



**KEPERAWATAN MATERNITAS II
(NSA 417)**

**MODUL 6
PENYAKIT PADA MASA KEHAMILAN**

Universitas
Esa Unggul
DISUSUN OLEH
Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2019/2020**

PENYAKIT PADA MASA KEHAMILAN

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mahasiswa mampu memahami definisi dan etiologi kehamilan ektopik .
2. Mahasiswa mampu memahami jenis-jenis kehamilan ektopik dan penanganannya.
3. Mahasiswa mampu memahami definisi dan etiologi molahidatidosa.
4. Mahasiwa mampu memahami jenis – jenis molahidatidosa dan penanganannya.

B. Uraian dan Contoh

1. Definisi Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan abnormal yang terjadi di luar rongga rahim, janin tidak dapat bertahan hidup dan sering tidak berkembang sama sekali. Kehamilan ektopik ialah kehamilan dimana sel telur setelah dibuahi (fertilisasi) berimplantasi dan tumbuh di luar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik disebut juga ectopic gestation dan ecceyesis.

2. Faktor Resiko dan Penyebab Kehamilan Ektopik

Ada berbagai macam faktor yang dapat menyebabkan kehamilan ektopik. Namun kehamilan ektopik juga dapat terjadi pada wanita tanpa faktor risiko. Di bawah ini merupakan Faktor risiko kehamilan ektopik adalah sebagai berikut:

- a. Penggunaan kontrasepsi spiral dan pil progesteron
Kehamilan ektopik meningkat apabila ketika hamil masih menggunakan kontrasepsi spiral (3-4%). Pil yang hanya mengandung hormon progesteron juga meningkatkan kehamilan ektopik karena dapat mengganggu pergerakan sel rambut silia di saluran tuba yang membawa sel telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi ke dalam rahim.
- b. Faktor abnormalitas dari zigot
Apabila tumbuh terlalu cepat atau tumbuh dengan ukuran besar, maka zigot akan tersendat dalam perjalanan pada saat melalui tuba, kemudian terhenti dan tumbuh di saluran tuba.
- c. Faktor tuba
 - Faktor dalam lumen tuba:
 1. Endosalpingitis dapat menyebabkan lumen tuba menyempit atau membentuk kantong buntu akibat perlekatan endosalping.
 2. Pada hipoplasia uteri, lumen tuba sempit dan berkeluk-keluk panjang dapat menyebabkan fungsi silia tuba tidak berfungsi secara baik.
 3. Pascaoperasi rekanalisasi tuba dan sterilisasi yang tak sempurna dapat menjadi sebab lumen tuba sempit.

- Faktor pada dinding tuba:
 1. Endometriosis tuba (tuba tertekuk) dapat memudahkan implantasi telur yang dibuahi dalam tuba.
 2. Divertikel tuba kongenital atau *ostium assesorius tubae* dapat menahan telur yang dibuahi di tempat itu.
- Faktor di luar dinding tuba :
 1. Perlengketan peritubal dengan ditorsi atau lekukan tuba dapat menghambat perjalanan telur.
 2. Tumor yang menekan dinding tuba dapat menyempitkan lumen tuba.
- Faktor ovum

Bila ovarium memproduksi ovum dan ditangkap oleh tuba yang kontralateral, dapat membutuhkan proses khusus atau waktu yang lebih panjang sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik lebih besar.
- Faktor lain

Pemakaian IUD dimana proses peradangan yang dapat timbul pada endometrium dan endosalping dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik.

3. Klasifikasi Kehamilan Ektopik

Sebagian besar kehamilan ektopik terjadi pada tuba. Tempat implantasi yang paling sering adalah ampula, kemudian isthmus, fimbriae, kornu, serta uterus intersisial. Sedangkan kehamilan ektopik non – tuba sangat jarang terjadi, tetapi dapat terjadi pada abdomen, ovarium, atau servik. Beberapa klasifikasi kehamilan ektopik adalah:

a. Kehamilan Interstisial (kornual)

Kehamilan interstisial merupakan kehamilan yang implantasi embrionya di tuba falopi. Pasien menunjukkan gejala yang cukup lama, sulit didiagnosis dan lesi menyebabkan perdarahan masif ketika terjadi ruptur. Pada usia kehamilan 6 – 10 minggu akan terganggu. Hasil konsepsi dapat mati dan diresorpsi, abortus spontan, ruptur tuba. Angka kematian ibu akibat kehamilan interstisial adalah 2%. Penanganan kasus ini dengan laparotomy.

b. Kehamilan ektopik ganda

Sangat jarang kehamilan ektopik berlangsung bersamaan dengan kehamilan intrauterin. Keadaan ini disebut kehamilan ektopik ganda (*combined ectopic pregnancy*). Frekuensinya berkisar 1 di antara 15.000 – 40.000 persalinan. Di Indonesia sudah dilaporkan beberapa kasus.

Pada umumnya diagnosis kehamilan dibuat pada waktu operasi kehamilan ektopik yang terganggu. Pada laparotomi ditemukan uterus yang membesar sesuai dengan tuanya kehamilan dan 2 korpora lutea.

c. Kehamilan Ovarium

kehamilan di ovarium lebih sering dikaitkan dengan perdarahan dalam jumlah banyak dan pasien sering mengalami ruptur kista korpus luteum secara klinis, pecahnya kehamilan ovarium, torsi, endometriosis.

d. Kehamilan Servik

Kehamilan servik merupakan kehamilan dengan nidasi di kanalis serviklais, dinding servik menjadi tipis dan membesar. Kehamilan diservikalis ini jarang dijumpai. Tanda dari kehamilan ini adalah kehamilan terganggu, perdarahan, tanpa nyeri, abortus spontan. Terapinya adalah histerektomi

e. kehamilan Abdominal

kehamilan abdominal terbagi menjadi: primer (implantasi sesudah dibuahi, langsung pada peritoneum / kavum abdominal) dan sekunder (embrio masih hidup dari tempat primer). Kehamilan dapat atterm dan fetus hidup, namun didapatkan cacat. Fetus mati, degenerasi dan maserasi, infiltrasi lemak jadi lithopedion / fetus papyraceus. Terapi kehamilan abdominal adalah: laparotomy, plasenta dibiarkan (teresobrsi).

f. Kehamilan ektopik lanjut

Merupakan kehamilan ektopik dimana janin dapat tumbuh terus karena mendapat cukup zat-zat makanan dan oksigen dari plasenta yang meluaskan implantasinya ke jaringan sekitar misalnya ligamentum latum, uterus, dasar panggul, usus dan sebagainya. Dalam keadaan demikian, anatomi sudah kabur. Kehamilan ektopik lanjut biasanya terjadi sekunder dari kehamilan tuba yang mengalami abortus atau ruptur dan janin dikeluarkan dari tuba dalam keadaan masih diselubungi oleh kantung ketuban dengan plasenta yang masih utuh yang akan terus tumbuh terus di tempat implantasinya yang baru.

4. Gambaran Klinik

Gambaran klinik kehamilan tuba yang belum terganggu tidak khas dan penderita maupun dokter biasanya tidak mengetahui adanya kelainan dalam kehamilan, sampai terjadinya abortus tuba atau ruptur tuba.

a. Kehamilan ektopik belum terganggu

Kehamilan ektopik yang belum terganggu atau belum mengalami ruptur sulit untuk diketahui, karena penderita tidak menyampaikan keluhan yang khas. Amenorea atau gangguan haid dilaporkan oleh 75-95% penderita. Lamanya amenore tergantung pada kehidupan janin, sehingga dapat bervariasi. Sebagian penderita tidak mengalami amenore karena kematian janin terjadi sebelum haid berikutnya. Tanda-tanda kehamilan muda seperti mual dilaporkan oleh 10-25% kasus.

Di samping gangguan haid, keluhan yang paling sering disampaikan ialah nyeri di perut bawah yang tidak khas, walaupun kehamilan ektopik belum mengalami ruptur. Kadang-kadang teraba tumor di samping uterus dengan batas yang sukar ditentukan. Keadaan ini juga masih harus dipastikan dengan alat bantu diagnostik yang lain seperti ultrasonografi (USG) dan laparoskopi.

Mengingat bahwa setiap kehamilan ektopik akan berakhir dengan abortus atau ruptur yang disertai perdarahan dalam rongga perut, maka pada setiap wanita dengan gangguan haid dan setelah diperiksa dicurigai adanya kehamilan ektopik harus ditangani dengan sungguh-sungguh menggunakan alat diagnostik yang ada sampai diperoleh kepastian diagnostik kehamilan ektopik karena jika terlambat diatasi dapat membahayakan jiwa penderita.

b. Kehamilan ektopik terganggu

Gejala dan tanda kehamilan tuba terganggu sangat berbeda-beda dari perdarahan banyak yang tiba-tiba dalam rongga perut sampai terdapatnya gejala yang tidak jelas. Gejala dan tanda bergantung pada lamanya kehamilan ektopik terganggu, abortus atau ruptur tuba, tuanya kehamilan, derajat perdarahan yang terjadi dan keadaan umum penderita sebelum hamil.

Diagnosis kehamilan ektopik terganggu pada jenis yang mendadak atau akut biasanya tidak sulit. Nyeri merupakan keluhan utama pada kehamilan ektopik terganggu (KET). Pada ruptur tuba, nyeri perut bagian bawah terjadi secara tiba-tiba dan intensitasnya disertai dengan perdarahan yang menyebabkan penderita pingsan, tekanan darah dapat menurun dan nadi meningkat serta perdarahan yang lebih banyak dapat menimbulkan syok, ujung ekstremitas pucat, basah dan dingin. Rasa nyeri mula-mula terdapat dalam satu sisi, tetapi setelah darah masuk ke dalam rongga perut, rasa nyeri menjalar ke bagian tengah atau keseluruhan perut bawah dan bila membentuk hematokel retrouterina menyebabkan defekasi nyeri.

Perdarahan pervaginam merupakan tanda penting kedua pada KET. Hal ini menunjukkan kematian janin dan berasal dari kavum uteri karena pelepasan desidua. Perdarahan dari uterus biasanya tidak banyak dan berwarna coklat tua. Frekuensi perdarahan ditemukan dari 51-93%. Perdarahan berarti gangguan pembentukan hCG.

Yang menonjol ialah penderita tampak kesakitan, pucat, dan pada pemeriksaan ditemukan tanda-tanda syok serta perdarahan rongga perut. Pada pemeriksaan ginekologik ditemukan serviks yang nyeri bila digerakkan dan kavum Douglas yang menonjol dan nyeri raba.¹⁰ Pada abortus tuba biasanya teraba dengan jelas suatu tumor di samping uterus dalam berbagai ukuran dengan konsistensi agak lunak. Hematokel retrouterina dapat diraba sebagai tumor di kavum Douglas.²

Kesulitan diagnosis biasanya terjadi pada kehamilan ektopik terganggu jenis atipik atau menahun. Keterlambatan haid tidak jelas, tanda dan gejala kehamilan muda tidak jelas, demikian pula nyeri perut tidak nyata dan sering penderita tampak tidak terlalu pucat. Hal ini dapat terjadi apabila perdarahan pada kehamilan ektopik yang terganggu berlangsung lambat. Dalam keadaan yang demikian, alat bantu diagnostik sangat diperlukan untuk memastikan diagnosis.

5. Patofisiologi

Proses implantasi ovum yang dibuahi yang terjadi di tuba pada dasarnya sama dengan halnya di kavum uteri. Telur di tuba bernidasi secara kolumner atau interkolumner. Implantasi secara kolumner yaitu telur berimplantasi pada ujung atau sisi jonjot endosalping. Perkembangan telur selanjutnya dibatasi oleh kurangnya vaskularisasi dan biasanya telur mati secara dini dan kemudian diresorpsi. Pada nidasi secara interkolumner telur bernidasi antara dua jonjot endosalping. Setelah tempat nidasi tertutup, maka telur dipisahkan dari lumen tuba oleh lapisan jaringan yang menyerupai desidua dan dinamakan pseudokapsularis. Karena pembentukan desidua di tuba tidak sempurna, dengan mudah vili korialis menembus endosalping dan masuk ke dalam lapisan otot-otot tuba dengan merusak jaringan dan pembuluh darah. Perkembangan janin selanjutnya bergantung pada beberapa faktor, seperti tempat implantasi, tebalnya dinding tuba dan banyaknya perdarahan yang terjadi oleh invasi trofoblas.

Di bawah pengaruh hormon estrogen dan progesteron dari korpus luteum graviditas dan trofoblas, uterus menjadi besar dan lembek. Endometrium dapat pula berubah menjadi desidua. Setelah janin mati, desidua dalam uterus mengalami degenerasi dan kemudian dikeluarkan berkeping-keping atau dilepaskan secara utuh. Perdarahan pervaginam yang dijumpai pada kehamilan ektopik terganggu berasal dari uterus dan disebabkan oleh pelepasan desidua yang degeneratif.

Tuba bukanlah tempat untuk pertumbuhan hasil konsepsi, sehingga tidak mungkin janin tumbuh secara utuh seperti dalam uterus. Sebagian besar kehamilan tuba terganggu pada umur kehamilan antara 6 sampai 10 minggu. Terdapat beberapa kemungkinan mengenai nasib kehamilan dalam tuba yaitu:

a. Hasil konsepsi mati dini dan diresorpsi

Pada implantasi secara kolumner, ovum yang dibuahi cepat mati karena vaskularisasi kurang dan dengan mudah terjadi resorpsi total. Dalam keadaan ini penderita tidak mengeluh apa-apa dan haidnya terlambat untuk beberapa hari.

b. Abortus ke dalam lumen tuba

Perdarahan yang terjadi karena pembukaan pembuluh-pembuluh darah oleh villi koriales pada dinding tuba di tempat implantasi dapat melepaskan mudigah dari dinding tersebut bersama-sama dengan robeknya pseudokapsularis. Pelepasan ini dapat terjadi sebagian atau seluruhnya. Bila pelepasan menyeluruh, mudigah dan selaputnya dikeluarkan dalam lumen tuba dan kemudian didorong oleh darah ke arah ostium tuba abdominalis. Abortus ke dalam lumen tuba lebih sering terjadi pada kehamilan pars ampularis, sedangkan penembusan dinding tuba oleh vili korialis ke arah peritoneum biasanya terjadi pada kehamilan pars ismika. Perbedaan ini disebabkan oleh lumen pars ampularis yang lebih luas sehingga dapat mengikuti lebih mudah pertumbuhan hasil konsepsi jika dibandingkan dengan bagian ismus dengan lumen sempit.

Pada pelepasan hasil konsepsi yang tidak sempurna pada abortus, perdarahannya akan terus berlangsung, dari sedikit-sedikitnya oleh darah, sehingga berubah menjadi mola kruenta. Perdarahan yang berlangsung terus menyebabkan tuba membesar dan kebiru-biruan (Hematosalping) dan selanjutnya darah mengalir ke rongga perut melalui ostium tuba, berkumpul di kavum douglas dan akan membentuk hematokel retrouterina.

c. Ruptur dinding tuba

Ruptur tuba sering terjadi bila ovum berimplantasi pada isthmus dan biasanya pada kehamilan muda. Sebaliknya ruptur pada pars interstitialis terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut. Faktor utama yang menyebabkan ruptur ialah penembusan villi korionales ke dalam lapisan muskularis tuba terus ke peritoneum. Ruptur dapat terjadi secara spontan atau karena trauma ringan. Darah dapat mengalir ke dalam rongga perut melalui ostium tuba abdominal. Bila ostium tuba tersumbat, ruptur sekunder dapat terjadi. Dalam hal ini, dinding tuba yang telah menipis oleh invasi trofoblas, pecah karena tekanan darah dalam tuba. Kadang-kadang ruptur terjadi di arah ligamentum latum dan terbentuk hematoma intraligamenter antara 2 lapisan ligamentum tersebut.

Pada ruptur ke rongga perut, seluruh janin dapat keluar dari tuba, tetapi bila robekan tuba kecil, perdarahan terjadi tanpa hasil konsepsi dikeluarkan dari tuba. Nasib janin bergantung pada tuanya kehamilan dan kerusakan yang diderita. Bila janin mati dan masih kecil, dapat diresorpsi seluruhnya, dan bila besar dapat diubah menjadi litopedion.

Janin yang dikeluarkan dari tuba dengan masih diselubungi oleh kantong amnion dan dengan plasenta masih utuh kemungkinan tumbuh terus dalam rongga perut, sehingga terjadi kehamilan ektopik lanjut atau kehamilan abdominal sekunder. Untuk mencukupi kebutuhan makanan bagi janin, plasenta dari tuba akan meluaskan implantasinya ke jaringan sekitarnya misalnya ke sebagian uterus, ligamentum latum, dasar panggul dan usus.

6. Gejala dan Tanda Kehamilan Ektopik

Ibu hamil yang mengalami kehamilan ektopik akan merasakan gejala pada usia kehamilan 6 – 10 minggu. Adapun gejala dan tanda yang dirasakan antara lain: amenorea / tidak haid, nyeri perut bagian bawah, perdarahan per vaginam irregular (biasanya dalam bentuk bercak – bercak darah), rasa sakit pada salah satu sisi panggul, tampak pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi melemah, ibu hamil mengalami pingsan dan terkadang disertai nyeri bahu akibat iritasi diafragma dari hemoperitoneum.

7. Diagnosis Banding Kehamilan Ektopik

Kehamilan Ektopik biasanya sulit didiagnosa dengan cepat, dikarenakan tanda dan gejala sama dengan kehamilan normal. Untuk menegakkan diagnosa, maka dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu:

- a. Anamnesis, untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu.
- b. Pemeriksaan fisik.
- c. Tes kehamilan.
- d. Pengukuran kadar beta – HCG.
- e. Sonografi transvaginal, untuk mendeteksi kantung kehamilan intrauterin.
- f. Kuldosintesis, untuk mengetahui apakah dalam kavum douglas ada darah.
- g. Pemeriksaan hematocrit
- h. Dilatasi dan kuretase.
- i. Laparokopi, digunakan sebagai alat bantu diagnostic terakhir untuk kehamilan ektopik, apabila hasil penilaian prosedur diagnostic yang lainnya meragukan.

8. Penatalaksanaan Kehamilan Ektopik

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi. Dalam tindakan demikian beberapa hal perlu diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu:

- a. Kondisi penderita saat itu.
- b. Keinginan penderita akan fungsi reproduksinya.
- c. Lokasi kehamilan ektopik.
- d. Kondisi anatomik organ pelvis



Hasil pertimbangan ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi pada kehamilan tuba atau dapat dilakukan pembedahan konservatif yaitu hanya dilakukan salpingostomi atau reanastomosis tuba. Apabila kondisi penderita buruk, misalnya dalam keadaan syok, lebih baik dilakukan salpingektomi.

a. Pembedahan

Pembedahan merupakan penatalaksanaan primer pada kehamilan ektopik terutama pada KET dimana terjadi abortus atau ruptur pada tuba. Penatalaksanaan pembedahan sendiri dapat dibagi atas dua yaitu pembedahan konservatif dan radikal. Pembedahan konservatif terutama ditujukan pada kehamilan ektopik yang mengalami ruptur pada tubanya. Pendekatan dengan pembedahan konservatif ini mungkin dilakukan apabila diagnosis kehamilan ektopik cepat ditegakkan sehingga belum terjadi ruptur pada tuba.

b. Salpingotomi linier

Tindakan ini merupakan suatu prosedur pembedahan yang ideal dilakukan pada kehamilan tuba yang belum mengalami ruptur. Karena lebih dari 75% kehamilan ektopik terjadi pada 2/3 bagian luar dari tuba. Prosedur ini dimulai dengan menampakkan, mengangkat, dan menstabilisasi tuba. Satu insisi linier dibuat diatas segmen tuba yang meregang. Produk kehamilan dikeluarkan dengan hati-hati dari dalam lumen. Setiap sisa trofoblas yang ada harus dibersihkan dengan melakukan irigasi pada lumen dengan menggunakan cairan ringer laktat yang hangat untuk mencegah kerusakan lebih jauh pada mukosa. Hemostasis yang komplisit pada mukosa tuba harus dilakukan, karena kegagalan pada tindakan ini akan menyebabkan perdarahan *post operasi* yang akan membawa pada terjadinya adhesi intralumen. Batas mukosa kemudian ditutup dengan jahitan terputus, jahitan harus diperhatikan hanya dilakukan untuk mendekatkan lapisan serosa dan lapisan otot dan tidak ada tegangan yang berlebihan.

c. Reseksi segmental

Reseksi segmental dan re-anastomosis *end to end* telah diajukan sebagai satu alternatif dari salpingotomi. Prosedur ini dilakukan dengan mengangkat bagian implantasi. Tujuan lainnya adalah dengan merestorasi arsitektur normal tuba. Hanya pasien dengan perdarahan yang sedikit dipertimbangkan untuk menjalani prosedur ini. Mesosalping yang berdekatan harus diinsisi dan dipisahkan dengan hati-hati untuk menghindari terbentuknya hematoma pada ligamentum latum. Jahitan seromuskuler dilakukan dengan menggunakan mikroskop/loupe.

d. Salpingektomi

Salpingektomi total diperlukan apabila satu kehamilan tuba mengalami ruptur, karena perdarahan intraabdominal akan terjadi dan harus segera diatasi. Hemoperitonium yang luas akan menempatkan pasien pada keadaan krisis kardiopulmonal yang serius. Insisi suprapubik Pfannenstiel dapat digunakan, dan tuba yang meregang diangkat. Mesosalping diklem berjejer dengan klem Kelly sedekat mungkin dengan tuba. Tuba kemudian dieksisi dengan memotong irisan kecil pada miometrium di daerah kornu uteri, hindari insisi yang terlalu dalam ke miometrium. Jahitan matras angka delapan dengan

benang *absorbable* 0 digunakan untuk menutup miometrium pada sisi reseksi baji. Mesosalping ditutup dengan jahitan terputus dengan menggunakan benang *absorbable*. Hemostasis yang komplisit sangat penting untuk mencegah terjadinya hematoma pada ligamentum latum.

e. Terapi Medikamentosa

Terapi Medikamentosa dilakukan dengan pemberian methotrexate (MTX), injeksi intramuscular 50 mg, merupakan pengobatan yang efektif untuk pasien – pasien yang memenuhi kriteria. MTX menonaktifkan hidrofolat, berkurangnya kadar tetrahidrofolat, akan mengganggu pertumbuhan sel tropoblas. Kriteria untuk terapi MTX adalah: stabil secara hemodinamik tanpa perdarahan aktif, pasien ingin mempertahankan kesuburannya, tidak ditemukan gerakan janin dan kadar beta – HCG tidak lebih 6000 mIU / ml.

Efek samping dari MTX yaitu supresi sumsum tulang, peningkatan enzim hepar, ruam kulit, mual, stomatitis, dan alopecia. Waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan yaitu tiga sampai tujuh minggu setelah terapi MTX. Adapun kontraindikasinya adalah: imunodefisiensi, ibu menyusui, alkoholisme, leukopenia, penyakit paru aktif, disfungsi hati, disfungsi ginjal, gerakan jantung embrio dan kantung kehamilan lebih dari 3,5 cm.

9. **Komplikasi Kehamilan Ektopik**

Komplikasi yang dapat timbul akibat kehamilan ektopik, yaitu: ruptur tuba atau uterus, tergantung lokasi kehamilan, dan hal ini dapat menyebabkan perdarahan massif, syok, DIC, dan kematian. Komplikasi yang timbul akibat pembedahan antara lain: perdarahan, infeksi, kerusakan organ sekitar (usus, kandung kemih, ureter, dan pembuluh darah besar). Selain itu ada juga komplikasi terkait tindakan anestesi.

PENATALAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU

1. Pengertian

Kehamilan dimana fertilisasi, implantasi terjadi diluar endometrium kavum uteri. Hampir 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba uteri. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilan berkembang melebihi kapasitas ruang implantasi (misalnya: tuba) dan peristiwa ini disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu.

2. Tujuan

Sebagai pedoman untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kehamilan ektopik terganggu.

3. Kebijakan

Setiap pasien mengalami kehamilan ektopik terganggu berhak menerima asuhan keperawatan sesuai prosedur.

4. Prosedur

a. Data Subyektif

1. Graviditas dan paritas
2. Pernah keguguran atau tidak
3. Klien mengatakan hamil <20 minggu
4. HPHT dan TP
5. Klien mengeluh perdarahan pervaginam sedikit
6. Klien mengeluh nyeri tekan perut bagian bawah
7. Riwayat kehamilan, persalina dan nifas yang lalu
8. Tidak pernah menderita sakit berat seperti jantung, asma, hipertensi, kencing manis, dll.

b. Data Obyektif

1. Keadaan umum
2. Kesadaran
3. Tanda vital
4. Pemeriksaan fisik
5. Konjunctiva pucat
6. Tekanan denyut nadi berkurang serta meningkatnya frekuensi nadi (di atas 112x/menit).
7. Perut kembung (adanya cairan bebas intraabdomen) dan nyeri tekan perut sebelah kanan/kiri
8. Pemeriksaan dalam: v/t v/v taa portio tebal lembek (-) nyeri goyang portio (+) cavum douglas menonjol fluxus +-
9. Perdarahan pervaginam ada sedikit
10. Hasil USG: KET

5. ASSESMENT

GPA hamilmg dengan kehamilan ektopik terganggu

6. PLANNING

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
3. Melakukan informed consent setiap tindakan
4. Kolaborasi dengan petugas laboratorium untuk pemeriksaan darah
5. Kolaborasi dengan dokter untuk penanganan pada pasien dan terapi sesuai protap:
6. Melakukan pemeriksaan kadar HB serial setiap 15 sebanyak 3x dan mempersiapkan untuk tranfusi bila HB < 10gr /dl
7. Lakukan douglas punksi
8. Laparotomi
9. Mengobservasi keadaan umum, tanda vital dan pendarahan/vaginam
10. Memasang infus jaga RL
11. Memberikan terapi sesuai advis dokter
12. Menyiapkan pasien untuk tindakan laboratomi cito

13. Persiapan darah
14. Membersihkan daerah yang akan dioperasi, melakukan clipping
15. Memberikan antibiotic
16. Memasang DC
17. Mengantarkan pasien ke Ok

a. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengeluh tersa nyeri daerah operasi

b. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan umum
2. Kesadaran
3. Tanda vital pemeriksaan fisik:
4. Conjunctiva
5. Luka daerah operasi
6. Cairan infus yang terpasang
7. DC:...cc warna urine

c. ANALISA DATA

PA Post op laparatomi atau tubektomy... hari atas indikasi KET

d. PLANNING

1. Membina hubungan baik ibu dan keluarga
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
3. Hari pertama
4. Mengobservasi keadaan umum, tanda-tanda vital, daerah Luka operasi
5. Mengobservasi intake output
6. Apabila pasien menggunakan narcose umum: test minum apabila bising usus positif (lebih dari 6 jam), kemudian makan secara bertahap. Mobilisasi secara bertahap: miring kanan/kiri setelah 6 jam, duduk setelah 12 jam dan turun dari tempat tidur setelah 24 jam.
7. Kolaborasi untuk pemberian terapi
8. Kolaborasi pemeriksaan HB, apabila HB kurang dari 8 gr/dl anjurkan untuk tranfusi
9. Apabila setelah 24 jam urine/jam > 30 cc cateter di buka observasi BAK
10. Hari kedua
11. Melanjutkan pemberian terapi
12. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan nutrisi dan mobilisasi
13. Hari ketiga
14. Perban luka dibuka, dilihat apakah basah atau kering
15. Apabila luka kering, lakukan perawatan luka dengan supratul, pasien boleh pulang
16. Apabila luka basah, lakukan perawatan luka, kompres luka dengan NaCl 0,9% ditambah dengan Gentamicin 2 ampul, pasien sementara dilakukan perawatan luka sehari 2x samapi luka kering

Apabila pasien boleh pulang, anjurkan untuk:

- a. Melakukan mobilisasi
- b. Meningkatkan nutrisi: tinggi protein dan vitamin
- c. Memelihara personal hygiene
- d. Menganjurkan pasien minum obat sesuai aturan
- e. Menganjurkan pasien untuk kontrol 1 minggu kemudian ke poli kandungan

Definisi Molahidatidosa

Mola berasal dari bahasa latin yang artinya massa dan hidatidosa berasal dari kata *hydats* yang berarti tetesan air. Mola hidatidosa merupakan kehamilan yang berkembang tidak wajar (konsepsi yang patologis) dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan/degenerasi hidropik menyerupai buah anggur atau mata ikan. Dalam hal demikian disebut Mola Hidatidosa atau *Complete mole*, sedangkan bila disertai janin atau bagian janin disebut sebagai Mola Parsialis atau *Partial mole*.

Epidemiologi

Mola hidatidosa merupakan penyakit trofoblas gestasional yang paling sering terjadi. Prevalensi mola hidatidosa lebih tinggi di Asia, Afrika, dan Amerika Latin dibandingkan negara-negara Barat. Angka kejadian tertinggi pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 45 tahun, sosio-ekonomi rendah, dan kekurangan asupan protein, asam folat dan karoten.

Etiologi

Penyebab dari mola hidatidosa tidak diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya mola hidatidosa:

- a. Faktor ovum yang memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat untuk dikeluarkan.
- b. Imunoselektif dari trofoblas.
- c. Keadaan sosio-ekonomi yang rendah.
- d. Malnutrisi, defisiensi protein, asam folat, karoten, vitamin, dan lemak hewani.
- e. Paritas tinggi.
- f. Umur, risiko tinggi kehamilan dibawah 20 atau diatas 40 tahun.
- g. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas.
- h. Suku bangsa (ras) dan faktor geografi yang belum jelas.

Faktor Resiko

- a. Etnis Asia
- b. Riwayat kehamilan mola hidatidosa sebelumnya
- c. Riwayat genetic
- d. Factor makanan

Patogenesis

Patogenesis penyakit ini dapat diterangkan oleh beberapa teori, yaitu:

- a. Teori *missed abortion*

Kematian janin pada usia kehamilan 3-5 minggu saat dimana seharusnya sirkulasi fetomaternal terbentuk menyebabkan gangguan peredaran darah. Sekresi dari sel-sel yang mengalami hiperplasia dan menghasilkan substansi-substansi yang berasal dari sirkulasi ibu diakumulasikan ke dalam stroma villi sehingga terjadi kista villi yang kecil-kecil. Cairan yang terdapat dalam kista tersebut menyerupai cairan asites atau edema tetapi kaya akan HCG.

b. Teori neoplasma dari Park

Teori ini mengemukakan bahwa yang abnormal adalah sel-sel trofoblas yang mempunyai fungsi yang abnormal pula dimana terjadi resorpsi cairan yang berlebihan ke dalam vili sehingga timbul gelembung. Hal ini menyebabkan gangguan peredaran darah dan kematian janin. Sebagian dari vili berubah menjadi gelembung-gelembung yang berisi cairan jernih. Biasanya tidak ada janin, hanya pada mola parsial kadang-kadang ditemukan janin. Gelembung-gelembung ini sebesar butir kacang hijau sampai sebesar buah anggur. Gelembung ini dapat mengisi seluruh kavum uterus.

Klasifikasi Mola Hidatidosa

A. Mola Hidatidosa Komplit (MHK)

Pada pemeriksaan makroskopis mola hidatidosa komplit didapatkan gambaran berupa villi korialis yang mengalami degenerasi hidropik menyerupai anggur tanpa embrio sementara secara mikroskopik terdapat trias, yaitu proliferasi trofoblas, degenerasi hidropik dari stroma villi disertai hiperplasi dari sitotrofoblas, dan terlambat atau hilangnya pembuluh darah dan stroma.

B. Mola Hidatidosa Parsial (MHP)

Gambaran makroskopik mola hidatidosa parsial mirip dengan mola hidatidosa komplit tetapi terdapat bagian janin atau janin yang biasanya mati. Secara mikroskopik, terdapat perubahan hidropik pada sebagian villi, masih ada gambaran vaskuler, proliferasi hanya terjadi pada lapisan sitotrofoblas dan kadang-kadang bisa terdapat janin atau jaringan janin yang normal.

Baik pada MHK maupun MHP, pada pemeriksaan kromosom didapatkan poliploidi dan hampir pada semua kasus susunan sex kromatin adalah wanita. Pada kasus ini, ovarium dapat mengandung kista lutein, yaitu kista dengan dinding tipis dan berisikan cairan kekuning-kuningan yang dapat mencapai ukuran sebesar tinju atau kepala bayi. Hal ini dapat terjadi karena perangsangan ovarium oleh kadar gonadotropin korion yang tinggi. Kista ini dapat hilang setelah mola hidatidosa dilahirkan.

Pada MHK, 90% merupakan kromosom 46XX dan 10% merupakan kromosom 46XY. Semua kromosom berasal dari paternal. Sebuah enukliasi telur dibuahi oleh sperma haploid (yang kemudian berduplikasi menjadi masing-masing kromosom), atau sel telur dibuahi oleh dua sperma. Pada MHP, komplemen kromosomnya 69XXX atau 69XXY. Kromosom tersebut merupakan hasil dari pembuahan sel telur haploid dan duplikasi dari kromosom haploid paternal.

C. Mola Hidatidosa Invasif (GTD)

Pada mola hidatidosa jinak, pertumbuhan trofoblas hanya terbatas pada rongga rahim. Akan tetapi, sekitar 10% kasus molahidatidosa akan berkembang menjadi tumor ganas yang disebut dengan GTD. GTD sering terjadi akibat molahidatidosa jinak yang berubah menjadi ganas. Namun, GTD dapat juga terjadi akibat aborsi spontan atau induksi dan kehamilan ektopik.

Molahidatidosa invasive biasanya metastase (penyebaran) local yaitu tumor semakin tumbuh ke dalam dinding rahim, namun dalam kasus langka, metastase bisa sampai ke vagina, paru – paru, dan otak seperti choriocarcinomas. Choriocarcinomas merupakan bentuk yang sangat ganas dari GTD.

2.7 Diagnosis

Diagnosis dari mola hidatidosa dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang ada.

a. Anamnesis

1. Terlambat haid (amenorea).
2. Adanya perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam merupakan gejala yang mencolok dan dapat bervariasi mulai spotting sampai perdarahan yang banyak. Perdarahan tidak teratur dan berwarna tengguli tua atau kecoklatan seperti bumbu rujak.⁵ Biasanya terjadi pada trimester pertama dan merupakan gejala yang paling banyak muncul pada lebih dari 90% pasien mola.⁸ Hanya sepertiga pasien yang mengalami perdarahan hebat.⁶ Akibatnya dapat timbul gejala anemia. Kadang-kadang terdapat perdarahan tersembunyi yang cukup banyak di dalam uterus.

Pembesaran uterus yang tumbuh sering lebih besar dan lebih cepat daripada kehamilan normal dan hal ini ditemukan pada setengah kasus pasien mola.⁸ Hal ini disebabkan oleh pertumbuhan trofoblastik yang berlebihan sehingga volume vesikuler vilii menjadi besar dan mengakibatkan rasa tidak enak pada uterus karena regangan miometrium yang berlebihan.

Mual muntah yang hebat (Hiperemesis Gravidarum). Gejala ini merupakan akibat dari proliferasi trofoblas yang berlebihan sehingga terjadi produksi yang terus-menerus dari β -HCG. Hiperemesis gravidarum tampak pada 15 -25 % pasien mola hidatidosa, tidak terasa adanya pergerakan anak, hipertensi dalam kehamilan muncul tanda-tanda pre-eklampsia atau eklampsia sebelum minggu ke-24 menunjuk ke arah mola hidatidosa. Hal ini muncul pada 10-12%.⁶

Tanda-tanda tirotoksikosis, sekitar 7% MHK datang dengan keluhan seperti hipertensi, takikardi, tremor, hiperhidrosis, gelisah, emosi labil, dan kulit terasa hangat. Gejala ini jarang muncul meskipun kadar tiroksin plasma pada wanita dengan kehamilan mola sering meningkat (10%). Terjadinya tirotoksikosis pada mola hidatidosa berhubungan erat dengan besarnya uterus. Makin besar uterus makin besar kemungkinan terjadi tirotoksikosis. Apabila terdapat tanda-tanda tirotoksikosis secara aktif diperlukan evakuasi segera sehingga gejala-gejala ini akan menghilang dengan menghilangnya molahidatidosa.

Molahidatidosa yang disertai tirotoksikosis mempunyai prognosis yang lebih buruk, baik dari segi kematian maupun kemungkinan terjadinya keganasan.

Biasanya penderita meninggal karena krisis tiroid. Peningkatan tiroksin plasma mungkin karena efek dari estrogen seperti yang dijumpai pada kehamilan normal. Serum bebas tiroksin yang meningkat sebagai akibat thyrotropin-like effect dari hCG. Terdapat korelasi antara kadar hCG dan fungsi endogen tiroid tapi hanya kadar hCG yang melebihi 100.000 iu/L yang bersifat tirotoksik.

Tanda-tanda emboli paru, sejumlah trofoblas dengan atau tanpa stroma vili keluar dari uterus ke vena pada saat evakuasi. Sebetulnya pada setiap kehamilan selalu ada migrasi sel trofoblas ke peredaran darah kemudian ke paru tanpa memberi gejala apapun. Tetapi pada kasus mola kadang-kadang sel trofoblas ini sedemikian banyak sehingga dapat menimbulkan emboli paru akut yang dapat menyebabkan kematian. Jumlah dan volume akan menentukan gejala dan tanda dari emboli paru akut bahkan dapat berakibat fatal, walaupun hal ini jarang terjadi. Tampak keluar jaringan seperti buah anggur atau mata ikan (tidak selalu ada). Hal ini merupakan diagnosis pasti.

b. Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi

- Muka dan kadang-kadang badan kelihatan pucat kekuning-kuningan yang disebut sebagai *mola face*
- Gelembung mola yang keluar.

2. Palpasi

- Uterus lembek dan membesar tidak sesuai kehamilan.
- Adanya fenomena harmonika: jika darah dan gelembung mola keluar maka tinggi fundus uteri akan turun lalu naik lagi karena terkumpulnya darah baru.
- Tidak teraba bagian-bagian janin dan balotemen gerak janin.

3. Aukultasi

- Tidak terdengar bunyi denyut jantung janin (pada mola hidatidosa parsial mungkin dapat didengar DJJ).
- Terdengar bising dan bunyi khas.

4. Pemeriksaan dalam

Pastikan besarnya rahim, rahim terasa lembek, tidak ada bagian-bagian janin, terdapat perdarahan dan jaringan dalam kanalis servikalis dan vagina, serta evaluasi keadaan serviks.

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Yang harus diperhatikan pada hasil laboratorium adalah hormon B-hCG, karena karakteristik yang terpenting dari penyakit ini adalah kemampuannya dalam memproduksi hormon B-hCG, sehingga jumlah hormon ini lebih meningkat bila dibandingkan dengan kehamilan normal pada usia kehamilan tersebut. Hormon ini dapat dideteksi di urin maupun dalam serum penderita. Terdapat tiga jenis pemeriksaan B-hCG, yaitu :

- B-hCG kualitatif serum, terdeteksi jika kadar hCG > 5 – 10 mIU/ml

- B-hCG kualitatif urin, terdeteksi jika kadar hCG > 25-50 mIU/ml
- B-hCG kuantitatif urin, terdeteksi jika kadar hCG > 5-2 juta mIU/ml

Hasilnya harus dibandingkan dengan kadar B-hCG serum kehamilan normal pada usia kehamilan yang sama. Bila kadar B-hCG kuantitatif >100.000 mIU/L mengindikasikan pertumbuhan ukuran yang berlebihan dari trofoblastik dan meningkatkan kecurigaan adanya kehamilan mola namun kadang-kadang kehamilan mola dapat memiliki nilai hCG normal. Biasanya tes B-hCG normal setelah 8 minggu post evakuasi mola.

Bila jauh lebih tinggi dari rentangan kadar normal pada tingkat kehamilan tersebut, maka dibuat suatu persangkaan diagnosa mola hidatidosa. Kadar hormon B-hCG sangat tinggi dalam serum, 100 hari atau lebih setelah menstruasi terakhir. Pemantauan secara hati-hati dari kadar B-hCG penting untuk diagnosis, penatalaksanaan, dan tindak lanjut pada semua kasus penyakit trofoblastik. Jumlah hormon B-hCG yang ditemukan pada serum atau urin berhubungan dengan jumlah sel-sel tumor yang ada.

2. USG

Pada kehamilan mola, bentuk karakteristik yang ada berupa gambaran seperti "badai salju" tanpa disertai kantong gestasi atau janin. USG dapat menjadi pemeriksaan yang spesifik untuk membedakan antara kehamilan normal dengan mola hidatidosa. Namun harus diingat bahwa beberapa struktur lainnya dapat memperlihatkan gambaran yang serupa dengan mola hidatidosa termasuk mioma uteri dengan kehamilan ini dan kehamilan janin >1. Pada kehamilan trimester I gambaran mola hidatidosa tidak spesifik sehingga seringkali sulit dibedakan dari kehamilan anembrionik, missed abortion, abortus inkomplit atau mioma uteri. Pada kehamilan trimester II gambaran mola hidatidosa umumnya lebih spesifik, kavum uteri berisi massa ekogenik bercampur bagian-bagian anekhoik vesikuler berdiameter antara 5-10 mm. Gambaran tersebut dapat dibayangkan seperti gambaran sarang tawon (honey comb) atau badai salju (snowstorm).

Pada 20-50% kasus dijumpai adanya massa kistik multilokuler di daerah adneksa. Massa tersebut berasal dari kista teka lutein. Kista ini tidak dapat diketahui keberadaannya jika hanya dengan pemeriksaan palpasi bimanual. USG dapat mendeteksi adanya kista teka lutein oleh karena itu untuk mengetahui ada tidaknya kista teka lutein dipergunakan USG.

3. Amniografi

Penggunaan bahan radiopak yang dimasukkan ke dalam uterus secara transabdominal akan memberikan gambaran radiografik khas. Pada kasus mola hidatidosa kavum uteri ditembus dengan jarum untuk amniosentesis. 20 ml Hypaque disuntikkan segera dan 5-10 menit kemudian dibuat foto anteroposterior. Pola sinar X seperti sarang tawon, khas ditimbulkan oleh bahan kontras yang mengelilingi gelombang-gelombang korion.

1. Uji sonde Hanifa

Pada mola hidatidosa sonde mudah masuk ke dalam kavum uteri, sedangkan pada kehamilan biasa ada tahanan oleh janin. Sonde dimasukan pelan-pelan dan

hati-hati ke dalam kanalis servikalis dan kavum uteri. Bila tidak ada tahanan, sonde diputar setelah ditarik sedikit, bila tetap tidak ada tahanan maka kemungkinan adalah mola.

2. Foto thorax

Pada kehamilan 3-4 bulan, tidak ditemukan adanya gambaran tulang-tulang janin. Organ-organ janin mulai dibentuk pada usia kehamilan 8 minggu dan selesai pada usia kehamilan 12 minggu. Oleh karena itu pada kehamilan normal seharusnya dapat terlihat gambaran tulang-tulang janin pada foto rontgen. Selain itu juga untuk melihat kemungkinan adanya metastase.

3. T3 dan T4

Untuk membuktikan gejala tirotoksikosis.

2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada mola hidatidosa terdiri dari 4 tahap, yaitu :

a. Perbaiki keadaan umum

Sebelum dilakukan tindakan evakuasi jaringan mola, keadaan umum penderita harus distabilkan dahulu. Tindakan yang dilakukan sebelum penderita dalam keadaan stabil, dapat merangsang terjadinya syok ireversibel, eklampsi atau krisis tiroid yang dapat menyebabkan kematian. Tergantung pada bentuk penyulitnya, kepada penderita harus diberikan :

- Koreksi dehidrasi
- Tranfusi darah, pada anemia (Hb <8 gr%) atau untuk mengatasi syok hipovolemik
- Antihipertensi/antikonvulsi, seperti pada terapi preeklamsi/eklamsia
- Obat anti tiroid, bekerja sama dengan penyakit dalam
- Untuk emboli paru hanya diberikan terapi suportif, terutama oksigenasi dan antikoagulan sampai gejala akutnya hilang. Jika perlu dirawat di ICU.

b. Pengeluaran jaringan mola hidatidosa

Oleh karena mola hidatidosa merupakan suatu bentuk kehamilan yang patologis dan dapat disertai dengan penyulit, pada prinsipnya harus dievakuasi secepat mungkin. Terdapat dua cara, yaitu:

1. Kuretase

Kuret vakum merupakan metode terpilih karena lebih aman, cepat, dan efektif untuk mengevakuasi jaringan mola. Kuretase dilakukan langsung apabila ada pembukaan kira-kira sebesar 1 jari: jaringan mola telah keluar dan keadaan umum pasien stabil, yaitu jika pemeriksaan DPL, kadar β -hCG, serta foto thorax selesai. Sedangkan apabila jaringan mola belum keluar, dilakukan dilatasi kanalis servik dengan batang laminaria dan kuretase dilakukan 24 jam kemudian, dan sebelum kuretase diberikan infus dekstrosa 5%, uterotonika (oksitosin) dan narkoleptik. Oksitosin diberikan 10 mIU dalam 500 cc Dextrose 5 % atau dengan penyuntikan 2 ½ satuan oksitosin tiap setengah jam sebanyak 6 kali. Seluruh hasil kerokan di PA. Kira-kira 10-14 hari sesudah kerokan itu dilakukan kerokan ulangan dengan kuret tajam, agar ada kepastian bahwa uterus betul-betul kosong dan untuk memeriksa tingkat proliferasi sisa-sisa

trofoblas yang dapat ditemukan. Makin tinggi tingkat itu, makin perlu untuk waspada terhadap kemungkinan keganasan.

2. Histerektomi

Histerektomi dilakukan untuk mengurangi frekuensi terjadinya penyakit trofoblas ganas. Histerektomi hanya dilakukan pada penderita umur 35 tahun ke atas dengan jumlah anak hidup tiga atau lebih. Histerektomi dapat dilakukan dengan jaringan mola intoto atau setelah kuretase. Apabila terdapat kista lutein, maka ovarium harus dipertahankan karena ovarium akan kembali ke ukuran normal setelah titer B-hCG turun.

Pada mola hidatidosa parsial setelah dilakukan evakuasi, selanjutnya tidak perlu tindakan apa-apa. Histerektomi dan upaya profilaksis lainnya tidak dianjurkan. Kejadian koriokarsinoma setelah histerektomi hanya 2,8% sedangkan sesudah kuretase 8,4%.

c. Terapi dengan profilaksis dengan sistostatika

Terapi ini diberikan pada kasus mola dengan risiko tinggi akan terjadi keganasan, misalnya pada umur tua (>35 tahun), riwayat kehamilan mola sebelumnya, dan paritas tinggi yang menolak untuk dilakukan histerektomi, atau kasus dengan hasil histopatologi yang mencurigakan.⁸ Kemoterapi masih menjadi perdebatan karena efek sampingnya yang cukup besar walaupun beberapa penelitian menunjukkan penurunan insidensi. Biasanya diberikan methotrexate (MTX) atau actinomycin D. Kadar β -hCG di atas 100.000 IU/L praevakuasi dianggap sebagai risiko tinggi untuk perubahan ke arah ganas, pertimbangkan untuk memberikan MTX 3 x 5 mg sehari selama 5 hari dengan interval 2 minggu sebanyak 3 kali pemberian. Pada pemberian MTX diikuti dengan pemberian asam folat 10 mg 3 kali sehari (sebagai antidotum MTX) dan cursil 35 mg 2 kali sehari (sebagai hepatoprotektor). Dapat juga diberikan actinomycin D 12 μ g/kgBB/hari selama 5 hari berturut-turut tanpa antidot maupun hepatoprotektor.

d. Follow up

Seperti diketahui, 20-30% dari penderita pasca MHK dapat mengalami transformasi keganasan menjadi tumor trofoblas gestasional. Keganasan dapat terjadi dalam waktu satu minggu sampai tiga tahun pasca evakuasi.

Oleh karena itu, dibutuhkan adanya suatu *follow up*. Selama pengawasan, secara berkala dilakukan pemeriksaan ginekologik, kadar β -hCG, dan radiologi. Pemeriksaan ginekologi dimulai satu minggu setelah pengeluaran jaringan mola. Pada pemeriksaan ini dinilai ukuran uterus, keadaan adneksa serta cari kemungkinan metastase ke vulva, vagina, uretra dan cervix. Gejala-gejala koriokarsinoma yang harus diwaspadai setelah dilakukan kuretase mola: perdarahan yang terus menerus, involusi rahim tidak terjadi, kadang-kadang nampak metastasis di vagina berupa tumor-tumor yang biru ungu, rapuh, dan mudah berdarah sebesar kacang Bogor. Sekurang-kurangnya pemeriksaan diulang setiap 4 minggu.

Cara yang paling peka saat ini adalah dengan pemeriksaan β -hCG yang menetap untuk beberapa lama. Jika masih meninggi, hal ini berarti masih ada sel-sel trofoblas yang aktif. Cara yang umum dipakai sekarang ini adalah dengan

radioimmunoassay terhadap β -HCG sub unit. Pemeriksaan kadar β -HCG dilakukan setiap minggu atau setiap 2 minggu sampai kadar menjadi negatif lalu diperiksa ulang sebulan sekali selama 6 bulan, kemudian 2 bulan selama 6 bulan. Seharusnya kadar β -HCG harus kembali normal dalam 14 minggu setelah evakuasi. Pemeriksaan foto toraks dilakukan tiap 4 minggu, apabila ditemukan adanya metastase penderita harus dievaluasi dan dimulai pemberian kemoterapi.

Apabila pemeriksaan fisik, foto toraks, dan kadar β -HCG dalam batas normal, *follow up* dapat dihentikan dan ibu diperbolehkan hamil setelah 1 tahun.

Bila selama masa observasi kadar β -HCG menetap atau bahkan cenderung meningkat atau pada pemeriksaan klinis dan foto toraks ditemukan adanya metastase maka penderita harus dievaluasi dan dimulai pemberian kemoterapi.

Adapun tujuan dari *follow up* yaitu :

1. Untuk melihat apakah proses involusi berjalan secara normal. Baik anatomis, laboratoris maupun fungsional, seperti involusi uterus, turunnya kadar β -hCG dan kembalinya fungsi haid.
2. Untuk menentukan adanya transformasi keganasan terutama pada tingkat yang sangat dini.

2.9 Komplikasi Molahidatidosa

a. Komplikasi non maligna

1. Perforasi Uterus

Selama kehamilan kadang-kadang terjadi perforasi uterus dan jika terjadi perforasi maka kuretase harus dihentikan. Laparotomi atau laparotomi harus dilakukan untuk mengetahui tempat terjadinya perforasi.

2. Perdarahan

Merupakan komplikasi yang terjadi sebelum, selama, dan bahkan setelah tindakan kuretase. Oleh karena itu oksitosin intravena diberikan sebelum memulai tindakan untuk mengurangi terjadi perdarahan.

3. DIC

Faktor yang dilepaskan jaringan mola mempunyai aktivitas fibinolitik. Semua pasien diskruining untuk melihat adanya koagulopati.

4. Embolisme tropoblastik

Dapat menyebabkan insufisiensi pernapasan akut. Faktor risiko terbesar terjadi pada uterus yang lebih besar dari yang diharapkan pada usia gestasi 16 minggu. Keadaan ini bisa fatal.

5. Infeksi pada servikal atau vaginal

Perforasi pada dinding uterus yang tipis selama evakuasi mola dapat menyebabkan penyebaran infeksi. Ruptur uteri spontan bisa terjadi pada mola benigna dan mola maligna.

b. Komplikasi maligna

Mola hidatidosa invasif atau koriokarsinoma berkembang pada 20% kasus mola dan identifikasi pasien penting untuk tindakan selanjutnya. Setelah

mola komplit invasi uteri terjadi pada 15% pasien dan metastase terjadi pada 4 pasien.

Tidak terdapat kasus koriokarsinoma yang dilaporkan setelah terjadi mola inkomplit meskipun ada juga yang menjadi penyakit trofoblastik non metastase yang menetap yang membutuhkan kemoterapi.

PANATALAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN MOLA HIDATISODA

1. Pengertian
Mola hidatisoda adalah suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi proliferasi dari vili koriales disertai dengan degenerasi hidropik. Uterus melunak dan berkembang lebih cepat dari usia gestasi yang normal, kavum uteri hanya terisi oleh jaringan seperti rangkaian buah anggur.
2. Tujuan
Sebagian pedoman untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien mola hidatisoda.
3. Kebijakan
Setiap pasien yang mengalami mola hidatisoda berhak menerima asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur.
4. Prosedur
 - A. DATA SUBYEKTIF
 1. Graviditas dan paritas
 2. Pernah keguguran atau tidak
 3. Klien mengatakan hamil <22 minggu
 4. HPHT
 5. Klien mengeluh mual muntah berlebihan
 6. Klien mengeluh tidak merasa pergerakan janin
 7. Klien mengeluh jantung berdebar, gelisah, cemas, tangan gemetar
 8. Klien mengeluh pendarahan pervaginam tidak teratur atau spotting
 9. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
 10. Riwayat penyakit yang lalu
 - B. DATA OBYEKTIF
 1. Keadaan umum
 2. Kesadaran
 3. Tanda vital (kemungkinan terjadi tachikardi dan hipertensi)
 4. Pemeriksaan fisik
 5. Konjunktiva pucat
 6. Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan dan tampak pendarahaan sedikit/banyak
 7. Hasil USG : Mola hidatisoda

5. ASSESSMENT

GPA hamil ...,mg dengan Mola hidatisoda

6. PLANNING

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
3. Melakukan informed consent setiap tindakan
4. Kolaborasi dengan petugas laboratorium untuk pemeriksaan labrut dan T3T4
5. Kolaborasi untuk pemeriksaan rontgen thorax dan EKG
6. Kolaborasi dengan dokter untuk tindakan dan pemberian terapi
7. Kolaborasi dengan dokter untuk penanganan pada pasien (pada wanita subur dan masih menginginkan anak dilakukan kuret hisap, sedangkan bagi wanita usia lanjut atau sudah tidak menginginkan anak, dilakukan pengangkatan rahim (histerektomi): jaringan mola harus di PA-kan
8. Mengobservasi keadaan umum, tanda vital, TFU dan pendarahan
9. Memasang infus RL (bila diperlukan)
10. Bila ditemukan tanda tanda hipertitoid lakukan kolaborasi dengan IPD untuk pengobatan
11. Mempersiapkan pasien untuk tindakan, meliputi: puasa, larninaria (untuk pasien yang akan dilakukan tindakan curettage PA), skin test antibiotikdan bila perlu sediah darah.

A. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengeluh perut terasa nyeri dan kepala terasa pusing.

B. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan umum
2. Kesadaran
3. Tanda vital
4. Pemeriksaan fisik
5. Conjunctiva
6. TFU: tak teraba
7. Luka daerah operasi (untuk pasien yang histerektomi)
8. Perdarahan/vaginam (+)

C. ANALISA DATA

PA Post CuratagePA atau Histerektomi atas indikasi Mola Hidatisoda

D. PLANNING

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
3. Mengobservasi keadaan umum, tanda vital dan pendarahan/vaginam
4. Memberikan terapi sesuai advis dokter
5. Melakukan konseling post tindakan:
6. kontrol post tindakan:

- 2 minggu sekali sebanyak 7x
- 1 bulan sekali sebanyak 3x , apabila 2 bulan PPT dan titrasinya masih positif diperiksa Beta HCG, kalau Beta HCG nya positif untuk pemberian Metrotexal selama 5 hari
- 2 bulan sekali sebanyak 3x
- Selanjutnya 3 bulan sekali sampai seluruh jumlah waktu kontrol 2 tahun
- Bagi yang dilakukan curet harus menggunakan KB kondom

D. UNIT TERKAIT

PONEK Obgin

Ruang perawatan obstetri dan Ginekolog

C. Latihan

1. Apa yang dimaksud dengan kehamilan ektopik & molahidatidosa ?
2. Sebutkan tanda dan gejala dari kehamilan ektopik & molahidatidosa ?
3. Jelaskan klasifikasi dari kehamilan ektopik dan molahidatidosa ?

D. Kunci Jawaban

1. Kehamilan ektopik adalah kehamilan abnormal yang terjadi di luar rongga rahim, janin tidak dapat bertahan hidup dan sering tidak berkembang sama sekali. Sedangkan, Mola hidatidosa merupakan kehamilan yang berkembang tidak wajar (konsepsi yang patologis) dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan/degenerasi hidropik menyerupai buah anggur atau mata ikan.
2. Tanda dan gejala kehamilan ektopik, yaitu: amenorea / tidak haid, nyeri perut bagian bawah, perdarahan per vaginam irregular (biasanya dalam bentuk bercak – bercak darah), rasa sakit pada salah satu sisi panggul, tampak pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi ,eningkat, ibu hamil mengalami pingsan dan terkadang disertai nyeri bahu akibat iritasi diafragma dari hemoperitoneum. Sedangkan tanda dan gejala pada kehamilan molahidatidosa adalah pendarahan pada trimester pertama, mual dan muntah yang sangat parah, perut terlihat membesar melebihi usia kehamilan, keluarnya cairan berwarna coklat dan nyeri panggul
3. Klasifikasi kehamilan ektopik, yaitu:
 - a. Kehamilan Interstisial (kornual)
 - b. Kehamilan ektopik ganda
 - c. Kehamilan ovarium
 - d. Kehamilan servik
 - e. Kehamilan abdominal
 - f. Kehamilan ektopik lanjut
 Klasifikasi kehamilan mola hidatidosa, yaitu
 - a. Mola hidatidosa komplit
 - b. Mola hodatidosa parsial
 - c. Mola Hidatidosa Invasif

E. Daftar Pustaka

1. 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.
2. Yulia Fauziah, S.kep., M.Sc. *Obstetri Patologi*, 2012

