

BUKU AJAR

ASUHAN KEBIDANAN

PADA KEHAMILAN

PATOLOGI I



Murfi Hidamansyah., S.ST., M.Keb
Ayesha Hendriana Ngestiningrum., S.ST., M.Keb
Maryam., S.ST., M.Keb
Rini Wahyuni., S.ST., Bdn., M.Kes

ASUHAN KEBIDANAN

PADA KEHAMILAN PATOLOGI I

Penulis:

Murfi Hidamansyah., S.ST., M.Keb

Ayesha Hendriana Ngestiningrum., S.ST., M.Keb

Maryam., S.ST., M.Keb

Rini Wahyuni., S.ST., Bdn., M.Kes



ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN PATOLOGI I

Penulis: Murfi Hidamansyah., S.ST., M.Keb
Ayesha Hendriana Ngestiningrum., S.ST., M.Keb
Maryam., S.ST., M.Keb
Rini Wahyuni., S.ST., Bdn., M.Kes

Desain Sampul: Ivan Zumarano
Tata Letak: Siti Hartina Fatimah, Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-24-5

Cetakan Pertama: Mei, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar dengan Judul "Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Patologi I". Penulisan Buku ajar ini guna membantu mahasiswa dalam proses pembelajaran. Buku Ajar ini terdiri dari 4 bab yang membahas tentang Plasenta Previa, Abortus, Solusio Plasenta, Mual Muntah pada Kehamilan dan komplikasi pada kehamilan.

Pada masing-masing bab dilengkapi dengan evaluasi untuk mahasiswa agar dapat berlatih pada setiap pokok bahasan, sehingga mahasiswa dapat lebih memahami apa yang telah dibaca. Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa kebidanan yang disusun berdasarkan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) mata kuliah yang terkait.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tiada hingga kepada semua pihak yang telah membantu membimbing, selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis serta memfasilitasi pengembangan dosen. Kami ingin berterima kasih kepada pihak Optimal yang mendalam atas diberikannya kesempatan untuk bekerjasama penulisan Buku Ajar.

Penulis berharap semoga Buku Ajar ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Masukan dan saran yang kontributif selalu diharapkan untuk kesempurnaan dimasa yang akan datang, sehingga dapat memperbaiki di kemudian hari.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

27 Maret 2024

Penulis

TUJUAN UMUM PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep plasenta previa
2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep abortus
3. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep solusio plasenta
4. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep mual muntah pada kehamilan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Plasenta Previa	3
Gambar 1.2 Vasa Previa	3

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Saran menu makan pada ibu hamil dengan Emesis Gravidarum menurut Queensland.....	47
Tabel 4.2 Pengukuran Mual dan Muntah.....	48

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
TUJUAN UMUM PEMBELAJARAN	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PLASENTA PREVIA	1
A. Definisi.....	2
B. Klasifikasi	2
C. Etiologi	4
D. Faktor Risiko Plasenta Previa.....	4
E. Tanda dan Gejala	5
F. Komplikasi.....	6
G. Pengelolaan.....	6
H. Sumber Daya Manusia.....	7
I. Rekomendasi Praktik	8
J. Latihan.....	9
K. Rangkuman Materi.....	9
L. Pustaka.....	10
BAB 2 ABORTUS.....	11
A. Definisi.....	12
B. Klasifikasi	13
C. Faktor Risiko Abortus.....	15
D. Tanda dan Gejala	20
E. Komplikasi.....	21
F. Pengelolaan.....	22
G. Sumber Daya Manusia.....	25
H. Rekomendasi Praktik	25
I. Latihan.....	26
J. Rangkuman Materi.....	27
K. Daftar Pustaka	28

BAB 3 SOLUSIO PLASENTA	29
A. Pengertian	30
B. Klasifikasi.....	30
C. Etiologi.....	31
D. Tanda dan Gejala.....	31
E. Komplikasi.....	32
F. Pengelolaan.....	32
G. Latihan	34
H. Rangkuman materi	35
I. Daftar Pustaka	36
BAB 4 MUAL DAN MUNTAH PADA KEHAMILAN	37
A. Definisi	38
B. Perbedaan Tingkatan Mual Muntah.....	38
C. Penyebab Mual Muntah	43
D. Tingkatan Mual Muntah	44
E. Patofisiologi.....	45
F. Penanganan.....	45
G. Pengukuran Mual dan Muntah.....	47
H. Komplikasi Mual Muntah	48
I. Latihan	49
J. Rangkuman Materi.....	49
K. Daftar Pustaka	50
PROFIL PENULIS	51

BAB 1

PLASENTA PREVIA

Pendahuluan

Plasenta previa dan solusio plasenta, merupakan dua penyebab utama dan utama pada perdarahan antepartum. Plasenta Previa adalah implantasi jaringan plasenta yang letaknya abnormal yaitu menutupi sebagian atau seluruhnya di segmen bawah rahim (SBR) setelah usia kehamilan 20 minggu. Kehamilan dengan komplikasi plasenta previa sering kali muncul dengan perdarahan pervaginam tanpa rasa nyeri setelah usia kehamilan 20 minggu.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan definisi plasenta previa
2. Menjelaskan klasifikasi plasenta previa
3. Menjelaskan etiologi plasenta previa
4. Menjelaskan faktor risiko plasenta previa
5. Menjelaskan tanda dan gejala plasenta previa
6. Menjelaskan komplikasi plasenta previa
7. Menjelaskan pengelolaan plasenta previa
8. Menjelaskan SDM dalam pengelolaan plasenta previa
9. Menjelaskan rekomendasi praktik plasenta previa

URAIAN MATERI

A. Definisi

Plasenta previa mengacu pada plasenta yang tertanam sebagian atau seluruhnya di segmen bawah rahim (SBR) setelah usia kehamilan 20 minggu. Implantasi plasenta normalnya di dinding depan dan dinding belakang rahim, atau fundus uteri.

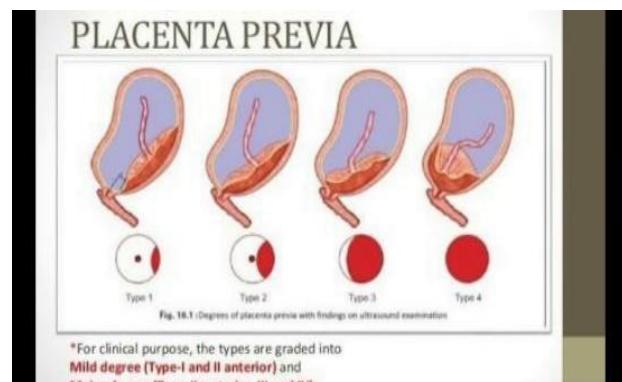
"Previa" berasal dari dua kata: 'pre (atau 'prae") yang berarti sebelumnya, dan "via" yang berarti cara. "Previa" biasanya mengacu pada segala sesuatu yang menghalangi bagian presentasi bayi. Plasenta previa berarti "plasenta menghalangi, sebelum bagian presentasi bayi"

B. Klasifikasi

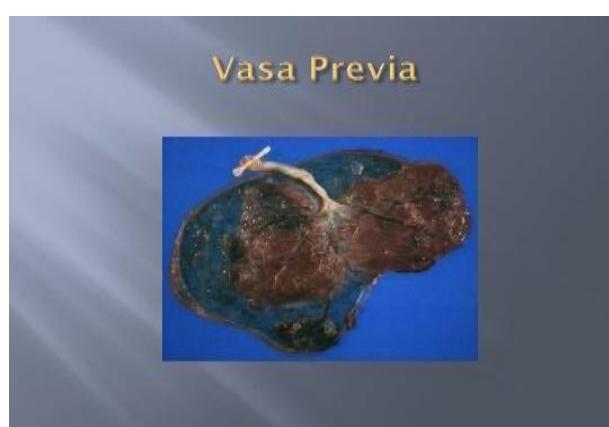
1. Tipe I atau plasenta letak rendah dimana tepi plasenta berada dalam jarak 2 cm tetapi tidak mencapai ostium uteri interna
2. Tipe II atau plasenta marginal dimana tepi plasenta mencapai tepi tetapi tidak menutupi ostium serviks bagian dalam
3. Tipe III atau sebagian atau tidak lengkap bila tepi plasenta menutupi sebagian ostium serviks bagian dalam (terutama bila tertutup tetapi tidak seluruhnya bila melebar penuh),
4. Tipe IV atau lengkap, ketika plasenta menutupi seluruh ostium serviks bagian dalam termasuk selama dilatasi serviks penuh

Selain itu, plasenta previa digambarkan sebagai anterior atau posterior jika masing-masing terletak di dinding rahim anterior atau posterior. Mayoritas plasenta previa berada di dinding posterior, dan sekitar sepertiganya merupakan plasenta previa tipe III dan IV. Secara klinis, plasenta previa juga diklasifikasikan menjadi minor (tipe I dan II anterior) dan mayor (tipe II posterior, III dan IV). Sistem klasifikasi lain mengkarakterisasi plasenta previa yaitu sebagai plasenta lengkap, parsial, dan marginal tergantung pada seberapa banyak os endoserviks internal

ditutupi oleh plasenta. Meningkatnya penggunaan ultrasonografi (transvaginal) untuk menentukan lokasi yang tepat pada tepi plasenta dan os serviks telah menyebabkan revisi klasifikasi yang mengarah pada penghapusan kategori plasenta previa "parsial" dan "marginal". Temu Lokakarya Pencitraan Janin yang disponsori oleh National Institutes of Health merekomendasikan dua kategori plasenta previa: plasenta previa, ketika ostium interna tertutup sebagian atau seluruhnya oleh plasenta atau plasenta di letak rendah, ketika plasenta berimplantasi di segmen bawah tetapi tepi plasenta tidak mencapai atau menutupi ostium interna dan tetap berada dalam jarak 2 cm dari ostium serviks.



Gambar 1.1 Plasenta Previa



Gambar 1.2 Vasa Previa

C. Etiologi

Etiologi dari kondisi ini masih belum jelas. Insiden insersi plasenta rendah meningkat dengan:

1. Multipara, khususnya jarak antara kehamilan dekat
2. Mioma uteri
3. Kuretase berulang
4. Usia ibu lanjut > 35 tahun
5. Bekas seksio sesarea
6. Perubahan inflamasi atau atrofi

D. Faktor Risiko Plasenta Previa

1. Plasenta previa meningkat seiring dengan meningkatnya paritas. Multipara memiliki risiko lebih tinggi (5%) dibandingkan nulipara (0,2%).
2. Usia ibu lanjut: plasenta previa terjadi pada sekitar 1% persalinan pada wanita berusia 35 tahun dan 2% persalinan di atas 40 tahun. Dibandingkan dengan wanita yang lebih muda, mereka yang berusia lebih dari 35 tahun dan 40 tahun memiliki risiko 4 dan 9 kali lipat lebih besar untuk mengalami plasenta previa.
3. Wanita Asia memiliki tingkat plasenta previa tertinggi dibandingkan warna kulit putih dan kulit hitam, masing-masing sebesar 4,5 3,3 dan 3,0 per 1000 kelahiran
4. Persalinan sesar sebelumnya: risiko plasenta previa meningkat seiring dengan jumlah seksio sesarea yang diperkirakan 0,9% setelah satu kali operasi, 1,7% setelah dua kali, 3% setelah tiga kali dan hingga 10% setelah empat kali atau lebih persalinan sesar karena jaringan parut pada endometrium.
5. Operasi rahim lainnya seperti kuretase dan miomektomi memiliki risiko previa yang sedikit lebih tinggi. Selain itu, aborsi yang disengaja dan aborsi sebelumnya karena jaringan parut dan peradangan pada endometrium juga meningkatkan risikonya.

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan luas permukaan plasenta akibat penurunan oksigenasi uteroplasenta dan meningkatkan risiko plasenta previa:

1. Merokok dapat meningkatkan 2-3 kali lipat karena hipoksemia karbon monoksida sehingga menyebabkan kompensasi hiperтроfi plasenta dan vaskulopati desidua permukaan;
2. Penggunaan kokain pada ibu dapat mengalami peningkatan 4 kali lipat;
3. Dataran tinggi;
4. Kehamilan ganda dikaitkan dengan peningkatan 30-40% plasenta previa akibat luas permukaan plasenta yang lebih besar;
5. Janin laki-laki memiliki luas permukaan plasenta yang besar dan implantasi yang tertunda;
6. Plasenta previa sebelumnya meningkatkan risiko terjadinya previa berikutnya 4-8 kali lipat;
7. Faktor-faktor lain berhubungan dengan plasenta previa termasuk malpräsentasi janin, persalinan prematur, ketuban pecah dini sebelum peraslinan, hambatan pertumbuhan janin intrauterin, anomali kongenital, emboli cairan ketuban, pengobatan infertilitas sebelumnya, dan peningkatan skrining prenatal serum α -fetoprotein ibu yang tidak normal.

E. Tanda dan Gejala

1. Perdarahan vagina yang tidak menimbulkan rasa sakit setelah usia kehamilan 20 minggu, yang terjadi pada lebih dari 70% kasus. Kurang dari 10% pasien dengan plasenta previa tidak menunjukkan gejala.
2. Perdarahan yang berulang – ulang sebelum persalinan.
3. Darah berwarna merah segar.
4. Bagian terendah anak sangat tinggi, disebabkan karena plasenta terletak di bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul.

5. Kelainan letak. Lebih sering timbul pada plasenta previa karena ukuran panjang rahim berkurang

F. Komplikasi

1. Bahaya pada ibu
 - a. Petdarahan antepartum, intrapartum dan postpartum
 - b. Syok hipovolemik
 - c. Infeksi-sepsis
 - d. Emboli udara (jarang)
 - e. Kelainan koagulopati hingga syok
 - f. Kematian
2. Bahaya pada anak
 - a. Kelahiran prematur
 - b. Hipoksia
 - c. Anemia
 - d. Kematian

G. Pengelolaan

Wanita hamil yang mengalami perdarahan dalam jumlah berapa pun setelah usia kehamilan 20 minggu harus dirawat di rumah sakit. Hal ini untuk menegakkan diagnosis, dan untuk melakukan evaluasi komprehensif terhadap status hemodinamik ibu dan kesejahteraan janin. Rawat inap juga dianjurkan karena tingkat keparahan perdarahan selanjutnya yang mungkin tidak dapat diprediksi. Penatalaksanaan lebih lanjut dari plasenta previa ditentukan oleh kelangsungan hidup janin dan usia kehamilan, persalinan dan tingkat keparahan perdarahan.

1. Konservatif:

Perawatan konservatif dilakukan apabila kehamilan kurang dari 37 minggu perdarahan tidak ada atau tidak banyak (Hb dalam batas normal)

tempat tinggal pasien dekat dengan rumah sakit (dapat menempuh dalam waktu 1 menit). Perawatan konservatif dapat berupa:

- a. Istirahat
 - b. Perawatan konservatif yang mungkin aman dan memperpanjang kehamilan rata-rata 4 minggu setelah perdarahan. Kortikosteroid antenatal, pemberian betametason IM 12 mg setiap 24 jam untuk dua dosis atau deksametason 6 mg setiap 12 jam untuk empat dosis, untuk meningkatkan maturasi paru janin sebaiknya diberikan pada usia kehamilan kurang dari 36 minggu, jika persalinan tidak dilakukan. dekat. Selama perawatan konservatif, pasien harus dievaluasi terus menerus dengan memantau bantalan vulva untuk menilai peningkatan perdarahan, dan ultrasonografi pertumbuhan janin serial setiap 2-3 minggu dan pemeriksaan hemoglobin secara teratur. Pasien harus menerima hematinitik tambahan atau produk darah jika anemia. Pasien dengan penatalaksanaan konservatif yang stabil harus tetap dirawat sampai setidaknya 48 jam tidak ada perdarahan
 - c. Pemberian hematinitik dan spasmolitik untuk mengatasi anemia
 - d. Pemberian antibiotik apabila ada indikasi
 - e. Pemeriksaan USG, Hb, dan hematokrit
2. Penanganan aktif bila perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan umur kehamilan 37 minggu atau lebih, anak mati. Penanganan aktif berupa persalinan pervaginam dan persalinan per abdominal.

H. Sumber Daya Manusia

Bagi bidan perlu adanya pelatihan dan pendampingan berkelanjutan tentang tata laksana manajemen, alur dan proses rujukan untuk pasien dengan kasus plasenta previa. Pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, dilakukan pelatihan USG dan sumber daya manusia harus tersedia. Penatalaksanaan

plasenta previa yang tepat untuk mencegah dampak buruk yang disebabkan oleh rendahnya tingkat pengetahuan, keterampilan dan pengalaman. Layanan transfusi darah lokal dan regional serta sumber daya manusia laboratorium lokal yang dilengkapi dengan baik dan terlatih sangat diperlukan dan penting untuk mencegah dampak buruk pada ibu dan perinatal terkait dengan plasenta previa.

I. Rekomendasi Praktik

1. Fasilitas yang merawat ibu hamil dengan perdarahan setelah usia kehamilan 20 minggu harus dilengkapi dengan sumber daya untuk mendiagnosis kemungkinan besar penyebab perdarahan. Jika hal ini tidak memungkinkan, pasien tersebut harus segera dirujuk ke fasilitas yang lebih lengkap.
2. Fasilitas yang merawat wanita hamil dengan plasenta previa harus memberikan rencana penatalaksanaan yang jelas kepada setiap wanita dan keluarganya sejak kontak awal hingga masa nifas termasuk kapan rujukan mungkin diperlukan.
3. Wanita hamil dengan perdarahan vagina setelah usia kehamilan 20 minggu memerlukan dukungan psikososial, pendidikan, komunikasi, dan dukungan finansial terutama setelah rawat inap berkepanjangan dan biaya terkait.
4. Fasilitas yang merawat ibu hamil dengan perdarahan setelah usia kehamilan 20 minggu yang tidak memiliki layanan perawatan kritis harus memiliki mekanisme dan sumber rujukan yang jelas.
5. Audit setelah persalinan dengan komplikasi plasenta previa dapat mengidentifikasi kesenjangan dalam perawatan dan mengurangi dampak buruk kehamilan di masa depan.

J. Latihan

1. Jelaskan definisi dari plasenta previa
2. Jelaskan klasifikasi plasenta previa
3. Jelaskan etiologi plasenta previa
4. Jelaskan tanda dan gejala plasenta previa
5. Jelaskan pengelolaan plasenta previa

K. Rangkuman Materi

Plasenta previa adalah suatu keadaan plasenta yang tertanam sebagian atau seluruhnya di segmen bawah rahim (SBR) setelah usia kehamilan 20 minggu. Klasifikasi plasenta previa: Tipe I atau plasenta letak rendah dimana tepi plasenta berada dalam jarak 2 cm tetapi tidak mencapai ostium uteri interna, Tipe II atau plasenta marginal dimana tepi plasenta mencapai tepi tetapi tidak menutupi ostium serviks bagian dalam, Tipe III atau sebagian atau tidak lengkap bila tepi plasenta menutupi sebagian ostium serviks bagian dalam dan Tipe IV atau lengkap, ketika plasenta menutupi seluruh ostium serviks bagian dalam. Penyebab yang pasti tidak diketahui penyebabnya. Insiden insersi plasenta rendah meningkat dengan multipara, mioma uteri, kuretase berulang, usia ibu lanjut >35 tahun, bekas SC dan atrofi. Tanda dan gejala plasenta previa perdarahan pada vagina dengan nyeri, Perdarahan berulang, warna perdarahan merah segar, bagian terendah anak sangat tinggi dan kelainan letak. Pengelolaan plasenta previa pada kehamilan yang mengalami perdarahan dalam jumlah berapa pun setelah usia kehamilan 20 minggu harus dirawat di rumah sakit guna dilakukan tindakan perawatan konservatif dan penanganan aktif.

L. Pustaka

Dr Alfred Osoti , MBChB, MMed, MPH, PhD. *Dosen Senior, Departemen Obstetri dan Ginekologi, Universitas Nairobi, Kenya; Affiliate Associate Professor, Departemen Kesehatan Global, Universitas Washington, Washington, AS*

Rafhani Rosyidah, S. B. (2019). Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan). *Umsida Press, ISBN: 978-602-5914-88-1*, 1-135.

Ramadhan, B. R. (2022). Literatur Review: Plasenta Previa: Mekanisme dan Faktor Risiko. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, Volume 11/ Nomor 1/ Juni/2022, e-ISSN: 2654-4563 dan p-ISSN: 2354-6093*, 1-12.

Rosdianah, S. d. (2019). Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. *ISBN 978-623-6032-22-0, Cetakan Pertama, 29 Agustus 2019, Percetakan CV. Cahaya Bintang Cemerlang*, 1-248.

Yeni Aryani., S. M. (2018). Modul Praktikum Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Basic Life Support. 1-254.

BAB 2

ABORTUS

Pendahuluan

Abortus merupakan pemberhentian pada kehamilan saat janin belum bisa untuk bertahan hidup di luar rahim ketika janin berusia kurang dari 20 minggu dihitung pada usia kehamilan atau saat berat janin kurang dari 500 gram.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan definisi Abortus
2. Menjelaskan klasifikasi Abortus
3. Menjelaskan faktor risiko Abortus
4. Menjelaskan tanda dan gejala Abortus
5. Menjelaskan komplikasi Abortus
6. Menjelaskan pengelolaan Abortus
7. Menjelaskan SDM dalam pengelolaan Abortus
8. Menjelaskan rekomendasi praktik Abortus

URAIAN MATERI

A. Definisi

Abortus merupakan pemberhentian pada kehamilan (disebabkan oleh beberapa faktor-faktor tertentu) atau ketika janin berusia kurang dari 20 minggu dihitung pada usia kehamilan atau saat janin tidak dapat bertahan hidup saat dilahirkan atau diluar rahim.

Abortus biasa disebut keguguran pada kandungan ialah berhentinya kehamilan yang terjadi sebelum janin atau buah kehamilan dapat bertahan hidup saat brada pada luar kandungan, yaitu sebelum kehamilan seorang wanita 20 minggu atau ketika berat janin yang kurang dari 500 gram. Abortus umumnya ditandai dengan terjadinya perdarahan yang terjadi pada wanita hamil kurang dari 20 minggu, maka menggunakan peralatan USG saat ini dapat dikategorikan menjadi dua jenis, macamnya yaitu abortus yang terjadi karena terjadinya kegagalan perkembangan yang terjadi pada janin dimana kondisi ini pada USG yang ditunjukkan dengan kosongnya pada kantong kehamilan, kemudian abortus karena terjadinya kematian pada janin, dimana kondisi janin yang tidak menunjukkan ada tanda-tanda kehidupan lagi seperti tidak adanya denyut jantung atau tidak adanya pergerakan janin yang sesuai dengan usia kehamilan.

Abortus ialah ancaman pada kehamilan dan dapat terjadi pengeluaran pada hasil konsepsi sebelum dapat hidup pada luar kandungan. Sebagai batasannya ialah pada kehamilan yang kurang dari 20 minggu atau saat beratnya belum mencapai 500 gram.

Dalam kamus Latin-Indonesia, abortus diartikan sebagai wilayah sebelum waktunya atau keguguran. Wilayah sendiri memiliki makna persalinan atau keluarnya segumpal daging dari rahim wanita.

Abortus biasanya diawali dengan terjadinya perdarahan pada wanita yang sedang hamil. Abortus dapat terjadi karena kegagalan perkembangan janin dimana gambaran USG menunjukkan kantong kehamilan yang kosong dan

kematian janin didalam rahim dimana janin tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti denyut jantung dan pergerakan janin yang sesuai dengan usia kehamilan.

B. Klasifikasi

Abortus dapat digolongkan atas dasar:

1. Abortus Spontan

Abortus spontan adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor alamiah seperti penyakit yang diderita si ibu ataupun sebab lain yang berhubungan dengan kelainan pada sistem reproduksi. Abortus spontan dapat digolongkan lagi menjadi beberapa jenis abortus seperti :

- ❖ Abortus imminens;

Ialah peristiwa atas terjadinya perdarahan memalui vagina saat usia kehamilan masih kurang dari 20 minggu, dan hasil konsepsi lengkap berada pada uterus tanpa adanya pembukaan/dilatasi serviks. Dalam kondisi seperti ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan.

- ❖ Abortus insipiens;

Ialah peristiwa saat terjadi perdarahan pada uterus dengan usia kehamilan masih kurang dari 20 minggu disertai adanya pembuaan/dilatasasi serviks meningkat serta ostium uteri sudah membukav, akan tetapi ngghasil konsepsi masih berada pada uterus.

- ❖ Missed abortion;

Ialah tertahannya hasil pembuahan atau janin yang telah mati didalam rahim lebih dari 8 minggu sebelum usia kehamilan 22 minggu. Penyebab dari missed abortion masih belum diketahui dengan pasti, namun diduga karena ada pengaruh dari hormone progesteron

❖ Abortus habitualis;

Merupakan abortus spontan yang terjadi 3x atau lebih secara berturut-turut. Pada umumnya kehamilan berakhir sebelum mencapai usia 28 minggu. Abortus habitualis dapat terjadi karena kelainan dari ovum atau spermatozoa, dimana sekitarnya terjadi pembuahan, disfungsi tiroid, keselahan korpus luteum dan kesalahan plasenta yaitu tidak sanggupnya plasenta menghasilkan progesterone sesudah korpus luteum atrofis.

❖ Abortus infeksiosa & Septik;

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai oleh infeksi yang terjadi pada genitalia atas termasuk endometritis atau parametritis, sedangkan abortus septik adalah abotus infeksius berat yang disertai penyebaran kuman atau toksin ke dalam perderan darah atau peritonium. Abortus infeksiosa/abortus septik sering ditemukan pada abortus inkompletus atau abortus buatan, terutama pada abortus kriminalis tanpa memperhatikan syarat-syarat asepsis dan antisepsis. Bakteri yang dapat menyebabkan abortus septik adalah seperti Escherichia coli, Enterobacter aerogenes proteus vulgaris

❖ Abortus inkompletus;

Ialah pengeluaran pada sebagian hasil konsepsi kehamilan yang terjadi sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan masih adanya sisa buah kehamilan yang tertinggal dalam uterus. Pada kondisi ini, rahim masih mengandung jaringan sisa-sisa kehamilan seperti sisa-sisa plasenta, janin, atau jaringan produk konsepsi lainnya.

❖ Abortus kompletus.

Ialah abortus yang terjadi saat semua hasil konsepsi sudah keluar atau dikeluarkan dimana ostium uteri sebagian besar telah menutup, perdarahan sedikit dan uterus sudah banyak mengecil.

2. Abortus Provokatus (induced abortion)

Abortus provokatus adalah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat medis. Abortus provokatus terdiri dari 2 jenis yaitu:

- ❖ Abortus Medisinalis (abortus therapeutica)

Ialah abortus yang terjadi karena tindakan tenaga kesehatan dengan alasan medis yaitu bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan kesehatan maupun jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya : penyakit jantung, hipertensi esential, dan karsinoma serviks. Keputusan ini ditentukan oleh tim ahli yang terdiri dari dokter ahli kebidanan, penyakit dalam dan psikiatri, atau psikolog.

- ❖ Abortus Kriminalis

Ialah abortus yang dilakukan dengan tidak berdasarkan indikasi medis atau dengan menggunakan tindakan yang tidak legal dan melanggar hukum, misalnya abortus karena malu pada tetangga, belum mampu punya anak, kehamilan yang tidak diinginkan.

C. Faktor Risiko Abortus

Penyebab abortus bermacam-macam dan masih menjadi hal yang berbeda dan didahului dengan kematian janin lalu dilanjutkan oleh pengeluaran janin atau hasil pembuahan, antara lain Menurut Rukiyah & Yulianti (2010) yaitu :

1. Faktor Janin (Fetus)

Faktor yang bisa menyebabkan keguguran ialah kelainan genetik yang dimiliki oleh janin, salah satu contohnya yaitu kelainan pertumbuhan yang terjadi saat zigot, janin, plasenta, atau embrio dan kelainan kromosom seperti *trisomy*, *monosomy X*, dan *polyploidy*. Abnormalitas kromosom adalah hal yang utama pada embrio dan janin yang mengalami abortus spontan, serta merupakan sebagian besar dari kegagalan kehamilan dini. Kelainan dalam

jumlah kromosom lebih sering dijumpai daripada kelainan struktur *kromosom*.

2. Faktor Ibu (Maternal)

a. Kelainan uterus ibu

Kelainan bawaan dapat menjadi sebab abortus antara lain hipoplasia uteri, uterus subseptus, uterus bikornis, dan sebagainya. 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 terjadi abortus. Pada serviks yang inkompeten pada kehamilan 14 minggu atau lebih ostium uteri internum membuka jika keadaan dibiarkan akan terjadi abortus. Mioma uteri yang berjenis submukus dapat mengganggu implantasi ovum yang dibuahi atau pertumbuhannya di dalam kavum uteri.

b. Usia

Usia mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan ibu. Kurun waktu reproduksi sehat adalah 20-35 tahun. Ibu yang berumur dibawah 20 tahun organ reproduksinya yang belum sempurna secara kesehatan dan kejiwaan yang belum bersedia menjadi ibu yang dapat mengakibatkan peningkatan resiko mengalami sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran, juga wanita pada usia ini besar kemungkinan mengalami komplikasi antenatal diantaranya abortus

c. Pekerjaan

Peningkatan risiko abortus spontan pada ibu hamil yang bekerja disebabkan oleh beban ganda ibu rumah tangga sekaligus sebagai wanita karir. Beban kerja yang berlebihan pada ibu hamil dapat

menyebabkan kelelahan pada ibu.

d. Paritas

Anak lebih dari 4 (grandemultipara) dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Resiko abortus spontan semakin meningkat dengan bertambahnya paritas karena jumlah kehamilan ataupun paritas mempengaruhi kerja alat – alat reproduksi semakin tinggi paritas maka akan semakin beresiko kehamilan dan persalinan, karena pada Wanita yang sering hamil ataupun melahirkan memgalami kekenduran pada dinding Rahim

e. Jarak Kehamilan

Jarak yang baik antara kehamilan yang lalu dengan kehamilan berikutnya adalah antara 2-5 tahun. Jarak kehamilan yang terlalu lama akan meningkatkan terjadinya abortus dan sebaliknya jarak yang terlalu dekat akan meningkatkan juga kejadian abortus. Apabila jarak terlalu dekat, maka rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, pada keadaan ini perlu diwaspadai kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik sehingga beresiko terjadi abortus.

f. Riwayat Kesehatan Ibu

Keadaan kesehatan ibu yang memiliki riwayat penyakit seperti penyakit jantung, diabetes, dan hipertensi dapat meningkatkan risiko keguguran. Selain itu, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol juga dapat meningkatkan risiko keguguran. Wanita yang tidak mendapatkan antenatal care (ANC) selama kehamilannya juga lebih mungkin mengalami abortus dibandingkan dengan wanita yang mendapatkan ANC

g. Kelainan Genetik

Biasanya dipengaruhi oleh abnormalitas kromosom yang terjadi pada janin. Pasangan yang memiliki riwayat abortus yang berulang kali

maka salah satu dari pasangan tersebut membawa sifat kromosom yang berkemungkinan abnormal.

h. Kelainan Endrokin

Insufisiensi fase luteal (fungsi corpus luteum yang abnormal dengan tidak cukupnya produksi progesterone), diabetes, hipoprolaktinemia dan sindrom polikistik merupakan beberapa faktor yang berkontribusi pada keguguran.

i. Infeksi

Beberapa infeksi dapat mempengaruhi kondisi janin antara lain yaitu TORC (*Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus*) dan malaria. Infeksi intrauterine yang dapat menyebabkan berulangnya abortus pada kehamilan antara lain *Chlamydia, Ureaplasma, Mycoplasma, Cytomegalovirus, Listeria Monocytogenes* dan *Toxoplasma gondii*. *Mycoplasma Huminis* atau *lues* merupakan penyakit infeksi menahun yang dapat menjadi sebab kegagalan kehamilan ditemukan di serviks uteri, vagina dan uretra. Penyakit infeksi akut dapat menyebabkan abortus pada saat terjadinya infeksi.

j. Kelainan Imunologi

Faktor yang sudah terbukti secara signifikan dapat menyebabkan gugurnya buah kehamilan yang berulang kali antara lain yaitu antikoagulan lupus, antibody *cardiolipin*, dan *antinuclear*. Inkomtabilitas golongan darah A, B, O dengan reaksi antigen-antibody dapat menyebabkan abortus berulang, karena pelepasan histamin mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan fragilitas kapiler. Inkomtabilitas karena Rh faktor dapat menyebabkan pula abortus berulang.

k. Nutrisi

Malnutrisi atau kekurangan nutrisi yang terjadi saat masa kehamilan berkemungkinan besar menjadi faktor predisposisi abortus.

Penyakit- penyakit yang menganggu persediaan zat-zat makanan untuk janin yang sedang tumbuh dapat menyebabkan abortus seperti anemia yang berat, penyakit menahun dan lain-lain dapat mempengaruhi gizi penderita.

I. Obat Obatan Reaksional dan Toksin Lingkungan

Penggunaan obat-obatan yang tidak diawasi oleh dokter saat masa kehamilan dapat berperan pada abortus salah satunya adalah beberapa obat yang dianggap teratogenik atau penggunaan tembakau dan alcohol juga berpengaruh.

m. Psikologis

Jika perempuan yang belum matang secara emosional dapat mempengaruhi abortus yang berulang. Kondisi psikis ibu hamil sangat mempengaruhi janin. Ketika ibu hamil mengalami tekanan, terdapat risiko pada perkembangan janin. Gangguan emosional pada masa kehamilan yang tidak wajar dapat menjadi pemicu stress yang menganggu perkembangan janin dan beresiko terjadinya abortus.

n. Gaya Hidup

Wanita yang merokok diketahui lebih sering mengalami abortus spontan daripada wanita yang tidak merokok. Alkohol dinyatakan meningkatkan resiko abortus spontan, meskipun hanya digunakan dalam jumlah sedang.

o. Pendidikan

Pendidikan ibu dapat mempengaruhi tingkat terjadinya abortus, dimana ibu yang berpendidikan rendah kurang memperhatikan perkembangan dan kesehatan kehamilannya, karena kurangnya pengetahuan ibu sehingga pada umumnya ibu tidak perduli dengan keadaannya. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi kesadaran ibu akan kesehatan dirinya dan kehamilannya.

p. Lingkungan

Malformasi pada janin banyak terjadi karena paparan obat, bahan kimia atau bahkan radiasi yang didapat dari lingkungan sekitar ibu hamil dan faktor tersebut dapat menurunkan pasokan oksigen yang diberikan pada janin oleh ibu serta memacu neurotoksin.

D. Tanda dan Gejala

Tanda atau gejala pada keguguran yang sudah atau sedang dialami oleh ibu hamil bisa berbeda, tergantung pada jenis abortusnya. Berikut adalah penjelasannya :

1. Keguguran yang tidak bisa dihindari (abortus insipiens)

Dapat ditandai dengan adanya perdarahan, adanya kram perut seperti kontraksi, dan sudah terjadinya pembukaan pada jalan lahir. Meskipun begitu, janin yang sudah terlepas dari rahim belum keluar.

2. Keguguran yang dapat dipertahankan (abortus imminens)

Dapat ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup (karena pada saat pemeriksaan dalam belum ada pembukaan), uterus sesuai usia gestasi, kram perut bawah, nyeri memilit karena kontraksi tidak ada atau sedikit sekali, tidak ditemukan kelainan pada serviks

3. Keguguran tidak lengkap (abortus inkomplite)

Dapat ditandai dengan adanya perdarahan berat yang terjadi pada vagina, terjadinya kram hebat, disertai dengan terlepas dan keluarnya plasenta atau janin yang telah luruh. Pada keguguran ini, sebagian jaringan atau plasenta ada yang masih tertinggal pada rahim.

4. Keguguran lengkap (Abortus komplit)

Dapat ditandai dengan keluarnya seluruh jaringan atau janin dari rahim. Setelah itu rasa nyeri serta perdarahan yang dirasakan akan berkurang dengan signifikan, ostium uteri sebagian besar telah menutup, perdarahan sedikit dan uterus sudah banyak mengecil.

5. Keguguran yang terlewatkan (missed abortion)

Dapat terjadi sebab janin tidak dapat berkembang atau kehamilan kosong (blighted ovum). Missed abortion ini tidak menimbulkan tanda perdarahan dan nyeri perut seperti pada keguguran lain sehingga ibu biasanya tidak sadar jika dirinya keguguran. Gejala yang dialami rahim tidak membesar, namun malah mengecil karen absorsi air ketuban dan macerasi janin, payudara kembali mengecil, gejala kehamilan tidak ada, hanya amenorea yang terus berlangsung.

6. Keguguran berulang (recurrent abortion)

Dapat terjadi saat ibu hamil mengalami keguguran minimal dua kali atau bahkan lebih secara berturut-turut. Penyebab paling sering ialah kelainan genetik yang terjadi pada ibu, misalnya sindrom antifosfolipid.

E. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi, dan syok.

1. Perdarahan

Komplikasi ini dapat diatasi dengan mengosongkan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi serta pemberian transfuse darah jika diperlukan. Kematian yang disebabkan oleh adanya perdarahan bisa terjadi jika pertolongan tidak segera diberikan pada waktu yang tepat.

2. Perforasi

Perforasi uterus pada luka kerokan dapat terjadi terutama dalam posisi uterus yang hiporetrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, ibu perlu dipantau dengan teliti. Jika adanya tanda bahaya, maka perlu segera dilakukannya laparotomi, serta tergantung faktor luar dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau histerektomi.

3. Infeksi

Infeksi yang terjadi di dalam uterus atau pada sekitarnya dapat terjadi pada setiap abortus, akan tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus namun lebih sering terjadi di abortus buatan yang dikerjakan tanpa diperhatikannya asepsis dan antisepsis. Apabila infeksi sudah menyebar lebih jauh, maka terjadilah peritonitis umum atau disebut sepsis, dengan kemungkinan akan diikuti oleh syok. Saat demam lebih 38 derajat celcius lebih dari 24 jam atau demam lebih dari 39 derajat celcius, atau bila terjadi keputihan yang tidak biasa (berbau menyengat, terlihat berbeda) merupakan gejala-gejala terjadinya infeksi, infeksi seperti ini dapat diobati dengan antibiotic seperti doxycycline pada missed abortion dengan rentasi lama hasil konsepsi dapat terjadi kelainan

4. Syok

Syok yang terjadi pada abortus dapat terjadi karena adanya perdarahan (syok hemoragik) serta dapat terjadi karena adanya infeksi berat (syok endoseptik). Syok dapat terjadi akibat berkurangnya perfusi jaringan dengan darah karena gangguan pada sirkulasi mikro. Kekurangan perfusi apabila berlangsung terlalu lama dapat menimbulkan hipoksia jaringan yang akan merusak sel-sel dan pada akhirnya menyebabkan kematian.

F. Pengelolaan

1. Abortus imminens

- ❖ Rehat baring dilakukan guna memperlancar aliran darah menuju uterus bertambah serta rangsangan mekanik berkurang.
- ❖ Tes kehamilan bisa dilakukan. Bila hasilnya negatif, dapat menjadi kemungkinan bahwa janin sudah mati.
- ❖ Pemeriksaan USG guna untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- ❖ Memberikan obat penenang, atau pemberian Progesteron 10 mg perhari yaitu fenobarbital 3 x 30 mg serta Pasien tidak diperbolehkan untuk berhubungan seksual kurang dari 2 minggu.

2. Abortus insipiens

- ❖ Jika ada tanda-tanda mengalami syok maka dapat diatasi dengan pemberian cairan serta transfusi darah.
- ❖ Pada kehamilan yang kurang dari 12 minggu, yang biasanya disertai perdarahan, dapat ditangani dengan langkah pertama yaitu pengosongan uterus menggunakan kuret vakum atau cunam abortus, kemudian dilanjutkan dengan kerokan memakai kuret tajam. Diberikan suntikkan ergometrin 0,5 mg intramuskular.
- ❖ Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, dapat diberikan infus oksitosin 10 IU dalam larutan dekstrose 5% 500 ml diberikan mulai 8 tetes per menit lalu dinaikkan sesuai kontraksi uterus sampai terjadinya abortus komplet.
- ❖ Memberi antibiotik pada ibu sebagai profilaksis.

3. Abortus inkomplet

- ❖ Apabila disertai dengan syok karena perdarahan, lalu berikan infus cairan NaCl fisiologis atau ringer laktat dan disusul dengan ditransfusi darah.
- ❖ Setelah syok dapat diatasi, lakukan penggerakan dengan kuret pada dinding rahim lalu menyuntikkan ergometrin 0,2 mg intramuskular guna mempertahankan kontraksi otot uterus.
- ❖ Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi.

4. Abortus komplet

- ❖ Bila pasien anemia, maka berikan hematinik seperti sulfas ferosus atau berikan transfusi darah.
- ❖ Berikan antibiotik guna mencegah infeksi.
- ❖ Mengajurkan pasien untuk diet tinggi protein, vitamin serta mineral

5. Missed abortion

- ❖ Bila terdapat hipofibrinogenemia maka siapkan darah segar atau fibrinogen.
- ❖ Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, maka Lakukan pembukaan pada serviks dengan gagang laminaria selama 12 jam lalu dilakukannya dilatasi serviks dengan dilatator Hegar. Kemudian dilanjutkan pengambilan hasil konsepsi menggunakan cunam ovum lalu dengan kuret tajam.
- ❖ Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, Infus intravena oksitosin 10 IU didalam dekstroze 5% sebanyak 500 ml dimulai dengan 20 tetes per menit dan naikkan dosis sampai ada kontraksi uterus. Oksitosin juga dapat diberikan hingga 10 IU dalam 8 jam. Bila cara ini dilakukan akan tetapi tidak berhasil, ulang infus oksitosin setelah pasien istirahat satu hari.
- ❖ Bila tinggi fundus uteri sampai 2 jari bawah pusat, maka keluarkan hasil konsepsi dengan menyuntikkan larutan garam 20% pada kavum uteri melalui dinding perut.

6. Abortus infeksius dan septik

- ❖ Tingkatkan asupan cairan pada cairan.
- ❖ Bila perdarahan banyak, maka lakukan transfusi darah.
- ❖ Penanggulangan infeksi: 1 Gentamycin 3 x 80 mg dan Penicillin 4 x 1,2 juta. 1 Chloromycetin 4 x 500 mg. 1 Cephalosporin 3 x 1. 1 Sulbenicilin 3 x 1-2 gram.
- ❖ Pada kasus tetanus maka perlu diberikan ATS, irigasi dengan H₂O₂, dan histerektomi total secepatnya.

7. Abortus Habitualis

- ❖ Memperbaiki keadaan umum pasien, pemberian makanan sehat, istirahat cukup, larangan koitus dengan pasangan saat kehamilan, dan olahraga.

- ❖ Pada serviks inkompeten terapinya adalah operatif: Shirodkar atau Mac Donald (cervical cerclage).
- ❖ Merokok serta minum alkohol sebaiknya dikurangi atau dihentikan.

G. Sumber Daya Manusia

Bagi bidan perlu dilakukannya pelatihan serta pendampingan lebih lanjut kepada ibu hamil mengenai pencegahan, tata laksana manajemen, alur dan proses rujukan untuk pasien dengan kasus abortus. Pengambilan keputusan yang cepat dan tepat serta sumber daya manusia harus tersedia dan ahli. Penatalaksanaan pada abortus tergantung pada masing masing kasus yang terjadi guna mencegah dampak buruk yang disebabkan oleh rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat atau tenaga kesehatan serta keterampilan dan pengalaman tenaga kesehatan.

H. Rekomendasi Praktik

1. Fasilitas yang merawat ibu hamil dengan perdarahan saat abortus atau setelah abortus wajib dilengkapi dengan sumber daya yang memumpuni guna mendiagnosis dengan tepat kemungkinan besar penyebab perdarahan, jenis abortus yang terjadi. Jika hal ini tidak memungkinkan, guna mendapatkan pelaksanaan yang tepat maka pasien tersebut harus segera dirujuk ke fasilitas yang lebih lengkap.
2. Fasilitas yang merawat kasus abortus harus memberikan rencana penatalaksanaan yang jelas, tepat dan cepat kepada setiap wanita dengan tanda gejala abortus untuk memastikan apakah janin bisa dipertahankan atau tidak bisa dipertahankan.
3. Wanita hamil dengan tanda gejala abortus atau sudah didiagnosa abortus memerlukan dukungan psikososial, pendidikan, komunikasi, dan dukungan dari keluarga dan orang sekitar karena abortus dapat mempengaruhi kondisi mental ibu.

I. Latihan

1. Jelaskan definisi dari Abortus
2. Jelaskan klasifikasi Abortus
3. Jelaskan Faktor risiko Abortus
4. Jelaskan tanda dan gejala Abortus
5. Jelaskan pengelolaan Abortus

J. Rangkuman Materi

Abortus merupakan pemberhentian pada kehamilan saat janin belum bisa untuk bertahan hidup di luar rahim ketika janin berusia kurang dari 20 minggu dihitung pada usia kehamilan atau saat berat janin kurang dari 500 gram. Abortus merupakan pemberhentian pada kehamilan (disebabkan oleh beberapa faktor-faktor tertentu) atau ketika janin berusia kurang dari 20 minggu dihitung pada usia kehamilan atau saat janin tidak dapat bertahan hidup saat dilahirkan atau diluar rahim.

Abortus biasa disebut keguguran pada kandungan ialah berhentinya kehamilan yang terjadi sebelum janin atau buah kehamilan dapat bertahan hidup saat brada pada luar kandungan. Abortus umumnya ditandai dengan terjadinya perdarahan yang terjadi pada wanita hamil kurang dari 20 minggu, maka menggunakan peralatan USG saat ini dapat dikategorikan menjadi dua jenis, macamnya yaitu abortus yang terjadi karena terjadinya kegagalan perkembangan yang terjadi pada janin dimana kondisi ini pada USG yang ditunjukkan dengan kosongnya pada kantong kehamilan, kemudian abortus karena terjadinya kematian pada janin, dimana kondisi janin yang tidak menunjukkan ada tanda-tanda kehidupan lagi seperti tidak adanya denyut jantung atau tidak adanya pergerakan janin yang sesuai dengan usia kehamilan.

K. Daftar Pustaka

- Akbar, A., 2019. Faktor Penyebab Abortus di Indonesia Tahun 2010-2019: Studi Meta Analisis. Jurnal Biomedik, Volume 11
- Dorland WA. (2012). Kamus Saku Kedokteran Dorland. Edisi 28. Mahode AA, translator. Jakarta: EGC
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan Edisi Pertama. Kemenkes RI. 2013;84.
- Pernoll ML. Handbook of Obstetrics & Gynecology Tenth Edition. McGraw-Hill. 2001; 295.
- Paul DC, Johnson SM. Gynecology and Obstetrics. Current Clinical Strategies. 2006; 99.
- Ruqaiyah, R. (2018). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus Inkomplit di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2018. JURNAL KESEHATAN DELIMA PELAMONIA, 2(2), 93-98.
- Stubblefield PG, Grimes DA. Septic abortion. NEJM. 1994;331(5):310–4.
- Prawirohardjo, Sarwono (2016). Ilmu Kebidanan. Jakarta. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sari, Ratna D. P. dan Prabowo, Arif Y. (2018). Buku Ajar Perdarahan Pada Kehamilan Trimester 1. Lampung. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

BAB 3

SOLUSIO PLASENTA

Pendahuluan

Angka kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi, penyebab kematian didominasi oleh kasus komplikasi obstetrik, seperti kasus berat pendarahan postpartum (atonia uteri, sisa plasenta dan robekan jalan lahir), perdarahan antepartum (karena plasenta previa atau karena solusio plasenta). Solusio plasenta merupakan perdarahan di perbatasan desidua plasenta yang menyebabkan pemisahan plasenta setelah usia kehamilan 20 minggu dan sebelum kelahiran janin. Solusio plasenta memberikan dampak penyulit, perdarahan dan kematian, Kejadian solusio plasenta sebagai penyulit dalam proses persalinan hampir 1 dalam 155 sampai 1 dari 225 persalinan atau <0,5% kejadian, sedangkan kejadian solusio plasenta berdampak pendarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu 45% terjadi pada 24 jam pertama setelah bayi lahir, 68-73% dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% dalam dua minggu setelah bayi lahir.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan definisi solusio plasenta
2. Menjelaskan klasifikasi solusio plasenta
3. Menjelaskan etiologi solusio plasenta
4. Menjelaskan tanda dan gejala solusio plasenta
5. Menjelaskan komplikasi solusio plasenta
6. Menjelaskan pengelolaan solusio plasenta
7. Menjelaskan SDM dalam pengelolaan solusio plasenta
8. Menjelaskan rekomendasi praktik solusio plasenta

URAIAN MATERI

A. Pengertian

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya. Solusio plasenta memiliki nama lain *accidental haemorrhage, prematur separation of the normally implanted placenta, abruptio placentae* dan *ablatio placentae*.

B. Klasifikasi

Solusio plasenta terbagi berdasarkan luasnya permukaan plasenta yang terlepas, yaitu solutio plasenta ringan, solusio plasenta sedang, dan solusio plasenta berat.

1. Solusio Plasenta Ringan

Bisa tidak memiliki gejala pada solusio plasenta yang sangat ringan seperti tidak ada perdarahan pervaginan atau perdarahan <100 ml dengan rasa nyeri yang sangat ringan, hematom yang berukuran beberapa sentimeter terdapat pada permukaan maternal plasenta. Pada palpasi ditandai dengan nyeri lokal yang ringan akibat dari hematom dan teraba tegang pada bagian janin yang dirasakan.

2. Solusio Plasenta Sedang

Memiliki gejala yang jelas seperti rasa nyeri pada perut yang terus menerus, perdarahan 100-500 ml, hipotensi, takikardia, keringat dingin, oliguria, adanya tanda gawat janin saat DJJ. Perdarahan pervaginam berwarna coklat kehitaman disertai dengan rasa nyeri yang menetap tampak tanda syok seperti pucat dan gawat janin.

3. Solusio Plasenta Berat

Tinggi fundus uteri bertambah besar akibat penumpukan darah di dalam rahim pada kategori *concealed hemorrhage*, perut sangat nyeri dan tegang

serta keras seperti papan (*defans musculaire*) disertai perdarahan yang berwarna hitam >500 ml, DJJ sudah tidak terdengar akibat adanya gangguan pada fungsi plasenta dan syok.

Klasifikasi berdasarkan derajat lepasnya plasenta antara lain:

1. Solusio Plasenta Lateralis/Parsialis. Hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempatnya.
2. Solusio Plasenta Totalis. Seluruh bagian dari plasenta terlepas keseluruhan.
3. Prolapsus Plasenta. Plasenta yang turun dan teraba saat pemeriksaan dalam.

C. Etiologi

Penyebab utama dari solusio plasenta belum diketahui secara pasti, akan tetapi terdapat beberapa keadaan patologis yang menyertai sebagai faktor resiko solusio plasenta antara lain riwayat solusio plasenta solusio plasenta khususnya yang menyebabkan kematian janin, memiliki rekurensi yang tinggi 12-22%, hipertensi (hipertensi gestasional, preeklamsia, hipertensi kronis, atau kombinasi), Usia > 40 tahun, Paritas, Ras, ketuban pecah dini beresiko 3 kali lipat dan risiko ini semakin meningkat dengan adanya infeksi, perokok memiliki resiko 5-8 kali lipat jika perokok tersebut mengalami hipertensi kronis, preeklamsia berat, atau keduanya.

D. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala solusio plasenta dapat sangat bervariasi tergantung derajat pemisahan plasenta, seperti perdarahan eksternal yang sangat banyak tetapi plasenta belum terlepas keseluruhan sehingga menimbulkan tanda adanya gawat janin atau sebaliknya tetapi plasenta terlepas keseluruhan dan janin sudah meninggal, adanya perdarahan yang berwarna kehitaman atau bekuan darah, adanya peningkatan tonus uteri dan frekuensi kontraksi dapat memberikan tanda awal sebuah solusio plasenta.

E. Komplikasi

Adapun komplikasi solusio plasenta pada ibu antara lain:

1. Syok
2. Koagulopati Konsumtif
3. Gagal Ginjal
4. Perfusi ginjal
5. *Sindrom Sheehan*
6. *Uteruscouvelaire*

Komplikasi solusio plasenta pada janin antara lain:

1. Kematian perinatal
2. *Prematuritas*
3. *Quadriplegia spastik* atau *dyskinetic cerebral palsy*

F. Pengelolaan

Pada kehamilan kurang dari 36 minggu dengan solusio plasenta ringan, perdarahannya kemudian berhenti, perutnya tidak terasa sakit, uterusnya tidak menjadi tegang maka dapat dilakukan perawatan secara konservatif di rumah sakit dengan observasi ketat, dengan mengakhiri kehamilan melalui induksi atau menstimulasi partus pada kasus yang ringan atau janin telah mati. Sedangkan pada kasus dengan solusio plasenta sedang atau berat dengan perdarahan yang masih terus berlangsung disertai dengan tanda pasti terjadi solusio plasenta dengan hasil pemantauan USG daerah solusio placenta bertambah luas, maka pengakhiran kehamilan menjadi pilihan dengan tindakan *Sectio Caesarea* apabila serviks masih tertutup, dilakukan pemecahan ketuban dan pemberian oksitosin dalam 2 jam dengan kondisi janin masih hidup, atau dengan tindakan induksi bila janin telah mati dan tidak ada perdarahan hebat yang memerlukan transfusi maka dilakukan pemecahan ketuban, pemberian infus oksitosin 5 iu dalam 500cc Dextrosa 5% untuk mempercepat persalinan.

1. Sumber Daya Manusia

Bagi bidan perlu adanya pelatihan dan pendampingan berkelanjutan tentang tata laksana manajemen, USG, alur dan proses rujukan, terapi yang spesifik, tindakan segera, pengambilan keputusan yang cepat, tepat terkait solusio plasenta serta tersedianya sumber daya manusia. Penatalaksanaan solusio plasenta yang tepat diimbangi dengan tingkat pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam penatalaksanaan pada solusio plasenta mampu mengurangi morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.

2. Rekomendasi Praktik

- a. Tersedianya pelayanan, fasilitas dan sumber daya manusia yang mampu menangani kasus terkait solusio plasenta dengan cepat, tepat dan aman hingga tidak menimbulkan komplikasi yang berat.
- b. Terjangkaunya fasilitas rujukan, pengambilan keputusan yang tepat dan segera, penegakkan diagnosa serta pemeriksaan laboratorium yang tepat mampu mengurangi kematian ibu dan janin.
- c. Perlunya pemantauan, pendampingan fisik dan psikologi pada ibu dengan solusio plasenta untuk mencegah dampak yang buruk baik pada ibu maupun janin.

G. Latihan

1. Jelaskan pengertian solusio plasenta
2. Jelaskan klasifikasi solusio plasenta
3. Jelaskan etiologi solusio plasenta
4. Jelaskan tanda dan gejala solusio plasenta
5. Jelaskan komplikasi solusio plasenta

H. Rangkuman materi

Solusio plasenta, secara klasik didefinisikan sebagai pemisahan plasenta sebelum persalinan merupakan salah satu penyebab utama perdarahan vagina pada kehamilan dan pasca persalinan. Solusio plasenta adalah komplikasi kehamilan yang relatif jarang tetapi serius dan yang memiliki resiko terhadap kesejahteraan ibu dan janin, sebagai perdarahan yang tampak atau tersembunyi berdasarkan ada atau tidak adanya perdarahan eksternal, perdarahan tersembunyi memiliki dampak yang lebih buruk untuk ibu dan bayi.

I. Daftar Pustaka

- Ananth, C. V., Lavery, J. A., Vintzileos, A. M., Skupski, D. W., Varner, M., Saade, G., Biggio, J., Williams, M. A., Wapner, R. J., & Wright, J. D. (2016). Severe placental abruption: Clinical definition and associations with maternal complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(2), 272.e1-272.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.069>
- Dewi, T. P., & Jannah, M. (2022). Solusio plasenta pada plasenta previa tanpa nyeri abdomen. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(3), 117–121. <https://doi.org/10.24815/jks.v22i3.26243>
- Elkafrawi, D., Sisti, G., Araji, S., Khoury, A., Miller, J., & Echevarria, B. R. (2020). Risk factors for neonatal/maternal morbidity and mortality in African American women with placental abruption. *Medicina (Lithuania)*, 56(4). <https://doi.org/10.3390/medicina56040174>
- Merici, Angela, J., & Hamudi. (2023). Hubungan Paritas Dengan Kejadian Solusio Plasenta Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari. *Jurnal Pelita Sains Kesehatan*, 3(5), 77–83. <https://ojs.pelitaibu.ac.id/index.php/jpasaik>
- Rodiani, & Luvika, S. G. (2016). Wanita G2P0A1 Hamil 36 Minggu Belum Inpartu dengan PEB + Partial HELLP Syndrome dan Solutio Plasenta, Janin Tunggal Mati, Presentasi Kepala. *JK Unila*, 1(2), 450–457.
- Suzuki, S. (2022). *Placental Abruptio Associated with Cerebral Palsy*. 89(3), 263–268.

BAB 4

MUAL DAN MUNTAH PADA KEHAMILAN

Pendahuluan

Mual dan muntah atau dalam bahasa medis disebut emesis gravidarum atau morning sickness merupakan suatu keadaan mual yang terkadang disertai muntah (frekuensi kurang dari 5 kali). Selama kehamilan sebanyak 70-85% wanita mengalami mual muntah . Emesis gravidarum merupakan perasaan pusing, perut kembung dan badan terasa lemas disertai keluarnya isi perut melalui mulut dengan frekuensi kurang dari 5 kali sehari pada ibu hamil trimester 1.

Dari hasil penelitian Lecasse (2019) dari 367 wanita hamil, 78,47% mual muntah terjadi pada trimester pertama, dengan derajat mual muntah yaitu 52,2% mengalami mual muntah ringan, 45,3% mengalami mual muntah sedang dan 2,5% mengalami mual muntah berat. Pada trimeter dua, 40,1% wanita masih mengalami mual muntah dengan rincian 63,3% mengalami mual muntah ringan, 35,9% mengalami mual muntah sedang dan 0,8% mengalami mual muntah berat.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan definisi mual dan muntah pada kehamilan
2. Menjelaskan perbedaan Tingkatan Mual Muntah
3. Menjelaskan penyebab Mual Muntah
4. Membedakan tingkatan mual muntah
5. Menjelaskan patofisiologi mual dan muntah
6. Menjelaskan penanganan mual dan muntah
7. Menjelaskan pengukuran Mual Muntah
8. Menjelaskan komplikasi Mual Muntah

URAIAN MATERI

A. Definisi

Mual dan muntah atau dalam bahasa medis disebut emesis gravidarum atau morning sickness merupakan suatu keadaan mual yang terkadang disertai muntah (frekuensi kurang dari 5 kali). Emesis gravidarum merupakan perasaan pusing, perut kembung dan badan terasa lemas disertai keluarnya isi perut melalui mulut dengan frekuensi kurang dari 5 kali sehari pada ibu hamil trimester 1.

B. Perbedaan Tingkatan Mual Muntah

Manifestasi yang sering dijumpai pada traktus gastrointestinal adalah morning sickness, emesis gravidarum dan hiperemesis gravidarum. Dibawah ini dijabarkan perubahan dan berbagai keluhan yang meyertainya.

1. Morning Sickness Pusing pada saat bangun pagi karena terjadi iskemia relatif akibat turunnya aliran darah menuju otak sehingga glukosa kearah sistem saraf pusat berkurang. Cara mengatasinya jangan terlalu cepat berjalan dari tempat tidur, duduk dengan tenang sambil beradaptasi pada posisi duduk sehingga pusing berkurang, minum teh hangat agak manis, setelah pusing hilang baru kemudian diikuti dengan aktivitas biasa.
 - a. Gejala morning sickness biasanya muncul dalam beberapa minggu pertama kehamilan dan bisa berlangsung hingga paruh kedua kehamilan, sebagai berikut:
 - Mual dan muntah.
 - Sensitivitas terhadap aroma.
 - Perubahan selera makan.
 - Peningkatan air liur.
 - Perubahan suasana hati.
 - Kelelahan.

Jika gejala mual dan muntah Ibu sangat parah dan mengganggu pola hidup, segera konsultasikan dengan dokter atau profesional kesehatan untuk mendapatkan nasihat medis dan bantuan lebih lanjut.

b. Cara mengatasi Morning Sickness

Berikut ini beberapa cara yang dapat Ibu lakukan untuk mengontrol gejala mual dan muntah agar Ibu sehat kembali:

- Berkonsultasi dengan dokter kandungan. Dokter umumnya akan menyarankan suplemen berupa vitamin B6, karena vitamin ini dapat mengurangi rasa mual dan muntah
- Mengonsumsi susu yang mengandung vitamin B6
- Beristirahat, karena istirahat akan menghilangkan gangguan pencernaan pada Ibu, sehingga mual akan berhenti.
- Konsumsi susu trimester 1 untuk membantu meredakan gejala mual dan muntah.

c. Cara mencegah Morning Sickness

Setelah mengetahui apa saja penyebab morning sickness, tentu sekarang ibu dapat melakukan upaya untuk mencegahnya. Meskipun tidak bisa mencegah 100 persen, namun paling tidak, ibu dapat mengurangi tingkat keparahannya dengan melakukan beberapa cara berikut ini.

- Menghindari makanan pemicu mual seperti makanan pedas, asam, terlalu manis, dan beraroma kuat.
- Makan dalam jumlah sedikit namun sering lebih baik, ketimbang makan dengan porsi yang besar.
- Saat merasa mual, ibu dapat makan biskuit tawar, crackers, atau permen jahe untuk mengurangi rasa mual. Selain itu, Ibu juga bisa mengonsumsi buah peach untuk mengurangi rasa mual. Buah peach memiliki banyak manfaat untuk ibu hamil.

- Minum air putih sesering mungkin, pastikan ibu tidak mengalami dehidrasi.
 - Kurangi stres dan kecemasan dengan menghirup udara segar serta melakukan hal yang menyenangkan.
 - Gunakan pakaian yang longgar dan bra yang tidak ketat.
 - Hirup aromaterapi dengan wangi yang lembut untuk mencegah mual.
2. Emesis Gravidarum Mual dan muntah beberapa kali terutama pada pagi hari, tidak menyebabkan gangguan semua aktivitas sehari-hari. Cara mengatasinya sama dengan morning sickness, obat yang diperlukan adalah anti mual, mengganti cairan yang keluar dengan minuman elektrolit.
- Ada beberapa faktor yang mempengaruhi emesis gravidarum yaitu :
- a. Faktor Psikologis Faktor psikologis yang meliputi takut terhadap kehamilan dan persalinan, rumah tangga retak, atau takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dapat mengakibatkan konflik mental yang memperberat mual muntah sebagai ekspresi terhadap keengganannya menjadi hamil. Masalah psikologis dapat menjadi predisposisi beberapa wanita untuk mengalami mual muntah dalam kehamilan, atau memperburuk gejala yang sudah ada atau mengurangi kemampuan untuk mengatasi gejala normal. Syok dan adaptasi yang dibutuhkan jika kehamilan ditemukan kembar, atau kehamilan yang terjadi dalam waktu berdekatan, juga dapat menjadi faktor emosional yang membuat mual muntah menjadi lebih berat.
 - b. Faktor Lingkungan Kondisi lingkungan juga turut menjadi faktor yang memengaruhi perkembangan janin. Contoh sederhananya, polusi udara dari kendaraan bermotor. Menurut studi dari Amerika Serikat dalam jurnal Epidemiologi dan Kesehatan Komunitas,

tingginya paparan polusi dari asap kendaraan bermotor pada awal dan akhir kehamilan bisa menyebabkan janin tidak tumbuh dengan baik, sehingga lahir dengan berat yang rendah.

- c. Faktor Sosial dan Budaya Perilaku keluarga yang tidak mengijinkan seorang wanita hamil meninggalkan rumah untuk memeriksakan kehamilannya merupakan budaya yang menghambat keteraturan kunjungan ibu hamil memeriksakan kehamilannya. c. Hiperemesis Gravidarum Hiperemesis Gravidarum Mual dan muntah berlebihan sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Cara mengatasinya dengan terapi intensif, dan terminasi kehamilan
- d. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis Gravidarum Mual dan muntah berlebihan sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Cara mengatasinya dengan terapi intensif, dan terminasi kehamilan

Hiperemesis gravidarum adalah keadaan dimana penderita mual muntah lebih dari 10 kali dalam 24 jam, sehingga pekerjaan sehari-hari terganggu dan keadaan umum menjadi buruk. Keadaan ini rata-rata muncul pada usia kehamilan 8-12 minggu¹⁶.Hiperemesis gravidarum adalah kondisi persisten mual muntah ibu hamil pada trimester pertama sampai dengan usia kehamilan 22 minggu yang apabila berkelanjutan bisa mengakibatkan kekurangan karbohidrat dalam lemak, dehidrasi dan kekurangan elektrolit. Hiperemesis gravidarum ditandai dengan mual muntah, ketonuria dan kehilangan 5% dari berat sebelum hamil, 0,3 hingga 0,2 % hiperemesis gravidarum membutuhkan perawatan di rumah sakit. Hiperemesis gravidarum adalah keluhan mual dan muntah hebat lebih dari 10 kali sehari dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan 13 kekurangan cairan, penurunan berat badan, atau

gangguan elektrolit, sehingga menganggu aktivitas sehari-hari dan membahayakan janin dalam kandungan.

Mual dan muntah berlebihan yang terjadi pada wanita hamil sehingga menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan kadar elektrolit, penurunan berat badan (lebih dari 5% berat badan awal), dehidrasi, ketosis, dan kekurangan nutrisi. Hal tersebut mulai terjadi pada minggu keempat sampai kesepuluh kehamilan dan selanjutnya akan membaik pada usia kehamilan 20 minggu, namun pada beberapa kasus dapat terus berlanjut sampai pada kehamilan tahap berikutnya. Pada umumnya hiperemesis gravidarum terjadi pada minggu ke 6- 12 masa kehamilan, yang dapat berlanjut sampai minggu ke 16-20 masa kehamilan.

Mual dan muntah merupakan gejala yang wajar ditemukan pada kehamilan triwulan pertama. Biasanya mual dan muntah terjadi pada pagi hari sehingga sering dikenal dengan morning sickness. Sementara itu setengah dari wanita hamil mengalami morning sickness, antara 1,2 - 2% mengalami hiperemesis gravidarum, suatu kondisi yang lebih serius. Hampir 50% wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual ini mulai dialami sejak awal kehamilan. Mual muntah saat hamil muda sering disebut morning sickness tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat. Pada beberapa kasus dapat berlanjut sampai kehamilan trimester kedua dan ketiga, tapi ini jarang terjadi

Tingkatan Hiperemesis Gravidarum Runiari menyatakan bahwa tidak ada batasan yang jelas antara mual yang bersifat fisiologis dengan hiperemesis gravidarum, tetapi bila keadaan umum ibu hamil terpengaruh sebaiknya dianggap sebagai hiperemesis gravidarum. Menurut berat ringannya gejala hiperemesis gravidarum dapat dibagi kedalam tiga tingkatan sebagai berikut :

- ❖ Tingkat I Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum. Pada tingkatan ini ibu hamil merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistolik menurun, dapat disertai peningkatan suhu tubuh, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.
- ❖ Tingkat II Ibu hamil tampak lebih lemas dan apatis, turgor kulit lebih menurun, lidah kering dan tampak kotor, nadi kecil dan cepat, tekanan darah turun, suhu kadang-kadang naik, mata cekung dan sedikit ikterus, berat badan turun, hemokonsentrasi, oligouria, dan konstipasi. Aseton dapat tercium dari hawa pernapasan karena mempunyai aroma yang khas, dan dapat pula ditemukan dalam urine.
- ❖ Tingkat III Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun dari somnolen sampai koma, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, 15 serta suhu meningkat. Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai wenickle ensefalopati. Gejala yang dapat timbul seperti nistagmus, diplopia, dan perubahan mental, keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan, termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus menunjukkan terjadinya payah hati. Pada tingkatan ini juga terjadi perdarahan dari esofagus, lambung, dan retina.

C. Penyebab Mual Muntah

Penyebab mual dan muntah dianggap sebagai masalah multi faktoral. Teori yang berkaitan adalah faktor hormonal, sistem vestibular, pencernaan, psikologis, hiperolfacation, genetik dan faktor evolusi. Berdasarkan suatu studi

prospektif pada 9000 wanita hamil yang mengalami mual muntah, didapatkan hasil risiko mual muntah meningkat pada primigravida, wanita yang berpendidikan kurang, merokok, kelebihan berat badan atau obesitas, memiliki riwayat mual muntah pada kehamilan sebelumnya.

Emesis gravidarum (morning sickness) berhubungan dengan level hCG. hCG menstimulasi produksi esterogen pada ovarium. Esterogen diketahui meningkatkan mual dan muntah. Peningkatan esterogen dapat memancing peningkatan keasaman lambung yang membuat ibu merasa mual.

Teori lain mengatakan bahwa sel-sel plasenta (villi kariolis) yang menempel padadinding rahim awalnya ditolak oleh tubuh karena dianggap benda asing. Reaksi imunologik inilah yang memicu terjadinya reaksi mual-mual. Perubahan metabolismik glikogen hati akibat kehamilan juga dianggap sebagai penyebab mual dan muntah. Ada beberapa peneliti yang menyebutkan penyebab mual muntah disebabkan oleh faktor psikologis, seperti kehamilan yang tidak direncanakan, tidak nyaman atau tidak diinginkan, beban pekerjaan akan menyebabkan penderitaan batin dan konflik. Perasaan bersalah, marah, ketakutan, dan cemas dapat menambah tingkat keparahan mual dan muntah.

D. Tingkatan Mual Muntah

Batasan yang jelas antara mual yang masih fisiologik dalam kehamilan dengan hiperemesis tidak ada tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh sebaiknya dianggap sebagai hiperemesis gravidarum Menurut berat dan ringannya gejalanya, dibagi menjadi tiga gejala yaitu :

1. Stadium pertama Mual dapat dijelaskan sebagai perasaan yang sangat tidak enak di belakang tenggorokan dan epigastrium sering menyebabkan muntah. Terdapat berbagai aktivitas saluran cerna yang berkaitan dengan mual seperti meningkatnya saliva, menurunnya tonus lambung dan peristaltik.
2. Stadium kedua Retching merupakan suatu usaha involunter untuk muntah, sering kali menyertai mual dan terjadi sebelum muntah, terdiri atas gerakan

- pernafasan spasmodik melawan glotis dan gerakan inspirasi dinding dada dan diafragma.
3. Stadium ketiga Muntah merupakan suatu refleks yang menyebabkan dorongan ekspirasi isi lambung dan usus ke mulut. Pusat muntah menerima masukan dari korteks serebral, organ vestibular, daerah pemicu kemoreseptor.

E. Patofisiologi

Ada yang menyatakan bahwa perasaan mual adalah akibat dari meningkatnya kadar estrogen, oleh karena keluhan ini terjadi pada trimester pertama. Pengaruh fisik hormon estrogen ini tidak jelas, mungkin berasal dari sistem saraf pusat akibat berkurangnya pengosongan lambung. Penyesuaian terjadi pada kebanyakan wanita hamil, meskipun demikian mual dan muntah dapat berlangsung berbulan-bulan. Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil muda, bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak seimbangnya elektrolit dengan alkoholosis hipokloremik. Belum jelas mengapa gejala-gejala ini hanya terjadi pada sebagian kecil wanita, tetapi faktor psikologik merupakan faktor utama, disamping pengaruh hormonal. Yang jelas, wanita yang sebelum kehamilan sudah menderita lambung spastik dengan gejala tidak suka makan dan mual, akan mengalami emesis gravidarum yang lebih berat.

F. Penanganan

1. Farmakologi
 - a. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan oleh bidan adalah memberikan tablet vitamin B6 1,5 mg/hari untuk meningkatkan metabolisme serta mencegah terjadinya encephalopathy.
 - b. Ondansetron 10 mg pada 50 ml intravena memiliki efektifitas yang hampir sama untuk mengurangi hiperemesis gravidarum dengan pemberian antiistamin Promethazine 50 mg dalam 50 ml intravena. Studi

Ferreira (2010) menunjukkan bahwa tidak terjadi efek teratogenik akibat penggunaan Ondansentron.

- c. Bila perlu berikan 10 mg doksilamin dengan 10 mg vitamin B6 hingga 4 tablet/hari(misalnya 2 tablet saat akan tidur, 1 tablet saat pagi dan 1 tablet saat siang).
- d. Bila belum teratasi tambahkan demenhidrinat 50-100 mg per oral atau suppositoriaberikan 4-6 kali sehari (maksimal 200 mg/hari bila meminum 4 tablet doksilamin/piridoksin) atau prometazin 5-10 mg 3-4 kali sehari per oral atau suppositoria (Kemenkes., 2016).

2. Non Farmakologi

- a. Melakukan pengaturan pola makan yaitu dengan memodifikasi jumlah dan ukuran makanan. Makan dengan jumlah kecil dan minum cairan yang mengandung elektrolit atau suplemen lebih sering. Mengkonsumsi makanan yang tinggi protein dapat mengurangi mual dan melambatkan aktivitas gelombang dysrhytmic pada lambung terutama pada trimester pertama dibandingkan dengan 12 makanan yang didominasi oleh karbohidrat atau lemak.
- b. Menghindari ketegangan yang dapat meningkatkan stress dan mengganggu istirahat tidur. 3) Meminum air jahe dapat mengurangi mual dan muntah secara signifikan karena dapat meningkatkan mortalitas saluran cerna, yaitu dengan menggunakan 1gr jahesebagai minuman selama 4 hari.
- c. Melakukan akupunktur atau hypnosis yang dapat menurunkan mual dan muntah secara signifikan.
- d. Menghindari mengkonsumsi kopi/kafein, tembakau dan rokok, karena selain dapatmenimbulkan mual dan muntah juga dapat memiliki efek yang merugikan untuk embrio, serta menghambat sintesis protein

Tabel 4.1 Saran Menu Makan Pada Ibu Hamil dengan Emesis Gravidarum Menurut Queensland

Tingkatan Morning Sickness	Strategi	Contoh
Berat (dikategorikan sebagai hiperemesis gravidarum)	Cobalah untuk menghirup udara yang dingin, cairan yang bening	Limun, jahe, minuman untuk membangkitkan stamina, jelly yang manis
	Menjaga mulut agar tetap bersih dan segar	Mengkonsumsi permen
	Ketika merasa sedikit lebih baik maka tingkatkan dengan meminum berbagai minuman	Jus buah, jus sayuran, teh, minuman ringan, atau sup kaldu
Sedang	Segera makan sesuatu yang ringan setelah bangun tidur di pagi hari	Biskuit, sepotong roti panggang
	Makan sering dan makan ringan	Makan atau minum secara perlahan, mengunyah makanan dengan baik, hindari minuman atau makanan selingan setelah waktu makan
	Pilih makanan yang tinggi karbohidrat	Biskuit kering, kerupuk, popcorn,ereal, roti panggang, buah atau sayuran
Ringan	Hindari makanan berlemak, gorengan dan makanan yang pedas	Gunakan susu rendah lemak, rendah mentega, margarin, dan daging tanpa lemak
	Cobalah untuk menyetarkan makanan yang rendah lemak, dan makanan yang kaya protein	Telur, kacang panggang, daging ayam tanpa lemak, ikan, makana yang berprotein tinggi
	Sebelum tidur makanlah makanan yang mengandung protein dan karbohidrat	Keju, kerupuk, yoghurt dan custard

G. Pengukuran Mual dan Muntah

Kewenangan bidan pada kasus HEG adalah melakukan penatalaksanaan pada HEG ringan dan deteksi dini untuk dilakukannya pengalihan asuhan. Instrumen yang dapat digunakan oleh bidan untuk menilai HEG yaitu dengan Pregnancy-Unique Quantification Of Emesis/Nausea (PUQE). PUQE adalah penilaian

kuantitas dari mual dan muntah untuk menghindari subjektivitas dari keluhan mual dan muntah. Pada indeks PUQE ada 3 jenis pertanyaan yang dinilai yaitu :

1. Perubahan berat badan.
2. Ada tidaknya dehidrasi.
3. Indeks laboratorium (ketidakseimbangan elektrolit).

Berikut adalah tabel pengukuran mual muntah dalam 12 jam dan 24 jam

Tabel 4.2 Pengukuran Mual dan Muntah

1. Berapa lama rata-rata setiap hari anda merasakan mual dan muntah?	> 6 jam (5 poin)	4 – 6 jam (4 poin)	2 – 3 jam (3 poin)	≤ 1 jam (2 poin)	Tidak semuanya (1 poin)
2. Dalam sehari berapa kali anda mengalami mual muntah?	7 atau lebih (5 poin)	5 – 6 (4 poin)	3 – 4 (3 poin)	1 – 2 (2 poin)	Tidak ada (1 poin)
3. Dalam sehari berapa rata – rata anda mual dan muntah tanpa menyebabkan dehidrasi?	7 lebih (5 poin)	5 – 6 (4 poin)	3 – 4 (3 poin)	1 – 2 (2 poin)	Tidak ada (1 poin)
4. Pada 12 jam terakhir berapa lama rata-rata anda merasakan mual dan muntah?	> 6 jam (5 poin)	4 – 6 jam (4 poin)	2 – 3 jam (3 poin)	≤ 1 jam (2 poin)	Tidak semuanya (1 poin)
5. Pada 12 jam terakhir berapa kali anda mual dan muntah?	7 lebih (5 poin)	5 – 6 (4 poin)	3 – 4 (3 poin)	1 – 2 (3 poin)	Tidak ada (1 poin)
6. Pada 12 jam terakhir berapa kali anda mual dan muntah tanpa menyebabkan dehidrasi?	7 lebih (5 poin)	5 – 6 (4 poin)	3 – 4 (3 poin)	1 – 2 (4 poin)	Tidak ada (1 poin)

Skor yang didapatkan dari penilaian tersebut dikategorikan kedalam :

- a. Mual dan muntah ringan bila nilai indeks PUQE ≤ 6
- b. Mual dan muntah sedang bila nilai indeks PUQE $7 – 12$
- c. Mual dan muntah berat bila nilai indeks PUQE ≥ 13

H. Komplikasi Mual Muntah

Wanita yang memiliki kadar hCG di bawah rentang normal lebih sering mengalami hasil kehamilan yang buruk, termasuk keguguran, pelahiran prematur atau retardasi pertumbuhan intrauterus (IUGR). Berdasarkan penelitian Ebrahimi tahun 2010, hanya 2% mual muntah yang berkembang menjadi HEG. Hiperemesis gravidarum adalah suatu keadaan mual dan muntah pada kehamilan yang 15 menetap, dengan frekuensi muntah lebih dari 5 kali dalam sehari, disertai dengan penurunan berat badan ($>5\%$ dari berat sebelum hamil) dan dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan asambas, kekurangan gizi bahkan kematian.

I. Latihan

1. Jelaskan pengertian dari mual dan muntah pada kehamilan ?
2. Sebutkan perbedaan antar morning sickness, emesis gravidarum dan hiperemesis gravidarum?
3. Sebutkan macam-macam tingkatan mula dan muntah pada ibu hamil ?
4. Sebutkan penanganan mual dan muntah secara farmakologi ?
5. Jelaskan menu makanan pada ibu hamil dengan Emesis Gravidarum menurut Queensland dengan kategori sedang?

J. Rangkuman Materi

Mual dan muntah atau dalam bahasa medis disebut emesis gravidarum atau morning sickness merupakan suatu keadaan mual yang terkadang disertai muntah (frekuensi kurang dari 5 kali). Selama kehamilan sebanyak 70-85% wanita mengalami mual muntah . Emesis gravidarum merupakan perasaan pusing, perut kembung dan badan terasalemas disertai keluarnya isi perut melalui mulut dengan frekuensi kurang dari 5 kali sehari pada ibu hamil trimester 1.

Morning Sickness Pusing pada saat bangun pagi karena terjadi iskemia relatif akibat turunnya aliran darah menuju otak sehingga glukosa kearah sistem saraf pusat berkurang. Cara mengatasinya jangan terlalu cepat berjalan dari tempat tidur, duduk dengan tenang sambil beradaptasi pada posisi duduk sehingga pusing berkurang, minum teh hangat agak manis, setelah pusing hilang baru kemudian diikuti dengan aktivitas biasa.

Emesis Gravidarum Mual dan muntah beberapa kali terutama pada pagi hari, tidak menyebabkan gangguan semua aktivitas sehari-hari. Cara mengatasinya sama dengan morning sickness, obat yang diperlukan adalah anti mual, mengganti cairan yang keluar dengan minuman elektrolit.

Hiperemesis Gravidarum Mual dan muntah berlebihan sehingga mengganggu aktivitas sehari hari. Cara mengatasinya dengan terapi intensif, dan terminasi kehamilan Hiperemesis gravidarum adalah keadaan dimana penderita

mual muntah lebih dari 10 kali dalam 24 jam, sehingga pekerjaan sehari-hari terganggu dan keadaan umum menjadi buruk. Keadaan ini rata-rata muncul pada usia kehamilan 8-12 minggu. Hiperemesis gravidarum adalah kondisi persisten mual muntah ibu hamil pada trimester pertama sampai dengan usia kehamilan 22 minggu yang apabila berkelanjutan bisa mengakibatkan kekurangan karbohidrat dalam lemak, dehidrasi dan kekurangan elektrolyt. Hiperemesis gravidarum ditandai dengan mual muntah, ketonuria dan kehilangan 5% dari berat sebelum hamil, 0,3 hingga 0,2 % hiperemesis gravidarum membutuhkan perawatan di rumah sakit.

K. Daftar Pustaka

- Arantika M, dan Fatimah. 2019. *Patologi Kehamilan Memahami berbagai penyakit dan Komplikasi Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Astuti. (2020). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I Kehamilan*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Robson, S., Elizabeth., Dan Waugh J.(2015) *Patologi Pada Kehamilan Managemen Dan Asuhan Kebidanan*. Vol 12. Egc
- Haryani D.(2019) *Asuhan Kebidanan Kehamilan Patologis Pada Ny. E Giipia0 Umur 32 Tahun Hamil Dengan Letak Sungsangdi Puskesmas Kajen II Kabupaten Pekalongan*. Universitas Muhammadiyah Semarang;
- Ieveno KJ.(2016). *Komplikasi Kehamilan*. Buku Kedokteran EGC
- Pratiwi M. Arantika dan Fatimah.(2019). *Patologi Kehamilan*. Pustaka Baru Press, Yogyakarta
- Purwoastuti Endang dan Walyani Siwi Elisabeth.(2015). *Ilmu Obsteri dan Ginekologi Sosial bagi Kebidanan*. Pustaka Baru Press, Yogyakarta
- Salafuddin Dkk (2017). *Hubungan antara dukungan suami dengan kejadian hiperemesis gravidarum Pada Ibu Hamil di Polindes Desa Nolokerto Kecamatan Kaliwungu Kabupaten Kendal*

PROFIL PENULIS



Murfi Hidamansyah., S.ST., M.Keb. Lahir di Pamekasan, 23 Maret 1984. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Universitas Pesantren Tinggi Darul 'Ulum Jombang, DIV pada Program Studi Kebidanan, Universitas Sebelas Maret Surakarta. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Magister Kebidanan pada Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja di Stikes Sukma Wijaya Sampang. Terlibat dalam penulisan buku, artikel ilmiah populer, pemateri. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: murfimansyah@gmail.com

Motto: "Berdzikir dan Bersholawat Hingga Akhir Masa"



Ayesha Hendriana Ngestiningrum, SST, M.Keb. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2003 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke DIII kebidanan Magetan Poltekkes Depkes Surabaya dan berhasil lulus pada tahun 2006. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi D4 di Prodi Kebidanan Universitas sebelas Maret Surakarta (UNS) tahun 2008. Penulis menyelesaikan studi S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) tahun 2014. Sebagai pengalaman praktisi, penulis pernah bekerja sebagai bidan klinik. Kemudian bergabung sebagai pengajar di Poltekkes Kemenkes Surabaya sejak tahun 2008 hingga sekarang. Penulis aktif menulis buku dan artikel ilmiah. Penulis tertarik menulis di bidang kebidanan dan juga kebijakan kesehatan. Beberapa buku yang pernah ditulis yaitu Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, Modul Praktikum Asuhan Kehamilan, Modul ajar Anatomi Fisiologi, Modul Praktikum Fisiologi, Bahan Ajar Nifas, Diagnosa Kebidanan Pada Masalah Fisiologi Remaja, Diagnosa Kebidanan Pada Masalah Patologi Remaja, Buku Soal UKOM DIII kebidanan, Buku Ajar SOP Pelayanan Bayi, Balita dan Anak pra Sekolah. Penulis juga aktif sebagai tim editor di jurnal nasional terakreditasi dan aktif sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional dan jurnal internasional.

Email : ayeshahn@poltekkesdepkes-sby.ac.id

PROFIL PENULIS



Maryam, S.ST., M.Keb. Penulis di lahirkan di Mekkah pada tanggal 27 Mei, penulis mulai mendalami ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2010 silam dengan berhasil menyelesaikan studi Diploma III pada tahun 2013, dan langsung melanjutkan Pendidikan Diploma IV pada tahun 2014. Penulis melanjutkan pendidikannya kembali dan berhasil menyelesaikan studi S2 di prodi Kebidanan Program Studi Magister Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2020. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan KH Putra. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: maryammdf@gmail.com



Rini Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Kes

Merupakan Dosen Pengajar di Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Kesehatan Universitas Aisyah Pringsewu (UAP) sejak Tahun 2016. Penulis lahir di Rantau tijang, 26 juli 1991.

Pendidikan: Riwayat Pendidikan lulus dari Diploma III kebidanan di Universitas Malahayati Bandar Lampung Tahun (2012), Diploma IV Universitas Malahayati lulus Tahun (2013)

dan penulis lulus Pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati (Peminatan Kesehatan Reproduksi) pada Tahun (2016), dan Profesi Bidan Tahun (2023). Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam penulisan Buku,

Organisasi: Asosiasi Dosen Indonesia (ADI), Anggota HPT-Kes wilayah Lampung, Ikatan Bidan Indonesia (IBI), serta kinerja tambahan yaitu sebagai Evaluator Direktorat kelembagaan DIKTI, dan penulis aktif melaksanakan kegiatan Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat. Serta aktif menulis artikel di jurnal nasional, baik yang tidak terakreditasi maupun tarakreditasi. Email : rinicannywa166@gmail.com

Kondisi kehamilan patologis tentu tidak diinginkan terjadi dan harus dihindari karena akan menghalangi proses kehamilan berjalan normal dan berdampak mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan kematian. Untuk memfasilitasi mahasiswa kebidanan dalam mempelajari materi Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Patologi I, maka disusunlah penyusunan buku ajar.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Patologi I merupakan mata kuliah yang bertujuan agar mahasiswa dapat melakukan prinsip-prinsip asuhan dalam penatalaksanaan dan rujukan komplikasi kehamilan dengan kasus plasenta previa, abortus, solusio plasenta dan mual muntah pada kehamilan.

Buku Ajar ini menjadi referensi bagi mahasiswa karena sistematika yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran. Sehingga dengan membacanya si pembaca dapat dengan mudah memahami dan mengetahui gangguan komplikasi atau penyulit yang menyertai ibu saat kondisi hamil.

Banyak pengetahuan yang kita dapat dengan membaca Buku Ajar ini. Diharapkan buku ini mampu memberi pedoman dan tuntunan bagi pembaca dalam memahami penatalaksanaan dan rujukan komplikasi kehamilan.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8549-24-5



9 786238 549245