



# MODUL PEMBELAJARAN

## KEPERAWATAN MATERNITAS II

**Penulis:**

**Anita Rahmawati, M.Kep.**

**Dwi Prasetyaningati, M.Kep.**



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2019**

## **KATA PENGANTAR**

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Jombang, Februari 2019

Penulis

## **PENYUSUN**

### **Penulis**

Anita Rahmawati, M.Kep.

Dwi Prasetyaningati, M.Kep.

### **Desain dan Editor**

M. Sholeh

.

### **Penerbit**

@ 2019 Icme Press

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL .....	v
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER.....	vi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar .....	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan .....	1
C. Strategi Perkuliahan.....	3
BAB 2 KEGIATAN BELAJAR .....	5
A. Kegiatan Belajar 1-11 .....	5
B. Kegiatan Belajar 12-14.....	43
DAFTAR PUSTAKA .....	56

## PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

### A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

### B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

## RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER

	<b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG</b> <b>PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN</b>		
<b>RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)</b>			
<b>No. Dokumen</b>	<b>No. Revisi</b>	<b>Hal</b>	<b>Tanggal Terbit</b> 4 Februari 2019
Matakuliah : Kep.Maternitas 2	Semester: IV	SKS:3 (2T, 1P)	Kode MK: 01ACMAT2
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan	Dosen Pengampu/Penanggungjawab : Anita Rahmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep (AR) Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep (DP)		
Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)	<p><b><u>Sikap</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;</li> <li>2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;</li> <li>3. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan</li> <li>4. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.</li> <li>5. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggung jawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;</li> <li>6. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia</li> <li>7. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya</li> </ol> <p><b><u>Keterampilan Umum:</u></b></p>		

1. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi kerjaprofesinya
2. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dankreatif
3. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
4. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
5. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya.
6. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan olehsejawat
7. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidangprofesinya
8. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidangprofesinya
9. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dankliennya
10. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerjaprofesinya

**CP Keterampilan Khusus**

1. Menerapkan filosofi, konsep holistik dan proses keperawatan maternitas dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus sistem reproduksi pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
3. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus sistem reproduksi pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
4. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus sistem reproduksi dengan menekankan aspek caring dan

	<p>pekabudaya.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kasus sistem reproduksi dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.</li> <li>6. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus sistem reproduksi terkait berbagai sistem dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.</li> <li>7. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus sistem reproduksi sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.</li> </ol> <p><b><u>CP Pengetahuan</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>2. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan padawanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>3. Mengintegrasikan hasil penelitian yang berhubungandengan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>4. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan padawanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>5. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> </ol>
--	---



Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>2. Mampu melakukan simulasi pendidikan kesehatan padawanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>3. Mampu mengintegrasikan hasil penelitian yang berhubungandengan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>4. Mampu melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan padawanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> <li>5. Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan memperhatikan aspek legal dan etis.</li> </ol>					
Deskripsi Matakuliah		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 keperawatanserta memperhatikan aspek legal dan etis ditatanan klinik maupun komunitas.					
Mg ke -	Kemampuan yang diharapkan (Sub-CPMK)	Bahan Kajian/Materi Pembelajaran	Metode Pembelajaran dan Pengalaman	Waktu	Penilaian		
					Teknik	Kriteria/ Indikator	Bobot (%)

			<b>Belajar/ fasilitator</b>				
1	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	1. Masalah-masalah kesehatan wanita pada masa reproduksi a. Gangguan perdarahan 1) Perdarahan awal kehamilan - KET - Abortus 2) Perdarahan awal kehamilan - Plasenta previa - Solusio plasenta	Mini Lecture (AR)	2x50	MCQ	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7
2	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	3) Perdarahan pada pasca persalinan 4) Syok hemorhagi 5) Gangguan pembekuan pada masa kehamilan	Mini Lecture, (AR)	2x50	MCQ	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7

3	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	b. Infeksi Maternal 1) Penyakit seksual menular 2) Infeksi TORCH 3) Infeksi Traktus genitalia 4) Penyakit radang panggul 5) Infeksi pasca partum	SGD, (AR)	2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7
4	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	c. Penyakit pada masa kehamilan 1) Hiperemesis gravidarum 2) Hipertensi dalam kehamilan 3) Preeklamsi/eklamsi 4) Anemia 5) Gangguan kardiovaskuler 6) Diabetes mellitus	SGD, (AR)	2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7
5	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi),	d. Persalinan berisiko 1) Distosia 2) Prematur	SGD, (AR)	2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7

	pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	3) Dismatur					
6	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	e. Keluarga berencana	SGD, (AR)	2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7
7	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan	f. Gangguan menstruasi 1) Amenorhea hipogonadotropi 2) Disminorhe 3) Endometritis g. Infertilitas	SGD, (AR)	2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7

	setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	1) Investigasi infertilitas wanita 2) Investigasi infertilitas pria					
8	<b>UJIAN TENGAH SEMESTER</b>						
9	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	h. Klimakterium 1) Gejala klimakterium 2) Gejala pasca klimakterium i. Trauma melahirkan 1) Inkontinensia urine 2) Fistula genetalia	Mini Lecture, (DP)	2x50	MCQ	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7
10	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari	j. Neoplasma 1) Mioma uteri 2) Kanker payudara 3) Keganasan organ reproduksi : Ca servix, Ca endometrium, Ca ovarium	Mini Lecture, (DP)	2x50	MCQ	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7

	dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	4) Konsep home visit pascaoperasi/kemoterapi					
11	Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	k. Kekerasan terhadap perempuan	Mini Lecture, (DP)	2x50	MCQ	Dapat melakukan asuhan keperawatan	7
12	Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan	2. Asuhan keperawatan sistem reproduksi a) Pengkajian sistem reproduksi b) Diagnosa keperawatan pada gangguan sistem reproduksi c) Perencanaan/implementasi/evaluasi keperawatan pada	Case studi (DP)  Simulasi (AR)	2x50  7 x 170	Laporan kasus  Problem solving skill	Dapat mendemonstrasikan intervensi keperawatan	8

	memperhatikan aspek legal dan etis.	gangguan sistem reproduksi d) Dokumentasi asuhan keperawatan					
13	Mampu melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.	3. Sistem layanan kesehatan untuk pasien dengan gangguan sistem reproduksi (rujukan, POM, Gakin, Jamkesmas)	Mini Lecture (DP)	2x50	MCQ	Dapat melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan	7
14	Mampu melakukan simulasi pendidikan kesehatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarganya dengan memperhatikan aspek legal dan etis.	1. Pengkajian dan promosi kesehatan wanita 2. Upaya-upaya pencegahan primer, sekunder, dan tersier pada sistem reproduksi a) Sadari b) Screening	Mini lecture (DP)  Demonstrasi dan roleplay (DP)	2x50  7 x 170	MCQ  Prosedur skill tes	Dapat melakukan simulasi pendidikan kesehatan pada wanita	8

15	Mampu mengintegrasikan hasil penelitian yang berhubungan dengan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa <i>childbearing</i> (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trend dan issue keperawatan maternitas terkait masalah-masalah kesehatan wanita</li> <li>2. Evidence based practice dalam keperawatan maternitas</li> </ol>	SGD, (DP)	2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat mengintegrasikan hasil penelitian yang	7
16	<b>UJIAN AKHIR SEMESTER</b>						



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Deskripsi Mata Ajar**

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 keperawatanserta memperhatikan aspek legal dan etis ditatanan klinik maupun komunitas.

### **B. Capaian Pembelajaran Lulusan**

#### **1. Sikap**

- a. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
- c. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
- d. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
- e. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
- f. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia
- g. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya

#### **2. Keterampilan Umum**

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi

kerjaprofesinya

- b. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
- c. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
- d. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
- e. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya.
- f. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
- g. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
- h. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
- i. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
- j. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerjaprofesinya

### **3. CP Keterampilan Khusus**

- a. Menerapkan filosofi, konsep holistik dan proses keperawatan maternitas dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
- b. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus sistem reproduksi pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
- c. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus sistem reproduksi pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
- d. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus sistem reproduksi dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.

- e. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kasus sistem reproduksi dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
- f. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus sistem reproduksi terkait berbagai sistem dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.
- g. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus sistem reproduksi sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan aspek caring dan pekabudaya.

#### **4. CP Pengetahuan**

- a. Melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.
- b. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan padawanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan memperhatikan aspek legal dan etis.
- c. Mengintegrasikan hasil penelitian yang berhubungan dengan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.
- d. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan padawanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis.
- e. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluargadengan memperhatikan aspek legal dan etis.

### **C. Strategi Perkuliahan**

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan

lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi. Berikut metode pembelajaran yang akan digunakan dalam perkuliahan ini:

1. Mini Lecture
2. Case Studi
3. SGD
4. Demonstrasi dan Simulasi

## BAB 2

### KEGIATAN BELAJAR

#### A. Kegiatan Belajar 1-11

##### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mampu melakukan asuhan keperawatan wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarga dengan memperhatikan aspek legal dan etis, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan

##### 2. Uraian Materi

#### Askep Gangguan Reproduksi WUS

Dosen: Anita Rahmawati, M.Kep.

#### I. ASKEP PERDARAHAN POSTPARTUM

##### A. Defenisi

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena retensio plasenta. Perdarahan post partum adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (*Prof. Dr. Rustam Mochtar, MPH, 1998*).

Haemorigic Post Partum (HPP) biasanya kehilangan darah lebih dari 500 ml selama atau setelah kelahiran (*Marylin E Dongoes, 2001*).

Perdarahan Post partum diklasifikasikan menjadi 2, yaitu :

- Early Postpartum : Terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir
- Late Postpartum : Terjadi lebih dari 24 jam pertama setelah bayi lahir

Frekuensi perdarahan post partum 4/5-15 % dari seluruh persalinan.

Berdasarkan penyebabnya :

1. Atoni uteri (50-60%)
2. Retensio plasenta (16-17%)
3. Sisa plasenta (23-24%)
4. Laserasi jalan lahir (4-5%)

5. Kelainan darah (0,5-0,8%)

**B. Etiologi**

Penyebab umum perdarahan postpartum adalah:

1. Atonia Uteri
2. Retensi Plasenta
3. Sisa Plasenta dan selaput ketuban
  - a. Pelekatan yang abnormal (plasaenta akreta dan perkreta)
  - b. Tidak ada kelainan pelekatan (plasenta seccenturia)
4. Trauma jalan lahir
  - a. Episiotomi yang lebar
  - b. Lacerasi perineum, vagina, serviks, forniks dan rahim
  - c. Rupture uteri
5. Penyakit darah ; Kelainan pembekuan darah misalnya afibrinogenemia /hipofibrinogenemia. Tanda yang sering dijumpai :
  - Perdarahan yang banyak.
  - Solusio plasenta
  - Kematian janin yang lama dalam kandungan
  - Pre eklampsia dan eklampsia
  - Infeksi, hepatitis dan syok septik.
6. Hematoma
7. Inversi Uterus
8. Subinvolusi Uterus

Hal-hal yang dicurigai akan menimbulkan perdarahan pasca persalinan. Yaitu;

1. Riwayat persalinan yang kurang baik, misalnya:
  - a. Riwayat perdarahan pada persalinan yang terdahulu
  - b. Grande multipara (lebih dari empat anak)
  - c. Jarak kehamilan yang dekat (kurang dari dua tahun)
  - d. Bekas operasi Caesar
  - e. Pernah abortus (keguguran) sebelumnya
  - f. Hasil pemeriksaan waktu bersalin, misalnya:

- Persalinan/kala II yang terlalu cepat, sebagai contoh setelah ekstraksi vakum, forsep
- Uterus terlalu teregang, misalnya pada hidramnion, kehamilan kembar, anak besar
- Uterus yang kelelahan, persalinan lama
- Uterus yang lembek akibat narkosa
- Inversi uteri primer dan sekunder.

### C. Manifestasi Klinis

Gejala Klinis umum yang terjadi adalah kehilangan darah dalam jumlah yang banyak (> 500 ml), nadi lemah, pucat, lochea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, dan dapat terjadi syok hipovolemik, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, mual.

Gejala Klinis berdasarkan penyebab :

#### 1. Atonia Uteri :

Gejala yang selalu ada: Uterus tidak berkontraksi dan lembek dan perdarahan segera setelah anak lahir (perarahan postpartum primer) Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain)

#### 2. Robekan jalan lahir

Gejala yang selalu ada: perdarahan segera, darah segar mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uteru baik, plasenta baik. Gejala yang kadang-kadang timbul: pucat, lemah, menggigil.

#### 3. Retensio plasenta

Gejala yang selalu ada : plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik. Gejala yang kadang-kadang timbul: tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan

#### 4. Tertinggalnya plasenta (sisa plasenta)

Gejala yang selalu ada : plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera

Gejala yang kadang-kadang timbul: Uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang.

## 5. Inversio uterus

Gejala yang selalu ada: uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, dan nyeri sedikit atau berat.

Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok neurogenik dan pucat

### **D. Patofisiologi**

Dalam persalinan pembuluh darah yang ada di uterus melebar untuk meningkatkan sirkulasi ke sana, atoni uteri dan subinvolusi uterus menyebabkan kontraksi uterus menurun sehingga pembuluh darah-pembuluh darah yang melebar tadi tidak menutup sempurna sehingga perdarahan terjadi terus menerus. Trauma jalan lahir seperti episiotomi yang lebar, laserasi perineum, dan ruptur uteri juga menyebabkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah, penyakit darah pada ibu; misalnya afibrinogemia atau hipofibrinogemia karena tidak ada atau kurangnya fibrin untuk membantu proses pembekuan darah juga merupakan penyebab dari perdarahan postpartum. Perdarahan yang sulit dihentikan bisa mendorong pada keadaan shock hemoragik.

#### 1. Perdarahan Postpartum akibat Atonia Uteri

Perdarahan postpartum dapat terjadi karena terlepasnya sebagian plasenta dari rahim dan sebagian lagi belum; karena perlukaan pada jalan lahir atau karena atonia uteri. Atoni uteri merupakan sebab terpenting perdarahan postpartum.

Atonia uteri dapat terjadi karena proses persalinan yang lama; pembesaran rahim yang berlebihan pada waktu hamil seperti pada hamil kembar atau janin besar; persalinan yang sering (multiparitas) atau anestesi yang dalam. Atonia uteri juga dapat terjadi bila ada usaha mengeluarkan plasenta dengan memijat dan mendorong rahim ke bawah sementara plasenta belum lepas dari rahim. Perdarahan yang banyak dalam waktu pendek dapat segera diketahui. Tapi bila perdarahan sedikit dalam waktu lama tanpa disadari penderita telah kehilangan banyak darah sebelum tampak pucat dan gejala lainnya. Pada perdarahan karena atonia uteri, rahim membesar dan lembek. Perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri dan robekan jalan lahir adalah :

- a. Kontraksi uterus lembek, lemah, dan membesar (fundus uteri masih tinggi)
- b. Perdarahan terjadi beberapa menit setelah anak lahir



- c. Bila kontraksi lemah, setelah masase atau pemberian uterotonika, kontraksi yang lemah tersebut menjadi kuat.

Terapi terbaik adalah pencegahan. Anemia pada kehamilan harus diobati karena perdarahan yang normal pun dapat membahayakan seorang ibu yang telah mengalami anemia. Bila sebelumnya pernah mengalami perdarahan postpartum, persalinan berikutnya harus di rumah sakit. Pada persalinan yang lama diupayakan agar jangan sampai terlalu lelah. Rahim jangan dipijat dan didorong ke bawah sebelum plasenta lepas dari dinding rahim. Pada perdarahan yang timbul setelah janin lahir dilakukan upaya penghentian perdarahan secepat mungkin dan mengangatasi akibat perdarahan. Pada perdarahan yang disebabkan atonia uteri dilakukan massage rahim dan suntikan ergometrin ke dalam pembuluh balik. Bila tidak memberi hasil yang diharapkan dalam waktu singkat, dilakukan kompresi bimanual pada rahim, bila perlu dilakukan tamponade utero vaginal, yaitu dimasukkan tampon kasa kedalam rahim sampai rongga rahim terisi penuh. Pada perdarahan postpartum ada kemungkinann dilakukan pengikatan pembuluh nadi yang mensuplai darah ke rahim atau pengangkatan rahim.

Adapun Faktor predisposisi terjadinya atonia uteri : Umur, Paritas, Partus lama dan partus terlantar, Obstetri operatif dan narkosa, Uterus terlalu regang dan besar misalnya pada gemelli, hidramnion atau janin besar, Kelainan pada uterus seperti mioma uterii, uterus couvelair pada solusio plasenta, Faktor sosio ekonomi yaitu malnutrisi.

## 2. Perdarahan Pospartum akibat Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir selama 1 jam setelah bayi lahir. Penyebab retensio plasenta :

- a. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena melekat dan tumbuh lebih dalam. Menurut tingkat perlekatannya :
  - 1) Plasenta adhesiva : plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
  - 2) Plasenta inkreta : vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
  - 3) Plasenta akreta : vili khorialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.

- 4) Plasenta perkreta : vili khorialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
- b. Plasenta sudah terlepas dari dinding rahim namun belum keluar karena atoni uteri atau adanya lingkaran konstriksi pada bagian bawah rahim (akibat kesalahan penanganan kala III) yang akan menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata).

### 3. Perdarahan Postpartum akibat Subinvolusi

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan salah satu dari penyebab terumum perdarahan pascapartum. Biasanya tanda dan gejala subinvolusi tidak tampak, sampai kira-kira 4 hingga 6 minggu pascapartum. Fundus uteri letaknya tetap tinggi di dalam abdomen/ pelvis dari yang diperkirakan. Keluaran lokia seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lokia alba. Lokia bisa tetap dalam bentuk rubra, atau kembali ke bentuk rubra dalam beberapa hari pascapartum. Lokia yang tetap bertahan dalam bentuk rubra selama lebih dari 2 minggu pascapartum sangatlah perlu dicurigai terjadi kasus subinvolusi. Jumlah lokia bisa lebih banyak dari pada yang diperkirakan. Leukore, sakit punggung, dan lokia berbau menyengat, bisa terjadi jika ada infeksi. Ibu bisa juga memiliki riwayat perdarahan yang tidak teratur, atau perdarahan yang berlebihan setelah kelahiran.

### 4. Perdarahan Postpartum akibat Inversio Uteri

Inversio Uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi di luar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya segera dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.

Pembagian inversio uteri :

- a. Inversio uteri ringan : Fundus uteri terbalik menonjol ke dalam kavum uteri namun belum keluar dari ruang rongga rahim
- b. Inversio uteri sedang : Terbalik dan sudah masuk ke dalam vagina
- c. Inversio uteri berat : Uterus dan vagina semuanya terbalik dan sebagian sudah keluar vagina.

Penyebab inversio uteri :

- a. Spontan : grande multipara, atoni uteri, kelemahan alat kandungan, tekanan intra abdominal yang tinggi (mengejan dan batuk).
- b. Tindakan : cara Crade yang berlebihan, tarikan tali pusat, manual plasenta yang dipaksakan, perlekatan plasenta pada dinding rahim.

Faktor-faktor yang memudahkan terjadinya inversio uteri :

- a. Uterus yang lembek, lemah, tipis dindingnya.
- b. Tarikan tali pusat yang berlebihan.

Gejala klinis inversio uteri : Dijumpai pada kala III atau post partum dengan gejala nyeri yang hebat, perdarahan yang banyak sampai syok. Apalagi bila plasenta masih melekat dan sebagian sudah ada yang terlepas dan dapat terjadi strangulasi dan nekrosis.

#### 5. Perdarahan Postpartum Akibat Hematoma

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat disepanjang traktus genitalia, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang ekimotik. Hematoma yang kecil diatasi dengan es, analgesic dan pemantauan yang terus menerus. Biasanya hematoma ini dapat diserap kembali secara alami.

#### 6. Perdarahan Postpartum akibat Laserasi /Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan postpartum. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri.

Tanda-tanda Robekan jalan lahir (robekan jaringan lunak)

- a. Kontraksi uterus kuat, keras dan mengecil
- b. Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan ini terus-menerus.
- c. Setelah dilakukan masase atau pemberian uterotonika langsung uterus mengeras tapi perdarahan tidak berkurang.

Perdarahan postpartum dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan servik atau vagina. Robekan Serviks : Persalinan Selalu mengakibatkan robekan serviks sehingga servik seorang multipara berbeda dari yang belum pernah melahirkan pervaginam. Robekan servik yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah

uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti, meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi dengan baik, perlu dipikirkan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan servik uteri.

Robekan Vagina : Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat ekstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum.

Robekan Perineum : Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkum ferensia suboksipito bregmatika.

Laserasi pada traktus genitalia sebaiknya dicurigai, ketika terjadi perdarahan yang berlangsung lama yang menyertai kontraksi uterus yang kuat.

#### **E. Pemeriksaan Penunjang**

1. Golongan darah : menentukan Rh, ABO dan percocokan silang
2. Jumlah darah lengkap : menunjukkan penurunan Hb/Ht dan peningkatan jumlah sel darah putih (SDP). (Hb saat tidak hamil:12-16gr/dl, saat hamil: 10-14gr/dl. Ht saat tidak hamil:37%-47%, saat hamil:32%-42%. Total SDP saat tidak hamil 4.500-10.000/mm<sup>3</sup>. saat hamil 5.000-15.000)
3. Kultur uterus dan vagina : mengesampingkan infeksi pasca partum
4. Urinalisis : memastikan kerusakan kandung kemih
5. Profil koagulasi : peningkatan degradasi, kadar produk fibrin/produk split fibrin (FDP/FSP), penurunan kadar fibrinogen : masa tromboplastin partial diaktivasi, masa tromboplastin partial (APT/PTT), masa protrombin memanjang pada KID Sonografi : menentukan adanya jaringan plasenta yang tertahan

#### **F. Terapi**

Tiga hal yang harus diperhatikan dalam menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan post partum :

1. Menghentikan perdarahan.

2. Mencegah timbulnya syok
3. Mengganti darah yang hilang

### **G. Pemeriksaan Fisik**

1. Pemeriksaan tanda-tanda vital
  - a. Suhu badan : biasanya meningkat sampai 38,0 C dianggap normal. Setelah satu hari suhu akan kembali normal (36,0 C – 37,0 C), terjadi penurunan akibat hipovolemia
  - b. Nadi : akan meningkat cepat karena nyeri, biasanya terjadi hipovolemia yang semakin berat.
  - c. Tekanan darah : biasanya stabil, memperingan hipovolemia
  - d. Pernafasan : Bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga menjadi tidak normal.
2. Pemeriksaan Khusus

Observasi setiap 8 jam untuk mendeteksi adanya tanda-tanda komplikasi dengan mengevaluasi sistem dalam tubuh. Pengkajian ini meliputi :

  - a. Nyeri/ketidaknyamanan : Nyeri tekan uterus (fragmen-fragmen plasenta tertahan)  
Ketidaknyamanan vagina/pelvis, sakit punggung (hematoma)
  - b. Sistem vaskuler
    - Perdarahan di observasi tiap 2 jam selama 8 jam 1, kemudian tiap 8 jam berikutnya-
    - Tensi diawasi tiap 8 jam
    - Apakah ada tanda-tanda trombosis, kaki sakit, bengkak dan merah
    - Haemorroid diobservasi tiap 8 jam terhadap besar dan kekenyalan
    - Riwayat anemia kronis, konjungtiva anemis/sub anemis, defek koagulasi kongenital, idiopatik trombositopeni purpura.
  - c. Sistem Reproduksi
    - 1) Uterus diobservasi tiap 30 menit selama empat hari post partum, kemudian tiap 8 jam selama 3 hari meliputi tinggi fundus uteri dan posisinya serta konsistensinya
    - 2) Lochea diobservasi setiap 8 jam selama 3 hari terhadap warna, banyak dan bau

- 3) Perineum diobservasi tiap 8 jam untuk melihat tanda-tanda infeksi, luka jahitan dan apakah ada jahitannya yang lepas
  - 4) Vulva dilihat apakah ada edema atau tidak
  - 5) Payudara dilihat kondisi areola, konsistensi dan kolostrum
  - 6) Tinggi fundus atau badan terus gagal kembali pada ukuran dan fungsi sebelum kehamilan (sub involusi)
- d. Traktus urinarius
- Diobservasi tiap 2 jam selama 2 hari pertama. Meliputi miksi lancar atau tidak, spontan dan lain-lain
- e. Traktur gastro intestinal
- Observasi terhadap nafsu makan dan obstipasi
- f. Integritas Ego : Mungkin cemas, ketakutan dan khawatir

## II. ABORTUS

### A. Definisi

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. (Sarwono, P. 2002)

Berakhirnya kehamilan sebelum anak dapat hidup di dunia luar disebut abortus. Anak baru mungkin hidup di dunia luar kalau beratnya telah mencapai 1000 gram atau umur kehamilan 28 minggu. Ada juga yang mengambil sebagai batas untuk abortus berat anak yang kurang dari 500 gram. Jika anak yang lahir beratnya antara 500 dan 999 gram disebut partus immaturus. (Fakultas Kedokteran UNPAD)

Abortus dapat dibagi menjadi sebagai berikut:

1. Abortus spontan (terjadi dengan sendiri, keguguran); merupakan kurang lebih 20% dari semua abortus.
2. Abortus provokatus (disengaja, digugurkan); 80% dari semua abortus.
  - a) Abortus provokatus artificialis atau abortus terapeutikus

Abortus provokatus artificialis adalah pengguguran kehamilan, biasanya dengan alat-alat dengan alasan bahwa kehamilan membahayakan membawa maut bagi ibu, misalnya karena ibu berpenyakit berat.

Abortus provokatus pada hamil muda dibawah 12 minggu dapat dilakukan dengan pemberian prostaglandin atau kuretase dengan penyedotan (vacum) atau dengan sendok kuret.

Pada hamil yang tua diatas 12 minggu dilakukan histerektomi, juga dapat disuntikkan garam hipertonis (20%) atau prostaglandin intra-amnial. Indikasi untuk abortus terapeutikus misalnya: penyakit jantung (jantung rheumatic), hipertensi esentialis, karsinoma serviks.

b) Abortus provokatus kriminalis.

Abortus provokatus kriminalis adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang syah dan dilarang oleh hukum.

Secara klinis masih ada istilah-istilah sebagai berikut:

1. Abortus imminens (keguguran mengancam). Abortus baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya.
2. Abortus incipiens (keguguran berlangsung). Abortus ini sudah berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi.
3. Abortus inkompletikus (keguguran tidak lengkap). Sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan tapi sebagian (biasanya jaringan plasenta masih tertinggal didalam rahim.
4. Abortus kompletikus (keguguran lengkap). Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap.
5. Missed abortion (keguguran tertunda). Missed abortion adalah keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke-22, tetapi tertahan didalam rahim selama 2 bulan atau lebih setelah janin mati.
6. Abortus habitualis (keguguran berulang-ulang). Ialah abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi; sekurang-kurangnya tiga kali berturut-turut.

## **B. Etiologi**

Walaupun terjadinya abortus habitualis berturut-turut mungkin kebetulan, namun wajar untuk memikirkan adanya sebab dasar yang mengakibatkan peristiwa berulang ini. Sebab dasar ini dalam kurang lebih 40% tidak diketahui; yang diketahui, dapat dibagi dalam tiga golongan:

1. Kelainan pada zigote

Agar bisa menjadi kehamilan, dan kehamilan itu dapat berlangsung terus dengan selamat, perlu adanya penyatuan antara spermatozoon yang normal dengan ovum yang normal pula. Kelainan genetik pada suami atau istri dapat menjadi sebab kelainan pada zigote dengan akibat terjadinya abortus. Dapat dikatakan bahwa kelainan kromosomal yang dapat memegang peranan dalam abortus berturut-turut, jarang terdapat. Dalam hubungan ini dianjurkan untuk menetapkan kariotipe pasangan suami istri apabila terjadi sedikit-sedikitnya abortus berturut-turut tiga kali, atau janin yang dilahirkan menderita cacat.

2. Gangguan fungsi endometrium yang menyebabkan gangguan implantasi ovum yang dibuahi dan gangguan dalam pertumbuhan mudigah.

Malfungsi endometrium yang mengganggu implantasi dan mengganggu mudigah dalam pertumbuhannya.

Di bawah pengaruh estrogen, endometrium yang sebagian besar hilang pada waktu haid, timbul lagi sesudah itu, dan dipersiapkan untuk menerima dengan baik ovum yang dibuahi. Sesudah ovulasi glikogen yang terhimpun dalam sel-sel basal endometrium memasuki sel-sel dan lumen kelenjar-kelenjar dalam endometrium, untuk kelak dibawah pengaruh alkalin fosfatase diubah menjadi glukose. Di samping zat hidrat arang tersebut dibutuhkan pula protein, lemak, mineral, dan vitamin untuk pertumbuhan mudigah.

Faktor-faktor yang dapat mengakibatkan gangguan dalam pertumbuhan endometrium adalah :

- a) Kelainan hormonal

Pada wanita dengan abortus habitualis, dapat ditemukan bahwa fungsi glandula tiroidea kurang sempurna. Oleh sebab itu pemeriksaan fungsi tiroid pada wanita-wanita dengan abortus berulang perlu dilakukan; pemeriksaan ini hendaknya dilakukan diluar kehamilan. Selain itu gangguan fase luteal dapat menjadi sebab infertilitas dan abortus muda yang berulang. Gangguan fase luteal dapat menyebabkan disfungsi tuba dengan akibat transfor ovum terlalu cepat, motilitas uterus yang berlebihan dan kesukaran dalam nidasi karena endometrium tidak dipersiapkan dengan baik.

- b) Gangguan nutrisi



Penyakit-penyakit yang mengganggu persediaan zat-zat makanan untuk janin yang sedang tumbuh dapat menyebabkan abortus. Anemia yang berat, penyakit menahun dan lain-lain akan mempengaruhi gizi penderita.

c) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi menahun yang dapat menjadi sebab kegagalan kehamilan ialah luwes. Disebut pula mikoplasma hominis yang ditemukan di serviks uteri, vagina dan uretra. Penyakit infeksi akut dapat menyebabkan abortus yang berturut-turut.

d) Kelainan imunologik

Inkomptabilitas golongan darah A, B, O, dengan reaksi antigen-antibodi dapat menyebabkan abortus berulang, karena pelepasan histamin mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan fragilitas kapiler. Inkomptabilitas karena Rh faktor dapat menyebabkan abortus berulang, tetapi hal itu biasanya menyebabkan gangguan pada kehamilan diatas 28 minggu.

e) Faktor psikologis

Dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus berulang dan keadaan mental, akan tetapi sebelum terang sebab musababnya. Yang peka terhadap terjadinya abortus ialah wanita yang belum matang secara emosional dan sangat mengkhawatirkan risiko kehamilan; begitu pula wanita yang sehari-hari bergaul dalam dunia pria dan menganggap kehamilan sebagai suatu beban yang berat.

Dalam hal-hal tersebut diatas, peranan dokter untuk menyelamatkan kehamilan sangat penting. Usaha-usaha dokter untuk mendapatkan kepercayaan pasien, dan menerangkan segala sesuatu kepadanya, sangat membantu.

3. Kelainan anatomik pada uterus yang dapat menghalangi berkembangnya janin didalamnya dengan sempurna.

Kelainan bawaan dapat menjadi sebab abortus habitualis, antara lain hipoplasia uterus, subseptus uterus bikornis dan sebagainya. Akan tetapi pada kelainan bawaan seperti uterus bikornis, sebagian besar kehamilan dapat berlangsung terus dengan baik. Walaupun pada abortus habitualis perlu diselidiki dengan histerosalpingografi, apakah ada kelainan bawaan, perlu

diperiksa pula apakah tidak ada sebab lain dari abortus habitualis, sebelum menganggap kelainan bawaan uterus tersebut sebagai sebabnya.

Diantara kelainan-kelainan yang timbul pada wanita dewasa terdapat laserasi serviks uteri yang luas, tumor uterus khususnya mioma, dan serviks uteri yang inkompeten. Pada laserasi yang cukup luas, bagian bawah uterus tidak dapat memberi perlindungan pada janin dan dapat menjadi abortus, biasanya pada inkompeten; pada kehamilan 14 minggu atau lebih ostium uteri internum perlahan-lahan membuka tanpa menimbulkan rasa nyeri dan ketuban mulai menonjol. Jika keadaan dibiarkan, ketuban pecah dan terjadi abortus. Mioma uteri, khususnya berjenis sub mukus, dapat mengganggu implantasi ovum yang dibuahi atau pertumbuhannya didalam cavum uteri.

### **C. Patofisiologi**

Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan  $O_2$ . bagian yang terlepas dianggap benda asing, sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan kontraksi.

Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal yang menyebabkan berbagai penyakit. Oleh karena itu, keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi.

Bentuk perdarahan bervariasi diantaranya:

1. Sedikit-sedikit dan berlangsung lama
2. Sekaligus dalam jumlah yang besar dapat disertai gumpalan
3. Akibat perdarahan tidak menimbulkan gangguan apapun; dapat menimbulkan syok, nadi meningkat, tekanan darah turun, tampak anemis dan daerah ujung (akral) dingin.

Bentuk pengeluaran hasil konsepsi bervariasi:

1. Umur kehamilan dibawah 14 minggu dimana plasenta belum terbentuk sempurna, dikeluarkan seluruh atau sebagian hasil konsepsi.
2. Diatas 16 minggu, dengan pembentukan plasenta sempurna dapat didahului dengan ketuban pecah diikuti pengeluaran hasil konsepsi, dan dilanjutkan dengan pengeluaran plasenta berdasarkan proses persalinannya dahulu disebutkan persalinan immaturus.

3. Hasil konsepsi tidak dikeluarkan lebih dari 6 minggu, sehingga terjadi ancaman baru dalam bentuk gangguan pembekuan darah.

Berbagai bentuk perubahan hasil konsepsi yang tidak dikeluarkan dapat terjadi:

1. Mola karnosa: hasil konsepsi menyerap darah, terjadi gumpalan seperti daging.
2. Mola tuberosa: amnion berbenjol-benjol, karena terjadi hematoma antara amnion dan karion
3. Fetus kompresus: janin mengalami mumifikasi, terjadi penyerapan kalsium, dan tertekan sampai gepeng.
4. Fetus papiraseus: kompresi fetus berlangsung terus, terjadi penipisan, laksana kertas.
5. Blighted ovum: hasil konsepsi yang dikeluarkan tidak mengandung janin, hanya benda kecil yang tidak berbentuk.
6. Missed abortion: hasil konsepsi yang tidak dikeluarkan lebih dari 6 minggu.

#### **D. Penatalaksanaan Kuretase**

##### **1. Persiapan Sebelum Tindakan**

###### **a) Pasien**

- 1) cairan dan selang infus sudah terpasang, perut bawah dan lipat paha sudah dibersihkan dengan air dan sabun.
- 2) Uji fungsi dan kelengkapan peralatan resusitasi kardiopulmoner.
- 3) Siapkan kain alas bokong dan penutup perut bawah.
- 4) Medikamentosa
  - Analgetika (pethidin 1-2 mg/kg BB, ketamin HCl 0,5 mg/kg BB, tramadol 1-2 mg/kg BB)
  - Sedatifa (diazepam 10 mg)
  - Atropin sulfat 0,25-0,50 mg/kg
- 5) Larutan antiseptik (povidon iodine 10%).
- 6) Oksigen dengan regulator.
- 7) Instrumen :
  - Cunam tampon: 1
  - Klem ovum (foersters/fenster clamp) lurus : 2
  - Sendok kuret pasca persalinan : 1

- Spekulum sim's atau L dan kateter karet : 2 dan 1
  - Tabung ml dan jarum suntik no 23 (sekali pakai) : 2
- b) Penolong (operator dan asisten)
- 1) Baju kamar tindakan, apron, masker dan kaca mata pelindung : 3 set
  - 2) Sarung tangan DTT/steril : 4 pasang
  - 3) Alas kaki (sepatu atau boot karet) : 3 pasang
  - 4) Instrumen :
    - Lampu sorot : 1
    - Mangkok logam : 2
    - Penampung udara dan jaringan : 1

### III. ENDOMETRIOSIS

#### A. Pengertian

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).

#### B. Etiologi

Etiologi endometriosis belum diketahui tetapi ada beberapa teori yang telah dikemukakan:

1. Secara kongenital sudah ada sel-sel endometrium di luar uterus.
2. Pindahannya sel-sel endometrium melalui sirkulasi darah atau sirkulasi limfe.
3. Refluks menstruasi yang mengandung sel-sel endometrium ke tuba fallopi, sampai ke rongga pelvis.
4. Herediter karena insiden lebih tinggi pada wanita yang ibunya juga mengalami endometriosis (Mary Baradero dkk, 2005).

#### C. Manifestasi 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).

#### 1. Nyeri panggul

Nyeri yang berkaitan dengan endometriosis adalah nyeri yang dikatakan sebagai nyeri yang dalam, tumpul, atau tajam, dan biasanya nyeri bertambah ketika menstruasi. Pada umumnya nyeri terdapat di sentral (tengah) dan nyeri yang terjadi pada satu sisi berkaitan dengan lesi (luka atau gangguan) di indung telur atau dinding samping panggul. Dispareunia terjadi terutama pada periode premenstruasi dan menstruasi. Nyeri saat berkemih dan dyschezia dapat muncul apabila terdapat keterlibatan saluran kemih atau saluran cerna.

#### 2. Dismenorea

Nyeri ketika menstruasi adalah keluhan paling umum pada endometriosis.

#### 3. Infertilitas

Efek endometriosis pada fertilitas (kesuburan) terjadi karena terjadinya gangguan pada lingkungan rahim sehingga perlekatan sel telur yang sudah dibuahi pada dinding rahim menjadi terganggu. Pada endometriosis yang sudah parah, terjadi perlekatan pada rongga panggul, saluran tuba, atau indung telur yang dapat mengganggu transportasi embrio (Missrani, 2009).

### **D. Patofisiologi**

Endometriosis berasal dari kata endometrium, yaitu jaringan yang melapisi dinding rahim. Endometriosis terjadi bila endometrium tumbuh di luar rahim. Lokasi tumbuhnya beragam di rongga perut, seperti di ovarium, tuba falopii, jaringan yang menunjang uterus, daerah di antara vagina dan rectum, juga di kandung kemih. Endometriosis bukanlah suatu infeksi menular seksual, sehingga tidak ada hubungannya dengan apakah seorang remaja pernah berhubungan seksual atau tidak. Untuk memahami masalah endometriosis ini, kita perlu memahami siklus menstruasi. Dalam setiap siklus menstruasi lapisan dinding rahim menebal dengan tumbuhnya pembuluh darah dan jaringan, untuk mempersiapkan diri menerima sel telur yang akan dilepaskan oleh indung telur yang terhubung dengan rahim

oleh saluran yang disebut tuba falopii atau saluran telur. Apabila telur yang sudah matang tersebut tidak dibuahi oleh sel sperma, maka lapisan dinding rahim tadi luruh pada akhir siklus. Lepasnya lapisan dinding rahim inilah yang disebut dengan peristiwa menstruasi. Keseluruhan proses ini diatur oleh hormon, dan biasanya memerlukan waktu 28 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 lapisan dinding rahim, sehingga jaringan tersebut menetap dan tumbuh di luar rahim.

Teori lain mengatakan bahwa sel-sel jaringan endometrium keluar dari rahim melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening, kemudian mulai tumbuh di lokasi baru. Namun, ada pula teori yang mengatakan bahwa beberapa perempuan memang terlahir dengan sel-sel yang “salah letak”, dan dapat tumbuh menjadi endometrial implant kelak. Berbagai penelitian masih terus dilakukan untuk memahami endometriosis ini dengan baik sehingga dapat menentukan cara yang tepat untuk mengobatinya. 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 seperti saudaranya yang berada di “tanah air”. 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). Bagaimanapun jika tidak ada, dinding ini akan runtuh dan dibuang sebagai haid.

Endometriosis yang ada di luar rahim juga akan mengalami proses sama seperti dalam rahim dan berdarah setiap bulan. Oleh kerana 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 (kantung berisi cecair) dalam ovari (Prof.Dr.Nik Mohd Nasri Ismail, 2005).

#### **E. Pemeriksaan Penunjang**

Cara yang pasti untuk mendiagnosis endometriosis adalah laparoscopi.

1. Endoskopi : Endoskopi dapat dilaksanakan untuk mengetahui luasnya endometriosis
2. Biopsi : Biopsi untuk mengetahui apakah ada keganasan (Mary Baradero dkk, 2005).

#### **F. Penatalaksanaan**

1. 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 antigonadotropik seperti Danasol dapat juga di pakai 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 laparoscopi 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.

## 2. 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).

### **G. Komplikasi**

1. Obstruksi ginjal dan penurunan fungsi ginjal karena endometriosis dekat kolon atau ureter.
2. Torsi ovarium atau ruptur ovarium sehingga terjadi peritonitis karena endometrioma.
3. Infertilitas, ditemukan pada 30% – 40% kasus. Endometriosis merupakan penyebab infertilitas kedua terbanyak pada wanita. (Mansjoer, 2001)

## **IV. BARTOLINITIS**

### **A. Definisi**

Bartolinitis adalah sumbatan duktus utama kalenjar bartolin menyebabkan retensi sekresi dan dilatasi kistik. Bartholinitis adalah infeksi pada glandula bartholin yang mana sering kali timbul pada gonorea akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain, misalnya: streptococcus atau basil coli.

### **B. Etiologi**

1. Kuman stafilococcus
2. Kuman gonococcus
3. Basil foliformis dan organisme lain

### **C. Manifestasi Klinis**

Keluhan pasien pada umumnya adalah benjolan, nyeri dan dispareunia. Penyakit ini cukup sering rekurens. Dapat terjadi berulang, akhirnya menahun dalam bentuk kista bartolin. Kista tidak selalu menyebabkan keluhan, tapi dapat terasa berat dan mengganggu koitus.

### **D. Patofisiologi**



Sumbatan duktus utama kalenjar bartolin menyebabkan retensi sekresi dan dilatasi kistik. Kalenjar bartolin membesar. Merah, nyeri dan lebih panas dari daerah sekitarnya. Isi dalam berupa nanah dapat keluar melalui duktus atau bila tersumbat (biasanya akibat infeksi), mengumpul didalam menjadi abses.

#### **E. Penatalaksanaan**

Jika usia pasien sudah lanjut, adanya benjolan harus dicurigai sebagai keganasan meskipun jarang, kemudian dilakukan pemeriksaan yang seharusnya. Yang tepat adalah biopsy. Diberikan antibiotic yang sesuai (umumnya terhadap klamidia, gonococ, bakteroides dan *Escherichia Coli* ). Bila belum terjadi abses. Jika sudah bernanah, harus dikeluarkan dengan sayatan.

Jika terbentuk kista yang tidak besar dan tidak mengganggu, tidak perlu dilakukan apa-apa. Pembedahan berupa ekstirpasi dapat dilakukan bila diperlukan. Yang dianjurkan adalah marsupialisasi yaitu sayatan dan pengeluaran isi kista diikuti penjahitan dinding kista yang terbuka pada kulit vulva yang terbuka pada sayatan. Tindakan ini terbukti tak beresiko dan hasilnya memuaskan. Jika terdapat hubungan keluar yang permanen, infeksi rekurens dapat dicegah.

### **V. CA SERVIK**

#### **A. Pengertian**

Kanker servik atau kanker leher rahim adalah tumor ganas yang tumbuh didalam leher rahim atau serviks (bagian terendah dari rahim yang menempel pada puncak vagina) sebagai akibat dari adanya pertumbuhan yang tidak terkontrol (Winkjosastro, 1999).

Kanker serviks adalah penyakit akibat dari tumor ganas pada daerah mulut rahim sebagai akibat dari adanya pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol dan merusak jaringan normal di sekitarnya (FKUI, 1990)

#### **B. Etiologi**

Menurut (Winkjosastro, 1999) Penyebab terjadinya kelainan pada sel-el serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker servik yaitu:

1. HPV (Human Papiloma virus) adalah virus penyebab kutil genetalis

(Kondiloma akuminota) 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. Jumlah kehamilan dan partus; kanker serviks terbanyak dijumpai pada wanita yang sering partus semakin besar kemungkinan mendapat karsinoma serviks
6. AKDR (Alat kontrasepsi dalam rahim); Pemakaian AKDR akan berpengaruh terhadap serviks yaitu bermula dari erosi serviks yang kemudian menjadi ineksi yang berupa radang yang terus menerus.
7. Infeksi herpes genetalis atau infeksi klamida menahun.
8. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mapu melaksanakan papsmear secara rutin) erat kaitanya dengan gizi, imunitas dan kebersihan perorangan.

### C. Patofisiologi

Pada awal perkembangannya kanker serviks tidak memberi tanda-tanda dan keluhan, pada pemeriksaan dengan spekulan, tampak sebagai porsio yang erosif (Metaplasia Squamora) yang fisiologik atau patologik. Tumor dapat tumbuh:

1. Eksofilik, mulai dari squamo – columnar (SCJ) ke arah lumen vagina sebagai masa proliferaatif yang mengalami infeksi sekunder dan nekrosis
2. Endofilik, mulai dari SCJ tumbuh ke dalam stroma servik dan cenderung untuk mengadakan infiltrasi menjadi ulkus
3. Ulseratif, mulai dari SCJ dan cenderung merusak struktur jaringan serviks dengan melibatkan awal fornix vagina untuk menjadi ulkus yang luas.

Servik yang normal secara alami mengalami proses metaplasia (erosio) akibat saling desak mendesaknya kedua jenis epitel yang melapisi, dengan masuknya mutagen yang erosif (metaplasia skuamosa) yang semula fisiologik berubah menjadi patologik (diplastik – diskoriotik) melalui tingkatan NIS – I, II, III dan KIS yang akhirnya menjadi karsinoma invasive dan proses keganasan akan berjalan terus. Umumnya fase prainvasif berkisar antara 3-20 tahun (rata-rata 5-10 tahun). Histopatologik sebagian besar (95-97%) berupa epidermoid atau

squamous cell carcinoma, sisanya adenokarsinoma, clearcell carcinoma / mesonephroid carcinoma dan yang paling jarang adalah sarkoma.

Penyebaran pada umumnya secara limfogen melalui pembuluh getah bening menuju 3 arah : ke arah fornix dan dinding vagina, ke arah corpus uterus dan ke arah parametrium. Pada tingkat lanjut dapat menginfiltrasi septum rektovaginal dan kandung kemih.

#### **D. Klasifikasi Karsinoma Serviks Berdasarkan Tingkat Keganasan**

Tingkat keganasan klinik menurut FIGO, 1978 dikutip oleh Wiknjosastro, 1999

- O : Karsinoma Insitu (KIS) atau karsinoma intraepitel, membrana basalis masih utuh
- I : Proses terbatas pada serviks walaupun ada perluasan ke korpus uteri
- Ia : Karsinoma mikroinvasif, bila membrana kasalis sudah rusak dan sel tumor sudah memasuki stroma tidak lebih dari 1 mm, dan sel tumor tidak terdapat dalam pembuluh limfe atau pembuluh darah
- Ib.occ (Ib occult = tersembunyi) : secara klinis tumor belum tampak sebagai karsinoma tetapi pada pemeriksaan histopatologik ternyata sel tumor telah mengadakan invasi stroma melebihi Ia
- Ib : secara klinis sudah diduga adanya tumor yang histologik menunjukkan invasi ke dalam stroma serviks uteri
- II : proses keganasan sudah keluar dari serviks dan menjalar ke 2/3 bagian atas vagina dan ke parametrium, tetapi tidak sampai dinding panggul
- IIa : penyebaran hanya ke vagina, parametrium masih bebas dari infiltrat tumor
- IIb : penyebaran ke parametrium, uni/bilateral tetapi belum sampai dinding panggul
- III : penyebaran telah sampai ke 1/3 bagian distal vagina atau ke parametrium sampai dinding panggul
- IIIa : penyebaran sampai ke 1/3 bagian distal vagina sedang ke parametrium tidak dipersoalkan asal tidak sampai dinding panggul
- IIIb : penyebaran sudah sampai dinding panggul, tidak ditemukan daerah bebas infiltrasi antara tumor dengan dinding panggul (frozen

pelvic) atau proses pada tingkat klinik I dan II, tetapi sudah ada gangguan faal ginjal

- IV : proses keganasan telah keluar dari panggul kecil dan melibatkan mukosa rectum dan atau kandung kemih (dibuktikan secara histologik) atau telah terjadi metastase keluar panggul atau ke tempat-tempat yang jauh
- IVa : proses sudah keluar dari panggul kecil, atau sudah menginfiltrasi mukosa rectum dan atau kandung kemih
- IVb : telah terjadi penyebaran jauh

Sedangkan pembagian tingkat keganasan menurut sistem TNM

- T : tak ditemukan tumor primer
- T<sub>1</sub>S : karsinoma pra-invasif, ialah KIS (karsinoma insitu)
- T<sub>1</sub> : karsinoma terbatas pada serviks (walaupun adanya perluasan ke korpus uteri)
- T<sub>1a</sub> : pra-klinik adalah karsinoma yang invasive dibuktikan dengan pemeriksaan histologik
- T<sub>1b</sub> : secara klinis jelas karsinoma yang invasive
- T<sub>2</sub> : karsinoma telah meluas sampai di luar serviks, tetapi belum sampai dinding panggul, atau karsinoma telah menjalar ke vagina, tetapi belum sampai 1/3 bagian distal
- T<sub>2a</sub> : karsinoma belum menginfiltrasi parametrium
- T<sub>2b</sub> : karsinoma telah menginfiltrasi parametrium
- T<sub>3</sub> : karsinoma telah melibatkan 1/3 bagian distal vagina atau telah mencapai dinding panggul
- T<sub>4</sub> : karsinoma telah menginfiltrasi mukosa rectum atau kandung kemih atau meluas sampai di luar panggul
- T<sub>4a</sub> : karsinoma melibatkan kandung kemih atau rektum saja dan dibuktikan secara histologik
- T<sub>4b</sub> : karsinoma telah meluas sampai di luar panggul
- N<sub>x</sub> : bila tidak memungkinkan untuk menilai kelenjar limfe regional. Tanda -/+ ditambahkan untuk ada / tidaknya informasi mengenai pemeriksaan histologik, jadi : NZ + atau NX-
- N<sub>0</sub> : tidak ada deformite kelenjar limfe pada limfografi.

- N<sub>1</sub> : kelenjar limfe regional berubah bentuk sebagaimana ditunjukkan oleh cara-cara diagnostik yang tersedia (misal : limfografi, CT-Scan panggul)
- N<sub>2</sub> : teron massa padat dan melekat pada dinding panggul dengan celah bebas infiltrasi dan diantara masa ini dengan tumor.
- M<sub>0</sub> : tidak ada metastase berjarak jauh.
- M<sub>1</sub> : terdapat metastase berjarak jauh, termasuk kelenjar limfe di atas bifurkasi arteri iliaka komunis.

### **E. Manifestasi Klinik**

Manifestasi klinik dari karsinoma serviks meliputi:

1. Keputihan yang makin lama makin berbau akibat infeksi dan nekrosis jaringan.
2. perdarahan yang terjadi diluar senggama (tingkat II dan III).
3. Perdarahan yang dialami segera setelah senggama (75-80%).
4. Pendarahan spontan saat defekasi.
5. perdarahan spontan pervaginam.
6. Anemi akibat perdarahan berulang
7. Rasa nyeri akibat infiltrasi sel tumor keserabut saraf.

### **F. Pemeriksaan Diagnostik**

1. Sitologi / pap smear

Keuntungan : murah dapat memeriksa bagian-bagian yang tidak terlihat.

Kelemahan : tidak dapat menentukan dengan tepat lokalisasi.

2. Schillentest

Epitel karsinoma serviks tidak mengandung glycogen karena tidak mengikat yodium maka epitel karsinoma yang normal akan berwarna coklat tua, sedang yang terkena karsinoma tidak berwarna.

3. Fotoskopi

Keuntungan : dapat melihat jelas daerah yang bersangkutan sehingga mudah untuk melakukan biopsi.

Kelemahan : hanya dapat memeriksa daerah yang terlihat saja yaitu porsi, sedang kelainan pada squamea columnar junction dan intraservikal tidak terlihat.

4. Kolpomikroskopi

Melihat hapusan (pap smear) dengan pembesaran sampai 200 kali.

#### 5. Biopsi

Dengan biopsi dapat ditemukan atau ditentukan jenis karsinomanya.

#### 6. Konisasi

Dengan cara mengangkat jaringan yang berisi selaput lendir serviks dan epitel gepeng serta kelenjarnya. Dilakukan bila hasil sitologi dan pada servik tidak tampak kelainan-kelainan yang jelas.

### **G. Penatalaksanaan**

Terapi karsinoma serviks dilakukan bilamana diagnosa telah dipastikan secara histologik dan sesudah dikerjakan perencanaan yang matang oleh tim kanker / tim onkologi.

1. Pada Tingkat Klinis (KIS) tidak dibenarkan dilakukan elektrokoagulasi, elektrofiterasi, bedah krio atau dengan sinar laser, kecuali bila yang menangani seorang ahli dalam kolposkopi dan penderitanya masih muda dan belum mempunyai anak. Jika penderitanya telah cukup anak dan cukup tua dilakukan histerektomi sederhana. Jika operasi merupakan suatu kontraindikasi aplikasi radium dengan dosis 6500 – 7000 rads/c by dititik A tanpa penambahan penyinaran luar.
2. Pada tingkat klinik Ia penanganannya seperti pada KIS
3. Pada tingkat klinik Ib, Ib OCC dan IIa dilakukan histerektomi medical dengan limfatenektomi panggul, pasca bedah biasanya dilanjutkan dengan penyinaran, tergantung ada / tidaknya sel tumor dalam kelenjar limfe regional yang diangkat.
4. Pada tingkat IIb, III dan IV tidak dibenarkan melakukan tindakan bedah, tindakan primer adalah radioterapi.
5. Pada tingkat klinik IVa dan IVb penyinaran hanya bersifat paliatif, pemberian kematherapi dapat dipertimbangkan.

### **H. Pengkajian Fokus**

Pengumpulan data pada pasien dan keluarga dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

1. Data pasien : identitas pasien, usia, status perkawinan, pekerjaan, jumlah anak, agama jenis kelamin dan pendidikan terakhir.
2. Keluhan utama : keluhan pasien yang paling menonjol
3. Riwayat penyakit sekarang dan dahulu.
4. Riwayat obstetri : GPA, infeksi masa nifas, operasi kandungan, tumor

5. Riwayat keluarga
6. Pemeriksaan fisik
7. Pemeriksaan penunjang

- a. Kemoterapi (smostatika) pada karsinoma serviks

Peranan kemoterapi pada karsinoma serviks masih dalam tahap penelitian, kebanyakan terapi sitostika hanya bersifat adjuvant (tambahan). Pengobatan standar operasi dan radiasi. Pegmen yang sering digunakan adalah :

- Mitomycin C (CMMC) sebagai terapi tunggal
- Mitomycin C – 6 Flaurounracil (MMC – 5 FV)
- Mitomycin C – Bleomicin (BM)

Atau kombinasi berdasarkan air platinum misalnya :

- Mitomycin C – Cisplatinum (MMC-P)
- Mitomycin C – Oncovin – Cisplatinum – Bleamycin (MOPB)
- Pirubian – Cisplatinom (EP)
- Cisplatinum – Vinblastin – Bleomycin (PVB)

Respon pengobatan dengan sistastika berkisar antara 19–50%, Pemberian sitastika pada karsinoma serviks dilakukan sebelum terapi pembedahan atau radiasi. Pemberian sitostatika cara ini disebut sebagai terapi neoadjuvant dengan hasil cukup menggembirakan.

Syarat pemberian :

Sebelum pengobatan dimulai syarat atau kondisi harus dipenuhi yaitu:

- 1) Keadaan umum harus baik / cukup baik
- 2) Penderita mengerti tujuan pengobatan dan mengetahui efek samping yang akan terjadi
- 3) Faal ginjal (kadar ureum < 40 mg% dan kreatinin < 1,5 mg%) dan faal hati baik
- 4) Diagnosis histopatologis diketahui
- 5) Jenis kanker diketahui sensitif terhadap kemoterapi
- 6) Hemoglobin > 10 gr %
- 7) Leukosit > 5000 /ml
- 8) Trombosit > 100.000 /ml

Efek Toksik

Gejala-gejala toksik yang sering tampak adalah :

- 1) Efek pada fraktur digestivus : gingivitis, stomatitis, diare, mual, muntah dan perdarahan usus.
- 2) Gangguan sumsum tulang : anemi, leukopeni dan trombositopeni
- 3) Gangguan faal hati, kenaikan suhu, hiperpigmentasi kulit dan gatal-gatal
- 4) Gangguan faal ginjal, kenaikan kadar ureum dan kreatinin
- 5) Alopesia juga sering dijumpai

Untuk mengetahui pengaruh toksik sebaiknya tiap minggu dilakukan pemeriksaan laboratorium. Apabila jumlah leukosit < 3000 /ml, kadar Hb < 8 gr% dan trombosit < 100.000 /ml tanpa gejala lain yang berat, pengobatan harus segera ditunda atau dihentikan, setelah keadaan pulih pengobatan dapat diteruskan mula-mula  $\frac{1}{2}$  dosis, kemudian  $\frac{3}{4}$  sampai dosis penuh apabila tidak tampak pengaruh toksik lagi. Untuk mengatasi gejala-gejala ringan seperti mual-muntah diobati secara sintomatik, anemi. Leukopeni dan trombositopeni dapat diobati dengan transfusi darah segar atau tranfusi eritrosit, trombosit atau leukosit.

Evaluasi pengobatan :

- 1) Lama hidup

Merupakan indeks yang sangat baik untuk menilai respon pengobatan karena tujuan pengobatan adalah memperpanjang hidup tanpa penurunan kualitas hidup.

- 2) Obyektif

- Complete Respons (CR), lesi yang ada hilang semua dan tidak ada lesi baru.
- Partial Respons (PR), ukuran diameter (2 diameter saling tegak lurus) mengecil 50%.
- No Change (NC), tidak ada perubahan ukuran tumor, bertambah atau berkurang 25%, tidak ada lesi baru.
- Progres Disease (PD), ukuran tumor bertambah lebih dari 25% atau ada lesi baru.

- b. Radioterapi pada karsinoma serviks



Dalam menentukan dosis dan teknik radiasi pada pengobatan karsinoma serviks perlu dipertimbangkan faktor daya toleransi dari jaringan-jaringan di dalam rongga pelvis. Jaringan penyusunan serviks merupakan jaringan yang paling tahan terhadap radiasi dibandingkan jaringan tubuh lainnya. Dosis antara 20.000 – 30.000 rad dalam 2 minggu masih dalam batas daya tahannya. Pembatasan dosis ditentukan oleh daya tahan dari usus, ureter dan kantung kemih, karena organ tersebut mempunyai daya toleransi yang lebih rendah. Dosis radiasi lokal melebihi 500 rd dapat menimbulkan reaksi-reaksi yang cukup berat seperti timbulnya ulserasi pada mukosa yang dapat menimbulkan fisiola.

Teknik radiasi :

1) Radiasi lokal (Intrakaviter)

- Radium atau zat radioaktif lainnya diletakkan intravaginal dan intrauterine dengan menggunakan aplikator.
- Pada teknik sockholm digunakan radiasi dengan muatan radium yang agak tinggi, diberikan 2 kali dengan waktu diantaranya 3 minggu, dengan tiap kali pemasangan berlangsung 24-30 jam. Radium diberikan intra uterin dan intravaginal. Untuk menghindarkan tingginya dosis di rectum dan buli dipergunakan kain basa yang diletakkan antara box dan dinding posterior dan anterior vagina. Teknik ini memberikan dosis radiasi yang tinggi pada serviks, fundus dan rongga vagina proksimal, tetapi relatif rendah ke arah lateral.
- Teknik paris digunakan radium bermuatan lebih rendah dan diberikan hanya ... antara 96-200 jam. Aplikasi intervaginal terdiri 2 buah silinder yang ... bermuatan 13,3 mg dan di muka ostium bermuatan 6,6 mg.
- Teknik Manchester menggunakan muatan radium lebih Rendah dari Stockholm. Umumnya diberikan Ditetapkan dalam rad.

2) Teknik After – Loading

- After loading manual : aplikator intrauterine dan dipasang

menggunakan radiodiagnostik / lokalisator.

- Remote controlled after – loading system, setelah tempat penyimpanan radioaktif, cara memasukkan obat selesai tombol lain ditekan sehingga zat radiokatif .

### 3) Radiasi Eksternal

- Luas lapangan penyinaran meliputi daerah kelenjar limfe sekitar a.abstruttura sampai pertemuan a.dikomunis biasanya luasnya 15 x 12 cm – 15 x 18 cm. Daerah yang telah mendapat radium intrakaviter selebar antara titik 4 kanan dan kiri ditutup dengan blok timah hitam. Penutupan dilakukan pula pada daerah kaputfermorsis dan sebagian pelvis lateral bagian atas untuk mengurangi bahaya usus-usus terkena radiasi. Dosis yang masih termasuk dosis toleransi ialah 200 rad sehari, 5 x seminggu dan out dosis total sekitar 500 rad dalam 5 minggu. Dapat pula diberikan 300 rad tiap kali, 3x seminggu dengan dosis total 4500 rad.

Kombinasi antara radiasi lokal (intrakaviter) dan radiasi eksternal merupakan pilihan yang umumnya diberikan dengan cara :

- 1) Radiasi lokal (intrakaviler) dapat memberikan dosis yang tinggi dan korpus uteris, tetapi dosis cepat menurun pada jaringan di sekitarnya, sehingga dosis ke rectum, sigmoid, kandung kemih dan ureter dapat dibatasi sampai batas-batas daya toleransi.
- 2) Kemungkinan timbulnya metastase limfogen pada ca.serviks cukup tinggi oleh karena itu kelenjar-kelenjar di dalam panggul kecil harus mendapat penyinaran juga. Dosis radiasi intrakaviter cepat menurun di luar uterus, sehingga dosis yang sampai kelenjar limfe sangat rendah. Untuk dapat mencapai dosis yang mengamankan metastase kelenjar limfe ini diperlukan penyinaran luar yang dapat memberikan distribusi dosis yang merata pada daerah yang lebih luas.

Kombinasi radiasi eksternal dan intrakaviter bergantung pada stadium ca.cerviks.

- Stadium I + I : aplikasi radium 6500 rad dengan 2x aplikasi.

Radiasi eksternal : 5000 rad/5 minggu dengan blok timah pada daerah aplikasi radium.

- Stadium III : pertama-tama radiasi eksternal seluruh pelvis (tanpa blok timah) 2000-3000 rad, kemudian aplikasi radium 4500-5000 rad.
- Stadium IV : hanya radiasi eksternal untuk pengobatan (Wiknjosastro, 1999)

## I. CA OVARIUM

### A. Definisi

Ca ovarium adalah tumor ganas pada ovarium sesuai dengan klasifikasi histopatologis, karsinoma ovari dapat berupa primer berasal dari epitel ovarium, germ cell, stroma dan sekunder berasal dari metastase Ca dibagian tubuh yang lain. (Arif Mansjoer, dkk, 1999).

Penyakit yang membuat frustrasi bagi pasien dan pemberi perawatan karena awitannya tersembunyi dan tidak adanya gejala peringatan atau penyebab mengapa penyakit ini telah mencapai tahap lanjut ketika didiagnosa.

Penyakit yang merupakan penyebab utama kematian dari kanker reproduksi. (Brunner & Suddarth : 1559, 2001).

### B. Etiologi

Penyebab Ca ovari belum diketahui pasti, adapun :

Faktor resiko

1. Umur > 40 tahun
2. Riwayat keluarga dengan Ca ovari
3. Nulliparity (wanita yang belum pernah melahirkan)
4. Riwayat infertil
5. Riwayat perdarahan menstruasi yang banyak dan disminore.
6. Obesitas terutama yang intake tinggi lemak hewani.
7. Penggunaan obat stimulasi ovulasi untuk infertile.
8. Kebiasaan menggunakan bedak pada vagina.

### C. Patofisiologi

Biasanya Ca ovari berbentuk tumor epitel. Kadang-kadang adeno carsinoma. Ca ovari cenderung tumbuh dan menjalar tidak diketahui (manifestasi) hingga menyebabkan tekanan dekat organ atau distensi abdomen. Ketika tekanan

dihubungkan dengan muncul manifestasi akhir, adanya malignant biasanya menjalar ke ovarium yang lain dan struktur lain. Ca ovarium mungkin menyerang permukaan kandung kencing, omentum, hati dan organ lain. Ketika di pembuluh darah Pelvic menjadi berbelit-belit (ruwet) terjadi metastase jauh. Biasanya rute perjalanan termasuk limfa, darah, perluasan lokal dan penempatan peritoneal. (Price, A. Sylvia : 384, 1994).

1. Tahap-tahap Ca ovarium :

- a. Pertumbuhan terbatas pada ovarium.
- b. Pertumbuhan mencakup satu atau kedua ovarium dengan perluasan pelvic.
- c. Pertumbuhan mencakup satu atau kedua ovarium dengan metastase di luar pelvic / nodus inguinal atau retroperitoneal positif.
- d. Pertumbuhan mencakup satu atau kedua ovarium dengan metastase jauh.

2. Stadium Ca ovarium

- a. Stadium I : Tumor terbatas pada ovarium.
  - 1) I A = Tumor terbatas pada satu ovarium, kapsul utuh, tidak ada jaringan tumor di permukaan ovarium.
  - 2) I B = Tumor terbatas pada kedua ovarium, kapsul utuh, tidak ada jaringan tumor di kedua permukaan ovarium.
  - 3) I C = Tumor terbatas pada satu / kedua ovarium, dengan keadaan kapsul ruptur, atau ada jaringan tumor di permukaan ovarium.
- b. Stadium II : Tumor pada satu atau kedua ovarium dengan penyebaran dalam rongga panggul.
  - 1) II A = Perluasan / implantasi pada uterus dan atau pada tuba.
  - 2) II B = Perluasan pada jaringan rongga panggul lainnya.
  - 3) II C = Perluasan dalam rongga panggul dengan ditemukannya sel ganas pada analisis cairan ascites / dialysis peritoneal.
- c. Stadium III : Tumor pada satu atau kedua ovarium dengan metastase peritoneal yang dikonfirmasi secara mikroskopik di luar rongga panggul dan atau kelenjar getah bening regional.
  - 4) III A = Metastase mikroskopik pada jaringan peritoneal dalam rongga panggul.

- 5) III B = Metastase mikroskopik pada jaringan peritoneal dalam rongga panggul dengan diameter < 20 mm.
  - 6) III C = Metastase mikroskopil pada jaringan peritoneal dalam rongga panggul kurang, dengan diameter terbesar > 20 mm dan atau metastase kelenjar getah bening regional.
- d. Stadium IV : Pertumbuhan melibatkan satu atau kedua ovarium dengan penyebaran jauh, metastase ke parenkim hati.
3. Deteksi dini Ca ovarium dilakukan dengan :
- a. PAP Smear
  - b. Pemeriksaan pelvic, retro vaginal
  - c. Kemungkinan massa pelvic adalah ca ovarium, jika :
    - 1) Ukuran diameter < 5 cm, kemungkinan 3%
    - 2) Ukuran diameter antara 5 – 10 cm, kemungkinan 19%
    - 3) Ukuran diameter > 10 cm, kemungkinan 97%.
  - d. Pemeriksaan USG (transvagina)
  - e. Color Doppler duplex / triplex
  - f. CT Scan
  - g. Tumor marker (pertanda tumor) lewat pemeriksaan darah.

Bentuk lesi dicurigai sebagai keadaan pra kanker yang terdapat di permukaan ovarium yang menderita kanker, belum dapat dibuktikan (plaxale). Sehingga metode screening yang efektif pun belum dapat ditemukan. Lesi ini mungkin suatu bentuk pra kanker mungkin juga merupakan kelainan lanjut akibat proses kankernya. Jika dapat dibuktikan bahwa lesi tersebut mendahului kanker dan kemudian berkembang menjadi invasive, maka hal itu dapat dijadikan dasar untuk deteksi dini kanker ovarium..

#### **D. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis pada tumor ovarium :

1. Haid tidak teratur
2. Ketegangan menstruasi yang terus meningkat
3. Rasa tidak nyaman pada abdomen
4. Darah menstruasi yang banyak (menoralgia) dan nyeri tekan pada payudara.

5. Menopause dini
6. Dyspopsia
7. Tekanan pada pelvis
8. Sering berkemih
9. Malnutrisi
10. Efusi pigura
11. Konstripasi
12. Ascites dengan dispnea.

#### **E. Penatalaksanaan**

1. Operasi
2. Kemoterapi = 6 – 24 bulan
3. Biopsi multipel : jika masih ada tumor
  - a. Pencegahan primer : Beritahukan klien bahwa Ca ovarium mungkin dapat dicegah oleh sesuatu yang mengganggu siklus ovulatory konstan seperti :
    - 1) Kehamilan full term > 1 kali
    - 2) Penggunaan kontrasepsi oral
    - 3) Brest – feeding
  - b. Pencegahan
    - 1) Dorong wanita untuk melakukan pemeriksaan pelvic secara rutin dengan pemeriksaan bimanual rectovagina.
    - 2) Berikan antigen CA-125 pada wanita dengan resiko tinggi.
    - 3) Lakukan transvaginal ultrasound yang dikombinasikan dengan pemeriksaan pelvic bimanual, dan pemeriksaan Doppler untuk lesi yang dicurigai.

#### **F. Pengkajian Fokus**

1. Identitas
  - a. Usia : biasa terjadi usia > 40 tahun.
  - b. Jenis kelamin : perempuan
  - c. Pekerjaan
2. Riwayat Kesehatan
  - a. Keluhan utama
  - b. Riwayat kesehatan dahulu : Kaji apakah ada riwayat hipertensi, kanker, penyakit ginjal, DM.
  - c. Riwayat penyakit sekarang : Kaji apakah

- d. Riwayat kesehatan keluarga : Kaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit DM, hipertensi, ginjal, kanker (baik kanker ovarium maupun kanker yang lain).

### 3. Pemeriksaan Fisik

- a. Aktifitas : Kelemahan, Perubahan pada pola istirahat dan jam kebiasaan tidur pada malam hari, adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur, misal : nyeri, berkeringat.
- b. Sirkulasi : Palpasi, Perubahan TD
- c. Eliminasi : Perubahan pada pola defekasi : konstipasi, Perubahan eliminasi urine : sering berkemih, Distensi abdomen
- d. Makanan : Anoreksia, mual, muntah, Perubahan kelembaban atau turgor kulit, Penurunan BB.
- e. Neurosensori : Pusing, sincope.
- f. Nyeri : Derajat nyeri bervariasi dari nyeri ringan sampai berat dihubungkan dengan proses penyakit.
- g. Pernafasan : Dispnea, Efusi pleura
- h. Seksualitas : Ketidakmampuan melakukan hubungan seksual karena proses penyakit.
- i. Interaksi social : Ketidakadekuatan sistem pendukung, Riwayat perkawinan (berkenaan dengan kepuasan di rumah, dukungan).

### 4. Pemeriksaan TTV

Normalnya TD = 120/80 mmHg

N = 80 – 100 x/mnt

RR = 24 x/mnt

S = 365 – 375 0C

### 5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pap Smear : Displasia seluler menunjukkan adanya kanker.
- b. Ultra sound / CT Scan : Membantu mengidentifikasi ukuran / lokasi masa.
- c. Laparoscopi : Dilakukan untuk melihat tumor, perdarahan laparotomi mungkin dilakukan untuk membuat tahapan kanker atau mengkaji efek kemoterapi.
- d. Biopsi (endometrial / servikal) : Memungkinkan pemeriksaan histopatologis sel untuk menentukan adanya / lokasi kanker.

- e. Hitung darah lengkap : Penurunan Hb dapat menunjukkan anemia kronis, sementara penurunan Hb menduga kehilangan darah aktif peningkatan leukosit dapat mengidentifikasi proses inflamasi / infeksi.
- f. Parasintesis cairan asites
- g. Ultrasonografi.
- h. Pemeriksaan rontgen.

#### 6. Prinsip Menghadapi Tumor Ovarium

- a. Operasi untuk mengambil tumor : Dapat menjadi besar, Kemungkinan degenerasi ganas.
- b. Saat operasi dapat didahului frozen section, untuk kepastian ganas dan tindakan operasi lebih lanjut.
- c. Hasil operasi harus dilakukan pemeriksaan PA, sehingga kepastian klasifikasi tumor dapat ditetapkan untuk menentukan terapi.
- d. Operasi tumor ganas diharapkan : Pengambilan sebanyak mungkin jaringan tumor sampai dalam batas aman, diameter sekitar 2 cm.
- e. Setelah mendapatkan radiasi atau kemoterapi dapat dilakukan operasi kedua, untuk mengambil sebanyak mungkin jaringan tumor.

### 3. Rangkuman

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Dan jika hal ini tidak segera ditangani maka akan menimbulkan kematian pada ibu. Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. 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). Bartolinitis adalah sumbatan duktus utama kelenjar bartolin menyebabkan retensi sekresi dan dilatasi kistik. Bartholinitis adalah infeksi pada glandula bartholin yang mana sering kali timbul pada gonorea akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain, misalnya: streptococcus atau basil coli. Ca ovarium adalah tumor ganas pada ovarium sesuai dengan klasifikasi histopatologis, karsinoma



ovari dapat berupa primer berasal dari epitel ovarium, germ cell, stroma dan sekunder berasal dari metastase Ca dibagian tubuh yang lain.

#### 4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud

b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
- ✓ Membuat PPT
- ✓ Presentasi Makalah

c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait

d. Metode Penulisan

Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada

RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- Hasil anaalisis di presentasikan di depan kelas

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

1. Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
2. Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
3. Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

## **B. Kegiatan Belajar 12-14**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada wanita usia subur (usia reproduksi), pasangan usia subur, wanita dalam masa *childbearing* (hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan) dan bayinya sampai usia 28 hari dalam kondisi berisiko beserta keluarganya dengan memperhatikan aspek legal dan etis.

### **2. Uraian Materi**

#### **Konsep Usia Subur**

**Dosen: Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

##### **A. Pengertian PUS**

Pasangan Usia Subur adalah pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 15 sampai 49 tahun (Ida Bagoes Mantra, 2003:151). Sedangkan menurut BKKBN (1999:26) pasangan usia subur yaitu pasangan yang istrinya berumur 15 sampai 49 tahun atau pasangan suami istri berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan).

Berdasarkan pendapat di atas, pasangan usia subur adalah pasangan suami istri yang telah berumah tangga dan masih dapat menjalankan fungsi reproduksi dan menghasilkan keturunan yang dibatasi pada usia istrinya 15 sampai 49 tahun, karena usia 15 tahun adalah usia yang dianjurkan untuk menikah dan usia lebih dari 49 tahun merupakan usia rata-rata wanita mengalami menopause.

##### **B. Pengertian KB**

Keluarga berencana adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan, atau salah satu usaha untuk membantu keluarga termasuk individu merencanakan kehidupan berkeluarga dengan baik sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

Pendapat lain mengemukakan pengertian Keluarga Berencana (KB) adalah:

- 1) Keluarga berencana merupakan usaha sadar dan sengaja

- 2) Keluarga berencana berfungsi untuk mengatur kelahiran dalam keluarga
- 3) agar kelahiran terjadi pada waktu tertentu sesuai dengan kehendak dari suami istri Pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) itu sendiri tidak bertentangan dengan hukum agama yang dianut oleh rakyat Indonesia, Perundang-undangan yang berlaku, dan moral Pancasila (BKKBN,2008:12).

Selain pengertian tersebut adapun tujuan dari gerakan KB itu sendiri dalam GBHN tahun 1983 yaitu :”Gerakan KB nasional bertujuan ganda yaitu untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera, yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat

### **C. Manfaat KB**

1. Perbaikan kesehatan badan ibu
2. Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, beristirahat, dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.
3. Perkembangan fisik, mental dan sosial anak lebih sempurna.
4. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik.
5. mengusahakan agar tingkat kehidupan yang lebih baik, lebih terjamin, lebih tinggi dan menyenangkan
6. membantu menghindari kelebihan penduduk dan bahaya kelaparan
7. membantu masyarakat untuk memenuhi tanggung jawab atas pendidikan dan layanan-layanan masyarakat lainnya,
8. membantu meningkatkan perkembangan ekonomi nasional dan mengurangi pengangguran serta menaikkan pendapatan perkapita
9. membantu mengurangi beban kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan rakyat. (BKKBN, 1995:4)

### **D. Macam-macam Metode Kontrasepsi**

- a. Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). MAL sebagai kontrasepsi bila:
  1. Menyusui secara penuh
  2. Belum haid
  3. Umur bayi kurang dari 6 bulan

Cara kerja:

Penundaan/penekanan ovulasi.

Keuntungan kontrasepsi:

- 1) Efektivitas tinggi
- 2) Tidak mengganggu senggama
- 3) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 4) Tidak perlu obat atau alat
- 5) Tanpa biaya

Keterbatasan:

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- 2) Tidak melindungi terhadap IMS.

Cara pemakaian:

- 1) Bayi disusui menurut kebutuhan bayi (ngeksel).
- 2) Biarkan bayi menghisap sampai melepaskan sendiri hisapannya.
- 3) Susui bayi anda juga pada malam hari, karena menyusui pada waktu malam membantu mempertahankan kecukupan kebutuhan ASI.
- 4) Bayi terus disusukan walau ibu atau bayi sedang sakit.
- 5) Ketika mendapat haid pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai metode KB lainnya.

a. PIL.

Cocok untuk ibu menyusui, tidak menurunkan produksi ASI, dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

Efek samping: gangguan perdarahan (perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur).

Cara kerja:

- 1) Menekan ovulasi.
- 2) Rahim tidak bisa menerima hasil pembuahan.
- 3) Mengentalkan lendir serviks
- 4) Mengganggu transportasi sperma.

Keuntungan:

- 1) Tidak mengganggu hubungan seksual.

- 2) Tidak mempengaruhi ASI.
- 3) Kesuburan cepat kembali.
- 4) Dapat dihentikan setiap saat.

Keterbatasan:

- 1) Mengganggu siklus haid.
- 2) Peningkatan atau penurunan berat badan.
- 3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- 4) Bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi lebih besar.
- 5) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, jerawat.

Cara pemakaian:

- 1) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid.
- 2) Diminum setiap hari pada saat yang sama.
- 3) Bila lupa 1 atau 2 pil minumlah segera pil yang terlupa dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
- 4) Bila tidak haid, mulailah paket baru 1 hari setelah paket terakhir.

b. Suntik Progestin

- 1) Sangat efektif dan aman.
- 2) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- 3) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- 4) Cocok untuk masa menyusui, karena tidak menekan produksi ASI.

Cara kerja :

- 1) Mencegah ovulasi.
- 2) Mengentalkan lendir serviks.
- 3) Menghambat transportasi sperma.

Keuntungan :

- 1) Sangat efektif
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 3) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai pre menopause

- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah

Keterbatasan :

- 1) Gangguan siklus haid
- 2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- 3) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat

Cara pemakaian :

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak sedang hamil
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid
- 3) Selama 7 hari setelah suntikan pertama tidak boleh melakukan hubungan seksual
- 4) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM dalam didaerah pantat. suntikan diberikan setiap 90 hari

## **E. Implan**

Efektif selama 5 tahun, untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Implanon, dan Implanon. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan. Kesuburan segera kembali setelah implant di cabut. Aman dipakai saat laktasi.

Cara Kerja:

- 1) Lendir serviks menjadi kental
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Mengurangi transportasi sperma
- 4) Menekan ovulasi

Keuntungan:

- 1) Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
- 2) Pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan.
- 3) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam

- 4) Bebas pengaruh estrogen
- 5) Tidak mengganggu senggama
- 6) Tidak mengganggu produksi ASI
- 7) Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan

Keterbatasan:

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorhea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorhea.

Timbul keluhan-keluhan seperti: nyeri kepala, nyeri dada, perasaan mual, pening/ pusing kepala, peningkatan/ penurunan berat badan.

Membutuhkan tindak pembedahan minor.

Cara Pemakaian:

- 1) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7, atau 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, pasca keguguran.
- 2) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal atau AKDR dan ingin menggantinya dengan implant, insersi dapat dilakukan setiap saat.
- 3) Daerah pemasangan atau insersi pada lengan kiri atas bagian dalam (sub kutan).
- 4) Daerah insersi harus tetap kering dan bersih selama 48 jam pertama (untuk mencegah infeksi pada luka insisi)
- 5) Balutan penekan tetap ditinggalkan selama 48 jam, sedangkan plester dipertahankan hingga luka sembuh (biasanya 5 hari).
- 6) Setelah luka sembuh daerah tersebut dapat disentuh dan dicuci dengan tekanan wajar.
- 7) Bila ditemukan adanya tanda-tanda infeksi seperti demam peradangan, atau bila ada rasa sakit menetap selama beberapa hari, segera kembali ke klinik.
- 8) Setelah masa pemakaian habis, implan harus segera dilepas.

## **F. AKDR /IUD**

Sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang. Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak. Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan. Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduks. Tidak boleh dipakai oleh wanita yang terpapar Infeksi Menular Seksual



Ada beberapa jenis :

- 1) CuT-380A,
- 2) NOVA-T,
- 3) LÍpez Loops.

Cara Kerja :

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- 2) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) Mencegah sperma dan ovum bertemu atau membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

Keuntungan :

- 1) Efektifitas tinggi ( 0,6-0,8 kehamilan/ 100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan ).
- 2) Metode jangka panjang ( 10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- 3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual, dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 4) Tidak mempengaruhi kualitas dan produksi ASI.
- 5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus ( apabila tidak terjadi infeksi )
- 6) Dapat digunakan sampai menopause ( 1 tahun atau lebih setelah haid terakhir ).
- 7) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.

Kerugian :

Efek samping yang umum terjadi : perubahan siklus haid ( umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan ), haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting antar menstruasi, saat haid lebih sakit.

Komplikasi lain : merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan perforasi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti-ganti pasangan.

#### Cara Pemakaian :

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, dan dipastikan klien tidak hamil.
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- 3) Segera setelah melahirkan ( 4 minggu pasca persalinan ) dan setelah 6 bulan dengan metode MAL.
- 4) Setelah abortus ( bila tidak ada gejala infeksi )
- 5) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
- 6) AKDR dipasang di dalam rahim.
- 7) Kembali memeriksakan diri setelah 4-6 minggu setelah pemasangan.
- 8) Selama bulan pertama pemakaian AKDR, periksa benang secara rutin terutama setelah haid.
- 9) Segera kembali ke klinik apabila: tidak dapat meraba benang AKDR, merasakan bagian yang keras dari AKDR, AKDR terlepas, siklus haid terganggu atau meleset, terjadi pengeluaran cairan vagina yang mencurigakan, adanya infeksi.
- 10) Setelah masa pemakaian habis, AKDR harus segera dilepas.

#### **G. Faktor-faktor Penyebab Banyaknya Jumlah Anak**

##### a. Usia Kawin Pertama Wanita PUS

Ikatan perkawinan hanya meliputi ikatan perkawinan yang sah. Terdapat tiga sistem hukum perkawinan yang sah, yaitu hukum agama, hukum sipil, dan hukum adat (Mc. Donald, 1990:79). Dalam masyarakat orang yang menikah mempunyai status baru. Dimana status ini merupakan status sosial yang dianggap paling penting. Usia kawin yang dimaksud adalah umur waktu memasuki ikatan perkawinan. Pada saat orang menikah di usia muda maka masa subur atau reproduksi akan lebih panjang dilewatkan dalam ikatan perkawinan sehingga mempengaruhi peningkatan fertilitas. Hal ini sesuai dengan pendapat Masri Singarimbun (1986:9) menyatakan bahwa “Jika perkawinan diadakan pada umur lanjut, maka fertilitas potensial yang telah dilalui tidak akan diperoleh kembali, sebaliknya apabila perkawinan diadakan pada umur muda setidaknya orang muda tersebut mempunyai keturunan sebelum mereka menutup usia.

Berdasarkan pasal 6 ayat 1 tentang syarat-syarat perkawinan (2004:3), yaitu perkawinan harus didasarkan atas persetujuan kedua mempelai. Maka apabila perkawinan seseorang belum mencapai umur 21 tahun harus mendapat izin kedua orang tua. Sesuai dengan Undang-undang No. 1 tahun 1974 pasal 7 ayat 1 bahwa “perkawinan hanya diizinkan jika pihak pria sudah mencapai umur 19 tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 tahun. Berdasarkan Undang-Undang di atas, berarti perkawinan hanya akan diperbolehkan apabila wanita sudah berusia 16 tahun. Penggolongannya dapat dikelompokkan sebagai berikut: 1. Apabila wanita berumur < 16 tahun maka termasuk usia kawin muda. 2. Apabila wanita berumur  $\geq$  16 tahun maka termasuk usia kawin dewasa

b. Lama status Perkawinan Wanita PUS

Peristiwa perkawinan merupakan jenjang awal dalam hubungan suami istri dalam membentuk rumah tangga, yang akhirnya dapat mempengaruhi masalah kependudukan karena semakin muda seseorang dalam melangsungkan 20 perkawinan maka status perkawinan yang dijalannya akan semakin lama. Atas dasar hal tersebut maka peluang mendapatkan anak lebih banyak. Hal ini sesuai dengan pendapat Valerie J. Hull dan Riningsih Saladi (1977) dalam Daldjoeni (1980:173) yang menyatakan bahwa usia waktu kawin mempengaruhi lamanya dalam status kawin, selanjutnya mempengaruhi dalam pertumbuhan kelahiran. Dengan kata lain dapat diartikan bahwa banyaknya anak yang dilahirkan sangat berhubungan dengan lamanya perkawinan berkaitan dengan kelahiran, David Lucas (1982:56) mengemukakan bahwa “Lamanya seseorang hidup dalam status ikatan seksual (hidup bersama) yang stabil dalam masa reproduksi besar pengaruhnya terhadap fertilitas. Tetapi ikatan seksual (hidup bersama) yang sifatnya sementara pada umumnya hanya kecil. Dalam kebanyakan masyarakat hampir semua kelahiran terjadi dalam suatu perkawinan yaitu hubungan seksual yang sah”. Berdasarkan pendapat di atas, bahwa suatu perkawinan yang sukses tidak dapat

diharapkan dari mereka yang kurang matang baik fisik maupun mental emosional, perkawinan yang sukses membutuhkan kedewasaan dan tanggung jawab serta kematangan fisik dan mental dari suami istri yang terkait dengan pelaksanaan perkawinan pada usia yang ideal. Semakin muda seorang wanita melangsungkan perkawinannya, maka status perkawinan yang ditempuhnya akan semakin lama sehingga memungkinkan peluang untuk mendapatkan anak lebih banyak lagi.

c. Keinginan PUS Memiliki Sejumlah Anak

Faktor lain yang menjadi penyebab banyaknya jumlah anak yang dimiliki adalah keinginan wanita pasangan usia subur untuk menambah jumlah anak, karena setiap penduduk memiliki nilai budaya yang berbeda-beda, khususnya nilai budaya yang berkaitan dengan kehadiran sejumlah anak dari ikatan perkawinannya. Perbedaan perkawinan memiliki sejumlah anak dari ikatan tali perkawinan tersebut merupakan latar belakang setiap pasangan usia subur yang perlu diketahui guna menetapkan dan mempertimbangkan suatu prioritas dalam merencanakan jumlah anak yang diinginkan. Ternyata kehadiran anak saja belum cukup memuaskan bagi banyak pasangan keluarga tersebut. Banyak keluarga tidak lengkap bila hanya mempunyai anak dengan jenis kelamin tertentu baik anak pria maupun anak wanita. Menurut Azwini Kartoyo (1981:211) menyatakan bahwa “Banyak pasangan yang menginginkan hamil lagi dengan harapan mendapatkan jenis kelamin anak yang belum ada pada pasangan tersebut. Keinginan ini tentu saja tidak dapat dilepaskan dari nilai sosial budaya masyarakat yang masih menempatkan anak pria atau anak wanita yang lebih istimewa, yang antara lain tampak pada hukum adat di beberapa daerah dalam hal warisan yang hanya diberikan kepada anak prianya atau anak wanitanya”. Berdasarkan pendapat tersebut jumlah anak yang dimaksud dalam penelitian ini adalah banyaknya anak yang diinginkan pasangan usia subur.

d. Pandangan PUS Terhadap Nilai Anak

Dalam Keluarganya Pandangan wanita usia subur terhadap nilai anak sangat menentukan keikutsertaannya untuk menjadi akseptor KB, pasangan usia subur memiliki persepsi yang berbeda-beda mengenai nilai anak. Seperti yang dikemukakan oleh Nani Soewando (1982: 26) sebagai berikut : 1. Pandangan orang tua terhadap anak laki-laki. Pada beberapa masyarakat yang menganut sistem patrilineal dikehendaki adanya keturunan laki-laki. Ini berarti walaupun anaknya sudah banyak tetapi apabila belum mempunyai anak laki-laki, maka di dalam pandangan keluarganya belum sempurna. 2. Pandangan orang tua terhadap anak perempuan. Pada masyarakat yang menganut sistem matrilineal dikehendaki adanya anak perempuan. Ini berarti walaupun anaknya sudah banyak tetapi apabila belum mempunyai anak perempuan maka di dalam pandangan keluarganya belum sempurna, karena anak perempuan berfungsi membantu dalam urusan rumah tangga. Dengan adanya persepsi yang positif mengenai nilai anak, maka ada kecenderungan pasangan usia subur untuk memiliki jumlah anak yang banyak. Dengan demikian berarti keikutsertaan pasangan usia subur untuk menjadi akseptor KB juga ditentukan oleh persepsinya tentang anak. Menurut Sans S. Hutabarat (1976:71) bahwa “Tiap suku bangsa mempunyai Value On Children sendiri-sendiri, misalnya anak sebagai penerus sejarah, anak sebagai tanda keberhasilan perkawinan, anak akan membantu pekerjaan orang tua, anak sebagai jaminan hari tua, anak sebagai pewaris harta, banyak anak banyak rejeki, anak sebagai ikatan perkawinan, harus mempunyai anak laki-laki atau perempuan, anak sebagai kepuasan batin dan anak adalah karunia Tuhan yang tidak dapat ditolak

e. Kerangka Pikir

Pemerintah telah berupaya untuk menekan laju pertumbuhan penduduk melalui pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) sebagai salah satu program Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Ternyata dalam upaya perwujudan NKKBS bagi seluruh masyarakat, pada Pasangan Usia Subur (PUS) yang ada

dimasyarakat tidak mampu mewujudkan dua anak 24 cukup pada setiap keluarga, hal ini dilabeli oleh berbagai nilai budaya masing-masing masyarakat PUS yang ada di daerahnya. Atas dasar tersebut, kenyataan masih terdapat tradisi pada sejumlah PUS yang memiliki anak banyak dan tidak mendukung penggunaan alat kontrasepsi KB guna membatasi kelahiran sehingga memiliki anak banyak. Berdasarkan pada kerangka pikir tersebut penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Faktor-faktor Penyebab Banyaknya Jumlah Anak Wanita PUS Non Akseptor Keluarga Berencana di Kelurahan Kotabumi Ilir Kecamatan Kotabumi Kabupaten Lampung Utara Tahun 2014” Untuk lebih jelasnya kerangka pikir tersebut dapat dilihat pada

### **3. Rangkuman**

PUS berkisar antara usia 20-45 tahun dimana pasangan ( laki-laki dan perempuan) sudah cukup matang dalam segala hal terlebih organ reproduksi sudah berfungsi dengan baik. Ini dibedakan dengan perempuan usia subur yg berstatus janda atau cerai. Pada masa ini pasangan PUS harus dapat menjaga dan memanfaatkan reproduksinya yaitu dengan menekan angka kelahiran dengan metode KB sehingga jumlah interval kehamilan dapat diperhitungkan untuk meningkatkan kualitas reproduksi dan kualitas regenerasi yang akan datang.

### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

1. Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)

2. Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
3. Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

- a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud
- b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:
  - ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
  - ✓ Membuat PPT
  - ✓ Presentasi Makalah
- c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait
- d. Metode Penulisan
  - Substansi
  - Halaman Judul
  - Daftar Isi
  - Bab 1 Pendahuluan
    - (1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)
  - Bab 2 Tinjauan Pustaka
    - (2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)
  - Bab 3 Penutup
    - (3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)
  - Daftar Pustaka

## DAFTAR PUSTAKA

1. Green C.J. (2012). Maternal Newborn Nursing Care Plans. Second edition. Malloy. Inc  
Klossner, J., (2006), Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Wilkins
2. Lowdermilk, D.L. & Perry, S.E. (2013). Maternity Nursing, (7<sup>th</sup>.ed ). St. Louis: Mosby, Inc.
3. Lowdermilk, Perry & Cashion (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. St. Louis: Mosby, Inc
4. Wong, Perry & Hockenberry (2014). Maternal Child Nursing Care. St. Louis: Mosby, Inc.