

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawirohardjo, 2010).

Kehamilan adalah masa dimana terdapat janin di dalam rahim seseorang perempuan. Masa kehamilan di dahului oleh terjadinya pembuahan yaitu bertemunya sel sperma laki-laki dengan sel telur yang dihasilkan oleh indung telur. Setelah pembuahan, terbentuk kehidupan baru berupa janin dan tumbuh di dalam rahim ibu yang merupakan tempat berlindung yang aman dan nyaman bagi janin (Pudiastuti, 2011).

b. Proses kehamilan

Pelepasan ovum hanya terjadi satu kali setiap bulan, sekitar hari ke-12 sampai hari ke-14 pada siklus menstruasi normal 28 hari. Saat berhubungan sekitar 300 juta sperma tersimpan sepanjang perjalanan di sepanjang uterus dan hanya seribu yang dapat mencapai tuba uterin dan bertemu dengan ovum. Setelahnya, membrane ditutup untuk mencegah masuknya sperma yang lain dan inti dari dua sel ini bersatu. Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembekalan zigot.

Segera setelah pembelahan sel terjadi, maka pembelahan-pembelahan sel selanjutnya dalam waktu tiga hari terbentuk suatu kelompok sel-sel yang sama besarnya yang disebut morulla. Proses selanjutnya adalah perubahan morulla menjadi blastula. Hasil

konsepsi tiba ke dalam cavum uteri pada tingkat blastula (Sulistyawati, 2011).

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya atau bersarangnya sel telur yang telah dibuahi kedalam endometrium. Ketika blastula mencapai rongga rahim jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner sell mass) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman (Sulistyawati, 2011).

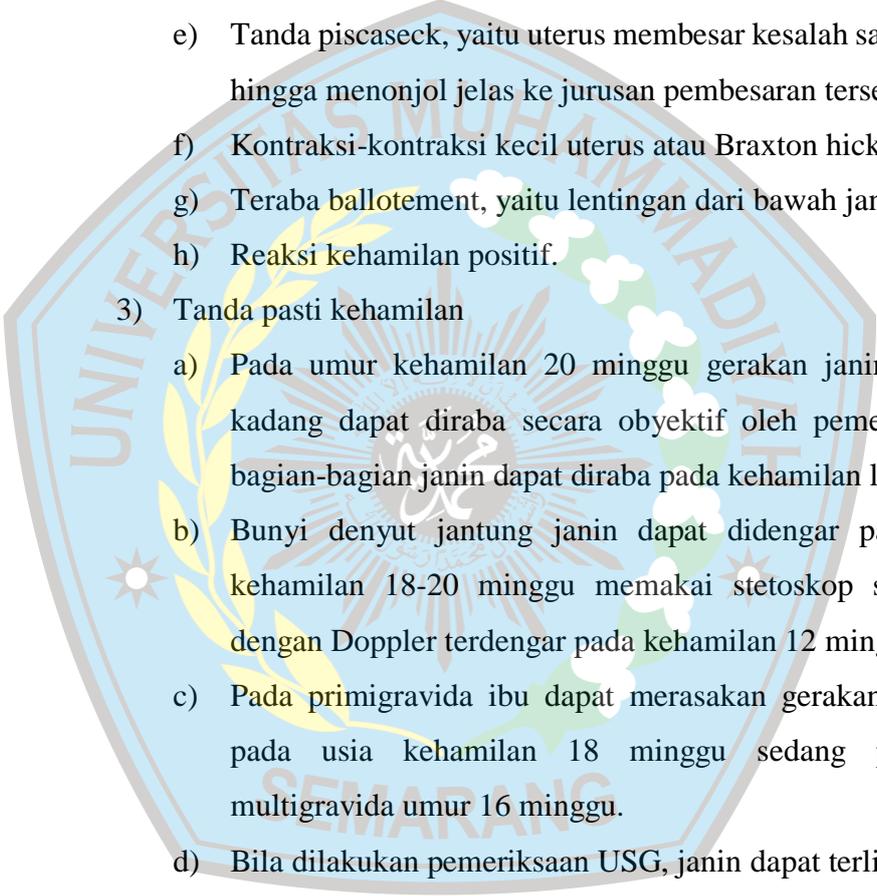
c. Tanda dan gejala kehamilan

Menurut Prawiroharjo (2010), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3, yaitu :

1) Tanda tidak pasti kehamilan

- a) *Amenorea* (tidak dapat haid), gejala ini penting, karena wanita hamil tidak haid lagi dan perlu diketahuin tanggal pertama haid terakhir untuk mengetahui tuanya kehamilan.
- b) *Nausa* (enek) dan *emesis* (muntah), sering terjadi pada pagi hari tetapi tidak selalu.
- c) Mengidam, terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d) *Mammae* menjadi tegang dan membesar.
- e) *Anoreksia* (tidak nafsu makan).
- f) Sering kencing terjadi karena kadang kencing tertekan oleh *uterus* yang mulai membesar.
- g) *Obstipasi* terjadi karena tonus otot menurun.
- h) *Pigmentasi* kulit terjadi karena pengaruh dari hormon *kortikosteroid plasenta* yang merangsang *melanofor* dan kulit.

2) Tanda-tanda kemungkinan hamil

- 
- a) Perut membesar
 - b) Uterus membesar
 - c) Tanda hegar, yaitu hipertropi ismus, ismus menjadi panjang dan lunak.
 - d) Tanda chadwick, yaitu vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah, karena pengaruh estrogen, sehingga semakin tampak merah dan kebiru-biruan.
 - e) Tanda piscaseck, yaitu uterus membesar kesalah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran tersebut.
 - f) Kontraksi-kontraksi kecil uterus atau Braxton hicks.
 - g) Teraba ballotement, yaitu lentingan dari bawah janin.
 - h) Reaksi kehamilan positif.
- 3) Tanda pasti kehamilan
- a) Pada umur kehamilan 20 minggu gerakan janin kadang-kadang dapat diraba secara obyektif oleh pemeriksa dan bagian-bagian janin dapat diraba pada kehamilan lebih tua.
 - b) Bunyi denyut jantung janin dapat didengar pada umur kehamilan 18-20 minggu memakai stetoskop sedangkan dengan Doppler terdengar pada kehamilan 12 minggu
 - c) Pada primigravida ibu dapat merasakan gerakan janinnya pada usia kehamilan 18 minggu sedang pada ibu multigravida umur 16 minggu.
 - d) Bila dilakukan pemeriksaan USG, janin dapat terlihat.

d. Diagnosis banding

Diagnosis banding menurut Prawiroharjo (2010), adalah sebagai berikut:

1) *Pseudocyesis*

Wanita tersebut mengaku dirinya hamil, tetapi sebenarnya tidak. Hal ini biasanya terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil.

2) *Kistoma ovarii*

Mungkin ada Amenorhea, perut penderita makin besar tetapi uterusnya seperti biasa.

3) *Mioma uteri*

Dapat menjadi amenorhea, perut penderita makin besar uterusnya makin besar, kadang-kadang tidak merata. Akan tetapi tanda-tanda kehamilan seperti Braxton hicks dan reaksi kehamilan negatif.

e. Pemeriksaan kehamilan

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal. Tujuan pemeriksaan antenatal adalah menyiapkan fisik dan mental ibu serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilannya, persalinan dan nifas agar sehat dan normal setelah ibu melahirkan (Prawiroharjo, 2010).

Kunjungan selama periode antenatal yaitu satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 12 minggu), satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 13-27), dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara 28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36). Namun sebaiknya kunjungan tersebut rutin dilakukan setiap bulan agar dapat segera terdeteksi jika ada penyulit atau komplikasi (Sulistyawati, 2011).

f. Nutrisi ibu hamil

Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan, serta perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu. Gizi pada waktu hamil harus ditingkat hingga 300 kalori perhari (Sukarni dan Margareth, 2013).

Kekurangan dan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak di inginkan pada wanita hamil tersebut. Kekurangan gizi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, BBLR, kelahiran premature, inersia uteri, perdarahan pasca persalinaan, sepsis puerperalis dan sebagainya. Sedangkan nutrisi yang berlebihan dapat menyebabkan pre-eklamsi, bayi terlalu besar dan sebagainya.

Hal penting yang harus diperhatikan sebenarnya adalah cara mengatur dan pengolahan menu tersebut berpedoman pada Pedoman Umum Gizi Seimbang, sehingga bidan sebagai pengawas kecukupan gizi ibu hamil dapat melakukan pemantauan terhadap kenaikan berat badan selama kehamilan (Sulistyawati, 2011).

Nutrisi penting yang diperlukan selama hamil antara lain sebagai berikut :

1) Kebutuhan energi dan karbohidrat

Selama proses kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan kalori sejalan dengan adanya peningkatan laju metabolik basal dan penambahan berat badan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, plasenta, jaringan payudara dan cadangan lemak. Karbohidat sebagai sumber zat tenaga untuk menghasilkan kalori yang dapat diperoleh dari mengkonsumsi beras, jagung, gandum, kentang, ubi jalar, ubi kayu, dan sagu. Kebutuhan kalori untuk orang hamil adalah 2300 kalori. Pada trimester pertama asupan makanan berkurang karena menurunnya nafsu makan dan sering timbul mual muntah,

trimester kedua nafsu makan sudah meningkat, kebutuhan zat tenaga lebih banyak dibandingkan kebutuhan saat hamil muda. Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Hal ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar (Sukarni dan Margareth, 2013).

2) Protein

Protein sebagai zat pembangun dapat diperoleh dari daging, ikan, telur dan kacang-kacangan. Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (Sukarni dan Margareth, 2013).

3) Mineral

Sebagai zat pengatur yang dapat diperoleh dari buah-buahan dan sayur-sayuran. Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan zat besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita sedikit anemik, di butuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium, umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium (Sulistyawati, 2011).

4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula di tambah ekstra vitamin. Kebutuhan vitamin yang diperlukan ibu antar lain vitamin A, vitamin C, vitamin D, vitamin E, vitamin K dan asam folat.

Kebutuhan yang paling penting adalah asam folat. Kebutuhan asam folat selama hamil adalah 40 mg per hari, terutama pada 12 minggu pertama kehamilan. Kekurangan asam folat dapat mengganggu pembentukan otak, perkembangan tulang, sampai cacat bawaan pada susunan saraf pusat maupun otak janin (Sulistyawati, 2011).

2. Kehamilan Ektopik Terganggu

a. Pengertian

Istilah ektopik berasal dari bahasa Inggris, *ectopic*, dengan akar kata dari bahasa Yunani, *topos* yang berarti tempat. Jadi istilah ektopik dapat diartikan “berada di luar tempat yang semestinya”. Apabila pada kehamilan ektopik terjadi abortus atau pecah, dalam hal ini dapat berbahaya bagi wanita hamil tersebut, maka kehamilan ini disebut kehamilan ektopik terganggu (Sujiyatini dkk, 2009).

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi dimana telur yang telah dibuahi berimplantasi di luar rongga uterus. Sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba, jarang terjadi implantasi pada ovarium, rongga perut, kanalis servikalis uteri, tanduk uterus yang rudimenter dan divertikel pada uterus (Yulianingsih, 2009). Sedangkan kehamilan ektopik terganggu sendiri merujuk pada keadaan di mana timbul gangguan pada kehamilan ektopik sehingga terjadi abortus maupun ruptur yang menyebabkan penurunan keadaan umum pasien (Sukarni dan Margareth, 2013).

Prawirohardjo (2010) menjelaskan kehamilan ektopik lebih tepatnya adalah kehamilan dengan ovum yang berimplantasi dalam uterus tapi tidak pada tempat yang normal, karena ada beberapa jenis kehamilan ektopik yang berimplantasi dalam uterus tetapi pada tempat yang normal.

b. Etiologi

Etiologi kehamilan ektopik terganggu pada dasarnya disebabkan segala hal yang menghambat perjalanan zigot menuju kavum uteri. Menurut Sukarni dan Margareth (2013), faktor-faktor yang diperkirakan sebagai penyebabnya antara lain:

- 1) Riwayat operasi tuba
- 2) Salpingitis (infeksi saluran telur)
- 3) Perlekatan tuba akibat operasi non-gynekologis
- 4) Alat kontrasepsi dalam rahim
- 5) Perubahan motilitas tuba yang berhubungan dengan faktor hormonal
- 6) Cacat bawaan tuba, seperti tuba yang sangat panjang
- 7) Kelainan zigot
- 8) Bekas radang pada tuba
- 9) Operasi plastik pada tuba
- 10) Abortus buatan
- 11) Kehamilan ektopik sebelumnya

c. Tanda dan gejala

Menurut Prawirohardjo (2010), gambaran kehamilan ektopik terganggu yang belum terganggu tidak khas dan penderita maupun dokter biasanya tidak mengetahui adanya kelainan dalam kehamilan. Secara umum menurut Saifudin (2010) gejala kehamilan ektopik sebagai berikut:

- 1) Amenorrhoe
- 2) Nyeri perut mendadak
- 3) Perdarahan pervaginam berwarna coklat tua

Gejala kehamilan ektopik terganggu antara lain:

- 1) Nyeri abdomen 90%-100%
- 2) Amenorrhoe 75%-95%
- 3) Perdarahan 50%-80%
- 4) Pusing dan lemah 20%-35%
- 5) Gejala hamil 10%-25%
- 6) Keluar jaringan 5%-10%

Tanda kehamilan ektopik terganggu yaitu:

- 1) Ketegangan adneksa
- 2) Ketegangan abdomen
- 3) Adneksa tumor
- 4) Pembesaran rahim

Gejala dan tanda kehamilan ektopik terganggu sangat berbeda-beda dari perdarahan yang banyak, yang tiba-tiba dalam rongga perut sampai terdapatnya gejala tidak jelas, sehingga sukar membuat diagnosisnya. Gejala dan tanda bergantung pada lamanya kehamilan ektopik, abortus atau ruptur tuba, tuanya kehamilan, derajat perdarahan yang terjadi dan keadaan umum penderita sebelum hamil (Sukarni dan Margareth, 2013). Tanda-tanda kehamilan sudah menjadi ektopik terganggu, antara lain:

- 1) Timbul nyeri pada serviks jika digerakkan, kavum Dauglas menonjol dan nyeri pada perabaan.
 - 2) Tuba yang mengandung hasil konsepsi sukar diraba karena lembek.
 - 3) Nyeri terjadi tiba-tiba dengan intensitas tinggi disertai perdarahan.
 - 4) Serasa ingin kencing tapi tidak karena peregangannya peritoneum oleh darah di dalam rongga perut.
- d. Patofisiologi

Menurut Yulianingsih (2009), tempat-tempat implantasi kehamilan ektopik antara lain ampula tuba (lokasi tersering), *isthimus*, *fibrial*, *pars interslitialis*, *cornu uteri*, *ovarium*, rongga abdomen, *servik*, dan *ligamentum cardinal*. Zigot dapat berimplantasi tepat pada sel kolumnar tuba maupun secara interkolumnar. Karena tempat implantasi pada kehamilan ektopik tidak ideal untuk berlangsungnya kehamilan, suatu saat kehamilan akan terkompromi.

Menurut Fauziah (2012), sebagian besar kehamilan ektopik terganggu hanya berumur kehamilan 6-10 minggu, karena pertumbuhan hasil konsepsi kehamilan ektopik terganggu, sehingga janin tidak mungkin tumbuh secara utuh seperti dalam uterus.

Mengenai nasib kehamilan ektopik terganggu menurut Prawirohardjo (2010), terdapat beberapa kemungkinan:

- 1) Hasil konsepsi mati dan diresorpsi

Pada implantasi secara kolumnar, ovum yang di buahi cepat mati karena vaskularisasi kurang dan dengan mudah terjadi

resorpsi total. Dalam keadaan ini penderita tidak mengeluh apa-apa hanya haid nya terlambat untuk beberapa hari.

2) Abortus ke dalam lumen tuba

Perdarahan yang terjadi karena pembukaan pembuluh darah oleh villi korialis pada dinding tuba ditempat implantasi dapat melepaskan mudigah dari dinding tersebut sama-sama dengan robeknya pseudokapsularis. Pelepasan ini dapat terjadi sebagian atau seluruhnya tergantung pada derajat perdarahan yang timbul.

3) *Ruptur* dinding tuba

Ruptur tuba sering terjadi bila ovum berimplantasi pada ismus dan biasanya ada kehamilan muda, sebaiknya *ruptur* pada pars interstisialis terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut. Faktor utama yang menyebabkan ruptur ialah penembusan villikorialis ke dalam lapisan muskularis tuba terus ke perineum. Ruptur dapat terjadi secara spontan atau karena trauma ringan seperti coitus dan pemeriksaan vaginal.

e. Diagnosis kehamilan ektopik

Menurut Manuaba (2010), pengalaman menunjukkan bahwa hampir seluruh kehamilan ektopik berakhir dengan ruptura yang menimbulkan perdarahan intra abdominal dengan gejala klinik kedaruratan abdomen yang memerlukan tindakan laparotomi. Menurut Yulianingsih (2009), menegakkan diagnosis kehamilan ektopik terganggu tentunya dengan melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, yaitu sebagai berikut:

1) Anamnesa tentang trias kehamilan ektopik terganggu:

- a) Terdapat amenorrhea (terlambat datang bulan)
- b) Terdapat rasa nyeri mendadak disertai rasa nyeri di daerah pinggang dan seluruh abdomen
- c) Terdapat perdarahan melalui vaginal atau spotting/bercak. Perdarahan pervaginam umumnya perdarahan tidak banyak dan berwarna coklat tua (≥ 50 cc).

2) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dan tanda vital dapat baik sampai buruk seperti:

- a) Keadaan umum
 - (1) Ibu tampak anemis dan sakit
 - (2) Kesadaran bervariasi dari baik sampai koma tidak sadar
 - (3) Terdapat tanda-tanda syok:
 - (a) Hipotensi (penurunan diastolic sekitar 15mmHg)
 - (b) Takhikardia (nadi meningkat 20-25 denyut per menit)
 - (c) Pucat, ekstermitas dingin
- b) Pada pemeriksaan abdomen:
 - (1) Ditemukan tanda-tanda rangsangan peritoneal (nyeri tekan, nyeri ketok, nyeri lepas, difense musculaire), ini disebabkan karena darah yang masuk ke dalam rongga abdomen akan merangsang peritoneum.
 - (2) Tanda cairan bebas dalam abdomen
 - (3) Perut kembung
- c) Pemeriksaan khusus melalui vagina (pemeriksaan ginekologi)
 - (1) Nyeri goyang pada pemeriksaan serviks
 - (2) Serviks terlalu lunak dan nyeri tekan
 - (3) Korpus uteri normal atau sedikit membesar, kadang-kadang sulit diketahui karena nyeri abdomen yang hebat
 - (4) Kavum Douglas menonjol oleh karena tensi darah dan nyeri

3) Pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan laboratorium
 - (1) Kadar Haemoglobin dan Eritrosit menurun atau Leukosit meningkat menunjukkan adanya perdarahan yang terjadi pada kehamilan ektopik terganggu dapat terjadi leukositas.
 - (2) Tes Kehamilan (Urine dan β HCG)

Tes kehamilan biasanya positif, walau hasil negatif tidak menyingkirkan kemungkinan kehamilan ektopik terganggu karena kematian hasil konsepsi dan degenerasi trofoblas dapat menyebabkan produksi β HCG menurun sehingga menyebabkan tes kehamilan menjadi negatif. Oleh karena itu, umumnya yang paling diperiksa adalah HCG kualitatif untuk diagnosis cepat kehamilan.

b) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

(1) Pada pemeriksaan USG dapat dijumpai kantong kehamilan di luar kavum uteri disertai atau tanpa adanya genangan cairan (darah) di kavum Douglas pada kehamilan ektopik terganggu.

(2) Pemeriksaan USG Trans-Vaginal

Dapat mendeteksi tuba ring (massa berdiameter 1-3 cm dengan pinggir ekhogenik yang mengelilingi pusat yang hipoekhoik), gambaran ini cukup spesifik untuk kehamilan ektopik.

(3) Pemeriksaan Kuldosentesis (Douglas Punkti)

Menurut Sastrawinata (2008), pemeriksaan Kuldosentesis (Douglas Punkti) untuk mengetahui adanya cairan atau darah dalam kavum Douglas dengan cara jarum besar yang dihubungkan dengan spuit ditusukan ke dalam kavum Douglas, di tempat kavum Douglas menonjol ke fornix posterior. Jika terhisap darah, ada dua kemungkinan yang akan terjadi yaitu:

(a) Adanya darah dalam kavum Douglas, yang mengakibatkan terjadinya perdarahan dalam rongga perut.

(b) Tertusuknya vena dan terisapnya darah vena dari daerah tersebut. Oleh karena itu, untuk mengatakan

bahwa Douglas Punksi positif, artinya adanya perdarahan dalam rongga perut dan darah yang diisap mempunyai sifat darah berwarna merah tua, tidak membeku setelah dihisap, dan biasanya di dalam terdapat gumpalan-gumpalan darah yang kecil. Jika darah kurang tua warnanya dan membeku, darah itu berasal dari vena yang tertusuk.

(4) Pemeriksaan bedah (*surgical diagnosis*)

(a) Dilatasi-kuretase (D/C) dijumpai dari Arias-Stella

(i) Kuretase dapat dikerjakan untuk membedakan kehamilan ektopik dari abortus insipiens atau abortus inkomplit

(ii) Kuretase biasanya dianjurkan pada kasus-kasus dimana timbul kesulitan membedakan abortus dari kehamilan ektopik dan kehamilan uterine tidak terdeteksi dengan USG Trans-Vaginal

(b) Laparoscopi dan laparotomi

Laparoscopi dan Laparotomi dilakukan jika perlu.

(i) Pemeriksaan Laparoscopi untuk melihat rongga pelvik melalui dinding perut terutama pada keadaan meragukan misalnya: kehamilan tuba yang belum terganggu

(ii) Pemeriksaan Laparotomi umumnya dikerjakan bila keadaan hemodinamik pasien tidak stabil.

f. Diagnosis banding

Keadaan-keadaan patofisiologis baik didalam maupun di luar bidang kebidanan dan kandungan (obstetri-gynekologi) perlu dipikirkan sebagai diagnosis banding kehamilan ektopik terganggu menurut Yulianingsih (2009) antara lain:

1) Kelainan di bidang kebidanan dan penyakit kandungan yang di diagnosis banding dengan kehamilan ektopik terganggu, yaitu:

- a) Abortus imminens atau insipiens
 - b) Kista ovari juga terpuntir, pecah, atau terinfeksi baik dengan atau tanpa kehamilan muda
 - c) Perdarahan uteria disfungsi atau metroraghia karena kelainan ginekologi atau organ lainnya
 - d) Endometriosis
 - e) Salpingitis
 - f) Rupture kista kisteal
 - g) Penyakit trofoblastik gestasional
- 2) Kelainan atau penyakit diluar bidang kebidanan dan penyakit kandungan yang manifestasinya menyerupai kehamilan ektopik terganggu adalah:
- a) Apendisitis
 - b) Penyakit radang panggul
- g. Penanganan

Penanganan kehamilan ektopik terganggu pada umumnya adalah tindakan bedah, dalam tindakan demikian beberapa hal harus diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu: kondisi penderita pada saat itu, keinginan penderita akan fungsi reproduksinya, lokasi kehamilan ektopik terganggu, kondisi anatomic organ pelvic, kemampuan teknik bedah mikro, dokter operator dan kemampuan teknologi fertilisasi invitro setempat. Hasil pertimbangan ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi pada kehamilan tuba, atau dapat dilakukan pembedahan konservatif dalam arti hanya dilakukan salpingostomi. Apabila kondisi penderita buruk, misalnya dalam keadaan syok, lebih baik dilakukan salpingektomi (Prawirohardjo, 2010).

Pada kasus kehamilan ektopik terganggu di pars ampularis tuba yang belum pecah pernah dicoba ditangani dengan menggunakan kemoterapi untuk menghindari tindakan pembedahan. Kriteria khusus yang diobati dengan cara ini menurut Prawirohardjo (2010), antara lain:

- 1) Kehamilan di pars ampullaris tuba belum pecah
- 2) Diameter kantong gestasi ≤ 4 cm
- 3) Perdarahan dalam rongga perut kurang dari 100 ml
- 4) Tanda vital baik dan stabil.

Obat yang digunakan ialah Methotrexate 1 mg/kg IV dan Citrovorum Factor 0,1 mg/kg berselang-seling setiap hari selama 8 hari.

h. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan secara umum

Menurut Saifuddin (2010), penatalaksanaan atau penanganan untuk kasus kehamilan ektopik terganggu secara umum, antara lain adalah sebagai berikut:

- a) Setelah diagnosis ditegakkan, segera lakukan persiapan untuk tindakan operatif gawat darurat.
- b) Ketersediaan darah pengganti bukan menjadi syarat untuk melakukan tindakan operatif, karena sumber perdarahan harus dihentikan.
- c) Upaya stabilisasi dilakukan dengan segera merestorasi cairan tubuh dengan larutan kristaloid NS atau RL (500 ml dalam lima menit pertama) atau 2 L dalam dua jam pertama (termasuk selama tindakan berlangsung).
- d) Bila darah pengganti belum tersedia, berikan auto transfusion berikut ini:

- (1) Pastikan darah yang dihisap dari rongga abdomen telah melalui alat penghisap dan wadah penampung yang steril.
- (2) Saring darah yang tertampung dengan kain steril dan masukan kedalam kantong darah (blood bag) apabila kantong darah tidak tersedia masukan dalam botol bekas cairan infus (yang baru terpakai dan bersih) dengan diberikan larutan sodium sitrat 10 ml untuk setiap 90 ml darah.

- (3) Transfusikan darah melalui selang transfusi yang mempunyai saringan pada bagian tabung tetesan.
 - e) Atasi anemia dengan tablet besi (SF) 600 mg per hari.
 - f) Konseling pasca tindakan:
 - (1) Resiko hamil ektopik ulangan
 - (2) Kontrasepsi yang sesuai
 - (3) Asuhan mandiri selama di rumah
- 2) Penatalaksanaan bedah

Menurut Yulianingsih (2009), penatalaksanaan bedah dapat dikerjakan pada pasien-pasien dengan kehamilan tuba yang belum terganggu maupun yang sudah terganggu. Tentu saja pada kehamilan ektopik terganggu, pembedahan harus dilakukan secepat mungkin, antara lain:

a) Salpingostomi

Salpingostomi adalah suatu prosedur untuk mengangkat hasil konsepsi yang berdiameter kurang dari 2 cm dan berlokasi di sepertiga distal tuba fallopii. Pada prosedur ini dibuat insisi linear sepanjang 10-15 mm pada tuba tepat diatas hasil konsepsi, di perbatasan antime senterik. Setelah insisi hasil konsepsi segera terekspos dan kemudian dikeluarkan dengan hati-hati. Perdarahan yang terjadi umumnya sedikit dan dapat dikendalikan dengan elektrokauter. Insisi kemudian dibiarkan terbuka (tidak dijahit kembali) untuk sembuh per sekundam. Prosedur ini dapat dilakukan dengan laparotomi maupun laparoscopi. Metode per laparoscopi saat ini menjadi gold standard untuk kehamilan tuba yang belum terganggu.

b) Salpingotomi

Pada dasarnya prosedur ini sama dengan salpingostomi, kecuali bahwa pada salpingotomi insisi dijahit kembali. Beberapa literatur menyebutkan bahwa tidak

ada perbedaan bermakna dalam hal prognosis, patensi dan perlekatan tuba pasca operatif antara salpingostomi dan salpingotomi.

c) Salpingektomi

Salpingektomi merupakan reseksi tuba, yang dapat dikerjakan baik pada kehamilan ektopik terganggu maupun yang belum terganggu. Indikasi dilakukannya salpingektomi adalah sebagai berikut:

- (1) Kehamilan ektopik mengalami ruptur (terganggu),
- (2) Pasien tidak menginginkan fertilitas pasca operatif,
- (3) Terjadi kegagalan sterilisasi,
- (4) Telah dilakukan rekonstruksi atau manipulasi tuba sebelumnya,
- (5) Pasien meminta dilakukan sterilisasi,
- (6) Perdarahan berlanjut pasca salpingotomi,
- (7) Kehamilan tuba berulang,
- (8) Kehamilan heterotopik, dan massa gestasi berdiameter lebih dari 5 cm. Reseksi massa hasil konsepsi dan anastomosis tuba kadang-kadang dilakukan pada kehamilan pars ismika yang belum terganggu. Pada kehamilan pars interstitialis, sering kali dilakukan pula histerektomi untuk menghentikan perdarahan yang masih terjadi. Pada salpingektomi, bagian tuba antara uterus dan massa hasil konsepsi diklem, digunting, dan kemudian sisanya (stump) diikat dengan jahitan ligasi.

Arteria tubo ovarika diligasi, sedangkan arteria utero ovarika dipertahankan. Tuba yang direseksi dipisahkan dari mesosalping.

- d) Evakuasi Fimbriae dan Fimbriaektomi, bila terjadi kehamilan difimbriae, massa hasil konsepsi dapat dievakuasi dari fimbriae tanpa melakukan fimbriaektomi. Dengan menyemburkan cairan di bawah tekanan dengan alat aqua disektor atau spuit, massa hasil konsepsi dapat terdorong dan

lepas dari implantasinya. Fimbriaektomi dikerjakan bila massa hasil konsepsi berdiameter cukup besar sehingga tidak dapat diekspulsi dengan cairan bertekanan (Manuaba, 2010).

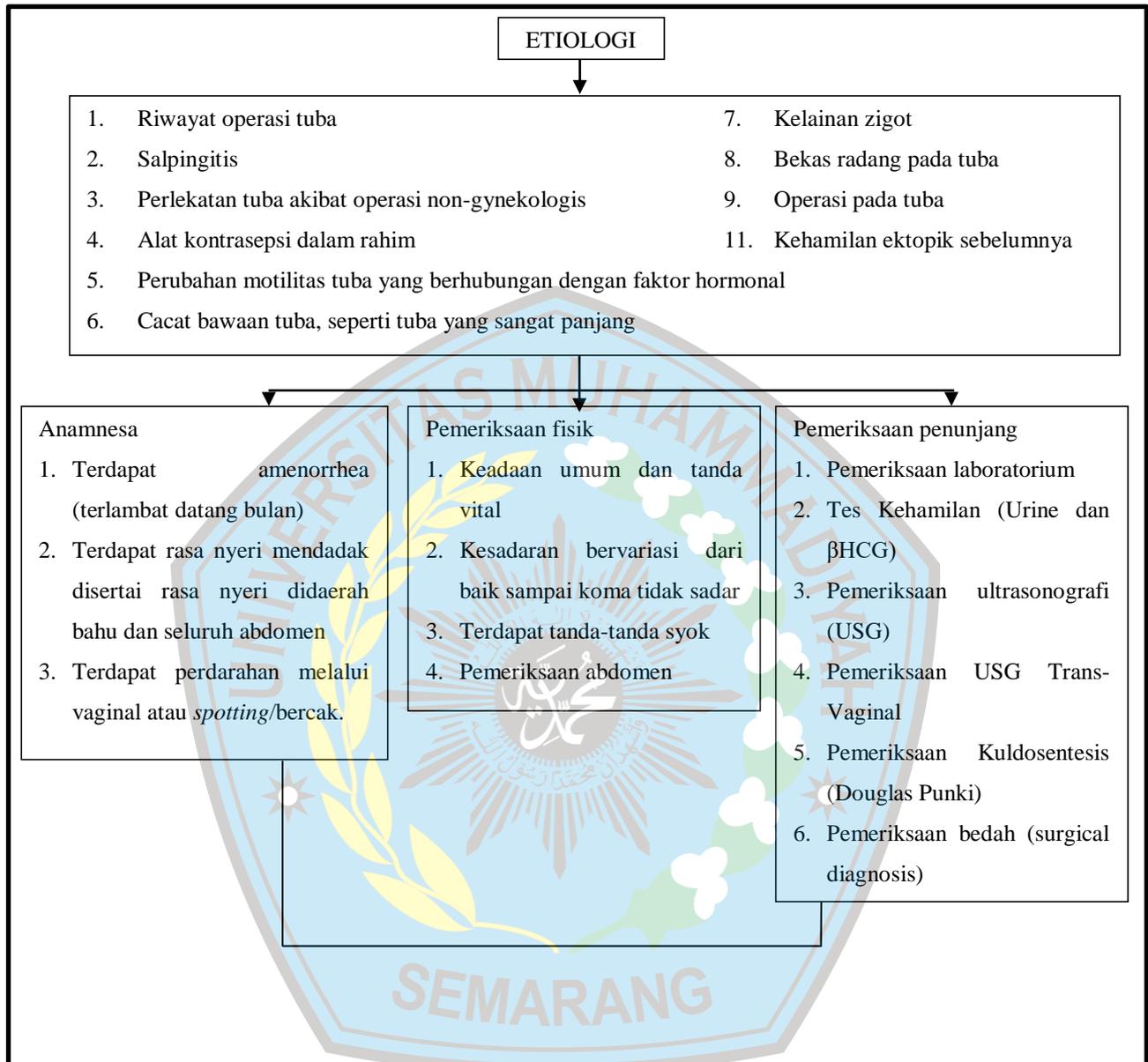
i. Komplikasi kehamilan ektopik terganggu

Komplikasi yang dapat timbul akibat kehamilan ektopik terganggu yaitu: ruptur tuba atau uterus (tergantung lokasi kehamilan) dan hal ini dapat menyebabkan perdarahan, syok, dan kematian. Komplikasi yang timbul akibat pembedahan antara lain: perdarahan, infeksi, kerusakan sekitar organ (Fauziah, 2012).

j. Prognosis

Kematian ibu yang disebabkan oleh kehamilan ektopik terganggu turun sejalan dengan ditegakannya diagnosis dini dan persediaan darah yang cukup. Kehamilan ektopik terganggu pada umumnya bersifat bilateral. Sebagian wanita menjadi steril (tidak dapat mempunyai keturunan) setelah mengalami keadaan tersebut diatas, namun dapat juga mengalami kehamilan ektopik terganggu lagi pada tuba yang lain. Angka kehamilan ektopik yang berulang dilaporkan antara 0%-14,6%. Untuk wanita dengan anak yang sudah cukup, sebaiknya pada operasi dilakukan salpingektomi bilateralis. Dengan sendirinya hal ini perlu disetujui oleh suami istri sebelumnya (Rukiyah dan Yulianti, 2014).

B. Pathway Kehamilan Ektopik Terganggu



Kehamilan Ektopik Terganggu

Penatalaksanaan

- a) Segera lakukan persiapan untuk tindakan operatif gawat darurat.
- b) Sumber perdarahan harus dihentikan.
- c) Merestorasi cairan tubuh dengan larutan kristaloid NS atau RL (500 ml dalam lima menit pertama) atau 2 L dalam dua jam pertama (termasuk selama tindakan berlangsung).
- d) Berikan auto transfusion
- e) Atasi anemia dengan tablet besi (SF) 600 mg per hari.
- f) Pembedahan atau operasi (Salpingostomi; Salpingotomi; Salpingektomi; Evakuasi Fimbriae dan Fimbriaektomi)
- g) Konseling pasca tindakan

Komplikasi

- 1) Ruptur tuba atau uterus : Perdarahan ; Syok ; Kematian.
- 2) Akibat pembedahan: perdarahan,infeksi, kerusakan sekitar organ

Penanganan Komplikasi:

Menghentikan perdarahan, Mengatasi infeksi, Perawatan pasca bedah

Sumber: Modifikasi Kutipan Prawirohardjo, 2010; Yulianingsih, 2009; Manuaba, 2010

C. Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian analisa data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Sari, 2012).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada klien (Sulistyawati, 2011).

2. Manajemen Kebidanan Tujuh Langkah Menurut Hellen Varney

a. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

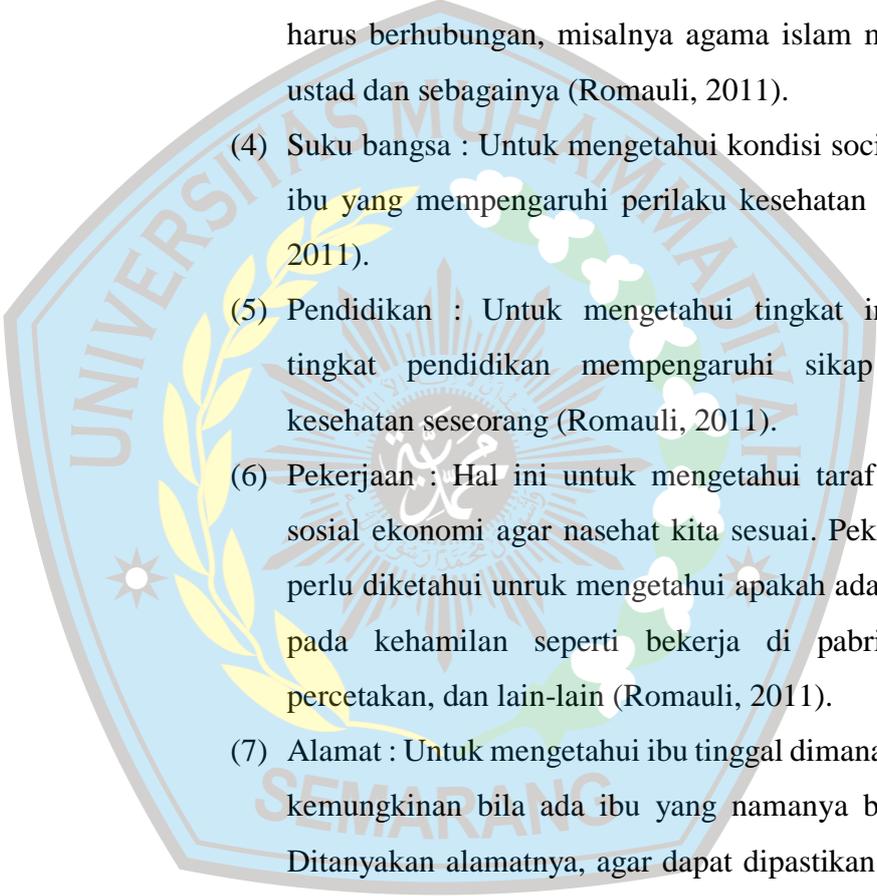
1) Data Subjektif

Menurut Sari (2012), data subjektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien atau klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (*allow anamnesis*).

Menurut Romauli (2011), data subjektif adalah data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

a) Biodata

- (1) Nama : Untuk mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).

- 
- (2) Umur : Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah umur 20-30 tahun (Romauli, 2011).
- (3) Agama : Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama antara lain dalam keadaan gawat ketika memberikan pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama islam memanggil ustad dan sebagainya (Romauli, 2011).
- (4) Suku bangsa : Untuk mengetahui kondisi social budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Romauli, 2011).
- (5) Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang (Romauli, 2011).
- (6) Pekerjaan : Hal ini untuk mengetahui taraf hidup da sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui unruk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan, dan lain-lain (Romauli, 2011).
- (7) Alamat : Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu mana yang hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (Romauli, 2011).

b) Alasan kunjungan

Untuk mengetahui alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilannya (Romauli, 2011).

c) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan menurut Romauli (2011).

Keluhan-keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu menurut Saifudin (2008), adalah pasien mengalami nyeri perut bagian bawah dan perdarahan pervaginam berwarna coklat.

d) Data kebidanan

(1) Riwayat menstruasi

Data ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain menarche, siklus menstruasi, teratur atau tidak, lamanya menstruasi, banyaknya ganti pembalut dalam satu hari, sifat darah menstruasi, dan nyeri saat menstruasi atau tidak (Romauli, 2011).

(2) Riwayat perkawinan

Ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan. Beberapa pernyataan yang dapat diajukan antara lain berapa tahun usia ibu ketika menikah pertama kali, status pernikahan sah atau tidak, lamanya pernikahan, ini adalah suami yang ke berapa (Sulistyawati, 2011).

(3) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas

Untuk mengetahui berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, dan keadaan (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

(4) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Sulistyawati (2011), perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi:

(a) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan (Sulistyawati, 2011).

(b) Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Untuk mengetahui hari perkiraan lahir janin (Sulistyawati, 2011).

(c) Umur Kehamilan (UK)

Untuk mengetahui umur kehamilan ibu (Sulistyawati, 2011).

(d) Keluhan-keluhan

Untuk mengetahui apakah ada keluhan-keluhan pada trimester I, II, dan III (Sulistyawati, 2011).

(e) *Ante Natal Care* (ANC)

Mengetahui riwayat ANC, teratur/tidak, tempat ANC, dan saat usia kehamilan berapa (Sulistyawati, 2011).

(f) Penyuluhan yang didapat

Perlu dikaji apakah klien pernah mendapatkan penyuluhan, tempat penyuluhan dan saat usia kehamilan berapa (Sulistyawati, 2011).

(g) Imunisasi TT

Perlu dikaji apakah klien pernah mendapatkan imunisasi TT (Sulistyawati, 2011).

(h) Penggunaan obat-obatan dan jamu atau rokok

Merokok, minum alkohol, jamu dan mengkonsumsi obat-obatan tanpa indikasi perlu

untuk diketahui karena ada obat dan jamu tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistyawati, 2011).

(5) Riwayat keluarga berencana

Ibu pernah atau belum pernah menjadi akseptor KB IUD, karena pemakaian KB IUD merupakan salah satu penyebab kehamilan ektopik (Sukarni dan Margareth, 2013).

(6) Riwayat kesehatan

(a) Riwayat kesehatan sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit yang diderita ibu pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa kehamilan seperti radang panggul, PMS, dan lain-lain yang dapat menyebabkan kehamilan ektopik terganggu (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

(b) Riwayat kesehatan yang lalu / sistemik

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis seperti DM, Hipertensi, Asma yang dapat mempengaruhi pada masa hamil (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien seperti TBC, PMS, dan lain-lain (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

(7) Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui ada tidaknya keturunan kembar dalam keluarga (Sulistyawati, 2011).

(8) Riwayat operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani ibu misalnya operasi plastik tuba atau operasi sterilisasi tuba yang kurang sempurna dapat menyebabkan kehamilan ektopik terganggu (Taufan, 2012).

(9) Data kebiasaan sehari-hari

(a) Nutrisi

Dikaji untuk mengetahui asupan gizi selama hamil mencukupi atau tidak, dengan cara menanyakan sehari makan dan minum berapa kali, menunya apa, dan jumlah atau porsi berapa, sehingga kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan tentang gizi ibu hamil (Sulistyawati, 2011).

(b) Eliminasi

Hal ini dikaji untuk mengetahui kebiasaan BAK dan BAB yang meliputi frekuensi dan konsistensinya (Sulistyawati, 2011).

(c) Pola aktivitas

Untuk mengetahui aktifitas sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberikan pengingatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai ibu sehat dan pulih kembali. Aktifitas yang terlalu berat dapat

menyebabkan abortus dan persalinan premature (Sulistyawati, 2011).

(d) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui berapa jam ibu tidur malam, dan berapa jam ibu istirahat atau tidur siang. Ibu hamil diharapkan istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, tidur siang selama 1-2 jam dan tidur malam selama 8 jam (Sulistyawati, 2011).

(e) *Personal Hygiene*

Untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian. Pada ibu hamil diharapkan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 2 kali seminggu, ganti pakaian 2 kali sehari dan ganti pembalut setidaknya 2 kali sehari (Sulistyawati, 2011).

(f) Pola Seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan seksual dalam satu minggu serta ada atau tidaknya keluhan ketika melakukan hubungan seksual (Sulistyawati, 2011).

(g) Data Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, misal wanita mengalami banyak perubahan emosi/ psikologis selama masa hamil, sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Pada kasus ini ibu mengatakan cemas dengan keadaan atau keadaan yang dialaminya (Sulistyawati, 2011).

2) Data Obyektif

Setelah data subyektif kita dapatkan, untuk melengkapi data klien dalam menegakan diagnosa, maka kita harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati, 2011).

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum

Untuk mengamati secara keseluruhan keadaan pasien. Jika pasien masih respon terhadap lingkungan dan orang lain, hal ini termasuk kriteria keadaan baik, tetapi jika pasien kurang atau tidak memberikan respon terhadap lingkungan dan orang serta tidak mampu berjalan sendiri termasuk kategori keadaan lemah (Sulistyawati, 2011).

(2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak sadar) (Sulistyawati, 2011).

(3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah : Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg (Romauli, 2011).

(b) Suhu : Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris / infeksi dengan menggunakan skala derajat celcius. Suhu badan wanita hamil batas normalnya adalah 35,5–37,6°C (Romauli, 2011).

(c) Nadi : Untuk mengetahui ibu mengalami keluhan seperti tegang, ketakutan,

(4) cemas akibat masalah tertentu, perdarahan, demam, gangguan *thyroid*, gangguan jantung. Denyut nadi normal sekitar 60-100x/menit (Romauli, 2011).

(d) Respirasi : Untuk mengetahui system pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit, batas normalnya 16-24 x/menit (Romauli, 2011).

(5) Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu apabila kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011).

(6) Berat Badan

Untuk mengetahui penambahan berat badan ibu ketika kunjungan dengan penambahan normal 0,5 kg per minggu (Romauli, 2011).

(7) Lingkat lengan atas (LILA)

LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator untuk status gizi ibu kurang / buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011).

b) Pemeriksaan sistematis

Pemeriksaan sistematis yaitu pemeriksaan dengan melihat klien dari ujung rambut sampai ujung kaki meliputi:

(1) Kepala

(a) Rambut : Meliputi warna, mudah rontok atau tidak, dan kebersihannya (Romauli, 2011).

(b) Muka : Keadaan muka pucat atau tidak adakah kelainan, adakah oedema. Pada ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu muka tampak pucat (Romauli, 2011).

(c) Mata : Untuk mengetahui apakah konjungtiva warna merah muda dan sklera warna putih.

(2) Pada wanita dengan kehamilan ektopik terganggu konjungtiva pucat (Romauli, 2011).

- (d) Hidung : Bagaimana kebersihannya, ada polip atau tidak (Romauli, 2011).
- (e) Telinga : Bagaimana kebersihannya, ada serumen atau tidak (Romauli, 2011).
- (f) Mulut : Ada stomatitis atau tidak, keadaan gigi, gusi berdarah atau tidak (Romauli, 2011).

(3) Leher

Adalah pembesaran kelenjar thyroid, ada benjolan atau tidak, adakah pembesaran kelenjar limfe (Romauli, 2011).

(4) Dada dan axilla

Untuk mengetahui keadaan payudara, simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak, hiperpigmentasi aerola atau tidak, puting susu menonjol atau tidak (Romauli, 2011).

(5) Ekstremitas atas dan bawah

Ada cacat atau tidak oedema atau tidak terdapat varices atau tidak (Sulistyawati, 2011).

c) Pemeriksaan khusus obstetri (lokalis)

(a) Inspeksi

Ukuran uterus dikaji dengan memperkirakan melalui observasi. Bidan dapat mengobservasi geakan janin, apakah ada luka bekas operasi, ada nyeri atau tidak, dan perubahan kulit pada abdomen (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

(b) Palpasi

Cara pemeriksaan yang umum digunakan adalah cara Leopold yang dibagi dalam 4 tahap. Sesuai dengan kasus kehamilan ektopik terganggu, pemeriksaan

Leopold meliputi pemeriksaan Leopold I, yaitu untuk meraba tinggi fundus uterus. Pada palpasi akan teraba massa lunak dan lentur di sisi posterior atau lateral terhadap uterus. Massa tersebut akan teraba keras jika terisi darah (Romauli, 2011),

(c) Auskultasi

Dengarkan bunyi jantung janin pada daerah punggung janin dengan stetoskop monoaural (Laenec) atau Doppler. Dengan stetoskop Laenec bunyi jantung janin terdengar pada kehamilan 18-20 minggu, sedangkan dengan Doppler terdengar pada kehamilan 12 minggu. Bidan harus menghitung denyut jantung janin selama satu menit penuh, dan harus mendapatkan nilai normal antara 120-160 (Sulistyawati, 2011).

d) Pemeriksaan dalam (Anogenital)

Pada kehamilan muda sekitar usia 12 minggu, pembesaran rahim belum atau sulit diraba dari luar sehingga perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengevaluasi tanda hamil muda, tanda Piskacek, tanda Hegar. Pada kehamilan ektopik terganggu pemeriksaan dalam untuk mendukung menegakkan diagnosa apabila ditemui hasil nyeri goyang pada pemeriksaan serviks, serviks terlalu lunak dan nyeri tekan serta terdapat pengeluaran darah pervaginam berwarna merah kecokelatan (Yulianingsih, 2009).

e) Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan untuk mendukung menegakkan diagnosa seperti pemeriksaan laboratorium, rontgen ultrasonografi dan lain-lain (Yulianingsih, 2009).

(1) Pemeriksaan laboratorium

Kadar hemoglobin dan eritrosit menurun atau leukosit meningkat menunjukkan adanya perdarahan. Hasil tes kehamilan biasanya positif. Hasil tes kehamilan yang negatif tidak menyingkirkan kemungkinan KET kuldosintesis tidak sering dilakukan, karena pemeriksaan ini sangat tidak nyaman bagi penderita karena degenerasi trofoblas dapat menyebabkan produksi β HCG menurun sehingga menyebabkan tes kehamilan menjadi negatif (Yulianingsih, 2009).

(2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Dijumpai kantong kehamilan di luar kavum uteri yang disertai atau tanpa adanya genangan cairan (darah) di Cavum Douglas pada KET. Pada pemeriksaan USG Trans-Vaginal dapat mendeteksi tubal ring (massa berdiameter 1-3 cm dengan pinggir ekhogenik yang mengelilingi pusat yang hipoekhoik. Gambaran ini cukup spesifik untuk kehamilan ektopik. Juga menunjukkan evaluasi cavum pelvis dengan lebih baik, termasuk visualisasi cairan di cavum Douglas dan massa pelvis. Pemeriksaan USG Trans-Vaginal dilakukan untuk menetapkan letak kantong gestasi, besarnya kantong gestasi, dan mencari janin dengan detak jantungnya (Yunianingsih, 2009).

(3) Pemeriksaan kuldosintesis

Pemeriksaan kuldosintesis dilakukan untuk mengetahui adanya cairan atau darah dalam cavum douglas. Dengan adanya pemeriksaan USG dan pemeriksaan kadar β HCG yang telah akurat, maka Pemeriksaan kuldosintesis masih dilakukan bila tidak

ada fasilitas USG atau bila pada pemeriksaan USG kantung kehamilan tidak berhasil terdeteksi (Sastrawinata, 2005).

(4) Pemeriksaan yang ditegakkan secara bedah (*Surgical Diagnosis*):

Kuretase dapat dikerjakan untuk membedakan kehamilan ektopik dari abortus insipiens atau abortus inkomplet. Kuretase biasanya dianjurkan pada kasus-kasus dimana timbul kesulitan membedakan abortus dari kehamilan ektopik dan kehamilan uterine tidak terdeteksi dengan USG Trans-Vaginal (Sastrawinata, 2005).

(5) Pemeriksaan laparotomi untuk melihat rongga pelvik melalui dinding perut terutama pada keadaan yang meragukan, misalnya pada kehamilan tuba yang belum terganggu. Pemeriksaan laparotomi dilakukan untuk mengangkat sumber perdarahan dan dilakukan bila keadaan hemodinamik pasien tidak stabil. Indikasi operasi laparotomi atau laparotomi adalah besarnya kantong gestasi lebih dari 3,5 cm dengan pemeriksaan vaginal USG, pasien menolak terapi medikamentosa, ruptur kehamilan ektopik telah terjadi (sudah terjadi perdarahan intraperitoneal), diagnosis belum jelas, bekas ligasi tuba fallopi, kontraindikasi dengan pemeriksaan medikamentosa (Sastrawinata, 2005).

b. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan

menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta (Sulistyawati, 2011).

Dalam langkah kedua ini Bidan membagi interpretasi data dalam tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

1) Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktik kebidanan sama dengan diagnosis medis seperti anemia ibu hamil, retensio plasenta, kehamilan ektopik terganggu, dan lain-lain (Sari, 2012).

Diagnosa yang ditegakkan dalam kasus ini adalah: “Ny. M umur 28 tahun, G₂P₀A₁ umur kehamilan 8 minggu dengan kehamilan ektopik terganggu”.

Dasar diagnosa tersebut adalah:

a) Data Subjektif:

Ibu mengatakan bernama Ny. M dan berumur 28 tahun, Ibu mengatakan mengalami nyeri perut bagian bawah dan mengatakan merasa cemas dengan kehamilannya. Ibu mengatakan keadaannya lemas.

b) Data Objektif:

Menurut Sulistyawati (2011), data obyektif meliputi:

- (1) Keadaan umum ibu sedang
- (2) Kesadaran ibu hamil dengan kehamilan ektopik composmentis
- (3) TTV :
 - Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - Nadi : 88 x/ menit
 - Respirasi : 24 x/ menit
 - Suhu : 37⁰C
- (4) Terdapat perdarahan pervaginam (Romauli, 2011).
- (5) Hasil pemeriksaan Laboratorium βHCG dan kadar Hemoglobin.

(6) Hasil pemeriksaan USG

2) Masalah

Masalah diidentifikasi berdasarkan masalah yang ditemukan dengan didukung oleh data subjektif dan data objektif seperti perasaan cemas klien (Sari, 2011). Masalah yang sering muncul pada ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu yaitu ibu merasa cemas terhadap kehamilannya karena mengalami nyeri perut bagian bawah dan mengalami perdarahan pervaginam (Mansjoer, 2011)

3) Kebutuhan

Kebutuhan disesuaikan dengan kebutuhan pasien saat itu misalnya pendidikan kesehatan tanda bahaya kehamilan, informasi tentang keadaan ibu, support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan (Sari, 2011). Menurut Manuaba (2010) kebutuhan ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu adalah:

- a) Informasi tentang keadaan ibu.
- b) Support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan.

c. Diagnosa potensial

Menurut Sulistyawati, (2011), pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Menurut Fauziah (2012), diagnosa potensial pada pasien dengan kehamilan ektopik terganggu adalah ruptur tuba, perdarahan, dan syok.

d. Antisipasi dan tindakan segera

Dalam pelaksanaannya terkadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera (*emergency*) dimana bidan harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan

pasien, namun kadang juga berada pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter, atau bahkan mungkin juga situasi pasien yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Disini bidan sangat di tuntut kemampuannya untuk dapat selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman (Sulistyawati, 2011).

Menurut Yulianingsih (2009), tindakan segera yang dilakukan pada kehamilan ektopik terganggu yaitu antara lain:

- 1) Segera rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap (Rumah Sakit).
 - 2) Optimalisasi keadaan umum ibu dengan pemberian cairan dan transfuse darah untuk mengkoreksi hipovolemi dan anemia, pemberian oksigen atau bila dicurigai ada infeksi diberikan juga antibiotik (pada keadaan syok segera diberikan infuse cairan dan oksigen sambil menunggu darah, control tekanan darah, nadi, dan pernafasan).
 - 3) Penatalaksanaan yang ideal adalah menghentikan sumber perdarahan segera dengan penatalaksanaan bedah setelah diagnosis dipastikan.
- e. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang di buat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti, serta divaliasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan pasien. Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan dalam melaksanakan suatu rencana asuhan harus disetujui pasien (Sulistyawati, 2011).

Menurut Saifuddin (2010), perencanaan yang diberikan pada ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu diantaranya adalah:

- 1) Lakukan persiapan untuk tindakan operatif gawat darurat

- 2) Menghentikan sumber perdarahan
- 3) Upaya stabilisasi dilakukan dengan segera merestorasi cairan tubuh dengan larutan kristaloid NS atau RL (500 ml dalam lima menit pertama) atau 2 L dalam dua jam pertama (termasuk selama tindakan berlangsung).
- 4) Pemberian terapi berupa:
 - a) Ketoprofen 100 mg supositoria
 - b) Tramadol 200 mg IV
 - c) Pethidin 50 mg IV (siapkan anti dotum terhadap reaksi hipersensitivitas)
- 5) Atasi anemia dengan tablet besi (SF) 600 mg per hari.
- 6) Observasi TTV, jumlah cairan masuk dan keluar

f. Pelaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang dilaksanakan semua oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat (Sulistyawati, 2011).

g. Evaluasi

Dalam evaluasi kegiatan yang perlu dilaksanakan adalah mencatat proses manajemen kebidanan. Evaluasi diperoleh dari tindakan pengukuran antara keberhasilan dan rencana. Evaluasi juga dilakukan untuk membandingkan keberhasilan dengan langkah-langkah manajemen lainnya untuk melihat ada beberapa hal penting yang harus disempurnakan (Sari, 2012).

Hasil yang diharapkan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu adalah:

- 1) Keadaan umum ibu baik
- 2) Tidak terjadi perdarahan
- 3) Tidak terjadi infeksi

3. Data Perkembangan (SOAP)

Menurut Rosmalinda (2014), pendokumentasian data perkembangan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan menggunakan SOAP yaitu:

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data dari sudut pandang pasien.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung *assesment*.

A : *Assesment*

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi meliputi diagnosa/masalah serta antisipasi maslaah potensial.

P : *Planning*

Menggunakan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan *assesment*

D. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan atau mal praktik dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan. Landasan hukum yang digunakan pada kasus ini di antaranya:

Sebagaimana Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, pada Bagian

Kedua : Kewenangan

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

a. pelayanan kesehatan ibu;

Pasal 19

- (1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

Landasan hukum di atas menjelaskan berkaitan dengan kasus KET, maka seorang bidan harus memberikan pelayanan kepada ibu hamil yang teridentifikasi mengalami KET seperti terjadinya amenorhea, nyeri mendadak di daerah bahu dan seluruh abdomen serta terjadinya perdarahan pervaginam. Sebagai anamnesa terhadap kejadian KET ini maka bidan dapat melakukan penanganan pertama atas kegawatdaruratan sebelum melakukan tindakan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan mampu memberikan penanganan (RS atau Puskesmas).

