeken: Nierbeken atau *kidney dish* mampu menampung 500 ml darah.
- d. *Stained incontinence pad*/underpad: Underpad dengan ukuran 90 cm x 60 cm, mampu menampung sampai 500 ml darah.
- e. Kasa: Kasa standar ukuran 10 cm x 10 cm mampu menyerap 60 ml darah

Teori Keperawatan Maternitas

sedangkan kasa ukuran 45 cm x 45 cm mampu menyerap 350 ml darah.



Gambar 2. Estimasi Kehilangan Darah

2. Pengukuran Langsung

Pengukuran langsung merupakan salah satu metode paling tua yang akurat dalam mengukur kehilangan darah. Metode ini menggunakan alat untuk mengumpulkan darah secara langsung dan digunakan selama persalinan untuk mengukur kehilangan darah dengan tepat. Salah satunya dengan meletakkan baskom atau wadah di bawah genitalia eksterna untuk mengumpulkan darah.

3. Gravimetri

Metode gravimetri dilakukan dengan mengukur berat material yang digunakan seperti spons dan mengurangi berat sebelumnya untuk memperkirakan jumlah darah yang hilang. Metode ini digunakan terutama untuk menilai kehilangan darah dalam operasi. Metode ini dapat menghitung jumlah kehilangan darah yang besar atau sangat kecil sekalipun.

H. Pencegahan perdarahan pasca persalinan

1. Perawatan Masa Kehamilan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan dengan mengatur petugas kesehatan mana yang sesuai dan jenjang rumah sakit rujukan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, seluruh kehamilan berisiko untuk mengalami persalinan yang bermasalah, salah satunya adalah perdarahan pasca persalinan (Prawirohardjo, 2010).

Pencegahan atau paling tidak bersiap siaga pada kasus-kasus yang dicurigai akan terjadi perdarahan adalah tindakan penting. Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin tetapi sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan *antenatal care* yang baik. Menangani anemia dalam kehamilan adalah penting, di mana ibu-ibu yang mempunyai faktor-faktor predisposisi atau riwayat perdarahan pasca persalinan sangat dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit (Mochtar, 1998).

Beberapaantisipasi terhadap kejadian PPP yang dapat dilakukan oleh tenaga kerja kesehatan antara lain (Cunningham, 2005):

1. Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain-lain. Sehingga, pasien berada dalam keadaan optimal saat hamil dan proses persalinan
2. Mengenal faktor predisposisi PPP seperti multiparitas, anak besar, hamil kembar, hidramnion, bekas seksio sesaria, riwayat PPP sebelumnya, dan kehamilan risiko tinggi lainnya
3. Mengarahkan ibu hamil dengan risiko tinggi untuk melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan
4. Kehamilan risiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih dan menghindari persalinan oleh dukun bayi
5. Menguasai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi PPP dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya

2. Persiapan Persalinan

Di rumah sakit dilakukan pemeriksaan terhadap keadaan fisik, keadaan umum, kadar Hb, golongan darah, serta bila memungkinkan sediakan donor darah dan dititipkan di bank darah. Selain itu dilakukan pemasangan kateter intravena dengan lobang yang besar untuk persiapan apabila diperlukan transfusi. Khusus untuk pasien dengan anemia berat sebaiknya langsung dilakukan transfusi. Sangat dianjurkan pada pasien dengan risiko perdarahan pasca persalinan untuk menabung darahnya sendiri dan digunakan saat persalinan (DeCherney & Nathan, 2003).

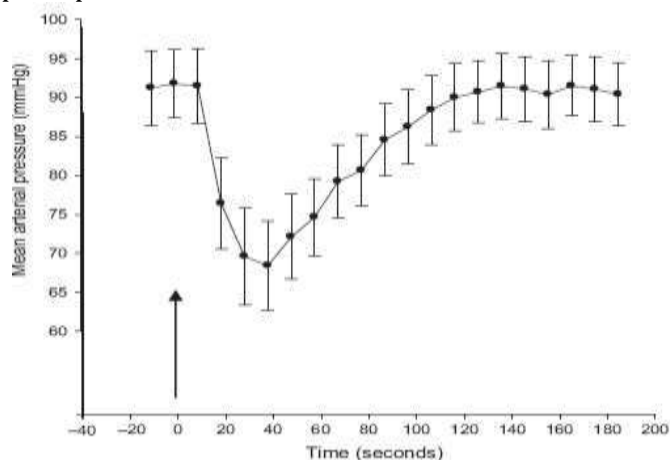
c. Persalinan

Setelah bayi lahir, lakukan masase uterus dengan arah gerakan *circular* atau maju mundur hingga uterus menjadi keras dan berkontraksi dengan baik. Masase yang berlebihan atau terlalu keras terhadap uterus sebelum, selama, ataupun sesudah lahirnya plasenta dapat mengganggu kontraksi normal miometrium, bahkan mempercepat kontraksi. Lebih lanjut lagi, dapat menyebabkan kehilangan darah yang berlebihan dan memicu terjadinya perdarahan pasca persalinan (DeCherney & Nathan, 2003).

Fundus harus segera dipijat setelah kelahiran plasenta, baik manual maupun spontan untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik. Jika uterus tidak teraba keras, pemijatan uterus yang agresif harus dilakukan. Sebagian besar bukti mendukung bahwa pemijatan uterus dapat mencegah perdarahan pasca persalinan, terutama akibat atonia uterus (Hofmeyr, dkk., 2008). Umumnya 20 U oksitosin dalam 1000 ml Ringer Laktat atau Normal Saline terbukti efektif bila diberikan secara intravena dengan kecepatan sekitar 10mL/menit –200 mU oksitosin per menit– secara simultan dengan pemijatan uterus yang efektif. Oksitosin tidak boleh diberikan dalam dosis bolus yang tidak diencerkan, karena dapat menyebabkan aritmia jantung atau hipotensi berat.

d. Kala Tiga dan Kala Empat

Uterotonika dapat diberikan segera sesudah bahu depan dilahirkan. Beberapa studi menunjukkan adanya penurunan insiden perdarahan pasca persalinan pada pasien yang mendapat oksitosin setelah bahu depan dilahirkan dan tidak didapatkan peningkatan insiden terjadinya retensi plasenta. Hanya saja lebih baik berhati-hati pada pasien dengan kecurigaan hamil kembar apabila tidak ada USG untuk memastikan. Pemberian oksitosin selama kala tiga terbukti mengurangi volume darah yang hilang dan kejadian perdarahan pasca persalinan sebesar 40%.



Gambar 2.7 Efek dari administrasi oksitosin bolus terhadap tekanan darah maternal. Panah hitam menunjukkan waktu administrasi dari oksitosin bolus

Sumber: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014

Pada umumnya plasenta akan lepas dengan sendirinya dalam 5 menit setelah bayi lahir. Usaha untuk mempercepat pelepasan tidak memberikan manfaat, namun justru dapat menyebabkan kerugian. Pelepasan plasenta akan terjadi ketika uterus mulai mengecil dan mengeras, tampak aliran darah yang keluar mendadak dari vagina, uterus terlihat menonjol ke abdomen, dan tali plasenta terlihat bergerak keluar dari vagina. Selanjutnya plasenta dapat dikeluarkan dengan cara menarik tali pusat secara hati-hati (DeCherney & Nathan, 2003).

I. Komplikasi dan prognosis

Risiko komplikasi yang mungkin terjadi jika *rupture perineum* tidak segera diatasi, yaitu :

a. Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai *tonus otot* (Depkes, 2006).

b. *Fistula*

Fistula dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya karena perlukaan pada *vagina* menembus kandung kencing atau *rectum*. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui *vagina*. *Fistula* dapat menekan kandung kencing atau *rectum* yang lama antara kepala janin dan panggul, sehingga terjadi *iskemia* (Depkes, 2006).

c. *Hematoma*

Hematoma dapat terjadi akibat trauma *partus* pada persalinan karena adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada *perineum* dan *vulva* berwarna biru dan merah. *Hematoma* dibagian *pelvis* bisa terjadi dalam *vulva perineum* dan *fosa iskiorektalis*. Biasanya karena trauma *perineum* tetapi bisa juga dengan *varikosis vulva* yang timbul bersamaan dengan gejala peningkatan nyeri. Kesalahan yang menyebabkan diagnosis tidak diketahui dan memungkinkan banyak darah yang hilang. Dalam waktu yang singkat, adanya pembengkakan biru yang tegang pada salah satu sisi *introitus* di daerah *rupture perineum* (Martius, 1997).

d. Infeksi

Infeksi pada masa nifas adalah peradangan di sekitar alat genetalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam

tubuh sehingga menimbulkan infeksi. Dengan ketentuan meningkatnya suhu tubuh melebihi 38°C , tanpa menghitung *pireksia* nifas. Setiap wanita yang mengalami *pireksia* nifas harus diperhatikan, diisolasi, dan dilakukan inspeksi pada *traktus genitalis* untuk mencari *laserasi*, robekan atau luka *episiotomi* (Liwellyin, 2001).

Robekan jalan lahir selalu menyebabkan perdarahan yang berasal dari *perineum*, *vagina*, *serviks* dan *robekan uterus (rupture uteri)*. Penanganan yang dapat dilakukan dalam hal ini adalah dengan melakukan evaluasi terhadap sumber dan jumlah perdarahan. Jenis robekan *perineum* adalah mulai dari tingkatan ringan sampai dengan robekan yang terjadi pada seluruh *perineum* yaitu mulai dari derajat satu sampai dengan derajat empat. *Rupture perineum* dapat diketahui dari tanda dan gejala yang muncul serta penyebab terjadinya. Dengan diketahuinya tanda dan gejala terjadinya *rupture perineum*, maka tindakan dan penanganan selanjutnya dapat dilakukan.

Kaitan yang ditemukan dalam penulisan ini adalah penyebab terjadinya *rupture perineum*, hal-hal yang dapat dilakukan serta tanda dan gejala yang terlihat serta upaya lanjutan yang berkaitan dengan penanganannya.

J. Prognosis

Perdarahan pasca persalinan masih merupakan ancaman yang tidak terduga walaupun dengan pengawasan yang sebaik-baiknya. Menurut data yang dihimpun dari sebuah penelitian, angka kematian ibu mencapai 7,9% (Mochtar, 2011). Tingginya angka kematian ibu karena banyak penderita yang dikirim dengan keadaan umum yang sangat jelek dan anemis. Sebagai patokan, keadaan ibu setelah persalinan dianggap aman jika kesadaran dan tanda vital ibu baik, kontraksi uterus keras/baik, dan tidak ada perdarahan aktif dari jalan lahir (buku merah obg).

K. Asuhan keperawatan perdarahan pasca persalinan

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Pengkajian yang benar dan terarah akan mempermudah dalam merencanakan tindakan dan evaluasi dari tindakan yang dilaksanakan. Pengkajian dilakukan secara sistematis, berisikan informasi subjektif dan objektif dari klien yang diperoleh dari wawancara dan pemeriksaan fisik.

I. SYOK HAEMORAGIC PADA PERSALINAN BERESIKO

A. Pengertian Syok Haemoragic

Shock atau syok (rejatan) adalah kolaps akibat kegagalan sirkulasi perifer yang akut dan biasanya terjadi akibat trauma atau perdarahan hebat. Penyebab utama syok adalah hemoragia antepartum dan postpartum. Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi dan tidak mampu mengeluarkan

hasil metabolisme.(Prawirohardjo Sarwono.2009, Ilmu Kebidanan Jakarta : Pt Bina Pustaka)

Syok merupakan kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat ke organ – organ vital. Syok merupakan suatu kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan tindakan segera dan intensif. (prawirohardjo sarwono. 2007)

Hemoragi adalah pengaliran darah keluar dari pembuluh darah yang bisa mengalir keluar tubuh (perdarahan eksternal) atau ke dalam tubuh (perdarahan internal). Syok hemoragik adalah syok yang terjadi akibat perdarahan dalam jumlah yang besar (500 ml). Banyak terjadi dalam obsetri, disebabkan oleh perdarahan postpartum, perdarahan karena abortus, kehamilan ektopik terganggu, plasenta previa, solusio plasenta, rupture uteri dan perlukaan jalan lahir. Penanganannya adalah dengan menghilangkan penyebab dan mengganti segera darah yang hilang.

Syok hemoragik adalah syok yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak yang dapat disebabkan oleh perdarahan antepartum seperti plasenta previa, solutio plasenta, dan ruptur uteri, juga disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan seperti atonia dan laserasi servik atau vagina. Pada syok yang ringan gejala-gejala dan tanda tidak jelas tetapi adanya syok yang ringan diketahui dengan “ tilt test” yaitu bila pasien didudukan terjadi hipotensi dan takikardia, sedangkan dalam keadaan terbaring tekanan darah dan frekuensi darah masih normal.

2) Tanda -tanda syok haemoragic

Tanda-Tanda Syok	
Syok Awal	Syok Lanjut
Terbagun, sadar, cemas	Bingung atau tidak sadar
Denyut nadi agak cepat (110 permenit atau lebih)	Denyut nadi cepat dan lemah
Pernapasa sedikit lebih cepat (30 tarikan napas permenit atau lebih)	Napas pendek dan napas cepat
Pucat	Pucat dan dingin
Tekanan darah rendah-ringan (sistolik kurang dari 90 mmHg)	Tekanan darah sangat rendah
Pengeluaran urine 30 cc perjam atau lebih	Pengeluaran urine kurang dari 30 cc perjam

B. Penyebab Syok Haemoragic

Teori Keperawatan Maternitas

Kondisi dalam persalinan sangat sulit menentukan jumlah perdarahan karena tercampur dengan air ketuban dan serapan pakaian atau kain alas tidur. Sehingga penentuan untuk perdarahan dilakukan setelah bayi lahir dan penentuan jumlah perdarahan dilihat dari perdarahan lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda-tanda vital (Abdul Bari, 2002).

C. Patofisiologi Syok Haemoragic

Semua macam syok, apa pun sebabnya, bersumber pada berkurangnya perfusi jaringan dengan darah sebagai akibat gangguan sirkulasi mikro. Suatu kesatuan sirkulasi mikro terdiri dari arteriol dari arteriol, metarteriol, kapilar dan venula. Darah dari arteriol memasuki metarteriol memasuki metarteriol, dari metarteriol darah memasuki kapilar). Metarteriol mempunyai struktur antara arteriol dan kapilar) #ada ujung kapilar di metarteriol didapat otot polos yang melingkari kapilar (precapillary sphincter"). Darah dari kapilar kemudian memasuki venula.

Jumlah darah yang mengalir ke jaringan ditentukan oleh besar kecilnya tahanan (resistance" dari arteriol-arteriol sirkulasi mikro, sedangkan distribusi dan kecepatan darah dalam kapilar-kapilar diatur oleh otot lingkak prakapilar (precapillary sphincters" yang menentukan menentukan jumlah kapi jumlah kapilar yang lar yang membuka) Besar membuka) Besar kecilnya ta!anan kecilnya ta!anan dalam pembuluh-pembuluh darah pasacapakapilar ditentukan oleh keadaan venula dan vena-vena kecil). Dalam keadaan normal aliran dara! dalam suatu kapilar adala! intermiten, hal ini disebabkan karena metarteriol dan spingter prakapilar mengadakan gerakan konstriksi dan dilatasi secara berganti-ganti (vasomotion) Bila gerak pembuluh darah meningkat, maka konstriksi akan menonjol dan aliran darah dalam kapilar akan berkurang) Sebaliknya, bila gerak pembuluh! dara! berkurang, maka vase dilatasiilah yang menonjol dan aliran dara! dalam kapilar akan bertambah.

Gerak pembuluh darah dalam sirkulasi mirko dikendalikan ole! unsur-unsur lokal kimiawi dalam jaringan dan unsur-unsur yang datang dari saraf pembuluh darah arteriol terutama dipengaruhi oleh unsur yang datang dari saraf melalui susunan saraf simpatik, sebaliknya pembuluh-pembuluh darah prakapilar dan otot lingkak prakapilar terutama dipengaruhi oleh keadaan lokal kimiawi dalam jaringan. Bilamana metabolisme dalam jaringan meningkat, dan timbul suatu metabolisme yang anaerob seperti dalam syok, dalam syok, terjadilah peningkatan tumpukan sampah Metabolism. Bahan- bahan ini mempunyai mempunyai pengaruh mengurangi mengurangi tonus otot, pembuluh-pembuluh darah prakapilar prakapilar dan dan sfingter prakapilar. Dengan demikina timbul vasodilatasi, sehingga aliran darah kapilar meningkat,

sebaliknya bila aktivitas metabolik dalam jaringan berkurang, metaboliter dapat dalam konsentrasi yang lebih rendah, terjadilah vasokonstriksi pembuluh-pembuluh darah prakapilar., sehingga aliran darah didalamnya menurun, darah didalamnya menurun. Pembuluh-pembuluh darah pascakapila darah pascakapilar, seperti venula dan vena-vena kecil, terutama berada dibawah pengaruh susunan saraf. Rangsangan simpatik yang meningkat akan menimbulkan kontraksi otot polos dari vena-vena kecil dan venula darah sirkulasi mikro. Dengan demikian, kapasitasnya berkurang, sehingga meningkatkan pengaliran darah ke jantung. Sebaliknya penurunan tonus pembuluh-pembuluh darah pascakapilar akan sangat mengurangi pengisian jantung dan dapat mengakibatkan hipotensi yang berat.

D. Fase syok haemoragic

a. Fase Syok

Perempuan hamil normal mempunyai toleransi terhadap perdarahan 500-1000 ml pada waktu persalinan tandaa bahaya oleh karena daya adap0tasi fisiologi kardiovaskuler dan hematologi selama kehamilan. Jika perdarahan terus berlanjut akan timbul fase-fase syok sebagai berikut :

1. Fase Kompensasi

☐ Rangsangan / refleks simpatis : Respon pertama terhadap kehilangan darah adalah fase konstriksi pembuluh darah perifer untuk mempertahankan pasokan darah ke organ vital.

☐ Gejala klinik : pucat,takikardia, takipnea

2. Fase Dekompensasi

Perdarahan lebih dari 1000 ml pada pasien normal atau kurang karena faktor-faktor yang ada

Gejala klinik : sesuai gejala klinik di atas

Terapi yang adekuat pada fase ini adalah memperbaiki keadaan dengan cepat tanpa meninggalkan efek samping

3. Fase Kerusakan Jaringan dan Bahaya Kematian

Penanganan perdarahan yang tidak adekuat menyebabkan hipoksia

Jaringan yang lama dan kematian jaringan dengan akibat berikut ini :

1. Asidosis metabolik disebabkan metabolisme an aerob yang terjadi karena kekurangan oksigen
2. Dilatasi anterior akibat penumpukan hasil metabolisme selanjutnya menyebabkan penumpukan dan stagnasi darah di kapila dan keluarnya cairan ke dalam jaringan ekstra vaskular,
3. Koagulasi intravaskular yang luas (DIC) disebabkan lepasnya tromboplastin dari jaringan yang rusak

4. Kegagalan jantung akibat berkurangnya tekanan darah koroner
5. Dalam fase ini kematian mengancam. Tranfusi darah saja tidak adekuat lagi dan jika penyembuhan dari fase akut terjadi, sisa-sisa penyembuhan akibat nekrosis ginjal atau hipofise akan tumbuh

E. Klasifikasi Syok Haemorrhagic

Kelas	Jumlah Perdarahan	Gejala Klinik
I	15 % (Ringan)	<ul style="list-style-type: none">➤ Tekanan darah dan nadi normal➤ Test Tilt (+)
II	20 – 25 % (sedang)	<ul style="list-style-type: none">➤ Takikardia – takipnea➤ Tekanan nadi < 30 mm Hg➤ Tekanan darah sistolik rendah➤ Pengisian darah kapiler lambat
III	30 – 35 % (Berat)	<ul style="list-style-type: none">➤ Kulit dingin, berkerut, pucat➤ Tekanan darah sangat rendah➤ Gelisah➤ Oliguria (<30 ml/jam)➤ Asidosis metabolic (Ph < 7,5)
IV	40 – 45 % (Sangat Berat)	<ul style="list-style-type: none">➤ Hipotensi berat➤ Hanya nadi karotis yang teraba➤ Syok ireversibel

F. Prinsip dasar penanganan Syok Haemorrhagic

Pada syok hemoragi tindakan esensial adalah menghentikan perdarahan dan mengganti kehilangan darah. Setelah diketahui adanya syok hemoragi, penderita dibaringkan dalam posisi Trendelenburg, yaitu dalam posisi terlentang biasa dengan kaki sedikit tinggi (30°). Dijaga jangan sampai penderita kedinginan badannya. Setelah kebebasan jalan nafas terjamin, untuk meningkatkan oksigenisasi dapat diberi oksigen 100% kira-kira 5 liter/menit melalui jalan nafas.

Sampai diperoleh persediaan darah buat tranfusi, pada penderita melalui infus segera diberi cairan dalam bentuk larutan seperti NaCl 0,9%, ringer laktat, dekstran, plasma dan sebagainya. Sebagai pedoman dalam menentukan jumlah volume cairan yang diperlukan, dipergunakan ukuran tekanan vena pusat (CVP) dan keadaan diuresis. CVP dapat dipergunakan untuk menilai hubungan antara volume darah yang mengalir ke jantung dan daya kerja jantung. Tinggi CVP pada seseorang yang sehat yang berbaring adalah 5-8 cm air. Tekanan akan menurun jika volume darah itu menjadi kurang dan akan menarik dengan berkurangnya

daya kerja jantung. Dengan demikian, CVP penting untuk memperoleh informasi tentang keseimbangan antara darah yang mengalir ke jantung dan kekuatan jantung, serta untuk menjaga jangan sampai pemberian cairan dengan jalan infus berlebihan.

Selama CVP masih rendah pemberian cairan dapat diteruskan akan tetapi jika CVP lebih dari normal (15-16 cm air), hal itu merupakan isyarat untuk menghentikan atau saat untuk mengurangi pemberian cairan dengan infus. Pemeriksaan hematokrit berguna sebagai pedoman pemberian darah. Kadar hematokrit normal 40%, dan pada perdarahan perlu diberi darah sekian banyak, sehingga hematokrit tidak kurang dari 30%. Jika dianggap perlu kepada penderita syok hemoragi diberi cairan bikarbonat natrikus untuk mencegah atau meanggurangi asidosis. Penampilan klinis penderita banyak member isyarat mengenai keadaan penderita mengenai hasil perawatannya.

☐ Terapi :

1. Tindakan umum

Letakkan penderita datar punggungnya, tinggikan kedua tungkai : “ posisi pisau lipat”. Cegah agar tidak kedinginan (selimut, bantal), berikan oksigen.

2. Hemostatis

Pada suatu kedaruratan, tergantung atas penyebabnya, pembuluh darah atau serviks yang ruptura diklem, uterus ditekan bimanual, tekan aorta. Dalam banyak hal, tidak mungkin mengefektifkan hemostatis ditempat praktek dokter (kehamilan prematur, ektopik, ruptura uteri, hematoma supraleuator)

3. Pergantian volume

Berikan larutan koloid (haemaccel, plasmafucin, plasmagel, macrodex): maksimum 1500 ml (ekspander plasma). Berikan setengah atau dua pertiga larutan elektrolit : 1000-4000 ml (pengganti ekstrasel). Tranfusi darah : ganti perdarahan yang banyak dengan darah lengkap.

4. Kendalikan gangguan mikrosirkulasi dan tetapkan sentralisasi

Berikan Hydergine mula-mula sampai 1,2 mg, kemudian 0,6 mg IV. Berikan Rheomacrodex (10%) : maksimum 10 ml/kg berat badan, tetapi hati-hati pada insufisiensi ginjal.

5. Hilangkan nyeri

Hanya bila diperlukan, kemudian berikan Demerol dalam dosis kecil : maksimum 50 mg per dosis.

6. Penatalaksanaan koagulasi

Selalu curiga kelainan pembekuan darah bila darah yang mengalir dari genitalia tidak membeku atau membeku sangat lambat

Teori Keperawatan Maternitas

7. Memantau fungsi ginjal
Pada prinsipnya pasang kateter "indwelling". Ukur pengeluaran air seni setiap jam.
8. Penatalaksanaan jantung
Pada jantung yang tidak rusak sebelumnya dan pada penderita tua : Kombetin (strofantin) 0,25-0,5 mg IV atau Lanoxin (digitoksin) 0,25 mg IV.
9. Tindakan klinis

G. Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan diagnostik) Syok Haemorrhagic

1. Sel Darah Putih : Ht mungkin meningkat pada status hipovolemik karena hemokonsentrasi. Leukopenia (penurunan SDP) terjadi sebelumnya, diikuti oleh pengulangan leukositosis (15.000 – 30.000) dengan peningkatan pita (berpindah ke kiri) yang mempublikasikan produksi SDP tak matur dalam jumlah besar.
2. Elektrolit serum ; berbagai ketidak seimbangan mungkin terjadi dan menyebabkan asidosis, perpindahan cairan, dan perubahan fungsi ginjal.
3. Pemeriksaan pembekuan : Trombosit terjadi penurunan (trombositopenia) dapat terjadi karena agregasi trombosit. PT/PTT mungkin memanjang mengidentifikasi koagulopati yang diasosiasikan dengan iskemia hati / sirkulasi toksin / status syok.
4. Laktat serum meningkat dalam asidosis metabolik, disfungsi hati, syok.
5. Glukosa serum terjadi hiperglikemia yang terjadi menunjukkan glukoneogenesis dan glikogenolisis di dalam hati sebagai respon dari perubahan seluler dalam metabolisme.
6. BUN/Kr terjadi peningkatan kadar diasosiasikan dengan dehidrasi , ketidakseimbangan / gagal hati.
7. GDA terjadi alkalosis respiratori dan hipoksemia dapat terjadi sebelumnya dalam tahap lanjut hipoksemia, asidosis respiratorik dan asidosis metabolik terjadi karena kegagalan mekanisme kompensasi.
8. Urinalisis adanya SDP / bakteri penyebab infeksi. Seringkali muncul protein dan SDM.
9. Sinar X film abdominal dan dada bagian bawah yang mengidentifikasi udara bebas didalam abdomen dapat menunjukkan infeksi karena perforasi abdomen / organ pelvis.
10. EKG dapat menunjukkan perubahan segmen ST dan gelombang T dan disritmia yang menyerupai infark miokard.

II. INKONTINENSIA URINE

A. Pengertian Inkontinesia urine

Inkontinensia Urine (IU) atau yang lebih dikenal dengan *besar* sebagai bahasa awam merupakan salah satu keluhan utama pada penderita lanjut usia. Inkontinensia urine adalah pengeluaran urin tanpa disadari dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan dan sosial. Variasi dari inkontinensia urin meliputi keluar hanya beberapa tetes urin saja, sampai benar-benar banyak, bahkan terkadang juga disertai inkontinensia alvi (disertai pengeluaran feses) (brunner, 2011).

Inkontinensia urin (IU) oleh *International Continence Society* (ICS) didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak dapat dikendalikan atau dikontrol; secara objektif dapat diperlihatkan dan merupakan suatu masalah sosial atau higienis. Hal ini memberikan perasaan tidak nyaman yang menimbulkan dampak terhadap kehidupan sosial, psikologi, aktivitas seksual dan pekerjaan. Juga menurunkan hubungan interaksi sosial dan interpersonal. Inkontinensia urin dapat bersifat akut atau persisten. Inkontinensia urin yang bersifat akut dapat diobati bila penyakit atau masalah yang mendasarinya diatasi seperti infeksi saluran kemih, gangguan kesadaran, vaginitis atrofik, rangsangan obat-obatan dan masalah psikologik.

B. Etiologi

Kelainan klinik yang erat hubungannya dengan gejala inkontinensia urine antara lain :

a. Kelainan traktus urinearius bagian bawah

Infeksi, obstruksi, kontraktiltas kandung kemih yang berlebihan, defisiensi estrogen, kelemahan sfingter, hipertropi prostat.

b. Usia

Seiring bertambahnya usia, ada beberapa perubahan pada anatomi dan fungsi organ kemih, antara lain: melemahnya otot dasar panggul akibat kehamilan berkali-kali, kebiasaan mengejan yang salah, atau batuk kronis. Ini mengakibatkan seseorang tidak dapat menahan air seni. Selain itu, adanya kontraksi (gerakan) abnormal dari dinding kandung kemih, sehingga walaupun kandung kemih baru terisi sedikit, sudah menimbulkan rasa ingin berkemih.

c. Kelainan neurologis

Otak (stroke, alzheimer, demensia multiinfark, parkinson, multipel sklerosis), medula spinalis (sklerosis servikal atau lumbal, trauma, multipel sklerosis), dan persarafan perifer (diabetes neuropati, trauma saraf).

Teori Keperawatan Maternitas

d. Kelainan sistemik

Gagal jantung kongestif juga bisa menjadi faktor penyebab produksi urin meningkat dan harus dilakukan terapi medis yang sesuai. Gangguan kemampuan ke toilet bisa disebabkan oleh penyakit kronik, trauma, atau gangguan mobilitas. Untuk mengatasinya penderita harus diupayakan ke toilet secara teratur atau menggunakan substitusi toilet.

e. Kondisi fungsional

Inkontinensia urine juga terjadi akibat kelemahan otot dasar panggul, karena kehamilan, pasca melahirkan, kegemukan (obesitas), menopause, usia lanjut, kurang aktivitas dan operasi vagina. Penambahan berat dan tekanan selama kehamilan dapat menyebabkan melemahnya otot dasar panggul karena ditekan selama sembilan bulan. Proses persalinan juga dapat membuat otot-otot dasar panggul rusak akibat regangan otot dan jaringan penunjang serta robekan jalan lahir, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya inkontinensia urine. Dengan menurunnya kadar hormon estrogen pada wanita di usia menopause (50 tahun ke atas), akan terjadi penurunan tonus otot vagina dan otot pintu saluran kemih (uretra), sehingga menyebabkan terjadinya inkontinensia urine. Faktor risiko yang lain adalah obesitas atau kegemukan, riwayat operasi kandungan dan lainnya juga berisiko mengakibatkan inkontinensia. Semakin tua seseorang semakin besar kemungkinan mengalami inkontinensia urine, karena terjadi perubahan struktur kandung kemih dan otot dasar panggul.

f. Efek samping pengobatan

Diuretik, antikolinergik, narkotika, kalsium channel bloker, inhibitor kolinestrase.

C. Klasifikasi Inkontinensia Urine

Menurut Hidayat, 2006 berdasarkan sifat reversibilitasnya inkontinensia urin dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

1. Inkontinensia urin akut (Transient incontinence)

Inkontinensia urin ini terjadi secara mendadak, terjadi kurang dari 6 bulan dan biasanya berkaitan dengan kondisi sakit akut atau problem iatrogenic dimana menghilang jika kondisi akut teratasi. Penyebabnya dikenal dengan akronim DIAPPERS yaitu : delirium, infeksi dan inflamasi, atrophic vaginitis, psikologi dan pharmacology, excessive urin production (produksi urin yang berlebihan), restriksi mobilitas dan stool impaction (impaksi feses).

2. Inkontinensia urin kronik (Persisten)

Inkontinensia urin ini tidak berkaitan dengan kondisi akut dan berlangsung lama (lebih dari 6 bulan). Ada 2 penyebab kelainan mendasar yang melatar

belakangi Inkontinensia urin kronik (persisten) yaitu : menurunnya kapasitas kandung kemih akibat hiperaktif dan karena kegagalan pengosongan kandung kemih akibat lemahnya kontraksi otot detrusor. Inkontinensia urin kronik ini dikelompokkan lagi menjadi beberapa tipe (stress, urge, overflow, mixed). Berikut ini adalah penjelasan dari masing-masing tipe Inkontinensia urin kronik atau persisten :

a. Inkontinensia urin tipe stress

Inkontinensia urin ini terjadi apabila urin secara tidak terkontrol keluar akibat peningkatan tekanan di dalam perut, melemahnya otot dasar panggul, operasi dan penurunan estrogen. Gejalanya antara lain kencing sewaktu batuk, mencedan, tertawa, bersin, berlari, atau hal lain yang meningkatkan tekanan pada rongga perut. Pengobatan dapat dilakukan tanpa operasi (misalnya dengan *Kegel exercises*, dan beberapa jenis obat-obatan), maupun dengan operasi.



Gambar 2. Perbandingan Normal Stress dan Stress Inkontinensia

Inkontinesia urin tipe stress dapat dibedakan dalam 4 jenis yaitu:

- 1) Tipe 0 :pasien mengeluh kebocoran urin tetapi tidak dapat dibuktikan melalui pemeriksaan
- 2) Tipe 1 :IU terjadi pada pemeriksaan dengan manuver stress dan adanya sedikit penurunan uretra pada leher vesika urinaria
- 3) Tipe 2 :IU terjadi pada pemeriksaan dengan penurunan uretra pada leher vesika urinaria 2 cm atau lebih
- 4) Tipe 3 :uretra terbuka dan area leher kandung kemih tanpa kontraksi kandung kemih. Leher uretra dapat menjadi fibrotik (riwayat trauma atau bedah sebelumnya) dengan gangguan neurologic atau keduanya. Tipe ini disebut juga defisiensi sfingter intrinsik

b. Inkontinensia urin tipe urge

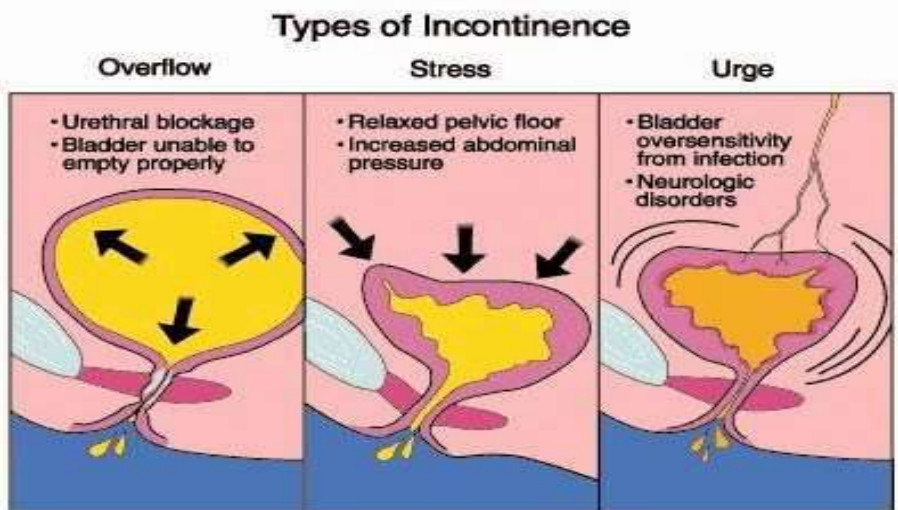
Timbul pada keadaan otot detrusor kandung kemih yang tidak stabil, yang mana otot ini bereaksi secara berlebihan. Inkontinensia urin ini ditandai dengan ketidak mampuan menunda berkemih setelah sensasi berkemih muncul. Manifestasinya dapat berupa perasaan ingin kencing yang mendadak (*urge*), kencing berulang kali (frekuensi) dan kencing di malam hari (nokturia).

c. Inkontinensia urin tipe *overflow*

Pada keadaan ini urin mengalir keluar akibat isinya yang sudah terlalu banyak di dalam kandung kemih, umumnya akibat otot detrusor kandung kemih yang lemah. Biasanya hal ini dijumpai pada gangguan saraf akibat penyakit diabetes, cedera pada sumsum tulang belakang, atau saluran kencing yang tersumbat. Gejalanya berupa rasa tidak puas setelah kencing (merasa urin masih tersisa di dalam kandung kemih), urin yang keluar sedikit dan pancarannya lemah. Inkontinensia tipe overflow ini paling banyak terjadi pada pria dan jarang terjadi pada wanita.

d. Inkontinensia tipe campuran (Mixed)

Merupakan kombinasi dari setiap jenis inkontinensia urin di atas. Kombinasi yang paling umum adalah tipe campuran inkontinensia tipe stress dan tipe urgensi atau tipe stress dan tipe fungsional.



Gambar 3. Tipe Inkontinensia Urin

D. Faktor Resiko Inkontinensia Urine

Faktor resiko yang berperan memicu inkontinensia urin pada wanita adalah :

1. Faktor kehamilan dan persalinan

- ✓ Efek kehamilan pada inkontinensia urin tampaknya bukan sekedar proses mekanik inkontinensia urin pada perempuan hamil dapat terjadi dari awal kehamilan hingga masa nifas, jadi tidak berhubungan dengan penekanan kandung kemih oleh uterus.
- ✓ Prevalensi inkontinensia urin meningkat selama kehamilan dan beberapa minggu setelah persalinan.
- ✓ Tingginya usia, paritas dan berat badan bayi tampaknya berhubungan dengan inkontinensia urin.

2. Wanita dengan indeks masa tubuh lebih tinggi akan cenderung lebih banyak mengalami inkontinensia urin

3. Menopause cenderung bertindak sebagai kontributor untuk resiko terjadinya inkontinensia urin.

Ada mitos yang menetap yang menganggap bahwa inkontinensia urin pada wanita merupakan konsekuensi proses penuaan normal. Walaupun proses penuaan bukanlah penyebab inkontinensia, perubahan fungsi saluran kemih bawah terjadi seiring dengan proses penuaan dan ini menjadi faktor predisposisi inkontinensia urin. Usia pada wanita merupakan faktor independen penting yang berhubungan dengan prevalensi inkontinensia urin tetapi sangat sulit untuk membedakan apakah inkontinensia urin timbul akibat efek independen dari pertambahan usia itu sendiri atau akibat menopause.

E. Manifestasi klinis

Gejala yang terjadi pada inkontinensia urine antara lain :

- 1) Sering berkemih: merupakan gejala urinasi yang terjadi lebih sering dari normal bila di bandingkan dengan pola yang lazim di miliki seseorang atau lebih sering dari normal yang umumnya di terima, yaitu setiap 3-6 jam sekali.
- 2) Frekuensi: berkemih amat sering, dengan jumlah lebih dari 8 kali dalam waktu 24 jam.
- 3) Nokturia: malam hari sering bangun lebih dari satu kali untuk berkemih.
- 4) Urgensi yaitu keinginan yang kuat dan tiba-tiba untuk berkemih walaupun penderita belum lama sudah berkemih dan kandung kemih belum terisi penuh seperti keadaan normal.
- 5) Urge inkontinensia yaitu dorongan yang kuat sekali untuk berkemih dan tidak dapat ditahan sehingga kadang-kadang sebelum sampai ke toilet urine telah keluar lebih dulu.

Orang dengan inkontinensia urine mengalami kontraksi yang tak teratur pada kandung kemih selama fase pengisian dalam siklus miksi. Urge

inkontinensia merupakan gejala akhir pada inkontinensia urine. Jumlah urine yang keluar pada inkontinensia urine biasanya lebih banyak daripada kapasitas kandung kemih yang menyebabkan kandung kemih berkontraksi untuk mengeluarkan urine. Pasien dengan inkontinensia urine pada mulanya kontraksi otot detrusor sejalan dengan kuatnya keinginan untuk berkemih, akan tetapi pada beberapa pasien mereka menyadari kontraksi detrusor ini secara volunter berusaha membantu sfinger untuk menahan urine keluar serta menghambat kontraksi otot detrusor, sehingga keluhan yang menonjol hanya urgensi dan frekuensi yaitu lebih kurang 80 %. Nokturia hampir ditemukan 70 % pada kasus inkontinensia urine dan simptom nokturia sangat erat hubungannya dengan nokturnal enuresis. Keluhan urge inkontinensia ditemukan hanya pada sepertiga kasus inkontinensia urine.

F. Patofisiologis

Inkontinensia urine bisa disebabkan oleh karena komplikasi dari penyakit infeksi saluran kemih, kehilangan kontrol spinkter atau terjadinya perubahan tekanan abdomen secara tiba-tiba. Inkontinensia bisa bersifat permanen misalnya pada spinal cord trauma atau bersifattemporer pada wanita hamil dengan struktur dasar panggul yang lemah dapat berakibat terjadinya inkontinensia urine. Meskipun inkontinensia urine dapat terjadi pada pasien dari berbagai usia, kehilangan kontrol urinari merupakan masalah bagi lanjut usia.

- a. Inkontinensia stres: keluarnya urin selama batuk, mengedan, dan sebagainya. Gejala-gejala ini sangat spesifik untuk inkontinensia stres.
- b. Inkontinensia urgensi: ketidakmampuan menahan keluarnya urin dengan gambaran seringnya terburu-buru untuk berkemih
- c. Enuresis nokturnal: 10% anak usia 5 tahun dan 5% anak usia10 tahun mengompol selama tidur. Mengompol pada anak yang lebih tua merupakan sesuatu yan abnormal dan menunjukkan adanya kandung kemih yang tidak stabil.
- d. Gejala infeksi urine (frekuensi, disuria, nokturia), obstruksi (pancaran lemah, menetes), trauma (termasuk pembedahan, misalnya reseksi abdominoperineal), fistula (menetes terus menerus), penyakit neurologis (disfungsi seksual atau usus besar) atau penyakit sistemik (misalnya diabetes) dapat menunjukkan penyakit yang mendasari.

G. Pemeriksaan Diagnisa

1. Tes diagnostik pada inkontinensia urin

Menurut Ouslander, tes diagnostik pada inkontinensia perlu dilakukan untuk mengidentifikasi faktor yang potensial mengakibatkan inkontinensia,

mengidentifikasi kebutuhan klien dan menentukan tipe inkontinensia. Mengukur sisa urin setelah berkemih, dilakukan dengan cara : Setelah buang air kecil, pasang kateter, urin yang keluar melalui kateter diukur atau menggunakan pemeriksaan ultrasonik pelvis, bila sisa urin > 100 cc berarti pengosongan kandung kemih tidak adekuat.

Urinalisis Dilakukan terhadap spesimen urin yang bersih untuk mendeteksi adanya faktor yang berperan terhadap terjadinya inkontinensia urin seperti hematuri, piouri, bakteriuri, glukosuria, dan proteinuria. Tes diagnostik lanjutan perlu dilanjutkan bila evaluasi awal didiagnosis belum jelas. Tes lanjutan tersebut adalah : **Tes laboratorium tambahan seperti kultur urin, blood urea nitrogen, creatinin, kalsium glukosa sitologi.**

2. Uji urodinamik

Uji urodinamik sederhana dapat dilakukan tanpa menggunakan alat-alat mahal. Sisa-sisa urin pasca berkemih perlu diperkirakan pada pemeriksaan fisis. Pengukuran yang spesifik dapat dilakukan dengan ultrasound atau kateterisasi urin. Merembesnya urin pada saat dilakukan penekanan dapat juga dilakukan. Evaluasi tersebut juga harus dikerjakan ketika kandung kemih penuh dan ada desakan keinginan untuk berkemih. Diminta untuk batuk ketika sedang diperiksa dalam posisi litotomi atau berdiri. Merembesnya urin seringkali dapat dilihat. Informasi yang dapat diperoleh antara lain saat pertama ada keinginan berkemih, ada atau tidak adanya kontraksi kandung kemih tak terkendali, dan kapasitas kandung kemih.

3. Laboratorium

Elektrolit, ureum, creatinin, glukosa, dan kalsium serum dikaji untuk menentukan fungsi ginjal dan kondisi yang menyebabkan poliuria.

Menurut *National Women's Health Report*, diagnosis dan terapi *inkontinensia urine* dapat ditegakkan oleh sejumlah pemberi pelayanan kesehatan, termasuk dokter pada pelayanan primer, perawat, geriatri, gerontologis, urologis, ginekologis, pediatri, neurologis, fisioterapis, perawat kontinensia, dan psikolog. Pemberi pelayanan primer dapat mendiagnosis *inkontinensia urine* dengan pemeriksaan riwayat medis yang lengkap dan menggunakan tabel penilaian gejala.

Tes yang biasanya dilakukan adalah urinealisa (tes urine untuk menentukan apakah gejalanya disebabkan oleh *inkontinensia urine*, atau masalah lain, seperti infeksi saluran kemih atau batu kandung kemih). Bila urinealisa normal, seorang pemberi pelayanan primer dapat menentukan untuk mengobati pasien atau merujuknya untuk pemeriksaan gejala lebih lanjut.

Pada beberapa pasien, pemeriksaan fisik yang terfokus pada saluran kemih bagian bawah, termasuk penilaian neurologis pada tungkai dan

Teori Keperawatan Maternitas

perineum, juga diperlukan. Sebagai tambahan, pasien dapat diminta untuk mengisi buku harian kandung kemih (catan tertulis intake cairan, jumlah dan seringnya buang air kecil, dan sensasi urgensi) selama beberapa hari untuk mendapatkan data mengenai gejala. Bila setelah langkah tadi diagnosis definitif masih belum dapat ditegakkan, pasien dapat dirujuk ke spesialis untuk penilaian urodinamis. Tes ini akan memberikan data mengenai tekanan/ volume dan hubungan tekanan/ aliran di dalam kandung kemih. Pengukuran tekanan detrusor selama sistometri digunakan untuk mengkonfirmasi diagnosis overaktifitas detrusor.

H. Komplikasi

Penderita dengan penyakit inkontinensia urine biasanya dapat menyebabkan antara lain :

- infeksi saluran kemih
- ulkus pada kulit
- problem tidur
- depresi dan kondisi medis lainnya.

I. Penatalaksanaan Medik

1. Terapi non farmakologis

Dilakukan dengan mengoreksi penyebab yang mendasari timbulnya inkontinensia urin, seperti hiperplasia prostat, infeksi saluran kemih, diuretik, gula darah tinggi, dan lain-lain. Adapun terapi yang dapat dilakukan adalah :

Melakukan latihan menahan kemih (memperpanjang interval waktu berkemih) dengan teknik relaksasi dan distraksi sehingga frekwensi berkemih 6-7 x/hari. Lansia diharapkan dapat menahan keinginan untuk berkemih bila belum waktunya. Lansia dianjurkan untuk berkemih pada interval waktu tertentu, mula-mula setiap jam, selanjutnya diperpanjang secara bertahap sampai lansia ingin berkemih setiap 2-3 jam. Membiasakan berkemih pada waktu-waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebiasaan lansia.

Prompted voiding dilakukan dengan cara mengajari lansia mengenal kondisi berkemih mereka serta dapat memberitahukan petugas atau pengasuhnya bila ingin berkemih. Teknik ini dilakukan pada lansia dengan gangguan fungsi kognitif (berpikir).

Melakukan latihan otot dasar panggul dengan mengkontraksikan otot dasar panggul secara berulang-ulang. Adapun cara-cara mengkontraksikan otot dasar panggul tersebut adalah dengan cara :

- ✓ Berdiri di lantai dengan kedua kaki diletakkan dalam keadaan terbuka, kemudian pinggul digoyangkan ke kanan dan ke kiri ± 10 kali, ke depan ke belakang ± 10 kali, dan berputar searah dan berlawanan dengan jarum jam ± 10 kali.
- ✓ Gerakan seolah-olah memotong feses pada saat kita buang air besar dilakukan ± 10 kali.

Hal ini dilakukan agar otot dasar panggul menjadi lebih kuat dan urethra dapat tertutup dengan baik.

2. Terapi farmakologis

Obat-obat yang dapat diberikan pada inkontinensia urgen adalah antikolinergik seperti Oxybutinin, Propantteine, Dicylomine, flavoxate, Imipramine. Pada inkontinensia stress diberikan alfa adrenergic agonis, yaitu pseudoephedrine untuk meningkatkan retensi urethra. Pada sfingter relax diberikan kolinergik agonis seperti Bethanechol atau alfakolinergik antagonis seperti prazosin untuk stimulasi kontraksi, dan terapi diberikan secara singkat.

3. Terapi pembedahan

Terapi ini dapat dipertimbangkan pada inkontinensia tipe stress dan urgensi, bila terapi non farmakologis dan farmakologis tidak berhasil. Inkontinensia tipe overflow umumnya memerlukan tindakan pembedahan untuk menghilangkan retensi urin. Terapi ini dilakukan terhadap tumor, batu, divertikulum, hiperplasia prostat, dan prolaps pelvic (pada wanita).

4. Modalitas lain

Sambil melakukan terapi dan mengobati masalah medik yang menyebabkan inkontinensia urin, dapat pula digunakan beberapa alat bantu bagi lansia yang mengalami inkontinensia urin, diantaranya adalah pampers, kateter, dan alat bantu toilet seperti urinal, komod dan bedpan.

- Pampers

Dapat digunakan pada kondisi akut maupun pada kondisi dimana pengobatan sudah tidak berhasil mengatasi inkontinensia urin. Namun pemasangan pampers juga dapat menimbulkan masalah seperti luka lecet bila jumlah air seni melebihi daya tampung pampers sehingga air seni keluar dan akibatnya kulit menjadi lembab, selain itu dapat menyebabkan kemerahan pada kulit, gatal, dan alergi.

- Kateter

Kateter menetap tidak dianjurkan untuk digunakan secara rutin karena dapat menyebabkan infeksi saluran kemih, dan juga terjadi pembentukan batu. Selain kateter menetap, terdapat kateter sementara yang merupakan alat yang secara rutin digunakan untuk mengosongkan kandung kemih. Teknik ini

Teori Keperawatan Maternitas

digunakan pada pasien yang tidak dapat mengosongkan kandung kemih. Namun teknik ini juga beresiko menimbulkan infeksi pada saluran kemih.

J. Prognosis

- a. Inkontinensia tekanan urin: pengobatan tidak begitu efektif. Pengobatan yang efektif adalah dengan latihan otot (latihan Kegel) dan tindakan bedah. Perbaikan dengan terapi alfa agonis hanya sebesar 17%-74%, tetapi perbaikan dengan latihan Kegel bisa mencapai 87%-88%.
- b. Inkontinensia urgensi: dari studi, menunjukkan bahwa latihan kandung kemih memberikan perbaikan yang cukup signifikans (75%) dibandingkan dengan penggunaan obat antikolinergik (44%). Pilihan terapi bedah sangat terbatas dan memiliki tingkat morbiditas yang tinggi.
- c. Inkontinensia luapan: terapi medikasi dan bedah sangat efektif untuk mengurangi gejala inkontinensia.
- d. Inkontinensia campuran: latihan kandung kemih dan latihan panggul memberikan hasil yang lebih memuaskan dibandingkan penggunaan obat-obata antikolinergik.

K. Asuhan Keperawatan (Pengkajian, diagnose intervensi, implemmtasi dan evaluasi) dengan Inkontinensia Urine

Asuhan Keperawatan Umum

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, alamat, suku

bangsa, tanggal, jam MRS, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Berapakah frekuensi inkonteninsianya, apakah ada sesuatu yang mendahului inkonteninsia (stres, ketakutan, tertawa, gerakan), masukan cairan, usia/kondisi fisik, kekuatan dorongan/aliran jumlah cairan berkenaan dengan waktu miksi. Apakah ada penggunaan diuretik, terasa ingin berkemih sebelum terjadi inkontenin, apakah terjadi ketidakmampuan.

2) Riwayat kesehatan dahulu.

Apakah klien pernah mengalami penyakit serupa sebelumnya, riwayat urinasi dan catatan eliminasi klien, apakah pernah terjadi trauma/cedera genitourinarius, pembedahan ginjal, infeksi saluran kemih dan apakah dirawat dirumah sakit.

3) Riwayat kesehatan keluarga.

Tanyakan apakah ada anggota keluarga lain yang menderita penyakit serupa dengan klien dan apakah ada riwayat penyakit bawaan atau keturunan, penyakit ginjal bawaan/bukan bawaan.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Klien tampak lemas dan tanda tanda vital terjadi peningkatan karena respon dari terjadinya inkontinensia.

2) Pemeriksaan Sistem

a) B1 (breathing)

Kaji pernapasan adanya gangguan pada pola nafas, sianosis karena suplai oksigen menurun. kaji ekspansi dada, adakah kelainan pada perkusi.

b) B2 (blood)

Peningkatan tekanan darah, biasanya pasien bingung dan gelisah

c) B3 (brain)

Kesadaran biasanya sadar penuh

d) B4 (bladder)

☐ Inspeksi:

Periksa warna, bau, banyaknya urine biasanya bau menyengat karena adanya aktivitas mikroorganisme (bakteri) dalam kandung kemih serta disertai keluarnya darah apabila ada lesi pada bladder, pembesaran daerah supra pubik lesi pada meatus uretra, banyak kencing dan nyeri saat berkemih menandakan disuria akibat dari infeksi, apakah klien terpasang kateter sebelumnya.

☐ Palpasi :

Rasa nyeri di dapat pada daerah supra pubik / pelvis, seperti rasa terbakar di urera luar sewaktu kencing / dapat juga di luar waktu kencing.

e) B5 (bowel)

Bising usus adakah peningkatan atau penurunan, Adanya nyeri tekan abdomen, adanya ketidaknormalan perkusi, adanya ketidaknormalan palpasi pada ginjal.

f) B6 (bone)

Pemeriksaan kekuatan otot dan membandingkannya dengan ekstremitas yang lain, adakah nyeri pada persendian.

B.Diagnosa Keperawatan

1. Inkontinensia urin urgensi berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, sekunder akibat berkemih sering
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake dan output yang tidak adekuat
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi konstan oleh urine

III. FISTULA GENETALIA

A. Pengertian Fistula

FISTULA yaitu suatu ostium abnormal, berliku-liku antara 2 organ berongga internal atau antara organ berongga internal dengan tubuh bagian luar (Suzanne C. Semalzer, 2001).

Fistula adalah sambungan abnormal diantara dua permukaan epitel (Chris Brooker, 2008).

Fistula Genetalia adalah terjadinya hubungan antara traktus genetalia dengan traktus urinarius atau gastrointestinal

B. Etiologi Fistula Ginetalia

1. Sebab Obstetrik

Terjadinya penekanan jalan lahir oleh kepala bayi dalam waktu lama, seperti pada kasus lama iskemia kemudian nekrosis lambat atau akibat terjepit oleh alat pada persalinan buatan, partus dengan tindakan, seperti pada tindakan SC, kranioklasi, dekapitasi, ekstraksi dengan cunam, seksio- histerektomia.

2. Sebab ginekologik

- a. Proses keganasan atau carsinoma terutama carsinoma cervix, radiasi atau penyinaran, trauma operasi atau kelainan kongenital.
- b. Histerektomi totalis.
- c. Lokasi terbanyak pada apeks vagina ukuran 1-2mm terjadi akibat terjepit oleh klem atau terikat oleh jahitan.

3. Sebab trauma

Cedera ini disebabkan oleh pemotongan kelamin perempuan, aborsi, atau patah tulang panggul. Penyebab lainnya yang secara langsung potensial untuk pengembangan fistula obstetrik adalah pelecehan seksual dan perkosaan.

Faktor penyebab lain yang dapat memengaruhi terjadinya fistula obstetri yaitu kemiskinan, kurangnya pendidikan, pernikahan dini dan melahirkan, peran dan status perempuan di negara berkembang, dan praktek-praktek tradisional yang berbahaya serta kekerasan seksual.

C. Klasifikasi

1. Fistula enterocutaneous, adalah bagian dinding GI tract yang terbuka sehingga

- menyebabkan keluarnya isi perut dan keluarnya melalui kulit.
2. Fistula enterovesicular (Vesikovaginal dan Uretrovaginal), fistula vesikovaginal adalah ostium antara kandung kemih dan vagina sedangkan fistula uretrovaginal adalah ostium antara uretra dan vagina. Fistula pada bagian ini dapat mengakibatkan sering terjadinya infeksi saluran kemih.
 3. Fistula rektovaginalis, adalah suatu ostium antara rektum dan vagina atau merupakan alur granulomatosa kronis yang berjalan dari anus hingga bagian luar kulit anus, atau dari suatu abses anus atau daerah perianal.
 4. Fistula enterocolic, adalah saluran yang melibatkan usus besar atau kecil
- Fistula multiple

D. Manifestasi Klinis

- Inkontinensia urine
- Infeksi parah dan ulserasi pada saluran vagina
- Wanita merasa tidak nyaman
- Haid terganggu
- Kulit sekitaran tebal
- Infeksi pada jalan lahir
- Pada pemeriksaan spekulum terlihat dinding vesika menonjol keluar
- Flatus dari vagina, keluar cairan dari rectum.
- Pus atau feses dapat bocor secara konstan dari lubang kutaneus.

E. Patofisiologi

Salah satu etiologi dari terbentuknya fistel adalah dari pembedahan. Biasanya karena terjadi kurangnya kesterilan alat atau kerusakan intervensi bedah yang merusak abdomen. Maka kuman akan masuk kedalam peritoneum hingga terjadinya peradangan pada peritoneum sehingga keluarnya eksudat fibrinosa (abses), terbentuknya abses biasanya disertai dengan demam dan rasa nyeri.

Infeksi biasanya akan meninggalkan jaringan parut dalam bentuk pita jaringan (perlekatan/adesi), karena adanya perlengketan maka akan terjadinya kebocoran pada permukaan tubuh. Maka dari dalam fistel akan mengeluarkan drain atau feses. Karena terjadinya kebocoran pada permukaan tubuh yang mengalami perlengketan maka akan menyumbat usus dan gerakan peristaltik usus akan berkurang sehingga cairan akan tertahan di dalam usus halus dan usus besar. Jika tidak ditangani secara cepat maka cairan akan merembes ke dalam rongga peritoneum sehingga terjadinya dehidrasi

RANGKUMAN

Penyebab klasik kematian ibu yang paling dikenal selain infeksi dan preeklamsia adalah perdarahan. Perdarahan pasca persalinan (PPP) adalah perdarahan masif yang antara lain berasal dari tempat implantasi plasenta atau robekan pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya. Jika perdarahan pasca persalinan tidak mendapatkan penanganan yang semestinya, maka dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu serta proses penyembuhan kembali (Cunningham FG, 2005). PPP dapat dikategorikan berdasar pada waktu kejadiannya, yaitu PPP primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi pada 24 jam pertama setelah persalinan dan PPP sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam pasca persalinan. Sedangkan kausa tersering dari PPP antara lain: 1) Atonia uteri, yaitu keadaan lemahnya tonus atau kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Prawirohardjo, 2010), 2) Laserasi jalan lahir, dapat berupa lacerasi perineum (derajat I s/d derajat IV), laserasi vagina, cedera pada muskulus levator ani, dan cedera pada serviks; 3) Retensi plasenta, yaitu tertinggalnya bagian plasenta (satu atau lebih lobus), sehingga uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan dapat menimbulkan PPP primer atau sekunder. Selain itu, retensi plasenta dapat didefinisikan sebagai adanya sisa plasenta di dalam rahim yang sudah lepas tapi belum keluar sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang banyak. 4) Inversi uterus, yaitu keadaan di mana fundus uteri terbalik, sehingga sebagian (inkomplit) atau seluruhnya (komplit) masuk ke dalam kavum uteri. Keadaan ini ditandai dengan uterus yang tidak teraba, lumen vagina yang terisi massa, serta akan tampak tali pusat jika plasenta belum dilahirkan; 5) Gangguan koagulasi darah, baru dicurigai bila penyebab-penyebab lain dapat disingkirkan, terlebih jika disertai riwayat mengalami hal serupa pada persalinan sebelumnya. Kecenderungan akan terdapat di mana mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung, dan lain-lain (Prawirohardjo, 2010).

Shock hemoragic adalah syok yang terjadi akibat perdarahan dalam jumlah yang besar (500 ml). disebabkan oleh perdarahan postpartum, perdarahan karena abortus, kehamilan ektopik terganggu, plasenta previa, solusio plasenta, rupture uteri dan perlukaan jalan lahir. Syok hemoragi reversibel dibagi dalam 2 stadium :

- Syok reversibel dini (early reversible shock), yang dapat dikompensasikan
- Syok reversibel lanjut (late reversible shock), yang dalam keadaan dekompensasi.
- Syok hemoragi dalam obsetri dapat dijumpai pada :
 - Antepartum : plasenta previa, solusio plasenta.
 - Intrapartum : ruptura uteri
 - Postpartum : perdarahan postpartum, luka-luka jalan lahir.

Penanganannya adalah dengan menghilangkan penyebab dan mengganti segera darah yang hilang.

Persalinan tidak selalu berjalan lancar, terkadang ada kelambatan dan kesulitan yang dinamakan distosia. Salah satu penyebab distosia itu adalah karena kelainan his yaitu suatu keadaan dimana his tidak normal, baik kekuatannya maupun sifatnya sehingga menghambat kelancaran persalinan.

Setelah rencana tindakan keperawatan disusun secara sistemik. Selanjutnya rencana tindakan tersebut diterapkan dalam bentuk kegiatan yang nyata dan terpadu guna memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan yang diharapkan.

Akhir dari proses keperawatan adalah ketentuan hasil yang diharapkan terhadap perilaku dan sejauh mana masalah klien dapat teratasi. Disamping itu perawat juga melakukan umpan balik atau pengkajian ulang jika tujuan ditetapkan belum berhasil/ teratasi.

Distosia adalah persalinan yang sulit yang ditandai dengan hambatan kemajuan dalam persalinan. Distosia secara harfiah berarti persalinan sulit, dan ditandai oleh kemajuan persalinan yang terlalu lambat. Secara umum, persalinan abnormal sering terjadi jika terdapat ketidakseimbangan ukuran (disproporsi) antara bagian presentasi janin dan jalan lahir. . Distosia Distosia bahu merupakan kelahiran kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, panggul, atau bahu tersebut tersebut bisa lewat promontorium, promontorium, tetapi mendapat mendapat halangan halangan dari tulang sacrum (tulang ekor).

Kehamilan postmatur (postterm) disebut juga kehamilan lewat waktu/bulan merupakan kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Penyebab terjadinya kehamilan postterm/ postmature sampai saat ini masih belum diketahui secara jelas. Namun ada berbagai teori yang berkembang antara lain : pengaruh progesteron, pengaruh oksitosin, kortisol, saraf uterus dan herediter. Pada partus postmatur tanda-tandanya Gerakan janin yang jarang, yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/ 20 menit atau secara objektif dengan KTG (kardiotopografi) kurang dari 10 kali/ 20menit. (Echa, 2012).

Inkontinensia urine merupakan suatu jenis urge incontinence (keluarnya urine secara tidak sadar, terjadi ketika tekanan kandung kemih melebihi tekanan uretra selama fase pengisian) yang dihubungkan dengan keinginan kuat untuk buang air kecil dan berhubungan dengan overaktif otot detrusor.

Seiring dengan bertambahnya usia, ada beberapa perubahan pada anatomi dan fungsi organ kemih, antara lain: melemahnya otot dasar panggul akibat kehamilan berkali-kali, kebiasaan mengejan yang salah, atau batuk kronis. Ini mengakibatkan seseorang tidak dapat menahan air seni. Penyebab Inkontinensia Urine (IU) antara lain terkait dengan gangguan di saluran kemih bagian bawah, efek

Teori Keperawatan Maternitas

obat-obatan, produksi urin meningkat atau adanya gangguan kemampuan/keinginan ke toilet

DAFTAR PUSTAKA

- Achdiat, C. M. (2004). *Prosedur Tetap Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Asuhan keperawatan pada pasien shock hypovolemik, dilihat 18 Februari 2013.darurat_asuhan_keperawatan_pada_pasien_dengan_shock_hypovolemik.pdf
- Billington, Mury dan Mandy Sterenson. 2009. *Kegawatan Dalam Kehamilan-Persalinan*. Jakarta : EGC
- Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UNPAD. *Obstetri Patologi Edisi 1984*. Bandung:Elstar Offset
- Heller, Luz. 1997. *GAWAT DARURAT GINEKOLOGI DAN OBSTETRI*. Jakarta : EGC.
- DSOG., Chalik, dr. TMA. 1997. *HEMORAGI UTAMA OBSTETRI DAN GINEKOLOGI*. Jakarta : Widya Medika.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *ILMU KEBIDANAN*. Jakarta : YBP-SP.
- Rab, Prof. Dr. H. Tabrani. 1999. *PENGATASAN SHOCK*. Jakarta : EGC.
- MPH., Mochtar, Prof. Dr. Rustam. 1998. *SINOPSIS OBSTETRI JILID 1*. Jakarta : EGC.
- WHO. 2001. *SAFE MOTHERHOOD MODEL HEMORAGI POSTPARTUM*. Jakarta : EGC.
- Feryanto, Achmad dan Fadlan. 2012. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta : EGC
- Taber, Ben-zion. 2012. *Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : EGC
- Sarwono. 2002. *Pengantar Ilmu Acuan Nasional*. Jakarta:Yayasan Pustaka.
- Sarwono. 1991. *Pengantar Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Pustaka.
- Carpenito, 2000. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktek Klinis*, alih bahasa: Tim PSIK UNPAD Edisi-6, EGC, Jakarta.
- Darmojo B. 2009. *Geriatric ilmu kesehatan usia lanjut*. Edisi keempat. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hidayat, A. Alimul. (2006). *Pengantar kebutuhan dasar manusia: aplikasi konsep dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda. 2009. *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC
- Potter, Patricia A. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Proses dan praktik*. Ed. 4. Jakarta: EGC
- Rochani. (2002). *Penduduk indonesia idap inkontinensia urin*. Diakses dari <http://www.pdpersi.co.id> pada tanggal 19 Mei 2014
- Uliyah, Musfiratul. 2008. *Ketrampilan Dasar praktik Klinik*. Jakarta : Salemba Medika
- Wilkinson M Judith. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan NOC*. Jakarta: EGC

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

PENDAHULUAN

Para Mahasiswa Sarjana Keperawatan yang berbahagia, selamat bertemu pada Bab III tentang asuhan keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi) dalam masalah kesehatan reproduksi wanita. Pada bab ini Anda akan belajar tentang Gangguan menstruasi, Disminore, Endometriosis, Radang panggul, Infertilitas, kanker payudara, kanker serviks, kanker endometrium, kanker ovarium, kekerasan pada wanita. Pembahasan pada materi ini memberikan gambaran tentang bagaimana perawat dalam melakukan asuhan keperawatan berdasarkan masalah yang dialami pada wanita subur (usia reproduksi) dalam masalah kesehatan reproduksi wanita. Anda akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab. Dengan mengerjakan tugas membuat asuhan keperawatan maternitas pada wanita subur (usia reproduksi) dalam masalah kesehatan reproduksi wanita (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) sesuai topik masing-masing kelompok. Kemudian semua mahasiswa berdiskusi dan membahas lalu menganalisis asuhan keperawatan pada ibu intra natal pada masing-masing kelompok. Hal tersebut untuk dapat membantu Anda mengetahui asuhan keperawatan pada wanita subur (usia reproduksi) dalam masalah kesehatan reproduksi wanita dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam bab yang masih belum sepenuhnya dipahami sehingga mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi) dalam masalah kesehatan reproduksi wanita berbagai kasus dengan kondisi yang ada. Satu

hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI)
DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA: GANGGUAN
MENSTRUASI, DISMINORE, ENDOMETRIOSIS**

I. GANGGUAN MENSTRUASI

A. Definisi Menstruasi.

Menstruasi adalah pengeluaran darah dari rahim perempuan sehat, yang lamanya adalah 3-6 hari dengan siklus berkisar 25-31 hari sekali, darah berwarna kecoklatan, dalam satu hari dapat berganti pembalut dua kali. Terjadi karena penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan *ovum* melepaskan telur yang disebut *ovulasi* (Baziad, 2008).

Pada dasarnya, menstruasi adalah proses katabolisme yang dipengaruhi oleh hormon *hipofise* dan *ovarium*. Rentang waktu dalam satu siklus menstruasi rata-rata 3-7 hari atau lebih. *Interval* dalam satu periode menstruasi 28 hari, tetapi *interval* 24-32 hari masih dianggap normal. Jumlah darah yang dikeluarkan pada periode menstruasi normal adalah 35-90 ml. Pada umumnya menstruasi pertama atau disebut *menarche* berlangsung pada usia 8-13 tahun. Berhentinya menstruasi atau disebut *menopause* berlangsung pada wanita yang umumnya berusia 49-50 tahun (Benson, dkk. 2009)

Menstruasi atau haid berlangsung dalam 24 hingga tidak melebihi 35 hari sekali, yang lamanya 3-7 hari dengan jumlah darah haid selama berlangsung tidak lebih dari 80 ml, ganti pembalut 2-6 kali perhari (Prawiriharjo, 2011)

B. Siklus Menstruasi

Siklus menstruasi adalah serangkaian periode dari perubahan yang terjadi berulang pada uterus dan organ-organ yang dihubungkan pada saat pubertas dan berakhir pada saat menopause. Panjang siklus menstruasi ialah jarak tanggal mulainya haid yang lalu dan mulainya haid berikutnya. Hari pertama terjadinya

perdarahan dihitung sebagai awal setiap siklus menstruasi (hari ke-1), siklus berakhir tepat sebelum siklus menstruasi berikutnya. Siklus menstruasi berkisar antara 21-40 hari, hanya 10- 15% wanita yang memiliki siklus 28 hari. Lama haid biasanya antara 3-5 hari, ada yang 1-2 hari diikuti darah sedikit-sedikit kemudian ada yang 7-8 hari. Jumlah darah yang keluar rata-rata ± 16 cc, pada wanita yang lebih tua darah yang keluar lebih banyak begitu juga dengan wanita yang anemi.

Pada awalnya, siklus mungkin tidak teratur, jarak antar 2 siklus bisa berlangsung selama 2 bulan atau dalam 1 bulan mungkin terjadi 2 siklus. Hal ini adalah normal, setelah beberapa lama siklus akan menjadi lebih teratur. Siklus dan lamanya menstruasi bisa diketahui dengan membuat catatan pada kalender dengan menggunakan kalender tersebut, tandailah siklus anda setiap bulannya

. Setelah beberapa bulan, anda bisa mengetahui pola siklus anda dan hal ini akan membantu anda dalam memperkirakan siklus yang akan datang. Tandai setiap hari ke-1 dengan tanda silang, lalu hitung sampai tanda silang berikutnya

dengan demikian anda dapat mengetahui siklus anda.

Setiap bulan, setelah hari ke-5 dari siklus menstruasi, endometrium mulai tumbuh dan menebal sebagai persiapan terhadap kemungkinan terjadinya kehamilan. Sekitar hari ke-14, terjadi pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sel telur ini masuk ke dalam salah satu tuba falopi dan didalam tuba bisa terjadi pembuahan oleh sperma. Jika terjadi pembuahan, sel telur akan masuk kedalam rahim dan mulai tumbuh menjadi janin.

Pada sekitar hari ke-28, jika tidak terjadi pembuahan maka endometrium akan dilepaskan dan terjadi perdarahan (siklus menstruasi). Siklus ini berlangsung selama 3-5 hari kadang sampai 7 hari. Proses pertumbuhan dan penebalan endometrium kemudian dimulai lagi pada siklus berikutnya.

Siklus ovarium terbagi menjadi 3 fase:

1. Fase Folikuler

Dimulai dari hari 1 sampai sesaat sebelum kadar LH meningkat dan terjadi pelepasan sel telur (ovulasi). Dinamakan fase folikuler karena pada saat ini terjadi pertumbuhan folikel di dalam ovarium. Pada pertengahan fase folikuler, kadar FSH sedikit meningkat sehingga merangsang pertumbuhan sekitar 3-30 folikel yang masing-masing mengandung 1 sel telur, tetapi hanya 1 folikel yang terus tumbuh, yang lainnya hancur. Pada suatu siklus, sebagian endometrium dilepaskan sebagai respon terhadap penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Endometrium terdiri dari 3 lapisan. Lapisan paling atas dan lapisan tengah dilepaskan, sedangkan lapisan dasarnya tetap dipertahankan dan menghasilkan sel-sel baru untuk kembali membentuk kedua lapisan yang telah dilepaskan. Perdarahan menstruasi berlangsung selama 3-7 hari, rata-rata selama 5 hari. Darah yang hilang sebanyak 28-283 gram. Darah menstruasi biasanya tidak membeku kecuali jika perdarahannya sangat hebat.

2. Fase Ovulasi

Fase ini dimulai ketika kadar LH meningkat dan pada fase ini dilepaskan sel telur. Sel telur biasanya dilepaskan dalam waktu 16-32 jam setelah terjadi peningkatan kadar LH. Folikel yang matang akan menonjol dari permukaan ovarium, akhirnya pecah dan melepaskan sel telur. Pada saat ovulasi ini beberapa wanita merasakan nyeri tumpul pada perut bagian bawahnya, nyeri ini dikenal sebagai mittelschmerz, yang berlangsung selama beberapa menit sampai beberapa jam.

3. Fase Luteal

Fase ini terjadi setelah ovulasi dan berlangsung selama sekitar 14 hari. Setelah melepaskan telurnya, folikel yang pecah kembali menutup dan membentuk korpus luteum yang menghasilkan sebagian besar progesteron. Progesteron menyebabkan suhu tubuh sedikit meningkat selama fase luteal dan tetap tinggi sampai siklus yang baru dimulai. Peningkatan suhu ini bisa digunakan untuk memperkirakan terjadinya ovulasi. Setelah 14 hari,

korpus luteum akan hancur dan siklus yang baru akan dimulai, kecuali jika terjadi pembuahan. Jika telur dibuahi, korpus luteum mulai menghasilkan HCG (*hormone chorionic gonadotropin*). Hormon ini memelihara korpus luteum yang menghasilkan progesterone sampai janin bisa menghasilkan hormonnya sendiri. Tes kehamilan didasarkan kepada adanya peningkatan kadar HCG.

Siklus endometrium dapat dibedakan 4 fase dalam siklus haid, yaitu:

1. Fase menstruasi atau dekuaminasi
Dalam fase ini endometrium dilepaskan dari dinding uterus disertai perdarahan hanya stratum basale yang tinggal utuh. Darah haid mengandung darah vena dan arteri dengan sel-sel darah merah dalam hemolisis atau aglutinasi, sel-sel epitel dan struma yang mengalami disintegrasi dan otolisis, dan sekret dari uterus, cervik, dan kelenjar-kelenjar vulva. Fase ini berlangsung 3-4 hari.
2. Fase pasca haid atau fase regenerasi
Luka endometrium yang terjadi akibat pelepasan sebagian besar berangsur-angsur sembuh dan ditutup kembali oleh selaput lendir yang tumbuh dari sel-sel endometrium. Fase ini telah dimulai sejak fase menstruasi dan berlangsung kurang lebih 4 hari.
3. Fase proliferasi
Dalam fase ini endometrium tumbuh menjadi setebal 3,5 mm. Fase ini berlangsung dari hari ke-5 sampai hari ke-14 dari siklus haid. Fase proliferasi dapat dibagi atas 3 subfase, yaitu:
 - a. Fase proliferasi dini (*early proliferation phase*)
Berlangsung antara hari ke-4 sampai hari ke-7. Fase ini dapat dikenal dari epitel permukaan yang tipis dan adanya regenerasi epitel, terutama dari mulut kelenjar.
 - b. Fase proliferasi madya (*mid proliferation phase*)
Berlangsung antara hari ke-8 sampai hari ke-10. Fase ini merupakan bentuk transisi dan dapat dikenal dari epitel permukaan yang berbentuk torak dan tinggi. Tampak adanya banyak mitosis dengan inti berbentuk telanjang (*naked nucleus*)
 - c. Fase proliferasi akhir (*late proliferation*)
Fase ini berlangsung pada hari ke-11 sampai hari ke-14. Fase ini dapat dikenal dari permukaan kelenjar yang tidak rata dan dengan banyak mitosis. Inti epitel kelenjar membentuk pseudostratifikasi. Stoma bertumbuh aktif dan padat
4. Fase pra haid atau fase sekresi
Fase ini dimulai sesudah ovulasi dan berlangsung dari hari ke-14 sampai ke-28. Pada fase ini endometrium tebalnya tetap, bentuk kelenjar berubah menjadi panjang, berlekuk-lekuk, dan mengeluarkan getah yang makin lama makin nyata. Didalam endometrium tertimbun glikogen dan kapur yang kelak diperlukan sebagai makanan untuk telur yang dibuahi.

C. Gangguan dalam menstruasi

Pengertian Gangguan dalam menstruasi:

Gangguan menstruasi adalah kelainan-kelainan pada keadaan menstruasi yang dapat berupa kelainan atau kelainan dari jumlah darah yang dikeluarkan dan lamanya perdarahan.

D. Kelainan Menstruasi (Haid)

Kelainan haid yang dijumpai dapat berupa kelainan siklus atau kelainan dari jumlah darah yang dikeluarkan dan lamanya perdarahan.

1. Kelainan siklus

a. Amenore

➤ Pengertian

Amenore bukan suatu penyakit tetapi merupakan gejala. Amenore adalah tidak adanya haid selama 3 bulan atau lebih. Amenore (tidak ada haid) bukan suatu penyakit tetapi merupakan gejala.

➤ Klasifikasi

- 1) Amenore primer, terjadi apabila seseorang wanita belum pernah mendapat menstruasi dan tidak boleh didiagnosa sebelum pasien mencapai usia 18 tahun
- 2) Amenore sekunder ialah hilangnya haid selama menarche
- 3) Amenore yang normal hanya terjadi sebelum masa pubertas, selama kehamilan, selama menyusui dan setelah menopause.

➤ Etiologi

1. Tertundanya menarche (menstruasi pertama)
2. Kelainan bawaan pada sistem kelamin (misalnya tidak memiliki rahim atau vagina, adanya sekat pada vagina, serviks yang sempit, lubang pada selaput yang menutupi vagina terlalu sempit / himen imperforata)
3. Penurunan berat badan yang drastis (akibat kemiskinan, diet berlebihan, anoreksia nervosa, bulimia, dan lain – lain)
4. Kelainan bawaan pada sistem kelamin
5. Kelainan kromosom (misalnya sindroma Turner atau sindroma Swyer) dimana sel hanya mengandung 1 kromosom X)
6. Obesitas yang ekstrim
7. Hipoglikemia
8. Disgenesis gonad
9. Hipogonadisme hipogonadotropik
10. Sindroma feminisasi testis
11. Hermafrodit sejati
12. Penyakit menahun

Teori Keperawatan Maternitas

13. Kekurangan gizi
14. Penyakit Cushing
15. Fibrosis kistik
16. Penyakit jantung bawaan (sianotik)
17. Kraniofaringioma, tumor ovarium, tumor adrenal
18. Hipotiroidisme
19. Sindroma adrenogenital
20. Sindroma Prader-willi
21. Penyakit ovarium polikista
22. hiperplasia adrenal kongenital

Penyebab amenore sekunder :

1. Kehamilan
2. Kecemasan akan kehamilan
3. Penurunan berat badan yang drastis
4. Olah raga yang berlebihan
5. Lemak tubuh kurang dari 15 – 17 % extreme
6. Mengonsumsi hormon tambahan
7. Obesitas
8. Stres emosional
9. Menopause
10. Kelainan endrokin (misalnya sindroma Cushing yang menghasilkan sejumlah besar hormon kortisol oleh kelenjar adrenal)
11. Obat-obatan (misalnya busulfan, klorambusil, siklofosfamid, pil KB, fenotiazid)
12. Prosedur dilatasi kuretase
13. Kelainan pada rahim, seperti mola hidatidosa (tumor plasenta) dan sindrom Asherman (pembentukan jaringan parut pada lapisan rahim akibat infeksi atau pembedahan)

➤ Patofisiologi

Tidak adanya uterus, baik itu sebagai kelainan atau sebagai bagian dari sindrom hemaprodit seperti testicular feminization, adalah penyebab utama dari amenore primer. Testicular feminization disebabkan oleh kelainan genetik. Pasien dengan amenore primer yang diakibatkan oleh testicular feminization menganggap dan menyampaikan dirinya sebagai wanita yang normal, memiliki tubuh feminin. Vagina kadang – kadang tidak ada atau mengalami kecacatan, tapi biasanya terdapat vagina. Vagina tersebut berakhir sebagai kantong kosong dan

tidak terdapat uterus. Gonad, yang secara morfologi adalah testis berada di kanal inguinalis. Keadaan seperti ini menyebabkan pasien mengalami amenore yang permanen.

Amenore primer juga dapat diakibatkan oleh kelainan pada aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Hypogonadotropic amenorrhoea menunjukkan keadaan dimana terdapat sedikit sekali kadar FSH dan SH dalam serum. Akibatnya, ketidakadekuatan hormon ini menyebabkan kegagalan stimulus terhadap ovarium untuk melepaskan estrogen dan progesteron. Kegagalan pembentukan estrogen dan progesteron akan menyebabkan tidak menebalnya endometrium karena tidak ada yang merangsang. Terjadilah amenore. Hal ini adalah tipe keterlambatan pubertas karena disfungsi hipotalamus atau hipofosis anterior, seperti adenoma pituitari.

Hypergonadotropic amenorrhoea merupakan salah satu penyebab amenore primer. Hypergonadotropic amenorrhoea adalah kondisi dimana terdapat kadar FSH dan LH yang cukup untuk menstimulasi ovarium tetapi ovarium tidak mampu menghasilkan estrogen dan progesteron. Hal ini menandakan bahwa ovarium atau gonad tidak berespon terhadap rangsangan FSH dan LH dari hipofisis anterior. Disgenesis gonad atau prematur menopause adalah penyebab yang mungkin. Pada tes kromosom seorang individu yang masih muda dapat menunjukkan adanya hypergonadotropic amenorrhoea. Disgenesis gonad menyebabkan seorang wanita tidak pernah mengalami menstruasi dan tidak memiliki tanda seks sekunder. Hal ini dikarenakan gonad (ovarium) tidak berkembang dan hanya berbentuk kumpulan jaringan pengikat.

Amenore sekunder disebabkan oleh faktor lain di luar fungsi hipotalamus-hipofosis-ovarium. Hal ini berarti bahwa aksis hipotalamus-hipofosis-ovarium dapat bekerja secara fungsional. Amenore yang terjadi mungkin saja disebabkan oleh adanya obstruksi terhadap aliran darah yang akan keluar uterus, atau bisa juga karena adanya abnormalitas regulasi ovarium seperti kelebihan androgen yang menyebabkan polycystic ovary syndrome.

➤ **Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinisnya bervariasi, tergantung penyebabnya. Jika penyebabnya adalah kegagalan mengalami pubertas, maka tidak akan ditemukan tanda – tanda pubertas seperti pembesaran payudara, pertumbuhan rambut kemaluan dan rambut ketiak serta perubahan

Teori Keperawatan Maternitas

bentuk tubuh. Jika penyebabnya adalah kehamilan, akan ditemukan morning sickness dan pembesaran perut.

Jika penyebabnya adalah kadar hormon tiroid yang tinggi maka gejalanya adalah denyut jantung yang cepat, kecemasan, kulit yang hangat dan lembab.

Sindroma Cushing menyebabkan wajah bulat (moon face), perut buncit, dan lengan serta tungkai yang lurus.

➤ Terapi

Pengobatan untuk kasus amenore tergantung kepada penyebabnya. Jika penyebabnya adalah penurunan berat badan yang drastis atau obesitas, penderita dianjurkan untuk menjalani diet yang tepat. Jika penyebabnya adalah olah raga yang berlebihan, penderita dianjurkan untuk mengurangnya.

Jika seorang anak perempuan yang belum pernah mengalami menstruasi (amenore primer) dan selama hasil pemeriksaan normal, maka dilakukan pemeriksaan setiap 3 – 6 bulan untuk memantau perkembangan pubertasnya.

b. Oligomenore

Haid jarang, siklus panjang. Oligomenore terjadi kalau siklus lebih dari 35 hari. Sering terdapat pada wanita yang astenis. Oligomenore yang menetap dapat terjadi akibat dari: perpanjangan stadium folikuler, perpanjangan stadium luteal, dan kedua stadia tersebut menjadi panjang. Jika siklus tiba-tiba menjadi panjang maka dapat disebabkan oleh pengaruh psikis dan pengaruh penyakit (TB). Pada umumnya oligomenore yang ovulator tidak memerlukan terapi. Bila mendekati amenore maka dapat diusahakan mengadakan ovulasi.

Banyaknya perdarahan ditentukan oleh: (1) Lebarnya pembuluh darah: pada hipoplasia uteri, asteni, tumor yang mengurangi daya kontraksi seperti mioma, (2) Banyaknya pembuluh darah yang terbuka atau luasnya luka: pada uterus miomatosus, endometriosis interna, (3) Tekanan intravaskuler: tekanan arteri meninggi, pada dekompensasi kardis, tumor, kelainan letak, (4) Daya beku darah (diatese hemoragika): pada penyakit werlffoff atau hemofili.

Kita tahu bahwa darah haid terlalu banyak kalau ada bekuan darah dalam darah haid. Lamanya perdarahan ditentukan oleh daya regenerasi endometrium. Daya regenerasi berkurang pada infeksi, pada mioma atau polip dan pada karsinoma.

c. Polimenore/metrorragi

➤ **Pengertian**

Adalah perdarahan yang tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan haid. Haid sering datang, jadi siklusnya pendek, kurang dari 25 hari.

➤ **Klasifikasi**

1. Metroragia oleh karena adanya kehamilan; seperti abortus, kehamilan ektopik.
2. Metroragia diluar kehamilan.

➤ **Etiologi**

Metroragia diluar kehamilan dapat disebabkan oleh luka yang tidak sembuh; carcinoma corpus uteri, carcinoma cervicitis; peradangan dari haemorrhagis (seperti colpitis haemorrhagia, endometritis haemorrhagia); hormonal.

Perdarahan fungsional : a) Perdarahan Anovulatoar; disebabkan oleh psikis, neurogen, hypofiser, ovarial (tumor atau ovarium yang polikistik) dan kelainan gizi, metabolik, penyakit akut maupun kronis. b) Perdarahan Ovulatoar; akibat korpus luteum persisten, kelainan pelepasan endometrium, hipertensi, kelainan darah dan penyakit akut ataupun kronis.

➤ **Manifestasi Klinis**

Adanya perdarahan tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan haid namun keadaan ini sering dianggap oleh wanita sebagai haid walaupun berupa bercak.

➤ **Terapi**

Terapi : kuretase dan hormonal

2. Kelainan jumlah aliran darah

a. Hipermenore/menorragia

➤ **Pengertian:**

Hipermenore adalah perdarahan berkepanjangan atau berlebihan pada waktu menstruasi teratur. Bisa disebut juga dengan perdarahan haid yang jumlahnya banyak hingga 6-7 hari, ganti pembalut 5-6 kali/hari tetapi masih memiliki siklus-siklus yang teratur. Pengeluaran darah yang terlalu banyak biasanya disertai dengan bekuan darah sewaktu menstruasi, jadi pada siklus yang teratur, disebut menorragia. Sebab-sebabnya adalah: hipoplasia uteri, asteni, mioma uteri, hipertensi, infeksi dan hemofilia.

Teori Keperawatan Maternitas

Pada hipermenore perdarahan menstruasi berat berlangsung sekitar 8-10 hari dengan kehilangan darah lebih dari 80ml

➤ Etiologi:

- ✓ 40-60% wanita yang mengaku mengalami perdarahan hebat saat haid tidak ada patologi pada sistem reproduksinya dan hal ini disebut perdarahan uterus disfungsional.
- ✓ Penyebab lokal seperti : myomata, endometrial polip, uterus retro versi, first menstrual period after childbirth or abortion (MPT), tumor sel granulosa di ovarium.
- ✓ Penyakit sistemik, seperti hipertiroidisme dan gangguan perdarahan.
- ✓ Penggunaan IUCD (Intra Uterine Contraceptive Device). Penggunaan IUCD akan meningkatkan aliran menstruasi.
- ✓ Hypoplasia Uteri, menurut beratnya hipoplasia dapat mengakibatkan amenorrhoe (uterus sangat kecil), hipermenorrhoe (uterus kecil jadi luka kecil).
- ✓ Astheni, Menorrhagia terjadi karena tonus otot pada umumnya kurang.
- ✓ Selama atau sesudah menderita suatu penyakit atau karena terlalu lelah, juga karena tonus otot kurang.
- ✓ Hypertensi.
- ✓ Decompensatio cordis.
- ✓ Infeksi : endometriosis, salpingitis.
- ✓ Retroflexio uteri, karena kandungan pembuluh darah balik.
- ✓ Penyakit darah : Hemofili

➤ Patofisiologi

Pada siklus ovulasi normal, hipotalamus mensekresi Gonadotropin releasing hormon (GnRH), yang menstimulasi pituitary agar melepaskan Folicle-stimulating hormone (FSH). Hal ini pada gilirannya menyebabkan folikel di ovarium tumbuh dan matur pada pertengahan siklus, pelepasan leuteinizing hormon (LH) dan FSH menghasilkan ovulasi. Perkembangan folikel menghasilkan estrogen yang berfungsi menstimulasi endometrium agar berproliferasi. Setelah ovum dilepaskan kadar FSH dan LH rendah. Folikel yang telah kehilangan ovum akan berkembang menjadi korpus luteum, dan korpus luteum akan mensekresi progesteron. Progesteron menyebabkan proliferasi endometrium untuk berdeferemnsiasi dan stabilisasi. 14 hari setelah ovulasi terjadilah menstruasi. Menstruasi berasal dari dari peluruhan

endometrium sebagai akibat dari penurunan kadar esterogen dan progesteron akibat involusi korpus luteum.

Siklus anovulasi pada umumnya terjadi 2 tahun pertama setelah menstruasi awal yang disebabkan oleh HPO axis yang belum matang. Siklus anovulasi juga terjadi pada beberapa kondisi patologis.

Pada siklus anovulasi, perkembangan folikel terjadi dengan adanya stimulasi dari FSH, tetapi dengan berkurangnya LH, maka ovulasi tidak terjadi. Akibatnya tidak ada korpus luteum yang terbentuk dan tidak ada progesteron yang disekresi. Endometrium berproliferasi dengan cepat, ketika folikel tidak terbentuk produksi esterogen menurun dan mengakibatkan perdarahan. Kebanyakan siklus anovulasi berlangsung dengan pendarahan yang normal, namun ketidakstabilan proliferasi endometrium yang berlangsung tidak mengakibatkan pendarahan hebat.

➤ Manifestasi klinis

- ✓ Menorrhagia yang berat dapat menyebabkan anemia.
- ✓ Gejala lain yang dapat menyertainya antara lain :
 - 1) Sakit kepala
 - 2) Kelemahan
 - 3) Kelelahan
 - 4) Kesemutan pada kaki dan tangan
 - 5) Meriang
 - 6) Penurunan konsentrasi

➤ Terapi

Terapi spesifik untuk menorrhagia diberikan berdasarkan :

- 1) Umur dan riwayat kesehatan
- 2) Kondisi sebelumnya
- 3) Toleransi pada terapi pengobatan spesifik

Terapi untuk menorrhagia, yaitu :

- 1) Suplemen zat besi (jika kondisi menorrhagia disertai anemia, kelainan darah yang disebabkan oleh defisiensi sel darah merah atau hemoglobin).
- 2) Prostaglandin inhibitor seperti medications (NSAID), seperti aspirin atau ibuprofen.
- 3) Kontrasepsi oral (ovulation inhibitor)
- 4) Progesteron (terapi hormon)
- 5) Hysterectomy (operasi untuk menghilangkan uterus)

b. Hipomenore

Menstruasi teratur tetapi jumlah darahnya sedikit. Pada hipoplasia uteri, karena uterus kecil. Secara normal haid sudah berhenti dalam 7 hari. Bila haid lebih lama dari 7 hari maka daya regenerasi selaput lendir kurang, misalnya pada endometritis, mioma atau karsinoma dari korpus uteri.

3. Nyeri

Nyeri sewaktu haid, disebut dismenore. Nyeri ini terasa diperut bagian bawah. Nyeri dapat terasa sebelum, selama dan sesudah haid. Dapat bersifat kolik atau terus menerus. Nyeri diduga karena kontraksi.

4. Gangguan yang lain

a. Pseudoamenore (kriptomenore)

Pada keadaan ini haid ada, tapi darah haid tidak keluar karena tertutupnya serviks, vagina atau himen. Ginatresia ini dibagi: (1) Kongenital, paling sering terjadi atresia himenalis dimana himen tidak berlobang, (2) Akuisita, perlekatan saluran serviks atau vagina karena radang GO, difteri, partus, senilitas

b. Menstruasi praekoks

Perdarahan pervagina pada anak muda belum tentu suatu menstruasi, karena dapat disebabkan oleh sarkoma dari uterus atau vagina. Yang dimaksud dengan menstruasi praekoks ialah perdarahan pada anak muda kurang dari 8-10 tahun yang disertai dengan timbulnya tanda-tanda kelamin sekunder sebelum waktunya. Tanda-tanda kelamin sekunder ialah timbulnya rambut kemaluan, pertumbuhan buah dada dan haid.

c. Polisistik ovaries

Ini adalah kondisi terbentuknya banyak kista kecil dalam rahim atau ovarium wanita yang bisa terjadi. Sindrom ini terjadi pada satu dari sepuluh wanita. Beberapa wanita tersebut akan mengalami berbagai masalah hormonal, termasuk ketidaksuburan.

Wanita dengan sindrom ini mungkin tidak akan menunjukkan gejala apapun, akibatnya mereka baru mengetahui bahwa mereka memiliki masalah kesuburan setelah tes dilakukan. Terapi obat digunakan untuk merangsang ovulasi pada wanita dengan sindrom ini. Atau dengan membakar kista-kista yang ada menggunakan jarum. Prosedur ini dilakukan melalui laparoskopi, dengan memasukkan sebuah selang fiber-optic kedalam area panggul melalui sayatan kecil dibawah pusar. Prosedur ini memungkinkan dokter memeriksa organ-organ reproduksi wanita tersebut, mengambil sampel-sampel yang dibutuhkan, dan melakukan operasi kecil. Pembiusan total digunakan dalam prosedur ini.

II. DISMENORHEA

A. Pengertian

Dismenoreia merupakan rasa sakit dibagian bawah abdomen pada saat menstruasi yang mengganggu aktivitas wanita. Selama dismenoreia terjadi kontraksi otot rahim akibat peningkatan prostaglandin sehingga menyebabkan vasospasme dari arterioli urin yang menyebabkan terjadinya iskemia dan kram pada abdomen bagian bawah yang akan merangsang rasa nyeri disaat menstruasi (Llewellyn, 2001).

Dismenoreia adalah nyeri haid menjelang atau selama haid, sampai membuat wanita tersebut tidak dapat bekerja dan harus tidur. Nyeri sering bersamaan dengan rasa mual, sakit kepala, perasaan mau pingsan, lekas marah. Suzannec (2001) mendeskripsikan dysmenorrhea sebagai nyeri saat menstruasi pada perut bagian bawah yang terasa seperti kram. Menurut Manuaba dkk (2006) dysmenorrhea adalah rasa sakit yang menyertai menstruasi sehingga dapat menimbulkan gangguan pekerjaan sehari-hari. Dysmenorrhea merupakan menstruasi yang sangat menyakitkan, terutama terjadi pada perut bagian bawah dan punggung bawah yang terasa seperti kram (Varney, 2004).

B. Klasifikasi Dismenoreia

1. Dismenoreia primer

Dysmenorrhea primer merupakan nyeri haid tanpa kelainan anatomis genitalis yang dapat diidentifikasi. Dysmenorrhea primer timbul pada masa remaja, yaitu sekitar usia 2-3 tahun setelah menarche dan mencapai maksimal antara usia 15-25 tahun. Akan tetapi, dysmenorrhea primer juga mengenai sekitar 50-70% wanita yang masih menstruasi. Dysmenorrhea primer diduga sebagai akibat dari pembentukan prostaglandin yang berlebih, yang menyebabkan uterus untuk berkontraksi secara berlebihan dan juga mengakibatkan vasospasme arteriolar. Nyeri dysmenorrhea primer seperti mirip kejang spasmodik, yang dirasakan pada perut bagian bawah (area suprapubik) dan dapat menjalar ke paha dan pinggang bawah dapat juga disertai dengan mual, muntah, diare, nyeri kepala, nyeri pinggang bawah, iritabilitas, rasa lelah dan sebagainya. Nyeri mulai dirasakan 24 jam saat menstruasi dan bisa bertahan selama 48-72 jam (Baradero, 2006 & Suzannec, 2001).

2. Dismenoreia sekunder

Dysmenorrhea sekunder merupakan nyeri haid sebelum menstruasi yang disertai kelainan anatomis genitalis. Dysmenorrhea sekunder terjadi pada wanita berusia 30-45 tahun dan jarang sekali terjadi sebelum usia 25 tahun. Nyeri dysmenorrhea sekunder dimulai 2 hari atau lebih sebelum menstruasi, dan nyerinya semakin hebat serta mencapai puncak pada akhir menstruasi yang bisa berlangsung selama 2 hari atau lebih. Secara umum, nyeri datang ketika terjadi proses yang mengubah tekanan di dalam atau di sekitar pelvis, perubahan atau terbatasnya aliran darah, atau karena iritasi

Teori Keperawatan Maternitas

peritoneum pelvis. Proses ini berkombinasi dengan fisiologi normal dari menstruasi sehingga menimbulkan ketidaknyamanan. Ketika gejala ini terjadi pada saat menstruasi, proses ini menjadi sumber rasa nyeri. Penyebab dysmenorrhea sekunder seperti: endometriosis, adenomiosis, radang pelvis, sindrom menoragia, fibroid dan polip dapat pula disertai dengan dispareuni, kemandulan, dan perdarahan yang abnormal.

C. Derajat nyeri dismenorea

Berdasarkan derajat nyerinya dismenorea dibedakan menjadi :

1. Dismenorea ringan

Dysmenorrhea ringan adalah rasa nyeri yang dirasakan waktu menstruasi yang berlangsung sesaat, dapat hilang tanpa pengobatan, sembuh hanya dengan cukup istirahat sejenak, tidak mengganggu aktivitas harian, rasa nyeri tidak menyebar tetapi tetap berlokasi di daerah perut bawah.

2. Dismenorea sedang

Dysmenorrhea yang bersifat sedang jika perempuan tersebut merasakan nyeri saat menstruasi yang bisa berlangsung 1-2 hari, menyebar di bagian perut bawah, memerlukan istirahat dan memerlukan obat penangkal nyeri, dan hilang setelah mengkonsumsi obat anti nyeri, kadang-kadang mengganggu aktivitas hidup sehari-hari.

3. Dismenorea berat

Dysmenorrhea berat adalah rasa nyeri pada perut bagian bawah pada saat menstruasi dan menyebar kepinggang atau bagian tubuh lain juga disertai pusing, sakit kepala bahkan muntah dan diare. Dysmenorrhea berat memerlukan istirahat sedemikian lama yang bisa mengganggu aktivitas sehari-hari selama 1 hari atau lebih, dan memerlukan pengobatan dysmenorrhea.

D. Etiologi

1. Faktor Psikis

Ada wanita yang secara emosional tidak stabil, dysmenorrhea primer mudah terjadi. Kondisi tubuh erat kaitannya dengan faktor psikis, faktor ini dapat menurunkan ketahanan terhadap rasa nyeri. Seringkali segera setelah perkawinan dysmenorrhea hilang, dan jarang sekali dysmenorrhea menetap setelah melahirkan. Mungkin kedua keadaan tersebut (perkawinan dan melahirkan) membawa perubahan fisiologis pada genitalia maupun perubahan psikis. Disamping itu, psikoterapi terkadang mampu menghilangkan dysmenorrhea primer.

2. Vasopresin

Kadar vasopresin pada wanita dengan dysmenorrhea primer sangat tinggi dibandingkan dengan wanita tanpa dysmenorrhea. Pemberian vasopresin pada saat menstruasi menyebabkan meningkatnya kontraksi uterus, menurunkan aliran darah pada uterus, dan menimbulkan nyeri. Namun,

peranan pasti vasopresin dalam mekanisme terjadinya dysmenorrhea masih belum jelas.

3. Prostaglandin

Prostaglandin memegang peranan penting dalam terjadinya dysmenorrhea. Prostaglandin yang berperan di sini yaitu prostaglandin E₂ (PGE₂) dan F₂α (PGF₂α). Pelepasan prostaglandin di induksi oleh adanya lisis endometrium dan rusaknya membran sel akibat pelepasan lisosim. Prostaglandin menyebabkan peningkatan aktivitas uterus dan serabut-serabut saraf terminal rangsang nyeri. Kombinasi antara peningkatan kadar prostaglandin dan peningkatan kepekaan miometrium menimbulkan tekanan intrauterus hingga 400 mmHg dan menyebabkan kontraksi miometrium yang hebat. Selanjutnya, kontraksi miometrium yang disebabkan oleh prostaglandin akan mengurangi aliran darah, sehingga terjadi iskemia sel-sel miometrium yang mengakibatkan timbulnya nyeri spasmodik. Jika prostaglandin dilepaskan dalam jumlah berlebihan ke dalam peredaran darah, maka selain dysmenorrhea timbul pula diare, mual, dan muntah.

4. Faktor Hormonal

Umumnya kejang atau kram yang terjadi pada dysmenorrhea primer dianggap terjadi akibat kontraksi uterus yang berlebihan. Tetapi teori ini tidak menerangkan mengapa dysmenorrhea tidak terjadi pada perdarahan disfungsi anovulatoar, yang biasanya disertai tingginya kadar estrogen tanpa adanya progesteron. Kadar progesteron yang rendah menyebabkan terbentuknya PGF₂α dalam jumlah banyak. Kadar progesteron yang rendah akibat regresi korpus luteum menyebabkan terganggunya stabilitas membran lisosom dan juga meningkatkan pelepasan enzim fosfolipase-A₂ yang berperan sebagai katalisator dalam sintesis prostaglandin melalui perubahan fosfolipid menjadi asam arakhidonat. Peningkatan prostaglandin pada endometrium yang mengikuti turunnya kadar progesteron pada fase luteal akhir menyebabkan peningkatan tonus miometrium dan kontraksi

E. Patofisiologi

1. Dismenorea Primer

Bila tidak terjadi kehamilan, maka korpus luteum akan mengalami regresi dan hal ini akan mengakibatkan penurunan kadar progesteron. Penurunan ini akan menyebabkan labilisasi membrane lisosom, sehingga mudah pecah dan melepaskan enzim fosfolipase A₂. Fosfolipase A₂ ini akan menghidrolisis senyawa fosfolipid yang ada di membrane sel endometrium dan menghasilkan asam arakhidonat. Adanya asam arakhidonat bersama dengan kerusakan endometrium akan merangsang kaskade asam arakhidonat yang akan menghasilkan prostaglandin, antara lain PGE₂ dan PGF₂ alfa. Wanita dengan dismenorea primer didapatkan adanya peningkatan kadar PGE dan PGF₂ alfa di dalam darahnya, yang akan merangsang miometrium dengan akibat terjadinya peningkatan kontraksi

Teori Keperawatan Maternitas

dan disritmi uterus. Akibatnya akan terjadi penurunan aliran darah ke uterus dan ini akan mengakibatkan iskemia. Prostaglandin sendiri dan endoperoxid juga menyebabkan sensitisasi dan selanjutnya menurunkan ambang rasa sakit pada ujung-ujung syaraf aferen nervus pelvici terhadap rangsang fisik dan kimia.

2. Dismenorea Sekunder

Adanya kelainan pelvis, misalnya : endometriosis, mioma uteri, stenosis serviks, malposisi uterus atau adanya IUD akan menyebabkan kram pada uterus sehingga timbul rasa nyeri.

F. Manifestasi Klinis dismenorea

Secara umum dismenorea memiliki tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Nyeri tidak lama timbul sebelum atau bersama-sama dengan permulaan haid dan berlangsung beberapa jam atau lebih. Sifat rasa nyeri ialah kejang yang berjangkit-jangkit, biasanya terbatas pada perut bawah. Tetapi dapat merambat ke daerah pinggang dan paha.
2. Bersamaan dengan rasa nyeri dapat di jumpai rasa mual, muntah, sakit kepala, diare, dan mudah tersinggung

G. Pemeriksaan penunjang

1. Ultrasonography
Ultrasonography dilakukan untuk mengetahui adanya kelainan dalam anatomi rahim, misalnya: posisi, ukuran dan luas ruangan rahim
2. Histerosalpingographi
Histerosalpingographi dilakukan untuk mencari tahu adanya kelainan dalam rongga rahim, seperti polypendometrium, myoma submukosa atau adenomyosis.
3. Histeroscopy
Histeroscopy dilakukan untuk membuat gambar dalam rongga rahim, seperti polyp atau tumor lain.
4. Laparoscopy
Laparoscopy dilakukan untuk melihat kemungkinan adanya endometriosis dan penyakit-penyakit lain dalam rongga panggul.

H. Penatalaksanaan

Terapi medis untuk klien dismenorea diantaranya :

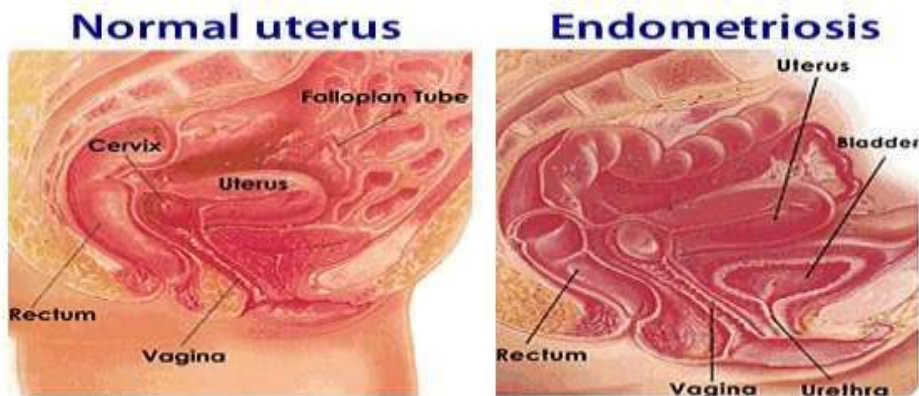
1. Pemberian obat analgesik
2. Terapi hormonal
3. Terapi dengan obat nonsteroid antiprostaglandin
4. Dilatasi kanalis servikalis (dapat memberikan keringanan karena memudahkan pengeluaran darah haid dan prostaglandin di dalamnya)

I. Komplikasi dismenorea

Komplikasi yang biasa muncul akibat gangguan haid adalah infertilitas dan stress emosional pada penderita sehingga dapat meperburuk terjadinya kelainan haid lebih lanjut. Terutama pada amenorrhea komplikasi yang biasa terjadi ialah munculnya gejala-gejala lain akibat insufisiensi hormon seperti osteoporosis. Sedangkan pada dismenorrhea komplikasi yang dapat terjadi adalah syok dan hilangnya kesadaran.

III. ENDOMETRIOSIS

A. Pengertian Endometriosis



Endometriosis adalah kasus jaringan endometrium (lapisan dinding Rahim) yang tumbuh di luar rahim (implant endometrium). Kata endometrium sendiri berasal dari Bahasa Latin (Yunani) *endo* (di dalam) dan *metra* (Rahim). Endometriosis paling sering ditemukan di ovarium. Endometriosis juga dapat terjadi di luar uterus, pada ligamen sakro-uterinum dan ligamen latum, serta peritoneum. Area lain yang lebih jarang terjadi endometriosis antara lain adalah dinding usus, kandung kemih, serviks, vagina, vulva, dan umbilicus serta jaringan parut. Endometriosis terkadang terjadi di paru. (Andrews, 2009)

Endometriosis merupakan jaringan mirip selaput lendir yang menutupi permukaan rongga rahim (endometrium) yang berada di luar rongga rahim pada tempat yang tidak semestinya (Center for Young Women's Health, 2006 dalam Oepomo, 2007)

Endometriosis adalah kondisi abnormal dimana jaringan endometrium ditemukan pada lokasi internal selain uterus. Lokasi relokasi jaringan yang paling umum adalah rongga pelvis, terutama ovarium dan bagian peritoneum pelvis yang menggantung. Jaringan jarang ditemukan di luar pelvis, seperti pada paru bedah dan paru-paru.

Dalam siklus haid, endometrium menebal dengan tumbuhnya

Teori Keperawatan Maternitas

pembuluh darah dan jaringan untuk mempersiapkan diri menerima sel telur yang akan dilepaskan oleh indung telur. Rahim (uterus) dan indung telur (ovarium) terhubung dengan saluran telur, yang juga disebut sebagai tuba falopii (*fallopian tube*). Apabila telur yang sudah matang itu tidak dibuahi oleh sperma, maka lapisan dinding rahim tadi akan mengelupas pada akhir siklus. Lepasnya lapisan dinding rahim itulah yang disebut peristiwa haid. Keseluruhan proses itu diatur hormon reproduksi, dan biasanya memerlukan waktu antara 28 sampai 30 hari, dan kembali lagi ke awal proses.

B. Etiologi dan Faktor Resiko Endometriosis

Penyebab endometriosis tidak diketahui, walaupun telah dikemukakan beberapa teori. Mestruasi retrograd, teori yang paling diterima menyatakan bahwa sekresi menstruasi mengalir balik melalui tuba fallopi dan mengendapkan partikel jaringan endometrium hidup di luar rongga uterus yang menyebabkan fragmen-fragmen kecil endometrium normal tertanam di rongga peritoneum bawah.

Wanita dengan periode menstruasi lebih lama (lebih dari 8 hari) dan siklus menstruasi yang lebih pendek (kurang dari 27 hari) beresiko tinggi mengalami endometriosis. Kondisi ini tergantung estrogen, terjadi pada wanita berusia 15 sampai 44 tahun, dan jarang terjadi pada wanita sebelum masa puber atau setelah menopause. Sering melakukan olahraga aerobik terbukti memberi perlindungan terhadap endometriosis karena dapat menurunkan tingkat produksi estrogen. (Barbieri, 1990 dalam Reeder, 2011)

Endometriosis lebih sering ditemukan pada wanita yang menunda kehamilan sampai usia tiga puluhan, walaupun keadaan ini dapat pula timbul pada usia remaja. Terdapat peningkatan prevalensi sebanyak 7% pada saudara kandung dan anak dari ibu yang mendapat gangguan ini.

C. Patofisiologi

Endometriosis dipengaruhi oleh faktor genetik. Wanita yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita endometriosis memiliki resiko lebih besar terkena penyakit ini juga. Hal ini disebabkan adanya gen abnormal yang diturunkan dalam tubuh wanita tersebut.

Gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia dapat mempengaruhi sistem hormonal tubuh. Tubuh akan memberikan respon berupa gangguan sekresi estrogen dan progesteron yang menyebabkan gangguan

pertumbuhan sel endometrium. Sama halnya dengan pertumbuhan sel endometrium biasa, sel-sel endometriosis ini akan tumbuh seiring dengan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh.

Faktor penyebab lain berupa toksik dari sampah-sampah perkotaan menyebabkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Mikroorganisme tersebut akan menghasilkan makrofag yang menyebabkan resepon imun menurun yang menyebabkan faktor pertumbuhan sel-sel abnormal meningkat seiring dengan peningkatan perkembangan sel abnormal.

Jaringan endometrium yang tumbuh di luar uterus, terdiri dari fragmen endometrial. Fragmen endometrial tersebut dilemparkan dari infundibulum tuba

falopii menuju ke ovarium yang akan menjadi tempat tumbuhnya. Oleh karena itu, ovarium merupakan bagian pertama dalam rongga pelvis yang dikenai endometriosis.

Sel endometrial ini dapat memasuki peredaran darah dan limpa, sehingga sel endometrial ini memiliki kesempatan untuk mengikuti aliran regional tubuh dan menuju ke bagian tubuh lainnya.

Dimanapun lokasi terdapatnya, endometrial ekstrainterine ini dapat dipengaruhi siklus endokrin normal. Karena dipengaruhi oleh siklus endokrin, maka pada saat estrogen dan progesteron meningkat, jaringan endometrial ini juga mengalami perkembangbiakan. Pada saat terjadi perubahan kadar estrogen dan progesteron lebih rendah atau berkurang, jaringan endometrial ini akan menjadi nekrosis dan terjadi perdarahan di daerah pelvis.

Perdarahan di daerah pelvis ini disebabkan karena iritasi peritonium dan menyebabkan nyeri saat menstruasi (dysmenorea). Setelah perdarahan, penggumpalan darah di pelvis akan menyebabkan adhesi/perlekatan di dinding dan permukaan pelvis. Hal ini menyebabkan nyeri, tidak hanya di pelvis tapi juga nyeri pada daerah permukaan yang terkait, nyeri saat latihan, defekasi, BAK dan saat melakukan hubungan seks. Adhesi juga dapat terjadi di sekitar uterus dan tuba fallopian. Adhesi di uterus menyebabkan uterus mengalami retroversi, sedangkan adhesi di tuba fallopian menyebabkan gerakan spontan ujung-ujung fimbriae. untuk membawa ovum ke uterus menjadi terhambat. Hal-hal inilah yang menyebabkan terjadinya infertil pada endometriosis.

D. Klasifikasi Endometriosis

Menurut letaknya endometriosis dapat digolongkan menjadi 3 golongan, yaitu :

- a. Endometriosis genitalia interna, yaitu endometriosis yang letaknya di dalam uterus
- b. Endometriosis eksterna, yaitu endometriosis yang letaknya di dinding belakang uterus, di bagian luar tuba dan di ovarium
- c. Endometriosis genitalia eksterne, yaitu endometriosis yang letaknya di pelvis peritoneum dan di kavum douglas, rektum sigmoid, kandung kencing

E. Tingkatan Endometriosis

Secara garis besar endometriosis ini dibagi menjadi empat tingkatan berdasarkan beratnya penyakit(American Fertility Society):

1. Stage 1 (minimal) : lesi bersifat superficial, ada perlengketan di permukaan saja
2. Stage 2 (ringan) : adanya pelengketan sampai di daerah *cul-de-sac*
3. Stage 3 (sedang) : sama seperti stage 2, namun disertai endometrioma yang kecil pada ovarium dan ada perlengketan juga yang lebih banyak
4. Stage 4 (berat) : sama seperti stage 3, namun disertai endometrioma yang besar dan perlengketan yang sangat luas

Teori Keperawatan Maternitas

Pada endometriosis berat, ovarium, tuba fallopi, uterus, dan usus menyatu dan dapat terfiksasi adhesi yang padat. Satu ovarium dapat berubah posisi di belakang uterus atau kavum Douglas. Kondisi ini menimbulkan dyspareunia dalam dengan nyeri menetap selama beberapa jam. Pasangan wanita yang menderita endometriosis ikut terganggu akibat kenyataan bahwa mereka yang memicu nyeri tersebut sehingga kondisi ini seringkali berpengaruh buruk pada kondisi mereka, terutama dalam segi seksual. Pelepasan ovum dan perjalanan ovum selanjutnya melalui tuba pada situasi tersebut dapat sangat sulit sehingga wanita dapat mengalami masalah konsepsi.

F. Manifestasi Klinis Endometriosis

Manifestasi klinis endometriosis berkaitan lebih kepada lokasi dibandingkan terhadap beratnya penyakit. Gejala endometriosis meliputi :

1. Nyeri, adalah manifestasi yang paling khas. Nyeri secara khas dimulai sebelum periode menstruasi mencapai puncaknya tepat sebelum onset atau selama 1 atau 2 hari pertama menstruasi. Nyeri dapat berlangsung selama durasi menstruasi dan kadang-kadang hingga beberapa hari setelahnya. Nyeri dapat berlokasi di berbagai tempat, menyebabkan diagnosis lebih sulit dikonfirmasi.
2. Dispareunia, adalah menstruasi tidak teratur
3. Menoragi. Pasien yang menderita endometriosis sering mengalami menstruasi yang diawali dengan perdarahan bercak berwarna gelap selama dua atau tiga hari. Selain itu menstruasi pasien tersebut sangat banyak
4. Infertilitas, sekitar sepertiga pasien endometriosis mengalami infertilitas. Infertilitas mungkin merupakan satu-satunya gejala yang muncul.

G. Penatalaksanaan Endometriosis

1. Pengobatan medis

Endometriosis jarang terjadi setelah menopause sehingga hanya terjadi pada wanita yang menjalani terapi sulih hormone. Kehamilan memiliki efek yang terbatas, bahkan sering kali berefek kuratif pada penyakit ini, tetapi infertilitas merupakan salah satu gejala penyakit ini, andaipun wanita menginginkan seorang bayi. Dengan demikian, pengobatan medis dilakukan dengan menekan fungsi ovarium.

- a. Danol (Danazol). Danol dapat digunakan hingga 9 bulan dan jika efek samping dapat ditoleransi, obat ini meringankan endometriosis. Endometriosis dapat kambuh jika siklus menstruasi normal kembali terjadi meski beberapa wanita mengalami perbaikan gejala
- b. Pil kontrasepsi kombinasi. Pil kontrasepsi ini dapat bekerja efektif untuk pengobatan kasus ringan, terutama jika kontrasepsi juga diperlukan. Perdarahan lepas obat dan perdarahan bercak dapat

terjadi, tetapi tidak terlalu bermasalah jika dibandingkan dengan endometriosis yang terjadi

- c. Progesterone, noretisteron, didrogesteron, atau medroksiprogesteron asetat yang diberikan dalam dosis tinggi memiliki efek hormonal yang sama seperti kehamilan. Efek samping progesterone hampir sama dengan gejala sindrom pramenstruasi, serta dapat terjadi perdarahan lepas obat yang mengganggu.
- d. Analog GnRH. Obat ini efektif dalam menekan endometriosis, tetapi hanya dapat diberikan dalam jangka pendek karena beresiko menimbulkan osteoporosis
- e. Terapi pelengkap dan terapi alternatif. Banyak wanita melaporkan perbaikan gejala dengan mengonsumsi vitamin, unsur renik mineral, atau ramuan herbal. Terapi pelengkap dan terapi alternatif merupakan area yang belum “dilirik” untuk diteliti, tetapi manfaat terapi ini dalam pengobatan sindrom pramenstruasi mendorong penderita endometriosis untuk mencobanya. Perubahan alam perasaan, vagina kering yang nyeri, dan nyeri menyerupai kram, dilaporkan berkurang dengan penggunaan minyak evening primrose. Vitamin B (terutama B6) serta unsur renik, seperti zink dan magnesium juga terbukti efektif. Tanpa dukungan penelitian ilmiah ternama, peran efek placebo dalam pengobatan ini tidak diketahui.

2. Pengobatan melalui pembedahan

Teknik yang menggunakan pengobatan ablative local, dengan diatarni atau laparoskop laser, dikembangkan di beberapa klinik ginekologis dengan laporan keberhasilan bervariasi. Ooforektomi atau sistektomi ovarium dapat direkomendasikan. Waktu pemulihan yang diperlukan setelah dilakukan teknik pembedahan mikro lebih singkat, tetapi peralatan yang diperlukan sangat mahal dan ketersediaannya terbatas. Akibatnya banyak wanita harus menjalani pembedahan mayor. Masalah kekambuhan masih tetap ada walaupun terapi supresif sebelum pembedahan dapat membantu mengurangi masalah tersebut.

Histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral dapat dipertimbangkan sebagai pilihan terakhir bagi wanita yang mengeluh nyeri dan konsekuensi nyeri tersebut selama beberapa tahun. Keputusan untuk menjalani pembedahan mungkin membuat pasien lebih tenang, tetapi akan lebih bijaksana jika sebelumnya petugas kesehatan membantu pasien mengkaji perasaannya terhadap fertilitasnya.

3. Laparoscopy

Laparoscopy adalah prosedur operasi yang paling umum untuk diagnosis dari endometriosis. Laparoscopy adalah prosedur operasi minor (kecil) yang dilakukan dibawah pembiusan total, atau pada beberapa kasus-

Teori Keperawatan Maternitas

kasus dibawah pembiusan lokal. Ia biasanya dilakukan sebagai suatu prosedur pasien rawat jalan. Laparoscopy dilakukan dengan pertama memompa perut dengan karbondioksida melalui sayatan kecil pada pusar. Sebuah alat penglihat (laparoscope) yang panjang dan tips kemudian dimasukan kedalam rongga perut yang sudah dipompa untuk memeriksa perut dan pelvis. Endometrial implants kemudian dapat dilihat secara langsung. Selama laparoscopy, biopsi-biopsi (pengeluaran dari contoh-contoh jaringan kecil untuk pemeriksaan dibawah mikroskop) dapat juga dilakukan untuk diagnosis. Adakalanya biopsi-biopsi yang diperoleh selama laparoscopy menunjukkan endometriosis meskipun tidak ada endometrial implants yang terlihat selama laparoscopy.

2. Ovaryektomi (pengangkatan ovarium)

Tindakan ini hanya dilakukan jika nyeri perut atau panggul tidak dapat dihilangkan dengan obat-obatan dan penderita tidak ada rencana untuk hamil lagi. Setelah pembedahan, diberikan terapi sulih estrogen. Terapi bisa dimulai segera setelah pembedahan atau jika jaringan endometrium yang tersisa masih banyak, maka terapi baru dilakukan 4-6 bulan setelah pembedahan.

3. Asuhan Keperawatan (Pengkajian keperawatan, Diagnosa keperawatan, Intervensi keperawatan, Implelementasi, Evaluasi Keperawatan) dengan Endometriosis.

1. PENGAKJIAN

Pengkajian

1) Data Demografi

Nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama/suku, warga negara, bahasa yang digunakan, dan penanggung jawab yang meliputi nama, alamat, dan hubungan dengan klien.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pernah terpapar agen toksin berupa pestisida, atau pernah ke daerah pengolahan katu dan produksi kertas, serta terkena limbah pembakaran sampah medis dan sampah perkotaan

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Dysmenore primer ataupun sekunder

b. Nyeri saat latihan fisik

c. Dispareun

d. Nyeri ovulasi

e. Nyeri pelvis terasa berat dan nyeri menyebar ke dalam paha, dan nyeri pada bagian abdomen bawah selama siklus menstruasi.

f. Nyeri akibat latihan fisik atau selama dan setelah hubungan seksual

- g. Nyeri pada saat pemeriksaan dalam oleh dokter
 - h. Hipermenorea
 - i. Menoragia
 - j. Nyeri sebelum, sesudah dan saat defekasi.
 - k. Konstipasi, diare, kolik
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga
Memiliki ibu atau saudara perempuan (terutama saudara kembar) yang menderita endometriosis.
- 5) Riwayat Obstetri dan Menstruasi
Mengalami hipermenorea, menoragia, siklus menstruasi pendek, darah menstruasi yang berwarna gelap yang keluar sebelum menstruasi atau akhir menstruasi.

Pemeriksaan Fisik

1) Pada pemeriksaan fisik umum

Jarang dilakukan kecuali penderita menunjukkan adanya gejala fokal siklik pada daerah organ non ginekologi. Pemeriksaan dilakukan untuk mencari penyebab nyeri yang letaknya kurang tegas dan dalam. Endometrioma pada parut pembedahan dapat berupa pembengkakan yang nyeri dan lunak fokal dapat menyerupai lesi lain seperti granuloma, abses dan hematoma.

2) Pada pemeriksaan fisik ginekologik

Pada genitalia eksterna dan permukaan vagina biasanya tidak ada kelainan. Lesi endometriosis terlihat hanya 14,4% pada pemeriksaan inspekulo, sedangkan pada pemeriksaan manual lesi ini teraba pada 43,1% penderita. Ada keterkaitan antara stenosis pelvik dan endometriosis pada penderita nyeri pelvik kronik. Paling umum, tanda positif dijumpai pada pemeriksaan bimanual dan rektovaginal. Hasil pemeriksaan fisik yang normal tidak menyingkirkan diagnosis endometriosis, pemeriksaan pelvik sebagai pendekatan non bedah untuk diagnosis endometriosis dapat dipakai pada endometrioma ovarium. Status Ginekologis

a. Abdomen:

Inspeksi: perut datar, tidak tampak benjolan, striae (-)
Palpasi: teraba massa di regio suprapubis sebesar telur ayam, dengan konsistensi kistik, permukaan licin, batas tegas, terfiksir, nyeri tekan (-), nyeri lepas (-)
Perkusi: pekak daerah massa, shifting dullness (-)
Auskultasi: bising usus (+) normal

b. Genitalia

Inspeksi: vulva dan uretra tenang
Inspekulo: vulva dan vagina tenang, portio kenyal, permukaan licin, OUE tertutup, fluksus (-), erosi (-), laserasi (-), polip (-), massa (-), fluor albus (-)

c. Pemeriksaan dalam/bimanual:

Teori Keperawatan Maternitas

- Vagina tenang
- Portio kenyal, permukaan licin, OUE tertutup
- Korpus uteri tidak teraba
- Teraba massa kistik di parametrium sinistra
- Kavum Douglass: menonjol

3) Review of System

- a. Breath : Tachikardi
- b. Blood : Anemia
- c. Brain : -
- d. Bladder : Oliguri
- e. Bowel : Konstipasi
- f. Bone : Nyeri
- g. Reproduction system : Nyeri saat menstruasi dan koitus.

2. DIAGNOSA

1. Ansietas berhubungan dengan ancaman status infertile.
2. Nyeri akut berhubungan dengan dengan agen cedera biologi, ditandai dengan peluruhan endometrium dan endometriosis saat menstruasi.
3. *Risk for bleeding* berhubungan dengan iritasi peritonium

3. ANALISA DATA

DATA	PATHWAY	MASALAH KEPERAWATAN
<p>Data Subjectif : Klien mengatakan takut karena ada perdarahan dan rasa nyeri yang hilang timbul dan tidak seperti sebelum-sebelumnya.</p> <p>Data Objektif : Klien terlihat gelisah Klien tampak pucat</p>	<p>Endometriosis</p> <p>↓</p> <p>Adhesi di tuba fallopii</p> <p>↓</p> <p>Gerakan spontan ujung- ujung fimbriae</p> <p>↓</p> <p>Gerakan ovum ke uterus lambat</p> <p>↓</p>	<p>Ansietas</p>

	<p>Ovum tertahan di saluran ekstra uterine</p> <p>↓</p> <p>Infertil</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p>	
<p>Data Subjektif : Adanya keluhan nyeri saat menstruasi.</p> <p>Data Objektif : Terlihat klien sedang memegang perut bagian kiri bawahnya sambil menunjukan ekspresi kesakitan</p> <p>P : Menstruasi</p> <p>O: Nyeri seperti tertusuk dan terbakar</p> <p>R: Perut bagian bawah hingga ke punggung</p> <p>S : T: Sebelum-saat-sesudah menstruasi (fluktuatif)</p>	<p>Endometriosis</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan respon thd FH dan LSH</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi otot-otot rahim</p> <p>↓</p> <p>Nyeri saat menstruasi (dysminorea)</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut
<p>Data Subjektif: Klien mengatakan gejala anemia (lelah, lemah, letih, lesu, lunglai)</p> <p>Data Objektif: Hb : <11</p> <p>Klien tampak pucat</p> <p>Klien terlihat lemas</p>	<p>Endometrium</p> <p>↓</p> <p>Iritasi Peritonium</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan di pelvic</p> <p>↓</p> <p>Risk for bleeding</p>	Risk for bleeding

4. INTERVENSI

Ansietas berhubungan dengan ancaman status infertile

Domain: Koping/Toleransi Stress

Clas : Respon Koping

NIC	NOC
Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, klien dapat menunjukkan tingkat kecemasan dengan kriteria hasil :	<p><i>Pengurangan Kecemasan</i></p> <p>1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p>

Teori Keperawatan Maternitas

<p>Tingkat Kecemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menunjukkan perasaan gelisah 2. Klien dengan tidak merasakan otot tegang 3. Klien dapat mengatasi dalam kesulitan berkonsentrasi 4. Klien dapat menunjukkan rasa cemas yang disampaikan secara lisan 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berada disisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan 3. Lakukan usapan pada punggung dengan cara yang tepat 4. Dukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai 5. Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan 6. Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi <p>Manajemen teknologi reproduksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan pendidikan tentang macam-macam terapi modalitas reproduksi 2. Membantu pasien untuk fokus pada bidang kehidupan yang sukses tidak 3. terkait dengan status kesuburan
<p>Nyeri akut berhubungan dengan dengan agen cedera biologi, ditandai dengan peluruhan endometrium dan endometriosis saat menstruasi. Domain: Comfort Class: Physical Comfort</p>	
NIC	NOC
<p>Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan 1x24 jam, nyeri klien akan berkurang dengan kriteria hasil: Level Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah menahan nyeri berkurang 2) Lama waktu episode nyeri 3) Tidak mengerang dan menangis 4) Ketegangan otot berkurang <p>Kontrol Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengenali timbulnya nyeri 2) Laporkangejala yang tidak terkontrol kepada 	<p>Pemberian analgesik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa kembali instruksi dokter, berikan obar dengan prinsip 5S 2) Evaluasi respon klien terhadap analgesik yang diberikan 3) Cek riwayat alergi 4) Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik <p>Manajemen Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan lingkungan yang bersih dan aman bagi klien 2) Jelaskan sumber-sumber kenyamanan bagi klien 3) Hindari pencahayaan yang berlebihan 4) Posisikan klien senyaman mungkin <p>Manajemen Nyeri</p>

<p>perawat/dokter</p> <p>3) Menggunakan langkah-langkah pencegahan</p> <p>4) Menggunakan analgesik sesuai yang dianjurkan</p>	<p>1) Berikan informasi tentang nyeri, penyebab, berapa lama, dan cara mengantisipasinya</p> <p>2) Dampingi klien dan keluarga untuk bisa memberikan semangat ketika nyeri timbul</p> <p>3) Tanyakan kepada klien, hal-hal apa saja yang bisa meningkatkan dan memperburuk nyeri</p> <p>4) Ajarkan teknik-teknik distraksi nyeri, seperti mendengarkan musik.</p> <p>5) Dorong klien untuk bisa memonitor nyerinya sendiri dan mengintervensi sebisanya.</p>
<p>Risk for bleeding berhubungan dengan iritasi peritoneum</p> <p>Domain: Safety Protection</p> <p>Physical Injury</p>	
NIC	NOC
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, perdarahan klien dapat teratasi dan jumlah darah klien kembali normal dengan kriteria hasil :</p> <p>Keparahan Kehilangan Darah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan darah terlihat 2. Perdarahan vagina 3. Kecemasan 4. Penurunan hemoglobin (Hb) 5. Penurunan hematokrit (Ht) 	<p>1. Penurunan pendarahan (4020)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi penyebab pendarahan b. Memonitor jumlah dan sifat kehilangan darah c. Perhatikan hemoglobin hematokrit tingkat sebelum dan setelah kehilangan darah d. Mempertahankan kepatenan akses IV e. Mengelola produk darah (misalnya, trombosit dan plasma beku segar), sesuai f. Hematest semua ekskresi dan mengamati darah di emesis, dahak, tinja, urine, drainase NG, dan drainase luka, yang sesuai g. Mengevaluasi psikologis pasien dalam menanggapi perdarahan dan persepsi peristiwa

	<ul style="list-style-type: none">h. Mengajar pasien dan keluarga tindakan pada tanda-tanda pendarahan dan tepat (i.e., memberitahu perawat), harus lebih lanjut perdarahan terjadii. Menginstruksikan pasien pada pembatasan aktivitasj. Mengajar pasien dan keluarga pada keparahan kehilangan darah dan tindakan yang tepat yang dilakukan <p>2. Pengajaran: Prosedur / Pengobatan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Menginformasikan pasien tentang kapan dan di mana prosedur / pengobatan akan berlangsung, yang sesuaib. Menginformasikan pasien tentang berapa lama prosedur / perawatan diperkirakan berlangsungc. Menginformasikan pasien tentang siapa yang akan melakukan prosedur / pengobatand. Memperkuat kepercayaan pasien dalam staf yang terlibat, yang sesuaif. Menentukan pengalaman pasien sebelumnya dan tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan prosedur / perawatang. Menjelaskan tujuan prosedur / perawatanh. Menggambarkan kegiatan preprocedure / pengobatani. Menjelaskan prosedur /
--	---

	<p>perawatan</p> <ul style="list-style-type: none">i. Mendapatkan saksi / informed consent pasien untuk prosedur / pengobatan sesuai dengan kebijakan lembaga, yang sesuaij. Anjurkan pasien tentang cara untuk bekerja sama / berpartisipasi selama prosedur / perawatan, yang sesuaik. Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik diarahkan untuk mengendalikan aspek-aspek tertentu dari pengalaman (misalnya, relaksasi dan mengatasi citra), yang sesuai
--	---

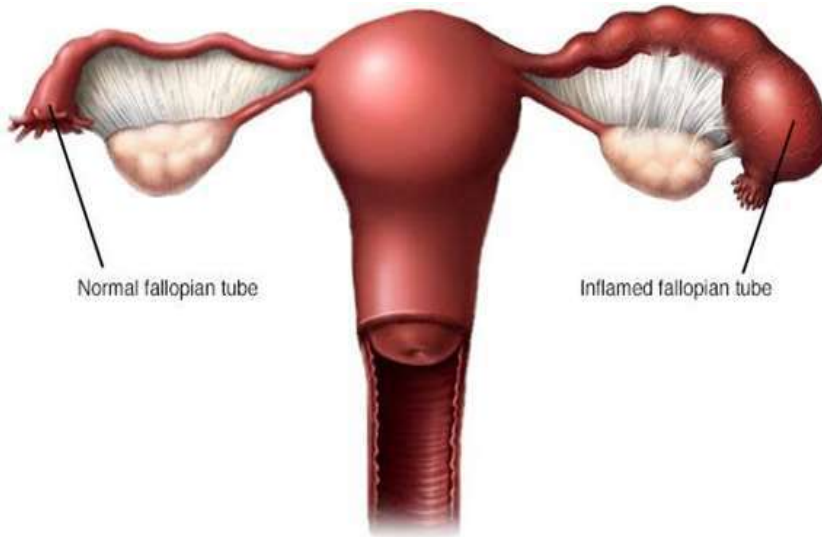
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR(UISA REPRODUKSI)
DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA: DENGAN
INFEKSI/RADANG PANGGUL DAN INFERTILITAS**

I. INFEKSI/RADANG PANGGUL

A. Pengertian penyakit radang panggul.

Penyakit radang panggul (PID) adalah infeksi rahim ,saluran tuba dan organ reproduksi lainnya yang menyebabkan gejala seperti nyeri perut bawah. Ini merupakan komplikasi serius dari beberapa penyakit menular seksual (PMS). Terutama klamidia dan gonore. PID dapat merusak tuba dan jaringan di dekat uterus dan ovarium.PID dapat menyebabkan kemandulan, kehamilan ektopik, pembentukan abses dan nyeri panggul kronis.

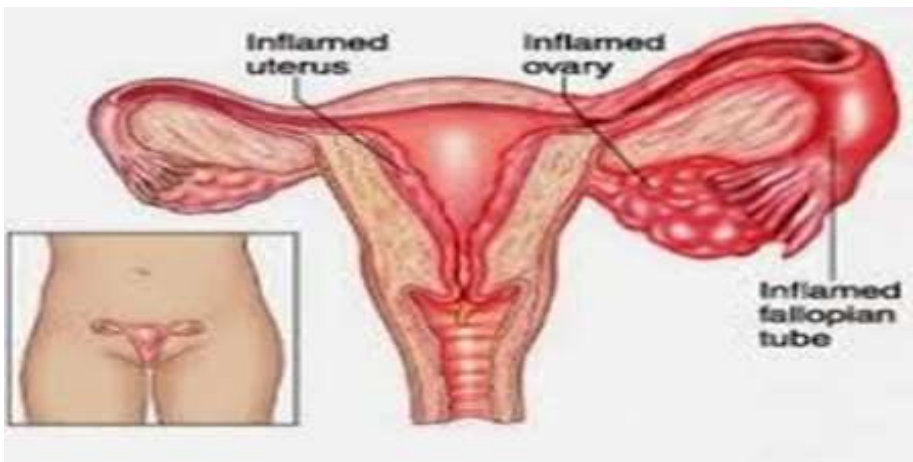
Teori Keperawatan Maternitas



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Gambar: Pelvic inflamataory deases Sumber: www.google.com

Penyakit Radang Panggul (PID: Pelvic Inflammatory Disease) adalah infeksi pada alat genital atas. Proses penyakitnya dapat meliputi endometrium, tubafalopi, ovarium, miometrium, parametria, dan peritonium panggul. PID adalah infeksi yang paling peting dan merupakan komplikasi infeksi menular seksual yang paling biasa. (Sarwono,2011; h.227) Pelvic Inflammatory Disease adalah suatu kumpulan radang pada saluran genital bagian atas oleh berbagai organisme, yang dapat menyerang endometrium, tuba falopi, ovarium maupun miometrium secara perkontinuitatum maupun secara hematogen ataupun sebagai akibat hubungan seksual. (Yani,2009;h.45)



Gambar 2.1 Peradangan yang terjadi pada panggul Sumber : www.google.com

Penyakit radang panggul atau pelvic inflammatory disease (PID) merupakan infeksi genitalia bagian atas wanita yang sebagian besar disebabkan hubungan seksual.(manuaba) Pelvic Inflammatory Diseases (PID) adalah infeksi alat kandungan tinggi dari uterus, tuba, ovarium, parametrium, peritoneum, yang tidak berkaitan dengan pembedahan dan kehamilan. PID mencakup spektrum luas kelainan inflamasi alat kandungan tinggi termasuk kombinasi endometritis, salphingitis, abses tuba ovarian dan peritonitis pelvis. Biasanya mempunyai morbiditas yang tinggi. Batas antara infeksi rendah dan tinggi ialah ostium uteri internum (Marmi, 2013; h.198) Penyakit radang panggul adalah infeksi saluran reproduksi bagian atas. Penyakit tersebut dapat mempengaruhi endometrium (selaput dalam rahim), saluran tuba, indung telur, miometrium (otot rahim), parametrium dan rongga panggul. Penyakit radang panggul merupakan komplikasi umum dari Penyakit Menular Seksual (PMS).

B. Etiologi radang panggul

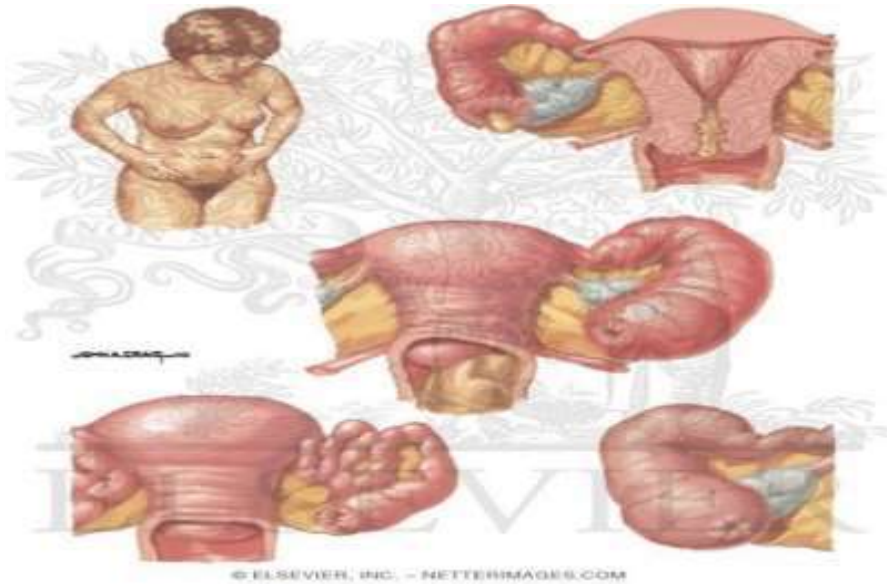
Penyakit radang panggul terjadi apabila terdapat infeksi pada saluran genital bagian bawah, yang menyebar ke atas melalui leher rahim. Butuh waktu dalam hitungan hari atau minggu untuk seorang wanita menderita penyakit radang panggul. Bakteri penyebab tersering adalah *N. Gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis* yang menyebabkan peradangan dan kerusakan jaringan sehingga menyebabkan berbagai bakteri dari leher rahim maupun vagina menginfeksi daerah tersebut. Kedua bakteri ini adalah kuman penyebab PMS. Proses menstruasi dapat memudahkan terjadinya infeksi karena hilangnya lapisan endometrium yang menyebabkan berkurangnya pertahanan dari rahim, serta menyediakan medium yang baik untuk pertumbuhan bakteri (darah menstruasi).



Gambar 2.2 Penyakit radang panggul Sumber : www.google.com
Bakteri fakultatif anaerob dan flora juga diduga berpotensi menjadi penyebab PID. yang termasuk diantaranya adalah Gardnerella vaginalis, streptokokus agalactiae, peptostreptokokus, bakteroides dan mycoplasma genitalia. patogen genitalia lain yang menyebabkan PID adalah haemophilus influenza dan haemophilus parainfluenza. actinomices diduga menyebabkan PID yang dipicu oleh penggunaan AKDR. PID mungkin juga disebabkan oleh salpingitis granulomatosa yang disebabkan Mycobakterium tuberkulosis dan Schistosoma.

C. Faktor resiko radaang panggul

Terdapat beberapa faktor resiko PID , namun yang utama adalah aktivitas seksual. PID yang timbul setelah periode menstruasi pada wanita dengan aktivitas seksual berjumlah sekitar 85% sedangkan 15% di sebabkan karena luka pada mukosa misalnya AKDR atau kuretase Resiko juga meningkat berkaitan dengan jumlah pasangan seksual. Wanita dengan lebih banyak dari 10 pasangan seksual cenderung memiliki pningkatan resiko sebesar 3 kali lipat. Usia muda juga merupakan salah satu faktor resiko yang di sebabkan oleh kurangnya kestabilan hubungan seksual dan mungkin oleh kurangnya imunitas. Faktor resiko lainnya yaitu pemasangan alat kontrasepsi, etnik, status postmaterial dimana resiko meningkat 3 kali di banding yang tidak menikah, infeksi bacterial vaginosis, dan merokok. Peningkatan resiko PID di temukan pada etnik berkulit putih dan pada golongan sosio ekonomi rendah. PID sering muncul pada usia 15 – 19 tahun dan pada wanita yang pertama kali berhubungan seksual.

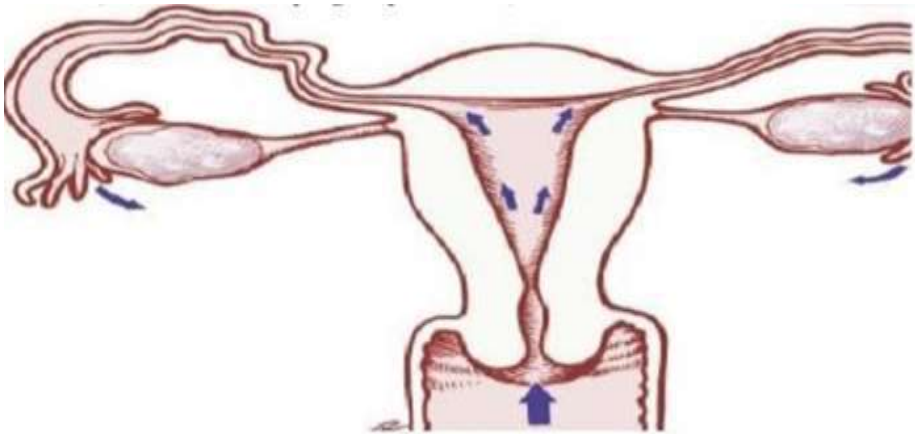


Gambar 2.3. Resiko radang panggul Sumber : www.google.com

Pasien yang digolongkan memiliki faktor resiko tinggi untuk PID adalah wanita di usia 25 tahun, menstruasi, memiliki pasangan seksual yang multiple, tidak menggunakan kontrasepsi, dan tinggal di daerah yang tinggi prevelensi penyakit menular seksual. PID juga sering timbul pada wanita yang pertama kali berhubungan aseksual. Pemakaian AKDR meningkatkan resiko PID 2 – 3 kali lipat pada 4 bulan pertama setelah pemakaian, namun kemudian resiko kembali menurun. Wanita yang tidak berhubungan seksual secara aktif dan telah menjalani sterilisasi tuba, memiliki resiko yang sangat rendah untuk PID.

D. Patofisiologi radang panggul

PID di sebabkan oleh penyebaran mikroorganisme secara asenden ke traktus genital atas dari vagina dan serviks. Mekanisme pasti yang bertanggung jawab atas penyebaran tersebut tidak diketahui, namun aktifitas seksual mekanis dan pembukaan serviks selama menstruasi mungkin berpengaruh.



Gambar 2.4 patofisiologi radang panggul Sumber : www.google.com
Banyak kasus PID timbul dengan 2 tahap :

1. Tahap Pertama : melibatkan akuisisi dari vagina atau infeksi servikal. Penyakit menular seksual yang menyebabkan mungkin asimtomatik
2. Tahap Ke dua : Timbul oleh penyebaran ascenden langsung mikroorganisme dari vagina dan serviks.

Mukosa serviks menyediakan barrier fungsional melawan penyebaran ke atas, namun efek dari barrier ini mungkin berkurang akibat pengaruh perubahan hormonal yang timbul selama ovulasi dan menstruasi. Gangguan suasana servikovaginal dapat timbul akibat terapi antibiotic dan penyakit menular seksual yang dapat mengganggu keseimbangan flora endogen. Menyebabkan organisme nonpatogen bertumbuh secara berlebihan dan bergerak ke atas. Pembukaan serviks selama menstruasi dengan aliran menstrual yang retrograd dapat memfasilitasi pergerakan ascenden dari mikroorganisme. Hubungan seksual juga dapat menyebabkan infeksi ascenden akibat dari kontraksi uterus mekanis dan ritmik. Bakteri dapat terbawa bersama sperma menuju uterus dan tuba.

Faktor resiko meningkat pada wanita dengan pasangan seksual multiple , punya riwayat penyakit seksual sebelumnya, pernah PID, Riwayat pelecehan seksual usia muda, dan mengalami tindakan pembedahan. Usia muda mengalami peningkatan resiko akibat dari peningkatan permeabilitas mucosal serviks, zona servical ektopi yang lebih besar, proteksi antibody chlamidya yang masih rendah, dan peningkatan berlaku beresiko. Prosedur pembedahan dapat menghancurkan barrier servical, sehingga menjadi predisposisi terjadi infeksi. AKDR telah di duga merupakan predisposisi terjadinya PID dengan memfasilitasi transmisi mikroorganisme ke traktus genitalia atas. Kontrasepsi oral justru mengurangi resiko PID secara simptomatik. Mungkin dengan meningkatkan viskositas mukosa oral,

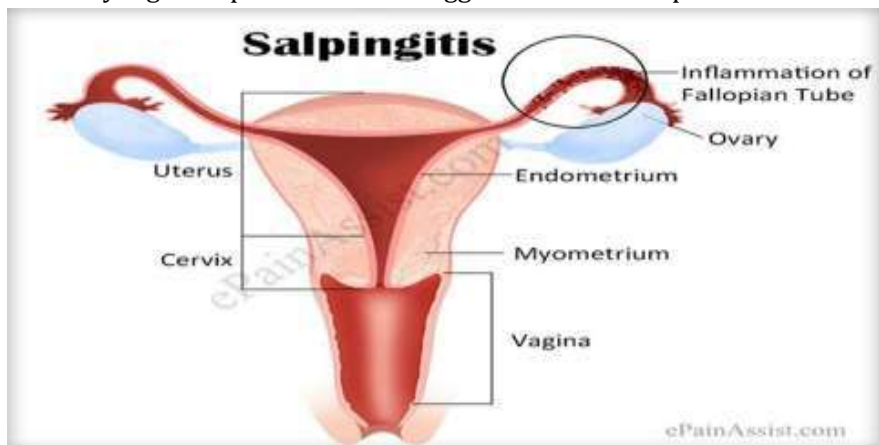
menurunkan aliran menstrual antegrade dan retrograde, dan memodifikasi respon imun local. Pada traktus bagian atas, jumlah mikroba dan faktor host memiliki peneran terhadap derajat inflamasi dan parut yang dihasilkan. Infeksi uterus biasanya terbatas pada endometrium, namun dapat lebih invasive pada uterus yang gravid atau postpartum. Infeksi tuba awalnya melibatkan mukosa, tapi inflamasi transmural yang di mediasi komplimen yang bersifat akut dapat timbul cepat dan intensitas terjadinya infeksi lanjutan pun meningkat. Inflamasi dapat meluas ke struktur parametrial termasuk usus. Infeksi dapat pula meluas oleh tumpahnya materi purulen dari tuba fallopi atau via penyebaran limfatik dalam pelvis menyebabkan peritonitis akut atau perihepatitis akut

E. Jenis-jenis pelvic inflammatory disease

Beberapa jenis inflamasi yang termasuk PID yang sering ditemukan adalah :

1. Salpingitis:

mikroorganisme yang menyebabkan salpingitis adalah N. Gonorrhea dan C trachomatis. Salpingitis timbul pada remaja yang memiliki pasangan seksual yang multiple dan tidak menggunakan kontrasepsi



Gambar 2.5 Salpingitis Sumber : www.google.com

2. Abses tuba ovarium

Abses ini sering muncul setelah salpingitis namun lebih sering karena infeksi adnexa yang berulang. Pasien dalam keadaan asimtomatik atau dalam keadaan septic syok, ditemukan 2 minggu setelah menstruasi dengan nyeri pelvis dan abdomen, mual, muntah, demam dan takikardi. Seluruh abdomen tegang dan nyeri



Gambar: Abses tuba ovarium www.google.com

F. Gejala dan diagnosis radang panggul

Keluhan atau gejala yang paling sering di kemukakan adalah nyeri abdominopelvik. Keluhan lain berfariasi, antar alin keluarnya cairan vagina, atau perdarahan, demam, menggigil, serta mual dan disuria. Demam terlihat pada 60% – 80% kasus. Daignosis PID sulit karena kaluhan dan gejala-gejala yang di kemukakan sangat berfariasi. Pada pasien dengan nyeri tekan serviks, uterus, dan adneksa, PID di diagnosis dengan akurat hanya 65%. Karena kaibat buruk PID terutama infertilitas dan nyeri panggul kronik, maka PID harus di curigai pada perempuan beresiko dan diterapi secara agresif. Kriteria diagnosis diagnostic dari CDC dapat membantu akurasi diagnosis dan ketepatan terapi..

Kriteria minimum untuk diagnosis klinis adalah sebagai berikut : (ketiga tiganya harus ada):

- Nyeri gerak serviks
- Nyeri tekan uterus
- Nyeri tekan adneksa



Gambar: Penyakit Radang Panggul. www.google.com

Kriteria tambahan seperti berikut adalah dapat di pakai untuk menambah spesifisitas kriteria minimum dan mendukung diagnosis PID.

- Suhu oral < 38,30c
- Cairan serviks atau vagina tidak normal mukokurulen.
- Leukosit dalam jumlah banyak pada pemeriksaan mikroskop seker vagina
- dengan salin
- Kenaikan laju endap darah
- Protein reaktif – C meningkat.
- Dokumentasi laboratorium infeksi serviks oleh N. gonorrhoeae atau C. trachomatis

Pada pemeriksaan dalam dapat dijumpai :

- Tegang di bagian bawah
- Nyeri serta nyeri gerak pada serviks
- Dapat teraba tumor karena pembentukan abses
- Di bagian belakang Rahim terjadi penimbunan nanah
- Dalam bentuk menahun mungkin teraba tumor, perasaan tidak enak (Discomfort) di bagian bawah abdomen (Manuaba, 2010)

Kriteria diagnosis PID sangat spesifik meliputi :

- Bipsi endometrium disertai bukti histopatologis endometritis
- USG transvaginal atau MRA memperlihatkan tuba menebal penuh berisi cairan dengan atau tanpa cairan bebas di panggul atau kompleks tubo – ovarial atau pemeriksaan dopler menyarankan infeksi panggul (missal hiperemi tuba)
- Hasil pemeriksaan laporoskopi yang konsisten dengan PID

Teori Keperawatan Maternitas

Beberapa ahli menganjurkan bahwa pasien dengan PID di rawat inap agar dapat segera di mulai istirahat baring dan pemberian antibiotika parenteral dalam pengawasan akan tetapi, untuk pasien pasien PID ringan atau sedang rawat jalan dapat memberikan kesudahan jangka pendek dan panjang yang sama dengan rawat inap. Keputusan untuk rawat inap ada di tangan dokter yang merawat. Di sarankan memakai kriteria rawat inap sebagai berikut :

- Kedaruratan bedah (mial apensitis) tidak dapat di kesampingkan.
- Pasien sedang hamil
- Pasien tidak memberi respons klinis terhadap antimikrobia oral
- Pasien tidak mampu mengikuti atau menaati pengobatan rawat jalan
- Pasien menderita sakit berat mual dan muntah, atau demam tinggi
- Ada akses tubo ovarial

G. Klasifikasi klinik pelvic inflammatory disease

SINDROM KLINIS	PENYEBAB
PID akut (Durasi \leq 30 hari)	Patogen servikal (N.gonorrhoeae, C. trachomatis, dan M. genitalium)
	Patogen bakteri vaginosis (Peptostreptococcus.sp, M. hominis dan Clostridia.sp)
	Ptogen respiratori (H, influenza, S. pneumonia, streptococcus grup A, dan S. aureus)
	Patogen enteric (E. Coli, Bracteroides fragilis, Streptococcus grup B, dan Campylobacter.sp)
PID Subklinis	C.trachomatis dan N. gonorrhoeae
PID kronik (durasi > 30 hari)	Mycobacterium tuberculosis dan Actinomyces.sp

H. Deferensial radang panggul

1. Tumor adnexa
2. Apendicitis
3. Servicitis
4. Kista ovarium
5. Tersio ovarium
6. Aborsi spontan
7. Infeksi saluran kemih
8. Kehamilan ektopik

9. Endometriosis

I. Penatalaksanaan radang panggul

A. PADA WANITA TIDAK HAMIL

Terapi PID harus ditujukan untuk mencegah kerusakan tuba yang menyebabkan infertilitas dan kehamilan ektopik, serta pencegahan ektopik infeksi kronik. Banyak pasien yang berhasil di terapi dengan rawat jalan dan terapi rawat jalan dini harus menjadi pendekatan terapiotik permulaan. Pemilihan antibiotika harus ditujukan pada organisme etiologi utama (*N. Gonorrhoeae* atau *C. Trachomatis*) tetapi juga harus mengarah pada sifat pilimik krobial PID.

Untuk pasien dengan PID ringan atau sedang terapi oral dan perenteral mempunyai daya guna klinis yang sama.

Rekomendasi terapi dari CDC

a. Terapi perenteral

- Rekomendasi terapi parenteral A
 - Sevotetan 2 g intravena setiap 12 jam atau
 - Sevoksitin 2 g intravena setiap 6 jam di tambah
 - Doksisisiklin 100 mg oral atau parenteral setiap 12 jam
- Rekomendasi terapi parenteral B
 - Klindamisin 900 mg setiap 8 jam di tambah
 - Gentamicin dosis muatan intravena atau intramuskuler (2mg / kg BB) diikuti dengan dosis pemeliharaan (1,5 mg / kg BB) Setiap 8 jam. Dapat di ganti denagn dosis tunggal harian.
- Terapi parenteral alternative

Tiga terapi alternatif telah di coba dan mereka mempunyai cakupan spektrum yang luas

 - Levofloksasin 500 mg intravena 1X sehari dengan atau tanpa metronidazole 500 mg intravena setiap 8 jam atau
 - Ofloksasin 400 mg intravena stiap 12 jam dengan atau tanpa metronidazole 500 mg intravena setiap 8 jam atau
 - Ampisilin/sulbaktam 3 mg intravena setiap 6 jam di tambah Doksisisiklin 100 mg oral atau intravena etiap 12 jam.

b. Terapi oral

Terapi oral dapat di pertimbangkan untuk penderita PID atau sedang karena kesudahan klinisnya sama dengan terapi parenteral. Pasien yang mendapat terapi dan tidak menunjukkan perbaikan setelah 72 jam harus dire-evaluasi untuk memastikan diagnosisnya dan diberikan terapi parenteral baik dengan rawat jalan maupun inap.

Teori Keperawatan Maternitas

- Rekomendasi terapi A
 - Levofloksasin 500 mg oral 1X setiap hari selama 14 hari atau ofloksasin 400 mg 2x sehari selama 14 hari dengan atau tanpa
 - Metronidazole 500 mg oral 2x sehari selama 14 hari
- Rekomendasi terapi B
 - Seftriakson 250 mg intramuscular dosis tunggal di tambah doksisisiklin oral 2x sehari selama 14 hari dengan atau tanpa metronidazole 500 mg oral 2x sehari selama 14 hari atau
 - Sefoksitin 2 g intramuscular dosis tunggal dan probenosid di tambah doksisisiklin oral 2x sehari selama 14 hari dengan atau tanpa metronidazole 500 mg oral 2x sehari selama 14 hari atau
 - Sefalosporin generasi ketiga (misal seftizoksim atau sefotaksim) di tambah doksisisiklin oral 2x sehari selama 14 hari dengan atau tanpa metronidazole 500 mg oral 2x sehari selama 14 hari

B PADA WANITA HAMIL

Pada ibu hamil yang terkena radang panggul tidak boleh di berikan antibiotic. Dan kemungkinan akan di lakukan terminasi.

C. PADA IBU MENYUSUI

Pada ibu menyusui yang terkena radang panggul boleh di berikan antibiotic, seperti:

1. Ceftriaxone : Di anggap aman untuk digunakan selama menyusui oleh American Academy of pediatric.
 2. Doksisisiklin : Dapat menyebabkan noda gigi atau menghambat pertumbuhan tulang. Produsen obat klaim serius potensi efek samping.
 3. Metromidazol : Potensi resiko pertumbuhan tulang.
- BILA UNTUK MENGURANGI RASA SAKIT PERUT DAN PANGGUL, bisa diberikan seperti penghilang rasa sakit ibuprofen dan paracetamol dan bersamaan dengan pemberian antibiotic
 - Infeksi radang panggul karena IUD, dilakukan pemberian antibiotic dulu dan dilakukan observasi beberapa hari dan jika tidak ada perbaikan maka dilakukan pelepasan IUD karena kemungkinan infeksi disebabkan oleh IUD .

J. Cara pencegahan radang panggul

Beberapa pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Pencegahan dapat di lakukan dengan mencegah terjadi infeksi yang di sebabkan oleh kuman penyebab penyakit menular seksual. Terutama chlamidya. Peningkatan edukasi masyarakat, penapisan rutin, diagnosis dini, serta penanganan yang tepat terhadap infeksi chlamidya berpengaruh besar dalam menurunkan angka PID. Edukasi hendaknya focus pada metode pencegahan penyakit menular seksual, termasuk setiap terhadap satu pasangan, menghindari aktifitas seksual yang tidak aman, dan menggunakan pengamanan secara rutin.
2. Adanya progam penapisan penyakit menular seksual dapat mencegah terjadinya PID pada wanita. Mengadakan penapisan terhadap pria perlu di lakukan untuk mencegah penularan kepada wanita.
3. Pasien yang telah di diagnosa dengan PID atau penyakit menular seksual harus di terapi hingga tuntas, dan terapi juga di lakukan terhadap pasangannya untuk mencegah penularan kembali.
4. Wanita usia remaja harus menghindari aktivitas seksual hingga usia 16 tahun atau lebih.
5. Kontrasepsi oral dilakukan dapat mengurangi resiko PID
6. Semua wanita berusia 25 tahun ke atas harus di lakukan penapisan terhadap chlamidya tanpa memandang faktor resiko.

K. Asuhan Keperawatan (Pengkajian keperawatan, Diagnosa keperawatan, Intervensi keperawatan, Implemantasi, Evaluasi Keperawatan) penyakit dengan radang panggul.

Pengkajian A.Data Subyektif

1. Biodata :

a. Umur : biasanyaa terjadi pada usia produktif yaitu pada usia dibawah 16 tahun

b. Pekerjaan : sering terjadi pada wanita yang berganti-ganti pasangan (PSK)

2. Keluhan Utama : Demam, mual muntah, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, kram karena menstruasi, nyeri BAK, nyeri saat hubungan, sakit pada perut bagian bawah, lelah, nyeri punggung bagian bawah, nafsu makan berkurang.

3. Riwayat penyakit sekarang : Metroragia, Menoragia. penderita penyakit kelamin, keputihan, menggunakan alat kontrasepsi spiral.

4. Riwayat penyakit dahulu : KET, Abortus Septikus, Endometriosis. Pernah menderita penyakit kelamin, abortus, pernah

kuret, aktivitas seksual pada masa remaja, berganti-ganti pasangan seksual, pernah menggunakan AKDR.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

6. **Riwayat menstruasi:** Perdarahan menstruasi yang tidak teratur, Disminore, Fluor albus.
7. **Riwayat obstetric dan KB:** Pernah abortus, kuretase, keguguran, Pernah atau sedang menggunakan AKDR
8. **Riwayat menstruasi :** Kaji menarche, siklus haid, jumlah darah yang keluar, dismenoreia, dan HPHT.
9. **Riwayat Ginekologi:** Kaji keluhan yang pernah dirasakan berkaitan dengan organ reproduksi, berapa lama keluhan ibu rasakan, ada tidaknya upaya yang dilakukan untuk mengatasi keluhan itu. Seperti menanyakan apakah ibu pernah mengalami keputihan yang berbau dan gatal, operasi yang dialami.
10. **Riwayat kesehatan:** Kaji penyakit-penyakit yang pernah diderita ibu, suami, dan keluarga baik dari ibu maupun suami seperti : penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, asma dll. Kaji apakah ibu pernah kontak dengan penderita HIV/AIDS, TBC, hepatitis.

II. INFERTILITAS

A. Pengertian Infertilitas

Infertilitas atau kemandulan merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang sering berkembang menjadi masalah sosial karena pihak istri selalu dianggap sebagai penyebabnya. Akibatnya wanita sering terpojok dan mengalami kekerasan, terabaikan kesehatannya, serta diberi label sebagai wanita mandul sebagai masalah hidupnya (Aprillia, 2010).

Infertilitas adalah ketidakmampuan untuk hamil dalam waktu satu tahun. Infertilitas primer bila pasutri tidak pernah hamil dan infertilitas sekunder bila istri pernah hamil. (Siswandi, 2006).

Banyak faktor yang menyebabkan pasutri sulit untuk hamil setelah kehidupan seksual normal yang cukup lama. Banyak pasutri yang memilih bercerai karena salah satu dari mereka tidak dapat memberi keturunan. Ancaman terjadinya perceraian ini mencapai 43% dari masalah dalam sebuah pernikahan yang ada. Mereka beranggapan bahwa peran mereka sebagai orang tua tidak sempurna tanpa kehadiran seorang anak dalam kehidupan perkawinannya. Pada umumnya faktor-faktor organik atau fisiologik yang menjadi sebab. Akan tetapi, sekarang telah menjadi pendapat umum bahwa ketidakseimbangan jiwa dan ketakutan yang berlebihan (emotional stress) dapat pula menurunkan kesuburan wanita (Prawirohardjo, 2005).

Infertilitas di definisikan sebagai ketidakmampuan pasangan untuk mencapai kehamilan setelah 1 tahun hubungan seksual tanpa pelindung (Keperawatan Medikal Bedah). Infertilitas (pasangan mandul) adalah pasangan suami istri yang telah menikah selama satu tahun dan sudah melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan alat kontrasepsi, tetapi belum memiliki anak. (Sarwono, 2000).

B. Klasifikasi

Infertilitas terdiri dari 2 macam, yaitu :

- 1) Infertilitas primer yaitu jika perempuan belum berhasil hamil walaupun bersenggama teratur dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama 12 bulan berturut-turut.
- 2) Infertilitas sekunder yaitu Disebut infertilitas sekunder jika perempuan pernah hamil, akan tetapi kemudian tidak berhasil hamil lagi walaupun bersenggama teratur dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama 12 bulan berturut-turut.

C. Etiologi wanita/pri

1. Penyebab Infertilitas pada perempuan (Istri) :

✓ *Faktor penyakit*

- Endometriosis adalah jaringan endometrium yang semestinya berada di lapisan paling dalam rahim (lapisan endometrium) terletak dan tumbuh di tempat lain. Endometriosis bisa terletak di lapisan tengah dinding rahim (lapisan myometrium) yang disebut juga adenomyosis, atau bisa juga terletak di indung telur, saluran telur, atau bahkan dalam rongga perut. Gejala umum penyakit endometriosis adalah nyeri yang sangat pada daerah panggul terutama pada saat haid dan berhubungan intim, serta -tentu saja-infertilitas.
- Infeksi Panggul adalah suatu kumpulan penyakit pada saluran reproduksi wanita bagian atas, meliputi radang pada rahim, saluran telur, indung telur, atau dinding dalam panggul. Gejala umum infeksi panggul adalah: nyeri pada daerah pusar ke bawah (pada sisi kanan dan kiri), nyeri pada awal haid, mual, nyeri saat berkemih, demam, dan keputihan dengan cairan yang kental atau berbau. Infeksi panggul memburuk akibat haid, hubungan seksual, aktivitas fisik yang berat, pemeriksaan panggul, dan pemasangan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim, misalnya: spiral).
- Mioma Uteri adalah tumor (tumor jinak) atau pembesaran jaringan otot yang ada di rahim. Tergantung dari lokasinya, mioma dapat terletak di lapisan luar, lapisan tengah, atau lapisan dalam rahim.

Teori Keperawatan Maternitas

Biasanya mioma uteri yang sering menimbulkan infertilitas adalah mioma uteri yang terletak di lapisan dalam (lapisan endometrium). Mioma uteri biasanya tidak bergejala. Mioma aktif saat wanita dalam usia reproduksi sehingga -saat menopause- mioma uteri akan mengecil atau sembuh.

- Polip adalah suatu jaringan yang membesar dan menjulur yang biasanya diakibatkan oleh mioma uteri yang membesar dan teremas-remas oleh kontraksi rahim. Polip dapat menjulur keluar ke vagina. Polip menyebabkan pertemuan sperma-sel telur dan lingkungan uterus terganggu, sehingga bakal janin akan susah tumbuh.
 - Kista adalah suatu kantong tertutup yang dilapisi oleh selaput (membran) yang tumbuh tidak normal di rongga maupun struktur tubuh manusia. Terdapat berbagai macam jenis kista, dan pengaruhnya yang berbeda terhadap kesuburan. Hal penting lainnya adalah mengenai ukuran kista. Tidak semua kista harus dioperasi mengingat ukuran juga menjadi standar untuk tindakan operasi. Jenis kista yang paling sering menyebabkan infertilitas adalah sindrom ovarium polikistik. Penyakit tersebut ditandai amenore (tidak haid), hirsutism (pertumbuhan rambut yang berlebihan, dapat terdistribusi normal maupun tidak normal), obesitas, infertilitas, dan pembesaran indung telur. Penyakit ini disebabkan tidak seimbangnya hormon yang mempengaruhi reproduksi wanita.
 - Saluran telur yang tersumbat menyebabkan sperma tidak bisa bertemu dengan sel telur sehingga pembuahan tidak terjadi alias tidak terjadi kehamilan. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui saluran telur yang tersumbat adalah dengan HSG (Hystero Salpingo Graphy), yaitu semacam pemeriksaan röntgen (sinar X) untuk melihat rahim dan saluran telur.
 - Kelainan pada sel telur dapat mengakibatkan infertilitas yang umumnya merupakan manifestasi dari gangguan proses pelepasan sel telur (ovulasi). Delapan puluh persen penyebab gangguan ovulasi adalah sindrom ovarium polikistik. Gangguan ovulasi biasanya direfleksikan dengan gangguan haid. Haid yang normal memiliki siklus antara 26-35 hari, dengan jumlah darah haid 80 cc dan lama haid antara 3-7 hari. Bila haid pada seorang wanita terjadi di luar itu semua, maka sebaiknya beliau memeriksakan diri ke dokter.
- ✓ Faktor fungsional
- Gangguan system hormonal wanita dan dapat di sertai kelainan bawaan (immunologis)

Apabila embrio memiliki antigen yang berbeda dari ibu, maka tubuh ibu memberikan reaksi sebagai respon terhadap benda asing. Reaksi ini dapat menyebabkan abortus spontan pada wanita hamil.

- Gangguan pada pelepasan sel telur (ovulasi). Ovulasi atau proses pengeluaran sel telur dari ovarium terganggu jika terjadi gangguan hormonal. Salah satunya adalah polikistik. Gangguan ini diketahui sebagai salah satu penyebab utama kegagalan proses ovulasi yang normal. Ovarium polikistik disebabkan oleh kadar hormon androgen yang tinggi dalam darah. Kadar androgen yang berlebihan ini mengganggu hormon FSH (Follicle Stimulating Hormone) dalam darah. Gangguan kadar hormon FSH ini akan mengakibatkan folikel sel telur tidak bisa berkembang dengan baik, sehingga pada gilirannya ovulasi juga akan terganggu.

- Gangguan pada leher rahim, uterus (rahim) dan Tuba fallopi (saluran telur)

Dalam keadaan normal, pada leher rahim terdapat lendir yang dapat memperlancar perjalanan sperma. Jika produksi lendir terganggu, maka perjalanan sperma akan terhambat. Sedangkan jika dalam rahim, yang berperan adalah gerakan di dalam rahim yang mendorong sperma bertemu dengan sel telur matang. Jika gerakan rahim terganggu, (akibat kekurangan hormon prostaglandin) maka gerakan sperma melambat. Terakhir adalah gangguan pada saluran telur. Di dalam saluran inilah sel telur bertemu dengan sel sperma. Jika terjadi penyumbatan di dalam saluran telur, maka sperma tidak bisa membuahi sel telur. Sumbatan tersebut biasanya disebabkan oleh penyakit salpingitis, radang pada panggul (Pelvic Inflammatory Disease) atau penyakit infeksi yang disebabkan oleh jamur klamidia. Kelainan pada uterus, misalnya diakibatkan oleh malformasi uterus yang mengganggu pertumbuhan fetus, mioma uteri dan adhesi uterus yang menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah untuk perkembangan fetus dan akhirnya terjadi abortus berulang. Kelainan tuba falopii akibat infeksi yang mengakibatkan adhesi tuba falopii dan terjadi obstruksi sehingga ovum dan sperma tidak dapat bertemu.

- Gangguan implantasi hasil konsepsi dalam Rahim. Setelah sel telur dibuahi oleh sperma dan seterusnya berkembang menjadi embrio, selanjutnya terjadi proses nidasi (penempelan) pada endometrium. Perempuan yang memiliki kadar hormon progesteron rendah, cenderung mengalami gangguan pembuahan. Diduga hal ini

Teori Keperawatan Maternitas

disebabkan oleh antara lain karena struktur jaringan endometrium tidak dapat menghasilkan hormon progesteron yang memadai.

2. Penyebab Infertilitas pada laki-laki (suami)

- ✓ Kelainan pada alat kelamin
 - Hipospadia yaitu muara saluran kencing letaknya abnormal, antara lain pada permukaan testis.
 - Ejakulasi retrograd yaitu ejakulasi dimana air mani masuk kedalam kandung kemih.
 - Varikokel yaitu suatu keadaan dimana pembuluh darah menuju bauh zakar terlalu besar, sehingga jumlah dan kemampuan gerak spermatozoa berkurang yang berarti mengurangi kemampuannya untuk menimbulkan kehamilan.
 - Testis tidak turun dapat terjadi karena testis atrofi sehingga tidak turun.
- ✓ Kegagalan fungsional
 - Kemampuan ereksi kurang.
 - Kelainan pembentukan spermatozoa
 - Gangguan pada sperma.
- ✓ Gangguan di daerah sebelum testis (pretesticular). Gangguan biasanya terjadi pada bagian otak, yaitu hipofisis yang bertugas mengeluarkan hormon FSH dan LH. Kedua hormon tersebut mempengaruhi testis dalam menghasilkan hormon testosteron, akibatnya produksi sperma dapat terganggu serta mempengaruhi spermatogenesis dan keabnormalan semen Terapi yang bisa dilakukan untuk peningkatan testosterone adalah dengan terapi hormon.
- ✓ Gangguan di daerah testis (testicular). Kerja testis dapat terganggu bila terkena trauma pukulan, gangguan fisik, atau infeksi. Bisa juga terjadi, selama pubertas testis tidak berkembang dengan baik, sehingga produksi sperma menjadi terganggu. Dalam proses produksi, testis sebagai “pabrik” sperma membutuhkan suhu yang lebih dingin daripada suhu tubuh, yaitu 34–35 °C, sedangkan suhu tubuh normal 36,5–37,5 °C. Bila suhu tubuh terus-menerus naik 2–3 °C saja, proses pembentukan sperma dapat terganggu.
- ✓ Gangguan di daerah setelah testis (posttesticular). Gangguan terjadi di saluran sperma sehingga sperma tidak dapat disalurkan dengan lancar, biasanya karena salurannya buntu. Penyebabnya bisa jadi bawaan sejak lahir, terkena infeksi penyakit -seperti tuberkulosis (Tb)-, serta vasektomi yang memang disengaja.

- ✓ Tidak adanya semen. Semen adalah cairan yang mengantarkan sperma dari penis menuju vagina. Bila tidak ada semen maka sperma tidak terangkut (tidak ada ejakulasi). Kondisi ini biasanya disebabkan penyakit atau? kecelakaan yang memengaruhi tulang belakang.
- ✓ Kurangnya hormon testotestosterone. Kekurangan hormon ini dapat mempengaruhi kemampuan testis dalam memproduksi sperma.

3. Penyebab Infertilitas pada suami istri

- ✓ Gangguan pada hubungan seksual. Kesalahan teknik sanggama dapat menyebabkan penetrasi tak sempurna ke vagina, impotensi, ejakulasi prekoks, vaginismus, kegagalan ejakulasi, dan kelainan anatomik seperti hipospadia, epispadia, penyakit Peyronie.
- ✓ Faktor psikologis antara kedua pasangan (suami dan istri).
 - Masalah tertekan karena sosial ekonomi belum stabil
 - Masalah dalam pendidikan
 - Emosi karena didahului orang lain hamil.

D. Patofisiologi wanita/pria

c. Patofisiologi pada wanita

Beberapa penyebab dari gangguan infertilitas dari wanita diantaranya gangguan stimulasi hipofisis hipotalamus yang mengakibatkan pembentukan FSH dan LH tidak adekuat sehingga terjadi gangguan dalam pembentukan folikel di ovarium. Penyebab lain yaitu radiasi dan toksik yng mengakibatkan gangguan pada ovulasi. Gangguan bentuk anatomi sistem reproduksi juga penyebab mayor dari infertilitas, diantaranya cidera tuba dan perlekatan tuba sehingga ovum tidak dapat lewat dan tidak terjadi fertilisasi dari ovum dan sperma. Kelainan bentuk uterus menyebabkan hasil konsepsi tidak berkembang normal walaupun sebelumnya terjadi fertilisasi. Abnormalitas ovarium, mempengaruhi pembentukan folikel. Abnormalitas servik mempegaruhi proses pemasukan sperma. Faktor lain yang mempengaruhi infertilitas adalah aberasi genetik yang menyebabkan kromosom seks tidak lengkap sehingga organ genitalia tidak berkembang dengan baik. Beberapa infeksi menyebabkan infertilitas dengan melibatkan reaksi imun sehingga terjadi gangguan interaksi sperma sehingga sperma tidak bisa bertahan, infeksi juga menyeebkan inflamasi berlanjut perlekatan yang pada akhirnya menimbulkan gangguan implantasi zigot yang berujung pada abortus.

d. Patofisiologi pada pria

Abnormalitas androgen dan testosteron diawali dengan disfungsi hipotalamus dan hipofisis yang mengakibatkan kelainan status fungsional testis. Gaya hidup memberikan peran yang besar dalam mempengaruhi infertilitas diantaranya merokok, penggunaan obat-obatan dan zat adiktif yang berdampak pada abnormalitas sperma dan penurunan libido. Konsumsi alkohol mempengaruhi masalah ereksi yang mengakibatkan berkurangnya pancaran sperma. Suhu disekitar areal testis juga mempengaruhi abnormalitas spermatogenesis. Terjadinya ejakulasi retrograt misalnya akibat pembedahan sehingga menyebabkan sperma masuk ke vesika urinaria yang mengakibatkan komposisi sperma terganggu.

E. Manifestasi klinis

a. Pada wanita

- ✓ Terjadi kelainan system endokrin
- ✓ Hipomenore dan amenore
- ✓ Diikuti dengan perkembangan seks sekunder yang tidak adekuat menunjukkan masalah pada aksis ovarium hipotalamus hipofisis atau aberasi genetik
- ✓ Wanita dengan sindrom turner biasanya pendek, memiliki payudara yang tidak berkembang, dan gonadnya abnormal
- ✓ Wanita infertil dapat memiliki uterus
- ✓ Motilitas tuba dan ujung fimbrianya dapat menurun atau hilang akibat infeksi, adhesi, atau tumor
- ✓ Traktus reproduksi internal yang abnormal

b. Pada pria

- ✓ Riwayat terpajan benda – benda mutan yang membahayakan reproduksi (panas, radiasi, rokok, narkotik, alkohol, infeksi)
- ✓ Status gizi dan nutrisi terutama kekurangan protein dan vitamin tertentu
- Riwayat infeksi genitorurinaria
- ✓ Hipertiroidisme dan hipotiroid
- ✓ Tumor hipofisis atau prolactinoma
- ✓ Disfungsi ereksi berat
- ✓ Ejakulasi retrograt
- ✓ Hypo/epispadia
- ✓ Mikropenis
- ✓ Andesensus testis (testis masih dalam perut/dalam liat paha)

- ✓ Gangguan spermatogenesis (kelainan jumlah, bentuk dan motilitas sperma)
- ✓ Hernia scrotalis (hernia berat sampai ke kantong testis)
- ✓ Varikohel (varises pembuluh balik darah testis)
- ✓ Abnormalitas cairan semen

F. Prognosis

Menurut Behman dan Kistner, prognosis terjadinya kehamilan pada pasangan infertilitas tergantung pada umur suami, umur istri, dan lamanya dihadapkan pada kemungkinan kehamilan (frekuensi senggama dan lamanya perkawinan).

Fertilitas maksimal wanita dicapai pada umur 24 tahun, sementara fertilitas maksimal pria dicapai pada umur 24 hingga 25 tahun. Pengelolaan mutakhir terhadap pasangan infertile dapat membawa kehamilan kepada lebih dari 50% pasangan, walaupun masih selalu ada 10-20% pasangan yang belum diketahui etiologinya. Separuhnya lagi terpaksa harus hidup tanpa anak, atau memperoleh anak dengan jalan lain, umpamanya dengan inseminasi buatan donor, atau mengangkat anak (adopsi).

G. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan fisik

- Hirsutisme diukur dengan skala Ferriman dan Gallway, jerawat
- Pembesaran kel. Tiroid
- Galaktorea
- Inspeksi lendir serviks ditunjukkan dengan kualitas mucus
- PDV untuk menunjukkan adanya tumor uterus / adneksa

H. Pemeriksaan Penunjang

a) Analisis Sperma :

- Jumlah > 20 juta/ml
- Morfologi > 40 %
- Motilitas > 60 %

b) Deteksi ovulasi :

- Anamnesis siklus menstruasi, 90 % siklus menstruasi teratur : siklus ovulator
- Peningkatan suhu badan basal, meningkat 0,6 - 1°C setelah ovulasi : Bifasik
- Uji benang lendir serviks dan uji pakis, sesaat sebelum ovulasi : lendir serviks encer, daya membenang lebih panjang, pembentukan gambaran daun pakis dan terjadi Estradiol meningkat

c) Biopsi Endometrium

Teori Keperawatan Maternitas

Beberapa hari menjelang haid , Endometrium fase sekresi : siklus ovulatoar, Endometrium fase proliferasi/gambaran, Hiperplasia : siklus Anovulatoar

d) Hormonal: FSH, LH, E2, Progesteron, Prolaktin

- FSH serum : 10 - 60 mIU/ml
- LH serum : 15 - 60 mIU/ml
- Estradiol : 200 - 600 pg/ml
- Progesteron : 5 - 20 mg/ml
- Prolaktin : 2 - 20 mg/ml

e) USG transvaginal

Secara serial : adanya ovulasi dan perkiraan saat ovulasi

Ovulasi : ukuran folikel 18 - 24 m

f) Histerosalpinografi

1. Radiografi kavum uteri dan tuba dengan pemberian materi kontras. Disini dapat dilihat kelainan uterus, distrosi rongga uterus dan tuba uteri, jaringan parut dan adesi akibat proses radang. Dilakukan secara terjadwal. Menilai Faktor tuba : lumen, mukosa, oklusi, perlengketan
2. Faktor uterus : kelainan kongenital (Hipoplasia, septum, bikornus, Duplex), mioma, polip, adhesi intrauterin (sindroma asherman)
3. Dilakukan pada fase proliferasi : 3 hari setelah haid bersih dan sebelum perkiraan ovulasi
4. Keterbatasan : tidak bisa menilai
5. Kelainan Dinding tuba : kaku, sklerotik
6. Fimbria : Fimosis fimbria
7. Perlengketan genitalia Int.
8. Endometriosis
9. Kista ovarium
10. Patensi tuba dapat dinilai :HSG, Hidrotubasi (Cairan), Pertubasi (gas CO2)

g) Pemeriksaan pelvis ultrasound

Untuk memvisualisasi jaringan pelvis, misalnya untuk identifikasi kelainan, perkembangan dan maturitas folikuler, serta informasi kehamilan intra uterin.

h) Uji paska sanggama (UPS)

Syarat :

Pemeriksaan Lendir serviks + 6 - 10 jam paska sanggama. Waktu sanggama sekitar ovulasi, bentuk lendir normal setelah kering terlihat seperti daun pakis. Menilai :

Reseptifitas dan kemampuan sperma untuk hidup pada lendir serviks.

Penilaian UPS : Baik : > 10 sperma / LPB

✓ Analisa semen.

- Parameter
- Warna putih keruh
- Bau bunga akasia
- Ph 7,2 – 7,8.
- Volume 2-5 ml
- Vikositas 1,6 – 6,6 centipose
- Jumlah sperma 20 juta / ml
- Sperma motil > 50 %
- Bentuk normal > 60 %
- Kecepatan gerak sperma 0,18 – 1,2 detik
- Persentasi gerak motil > 60 %
- Aglutinasi tidak ada
- Sel – sel sedikit, tidak ada
- Uji fruktosa 150 – 650 mg/dl.

i) Laparoskopi :

Gambaran visualisasi genitalia interna secara internal menyuluruh. Menilai faktor :

- ✓ Peritoneum/endometriosis
- ✓ Perlengketan genitalia Interna
- ✓ Tuba : patensi, dinding, fimbria
- ✓ Uterus : mioma
- ✓ Ovulasi : Stigma pada ovarium dan korpus luteum

Keterbatasan:

Tidak bisa menilai : Kelainan kavum uteri dan lumen tuba

Bersifat invasif dan operatif

I. Penatalaksanaan Medis

a. Medikasi

1. Obat stimulasi ovarium (Induksi ovulasi)

Klomifen sitrat

- a. Meningkatkan pelepasan gonadotropin FSH & LH
- b. Diberikan pd hari ke-5 siklus haid
- c. 1 x 50 mg selama 5 hari
- d. Ovulasi 5 - 10 hari setelah obat terakhir
- e. Koitus 3 x seminggu atau berdasarkan USG transvaginal
- f. Dosis bisa ditingkatkan menjadi 150 - 200 mg/hari

Teori Keperawatan Maternitas

g. 3 - 4 siklus obat tidak ovulasi dengan tanda hCG 5000 - 10.000 IU

2. Epimestrol

Memacu pelepasan FSH dan LH, Hari ke 5 - 14 siklus haid, 5 - 10 mg/hari

3. Bromokriptin

Menghambat sintesis & sekresi prolaktin

Indikasi : Kdr prolaktin tinggi (> 20 mg/ml) dan Galaktore

Dosis sesuai kadar prolaktin :

Oligomenore 1,25 mg/hari

Gangguan haid berat : $2 \times 2,5$ mg/hari

Gonadotropin

HMG (Human Menopausal Gonadotropine)

FSH & LH : 75 IU atau 150 IU

Untuk memicu pertumbuhan folikel

Dosis awal 75 - 150 IU/hari selama 5 hari dinilai hari ke 5 siklus haid

4. HCG

5000 IU atau 10.000 IU, untuk memicu ovulasi

Diameter folikel 17 - 18 mm dgn USG transvaginal

Mahal, sangat beresiko :

Perlu persyaratan khusus

Hanya diberikan pada rekayasa teknologi reproduksi

Catatan : Untuk pria diterapi dengan FSH, Testosteron

5. Terapi hormonal pada endometriosis

Supresif ovarium sehingga terjadi atrofi Endometriosis

6. Danazol

Menekan sekresi FSH & LH

Dosis 200 - 800 mg/hari, dosis dibagi 2x pemberian

7. Progesteron

Desidualisasi endometrium pada Atrofi jaringan Endometritik

8. Medroksi progesteron asetat 30 - 50 mg/hari

9. GnRH agonis

Menekan sekresi FSH & LH

Dosis 3,75 mg/IM/bulan

Tidak boleh > 6 bulan : penurunan densitas tulang

b. Tindakan Operasi Rekonstruksi

Koreksi :

○ Kelainan Uterus

○ Kelainan Tuba : tuba plasti

○ Miomektomi

- Kistektomi
- Salpingolisis
- Laparoscopi operatif dan Terapi hormonal untuk kasus endometriosis + infertilitas
- Tindakan operatif pada pria : Rekanalisasi dan Operasi Varicokel.

c. Rekayasa Teknologi Reproduksi

Metode lain tidak berhasil

1. Inseminasi Intra Uterin (IIU)

Metode ini merupakan rekayasa teknologi reproduksi yang paling sederhana. Sperma yang telah dipreparasi diinseminasi kedalam kavum uteri saat ovulasi. Syarat : tidak ada hambatan mekanik : kebuntuan tuba Falopii, Peritoneum/endometriosis

Indikasi Infertilitas oleh karena faktor :

- a) Serviks
- b) Gangguan ovulasi
- c) Endometriosis ringan
- d) Infertilitas Idiopatik
- e) Angka kehamilan 7 - 24 % siklus

2. Fertilisasi Invitro (FIV)

Fertilisasi diluar tubuh dengan suasana mendekati alamiah. Metode ini menjadi alternatif atau pilihan terakhir

Syarat :

- a) Uterus & endometrium normal
- b) Ovarium mampu menghasilkan sel telur
- c) Mortilitas sperma minimal. 50.000/ml
- d) Angka kehamilan : 30 - 35 %

3. Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

Injeksi sperma intra-sitoplasmik (*intracytoplasmic sperm injection* = ICSI) merupakan teknik mikromanipulasi yang menyuntikkan satu spermatozoon ke dalam sitoplasma oosit mature telah digunakan untuk penanganan infertilitas pria sejak lebih dari satu dekade ini (Palermo et al, 1992).

Segara setelah itu diikuti dengan keberhasilan teknik ini pada pria azoospermia dengan menyuntikkan spermatozoa dari testis dan epididymis. Teknik ini memberikan harapan yang nyata pada pria infertil dengan oligo-astheno-teratozoospermia berat maupun azoospermia, dengan penyebab apapun. Dengan berkembangnya teknologi dimana ICSI dapat dilaksanakan dengan tidak terlalu

rumit, maka ketersediaan sarana yang melaksanakan ICSI berkembang dengan sangat pesat (Hinting, 2009).

Klinik-klinik diberbagai tempat didunia berkembang terus melaksanakan ICSI dengan angka keberhasilan yang memuaskan. Kurang dari 10% oocytes rusak dengan prosedur ini dan angka fertilisasi berkisar antara 50-75%. Embryo transfer dapat dilaksanakan pada lebih dari 90% pasangan dan menghasilkan angka kehamilan berkisar antara 25-45%. Hasil-hasil ini tidak berbeda antara sperma ejakulat, epididymis maupun testis (Palermo et al, 2001; Hinting et al, 2001).

ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN DENGAN KEGANASAN: KANKER PAYUDARA, KANKER SERVIKS, KANKER ENDOMETRIUM, KANKER OVARIVM

I. KANKER PAYUDARA

A. Pengertian Kanker Payudara

Cancer mammae disebut juga dengan Carcinoma Mammae adalah sebuah tumor ganas yang tumbuh dalam jaringan payudara. Tumor ini dapat tumbuh dalam susu, jaringan lemak, maupun pada jaringan ikat payudara. (Suryaningsih & Sukaca 2009).

Cancer mammae adalah keganasan yang berasal dari kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara. (Romauli & indari, 2009).

Cancer mammae adalah pertumbuhan sel yang tidak terkontrol lantaran perubahan abnormal dari gen yang bertanggung-jawab atas pengaturan pertumbuhan sel. Secara normal, sel payudara yang tua akan mati, lalu digantikan oleh sel baru yang lebih ampuh. Regenerasi sel seperti ini berguna untuk mempertahankan fungsi payudara, gen yang bertanggung-jawab terhadap pengaturan pertumbuhan sel termutasi. Kondisi itulah yang disebut cancer mammae. (Satmoko, 2008).

Dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa cancer mammae adalah suatu keadaan dimana terjadi pertumbuhan sel yang tidak terkendali pada payudara, sehingga menyebabkan terjadinya benjolan atau kanker yang ganas.

B. Etiologi Kanker Payudara

Penyebab cancer mammae masih belum diketahui secara pasti, faktor genetik dan faktor hormonal dapat berperan pada cancer mammae. (Black & Matassarini, 1997).

C. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Menurut Mulyani & Nuryani (2013), Sukaca & Suryaningsih (2009) terdapat beberapa faktor yang mempunyai pengaruh terhadap terjadinya cancer mammae, diantaranya:

1. Gender
Perempuan memiliki risiko terkena cancer mammae lebih besar dibanding pria. Perbandingannya seratus banding satu perempuan yang terkena cancer mammae dibandingkan pria.
2. Pemakaian hormone
Laporan dari Harvard School of Public Health menyatakan bahwa terdapat peningkatan bermakna pada pengguna terapi Estrogen Replacement.
Suatu metaanalisis menyatakan bahwa walaupun tidak terdapat risiko cancer mammae pada pengguna kontrasepsi oral, perempuan yang menggunakan obat ini untuk mengalami kanker ini sebelum menopause. Oleh sebab itu jika kita bisa menghindari adanya penggunaan hormon ini secara berlebihan maka akan lebih aman.
3. Kegemukan (obesitas) setelah menopause Seorang perempuan yang mengalami obesitas setelah menopause akan beresiko 1,5 kali lebih besar untuk terkena cancer mammae dibandingkan dengan perempuan yang berat badannya normal.
4. Radiasi payudara yang lebih dini Sebelum usia 30 tahun, seorang perempuan yang harus menjalani terapi radiasi di dada (termasuk payudara) akan memiliki kenaikan risiko terkena cancer mammae. Semakin muda ketika menerima pengobatan radiasi, semakin tinggi risiko untuk terkena cancer mammae di kemudian hari.
5. Riwayat cancer mammae Seorang perempuan yang mengalami cancer mammae pada satu payudaranya mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk menderita kanker baru pada payudara lainnya atau pada bagian lain dari payudara yang sama. Tingkat risikonya bisa tiga sampai empat kali lipat.
6. Riwayat keluarga Risiko dapat berlipat ganda jika ada lebih dari satu anggota keluarga inti yang terkena cancer mammae dan semakin mudah ada anggota keluarga yang terkena kanker maka akan semakin besar penyakit tersebut menurun.
7. Periode menstruasi Perempuan yang mulai mempunyai periode awal (sebelum usia 12 tahun) atau yang telah melalui perubahan kehidupan (fase menopause)

Teori Keperawatan Maternitas

setelah usia 55 tahun mempunyai risiko terkena cancer mammae yang sedikit lebih tinggi. Mereka yang mempunyai periode menstruasi yang lebih sehingga lebih banyak hormon estrogen dan progesteron.

8. Umur atau usia

Sebagian besar perempuan penderita cancer mammae berusia 50 tahun ke atas. Risiko terkena cancer mammae meningkat seiring bertambahnya usia.

1. Ras

Cancer mammae lebih umum terjadi pada perempuan berkulit putih. Kemungkinan terbesar karena makanan yang mereka makan banyak mengandung lemak. Ras seperti Asia mempunyai bahan pokok yang tidak banyak mengandung lemak yang berlebih.

2. Perubahan payudara

Jika seorang perempuan memiliki perubahan jaringan payudara yang dikenal sebagai hiperplasia atipikal (sesuai hasil biopsi), maka seorang perempuan memiliki peningkatan risiko cancer mammae.

3. Aktivitas fisik

Penelitian terbaru dari Women's Health Initiative menemukan bahwa aktivitas fisik pada perempuan menopause yang berjalan sekitar 30 menit per hari dikaitkan dengan penurunan 20 persen risiko cancer mammae. Namun, pengurangan risiko terbesar adalah pada perempuan dengan berat badan normal. Dampak aktivitas fisik tidak ditemukan pada perempuan dengan obesitas. Jika aktivitas fisik dikombinasikan dengan diet dapat menurunkan berat badan sehingga menurunkan risiko cancer mammae dan berbagai macam penyakit.

4. Konsumsi alkohol

Perempuan yang sering mengonsumsi alkohol akan beresiko terkena cancer mammae karena alkohol menyebabkan perlemakan hati, sehingga hati bekerja lebih keras sehingga sulit memproses estrogen agar keluar dari tubuh dan jumlahnya akan meningkat.

5. Merokok

Merokok dapat meningkatkan risiko berkembangnya cancer mammae, apalagi bagi perempuan yang memiliki riwayat keluarga yang mengidap cancer mammae.

D. Tanda dan gejala kanker payudara

Tanda dan gejala kanker payudara pada stadium awal biasanya massa tunggal, massa teraba keras dan padat, dapat digerakan atau terfiksasi pada kulit atau jaringan yang berada dibawahnya, tidak memiliki batasan yang jelas atau tidak teratur. Tanda lanjutan lainnya berupa adanya rabas pada puting atau terjadi

retraksi pada puting, edema atau cekungan pada kulit, payudara tidak simetris, dan pembesaran nodus limfe aksila. Pasien yang menderita Carcinoma mammae biasanya ada yang merasakan nyeri dan ada yang tidak merasakan nyeri, dan berat badan menurun menunjukkan adanya metastase (Nurarif, 2015).

E. Patofisiologi kanker payudara

Kanker payudara biasanya terjadi karena adanya interaksi antara faktor lingkungan dan genetik. Jalur PI3K/AKT dan jalur RAS/MEK/ERK merupakan jalur yang memproteksi sel normal dari bunuh diri sel (Kabel & Baali, 2015). Ketika gen yang mengkode jalur perlindungan ini bermutasi, sel menjadi tidak mampu melakukan bunuh diri ketika mereka tidak lagi diperlukan, yang kemudian dapat mengarah pada perkembangan kanker. Mutasi ini terbukti secara eksperimental terkait dengan adanya paparan estrogen. Hal itu menunjukkan bahwa kelainan dalam sinyal faktor pertumbuhan dapat memfasilitasi pertumbuhan sel ganas. Ekspresi berlebihan jaringan adiposa payudara leptinin menyebabkan peningkatan proliferasi sel dan kanker. Kecenderungan keluarga untuk mengembangkan kanker payudara disebut sindrom kanker payudara-ovarium hereditas. Beberapa mutasi yang terkait dengan kanker, seperti p53, BRCA1 dan BRCA2, terjadi dalam mekanisme untuk memperbaiki kesalahan dalam DNA (errors in DNA) yang menyebabkan pembelahan yang tidak terkontrol, kurangnya perlekatan, dan metastasis ke organ yang jauh. Mutasi yang diwariskan pada gen BRCA1 atau BRCA2 dapat mengganggu perbaikan ikatan silang DNA dan pemutusan untai ganda DNA. GATA-3 secara langsung mengontrol ekspresi reseptor estrogen (ER) dan gen lain yang terkait dengan diferensiasi epitel. Hilangnya GATA-3 menyebabkan penghambatan diferensiasi dan prognosis yang buruk karena peningkatan invasi sel kanker dan metastasis jauh (Kabel & Baali, 2015).

F. Kalsifikasi kanker payudara

Mulyani & Nuryani (2013); Suryaningsih & Sukaca (2009); Santoso (2009) menjelaskan bahwa terdapat beberapa jenis cancer mammae yang sering terjadi :

1. Ductal Carcinoma In Situ (DCIS)

DCIS merupakan tipe cancer mammae noninvasif yang sering terjadi. DCIS terdeteksi pada mamogram sebagai microcalcifications (tumpukan kalsium dalam jumlah kecil). DCIS muncul dari ductal epithelium dan masuk ke duktus.

2. Lobular Carcinoma In Situ (LCIS) LCIS merupakan kanker yang tidak menyebar.

Pada LCIS, pertumbuhan jumlah sel terlihat jelas dan berada di dalam kelenjar susu (lobulus).

Teori Keperawatan Maternitas

3. Invasive (infiltrating) Ductal Carcinoma (IDC) IDC terjadi di dalam saluran susu payudara lalu menjebol dinding saluran dan menyerang jaringan lemak payudara. Bila dipalpasi akan terasa benjolan yang keras. Biasanya terjadi metastasis ke nodus lymph aksila.
4. Invasive (Infiltrating) Lobular Carcinoma (ILC) ILC mulai terjadi di dalam lobulus (kelenjar) payudara, tetapi sering mengalami metastase (penyebaran) ke bagian tubuh yang lain.

Berikut adalah beberapa jenis cancer mammae yang jarang terjadi :

- 1) Medullary Carcinoma Medullary carcinoma ialah jenis cancer mammae inasif yang membentuk satu batas yang tidak lazim antara jaringan tumor dan jaringan normal.
- 2) Mucinous Carcinoma Mucinous Carcinoma terbentuk oleh sel kanker yang memiliki mukus (lendir) dan biasanya muncul bersama tipe kanker lainnya. Pertumbuhannya lambat, namun lama-lama dapat meluas.
- 3) Tubular Carcinoma Tubular carcinoma adalah tipe khusus dari cancer mammae invasif.
- 4) Inflammatory Breast Cancer (IBC)
Inflammatory breast cancer ialah kondisi payudara yang terlihat meradang (merah dan hangat) dengan cekungan dan pinggiran tebal yang disebabkan oleh sel kanker yang menyumbat pembuluh limfe kulit pembungkus payudara. Pertumbuhannya cepat.
- 5) Paget's Disease of The Nipple
Paget's disease of the nipple ialah jenis cancer mammae yang berawal dari saluran susu, lalu menyebar ke areola dan puting payudara. Gejala yang tampak seperti kulit payudara akan pecah-pecah, memerah, timbul borok, dan mengeluarkan cairan.
- 6) Phylloides Tumor Phylloides tumor ialah jenis kanker yang dapat bersifat jinak ataupun ganas dan berkembang di dalam jaringan konektif payudara yang dapat ditangani dengan operasi pengangkatan.

G. Stadium kanker Payudara

Stadium dalam kanker adalah untuk menggambarkan kondisi kanker, yaitu letaknya, sampai dimana penyebarannya, sejauh mana pengaruhnya terhadap organ tubuh lain. Dengan mengetahui stadium kanker ini merupakan salah satu cara untuk membantu dokter untuk menentukan pengobatan apa yang sesuai untuk pasien. (Mulyani & Nuryani, 2013)

1. Sistem TNM menggunakan tiga kriteria untuk menentukan stadium kanker, yaitu: 1. (T, Tumor), tumor itu sendiri. Seberapa besar ukuran tumornya dan dimana lokasinya.

2. (N, Node), kelenjar getah bening di sekitar tumor. Apakah tumor telah menyebar ke kelenjar getah bening sekitarnya.
3. (M, Metastasis), kemungkinan tumor telah menjalar ke organ lain.

Stadium cancer mammae berdasarkan penilaian TNM sebagai berikut:

T (Tumor Size), ukuran tumor

T0 : Tidak diketemukan tumor primer.

T1 : Ukuran tumor diameter 2 cm atau kurang.

T2 : Ukuran tumor diameter antara 2-5 cm.

T3 : Ukuran tumor diameter > 5cm.

T4 : Ukuran tumor berapa saja tetapi sudah ada penyebaran ke kulit atau dinding dada atau pada keduanya. Dapat berupa borok, edema atau bengkak, kulit payudara kemerahan atau ada benjolan kecil di kulit tumor utama.

N (Node), kelenjar getah bening regional (kgb)

N 0 : Tidak terdapat metasis pada kgb regional di ketiak/aksila.

N 1 : Ada metasis ke kgb aksila yang masih dapat digerakkan.

N 2 : Ada metasis ke kgb aksila yang sulit digerakkan.

N 3 : Ada metasis ke kgb di atas tulang selangka (supraclavícula) atau kgb di mammary interna di dekat tulang sternum.

M (Metasis), penyebaran jauh

M X : Metasis jauh belum dapat dinilai

M 0 : Tidak terdapat metasis jauh

M 1 : Terdapat metasis jauh

Setelah masing masing faktor T, N, M diperoleh, kemudian ketiga faktor tersebut digabung dan didapatkan stadium kanker sebagai berikut :

Stadium 0 : T0 N0 M0.

Stadium 1 : T1 N0 M0.

Stadium II A : T0 N2 M0/T4 N1 M0 / T4 N2 M0.

Stadium III B : T4 N0 M0 / T4 N1 M0 / T4 N2 M0.

Stadium III C : Tiap T N3 M0.

Stadium IV : Tiap T-Tiap N-M1.

Dengan diketahuinya stadium kanker bermanfaat untuk:

1. Dapat mengetahui keadaan sejauh mana tingkat pertumbuhan kanker dan penyebaran kanker ketika pertama kali didiagnosis, apakah merupakan stadium diri atau stadium lanjut.
2. Untuk menentukan perkiraan prognosis atau tingkat harapan kesembuhan dan harapan hidup seberapa besar. Selain itu juga dapat memperkirakan bebas dari kekambuhan penyakit bila setelah diobati.
3. Untuk menentukan jenis pengobatan atau tindakan terbaik berdasarkan stadiumnya, karena masing-masing stadium berbeda cara penanganannya.

Teori Keperawatan Maternitas

Stadium cancer mammae :

STADIUM	KETERANGAN
0	Cancer mammae non-invasif. Ada 2 tipe, yaitu DCIS (ductal carcinoma in situ) dan LCIS (lobular carcinoma in situ).
I	Kanker invasif kecil, ukuran tumor kurang dari 2 cm dan tidak menyerang kelenjar getah bening.
II	Kanker invasif, ukuran tumor 2-5 cm dan sudah menyerang kelenjar getah bening.
III	Kanker invasif besar, ukuran tumor lebih dari 5 cm dan benjolan sudah menonjol ke permukaan kulit, pecah, berdarah, dan bernanah.
IV	Sel kanker sudah bermetastasis atau menyebar ke organ lain, seperti paru-paru, hati, tulang, atau otak.

Tabel 2.1 Stadium Cancer Mammae

Dijelaskan lebih rinci tentang stadium cancer mammae, yaitu :

- Stadium 0

Disebut Ductal Carcinoma In Situ atau Noninvasive Cancer yaitu kanker yang tidak menyebar keluar dari pembuluh/ saluran payudara dan kelenjar-kelenjar (lobulus) susu pada payudara.

- Stadium 1

Tumor masih sangat kecil dan tidak menyebar serta tidak ada titik pada pembuluh getah bening.

- Stadium IIA

Diameter tumor lebih kecil atau sama dengan 2 cm dan telah ditemukan pada titik-titik saluran getah bening di ketiak. • Stadium IIB Diameter tumor lebih lebar dari 2 cm tetapi tidak melebihi 5 cm, telah menyebar pada titik-titik di pembuluh getah bening ketiak, dan diameter tumor lebih lebar dari 5 cm tapi belum menyebar.

- Stadium IIIA

Diameter tumor lebih kecil dari 5 cm dan telah menyebar pada titik titik di pembuluh getah bening ketiak.

- Stadium IIIB

Tumor telah menyebar ke dinding dada atau menyebabkan pembengkakan bisa juga luka bernanah di payudara dapat didiagnosis sebagai infalammatory breast cancer. Dapat juga sudah atau bisa juga belum menyebar ke titik-titik pada pembuluh getah bening di ketiak dan lengan atas, tetapi tidak menyebar ke bagian lain dari organ tubuh.

- Stadium IIIC
Seperti stadium IIIB, tetapi telah menyebar ke titik-titik pada pembuluh getah bening dalam group N3.
- Stadium IV Ukuran tumor dapat berapa saja, tetapi telah menyebar pada lokasi yang jauh, seperti tulang, paru-paru, liver atau tulang rusuk.

H. Proses Deteksi Kanker Payudara

Menurut Mulyani & Nuryani (2013); Suryaningsih & Sukaca (2009) terdapat beberapa proses deteksi cancer mammae, yaitu:

1. Periksa Payudara Sendiri (SADARI):

Cara pemeriksaan:

- a. Berdirilah di depan cermin dan perhatikan apakah ada kelainan pada payudara. Biasanya payudara tidak sama, putingnya juga tidak terletak pada ketinggian yang sama. Perhatikan apakah terdapat keriput, lekukan, atau puting susu tertarik ke dalam. Bila terdapat kelainan atau keluar cairan atau darah dari puting susu, segeralah pergi ke dokter.
 - b. Letakkan kedua lengan di atas kepala dan perhatikan kembali kedua payudara. Kemudian bungkukkan badan hingga payudara tergantung ke bawah dan periksa lagi.
 - c. Berbaringlah di tempat tidur dan letakkan tangan kiri di belakang kepala, dan sebuah bantal di bahu kiri. Rabalah payudara kiri dengan telapak jari-jari kanan. Periksalah apakah ada benjolan pada payudara. Kemudian periksa juga apakah ada benjolan atau pembengkakan pada ketiak kiri.
 - d. Periksa dan rabalah puting susu dan sekitarnya. Pada umumnya kelenjar susu bila diraba dengan telapak jari-jari tangan akan terasa kenyal dan mudah digerakkan. Bila ada tumor, maka akan terasa keras dan tidak dapat digerakkan (tidak dapat dipindahkan dari tempatnya). Bila terasa ada sebuah benjolan sebesar 1 cm atau lebih, segeralah ke dokter. Makin dini penanganan, semakin besar kemungkinan untuk sembuh secara sempurna.
- ### **3. Thermografi Payudara**
- Thermografi payudara adalah suatu prosedur diagnosis yang menggambarkan payudara sebagai langkah deteksi dini cancer mammae. Prosesnya akan menghasilkan peningkatan suhu di dalam payudara.
- Thermografi payudara dapat dilakukan dengan:
- a. Kamera inframerah ultra sensitif (ultra-sensitive infrared cameras),
 - b. Komputer.
- Cara penggunaan :
- a. Pasien berdiri di depan kamera dengan melepas pakaian dari pinggang ke atas

Teori Keperawatan Maternitas

- b. Posisi berdiri tegak dengan mengangkat kedua telapak tangan di belakang kepala.

Hasil dengan thermografi payudara :

- a. Citra inframerah yang abnormal merupakan tanda penting adanya resiko tinggi terjadinya cancer mammae.
- b. Ketidaknormalan yang tetap tertangkap pada pemeriksaan thermografi berikutnya menandakan risiko terkena cancer mammae di masa mendatang 22 kali lipat lebih tinggi.
- c. Ketika perempuan dengan ketidaknormalan tersebut menjalani perawatan kesehatan payudara, maka tingkat bertahan hidupnya naik sekitar 61 %.

3. Mamografi

Mamografi adalah suatu metode pendeskripsian dengan menggunakan sinar X berkadar rendah. Tes dalam mamografi disebut mammogram.

Cara menggunakan mammogram:

Tahap 1

- a. Pasien diminta menanggalkan pakaian dari pinggang ke atas dan diganti pakaian rumah sakit.
- b. Berdiri di depan mesin mamografi.
- c. Penyinaran dilakukan satu per satu pada payudara dengan meletakkannya di atas penjepit lembar film dari plastik atau metal.
- d. Tekan payudara sedatar mungkin di antara penjepit film dan kotak plastik yang disebut paddle, yang menekan payudara dari atas ke bawah.
- e. Pancarkan sinar x beberapa detik.

Tahap 2

- a. Berposisi di samping mesin mamografi.
- b. Penjepit film akan dinaikkan sehingga sisinya persis dengan posisi luar payudara, sedangkan sudutnya menyentuh ketiak.
- c. Melakukan oblique position, yaitu menekan kembali paddle beberapa detik saat sinar x dipancarkan. Prosedur ini akan diulang pada payudara satunya.
- d. Totalnya empat sinar x, dua untuk masing-masing payudara.

4. Ductography

Ductography merupakan bagian dari mamografi. Fungsi ductography adalah :

- a. Memperlihatkan saluran air susu yang ada di dalam payudara.
- b. Membantu dalam mendiagnosis penyebab keluarnya cairan abnormal pada putting.

Cara melakukan mamografi :

- a. Membersihkan dan mensterilkan payudara dengan alkohol untuk membersihkan sisa cairan yang kering dan menempel pada puting.
 - b. Pijat payudara untuk mendapatkan cairan.
 - c. Tempatkan satu jarum pada putting sementara pasien memegang putting dengan telunjuk dan ibu jarinya.
 - d. Puting diarahkan ke bawah agar kanula dapat masuk saluran air susu pasien.
 - e. Cairan radiopaque disuntikkan ke dalam payudara melalui suntikan yang telah disambungkan dengan canula.
 - f. Payudara kemudian dicitrakan ke mamografi.
 - g. Tempelkan puting plester untuk menghindari keluarnya cairan ke pakaian pasien.
5. Biopsi payudara
- Biopsi payudara adalah sebuah tindakan untuk mengambil contoh jaringan payudara dengan lensa mikroskop. Dengan begitu maka dapat diketahui adanya sel cancer mammae yang bersarang.
- Cara penggunaan biopsi payudara :
- a. Fine-Needle Aspiration Biopsy (FNA)
Alat : menggunakan jarum kecil
Cara : Jarum kecil dimasukkan dalam payudara. Dari ujung jarum tersebut,
contoh jaringan diambil untuk kemudian diperiksa.
 - b. Core Needle Biopsy
Alat : menggunakan jarum berbentuk khusus dan lebih besar.
Cara : Jarum dimasukkan hingga menembus kulit sampai ke benjolan.
 - c. Open biopsy
Alat : menggunakan jarum atau kabel khusus.
Cara : Mengiris kulit dan mengambil sebagian atau seluruh benjolan.
Jika tidak ada benjolan, jarum atau kabel khusus akan dimasukkan ke daerah yang dicurigai saat mammogram sebelum pembedahan dilakukan. Gambar jarum atau kabel tersebut akan membantu menentukan daerah benjolan dan menentukan lokasi sayatan.
6. USG
- USG merupakan kelanjutan pemeriksaan mamography atau uji klinis payudara. USG sering digunakan untuk memeriksa abnormalitas payudara.
- Cara pemeriksaan :
- a. Pasien berbaring pada tempat khusus.
 - b. Olesi payudara dengan gel.
 - c. Geser transduser pada payudara.

Teori Keperawatan Maternitas

- d. Bentuk dan intensitas pantulan bergantung pada kepadatan jaringan payudara.
- e. Jika sebuah kista, hampir seluruh gelombang suara akan melewati kista serta menghasilkan pantulan yang lemah.
- f. Jika tumor payudara, gelombang suara akan memantul dari benda padat tersebut. Sehingga diterjemahkan komputer menjadi gambar yang diindikasikan sebagai massa.
- g. USG tidak menggunakan radiasi dan bebas rasa sakit.

I. Penatalaksanaan kanker payudara

Mulyani & Nuryani (2013); Suryaningsih & Sukaca (2009) menjelaskan bahwa penatalaksanaan cancer mammae tergantung tipe dan stadium yang dialami penderita.

Macam-macam penatalaksanaan cancer mammae:

1. Lumpectomy

Pasien yang boleh menjalani lumpectomy adalah :

- a. Mempunyai cukup jaringan normal. Hal ini diharapkan agar pengangkatan tidak menghilangkan payudara,
- b. Mempunyai tumor tunggal.

Pasien yang tidak boleh menjalani lumpectomy adalah :

- a. Mempunyai tumor banyak (jamak) dalam satu payudara,
- b. Menjalani terapi radiasi payudara untuk penanganan awal cancer mammae,
- c. Sedang hamil sehingga harus menghindari terapi radiasi.

Tahap-tahap pembedahan lumpectomy :

- a. Persiapan operasi, kemudian berikan anastesi local ataupun total dan membutuhkan waktu antara satu sampai dua jam.
- b. Penjepit metalik kecil akan dimasukkan untuk memberi tanda area serta mempermudah terapis melakukan perawatan.
- c. Sempul limfe (getah bening) juga akan diperiksa saat itu juga, saat jaringan payudara diangkat.
- d. Irisan akan dilakukan di bawah ketiak atau dengan membuat irisan terpisah di bawah lengan.
- e. Melihat kanker seberapa besar dan seberapa parahnyanya. Memisahkan kanker dengan jaringan lainnya.
- f. Melakukan pengangkatan kanker.
- g. Menjahit bagian yang telah diangkat tadi.

Ada beberapa jenis pembedahan pada cancer mammae, yaitu:

- a. Radical Mastectomy

Radical mastectomy merupakan operasi pengangkatan sebagian payudara (lumpectomy) dan operasi ini selalu diikuti dengan pemberian radioterapi. Lumpectomy ini biasanya direkomendasikan pada pasien yang besar tumornya kurang dari 2 cm dan letaknya di pinggir payudara.

b. Total Mastektomy

Total mastectomy merupakan operasi pengangkatan seluruh payudara saja bukan kelenjar ketiak/ axila.

c. Modified Radikal Mastektomy

Modified Radikal Mastektomy merupakan operasi pengangkatan seluruh payudara, jaringan payudara di tulang dada, tulang selangka, dan tulang iga serta benjolan di sekitar ketiak.

2. Terapi radiasi

Terapi radiasi adalah cara pengobatan yang sangat efektif dan sangat menuju sasaran untuk menghancurkan sel kanker yang mungkin masih tertinggal setelah operasi. Radiasi dalam pengobatan kanker disebut ionizing radiation. Radiasi ini dapat mengurangi resiko kekambuhan kanker.

Biasanya terapi radiasi menggunakan x-ray berenergi tinggi atau partikel lain untuk membunuh sel kanker. Terapi ini dilakukan secara regular per minggu (5 hari) selama 6 minggu tergantung ukuran, lokasi, jenis kanker, kesehatan penderita secara umum, dan pengobatan lainnya.

Cara kerja terapi radiasi :

Untuk mengetahui bagaimana radiasi bekerja untuk pengobatan, pertama-tama kita harus mengetahui siklus hidup sel normal dalam tubuh. Siklus sel terdiri dari 5 fase yaitu :

a. Fase G0 (Resting Stage)

Sel belum mulai membelah. Langkah ini dapat berlangsung beberapa jam hingga bertahun-tahun. Hal itu tergantung pada tipe sel. Ketika sel mendapat kode untuk menggandakan maka kemudian dia akan menuju fase G0.

b. Fase G1

Sel mulai membuat lebih banyak protein. Gunanya persiapan untuk membelah. Fase ini berlangsung antara 18 hingga 30 jam.

c. Fase S

Fase ini menandakan bahwa kromosom yang berisi kode genetik (DNA) dapat digandakan. Sehingga kedua sel yang baru terbentuk itu akan mempunyai jumlah DNA yang sama. Fase ini berlangsung antara 18 hingga 20 jam.

d. Fase G2

Sel akan membelah menjadi 2 sel yang berlangsung 2 hingga 20 jam.

e. Fase M

Sel membelah menjadi 2 sel yang berlangsung 30 atau 60 menit.

Teori Keperawatan Maternitas

Efek samping radioterapi berbeda-beda tergantung pada area tubuh yang diterapi, yang paling umum adalah rasa lemah tak bertenaga, yang biasanya muncul beberapa minggu setelah radioterapi dimulai. Banyak yang menjadi penyebabnya, diantaranya karena kurang darah, stres, kurang tidur, nyeri, kurang nafsu makan, atau lelah karena setiap hari harus ke rumah sakit.

Perawatan pasien dengan terapi radiasi adalah :

1. Perawatan sebelum radiasi
Sebaiknya lakukan terlebih dahulu pemikiran pasien sebelum radioterapi, sehingga pasien mengerti radioterapi, menghindari stres, ketakutan, dan setelah itu untuk memperbaiki keadaan umum, memperhatikan nutrisi tubuh, memperbaiki situasi lokal, untuk menghindari infeksi lokal. Misalnya, NPC pasien sebelum radioterapi baiknya untuk mencuci nasofaring, pasien kanker esofagus sebelum radioterapi harus menghindari makan-makanan keras dan makanan pedas.

2. Perawatan selama radiasi

Pasien kanker selama radioterapi sering merasa nyeri, perdarahan, infeksi, pusing, kehilangan nafsu makan dan gejala lain, pengobatan simptomatik harus tepat waktu. Pertama, dokter harus memperhatikan menyesuaikan pengobatan dan dosis, sejauh mungkin untuk melindungi bagian-bagian tidak perlu di radiasi, sambil memberi obat penenang, vitamin B. Kedua, kita harus memberikan asupan air kepada pasien yang cukup banyak, agar mencapai tujuan untuk mengurangi reaksi sistemik dan menghindari cedera radiasi lokal. Selama radioterapi, dokter harus memperhatikan perubahan sering diamati dalam darah, seperti sel-sel darah putih kurang dari $3,0 \times 10^9/L$, trombosit kurang dari $8,0 \times 10^9/L$, harus mengetahui alasan atau penangguhan radioterapi, diberikan pengobatan yang sesuai.

2. Setelah perawatan radiasi

Para pasien setelah diiradiasi kulit lokal harus tetap bersih untuk menghindari rangsangan fisik dan kimia, tidak dapat membiarkan kulit lokal berlebihan tergesek. Pakaian pasien harus lembut, kerah jangan terlalu kaku. Organ setelah diradiasi, karena cedera radiasi, mengurangi resistensi terhadap infeksi sekunder, sehingga harus menggunakan radioterapi yang berbeda untuk meningkatkan perlindungan. Untuk radioterapi lokal yang spesifik, seperti esophagus setelah radioterapi harus mengkonsumsikan makanan lunak, rektum setelah radioterapi harus mencoba untuk menghindari BAB kering. Radiasi dari situs tumor primer tidak dapat dengan mudah biopsi, jika tidak maka dapat menimbulkan luka yang tak tersembuhkan dan berkepanjangan.

3. Terapi hormon

Terapi hormon ini dapat menghambat pertumbuhan tumor yang peka hormon dan dapat dipakai sebagai terapi pendamping setelah

pembedahan atau pada stadium akhir. Hal ini dikenal therapy anti-estrogen untuk memblok kemampuan hormon estrogen yang ada dalam menstimulus perkembangan cancer mammae. Hormon estrogen merupakan hormon yang berfungsi membentuk dan mematangkan organ kelamin perempuan, salah satunya payudara selama waktu pubertas serta memicu pertumbuhan dan pematangan sel di organ perempuan yang disebut sel duct, yang akan membelah secara normal. Dimana saat terjadi pematangan sel duct merupakan saat yang paling rentan terkena mutasi. Jika ada satu sel yang mengalami mutasi akibat factor keturunan, radiasi, radikal bebas, dll. Maka sel tersebut dapat membelah secara berlebihan yang akan berkembang menjadi kanker. Sehingga tujuan terapi hormon ini untuk mencegah estrogen dalam mempengaruhi sel kanker yang berada dalam tubuh. Contoh terapi hormon adalah tamoxifen, anastrozole (arimidex), letrozole (femara), dan exemestane (aromasin).

4. Kemoterapi Kemoterapi merupakan proses pemberian obat-obatan anti kanker yang dapat diberikan secara oral atau intervenous.

Cara pemberian obat :

- a. Secara oral

Diberikan secara berseri (biasanya diminum selama 2 minggu, istirahat 1 minggu).

- b. Secara intravenous

Diberikan dalam 6 kali kemo yang berjarak 3 minggu untuk yang full dosis.

Kemoterapi adjuvant, diberikan setelah operasi pembedahan untuk jenis cancer mammae yang belum menyebar dengan tujuan mengurangi risiko timbulnya kembali cancer mammae. Sel-sel kanker dapat melepaskan diri dari tumor payudara asal dan menyebar melalui aliran darah. Sel-sel ini tidak menyebabkan gejala dan tidak muncul pada sinar-x serta tidak dapat dirasakan pada pemeriksaan fisik. Namun memiliki peluang untuk tumbuh dan membentuk tumor baru di tempat lain di tubuh. Kemoterapi adjuvant ini dapat diberikan untuk mencari dan membunuh sel-sel ini.

Neoadjuvant kemoterapi merupakan kemoterapi yang diberikan sebelum operasi dan bermanfaat mengecilkan kanker yang berukuran besar sehingga cukup kecil untuk melakukan lumpectomy.

Efek samping yang umumnya dirasakan adalah :

- a. Rambut rontok.
- b. Kuku dan kulit menghitam dan kering.
- c. Mual dan muntah.
- d. Anoreksia.
- e. Perubahan siklus menstruasi.
- f. Mudah lelah.

Obat-obat kemoterapi yang biasa digunakan pada cancer mammae adalah :

Teori Keperawatan Maternitas

- a. Cyclophosphamid (cytoxan, neosar).
- b. Methotrexate.
- c. Fluorouracil (5-Fu, Adrucil).
- d. Paclitaxel (Taxol).
- e. Docetaxel (Taxotere).
- f. Vinorelbine (Navelbine).
- g. Gemcitabine (Gemzar), dll.

Contoh kombinasi obat :

- a. CMF (cyclophosphamide, methotrexate, dan 5-Fu).
- b. FAC (5-Fu, doxorubicin, cyclophosphamide).
- c. TAC (docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide).
- d. GT (gemcitabine dan paclitaxel), dll.

Perawatan Pasien Dengan Post Kemoterapi :

1. Anoreksia Penanganan yang bisa dilakukan adalah dengan mengajarkan kepada pasien cara mengatur makanan: Kebutuhan karbohidrat, sebagai sumber energi harus dikonsumsi secara teratur, bisa diperoleh dari tepung, sereal, pasta dan roti, tetapi hindari yang terlalu manis seperti permen dan kue-kue basah. Kebutuhan protein, penting karena banyak mengandung vitamin dan mineral. Bisa dengan mengkonsumsi suplemen nutrisi seperti ensure, sustacal, resource, bisa juga dengan osmolit, isocal, isosource. Untuk menambah masukan protein bisa juga dengan makan telur rebus, daging, yoghurt.
2. Perubahan Indra Pengecap Hindari makanan yang pahit, makanan lunak berprotein (susu, ikan, ayam), pertahankan rasa manis, konsumsi makanan tambahan, lakukan tes pengecap, karbohidrat pada pasien yang tidak suka manis, dan gunakan tambahan bumbu.

3. Mual Dan Muntah

Untuk mencegah atau meminimalkan mual dan muntah

- a. Makan makanan yang dingin atau yang disajikan dengan suhu ruangan karena makanan panas meningkatkan sensasi mual.
- b. Minum segelas jus apel, lemon, gelatin, teh atau cola untuk meredakan mual.
- c. Hindari makanan yang terlalu manis, berlemak dan terlalu pedas.
- d. Hindari makan dan minum 1-2 jam sebelum dan setelah kemoterapi.
- e. Gunakan teknik distraksi (musik,radio,televisi) f. Gunakan untuk tidur

saat terasa mual

4. Diare

Hindari makanan yang mengiritasi lambung, seperti : sereal, roti dari tepung, kacang, biji-bijian, coklat, buah segar atau yang dikeringkan, jus buah (pisang, avocado, apel dan anggur diperbolehkan), sayur mentah, makanan yang banyak mengandung gas, makanan dan minuman yang mengandung kafein.

J. Pencegahan Kanker Payudara

Menurut Mulyani & Nuryani (2013); Suryaningsih & Sukaca , (2009) terdapat beberapa cara mencegah cancer mammae, yaitu :

a. Strategi Pencegahan

1. Pencegahan Primer

Merupakan salah satu bentuk promosi kesehatan karena dilakukan pada orang yang sehat untuk menghindarkan diri dari keterpaparan pada berbagai resiko. Pencegahan primer dapat berupa deteksi dini dan melakukan pola hidup sehat untuk mencegah cancer mammae.

1. Pencegahan Sekunder

Pencegahan ini dilakukan terhadap individu yang memiliki risiko untuk terkena cancer mammae. Pada setiap perempuan yang normal serta memiliki siklus haid normal merupakan populasi at risk cancer mammae. Pencegahan ini dilakukan dengan melakukan deteksi dini berupa skrining melalui mammografi yang memiliki akurasi 90% tetapi paparan yang terus-menerus dapat menjadi risiko cancer mammae.

2. Pencegahan Tertier

Pencegahan ini diarahkan pada individu yang telah positif menderita cancer mammae. Dengan penanganan yang tepat dapat mengurangi kecacatan dan memperpanjang harapan hidup.

b. Terapkan pola hidup sehat

1. Menjaga berat badan ideal;
2. Pemberian ASI;
3. Konsumsi sayuran, buah, dan kacang-kacangan;
4. Mengurangi konsumsi makanan dan gula yang diproses;
5. Kurangi konsumsi daging merah kurang dari 3 ons per hari;
6. Menghindari gorengan serta makanan yang banyak mengandung lemak;
7. Hindari makanan yang terkontaminasi jamur;
8. Menyimpan makanan yang cepat rusak dalam lemari es;
9. Mengurangi makanan yang diasap;
10. Metode memasak dengan suhu rendah;
11. Menghentikan konsumsi alkohol;
12. Olahraga yang teratur;
13. Hindari merokok;
14. Menghindari stress.

c. Konsumsi makanan pencegah cancer

Terdapat beberapa jenis makanan yang diteliti ahli dapat mencegah cancer mammae, yaitu tomat, alpukat, blueberry, kunyit, teh hijau, brokoli,

Teori Keperawatan Maternitas

kembang kol, bawang putih, bayam, buah delima, rumput laut, sayuran, gandum, ikan salmon dan tuna, yoghurt, olahan kedelai, dan jus jeruk.

- d. Makanan Penderita Cancer Mammae Makanan yang dianjurkan untuk penderita cancer mammae adalah sayuran seperti wortel, lobak, pisang raja, belimbing manis, seledri, kubis, apel, bawang, susu kedelai, dan tempe

K. Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, evaluasi Keperawatan dengan kanker payudara.

A. Pengkajian

Pengkajian Pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien secara sistematis. (Doenges, Moorhouse, & Burley, 2000).

Menurut Wijaya & Putri (2013), data yang dikaji pada pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui riwayat kesehatan, pengkajian fisik, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik, serta review catatan sebelumnya. Langkah-langkah pengkajian yang sistematis adalah pengumpulan data, sumber data, klasifikasi data, analisa data dan diagnose keperawatan.

a. Identitas

Meliputi data pasien dan data penanggung-jawab, seperti nama, umur (50 tahun ke atas), alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor medical record.

- b. Keluhan utama adanya benjolan pada payudara, sejak kapan, riwayat penyakit (perjalanan penyakit, pengobatan yang telah diberikan), faktor etiologi/ resiko.

- c. Konsep diri mengalami perubahan pada sebagian besar klien dengan cancer mammae.

d. Pemeriksaan klinis

Mencari benjolan karena organ payudara dipengaruhi oleh factor hormon antara lain estrogen dan progesteron, maka sebaiknya pemeriksaan ini dilakukan saat pengaruh hormonal ini seminimal mungkin/ setelah menstruasi \pm 1 minggu dari hari akhir menstruasi. Klien duduk dengan tangan jatuh ke samping dan pemeriksa berdiri didepan dalam posisi yang sama tinggi.

e. Inspeksi

1. Simetri (sama antara payudara kiri dan kanan.
2. Kelainan papilla. Letak dan bentuk, adakah putting susu, kelainan kulit, tanda radang, peau d' orange, dimpling, ulserasi, dan lain-lain.

f. Palpasi

1. Klien berbaring dan diusahakan agar payudara tersebar rata atas lapangan dada, jika perlu punggung dikanjal bantal kecil.
 2. Konsistensi, banyak, lokasi, infiltrasi, besar, batas dan operabilitas.
 3. Pembesaran kelenjar getah bening (kelenjar aksila).
 4. Adanya metastase nodus (regional) atau organ jauh,
 5. Stadium kanker (system TNM UICC)
- g. Pemeriksaan penunjang
- Pemeriksaan penunjang klinis
- a. Pemeriksaan radiologist
 1. Mammografi/ USG Mamma
 2. X-foto thoraks
 3. Kalau perlu galktografi, tulang-tulang, USG abdomen, bone scan, CT scan.
 - b. Pemeriksaan laboraturium
 1. Darah lengkap, urin
 2. Gula darah puasa dan 2 jpp
 3. Enxym alkali sposphate, LDH
 4. CEA, MCA, AFP
 5. Hormon reseptor ER, PR
 6. Aktivitas estrogen/ vaginal smear.
 - c. Pemeriksaan sitologis
 1. FNA dari tumor.
 2. Cairan kista dan efusi pleura.
 3. Sekret puting susu, ditemukannya cairan abnormal seperti darah atau nanah.

B. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu tahap perumusan masalah yang didapat dari data pengkajian yang telah dianalisa. (Doenges, Moorhouse, & Burley, 2000).

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), diagnosa yang mungkin muncul pada pasien cancer mammae adalah :

- a. Nyeri berhubungan dengan adanya penekanan massa tumor.
- b. Cemas berhubungan dengan perubahan gambaran tubuh.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi.
- d. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan serta pengobatan penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi.
- e. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan mastektomi.
- f. Gangguan gambaran tubuh berhubungan dengan mastektomi.

Teori Keperawatan Maternitas

- g. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hipermetabolisme ke jaringan.

C. Perencanaan

Perencanaan merupakan bagian proses keperawatan yang mengidentifikasi masalah/ kebutuhan pasien, tujuan/ hasil perawatan, dan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan dan menangani masalah/ kebutuhan pasien. (Doenges, Moorhouse, & Burley, 2000).

Menurut Nurarif & Kusuma (2013); Geissler, Doenges & Moorhouse (1999); Wijaya & Putri (2013) menjelaskan bahwa perencanaan yang dapat diberikan pada pasien dengan cancer mammae adalah :

- a. Diagnosa 1 nyeri berhubungan dengan adanya penekanan massa tumor

Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau dapat mentolerir nyeri.

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengontrol rasa nyeri.
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
4. Menyatakan merasa nyaman setelah nyeri berkurang

- b. Diagnosa 2 Cemas berhubungan dengan perubahan gambaran tubuh

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan cemas berkurang.

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan, dan menunjukkan teknik mengontrol cemas.
3. Vital sign dalam batas normal.
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

- c. Diagnosa 3 resiko infeksi nosokomial berhubungan dengan lingkungan operasi

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil :

1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.

2. Jumlah leukosit berada pada batas normal.
 3. Klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam tindakan pencegahan infeksi.
- d. Diagnosa 4 Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam

diharapkan pasien dapat mengetahui tentang penyakitnya.

Kriteria hasil :

1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya.
- e. Diagnosa 5 Kerusakan integritas Kulit berhubungan dengan pengangkatan bedah kulit/ jaringan.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam waktu penyembuhan kulit meningkat.

Kriteria hasil :

1. Perfusi jaringan baik.
 2. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.
 3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.
- f. Diagnosa 6 Gangguan gambaran tubuh berhubungan dengan mastektomi
- Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam
- citra tubuh kembali efektif.
- Kriteria hasil :**
1. Gambaran tubuh positif.
 2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal.
 3. Mendiskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh.
 4. Mempertahankan interaksi sosial.

- h. Diagnosa 7 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hipermetabolisme pada jaringan

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam,

diharapkan nutrisi terpenuhi atau adekuat.

Kriteria hasil :

1. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
2. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.
3. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

D. IMPLEMENTASI

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses perawatan dimana rencana perawatan dilaksanakan, melaksanakan intervensi/ aktivitas yang telah ditentukan. (Doenges, Moorhouse, & Burley, 2000).

E. EVALUASI

Evaluasi Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, yakni proses yang dilakukan secara terus-menerus dan penting untuk menjamin kualitas serta ketepatan perawatan yang diberikan dan dilakukan dengan meninjau respon untuk menentukan keefektifan rencana perawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. (Doenges, Moorhouse, & Burley, 2000).

II. KANKER SERVIKS

A. Pengertian Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan kanker yang menyerang area serviks atau leher rahim, yaitu area bawah pada rahim yang menghubungkan rahim dan vagina (Rozi, 2013).

Kanker leher rahim atau kanker serviks (cervical cancer) merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina)(Purwoastuti, 2015).

B. Etiologi Kanker serviks

Penyebab terjadinya kelainan pada sel - sel serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks yaitu:

1. HPV (Human papilloma virus)

HPV adalah virus penyebab kutil genetalis (Kandiloma akuminata) yang ditularkan melalui hubungan seksual. Varian yang sangat berbahaya adalah HPV tipe 16, 18, 45, dan 56.

2. Merokok

Tembakau merusak sistem kekebalan dan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi HPV pada serviks.

3. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini.
4. Berganti-ganti pasangan seksual.
5. Suami/pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama pada usia di bawah 18 tahun, berganti - berganti pasangan dan pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.
6. Pemakaian DES (Diethylstilbestrol) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970).
7. Gangguan sistem kekebalan
8. Pemakaian Pil KB.
9. Infeksi herpes genitalis atau infeksi klamidia menahun.
10. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mampu melakukan pap smear secara rutin) (Nurarif, 2016)

C. Tanda dan Gejala kanker serviks

Menurut (Purwoastuti, 2015), gejala kanker leher rahim adalah sebagai berikut:

1. Keputihan, makin lama makin berbau busuk.
2. Perdarahan setelah senggama yang kemudian berlanjut menjadi perdarahan abnormal, terjadi secara spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual.
3. Hilangnya nafsu makan dan berat badan yang terus menurun.
4. Nyeri tulang panggul dan tulang belakang.
5. Nyeri disekitar vagina
6. Nyeri abdomen atau nyeri pada punggung bawah
7. Nyeri pada anggota gerak (kaki).
8. Terjadi pembengkakan pada area kaki.
9. Sakit waktu hubungan seks.
10. Pada fase invasif dapat keluar cairan kekuning-kuningan, berbau dan bercampur dengan darah.
11. Anemia (kurang darah) karena perdarahan yang sering timbul.
12. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan diantara siklus haid.
13. Sering pusing dan sinkope.
14. Pada stadium lanjut, badan menjadi kurus kering karena kurang gizi, edema kaki, timbul iritasi kandung kencing dan poros usus besar bagian bawah (rectum), terbentuknya fistel vesikovaginal atau rectovaginal, atau timbul gejala-gejala akibat metastasis jauh.

D. Klasifikasi/Stadium Kanker Serviks

Stadium klinis menurut FIGO membutuhkan pemeriksaan pelvic, jaringan serviks (biopsi konisasi untuk stadium IA dan biopsi jaringan serviks untuk stadium kliniknya), foto paru-paru, pielografi, intravena, (dapat digantikan dengan foto CT-scan). Untuk kasus stadium lanjut diperlukan pemeriksaan sistoskopi, protoskopi dan barium enema (Prawirohardjo, 2011).

Tabel 2.1 Stadium kanker serviks menurut FIGO 2000

Stadium 0	Karsinoma insitu, karsinoma intraepitel
Stadium 1	Karsinoma masih terbatas pada daerah serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan)
Stadium 1A	Invasi kanker ke stroma hanya dapat didiagnosis secara mikroskopik. Lesi yang dapat dilihat secara makroskopik walau dengan invasi yang superficial dikelompokkan pada stadium IB
Stadium I A 1	Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih 3 mm dan lebar horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I A 2	Invasi ke stroma lebih dari 3 mm tapi kurang dari 5 mm dan perluasan horizontal tidak lebih 7 mm
Stadium I B	Lesi yang tampak terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lesi lebih dari stadium I A2
Stadium I B 1	Lesi yang tampak tidak lebih dari 4 cm dari dimensi terbesar.
Stadium II	Lesi yang tampak lebih dari 4 cm dari diameter terbesar
Stadium II A	Tumor telah menginvasi di luar uterus, tetapi belum mengenai dinding panggul atau sepertiga distal/ bawah vagina
Stadium II B	Tanpa invasi ke parametrium
Stadium III	Sudah menginvasi ke parametrium
Stadium III A	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau mengenai sepertiga bawah vagina dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal
Stadium III B	Tumor telah meluas ke sepertiga bagian bawah vagina dan tidak menginvasi ke parametrium tidak sampai dinding panggul
Stadium IV	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal
Stadium IV A	Tumor telah meluas ke luar organ reproduksi
Stadium IV B	Tumor menginvasi ke mukosa kandung kemih atau rectum dan/ atau keluar rongga panggul minor
Stadium	Metastasis jauh penyakit mikroinvasif: invasi stroma dengan kedalaman 3 mm atau kurang dari membrane basalis epitel tanpa

	invasi ke rongga pembuluh darah/ limfe atau melekat dengan lesi kanker serviks.
--	---

Sumber : (Prawirohardjo, 2011)

E. Patofisiologi kanker serviks

Puncak insidensi karsinoma insitu adalah usia 20 hingga usia 30 tahun. Faktor resiko mayor untuk kanker serviks adalah infeksi Human Papilloma Virus (HPV) yang ditularkan secara seksual. Faktor resiko lain perkembangan kanker serviks adalah aktivitas seksual pada usia muda, paritas tinggi, jumlah pasangan seksual yang meningkat, status sosial ekonomi yang rendah dan merokok (Price, 2012).

Karsinoma sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamokolumnar atau zona transformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang berakhir sebagai karsinoma servikal invasif. Displasia servikal dan karsinoma in situ atau High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) mendahului karsinoma invasif. Karsinoma serviks terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. Kanker servikal menyebar luas secara langsung kedalam jaringan para servikal. Pertumbuhan yang berlangsung mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada jaringan servikal. Karsinoma servikal invasif dapat menginvasi atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium. Invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yang jauh (Price, 2012)

F. Pemeriksaan Diagnostik Kanker Serviks

Preinvasive kanker serviks biasanya tanpa gejala dan sudah diderita selama $\pm 10-15$ tahun. Pada tahap awal, kanker dapat terdeteksi selama prosedur skrining, namun sebagian besar perempuan memiliki kesadaran yang rendah untuk melakukan pemeriksaan baik melalui test paps smear maupun inspeksi visual dengan asam asetat (IVA). Hasil penelitian, bahwa dari 171 perempuan yang mengetahui tentang kanker serviks, hanya 24,5 % (42 perempuan) yang melakukan prosedur skrining (Wuriningsih, 2016).

G. Penatalaksanaan kanker serviks

1. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wijaya, 2010) ada berbagai tindakan klinis yang bisa dipilih untuk mengobati kanker serviks sesuai dengan tahap perkembangannya masing-masing, yaitu:

Teori Keperawatan Maternitas

a. Stadium 0 (Carsinoma in Situ)

Pilihan metode pengobatan kanker serviks untuk stadium 0 antara lain:

- 1) Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) yaitu prosedur eksisi dengan menggunakan arus listrik bertegangan rendah untuk menghilangkan jaringan abnormal serviks,
- 2) Pembedahan Laser,
- 3) Konisasi yaitu mengangkat jaringan yang mengandung selaput lendir serviks dan epitel serta kelenjarnya,
- 4) Cryosurgery yaitu penggunaan suhu ekstrem (sangat dingin) untuk menghancurkan sel abnormal atau mengalami kelainan,
- 5) Total histerektomi (untuk wanita yang tidak bisa atau tidak menginginkan anak lagi),
- 6) Radiasi internal (untuk wanita yang tidak bisa dengan pembedahan).

b. Stadium I A

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IA meliputi:

- 1) Total histerektomi dengan atau tanpa bilateral salpingoophorectomy,
- 2) Konisasi yaitu mengangkat jaringan yang mengandung selaput lendir serviks dan epitel serta kelenjarnya,
- 3) Histerektomi radikal yang dimodifikasi dan penghilangan kelenjar getah bening,
- 4) Terapi radiasi internal.

c. Stadium I B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IB meliputi:

- 1) Kombinasi terapi radiasi internal dan eksternal,
- 2) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening,
- 3) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening diikuti terapi radiasi dan kemoterapi,
- 4) Terapi radiasi dan kemoterapi.

d. Stadium II

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium II meliputi:

- 1) Kombinasi terapi radiasi internal dan eksternal serta kemoterapi,
- 2) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening,
- 3) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening diikuti terapi radiasi dan kemoterapi,

e. Stadium II B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium II B meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang diikuti dengan kemoterapi.

f. Stadium III

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium III meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang dikombinasikan dengan kemoterapi.

g. Stadium IV A

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IV A meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang dikombinasikan dengan kemoterapi.

h. Stadium IV B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IVB meliputi:

- 1) Terapi radiasi sebagai terapi paliatif untuk mengatasi gejala-gejala yang disebabkan oleh kanker dan untuk meningkatkan kualitas hidup,
- 2) Kemoterapi,
- 3) Tindakan klinis dengan obat-obatan anti kanker baru atau obat kombinasi.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks meliputi pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan klien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan klien. Perawat mendukung kemampuan klien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi (Reeder, 2013).

Perawat perlu mengidentifikasi bagaimana klien dan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Apabila terdiagnosis kanker, banyak wanita merasa hidupnya lebih terancam. Perasaan ini jauh lebih penting dibandingkan kehilangan kemampuan reproduksi. Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu klien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistis, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga dan komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah (Reeder, 2013).

H. Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, evaluasi Keperawatan dengan Kanker Serviks)

I. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Meliputi nama pasien, tempat tanggal lahir, usia, status perkawinan, pekerjaan, jumlah anak, agama, alamat, jenis kelamin, pendidikan terakhir, asal suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medik, nama orangtua dan pekerjaan orangtua.

Teori Keperawatan Maternitas

2. Identitas penanggung jawab Meliputi nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien.
3. Riwayat kesehatan
 - a. Keluhan utama Biasanya pasien datang kerumah sakit dengan keluhan seperti pendarahan intra servikal dan disertai keputihan yang menyerupai air dan berbau (Padila, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya datang dengan keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.
 - b. Riwayat kesehatan sekarang Menurut (Diananda, 2008) biasanya pasien pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu, baru pada stadium akhir yaitu stadium 3 dan 4 timbul keluhan seperti keputihan yang berbau busuk, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual, rasa nyeri disekitar vagina, nyeri pada panggul. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan mual muntah berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.
 - c. Riwayat kesehatan dahulu Biasanya pada pasien kanker serviks memiliki riwayat kesehatan dahulu seperti riwayat penyakit keputihan, riwayat penyakit HIV/AIDS (Ariani, 2015).
 - d. Riwayat kesehatan keluarga Biasanya riwayat keluarga adalah salah satu faktor yang paling mempengaruhi karena kanker bisa dipengaruhi oleh kelainan genetika. Keluarga yang memiliki riwayat kanker didalam keluarganya lebih berisiko tinggi terkena kanker dari pada keluarga yang tidak ada riwayat di dalam keluarganya (Diananda, 2008).
4. Keadaan psikososial

Biasanya tentang penerimaan pasien terhadap penyakitnya serta harapan terhadap pengobatan yang akan dijalani, hubungan dengan suami/keluarga terhadap pasien dari sumber keuangan. Konsep diri pasien meliputi gambaran diri peran dan identitas. Kaji juga ekspresi wajah pasien yang murung atau sedih serta keluhan pasien yang merasa tidak berguna atau menyusahkan orang lain (Reeder, 2013).
5. Data khusus
 - a. Riwayat Obstetri dan Ginekologi Untuk mengetahui riwayat obstetri pada pasien dengan kanker serviks yang perlu diketahui adalah:
 - 1) Keluhan haid Dikaji tentang riwayat menarche dan haid terakhir, sebab kanker serviks tidak pernah ditemukan sebelum menarche dan mengalami atropi pada masa menopause. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan diantara siklus haid adalah salah satu tanda gejala kanker serviks.

- 2) Riwayat kehamilan dan persalinan Jumlah kehamilan dan anak yang hidup karna kanker serviks terbanyak pada wanita yang sering partus, semakin sering partus semakin besar resiko mendapatkan karsinoma serviks (Aspiani, 2017).
- b. Aktivitas dan Istirahat Gejala :
- 1) Kelemahan atau kelelahan akibat anemia.
 - 2) Perubahan pada pola istirahat dan kebiasaan tidur pada malam hari.
 - 3) Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur seperti nyeri, ansietas dan keringat malam.
 - 4) Pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan dan tingkat stress yang tinggi (Mitayani, 2009).
- c. Integritas ego
- Gejala: faktor stress, menolak diri atau menunda mencari pengobatan, keyakinan religious atau spiritual, masalah tentang lesi cacat, pembedahan, menyangkal atau tidak mempercayai diagnosis dan perasaan putus asa (Mitayani, 2009).
- d. Eliminasi Perubahan pada pola defekasi, perubahan eliminasi, urinalis, misalnya nyeri (Mitayani, 2009).
- e. Makan dan minum Kebiasaan diet yang buruk, misalnya rendah serat, tinggi lemak, adiktif, bahan pengawet (Mitayani, 2009).
- f. Neurosensori Gejala : pusing, sinkope (Mitayani, 2009).
- g. Nyeri dan kenyamanan
- Gejala : adanya nyeri dengan derajat bervariasi, misalnya ketidaknyamanan ringan sampai nyeri hebat sesuai dengan proses penyakit (Mitayani, 2009).
- h. Keamanan
- Gejala : pemajanan zat kimia toksik, karsinogen.
- Tanda : demam, ruam kulit, ulserasi. (Mitayani, 2009).
- i. Seksualitas Perubahan pola seksual, keputihan(jumlah, karakteristik, bau), perdarahan sehabis senggama (Mitayani, 2009).
- j. Integritas sosial
- Ketidaknyamanan dalam bersosialisasi, perasaan malu dengan lingkungan, perasaan acuh (Mitayani, 2009).
- k. Pemeriksaan penunjang Sitologi dengan cara pemeriksaan pap smear, koloskopi, servikografi, pemeriksaan visual langsung, gineskopi (Padila, 2015). Selain itu bisa juga dilakukan pemeriksaan hematologi karna biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami

Teori Keperawatan Maternitas

anemia karna penurunan hemaglobin. Nilai normalnya hemoglobin wanita 12-16 gr/dl (Brunner, 2013).

I. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami rambut rontok dan mudah tercabut
- 2) Wajah Konjungtiva anemis akibat perdarahan.
- 3) Leher Adanya pembesaran kelenjar getah bening pada stadium lanjut. 4) Abdomen Adanya nyeri abdomen atau nyeri pada punggung bawah akibat tumor menekan saraf lumbosakralis (Padila, 2015).
- 4) Ekstermitas Nyeri dan terjadi pembengkakan pada anggota gerak (kaki).
- 5) Genitalia Biasanya pada pasien kanker serviks mengalami sekret berlebihan, keputihan, peradangan, pendarahan dan lesi (Brunner, 2013). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami perdarahan pervaginam.

XI. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul menurut SDKI, kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut : (PPNI, 2017)

1. Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
4. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan struktur tubuh
5. Difisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.
7. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
8. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)

XII. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan perencanaan keperawatan diawali dengan melakukan pembuatan tujuan dari asuhan keperawatan. Tujuan yang dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Perencanaan juga memuat kriteria hasil. Pedoman dalam penulisan tujuan kriteria hasil keperawatan berdasarkan SMART,yaitu:

S : Spesific (tidak menimbulkan arti ganda).

M : Measurable (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibau).

A : Achievable (dapat dicapai).

R : Reasonable (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah).

T : Time (punya batasan waktu yang jelas).

Karakteristik rencana asuhan keperawatan adalah:

1. Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah (rasional).
2. Berdasarkan kondisi klien.
3. Digunakan untuk menciptakan situasi yang aman dan terapeutik.
4. Menciptakan situasi pengajaran.
5. Menggunakan sarana prasarana yang sesuai.

2) IMPLEMENTASI

Implementasi adalah tindakan dari rencana keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan pengetahuan perawat, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan kolaborasi/interdisipliner (NANDA, 2015). Tujuan dari implementasi antara lain adalah: melakukan, membantu dan mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien (Asmadi, 2008).

3) EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi merupakan sebagai penilaian status pasien dari efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang diidentifikasi terus pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015).

Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, serta mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008).

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan pasien.

1. Evaluasi Formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis pada catatan perawat.

2. Evaluasi Sumatif

Teori Keperawatan Maternitas

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu:

S: Data subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut.

O: Data objektif, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A: Analisis, yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P: Perencanaan, yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang

untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal. (Hutahaen, 2010).

Adapun ukuran pencapaian tujuan tahap evaluasi dalam keperawatan meliputi:

1. Masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
2. Masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan. Masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru.

III. KANKER ENDOMETRIUM

A. Pengertian Kanker Endometrium

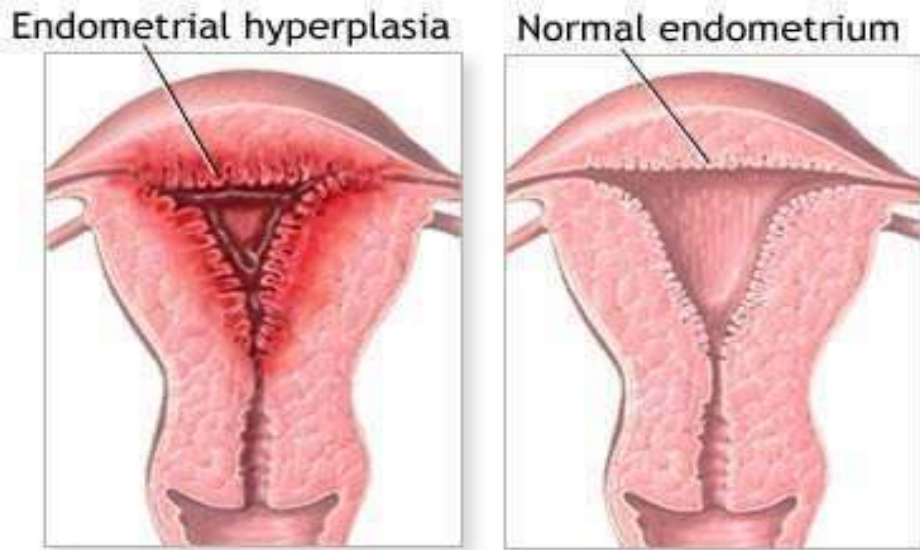
Endometriosis adalah keadaan ketika sel-sel endometrium yang seharusnya terdapat hanya dalam uterus, tersebar juga ke dalam rongga pelvis (Mary Baradero dkk, 2005).

Endometriosis merupakan suatu kondisi yang dicerminkan dengan keberadaan dan pertumbuhan jaringan endometrium di luar uterus. Jaringan endometrium itu bisa tumbuh di ovarium, tuba falopii, ligamen pembentuk uterus, atau bisa juga tumbuh di apendiks, colon, ureter dan pelvis. (Scott, R James, dkk. 2002).

Endometriosis adalah lesi jinak atau lesi dengan sel-sel yang serupa dengan sel-sel lapisan uterus tumbuh secara menyimpang dalam rongga pelvis diluar uterus. (Brunner & Suddarth, Keperawatan Medikal Bedah, 1556 : 2002)

Endometriosis adalah terdapatnya jaringan endometrium (kelenjar dan stoma) diluar uterus (Arif Mansjoer, Kapita Selekta, 381: 2001)

Endometriosis adalah terdapatnya jaringan endometrium di luar kavum uterus. Bila jaringan endometrium terdapat di dalam miometrium disebut adenomiosis (adenometriosis internal) sedangkan bila di luar uterus disebut (endometriosis eksterna).



广州现代肿瘤医院
GUANGZHOU MODERN CANCER HOSPITAL

Sumber: Kanker Endometrium

Gambar : Kanker Endometrium

Kanker lapisan endometrium adalah tumor ganas yang tumbuh pada kelenjar lapisan endometrium, merupakan salah satu dari tiga macam tumor ganas pada organ reproduksi, menempati sekitar 7% dari keseluruhan kanker pada wanita, merupakan 20% - 30%nya tumor ganas saluran reproduksi. Kanker lapisan endometrium dapat tumbuh pada usia apapun, umur yang paling umum adalah 58 – 61 tahun, 50% - 70% terkena penyakit setelah menopause. Belakangan ini kasus kanker lapisan endometrium terus meningkat, telah mendekati bahkan melebihi kanker serviks. Kemungkinan hidup 5 tahun pasien kanker lapisan endometrium 25% - 30%, kambuh ulang kanker lapisan endometrium adalah hal yang paling mempengaruhi kemungkinan hidup 5 tahun pasien.

B. Etiologi Kanker Endometrium

Etiologi endometriosis belum diketahui tetapi ada beberapa teori yang telah dikemukakan :

- a. Secara kongenital sudah ada sel-sel endometrium di luar uterus.
- b. Pindahnya sel-sel endometrium melalui sirkulasi darah atau sirkulasi limfe.
- c. Refluks menstruasi yang mengandung sel-sel endometrium ke tuba fallopi, sampai ke rongga pelvis.
- d. Herediter karena insiden lebih tinggi pada wanita yang ibunya juga mengalami endometriosis (Mary Baradero dkk, 2005).

Ada beberapa faktor resiko penyebab terjadinya endometriosis, antara lain :

- o Wanita usia produktif (15 – 44 tahun)
- o Wanita yang memiliki siklus menstruasi yang pendek (<27 hari)
- o Menstruasi yang lama (>7 hari)
- o Spotting sebelum menstruasi
- o Peningkatan jumlah estrogen dalam darah
- o Keturunan : memiliki ibu yang menderita penyakit yang sama.
- o Memiliki saudara kembar yang menderita endometriosis
- o Terpapar Toksin dari lingkungan, biasanya toksin yang berasal dari pestisida, pengolahan kayu dan produk kertas, pembakaran sampah medis dan sampah-sampah perkotaan. (Scott, R James, dkk. 2002. Buku Saku Obstetri dan Gynekologi. Widya Medica:Jakarta.)

C. Gejala Kanker Endomterium

Gejala Klinis

Pada umumnya wanita dengan endometriosis tidak memiliki gejala. Gejala pada umumnya terjadi ketika menstruasi dan bertambah hebat setiap tahunnya karena pembesaran daerah endometriosis. Gejala yang paling sering terjadi adalah nyeri panggul, dismenorea (nyeri ketika menstruasi), dispareunia (nyeri ketika senggama), dan infertilitas (gangguan kesuburan, tidak dapat memiliki anak).

- a. Nyeri panggul

Nyeri yang berkaitan dengan endometriosis adalah nyeri yang dikatakan sebagai nyeri yang dalam, tumpul, atau tajam, dan biasanya nyeri bertambah ketika menstruasi. Pada umumnya nyeri terdapat di sentral (tengah) dan nyeri yang terjadi pada satu sisi berkaitan dengan lesi (luka atau gangguan) di indung telur atau dinding samping panggul. Dispareunia terjadi terutama pada periode premenstruasi dan menstruasi. Nyeri saat berkemih dan dyschezia dapat muncul apabila terdapat keterlibatan saluran kemih atau saluran cerna.

b. Dismenorea

Nyeri ketika menstruasi adalah keluhan paling umum pada endometriosis.

c. Infertilitas

Efek endometriosis pada fertilitas (kesuburan) terjadi karena terjadinya gangguan pada lingkungan rahim sehingga perlekatan sel telur yang sudah dibuahi pada dinding rahim menjadi terganggu. Pada endometriosis yang sudah parah, terjadi perlekatan pada rongga panggul, saluran tuba, atau indung telur yang dapat mengganggu transportasi embrio (Missrani, 2009).

Tanda dan gejala endometriosis antara lain :

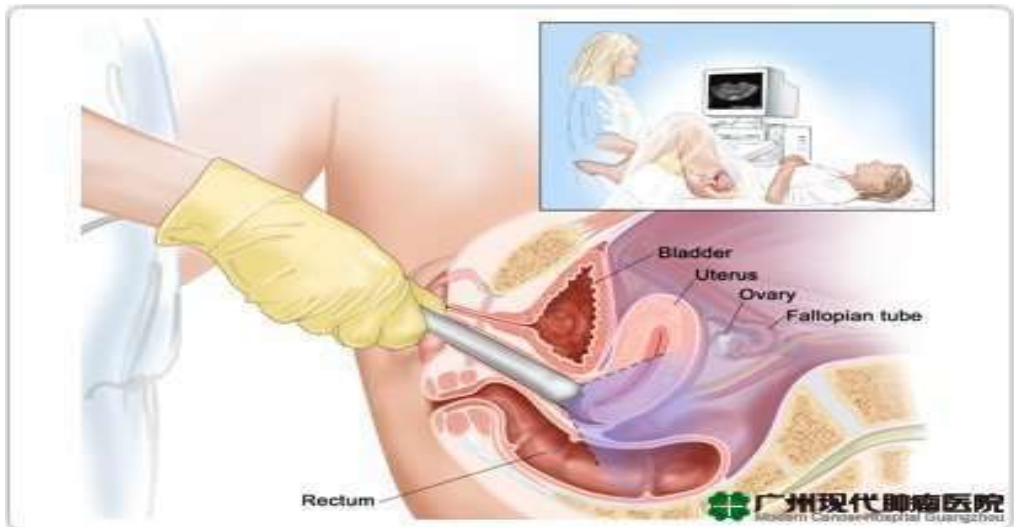
a. Nyeri :

- 1) Dismenore sekunder
- 2) Dismenore primer yang buruk
- 3) Dispareunia: Nyeri ovulasi
- 4) Nyeri pelvis terasa berat dan nyeri menyebar ke dalam paha, dan nyeri pada bagian abdomen bawah selama siklus menstruasi.
- 5) Nyeri akibat latihan fisik atau selama dan setelah hubungan seksual
- 6) Nyeri pada saat pemeriksaan dalam oleh dokter

b. Perdarahan abnormal

- 1) Hipermenorea
 - 2) Menoragia
 - 3) Spotting sebelum menstruasi
 - 4) Darah menstruasi yang berwarna gelap yang keluar sebelum menstruasi atau di akhir menstruasi
 - 5) Keluhan buang air besar dan buang air kecil
 - 6) Nyeri sebelum, pada saat dan sesudah buang air besar
 - 7) Darah pada feces
 - 8) Diare, konstipasi dan kolik
- (Scott, R James, dkk. 2002. Buku Saku Obstetri dan Gynekologi. Widya Medica : Jakarta)

D. Cara Diagnosa Kanker endometrium



1. Diagnosa kuretase

Biasanya dilakukan pap smear terlebih dahulu, kemudian pemeriksaan bagian intrauterine, baru dilakukan kuretase endometrium, sample akan dimasukkan dan dipisahkan ke dalam botol yang sudah ditandai, dan diantarkan ke bagian pemeriksaan patologi. Hasil patologi yang didapat adalah pendukung diagnosa kanker lapisan endometrium.

2. Histeroskopi

Dapat secara langsung mengamati keadaan lesi lapisan endometrium, dan diambil lesi yang diduga aktif untuk diperiksa.

3. Kateter intrauterine

Dengan menggunakan kateter yang dibuat dari bahan khusus atau sikat kateter dimasukkan ke bagian intrauterine, diambil zat sekresi untuk dilakukan pemeriksaan sitologi, digunakan untuk pemeriksaan penyingkaran.

4. USG : dapat menunjukkan penginvasian lapisan otot.

E. Stadium kanker endometrium

Stadium 0 : hanya sebatas pembesaran kelenjar tumor, juga disebut sebagai titik awal kanker.

Stadium I : kanker hanya sebatas rahim.

Stadium II : kanker telah menginvasi ke serviks.

Stadium III : kanker telah meluas sampai ke luar rahim (termasuk vagina), tapi belum melebihi tulang panggul.

Stadium IV : kanker melebihi tulang panggul atau dengan jelas menginvasi ke kandung kemih atau selaput dubur.

F. Patofisiologi Endometrium

Endometriosis berasal dari kata endometrium, yaitu jaringan yang melapisi dinding rahim. Endometriosis terjadi bila endometrium tumbuh di luar rahim. Lokasi tumbuhnya beragam di rongga perut, seperti di ovarium, tuba falopii, jaringan yang menunjang uterus, daerah di antara vagina dan rectum, juga di kandung kemih. Dalam setiap siklus menstruasi lapisan dinding rahim menebal dengan tumbuhnya pembuluh darah dan jaringan, untuk mempersiapkan diri menerima sel telur yang akan dilepaskan oleh indung telur yang berhubungan dengan rahim oleh saluran yang disebut tuba falopii atau saluran telur. Apabila telur yang sudah matang tersebut tidak dibuahi oleh sel sperma, maka lapisan dinding rahim tadi luruh pada akhir siklus. Lepasnya lapisan dinding rahim inilah yang disebut dengan peristiwa menstruasi. Keseluruhan proses ini diatur oleh hormon, dan biasanya memerlukan waktu 28 sampai 30 hari sampai kembali lagi ke awal proses. Salah satu teori mengatakan bahwa darah menstruasi masuk kembali ke tuba falopii dengan membawa jaringan dari Teori lain mengatakan bahwa sel-sel jaringan endometrium keluar dari rahim melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening, kemudian mulai tumbuh di lokasi baru. Namun, ada pula teori yang mengatakan bahwa beberapa perempuan memang terlahir dengan sel-sel yang “salah letak”, dan dapat tumbuh menjadi endometrial implant kelak. Dalam kasus endometriosis, walaupun jaringan endometrium tumbuh di luar rahim dan menjadi “imigran gelap” di rongga perut seperti sudah disebutkan tadi, struktur jaringan dan pembuluh darahnya juga sama dengan endometrium yang berada di dalam rahim. Si imigran gelap (yang selanjutnya akan kita sebut endometrial implant) ini juga akan merespons perubahan hormon dalam siklus menstruasi.

Menjelang masa menstruasi, jaringannya juga menebal. Namun, bila endometrium dapat luruh dan melepaskan diri dari rahim dan ke luar menjadi darah menstruasi, endometrial implant ini tidak punya jalan ke luar. Sehingga, mereka membesar pada setiap siklus, dan gejala endometriosis (yaitu rasa sakit hebat di daerah perut) cenderung makin lama makin parah. Intensitas rasa sakit yang disebabkan oleh endometriosis ini sangat tergantung pada letak dan banyaknya endometrial implant yang ada pada kita. Walaupun demikian, endometrial implant yang sangat kecil pun dapat menyebabkan kita kesakitan luar biasa apabila terletak di dekat saraf (Utamadi, Gunadi, 2004). Setiap bulan, selaput endometrium akan berkembang dalam rahim dan membentuk satu

lapisan seperti dinding. Lapisan ini akan menebal pada awal siklus haid sebagai persediaan menerima telur tersenyawa (embrio).

Endometriosis yang ada di luar rahim juga akan mengalami proses sama seperti dalam rahim dan berdarah setiap bulan. Oleh karena selaput ini ada di tempat tidak sepatutnya, ia tidak boleh keluar dari badan seperti lapisan endometrium dalam rahim. Pada masa sama, selaput ini akan menghasilkan bahan kimia yang akan mengganggu selaput lain dan menyebabkan rasa sakit. Lama kelamaan, lapisan endometriosis ini semakin tebal dan membentuk benjolan atau kista (kantong berisi cecair) dalam ovari (Prof.Dr.Nik Mohd Nasri Ismail, 2005).

Endometriosis dipengaruhi oleh faktor genetik. Wanita yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita endometriosis memiliki resiko lebih besar terkena penyakit ini juga. Hal ini disebabkan adanya gen abnormal yang diturunkan dalam tubuh wanita tersebut.

Gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia dapat mempengaruhi sistem hormonal tubuh. Tubuh akan memberikan respon berupa gangguan sekresi estrogen dan progesteron yang menyebabkan gangguan pertumbuhan sel endometrium. Sama halnya dengan pertumbuhan sel endometrium biasa, sel-sel endometriosis ini akan tumbuh seiring dengan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh.

Faktor penyebab lain berupa toksik dari sampah-sampah perkotaan menyebabkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Mikroorganisme tersebut akan menghasilkan makrofag yang menyebabkan resepon imun menurun yang menyebabkan faktor pertumbuhan sel-sel abnormal meningkat seiring dengan peningkatan perkembangbiakan sel abnormal.

Jaringan endometrium yang tumbuh di luar uterus, terdiri dari fragmen endometrial. Fragmen endometrial tersebut dilemparkan dari infundibulum tuba falopii menuju ke ovarium yang akan menjadi tempat tumbuhnya. Oleh karena itu, ovarium merupakan bagian pertama dalam rongga pelvis yang dikenai endometriosis. Sel endometrial ini dapat memasuki peredaran darah dan limpa, sehingga sel endometrial ini memiliki kesempatan untuk mengikuti aliran regional tubuh dan menuju ke bagian tubuh lainnya.

Dimanapun lokasi terdapatnya, endometrial ektrauterine ini dapat dipengaruhi siklus endokrin normal. Karena dipengaruhi oleh siklus endokrin, maka pada saat estrogen dan progesteron meningkat, jaringan endometrial ini juga mengalami perkembangbiakan. Pada saat terjadi perubahan kadar estrogen dan progesteron lebih rendah atau berkurang, jaringan endometrial ini akan menjadi nekrosis dan terjadi perdarahan di daerah pelvis.

Perdarahan di daerah pelvis ini disebabkan karena iritasi peritonium dan menyebabkan nyeri saat menstruasi (dysmenorea). Setelah perdarahan, penggumpalan darah di pelvis akan menyebabkan adhesi/perlekatan di dinding dan permukaan pelvis. Hal ini menyebabkan nyeri, tidak hanya di pelvis tapi juga nyeri pada daerah permukaan yang terkait, nyeri saat latihan, defekasi, BAK dan saat melakukan hubungan seks.

Adhesi juga dapat terjadi di sekitar uterus dan tuba fallopii. Adhesi di uterus menyebabkan uterus mengalami retroversi, sedangkan adhesi di tuba fallopii menyebabkan gerakan spontan ujung-ujung fimbriae untuk membawa ovum ke uterus menjadi terhambat. Hal-hal inilah yang menyebabkan terjadinya infertil pada endometriosis. (Scott, R James, dkk. 2002. Buku Saku Obstetri dan Gynekologi. Widya Medica: Jakarta Spero f, Leon. 2005) dan (Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Lippincot Williams & Wilkins : Philadelphia.)

G. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang dilakukan untuk membuktikan adanya endometriosis ini antara lain:

- a. Uji serum
 - CA-125: Sensitifitas atau spesifisitas berkurang
 - Protein plasenta 14 : Mungkin meningkat pada endometriosis yang mengalami infiltrasi dalam, namun nilai klinis tidak diperlihatkan.
 - Antibodi endometrial: Sensitifitas dan spesifisitas berkurang
- b. Teknik pencitraan
 - Ultrasound: Dapat membantu dalam mengidentifikasi endometrioma dengan sensitifitas 11%
 - MRI: 90% sensitif dan 98% spesifik
 - Pembedahan: Melalui laparoskopi dan eksisi.
(Scott, R James, dkk. 2002. Buku Saku Obstetri dan Gynekologi. Widya Medica: Jakarta)

H. Penatalaksanaan Kanker Endometrium

a. Kolaboratif

Kehamilan bisa memperlambat perkembangan endometriosis karena menstruasi (ovulasi) berhenti selama kehamilan dan laktasi. Ada beberapa wanita yang menjadi asimtomatis setelah melahirkan. Fertilitas wanita dengan endometriosis rendah maka bagi pasangan yang menginginkan anak memerlukan bantuan medis.

Kontrasepsi oral yang mengandung estrogen yang minimal dan progestin yang tinggi dapat menyebabkan atrofi endometrium. Obat-obat

Teori Keperawatan Maternitas

antigonadotropik seperti Danasol dapat juga dipakai untuk menekan kegiatan ovarium. Danasol dapat menghentikan perkembangan endometrium, mencegah ovulasi, dan menyebabkan atrofi jaringan endometrium yang ada di luar uterus (jaringan endometrium ektopik). Kelemahan dari obat-obat ini adalah sangat mahal, adanya efek samping seperti mual, cepat lelah, depresi, berat badan bertambah, menyerupai gejala menopause, dan osteoporosis.

Apabila tidak ada respons terhadap terapi konservatif, intervensi bedah dapat dilaksanakan. Pembedahan laser laparoskopi adalah pembedahan yang bisa mempertahankan fertilitas pasien karena pembedahan ini hanya melepas adhesi dan menghancurkan jaringan endometrium yang ada dalam rongga pelvis. Bedah radikal meliputi pengangkatan uterus, tuba fallopi, dan ovarium. Endometriosis bisa berhenti ketika menopause.

b. **Mandiri**

Pasien perlu merasa yakin bahwa endometriosis dapat diobati. Perlu diterapkan kepada pasien efek samping dari obat-obat yang dipakainya, strategi untuk menangani nyeri yang kronis juga perlu dijelaskan (Mary Baradero dkk, 2005).

Pencegahan yaitu menunda kehamilan, tidak melakukan pemeriksaan kasar atau melakukan kerokan pada haid, Observasi pada pembesaran analgesik yaitu pemeriksaan periodik dan berkala, Pengobatan hormonal, Pembedahan dilakukan dengan histerektomi total salpingo-oferektomi bilateral eksisi tempat endometriosis

I. Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, evaluasi Keperawatan dengan Kanker Endometrium

1. Pengkajian

a. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pernah terpapar agen toksin berupa pestisida, atau pernah ke daerah pengolahan kayu dan produksi kertas, serta terkena limbah pembakaran sampah medis dan sampah perkotaan.

b. Riwayat kesehatan sekarang

- ✓ Dysmenore primer ataupun sekunder
- ✓ Nyeri saat latihan fisik
- ✓ Dispareun
- ✓ Nyeri ovulasi
- ✓ Nyeri pelvis terasa berat dan nyeri menyebar ke dalam paha, dan nyeri pada bagian abdomen bawah selama siklus menstruasi.
- ✓ Nyeri akibat latihan fisik atau selama dan setelah hubungan seksual

- ✓ Nyeri pada saat pemeriksaan dalam oleh dokter
 - ✓ Hipermenorea
 - ✓ Menoragia
 - ✓ Feces berdarah
 - ✓ Nyeri sebelum, sesudah dan saat defekasi.
 - ✓ Konstipasi, diare, kolik
 - c. Riwayat kesehatan keluarga
Memiliki ibu atau saudara perempuan (terutama saudara kembar) yang menderita endometriosis.
 - d. Riwayat obstetri dan menstruasi
Mengalami hipermenorea, menoragia, siklus menstruasi pendek, darah menstruasi yang berwarna gelap yang keluar sebelum menstruasi atau di akhir menstruasi.
2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul
- a. Nyeri b.d gangguan menstruasi, proses penjalaran penyakit.
 - b. Resiko tinggi gangguan citra tubuh b.d gangguan menstruasi
 - c. Resiko gangguan harga diri b.d infertilitas
3. Rencana Tindakan Keperawatan
- a. Nyeri b.d gangguan menstruasi, proses penjalaran penyakit.
Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selamax 24 jam nyeri klien akan berkurang.
Kriteria evaluasi: klien mengatakan nyeri berkurang, klien tidak meringis kesakitan, keringat berkurang.
 - b. Resiko gangguan citra tubuh berhubungan dengan gangguan menstruasi
Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatanx 24 citra diri klien akan meningkat.
Kriteria evaluasi: klien mengatakan tidak malu, merasa berguna, penampilan klien rapi, menerima apa yang sedang terjadi.
 - c. Resiko gangguan harga diri berhubungan dengan infertile pada endometriosis
4. Implementasi
Implementasi menyesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang di rencanakan.
5. Evaluasi
- a. Nyeri berkurang, klien tidak meringis kesakitan, keringat berkurang.
 - b. klien tidak malu, merasa berguna, penampilan klien rapi, menerima apa yang sedang terjadi.

- c. Tidak terjadi gangguan harga diri

IV. KANKER OVARIUM

A. Pengertian Kanker Ovarium

Kanker Ovarium adalah proses keganasan primer yang terjadi pada ovarium. Meskipun pemeriksaan fisik dilakukan dengan cermat, kanker ovarium seringkali sulit dideteksi karena biasanya terdapat jauh didalam pelvis (Brunner, 2015). Tumor ovarium terjadi atas 3 kelompok, yaitu tumor jinak, borderline (kanker deferensiasi sedang), dan tumor ganas. Kanker ovarium diperkirakan 30% terjadi dari seluruh kanker pada system genetalia wanita (Arania & windarti, 2015).

Kanker ovarium adalah kanker ginekologis yang paling mematikan sebab pada umumnya baru bisa dideteksi ketika sudah parah. Tidak ada tes screening awal yang terbukti untuk kanker ovarium. Tidak ada tanda tanda awal yang pasti. Beberapa wanita mengalami ketidaknyamanan pada abdomen dan bengkak (Digitulio, 2014).

Kanker ovarium adalah kanker ganas yang berasal dari ovarium dengan berbagai histologi yang menyerang pada semua umur. Tumor sel germinal lebih banyak dijumpai pada penderita berusia 50 tahun (Manuaba, 2013).

B. Etiologi Kanker Ovarium

Penyebab kanker ovarium belum diketahui secara pasti. Factor resiko terjadinya kanker ovarium (Manuaba, 2013) sebagai berikut :

2) Faktor lingkungan

Insiden terjadinya kanker ovarium umumnya terjadi dinegara industry.

3) Faktor reproduksi

Meningkatnya siklus ovulatori berhubungan dengan tingginya resiko menderita kanker ovarium karena tidak sempurnanya perbaikan epitelial ovarium. Induksi ovulasi dengan menggunakan clomipen sitrat meningkatkan resiko dua sampai tiga kali. Kondisi yang dapat menurunkan frekuensi ovulasi dapat mengurangi resiko terjadinya kanker. Pemakaian pil KB menurunkan resiko hingga 50% jika dikonsumsi selama lima tahun atau lebih. Multiparitas, kelahiran multiple, riwayat pemberian ASI

3).Faktor genetik 5-10% adalah herediter, angka resiko terbesar 5% pada penderita satu saudara dan meningkat menjadi 7% bila memiliki dua saudara yang menderita kanker ovarium.

C. Patofisiologi Kanker Ovarium

Penyebab pasti kanker ovarium tidak diketahui namun multifaktoral. Resiko berkembangnya kanker ovarium berkaitan dengan factor lingkungan,

reproduksi dan genetik. Faktor faktor lingkungan yang berkaitan dengan dengan kanker ovarium epitel terus menjadi subjek perdebatan dan penelitian. Insiden tertinggi terjadi di industri barat. Kebiasaan makan, minum kopi, dan merokok, dan penggunaan bedak talek pada daerah vagina, semua itu dianggap mungkin menyebabkan kanker. Penggunaan kontrasepsi oral tidak meningkatkan resiko dan mungkin dapat mencegah.

Terapi penggantian estrogen pascamenopause untuk 10 tahun atau lebih berkaitan dengan peningkatan kematian akibat kanker ovarium. Gen gen supresor tumor seperti BRCA-1 dan BRCA-2 telah memperlihatkan peranan penting pada beberapa keluarga. Kanker ovarium herediter yang dominan autosomal dengan variasi penetrasi telah ditunjukkan dalam keluarga yang terdapat penderita kanker ovarium. Bila yang menderita kanker ovarium, seorang perempuan memiliki 50% kesempatan untuk menderita kanker ovarium.

Lebih dari 30 jenis neoplasma ovarium telah diidentifikasi. Kanker ovarium dikelompokkan dalam 3 kategori besar :

1. Tumor tumor epitelial,
2. Tumor stroma gonad, dan
3. Tumor-tumor sel germinal.

Keganasan epitelial yang paling sering adalah adenoma karsinoma serosa. Kebanyakan neoplasma epitelial mulai berkembang dari permukaan epitelium, atau serosa ovarium. Kanker ovarium bermetastasis dengan invasi langsung struktur yang berdekatan dengan abdomen dan pelvis. Sel-sel ini mengikuti sirkulasi alami cairan peritoneal sehingga implantasi dan pertumbuhan. Keganasan selanjutnya dapat timbul pada semua permukaan intraperitoneal. Limfasi yang disalurkan ke ovarium juga merupakan jalur untuk penyebaran sel-sel ganas. Semua kelenjer pada pelvis dan kavum abdominal pada akhirnya akan terkena. Penyebaran awal kanker ovarium dengan jalur intraperitoneal dan limfatik muncul tanpa gejala atau tanda spesifik.

Gejala tidak pasti akan muncul seiring dengan waktu adalah perasaan berat pada pelvis, sering berkemih, dan disuria, dan perubahan gastrointestinal, seperti rasa penuh, mual, tidak enak pada perut, cepat kenyang, dan konstipasi. Pada beberapa perempuan dapat terjadi perdarahan abnormal vagina sekunder akibat hiperplasia endometrium bila tumor menghasilkan estrogen, beberapa tumor menghasilkan testosteron dan menyebabkan virilisasi. Gejala-gejala keadaan akut pada abdomen dapat timbul mendadak bila terdapat perdarahan dalam tumor, ruptur, atau torsion ovarium. Namun, tumor ovarium paling sering terdeteksi selama pemeriksaan pelvis rutin.

Teori Keperawatan Maternitas

Pada perempuan pramenopause, kebanyakan massa adneksa yang teraba bukanlah keganasan tetapi merupakan kista korpus luteum atau folikular. Kista fungsional ini akan hilang dalam satu sampai tiga siklus menstruasi. Namun pada perempuan menopause atau pasca menopause, dengan massa berukuran berapapun, disarankan untuk evaluasi lanjut secepatnya dan mungkin juga eksplorasi bedah. Walaupun laparotomi adalah prosedur primer yang digunakan untuk menentukan diagnosis, cara-cara kurang invasif, (misal CT-Scan, sonografi abdomen dan pelvis) sering dapat membantu menentukan stadium dan luasnya penyebaran. Lima persen dari seluruh neoplasma ovarium adalah tumor stroma gonad, 2 % dari jumlah ini menjadi keganasan ovarium.

WHO (World Health Organization), mengklasifikasikan neoplasma ovarium ke dalam lima jenis dengan subbagian yang multipel. Dari semua neoplasma ovarium, 25 % hingga 33 % terdiri dari kista dermoid ; 1 % kanker ovarium berkembang dari bagian kista dermoid. Eksisi bedah adalah pengobatan primer untuk semua tumor ovarium, dengan tindak lanjut yang sesuai, tumor apa pun dapat ditentukan bila ganas.

D. Klasifikasi Kanker Ovarium

Menurut Prawirohardjo (2014), klasifikasi stadium kanker ovarium menurut FIGO (Federation International de Gynecologis Obstetrics) 1988 sebagai berikut. Tabel 2.1 Klasifikasi stadium kanker ovarium

Stadium FIGO	Kategori
Stadium I	Tumor terbatas pada ovarium
Ia	Tumor terbatas pada satu ovarium, kapsul utuh, tidak ada tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel kanker pada cairan asites atau pada bilasan peritoneum
Ib	Tumor terbatas pada kedua ovarium, kapsul utuh, tidak terdapat tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel kanker pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Ic	Tumor terbatas pada satu atau dua ovarium dengan satu dari tanda-tanda sebagai berikut : kapsul pecah, tumor pada permukaan luar kapsul. Sel kanker positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Stadium II	Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan perluasan ke pelvis
II a	Perluasan dan implan ke uterus atau tuba fallopi. Tidak ada sel kanker di cairan asites atau bilasan peritoneum
IIb	Perluasan ke organ pelvis lainnya. Tidak ada sel kanker di cairan asites atau bilasan peritoneum

IIc	Tumor pada stadium IIa/IIb dengan sel kanker positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Stadium III	Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan metastasis ke peritoneum yang dipastikan secara mikroskopik diluar pelvis atau metastasis ke kelenjar getah bening regional
IIIa	Metastasis peritoneum mikroskopik di luar pelvis
IIIb	Metastasis peritoneum mikroskopik diluar pelvis dengan diameter terbesar 2 cm atau kurang
IIIc	Metastasis peritoneum diluar pelvis dengan diameter terbesar lebih dari 2 cm atau metastasis kelenjar getah bening regional
IV	Metastasis jauh diluar rongga peritoneum. Bila terdapat efusi pleura, maka cairan pleura mengandung sel kanker positif. Termasuk metastasis pada parenkim hati.

E. Manifestasi Klinis kanker ovarium

Menurut Prawirohardjo (2014), tanda dan gejala pada kanker ovarium seperti, perut membesar/merasa adanya tekanan, dyspareunia, berat badan meningkat karena adanya massa/asites, peningkatan lingkaran abdomen, tekanan panggul, kembung, nyeri punggung, konstipasi, nyeri abdomen, urgensi kemih, dyspepsia, perdarahan abnormal, flatulens. peningkatan ukuran pinggang, nyeri tungkai, nyeri panggul

F. Penatalaksanaan Kanker ovarium

1) Penatalaksanaan medis

(1) Pembedahan

Tindakan pembedahan dapat dilakukan pada kanker ovarium sampai stadium IIA dan dengan hasil pengobatan efektif radiasi, akan tetapi mempunyai keunggulan dapat meninggalkan ovarium pada pasien usia pramenopause. Kanker ovarium dengan diameter lebih dari 4 cm menurut beberapa peneliti lebih baik diobati dengan kemoradiasi dari pada operasi. Histerektomi radikal mempunyai mortalitas kurang dari 1%. Morbiditas termasuk kejadian fistel (1% sampai 2%), kehilangan darah, atonia kandung kemih yang membutuhkan kateterisasi intermiten, antikolinergik, atau alfa antagonis.

a. Radioterapi

Terapi radiasi dapat diberikan pada semua stadium, terutama mulai stadium II B sampai IV atau bagi pasien pada stadium yang lebih kecil tetapi bukan kandidat untuk pembedahan. Penambahan cisplatin

Teori Keperawatan Maternitas

selama radio terapi whole pelvic dapat memperbaiki kesintasan hidup 30% sampai 50%.

b. **Kemoterapi**

Terutama diberikan sebagai gabungan radio-kemoterapi lanjutan atau untuk terapi paliatif pada kasus residif. Kemoterapi yang paling aktif adalah ciplastin. Carboplatin juga mempunyai aktivitas yang sama dengan cisplatin.

X. **Penatalaksanaan Keperawatan**

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker ovarium meliputi pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan klien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan klien. Perawat mendukung kemampuan klien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi (Reeder dkk, 2013).

Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu klien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistis, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk meghadapi masalah.

G. **Pemeriksaan Penunjang**

Ultrasonografi transvagina dan pemeriksaan antigen CA-125 sangat bermanfaat untuk wanita yang beresiko tinggi. Pemeriksaan praoperasi dapat mencakup enema barium atau kolonoskopi, serangkaian pemeriksaan GI atas, MRI, foto ronsen dada, urografi IV, dan pemindaian CT.Scan. Uji asam deoksiribonukleat mengindikasikan mutasi gen yang abnormal. Penanda atau memastikan tumor menunjukkan antigen karsinoma ovarium, antigen karsinoembrionik, dan HCG menunjukkan abnormal atau menurun yang mengarah ke komplikasi

H. **Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, evaluasi Keperawatan dengan Kanker Ovarium**

a. **Pengkajian**

➤ **Identitas pasien**

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, tempat lahir, nama orang tua, pekerjaan orang tua. Keganasan kanker ovarium sering ditemui pada usia sebelum menarche atau diatas 45 tahun (Manuaba, 2010).

➤ **Keluhan Utama**

Biasanya mengalami perdarahan yang abnormal atau menorrhagia pada wanita usia subur atau wanita diatas usia 50 tahun atau menopause untuk stadium awal. Pada stadium lanjutan mengalami pembesaran massa yang disertai asites (Reeder,dkk. 2013).

➤ **Riwayat Kesehatan Sekarang**

Gejala kembung, nyeri pada abdomen atau pelvis, kesulitan makan atau merasa cepat kenyang, dan gejala perkemihan kemungkinan menetap Pada stadium lanjut, sering berkemih, konstipasi, ketidaknyamanan pelvis, distensi abdomen, penurunan berat badan, dan nyeri pada abdomen.

➤ **Riwayat Kesehatan Terdahulu**

Riwayat kesehatan dahulu pernah memiliki kanker kolon, kanker payudara, dan kanker endometrium (Reeder, dkk. 2013)

➤ **Riwayat kesehatan keluarga**

Riwayat kesehatan keluarga yang pernah mengalami kanker payudara dan kanker ovarium yang beresiko 50% (Reeder, dkk. 2013)

➤ **Keadaan psiko-sosial-ekonomi dan budaya**

Kanker ovarium sering ditemukan pada kelompok sosial ekonomi yang rendah, berkaitan erat dengan kualitas dan 22 kuantitas makanan atau gizi yang dapat mempengaruhi imunitas tubuh, serta tingkat personal hygiene.

➤ **Data Khusus**

Data khusus pada pengkajian asuhan keperawatan meliputi : Riwayat haid, riwayat obstetri, data psikologis, data aktivitas atau istirahat, data makanan atau cairan, data nyeri atau kenyamanan, pemeriksaan fisik (kesadaran, kepala dan rambut, telinga, wajah, leher, abdomen, dan genetalia), pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium : Uji asam deoksiribonukleat mengindikasikan mutasi gen yang abnormal. Penanda atau memastikan tumor menunjukkan antigen karsinoma ovarium, antigen karsinoembrionik, dan HCG menunjukkan abnormal atau meningkat yang mengarah ke komplikasi).

b. Diagnosa

Jenis-jenis diagnosa keperawatan antara lain : yang pertama diagnosa aktual, diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi kepada pasien. Kedua yaitu diagnosa risiko, diagnosa ini

Teori Keperawatan Maternitas

menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami masalah kesehatan.

Tidak ditemukan tanda atau gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan. Ketiga yaitu diagnosa potensial (promosi kesehatan), diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal

Berdasarkan SDKI 2017, diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik
4. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/struktur tubuh.
5. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
6. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan pengobatan
7. Distress spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis
8. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh
9. Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan pola koping yang berbeda diantara pasien dan orang terdekat
10. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik
11. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
12. .Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan psikologis.
13. .Risiko perdarahan berhubungan dengan proses keganasan.

c. Intervensi

Perencanaan berfokus pada memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, membuat instruksi keperawatan, dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan. Dalam hal ini perawat menuliskan tujuan yang akan dicapai dan hal-hal yang menjadi kriteria dalam keberhasilan pemberian asuhan keperawatan. Dalam menetapkan kriteria hasil, menggunakan prinsip SMART :

S :Spesific (tidak menimbulkan arti ganda). Contoh tidak spesifik (pasien dapat melakukan mobilisasi diri secara mandiri). Contoh spesifik (pasien dapat berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan).

- M :Measurable (dapat diukur). Artinya, jika diangkakan missal “bisa”=1 dan tidak bisa=0, jadi jika pasien telah melakukan berjalan kaki sendiri ke kamar mandi tanpa bantuan maka artinya terukur dengan angka 1.
- A :Achivable (dapat dicapai). Artinya kita tahu bagaimana cara untuk mencapainya. Tahu bagaimana supaya pasien dapat berjalan mandiri dengan bantuan, yaitu dengan melatih pasien tersebut berjalan.
- R :Realistic (rasional/masuk akal). Jangan membuat kriteria yang tidak masuk akal. Misal pasien baru saja operasi ORIF sudah kita buat tujuan dapat berjalan sendiri tanpa bantuan, ini termasuk tujuan yang tidak masuk akal kecuali kita tetapkan waktunya sesuai dengan kriteria.
- T :Time (punya batasan waktu yang jelas)

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah proses membantu pasien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun. Perawat mengimplementasi tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Dimana tujuan implementasi keperawatan adalah meningkatkan kesehatan klien, mencegah penyakit, pemulihan dan memfasilitasi koping klien.

Secara operasional hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah tahap persiapan yaitu tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan.

Selanjutnya ada tahap kerja, fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah melaksanakan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Yang terakhir yaitu tahap terminasi, memperhatikan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan, merapikan pasien dan semua alat yang dipakai serta lakukan pendokumentasian. (Hutahaean Serri, 2010).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yaitu melihat respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien kanker ovarium dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi keperawatan memiliki pengetahuan dan kemampuan memahami respon pasien serta menggambarkan kesimpulan tujuan yang akan dicapai dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil ada 2 jenis, yaitu : Evaluasi formatif Menyatakan evaluasi

Teori Keperawatan Maternitas

yang dilakukan pada saat melakukan tindakan keperawatan dengan respon segera.

1. Evaluasi sumatif

Merupakan hasil observasi dan analisis status pasien kanker ovarium berdasarkan tujuan yang direncanakan. Evaluasi juga sebagai alat ukur apakah tujuan sudah tercapai sebagian atau tidak tercapai. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu :

S :Data subjektif yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O :Data objektif yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi : data fisiologi dan informasi dari pemeriksaan tenaga kesehatan yang lain).

A :Analisis yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P :Perencanaan yaitu pengembangan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisis yang bertujuan memberikan tindakan keperawatan yang optimal.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA WANITA USIA SUBUR (USIA REPRODUKSI) DALAM MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA: KONSEP KEKERASAN TERHADAP WANITA

A. Pengertian Kekerasan pada perempuan,

Kasus Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) seperti dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI no 1226/Menkes SK/XII/2009 adalah Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak. Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) adalah segala bentuk tindak kekerasan berbasis gender yang berakibat, atau mungkin berakibat, menyakiti secara fisik, seksual, mental atau penderitaan terhadap perempuan; termasuk ancaman dari tindakan tersebut, pemaksaan atau perampasan semena-mena kebebasan, baik yang terjadi di masyarakat maupun dalam kehidupan pribadi (Kemenkes, 2011:14).

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) menurut Undang-undang RI no. 23 tahun 2004 adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga. (UU RI No 23 Tahun 2004).

B. Bentuk-bentuk kekerasan pada perempuan,

a. Bentuk kekerasan dibagi dalam beberapa katagori antara lain :

i. Kekerasan fisik

Kekerasan fisik adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit atau luka berat

ii. Kekerasan psikis dan mental

Kekerasan psikis dan mental adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang. (Kemenkes RI no 1226/Menkes/SK/XII/2009:3)

iii. Kekerasan seksual

Kekerasan seksual adalah setiap perbuatan yang berupa pemaksaan hubungan seksual, pemaksaan hubungan seksual dengan cara tidak wajar dan/atau tidak disukai, pemaksaan hubungan seksual dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu. (Kemenkes RI no 1226/Menkes/SK/XII/2009:4)

iv. Kekerasan ekonomi/penelantaran

Kekerasan ekonomi adalah kekerasan dalam bentuk penelantaran ekonomi dimana tidak diberikan nafkah secara rutin atau dalam jumlah yang cukup, membatasi dan/atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban dibawah kendali orang tersebut (Kemenkes RI, Dirjen BKM, 2011:17)

v. Eksploitasi

Eksploitasi adalah penggunaan perempuan dan atau anak dalam pekerjaan atau aktivitas lain untuk keuntungan orang lain termasuk pekerja perempuan dan atau anak serta prostitusi (Kemenkes RI, Dirjen BKM, 2011:16)

vi. Gabungan dari dua atau tiga kekerasan

vii. Kekerasan lainnya

a) Ancaman kekerasan

Ancaman kekerasan adalah setiap perbuatan secara melawan hukum berupa ucapan, tulisan, gambar, simbol, atau gerak tubuh, baik dengan atau tanpa menggunakan sarana yang menimbulkan rasa takut atau mengekang kebebasan hakiki seseorang

b) Pemaksaan

Pemaksaan adalah suatu keadaan di mana seseorang/korban disuruh melakukan sesuatu sedemikian rupa sehingga orang itu melakukan sesuatu berlawanan dengan kehendak sendiri

b. Kekerasan berdasar tempat terjadinya :

1) Kekerasan di dalam rumah tangga (domestik/KDRT)

2) Kekerasan di sekolah atau tempat kerja

Teori Keperawatan Maternitas

- 3) Kekerasan di daerah konflik/pengungsian
- 4) Kekerasan di jalanan

C. Faktor yang mempengaruhi kekerasan terhadap perempuan,

Ada beberapa factor yang mempengaruhi kekerasan pada perempuan antara lain :

- 1) Faktor risiko individu
 - a) Penelantaran anak
 - b) Pengalaman kekerasan di masa lalu
 - c) Penyimpangan psikologis atau personal
 - d) Penyalahgunaan alkohol dan NAPZA
- 2) Faktor risiko keluarga
 - a) Pola pengasuhan yang buruk
 - b) Konflik keluarga
 - c) Kekerasan oleh pasangan
 - d) Rendahnya status sosial ekonomi
 - e) Keterlibatan orang lain dalam masalah kekerasan
- 3) Faktor risiko komunitas
 - a) Kemiskinan
 - b) Kriminalitas tinggi
 - c) Banyaknya pengangguran
 - d) Mobilitas penduduk yang tinggi
 - e) Perdagangan obat terlarang
 - f) Lemahnya kebijakan institusi
 - g) Kurangnya sarana pelayanan korban
 - h) Faktor situasional
- 4) Faktor risiko lingkungan sosial
 - a) Perubahan lingkungan sosial yang cepat
 - b) Kesenjangan ekonomi
 - c) Kesenjangan gender
 - d) Kemiskinan
 - e) Lemahnya jejaring ekonomi
 - f) Lemahnya penegakan hukum
 - g) Budaya yang mendukung kekerasan
 - h) Tingginya penggunaan senjata api ilegal
 - i) Masa konflik – post konflik (Kemenkes RI, Dirjen P2, 2012:24)

D. Penyebab terjadinya

- a. Perselisihan tentang ekonomi
- b. Cemburu pada pasangan

- c. Pasangan selingkuh
- d. Adanya masalah seksual (misalnya: impotensi, frigid atau hiperseks)
- e. Pengaruh kebiasaan minum alkohol. *Drugs abused*
- f. Permasalahan dengan anak
- g. Kehilangan pekerjaan/ PHK/ mengangguran/belum mempunyai pekerjaan
- h. Istri ingin melanjutkan pendidikan/ingin bekerja
- i. Kehamilan tidak diinginkan atau infertilitas (Kumalasari, 2013)

E. Kekerasan pada perempuan,

Kekerasan terhadap perempuan adalah segala tindakan kekerasan yang dilakukan terhadap perempuan yang berakibat atau kecenderungan untuk mengakibatkan kerugian dan penderitaan fisik, seksual, maupun psikologis terhadap perempuan, baik perempuan dewasa atau anak perempuan dan remaja. Termasuk didalamnya ancaman, pemaksaan maupun secara sengaja mengungkung kebebasan perempuan. Tindakan kekerasan fisik, seksual, dan psikologis dapat terjadi dalam lingkungan keluarga atau masyarakat.

Berkaitan dengan kekerasan terhadap perempuan, sebagaimana dipahami dari hasil konferensi perempuan sedunia di Beijing tahun 1995, istilah kekerasan terhadap perempuan (Violence against women) diartikan sebagai kekerasan berdasarkan gender (gender – based violence). Harkristuti Harkrisnowo mengutip Shuler mendefinisikan kekerasan terhadap perempuan sebagai setiap kekerasan yang diarahkan kepada perempuan hanya karena mereka perempuan atau Any violent act perpetrated on woman because they are women. (Harkristuti Harkrisnowo, 1995)

F. Akibat kekerasan terhadap perempuan,

Kekerasan terhadap perempuan dapat mengakibatkan:

- 1. Akibat fisik terhadap perempuan berupa:
 - a. Luka berat dan kematian akibat perdarahan
 - b. Infeksi seperti infeksi sistem reproduksi: ISR/penyakit menular seksual, PMS/HIV/AIDS
 - c. Penyakit radang panggul kronis, yang dapat menyebabkan infertilitas
 - d. Kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman
- 2. Akibat Non fisik terhadap perempuan
 - b. Gangguan mental, misalnya depresi, ketakutan, cemas, rasa rendah diri, kelelahan kronis, sulit tidur, mimpi buruk, gangguan makan, ketagihan alkohol dan obat, mengisolasi atau menarik diri
 - c. Trauma terhadap hubungan seksual, disfungsi seksual
 - d. Perkawinan yang tidak harmonis

- e. Bunuh diri
- f. Pengaruh psikologi terhadap anak karena menyaksikan kekerasan, misalnya timbulnya kecenderungan untuk melakukan kekerasan terhadap pasangan di kemudian hari.
- 3. Akibat terhadap masyarakat
 - a. Biaya pemeliharaan kesehatan bertambah besar
 - b. Efek terhadap produktivitas
 - c. KtP di lingkungan sekolah dapat mengakibatkan putus pendidikan karena terpaksa keluar sekolah (Pinem Sohara, 2009)

G. Dampak Kekerasan terhadap kesehatan reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut ICPD (1994) adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya.

Masalah kesehatan perempuan merupakan masalah penting dan serius karena sejak dua dekade terakhir Angka Kematian Ibu (AKI) tidak pernah turun. Berdasarkan hasil penelitian SKRT (2000) AKI sebesar 396 / 100000, Aborsi tidak aman berkontribusi terhadap AKI : 11-17 % (Herdayati, 2002), bisa mencapai 50 % (Azrul Azwar, 2003). Angka aborsi 2-2,3 juta/tahun (Utomo, 2001), pelaku Aborsi 87 % wanita kawin, penyebab : 57,5 % Psikososial dan 36 % gagal KB (YKP, 2002).

Menurut Suryakusuma (1995) efek psikologis penganiayaan bagi banyak perempuan lebih parah dibanding efek fisiknya. Rasa takut, cemas, letih, kelainan *stress post traumatic*, serta gangguan makan dan tidur merupakan reaksi panjang dari tindak kekerasan. Namun, tidak jarang akibat tindak kekerasan terhadap istri juga mengakibatkan kesehatan reproduksi terganggu secara biologis yang pada akhirnya mengakibatkan terganggunya secara sosiologis. Istri yang teraniaya sering mengisolasi diri dan menarik diri karena berusaha menyembunyikan bukti penganiayaan mereka.

Sehubungan dengan dampak tindak kekerasan terhadap kehidupan seksual dan repro-duksi perempuan, penelitian yang dilakukan oleh Rance (1994) yang dikutip oleh Heise, Moore dan Toubia (1995) kekerasan dan dominasi laki-laki dapat membatasi dan membentuk kehidupan seksual dan reproduksi perempuan. Selain itu, laki-laki juga sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan tentang alat kontrasepsi yang dipakai oleh pasangannya. Selanjutnya penelitian yang dilakukan di Norwegia oleh Schei dan Bakketeig (1989) yang dikutip oleh Heise, Moore dan Toubia (1995) juga menyatakan bahwa perempuan yang tinggal dengan pasangan yang suka melakukan tindak kekerasan menunjukkan masalah-

masalah ginekologis yang lebih berat ketimbang dengan yang tinggal dengan pasangan/suami normal ; bahkan problem ginekologis ini bisa berlanjut dalam rasa sakit terus menerus.

Tindak kekerasan terhadap istri perlu diungkap untuk mencari alternatif pemberdayaan bagi istri agar terhindar dari tindak kekerasan yang tidak semestinya terjadi demi terwujudnya hak perempuan untuk memperoleh kesehatan reproduksi yang sehat.

Perempuan terganggu kesehatan reproduksinya bila pada saat tidak hamil mengalami gangguan menstruasi seperti menorrhagia, hipomenorrhagia atau metrorrhagia bahkan wanita dapat mengalami menopause lebih awal, dapat mengalami penurunan libido, ketidakmampuan mendapatkan orgasme, akibat tindak kekerasan yang dialaminya.

Di seluruh dunia satu diantara empat perempuan hamil mengalami kekerasan fisik dan seksual oleh pasangannya. Pada saat hamil, dapat terjadi keguguran / abortus, persalinan imatur dan bayi meninggal dalam rahim.

Pada saat bersalin, perempuan akan mengalami penyulit persalinan seperti hilangnya kontraksi uterus, persalinan lama, persalinan dengan alat bahkan pembedahan. Hasil dari kehamilan dapat melahirkan bayi dengan BBLR, terbelakang mental, bayi lahir cacat fisik atau bayi lahir mati.

Dampak lain yang juga mempengaruhi kesehatan organ reproduksi istri dalam rumah tangga diantaranya adalah perubahan pola pikir, emosi dan ekonomi keluarga. Dampak terhadap pola pikir istri. Tindak kekerasan juga berakibat mempengaruhi cara berfikir korban, misalnya tidak mampu berfikir secara jernih karena selalu merasa takut, cenderung curiga (paranoid), sulit mengambil keputusan, tidak bisa percaya kepada apa yang terjadi. Istri yang menjadi korban kekerasan memiliki masalah kesehatan fisik dan mental dua kali lebih besar dibandingkan yang tidak menjadi korban termasuk tekanan mental, gangguan fisik, pusing, nyeri haid, terinfeksi penyakit menular.

Dampak terhadap ekonomi keluarga. Dampak lain dari tindakan kekerasan meskipun tidak selalu adalah persoalan ekonomi, menimpa tidak saja perempuan yang tidak bekerja tetapi juga perempuan yang mencari nafkah. Seperti terputusnya akses ekonomi secara mendadak, kehilangan kendali ekonomi rumah tangga, biaya tak terduga untuk hunian, kepindahan, pengobatan dan terapi serta ongkos perkara.

Dampak terhadap status emosi istri. Istri dapat mengalami depresi, penyalahgunaan / pemakaian zat-zat tertentu (obat-obatan dan alkohol), kecemasan, percobaan bunuh diri, keadaan pasca trauma dan rendahnya kepercayaan diri.

H. Aspek hukum mengenai kekerasan pada perempuan,

Sebagai wujud penghormatan dan pemenuhan hak asasi perempuan. Indonesia selain meratifikasi CEDAW juga telah memiliki berbagai peraturan perundang-undangan misalnya, UU No.39/1999 tentang Hak Asasi Manusia (UU HAM). UU No.23/2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (UU PKDRT), UU No 21 /2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang (Trafficking), Konvensi Penghapusan Tindak Kekerasan Terhadap Perempuan dan Konvensi Hak Politik.

Bahkan pada bulan Mei 2009, Pemerintah Indonesia dengan dukungan United National Development Program (UNDP) telah merumuskan Naskah Strategi Nasional Akses (STARNAS) terhadap Keadilan. Starnas ini diharapkan menjadi bagian dari upaya memperkuat peningkatan kesejahteraan rakyat untuk mencapai salah satu tujuan rencana pembangunan jangka panjang (RPJPN tahun 2005 – 2025) yaitu “ Indonesia Adil “.

Untuk memenuhi akses keadilan tadi terdapat 8 strategi yang ditawarkan yaitu salah satunya adalah Strategi akses terhadap Keadilan bagi Perempuan. Secara hukum, perlindungan terhadap kaum perempuan telah terbentuk dan sudah berkekuatan hukum tetap, realitasnya diskriminasi perempuan tetap saja berlangsung baik secara kultural maupun struktural. Salah satu pelanggaran HAM perempuan di Indonesia cukup banyak terjadi dalam bentuk kekerasan terhadap perempuan (Ktp) yang mencakup 3 ranah yaitu domestik, komunitas dan Negara

I. Pusat pelayanan terkait masalah kekerasan pada perempuan

1. Rumah Sakit Polri Mappaoundang Makassar
2. Rumah sakit Bhayangkara Surabaya
3. Rumah sakit Kepolisian dr. R. Said Soekanto Jakarta
4. Pusat Pelayanan terpadu RSCM Jakarta (model pusat pelayanan terpadu untuk perempuan korban kekerasan)

Tindakan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terkait masalah kekerasan wanita antara lain:

1. Bantu perempuan untuk merasa diterima, aman, dan bebas untuk berbicara; termasuk berbicara mengenai kekerasan yang dialami dengan tetap menjamin kerahasiaan informasi dari setiap kunjungan perempuan korban kekerasan
2. Bertanya kepada perempuan mengenai pengabaian/penyalahgunaan meskipun kekerasan belum terjadi- meskipun sebahagian perempuan belum dapat mengungkapkan adanya pengabaian, sebagian perempuan akan berbicara ketika provider bertanya mengenai kekerasan.

RANGKUMAN:

Menstruasi adalah pengeluaran cairan darah dari uterus yang disebabkan oleh rontoknya endometrium. Menstruasi membawa perubahan fisiologis dalam tubuh wanita yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Dismenorea merupakan rasa sakit di bagian bawah abdomen pada saat menstruasi yang mengganggu aktivitas wanita. Terjadi peningkatan kontraksi otot rahim akibat peningkatan prostaglandin yang dapat menyebabkan nyeri. Penatalaksanaan dapat dilaksanakan dengan pemberian obat analgesik, obat nonsteroid antiprostaglandin, terapi hormonal, dan terapi dilatasi kanalis servikalis.

Endometriosis adalah kondisi abnormal dimana jaringan endometrium ditemukan pada lokasi internal selain uterus. Endometriosis adalah kasus jaringan endometrium (lapisan dinding Rahim) yang tumbuh di luar rahim (implant endometrium). Endometriosis merupakan jaringan mirip selaput lendir yang menutupi permukaan rongga rahim (endometrium) yang berada di luar rongga rahim. Penatalaksanaan endometriosis dilakukan dengan pembedahan, laparoskopi, ovariectomi, dan pengobatan medis.

Penyakit Radang Panggul (PID: Pelvic Inflammatory Disease) adalah infeksi pada alat genital atas. Proses penyakitnya dapat meliputi endometrium, tubafalopi, ovarium, miometrium, parametria, dan peritonium panggul. PID adalah infeksi yang paling peting dan merupakan komplikasi infeksi menular seksual yang paling biasa. (Sarwono,2011; h.227)

Pelvic Inflammatory Diseases (PID) adalah infeksi alat kandungan tinggi dari uterus, tuba, ovarium, parametrium, peritoneum, yang tidak berkaitan dengan pembedahan dan kehamilan. PID mencakup spektrum luas kelainan inflamasi alat kandungan tinggi termasuk kombinasi endometritis, salphingitis, abses tuba ovarian dan peritonitis pelvis. Biasanya mempunyai morbiditas yang tinggi. Batas antara infeksi rendah dan tinggi ialah ostium uteri internum (Marmi, 2013; h.198)

Terdapat beberapa faktor resiko PID , namun yang utama adalah aktivitas seksual. PID yang timbul setelah periode menstruasi pada wanita dengan aktivitas seksual berjumlah sekitar 85% sedangkan 15% di sebabkan karena luka pada mukosa misalnya AKDR atau kuretase Resiko juga meningkat berkaitan dengan jumlah pasangan seksual. Wanita dengan lebih banyak dari 10 pasangan seksual cenderung memiliki peningkatan resiko sebesar 3 kali lipat. Keluhan atau gejala yang paling sering di kemukakan adalah nyeri abdominopelvik.

Keluhan lain berfariasi, antar alin keluarnya cairan vagina, atau perdarahan, demam, menggigil, serta mual dan dysuria. Demam terlihat pada 60% – 80% kasus. Daignosis PID sulit karena kaluhan dan gejala-gejala yang di kemukakan sangat berfariasi.Pada pasien dengan nyeri tekan serviks, uterus, dan adneksa, PID di diagnosis dengan akurat hanya 65%. Karena kaibat buruk PID terutama infertilitas dan nyeri panggul kronik, maka PID harus di curigai pada perempuan beresiko dan

Teori Keperawatan Maternitas

diterapi secara agresif. Kriteria diagnosis diagnostic dari CDC dapat membantu akurasi diagnosis dan ketepatan terapi.

Terapi PID harus ditujukan untuk mencegah kerusakan tuba yang menyebabkan infertilitas dan kehamilan ektopik, serta pencegahan ektopik infeksi kronik. Banyak pasien yang berhasil di terapi dengan rawat jalan dan terapi rawat jalan dini harus menjadi pendekatan terapiotik permulaan. Pemilihan antibiotika harus ditujukan pada organisme etiologi utama (*N. Gonorrhoeae* atau *C. Trachomatis*) tetapi juga harus mengarah pada sifat pilimik krobial PID. Untuk pasien dengan PID ringan atau sedang terapi oral dan parenteral mempunyai daya guna klinis yang sama. Sebagian besar klinis menganjurkan terapi parenteral paling tidak selama 48 jam kemudian dilanjutkan dengan terapi oral dengan 24 jam setelah ada perbaikan klinis

Infertilitas di definisikan sebagai ketidakmampuan pasangan untuk mencapai kehamilan setelah 1 tahun hubungan seksual tanpa pelindung atau suatu kesatuan hasil interaksi biologik yang tidak menghasilkan kehamilan dan kelahiran bayi hidup. Dan klasifikasi dari infertilitas ada dua yaitu primer dan sekunder. Penyebab dari infertilitas ini bisa dipandang dari pihak perempuan dan laki-lakinya. Jika dari wanita bisa dilihat dari faktor penyakit dan fungsional. Sedangkan dari segi laki-laki bisa dilihat dari kelainan alat kelamin dan kegagalan fungsional. Akan tetapi bisa dilihat juga penyebabnya dari pasangan suami istri tersebut misalnya gangguan pada hubungan seksual dan psikologisnya.

Carcinoma mammae atau kanker payudara merupakan tumor ganas pada payudara yang menginvasi daerah sekitar payudara dan menyebar keseluruh tubuh (American Cancer Society, 2014). Kanker payudara secara global menyebabkan angka kematian tertinggi untuk wanita dan epidemiologinya menyebar merata tanpa terkendali, prevalensi angka kejadian kanker payudara cukup tinggi mulai dari luar negeri sampai dalam negeri. Kanker payudara akan berdampak pada penderita baik secara fisik maupun psikologis. Dampak fisik yang ditemukan berupa kerontokan rambut akibat kemoterapi, penurunan berat badan yang drastis akibat kurang nutrisi, gangguan integritas kulit akibat terapi radiasi, nyeri pada massa yang membesar, dan gangguan nafsu makan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Oetami,dkk (2014), dampak kanker payudara dan pengobatannya terhadap aspek psikologis akan memberikan dampak ketidakberdayaan, kecemasan, rasa malu, harga diri menurun, stres, amarah dan ancaman body image. Pasien kanker payudara biasanya mengalami nyeri. Nyeri dari penyakit kanker payudara dapat berupa nyeri akut maupun nyeri kronik. Keluhan nyeri kronik merupakan keluhan yang paling menakutkan bagi penderita kanker payudara. Penatalaksanaan nyeri di rumah sakit biasanya diberikan terapi

farmakologis yaitu obat analgesik jenis NSAID (Non-Steroid Anti Inflamasi Drugs) (Astuti, 2016). Dampak dari kecemasan.

Kanker serviks atau kanker mulut rahim adalah penyakit keganasan dari serviks yang disebabkan oleh Human papiloma virus (HPV). Faktor lain yang menyebabkan terjadinya kanker serviks yaitu pernikahan pada usia muda, berganti-ganti pasangan seksual, jarak kelahiran yang terlalu dekat, dan kondisi sosial ekonomi yang rendah. Terjadinya kanker serviks diawali pada invasi lapisan sel-sel serviks. Sel ini tidak tiba-tiba berubah menjadi sel kanker, tetapi berkembang secara bertahap karena pengaruh zat-zat yang bersifat karsinogen (zat pemicu kanker). Awalnya sel yang normal berubah menjadi sel prakanker, kemudian menjadi sel kanker. (Ria Riksani & Reimediasservis 2016). Pasien yang terdiagnosis kanker serviks mempunyai resiko lebih tinggi mengalami malnutrisi yang lebih dikenal sebagai kaheksia. Kaheksia merupakan masalah klinik yang paling umum terjadi terutama pada pasien stadium lanjut yang memberi dampak negatif pada prognosis.

Endometriosis disebabkan oleh jaringan endometrium atau selaput lender Rahim bagian dalam yang setiap bulan luruh menjadi darah haid. Darah yang luruh ini seharusnya hanya keluar lewat vagina dan sebagian kecil darah “tumpah” melalui saluran telur kedalam rongga abdomen atau rongga perut. Seharusnya tubuh bias menyerap darah yang luruh ini. Namun beberapa hal seperti factor genetic dan faktor lingkungan menyebabkan turunnya kemampuan sistem pertahanan tubuh. Sehingga darah tidak diserap secara maksimal. Endometriosis selama kurang lebih 30 tahun terakhir ini menunjukkan angka kejadian yang meningkat. Angkakejadian antara 5-15% dapat ditemukan antara semua operasi pelvic. Endometriosis jarang didapatkan pada orang-orang Negro, dan lebih sering didapatkan pada wanita-wanita dari golongan social-ekonomi yang kuat. Yang menarik perhatian ialah bahwa endometriosis lebih sering ditemukan pada wanita yang tidak kawin pada umur muda dan yang tidak mempunyai banyak anak. Rupanya fungsi ovarium secara siklus yang terus menerus tanpa diselingi oleh kehamilan, memegang peranan dalam terjadinya endometriosis. (Prawihardjo, Ilmu Kandungan, 2010, Hal 317)

Kanker Ovarium adalah proses keganasan primer yang terjadi pada ovarium. Meskipun pemeriksaan fisik dilakukan dengan cermat, kanker ovarium seringkali sulit dideteksi karena biasanya terdapat jauh di dalam pelvis (Brunner, 2015). Tumor ovarium terjadi atas 3 kelompok, yaitu tumor jinak, borderline (kanker deferensiasi sedang), dan tumor ganas. Kanker ovarium diperkirakan 30% terjadi dari seluruh kanker pada system genetalia wanita (Arania & windarti, 2015). Penyebab kanker ovarium masih belum jelas, namun beberapa factor yang

Teori Keperawatan Maternitas

mungkin berkaitan dengan timbulnya penyakit ini antara lain : factor reproduksi, factor haid, factor lingkungan, dan factor gentik (Kampono N, dkk, 2011).

. Dampak tindak kekerasan pada istri terhadap kesehatan reproduksi dapat mempengaruhi psikologis ibu sehingga terjadi gangguan pada saat kehamilan dan bersalin, serta setelah melahirkan dan bayi yang dilahirkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dr.H.AbdulMoelo ekBandarLampungTahun2019-2013. Diakses tanggal 4 Desember 2018 Ayu Chandranita, Manuaba, dkk. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Jakarta : EGC
- Ayu Chandranita, Manuaba, dkk. 2013. Gawat Darurat Obstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi-Sosial. Jakarta : EGC
- Brunner & Suddart. 2015. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12. Jakarta : EGC
- Digiulo, dkk. 2014. Keperawatan Medikal bedah. Jogjakarta : Rapha Publishing
- Herdman. H. T & Kamitsuru. S. 2015. Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10. Jakarta : EGC
- Huda Amin. N & Hardhi. K. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta : Mediaaction Publishing
- Moorhead. S. dkk. 2016. Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 5. Mosby : Lowa City
- Padila. 2015. Asuhan Keperawatan Maternitas II. Jogjakarta : Nuha Medika
- PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi I. Jakarta : DPP PPNI
- Prawirohardjo & Sarwono. 2008. Ilmu Kebidanan Edisi 3. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono
- Prawirohardjo Rasjidi. 2010. 100 Question & Answer Kanker pada Wanita. Jakarta : Elex Media Computindo
- Reeder, dkk. 2013. Keperawatan Maternitas Vol Edisi 18. Jakarta : EGC
- Abrar Ana Nadhya, Tamtari Wini (Ed) (2001). *Konstruksi Seksualitas Antara Hak dan Kekuasaan*. Yogyakarta: UGM.
- Sciortino, Rosalia dan Ine Smyth. (1997). *Harmoni: Pengingkaran Kekerasan Domestik di Jawa*. Jurnal Perempuan, Edisi: 3, Mei-Juni.
- WHO. (2006). *Menggunakan Hak Asasi Manusia Untuk Kesehatan Maternal dan Neonatal: Alat untuk Memantapkan Hukum, Kebijakan, dan Standar Pelayanan*. Jakarta: Dep. Kes. RI.
- _____. (2007). *Dampak Kekerasan dalam Rumah Tangga Bagi Wanita*. Diambil pada tanggal 25 Maret 2007 dari www.depkes.go.id.

BAB IV

INFEKSI PADA MATERNAL

PENDAHULUAN

Para Mahasiswa Sarjana Keperawatan Semester IV Universitas Imelda Medan yang berbahagia, selamat bertemu pada Bab IV tentang infeksi pada maternal. Pada bab ini Anda akan belajar tentang penyakit menular seksual, Penyakit infeksi toxoplasma, rubella, cytomegalovirus, herpes (TORCH), infeksi traktus genetalis,

Hal tersebut untuk dapat membantu Anda mengetahui penjelasan infeksi yang terjadi pada maternal dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam bab yang masih belum sepenuhnya dipahami. Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami.

PENYAKIT MENULAR SEKSUAL

A. Pengertian

PMS (penyakit menular seksual) adalah golongan penyakit menular atau penyakit infeksi yang di tularkan terutama dengan cara hubungan seksual melaui penis, vagina, anal,dan oral. Penularan PMS juga dapat terjadi dengan cara lain, yaitu melalui transfusi darah dengan darah yang sudah terinfeksi HIV, saling bertukar jarum suntik pada pemakaian narkoba, tertusuk jarum suntik yang tidak steril secara sengaja atau tidak sengaja, menindik telinga atau tato dengan jarum yang tidak steril, penggunaan alat pisau cukur secara bersama-sama (khususnya jika terluka dan menyisakan darah pada alat). Bisa juga di tularkan pada bayi saat ibu hamil, melahirkan ataupun menyusui.

PMS ini dapat disebabkan oleh adanya suatu virus, bakteri atau parasit jamur. PMS jika tidak di tangani secara cepat dapat menimbulkan efek samping yang berbahaya atau fatal. Efek sampingnya yaitu dapat berupa kemandulan pada pria maupun wanita yang di sebabkan oleh penyebaran infeksi pada alat

Teori Keperawatan Maternitas

kelamin bagian dalam, seperti Gonore dan klamidia, menyebabkan kematian pada kasus seperti AIDS, Sifilis, dan Hepatitis, menyebabkan kanker dan penyebab penyakit yang selalu kambuh seperti herpes genitalis dan kondiloma akuminata, selain itu juga pada ibu yang sedang hamil dan saat itu terkena PMS hal itu bisa menularkan pada bayi yang sedang di kandunginya, dan akan menyebabkan bayi tersebut lahir cacat, lahir muda, atau bahkan lahir mati.

B. Orang yang beresiko tertular PMS

Orang-orang yang beresiko tertular PMS yaitu orang-orang sebagai berikut:

1. Setiap orang yang melakukan hubungan seksual dengan seorang (pria atau wanita) yang mengidap PMS tanpa menggunakan alat pelindung seperti kondom, dapat tertular PMS. Resiko tertular PMS lebih besar bila seseorang sering-sering berganti pasangan seksual.
2. Setiap orang yang mendapat transfusi darah tanpa prosedur pemeriksaan terhadap PMS, karena PMS dapat ditularkan melalui transfusi darah, contohnya : Sifilis, Hepatitis
3. Bayi yang di lahirkan oleh ibu yang mengidap PMS

Adapun gejala-gejala umum yang biasa timbul pada penderita Infeksi menular seksual :

- ✓ Keluarnya cairan yang tidak normal dari saluran kencing atau liang senggama (keputihan yang banyak, berbau amis, berwarna putih kekuning-kuningan atau putih kehijauan)
- ✓ Rasa nyeri pada saat kencing atau saat berhubungan seksual.
- ✓ Rasa gatal pada alat kelamin atau sekitarnya.
- ✓ Lecet, atau luka kecil disertai dengan pembengkakan kelenjar getah bening.
- ✓ Perubahan warna kulit dan mata menjadi kuning, hati membesar, pada Hepatitis B/C.
- ✓ Radang mata pada bayi.

Sebagian orang yakin bahwa PMS bukanlah merupakan penyakit yang serius, sebab PMS dapat dengan mudah di cegah dan disembuhkan dengan suntikan atau makan kapsul penisilin. Ini adalah keyakinan yang salah, sebab tidak semua PMS dapat di obati dan di cegah dengan cara ini. PMS yang disebabkan kuman bukan virus dapat disembuhkan, sedangkan yang disebabkan oleh virus akan lebih sulit disembuhkan. Untuk itu perlu adanya kesadaran untuk mencegah PMS, cara yang paling efektif adalah dengan tidak melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang terkena PMS tanpa pengaman seperti kondom, pemeriksaan PMS secara dini dianjurkan bagi mereka yang pernah atau mempunyai perilaku seksual yang tidak aman, selain

itu ada cara yang paling mudah yaitu dengan selalu menjaga kebersihan alat kelamin masing-masing.

PMS banyak jenisnya, yang termasuk infeksi menular seksual diantaranya Gonore (GO) / kencing nanah, Sifilis (raja singa), Herpes Genitalis, Trikomonas Vaginalis/keputihan berbau busuk, Klamidia, Condulima Akuminata(jengger ayam), Candidiasis, Kutu Pubis, Hepatitis B, HIV/AIDS.

C. Jenis penyakit menular seksual

1. HIV/AIDS

HIV ada singkatan dari Human Immunodeficiency Virus. Virus yang menyebabkan rusaknya atau melemahnya sistem kekebalan tubuh manusia. Virus HIV membutuhkan sel-sel kekebalan tubuh kita untuk berkembang biak. Acquired Immuno Deficiency Syndrom (AIDS) muncul setelah HIV menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. penyebab AIDS adalah *lymphadenopathy associated virus (LAV)*, *human T cell leukemia virus III (HTLV III)*, *human T cell lymphotropic virus*.

Berntuk virus ini selalu berubah-ubah sehingga sulit dibuat vaksin dan obat yang dapat menyembuhkan. HIV berkembang dari infeksi menjadi suatu penyakit yang mengancam jiwa manusia, yaitu Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), dalam 4 fase berikut :

Fase1:

Fase ini dimulai tepat setelah infeksi dan berlangsung selama beberapa minggu. Fase 1 ini ditandai dengan perasaan “tidak enak badan” seperti flu, meski pada 20% penderita terjadi flu yang parah. Tes HIV yang dilakukan pada fase ini mungkin menunjukkan bahwa anda tidak terinfeksi HIV.

Fase 2:

Fase ini adalah tahap yang terpanjang diantara keempat fase lainnya, bahkan dapat berlangsung hingga sepuluh tahun. Selama fase ini hampir tidak ada gejala serta penderita terlihat dan merasa sehat-sehat saja. Padahal sebenarnya, pada fase inilah virus sedang berkembang. Pelan-pelan HIV menghancurkan sel-sel CD4 dalam darah, yang berjumlah banyak sekali untuk melawan penyakit. Semakin sedikit sel CD4 yang anda miliki, sistem kekebalan tubuh anda semakin melemah dan anda akan semakin sulit untuk menghindari penyakit. Memang tubuh akan melawan dengan cara mengganti sel CD4 yang rusak atau hilang dengan yang baru sebanyak mungkin, tetapi selalu kalah cepat dibanding dengan pembiakan HIV

Teori Keperawatan Maternitas

dalam tubuh anda. Untuk membantu tubuh dalam memerangi HIV ini, para peneliti telah mengembangkan obat-obatan antivirus yang bisa dikonsumsi orang-orang dengan HIV.

Fase 3 :

Fase ini dimulai ketika sel CD4 dalam tubuh sudah dikuasai virus yang pada tahap ini sudah banyak sekalidalam darah. Ketika sistem kekebalan tubuh sudah gagal, penyakitpun mulai menyerang. Penyakit-penyakit ini adalah penyakit yang biasanya dapat dilawan sistem kekebalan tubh dengan mudah, ironisnya penyakit inilah yang mnguasai dan mengendalikan tubuh yang terinfeksi HIV dan gejala penyakitpun berkembang. Pada awalnya gejala-gejala ini ringan, misalnya : lelah, diare, infeksi jamur, demam, berat badan terus menurun, berkeringat pada malam hari, pembengkakan kelenjar limpa, infeksi pada sekitar area mulut, atau batuk yang terus-menerus. Tetapi seiring dengan semakin melemahnya sistem kekebalan, gejala-gejala ini semakin parah.

Fase 4 :

Ketika gejala-gejala penyakit (seperti tuberculosis atau cancer) menjadi semakin parah, selanjutnya penderita didiagnosis menderita AIDS. Pada fase ini obat-obatan antivirus hanya bisa memperlambat perkembangan virus ini.

Cara penularannya terutama melalui hubungan seksual dan darah dengan memakai jarum suntik atau transfusi darah. gejala yang dapat muncul adalah :

- a. membesarnya kelenjar getah bening
 - b. Panas badan sekitar 38°C yang hilang timbul lebih dari 3 bulan, tanpa diketahui sebabnya terutama malam hari.
 - c. Berat badan menurun lebih dari 10%
 - d. Nafsu makan berkurang
 - e. Dapat disertai diare (sering buang air besar yang encer)
- Jenis tes, Tes darah Untuk mendeteksi virus HIV : Elisa dan western bloo dan Tes melalui spesimen saliva / ludah (Tes Oral)

2. GONORE (GO)/KENCING NANAH

Penyakit gonoroe adalah salah satu penyakit PMS yang disebabkan oleh Neisseria Gonorrhoe, tergolong bakteri diplokokus berbentuk seperti buah kopi. Masa inkubasi (waktu sebelum terjadi gejala) berkisar antara 3 sampai 5 hari setelah infeksi. Penyakit gonoroe paling banyak dijumpai dalam jajaran penyakit infeksi menular seksual namun mudah di obati,

tetapi jika terlambat atau pengobatan yang kurang tepat dapat menimbulkan komplikasi yang fatal.

Infeksi gonore selama kehamilan telah diasosiasikan dengan *pelvic inflammatory disease* (PID). Infeksi ini sering ditemukan pada trimester pertama sebelum korion berfusi dengan desidua dan mengisi kavum uteri. Pada tahap lanjut, *Neisseria gonorrhoeae* diasosiasikan dengan rupture membrane yang premature, kelahiran premature, korioamnionitis, dan infeksi pascapersalinan. Konjungtivitis gonokokol (*ophthalmia neonatorum*), manifestasi terserang dari infeksi perinatal, umumnya ditransmisi selama proses persalinan. Jika tidak terapi, kondisi ini dapat mengarah pada perforasi kornea dan panoftalmitis. Infeksi neonatal yang lebih jarang termasuk meningitis sepsis diseminata dengan atritis, serta infeksi genital dan rectal.

a. Infeksi Gonore pada Pria

Bentuk yang paling sering adalah uretritis gonore anterior akuta yang dalam bahasa awam disebutnya juga kencing nanah. Gejala umumnya adalah rasa gatal dan panas diujung kemaluan, rasa sakit saat kencing dan banyak kencing, diikuti pengeluaran nanah diujung kemaluan dapat bercampur darah.

Pada pemeriksaan akan dijumpai ujung kemaluan merah, membengkak, dan menonjol, diujungnya bila dipijit akan keluar nanah. Penyakit ini bila tidak mendapat pengobatan yang tepat dapat menyebar kebagian alat kelamin lainnya seperti kantung kencing, prostat sampai buah zakar dan salurannya. Dengan pengobatan yang kurang mantap, penyakit akan bersifat menahun dan menjadi sumber penularan bagi orang lain serta keluarganya.

b. Infeksi Gonore pada wanita

Infeksi pertama terkena pada wanita adalah mulut rahim, apalagi bila telah terdapat perlukaan sehingga penyebarannya kebagian bawah dan bagian atas alat kelamin semakin cepat. Infeksi mulut rahim disebut servitis yang bersamaan dengan infeksi vagina (liang senggama) trikomonas maka gejala klinisnya semakin menonjol yaitu rasa nyeri pada daerah punggung, mengeluarkan keputihan encer seperti nanah.

Pemeriksaan serviks akan tampak berwarna merah, membengkak, perlukaan, dan tertutup oleh lendir bernanah. Lendir yang dikeluarkan sangat infeksius (bersifat menginfeksi), sehingga dapat menyebarkan penyakitnya menuju liang kencing (uretritis) dengan gejala rasa sakit saat kencing, banyak kencing dan dapat

bercampur nanah, pemeriksaan mulut saluran kencing menunjukkan berwarna merah, bengkak, bila diurut keluar nanah.

c. Gejala

Pada pria, gejala awal biasanya timbul dalam waktu 2-7 hari setelah terinfeksi. Gejalanya berawal dari rasa tidak enak pada uretra, yang beberapa jam kemudian diikuti oleh nyeri ketika berkemih dan keluarnya nanah dari penis. Penderita sering berkemih dan merasakan desakan untuk berkemih, yang semakin memburuk ketika penyakit ini menyebar ke uretra bagian atas. Lubang penis tampak merah dan membengkak.

Sedangkan pada wanita, gejala awal bisa timbul dalam waktu 7-21 hari setelah terinfeksi. Penderita wanita seringkali tidak menunjukkan gejala selama beberapa minggu atau bulan, dan diketahui menderita penyakit ini hanya setelah pasangan seksualnya tertular.

Jika timbul gejala, biasanya bersifat ringan. Tetapi beberapa penderita menunjukkan gejala yang berat, seperti desakan untuk berkemih, nyeri ketika berkemih, keluarnya cairan dari vagina dan demam. Infeksi bisa menyerang leher rahim, rahim, saluran telur, indung telur, uretra dan rektum, yang menyebabkan nyeri pinggul atau nyeri ketika melakukan hubungan seksual. Nanah yang keluar bisa berasal dari leher rahim, uretra atau kelenjar di sekitar lubang vagina. Wanita dan pria homoseksual yang melakukan hubungan seksual melalui anus (lubang dubur) bisa menderita gonore pada rektumnya.

Penderita merasakan tidak nyaman di sekitar anusnya dan dari rektumnya keluar cairan. Daerah di sekitar anus tampak merah dan kasar, tinjanya terbungkus oleh lendir dan nanah. Melakukan hubungan seksual melalui mulut (oral sex) dengan seorang penderita gonore juga bisa menyebabkan gonore pada tenggorokan (faringitis gonokokal), biasanya infeksi ini tidak menimbulkan gejala, tetapi kadang menyebabkan nyeri tenggorokan dan gangguan menelan. Jika cairan yang terinfeksi mengenai mata maka bisa terjadi infeksi mata luar (konjungtivitis gonore).

Bayi baru lahirpun bisa terinfeksi oleh gonore yang di dapat dari ibunya selama proses persalinan, sehingga terjadi pembengkakan pada kedua kelopak matanya dan dari matanya keluar nanah.

- d. Komplikasi
 - 1) Infeksi kadang menyebar melalui aliran darah ke sendi, dimana sendi menjadi bengkak dan sangat nyeri, sehingga pergerakannya menjadi terbatas. Infeksi melalui aliran darah juga bisa menyebabkan timbulnya bintik-bintik merah berisi nanah di kulit, demam, rasa tidak enak badan atau nyeri di beberapa sendi yang berpindah dari satu sendi ke sendi lainnya (sindroma artritis-dermatitis).
 - 2) Bisa terjadi infeksi jantung (endokarditis).
 - 3) Infeksi pembungkus hati (perihepatitis) bisa menyebabkan nyeri yang menyerupai kelainan kandung empedu.
- e. Diagnosa

Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan mikroskopik terhadap nanah, dimana ditemukan bakteri penyebab gonore. Jika pada pemeriksaan mikroskopik tidak ditemukan bakteri, maka dilakukan pembiakan di laboratorium. Jika diduga terjadi infeksi tenggorokan atau rektum, diambil contoh dari daerah ini dan dibuat biakan.
- f. Pengobatan

Gonore biasanya diobati dengan suntikan tunggal seftriakson intramuskuler (melalui otot) atau dengan pemberian antibiotik per-oral (melalui mulut) selama 1 minggu. Jika gonore telah menyebar melalui aliran darah, biasanya penderita dirawat di rumah sakit dan mendapatkan antibiotik intravena (melalui pembuluh darah, infus).
- g. Terapi Gonorrhoea
 - 1) Penisilin (banyak yang resisten)
 - 2) Cephalosporin :
 - Cefixime : 400 mg single dose
 - Ceftriaxone : 250 mg IM single dose
 - Cefotaxime : 500 mg IM single dose
 - 3) Quinolone (banyak yang resisten)
 - 4) Spectinomisin : 2 g IM single dose

3. SIFILIS

Penyebab dari sifilis adalah *treponema pallidum*, orde *spirochaetaeas*. yang diserang oleh penyakit ini adalah semua organ tubuh, sehingga cairan tubuh mengandung *treponema pallidum*. Stadium lanjut menyerang sistem pembuluh darah dan jantung, otak dan susunan saraf. Penjalaran menuju

Teori Keperawatan Maternitas

janin yang sedang berkembang dalam rahim dapat menimbulkan kelainan bawaan janin dan infeksi dini saat persalinan.

Masa inkubasinya cukup panjang sekitar 10-90 hari dan rata-rata 3 minggu. Timbul perlukaan di tempat infeksi masuk, terdapat infiltrat (pemadatan karena serbuan sel darah putih) yang selanjutnya mengelupas dan menimbulkan perlukaan dengan ciri perlukaan dengan permukaan bersih, berwarna merah, kulit sekitarnya tidak terdapat tanda radang, membengkak, dan sebagiannya, tidak terasa nyeri, perlukaan mendatar dapat berubah menjadi ulkus karena dindingnya tegak lurus kedalam, ulkus ini tidak nyeri dan disebut ulkus durum. Penyakit infeksi dapat menyebar ke daerah kelenjar getah bening regional yang berbentuk soliter artinya tidak ada pelekatan tanpa rasa nyeri, dan pergerakannya bebas.

a. Terapi Sifilis

- 1) Penisilin
- 2) Benzatin Benzilpenisilin G: 2,4 MIU IM single dose, injeksi 2 tempat
- 3) Procain Benzilpenisilin : 600.000 unit IM sekali sehari selama 10-14 hari
- 4) Azitromisin : 500 mg oral sekali sehari selama 10 hari
- 5) Ceftriaxone : 1-2 g/hari IM/IV sekali sehari selama 8-10 hari
- 6) Doksisiklin : 200-300 mg/hari oral selama 10-14 hari
- 7) Tetrasiklin : 4x500 mg selama 14 hari

D. Cara Penularan PMS

Kita bisa terkena PMS melalui hubungan seks yang tidak aman, yang dimaksudkan dengan tidak aman adalah :

1. Hubungan seks lewat liang senggama tanpa kondom (zakar masuk ke vagina atau liang senggama).
2. Hubungan seks lewat dubur tanpa kondom (zakar masuk ke dubur)
3. Seks oral (zakar dimasukkan ke mulut tanpa zakar ditutupi kondom)

Pencegahan Penularan lewat seks :

1. Absen dari seks atau tidak berhubungan seks sama sekali sehingga tidak ada cairan kelamin yang masuk kedalam tubuh. Ini sama dengan pantang seks atau puasa seks saat jauh dari pasangan.
2. Berlaku saling setia atau berhubungan hanya dengan seorang yang di pastikan hanya berhubungan seks dengan kita saja kalau sudah menikah atau kita tidak bisa berpantang sek.
3. Cegah infeksi dengan menggunakan kondom sewaktu berhubungan seks. Bila kita dapat memastikan kesetiaan pasangan kita atau tidak tau apakah dia

pernah menerima transfusi darah, tato, suntikan, dengan jarum yang tidak steril. Juga bila kita tidak bisa setia kepada pasangan kita gunakan kondom untuk berhubungan seks baik lewat liang senggama, lewat mulut atau lubang dubur.

E. Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual

Kalau terkena infeksi menular seksual atau curiga terkena infeksi saluran seksual :

1. Cepat ke dokter, PMS harus diobati, tetapi jangan mengobati sendiri. Dokter saja perlu melakukan tes untuk memastikan PMS yang diderita pasiennya. Obat PMS juga berbeda-beda tergantung jenis PMS-nya. Cuma dokter yang tahu obat paling tepat untuk PMS yang diderita. Pergilah ke dokter, klinik, puskesmas atau rumah sakit. ikuti saran dokter atau petugas kesehatan dan habiskan semua obatnya meski sakit dan gejalanya sudah hilang. Ajak atau anjurkan semua pasangan seks yang Anda ketahui untuk juga berobat.
2. Jangan melakukan hubungan seks selama dalam pengobatan PMS.
3. Beberapa PMS meskipun diobati, tidak bisa disembuhkan dan sifatnya kumat-kumatan. Herpes misalnya, akan kumat pada waktu-waktu tertentu
4. Tes PMS tidak selalu dilakukan kecuali kalau perlu. Biasanya dokter memeriksa berdasarkan tanda-tanda atau gejala-gejala yang kita rasakan. Jawablah semua pertanyaan dokter dengan jujur supaya ia dapat memberikan obat yang tepat.

F. Peran Perawat Dalam Mengatasi PMS

Sebagai seorang perawat dalam hal ini dapat mengambil perannya sebagai pelaksana yaitu :

1. Memberikan penyuluhan kepada remaja atau orang dewasa tentang seks, sebelum terjadi penularan PMS melalui hubungan seksual, betapa bahayanya jika melakukan hubungan seks bebas seperti berganti-ganti pasangan seks, melakukan hubungan seks lewat dubur (anal), oral seks.
2. Pada seseorang yang telah terkena PMS, bidan disini memberikan konseling memberikan informasi yang selengkap-lengkapny tentang PMS, Seseorang yang terkena PMS di anjurkan untuk tidak berhubungan seks untuk menghindari tertularnya kepada patner seksnya, Jika melakukan hubungan seks sebaiknya menggunakan kondom, PMS yang masi dapat disembuhkan sebaiknya penderita di anjurkn untuk melakukan pengobatan yang rutin.

TORCH: INFEKSI TOXOPLASMA, RUBELLA, CYTOMEGALOVIRUS, HERPES

A. Pengertian

7. Toxoplasma

Infeksi Toxoplasma disebabkan oleh parasit yang disebut Toxoplasma gondi. Pada umumnya, infeksi Toxoplasma terjadi tanpa disertai gejala yang spesifik. Kira-kira hanya 10-20% kasu infeksi. Toxoplasma yang disertai gejala ringan, mirip gejala influenza, bisa timbul rasa lelah, malaise, demam, dan umumnya tidak menimbulkan masalah. Infeksi Toxoplasma berbahaya bila terjadi saat ibu sedang hamil atau pada orang dengan sistem kekebalan tubuh terganggu (misalnya penderita AIDS, pasien transpalasi organ yang mendapatkan obat penekan respon imun). Jika wanita hamil terinfeksi Toxoplasma maka akibat yang dapat terjadi adalah abortus spontan atau keguguran (4%), lahir mati (3%) atau bayi menderita Toxoplasmosis bawaan. Pada Toxoplasmosis bawaan, gejala dapat muncul setelah dewasa, misalnya kelinan mata dan telinga, retardasi mental, kejang-kejang dan ensefalitasi.

8. Rubella

Infeksi Rubella ditandai dengan demam akut, ruam pada kulit dan pembesaran kelenjar getah bening. Infeksi ini disebabkan oleh virus Rubella, dapat menyerang anak-anak dan dewasa muda. Infeksi Rubella berbahaya bila terjadi pada wanita hamil muda, karena dapat menyebabkan kelainan pada bayinya. Jika infeksi terjadi pada bulan pertama kehamilan maka resiko terjadinya kelainan adalah 50%, sedangkan jika infeksi terjadi trimester pertama maka resikonya menjadi 25% (menurut America College of Obstetrician and Gynecologists, 1981).

9. Cytomegalovirus

Infeksi CMV disebabkan oleh virus Cytomegalo, dan virus ini termasuk golongan virus keluarga herpes. Seperti halnya keluarga herpes lainnya, virus CMV dapat tinggal secara laten dalam tubuh dan CMV merupakan salah satu penyebab infeksi yang berbahaya bagi janin bila infeksi terjadi saat ibu sedang hamil. Jika ibu terinfeksi, maka janin yang dikandung mempunyai resiko tertular sehingga mengalami gangguan misalnya pembesaran hati, kuning, ekapuran otak, ketulian retardasi mental, dan lain-lain.

10. Herpes

Infeksi herpes pada alat genital (kelamin) disebabkan oleh herpes simpleks tipe II (HSV II). Virus ini dapat berada dalam bentuk laten, menjalar melalui serabut syaraf sensorik dan berdiam di ganglion sistem syaraf otonom. Bayi yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HSV II

biasanya memperlihatkan lepuh pada kuli, tetapi hal ini tidak selalu muncul sehingga mungkin tidak diketahui. Infeksi HSV II pada bayi yang baru lahir dapat berakibat fatal (lebih dari 50 kasus).

B. Etiologi

1. Toxoplasma

Infeksi toxoplasma disebabkan oleh parasit yang disebut Toxoplasma gondi. Tokoplasma gondi adalah protozoa yang dapat ditemukan pada pada hampir semua hewan dan unggas berdarah panas. Akan tetapi kucing adalah inang primernya. Kotoran kucing pada makanan yang berasal dari hewan yang kurang masak, yang mengandung oocysts dari toxoplasma gondi dapat menjadi jalan penyebarannya. Contoh lainnya adalah pada saat berkebun atau saat membenahi tanaman dipekarangan, kemudian tangan yang masih belum dibersihkan melakukan kontak dengan mulut.

2. Rubella

Virus ini pertama kali ditemukan di amerika pada tahun 1966, Rubella pernah menjadi endemic di banyak negara di dunia, virus ini menyebar melalui droplet. Periode inkubasinya adalah 14-21 hari.

3. Cytomegalovirus

Penularan CMVakan terjadi jika ada kontak langsung dengan cairan tubuh penderita seperti air seni, air ludah, air mata, sperma dan air susu ibu. Bisa juga terjadi karena transplatasi organ.

Kebanyakan penularan terjadi karena cairan tubuh penderita menyentuh tangan individu yang rentan. Kemudian diabsorpsi melalui hidung dan tangan. Teknik mencuci tangan dengan sederhana menggunakan sabun cukup efektif untuk membuang virus dari tangan. Golongan sosial ekonomi rendah lebih rentan terkena infeksi. Rumah sakit juga merupakan tempat penularan virus ini, terutama unit dialisis, perawatan neonatal dan ruang anak. Penularan melalui hubungan seksual juga dapat terjadi melalui cairan semen ataupun lendir endoserviks.

Virus juga dapat ditularkan pada bayi melalui sekresi vagina pada saat lahir atau pada ia menyusu. Namun infeksi ini biasanya tidak menimbulkan tanda dan gejala klinis. Resiko infeksi kongenital CMV paling besar terdapat pada wanita yang sebelumnya tidak pernah terinfeksi dan mereka yang terinfeksi pertama kali ketika hamil. Meskipun jarang, sitomegalovirus kongenital tetap dapat terulang pada

Teori Keperawatan Maternitas

ibu hamil yang pernah mempunyai anak dengan sitomegalovirus kongenital pada kehamilan terdahulu.

Penularan dapat terjadi pada setiap saat dalam kehamilan tetapi semakin muda umur kehamilan semakin berat gejala pada janinnya. Infeksi CMV lebih sering terjadi di negara berkembang dan di masyarakat dengan status sosial ekonomi lebih rendah dan merupakan penyebab paling signifikan cacat lahir di negara-negara industri. CMV tampaknya memiliki dampak besar pada parameter pada kekebalan tubuh di kemudian hari dan dapat menyebabkan peningkatan morbiditas dan kematian.

4. Herpes

Virus herpes simpleks tipe I dan II merupakan virus herpes DNA. Pembagian tipe I dan II berdasarkan karakteristik pertumbuhan pada media kultur, antigenic, dan lokasi klinis (tempat predileksi)

B. Tanda dan Gejala

1.) Toxoplasma

a. Pada ibu

Terkadang Toxoplasma dapat menimbulkan beberapa gejala seperti gejala influenza, timbul rasa lelah, malaise, dan demam. Akan tetapi umumnya tidak menimbulkan masalah yang berarti. Pada umumnya, infeksi Toxoplasma terjadi tanpa disertai gejala yang spesifik. Walaupun demikian, ada beberapa gejala yang mungkin ditemukan pada orang yang terinfeksi toksoplasma, gejala-gejala tersebut adalah :

1. Pyrexia of unknown origin (PUO)
2. Terlihat lemas dan kelelahan, sakit kepala, rash, myalgia perasaan umum (tidak nyaman atau gelisah)
3. Pembesaran kelenjar limfe pada serviks posterior
4. Infeksi menyebar ke saraf, otak, korteks dan juga dapat menyerang sel retina mata.
5. Infeksi Toxoplasma berbahaya bisa terjadi saat ibu sedang hamil atau pada orang dengan sistem kekebalan tubuh tergantung (misalnya penderita AIDS, pasien transplantasi organ yang mendapat obat penekan respon imun).

b. Pada janin

Jika wanita hamil terinfeksi Toxoplasma maka akibat yang dapat terjadi pada janinnya adalah abortus spontan atau keguguran, lahir mati, atau bayi menderita Toxoplasmosis bawaan. Pada awal

kehamilan infeksi toksoplasma dapat menyebabkan aborsi dan biasanya terjadi secara berulang. Namun jika kandungan dapat dipertahankan, maka dapat mengakibatkan kondisi yang lebih buruk ketika lahir. Diantaranya adalah:

1. Lahir mati (still birth)
2. Icterus, dengan pembesaran hati dan limpa
3. Anemia
4. Perdarahan
5. Radang paru
6. Penglihatan dan pendengaran kurang
7. Dan juga gejala yang dapat muncul kemudian, seperti kelainan mata dan telinga, retardasi mental, kejang-kejang dan ensefalitis selain itu juga dapat merusak otak janin. Resiko terbentuk dari terjangkitnya infeksi ini pada janin adalah saat infeksi maternal akut terjadi di trimester ketiga

2.) Rubella

Rubella menyebabkan sakit yang ringan dan tidak spesifik pada orang dewasa, ditandai dengan cacar-seperti ruam, demam dan infeksi saluran pernafasan atas. Sebagian besar Negara saat ini memiliki program vaksin rubella untuk bayi dan wanita usia subur dan hal ini merupakan bagian dari screening prakonsepsi. Ibu hamil secara rutin diperiksa untuk antibody rubella dan jika tidak memiliki kekebalan akan segera diberikan vaksin rubella pada periode postnatal. Fakta-fakta terkini menganjurkan bahwa kehamilan yang disertai dengan pemberian vaksin rubella tidak seberbahaya yang dipikirkan. Infeksi terberat terjadi pada trimester pertama dengan lebih dari 85% bayi ikut terinfeksi. Bayi mengalami viremia, yang menghambat pembelahan sel dan menyebabkan kerusakan perkembangan organ. Janin terinfeksi dalam 8 minggu pertama kehamilan. Oleh karena itu memiliki resiko yang sangat tinggi untuk mengalami multiple defek yang mempengaruhi mata, system kardiovaskuler, telinga, dan system saraf. Aborsi spontan mungkin saja terjadi. Ketulian neurosensory seringkali disebabkan oleh infeksi setelah gestasi 14 minggu dan beresiko kerusakan janin sampai usia 24 minggu. Pada saat lahir, restriksi pertumbuhan intrauterine biasanya disertai hepatitis, trombositopenia, dan penyakit neurologis seperti mikrosefali atau hidrocefali.

3.) Cytomegalovirus

Gejala CMV yang muncul pada wanita hamil minimal dan biasanya mereka tidak akan sadar bahwa mereka telah terinfeksi. Namun jika ini

Teori Keperawatan Maternitas

merupakan infeksi primer, maka janin biasanya juga beresiko terinfeksi. Infeksi tersebut baru dapat dikenali setelah bayi lahir. Diantara bayi tersebut baru dapat dikenali setelah bayi lahir. Diantara bayi tersebut hanya ada 30% diketahui terinfeksi di dalam Rahim dan kurang dari 15% akan menampilkan gejala pada saat lahir. Hanya pada individu dengan penurunan daya tahan dan pada masa pertumbuhan janin sitomegalovirus menampilkan virulensinya pada manusia. Pada wanita normal sebagian besar adalah asimtomatik atau subkliik, tetapi bila menimbulkan gejala akan tampak gejala antara lain : Mononucleosis-like syndrome yaitu demam selama 3 minggu. Secara klinis timbul gejala lethargi, malaise dan kelainan hematologi yang sulit dibedakan dengan infeksi mononucleosis (tanpa tonsillitis atau faringitis dan limfadenopati servikal). Kadang-kadang tampak gambaran seperti hepatitis dan limfositosis atipik. Secara klinis infeksi sitomegalovirus juga mirip dengan infeksi virus Epstein – bar dan dibedakan dari hasil tes heterofil yang negative. Gejala ini biasanya self limiting tetapi komplikasi serius dapat pula terjadi seperti hepatitis, pneumonitis, ensefalitis, miokarditis, dan lain-lain. Penting juga dibedakan dengan toksoplasmosis dan hepatitis B yang juga mempunyai gejala serupa. Sindroma post transfusi. Viremia terjadi 3-8 minggu setelah transfusi. Tanpa gambaran panas kriptogenik, splenomegali, kelainan biokimia dan hematologi. Sindroma ini juga dapat terjadi pada transplantasi ginjal. Penyakit sistemik luas antara lain neomons yang mengancam jiwa yang dapat pasien dengan infeksi kronis dengan thymoma atau pasien dengan kelainan sekunder dari proses imunologi (seperti HIV tipe 1 atau 2)

4.) Herpes

Tidak seperti virus rubella, sitomegalovirus dapat menginfeksi hasil konsepsi setiap saat dalam kehamilan. Bila infeksi terjadi pada masa organogenesis (trimester I) atau selama periode pertumbuhan dan perkembangan aktif (trimester II) dapat terjadi kelainan yang serius. Juga didapatkan bukti adanya korelasi antara lamanya infeksi intrauterine dengan embriopati. Pada trimester I infeksi kongenital sitomegalovirus dapat menyebabkan premature, mikrosefali, IUGR, klasifikasi intracranial pada ventrikel lateral dan traktus olfaktorik, sebagian besar terdapat korioretinitis, juga terdapat retardasi mental, hepatosplenomegali, ikterus, purpura trombositopeni, DIC. Infeksi pada trimester III berhubungan dengan kelainan yang bukan disebabkan karena kegagalan pertumbuhan somatik atau pembentukan psikomotor.

C. Klasifikasi

Penularan dapat disebut penularan dari ibu ke anak (mother-to-child transmission). Infeksi yang dapat ditularkan vertikal dapat disebut infeksi perinatal (perinatal infection) jika ditularkan pada periode perinatal, yaitu periode yang dimulai pada masa gestasional 22 minggu sampai 28 (dengan variasi regional untuk definisi) dan berakhir tujuh hari penuh setelah kelahiran. Istilah infeksi kongenital (congenital infection) dapat digunakan jika infeksi yang ditularkan vertikal itu masih terus dialami setelah melahirkan. Contoh : Beberapa infeksi yang ditularkan vertikal dimasukkan ke dalam kompleks TORCH, yang merupakan singkatan dari:

T- Toxoplasmosis / toxoplasma gondii

O- Other infections (see below)

R- Rubella

C- Cytomegalovirus

H- Herpes simplex virus-2 atau neonatal herpes simplex

Huruf O merujuk pada other agents atau penyebab lain termasuk :

Coxsackievirus

Chickenpox atau cacar air disebabkan oleh varicella zoster virus

Parvovirus

Chlamydia

HIV

Human T-lymphotropic virus

Syphilis

Hepatitis B juga dapat digolongkan sebagai infeksi yang ditularkan vertikal, tetapi virus hepatitis B berukuran besar dan tidak dapat menembus ke plasenta, sehingga tidak dapat menginfeksi janin kecuali ada kebocoran pada barrier ibu-bayi, misalnya pada pendarahan pada waktu melahirkan atau amniocentesis

D. Patofisiologi

1.) Toxoplasma

Toxoplasma gondii mempunyai 3 fase dalam hidupnya. Tiga fase ini terbagi lagi menjadi 5 tingkat siklus : fase proliferasi, stadium kista, fase schizogoni, gametogoni, dan fase ookista. Siklus aseksual terdiri dari fase proliferasi dan stadium kista. Fase ini dapat terjadi dalam bermacam-macam inang, sedangkan siklus seksual secara spesifik hanya terdapat pada kucing. Kucing menjadi terinfeksi setelah ia memakan mamalia, seperti tikus yang terinfeksi. Kista dalam tubuh kucing dapat terbentuk setelah infeksi kronis yang berhubungan dengan imunitas tubuh. Kista

Teori Keperawatan Maternitas

terbentuk intrasel dan kemudian terdapat secara bebas di dalam jaringan sebagai stadium tidak aktif dan dapat menetap dalam jaringan tanpa menimbulkan reaksi inflamasi. Kista pada binatang yang terinfeksi menjadi infeksius, jika termakan oleh karnivora dan toksoplasma tersebut masuk melalui usus. Infeksi pada manusia dapat terjadi saat makan daging yang kurang matang, sayur-sayuran yang tidak dimasak, makanan yang terkontaminasi kotoran kucing melalui lalat atau serangga. Juga ada kemungkinan terinfeksi saat menghirup udara yang terdapat ookista yang beterbangan. Cara penularan lain yang sangat penting adalah pada jalur maternofetal. Ibu yang mendapat infeksi akut saat kehamilannya dapat menularkannya pada janin melalui plasenta. Imunitas maternal tampaknya memberikan perlindungan terhadap penularan transplasental parasite tersebut. Dengan demikian, toxoplasmosis kongenital dapat terjadi jika ibu mendapatkan infeksi tersebut selama kehamilannya.

2.) Rubella

Virus sesudah masuk melalui saluran pernafasan akan menyebabkan peradangan pada mukosa saluran pernafasan untuk kemudian menyebar keseluruh tubuh. dari saluran pernafasan inilah virus akan menyerang ke sekelilingnya. Pada infeksi rubella yang diperoleh post natal virus rubella akan diekskresikan dari faring. pada rubella yang kongenital saluran pernafasan dan urin akan tetap mengekskresikan virus sampai usia 2 tahun. hal ini perlu diperhatikan dalam perawatan bayi di rumah sakit dan di rumah untuk mencegah terjadinya penularan. Sesudah sembuh tubuh akan membentuk kekebalan baik berupa antibodi maupun kekebalan seluler yang akan mencegah terjadinya infeksi ulang.

3.) Cytomegalovirus

Masa inkubasi CMV:

- a. Setelah lahir 3-12 minggu
- b. Setelah transfusi 3-12 minggu
- c. Setelah transplantasi 4 minggu – 4 bulan
- d. Urin sering mengandung CMV dari beberapa bulan sampai beberapa tahun setelah infeksi. Virus tersebut dapat tetap tidak aktif dalam tubuh seseorang tetapi masih dapat diaktifkan kembali. Hingga kini belum ada imunisasi untuk mencegah penyakit ini

4.) Herpes

HSV-1 menyebabkan munculnya gelembung berisi cairan yang terasa nyeri pada mukosa mulut, wajah, dan sekitar mata. HSV-2 atau herpes genital ditularkan melalui hubungan seksual dan menyebabkan vagina

terlihat seperti bercak dengan luka mungkin muncul iritasi, penurunan kesadaran yang disertai pusing, dan kekuningan pada kulit (jaundice) dan kesulitan bernafas atau kejang. Biasanya hilang dalam 2 minggu infeksi, infeksi pertama HSV adalah yang paling berat dan dimulai setelah masa inkubasi 4-6 hari. Gejala yang timbul meliputi nyeri, inflamasi dan kemerahan pada kulit (eritema), dan diikuti dengan pembentukan gelembung-gelembung yang berisi cairan bening yang selanjutnya dapat berkembang menjadi nanah diikuti dengan pembentukan keropeng atau kerang (scab). Setelah infeksi pertama, HSV memiliki kemampuan unik untuk bermigrasi sampai pada syaraf sensorik tepi menuju spinal ganglia dan berdormansi sampai diaktifasi kembali. Pengaktifan virus yang berdormansi tersebut dapat disebabkan penurunan daya tahan tubuh, stress, depresi, alergi pada makanan, demam, trauma pada mukosa genital, menstruasi, kurang tidur, dan sinar ultraviolet.

E. Pemeriksaan Diagnostic

1. Urinalisis, kulkur, dan sensitivitas : Bakteriuria asimtomatik mungkin muncul ; ISK dapat disebabkan oleh GBS, gonore, atau IMS lain.
2. Toksoplasmosis : serum untuk titer antibody dengan riwayat pemajaan; identifikasi mikroskopik protozoa.
3. Rubella : serum untuk titer antibody.
4. CMV : serologi: titer virus positif; adanya CMV didalam urin
5. HSV : pengkajian riwayat secara seksama tentang gejala atau lesi dimasalalu; pemeriksaan fisik untuk limfadenopati dan lesi; diagnose ditegakkan oleh kultur virus dari lesi aktif.
6. Hepatitis A : serologi untuk mendekteksi antibodi imonogloblin M (IgM) dilakukan guna memastikan infeksi yang dicurigai.
7. Hepatitis B : serologi: semua ibu harus diskriming pada kunjungan prenatal pertama, yang diulang kemudia pada kehamilan jika mereka mempunyai perilaku resiko-tinggi atau berasal dari kelompok resiko-tinggi (misal, Orang Asia, Amerika Tengah, Penduduk Asli Kepulauan Karibia).
8. HIV : skrining serologi untuk semua ibu yang memiliki perilaku resiko-tinggi (rujuk kerencana asuhan HIV/AIDS)
9. GBS : semua ibu yang memiliki usia gestasi 36-37 minggu harus dikultur area anorektal dan vaginanya.
10. Klamidia : jika memungkinkan, kultur serviks, dan faringeal pada kunjungan prenatal pertama ; ulangi pada trimester ketiga untuk klien resiko-tinggi.

11. Sifilis : skrining ketika kunjungan prenatal pertama dan ulangi pada akhir trimester ketiga ; VDRL atau RPR digunakn sebagai uji skrining, namun dapat memberikan hasil positif-palsu; untuk memastikan hal yang positif: mikroskopi medan gelap positif untuk Treponema pallidum dari eksudat syanker atau lesi sekunder; absorbs antibody treponemal fluoresen (fluorescent treponemal antibody absorbed, FTA-ABS) positif ; dan uji mikrohemaglutinasi untuk antiodi T. pallidum (MHA-TP).
12. Human papilloma virus (HPV): ineksi fisik vulva, perineum, anus, vagina dan serviks bila lesi HPV dicurigai atau tampak pada suatu tempat; ibu dengan HPV pada vulva atau pasangan dengan HPV harus menjalani Pap smear.

F. Pelaksanaan Medis dan Prinsip Perawatan

Adanya infeksi-infeksi ini dapat dideteksi dari pemeriksaan darah. Biasanya ada 2 petanda yang diperiksa untuk tiap infeksi yaitu Immunoglobulin G (IgG) dan Immunoglobulin M (IgM). Normalnya keduanya negatif.

Jika IgG positif dan IgMnya negatif, artinya infeksi terjadi dimasa lampau dan tubuh sudah membentuk antibodi. Pada keadaan ini tidak perlu diobati. Namun, jika IgG negatif dan Ig M positif, artinya infeksi baru terjadi dan harus diobati. Selama pengobatan tidak dianjurkan untuk hamil karena ada kemungkinan infeksi ditularkan ke janin. Kehamilan ditunda sampai 1 bulan setelah pengobatan selesai (umumnya pengobatan memerlukan waktu 1 bulan). Jika IgG positif dan IgM juga positif, maka perlu pemeriksaan lanjutan yaitu IgG Aviditas. Jika hasilnya tinggi, maka tidak perlu pengobatan, namun jika hasilnya rendah maka perlu pengobatan seperti di atas dan tunda kehamilan. Pada infeksi Toksoplasma, jika dalam pengobatan terjadi kehamilan, teruskan kehamilan dan lanjutkan terapi sampai melahirkan. Untuk Rubella dan CMV, jika terjadi kehamilan saat terapi, pertimbangkan untuk menghentikan kehamilan dengan konsultasi kondisi kehamilan bersama dokter kandungan anda.

Pengobatan TORCH secara medis diyakini bisa dengan menggunakan obat-obatan seperti isoprinocin, repomicine, valtrex, spiromicine, spiradan, acyclovir, azithromisin, klindamisin, alancicovir, dan lainnya. Namun tentu pengobatannya membutuhkan biaya yang sangat mahal dan waktu yang cukup lama. Selain itu, terdapat pula cara pengobatan alternatif yang mampu menyembuhkan penyakit TORCH ini, dengan tingkat kesembuhan mencapai 90 %.

Pengobatan TORCH secara medis pada wanita hamil dengan obat spiramisin (spiromicine), azithromisin dan klindamisin misalnya bertujuan

untuk menurunkan dampak (resiko) infeksi yang timbul pada janin. Namun sayangnya obat-obatan tersebut seringkali menimbulkan efek mual, muntah dan nyeri perut. Sehingga perlu disiasati dengan meminum obat-obatan tersebut sesudah atau pada waktu makan.

Berkaitan dengan pengobatan TORCH ini (terutama pengobatan TORCH untuk menunjang kehamilan), menurut medis apabila IgG nya saja yang positif sementara IgM negative, maka tidak perlu diobati. Sebaliknya apabila IgM nya positif (IgG bisa positif atau negative), maka pasien baru perlu mendapatkan pengobatan.

I. INFEKSI TRAKTUS GENETALIS

a. Pengertian

Infeksi saluran kemih adalah istilah umum yang menunjukkan keberadaan mikroorganisme di dalam urin. Pada kebanyakan kasus, pertumbuhan mikroorganisme lebih dari 100.000 per mililiter sampel urin porsi tengah, yang dikumpulkan secara benar dan bersih, menunjukkan adanya infeksi. Namun, pada beberapa keadaan mungkin tidak didapati bakteriuria yang bermakna meskipun benar-benar infeksi saluran kemih. Terutama pada pasien yang memberikan gejala, sejumlah bakteri yang lebih sedikit (10000-100000 per mililiter urin porsi tengah) sudah menunjukkan adanya infeksi (Stamm, 2009).

b. Klasifikasi Infeksi Traktus genetalis

Infeksi saluran kemih dapat dibagi menjadi dua kategori umum berdasarkan lokasi anatomi, yaitu:

a. Infeksi saluran kemih bawah

b. Infeksi saluran kemih atas

Presentasi klinis infeksi saluran kemih bawah tergantung dari gender :

a. Perempuan

1) Sistitis

Sistitis adalah presentasi klinik infeksi kandung kemih disertai bakteriuria bermakna.

2) Sindrom uretra akut (SUA) Sindrom uretra akut adalah presentasi klinis sistitis tanpa ditemukan mikroorganisme (steril), sering dinamakan sistitis bakterialis.

b. Laki-laki

Presentasi klinis infeksi saluran kemih pada laki-laki mungkin sistitis, prostatitis, epididimis dan urethritis.

Infeksi saluran kemih atas terbagi menjadi 2, yaitu

- a. Pielonefritis akut (PNA) Pielonefritis akut adalah proses inflamasi parenkim ginjal yang disebabkan infeksi bakteri.
- b. Pielonefritis kronis (PNK)

Pielonefritis kronis mungkin akibat lanjut dari infeksi bakteri berkepanjangan atau infeksi sejak masa kecil. Obstruksi saluran kemih dan refluks vesikoureter dengan atau tanpa bakteriuria kronik sering diikuti pembentukan jaringan ikat parenkim ginjal yang ditandai pielonefritis kronik yang spesifik (Sukandar, 2009).

Infeksi juga dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi infeksi di dalam saluran kemih. Akan tetapi karena adanya hubungan satu lokasi dengan lokasi lain sering didapatkan bakteri di dua lokasi yang berbeda. Klasifikasi diagnosis Infeksi Saluran Kemih dan Genitalia Pria yang dimodifikasikan dari panduan EAU (European Association of Urology) dan IDSA (Infectious Disease Society of America)

1) Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi ini meliputi ISK non komplikata akut pada wanita, Pielonefritis non komplikata akut, ISK komplikata, Bakteriuri asimtomatik, ISK rekuren, Uretritis dan Urosepsis

2) Infeksi Traktus Genitalia Pria Infeksi ini meliputi Prostatitis, Epididimitis, Orkhitis

c. Patogenesis dan Sumber Infeksi

Saluran kemih harus dilihat sebagai satu unit anatomi tunggal berupa saluran yang berkelanjutan mulai dari uretra sampai ginjal. Pada sebagian besar infeksi, bakteri dapat mencapai kandung kemih melalui uretra. Kemudian dapat diikuti oleh naiknya bakteri dari kandung kemih yang merupakan jalur umum kebanyakan infeksi parenkim renal (Stamm, 2009).

Introitus vagina dan uretra distal secara normal dialami oleh spesiesspesies difteroid, streptokokus, laktobasilus, dan stafilokokus, tapi tidak dijumpai basil usus gram negatif yang sering menyebabkan infeksi saluran kemih. Namun, pada perempuan yang mudah mengalami sistitis, didapatkan organisme usus gram negatif yang biasa terdapat pada usus besar pada intortius, kulit periuretra, dan uretra bagian bawah sebelum atau selama terjadi bakteriuria. Pada keadaan normal, bakteri yang terdapat dalam kandung kemih dapat segera hilang. Sebagian karena efek pengenceran dan pembilasan ketika buang air kecil tapi juga akibat daya antibakteri urin dan mukosa kandung kemih. Urin dalam kandung kemih kebanyakan orang normal dapat menghambat atau membunuh bakteri terutama karena konsentrasi urea dan osmolaritas urin yang tinggi. Sekresi prostat juga mempunyai daya antibakteri. Leukosit polimorfonuklear dalam dinding

kandung kemih tampaknya juga ikut berperan dalam membersihkan bakteriuria.

Keadaan-keadaan yang mempengaruhi patogenesis infeksi saluran kemih, yaitu :

a. Jenis kelamin dan aktivitas seksual

Uretra perempuan tampaknya lebih cenderung didiami oleh basil gram negatif, karena letaknya di atas anus, ukurannya pendek (kira-kira 4 cm), dan berakhir dibawah labia. Pijatan uretra, seperti yang terjadi selama hubungan seksual menyebabkan masuknya bakteri kedalam kandung kemih dan hal yang penting dalam patogenesis infeksi saluran kemih pada perempuan muda. Buang air kecil setelah hubungan seksual terbukti menurunkan resiko sistisis, mungkin karena tindakan ini meningkatkan eradikasi bakteri yang masuk selama hubungan seksual.

b. Kehamilan

Kecenderungan infeksi saluran kemih bagian atas selama kehamilan disebabkan oleh penurunan kekuatan ureter, penurunan peristaltik ureter, dan inkompetensi sementara katup vesikoureteral yang terjadi selama hamil.

c. Sumbatan

Adanya halangan aliran bebas urin seperti tumor, striktura, batu atau hipertrofi prostat yang menyebabkan hidronefrosis dan peningkatan frekuensi infeksi saluran kemih yang sangat tinggi. Super infeksi pada sumbatan saluran kemih dapat menyebabkan kerusakan jaringan ginjal yang cepat.

d. Disfungsi neurogenik kandung kemih

Gangguan saraf yang bekerja pada kandung kemih, seperti pada jejas korda spinalis, tabes dorsalis, multipel sklerosis, diabetes, atau penyakit lain dapat berhubungan dengan infeksi saluran kemih. Infeksi dapat diawali oleh penggunaan kateter untuk drainase kandung kemih dan didukung oleh stasis urin dalam kandung kemih untuk jangka waktu yang lama

e. Refluks vesikoureteral

Keadaan ini didefinisikan sebagai refluks urin dari kandung kemih keureter dan kadang sampai pelvis renal. Hal ini terjadi selama buang air kecil atau dengan peningkatan tekanan pada kandung kemih. Refluks vesikoureteral terjadi jika gerakan retrograd zat radio opak atau radioaktif dapat ditunjukkan melalui sistoureterogram selama buang air kecil. Gangguan anatomis

pertemuan vesikoureteral menyebabkan refluks bakteri dan karena itu terjadilah infeksi saluran kemih.

f. Faktor virulensi bakteri

Faktor virulensi bakteri mempengaruhi kemungkinan strain tertentu, begitu dimasukkan ke dalam kandung kemih, akan menyebabkan infeksi traktus urinarius. Hampir semua strain E.coli yang menyebabkan pielonefritis pada pasien dengan traktus urinarius normal secara anatomik mempunyai pilus tertentu yang memperantarai perlekatan pada bagian digaktosida dan glikosfingolipid yang ada di uroepitel. Strain yang menimbulkan pielonefritis juga biasanya merupakan penghasil hemolisin, mempunyai aerobaktin dan resisten terhadap kerja bakterisidal dari serum manusia.

g. Faktor genetik

Faktor genetik penjamu mempengaruhi kerentanan terhadap infeksi urinarius. Jumlah dan tipe reseptor pada sel uroepitel tempat bakteri dapat menempel dan dapat ditentukan, setidaknya sebagian, secara genetik (Stamm, 2009).

d. Pencegahan Infeksi Traktus genetalias

Sebagian kuman yang berbahaya hanya dapat hidup dalam tubuh manusia. Untuk melangsungkan kehidupannya, kuman tersebut harus pindah dari orang yang telah kena infeksi kepada orang sehat yang belum kebal terhadap kuman tersebut. Kuman mempunyai banyak cara atau jalan agar dapat keluar dari orang yang terkena infeksi untuk pindah dan masuk ke dalam seseorang yang sehat. Kalau kita dapat memotong atau membendung jalan ini, kita dapat mencegah penyakit menular. Kadang kita dapat mencegah kuman itu masuk maupun keluar tubuh kita. Kadang kita dapat pula mencegah kuman tersebut pindah ke orang lain (Irianto dan Waluyo, 2009). Pada dasarnya ada tiga tingkatan pencegahan penyakit secara umum, yaitu pencegahan tingkat pertama (primary prevention) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus, pencegahan tingkat kedua (secondary prevention) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat, dan pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi. Ketiga tingkatan pencegahan tersebut saling berhubungan erat sehingga dalam pelaksanaannya sering dijumpai keadaan tumpang tindih (Noor, 2010).

Beberapa pencegahan infeksi saluran kemih dan mencegah terulang kembali, yaitu:

- a. Jangan menunda buang air kecil, sebab menahan buang air seni merupakan sebab terbesar dari infeksi saluran kemih.

- b. Perhatikan kebersihan secara baik, misalnya setiap buang air seni, bersihkanlah dari depan ke belakang. Hal ini akan mengurangi kemungkinan bakteri masuk ke saluran urin dari rectum.
- c. Ganti selalu pakaian dalam setiap hari, karena bila tidak diganti, bakteri akan berkembang biak secara cepat dalam pakaian dalam.
- d. Pakailah bahan katun sebagai bahan pakaian dalam, bahan katun dapat memperlancar sirkulasi udara.
- e. Hindari memakai celana ketat yang dapat mengurangi ventilasi udara, dan dapat mendorong perkembangbiakan bakteri.
- f. Minum air yang banyak.
- g. Gunakan air yang mengalir untuk membersihkan diri selesai berkemih.
- h. Buang air seni sesudah hubungan kelamin, hal ini membantu menghindari saluran urin dari bakteri (Schoenstadt, 2008).

RANGKUMAN

TORCH adalah istilah untuk menggambarkan gabungan dari empat jenis penyakit infeksi yaitu Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus dan Herpes.

Toxoplasmosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh toxoplasma gondii. Ibu dengan toxoplasma gondii biasanya tidak menampilkan gejala walaupun 10%-20% ibu yang terinfeksi. Penyebab dari penyakit ini adalah parasit protozoa yaitu toxoplasma gondii yang hidupnya di dalam kucing.

Rubella suatu infeksi yang utama menyerang anak-anak dan dewasa yang khas dengan adanya rasti demam dan lymphadenopathy suatu toga virus yang dalam penyebabnya tidak membutuhkan vector.

Citomegalo virus diklasifikasikan dalam keluarga virus herpes, infeksi oportunistik yang menyerang saat system kekebalan tubuh lemah.

Herpes simplek adalah suatu penyakit menular seksual di daerah kelamin, kulit di sekeliling rectum atau di daerah sekitarnya disebabkan oleh virus Herpes Simplek. Penyebab herpes genetalis adalah herpes simplek (HSV) dan sebagian hasil HSV (dimukosa mulut).

Pemeriksaan diagnostik :

- 1.) Anti-Toxoplasma IgM dan Anti-Toxoplasma IgG (untuk mendeteksi infeksi Toxoplasma)
- 2.) Anti-Rubella IgM dan Anti-Rubella IgG (Untuk mendeteksi infeksi Rubella)
- 3.) Anti-CMV IgM dan Anti-CMV IgG (untuk mendeteksi infeksi Cytomegalovirus)
- 4.) Anti-HSV2 IgM dan Anti-HSV2 IgG (untuk mendeteksi infeksi virus Herpes)

DAFTAR PUSTAKA

- Reeder, S.J., Leonide, LM., Deborah, K.G. 2011. Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita,Bayi & Keluarga Volume 2. Edisi 18.Jakarta. EGC
- Bobak, I.M., Deitra, L.L., Margaret,D.J., Snannon, E.P.2004. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Jakarta. EGC
- Wen LM, Estcourt CS, et al. Risk Factors for the Acquisition of Genital warts : are Condoms protective?. Sex Transm Inf. 1999
- KPAN. HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual Lainnya di Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Bertindak. Jakarta : KPAN. 2001.
- Aprilianingrum, Farida. Survei Penyakit Sifilis dan Infeksi HIV Pada Pekerja Seks Komersial Resosialisasi Argorejo Kelurahan Kalibanteng Kulon Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang Tahun 2002. 2002. <http://www.health-lrc.com>
- Koutsky LA, Kiviat NB. Genital Human Papillomavirus. In Holmes : Sexually Transmitted Diseases. New York : McGraw Hill. 2002

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN KLIMATERIUM

PENDAHULUAN

Para Mahasiswa Sarjana Keperawatan Semester IV Universitas Imlelda Medan yang berbahagia, selamat bertemu pada Bab V tentang Klimakterium.. Anda akan mempelajari dasar dari Masa klimakterium yaitu masa peralihan dalam kehidupan normal seorang wanita sebelum senium (masa lanjut usia), yang mulai dan aktif masa reproduktif dan kehidupan sampai masa non-reproduktif. Masa klimakterium meliputi pramenopause, menopause, dan pascamenopause. Pada wanita terjadi antara umur 40-65 tahun.

Klimakterium prekoks adalah klimakterium yang terjadi pada wanita umur kurang dari 40 tahun. Pramenopause adalah masa 4-5 tahun sebelum menopause, keluhan klimakterik sudah mulai timbul, hormon estrogen masih dibentuk. Bila kadar estrogen menurun maka akan terjadi perdarahan tak teratur.

Menopause adalah henti darah haid yang terakhir yang terjadi dalam masa klimakterium dan hormon estrogen tidak dibentuk lagi jadi merupakan satu titik waktu dalam masa tersebut.

Umumnya terjadi pada umur 45-55 tahun. Pascamenopause adalah masa 3-5 tahun setelah menopause, dijumpai hiper-gonadotropin (FSH dan LH) dan kadang-kadang hipertiroid. Sindrom klimakterik klinis adalah keluhan-keluhan yang timbul pada masa pramenopause, menopause, dan pasca menopause. Sindrom klimakterik endokrinologis adalah penurunan kadar estrogen, peningkatan kadar gonadotropin (FSH dan LH).

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental, sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit yang berkaitan

Teori Keperawatan Maternitas

dengan sistem reproduksi dan fungsinya. Kesehatan reproduksi bukan hanya membahas masalah kehamilan atau persalinan, tetapi mencakup seluruh siklus kehidupan wanita yang salah satunya adalah masa menopause, yaitu suatu masa yang dimulai pada akhir masa reproduksi dan berakhir pada masa senium (lanjut usia), yaitu pada usia 40-65 tahun (Pakasi, 2000). Pada usia ini akan banyak muncul masalah kesehatan karena masalah kesehatan sangat erat kaitannya dengan peningkatan usia (Curtis, Glade B, 2000).

Kemudian semua mahasiswa berdiskusi dan membahas lalu menganalisis masalah yang terjadi pada klimakterium pada masing-masing kelompok. Hal tersebut untuk dapat membantu Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami.

A. Pengertian Klimakterium

Klimakterium adalah masa yang bermula dari akhir masa reproduksi sampai awal masa senium dan terjadi pada wanita berumur 40-65 tahun. Fase klimakterium adalah masa peralihan yang dilalui seorang wanita dari periode reproduktif ke periode non reproduktif. Tanda, gejala atau keluhan yang kemudian timbul sebagai akibat dari masa peralihan ini disebut tanda atau gejala menopause. Periode ini dapat berlangsung antara 5 sebelum dan sesudah menopause. Pada fase ini fungsi reproduksi wanita menurun. Masa-masa klimakterium :

- a. Pra menopause adalah kurun waktu 4-5 tahun sebelum menopause.
 - b. Menopause adalah henti haid seorang wanita.
 - c. Pasca menopause adalah kurun waktu 3-5 tahun setelah menopause
- (Kartini Kartono, 1992)

B. Tanda-tanda awal masa klimakterium

Tanda-tanda awal masa klimakterium meliputi :

Praklimakterium merupakan mirip dengan pra pubertas, dimana pada pubertas kedua muncul tingkah laku yang lucu-lucu, aneh-aneh, janggal dan tidak pada tempatnya. Mislanya, wanita usia lebih dari 50 tahun pada siang hari menggunakan rok panjang merah, dengan perhiasan emas warna-warni, make up berlebihan. Kemudian, meningkatkan rangsangan seksual yang menimbulkan nafsu yang besar untuk berhubungan seksual dan kegairahan yang menyala-nyala. Mengingkari ketuaannya agar tampak masih remaja.

Manifestasi individual periode klimakterium dipengaruhi oleh kepribadian masing-masing individu. Struktur kepribadian yang terintegrasi dengan baik akan mampu mengkompensasi gangguan fisiologis dan psikis dalam bentuk perbuatan-perbuatan yang intelek yaitu mampu

mengendalikan diri dan mampu mengatasi gangguan psikosomatis dengan menyalurkan pada perbuatan yang inteligen, produktif dan kreatif.

Masa ini ditandai dengan berbagai macam keluhan endokrinologis dan vegetatif yaitu:

- a. Terjadi perubahan pada ovarium seperti sklerosis pembuluh darah, berkurangnya jumlah folikel dan menurunnya sintesis steroid seks. Lalu henti haid.
- b. Dan ditandai dengan turunnya kadar estrogen dan meningkatnya pengeluaran gonadotropin.

Gangguan – gangguan pada klimakterium :

- a. Gangguan neurovegetatif, yang disebut juga gangguan vasomotorik dapat muncul sebagai gejala panas (*hot flushes*), keringat banyak, rasa kedinginan, sakit kepala, desing dalam telinga, tekanan darah yang goyah, berdebar-debar, susah bernafas, jari-jari atrofi dan gangguan usus.
- b. Gangguan psikis muncul dalam bentuk mudah tersinggung, depresi, kelelahan, semangat berkurang, dan susah tidur.
- c. Gangguan somatic, selain gangguan haid atau amenorea, mencakup vulvovaginitis, atrofi vagina, osteoporosis, artritis, aterosklerosis, sklerosis koroner, dan adipositas.

Gangguan organik : infark miokard aterosklerosis, osteoporosis, osteoporosis, adipositas, vulvovaginitis, disuria, dispareunia, artritis, gejala endokrinium berupa hipertiroidisme, defeminisasi, virilasi dan gangguan libido

C. Etiologi Klimakterium

Sebelum haid berhenti, sebenarnya pada seorang wanita terjadi berbagai perubahan dan penurunan fungsi pada ovarium seperti sklerosis pembuluh darah, berkurangnya jumlah folikel dan menurunnya sintesis steroid seks, penurunan sekresi estrogen, gangguan umpan balik pada hipofisis.

D. Jenis-Jenis Klimakterium

Klimakterium terbagi menjadi 3 fase:

☐ Premenopause

Premenopause, yaitu masa klimakterium yang terjadi sebelum menopause. Pada masa ini siklus menstruasi cenderung mulai tidak teratur. Wanita mengalami hot flush atau semburan panas di wajah dan menjalar ke seluruh tubuh. Kurun waktunya 4-5 tahun sebelum menopause

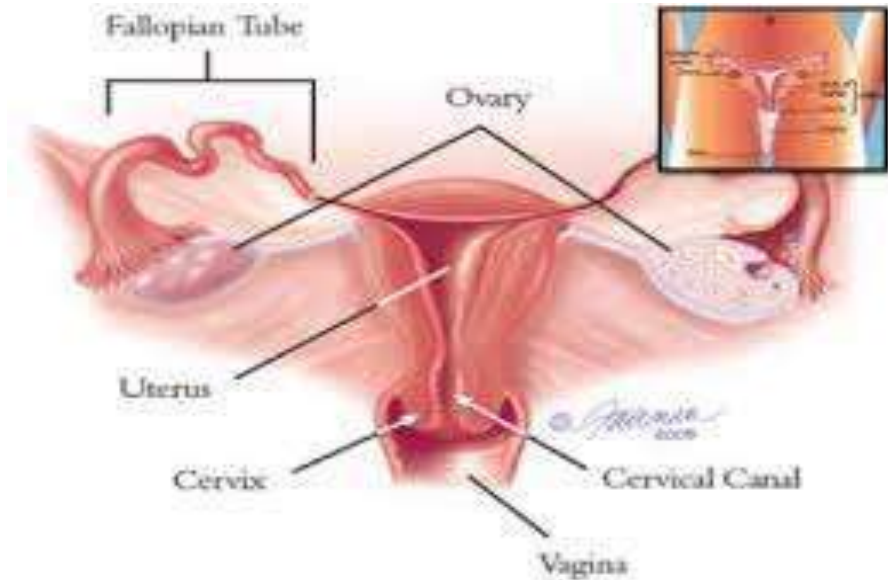
☐ Menopause

Teori Keperawatan Maternitas

Menopause, yaitu masa berhentinya menstruasi secara permanent yang diikuti gejala-gejala yang terkadang membuat wanita merasa cemas Fase dimana menstruasi berhenti

❑ Postmenopause

Pascamenopause, yaitu masa setelah menstruasi terakhir sampai gejala hilang, atau sampai akhir kehidupan. Fase 3-5 tahun setelah menopause. Ditandai dengan gejala vagina atrophy dan osteoporosis yang dapat berkembang.



Gambar: Klimaterium

E. Manifestasi Klinis

Gejala umum dari menopause :

- ❑ Ketidakteraturan siklus haid
- ❑ Hot flushes (panas pada kulit)

Rasa panas pada kulit diakibatkan penurunan hormon estrogen sehingga pembuluh darah membesar, serta gangguan umpan balik pada hipotalamus. Munculnya *hot flashes* ini sering diawali pada daerah dada, leher atau wajah, dan menjalar ke beberapa daerah tubuh yang lain.

- ❑ Berdebar-debar, karena terjadi peningkatan denyut jantung
- ❑ Sakit kepala
- ❑ Tangan dan kaki terasa dingin
- ❑ Vertigo
- ❑ Cemas
- ❑ Gelisah
- ❑ Insomnia

Insomnia sering terjadi pada waktu menopause, tetapi hal ini mungkin ada kaitannya dengan rasa tegang akibat berkeringat malam hari, wajah memerah, dan perubahan yang lain.

- ☐ Keringat waktu malam
- ☐ Pelupa
- ☐ Tidak dapat konsentrasi
- ☐ Lelah
- ☐ Penambahan berat badan

Gejala yang paling sering :

- ⑦ Ketidakstabilan vasomotor yang manifestasi sebagai : hot flushes, vertigo,
keringat banyak, rasa kedinginan
- ⑧ Tanda yang khas : kulit menjadi merah dan hangat, terutama pada kepala dan leher

F. Fisiologis Klimaterium

Perubahan fisiologis pada masa klimakterium :

- ⑦ Peningkatan denyut jantung
- ⑦ Vasodilatasi perifer
- ⑦ Meningkatnya temperatur kulit
- ⑦ Pelepasan LH sedikit-sedikit
- ⑦ Kulit genitalia serta dinding vagina dan uretra menipis dan kering, sehingga mudah terjadi iritasi, infeksi, dan dispareunia (rasa sakit saat melakukan hubungan seks)

Kekeringan vagina terjadi karena leher rahim sedikit sekali mensekresikan lendir. Penyebabnya adalah kekurangan estrogen yang menyebabkan liang vagina menjadi lebih tipis, lebih kering dan kurang elastis. Alat kelamin mulai mengerut, Liang senggama kering sehingga menimbulkan nyeri pada saat senggama, keputihan, rasa sakit pada saat kencing. Keadaan ini membuat hubungan seksual akan terasa sakit (dispareunia). Keadaan ini sering kali menimbulkan keluhan pada wanita bahwa frekuensi buang air kecilnya meningkat dan tidak dapat menahan kencing terutama pada saat batuk, bersin, tertawa atau orgasme.

- ❑ Labia, klitoris, uterus, dan ovarium mengecil.
- ❑ Elastisitas kulit berkurang

Estrogen berperan dalam menjaga elastisitas kulit, ketika menstruasi berhenti maka kulit akan terasa lebih tipis, kurang elastis terutama pada daerah sekitar wajah, leher dan lengan. Kulit di bagian bawah mata menjadi

Teori Keperawatan Maternitas

mengembung seperti kantong, dan lingkaran hitam dibagian ini menjadi lebih permanen dan jelas (Hurlock, 1992)

❑ Osteoporosis

Rendahnya kadar estrogen merupakan penyebab proses osteoporosis (kerapuhan tulang). Osteoporosis merupakan penyakit kerangka yang paling umum dan merupakan persoalan bagi yang telah berumur (lansia), paling banyak menyerang wanita yang telah menopause. Menurunnya kadar estrogen akan diikuti dengan penurunan penyerapan kalsium yang terdapat dalam makanan. Kekurangan kalsium ini oleh tubuh diatasi dengan menyerap kembali kalsium yang terdapat dalam tulang, dan akibatnya tulang menjadi keropos dan rapuh. Serta terjadi penurunan massa tulang.

Gejala psikologis yang dapat terjadi :

- ❑ Mudah Tersinggung
- ❑ Ingatan Menurun (sering lupa)
- ❑ Cemas
- ❑ Stress
- ❑ Depresi
- ❑ Susah berkonsentrasi

G. Patofisiologi Klimaterium

Penurunan fungsi ovarium menyebabkan berkurangnya kemampuan ovarium untuk menjawab rangsangan gonadotropin, sehingga terganggunya interaksi antara hipotalamus-hipofisis. Pertama-tama terjadi kegagalan fungsi luteum. Kemudian turunnya fungsi steroid ovarium menyebabkan berkurangnya reaksi umpan balik negatif terhadap hipotalamus. Keadaan ini meningkatkan produksi FSH dan LH. Dari kedua gonadotropin itu, ternyata yang paling mencolok peningkatannya adalah FSH.

H. Perubahan-perubahan organic pada Klimaterium

a. Organ reproduksi

- Saluran telur tuba mengalami penipisan ada selaut lendir dan akhirnya rambut getar yang berfungsi menyalurkan sel telur atau hasil pembuahan akan menghilang
- Rahim (uterus) mengecil dan endometrium (selaput rahim) atrofi (menipis)
- Leher rahim (serviks) organ ini mengkerut hingga berselubung dengan dinding vagina, selurannya memendek dan menyempit

- Liang sanggama (vagina) elastisitasnya berkurang, lipatan-lipatan menghilang, dinding menipis, mengalami kekeringan sehingga mudah mengalami perlukaan
- Vulva akan kehilangan jaringan lemak dan mengakibatkan pengurangan lipatan bibir kemaluan dan berkurangnya tonjolan
- Jaringan dasar panggul mengalami atrofi. Hilangnya tonus ketegangan otot dalam keadaan istirahat dan elastisitasnya dapat menyebabkan prolapsus uterovaginal 9turun peranakan)
- Korpus perineum dan lubang dubur (anus) menjadi atrofi, lemak sekitarnya hilang. Tonus otot lingkaran anus hilang pula sehingga terjadi inkontinensia alvi (tidak dapat mengendalikan/ menahan buang air besar)
- Dinding kandung kemih mengalami atrofi, aktivitas kendali ototnya hilang pula, infeksi mudah terjadi. Keluhan dapat berupa sering berkemih, susah berkemih atau tidak dapat menahan untuk berkemih.
- Payudara menjadi datar dan kendur. Puting susu menjadi kecil dan kurang erektile, pigmentasinya juga berkurang

b. Organ pencernaan

Terjadi perubahan pada kerja usus halus dan besar. Menurunnya estrogen dapat menimbulkan perubahan kerja usus menjadi lambat. Kemampuan mereabsorpsi sari makanan makin berkurang. Kerja usus halus dan besar yang lambat menimbulkan gangguan buang air besar berupa obstipasi (sembelit).

c. Organ muskuloskeletal

Perubahan pada tulang terjadi oleh karena kombinasi rendahnya hormon estrogen dan hormon paratiroid. Tulang mengalami dekalsifikasi (pengapuran) artinya kalsium menurun sehingga tulang keropos dan mudah terjadi patah tulang.

Osteoporosis adalah tulang-tulang menjadi rapuh sehingga mudah terjadi patah tulang, nyeri punggung, dan lain-lain. Patah tulang terutama terjadi pada persendian paha. Tercatat 85% wanita mengalami hal ini, paling sering terjadi sekitar 10 tahun setelah menopause.

Proses menua pada persendian, terutama sendi penopang berat badan memberikan gejala dini berupa nyeri serta kaku sendi setelah istirahat.

d. Organ kardiovaskular

Teori Keperawatan Maternitas

Perubahan sistem jantung dan pembuluh darah terjadi karena adanya perubahan metabolisme, menurunnya estrogen, menurunnya pengeluaran hormon paratiroid. Hubungan emosi dengan sistem ini menimbulkan jantung mudah berdebar. Meningkatnya hormon FSH dan LH dan rendahnya estrogen dapat menimbulkan perubahan pembuluh darah. Melebarnya pembuluh darah pada wajah, leher, dan tengkuk menimbulkan rasa panas yang disebut "hot flushes". Badan terasa panas. Penimbunan kolesterol pada pembuluh darah menimbulkan penyakit jantung koroner.

Permulaan penyakit hipertensi juga banyak terjadi selama masa klimakterium.

Selain itu dapat juga terjadi hiperkolesterolemia (peninggian kadar kolesterol dalam darah) dan arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah)

e. Lain-lain

Pada perubahan fisik seorang wanita mengalami perubahan kulit:

- Lemak bawah kulit berkurang sehingga kulit menjadi kendur.
- Kulit mudah terbakar sinar matahari dan menimbulkan pigmentasi dan menjadi hitam.
- Otot bawah kulit muka mengendor sehingga jatuh dan lembek.
- Kelenjar kulit kurang berfungsi, sehingga kulit menjadi kering dan keriput.
- Kenaikan berat badan ringan terjadi pada kurang lebih 29% wanita klimakterium, penyebaran lemak terutama ditemukan pada tungkai atas, pinggul, perut bawah, dan lengan atas. Terjadi virilisasi yaitu menurunnya tanda/sifat feminim dan terjadinya maskulinisasi akibat perubahan hormonal

I. Kondisi Fisik dan Psikis Klimakterium

1. Kondisi Fisik Klimakterium

Pada perubahan fisik seorang wanita mengalami perubahan kulit. Lemak bawah kulit menghilang sehingga kulit mengendor, sehingga jatuh dan lembek. Kulit mudah terbakar sinar matahari dan menimbulkan pigmentasi dan menjadi hitam. Pada kulit tumbuh bintik hitam, kelenjar kulit kurang berfungsi sehingga kulit menjadi kering dan keriput.

Karena menurunnya estrogen dapat menimbulkan perubahan kerja usus menjadi lambat, dan mereabsorpsi sari makanan makin berkurang. Kerja usus halus yang semakin berkurang maka akan menimbulkan gangguan buang air besar berupa obstipasi.

Perubahan yang terjadi pada alat genetalia meliputi liangsenggama terasa kering, lapisan sel liang senggama menipis yang menyebabkan mudah terjadi (infeksi kandung kemih dan liang senggama). Daerah sensitive makin sulit untuk dirangsang. Saat berhubungan seksual dapat menjadi nyeri.

Perubahan pada tulang terjadi oleh karena kombinasi rendahnya hormon paratiroid. Tulang mengalami pengapuran, artinya kalium menurun sehingga tulang keropos dan mudah terjadi patah tulang terutama terjadi pada persendian paha.

2. Kondisi Psikis Klimakterium

Hampir setiap wanita usia klimakteris mengalami suasana hati “depresif” dan “melankolis” (ada yang relatif pendek dan ada yang relatif panjang)

Sebab utamanya adalah :

- a. Mengingkari dan memprotes proses biologis yang mengarah pada ketuaan
- b. Mengganggu dramatis proses penuaan
- c. Kemunduran jasmani diartikan sebagai tidak ada gunanya lagi hidup karena sudah mendekati kematian
- d. Hidupnya sudah dianggap tidak ada harapan, penuh kepedihan dan dilupakan semua orang dipengaruhi oleh kondisi lingkungan sosialnya di masa lampau.

Wanita yang hidup dalam suasana yang harmonis, ekonomi berkecukupan, bahagia, selalu mendapat kepuasan seksual dapat menghadapi ini dengan rasa tenang. Wanita yang mempunyai masa lampau penuh kenangan cinta yang indah dan bahagia maka kecantikannya akan tetap awet dan terpancar (kecantikan psikis).

J. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian klimakterium

❑ Genetik

Usia menarche (menstruasi pertama kali) mempengaruhi cepat lambatnya terjadi menopause. Semakin cepat seseorang menarche maka kemungkinan semakin cepat pula terjadi menopause. Begitu juga pada ibu yang banyak anak (sering melahirkan) akan lebih lambat dibandingkan ibu yang jumlah anaknya sedikit, karena sel telurnya akan disimpan selama masa kehamilan.

❑ Nutrisi (kalsium, kolesterol, fosfat, dan vitamin)

❑ Kadar hormon estrogen

❑ Kebiasaan/ pola hidup (olahraga, kopi, alkohol, perokok)

❑ Tingkat pendidikan dan status ekonomi

- ❑ Pengangkatan kedua ovarium

K. Komplikasi Klimaterium

1. Penyakit Jantung Koroner

Keluhan yang mempengaruhi fungsi jantung dan pembuluh darah meliputi : kulit terasa kering, keriput dan longgar dari ototnya oleh karena turunnya sirkulasi menuju kulit, badan terasa panas termasuk wajah, terjadi perubahan sirkulasi pada wajah yang dapat melebar ke tengkuk (hot flushes), mudah berdebar – debar terjadi tekanan darah tinggi yang berlanjut ke penyakit jantung koroner. (Manuaba, 1999)

Adanya hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol menyebabkan meningkatkan faktor resiko terhadap terjadinya aterosklerosis. Khususnya mengenai sklerosis primer koroner dan infark miocard akan terjadi 1-2 kali lebih sering setelah kadar estrogen menurun.

2. Masalah urogenital

- Katidakmampuan mengendalikan buang air kecil (inkontinensia)
- Infeksi saluran kemih

3. Osteoporosis

Dengan turunnya kadar estrogen, maka proses osteoblast yang berfungsi membentuk tulang baru terhambat dan fungsi osteoclast merusak tulang meningkat. Akibat tulang tua diserap dan dirusak osteoclast tetapi tidak dibentuk tulang baru oleh osteoblast, sehingga tulang menjadi osteoporosis.

4. Dimensia

Wanita pascamenopause biasanya kemampuan berfikir dan ingatannya menurun hal ini merupakan pengaruh dari menurunnya hormon estrogen, dimana hormon estrogen ini dapat mempengaruhi kerja dari degenerasi sel – sel saraf dan sel – sel otak. (Manuaba, 1999)

L. Kehidupan seks pada masa klimaterium

Banyak wanita yang berpendapat bahwa hubungan seks tidak mungkin dilakukan lagi pada masa klimakterium. Pendapat seperti ini tidak dapat dibenarkan lagi. Hubungan seks tetap dapat dilakukan meskipun usia telah lanjut.

Akibat kekurangan estrogen, vagina menjadi kering dan mudah cedera sehingga terasa sakit sewaktu bersanggama. Rasa sakit ini dapat dihilangkan hanya dengan pemberian hormon berupa tablet estrogen oral maupun berupa krem vagina. Berkonsultasi dan meminta nasehat dokter tetap merupakan cara terbaik.

Masalah utama yang menyebabkan seorang wanita tidak mau melakukan hubungan seks adalah faktor psikis wanita tersebut. Mereka takut, gelisah, tegang, sehingga sulit untuk melakukannya. Keadaan serupa terkadang juga ditemukan pada suami. Istri dan suami mengeluh bahwa mereka sudah tua, kulit sudah keriput dan badan lemah. Untuk apa melakukan hubungan seks lagi. Sekali lagi ditekankan di sini bahwa pendapat tersebut tidak dapat dibenarkan. Hubungan seks sangat berperan pada keserasian hubungan suami istri. Setiap masalah yang timbul akan menyebabkan ke-retakan dalam rumah tangga. Untuk memecahkan masalah-masalah seperti ini, perlu mencari orang yang sekiranya mampu menyelesaikan masalah yang sedang di hadapi misal, dokter ,bidan dan tenaga medis lainnya. Untuk mengemukakan semua masalah tersebut, dan cara yang sederhana ini acapkali mampu menyelesaikan masalah yang ada.

M. Pencegahan Beberapa dampak masa klimakterium

Pencegahan beberapa dampak masa klimakterium yaitu:

a. Pencegahan kehamilan :

Banyak wanita 40-50 tahun menjadi gelisah bila haidnya tiba-tiba berhenti atau menjadi tidak teratur. Hal yang pertama sekali dipikirkan tentu hamil atau tidak. Tetapi ada juga wanita yang berpendapat, bahwa bila usia sudah di atas 40 tahun dan haid tidak teratur pasti tidak mungkin hamil lagi. Perkiraan seperti ini sudah tidak dapat dibenarkan lagi. Haid yang tidak teratur hanya menunjukkan bahwa pematangan ovum tidak terjadi lagi secara siklis, tetapi bukan berarti tidak dapat terjadi pembuahan. Pencegahan kehamilan harus tetap dilakukan. Kehamilan pada usia ini mempunyai risiko baik bagi ibu yang hamil maupun bagi janinnya. Semua jenis kontrasepsi alamiah seperti pantang berkala, pencatatan suhu basal badan, maupun bentuk lainnya sebaiknya tidak dipakai. Cara ini hanya dapat digunakan pada wanita yang siklus haidnya masih teratur.

b. Penggunaan pil sebagai kontrasepsi, selain dapat mengatur siklus haid juga sekaligus dapat menghilangkan keluhan klimakterik. Kerugiannya adalah bahwa dengan siklus haid yang teratur tidak dapat ditentukan saat wanita tersebut memasuki menopause. Bila sudah tidak haid lagi dua belas bulan berturut-turut, sudah pasti wanita itu memasuki usia menopause, sehingga kehamilan sudah tidak mungkin terjadi.

c. Pencegahan osteoporosis.

Pencegahan osteoporosis pasca menopause bukan hanya bergantung pada estrogen, karena pengobatan dengan progestogen juga efektif dalam mencegah kehilangan tulang (*bone loss*). Penambahan progestogen ke pengobatan estrogen mungkin penting dalam mencegah osteoporosis tetapi mungkin penting dalam mengobati penderita yang telah mengalami

Teori Keperawatan Maternitas

osteoporosis. Sementara kebanyakan kajian menunjukkan bahwa pengobatan estrogen menghambat penyerapan kalsium dari tulang, sangat mungkin dengan memulihkan kadar kalsitonin yang turun setelah menopause, sekurang-kurangnya 3 kajian telah memperlihatkannya bahwa kombinasi pengobatan estrogen-progestogen sesungguhnya meningkatkan massa tulang dengan memajukan pembentukan tulang baru.

d. Pencegahan penyakit jantung koroner :

Beberapa kajian terbaru menyarankan bahwa estrogen dapat memberikan khasiat protektif terhadap penyakit kardiovaskuler, terutama bilamana dipakai estrogen alamiah dosis rendah yang cukup untuk memulihkan gejala menopause. Penurunan 63% pada harapan kematian akibat penyakit jantung diamati pada 1.000 wanita yang dibati dengan estrogen yang diawasi selama 15 tahun. Pada wanita yang diobati selama 25 tahun yang diawasi selama 25 tahun dan dibandingkan dengan yang tidak pernah memakai estrogen, ditemukan penurunan bermakna pada:

- 1) Penyakit arteri koroner,
- 2) Gagal jantung kongestif,
- 3) Penyakit kardiovaskuler aterosklerotik,
- 4) Hipertensi.

RANGKUMAN:

Klimakterium adalah masa yang bermula dari akhir masa reproduksi sampai awal masa senium dan terjadi pada wanita berumur 40-65 tahun. Fase klimakterium adalah masa peralihan yang dilalui seorang wanita dari periode reproduktif ke periode non reproduktif. Tanda, gejala atau keluhan yang kemudian timbul sebagai akibat dari masa peralihan ini disebut tanda atau gejala menopause. Periode ini dapat berlangsung antara 5 sebelum dan sesudah menopause. Pada fase ini fungsi reproduksi wanita menurun. Masa-masa klimakterium :

- a. Pra menopause adalah kurun waktu 4-5 tahun sebelum menopause.
- b. Menopause adalah henti haid seorang wanita.
- c. Pasca menopause adalah kurun waktu 3-5 tahun setelah menopause (Kartini Kartono, 1992)

Bagaimana perawat menghadapi masalah klimakterium di tengah masyarakat. Seperti dikemukakan bahwa hanya sekitar 25 % wanita mengeluh karena terjadi penurunan estrogen tubuh dan memerlukan tambahan hormon sebagai substitusi. Pemberian substitusi hormon tanpa diikuti pengawasan ketat adalah berbahaya, karenanya bidan dapat mengambil langkah untuk melakukan anjuran pada wanita dengan keluhan menopause dapat memeriksakan diri ke dokter puskesmas. Bidan berkonsultasi dengan dokter puskesmas atau dokter ahli. Setelah pengobatan, bidan dapat meneruskan pengawasan.

Pencegahan Terhadap Sindrom Klimakterium:

1. Pengaturan makanan (rendah lemak / kolesterol, cukup vitamin A, C, D, E dan cukup serat).
2. Mengonsumsi makanan yang mengandung fitoestrogen, seperti :
 - a. Isoflavon, terdapat pada kacang-kacangan,
 - b. Lignan; terdapat pada padi, sereal dan sayur-sayuran,
 - c. Caumestran ; terdapat pada daun semanggi. Mengonsumsi makanan dengan kadar gula rendah dan tidak berlebihan.
1. Tambahan Asupan Kalsium 1000-15000 mg / hari dan vitamin D.
2. Kontrol rutin 1 tahun sekali (Pap Smear).

DAFTAR PUSTAKA

- Baziad, Ali. 2003. *Menopause dan Andropause*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Pramihardjo
- Brunner & Suddarth.2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Cris Brooker. 2008. *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Doenges, E, Marilyn. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan. Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Kasdu, Dini. 2002. *Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause*. Jakarta : Puspa Swara
- Mansjoer, Arief. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta: Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta : Arcan
- Price, A. Silvia. 1995. *Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Rebecca Fox-Spencer. 2007. *Simple Guide Menopause*. Jakarta : Erlangga

BAB VI

KELUARGA BERENCANA (KB)

PENDAHULUAN

Halo...apa kabar Saudara Mahasiswa/I ? Bagaimana keadaannya hari ini? mudah-mudahan anda dalam keadaan sehat walafiat dan senantiasa dalam perlindungan-Nya. Sebelum Anda mempelajari Bab VI secara keseluruhan. Perlu kami jelaskan bahwa Bab VI ini berjudul “Konsep Keluarga Berencana (KB)”.

Seiring pengetahuan dan teknologi terus berkembang, sebuah upaya dilakukan untuk membentuk payung konseptual yang menaungi layanan kesehatan ibu dan janin sebagai satu unit. Pada Rumah Sakit yang hanya menangani klien maternal dan neonatus tidak dengan penyulit, harus memberikan layanan preventif yang maksimal dan upaya deteksi dini, sehingga bila ada penyulit dapat segera dirujuk. Berdasarkan hal tersebut maka seorang perawat harus tahu apasih kesehatan reproduksi itu sendiri untuk dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

Jadi,. Keluarga berencana (KB) merupakan suatu pilihan untuk mencegah terjadinya kehamilan dan untuk mengontrol waktu dan jumlah kehamilan. Kontrasepsi adalah pencegahan terjadinya konsepsi, menggunakan metode atau menghalangi terjadinya fertilisasi ovum. Namun, kontrasepsi masih memiliki implikasi dari segi etik, fisik, emosi, agama, dan legal. KB dapat menggunakan berbagai metode seperti tidak melakukan hubungan seksual, metode alami, penghalang mekanik, agen farmakologi, penghalang kimiawi, dan pembedahan. Oleh karena itu, sebagai seorang perawat harus tahu memahami konsep dasar kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana (KB) seperti yang dijelaskan di dalam Bab I ini.

A. Pengertian Keluarga Berencana,

Apakah anda yang sudah menikah, pernah menggunakan alat kontrasepsi? Jenis kontrasepsi apa yang Anda gunakan? Apakah pil, suntik, atau IUD? Kontrasepsi untuk tujuan keluarga berencana merupakan suatu keputusan pasangan atau individu untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan dan berapa lama harus menunggu diantara kehamilan berikutnya. Baik kita bahas macam-macam kontrasepsi, kelebihan dan kekurangannya.

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti 'mencegah' atau 'melawan' dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma. Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara ataupun menetap. Kontrasepsi dapat di lakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan operasi (Mansjoer. A, 2009).

Keluarga berencana menurut WHO adalah tindakan yang memakai individu atau pasangan suami istri untuk :

- a. Mendapatkan obyek-obyek tertentu
- b. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan
- c. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan
- d. Mengatur interval diantara kehamilan
- e. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri
- f. Menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hanafi, 2004)

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu pilihan untuk mencegah terjadinya kehamilan dan untuk mengontrol waktu dan jumlah kehamilan. Kontrasepsi adalah pencegahan terjadinya konsepsi, menggunakan metode atau menghalangi terjadinya fertilisasi ovum. Namun, kontrasepsi masih memiliki implikasi dari segi etik, fisik, emosi, agama, dan legal. KB dapat menggunakan berbagai metode seperti tidak melakukan hubungan seksual, metode alami, penghalang mekanik, agen farmakologi, penghalang kimiawi, dan pembedahan.

B. Tujuan Umum Keluarga Berencana,

- a. Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial – ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh

Teori Keperawatan Maternitas

suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Mochtar, 2002)

- b. Tujuan utama program KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian Ibu dan bayi serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil yang berkualitas.

Menurut WHO (2003) tujuan KB terdiri dari :

- a. Menunda / mencegah kehamilan. Menunda kehamilan bagi PUS (Pasangan Usia Subur) dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya. Alasan menunda / mencegah kehamilan :
- b. Umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.
- c. Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda.
- d. Penggunaan kondom kurang menguntungkan karena pasangan muda masih tinggi frekuensi bersenggamanya, sehingga mempunyai kegagalan tinggi.
- e. Penggunaan IUD (Intra Uterine Divice) bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil oral.

C. Ciri-ciri Kontrasepsi yang dianjurkan

- a. Reversibilitas yang tinggi artinya kembalinya masa kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini peserta belum mempunyai anak.
- b. Efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.
- c. Menjarangkan kehamilan. Periode usia istri antara 20 – 30 / 35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak dua orang dan jarak antara kelahiran adalah 2
- d. – 4 tahun. Ini dikenal sebagai catur warga.

Alasan menjarangkan kehamilan :

Umur antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbalik untuk mengandung dan melahirkan.

- a. Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD (Intra Uterine Divice) sebagai pilihan utama.
- b. Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disini tidak atau kurang berbahaya karena yang bersangkutan pada usia mengandung dan melahirkan yang baik.

- c. Di sini kegagalan kontrasepsi bukanlah kegagalan program.

D. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan

- a. Efektivitas cukup tinggi
- b. Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi.
- c. Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan.
- d. Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik untuk bayi sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

E. Menghentikan/mengakhiri kehamilan/Kesuburan,

- a. Periode umur istri diatas 30 tahun, terutama diatas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.
- b. Alasan mengakhiri kesuburan :
 - 1) Ibu-ibu dengan usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil atau tidak punya anak lagi, karena alasan medis atau alasan lainnya.
 - 2) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
 - 3) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu yang relatif tua dan mempunyai kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi.

F. Jenis Keluarga Berencana (KB)

Jenis-jenis KB antara lain:

a. Metode Alami

Metode alami pada kontrasepsi adalah metode yang tidak menggunakan bahan kimia atau benda asing atau penghalang untuk mencegah kehamilan. Ada beberapa kepercayaan bahwa penggunaan bahan kimia atau benda asing pada kontrasepsi tidak boleh digunakan. Untuk penggunaan kontrasepsi alami, masa subur ibu harus dihitung sehingga ibu dapat menghindari melakukan hubungan seksual. Angka kegagalan penggunaan kontrasepsi alami berkisar 10–20 %. Yang termasuk kontrasepsi/KB alami antara lain:

a) Metode kalender,

Metode kalender biasa disebut juga dengan metode ritmik. Pasangan harus menghindari senggama/hubungan seksual ketika ibu berada dalam keadaan subur, yaitu 3 hari sebelum dan sesudah ovulasi. Perawat dapat mengajarkan pada ibu untuk mengetahui siklus menstruasi (selama 6 bulan). Untuk menentukan kapan terjadinya ovulasi. Seorang ibu memiliki siklus menstruasi yang normal (setelah dikaji selama 6 bulan) antara 21

Teori Keperawatan Maternitas

hari sampai dengan 35 hari, rata-rata 28 hari. Contoh kasus adalah jika seorang ibu memiliki siklus menstruasi yang normal. Kemudian ibu tersebut mengalami menstruasi pada tanggal 1 Oktober 2015, maka ovulasinya adalah 14 hari setelah hari pertama haid terakhir (HPHT). Jadi perkiraan ovulasinya adalah tanggal 15 Oktober 2015. Ibu tidak boleh melakukan senggama selama 7 hari sebelum ovulasi dan 4 hari setelah ovulasi. Maka ibu tidak boleh melakukan senggama sejak tanggal 8 Oktober sampai dengan 19 Oktober 2015. Jika ibu dan pasangan tetap ingin melakukan senggama, maka harus dibarengi dengan penggunaan kontrasepsi lainnya seperti kondom atau yang lainnya.

b) suhu basal tubuh (*basal body temperature*,

Basal body temperature (BBT) atau suhu basal tubuh biasanya lebih rendah selama 2 minggu pertama dari siklus menstruasi sebelum ovulasi. Segera setelah ovulasi, suhu mulai meningkat, berlanjut hingga menstruasi berikutnya. Artinya bahwa peningkatan suhu merupakan indikasi bahwa progesteron dikeluarkan ke dalam sistem. Atau dapat juga dikatakan bahwa ibu mengalami ovulasi. Sehari sebelum ovulasi, suhu basal tubuh ibu biasanya mengalami penurunan hingga satu setengah derajat. Ketika ovulasi, suhu basal tubuh ibu akan meningkat satu derajat karena pengaruh progesteron. Jika ibu akan menggunakan metode kontrasepsi suhu basal tubuh, maka ibu harus mengukur suhunya setiap hari setelah bangun namun sebelum beranjak dari tempat tidur dan melakukan aktivitasnya sehari-hari. Setelah mencatat suhu tubuhnya setiap hari, ibu harus melihat peningkatan suhu tubuh pada tanggal berapa. Peningkatan suhu tubuh mengindikasikan terjadinya ovulasi. Ketika suhu tubuh meningkat, maka jangan melakukan senggama hingga 3 hari setelahnya, karena usia ovum (3 hari setelah ovulasi). Namun karena sperma dapat bertahan pada saluran reproduksi wanita hingga 4 hari, maka metode suhu basal tubuh sebaiknya dikombinasikan dengan metode kalender sehingga pasangan dapat menghindari senggama beberapa hari sebelum ovulasi. Metode suhu basal tubuh dapat berdampak karena beberapa variabel. Interpretasi yang salah biasanya terjadi karena ibu lupa mengukur suhu atau mengukur suhu setelah beraktivitas, atau ibu memiliki penyakit tertentu sehingga menyebabkan peningkatan suhu tubuh, perubahan pada aktivitas yang terjadi secara rutin juga dapat berefek terhadap suhu tubuh. Anda sebagai perawat harus menjelaskan pada ibu bahwa penggunaan metode suhu basal tubuh tidak dapat digunakan secara pasti untuk menentukan ovulasi. Ini hanya dapat mengindikasikan ovulasi terjadi. Namun dengan catatan bahwa ibu harus

memonitor pola ovulasinya dan memberikan waktu untuk membuat rencana berikutnya. Anjurkan ibu untuk membuat grafik hari terjadinya menstruasi, dimulai hari pertama keluarnya darah mens dan ukur suhu tubuh setiap hari setelah mens berhenti. Anjurkan ibu untuk segera mengukur suhunya setelah bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur/k sebelum melakukan aktivitas sehari-hari. Anjurkan ibu untuk mengukur suhu pada waktu yang sama. Anjurkan pasien untuk membuat grafik suhu, dengan membuat titik pada hasil yang telah diukur kemudian sambungkan titik suhu tersebut dengan garis (jelaskan pada ibu agar jangan kaget jika suhunya sebelum ovulasi mencapai 35,6 – 36,1 OC. Jika suatu hari ibu lupa untuk mengukur suhu, maka anjurkan untuk melewati hari tersebut untuk tidak mengisi pada grafik suhu dan jangan menyambungkan titik dengan garis yang telah ada. Anjurkan ibu untuk menulis catatan jika ibu lupa untuk mengukur suhu, merasa sakit, tidak dapat tidur, atau bangun tidur dengan waktu yang berbeda. Ajarkan ibu bahwa jika ibu mengkonsumsi obat (bahkan aspirin) untuk menulisnya dalam catatan grafik, karena hal ini mungkin memiliki efek terhadap suhu tubuhnya. Ingatkan kembali ibu untuk membuat tanda di grafik ketika melakukan senggama.

c) senggama terputus (*coitus interruptus*).

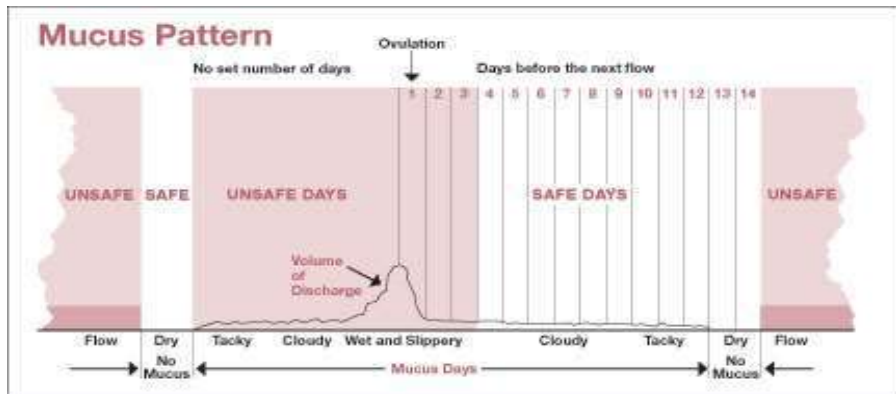
Senggama terputus merupakan kontrasepsi paling tua yang telah diketahui sejak dulu. Senggama terputus adalah mengeluarkan penis dari vagina selama senggama sebelum ejakulasi (McCan, 2004). Senggama terputus mencegah terjadinya kehamilan karena sperma diejakulasikan di luar vagina.

d) Metode lender serviks

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi. Berdasarkan *planned parenthood*, lendir/mukosa serviks adalah lendir yang dihasilkan oleh aktivitas biosintesis sel sekretori serviks dan mengandung tiga komponen penting yaitu: 1. Molekul lendir. 2. Air. 3. Senyawa kimia dan biokimia (natrium klorida, rantai protein, enzim, dll). Pengamatan lendir serviks dapat dilakukan dengan: 1. Merasakan perubahan rasa pada vulva sepanjang hari. 2. Melihat langsung lendir pada waktu tertentu. Pada malam harinya, hasil pengamatan ini harus dicatat. Catatan ini akan menunjukkan pola kesuburan dan pola ketidaksuburan. Pola subur adalah pola yang terus berubah, sedangkan Pola dasar tidak subur adalah pola yang sama sekali

Teori Keperawatan Maternitas

tidak berubah. Kedua pola ini mengikuti hormon yang mengontrol kelangsungan hidup sperma dan konsepsi/pembuahan. Dengan demikian akan memberikan informasi yang bisa diandalkan untuk mendapatkan atau menunda kehamilan.



Gambar: Pola lender serviks

Keberhasilan metode ovulasi billings ini tergantung pada instruksi yang tepat, pemahaman yang benar, keakuratan dalam pengamatan dan pencatatan lendir serviks, serta motivasi dan kerjasama dari pasangan dalam mengaplikasikannya. Angka kegagalan dari metode mukosa serviks sekitar 3-4 perempuan per 100 perempuan per tahun. Teori lain juga mengatakan, apabila petunjuk metode mukosa serviks atau ovulasi billings ini digunakan dengan benar maka keberhasilan dalam mencegah kehamilan 99 persen. Pola lendir serviks pada wanita dapat dipengaruhi oleh:

1. Menyusui.
2. Operasi serviks dengan cryotherapy atau electrocautery.
3. Penggunaan produk kesehatan wanita yang dimasukkan dalam alat reproduksi.
4. Perimenopause.
5. Penggunaan kontrasepsi hormonal termasuk kontrasepsi darurat.
6. Spermisida.
7. Infeksi penyakit menular seksual.
8. Terkena vaginitis.

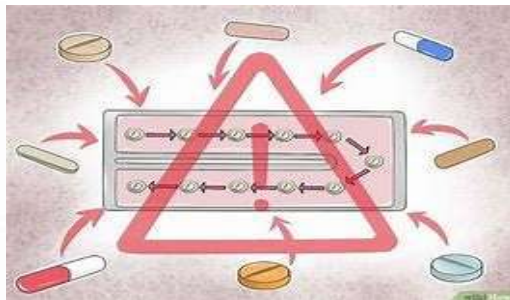
Sebagai perawat Anda sebaiknya melakukan hal berikut.

1. Cara mengenali masa subur dengan memantau lendir serviks yang keluar dari vagina. Pengamatan dilakukan sepanjang hari dan dicatat pada malam harinya
2. Periksa lendir dengan jari tangan atau tisu di luar vagina dan perhatikan perubahan perasaan kering-basah. Tidak dianjurkan untuk memeriksa ke dalam vagina

3. Pengguna metode ovulasi harus mengenali pola kesuburan dan pola dasar ketidaksuburan.
4. Pasangan dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual paling tidak selama satu siklus. Hal ini bertujuan untuk mengetahui jenis lendir normal atau pola kesuburan maupun pola dasar tidak subur.
5. Selama hari-hari kering (tidak ada lendir) setelah menstruasi, senggama tergolong aman pada dua hari setelah menstruasi.
6. Lendir basah, jernih, licin dan elastis menunjukkan masa subur (pantang bersenggama). Lendir kental, keruh, kekuningan dan lengket menunjukkan masa tidak subur.
7. Berikan tanda (x) pada hari terakhir adanya lendir bening, licin dan elastis. Ini merupakan hari puncak dalam periode subur (fase paling subur).
8. Pantang senggama dilanjutkan hingga tiga hari setelah puncak subur. Hal ini untuk menghindari terjadinya pembuahan.
9. Periode tak subur dimulai pada hari kering lendir, empat hari setelah puncak hari subur sehingga senggama dapat dilakukan hingga datang haid berikutnya.

b. Metode Farmakologi

- 1) Kotrasepsi oral terdiri dari: **pil kombinasi** yaitu Pil ini mengandung estrogen dan progesteron, diminum 1 tablet setiap hari, dan harus dimulai pada hari ke 5 (lima) saat menstruasi, dan diminum selama 20 (dua puluh) atau 21 (dua puluh satu) hari. Dengan memakai pil kombinasi maka pengeluaran LH (*Luteinizing Hormone*) akan dihambat, sehingga ovulasi tidak terjadi. **Mini pil** yaitu Pil jenis ini merupakan pil tunggal yang hanya mengandung progesteron saja, dan diberikan setiap hari. Cara kerja pil ini ialah dengan meningkatkan kekentalan lendir serviks uteri sehingga sperma menjadi sulit untuk bergerak.



Teori Keperawatan Maternitas

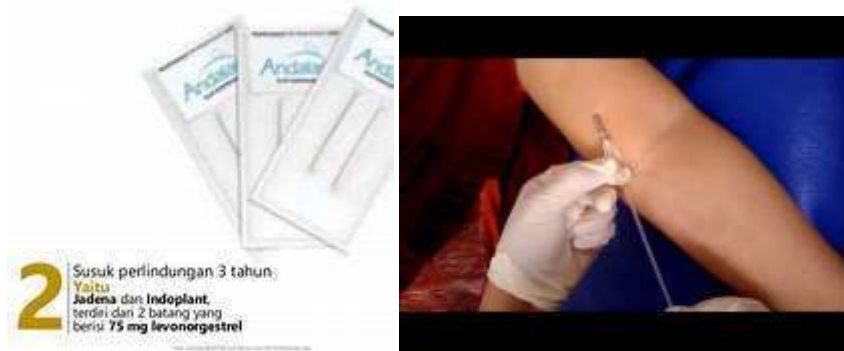
2) Kontrasepsi Suntik atau Injeksi

Jenis kontrasepsi ini pada dasarnya mempunyai cara kerja seperti pil. Untuk suntikan yang diberikan 3 bulan sekali, memiliki keuntungan mengurangi resiko lupa minum pil dan dapat bekerja efektif selama 3 bulan. Efek samping biasanya terjadi pada wanita yang menderita diabetes atau hipertensi.



3) Susuk

Alat kontrasepsi bawah kulit atau implant adalah kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit. Preparat yang terdapat saat ini adalah implant dengan nama dagang "NORPLANT" maupun "IMPLANON".



Gambar: Kontrasepsi Susuk

c. Metode Penghalang atau *Barrier*

1) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet sebagai salah satu metode kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama (BKKBN & Kemenkes RI, 2012).

2) Diafragma

Diafragma adalah kontrasepsi menyerupai kubah yang diletakkan pada mulut rahim sebelum berhubungan seksual. Kontrasepsi yang terbuat dari karet ini digunakan bersamaan dengan spermisida. Alat ini harus tetap dipakai sampai setidaknya enam jam setelah berhubungan seksual.

3) Spermisida

Spermisida dapat berbentuk busa, jeli, atau krim yang berfungsi membunuh sel sperma. Bahan ini ditempatkan dalam vagina sebelum berhubungan seksual, beberapa di antaranya dilakukan 30 menit sebelumnya.

d. Metode Lainnya

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Adalah suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (polietilene). Ada yang dililit tembaga (Cu), ada pula yang tidak, tetapi adapula yang dililit dengan tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesterone.

2) Metode Operasi Wanita (MOW)

Kontrasepsi mantap (kontap) adalah suatu tindakan untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas; yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami isteri atas permintaan yang bersangkutan, secara mantap dan sukarela. Kontap dapat diikuti baik oleh wanita maupun pria.

Tindakan kontap pada wanita disebut kontap wanita atau MOW (Metoda Operasi Wanita) atau tubektomi. Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metoda Operasi Wanita) atau *tubektomi*, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma. Perjalanan sel telur terhambat karena saluran sel telur tertutup.

3) Metode Operasi Pria (MOP)

Pada pria *MOP (Metoda Operasi Pria)* atau *vasektomi*. Kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (Metoda Operasi Pria) atau vasektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buah zakar. Saluran benih tertutup, sehingga tidak dapat menyalurkan sperma.

G. Pengertian Program Keluarga Berencana,

Pengertian Program Keluarga Berencana (KB) menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran,

Teori Keperawatan Maternitas

pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Depkes,1999).

Sejak pelita V, program KB nasional berubah menjadi gerakan KB nasional yaitu gerakan masyarakat yang menghimpun dan mengajak segenap potensi masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam melembagakan dan membudayakan NKKBS dalam rangka meningkatkan mutu sumber daya manusia Indonesia. (Sarwono,1999).

H. Tujuan program Keluarga Berencana,

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas. Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah :

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

I. Sasaran Program Keluarga Berencana,

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

J. Ruang lingkup program Keluarga Berencana,

- a. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
- b. Konseling
- c. Pelayanan Kontrasepsi
- d. Pelayanan Infertilitas
- e. Pendidikan sex (sex education)
- f. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- g. Konsultasi genetik
- h. Tes keganasan

- i. Adopsi

K. Strategi Pendekatan dan cara operasional Program Pelayanan KB,

Strategi pendekatan dalam program keluarga berencana antara lain :

- a. Pendekatan kemasyarakatan (*community approach*).
- b. Diarahkan untuk meningkatkan dan menggalakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan.
- c. Pendekatan koordinasi aktif (*active coordinative approach*)
Mengkoordinasikan berbagai pelaksanaan program KB dan pembangunan keluarga sejahtera sehingga dapat saling menunjang dan mempunyai kekuatan yang sinergik dalam mencapai tujuan dengan menerapkan kemitraan seajar.
- d. Pendekatan integrative (*integrative approach*)
- e. Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh semua masyarakat sehingga dapat menguntungkan dan memberi manfaat pada semua pihak.
- f. Pendekatan kualitas (*quality approach*)
- g. Meningkatkan kualitas pelayanan baik dari segi pemberi pelayanan (provider) dan penerima pelayanan (klien) sesuai dengan situasi dan kondisi.
- h. Pendekatan kemandirian (*self reliant approach*)
- i. Memberikan peluang kepada sektor pembangunan lainnya dan masyarakat yang telah mampu untuk segera mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program KB nasional.
- j. Pendekatan tiga dimensi (*three dimension approach*)

Strategi tiga dimensi program KB sebagai pendekatan program KB nasional, dimana program tersebut atas dasar survey pasangan usia subur di Indonesia terhadap ajakan KIE yang terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu :

- 1) 15% PUS langsung merespon “ya” untuk ber-KB
- 2) 15-55% PUS merespon ragu-ragu” untuk ber-KB
- 3) 30 % PUS merespon "tidak“ untuk ber-KB

L. Dampak KB terhadap Pencegahan Kelahiran,

Untuk Ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya :

- a. Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran manfaatnya:
 - 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek
 - 2) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu

Teori Keperawatan Maternitas

luang serta melakukan kegiatan lainnya

- b. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
 - 1) Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat
 - 2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan
- c. Untuk anak-anak yang lain:
 - 1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga
 - 2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak
 - 3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata
- d. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat:
 - 1) Memperbaiki kesehatan fisiknya
 - 2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya
- e. Untuk seluruh keluarga, manfaat:

Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan

M. Hak-hak Konsumen KB,

- ❖ Hak atas informasi
- ❖ Hak untuk mengetahui segala manfaat dan keterbatasan pilihan metode perencanaan keluarga.
- ❖ Hak akses.
- ❖ Yaitu hak untuk memperoleh pelayanan tanpa membedakan jenis kelamin, agama dan kepercayaan, suku, status sosial, status perkawinan dan lokasi.
- ❖ Hak pilihan.
- ❖ Hak untuk memutuskan secara bebas tanpa paksaan dalam memilih dan menerapkan metode KB.
- ❖ Hak keamanan: Yaitu hak untuk memperoleh pelayanan yang aman dan efektif.
- ❖ Hak privasi: Setiap konsumen KB berhak untuk mendapatkan privasi atau bebas dari gangguan atau campur tangan orang lain dalam

konseling dan pelayanan KB.

- ❖ Hak kerahasiaan:
- ❖ Hak untuk mendapatkan jaminan bahwa informasi pribadi yang diberikan akan dirahasiakan.
- ❖ Hak harkat: Yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan secara manusiawi, penuh penghargaan dan perhatian.
- ❖ Hak kenyamanan: Setiap konsumen KB berhak untuk memperoleh kenyamanan dalam pelayanan. Hak berpendapat
- ❖ Hak untuk menyatakan pendapat secara bebas terhadap pelayanan yang ditawarkan.
- ❖ Hak keberlangsungan: Yaitu hak untuk mendapatkan jaminan ketersediaan metode KB secara lengkap dan pelayanan yang berkesinambungan selama diperlukan.
 - Hak ganti rugi
 - Hak untuk mendapatkan ganti rugi apabila terjadi pelanggaran terhadap hak konsumen.

N. Macam-macam Kontrasepsi yang ada dalam Program KB di Indonesia

- a. Metode Kontrasepsi Sederhana
- b. Metode kontrasepsi sederhana ini terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat.
- c. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain : Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, metode Kalender, Metode Lendir Serviks (MOB), Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomtermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik.
- d. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, dan spermisida.
- e. Metode Kontrasepsi Hormonal
- f. Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja.
- g. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.
- h. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
- i. Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon.
- j. Metode Kontrasepsi Mantap

Teori Keperawatan Maternitas

- k. Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan Vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak diejakulasikan.

O. Konseling Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Konseling

Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kali kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada.

Konseling dalam KB adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan yakni pada saat pemberian pelayanan.

b. Tujuan Konseling

Tujuan dalam pemberian konseling keluarga berencana antara lain :

a. Meningkatkan penerimaan.

Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non verbal meningkatkan penerimaan KB oleh klien.

b. Menjamin pilihan yang cocok.

Konseling menjamin bahwa petugas dan klien akan memilih cara yang terbaik sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien

c. Menjamin penggunaan cara yang efektif.

Konseling yang efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan cara KB yang benar, dan bagaimana mengatasi informasi yang keliru dan/isu-isu tentang cara tersebut

d. Menjamin kelangsungan yang lebih lama.

Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui bagaimana cara kerjanya dan bagaimana mengatasi efek sampingnya. Kelangsungan pemakaian juga lebih baik bila ia mengetahui bahwa ia dapat berkunjung kembali seandainya ada masalah. Kadang-kadang klien hanya ingin tahu kapan ia harus kembali untuk memperoleh pelayanan

c. Jenis Konseling

Komponen penting dalam pelayanan KB dapat dibagi dalam

tiga tahap. Konseling awal pada saat menerima klien, konseling khusus tentang cara KB, dan konseling tindak lanjut.

a. Konseling Awal

Konseling awal bertujuan untuk memutuskan metode apa yang akan dipakai, didalamnya termasuk mengenalkan pada klien semua cara KB atau pelayanan kesehatan, prosedur klinik, kebijakan dan bagaimana pengalaman klien pada kunjungannya itu. Bila dilakukan dengan objektif, konseling awal membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok untuknya.

Beberapa hal yang harus diperhatikan pada saat konseling awal antara lain menanyakan pada klien cara apa yang disukainya, dan apa yang dia ketahui mengenai cara tersebut, menguraikan secara ringkas cara kerja, kelebihan dan kekurangannya.

b. Konseling Khusus

Konseling khusus mengenai metoda KB memberi kesempatan pada klien untuk mengajukan pertanyaan tentang cara KB tertentu dan membicarakan pengalamannya, mendapatkan informasi lebih rinci tentang cara KB yang tersedia yang ingin dipilihnya, mendapatkan bantuan untuk memilih metoda KB yang cocok serta mendapat penerangan lebih jauh tentang bagaimana menggunakan metoda tersebut dengan aman, efektif dan memuaskan.

c. Konseling Tindak Lanjut

Bila klien datang untuk mendapatkan obat baru atau pemeriksaan ulang maka penting untuk berpijak pada konseling yang dulu. Konseling pada kunjungan ulang lebih bervariasi dari pada konseling awal. Pemberi pelayanan perlu mengetahui apa yang harus dikerjakan pada setiap situasi. Pemberi pelayanan harus dapat membedakan antara masalah yang serius yang memerlukan rujukan dan masalah yang ringan yang dapat diatasi di tempat.

d. Tahapan Konseling dalam Pelayanan KB

Tahapan kegiatan konseling dalam pelayanan KB dapat dirinci dalam tahapan sebagai berikut : KIE Motivasi, Bimbingan, Rujukan, KIP/K, Pelayanan Kontrasepsi, Tindak Lanjut (Pengayoman). Adapun uraian dari masing-masing kegiatan motivasi bimbingan konseling dalam gerakan KB Nasional adalah :

- a. Sumber informasi pertama tentang jenis alat / metoda kontrasepsi pada umumnya diterima oleh masyarakat dari petugas lapangan KB yaitu PPLKB, PLKB, PPKBD maupun kader yang bertugas memberikan pelayanan KIE KB kepada masyarakat dengan melakukan kunjungan dari rumah ke rumah, kegiatan KIE di Posyandu ataupun dalam kesempatan – kesempatan lainnya. Informasi tersebut dapat diperoleh masyarakat dari dokter atau

Teori Keperawatan Maternitas

paramedis yang bertugas di klinik KB yang ada di Puskesmas, Balai Kesehatan, Rumah sakit Bersalin dan Rumah Sakit Umum. Atau dari media cetak (surat kabar, majalah, poster dsb) dan media elektronik (radio atau televisi)

Pesan yang disampaikan dalam Kegiatan KIE tersebut pada umumnya meliputi 3 hal yaitu tentang :

1. Pengertian dan manfaat KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.
2. Proses terjadinya kehamilan pada wanita (yang penting dalam kaitannya menerangkan cara kerja alat / metode kontrasepsi)
3. Jenis alat / metode kontrasepsi yang ada , cara pemakaian cara kerjanya serta lama pemakaiannya.

b. Kegiatan Bimbingan

Kegiatan bimbingan kontrasepsi merupakan tindak lanjut dari kegiatan KIE juga merupakan tugas para petugas lapangan KB. Sesudah memberikan KIE keluarga berencana PLKB diharapkan melanjutkan dengan melakukan penyaringan terhadap calon peserta KB. Tugas penyaringan ini dilakukan dengan memberikan bimbingan kontrasepsi yaitu memberikan informasi tentang jenis kontrasepsi secara lebih obyektif, benar dan jujur sekaligus meneliti apakah calon peserta KB tersebut memenuhi syarat untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang dipilihnya. Bila memenuhi syarat , maka calon peserta tersebut kemudian dirujuk oleh PLKB ke fasilitas pelayanan yang terdekat untuk memperoleh pelayanan KIP/K. Dari uraian di atas dapat diketahui bahwa tugas yang dilakukan oleh pembimbing adalah merupakan bagian dari tugas konselor. Artinya baik mutu bimbingan yang dilakukan sewaktu dilapangan akan mempermudah proses konselingnya.

c. Kegiatan Rujukan

Dapat dibedakan dalam 2 macam yaitu rujukan untuk calon peserta KB dan rujukan untuk peserta KB.

1. Rujukan untuk calon peserta KB dilakukan oleh petugas lapangan KB dimana calon peserta dirujuk ke klinik yang terdekat dengan tempat tinggal calon peserta dengan maksud untuk mendapatkan pelayanan konseling dan pelayanan kontrasepsi. Atau rujukan dilakukan oleh klinik ke klinik lain yang lebih memadai sarananya.
2. Rujukan Rujukan ke klinik untuk peserta KB dilakukan oleh

petugas lapangan KB terhadap peserta KB yang mengalami komplikasi atau kegagalan untuk mendapatkan perawatan. Atau dapat juga dilakukan oleh suatu klinik yang karena sasarannya belum memadai, maka peserta KB yang mengalami komplikasi dirujuk ke klinik lain yang lebih mampu.

d. Kegiatan KIP/K

Setiap pasangan suami istri (klien) yang dirujuk oleh petugas lapangan KB ke klinik, sebelum memperoleh pelayanan kontrasepsi harus mendapatkan pelayanan KIP/K terlebih dahulu. Beberapa tahap yang perlu dilakukan dalam KIP/K adalah :

Menjajaki apa alasan klien memilih alat / metode kontrasepsi tersebut. Menjajaki apakah klien sudah mengetahui / memahami alat / metode kontrasepsi yang dipilihnya tersebut.

1. Menjajaki apakah klien mengetahui jenis alat / metode kontrasepsi lain.
2. Bila belum mengetahui, perlu diberikan informasi mengenai hal hal diatas.
3. Berikan klien kesempatan untuk mempertimbangkan pilihannya kembali, kontrasepsi apa yang akan dipakai.
4. Jika diperlukan bantulah klien dalam proses pengambilan keputusan.
5. Berilah klien informasi bahwa apapun pilihannya sebelum diberikan pelayanan klien akan diperiksa terlebih dahulu kesehatannya sehingga belum tentu alat / metode kontrasepsi yang dipilihnya tersebut secara medis cocok buat dirinya.
6. Hasil pembicaraan dengan klien diatas dicatat pada kartu konseling. Sesudah klien mengambil keputusan tentang alat / metode kontrasepsi yang akan dipakainya.

e. Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi

Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik. Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan tidak didapati kontraindikasi, maka pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan. Untuk pelayanan metode kontrasepsi jangka panjang Yaitu IUD, implant, dan kontap sebelum pelayanan dimulai kepada klien diminta untuk menandatangani informed consent form.

f. Kegiatan Tindak Lanjut (Pengayoman)

Selesai mendapatkan pelayanan kontrasepsi, petugas melakukan pemantauan kepada keadaan peserta KB dan diserahkan kembali kepada petugas lapangan KB. Hal ini karena

Teori Keperawatan Maternitas

pola pendekatan para PLKB adalah dengan kunjungan ke rumah-rumah para peserta KB khususnya peserta KB baru. Oleh karena itu tugas kunjungan ini sekaligus dapat dimanfaatkan untuk memantau keadaan para peserta KB baru apakah dalam keadaan sehat ataukah mengalami efek samping ataupun komplikasi.

RANGKUMAN

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti 'mencegah' atau 'melawan' dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma. Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara ataupun menetap. Kontrasepsi dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan operasi (Mansjoer. A, 2009).

Pengertian Program Keluarga Berencana (KB) menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Depkes, 1999). Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi antar pribadi maupun komunikasi massa (Notoatmodjo, 2003).

Informasi adalah keterangan, gagasan, maupun kenyataan- kenyataan yang perlu diketahui oleh masyarakat (BKKBN, 1993). Sedangkan menurut DEPKES, 1990 Informasi adalah pesan yang disampaikan.

Edukasi adalah proses perubahan perilaku kearah yang positif (DEPKES RI, 1990). Menurut Effendy (1998), pendidikan kesehatan merupakan salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan, karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan, baik itu terhadap individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asan, A. Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB di NTT. BKKBN. (2007).
- Bobak, L.J. (2014). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Convention Watch. Hak azasi perempuan instrument hukum untuk mewujudkan keadilan gender. Jakarta. YayasanObor Indonesia. (2007).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, "Kesehatan Reproduksi di Indonesia", Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta. (1996).

- Departemen Kesehatan RI. Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu. Jakarta. (2002)
- Everett S. Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi EGC. Jakarta. (2012).
- Hanretty K.P., Santoso B.I., & Muliawan E. (2014). *Ilustrasi Obstetri*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Klossner, J. (2006). *Introductory Maternity Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kartono. Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi. Pustaka Sinar Harapan.Jakarta. (1998).
- Manuaba. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta (1998).
- Reeder, S., Martin, L., & Griffin, D. (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga*. Vol 1. Alih Bahasa Afiyanti, dkk. Jakarta: EGC.

BAB VII

SIMULASI PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

PENDAHULUAN

Selamat, Anda sudah sampai BAB VII dalam mata kuliah Keperawatan Maternitas II, tentang simulasi pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan. Dengan harapan Anda sudah sangat memahami isi modul BAB I, II, III, IV, V, DAN VI yang sudah tersedia.

Masalah yang terkait dengan Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan. Salah satu tujuan nasional adalah memajukan kesejahteraan bangsa, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, pangan, pendidikan kesehatan, lapangan kerja dan ketenteraman hidup.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat Indonesia, pemerintah dan swasta bersama-sama.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat. Demi tercapainya derajat kesehatan yang tinggi, maka wanita sebagai penerima kesehatan, anggota keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan harus berperan dalam keluarga, supaya anak tumbuh sehat sampai dewasa sebagai generasi muda.

Oleh sebab itu wanita, seyogyanya diberi perhatian sebab Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya, Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan, Kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai objek dengan mengatasnamakan 'pembangunan' seperti program KB, dan

pengendalian jumlah penduduk, Masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda Internasional diantaranya Indonesia menyepakati hasil-hasil Konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan (Beijing dan Kairo), Berdasarkan pemikiran di atas kesehatan wanita merupakan aspek paling penting disebabkan pengaruhnya pada kesehatan anak-anak. Oleh sebab itu pada wanita diberi kebebasan dalam menentukan hal yang paling baik menurutdirinya sesuai dengan kebutuhannya di mana ia sendiri yang memutuskan atas tubuhnya sendiri.

Derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu perilaku, lingkungan, pelayanan kesehatan dan keturunan. Diantara faktor – faktor tersebut pengaruh perilaku terhadap status kesehatan, baik kesehatan individu maupun kelompok sangatlah besar. Salah satu usaha yang sangat penting di dalam upaya merubah perilaku adalah dengan melakukan kegiatan pendidikan kesehatan atau yang biasa dikenal dengan penyuluhan. Sejauh mana kegiatan tersebut bisa merubah perilaku masyarakat akan sangat dipengaruhi oleh faktor – faktor lain yang ikut berperan dan saling berkaitan dalam proses perubahan perilaku itu sendiri.

Salah satu usaha pemerintah adalah menyadarkan masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi adalah dengan cara melakukan pendidikan kesehatan yang tidak hanya didapat dibangku sekolah tetapi juga bisa dilakukan dengan cara mengadakan penyuluhan oleh tenaga kesehatan, yang biasa disebut dengan promosi kesehatan ataupun penyuluhan kesehatan.

Mengingat tugas kita sebagai bidan adalah salah satunya memperkenalkan bagaimana cara hidup sehat dan pentingnya menjaga kesehatan reproduksi pada masyarakat maka didalam makalah ini kami akan membahas tentang “Promosi Kesehatan dalam upaya merubah cara pandang masyarakat terhadap Kesehatan Reproduksi”

Anda akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab. Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami.

PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI, PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI, SIMULASI SKRINING

I. PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI

A. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Konsep dasar pendidikan adalah proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu sendiri terjadi proses pertumbuhan perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu menjadi mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri.

Pendidikan kesehatan pada dasarnya ialah suatu proses mendidik individu/masyarakat supaya mereka dapat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi. Seperti halnya proses pendidikan lainnya, pendidikan kesehatan mempunyai unsur masukan-masukan yang setelah diolah dengan

Teori Keperawatan Maternitas

teknik-teknik tertentu akan menghasilkan keluaran yang sesuai dengan harapan atau tujuan kegiatan tersebut.

Menurut Green & Keruter (2000), pendidikan kesehatan merupakan proses yang menghubungkan informasi kesehatan dengan praktek kesehatan. Cara penyampaian informasi dalam kegiatan pendidikan kesehatan dilakukan dengan melibatkan ilmu lain termasuk psikologi sosial yang diperlukan ketika melakukan promosi (Kemmm and Close, 1995).

Dengan demikian pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang dinamis. Tidak dapat disangkal pendidikan bukanlah satu-satunya cara mengubah perilaku, tetapi pendidikan juga mempunyai peranan yang cukup penting dalam perubahan pengetahuan setiap individu (Sarwono, 2004). Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan, dan merupakan suatu disiplin ilmu pendidikan yang berwawasan luas.

B. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan reproduksi yang disampaikan kepada masyarakat adalah untuk memberikan informasi tentang fungsi organ reproduksi yang mengalami perubahan secara fisik dan juga perubahan psikologis sesuai dengan kehidupan di lingkungan sosial budayanya. Hal ini dilakukan agar pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi meningkat, karena pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku.

C. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok:

- 1) Sasaran primer, sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan kesehatan.
- 2) Sasaran sekunder, sasaran ditujukan pada tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat di sekitarnya.
- 3) Sasaran tersier, sasaran ditujukan pada pembuat keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

D. Prinsip Pendidikan Kesehatan

1. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
2. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri.

3. Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
4. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

E. Peran pendidikan kesehatan dalam factor lingkungan

Telah banyak fasilitas kesehatan yang telah dibangun oleh instansi, baik pemerintah, swasta maupun LSM. Banyak pula proyek pembangunan sanitasi yang dibangun untuk masyarakat, misalnya jamban keluarga, jamban umum, MCK (sarana mandi, cuci, kakus), tempat sampah, dan sebagainya. Namun karena perilaku masyarakat, fasilitas sanitasi tersebut kurang dimanfaatkan dan kurang terawat sebagaimana mestinya. Agar sarana sanitasi lingkungan tersebut di manfaatkan dan terpelihara sebagaimana mestinya maka perlu di dalam pendidikan kesehatan bagi masyarakat. Demikian pula dengan lingkungan non fisik, akibat masalah-masalah sosial banyak warga masyarakat yang menderita stress dan gangguan jiwa oleh karena itu sangat diperlukan adanya pendidikan kesehatan

F. Peran pendidikan kesehatan perilaku

Pendidikan kesehatan ialah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. artinya, pendidikan kesehatan masyarakat bertujuan agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana menjaga dan memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bila sakit, dan sebagainya. Kesadaran masyarakat tentang kesehatan disebut “melek kesehatan” (health literacy).

G. Peran pendidikan kesehatan dalam pelayanan kesehatan

Dalam rangka perbaikan kesehatan masyarakat, pemerintah Indonesia dalam hal ini departemen kesehatan telah menyediakan fasilitas kesehatan (puskesmas). Tidak kurang dari 7.000 puskesmas tersebar di seluruh Indonesia. Namun pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat belum optimal

H. Peran pendidikan kesehatan dalam factor hereditas

Orang tua adalah faktor yang sangat penting dalam mewariskan kepada anak-anak mereka atau keturunannya.

Teori Keperawatan Maternitas

Ada beberapa penyakit yang dapat anak oleh orang tuanya, baik ayah ataupun ibu. Bagi kelompok masyarakat yang beresiko menderita penyakit keturunan (missal jantung, asma, rematik, jantung coroner dan sebagainya) harus diberikan pengertian dengan kesembuhan penyakit-penyakit tersebut agar lebih hati-hati dan mengurangi akibat serius dari penyakit tersebut.

Apabila kita cermati peran promosi kesehatan dalam empat faktor yang mempengaruhi kesehatan tersebut, maka sebenarnya masing-masing faktor tersebut, maka sebenarnya masing masing faktor tersebut terkait dengan perilaku manusia, yakni perilaku masyarakat dalam menyikapi dan mengolah lingkungannya, perilaku masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya, perilaku masyarakat dan petugas kesehatan dalam menyikapi dan mengelola fasilitas atau pelayanan kesehatan, kesadaran, dan praktik hidup sehat dalam mewariskan status kesehatan kepada anak atau keturunannya. Untuk mengondisikan faktor-faktor tersebut, diperlukan pendidikan atau promosi kesehatan. itulah sebabnya maka pendidikan kesehatan tidak lepas dari perilaku, utamanya perilaku kesehatan.

I. Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari tiga dimensi :

1. Dimensi sasaran
 - a. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok masyarakat tertentu.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. Dimensi tempat pelaksanaan
 - a. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga
 - b. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran pelajar.
 - c. Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasaran masyarakat atau pekerja.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan
 - a. Pendidikan kesehatan promosi kesehatan, misalnya : peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.
 - b. Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus misalnya : imunisasi
 - c. Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat misalnya: pengobatan layak guna menghindari dari resiko kecacatan.
 - d. Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi misalnya: dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan-latihan tertentu.

J. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*)

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Pendidikan kesehatan menurut Leavel dan Clark dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) yaitu;

1. ***Health promotion (Promosi Kesehatan/peningkatan kesehatan)***, Dalam tingkat ini dilakukan pendidikan kesehatan, misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan seperti penyediaan air rumah tangga yang baik, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran, air limbah, hygiene perorangan, program P2M, stimulasi dan bimbingan dini, program kesehatan lingkungan dan penyuluhan untuk suatu pencegahan penyakit, rekreasi, sex education, persiapan memasuki kehidupan pra nikah, pengamatan tumbuh kembang anak, pengadaan rumah sehat, konsultasi perkawinan dan persiapan menopause.
2. ***General and specific protection (perlindungan umum dan khusus)*** yaitu perlindungan umum atau khusus adalah usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan kepada seseorang maupun masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut antara lain: imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus, pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama dinegara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya sendiri maupun anak-anaknya masih rendah., dan hygiene perseorangan, perlindungan diri dari kecelakaan, perlindungan diri dari lingkungan, kesehatan kerja, perlindungan diri dari karsinogen, toksin dan allergen dan pengendalian sumber-sumber pencemaran perlindungan kesehatan reproduksi dalam penyakit menular seksual yang dicegah dengan vaksinasi untuk mencegah penyakit PMS, dan lain-lain.
3. ***Early diagnosis and prompt treatment (diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat)***, usaha ini dilakukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, sehingga sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi, bentuk usaha tersebut antara lain: penemuan kasus secara dini, pemeriksaan umum lengkap, pemeriksaan masal, survey terhadap kontak, sekolah, dan rumah serta penanganan kasus dan pengobatan adekuat.
4. ***Disability limitation (pembatasan kecacatan)*** kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Bentuk pendidikan kesehatan antara lain :merupakan bentuk pendidikan kesehatan yang terdiri dari penyempurnaan dan intensifikasi

Teori Keperawatan Maternitas

terapi lanjutan, pemeriksaan pap smear, pemeriksaan IVA, sadari sebagai cara mendeteksi dini penyakit kanker. Bila dengan deteksi ini ditemui kelainan maka segera dilakukan pemeriksaan diagnostic untuk memastikan diagnose seperti pemeriksaan biopsy, USG, atau *mamografi* atau *kolposcopy*, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban sosial penderita dan sebagainya.

5. **Rehabilitation (rehabilitasi)** Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadangkadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena itu, kurangnya pengertian dan kesadaran membuat masyarakat tidak mau atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. di samping itu orang yang cacat karena suatu penyakit kadangkadang malu untuk kembali ke masyarakat. Masyarakat sering tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan diperlukan tidak hanya untuk orang yang cacat tetapi juga untuk masyarakat. Rehabilitasi adalah usaha untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuannya.

Rehabilitasi ini terdiri atas :

- a. **Rehabilitasi fisik**
yaitu agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimal-maksimalnya. Misalnya, seseorang yang karena kecelakaan, patah kakinya perlu mendapatkan rehabilitasi dari kaki yang patah ini sama dengan kaki yang sesungguhnya.
- b. **Rehabilitasi mental**
yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan social secara memuaskan. Seringkali bersamaan dengan terjadinya cacat badaniah muncul pula kelainan-kelainan atau gangguan mental. Untuk hal ini bekas penderita perlu mendapatkan bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat.
- c. **Rehabilitasi sosial vokasional**
yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuan dan ketidak mampuannya.
- d. **Rehabilitasi aesthesis**
usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan misalnya : penggunaan mata palsu.

Usaha mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, memerlukan bantuan dan pengertian dari segenap anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (fisik, mental dan kemampuannya) sehingga memudahkan mereka dalam proses penyesuaian dirinya dalam

masyarakat,dalam keadaannya yang sekarang.

Sikap yang diharapkan dari warga masyarakat adalah sesuai dengan falsafah pancasila yang berdasarkan unsur kemanusiaan yang sekarang ini. Mereka yang direhabilitasi ini memerlukan bantuan dari setiap warga masyarakat,bukan hanya berdasarkan belas kasihan semata-mata,melainkan juga berdasarkan hak azasinya sebagai manusia.

Usaha pencegahan dan kejadian penyakit bila seseorang seseorang jatuh sakit; dengan pengobatan akan terjadi tiga kemungkinan yaitu :

- Sembuh sempurna.
- Sembuh dengan cacat
- Tidak sembuh lagi (meninggal)

yang terbaik yaitu bila terjadi kesembuhan secara sempurna seandainya terjadi kecacatan, maka alat tubuh yang cacat ini akan tetap dimilikinya dan seringkali merupakan beban (penderitaan) untuk selama-lamanya.

Bila alat-alat mobil rusak, kita dapat membeli yang baru untuk menggantinya,dan ia akan berfungsi lagi dengan baik, seolah-olah mobil tersebut dalam keadaan baru kembali. Lain halnya dengan alat tubuh manusia, bila rusak (sakit) kita hanya berusaha untuk memperbaikinya (mengobatinya) dengan segala daya, dan tetap memakainya lagi, walaupun perbaikannya tidak mencapai kesempurnaan (cacat).

Penggantian dengan alat buatan (prothese),tidak akan menjadi sebaik seperti asalnya. Karena itu sangatlah bijaksana, bila kita selalu serprinsip lebih baik mencegah timbulnya penyakit dari pada mengobati maupun merehabilitasinya

II. PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI

A. Definisi Promosi kesehatan

WHO (1984) merevitalisasi pendidikan kesehatan dengan istilah promosi kesehatan, pendidikan kesehatan diartikan sebagai upaya perubahan perilaku maka promosi kesehatan tidak hanya untuk perubahan perilaku tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Disamping itu promosi kesehatan lebih menekankan kepada peningkatan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat.

Lawrence Green (1984), merumuskan definisi sebagai berikut : Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986), sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada menyatakan bahwa "Health Promotion is the process of enabling people to control over and improve their health". To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspiration, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Hal tersebut jelas dinyatakan bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat

Teori Keperawatan Maternitas

dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Dengan kata lain promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan.

Jadi, dapat disimpulkan dari kutipan diatas bahwa Promosi Kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya). Dalam konferensi ini ,health promotion di maknai sebagai perluasan dari healt education atau pendidikan kesehatan.

Promosi kesehatan adalah proses memberdayakan dan memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan yang sehat (Depkes, 2000).

Promosi kesehatan mencakup aspek perilaku, yaitu upaya untuk memotivasi, mendorong dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Istilah dan pengertian promosi kesehatan ini merupakan pengembangan dari istilah pengertian yang sudah dikenal selama ini, seperti Pendidikan Kesehatan, Penyuluhan Kesehatan, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi).

Menurut Notoatmodjo (2005), Promosi Kesehatan dapat diartikan sebagai upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Promosi Kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui proses pembelajaran dari-oleh-untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Menolong diri sendiri artinya bahwa masyarakat mampu berperilaku mencegah timbulnya masalah-masalah dan gangguan kesehatan, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan serta mampu pula berperilaku mengatasi apabila masalah gangguan kesehatan tersebut terlanjur terjadi di tengah-tengah kehidupan masyarakat.

Promosi Kesehatan (Health Promotion), yang diberi definisi : Proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya (the process of enabling people to control over and improve their health), lebih luas dari Pendidikan atau Penyuluhan Kesehatan. Promosi Kesehatan meliputi Pendidikan/ Penyuluhan Kesehatan, dan di pihak lain Penyuluh/Pendidikan Kesehatan merupakan bagian penting (core) dari Promosi Kesehatan.

B. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Secara sederhana ruang lingkup promosi kesehatan diantaranya sebagai berikut :

- a. Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (health education) yang penekanannya pada perubahan/perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan.
- b. Promosi kesehatan mencakup pemasaran sosial (social marketing), yang penekanannya pada pengenalan produk/jasa melalui kampanye.
- c. Promosi kesehatan adalah upaya penyuluhan (upaya komunikasi dan informasi) yang tekanannya pada penyebaran informasi.
- d. Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan (promotif) yang penekanannya pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
- e. Promosi kesehatan mencakup upaya advokasi di bidang kesehatan, yaitu upaya untuk mempengaruhi lingkungan atau pihak lain agar mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (melalui upaya legislasi atau pembuatan peraturan, dukungan suasana dan lain-lain di berbagai bidang /sektor, sesuai keadaan).
- f. Promosi kesehatan adalah juga pengorganisasian masyarakat (community organization), pengembangan masyarakat (community development), penggerakan masyarakat (social mobilization), pemberdayaan masyarakat (community empowerment), dll

C. Tujuan Promosi Kesehatan

- Memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.
- Menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan

D. Sasaran Promosi Kesehatan secara Spesifik

1. Sasaran Primer (Primary Target)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).

1. Sasaran Sekunder (Secondary Target)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Di samping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang

Teori Keperawatan Maternitas

diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (social support).

2. Sasaran Tersier (Tertiary Target)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tertier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (advocacy) kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).

E. Strategi Promosi Kesehatan terhadap kesehatan reproduksi

- a) Advokasi : mencari dukungan dari para pengambil keputusan untuk melakukan perubahan tata nilai atau peraturan yang ada untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan reproduksi, sehingga tujuan promosi kesehatan terhadap kesehatan reproduksi (peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku) dapat tercapai. Kelompok sasaran untuk strategi advokasi ini biasa dikenal dengan istilah kelompok sasaran tersier. Bentuk operasional dari strategi advokasi ini biasanya berupa pendekatan kepada pimpinan/institusi tertinggi setempat
- b) Bina suasana : membuat lingkungan sekitar bersikap positif terhadap tujuan promosi kesehatan yang ingin dicapai yaitu peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku. Strategi ini biasanya digunakan untuk kelompok sasaran para pemimpin masyarakat dan /atau orang-orang yang mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran utama. Kelompok sasaran untuk strategi bina suasana ini biasa dikenal dengan istilah kelompok sasaran sekunder. Bentuk operasional dari strategi ini biasanya berupa pelatihan, sosialisasi program, pertemuan-pertemuan, yang dapat memanfaatkan metode komunikasi modern dan formal maupun metode sederhana (tatap muka) dan informal.
- c) Gerakan masyarakat : membuat pengetahuan kelompok sasaran utama (yaitu mereka yang memiliki masalah) meningkat yang diikuti dengan perubahan perilaku mereka sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi. Kelompok sasaran untuk strategi gerakan masyarakat ini umumnya merupakan kelompok sasaran utama atau dikenal dengan istilah kelompok sasaran primer

yaitu mereka yang pengetahuan dan perilakunya hendak diubah. Bentuk operasional dari strategi ini biasanya berupa tatap muka langsung atau penyuluhan kelompok dan lebih sering memanfaatkan metode komunikasi yang lebih sederhana dan informal, misalnya melakukan latihan bagi kader-kader PKK dan kader posyandu sehingga mereka menjadi tahu tentang kesehatan reproduksi atau pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia sehingga dapat memberi tahu masyarakat dilingkungannya untuk memanfaatkan pelayanan tersebut.

F. Prinsip-Prinsip Dasar Promosi Kesehatan terhadap Kesehatan Reproduksi

Tujuh aspek penting yang perlu diperhatikan Petugas dalam melaksanakan setiap kegiatan promosi Kesehatan Reproduksi, yaitu:

a. Keterpaduan

Kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan secara terpadu. Keterpaduan dapat berupa keterpaduan dalam aspek sasaran, lokasi, petugas penyelenggara, dana, maupun sarana.

b. Mutu

Materi promosi kesehatan haruslah bermutu artinya selalu didasarkan pada informasi ilmiah terbaru, kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan, jujur serta seimbang (mencakup keuntungan dan kerugian bagi sasaran), sesuai dengan media dan jalur yang dipergunakan untuk menyampaikannya, jelas dan terarah pada kelompok sasaran secara tajam (lokasi, tingkat sosial-ekonomi, latar belakang budaya, umur), tepat guna dan tepat sasaran.

c. Media dan jalur

Kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi dapat dilaksanakan melalui berbagai media (tatap muka, media tertulis, elektronik, tradisional dll) dan jalur (formal, informal, institusional, dll) sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada. Pemilihan media dan jalur ini dilakukan dengan memperhatikan kekuatan dan kelemahan masing-masing media dan jalur sesuai dengan kondisi kelompok sasaran dan pesan yang ingin disampaikan. Materi dan pesan disampaikan dengan tema yang sama dan konsisten agar tercapai sinergi.

d. Efektif (berorientasi pada penambahan pengetahuan dan perubahan perilaku kelompok sasaran)

Kegiatan KIE yang efektif akan memberi dua hasil, yaitu (1) penambahan pengetahuan dan (2) perubahan perilaku kelompok sasaran. Pesan-pesan KIE Kesehatan Reproduksi harus berisi informasi yang jelas tentang pengetahuan dan perilaku apa yang diharapkan akan mampu dilakukan oleh kelompok sasaran.

e. Dilaksanakan bertahap, berulang dan memperhatikan kepuasan sasaran

Penyampaian materi dan pesan-pesan harus diberikan secara bertahap, berulang-ulang dan bervariasi, sesuai dengan daya serap dan kemampuan kelompok sasaran untuk melaksanakan perilaku yang diharapkan. Materi dan pesan yang bervariasi tidak membosankan, sehingga penerima pesan tertarik dan senang dengan informasi yang diterima. Maka perlu dioleh sedemikian

Teori Keperawatan Maternitas

rupa agar akrab dengan kondisi dan lingkungan kelompok sasaran melalui pemilihan bahasa, media, jalur dan metode yang sesuai.

f. Menyenangkan

Perkembangan terakhir dunia komunikasi menunjukkan bahwa kegiatan KIE paling berhasil jika dilaksanakan dengan cara penyampaian yang kreatif dan inovatif sehingga membuat kelompok sasaran merasa senang atau terhibur. Penyampaian yang kreatif dan inovatif dilakukan melalui pendekatan “pendidikan yang menghibur” (edu-tainment) yang merupakan kombinasi dan education (pendidikan) dan entertainment (hiburan) dimana kelompok sasaran diajak berfikir melalui rangsangan rasional sehingga mendapat informasi yang bermanfaat (sebagai hasil kegiatan pendidikan) sekaligus diberi rangsangan emosional berupa hiburan menarik yang membuat mereka merasa senang (terhibur).

g. Berkesinambungan (diikuti tindak lanjut)

Semua kegiatan KIE tidak berhenti pada penyampaian pesan-pesan saja, akan tetapi harus diikuti dengan tindak lanjut yang berkesinambungan. Artinya setelah kegiatan KIE dilaksanakan perlu selalu diikuti penilaian atas proses (apakah telah dilaksanakan sesuai rencana?) dan penilaian atas hasil (apakah pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran telah berubah?) untuk menyiapkan kegiatan berikutnya.

Harus diingat bahwa perubahan perilaku bukanlah hal yang mudah, dan setiap perilaku yang baru perlu didukung secara terus menerus agar dapat bertahan sehingga akhirnya menjadi kebiasaan. Karena itu kegiatan KIE harus dilakukan secara terus menerus, berulang-ulang dan berkesinambungan sampai perilaku yang baru tersebut benar-benar mapan dan menjadi kebiasaan kelompok sasaran.

G. Kesehatan Reproduksi

Sehat adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. (WHO, 1992).

Kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. (UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992).

Definisi kesehatan reproduksi menurut ICPD Kairo, 1994 yaitu suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya.

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh, yang tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. (Depkes, 2001).

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu

memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertakwa pada Tuhan yang Maha Esa, spiritual memiliki hubungan yang serasi, selaras, seimbang antara anggota keluarga dan antara keluarga dan masyarakat dan lingkungan. (BKKBN, 1996)

H. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati. Pelaksanaan kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus hidup agar diperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dengan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia. Secara luas, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi :

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Keluarga berencana
3. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi (ISR) termasuk HIV/AIDS.
4. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
5. Kesehatan reproduksi remaja
6. Pencegahan dan penanganan infertilitas
7. Kanker pada usia lanjut dan osteoporosis
8. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula dll.

Kesehatan reproduksi ibu dan bayi baru lahir meliputi perkembangan berbagai organ reproduksi mulai dari sejak dalam kandungan, bayi, remaja, wanita usia subur, klimakterium, menopause, hingga meninggal. kondisi kesehatan seorang ibu hamil mempengaruhi kondisi bayi yang dilahirkannya, termasuk didalamnya kondisi kesehatan organ-organ reproduksi bayinya. permasalahan kesehatan reproduksi remaja termasuk pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/ menarche yang bisa berisiko timbulnya anemia, perilaku seksual yang mana bila kurang pengetahuan dapat tertular penyakit hubungan seksual, termasuk HIV/AIDS. Selain itu juga menyangkut kehidupan remaja memasuki masa perkawinan. Remaja yang menginjak masa dewasa bila kurang pengetahuan dapat mengakibatkan risiko kehamilan usia muda yang mana mempunyai risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. selain hal tersebut diatas ICPD juga menyebutkan bahwa kesehatan reproduksi juga mengimplikasikan seseorang berhak atas kehidupan seksual yang memuaskan dan aman. seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertulari penyakit menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan terbebas dari paksaan. hubungan seksual dilakukan dengan memahami dan sesuai etika dan budaya yang berlaku.

Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi oleh Depkes RI dilaksanakan secara integratif memprioritaskan pada empat komponen kesehatan reproduksi yang

Teori Keperawatan Maternitas

menjadi masalah pokok di Indonesia yang disebut paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) yaitu

- a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
- b. Keluarga berencana
- c. Kesehatan reproduksi remaja
- d. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk HIV/AIDS

Sedangkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) terdiri dari PKRE ditambah kesehatan reproduksi pada usia lanjut.

I. Pendidikan Kesehatan/ Promosi kesehatan dalam upaya merubah cara pandang masyarakat terhadap kesehatan reproduksi

Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Dengan demikian promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan) baik di dalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, politik dan sebagainya) atau dengan kata lain promosi kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (fisik dan non-fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

1. Baik laki-laki maupun perempuan. Kesehatan reproduksi kurang dipahami oleh masyarakat, melahirkan masalah baru diakibatkan perilaku tidak aman : unwanted pregnancy, PMS, HIV/ AIDS, uncommunicable diseases, dll.
2. Kegiatan promosi kesehatan menjadi hal essensial. Menurut WHO, Promosi kesehatan : proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan mereka. Termasuk didalamnya upaya memperbaiki, memajukan, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada kebutuhan perorangan ataupun masyarakat pada umumnya.
3. Promosi kesehatan dapat berfokus pada individu, kelompok atau seluruh populasi dan menekankan pada komponen pendidikan, motivasional meliputi perubahan individu, kelompok serta tehnik” mempengaruhi masyarakat.
4. Intervensi promosi kesehatan akan efektif bila dilakukan kombinasi strategi. Fokus strategi dampak keluaran individu kelompok populasi pendidikan motivasi organisasi ekonomi peraturan teknologi adaptasi perilaku adaptasi lingkungan kualitas hidup kesehatan lebih baik
5. Merubah perilaku kesehatan: Membantu orang-orang membuat pilihan sehat adalah tantangan buat semua tenaga kesehatan. Individu memiliki kebebasan memilih dan beberapa orang mungkin memilih untuk terus menerus dengan perilaku tidak sehat (misalnya: merokok) karena meyakini bahwa merokok dapat

menurunkan BB. Perubahan perilaku kesehatan merupakan proses kompleks yang melibatkan masalah psikologi, sosial dan lingkungan. Merubah perilaku terbukti efektif untuk mengubah banyak faktor masalah kesehatan seperti penyalahgunaan obat dan pengendalian BB.

6. Pemberdayaan Prochaska dan Diclemente (1984) mendeskripsikan beberapa fase perubahan perilaku. Pemahaman terhadap fase ini membantu petugas kesehatan menuntun perubahan perilaku klien dari satu fase ke fase berikut. Tahap perubahan perilaku Fase pre kontemplasi. Pada fase ini klien tidak memiliki kesadaran untuk berubah. Promosi kesehatan pada fase ini difokuskan pada peningkatan kesadaran terhadap perilaku tidak sehat . Fase mulai terjadi perubahan perilaku. Klien sudah memiliki motivasi untuk berubah. Mendorong klien kearah perubahan merupakan tindakan yang sesuai
 7. Tahap perubahan perilaku Fase Komitmen. Klien memiliki niat serius untuk berubah. Pada fase ini petugas membantu menterjemahkan niat menjadi rencana tindakan, strategi mengatasi masalah dan mengidentifikasi sumber-sumber yang mendukung. Buat jadwal perubahan perilaku dan review kemajuan secara periodik. Fase Tindakan adalah Klien mengubah perilakunya. Dukungan selama fase ini dapat berupa konsultasi teratur, kelompok pendukung melalui teman, keluarga, telpon. Fase Maintenance. Klien berusaha menjaga perilaku barunya. Strategi koping yang telah diidentifikasi sebelumnya sangat diperlukan. Dukungan yang berkelanjutan hal yang vital karena sebagian besar klien gagal pada awal fase ini.
 8. Tahap perubahan perilaku Fase Relaps. Klien kembali ke perilaku lamanya. Petugas kesehatan harus mengidentifikasi alasan terjadinya relaps dan mengarahkan lagi ke fase kontemplasi. Rata-rata perokok memerlukan 3 kali siklus sebelum berhasil berubah perilakunya. Fase Keluar. Fase dimana perubahan perilaku kesehatan telah terjadi dan dapat dijaga keterlanjutannya.
- Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain dengan adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku kesehatan khususnya tentang kesehatan reproduksi.

III. SIMULASI SKRINING

A. Pengertian Skrining

Skrining/penapisan merupakan proses pendeteksian kasus/kondisi kesehatan pada populasi sehat pada kelompok tertentu sesuai dengan jenis penyakit yang akan dideteksi dini dengan upaya meningkatkan kesadaran pencegahan dan diagnosis dini bagi kelompok yang termasuk resiko tinggi.

Menurut Komisi Penyakit Kronis AS (1951) dalam kamus Epidemiologi (A Dictionary of Epidemiology), skrining/penapisan didefinisikan sebagai "identifikasi dugaan penyakit atau kecacatan yang belum dikenali dengan menerapkan pengujian, pemeriksaan atau prosedur lain yang dapat diterapkan dengan cepat. Tes skrining/penapisan memilah/memisahkan orang-orang yang terlihat sehat untuk dikelompokkan menjadi kelompok orang yang mungkin memiliki penyakit dan kelompok orang yang mungkin sehat. Sebuah tes skrining/penapisan ini tidak dimaksudkan untuk menjadi upaya diagnosa. Orang dengan temuan positif menurut hasil skrining/penapisan atau suspek suatu kasus harus dirujuk ke dokter untuk diagnosis dan menjalani pengobatan yang diperlukan.

Menurut Bonita et.al (2006), skrining/penapisan adalah proses menggunakan tes dalam skala besar untuk mengidentifikasi adanya penyakit pada orang sehat. Tes skrining/penapisan biasanya tidak menegakkan diagnosis, melainkan untuk mengidentifikasi faktor resiko pada individu, sehingga bisa menentukan apakah individu membutuhkan tindak lanjut dan pengobatan. Untuk yang terdeteksi sebagai individu yang sehat pun, bukan berarti terbebas 100% dari suatu penyakit karena tes skrining/penapisan dapat salah.

Menurut Webb (2005), skrining/penapisan merupakan metode test sederhana yang digunakan secara luas pada populasi sehat atau populasi yang tanpa gejala penyakit (asimptomatik). Skrining/penapisan tidak dilakukan untuk mendiagnosa kehadiran suatu penyakit, tetapi untuk memisahkan populasi subjek skrining/penapisan menjadi dua kelompok yaitu orang-orang yang lebih beresiko menderita penyakit tersebut dan orang-orang yang cenderung kurang beresiko terhadap penyakit tertentu. Mereka yang mungkin memiliki penyakit (yaitu, mereka yang hasilnya positif) dapat menjalani pemeriksaan diagnostik lebih lanjut dan melakukan pengobatan jika diperlukan.

B. Tujuan Skrining

1. Mendeteksi faktor risiko penyakit kronis dalam rangka mendorong peserta untuk sadari dini, deteksi dini, dan cegah risiko secara dini terhadap penyakit kronis.
2. Mendeteksi penyakit Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara pada peserta

yang memiliki faktor risiko tinggi penyakit tersebut secara lebih dini.

C. Jenis Skrining Kesehatan

Skrining Kesehatan dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, yaitu:

1. Skrining untuk Preventif Primer - Skrining Riwayat Kesehatan
Skrining Riwayat Kesehatan merupakan bentuk deteksi dini untuk penyakit yang berdampak biaya besar dan menjadi fokus pengendalian BPJS Kesehatan yaitu Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi.
2. Skrining untuk Preventif Sekunder Selektif (Peserta RISTI penyakit kronis berdasarkan hasil Skrining Riwayat Kesehatan dan Deteksi Kanker)
Deteksi Kanker merupakan bentuk deteksi dini untuk penyakit Kanker Leher Rahim pada wanita yang sudah menikah dan Kanker Payudara.

D. Sasaran Skrining

Sasaran skrining riwayat kesehatan adalah semua peserta BPJS Kesehatan yang berusia 30 tahun ke atas.

Sasaran Deteksi Kanker adalah pada wanita peserta BPJS Kesehatan, meliputi semua wanita yang pernah menikah dan wanita yang berisiko yang berusia 30 tahun ke atas.

E. Bentuk Pelaksanaan Skrining

1. Skrining riwayat kesehatan dilakukan dengan cara pengisian riwayat kesehatan setiap 1 (satu) tahun sekali bagi peserta BPJS kesehatan
2. Deteksi Kanker Leher Rahim dilakukan melalui pemeriksaan *Inspeksi Visual Asetat (IVA)* dan *Pap Smear*.
3. Deteksi Kanker Payudara dilakukan melalui metode *Clinical Breast Examination (CBE)*: adalah pemeriksaan payudara yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih. Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang ada pada payudara dan untuk mengevaluasi kanker payudara pada tahap dini sebelum berkembang ke tahap yang lebih lanjut.

F. Prinsip dalam skrining

Untuk menghasilkan program skrining/penapisan yang bermanfaat bagi masyarakat luas, harus ada kriteria tertentu dalam memilih penyakit apa yang akan diskrining/penapisan. Berikut beberapa karakteristik penyakit yang harus dipertimbangkan dalam memutuskan kebijakan skrining/penapisan.

1. Jenis penyakit harus termasuk jenis penyakit yang parah, yang relatif umum dan dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat oleh masyarakat. Pada umumnya memiliki prevalensi yang tinggi pada tahap pra-klinis. Hal ini berkaitan dengan biaya relatif dari program skrining/penapisan dan dalam

Teori Keperawatan Maternitas

kaitannya dengan jumlah kasus yang terdeteksi serta nilai prediksi positif. Pengeluaran yang harus dikeluarkan untuk kegiatan skrining/penapisan harus selaras dengan mengurangi angka morbiditas dan mortalitas. Namun kriteria ini menjadi tidak berlaku pada kasus tertentu seperti keganasan/keparahan dari suatu penyakit.

2. Contohnya skrining/penapisan Fenilketouria atau Phenylketouria (PKU) pada bayi baru lahir. Fenilketouria adalah gangguan desakan autosomal genetik yang dikenali dengan kurangnya enzim fenilalanin hidroksilase (PAH). Enzim ini sangat penting dalam mengubah asam amino fenilalanina menjadi asam amino tirosina. Jika penderita mengkonsumsi sumber protein yang mengandung asam amino ini, produk akhirnya akan terakumulasi di otak, yang mengakibatkan retardasi mental. Meskipun hanya satu dari 15.000 bayi yang terlahir dengan kondisi ini, karena faktor kemudahan, murah dan akurat maka skrining/penapisan ini sangat bermanfaat untuk dilakukan kepada setiap bayi yang baru lahir.
3. Skrining/penapisan harus aman dan dapat diterima oleh masyarakat luas. Dalam proses skrining/penapisan membutuhkan partisipasi dari masyarakat yang dinilai cocok untuk menjalani pemeriksaan. Oleh karena itu skrining/penapisan harus aman dan tidak mempengaruhi kesehatannya.
4. Skrining/penapisan harus akurat dan reliable. Tingkat akurasi menggambarkan sejauh mana hasil tes sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dari kondisi kesehatan/penyakit yang diukur. Sedangkan reliabilitas biasanya berhubungan salah satu dengan standardisasi atau kalibrasi peralatan pengujian atau keterampilan dan keahlian dari orang-orang menginterpretasikan hasil tes.
5. Harus mengerti riwayat alamiah penyakit dengan baik dan percaya bahwa dengan melakukan skrining/penapisan maka akan menghasilkan kondisi kesehatan yang jauh lebih baik. Misalnya pada Kanker Prostat, secara biologis penderita kanker tidak bisa dibedakan, namun kemungkinan banyak pria yang kanker bisa terdeteksi oleh pemeriksaan ini (PSA Test). Meskipun demikian, skrining/penapisan kanker prostat juga berbahaya sehingga umumnya skrining/penapisan ini tidak dianjurkan, meskipun dapat digunakan.
6. Skrining/penapisan akan sangat bermanfaat jika dilakukan pada saat yang tepat. Periode antara kemungkinan diagnosis awal dapat dilakukan dan periode kemunculan gejala merupakan waktu yang sangat tepat (lead time). Namun jika penyakit berkembang dengan cepat dari tahap pra-klinis ke tahap klinis maka intervensi awal kurang begitu manfaat, dan akan jauh lebih sulit untuk mengobati penyakit tersebut.

7. Kebijakan, prosedur dan tingkatan uji harus ditentukan untuk menentukan siapa yang harus dirujuk untuk pemeriksaan, diagnosis dan tindakan lebih lanjut.
8. Sistem pelayanan kesehatan dapat mengatasi banyaknya diagnosis dan pengobatan tambahan karena menemukan penyakit yang umum yang positif palsu. Sebelum memulai program skrining/penapisan sangat penting untuk menilai infrastruktur yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaannya. Fasilitas-fasilitas tersebut tentu dibutuhkan untuk proses skrining/penapisan tapi, sama pentingnya juga untuk konfirmasi lanjutan mengenai pengujian dan diagnosis, pengobatan dan tindak lanjut bagi yang positif. Perkiraan (Nilai Prediktif) sangat dibutuhkan dalam sebagai kemungkinan pengambilan skrining/penapisan, jumlah total yang hasilnya positif (termasuk positif palsu), tersangka (berdasarkan prevalens penyakit dan sensitivitas serta spesifisitas hasil pemeriksaan) dan kemungkinan dampak yang dihasilkan berupa peningkatan permintaan pelayanan medis.

KONSELING KELUARGA, SISTEM LAYANAN KESEHATAN UNTUK PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI

I. KONSELING KELUARGA

A. Pengertian konseling keluarga

Family Counseling (konseling keluarga) didefinisikan sebagai suatu proses interaktif yang berupaya membantu keluarga memperoleh keseimbangan homeostasis, sehingga setiap anggota keluarga dapat merasa nyaman (comfortable).

B. Tujuan dan Prinsip Konseling Keluarga

a) Tujuan Konseling Keluarga

- Membantu anggota keluarga untuk belajar dan secara emosional menghargai bahwa dinamika keluarga saling bertautan di antara anggota keluarga.
- Membantu anggota keluarga agar sadar akan kenyataan bila anggota keluarga mengalami problem, maka ini mungkin merupakan dampak dari satu atau lebih persepsi, harapan, dan interaksi dari anggota keluarga lainnya.
- Bertindak terus menerus dalam konseling/terapi sampai dengan keseimbangan homeostasis dapat tercapai, yang akan menumbuhkan dan meningkatkan keutuhan keluarga.
- Mengembangkan apresiasi keluarga terhadap dampak relasi parental terhadap anggota keluarga (Perez, 1979).

b) Prinsip Konseling Keluarga

- Bukan metode baru untuk mengatasi human problem.
- Setiap anggota adalah sejajar, tidak ada satu yang lebih penting dari yang lain.
- Situasi saat ini merupakan penyebab dari masalah keluarga dan prosesnya yang harus diubah.
- Tidak perlu memperhatikan diagnostik dari permasalahan keluarga, karena hal ini hanya membuang waktu saja untuk ditelusuri.
- Selama intervensi berlangsung, konselor/terapist merupakan bagian penting dalam dinamika keluarga, jadi melibatkan dirinya sendiri.
- Konselor/terapist memberanikan anggota keluarga untuk mengutarakan dan berinteraksi dengan setiap anggota keluarga dan menjadi "intra family involved".
- Relasi antara konselor/terapist merupakan hal yang sementara. Relasi yang permanen merupakan penyelesaian yang buruk.
- Supervisi dilakukan secara riil/nyata (konselor/therapist center) (Perez,1979).

C. Fungsi dan manfaat bimbingan konseling keluarga

Tujuan bimbingan adalah agar individu dapat :

1. merencanakan kegiatan penyelesaian studi, perkembangan karier, serta kehidupan pada masa yang akan datang.
2. mengembangkan seluruh potensi dan kekuatan yang dimiliki seoptimal mungkin.
3. menyesuaikan diri dengan lingkungan pendidikan, lingkungan masyarakat, serta lingkungan kerjanya.
4. mengatasi hambatan serta kesulitan yang dihadapi dalam studi, penyesuaian dengan lingkungan pendidikan, masyarakat, ataupun lingkungan kerjanya.

Fungsi bimbingan yaitu sebagai berikut:

1. fungsi pengembangan, merupakan fungsi bimbingan dalam mengembangkan seluruh potensi dan kekuatan yang dimiliki individu
2. fungsi penyaluran, merupakan fungsi bimbingan dalam membantu individu memilih dan memantapkan penguasaan karir atau jabatan yang sesuai dengan minat, bakat, keahlian, dan ciri-ciri kepribadian lainnya.
3. fungsi adaptasi, yaitu fungsi membantu para pelaksana pendidikan khususnya guru atau dosen, wydiaiswara, dan wali kelas untuk mengadaptasikan program pendidikan terhadap latar belakang

pendidikan, minat, kemampuan, dan kebutuhan individu.

4. fungsi penyesuaian, yaitu fungsi bimbingan dalam membantu individu menemukan penyesuaian diri dari perkembangannya secara optimal.

Tujuan Konseling pada umumnya dan disekolah khususnya adalah sebagai berikut:

1. mengadakan perubahan perilaku pada diri individu sehingga memungkinkan hidupnya lebih produktif dan memuaskan.
2. memelihara dan mencapai kesehatan mental yang positif
3. penyelesaian masalah
4. mencapai keefektifan pribadi
5. mendorong individu mampu mengambil keputusan yang penting bagi dirinya

D. Proses tahapan konseling keluarga

Terdapat beberapa tahap atau langkah yang harus dilalui dalam proses konseling keluarga sebagai berikut:

- 1) Membangun rapport

Sebagaimana tujuan konseling adalah untuk dapat memenuhi kebutuhan konseli, maka membangun hubungan yang baik antara konselor dan konseli merupakan hal yang mutlak untuk dilakukan. *Rapport* adalah adanya hubungan anatar konselor dengan konseli yang bersifat harmonis, penuh kesesuaian, kecocokan, dan saling tarik menarik.¹² Ketika rapport terjadi maka apapun masalah yang dialami konseli secara alami akan tersampaikan pada konselor.

- 2) Pengembangan apresiasi emosional

Adanya keterlibatan anggota keluarga dalam proses konseling dapat menyebabkan terjadinya interaksi dinamik antara mereka sehingga masing-masing anggota keluarga memiliki keinginan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

- 3) Pengembangan alternatif modus perilaku

Sebagai konselor yang baik menciptakan perilaku yang tidak menyebabkan konseli merasa terganggu adalah hal yang harus dilakukan. Hal ini dikarenakan perilaku konselor selama proses konseling dapat mendukung terjadinya konseling yang efektif atau malah sebaliknya.

- 4) Fase membina hubungan konseling

Membina hubungan konseling yang baik adalah hal yang penting untuk dilakukan, hal ini dikarenakan keberhasilan tujuan konseling secara efektif ditentukan oleh keberhasilan konselor dalam membina hubungan konseling. Membina hubungan konseling yang efektif dapat dilakukan konselor dengan syarat konselor harus memiliki sikap menerima klien (*acceptance*), menghargai klien tanpa syarat, jujur

terhadap dirinya sendiri, dan mampu merasakan apa yang dirasakan konseli (empati).

5). Memperlancar tindakan positif

Fase ini terdiri dari bagian-bagian sebagai berikut:

- (a) Eksplorasi dan menelusuri masalah, menetapkan tujuan konseling, menetapkan rencana strategis, mengumpulkan fakta, mengungkapkan perasaan konseli lebih mendalam, mengajarkan keterampilan baru, menjelajah berbagai alternatif, mengungkapkan perasaan, dan melatih skill baru.
- (b) Perencanaan merupakan fase mengembangkan perencanaan bagi konseli sesuai dengan tujuan untuk memecahkan masalah, mengurangi perasaan menyedihkan dan mengkonsolidasi skill baru atau perilaku baru untuk mencapai aktifitas diri konseli.

Lebih spesifik Crane dalam Latipun menyusun tahapan konseling keluarga untuk menangani anak berperilaku oposisi. Secara garis besar Crane menggunakan pendekatan behavioral yang dibagi menjadi empat tahap sebagai berikut:

- (1) Melakukan terapi kepada orang tua dengan cara memberikan pendidikan membentuk perilaku alternatif. Hal ini dapat dilakukan dengan kombinasi tugas-tugas membaca dan sesi pengajaran.
- (2) Konselor menunjukkan kepada para orang tua bagaimana cara mengimplementasikan ide-ide yang telah didapatkannya dari hasil membaca prinsip atau materi yang telah diberikan sebelumnya.
- (3) Selanjutnya orang tua mencoba mengimplementasikan apa yang telah mereka pelajari dari prinsip dan materi yang sudah didapatkan dengan menggunakan situasi sesi terapi dan konselor boleh memberikan koreksi jika itu dirasa perlu.
- (4) Setelah tiga tahap di atas dilakukan maka selanjutnya adalah para orang tua melakukan praktek di rumah masing-masing dan konselor dapat melakukan kunjungan untuk mengamati hasil konseling.

Secara umum tahapan konseling keluarga Adlerian dapat dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

(1) *Interview awal*

Interview awal adalah proses membantu klien mendiagnosis tujuan anggota keluarga, mengevaluasi metode pengasuhan anak yang selama ini ditrapkan orang tua, memahami iklim keluarga, dan dapat membuat rekomendasi khusus bagi perubahan situasi dalam keluarga tersebut.

(2) *Role playing*

Role playing merupakan proses bermain peran dan metode- metode lain yang berorientasi pada perbuatan yang tampak. Perbuatan

yang tampak adalah hasil interaktif anggota di dalam keluarga.

(3) Interpretasi

Interpretasi merupakan bagian penting dalam konseling keluarga Adlerian yang dilanjutkan pada sesi-sesi selanjutnya. Interpretasi dilakukan agar dapat menimbulkan *insight* (pemahaman bagi anggota keluarga, memberikan pemahaman atas apa yang dilakukan anggota keluarga), serta mendorong mereka untuk menterjemahkan apa yang sudah dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

E. Melakukan pendekatan konseling keluarga

▪ **Pendekatan Psikodinamik**

Sebagian besar, pandangan psikodinamik berdasar pada model psikoanalisis, memberikan perhatian terhadap latar belakang dan pengalaman setiap anggota keluarga sebanyak pada unit keluarga itu sendiri. Para konselor psikodinamik menaruh perhatian yang tinggi terhadap masa lalu yang melekat pada individu-individu, dalam model psikodinamik, pasangan suami istri yang menderita dikaitkan dengan introjeksi pathogenic setiap pasangan yang membawanya pada hubungan.

Nathan Acherman, pelopor konselor keluarga berupaya mengintegrasikan teori psikoanalitik yang berorientasi pada intrapsikis dengan teori sistem dengan menekankan hubungan antarpribai. Dia memandang ketidakberfungsian keluarga akibat hilangnya peran yang saling melengkapi diantara para anggota, akibat konflik yang tetap tidak terselesaikan, dan akibat korban yang merugikan. Upaya-upaya terapeutiknya bertujuan untuk membebaskan "pathologis" yang berpautan satu sama lain. James Framo, konselor keluarga generasi pertama, meyakini bahwa konflik intrapsikis yang tidak terselesaikan dibawa dari keluarganya, diteruskan dalam bentuk proyeksi kedalam hubungan-hubungan yang terjadi pada saat ini, seperti hubungan suami istri atau anak. Dengan menggunakan pendekatan hubungan objek, Framo berusaha menghilangkan introjeksi-introjeksi. Dalam proses ini, dia berbicara dengan pasangan suami istri itu sendirian, kemudian memasuki kelompok pasangan suami istri, dan akhirnya mengadakan pertemuan-pertemuan secara terpisah dengan setiap pasangan dan anggota keluarganya yang asli.

Ivan Boszormenyi-Nagy dan kelompoknya memfokuskan pada pengaruh masa lalu terhadap fungsi-fungsi sekarang dalam seluruh anggota keluarga. Dalam pandangan ini, keluarga mempunyai loyalitas yang invisible (tidak tampak), kewajiban-kewajiban yang berakar pada generasi lalu, dan perhitungan-perhitungan yang tidak menentu. Hal-hal seperti itu perlu diseimbangkan atau ditata. Pendekatan terapeutik kontekstual dari Boszormenyi-Nagy berupaya untuk menata kembali tanggung jawab, perilaku yang terpercaya, dan memperhitungkan hak-hak

Teori Keperawatan Maternitas

dari seluruh kepeduliannya.

Robin Skynner berpendapat, bahwa orang dewasa yang mengalami kesulitan berhubungan telah mengembangkan harapan-harapan yang tidak realistis terhadap orang lain dengan cara membentuk sistem-sistem proyeksi yang dikaitkan dengan kekurangan-kekurangan pada masa kanak-kanak. Upaya terapeutik Skinner, yaitu secara khusus mengembangkan versi berupaya memfasilitasi perbedaan-perbedaan diantara pasangan-pasangan perkawinan. Dengan demikian, setiap pasangan menjadi lebih independent.

John Bell, pendiri konseling keluarga mendasarkan pendekatannya pada teori-teori psikologis sosial tentang perilaku kelompok kecil. Pendekatan konseling kelompok keluarga mempromosikan interaksi; memfasilitasi komunikasi, menjelaskan, dan menafsirkan. Pada tahun-tahun sekarang ini, Bell mengarahkan perhatiannya untuk membantu menciptakan lingkungan-lingkungan keluarga meningkat dengan menggunakan teknik-teknik intervensi yang ia sebut dengan konseling kontekstual.

Pendekatan ini menggunakan cara dan strategi psikoterapi individual dalam situasi Keluarga dengan:

- mendorong munculnya *insight* tentang diri sendiri dan anggota keluarga.
- untuk membantu keluarga dalam pertukaran emosi

Kontak konselor hanya sementara dan konselor akan menarik diri jika keluarga telah mampu mengatasi problemnya secara konstruktif.

■ Dasar Pemikiran

Proses unconsciousness (bawah sadar) mempengaruhi hubungan kebersamaan antaranggota keluarga dan mempengaruhi individu dalam membuat keputusan tentang siapa yang dia nikahi. Objects (orang-orang yang penting / signifikan dalam kehidupan) diidentifikasi atau ditolak. Kekuatan unconsciousness benar-benar dianggap sangat berpengaruh.

■ Peranan Konselor :

Seorang guru dan interpreter pengalaman (analisis).

■ Treatment : individual , kadang-kadang dengan keluarga

■ Tujuan Treatment :

Untuk memecahkan interaksi yang tidak berfungsi dalam keluarga yang didasarkan pada proses unconsciousness (bawah sadar), untuk merubah disfungsi individual.

■ Teknik :

Transference, analisa mimpi, konfrontasi, focusing pada kekuatan-kekuatan, riwayat hidup.

■ Aspek-aspek yang unik :

Konsentrasi pada potensi unconsciousness (bawah sadar) dalam perilaku individu, mengukur defence mechanism (mekanisme pertahanan diri)

yang dasar dalam hubungan keluarga, menyarankan treatment mendalam pada disfungsionalitas (ketidakmampuan berfungsi).

- **Pendekatan Eksperensial atau Humanistik**

Para konselor keluarga eksperensial atau humanistik menggunakan "immediacy" terapeutik dalam menghadapi anggota-anggota keluarga untuk membantu memudahkan keluarga itu berkembang dan memenuhi potensi-potensi individunya. Pada dasarnya, pendekatan ini tidak menekankan pada teoritis dan latar belakang sejarah. Pendekatan ini lebih menekankan pada tindakan daripada wawasan dan interpretasi. Pendekatan ini memberikan pengalaman-pengalaman dalam meningkatkan perkembangan, yaitu melalui interaksi antara konselor dan keluarga.

Praktisi utama pendekatan eksperensial adalah Carl Whitaker dan Walter Kempler. Dalam kerjanya, Whitaker menekankan perlunya memperhatikan hambatan-hambatan intrapsikis dan hubungan antarpribadi dalam mengembangkan dan mematangkan keluarga. Pendekatan konseling keluarga sering melibatkan ko-konselor, pendekatannya dirancang untuk menggunakan pengalaman-pengalaman nyata dan simbolis yang muncul pada saat proses terapeutik. Dia mengakui, bahwa intervensinya sebagian besar dikendalikan oleh ketidaksadarannya. Whitaker memperkenalkan " konseling yang tidak masuk akal " dirancang untuk mengejutkan, membingungkan, dan akhirnya menggerakkan sistem keluarga yang terganggu.

Kempler, seorang praktisi dari konseling keluarga Gestalt membimbing individu-individu untuk mengatasi hal-hal yang akan memperdayakan dirinya di luar kebiasaannya, serta mempertahankan dirinya. Dia mengkonfrontasikan dan menantang seluruh anggota keluarga untuk mengeksplorasi sebagaimana kesadaran diri mereka sendiri terhambat dan bagaimana menyalurkan kesadaran mereka ke dalam hubungan yang lebih produktif dan terpenuhi dengan anggota lainnya.

Konselor keluarga terkenal yang berorientasi pada humanistik adalah Virginia Satir. Dalam pendekatannya, dia memadukan kesenjangan komunikasi antara anggota keluarga dan orientasi humanistik dalam upaya membangun harga diri dan penilaian diri seluruh anggota keluarga. Dia meyakini, bahwa dalam diri manusia terdapat sumber-sumber yang diperlukan manusia untuk berkembang. Dia memandang tugasnya sebagai orang yang membantu manusia memperoleh jalan untuk memelihara potensi-potensinya mengajarkan manusia menggunakan potensinya secara efektif.

- **Dasar pemikiran**

Masalah-masalah keluarga berakar dari perasaan-perasaan yang di tekan, ketakutan, penolakan / pengabaian impuls-impuls, kekurangwaspadaan, dan kematian emosional.

- **Peran konselor**

Teori Keperawatan Maternitas

Konselor menggunakan pribadinya sendiri. Mereka harus terbuka, spontan, empatik, sensitive dan harus mendemonstrasikan perhatian dan penerimaan. Mereka harus memperlakukan dengan terapi regresi dan mengajari anggota keluarga keterampilan- keterampilan baru dalam mengkomunikasikan perasaan-perasaan secara gamblang.

- **Unit Treatment**

Difokuskan pada individu dan ikatan-ikatan pasangan. Whitaker mengkonsentrasikan perhatiannya dengan mempelajari tiga generasi keluarga.

- **Tujuan Treatment**

Untuk mengukur pertumbuhan, perubahan, kreativitas, fleksibilitas, spontanitas dan playfulness, untuk membuat terbuka apa yang tertutup, untuk mengembangkan ketertutupan emosional dan mengurangi kekakuan, untuk membuka defence-defence, serta untuk meningkatkan self-esteem.

- **Teknik**

Memahat keluarga dan koreografi , keterampilan-keterampilan komunikasi terbuka, humor, terapi, seni, keluarga, role-playing, rekonstruksi keluarga, tidak memperhatikan teori- teori dan menekankan pada intuitive spontan, berbagi perasaan dan membangun atmosfer emosional mendalam dan memberi sugesti-sugesti serta arahan-arahan.

- **Aspek-aspek unik**

Mempromosikan kreativitas dan spontanitas dalam keluarga, mendorong anggota- anggota keluarga untuk mengubah peran mengembangkan pengertian terhadap diri sendiri dan pengertian pada yang lain, humanistik dan memperlakukan seluruh anggota keluarga dengan status yang sama, mengembangkan kewaspadaan perasaan di dalam dan diantara anggota keluarga, mendorong pertumbuhan.

- **Pendekatan Bowen**

Pendekatan Murray Bowen terkenal dengan teori sistem keluarga. Pendekatan ini dianggap sebagai sesuatu yang menjebatani pandangan-pandangan yang berorientasi psikodinamik dengan pandangan-pandangan yang lebih menekankan pada sistem. Bowen mengkonseptualisasikan keluarga sebagai sistem hubungan emosional. Bowen mengemukakan, ada delapan konsep yang saling berpautan dalam menjelaskan proses emosional yang terjadi dalam keluarga ini dan keluarga yang diperluas.

Landasan dasar teori Bowen adalah konsep diferensial diri. Konsep ini berkembang di mana anggota keluarga dapat memisahkan fungsi intelektualnya dengan emosionalnya. Mereka menghindari fusi dan sewaktu-waktu emosi mendominasi keluarga. Dalam keadaan tegang, hubungan dua anggota keluarga mempunyai kecenderungan untuk

mencari anggota yang ketiga (melakukan triangulasi) untuk menurunkan intensitas ketegangan dan memperoleh kembali kestabilan. Sistem emosional keluarga inti, biasanya dibentuk oleh pasangan-pasangan perkawinan yang mempunyai kemiripan tingkat diferensiasi. Jika sistem tidak stabil, para pasangan mencari cara untuk mengurangi ketegangan dan memelihara keseimbangan. Posisi saudara kandung orang tua dalam keluarga asal mereka memberikan tanda terhadap anak yang dipilihnya dalam proses proyeksi keluarga.

Bowen menggunakan konsep emosional cutoff untuk menjelaskan bagaimana sebagian anggota keluarga berupaya memutuskan hubungan dengan keluarga mereka atas anggapan yang keliru bahwa mereka dapat mengisolasi diri mereka dari fusi. Posisi saudara kandung dari setiap pasangan perkawinan akan mempengaruhi interaksi mereka. Dalam pengembangan teorinya terhadap masyarakat yang lebih luas, Bowen percaya bahwa tekanan-tekanan eksternal yang kronis merendahkan tingkat berfungsinya diferensiasi masyarakat, hal itu hasil pengaruh regresi masyarakat.

Sebagai bagian konseling keluarga sistem Bowen, wawancara evaluasi keluarga menekankan objektivitas dan netralitas. Genogram-genogram itu membantu memberikan gambaran tentang sistem hubungan keluarga kurang lebih tiga generasi. Secara terapeutik, Bowen bekerja secara hati-hati dan tenang dengan pasangan-pasangan perkawinan, berupaya mengatasi fusi diantara mereka. Tujuannya adalah mengurangi kecemasan dan mengatasi simptom-simptom. Tujuan akhirnya adalah memaksimalkan diferensi diri setiap orang di dalam sistem keluarga inti dan dari keluarga asalnya.

- **Peran Konselor**

Aktivitas konselor sebagai pelatih dan guru dan berkonsentrasi pada isu-isu keterikatan dan diferensiasi.

- **Unit Treatment : individu atau pasangan.**

- **Tujuan konseling**

Untuk mencegah triangulasi dan membantu pasangan dan individu berhubungan pada level cognitive, untuk menghentikan pengulangan pola-pola intergenerasi dalam hubungan keluarga.

- **Teknik :**

Genograms, kembali ke rumah, detriangulasi, hubungan orang perorang, perbedaan self.

- **Aspek unik :**

Mengukur hubungan-hubungan intergenerasi dan pola-pola yang diulang, systematic, dalam teori yang mendalam.

- **Pendekatan Struktural**

Pendekatan struktural dalam konseling keluarga terutama dikaitkan dengan Salvador Minuchin dan koleganya di pusat Bimbingan Anak Philadelphia. Pendekatan ini dilandasi sistem. Teori konseling keluarga

memfokuskan pada kegiatan, keseluruhan yang terorganisasi dari unit keluarga, dan cara-cara di mana keluarga mengatur dirinya sendiri melalui pola-pola transaksional diantara mereka. Secara khusus, sistem-sistem keluarga, batas-batas, blok-blok, dan koalisi-koalisi ditelaah dalam upaya memahami struktur keluarga. Tidak berfungsinya struktur menunjukkan, bahwa aturan-aturan yang tidak tampak yang membangun transaksi keluarga tidak berjalan atau membutuhkan negosiasi kembali aturan-aturan.

Konseling keluarga struktural dilengkapi untuk transaksi sehari-hari dan memberikan prioritas tinggi terhadap tindakan daripada wawasan atau pemahaman. Seluruh perilaku termasuk simptom-simptom yang ditunjukkan pasien dipandang dalam konteks struktur keluarga. Permulaan keluarga memberikan teknik pengamatan sederhana terhadap peta pola-pola transaksi keluarga. Intervensi-intervensi Minuchin tersebut adalah aktif, penuh perhitungan, berupaya untuk mengubah kekakuan, kuno, atau tidak melaksanakan struktur. Dengan kerja sama keluarga dan keamahan, dia memperoleh pemahaman tentang masalah-masalah keluarga, membantu mereka mengubah susunan keluarga yang tidak berfungsi dan menata kembali organisasi keluarga. Enactments (menyuruh keluarga menunjukkan situasi-situasi konflik khusus dalam sesi konseling) dan reframing (menjelaskan kembali suatu masalah sebagai suatu masalah sebagai suatu fungsi dari struktur keluarga) adalah teknik-teknik terapeutik yang sering digunakan. Teknik-teknik tersebut membawa perubahan struktur keluarga. Tujuan akhir konseling adalah menyusun kembali aturan-aturan transaksi keluarga dengan mengembangkan lebih tepat lagi batas-batas diantara sub-sub sistem dan memperkuat aturan hierarki keluarga.

- Dasar pemikiran

Suatu patologi keluarga muncul akibat dari perkembangan reaksi yang disfungsi. Fungsi-fungsi keluarga meliputi struktur keluarga, sub-systems dan keterikatannya. Peraturan-peraturan tertutup dan terbuka dan hirarki-nya harus dimengerti dan dirubah untuk membantu penyesuaian keluarga pada situasi yang baru.

- Peran Konselor

Konselor memetakan aktivitas mental dan kerja keluarga dalam sesi konseling Seperti sutradara teater, mereka memberi instruksi pada keduanya untuk berinteraksi melalui ajakan-ajakan dan rangkaian aktivitas spontan.

- Unit treatment

Keluarga sebagai satu system atau sub-system, tanpa mengabaikan kebutuhan individu.

- Tujuan

Mengungkap perilaku-perilaku problematik sehingga konselor dapat

mengamati dan membantu mengubahnya ; untuk membawa perubahan-perubahan struktural didalam keluarga ; seperti pola-pola organisasional dan rangkaian perbuatan.

- Teknik Kerjasama, akomodating, restrukturisasi, bekerja dengan interaksi (ajakan, perilaku- perilaku spontan), pendalamam, ketidakseimbangan, reframing, mengasah kemampuan dan membuat ikatan-ikatan.

- Aspek-aspek unik

Yang utama adalah membangun keluarga-keluarga dengan sosioekonomis yang rendah, sangat pragmatis, dipengaruhi oleh profesi psikiatri untuk menghargai konseling keluarga sebagai suatu pendekatan treatment; dengan prinsip-prinsip dan teori-nya Minuchin dkk, efektif untuk keluarga dari para pecandu, para penderita gangguan makan dan bunuh diri, penelitian-penelitian yang baik, systematis, masalah difokuskan untuk masa sekarang, umumnya dilaksanakan kurang dari 6 bulan, konselor dan keluarga sama-sama aktif.

- **Pendekatan Strategis atau Komunikasi**

Teori-teori komunikasi, muncul dari penelitian Lembaga Penelitian Mental (MRI) di Palo Alto pada tahun 1950-an. Teori-teori komunikasi ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap konseling keluarga dengan menyusun kembali masalah-masalah manusia sebagai masalah interaksi dan sifatnya situasional. Epistimologi dari Beteson, Jakson, dan yang lain merupakan dasar bagi upaya-upaya terapeutik dari MRI, konseling keluarga strategis yang dikembangkan oleh Haley dan Madanes, dan pendekatan sistematis dari Selvini-Pallazzoli dan tim Milan. Karakteristik khusus pendekatan ini menggunakan double binds terapeutik atau teknik-teknik paradoksial ini menggunakan aturan-aturan keluarga dan pola-pola hubungan.

Paradocks kontradiksi yang mengikuti deduksi yang tepat dari premis-premis yang konsisten digunakan secara terapeutik untuk mengarahkan individu atau keluarga yang tidak mau berubah sesuai dengan apa yang diharapkan. Prosedur ini mempromosikan perubahan tersebut bukan dalam bentuk tindakan atau penolakan. Jakson, Watzlawick, dan ahli strategis lainnya menggunakan "prescribing" symptom-symptom sebagai teknik paradoks untuk mengurangi penolakan berubah dengan mengubah symptomnya itu tidak berguna.

Pendekatan konseling keluarga strategis ditandai oleh taktik-taktik yang terencana dan hati-hati, serta langsung menangani masalah-masalah keluarga yang ada. Haley sangat memengaruhi para praktisi dalam menggunakan perintah-perintah atau penyelesaian tugas-tugas sebaik intervensi-intervensi paradoksional yang sifatnya tidak langsung. Madanes, konselor keluarga strategis lainnya menggunakan teknik-teknik "pretend" (menganggap diri) dan intervensi-intervensinya yang tidak konfrontatif diarahkan pada tercapainya perubahan tanpa

mengundang penolakan. Konseling keluarga sistematis yang dipraktikan group Milan, tekniknya didasarkan pada epistimologi sirkuler dari Bathson. Teknik-tekniknya mengalami sejumlah perubahan dalam beberapa tahun berikutnya dan melanjutkannya dengan menyajikan teknik-teknik baru. Berdasarkan prosedur "long brief therapy" yang setiap pertemuannya mempunyai jarak kurang lebih satu bulan, keluarga itu ditangani oleh tim yang bersama-sama merencanakan strategi. Satu atau dua orang konselor bekerja secara langsung dengan keluarga, sementara konselor yang lainnya mengamati dari belakang kaca yang satu arah. Keluarga itu diberi tugas-tugas dalam setiap peremuannya, biasanya didasarkan pada perintah-perintah yang sifatnya paradoks. Tujuan dari model Milan, yaitu memberikan "informasi" supaya keluarga mengubah aturan-aturan, mengubah kesalahan yang berulang-ulang mengenai permainan-permainan yang menggagalkan diri. Pendekatan Milan beranggapan, bahwa pesan-pesan paradoksial dari keluarga hanya dapat dihadapi oleh counterparadox terapeutik. Kelompok Milan telah memperkenalkan sejumlah teknik wawancara, seperti hypothesizing, pertanyaan sirkuler, netralitas, konotasi positif, dan ritual-ritual keluarga.

Menurut Jay Haley dan Cloe Madanes; keluarga bermasalah akibat dinamika dan Orang dan keluarga dapat berubah dengan cepat. Treatment (perlakuan) dapat sederhana dan pragmatis dan berkonsentrasi pada perubahan perilaku symptomatic dan peran-peran yang kaku. Perubahan akan muncul melalui ajakan-ajakan, cobaan berat (siksaan), paradox, pura-pura/dalih dan ritual-ritual (strategic and systemic therapis), difokuskan pada pengecualian terhadap disfungsi-fungsionalitas, solusi-solusi hipotetik dan perubahan-perubahan kecil. (solution- focused therapies).

- Peran Konselor

Konselor menanggapi munculnya daya tahan/perlawanan dalam keluarga dan mendesign rangkaian cerita tentang strategi-strategi untuk memecahkan masalah. Menerima munculnya perlawanan/daya tahan melalui penerimaan positif terhadap problem-problem yang dibawa keluarga. Konselor lebih seperti seorang dokter dalam tanggung-jawab terhadap keberhasilan treatment dan harus merencanakan dan membangun strategi-strategi.

- Unit treatment

Keluarga sebagai suatu system, meskipun pendekatan-pendekatannya secara selektif dipergunakan pada pasangan-pasangan dan individu-individu.

- Tujuan treatment

Untuk mengatasi problem-problem masa sekarang. Menemukan solusi-solusi, membawa perubahan-perubahan, menemukan target tujuan perilaku, untuk menimbulkan insight, untuk mengabaikan hal-hal yang

bukan masalah.

- **Tehnik**

Reframing (memasukkan dalam konotasi positif), direktif, kerelaan dan pertentangan berdasarkan pada paradox (termasuk penentuan symptom-symptom), pengembangan perubahan selanjutnya, mengabaikan interpretasi, pura-pura, hirarki kooperatif, cobaan- cobaan (siksaan), ritual, tim, pertanyaan-pertanyaan berputar, solusi hipotetis (dengan menanyakan “pertanyaan ajaib”).

- **Aspek-aspek unik**

Terdapat penekanan pada pemeriksaan pada pemeriksaan symptom dengan cara yang positif. Treatment-nya singkat (biasanya 10 sesi atau beberapa). Fokus pada pengubahan perilaku problematik masa sekarang. Tehniknya dirancang khusus untuk setiap keluarga. Treatment yang inovatif dan penting. Pendekannya fleksibel, berkembang dan kreatif. Secara mudah dapat dikombinasikan dengan teori-teori lain. Struktur keluarga yang disfungsi. Perilaku yang bermasalah merupakan usaha individu untuk mencapai kekuasaan dan rasa aman.

- **Pendekatan Behavioral**

Konseling keluarga behavioral, terakhir masuk dalam bidang konseling keluarga, berupaya membawa metode ilmiah dalam proses-proses terapeutik mengembangkan monitoring secara tetap dan mengembangkan prosedur-prosedur intervensi berdasarkan data. Pendekatan ini mengambil prinsip-prinsip belajar manusia, seperti classical dan operant conditioning, penguatan positif dan negatif, pembentukan, extinction, dan belajar sosial. Pendekatan behavioral menekankan lingkungan, situasional, dan faktor-faktor sosial dari perilaku. Dalam tahu-tahun terakhir ini, pengaruh dari faktor-faktor kognitif, seperti peristiwa-peristiwa yang memediasi interaksi-interaksi keluarga juga diperkenalkan oleh sebagian besar penganut behavioral. Konselor yang berorientasi behavioral berupaya untuk meningkatkan interaksi yang positif diantara anggota-anggota keluarga, mengubah kondisi- kondisi lingkungan yang menentang atau menghambat interaksi-interaksi, dan melatih orang untuk memelihara perubahan-perubahan perilaku positif yang diperlukan.

Pendekatan behavioral memberikan pengaruh yang signifikan terhadap empat bidang yang berbeda, yaitu konseling perkawinan behavioral, pendidikan dan latihan keterampilan orangtua behavioral, konseling keluarga fungsional, serta penanganan tidak berfungsinya seksual.

Pendidikan dan latihan keterampilan-keterampilan orangtua behavioral, sebagian besar didasarkan pada teori belajar sosial, berupaya untuk melatih orang tua dengan prinsip-prinsip behavioral dalam pengelolaan anak. Secara khusus, Patterson memfokuskan terhadap hubungan dua orang (dyad), biasanya antara ibu dan anak, serta

Teori Keperawatan Maternitas

menekankan bahwa perilaku anak itu kemungkinan dikembangkan dan dipelihara melalui hubungan timbal balik mereka. Secara khusus, intervensinya berupaya membantu keluarga mengembangkan sejumlah kontingensi penguatan baru dengan maksud memulai belajar perilaku-perilaku baru.

Konseling keluarga fungsional berupaya mengintegrasikan teori sistem, behaviorial, dan kognitif dalam bekerja dengan keluarga. Konseling keluarga fungsional berpandangan, bahwa semua perilaku sebagai fungsi antarpribadi mengenai hasil khusus dari konsekuensi-konsekuensi perilaku. Konselor keluarga fungsional tidak mencoba mengubah perilaku-perilaku yang berguna untuk memelihara fungsi-fungsi.

- Dasar pemikiran

Perilaku dipertahankan atau dikurangi melalui konsekuensi-konsekuensi, perilaku maladaptive dapat diubah (dihapus) atau dimodifikasi. Perilaku adaptive dapat dipelajari, melalui kognisi, rational maupun irrational. Perilaku dapat dimodifikasi dan hasilnya akan membawa perubahan-perubahan.

- Peran konselor

Directiv, melakukan pengukuran dan intervensi dengan hati-hati, konselor tampak seperti guru, ahli dan pemberi penguat, dan focus pada problem masa sekarang.

- Unit Treatment

Training orang tua, hubungan perkawinan dan komunikasi pasangan dan treatment pada disfungsi sexual, menekankan pada interaksi pasangan, kecuali dalam terapi peran keluarga.

- Tujuan treatment

Untuk menimbulkan perubahan melalui modifikasi pada antecedent-antecedent atau konsekuen-konsekuen dari perbuatan, memberikan perhatian spesial untuk memodifikasi konsekuensi-konsekuensi, menekankan pada pengurangan perilaku yang tidak diharapkan dan menerima perilaku positif, untuk mengajarkan keterampilan sosial dan mencegah problem-problem melalui mengingatkan kembali, untuk meningkatkan kompetensi individu dan pasangan-pasangan serta memberikan pengertian tentang dinamika perilaku.

- Teknik

Operant conditioning, classical conditioning, social learning theory, strategi-strategi kognitif – behaviorial, tehnik systematic desensitization, reinforcement positif, reinforcement sekejap/singkat, generalisasi, kehilangan, extinction, modeling, timbal balik, hukuman, token-ekonomis, quid proquo exchanges, perencanaan, metode-metode psikoedukasional.

- Aspek-aspek unik

Pendekatan-pendekatannya secara langsung melalui observasi,

pengukuran, dan penggunaan teori ilmiah. Menekankan pada treatment terhadap problem masa sekarang. Memberikan waktu khusus untuk mengajarkan keterampilan-keterampilan sosial khusus dan mengurangi keterampilan yang tak berguna. Hubungan dibangun diatas kontrol positif dan lebih pada penerangan prosedur-prosedur pendidikan dibanding hukuman. Behaviorisme adalah intervensi yang simple dan pragmatis dengan teknik-teknik yang bermacam-macam. Data riset yang bagus membantu pendekatan-pendekatan ini dan keefektifannya dapat diukur. Perlakuannya pada umumnya dalam waktu yang singkat.

F. Berperan intervensi konseling keluarga

- 1) Sebagai penilai mengenai; masalah, sasaran intervensi, kekuatan dan strategi keluarga, kepercayaan dan etnik keluarga. Eksplorasi pada: reaksi emosi keluarga terhadap trauma dan transisi, komposisi, kekuatan dan kelemahan, informasi yang dimiliki, kebutuhan-kebutuhan keluarga, kesiapan untuk intervensi dan dirujuk pada ahli lain.
- 2) Pendidik/pemberi: Informasi agar keluarga siap beradaptasi terhadap perubahan-perubahan
- 3) Pengembang sistem support, mengajarkan support dan selalu siap dihubungi.
- 4) Pemberi tantangan
- 5) Pemberi fasilitas prevensi (pencegahan) dengan mempersiapkan keluarga dalam menghadapi stress

G. Proses Konseling Keluarga

- 1) Melibatkan keluarga, pertemuan dilakukan di rumah, sehingga konselor mendapat informasi nyata tentang kehidupan keluarga dan dapat merancang strategi yang cocok untuk membantu pemecahan problem keluarga.
- 2) Penilaian Problem/masalah yang mencakup pemahaman tentang kebutuhan, harapan, kekuatan keluarga dan riwayatnya.
- 3) Strategi-strategi khusus untuk pemberian bantuan dengan menentukan macam intervensi yang sesuai dengan tujuan.
- 4) Follow up, dengan memberi kesempatan pada keluarga untuk tetap berhubungan dengan konselor secara periodik untuk melihat perkembangan keluarga dan memberikansupport.

II. SISTEM LAYANAN KESEHATAN UNTUK PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI

I. Sistem Pelayanan Kesehatan:

A. Pengertian Sistem Pelayanan Kesehatan

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Levey dan Loomba (1973) Pelayanan Kesehatan Adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Menurut Dubois & Miley (2005 : 317) :Sistem pelayanan kesehatan merupakan jaringan pelayanan interdisipliner, komprehensif, dan kompleks, terdiri dari aktivitas diagnosis, treatment, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan untuk masyarakat pada seluruh kelompok umur dan dalam berbagai keadaan.

Menurut Zastrow (1982 : 319 – 322) : Pelayanan kesehatan diorganisasi dalam komponen :

- 1) Praktek dokter sendiri, kurang disupervisi, hanyabertanggungjawab kepada pasien, relatif terisolasi.
- 2) Setting pelayanan rawat jalan berkelompok, seperti balai-balai pengobatan atau klinik-klinik khusus (seperti klinik ginjal, balai pengobatan gigi) atau yang diselenggarakan di perguruan tinggi atau sekolah-sekolah, di pabrik-pabrik, di perusahaan-perusahaan atau tempat-tempat kerja lain.
- 3) Setting Rumah sakit.
- 4) Perawatan dalam rumah
- 5) Pelayanan kesehatan masyarakat yang diorganisir dalam berbagai tingkatan : lokal, regional, oleh pemerintah pusat atau nasional, dan internasional.

Jadi pelayanan kesehatan adalah subsistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

B. Teori Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Subsistem ini terdiri dari Input, Proses, Output, Dampak, Umpan Balik dan Lingkungan.

1. Input

Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem.

Input sistem pelayanan kesehatan : potensi masyarakat, tenaga & sarana kesehatan, dsb.

2. Proses

Kegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sistem tersebut.

Proses dalam pelayanan kesehatan: berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

3. Output

Merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan : pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat.

4. Dampak

Merupakan akibat dari output atau hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama.. Dampak sistem Pelayanan kesehatan : masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.

5. Umpan Balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam pelayanan kesehatan : kualitas tenaga kesehatan.

C. Tingkat Pelayanan Kesehatan

Merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat. Menurut Leavel & Clark dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, yaitu :

a). Health Promotion (Promosi Kesehatan)

Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat

Contoh : Kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, dsb

b). Specific Protection (Perlindungan Khusus)

Teori Keperawatan Maternitas

Perlindungan khusus adalah masyarakat terlindung dari bahaya atau penyakit-penyakit tertentu

Contoh : Imunisasi, perlindungan keselamatan kerja

c). **Early Diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis Dini & Pengobatan Segera)**

Sudah mulai timbulnya gejala penyakit dan dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit.

Contoh : Survey penyaringan kasus

D. Manfaat Sistem Pelayanan Kesehatan

Promotif dan preventif yang diberikan dalam konteks upaya kesehatan perorangan (personal care).

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

1. **Penyuluhan kesehatan perorangan**, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. **Imunisasi dasar**, meliputi Baccille Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
3. **Keluarga berencana**, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
4. **Skrining kesehatan**, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu

E. Faktor yang mempengaruhi pelayanan Kesehatan

1. Pergeseran masyarakat dan konsumen

Hal ini sebagai akibat dari peningkatan pengetahuan dan kesadaran konsumen terhadap peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan upaya pengobatan. Sebagai masyarakat yang memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan yang meningkat, maka mereka mempunyai kesadaran yang lebih besar yang berdampak pada gaya hidup terhadap kesehatan. akibatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan meningkat.

2. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di sisi lain dapat meningkatkan pelayanan kesehatan karena adanya peralatan kedokteran yang lebih canggih dan memadai walau di sisi yang lain juga berdampak pada beberapa hal seperti meningkatnya biaya pelayanan kesehatan,

melambungnya biayakesehatan dan dibutuhkannya tenaga profesional akibat pengetahuan dan peralatan yang lebih modern.

3. Isu legal dan etik.

Sebagai masyarakat yang sadar terhadap haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pengobatan , isu etik dan hukum semakin meningkat ketika mereka menerima pelayanan kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan yang kurang memadai dan kurang manusiawi maka persoalan hukum kerap akan membayangnya.

4. Ekonomi

Pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan barangkali hanya dapat dirasakan oleh orang-orang tertentu yang mempunyai kemampuan untuk memperoleh fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, namun bagi klien dengan status ekonomi rendah tidak akan mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang paripurna karena tidak dapat menjangkau biaya pelayanan kesehatan.

5. Politik

Kebijakan pemerintah dalam sistem pelayanan kesehatan akan berpengaruh pada kebijakan tentang bagaimana pelayanan kesehatan yang diberikan dan siapa yang menanggung biaya pelayanan kesehatan

II. Sistem Rujukan

A. Pengertian Sistem Rujukan

Menurut SK Menteri Kesehatan RI No 32 tahun 1972 sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus masalah kesehatan secara vertical dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya. Dari batasan tersebut dapat dilihat bahwa hal yang dirujuk bukan hanya pasien saja tapi juga masalah-masalah kesehatan lain, teknologi, sarana, bahan-bahan laboratorium, dan sebagainya. Disamping itu rujukan tidak berarti berasal dari fasilitas yang lebih rendah ke fasilitas yang lebih tinggi tetapi juga dapat dilakukan diantara fasilitas-fasilitas kesehatan yang setingkat.

B. Tujuan sistem rujukan

Tujuan rujukan adalah dihasilkannya pemerataan upaya kesehatan dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna. Tujuan Sistem Rujukan adalah agar pasien mendapatkan pertolongan

Teori Keperawatan Maternitas

pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga jiwanya dapat terselamatkan, dengan demikian dapat menurunkan angka kematian.

C. Macam macam sistem rujukan

Sistim Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua macam yaitu:

1). Rujukan Kesehatan

Rujukan ini berkaitan dengan upaya pelayanan kesehatan dalam pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Rujukan ini dibedakan menjadi tiga yaitu :

- Rujukan teknologi
- Rujukan sarana
- Rujukan Operasional

2). Rujukan Medik

Rujukan ini berkaitan dengan upaya pelayanan kedokteran dalam penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Rujukan medic terdiri dari penderita, pengetahuan, dan bahan laboratorium :

- ✓ Transfer of patient : konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operatif dll.
- ✓ Transfer of knowledge : pengiriman tenaga kesehatan yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.
- ✓ Transfer of specimen : pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

D. Jalur Rujukan

Dalam kaitan ini jalur rujukan untuk kasus gawat darurat dapat dilaksanakan sebagai berikut :

1. Dari kader dapat langsung merujuk ke Puskesmas Pembantu, Pondok bersalin atau Bidan Desa, Puskesmas Rawat Inap, dan Rumah sakit pemerintah atau swasta.
2. Dari posyandu dapat langsung menuju ke Puskesmas Pembantu, Pondok bersalin atau Bidan Desa, Puskesmas Rawat Inap, dan Rumah sakit pemerintah atau swasta.
3. Dari Puskesmas Pembantu dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit tipe D/C atau Rumah Sakit Swasta
4. Dari Praktik dr. swasta, Praktik bidan, Praktik perawat, Puskesmas, RB, BP dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit tipe D/C atau Rumah Sakit Swasta

5. Dari Rumah Sakit tipe D/C bila tidak bisa menangani dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit tipe A/B

E. Persiapan rujukan

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan :

- Bidang : Pastikan pasien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
- Alat : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan, seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoskop.
- Keluarga : Beritahu keluarga tentang kondisi terakhir pasien dan alasan mengapa ia dirujuk. Anggota keluarga yang lain harus menerima pasien ke tempat rujukan.
- Surat : Beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi pasien, alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat-obat yang telah diterima pasien.
- Obat : Bawa obat-obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk.
- Kendaraan : Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan pasien dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat tujuan dalam waktu cepat.
- Uang : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.

III. Gakin

A. Pengertian Gakin/Keluarga Miskin

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu (GAKIN) adalah jaminan pemeliharaan kesehatan yang diberikan kepada keluarga miskin dan kurang mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan meliputi rawat jalan dan rawat inap sebagaimana yang ditetapkan, baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit yang ditunjuk di Wilayah.

B. Indikator Gakin

Kriteria Gakin menurut BKKBN :keluarga yang tidak dapat memenuhi salah satu atau lebih dari enam indikator penentu kemiskinan alasan ekonomi.

1. Enam indikator penentu kemiskinan tersebut adalah:Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih
2. Anggota keluarga memiliki pakaian berbeda untuk dirumah, bekerja/sekolah dan bepergian
3. Bagian lantai yang terluas bukan dari tanah

Teori Keperawatan Maternitas

4. Paling kurang sekali seminggu keluarga makan daging/ikan/telor
5. Setahun terakhir seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru
6. Luas lantai rumah paling kurang delapan meter persegi untuk tiap penghuni

C. Prosedur mendapatkan Layanan Program JPK Gakin

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota setempat. Penggunaan SKTM hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya.
3. Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus *emergency*.

Pelayanan tersebut meliputi :

1. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM.
2. Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit.
3. Pelayanan obat-obatan.
4. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostic.

Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan RS peserta harus menunjukkan kartu peserta. Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

IV. Jamkesmas

A. Pengertian Jamkesmas

Jamkesmas (*Jaminan Kesehatan Masyarakat*) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Program ini dijalankan

oleh Departemen Kesehatan sejak 2008. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial

B. Tujuan Jamkesmas

- 1) Mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah.
- 2) Agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin

C. Kepesertaan Jamkesmas

Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidakmampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah sasaran peserta sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa. Jumlah tersebut berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2009, yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara nasional oleh Menkes. Berdasarkan Jumlah Sasaran Nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota Kabupaten/Kota. Bupati/Walikota wajib menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Administrasi kepesertaan Jamkesmas meliputi: registrasi, penerbitan dan pendistribusian kartu kepada peserta. Untuk administrasi kepesertaan Depkes menunjuk PT Askes (Persero), dengan kewajiban melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT
2. Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota.
3. Entry data setiap peserta.
4. Berdasarkan database tersebut kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta.
5. PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati/Walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta.

6. PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Depkes, Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dan Kabupaten/Kota serta rumah sakit setempat.

D. Alur Kebersertaan Jamkesmas

Administrasi kepesertaan Jamkesmas meliputi: registrasi, penerbitan dan pendistribusian kartu kepada peserta. Untuk administrasi kepesertaan Depkes menunjuk PT Askes (Persero), dengan kewajiban melakukan langkah langkah sebagai berikut:

1. Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota;
2. Entry data setiap peserta;
3. Berdasarkan database tersebut kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta;
4. PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati/Walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta; dan
5. PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Depkes, Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dan Kabupaten/Kota serta rumah sakit setempat.

E. Tata laksana Pelayanan Kesehatan

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatandasar meliputi pelayanan kesehatan Rawat Jalan (RJ) dan Rawat Inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM), BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit (RS).
2. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan
3. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim

Pengelola Kabupaten/Kota setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.

4. RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Depkes.

F. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraan JPKMM. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dengan jumlah target peserta tetap sebanyak 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sebanyak lebih kurang 76,4 juta jiwa. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pengelolaan keuangan, termasuk pembayaran klaim dilaksanakan oleh Depkes. Hal tersebut atas dasar pertimbangan untuk mengendalikan pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, serta mengingat keterbatasan pendanaan, maka pengelolaan program Jamkesmas tahun 2008 dilakukan langsung oleh Departemen Kesehatan.

Dasar Hukum Program Jamkesmas dilaksanakan sebagai amanat Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara RI Tahun 1945, yang menyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) UUD Negara RI Tahun 1945 dinyatakan bahwa "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak."

Dasar hukum penyelenggaraan program Jamkesmas adalah: 1. UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan; 2. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional; 3. UU No. 45 Tahun 2007 tentang APBN Tahun 2008; 4. UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara; dan 5. UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.

Menteri Kesehatan (Menkes) memiliki kekuasaan pengelolaan keuangan negara di bidang kesehatan, dan pengelolaan keuangan tersebut diwujudkan dalam bentuk bantuan sosial yang diberikan kepada masyarakat untuk melindungi resiko sosial. Bantuan sosial tersebut direalisasikan dalam bentuk Jaminan Kesehatan yang penyelenggaraannya dalam skema asuransi sosial.

Teori Keperawatan Maternitas

Secara umum asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu asuransi komersial (sukarela) dan asuransi sosial (wajib).

Penyelenggara asuransi komersial biasanya adalah swasta murni, dan dalam menentukan premi dilakukan oleh badan penyelenggara atau pihak asuransi itu sendiri dan berbasis pada kepesertaan sukarela yang tujuannya adalah mencari laba (for profit). Sedangkan asuransi sosial penyelenggaranya adalah BUMN atau suatu badan yang ditunjuk oleh pemerintah, dan dalam penyelenggaraannya ada intervensi pemerintah baik dalam menetapkan tarif maupun menentukan jenis layanan termasuk kepesertaannya, dimana basis utamanya adalah regulasi bukan respon pasar sehingga tidak mencari laba (not for profit).

Pemerintah menggunakan dana yang berasal dari APBN untuk membayar premi peserta. Jika melihat sejarahnya asuransi dapat dipakai pemerintah suatu negara untuk memberikan jaminan sosial (social security) bagi rakyatnya. Pemerintah berperan sebagai penanggung anggota masyarakat, dan anggota masyarakat berkedudukan sebagai tertanggung. Anggota masyarakat diwajibkan membayar iuran yang berfungsi sebagai premi. Dalam program Jamkesmas tersebut, peserta yang merupakan penduduk miskin dan hampir miskin dibayarkan preminya oleh negara.

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh, yang tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya.

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain dengan adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku kesehatan khususnya tentang kesehatan reproduksi.

RANGKUMAN:

Skrining/penapisan didefinisikan sebagai "identifikasi dugaan penyakit atau kecacatan yang belum dikenali dengan menerapkan pengujian, pemeriksaan atau prosedur lain yang dapat diterapkan dengan cepat. Tes skrining/penapisan memilah/memisahkan orang-orang yang terlihat sehat untuk dikelompokkan menjadi kelompok orang yang mungkin memiliki penyakit dan kelompok orang yang mungkin sehat. Sebuah tes skrining/penapisan ini tidak dimaksudkan untuk menjadi upaya diagnosa. Orang dengan temuan positif menurut hasil skrining/penapisan atau suspek suatu kasus harus dirujuk ke dokter untuk diagnosis dan menjalani pengobatan yang diperlukan.

Didalam keluarga tentunya banyak permasalahan yang akan dialami, baik itu antar pribadi, maupun antar kelompok di dalam keluarga. Bila dikaitkan dengan pendidikan luar biasa, konseling keluarga sangat dibutuhkan dalam membantu penyelesaian masalah-masalah yang timbul. Bila diambil sebuah contoh, misalnya sebuah keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus. Memiliki anak merupakan harapan dan anugrah yang sangat dinanti sebuah keluarga, tetapi tidak sedikit orang tua dan anggota keluarga lain yang menolak atau justru merasa mendapatkan masalah dengan lahirnya anak berkebutuhan khusus.

Sikap penolakan dari anggota keluarga, akan menimbulkan permasalahan baik pada anak maupun pada keseimbangan kehidupan keluarga tersebut. Dari kasus ini, tentunya konseling keluarga sangat dibutuhkan dalam membantu permasalahan tersebut. Begitupun peran konselor dan pendekatan serta proses konseling.

Dari uraian materi yang telah dijelaskan dalam bab sebelumnya, bahwa keluarga merupakan tempat pertama dalam perkembangan seorang anak. Keluarga memiliki peranana yang penting dalam membantu mengembangkan potensi anak. Jika di dalam keluarga terdapat permasalahan-permasalahan yang terjadi maka hal tersebut akan mempengaruhi kondisi di dalam keluarga tersebut.

Permasalahan-permasalahan yang timbul di dalam keluarga sangat dipengaruhi oleh bagaimana perkembangan keluarga tersebut baik dari segi ekonomi, sosial, dan budaya. Hal ini merupakan salah satu faktor bagaimana dalam sebuah keluarga ketika memandang sebuah persoalan. Begitupun dengan bagaimana keluarga memandang anak berkebutuhan khusus. Bagi keluarga yang memiliki status ekonomi yang tinggi serta memiliki nilai-nilai yang luhur di dalam keluarga, mungkin penolakan terhadap hadirnya seorang anak berkebutuhan khusus tidak akan terjadi, disini mereka malah berusaha untuk memberikan yang terbaik bagi anak berkebutuhan khusus tersebut.

Dalam konseling keluarga banyak pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam membantu permasalahan yang terjadi di dalam keluarga. Hal ini antara lain adalah pendekatan psikodinamik, pendekatan eksistensial, pendekatan bowenian, pendekatan struktural, pendekatan komunikasi dan pendekatan behavioral. Pendekatan-pendekatan

tersebut memiliki dasar pemikiran, tujuan serta teknik yang berbeda di dalam penanganannya.

Pendekatan psikodinamik lebih menekankan bagaimana individu memahami

Teori Keperawatan Maternitas

diridan memahami emosi, sehingga anggota keluarga nantinya bisa menyelesaikan problem matika sendiri tanpa bantuan lagi dari konselor. Pendekatan eksperensial atau humanistik didasari oleh masalah-masalah keluarga yang berakar dari perasaan-perasaan negatif seperti tertekan, kekakuan dan lain-lain. Pendekatan ini lebih menekankan pada keluarga agar mampu untuk berusaha mengembangkan potensi-potensi yang dimiliki oleh individu. Pendekatan bowen didasarkan dimana anggota keluarga dapat memisahkan anatara fungsi intelektual dan emosionalnya, dimana pendekatan ini menghindari triangulasi atau orang ketiga dalam proses penanganannya. Pendekatan struktural lebih menekankan pada perubahan struktural di dalam keluarga dan bagaimana keluarga dapat mengatur dirinya sendiri dengan pola transaksional di antara anggota keluarga. Peran konselor dalam pendekatan ini harus mampu memberikan instruksi-instruksi yang selayaknya dilakukan oleh anggota keluarga sedang melakukan bimbingan. Pendekatan strategis atau komunikasi lebih menekankan pada problematika masa sekarang yang bertujuan untuk mengubah segala perilaku-perilaku yang salah. Sedangkan pada pendekatan behavioral, lebih menekankan pada perilaku-perilaku dimana perilaku tersebut dipertahankan atau bahkan dihilangkan.

Pada kasus yang telah diungkap sebelumnya, bahwa penolakan orang tua terhadap hadirnya anak berkebutuhan khusus serta sikap orangtua yang frustasi, stress hingga acuh pada anak yang akhirnya membuat keseimbangan kehidupan keluarga tersebut terganggu. Tentunya hal tersebut harus ditangani dengan segera. Jangan sampai masalah di dalam keluarga dapat menghambat potensi serta aktivitas anggota keluarga yang lain.

Pendekatan-pendekatan bimbingan keluarga yang telah dijelaskan diatas merupakan acuan bimbingan yang dapat membantu memecahkan persoalan tersebut.

Pendekatan behavioral yang menekankan pada perilaku yang dipertahankan atau dirubah atau dimodifikasi dapat digunakan untuk orang tua bagaimana harus bersikap dan berperilaku terhadap anak berkebutuhan khusus yang hadir dalam keluarganya. Pendekatan eksperensial atau humanistik dapat digunakan untuk mengembangkan ketertutupan emosional dan mengurangi kekakuan didalam keluarga serta pendekatan-pendekatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny Retna. 2010. *Konsep dan Prinsip Promosi Kesehatan*. [Online]. <http://enyretnaambarwati.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Cahyo, Kusyogo, Tri Prapto Kurniawan dan Ani Margawati. 2008. *Faktor – faktor yang mempengaruhi Praktik Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 1 Purbalingga Kabuapten Purbalingga*. Vol. 3. No. 2
- Cita, Putri Mutiara. 2011. *Etika dalam Promosi Kesehatan*. [Online]. <http://putrimetiarac.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Modul Pelatihan bagi Tenaga Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta : DepKes
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi untuk Petugas Kesehatan di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta : Depkes RI

- Devi dan Noviya. 2012. *Upaya Preventif terhadap Kesehatan Reproduksi*. [Online]. <http://viknovi.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Donggala. 2012. *Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. [Online]. <http://donggala92.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Fatmanadia. 2012. *Pendidikan Kesehatan/Promosi Kesehatan dalam Mengubah Cara Pandang Masyarakat terhadap Kesehatan Reproduksi*. [Online]. <http://fatmanadia.wordpress.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Febroll (2012). *Pendidikan Kesehatan Sumber* http://febroll.blogspot.com/2012/04/pendidikan_kesehatan.html Diakses tanggal 01/11/2012 waktu 15.32.wib
- Ganiajri, Faqihani, Sri Winarni dan Besar Tirto Husodo. 2012. *Jurnal Kesehatan Masyarakat : Perbedaan Pemanfaatan Multimedia Flash dan ceramah sebagai media pendidikan kesehatan Reproduksi Remaja bagi Remaja Awal di SMP Negeri 3 Turi Kabupaten Sleman*. Vol. 1. No. 2. Hal. 154 – 162
- Geocities (2012), *Prinsip-Prinsip Pendidikan Kesehatan* Sumber : <http://www.geocities.ws/klinikikm/pendidikan-perilaku/prinsip.htm> Diakses tanggal 01/11/2012 waktu 12.30.wib
- Lasari, Risma Fazriyanti. 2012. *Media dan Metode dalam Promosi Kesehatan*. [Online]. <http://princeskalem.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Minda, Katharsis. 2009. *Perubahan Perilaku setelah Promosi Kesehatan*. [Online]. <http://mindaxpromkes.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Nofia, Dian Husada. 2012. *Reorientasi Pelayanan Kesehatan*. [Online]. <http://dianhusadanofia.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugroho dan Arsad Rahim Ali. 2008. *Perilaku Kesehatan dan Proses Perubahannya*. [Online]. <http://arali2008.files.wordpress.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Nurfadilla. 2012. *Perilaku dalam Promosi Kesehatan*. [Online]. <http://nurfadila384.wordpress.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Promosi Kesehatan Masyarakat dalam program PAMSIMAS*. <http://fk.uns.ac.id>
- Sali. 2009. *Promosi Kesehatan*. [Online]. <http://sali-promosikesehatan.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Tim Revisi File Lab Fak. Kedokteran Universitas Sebelas Maret. 2011. *Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi*. [Online]. <http://fk.uns.ac.id>. Diakses tanggal 18 April 2013
- Toha, Eko. 2011. *Promosi Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat*. [Online]. <http://niatingsun.blogspot.com>. Diakses tanggal 18 April 2013
- UNFPA. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta : UNFPA
- Utami, Wiwik Sri. 2007. *Kajian Kesehatan Reproduksi Remaja Wanita*. Vol. 6. No. 1

BIOGRAFI PENULIS



Aureliya Hutagaol, lahir di Pematang Siantar, 26 November 1974. beralamat di Dusun II Desa Sukamaju Kecamatan Sunggal Kab. Deli Serdang, berstatus sudah menikah dan beragama Katolik, bertugas pada Universitas Imelda Medan, Jl. Bilal No. 52 Kel. Pulo Brayan Darat I, Kec. Medan Timur

Mengikuti pendidikan AKTA III Mengajar Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Institusi Keguruan dan Ilmu Pendidikan Medan pada tahun 1997-1998, setelah lulus

melanjutkan jenjang pendidikan Program Studi S1 Program Sarjana Keperawatan STIKes Bina Kwalita Sumber Daya Manusia (Binalita Sudama) pada tahun 2006-2008 dan melanjutkan pendidikan Program Profesi Ners STIKes Bina Kwalita Sumber Daya Manusia (Binalita Sudama) dengan tahun kelulusan 2009. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan program studi Magister Program Study S-2 Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Minat Studi Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu dan Anak yang lulus pada tahun 2012.

BIOGRAFI EDITOR



Bernita Silalahi, lahir di Seilebah, 18 Agustus 1966. beralamat di Jln. Tangguk Bahagia 12 Blok 2, berstatus sudah menikah dan beragama Kristen Protestan, bertugas pada Universitas Imelda Medan, Jl. Bilal No. 52 Kel. Pulo Brayan Darat I, Kec. Medan Timur

Mengikuti pendidikan Program Pendidikan D3 Keperawatan Darma Agung pada tahun 1985-1988, setelah lulus melanjutkan jenjang pendidikan Program Studi S1 Program Sarjana Program Pendidikan S1 Bimbingan dan konseling Unimed pada tahun 2002-2005 dan melanjutkan pendidikan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Jenjang S2) dengan tahun kelulusan 2012. Pernah mendapat penghargaan Tanda Kehormatan LLDikti Wilayah 1 SUMUT Menganugerahkan Lancana Tri Dharma Perguruan Tinggi X Tahun. Surat Keputusan Kepada Lembaga Layanan Pendidikan Tinggi Wilayah 1 No.446/L1/KK/2021 Tanggal 30 Juli 2021