

# PEDOMAN NASIONAL ASUHAN PASCA KEGUGURAN YANG KOMPREHENSIF



Kementerian Kesehatan RI

2020



**618.88**

**Ind**

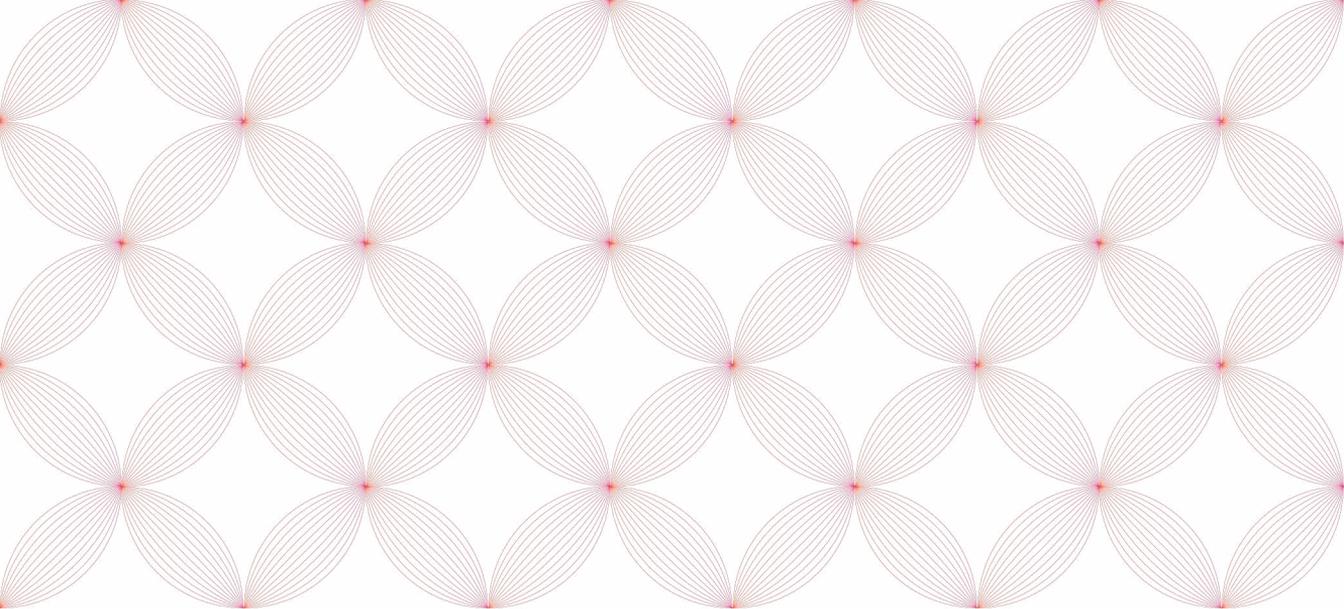
**p**

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif.— Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2020

ISBN 978-602-416-938-1

1. Judul I. ABORTION, SPONTANEOUS  
II. ABORTED FETUS III. PREGNANCY  
IV. MATERNAL HEALTH SERVICE



# PEDOMAN NASIONAL ASUHAN PASCA KEGUGURAN YANG KOMPREHENSIF

**Kementerian Kesehatan RI  
2020**



# PEDOMAN NASIONAL ASUHAN PASCA KEGUGURAN YANG KOMPREHENSIF

Kementerian Kesehatan RI  
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Direktorat Kesehatan Keluarga  
Jakarta, 2020

## Penasehat :

dr. Erna Mulati, M.Sc. CMFM  
dr. Eni Gustina, MPH

## Penanggung Jawab :

dr. Lovely Daisy, MKM

## Kontributor :

dr. Ilyas Angsar, SpOG(K) (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); Prof. dr. Ova Emilia, M. med, SpOG (K), Ph.D (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); dr. Detty Nurdiati, MPH, PhD, SpOG(K) (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); dr. Sarsanto Wibisono Sp,OG (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); dr. dr. Riyan Hari Kurniawan, SpOG (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); dr. Cepi Teguh Pramayadi, SpOG (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); dr. M. Dwi Priangga SpOG (**Pokja KB & Kespro, PP POGI**); dr. Nurhadi Rahman, SpOG (**Pokja KB & Kespro**); Prof. Dr. dr. *Budi Wiweko*, Sp. OG(K), MPH (**PP POGI**); dr. Ari Kusuma Januarto, SpOG(K) (**PP POGI**); dr. Yudianto Budi Saroyo, SpOG (K) (**PP POGI**); dr. Marie Chaesarini, SpOG (**PP POGI**); dr. Achmad Zani Agusfar, SpOG (**JNPK**); dr. Tuti (**PDUI**); Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes (**IBI**); Dr. Ade Jubaedah, SSIT, MM, MKM (**IBI**); Bintang Petralina, SST, M.Keb (**IBI**); dr. Wira Hartiti, M.Epid (**Dit. Kesga, Kemenkes**); dr. Yenni Yuliana (**Dit. Kesga, Kemenkes**); dr. Wisnu Trianggono, MPH (**Dit. Kesga, Kemenkes**); dr. Wita Nursanthi Nasution, MARS (**Dit. Yankes Rujukan, Kemenkes**); dr. Marcia Soumokil, MPH (**IPAS Indonesia**); dr. Alia Puji Hartanti (**IPAS Indonesia**); dr. Samuel Josafat Olam, MPH (**IPAS Indonesia**); Mitra Kadarsih, Mkeb (**IPAS Indonesia**); dr. Fajar Firdawati (**BKKBN**); dr. Nia Reviani MAPS (**BKKBN**); dr. Iska Rachmawati; dr. Elvira Liyanto (**UNFPA**); Maylan Wulandari, SST (**Subdit Maternal Neonatal, Dit Kesga**); dr. Ratna Sari Junita (**Subdit Kesehatan Reproduksi, Dit Kesga**); Indah N. Mardhika, SKM, MSc.PH (**Subdit Kesehatan Reproduksi, Dit Kesga**); Henny Fatmawati, SKM (**Subdit Kesehatan Reproduksi, Dit Kesga**); Nabila Salsabila, SKM (**Subdit Kesehatan Reproduksi, Dit Kesga**); Imroatul Aflah, SKM (**Subdit Kesehatan Reproduksi, Dit Kesga**); Evasari Br Ginting, SKM (**Subdit Kesehatan Reproduksi, Dit Kesga**);

## Diterbitkan Oleh :

Kementerian Kesehatan RI

## Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seizin tertulis dari penerbit.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala pertolongan-Nya, sehingga Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif akhirnya dapat diterbitkan. Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif ini turunan berbagai peraturan yang berusaha menjamin akses setiap perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi dan dimaksudkan sebagai acuan melakukan pelayanan asuhan pasca keguguran.

Berdasarkan data yang ada, keguguran salah satu penyebab kematian ibu yang utama di trimester pertama kehamilan dan menyebabkan masalah-masalah kesehatan fisik maupun mental lainnya. Penyusunan pedoman ini merupakan salah satu upaya dilaksanakannya peningkatan kualitas pelayanan asuhan pasca kegugurandan salah satu upaya Indonesia mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) serta komitmen mewujudkan akses universal kesehatan reproduksi sesuai hasil Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan sedunia (*International Conference on Population and Development IICPD*) di Kairo tahun 1994. Pedoman ini disusun berdasarkan bukti-bukti ilmiah terkini, yang telah diadopsi oleh lembaga-lembaga internasional termasuk WHO dan FIGO, serta organisasi profesi di Indonesia, yaitu POGI dan IBI. Karena itu, pedoman ini juga memuat beberapa rekomendasi praktik dan teknologi kesehatan terbaru yang akan meningkatkan kualitas layanan yang diterima perempuan dan senantiasa menjunjung hak-hak pasien serta memperhatikan berbagai aspek biopsikososial dalam kehidupan perempuan sebagai seorang manusia yang utuh.

Secara garis besar pedoman ini menjelaskan besaran masalah keguguran di Indonesia, klasifikasi keguguran secara medis, prinsip-prinsip asuhan pasca keguguran yang berpusat pada perempuan secara komprehensif, tatalaksana klinis serta rekomendasi praktik terkini untuk evakuasi sisa hasil konsepsi,

dengan prosedur atau obat-obatan yang lebih aman dan nyaman bagi perempuan. Selain itu pedoman ini juga memuat tentang betapa pentingnya pelaksanaan konseling pra dan pasca tindakan serta panduan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan APK yang berkualitas. Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan pedoman ini.

Jakarta, September 2020

**Direktur Kesehatan Keluarga,**

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line with a horizontal stroke across it and a small dash to the right.

**dr. Erna Mulati, MSc.,CMFM**

# SAMBUTAN

## DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

Saat ini di Indonesia masih dihadapkan pada permasalahan kesehatan reproduksi yang ditandai dengan masih tingginya angka kematian ibu yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (SUPAS). Berdasarkan analisis determinan kematian ibu yang dilakukan pada tahun 2012 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, diketahui bahwa 4 % kasus kematian ibu terjadi pada kehamilan kurang dari 20 minggu yang disebabkan oleh abortus/keguguran. Oleh karena itu, penting bagi setiap tenaga kesehatan (khususnya dokter dan bidan untuk memahami dan mampu memberikan Asuhan Pasca Keguguran sesuai standar, berdasarkan kompetensi dan kewenangannya.

Secara spesifik, keguguran sebagai masalah kesehatan reproduksi pada perempuan usia subur seringkali luput dari perhatian masyarakat, meskipun sesungguhnya sangat banyak terjadi dan memiliki potensi menimbulkan dampak fisik dan psikologis yang serius. Keguguran juga merupakan salah satu penyebab kematian ibu yang utama di trimester pertama kehamilan, sehingga asuhan pasca keguguran yang komprehensif, meliputi konseling, tatalaksana medis, layanan Keluarga Berencana (KB)/kontrasepsi, rujukan ke layanan lain, serta kemitraan dengan masyarakat perlu dilakukan.

Kita menyadari bahwa masalah kesehatan ibu dan kesehatan reproduksi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius dan memberikan dampak pada generasi selanjutnya. Dengan memberikan perhatian terhadap kesehatan ibu dan kesehatan reproduksi, kita menanamkan investasi jangka panjang dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia.

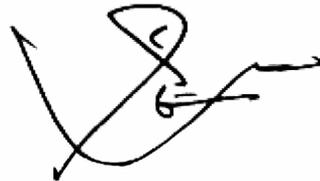
Saya menyambut baik disusunnya buku Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif ini dan berharap dengan adanya pedoman ini dapat tercipta kerja sama antara

pengelola program, penyedia layanan di fasilitas kesehatan, dan masyarakat dalam menyediakan asuhan pasca keguguran yang berkualitas bagi perempuan, dengan memperhatikan berbagai aspek kehidupannya, baik itu biologis, psikis, maupun sosial. Pedoman ini juga merupakan salah satu upaya menyukseskan agenda pembangunan berkelanjutan (*sustainable development*) di Indonesia, yang diharapkan dapat menjawab besarnya permasalahan keguguran sebagai salah satu penyumbang kematian dan kesakitan ibu di Indonesia.

Akhir kata saya mengucapkan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini, semoga pedoman ini dapat diterima dan memberikan manfaat seluas-luasnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia, dan membantu penurunan kematian ibu.

Jakarta, September 2020

**Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat,**

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes. The signature is positioned above the printed name of the official.

**dr. Kirana Pritasari, MQIH**

# DAFTAR ISI

|  |            |
|--|------------|
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                                | <b>v</b>   |
| <b>SAMBUTAN .....</b>                                      | <b>vii</b> |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                     | <b>ix</b>  |
| <b>RINGKASAN .....</b>                                     | <b>xi</b>  |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>                              | <b>1</b>   |
| 1.1. Latar belakang  | 2          |
| 1.2. Tujuan  | 6          |
| 1.3. Ruang lingkup   | 6          |
| 1.4. Sasaran   | 7          |
| 1.5. Dasar hukum   | 7          |
| <b>BAB 2 ASUHAN PASCA KEGUGURAN YANG KOMPREHENSIF ....</b> | <b>10</b>  |
| 2.1. Definisi dan klasifikasi keguguran                    | 11         |
| 2.2. Prinsip Layanan Asuhan Pasca Keguguran                | 15         |
| 2.2.1. Layanan yang komprehensif                           | 15         |
| 2.2.2. Layanan yang berorientasi pada pasien               | 16         |
| 2.3. Kolaborasi interprofesi dalam asuhan pasca keguguran  | 21         |
| 2.4. Layanan asuhan pasca keguguran di FKTP dan FKRTL      | 21         |
| 2.5. Kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan            | 22         |
| <b>BAB 3 TATALAKSANA KLINIS KASUS KEGUGURAN .....</b>      | <b>26</b>  |
| 3.1. Penilaian cepat dan tatalaksana awal kegawatdaruratan | 28         |
| 3.2. Penegakan diagnosis                                   | 29         |
| 3.3. Konseling pasca keguguran                             | 36         |
| 3.3.1. Konseling terkait dukungan psikososial              | 39         |
| 3.3.2. Konseling terkait tatalaksana klinis                | 41         |
| 3.3.3. Konseling perencanaan kehamilan                     | 42         |
| 3.4. Tatalaksana medis                                     | 46         |
| 3.4.1. Evakuasi hasil konsepsi                             | 47         |
| 3.4.2. Persiapan serviks                                   | 53         |
| 3.4.3. Manajemen nyeri                                     | 53         |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.4.4. Antibiotika profilaksis                              | 56        |
| 3.4.5. Pemeriksaan jaringan                                 | 57        |
| 3.4.6. Pencegahan infeksi                                   | 58        |
| 3.4.7. Tata laksana komplikasi                              | 63        |
| 3.5. Layanan kontrasepsi                                    | 64        |
| 3.6. Pemantauan, pemulangan pasien, dan tindak lanjut       | 65        |
| 3.6.1. Pemantauan dan pemulangan pasien                     | 65        |
| 3.6.2. Edukasi  | 66        |
| 3.6.3. Kunjungan ulang dan tindak lanjut                    | 66        |
| 3.7. Rujukan  | 68        |
| 3.7.1. Indikasi dan kontraindikasi rujukan                  | 68        |
| 3.7.2. Pelaksanaan rujukan                                  | 69        |
| <b>BAB 4 PENCEGAHAN KEGUGURAN .....</b>                     | <b>70</b> |
| 4.1 Faktor risiko   | 71        |
| 4.2. Upaya pencegahan                                       | 71        |
| 4.2.1. Sebelum masa kehamilan                               | 71        |
| 4.2.2. Di masa kehamilan                                    | 72        |
| <b>BAB 5 PENGELOLAAN LAYANAN ASUHAN PASCA</b>               |           |
| <b>KEGUGURAN .....</b>                                      | <b>74</b> |
| 5.1. Obat-obatan, alat, dan perlengkapan                    | 75        |
| 5.2. Pembiayaan   | 77        |
| 5.3. Sumber daya manusia                                    | 77        |
| 5.4. Pencatatan dan pelaporan                               | 78        |
| 5.5. Kemitraan dan pemberdayaan masyarakat                  | 85        |
| 5.6. Pengawasan dan evaluasi                                | 87        |
| DAFTAR PUSTAKA  | 91        |
| LAMPIRAN 1. Perempuan yang memerlukan perhatian khusus      | 96        |
| LAMPIRAN 2. Prosedur melakukan rujukan                      | 107       |
| LAMPIRAN 3. Algoritma tatalaksana keguguran sesuai jenisnya | 110       |

# RINGKASAN

## ASUHAN PASCA KEGUGURAN YANG KOMPREHENSIF

- ▶ Keguguran (abortus) diartikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup, yaitu ketika usia kehamilan belum mencapai 20 minggu atau berat janin <500 gram, baik secara spontan maupun diinduksi.
- ▶ Asuhan pasca keguguran adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk menangani seorang perempuan setelah mengalami keguguran, baik spontan maupun diinduksi.
- ▶ Asuhan pasca keguguran diberikan dengan pendekatan yang berorientasi pada perempuan sebagai pasien, yaitu dengan mempertimbangkan faktor fisik, kebutuhan, kenyamanan, keadaan emosional, situasi serta kemampuan perempuan tersebut untuk mengakses layanan yang dibutuhkan.
- ▶ Ruang lingkup asuhan pasca keguguran adalah keguguran insipiens, keguguran inkomplit, missed abortion, keguguran komplit, serta keguguran dengan komplikasi, seperti keguguran infeksiosa dan keguguran septik.
- ▶ Asuhan pasca keguguran merupakan intervensi penting dalam menyelamatkan nyawa perempuan, serta menurunkan angka kematian maupun kesakitan ibu. Asuhan pasca keguguran juga merupakan salah satu fungsi yang tercakup dalam PONEC/PONEK dan merupakan salah satu komponen dalam upaya kesehatan ibu.
- ▶ Tenaga kesehatan perlu memperhatikan setidaknya tiga aspek dari layanan pasca keguguran, yaitu pilihan, akses dan kualitas.
- ▶ Asuhan pasca keguguran yang komprehensif terdiri dari beberapa elemen untuk membantu perempuan memenuhi hak seksual dan reproduksinya, yaitu:
  1. *Konseling* untuk mengidentifikasi dan menjawab kebutuhan fisik

dan emosional perempuan serta kekhawatiran lainnya.

2. *Tatalaksana medis* untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tatalaksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, evakuasi hasil konsepsi, manajemen nyeri, dan tatalaksana komplikasi.
3. *Rujukan ke layanan kesehatan* reproduksi atau layanan kesehatan lain yang dibutuhkan, baik itu di dalam maupun di luar fasilitas kesehatan.
4. *Layanan kontrasepsi* atau KB untuk membantu perempuan merencanakan dan mengatur kehamilannya.
5. *Kemitraan dengan masyarakat* dan penyedia layanan lain untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, menjamin tersedianya layanan asuhan pasca keguguran yang berkualitas, menggerakkan sumber daya untuk memastikan perempuan mendapatkan asuhan pasca keguguran tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan yang tersedia telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

- ▶ Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) harus memiliki panduan praktik klinis/SOP dan mampu menyediakan setidaknya tatalaksana kedaruratan kasus keguguran, konseling, evakuasi hasil konsepsi (di Puskesmas yang akses ke rumah sakitnya sulit atau kondisi gawat darurat), layanan KB/kontrasepsi, rujukan, serta kemitraan dengan masyarakat.
- ▶ Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) harus memiliki panduan praktik klinis/SOP dan mampu melaksanakan tatalaksana kedaruratan kasus keguguran, evakuasi hasil konsepsi, tatalaksana komplikasi, konseling, layanan KB/kontrasepsi, rujukan, serta kemitraan dengan masyarakat.
- ▶ Tenaga kesehatan yang terlibat dalam layanan asuhan pasca keguguran komprehensif di Indonesia setidaknya meliputi dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter umum, bidan, dan dapat melibatkan psikolog, dokter spesialis kesehatan jiwa, tenaga kesehatan masyarakat, dan lain-lain.

## KONSELING

- ▶ Konseling dalam asuhan pasca keguguran minimal memiliki 3 (tiga) tujuan, yaitu:
  1. Membantu perempuan mengambil keputusan terkait tatalaksana klinis yang sesuai dengan kebutuhannya
  2. Memberikan **dukungan psikososial** kepada perempuan dan **mengidentifikasi adanya kebutuhan layanan psikososial lebih lanjut**
  3. Membantu perempuan merencanakan kehamilan selanjutnya dan mengambil keputusan terkait penggunaan kontrasepsi pasca keguguran sesuai kebutuhannya
- ▶ Konseling kontrasepsi dapat dilakukan sebelum maupun sesudah evakuasi hasil konsepsi, namun jika kondisi memungkinkan dan tidak membahayakan, sebaiknya konseling kontrasepsi diberikan sebelum evakuasi hasil konsepsi dilakukan.
- ▶ Tenaga kesehatan harus menjelaskan kepada perempuan bahwa proses ovulasi dan kesuburan pada perempuan dapat kembali dalam 8 hari setelah terjadinya keguguran, dan setiap perempuan yang mendapatkan asuhan pasca keguguran perlu mendapat konseling tentang perencanaan kehamilan.
- ▶ Apabila perempuan menginginkan kontrasepsi, pilihan metode kontrasepsi diambil sebelum perempuan meninggalkan fasilitas kesehatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kelayakan medisnya.

## TATALAKSANA MEDIS

- ▶ Penegakan diagnosis keguguran dilakukan oleh dokter atau bidan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dalam beberapa kasus, pemeriksaan penunjang dapat dilakukan bilamana diperlukan.

- ▶ Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan pada kasus-kasus tertentu untuk membantu menegakkan diagnosis dan merencanakan tatalaksana, namun bukan merupakan syarat yang mutlak.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: sedang)\****

- ▶ Tatalaksana medis dalam asuhan pasca keguguran yang diperlukan seorang perempuan berbeda-beda, tergantung dengan jenis keguguran yang dialaminya. Pada keguguran insipiens, keguguran inkomplit, dan *missed abortion*, tata laksana medis dilakukan untuk membantu mengeluarkan hasil konsepsi dari dalam uterus sebagai upaya untuk menyelamatkan nyawa ibu. Keguguran komplit tidak memerlukan tata laksana medis untuk evakuasi hasil konsepsi karena proses tersebut sudah selesai, namun tetap memerlukan konseling dan layanan kontrasepsi/KB, sedangkan pada keguguran septik, selain evakuasi hasil konsepsi, diperlukan pula tata laksana khusus untuk mengatasi infeksi yang terjadi.
- ▶ Evakuasi hasil konsepsi dapat dilakukan secara aktif dengan obat-obatan (medikamentosa) atau prosedur operatif dengan aspirasi vakum. Metode kuretase tajam sudah usang dan tidak lagi direkomendasikan oleh WHO dan FIGO untuk evakuasi hasil konsepsi karena risiko komplikasi prosedural yang mungkin muncul serta menimbulkan rasa nyeri yang lebih besar.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: sedang)\****

- ▶ Metode medikamentosa telah terbukti aman dan efektif. Regimen yang saat ini direkomendasikan oleh WHO terdiri dari misoprostol dan mifepriston, namun hanya misoprostol yang tersedia di Indonesia.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: tinggi)\****

- ▶ Tatalaksana operatif yang direkomendasikan untuk evakuasi hasil konsepsi yaitu berupa aspirasi vakum. Untuk evakuasi hasil konsepsi dengan tata laksana operatif:
  - ▶ ukuran uterus di bawah 13 minggu, dilakukan aspirasi vakum dengan aspirasi vakum manual (AVM),
  - ▶ untuk ukuran uterus 13 minggu atau lebih, dilakukan dilatasi dan evakuasi (D&E), yaitu prosedur aspirasi vakum dengan AVM yang didahului dengan persiapan serviks dan prosedur lainnya.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: tinggi)\****

- ▶ Pemilihan metode evakuasi tergantung pada:
  1. tingkat fasilitas kesehatan,
  2. ketersediaan tenaga yang kompeten;
  3. ketersediaan alat, perlengkapan, dan obat;
  4. kondisi klinis pasien, serta
  5. preferensi atau pilihan pasien.

Tenaga kesehatan harus menjelaskan dan mendiskusikan kelebihan dan risiko berbagai pilihan metode yang tersedia kepada pasien serta membantu pasien memilih metode.

- ▶ Persiapan serviks sebelum tatalaksana operatif (misalnya dengan misoprostol atau laminaria) dianjurkan untuk semua perempuan dengan usia kehamilan 13 minggu atau lebih, khususnya mereka yang berisiko tinggi untuk mengalami cedera serviks atau perforasi uterus.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: sedang)\****

- ▶ Semua perempuan yang membutuhkan layanan asuhan pasca keguguran harus ditawarkan dan diberikan manajemen nyeri tanpa penundaan. Pada tatalaksana medikamentosa, obat antinyeri disarankan untuk semua pasien. NSAID disarankan untuk diberikan sebelum atau saat kram perut dimulai. Pada tatalaksana operatif dengan aspirasi vakum, blok paraservikal dan NSAID disarankan untuk semua pasien.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti untuk evakuasi dengan obat-obatan: rendah, aspirasi vakum: sedang)\****

- ▶ Blok paraservikal adalah metode yang efektif untuk manajemen nyeri dan dianjurkan menjadi bagian dari setiap prosedur aspirasi vakum.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: sedang)\****

- ▶ Anestesia umum tidak direkomendasikan untuk digunakan secara rutin pada prosedur aspirasi vakum atau D&E, karena meningkatkan risiko morbiditas dan/atau mortalitas.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: sedang)\****

- ▶ Pemeriksaan bimanual harus dilakukan sebelum melakukan evakuasi hasil konsepsi. Pemeriksaan bimanual oleh tenaga kesehatan yang melakukan prosedur tersebut.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: sangat rendah)\****

- ▶ Pemberian antibiotika profilaksis dianjurkan untuk diberikan sebelum prosedur aspirasi vakum atau dilatasi dan evakuasi (D&E). Pilihan antibiotika yang diberikan adalah doksisisiklin, azitromisin, atau metronidazol. Pemberian antibiotika profilaksis secara rutin untuk evakuasi hasil konsepsi dengan metode medikamentosa (misoprostol) tidak dianjurkan.

***(Kekuatan rekomendasi: kuat. Kualitas bukti: tinggi)\****

- ▶ Karena tatalaksana keguguran melibatkan kontak dengan darah dan cairan tubuh, tenaga kesehatan dan semua petugas pendukung (termasuk petugas kebersihan) harus **menerapkan berbagai upaya kewaspadaan universal untuk melindungi diri sendiri dan pasien.**

\*) Bukti ilmiah untuk rekomendasi terkait tatalaksana medis bersumber dari:

1. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
2. Ipas. Clinical updates in reproductive health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas; 2019.

## RUJUKAN

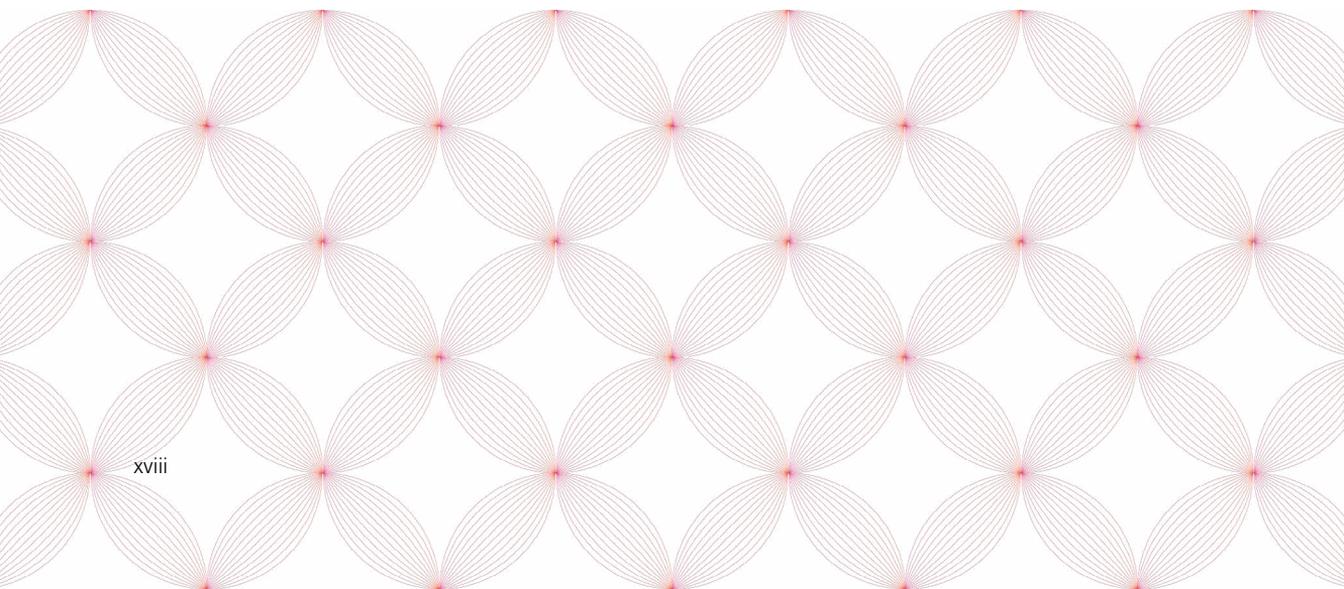
- ▶ Sistem rujukan harus tersedia dan berfungsi dengan baik di berbagai tingkatan fasilitas kesehatan untuk mengarahkan pasien ke layanan yang tepat dan memadai.
- ▶ Tenaga kesehatan harus mampu mengenali kondisi pasien yang membutuhkan rujukan (misalnya adanya tanda atau gejala komplikasi yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tersebut) dengan segera, serta melakukan berbagai prosedur dan tatalaksana yang diperlukan sebelum merujuk.
- ▶ Semua pasien keguguran yang telah ditatalaksana medis di rumah sakit perlu dirujuk balik ke Puskesmas untuk mendapat pemantauan dan layanan lebih lanjut, misalnya layanan kontrasepsi/KB.

## LAYANAN KONTRASEPSI

- ▶ Terkait kelayakan medis metode kontrasepsi pasca keguguran, semua metode aman digunakan pada kasus keguguran tanpa komplikasi dan ketika perempuan tidak memiliki kondisi medis spesifik lainnya yang menjadi kontraindikasi. Seperti halnya penggunaan AKDR pasca persalinan, penggunaan AKDR untuk keguguran trimester 2 memiliki risiko ekspulsi yang rendah.
- ▶ Pada kasus keguguran dengan **tatalaksana operatif**, kontrasepsi hormonal dapat dimulai **saat prosedur aspirasi vakum** dilakukan. Jika menggunakan AKDR pemasangan dilakukan **setelah aspirasi** selesai dilakukan.
- ▶ Pada kasus keguguran dengan **tatalaksana medikamentosa**, kontrasepsi hormonal dapat dimulai **setelah pil pertama** dari regimen pengobatan dikonsumsi. Jika menggunakan AKDR, pemasangan dilakukan jika **hasil konsepsi telah dipastikan keluar** seluruhnya.
- ▶ Layanan KB pasca keguguran menggunakan metode kontrasepsi modern di fasilitas kesehatan diberikan dan dicatat dalam dalam kurun waktu 14 hari setelah keguguran.

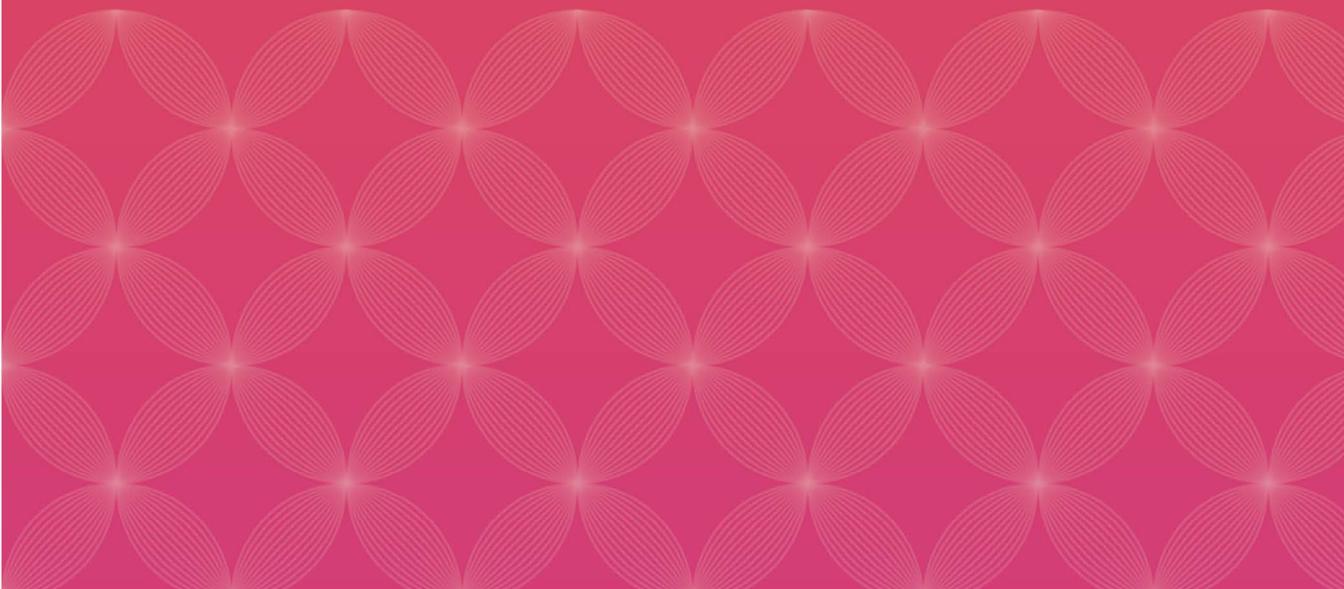
## KEMITRAAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

- ▶ Kemitraan dan pemberdayaan masyarakat dilakukan bertujuan untuk:
  1. Memberikan informasi dan edukasi terkait pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, induksi keguguran yang tidak aman, dan keguguran
  2. Melibatkan masyarakat untuk memberikan dukungan psikososial bagi perempuan dengan keguguran
  3. Memastikan tata laksana komplikasi kasus keguguran yang tepat waktu
  4. Melibatkan masyarakat agar sistem perbaikan mutu layanan asuhan pasca keguguran berjalan dengan baik



# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**



## 1.1. Latar belakang

Keguguran, yang dikenal dengan istilah abortus, didefinisikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar rahim (*viable*), yaitu sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat janin belum mencapai 500 g.

Berbagai penelitian mengenai angka kejadian keguguran menunjukkan hasil yang beragam, dengan metode dan populasi yang berbeda. Diperkirakan satu dari empat perempuan yang pernah hamil pernah mengalami keguguran dalam hidupnya, sebagian besar kasus terjadi di trimester pertama kehamilan<sup>1</sup>, sedangkan estimasi insidens keguguran pada kehamilan berkisar antara 10-28%.<sup>2-6</sup>

Kajian determinan kematian ibu oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 menyebutkan bahwa 4,1% kematian ibu di Indonesia terjadi karena keguguran.<sup>7</sup> Selain kematian, keguguran juga dapat menyebabkan masalah kesehatan, baik fisik maupun psikologis. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami keguguran memiliki risiko yang lebih tinggi terkait gangguan kejiwaan, penggunaan obat-obatan terlarang, upaya bunuh diri, gangguan tidur, stres, dan penurunan status kesehatan secara umum.<sup>8</sup>

Laporan Riskesdas tahun 2010 menunjukkan angka keguguran spontan yang lebih rendah dibandingkan penelitian-penelitian di luar negeri, yang mungkin berkaitan dengan perbedaan metode survei. Laporan menyebutkan bahwa sebanyak 4% dari perempuan kawin usia 10-59 tahun yang mengalami kehamilan dalam lima

- 
- 1 Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2000;14(5):839-854.
  - 2 Rossen LM, Ahrens KA, Branum AM. Trends in Risk of Pregnancy Loss Among US Women, 1990-2011. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018 Jan;32(1):19-29.
  - 3 Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK: A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2012;94(6):417.
  - 4 Zinaman MJ, Clegg DE, Brown CC, O'Connor J, Selevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril* 1996; 65:503-9.
  - 5 Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF et al. Incidence of early loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine* 1988; 319: 189±194.
  - 6 Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-populationbased case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114:170-186.
  - 7 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kajian determinan kematian maternal di lima region. Kementerian Kesehatan; 2012.
  - 8 Reardon DC, Thorp JM. Pregnancy associated death in record linkage studies relative to delivery, termination of pregnancy, and natural losses: A systematic review with a narrative synthesis and meta-analysis. *SAGE Open Med* 2017.

tahun terakhir menyebutkan adanya riwayat keguguran spontan.<sup>9</sup>

Namun demikian, tidak semua kasus keguguran yang datang ke fasilitas kesehatan merupakan keguguran yang terjadi secara spontan. Kasus keguguran yang ditemukan tenaga kesehatan mungkin saja merupakan lanjutan dari upaya pengguguran kehamilan atau induksi keguguran (*induced abortion*) yang telah dilakukan sebelumnya dengan metode yang tidak aman.

Upaya induksi keguguran dilakukan baik pada kehamilan yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan, pada perempuan yang sudah menikah maupun yang belum. Data SDKI 2017 menunjukkan bahwa sekitar 15% kelahiran pada perempuan usia 15-49 tahun tidak diinginkan pada saat itu, dan 12% perempuan belum kawin usia 15-24 tahun pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan.

Saat ini diperkirakan ada 25 juta kejadian induksi keguguran yang tidak aman yang terjadi di dunia setiap tahunnya, dan berujung pada kematian lebih kurang 44.000 perempuan.<sup>10</sup> Di Indonesia, belum ada data epidemiologis yang akurat untuk menggambarkan kondisi terkini di masyarakat, namun penelitian di tahun 2000 memperkirakan bahwa angkanya mencapai 2 juta per tahun.<sup>11</sup> Lebih lanjut, data Riskesdas tahun 2010 menyebutkan bahwa 49,4% upaya induksi keguguran dilakukan oleh diri sendiri, dan metode yang paling sering digunakan meliputi pil (39,7%), jamu (39%), dan pijat (16,3%).<sup>9</sup>

Induksi keguguran yang tidak aman dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk perdarahan, sepsis, peritonitis, dan trauma pada serviks, vagina, uterus, dan organ perut. Satu dari empat perempuan yang melakukan induksi keguguran yang tidak aman berisiko mengalami disabilitas sementara maupun permanen yang membutuhkan pelayanan medis.

Berbagai data di atas menekankan pentingnya asuhan pasca keguguran yang komprehensif dan berkualitas bagi semua

---

9 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010. Kemenkes RI; 2010.

10 Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson Jr BR, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017 Sep.

11 Utomo B, et al. Incidence and social-psychological aspects of abortion in Indonesia: a community-based survey in 10 major cities and 6 districts, year 2000. Jakarta: Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia; 2001.

perempuan yang mengalami keguguran. Asuhan tersebut meliputi tatalaksana medis untuk mengeluarkan sisa hasil konsepsi dari uterus, di mana penelitian menunjukkan bahwa pada sekitar 28% kasus keguguran spontan, jaringan hasil konsepsi tidak keluar secara lengkap dan membutuhkan tatalaksana lebih lanjut.<sup>12</sup> Asuhan juga bertujuan memberikan konseling dan dukungan psikososial untuk mencegah masalah kejiwaan seperti kecemasan dan depresi, yang dilaporkan pada hampir 20% kasus keguguran.<sup>13</sup> Selain itu, asuhan juga meliputi layanan KB untuk perencanaan kehamilan selanjutnya, rujukan ke layanan kesehatan lain, serta pemberdayaan masyarakat.

Asuhan pasca keguguran yang diberikan harus berorientasi pada perempuan (*woman-centered*), di mana layanan tersebut semestinya dapat diakses oleh perempuan dari berbagai latar belakang sosioekonomi, memberikan pilihan dan menghargai keputusan perempuan, serta diberikan dengan kualitas yang baik. Hal ini sangat diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan, menghindari berbagai komplikasi, dan mencegah terjadinya kematian ibu.

Sayangnya, meskipun keguguran merupakan kondisi yang sangat lazim ditemui, asuhan pasca keguguran seringkali belum optimal, masih berfokus hanya pada tatalaksana medis keguguran dan belum diselenggarakan secara komprehensif. Hal ini karena tidak disertai pemberian konseling dan dukungan psikososial, layanan kontrasepsi pasca keguguran, hingga rujukan ke layanan lain yang dibutuhkan. Selain itu, juga diperlukan diupayakan agar tatalaksana medis diberikan sesuai dengan rekomendasi ilmiah berbasis bukti.

Metode kuretase tajam yang banyak dilakukan sebagai tatalaksana operatif kasus pasca keguguran telah diketahui meningkatkan risiko komplikasi sindroma Asherman<sup>14</sup> dan persalinan preterm<sup>15</sup>, serta ditengarai meningkatkan risiko plasenta akreta pada kehamilan

---

12 Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3).

13 Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers. Prim Care Companion CNS Disord. 2015; 17(11).

14 Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2014;36(11),997-1001.

15 Lemmers M, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod. 2016 Jan;31(1):34-45.

selanjutnya.<sup>16 - 18</sup> Karena itu, WHO dan FIGO telah menyarankan penggunaan **aspirasi vakum manual (AVM)** untuk tatalaksana operatif, karena mempunyai risiko perdarahan dan nyeri yang lebih kecil, lama rawat yang lebih singkat<sup>19</sup> , serta mengurangi risiko komplikasi.

Dari penelitian yang dilakukan Guttmacher Institute di Pulau Jawa tahun 2017, ditemukan bahwa hanya 1,5% Puskesmas mampu Poned yang menyediakan layanan asuhan pasca keguguran, meskipun layanan tersebut telah masuk ke dalam pedoman dan kurikulum pelatihan Puskesmas mampu Poned. Proporsi RSIA/RSAB yang tidak memiliki tenaga dan kapasitas layanan yang memadai untuk asuhan pasca keguguran adalah sebesar 47%, sedangkan untuk RS tipe C dan tipe D, proporsinya adalah sebesar 66%. Tatalaksana keguguran dengan metode aspirasi vakum hanya dilakukan pada 7% pasien, sedangkan tatalaksana dengan misoprostol sebesar 1%, meskipun kedua metode tersebut adalah metode yang direkomendasikan WHO karena lebih aman dari kuretase tajam. Konseling kontrasepsi hanya diberikan di 69% fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta. Hambatan utama pelayanan antara lain **tidak adanya petugas kesehatan terlatih, alat dan perlengkapan, serta obat-obatan yang dibutuhkan.**<sup>20</sup>

Untuk menjamin tersedianya asuhan pasca keguguran bagi semua perempuan yang membutuhkannya, diperlukan sebuah pedoman nasional sebagai acuan pelaksanaan layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif di fasilitas kesehatan sesuai dengan tingkatan dan kapasitasnya.

---

16 Wang YL, Weng SS, Huang WC. First-trimester abortion complicated with placenta accreta: a systematic review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019; 58(1):10-14.

17 Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta—summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta*. 2002; 23(2–3): 210-214.

18 Beuker JM, Erwich JJHM, Khong TY. Is endomyometrial injury during termination of pregnancy or curettage following miscarriage the precursor to placenta accreta? *J Clin Pathol* 2005;58:273–275.

19 Ipas. Women-centered post abortion care: reference manual. Ipas; 2014.

20 Philbin J, Soeharno N, Giorgio M, Kurniawan R, Ingerick M, Utomo B. Health system capacity for post-abortion care in Java, Indonesia: a signal functions analysis. Under review at *BMC Reproductive Health*.

## 1.2. Tujuan

### Tujuan umum

Terselenggaranya layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif untuk menurunkan jumlah kematian dan kesakitan ibu.

### Tujuan khusus

1. Teridentifikasinya peran dan tanggung jawab berbagai pihak dalam pelaksanaan layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif.
2. Tersedianya acuan pelaksanaan layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif di masyarakat dan fasilitas kesehatan sesuai dengan tingkatan dan kapasitasnya.

## 1.3. Ruang lingkup

Ruang lingkup pedoman ini meliputi:

1. **Konsep dan prinsip** asuhan pasca keguguran yang komprehensif.
2. **Konseling** asuhan pasca keguguran, meliputi konseling terkait rencana tatalaksana, dukungan psikososial, dan kontrasepsi pasca keguguran.
3. **Tatalaksana medis** keguguran, meliputi evakuasi hasil konsepsi dengan obat-obatan dan tatalaksana operatif.
4. **Layanan kontrasepsi** pasca keguguran sesuai dengan kebutuhan dan kelayakan medis.
5. **Pelaksanaan rujukan** bagi perempuan yang mengalami keguguran untuk mendapatkan tatalaksana medis dan layanan kesehatan reproduksi lain sesuai kebutuhannya.
6. **Peran keluarga, masyarakat, pemerintah, dan swasta** dalam penyediaan layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif.
7. **Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi** dalam pelaksanaan asuhan pasca keguguran yang komprehensif.

## 1.4. Sasaran

**Sasaran pelaksana** pedoman ini adalah:

1. Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL)
2. Pengelola program kesehatan ibu dan anak (KIA) dan kesehatan reproduksi di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota
3. Institusi yang berwenang melaksanakan pelatihan atau pendidikan tenaga kesehatan, khususnya terkait kesehatan ibu dan anak (KIA) dan kesehatan reproduksi
4. Penggiat dan pemerhati bidang kesehatan reproduksi, terutama yang berfokus pada masalah keguguran, upaya induksi keguguran yang tidak aman, dan kontrasepsi
5. Institusi, mitra pembangunan, dan mitra kerja terkait layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif

**Sasaran penerima manfaat** pedoman ini adalah perempuan usia subur, khususnya yang mengalami keguguran.

## 1.5. Dasar hukum

Pedoman ini disusun berdasarkan hukum dan kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya, meliputi:

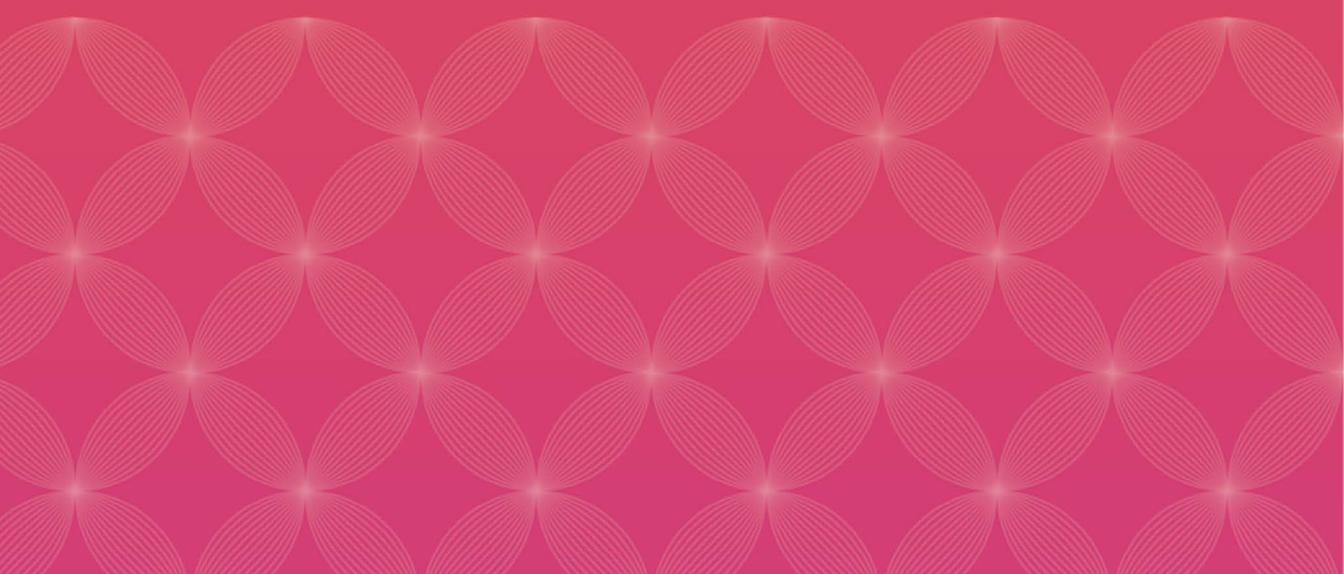
1. Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

6. Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
7. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.
8. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan
10. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Sebelum Hamil, Kehamilan, Melahirkan, Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
20. Peraturan Kepala BKKBN Nomor 24 Tahun 2017 tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369 Tahun 2007

tentang Standar Profesi Bidan

22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1051 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1226 Tahun 2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 118 Tahun 2014 tentang Kompendium Alat Kesehatan
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/659 Tahun 2017 tentang Formularium Obat Nasional

**BAB 2**  
**ASUHAN PASCA**  
**KEGUGURAN YANG**  
**KOMPREHENSIF**



## 2.1. Definisi dan klasifikasi keguguran

Setiap perempuan hamil dapat mengalami kehamilan terhenti, baik disengaja maupun tidak. Berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup, yaitu ketika usia kehamilan belum mencapai 20 minggu atau berat janin <500 gram, baik secara spontan maupun diinduksi dikenal dengan istilah **keguguran (abortus)**.

Berdasarkan proses terjadinya, keguguran dapat diklasifikasikan menjadi keguguran spontan dan keguguran diinduksi.

### a. Keguguran Spontan

Keguguran spontan adalah keguguran yang terjadi tanpa disengaja, tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus. Beberapa faktor risiko keguguran spontan di antaranya: anomali janin atau kelainan kromosom yang berat, penyakit infeksi, gangguan nutrisi yang berat, penyakit menahun dan kronis, konsumsi alkohol dan merokok, anomali uterus dan serviks, gangguan imunologis, serta trauma fisik dan psikologis.

### b. Keguguran Diinduksi

Keguguran diinduksi adalah penghentian kehamilan yang sengaja dilakukan sebelum janin mampu hidup, baik dengan memakai obat-obatan atau memakai alat. Di Indonesia, keguguran diinduksi dilarang secara hukum kecuali untuk dua kondisi, yaitu **(1) indikasi kedaruratan medis dan (2) kehamilan akibat perkosaan, dengan syarat-syarat yang telah diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 dan PP Nomor 61 Tahun 2014**. Prosedur yang dilakukan harus sesuai standar medis, oleh tenaga yang kompeten di fasilitas kesehatan yang memadai, sesuai ketentuan yang diatur dalam peraturan dan perundangan yang berlaku.

Keguguran secara klinis dapat dikelompokkan menjadi keguguran iminens, keguguran insipiens, keguguran inkomplit, dan keguguran komplit. Selain itu, ada juga *missed abortion*, keguguran habitualis, keguguran infeksius, dan keguguran septik.

### **1. Keguguran iminens**

Keguguran iminens merupakan perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, hasil konsepsi masih dalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks. Diagnosis keguguran iminens ditentukan karena pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternum, disertai sedikit nyeri abdomen atau tidak sama sekali, uterus membesar sesuai usia kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif.

Keguguran iminens berbeda dengan perdarahan implantasi, yaitu perdarahan dalam jumlah sedikit di awal kehamilan akibat menembusnya villi korealis ke dalam desidua pada saat implantasi embrio. Perdarahan implantasi umumnya sedikit, warnanya merah, cepat berhenti, dan tidak disertai perut mulas.

### **2. Keguguran insipiens**

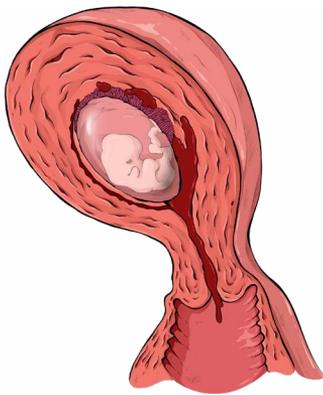
Perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang semakin bertambah, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Dalam hal ini rasa perut mulas menjadi lebih sering dan kuat serta perdarahan semakin banyak.

### **3. Keguguran inkomplit**

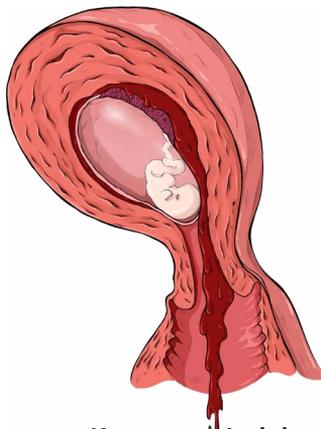
Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau terkadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum.

### **4. Keguguran komplet**

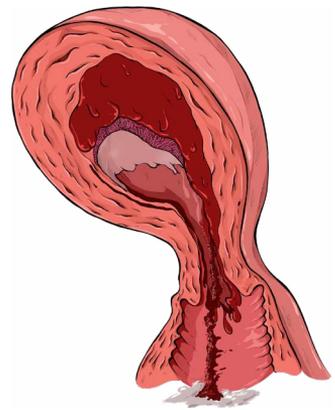
Perdarahan pada kehamilan muda di mana seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri. Seluruh hasil kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Diagnosis dapat di permudah apabila hasil konsepsi dapat diperiksa dan dapat dinyatakan bahwa semuanya sudah keluar dengan lengkap.



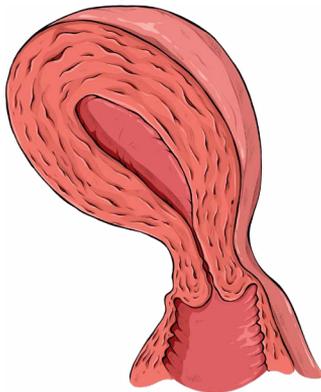
**Keguguran Iminens**



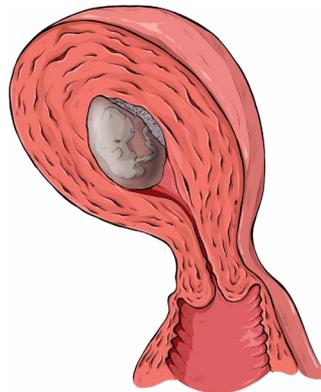
**Keguguran Insipiens**



**Keguguran Inkomplit**



**Keguguran Komplit**



***Missed Abortion***

**Gambar 1. Anatomi berbagai jenis keguguran.**

## **5. Keguguran septik dan keguguran infeksiosa**

Keguguran septik adalah keguguran yang disertai infeksi baik pada uterus dan organ sekitarnya, diikuti penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada setiap keguguran, namun seringnya ditemukan pada keguguran inkomplit dan lebih sering didapatkan pada keguguran diinduksi yang dikerjakan tanpa memperhatikan teknik aseptis dan antisepsis.

Umumnya pada keguguran infeksiosa, infeksi terbatas pada desidua. Pada keguguran septik virulensi bakteri tinggi, dan infeksi menyebar ke miometrium, tuba, parametrium, dan peritoneum. Jika infeksi menyebar lebih jauh, terjadi peritonitis umum atau sepsis, dengan kemungkinan diikuti oleh syok. Diagnosis keguguran infeksiosa ditentukan dengan terdapatnya keguguran yang disertai gejala dan tanda infeksi genitalia, seperti demam, takikardi, perdarahan pervaginam berbau, uterus yang membesar, lembek, serta nyeri tekan, dan leukositosis. Apabila terdapat sepsis, penderita tampak sakit berat, kadang-kadang menggigil, demam tinggi dan tekanan darah menurun.

## **6. *Missed abortion***

*Missed abortion* adalah kematian janin sebelum berusia 20 minggu, tetapi janin yang mati tertahan di dalam kavum uteri tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. *Missed abortion* umumnya didahului oleh tanda-tanda keguguran iminens yang kemudian menghilang secara spontan atau setelah pengobatan. Gejala subjektif kehamilan menghilang, uterus tidak membesar lagi dan cenderung mengecil, serta tes kehamilan menjadi negatif. Dengan ultrasonografi dapat ditentukan segera apakah janin sudah mati dan besarnya sesuai dengan usia kehamilan.

## **7. Keguguran habitualis**

Keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sulit menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

## 2.2. Prinsip Layanan Asuhan Pasca Keguguran

**Asuhan pasca keguguran** adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk menangani seorang perempuan **setelah mengalami keguguran**, baik spontan maupun diinduksi.

---

Ruang lingkup asuhan pasca keguguran adalah **keguguran insipiens, keguguran inkomplit, *missed abortion*, keguguran komplit**, serta **keguguran dengan komplikasi**, misalnya keguguran infeksiosa dan keguguran septik.

---

Asuhan pasca keguguran merupakan intervensi penting dalam menyelamatkan nyawa perempuan, serta menurunkan angka kematian maupun kesakitan ibu. Asuhan pasca keguguran juga merupakan salah satu fungsi yang tercakup dalam PONEC/PONEK dan merupakan salah satu komponen dalam upaya kesehatan ibu.

**Asuhan pasca keguguran diberikan secara komprehensif dengan pendekatan yang berorientasi pada perempuan sebagai pasien**, yaitu dengan mempertimbangkan faktor fisik, kebutuhan, kenyamanan, keadaan emosional, situasi serta kemampuan pasien tersebut untuk mengakses layanan yang dibutuhkan.

### 2.2.1. Layanan yang komprehensif

Ketika seorang perempuan mengalami keguguran, ia memerlukan berbagai jenis layanan untuk mengelola masalahnya secara komprehensif, baik dari aspek biologis, psikis, maupun sosial. Karena itu, asuhan pasca keguguran yang tersedia di layanan kesehatan tidak boleh hanya berfokus pada tatalaksana medis semata. Layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif terdiri dari beberapa elemen untuk membantu perempuan memenuhi hak seksual dan reproduksinya, yaitu:

1. **Konseling** untuk mengidentifikasi dan menjawab kebutuhan fisik dan emosional perempuan serta kekhawatiran lainnya.

2. **Tatalaksana medis** untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tatalaksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, evakuasi hasil konsepsi, manajemen nyeri, dan tatalaksana komplikasi.
3. **Layanan kontrasepsi atau KB** untuk membantu perempuan merencanakan dan mengatur kehamilannya.
4. **Rujukan ke layanan kesehatan reproduksi atau layanan kesehatan lain** yang dibutuhkan, baik itu di dalam maupun di luar fasilitas kesehatan di mana saat ini pasien dilayani.
5. **Kemitraan dengan masyarakat dan penyedia layanan lain** untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta induksi keguguran yang tidak aman, menggerakkan sumber daya untuk membantu perempuan mendapatkan asuhan pasca keguguran yang baik dan tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan kesehatan telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

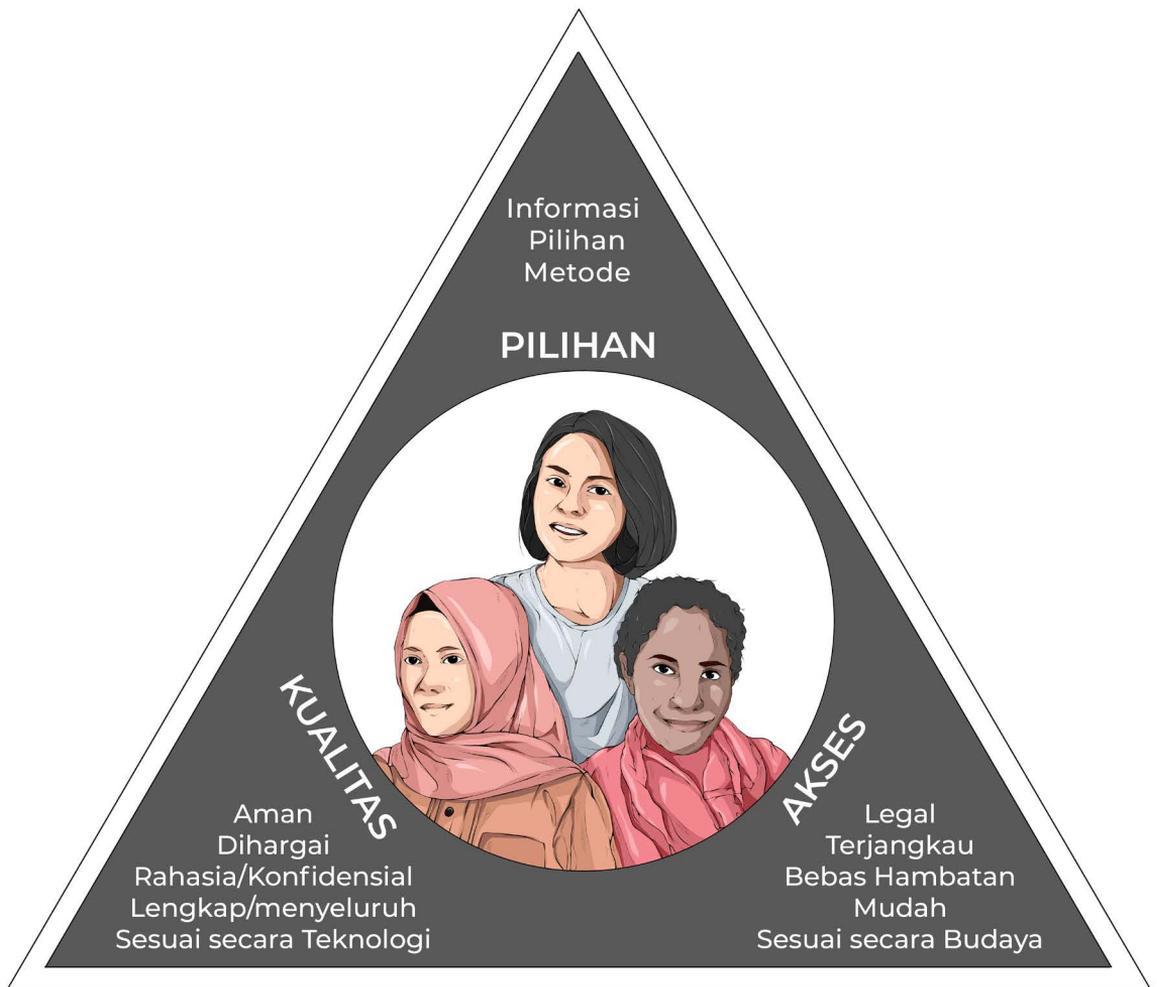
### 2.2.2. Layanan yang berorientasi pada pasien

Dalam memberikan layanan yang berorientasi pada pasien, tenaga kesehatan perlu memperhatikan tiga aspek layanan asuhan pasca keguguran yang berorientasi pada perempuan, yaitu **pilihan, akses dan kualitas**.

#### Ketersediaan pilihan

- ▶ Sebagai pasien, seorang perempuan berhak untuk:
- ▶ Menentukan prosedur tata laksana, penyedia layanan dan fasilitas yang akan digunakan
- ▶ Merencanakan kehamilan selanjutnya dan memilih metode kontrasepsi bersama pasangan
- ▶ Mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat tentang pilihannya

- ▶ Memiliki kesempatan untuk berdiskusi dengan tenaga kesehatan
- ▶ Mendapatkan layanan kesehatan



**Gambar 2. Prinsip layanan yang berorientasi pada pasien**

### **Keterjangkauan/akses**

Akses seorang perempuan ke layanan kesehatan ditentukan oleh ketersediaan layanan dari tenaga kesehatan yang terlatih dan kompeten, faktor sosial budaya, dan keberlangsungan jangka panjang layanan. Akses seorang perempuan menuju asuhan pasca keguguran dianggap baik apabila fasilitas atau tenaga kesehatan:

- ▶ Mudah dijangkau oleh perempuan yang memerlukan layanan
- ▶ Menawarkan banyak layanan yang menguntungkan
- ▶ Memungut biaya yang terjangkau
- ▶ Memberikan layanan yang tepat waktu dan layanan darurat tanpa membeda-bedakan latar belakang yang bersangkutan

### Kualitas layanan

Layanan yang berkualitas memiliki beberapa aspek yang penting dalam menjamin layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif, di antaranya:

- ▶ Menyesuaikan dengan keadaan sosial dan kebutuhan individu
- ▶ Memberikan informasi dan konseling yang mendukung penuh pilihan perempuan
- ▶ Memastikan kerahasiaan, privasi, rasa hormat dan interaksi yang positif antara perempuan dan tenaga kesehatan
- ▶ Menggunakan teknologi medis yang direkomendasikan secara ilmiah, misalnya penggunaan aspirasi vakum manual (AVM) atau misoprostol untuk menggantikan kuret tajam
- ▶ Menggunakan standar klinis dan protokol yang tepat untuk pencegahan infeksi, manajemen nyeri, dan mengelola komplikasi
- ▶ Menyediakan layanan kontrasepsi dan berbagai pilihan metode kontrasepsi
- ▶ Menyediakan layanan kesehatan reproduksi dan layanan lainnya, seperti skrining, diagnosis dan pengobatan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV
- ▶ Menyediakan layanan skrining dan konseling untuk kekerasan seksual
- ▶ Mengidentifikasi kebutuhan pada perempuan dengan latar belakang tertentu, misalnya pada remaja perempuan
- ▶ Memiliki sistem monitoring untuk memantau efek samping
- ▶ Memiliki sistem untuk meningkatkan kualitas layanan, termasuk di dalamnya adalah keterlibatan dari anggota masyarakat

Secara umum, ketiga aspek tersebut juga sejalan dengan 7 dimensi mutu yang menjadi karakteristik layanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan *Institute of Medicine*, yang meliputi:

1. **Efektif**, yaitu diberikan sesuai dengan panduan yang berdasarkan ilmu pengetahuan dan bukti ilmiah.
2. **Aman**, yaitu mengurangi kemungkinan terjadinya hal yang membahayakan pasien, termasuk terjadinya cedera dan malpraktik.
3. **Berpusat pada pasien**, yaitu menghargai dan menanggapi preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai pasien.
4. **Tepat waktu**, yaitu sedapat mungkin menghindari penundaan pemberian layanan.
5. **Adil**, yaitu kualitas pelayanan yang diterima seorang pasien tidak jadi berbeda dengan pasien lainnya karena perbedaan jenis kelamin, ras, lokasi tempat tinggal, dan status sosioekonomi.
6. **Terintegrasi**, yaitu layanan yang diterima seorang pasien harus terkoordinasi dengan fasilitas dan tenaga kesehatan lain yang juga terlibat.
7. **Efisien**, yaitu menghindari kesia-siaan sumber daya, termasuk alat, perlengkapan, obat-obatan, energi, dan ide. Setiap tenaga kesehatan seharusnya dapat menelusuri hasil-hasil pemeriksaan dan riwayat pasien sebelumnya tanpa harus mengulangi prosedur kembali.

Dalam menyediakan layanan asuhan pasca keguguran, tenaga kesehatan harus memiliki setidaknya beberapa hal berikut ini:

► **Nilai, sikap, empati, dan rasa menghargai**

Tenaga kesehatan harus bisa memisahkan nilai dan keyakinan pribadinya dari praktik profesional yang ia kerjakan dan memberi perlakuan yang sama kepada setiap perempuan, apapun latar belakang sosialnya. Hal ini penting karena sikap tenaga kesehatan memiliki pengaruh besar terhadap kepuasan perempuan terhadap layanan,

kepatuhan berobat, dan keinginan mereka kembali untuk mencari layanan di kemudian hari, selain membantu hubungan positif antara tenaga kesehatan dan masyarakat di sekitar lingkungan kerjanya.

▶ **Interaksi dan komunikasi**

Tenaga kesehatan tidak boleh menghakimi maupun berprasangka terhadap perempuan yang mencari layanan asuhan pasca keguguran. Tenaga kesehatan harus berpikir, berbicara, dan bertindak secara netral, menyesuaikan perilaku dan bahasa yang ia gunakan dengan latar belakang perempuan. Karena ada banyak stigma terkait keguguran, terutama pada perempuan dengan latar belakang tertentu (misalnya yang belum menikah), tenaga kesehatan harus berhati-hati agar kata-kata dan tindakannya tidak membawa stigmatisasi lebih lanjut.

▶ **Kerahasiaan dan privasi**

**Setiap perempuan yang menerima layanan asuhan pasca keguguran harus dijamin kerahasiaan dan privasinya.** Pengelola fasilitas kesehatan perlu membuat kebijakan terkait kerahasiaan informasi pasien dan menyediakan area privat untuk layanan asuhan pasca keguguran. Tenaga kesehatan harus memberikan penjelasan dan menjamin kerahasiaan pasien kepada setiap perempuan yang mencari layanan. Tenaga kesehatan perlu memastikan kerahasiaan pasien, sehingga tidak ada yang dapat melihat atau mendengar pembicaraannya, sebelum mulai berbicara dan memeriksa pasien.

▶ **Persetujuan tanpa paksaan setelah pemberian informasi (*informed consent*)**

Sebelum prosedur tata laksana dikerjakan, tenaga kesehatan harus memberikan penjelasan yang lengkap dan meminta persetujuan tertulis dari pasien. Namun harus diingat bahwa **persetujuan tersebut tidak boleh sampai menunda prosedur tata laksana kegawatdaruratan untuk menyelamatkan nyawa perempuan.**

### 2.3. Kolaborasi interprofesi dalam asuhan pasca keguguran

Kolaborasi interprofesi adalah proses dalam mengembangkan dan mempertahankan hubungan kerja yang efektif antara praktisi, pasien, keluarga serta masyarakat untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan. Kolaborasi antar profesi didefinisikan sebagai beragam profesi yang bekerja bersama sebagai suatu tim yang memiliki tujuan untuk meningkatkan kesehatan pasien dengan saling mengerti batasan yang ada pada masing-masing profesi kesehatan.

**Asuhan pasca keguguran yang komprehensif, dengan berbagai komponennya, melibatkan kolaborasi interprofesi berbagai jenis tenaga kesehatan yang bekerja di berbagai jenjang fasilitas kesehatan.** Untuk memastikan bahwa perempuan mendapatkan layanan yang bermutu, diperlukan pendekatan kolaborasi yang baik di antara tenaga kesehatan. Adapun kompetensi kolaborasi yang perlu dimiliki untuk melakukan hal tersebut adalah:

- ▶ Memahami peran, tanggung jawab dan kompetensi profesi lain dengan jelas (lihat Bagian 5.3),
- ▶ Bekerja dengan profesi lain untuk memecahkan konflik dalam memutuskan perawatan dan pengobatan pasien,
- ▶ Bekerja dengan profesi lain untuk mengkaji, merencanakan, dan memantau perawatan pasien.
- ▶ Menoleransi perbedaan, kesalahpahaman dan kekurangan profesi lain, memfasilitasi pertemuan interprofesi, dan memasuki hubungan yang saling tergantung dengan profesi kesehatan lain

### 2.4. Layanan asuhan pasca keguguran di FKTP dan FKRTL

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) harus memiliki panduan praktik klinis/SOP dan mampu menyediakan minimal tatalaksana kedaruratan kasus keguguran, konseling, evakuasi hasil konsepsi terutama dengan kondisi gawat darurat (di Puskesmas dengan akses ke rumah sakit yang sulit), layanan KB/kontrasepsi, rujukan,

serta kemitraan dengan masyarakat.

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) harus memiliki panduan praktik klinis/SOP dan mampu menyediakan tatalaksana kedaruratan kasus keguguran, evakuasi hasil konsepsi, tatalaksana komplikasi, konseling, layanan KB/kontrasepsi, rujukan, serta kemitraan dengan masyarakat.

**Tabel 1. Layanan asuhan pasca keguguran yang tersedia di berbagai tingkatan fasilitas kesehatan**

| JENIS LAYANAN   | FKTP | FKRTL |
|---|------|-------|
| Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) bagi laki-laki dan perempuan usia subur terkait kesehatan reproduksi, khususnya terkait pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, asuhan antenatal, keguguran, dan keluarga berencana (KB) | √    | √     |
| Asuhan antenatal bagi ibu hamil   | √    | √     |
| Anamnesis dan pemeriksaan kasus keguguran   | √    | √     |
| Tatalaksana kondisi darurat pada kasus keguguran  | √    | √     |
| Konseling pasca keguguran (pra dan pascatindakan) untuk menentukan tatalaksana, perencanaan kehamilan selanjutnya, dan memberikan dukungan emosional  | √    | √     |
| Evakuasi hasil konsepsi dengan aspirasi vakum atau obat-obatan (misoprostol)  | √ *  | √     |
| Tatalaksana komplikasi pada kasus keguguran   | -    | √     |
| Layanan kontrasepsi pasca keguguran (konseling dan pemberian metode kontrasepsi)  | √    | √     |
| Tatalaksana psikologis yang membutuhkan psikolog atau psikiater   | √ ** | √     |

\*) untuk Puskesmas dengan akses ke rumah sakit yang sulit atau kondisi gawat darurat  
 \*\*) dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga psikolog

## 2.5. Kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan yang terlibat dalam layanan asuhan pasca keguguran komprehensif di Indonesia setidaknya meliputi dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter umum, bidan, dan dapat melibatkan psikolog, dokter spesialis kesehatan jiwa, tenaga kesehatan masyarakat, dan lain-lain.

Dalam praktiknya, kompetensi dan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan tersebut dalam asuhan pasca keguguran diatur oleh pemerintah melalui kebijakan di bawah ini:

- ▶ Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- ▶ Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- ▶ Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
- ▶ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- ▶ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/514 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
- ▶ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan
- ▶ Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia

Secara ringkas, kompetensi klinis tenaga kesehatan yang terlibat dalam asuhan pasca keguguran dapat disajikan dalam tabel sebagai berikut. Konseling, layanan kontrasepsi, serta tatalaksana kegawatdaruratan dalam asuhan pasca keguguran harus mampu diberikan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter umum, dan bidan. Evakuasi hasil konsepsi dilakukan oleh dokter. Upaya promosi kesehatan harus mampu dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter umum, bidan, dan tenaga kesehatan masyarakat.

**Tabel 2. Kompetensi dan kewenangan klinis tenaga kesehatan dalam asuhan pasca keguguran**

| TINDAKAN   | KOMPETENSI              |             |       | KEWENANGAN              |             |       |
|--|-------------------------|-------------|-------|-------------------------|-------------|-------|
|  | DOKTER SPESIALIS OBSGIN | DOKTER UMUM | BIDAN | DOKTER SPESIALIS OBSGIN | DOKTER UMUM | BIDAN |
| Menegakkan diagnosis klinis keguguran  | √                       | √           | √     | √                       | √           | √     |
| Memberikan konseling terkait rencana tata laksana, dukungan psikososial, dan kontrasepsi   | √                       | √           | √     | √                       | √           | √     |
| Melakukan tata laksana awal kasus keguguran dan melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi*  | √                       | √           | √     | √                       | √           | √     |
| Melakukan evakuasi hasil konsepsi dengan aspirasi vakum untuk abortus inkomplit tanpa komplikasi <13 minggu  | √                       | √**         | -     | √                       | √**         | -     |
| Melakukan evakuasi hasil konsepsi dengan obat-obatan (misoprostol) untuk abortus inkomplit tanpa komplikasi <13 minggu   | √                       | √           | √     | √                       | √           | -***  |
| Memberikan antibiotika profilaksis   | √                       | √           | √***  | √                       | √           | -***  |
| Memberikan obat analgetik  | √                       | √           | √***  | √                       | √           | -***  |
| Melakukan evakuasi hasil konsepsi untuk abortus inkomplit dengan komplikasi atau ≥13 minggu  | √                       | -           | -     | √                       | -           | -     |
| Melakukan tata laksana komplikasi lanjut pada kasus keguguran  | √                       | -           | -     | √                       | -           | -     |
| Memberikan layanan kontrasepsi pasca keguguran   | √                       | √           | √     | √                       | √           | √     |
| Melaksanakan promosi kesehatan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan keguguran, serta memastikan perempuan yang keguguran mengakses layanan yang berkualitas, misalnya dengan memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) | √                       | √           | √     | √                       | √           | √     |

\*) Kasus keguguran berulang dan tatalaksana keguguran ≥13 minggu merupakan contoh kasus keguguran yang memerlukan prosedur yang lebih rumit sehingga perlu ditangani oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi di FKRTL.

\*\*) Dokter umum yang telah mendapat pelatihan atau memiliki kompetensi untuk melakukan evakuasi hasil konsepsi dapat melakukannya pada kondisi gawat darurat atau pelimpahan kewenangan dari pemerintah atau dokter spesialis obstetri dan ginekologi di fasilitas/wilayah yang sama.

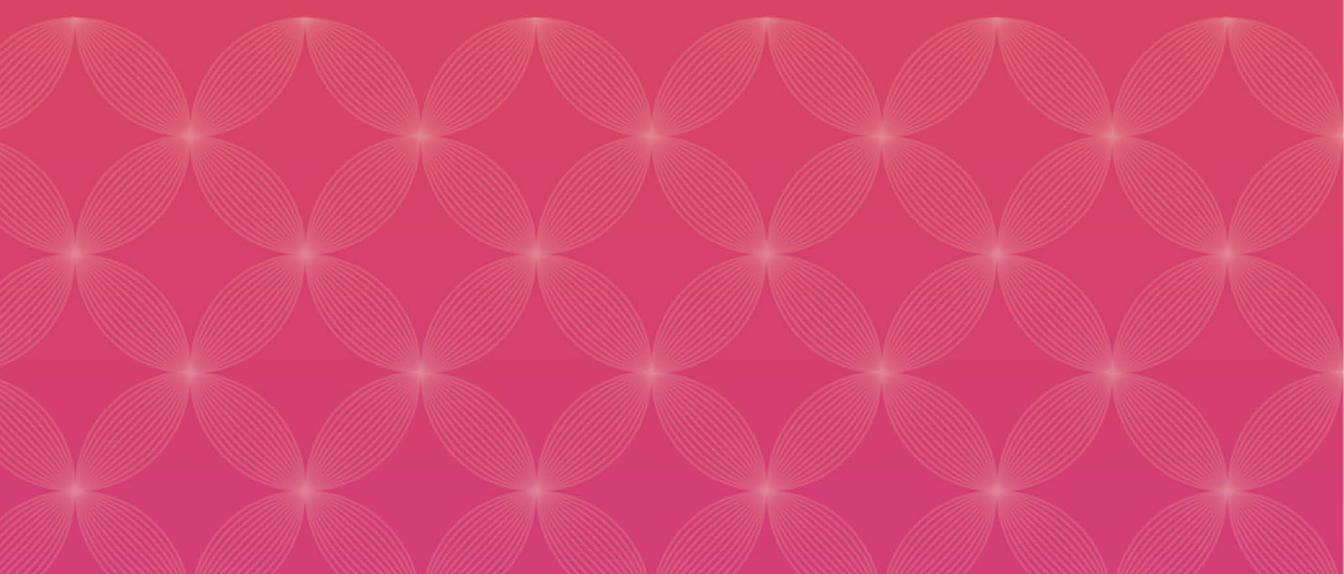
\*\*\*) Bidan yang memiliki kompetensi dapat menerima delegasi atau pelimpahan tindakan dari dokter dan melakukan tindakan di bawah supervisi. Dokter tetap bertanggung jawab terhadap tindakan yang dikerjakan.

Selain kewenangan dasar di atas, terdapat beberapa kondisi di mana tenaga kesehatan yang sudah memiliki kompetensi (baik lewat proses pendidikan maupun pelatihan) dapat memiliki kewenangan tambahan, baik yang merupakan penugasan dari pemerintah maupun pelimpahan wewenang secara mandat dari tenaga kesehatan lain (misalnya dari dokter kepada bidan). Kewenangan yang diberikan dari pemerintah dapat didasari oleh adanya program pemerintah atau karena kurangnya tenaga kesehatan di suatu wilayah, misalnya di daerah terpencil dan sangat terpencil. Pelimpahan kewenangan secara mandat diberikan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

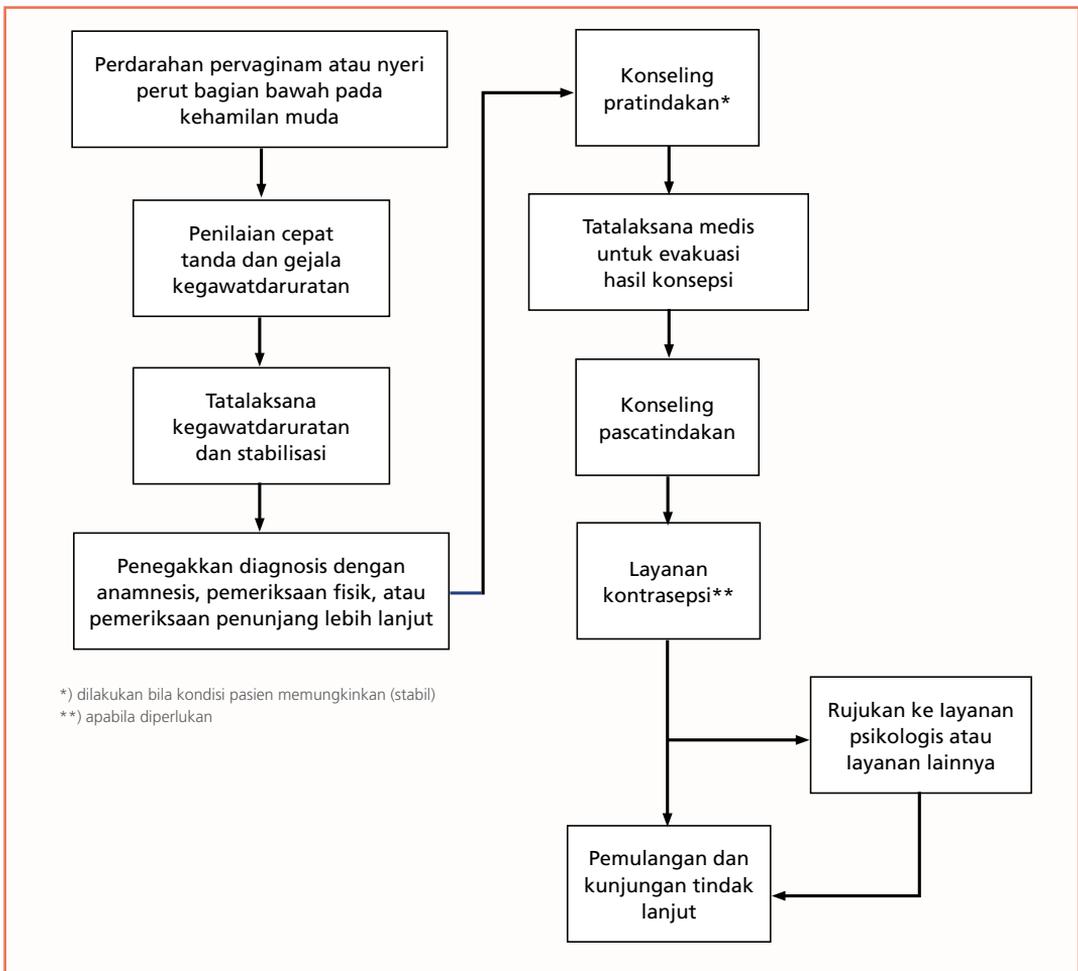
Sesuai yang tertulis dalam UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Permenkes No.2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, **dalam melakukan pelayanan kesehatan, pelimpahan kewenangan untuk melakukan tindakan medis dilakukan dengan ketentuan:**

1. **tindakan yang dilimpahkan** termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan;
2. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan **tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan;**
3. pemberi pelimpahan **tetap bertanggung jawab** atas tindakan yang dilimpahkan **sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan;** dan
4. tindakan yang dilimpahkan **tidak termasuk pengambilan keputusan** sebagai dasar pelaksanaan tindakan;
5. tindakan yang dilimpahkan **tidak bersifat terus menerus.**

**BAB 3**  
**TATALAKSANA**  
**KLINIS KASUS**  
**KEGUGURAN**



Asuhan pasca keguguran di fasilitas kesehatan dimulai dengan melakukan penilaian cepat pasien dan tatalaksana awal kegawatdaruratan untuk stabilisasi. Jika seorang perempuan memperlihatkan tanda dan gejala kegawatdaruratan seperti syok atau perdarahan pervaginal yang berat, maka ia memerlukan stabilisasi segera. Setelah penilaian awal dan stabilisasi telah dilakukan, maka tahap selanjutnya adalah melakukan penilaian klinis sekunder untuk mencari penyebab dan menegakkan diagnosis. Hal tersebut dilakukan untuk menentukan jenis keguguran dan merencanakan terapi definitif (misalnya, syok pada layanan pasca keguguran biasanya diakibatkan oleh perdarahan dan infeksi/sepsis). Konseling pratindakan kemudian dilakukan, diikuti tatalaksana medis (umumnya untuk evakuasi hasil konsepsi), konseling pascatindakan, dan layanan lain seperti kontrasepsi, layanan psikologis, dan sebagainya. Setelah itu pasien dapat dipulangkan atau lakukan rujukan apabila masalah tidak dapat ditangani.



**Gambar 3. Alur layanan asuhan pasca keguguran.**

### 3.1. Penilaian cepat dan tatalaksana awal kegawatdaruratan

Asuhan pasca keguguran dimulai dengan melakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi masalah kegawat darurat, melakukan tatalaksana awal, dan melakukan rujukan apabila masalah tidak dapat ditangani.

**a. Mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan**, misalnya:

- ▶ Perdarahan
- ▶ Syok
- ▶ Penurunan kesadaran
- ▶ Nyeri perut berat atau tampak sakit berat
- ▶ Kesulitan bernafas
- ▶ Demam tinggi

**b. Melakukan tata laksana awal kegawatdaruratan**, misalnya:

- ▶ Menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi dan sirkulasi
- ▶ Mengganti cairan tubuh yang hilang dengan pemberian cairan intravena
- ▶ Menghentikan sumber perdarahan atau infeksi (dengan antibiotika)
- ▶ Mempertahankan suhu tubuh
- ▶ Mengatasi rasa nyeri atau gelisah

**c. Melakukan rujukan apabila diperlukan** (lihat bagian 3.7. Rujukan)

**Dalam asuhan pasca keguguran, ketika seorang perempuan mengalami kondisi gawat darurat yang mengancam jiwa, penilaian klinis yang lengkap dan permintaan *informed consent* dapat diabaikan. Hal ini agar tindakan untuk menyelamatkan jiwa dapat segera dilakukan.**

Segera setelah kondisi perempuan tersebut stabil, tenaga medis harus segera melakukan penilaian klinis yang lengkap dan meminta *informed consent* untuk terapi lanjutan. Karena kondisi gawat darurat sering mencemaskan, perempuan dan keluarga yang datang dengan komplikasi membutuhkan dukungan emosional

dan psikologis. Tenaga kesehatan harus melakukan komunikasi secara terbuka dengan perempuan mengenai kondisinya dan rencana terapi yang akan dilakukan. Perlu juga diingat, karena hambatan dan stigma, beberapa perempuan terlambat mencari pertolongan sehingga membuat kondisi mereka lebih buruk dan membutuhkan pertolongan segera.

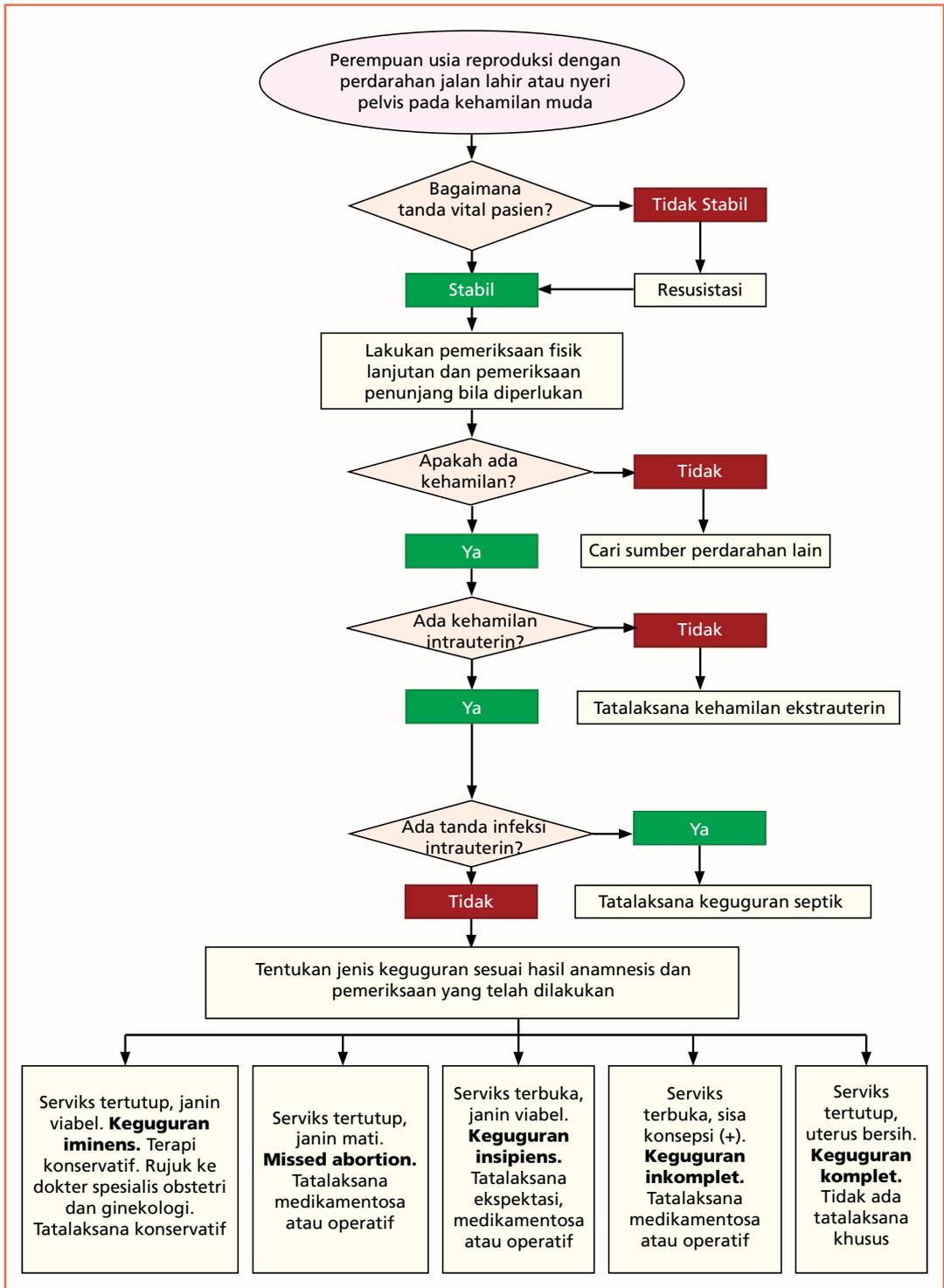
### 3.2. Penegakan diagnosis

**Penegakan diagnosis keguguran dilakukan oleh dokter atau bidan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dalam beberapa kasus, pemeriksaan penunjang dapat dilakukan bilamana diperlukan.**

#### Anamnesis

Anamnesis pada kasus keguguran perlu dilakukan dengan memperhatikan kenyamanan pasien, menanyakan hanya hal-hal yang penting untuk asuhan pasca keguguran, dan tidak bertujuan untuk menggali kehidupan pribadi pasien.

Terdapat beberapa hasil anamnesis yang dapat membantu menegakkan diagnosis kasus keguguran, misalnya: **adanya tanda dan gejala kehamilan awal, perdarahan pervaginam** yang dapat disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi, dan **rasa sakit atau kram perut di daerah atas simfisis**. Daftar informasi yang perlu digali dari anamnesis pasien dengan keguguran tertera di dalam tabel 3.



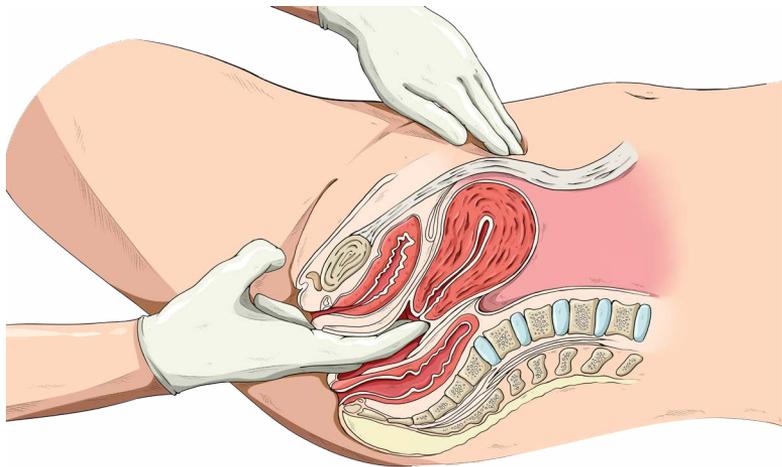
Gambar 4. Alur diagnosis keguguran.

**Tabel 3. Informasi yang digali dalam anamnesis kasus keguguran**

| <b>INFORMASI YANG DIGALI DALAM ANAMNESIS</b> |  |
|--|--|
| Identitas pasien                             | ▶ Nama, usia, informasi kontak   |
| Alasan mencari layanan kesehatan             | ▶ Kondisi kehamilan, termasuk tanda dan gejala kehamilan serta komplikasi yang mungkin terjadi, misalnya perdarahan pervaginam   |
| Riwayat obstetri                             | ▶ Informasi mengenai kehamilan-kehamilan sebelumnya beserta luarannya, termasuk: kehamilan ektopik, riwayat keguguran sebelumnya, kematian janin, kelahiran hidup, dan cara persalinan.  |
| Riwayat ginekologi                           | ▶ Hari pertama haid terakhir dan apakah haid terakhir normal<br>▶ Pola siklus haid<br>▶ Masalah ginekologi, termasuk riwayat pembedahan ginekologis, atau abnormalitas atau kondisi fisik lainnya yang diketahui<br>▶ Riwayat kontrasepsi, kontrasepsi yang kini dan yang sebelumnya digunakan, serta pengalaman positif dan negatif terkait penggunaan tersebut |
| Riwayat seksual                              | ▶ Pasangan saat ini, dan apakah masing-masing memiliki pasangan lain<br>▶ Riwayat atau gejala infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS  |
| Riwayat penyakit lainnya                     | ▶ Penyakit kronis, seperti hipertensi, kejang, kelainan pembekuan darah, penyakit hepar, penyakit jantung, diabetes, anemia, kelainan darah, asma, dan gangguan kejiwaan<br>▶ Riwayat rawat inap sebelumnya<br>▶ Riwayat pembedahan sebelumnya   |
| Obat-obatan dan alergi                       | ▶ Obat-obatan yang digunakan sehari-hari<br>▶ Obat-obatan atau jamu yang baru-baru ini digunakan, termasuk dosis, jalur pemberian, dan waktu pemberian obat-obatan yang digunakan sebagai bagian dari upaya pengguguran kehamilan oleh diri sendiri  |
| Riwayat sosial                               | ▶ Status pernikahan<br>▶ Lingkungan keluarga<br>▶ Riwayat kekerasan seksual dan kekerasan dalam rumah tangga<br>▶ Paksaan dari pasangan atau anggota keluarga<br>▶ Masalah sosial lain yang dapat mempengaruhi layanan kesehatan<br>▶ Riwayat penggunaan alkohol dan obat terlarang  |

### Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada kasus keguguran meliputi pemeriksaan umum, abdomen dan panggul, terutama untuk memastikan diagnosis keguguran, menentukan jenis keguguran, menentukan ukuran dan posisi uterus (dengan pemeriksaan bimanual), serta ada atau tidaknya komplikasi (lihat tabel 4). **Pemeriksaan bimanual perlu selalu dilakukan sebelum melakukan prosedur aspirasi vakum, oleh tenaga kesehatan yang melakukan prosedur tersebut.**



**Gambar 5. Pemeriksaan Bimanual.**

**Tabel 4. Pemeriksaan fisik pada kasus keguguran**

- ▶ Penilaian kesehatan umum:
  - Penampakan umum
  - Tanda-tanda vital
  - Tanda-tanda kelemahan, letargi, anemia atau kurang gizi
  - Tanda-tanda atau bekas kekerasan fisik
  - Pemeriksaan fisik umum (sesuai indikasi)
- ▶ Pemeriksaan abdomen:
  - Palpasi uterus, perhatikan ukuran dan apakah terasa lunak

- Perhatikan bila ada massa lain di abdomen
- Perhatikan bila ada bekas luka abdomen akibat pembedahan sebelumnya

▶ Pemeriksaan panggul (pelvis)

Periksa genitalia luar untuk melihat adanya kelainan atau tanda-tanda penyakit atau infeksi.

Pemeriksaan dengan spekulum

- Lakukan inspeksi serviks dan saluran vagina, lihat apakah terdapat pembukaan serviks.
- Perhatikan bila ada kelainan atau benda asing
- Perhatikan tanda-tanda infeksi, seperti nanah atau cairan lain dari mulut rahim; bila dijumpai, ambillah sampel untuk dikultur, bila mungkin, dan berikan antibiotik sebelum aspirasi;
- Sitologi serviks dapat dilakukan pada tahap ini, bila ada indikasi dan tersedia.

Pemeriksaan bimanual

- Perhatikan ukuran, bentuk, posisi dan mobilitas uterus
- Nilailah massa adneksa (tambahan)
- Nilailah konsistensi uterus selama palpasi atau dengan gerakan serviks, dan/atau konsistensi ruang rektovaginalis (cul-de-sac), yang dapat menunjukkan adanya infeksi
- Pastikan status kehamilan dan taksiran usia kehamilan berdasarkan ukuran uterus

Saat melakukan pemeriksaan fisik, tenaga kesehatan perlu menjelaskan kepada pasien prosedur yang akan dilakukan serta apa yang mungkin ia rasakan selama pemeriksaan, misalnya rasa kurang nyaman pada saat pemeriksaan panggul (pelvis).

Dalam melakukan pemeriksaan fisik, **perlu diperhatikan pula tanda dan gejala yang merujuk pada diagnosis banding keguguran**. Salah satunya adalah kehamilan ektopik, yang ditandai dengan perdarahan per vaginam, nyeri perut bawah, pingsan atau pusing, nyeri Pundak (*shoulder tip pain*), gangguan

gastrointestinal, nyeri tekan perut bawah, nyeri tekan dan massa adneksa, dan nyeri goyang porsio.

### Pemeriksaan penunjang

Dalam sebagian besar kasus, informasi dari **anamnesis dan pemeriksaan fisik cukup untuk dapat menegakkan diagnosis dan menentukan usia kehamilan**. Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan apabila tanda dan gejala yang ditemukan tidak khas, atau diperlukan informasi tambahan untuk mengkonfirmasi diagnosis dan merencanakan tatalaksana selanjutnya, misalnya pemeriksaan ultrasonografi untuk menyingkirkan kemungkinan kehamilan ektopik, pemeriksaan laboratorium untuk menentukan kadar hemoglobin pada pasien dengan perdarahan hebat, dan pemeriksaan jaringan setelah prosedur evakuasi hasil konsepsi apabila dicurigai adanya kondisi patologis tertentu (lihat tabel 5).

**Tabel 5. Pemeriksaan penunjang pada kasus pasca keguguran**

- a. Pemeriksaan ultrasonografi.** Apabila tersedia, pemeriksaan ultrasonografi dapat digunakan untuk memeriksa letak, kondisi, dan usia kehamilan.
- b. Pemeriksaan laboratorium.** Pengukuran beta hCG bila kehamilan belum dikonfirmasi, pengukuran kadar Hb jika dicurigai anemia, pemeriksaan golongan darah dan Rh, pemeriksaan HIV, skrining IMS bila ditemukan tanda infeksi genitalia, skrining kanker serviks, serta pemeriksaan lain yang sesuai dengan riwayat dan pemeriksaan medis (seperti fungsi hati dan ginjal).
- c. Pemeriksaan jaringan.** Jika terdapat jaringan, dapat dikirim ke laboratorium patologi anatomi untuk mengkonfirmasi bahwa keguguran telah terjadi dan gejala tidak berhubungan dengan penyebab



**Gambar 6. Pemeriksaan Jaringan**

lain dari perdarahan kehamilan. Selain itu, pemeriksaan jaringan, khususnya setelah prosedur evakuasi hasil konsepsi, dapat pula dilakukan dengan cara sederhana menggunakan lampu, mangkok bening, dan air. Jaringan yang ingin diperiksa dilarutkan dalam air dan diamati dengan cahaya dari bawah.

Dengan demikian, perlu diingat bahwa **pemeriksaan penunjang bukan merupakan syarat mutlak dalam penegakkan diagnosis**. Pemeriksaan ultrasonografi juga tidak rutin diperlukan dalam asuhan pasca keguguran, terutama untuk menentukan usia kehamilan. Setelah dilakukan anamnesis sampai pemeriksaan penunjang, baru dapat dilakukan penentuan diagnosis.

Dalam tabel 6, dapat dilihat **jenis keguguran** serta tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien untuk menegakkan diagnosisnya.

**Tabel 6. Diagnosis dan klasifikasi keguguran**

| DIAGNOSIS           | PERDARAHAN      | NYERI PERUT    | UKURAN UTERUS                          | SERVIKS          | GEJALA KHAS  |
|---------------------|-----------------|----------------|--|------------------|--|
| Keguguran iminens   | Sedikit         | Sedang         | Sesuai usia kehamilan                  | Tertutup         | Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi   |
| Keguguran insipiens | Sedang – banyak | Sedang – hebat | Sesuai usia kehamilan                  | Terbuka          | Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi   |
| Keguguran inkomplit | Sedang – banyak | Sedang-hebat   | Sesuai/lebih kecil dari usia kehamilan | Terbuka          | Ekspulsi sebagian jaringan konsepsi  |
| Keguguran komplit   | Sedikit         | Tanpa/sedikit  | Lebih kecil dari usia kehamilan        | Terbuka/tertutup | Ekspulsi seluruh jaringan konsepsi   |
| Missed Abortion     | Tidak ada       | Tidak ada      | Lebih kecil dari usia kehamilan        | Tertutup         | Janin telah mati tapi tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi. Mungkin ada riwayat tes kehamilan positif sebelumnya, kemudian menjadi negatif |

|                  |               |               |  |                  |  |
|------------------|---------------|---------------|--|------------------|--|
| Keguguran septik | Ada/tidak ada | Ada/tidak ada | Sesuai/lebih kecil dari usia kehamilan | Terbuka/tertutup | Ada tanda-tanda infeksi, didapatkan keputihan berbau |
|------------------|---------------|---------------|--|------------------|--|

### 3.3. Konseling pasca keguguran

Dalam asuhan pasca keguguran yang komprehensif dan berorientasi pada perempuan, tenaga kesehatan harus memperhatikan hak perempuan tersebut untuk mendapatkan tata laksana yang sesuai dengan kebutuhan dan pilihannya. Karena itu, konseling selalu menjadi bagian yang tidak boleh dipisahkan dari asuhan pasca keguguran.

**Konseling** dalam asuhan pasca keguguran merupakan suatu interaksi terstruktur di mana perempuan yang telah mengalami keguguran menerima dukungan emosional dan panduan dari tenaga yang terlatih. Konseling dilaksanakan di sebuah lingkungan yang kondusif untuk bertukar pikiran, perasaan, dan pandangan secara terbuka untuk mengambil keputusan atau mengatasi masalah yang ia hadapi.

**Konseling asuhan pasca keguguran dilakukan dengan teknik SATU TUJU**, yang meliputi langkah-langkah berikut ini.

**SA: Sapa dan salam kepada pasien dengan terbuka dan sopan**

Sapa pasien dengan cara yang ramah. Berikan perhatian sepenuhnya kepada pasien dan bicaralah di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan pasien untuk membangun rasa percaya dirinya.

**T: Tanyakan informasi mengenai diri pasien**

Tanyakan apa yang saat ini dibutuhkan pasien serta gali informasi mengenai pasien yang belum tergal dari anamnesis. Bantu pasien untuk berbicara mengenai kondisi kesehatannya, termasuk pengalamannya menggunakan kontrasepsi, serta mengenai

perasaannya, kekhawatirannya, rencananya, kebutuhannya dan harapannya. Tanyakan apa yang ingin ia ketahui mengenai layanan yang ditawarkan atau asuhan yang akan diberikan.

**U: Uraikan mengenai berbagai pilihan layanan yang tersedia bagi pasien dan beri tahu apa pilihan yang paling sesuai serta beberapa alternatif lainnya**

Jelaskan layanan apa yang dapat diperoleh pasien, termasuk tata laksana yang disarankan untuk mengelola kegugurannya, dukungan psikososial, serta kontrasepsi. Diskusikan pilihan yang mungkin sesuai dengan kebutuhan serta keinginannya, serta alternatif pilihan lain yang ada. Uraikan mengenai efektivitas, keuntungan dan risiko dari setiap pilihan yang dapat ia pilih dan bagaimana mengaksesnya.

**TU: Bantulah pasien menentukan pilihan**

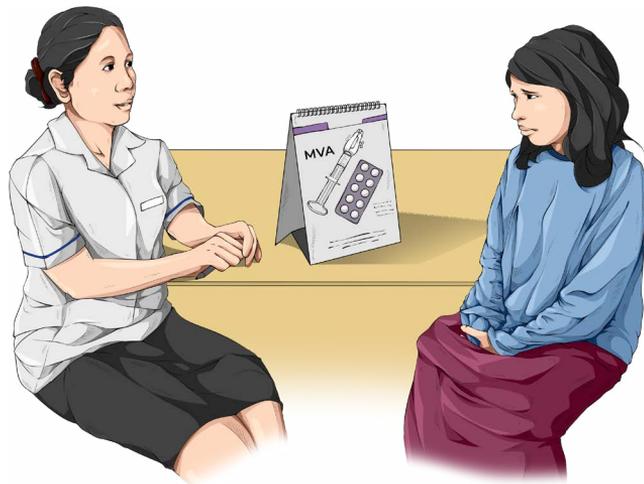
Dukung pasien untuk mengutarakan pilihan yang diinginkannya dan nilai kembali kelayakan medis pasien untuk mendapatkan pilihan tersebut. Yakinkan bahwa pasien telah membuat keputusan dengan bertanya kembali apakah pilihan tersebut benar merupakan pilihan pasien.

**J: Jelaskan secara lengkap mengenai pilihan pasien**

Jelaskan kembali dengan lengkap layanan yang telah dipilih oleh pasien. Perlihatkan alat/obat yang akan digunakan dan jelaskan bagaimana cara kerjanya. Dorong pasien untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum ia mengerti. Beri tahu mengenai manfaat, efek samping, keuntungan dan kekurangan metode atau layanan pilihan pasien. Jika pasien telah paham, pasien dapat dimintakan persetujuan tertulis untuk pengerjaan prosedur.

**U: Rencanakan tindak lanjut, kunjungan ulang atau rujuk pasien**

Buatlah rencana pemeriksaan lanjutan jika pasien akan diberikan layanan saat itu juga. Buat rencana kunjungan ulang jika pasien akan dipulangkan. Buat rujukan jika layanan yang diperlukan tidak tersedia di fasilitas kesehatan saat ini. Ingatkan pasien untuk segera datang dan memberi tahu tenaga kesehatan apabila terjadi suatu masalah.



**Gambar 6. Konseling asuhan pasca keguguran.**

Lebih lanjut, konseling dalam asuhan pasca keguguran dilakukan setidaknya untuk 3 (tiga) tujuan, yaitu:

1. Membantu perempuan mengambil keputusan terkait tatalaksana klinis yang sesuai dengan kebutuhannya
2. Memberikan dukungan psikososial kepada perempuan dan mengidentifikasi adanya kebutuhan layanan psikososial lebih lanjut
3. Membantu perempuan merencanakan kehamilan selanjutnya dan mengambil keputusan terkait penggunaan kontrasepsi pasca keguguran sesuai kebutuhannya

Konseling asuhan pasca keguguran yang efektif dilakukan sebelum dan setelah perempuan menerima tatalaksana medis. Konseling pertama (pratindakan) sebaiknya diberikan sesegera mungkin, dengan syarat konseling tidak menyebabkan penundaan tatalaksana medis yang dapat mengancam kesehatan pasien, serta pasien berada dalam kondisi mampu memahami informasi dan membuat keputusan.

### **LANGKAH-LANGKAH KONSELING PRATINDAKAN**

1. Membangun hubungan (senyum, sapa dan salam)
2. Menjelaskan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan diagnosis
3. Menggali suasana perasaan pasien dan memberikan dukungan emosional
4. Menjelaskan pilihan tatalaksana medis yang dapat diberikan beserta keunggulan dan kekurangannya
5. Membantu pasien menentukan pilihan tatalaksana
6. Menggali rencana kehamilan berikutnya dan kebutuhan kontrasepsi

### **LANGKAH-LANGKAH KONSELING PASCATINDAKAN**

1. Melakukan penapisan masalah psikologis
2. Memberikan dukungan psikososial bagi perempuan dan mengidentifikasi kondisi khusus
3. Menggali rencana kehamilan dan penggunaan kontrasepsi serta tindak lanjut yang dibutuhkan.
4. Merujuk jika diperlukan.

### **3.3.1. Konseling terkait dukungan psikososial**

Nilai dan norma budaya akan mempengaruhi perasaan seorang perempuan mengenai kesuburan, kehamilan, keguguran, dan menjadi orang tua. Ketika perempuan memiliki perasaan yang bertentangan dengan norma, ia dapat mengalami emosi yang negatif, seperti rasa bersalah atau malu. Konselor asuhan pasca keguguran perlu menciptakan lingkungan yang aman bagi perempuan untuk menggali perasaannya tanpa perlu khawatir, malu, merasa bersalah, dihakimi, marah, atau bingung. Konselor perlu menjelaskan kepada perempuan bahwa setiap perasaan adalah valid, baik itu bertentangan atau bersesuaian dengan norma dan nilai di masyarakat.

### ***Perasaan mengenai kehamilan***

Berita kehamilan dapat memunculkan berbagai macam perasaan, misalnya gembira, takut, cemas, sedih, rasa bersalah, lega, dan kecewa. Konseling asuhan pasca keguguran bisa jadi merupakan kesempatan pertama bagi seorang perempuan untuk berbicara mengenai perasaannya terkait kehamilannya secara jujur. Secara tak langsung, respons emosionalnya terhadap kejadian keguguran yang ia alami juga memberikan gambaran mengenai perasaannya terhadap kehamilannya.

### ***Perasaan mengenai keguguran***

Jika seorang perempuan menginginkan kehamilannya, namun kemudian mengalami keguguran, ia mungkin akan merasakan rasa kehilangan dan rasa bersalah yang mendalam. Perasaan-perasaan tersebut mungkin terkait dengan harapan dan ekspektasinya terhadap hidupnya di masa mendatang, atau terhadap anaknya kelak. Ketika seorang perempuan tidak ingin hamil, ia mungkin merasakan perasaan lega, namun masih mungkin juga merasakan rasa kehilangan atau emosi-emosi lain yang begitu kuat.

### ***Perasaan mengenai berbagai pilihan tatalaksana***

Seorang perempuan yang membutuhkan asuhan pasca keguguran harus mendapatkan konseling dan informasi mengenai berbagai pilihan tatalaksana terhadap kondisi klinisnya. Pilihan-pilihan tersebut akan membuat perempuan merasa memiliki lebih banyak kendali terhadap situasi yang ia alami, dan hal tersebut sangatlah penting mengingat dalam kondisi keguguran, seorang perempuan bisa memiliki perasaan kehilangan kendali terhadap hidupnya. Memberikan informasi dan membantu perempuan mengambil pilihan sesuai keinginannya akan menjaga kepuasannya terhadap layanan kesehatan yang diberikan. Lebih dari itu, akan terbangun rasa percaya terhadap tenaga kesehatan, bahkan sistem pelayanan kesehatan secara umum.

### ***Perasaan mengenai kemungkinan kehamilan berikutnya***

Sebelum menjelaskan informasi mengenai kontrasepsi, konselor sebaiknya membantu pasien memahami perasaannya sendiri terkait kemungkinan kehamilan di masa mendatang serta apakah

ia ingin segera hamil kembali, menunda kehamilan, atau bahkan menghindari kehamilan sama sekali.

Konselor perlu mengingatkan bahwa ovulasi dapat kembali paling cepat dalam 8 hari setelah keguguran terjadi (bahkan lebih awal pada beberapa kasus), yang dapat berakhir pada kehamilan bila pasien kembali berhubungan seksual. Jika pasien memang ingin segera hamil, sebaiknya ia berkonsultasi kepada dokter mengenai dampak yang mungkin timbul terhadap kesehatannya. Pada sebagian kasus, hal ini tidak dapat ditentukan hingga saat kunjungan lanjutan. Jika pasien ingin menggunakan kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mencegah terjadinya kehamilan, konselor dapat memastikan bahwa pasien mendapatkan layanan kontrasepsi, sebaiknya sebelum meninggalkan fasilitas kesehatan.

### *Perempuan yang memerlukan perhatian khusus*

Tergantung pada kondisi di suatu masyarakat, tenaga kesehatan mungkin akan menemukan perempuan-perempuan tertentu yang memerlukan perhatian khusus dalam asuhan pasca keguguran. Mereka mungkin akan merasa kurang nyaman mengungkapkan beberapa isu kepada konselor. Karena itu, konselor perlu mengasah keterampilan mengajukan pertanyaan sehingga dapat menggali informasi mengenai situasi, lingkungan, latar belakang kehidupan, dan keputusan perempuan dengan mendalam. Konselor mungkin memerlukan pelatihan khusus untuk menangani kasus-kasus demikian, atau mencari bantuan konselor yang lebih ahli. Beberapa kelompok perempuan yang memerlukan perhatian khusus dijelaskan di Lampiran 1.

### **3.3.2. Konseling terkait tatalaksana klinis**

Terdapat beberapa hal yang perlu diketahui dan diputuskan oleh pasien terkait asuhan pasca keguguran yang akan ia terima. Hal yang pertama berkaitan dengan **tatalaksana klinis**, khususnya evakuasi hasil konsepsi.

Pasien lebih dapat menerima tatalaksana klinis yang diberikan yang datangnya dari pilihannya sendiri. Oleh karenanya, informasi yang perlu dijelaskan meliputi:

- ▶ Pilihan metode atau prosedur klinis yang diperlukan untuk menatalaksana masalah pasien (lihat bagian 3.4. Tatalaksana medis)
- ▶ Apa yang akan dilakukan selama dan setelah prosedur berlangsung
- ▶ Apa yang mungkin akan dirasakan oleh pasien (kram seperti menstruasi, nyeri, dan perdarahan)
- ▶ Lama berlangsungnya proses tersebut
- ▶ Berbagai pilihan pengelolaan nyeri, risiko dan komplikasi terkait prosedur yang dilakukan
- ▶ Kapan pasien dapat kembali melakukan aktivitas, termasuk berhubungan seksual
- ▶ Perawatan lanjutan

Konselor kemudian memberikan rekomendasi tatalaksana yang paling sesuai berdasarkan usia kehamilan dan kondisi medis pasien, serta keuntungan serta kerugian dari berbagai pilihan prosedur yang ada.

### 3.3.3. Konseling perencanaan kehamilan

Tenaga kesehatan harus menjelaskan kepada pasien bahwa proses ovulasi dan kesuburan pada perempuan dapat kembali paling cepat dalam 8 hari setelah terjadinya keguguran (bahkan lebih awal pada beberapa kasus). Karena itu, setiap pasien yang mendapatkan asuhan pasca keguguran perlu mendapat konseling tentang perencanaan kehamilan. Hal tersebut penting untuk membantu pasien memutuskan apakah ia ingin segera hamil kembali, menunda kehamilan, atau bahkan menghindari kehamilan sama sekali. Pada kesempatan ini disampaikan informasi terkait pilihan metode kontrasepsi pasca keguguran yang tersedia dan yang paling sesuai dengan kebutuhannya.

Konseling perencanaan kehamilan dapat dilakukan sebelum maupun sesudah evakuasi hasil konsepsi, namun **jika kondisi memungkinkan dan tidak membahayakan, sebaiknya konseling kontrasepsi diberikan sebelum tatalaksana dilakukan**. Alasannya adalah karena ada metode yang bisa

langsung diberikan saat evakuasi hasil konsepsi dilakukan, yaitu AKDR.

Dalam konseling, perlu diingat bahwa perempuan yang mencari asuhan pasca keguguran memiliki latar belakang yang berbeda-beda. Sebagian mungkin datang dengan kehamilan yang diinginkan, sedangkan sebagian lain tidak. Setelah terjadi keguguran, sebagian ingin segera hamil, sedangkan sebagian lain ingin mendunda kehamilan berikutnya. Beberapa perempuan mungkin mengalami kekerasan. Beberapa mungkin mengalami trauma psikologis. **Konselor perlu menggali, mengkaji, dan mengkonfirmasi perasaan dan kebutuhan setiap perempuan terkait rencana kehamilan selanjutnya, serta latar belakang individu**, seperti usia, paritas, riwayat medis, lingkungan fisik dan sosial, serta ketersediaan layanan kontrasepsi di fasilitas kesehatan setempat.

Pada saat konseling dengan perempuan yang telah mengalami keguguran, konselor harus menanyakan bagaimana kehamilan tersebut terjadi dan menggali kemungkinan adanya kegagalan atau tidak terpenuhinya kebutuhan kontrasepsi sebelumnya. Perempuan perlu dibantu untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi penyebab gagalnya kontrasepsi dan kebutuhan untuk mengganti metode kontrasepsi selanjutnya, misalnya:

- ▶ **Keterbatasan metode kontrasepsi** (karena tidak ada metode kontrasepsi yang 100% efektif bahkan setelah digunakan dengan benar)
- ▶ Penggunaan dan pemahaman yang salah
  - Penggunaan yang tidak rutin atau konsisten karena kelalaian
  - Adanya mitos dan keyakinan yang salah terkait kontrasepsi
  - Penghentian penggunaan karena efek samping
  - Tidak adanya dukungan atau adanya larangan dari pasangan, keluarga, tokoh agama, atau lingkungan sekitar
  - Hubungan seksual terjadi tanpa persetujuan perempuan atau adanya kekerasan

- ▶ Kurang baiknya layanan atau akses terhadap kontrasepsi
  - Konselor tidak memberikan penjelasan yang baik mengenai metode kontrasepsi dan efek sampingnya
  - Adanya kebijakan yang membatasi penyediaan layanan kontrasepsi, misalnya pada mereka yang belum menikah
  - Tidak tersedianya alat atau obat kontrasepsi di fasilitas kesehatan
  - Fasilitas kesehatan berada jauh dari tempat tinggal perempuan
  - Harga obat dan alat kontrasepsi yang tidak terjangkau di sektor swasta
  - Protokol pelayanan kontrasepsi yang membatasi penyediaan kembali, misalnya hanya dapat melayani pemberian stok untuk satu bulan setiap kunjungan

**Apabila pasien memerlukan kontrasepsi, pilihan metode kontrasepsi diambil dengan mempertimbangkan kebutuhan pasien dan kelayakan medis.** Berikut adalah tabel sepsi pasca keguguran, dengan asumsi bahwa pasien tidak memiliki kondisi kesehatan penyerta lainnya yang perlu menjadi perhatian khusus.

**Tabel 7. Kelayakan medis kontrasepsi pasca keguguran (tidak termasuk sterilisasi)**

| KONDISI PASCA KEGUGURAN             | TRIMESTER 1 | TRIMESTER 2 | KEGUGURAN SEPTIK |
|-------------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| Pil kombinasi (KOK)                 | 1           | 1           | 1                |
| Kontrasepsi injeksi kombinasi (KIK) | 1           | 1           | 1                |
| Koyo dan cincin vagina              | 1           | 1           | 1                |
| Pil progestin                       | 1           | 1           | 1                |
| Injeksi progestin (DMPA/NET-EN)     | 1           | 1           | 1                |
| Implan progestin (LNG/ETG)          | 1           | 1           | 1                |
| AKDR-Copper T                       | 1           | 2           | 4                |
| AKDR-LNG                            | 1           | 2           | 4                |

|            |   |   |   |
|------------|---|---|---|
| Kondom     | 1 | 1 | 1 |
| Spermisida | 1 | 1 | 1 |
| Diafragma* | 1 | 1 | 1 |

Keterangan:

1 = tidak ada larangan penggunaan metode kontrasepsi

2 = keuntungan penggunaan kontrasepsi lebih besar dari risiko

3 = risiko penggunaan kontrasepsi lebih besar dari keuntungan

4 = penggunaan metode kontrasepsi dilarang karena risiko kesehatan yang besar

\*) penggunaan harus ditunda hingga 6 minggu setelah tatalaksana keguguran pada kasus keguguran dengan usia kehamilan di atas 14 minggu

**Tabel 8. Kelayakan medis sterilisasi perempuan pasca keguguran**

| KONDISI PASCA KEGUGURAN  | KELAYAKAN MEDIS STERILISASI PEREMPUAN |
|--|---------------------------------------|
| Tidak ada komplikasi   | A                                     |
| Sepsis atau demam setelah keguguran  | D                                     |
| Perdarahan berat   | D                                     |
| Trauma saluran genitalia berat; robekan serviks atau vagina saat keguguran | D                                     |
| Perforasi uterus   | S                                     |
| Hematometra akut   | D                                     |

Keterangan:

A (*accept*) = tidak ada larangan sterilisasi

C (*caution*) = prosedur dilakukan secara rutin, namun dengan persiapan dan kewaspadaan yang tinggi

D (*delay*) = prosedur ditunda hingga kondisi selesai diatasi/dievaluasi, metode kontraepsi alternatif harus digunakan sementara waktu

S (*special*) = prosedur dilakukan di fasilitas khusus dengan tim dokter spesialis dan petugas kesehatan terlatih, serta tersedia peralatan dan perlengkapan untuk anestesia dan prosedur medis lainnya. Metode kontrasepsi alternative harus digunakan sementara waktu jika pasien perlu dirujuk.

Berdasarkan tabel di atas, semua metode kontrasepsi aman digunakan pada kasus keguguran tanpa komplikasi dan ketika perempuan tidak memiliki kondisi medis spesifik lainnya yang menjadi kontraindikasi. AKDR tidak dianjurkan untuk digunakan pada keguguran septik karena adanya proses infeksi. Penggunaan AKDR pada kasus keguguran di trimester 2 memiliki risiko ekspulsi (meskipun kecil), sebagaimana pada kasus pasca persalinan.

Sebagai tambahan, selain metode kontrasepsi yang dipilih untuk mencegah kehamilan, pasien dengan HIV/AIDS dianjurkan menggunakan kondom untuk mencegah penularan.

Konselor perlu mendengarkan alasan perempuan terkait kegagalan kontrasepsi tanpa menghakimi atau menyalahkan, karena perempuan yang merasa bersalah akan enggan mencari layanan kontrasepsi. Sebaliknya, **konselor perlu membantu perempuan mencari jalan keluar dengan rasa empati.**

Perempuan dan pasangannya memiliki hak untuk mengambil keputusan setelah mendapat dan memahami semua informasi penting terkait kontrasepsi. **Perempuan dan pasangannya berhak memilih metode yang ingin digunakan tanpa paksaan, atau untuk tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun jika tidak menginginkannya.** Apapun keputusan yang diambil, tatalaksana keguguran harus tetap diberikan.

Perhatian dan konseling khusus perlu diberikan pada perempuan yang memilih sterilisasi karena metode tersebut bersifat permanen. **Jika asuhan pasca keguguran diberikan dalam keadaan darurat, di mana perempuan dalam kondisi tidak dapat menerima dan mencerna berbagai informasi secara lengkap, sterilisasi sebaiknya tidak dilakukan bersamaan dengan prosedur evakuasi hasil konsepsi.** Keputusan dapat diambil setelah perempuan berada dalam kondisi yang sepenuhnya sadar untuk mempertimbangkan konsekuensi jangka panjang dari pilihannya.

Konseling kontrasepsi tidak berhenti saat tatalaksana medikamentosa atau operatif selesai. **Perempuan yang datang kembali untuk kunjungan ulang (*follow-up*) perlu ditanyakan kembali mengenai metode kontrasepsi yang telah ia gunakan.** Ia mungkin memerlukan metode baru yang lebih sesuai dengan situasinya sekarang, atau perlu mendapatkan stok obat atau alat kontrasepsi tambahan. Kontrasepsi darurat juga perlu dibahas dalam konseling.

### 3.4. Tatalaksana medis

Tatalaksana medis dalam asuhan pasca keguguran yang diperlukan seorang perempuan berbeda-beda, tergantung dengan jenis keguguran yang dialaminya. Pada **keguguran insipiens, keguguran inkomplit, dan *missed abortion***, tata laksana

medis dilakukan untuk membantu mengeluarkan hasil konsepsi dari dalam uterus sebagai upaya untuk menyelamatkan nyawa ibu. **Keguguran komplit** tidak memerlukan tata laksana medis untuk evakuasi hasil konsepsi karena proses tersebut sudah selesai, namun tetap memerlukan konseling dan layanan kontrasepsi/KB, sedangkan pada **keguguran septik**, selain evakuasi hasil konsepsi, diperlukan pula tata laksana khusus untuk mengatasi infeksi yang terjadi. Algoritma tatalaksana berbagai jenis keguguran tersebut dapat dilihat di Lampiran 3.

Prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan dalam tatalaksana medis asuhan pasca keguguran tersebut dijelaskan secara lebih rinci di bawah ini.

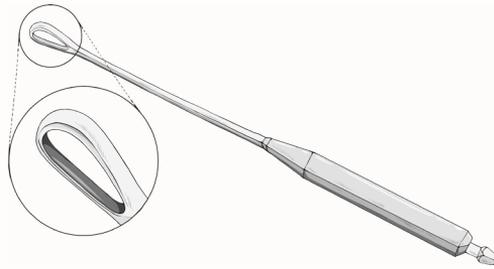
### 3.4.1. Evakuasi hasil konsepsi

Secara umum, evakuasi hasil konsepsi dapat dilakukan secara aktif dengan obat-obatan (medikamentosa) atau prosedur operatif dengan aspirasi vakum. **Metode kuretase tajam tidak lagi direkomendasikan oleh WHO dan FIGO karena risiko komplikasi prosedural yang mungkin muncul. Karena itu, POGI mendukung penggunaan aspirasi vakum atau obat-obatan sebagai metode alternatif utama apabila tersedia.**

Data epidemiologi menyatakan bahwa komplikasi terkait keguguran yang terjadi di fasilitas kesehatan sekunder adalah sebanyak 2% dari total kasus tindakan kuretase tajam. Penelitian menunjukkan sebanyak 1,2% perempuan yang ditatalaksana dengan kuretase tajam mengalami Sindrom Asherman. Tidak didapatkan komplikasi Sindrom Asherman pada kasus yang ditatalaksana dengan aspirasi vakum manual atau misoprostol.<sup>21</sup> Estimasi terjadinya komplikasi keguguran di fasilitas kesehatan secara umum adalah 2% untuk keguguran dengan obat-obatan, 1,3% untuk keguguran aspirasi trimester pertama, dan 1,5% untuk keguguran di trimester kedua.

---

21 Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-)learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2014; 36(11), 997-1001.



**Gambar 7. Kuret Tajam**

*“Dilatasi dan kuretase (D&C) kurang aman dibandingkan dengan aspirasi vakum dan jauh lebih menyakitkan bagi perempuan. Karena itu, aspirasi vakum harus menggantikan dilatasi dan kuretase. Angka komplikasi berat pada prosedur dilatasi dan kuretase dua hingga tiga kali lebih tinggi dibandingkan aspirasi vakum.” (WHO, 2012, Safe Abortion Technical and Policy Guideline 2<sup>nd</sup> ed.)*

*“Lakukan evakuasi hasil konsepsi dengan aspirasi vakum atau obat-obatan, bukan kuretase tajam (atau dikenal dengan dilatasi dan kuretase atau D&C). Aspirasi vakum dan obat-obatan untuk evakuasi hasil konsepsi harus diperkenalkan, dan bukan kuretase tajam, untuk meningkatkan keamanan dan kualitas layanan keguguran pada perempuan.” (FIGO, 2011, Consensus Statement on Uterine Evacuation)*

### **Tatalaksana medikamentosa**

Metode medikamentosa telah terbukti aman dan efektif (tingkat keberhasilan sekitar 95%). Obat yang tersedia di Indonesia dan direkomendasikan oleh WHO untuk tata laksana medikamentosa pada keguguran adalah misoprostol.

Efek yang muncul setelah pemberian obat-obatan tersebut mirip dengan yang terjadi pada keguguran spontan, termasuk kram uterus dan perdarahan seperti pada menstruasi. Perdarahan terjadi selama kira-kira 9 hari, namun dapat berlanjut hingga 45 hari pada beberapa kasus yang jarang terjadi. Efek samping meliputi mual, muntah dan diare.

Selain itu, diperlukan **perhatian khusus ketika memberikan obat pada perempuan** yang: (1) menggunakan kortikosteroid jangka panjang, (2) memiliki gangguan perdarahan, (3)

anemia berat, (4) memiliki penyakit jantung atau faktor risiko kardiovaskular.

**Tabel 9. Tatalaksana medikamentosa untuk evakuasi hasil konsepsi**

| KASUS KEGUGURAN     | DOSIS BERDASARKAN UKURAN UTERUS  |  |
|---------------------|--|--|
|                     | <13 MINGGU   | ≥13 MINGGU   |
| Keguguran inkomplit | Misoprostol 600 ug dosis tunggal per oral atau 400 ug dosis tunggal sublingual atau pervaginam (bila tidak ada perdarahan pervaginam)                      | Misoprostol 400 ug setiap 3 jam hingga terjadinya ekspulsi, diberikan per bukal, sublingual atau pervaginam (bila tidak ada perdarahan pervaginam) |
| Missed abortion     | Misoprostol 600 ug sublingual atau 800 ug per vaginam (bila tidak ada perdarahan per vaginam) setiap 3 jam hingga terjadinya ekspulsi (biasanya 1-3 dosis) | Misoprostol 400 ug sublingual atau per vaginam (bila tidak ada perdarahan per vaginam) setiap 4-6 jam hingga terjadinya ekspulsi.                  |

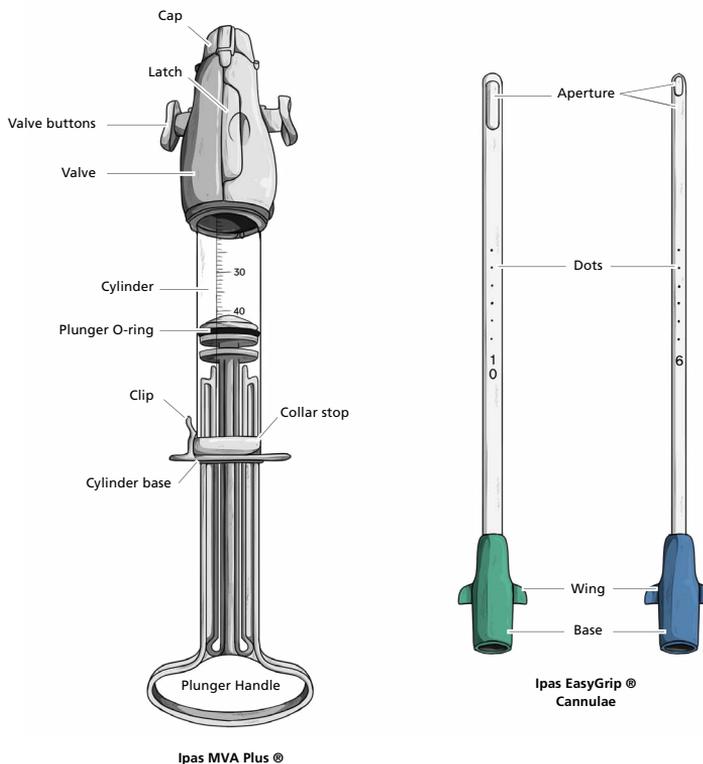


**Gambar 8. Tatalaksana medikamentosa dengan misoprostol**

Misoprostol bukanlah pengobatan yang efektif untuk kehamilan ektopik, sehingga kecurigaan kehamilan ektopik memerlukan pemeriksaan lebih lanjut dan, jika benar, harus segera mendapat tatalaksana yang tepat.

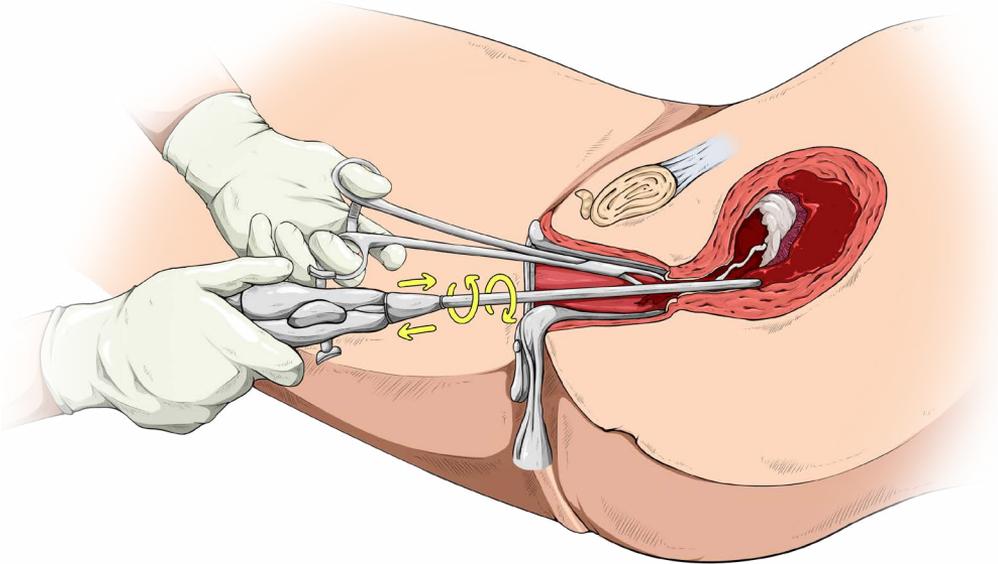
## Tatalaksana operatif

Tatalaksana operatif yang direkomendasikan untuk evakuasi hasil konsepsi yaitu berupa aspirasi vakum. Kuretase tajam sebaiknya ditinggalkan karena risiko komplikasi prosedural yang lebih besar, sehingga tidak lagi direkomendasikan oleh WHO dan FIGO. Untuk evakuasi hasil konsepsi dengan tata laksana operatif kehamilan **ukuran uterus di bawah 13 minggu, dilakukan aspirasi vakum dengan aspirasi vakum manual (AVM)**. Untuk ukuran uterus **13 minggu atau lebih, dilakukan dilatasi dan evakuasi (D&E)**, yaitu prosedur evakuasi hasil konsepsi yang juga menggunakan aspirasi vakum manual, namun lebih kompleks karena melibatkan persiapan serviks dan prosedur lainnya, sehingga merupakan ranah dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang telah terlatih. Tingkat keberhasilan tata laksana operatif dengan aspirasi vakum adalah sekitar 99%.



Gambar 9. Aspirasi vakum manual

## Pemilihan metode evakuasi hasil konsepsi



**Gambar 10. Tatalaksana operatif dengan aspirasi vakum manual**

**Pemilihan metode evakuasi tergantung pada** (1) tingkat fasilitas kesehatan; (2) keterampilan klinis operator; (3) ketersediaan alat, perlengkapan, dan obat; (4) kondisi klinis pasien, serta (5) preferensi atau pilihan pasien. Untuk itu, tenaga kesehatan harus menjelaskan dan mendiskusikan kelebihan dan risiko berbagai pilihan metode yang tersedia kepada pasien serta membantu pasien memilih metode yang terbaik baginya. Terdapat kelebihan dan kekurangan dari masing-masing pilihan metode, sebagaimana disajikan dalam tabel 10.

**Tabel 10. Perbandingan tatalaksana medikamentosa dan operatif untuk evakuasi hasil konsepsi pada kasus keguguran**

| UKURAN UTERUS <13 MINGGU  |  | UKURAN UTERUS ≥13 MINGGU  |  |
|---|--|---|--|
| TATA LAKSANA MEDIKAMENTOSA DENGAN MISOPROSTOL   | TATA LAKSANA OPERATIF DENGAN AVM   | TATA LAKSANA MEDIKAMENTOSA DENGAN MISOPROSTOL   | TATA LAKSANA OPERATIF DENGAN DILATASI DAN EVAKUASI (D&E)   |
| <b>ASPEK YANG PERLU DIKETAHUI:</b>  |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Menghindari operasi</li> <li>▶ Menyerupai proses keguguran alamiah</li> <li>▶ Dapat <b>dilakukan sendiri oleh perempuan di rumah</b></li> <li>▶ Dapat berlangsung selama beberapa jam hingga hari dan durasinya tidak dapat diperkirakan</li> <li>▶ Perempuan akan mengalami perdarahan dan kram perut, serta kemungkinan efek samping lain seperti mual dan muntah</li> <li>▶ Mungkin memerlukan kunjungan ulang beberapa kali</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prosedur cepat</li> <li>▶ Prosedur dapat langsung diverifikasi dengan memeriksa hasil konsepsi yang sudah diaspirasi</li> <li>▶ Dilakukan di fasilitas kesehatan</li> <li>▶ Kontrasepsi pasca keguguran berupa sterilisasi atau pemasangan AKDR dapat langsung dikerjakan setelah prosedur</li> <li>▶ Memerlukan alat khusus yang dimasukkan ke dalam uterus untuk melakukan prosedur</li> <li>▶ Risiko cedera uterus dan serviks kecil</li> <li>▶ Prosedur dan durasinya dikendalikan oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Menghindari operasi</li> <li>▶ Menyerupai proses keguguran alamiah</li> <li>▶ Dilakukan di <b>fasilitas kesehatan</b></li> <li>▶ Dapat berlangsung selama beberapa jam hingga hari dan durasinya tidak dapat diperkirakan</li> <li>▶ Perempuan akan mengalami perdarahan dan kram perut, serta kemungkinan efek samping lain seperti mual dan muntah</li> <li>▶ Perempuan harus tinggal di fasilitas kesehatan hingga seluruh hasil konsepsi keluar</li> <li>▶ Perempuan dengan parut uterus memiliki risiko kecil (0,28%) untuk mengalami ruptur uteri pada ukuran uterus 12 minggu.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prosedur cepat</li> <li>▶ Prosedur dapat langsung diverifikasi dengan memeriksa hasil konsepsi yang sudah diaspirasi</li> <li>▶ Dilakukan di fasilitas kesehatan</li> <li>▶ Kontrasepsi pasca keguguran berupa sterilisasi atau pemasangan AKDR dapat langsung dikerjakan setelah prosedur</li> <li>▶ Memerlukan alat khusus yang dimasukkan ke dalam uterus untuk melakukan prosedur</li> <li>▶ Risiko cedera uterus dan serviks kecil</li> <li>▶ Prosedur dan durasinya dikendalikan oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan</li> </ul> |
| <b>DI PILIH KHUSUSNYA PADA KEADAAN:</b>   |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Perempuan dengan obesitas yang berat</li> <li>▶ Adanya malformasi uterus, fibroid, atau riwayat pembedahan uterus</li> <li>▶ Jika perempuan ingin menghindari tata laksana operatif</li> <li>▶ Jika pemeriksaan panggul tidak mungkin dilakukan atau tidak diinginkan</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jika ada kontraindikasi terhadap obat-obatan</li> <li>▶ Jika terdapat keterbatasan waktu untuk melakukan evakuasi hasil konsepsi segera</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Perempuan dengan obesitas yang berat</li> <li>▶ Adanya malformasi uterus, fibroid, atau riwayat pembedahan uterus</li> <li>▶ Jika perempuan ingin menghindari tata laksana operatif</li> <li>▶ Jika tenaga terampil dan berpengalaman tidak tersedia untuk melakukan dilatasi dan evakuasi (D&amp;E).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Jika ada kontraindikasi terhadap obat-obatan</li> <li>▶ Jika terdapat keterbatasan waktu untuk melakukan evakuasi hasil konsepsi segera</li> </ul>  |
| <b>KONTRAIKASIS:</b>  |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Riwayat alergi terhadap obat yang digunakan</li> <li>▶ Penyakit porfiria keturunan</li> <li>▶ Kegagalan adrenal kronis</li> <li>▶ Kecurigaan kehamilan ektopik (misoprostol tidak efektif untuk kehamilan ektopik)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tidak ada kontraindikasi absolut</li> <li>▶ Kecurigaan kehamilan ektopik (tidak efektif untuk kehamilan ektopik)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Riwayat alergi terhadap obat yang digunakan</li> <li>▶ Penyakit porfiria keturunan</li> <li>▶ Kegagalan adrenal kronis</li> <li>▶ Kecurigaan kehamilan ektopik (misoprostol tidak efektif untuk kehamilan ektopik)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tidak ada kontraindikasi absolut</li> <li>▶ Kecurigaan kehamilan ektopik (tidak efektif untuk kehamilan ektopik)</li> </ul>   |
| <b>PERLU KEWASPADAAN KHUSUS PADA KEADAAN:</b>   |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Terapi kortikosteroid jangka panjang (termasuk pada pasien dengan asma berat yang tidak terkontrol)</li> <li>▶ Kelainan darah</li> <li>▶ Anemia berat</li> <li>▶ Riwayat penyakit jantung atau faktor risiko kardiovaskular</li> <li>▶ Pengguna AKDR (lepaskan AKDR sebelum prosedur dimulai)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pengguna AKDR (lepaskan AKDR sebelum prosedur dimulai)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Terapi kortikosteroid jangka panjang (termasuk pada pasien dengan asma berat yang tidak terkontrol)</li> <li>▶ Kelainan darah</li> <li>▶ Anemia berat</li> <li>▶ Riwayat penyakit jantung atau faktor risiko kardiovaskular</li> <li>▶ Pengguna AKDR (lepaskan AKDR sebelum prosedur dimulai)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pengguna AKDR (lepaskan AKDR sebelum prosedur dimulai)</li> </ul>   |

### 3.4.2. Persiapan serviks

**Persiapan serviks** sebelum tatalaksana operatif (misalnya dengan misoprostol atau laminaria ) **dianjurkan untuk semua perempuan dengan usia kehamilan 13 minggu atau lebih**, khususnya mereka yang berisiko tinggi untuk mengalami cedera serviks atau perforasi uterus. Untuk usia kehamilan <13 minggu, persiapan serviks tidak mutlak diperlukan, namun dapat mengurangi durasi prosedur dan mengurangi risiko adanya hasil konsepsi yang tertinggal.

**Tabel 11. Prosedur persiapan serviks untuk tatalaksana operatif evakuasi hasil konsepsi**

| UKURAN UTERUS <13 MINGGU  | UKURAN UTERUS ≥13 MINGGU   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Pemberian misoprostol sebanyak 400 ug per vaginam pada 3-4 jam sebelum tindakan ATAU sublingual pada 2-3 jam sebelum tindakan</li><li>▶ Pemasangan laminaria (bila diperlukan) ke dalam kanalis servikalis pada 6-24 jam sebelum tindakan</li></ul> | <p>Penggunaan misoprostol menyebabkan dilatasi yang lebih kecil daripada laminaria tetapi hanya memerlukan tindakan satu hari saja pada hampir semua perempuan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Kehamilan 13-19 minggu: misoprostol atau laminaria dapat digunakan</li><li>▶ Kehamilan diatas 20 minggu: laminaria lebih disarankan</li></ul> <p>Pemberian misoprostol sebanyak 400 ug per vaginam pada 3-4 jam sebelum tindakan</p> |

**Catatan:** pemberian misoprostol per vaginam dapat menyebabkan dilatasi yang cukup efektif dengan efek samping minimal dibandingkan pemberian sublingual.

### 3.4.3. Manajemen nyeri

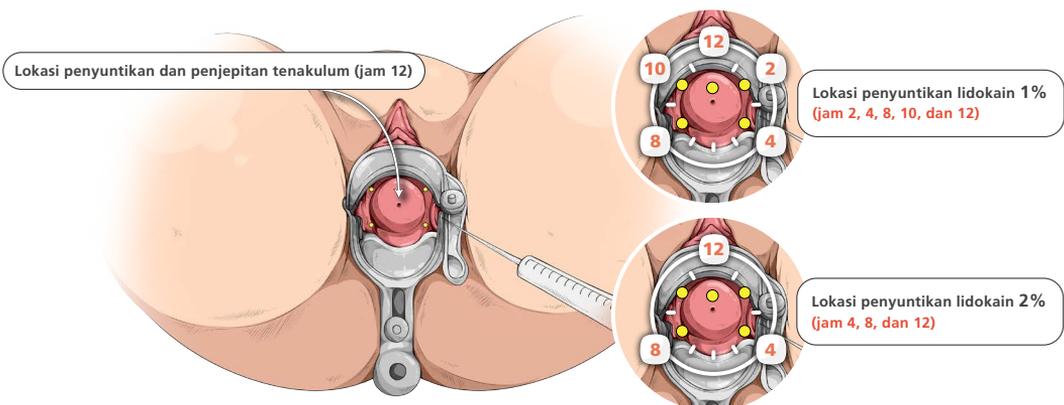
**Semua pasien yang datang untuk layanan asuhan pasca keguguran harus ditawarkan dan diberikan manajemen nyeri tanpa penundaan.** Hal ini dikarenakan sebagian besar pasien yang mendapatkan asuhan pasca keguguran mengalami nyeri dan kram yang berhubungan dengan komplikasi atau prosedur selama tata laksana. Rasa nyeri tersebut dapat meningkatkan kecemasan dan ketidaknyamanan pasien, membuatnya tidak dapat berbaring dengan tenang, sehingga memperlambat prosedur dan mengganggu perawatan pasien. Sebaliknya, kecemasan dan ketakutan pasien juga dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri. Petugas kesehatan harus selalu

memberikan informasi yang sesuai yang dapat membantu pasien tenang dan untuk mengurangi kecemasan dan nyeri.

Nyeri yang dialami setiap pasien berbeda-beda intensitasnya, demikian pula respons dan sensitivitas masing-masing pasien terhadap rasa nyeri tersebut. Petugas kesehatan perlu menilai kebutuhan masing-masing individu, dan memanfaatkan berbagai pilihan metode non-farmakologis dan farmakologis yang tersedia untuk manajemen nyeri (mulai dari dukungan verbal, NSAID, ansiolitik/sedatif, opioid, dan lain-lain). Perhatikanlah riwayat medis pasien, alergi, dan penggunaan obat-obatan yang dapat berinteraksi dengan analgetik atau anestetik yang digunakan saat ini.

**Pada tatalaksana medikamentosa, setiap pasien ditawarkan obat antinyeri.** Pemberian NSAID, seperti ibuprofen, ketoprofen, asam mefenamat, diklofenak, atau ketorolak, disarankan untuk diberikan sebelum atau saat kram perut dimulai. Parasetamol bukan merupakan pilihan lini pertama, sehingga sebaiknya hanya diberikan jika NSAIDs tidak dapat diberikan.

**Sedangkan pada tatalaksana operatif dengan aspirasi vakum, blok paraservikal dan pemberian NSAID dianjurkan untuk semua pasien.** Perlu diingat bahwa blok paraservikal adalah metode yang efektif untuk manajemen nyeri dan dianjurkan menjadi bagian dari setiap prosedur aspirasi vakum.



**Gambar 11. Teknik blok paraservikal**

**Anestesia umum tidak direkomendasikan untuk digunakan secara rutin** pada prosedur aspirasi vakum atau D&E, karena obat-obatan yang digunakan untuk anestesia umum dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas dalam asuhan pasca keguguran. Fasilitas yang menawarkan layanan tersebut harus dilengkapi dengan peralatan dan sumber daya yang memadai untuk menangani komplikasi yang mungkin muncul.

Ketika manajemen nyeri dilakukan melalui pemberian obat intravena, sedasi, atau anestesia umum, tenaga kesehatan yang terlatih harus mengawasi kesadaran dan tanda-tanda vital pasien. Obat-obatan harus digunakan sesuai rentang dosis yang diperbolehkan, dan antagonis harus tersedia apabila terjadi kondisi gawat darurat akibat efek samping. Tenaga kesehatan harus siap memberikan bantuan napas jika terjadi supresi napas atau tatalaksana ke daruratan lain.

**Tabel 12. Berbagai metode yang dapat digunakan dalam manajemen nyeri**

|                                | <b>TATALAKSANA MEDIKAMENTOSA</b>   | <b>TATALAKSANA OPERATIF</b>  |
|--------------------------------|--|--|
| <b>METODE NON-FARMAKOLOGIS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Komunikasi yang tidak menghakimi dan saling menghargai</li> <li>▶ Dukungan verbal untuk menenangkan pasien</li> <li>▶ Penjelasan yang lengkap mengenai apa yang akan dialami</li> <li>▶ Adanya dukungan orang yang dapat terus menemani klien selama proses (bila pasien menginginkan)</li> <li>▶ Membantu pasien melakukan relaksasi dengan pernafasan yang terkontrol dan dalam, mendengarkan musik, memberikan pasien duk hangat, atau cara lainnya</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Komunikasi yang tidak menghakimi dan saling menghargai</li> <li>▶ Dukungan verbal untuk menenangkan pasien</li> <li>▶ Melakukan prosedur operatif sesuai dengan standar dan mengutamakan kenyamanan pasien</li> <li>▶ Informasi awal mengenai setiap langkah tindakan (bila pasien menginginkan)</li> <li>▶ Adanya dukungan orang yang dapat terus menemani klien selama proses (bila pasien menginginkan)</li> <li>▶ Membantu pasien melakukan relaksasi dengan pernafasan yang terkontrol dan dalam, mendengarkan musik, memberikan pasien duk hangat, atau cara lainnya</li> </ul> |

## METODE FARMAKOLOGIS

- ▶ Analgesik (NSAIDs, contohnya ibuprofen, ketoprofen, asam mefenamat, diklofenak, atau ketorolak ). Parasetamol hanya diberikan jika NSAID tidak dapat diberikan.
  - ▶ Ansiolitik/sedativa perlu dipertimbangkan jika terdapat tanda-tanda kecemasan
  - ▶ Obat-obat tambahan juga dapat diberikan, sesuai indikasi, untuk mengatasi efek samping misoprostol (contohnya loperamid untuk diare)
- >12 minggu kehamilan**  
Selain NSAIDs, anjurkan anestesi epidural
- ▶ Analgesik (NSAIDs, contohnya ibuprofen, ketoprofen, asam mefenamat, diklofenak, atau ketorolak ). Parasetamol hanya diberikan jika NSAID tidak dapat diberikan.
  - ▶ Ansiolitik/sedativa perlu dipertimbangkan jika terdapat tanda-tanda kecemasan
  - ▶ Anestesi lokal (blok paraservikal menggunakan lidokain (biasanya 20 mL larutan lidokain 1.0 %)
  - ▶ Sedasi kesadaran atau anestesi umum pada beberapa kasus, tidak secara rutin.

Untuk memastikan efektivitas obat oral saat dilakukan tindakan, berikan obat tersebut 30-45 menit sebelum tindakan dimulai.

### 3.4.4. Antibiotika profilaksis

**Pemberian antibiotika profilaksis dianjurkan untuk prosedur aspirasi vakum dan dilatasi dan evakuasi (D&E).** Pilihan antibiotika yang diberikan adalah doksisisiklin (200 mg per oral), azitromisin (500 mg per oral), atau metronidazol (500 mg per oral), dan diberikan sebanyak satu dosis sebelum prosedur dilakukan.

**Pemberian antibiotika profilaksis rutin tidak dianjurkan untuk tatalaksana medikamentosa. Dosis terapeutik tidak diperlukan apabila tidak didapati tanda infeksi.**

Selain itu, **perempuan yang berisiko tinggi mengalami infeksi menular seksual perlu mendapat pemeriksaan skrining infeksi menular seksual.** Perempuan yang menunjukkan tanda dan gejala infeksi perlu mendapatkan layanan segera dan pengobatan antibiotika sesuai rejimen berbasis bukti ilmiah. Apabila perempuan mengalami infeksi menular seksual, pasangannya juga perlu mendapatkan pengobatan.

### 3.4.5. Pemeriksaan jaringan

Untuk memastikan evakuasi hasil konsepsi telah sempurna, lakukan inspeksi jaringan dengan meletakkan jaringan di wadah khusus. Jika evakuasi dilakukan dengan aspirator vakum manual, buka aspirator terlebih dulu untuk menuang jaringan. Jaringan tidak boleh dikeluarkan dengan mendorong lewat kanula.

- ▶ Carilah jaringan hasil konsepsi: villi, desidua, dan kantung/membran yang jumlahnya sesuai dengan usia kehamilan; setelah usia kehamilan 9 minggu, bagian-bagian janin juga akan tampak. Carilah pula villi hidropik yang mirip anggur, yang merupakan tanda kehamilan mola.
- ▶ Jika hasil inspeksi tidak konklusif, jaringan perlu disaring, ditempatkan di wadah transparan, direndam dalam air atau cuka, dan disinari cahaya dari bawah. Jika ada indikasi temuan abnormal, kirim spesimen ke laboratorium patologi.
- ▶ Jika tidak ditemukan hasil konsepsi, atau jumlah jaringan lebih sedikit dari yang semestinya keluar, atau jika sampel jaringan tidak konklusif, pikirkan kemungkinan:
  - ▶ **Abortus inkomplit:** masih ada hasil konsepsi yang tertinggal di dalam uterus
  - ▶ **Abortus spontan** telah berlangsung sebelum prosedur
  - ▶ **Kehamilan ektopik:** perlu dicurigai jika tidak ada villi terlihat
  - ▶ **Kelainan anatomi:** pada uterus bikornu atau septate, kanula mungkin masuk ke sisi uterus yang tidak mengandung kehamilan
- ▶ Jika kantung/membran dan villi tidak tampak secara jelas saat pemeriksaan jaringan, asumsikan hal tersebut tidak ada dan upayakan aspirasi kembali dan/atau pemeriksaan kehamilan ektopik.

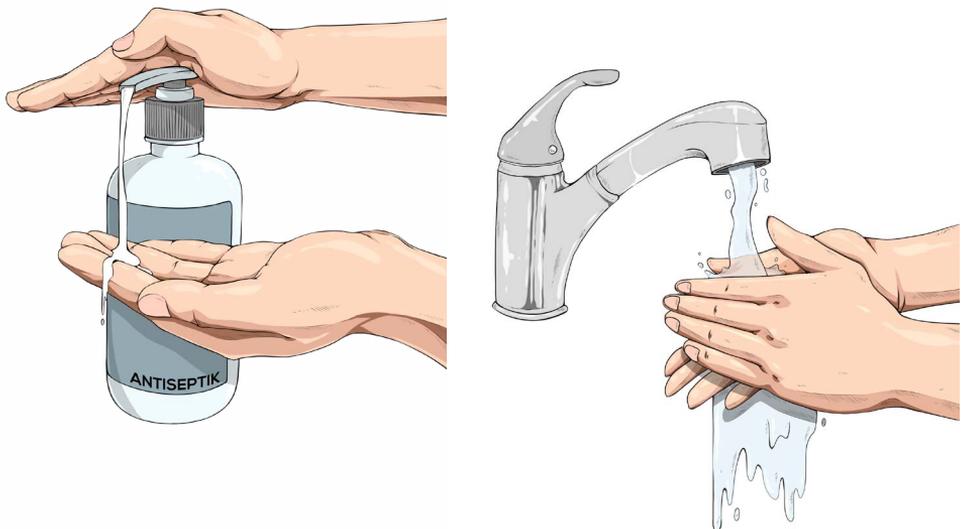
### 3.4.6. Pencegahan infeksi

**Karena tatalaksana keguguran melibatkan kontak dengan darah dan cairan tubuh, tenaga kesehatan dan semua petugas pendukung (termasuk petugas kebersihan) harus menerapkan berbagai upaya kewaspadaan universal untuk melindungi diri sendiri dan pasien.**

Upaya-upaya tersebut harus dilaksanakan pada setiap keadaan agar tidak terjadi kontak antara tenaga kesehatan dengan darah, cairan tubuh selain keringat, kulit yang tidak intak, dan membran mukosa. Kewaspadaan harus dilaksanakan, apapun status infeksi maupun diagnosis pasien, untuk mengurangi risiko penularan penyakit dari pasien ke tenaga kesehatan, tenaga kesehatan ke pasien, atau dari pasien ke pasien lain.

#### *Mencuci tangan*

Mencuci tangan dilakukan dengan sabun dan air mengalir, sebelum dan setelah kontak dengan pasien, darah, cairan tubuh, membran mukosa, dan benda-benda lain yang berpotensi terkontaminasi. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir harus tetap dilakukan bahkan ketika tenaga kesehatan melakukan kontak dengan mengenakan sarung tangan.

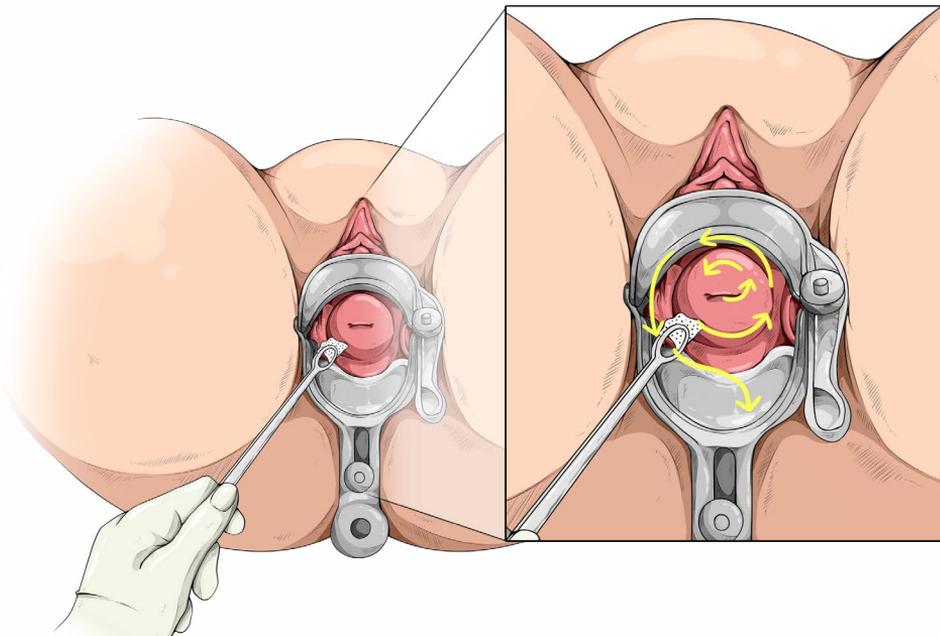


**Gambar 12. Mencuci tangan**

### **Menggunakan alat pelindung diri**

Tenaga kesehatan diharapkan menggunakan sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi (DTT) dan menggantinya setelah kontak dengan pasien yang satu dan sebelum kontak dengan pasien lain, atau antara dua pemeriksaan vaginal (atau rektal) pada pasien yang sama. Selain itu, tenaga kesehatan juga perlu mengenakan alat-alat pelindung diri lain: apron, masker, kacamata pelindung, dan sepatu.

### **Teknik asepsis dan antisepsis**



**Gambar 14. Membersihkan serviks**

Tenaga kesehatan harus melakukan teknik asepsis dan antisepsis sebelum prosedur operatif evakuasi hasil konsepsi, yaitu membersihkan serviks dengan antiseptik, misalnya povidon iodine, dan mencegah kontak benda-benda yang steril dengan yang tidak steril.

Ketika melakukan aspirasi vakum, tenaga kesehatan harus menggunakan teknik tanpa sentuh (*no-touch technique*). Ketika memasukkan kanula atau bagian instrumen ke dalam uterus, tenaga kesehatan harus menghindari objek bersentuhan dengan

permukaan yang tidak steril, termasuk dinding vagina, dan tidak menyentuh ujung kanula atau bagian instrumen lain yang masuk ke dalam serviks dengan tangan.

### ***Membersihkan benda-benda yang terkontaminasi***

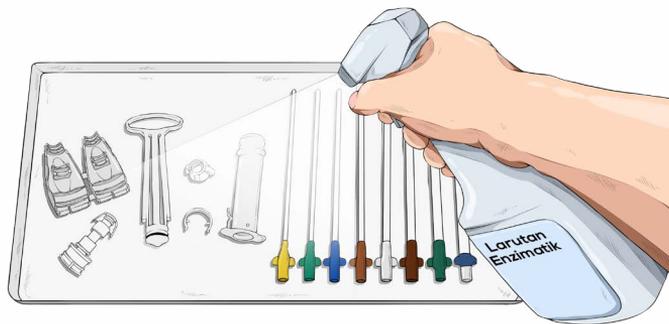
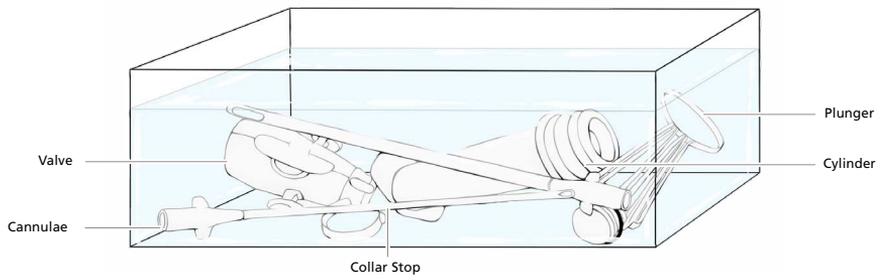
Lantai, tempat tidur, toilet, dinding, dan pernak-pernik cukup dibersihkan dengan deterjen dan air panas. Jika terjadi tumpahan cairan tubuh, petugas yang membersihkan harus menggunakan sarung tangan karet tebal dan cairan dibersihkan dengan bahan berdaya serap tinggi. Cairan kemudian harus dibuang di wadah antibocor untuk kemudian dibakar atau dikubur. Area tumpahan harus dibersihkan dengan desinfektan berbahan klorin kemudian dicuci dengan sabun dan air panas.

Semua linen yang tercemar segera dimasukkan ke dalam kantong tanpa perlu dipilah dan dibersihkan di area perawatan pasien. Linen yang terlalu basah karena cairan tubuh harus dimasukkan ke kantong antibocor atau dilipat dengan bagian basah berada di dalam, dengan menggunakan sarung tangan.

### ***Membersihkan alat***

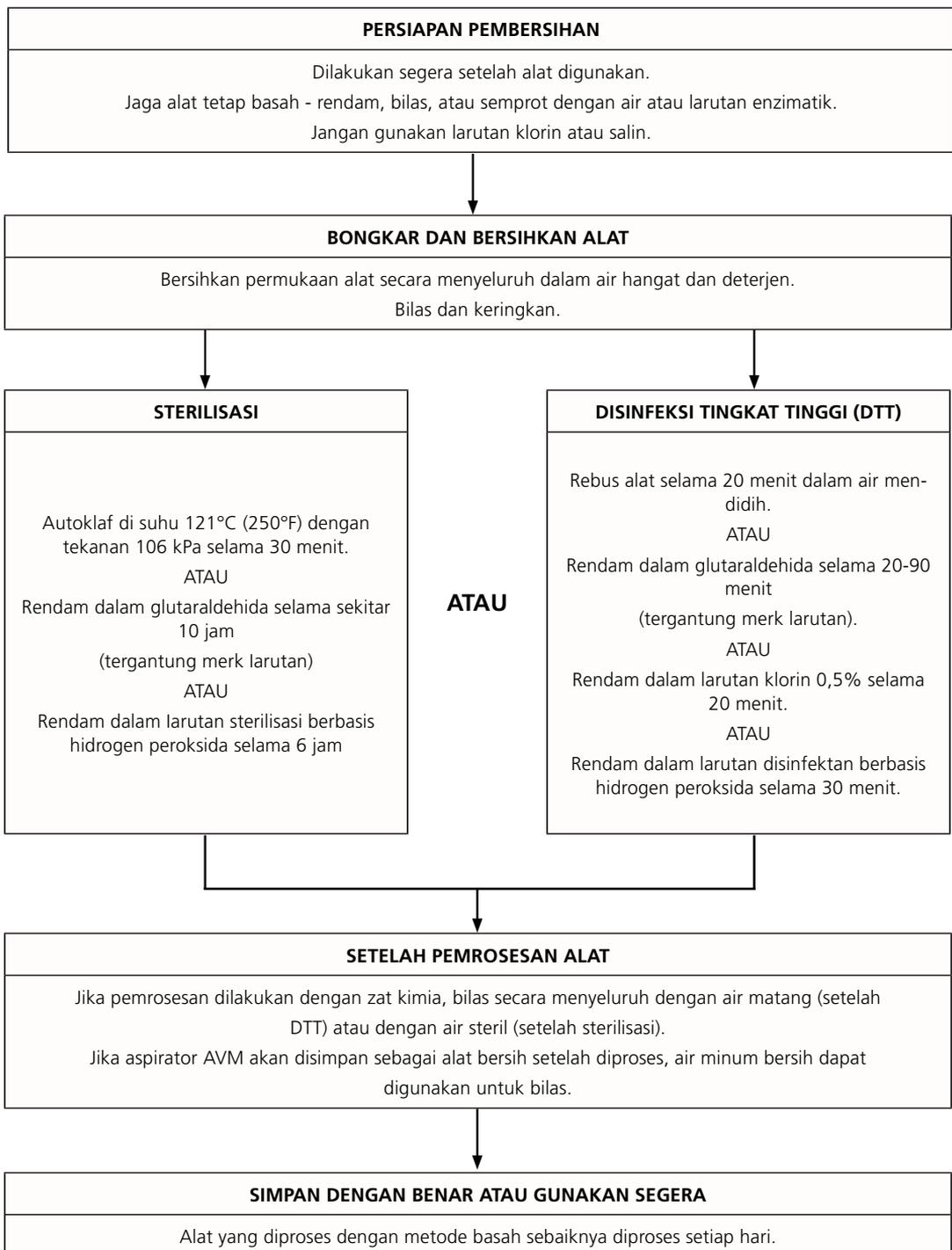
Beberapa alat yang digunakan dalam tindakan operatif asuhan pasca keguguran dirancang untuk digunakan kembali, misalnya AVM yang dirancang untuk digunakan setidaknya sampai 25 kali penggunaan ulang. Aspirator, kanula, dan adaptor vakum tidak boleh dipegang dengan tangan terbuka sebelum dibersihkan. Segera setelah digunakan, bilas aspirator dengan menyedot dan mengeluarkan air berulang-ulang, kemudian alat dibongkar dan direndam dalam air atau diberikan *enzymatic spray* (adaptor dipisahkan dari kanula). Setelah dibasahi, seluruh permukaan alat harus dicuci dengan deterjen dan air mengalir.

Semua alat kemudian disterilkan atau didesinfeksi tingkat tinggi jika sterilisasi tidak memungkinkan (lihat tabel 13). Ingatlah, desinfeksi tingkat tinggi (DTT) tidak dapat membunuh endospora bakteri. Setelah diproses, semua aspirator dan adaptor harus dikeringkan, O-ring dilubrikasi, bagian-bagian alat dipasang kembali, dan disimpan di tempat yang bersih dan kering sampai penggunaan berikutnya. Aspirator tidak harus disimpan dalam keadaan steril dan dapat ditempatkan di area bersih.



**Gambar 14. Membersihkan alat**

**Tabel 13. Prosedur pemrosesan aspirator vakum manual (AVM) dan alat-alat yang digunakan untuk evakuasi hasil konsepsi**



### **Mengelola dan membuang perlengkapan dan bahan habis pakai**

Sampah padat yang terkontaminasi darah, cairan tubuh, spesimen laboratorium, atau jaringan harus diperlakukan sebagai sampah medis, dan dibuang sesuai aturan yang berlaku. Limbah medis cair, seperti darah atau cairan tubuh lain harus dialirkan ke saluran khusus yang aman. Sampah tajam harus dikelola dengan hati-hati, karena sering terjadi luka pada saat proses pembuangan. Semua sampah tajam hanya boleh dimasukkan ke dalam wadah khusus yang tidak dapat ditembus, untuk dibakar atau dikubur. Petugas yang menangani sampah perlu mengenakan sarung tangan dan bekerja di ruangan dengan pencahayaan cukup.

### **Menjaga kebersihan area kerja**

Larutan disinfektan berupa klorin 0,5% dapat digunakan untuk membersihkan ruangan dan perlengkapan, meskipun air dan sabun juga diperbolehkan. Permukaan meja, kursi, dan perlengkapan lain yang digunakan selama prosedur evakuasi hasil konsepsi dibersihkan dengan kain bersih yang telah dibasahi larutan disinfektan. Demikian pula lantai, dinding, atau bagian ruangan lain yang kotor. Periksa tempat pembuangan sampah tajam, kosongkan dan ganti dengan yang baru bila telah penuh. Buanglah sampah infeksius sesuai protokol yang berlaku di fasilitas kesehatan.

## **3.4.7. Tata laksana komplikasi**

Komplikasi yang dijumpai pada kasus keguguran dapat merupakan komplikasi dari proses keguguran yang terjadi, maupun dari prosedur evakuasi hasil konsepsi yang dilakukan.

### **► *Komplikasi yang berhubungan dengan proses keguguran***

Komplikasi yang dapat terjadi karena proses keguguran meliputi perdarahan, infeksi, dan syok.

► **Komplikasi prosedural**

**Komplikasi yang mengancam jiwa jarang terjadi pada asuhan pasca keguguran yang aman dan dilakukan sesuai standar**, namun tenaga kesehatan tetap harus berhati-hati dan siap siaga untuk mengatasinya. Komplikasi yang mungkin terjadi terkait prosedur evakuasi hasil konsepsi meliputi perdarahan atau infeksi akibat adanya sisa jaringan yang tertinggal, laserasi vagina dan serviks, perforasi uterus dengan/ tanpa trauma intraabdomen, atonia uteri, infeksi intrauterin atau sepsis, hematometra, reaksi vasovagal, nyeri yang persisten, dan reaksi alergi.

Perempuan yang mendapatkan asuhan pasca keguguran oleh tenaga yang tidak terlatih atau prosedur yang tidak aman (termasuk kuretase tajam) memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi, misalnya sindroma Asherman.

### 3.5. Layanan kontrasepsi

Layanan kontrasepsi diberikan kepada perempuan untuk mendukung perencanaan kehamilan. Layanan KB pasca keguguran menggunakan metode kontrasepsi modern di fasilitas kesehatan diberikan dan dicatat dalam dalam kurun waktu 14 hari setelah keguguran.

Pemilihan metode mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan pasien, termasuk kelayakan medis (lihat Bagian 3.2). Semua metode aman digunakan pada kasus keguguran tanpa komplikasi dan ketika perempuan tidak memiliki kondisi medis spesifik lainnya yang menjadi kontraindikasi. AKDR tidak dianjurkan untuk digunakan pada keguguran septik karena adanya proses infeksi. Penggunaan AKDR pada kasus keguguran di trimester 2 memiliki risiko ekspulsi yang rendah, sebagaimana pada kasus pasca persalinan.

Pada kasus keguguran **dengan tatalaksana operatif, kontrasepsi dapat diberikan segera** setelah prosedur aspirasi

vakum dilakukan, termasuk pemasangan AKDR.

Pada kasus keguguran **dengan tatalaksana medikamentosa**, kontrasepsi hormonal (oral, injeksi, dan implan) **dapat dimulai setelah pil pertama** dari regimen pengobatan dikonsumsi, sedangkan **pemasangan AKDR dilakukan jika hasil konsepsi telah dipastikan keluar seluruhnya**.

### 3.6. Pemantauan, pemulangan pasien, dan tindak lanjut

#### 3.6.1. Pemantauan dan pemulangan pasien



**Gambar 15. Pemantauan Pasien**

Lama pemulihan pasien setelah tindakan bervariasi tergantung kondisi pasien, tingkat kesulitan tindakan, manajemen nyeri, dan tindakan lain yang dilakukan. **Selama pasien menjalani pemulihan, tenaga kesehatan harus memantau secara ketat kondisi pasien**, termasuk tanda vital, perdarahan, kram perut, dan kondisi emosional sesuai dengan protokol yang ada.

Pemulihan penuh terjadi ketika pasien telah sadar, dan mampu berjalan tanpa bantuan, memiliki tanda vital normal, dan

setuju bahwa ia telah merasa siap untuk pulang. Selain itu, pasien harus menunjukkan tanda pemulihan yang normal dari evakuasi hasil konsepsi dan tindakan lain seperti perdarahan dan nyeri yang semakin berkurang. **Pasien dapat dipulangkan segera setelah pasien stabil dan menerima semua informasi yang**

diperlukan terkait tindak lanjutnya.

### 3.6.2. Edukasi

**Sebelum pasien dipulangkan, tenaga kesehatan perlu memberikan penjelasan dan intruksi yang jelas** secara lisan dan tulisan mengenai beberapa hal berikut.

- ▶ Hubungan seksual atau memasukkan apapun ke dalam vagina hanya boleh dilakukan setelah perdarahan berat berhenti
- ▶ Perdarahan vagina selama 2 minggu setelah dilakukannya tatalaksana medikamentosa atau operatif adalah normal. Perempuan akan mengalami perdarahan ringan atau spotting setelah tatalaksana operatif, sedangkan perdarahan yang lebih berat dapat terjadi setelah tatalaksana medikamentosa dan berakhir rata-rata dalam 9 hari, namun dapat berlangsung sampai 45 hari dalam beberapa kasus
- ▶ Bila merasakan kram atau nyeri perut yang meningkat intensitasnya, perdarahan berat, atau demam, maka harus segera ke fasilitas kesehatan.
- ▶ Ada kemungkinan hamil kembali jika tidak menggunakan kontrasepsi karena kesuburan akan kembali kira-kira dalam 8 hari setelah keguguran terjadi (bahkan lebih awal pada beberapa kasus)
- ▶ Pasien perlu merencanakan kehamilan berikutnya apabila ia menginginkannya dan terdapat berbagai alternatif metode kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan (untuk informasi lebih lengkap mengenai konseling perencanaan kehamilan, lihat Bagian 3.3.)
- ▶ Obat-obatan yang diresepkan harus diminum sesuai dengan instruksi

### 3.6.3. Kunjungan ulang dan tindak lanjut

Selain informasi, pasien juga dapat diberikan tablet tambah darah dan analgetik apabila diperlukan. Tenaga kesehatan harus senantiasa memberikan dukungan emosional kepada pasien yang telah mengalami keguguran, dan menawarkan rujukan ke layanan yang sesuai bilamana perlu, misalnya konseling, layanan psikologis atau sosial (tersedia di Puskesmas dan RS dengan dokter spesialis kesehatan jiwa), bantuan hukum untuk kasus kekerasan (tersedia di RS, P2TP2A dan/atau UPPA Polri di Polres Kab/Kota), atau layanan medis lainnya, seperti pemeriksaan IMS/HIV (tersedia di Puskesmas dan RS rujukan ODHA).

**Kunjungan ulang tidak bersifat wajib**, namun ditawarkan melakukan kunjungan ulang 7-14 hari setelah prosedur untuk mendapatkan konseling kontrasepsi lanjutan, dukungan emosional, atau membahas masalah medis lainnya.

Ketika kunjungan ulang, tenaga kesehatan perlu melakukan hal-hal berikut:

- ▶ memeriksa proses penyembuhan pasien dan mengkonfirmasi bahwa hasil tatalaksana keguguran sudah baik
- ▶ mengkaji catatan medis dan dokumen-dokumen rujukan
- ▶ bertanya mengenai adanya keluhan setelah dilakukannya prosedur
- ▶ melakukan pemeriksaan fisik sesuai keluhan yang dialami
- ▶ mengkaji kebutuhan kontrasepsi dan memberikan konseling serta informasi apabila perempuan tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun
- ▶ mengkaji kepuasan atau keluhan mengenai metode kontrasepsi yang digunakan (apabila telah menggunakan), menawarkan stok obat atau alat kontrasepsi untuk pemakaian selanjutnya bila metode saat ini telah sesuai, atau menawarkan metode lain bila perempuan menginginkannya

- ▶ merujuk perempuan ke layanan lain sesuai kebutuhannya

## 3.7. Rujukan

### 3.7.1. Indikasi dan kontraindikasi rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap kasus penyakit atau masalah kesehatan, baik secara vertikal (dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu) atau secara horisontal (unit-unit yang setingkat kemampuannya).

**Rujukan pada kasus keguguran diperlukan bila suatu fasilitas kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh pasien, baik itu layanan medis maupun non-medis.** Untuk itu, tenaga kesehatan harus mampu mengenali kondisi pasien yang membutuhkan rujukan segera serta melakukan berbagai prosedur dan tatalaksana yang diperlukan sebelum merujuk.

Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa, dan dilakukan upaya stabilisasi seoptimal mungkin, kemudian didampingi oleh tenaga kesehatan menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Rujukan harus memenuhi salah satu syarat berikut:

1. Hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasilitas kesehatan yang merujuk, karena keterbatasan kompetensi ataupun keterbatasan sarana/prasarana
2. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, yang mana pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan
3. Apabila telah diobati dan/atau dirawat, ternyata masih memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan di fasilitas kesehatan rujukan yang lebih mampu, untuk dapat menyelesaikan masalah kesehatannya

Pada kasus keguguran, tenaga kesehatan harus mengidentifikasi

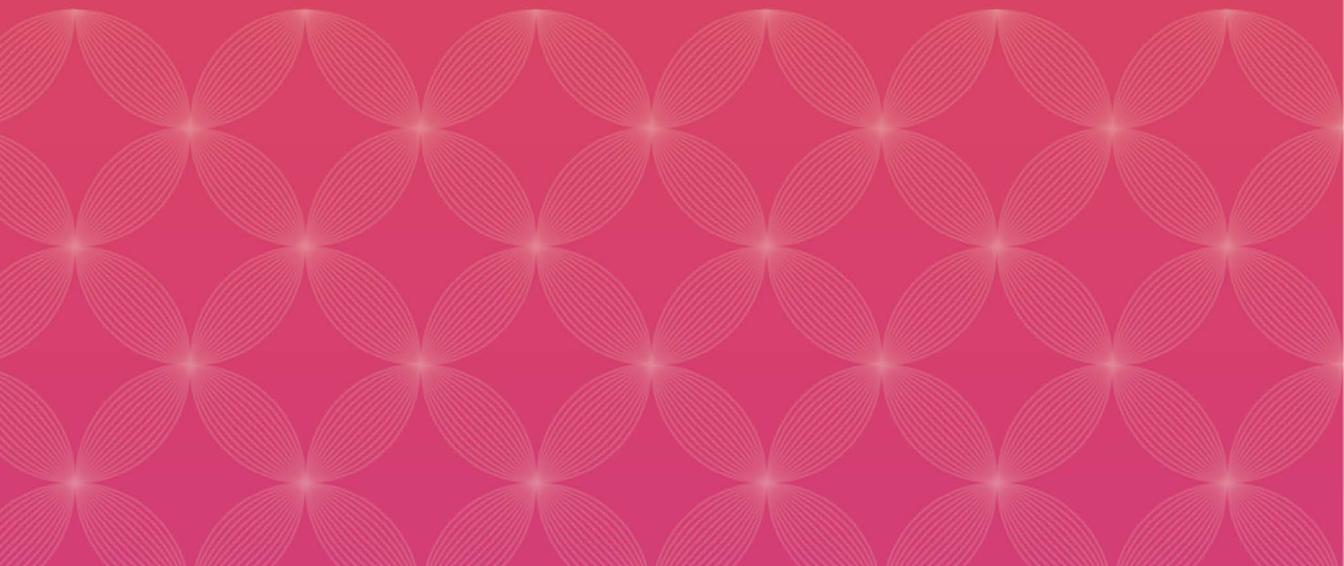
kebutuhan pasien selain tatalaksana medis untuk evakuasi hasil konsepsi dan merujuk ke tempat yang tepat, misalnya konseling dan pemeriksaan IMS/HIV (tersedia di Puskesmas dan RS rujukan ODHA), layanan psikologis atau sosial (tersedia di Puskesmas dan RS dengan dokter spesialis kesehatan jiwa), bantuan hukum untuk kasus kekerasan (tersedia di RS, P2TP2A dan/atau UPPA Polri di Polres Kab/Kota), atau layanan medis lainnya.

### 3.7.2. Pelaksanaan rujukan

Pelaksanaan rujukan kasus keguguran, meliputi prosedur klinis, administratif, dan operasional, mengacu pada Pedoman Rujukan Nasional. Dalam kondisi keterbatasan kompetensi, sumber daya dan fasilitas, maka upaya resusitasi dan stabilisasi serta rujukan harus segera dilakukan. Upaya resusitasi dan stabilisasi terus dilanjutkan oleh tenaga kesehatan yang mendampingi sementara proses rujukan berlangsung, sambil berkomunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan.

Perempuan yang mendapat tatalaksana keguguran di rumah sakit perlu dirujuk balik ke Puskesmas dengan pengantar rujukan. Hal ini bertujuan agar perempuan bisa mendapatkan pemantauan lebih lanjut dan layanan lain yang belum tuntas diberikan, misalnya layanan kontrasepsi/KB dengan metode yang tidak tersedia di rumah sakit atau konseling. Proses rujuk balik juga memungkinkan Puskesmas untuk mencatat kasus keguguran yang terjadi.

**BAB 4**  
**PENCEGAHAN**  
**KEGUGURAN**



## 4.1 Faktor risiko

Terdapat beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan keguguran spontan, baik yang berkaitan dengan kondisi ibu maupun janin. **Faktor maternal** meliputi penyakit infeksi, kelainan hormonal (misalnya hipotiroidisme), gangguan nutrisi yang berat, penyakit menahun dan kronis, alkohol, merokok dan penggunaan obat-obatan, anomali uterus dan serviks, gangguan imunologis, serta trauma fisik dan psikologis. **Faktor janin** misalnya kelainan genetik pada janin, yang merupakan penyebab utama terjadinya keguguran spontan.

Adapun keguguran diinduksi dapat terjadi misalnya karena adanya indikasi kedaruratan medis atau kehamilan akibat perkosaan sebagaimana diatur dalam hukum, atau alasan-alasan lain yang mendasari terjadinya kehamilan tidak direncanakan. Induksi keguguran seringkali dilakukan secara tidak aman oleh tenaga yang tidak terlatih dan metode yang berbahaya, meningkatkan risiko kematian atau kesakitan pada perempuan.

## 4.2. Upaya pencegahan

Upaya pencegahan terjadinya keguguran secara umum dilakukan sebelum dan di masa kehamilan. Upaya tersebut dapat dilakukan di masyarakat, fasilitas kesehatan tingkat pertama, maupun rujukan, meliputi hal-hal di bawah ini.

### 4.2.1. Sebelum masa kehamilan

- ▶ **Pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual yang komprehensif** agar pasangan usia subur dapat merencanakan kehamilan, mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kehamilan dengan baik, memahami proses kehamilan, menjaga kehamilan, mendeteksi secara dini terjadinya keguguran, dan mengakses layanan yang berkualitas.

Pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual bagi perempuan dewasa bisa didapatkan melalui program-program di Puskesmas, PKK, kelas ibu hamil, dan sebagainya.

- ▶ **Edukasi terkait kebersihan pribadi** untuk mencegah penyakit infeksi, termasuk edukasi bagi perempuan mengenai bagaimana menjaga kebersihan di masa menstruasi.
- ▶ **Layanan kontrasepsi dan keluarga berencana** agar pasangan usia subur dapat merencanakan kapan ia ingin hamil ataupun tidak, sekaligus mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
- ▶ **Pencegahan perilaku berisiko, termasuk konsumsi alkohol, rokok dan obat-obatan terlarang** dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan pada janin di masa kehamilan.
- ▶ **Konseling calon pengantin dilakukan bagi pasangan yang akan segera menikah**, meliputi pemberian edukasi terkait hak seksual dan reproduksi, kebutuhan gizi calon pengantin, kehamilan, persalinan, KB, kekerasan dalam rumah tangga, penyakit menular seksual, kanker reproduksi, serta pemeriksaan kesehatan pranikah.

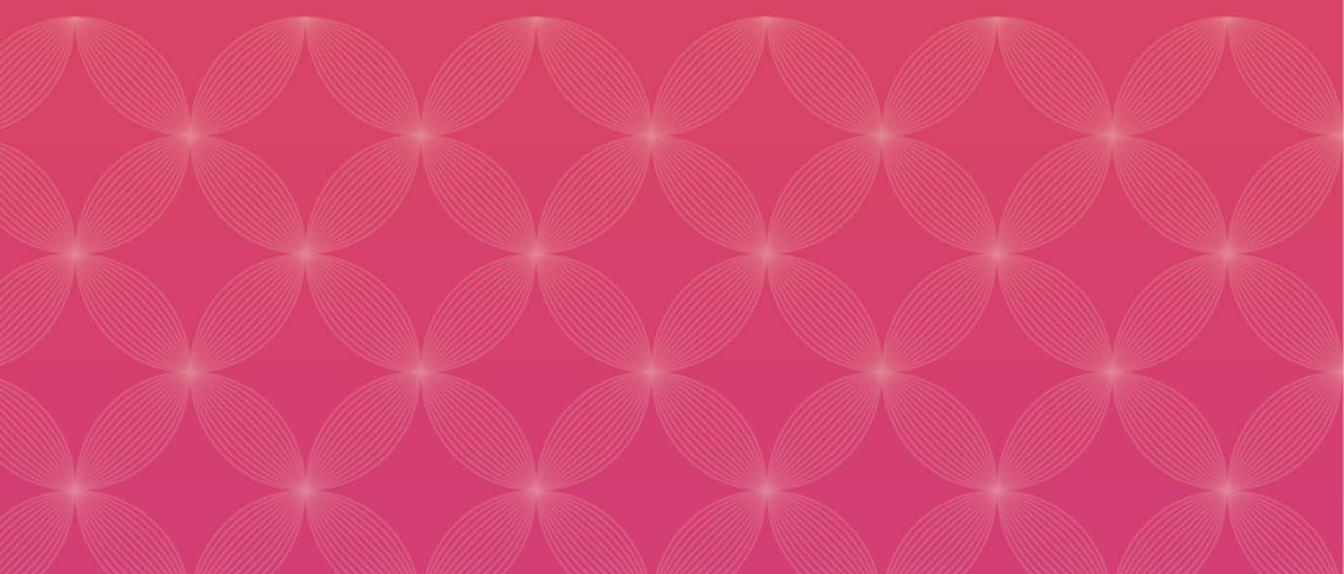
#### 4.2.2. Di masa kehamilan

- ▶ **Asuhan antenatal yang berkualitas** mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan yang berujung pada keguguran.
- ▶ Beberapa hal yang bisa dilakukan pada masa kehamilan:
  - mengikuti Kelas Ibu
  - makan makanan yang bergizi (misalnya sayuran, ikan, daging, telur, susu)
  - menjaga kebersihan diri, terutama area genital dengan tujuan mencegah infeksi yang bisa mengganggu proses implantasi janin
  - hindari rokok, karena nikotin mempunyai efek vasoaktif sehingga menghambat sirkulasi uteroplacenta
  - konsumsi tablet tambah darah (TTD) dengan rutin.
- ▶ **Edukasi terkait tanda bahaya pada kehamilan, khususnya perdarahan pada kehamilan muda** yang muncul apabila terjadi keguguran. Perempuan harus segera pergi ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan dan tatalaksana yang tepat,

agar dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan.

- ▶ **Pencegahan, deteksi dini, dan penanganan kasus kekerasan berbasis gender** dengan cara:
  - pendidikan kesehatan bagi masyarakat agar menciptakan lingkungan yang melindungi perempuan dan anak dari upaya tindak kekerasan seksual dan reproduksi, baik fisik maupun emosional
  - melatih tenaga kesehatan untuk mengenali kemungkinan kekerasan, dan menyediakan layanan bagi perempuan yang mengalami kekerasan oleh tenaga terlatih.
  
- ▶ **Edukasi terkait bahaya induksi keguguran yang tidak aman**, seperti risiko komplikasi perdarahan atau infeksi yang dapat berujung kematian. Layanan induksi keguguran yang aman dapat disediakan di fasilitas kesehatan sesuai undang-undang bagi indikasi kedaruratan medis dan korban perkosaan.

**BAB 5**  
**PENGELOLAAN**  
**LAYANAN ASUHAN**  
**PASCA KEGUGURAN**



Untuk memastikan bahwa layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif tersedia di fasilitas kesehatan, pengelola fasilitas maupun pemerintah perlu memperhatikan berbagai aspek terkait sistem kesehatan.

## 5.1. Obat-obatan, alat, dan perlengkapan

Berikut adalah daftar obat-obatan, alat, dan perlengkapan yang diperlukan untuk menyediakan layanan asuhan pasca keguguran komprehensif di fasilitas kesehatan.

- ▶ sphygmomanometer
- ▶ Termometer
- ▶ Stetoskop
- ▶ Alat pelindung diri (sarung tangan, sepatu bot, apron, pelindung wajah (masker), dan kacamata)
- ▶ Pembalut
- ▶ Cairan antiseptik (povidon iodine)
- ▶ Troli alat/instrumen, nampan alat/instrumen, wadah untuk menyimpan AVM yang sudah disterilisasi/DTT, baki ginjal, *gali pot*
- ▶ Meja pemeriksaan panggul
- ▶ Lampu pemeriksaan panggul
- ▶ Linen
- ▶ **Kebutuhan untuk pemeriksaan penunjang**
  - Tes  $\beta$ -hCG dan wadah urin
  - USG (opsional)
  - Tes Rh dan imunoglobulin Anti-D (opsional)
  - Tidak diperlukan untuk APK namun dapat bermanfaat untuk kesehatan reproduksi perempuan: skrining kanker serviks, pemeriksaan IMS, tes HIV, skrining anemia, imunisasi
- ▶ **Obat-obatan**
  - Misoprostol
  - Antibiotik profilaksis: doksisisiklin, azitromisin, atau metronidazol

- Obat antinyeri, seperti NSAID (ibuprofen, ketorolak) dan ansiolitik (diazepam)
- Obat untuk efek samping, misalnya: loperamid, anti mual

▶ **Kebutuhan untuk tatalaksana operatif**

- Tenakulum atau vulselum
- Forsep cincin
- Kasa
- Povidon iodin dan wadahnya
- Aspirator vakum manual
- Kanula
- Spekulum cocor bebek
- Dilator Denniston atau Pratt
- Wadah untuk hasil konsepsi, lampu, baskom bening, saringan
- Wadah untuk merendam instrumen
- *Syringe* 10-20 mL dengan jarum 21-23 gauge sepanjang minimal 3 cm
- Lidokain 1%

▶ **Kebutuhan untuk tata laksana komplikasi**

- Selimut
- Tabung oksigen
- Cairan IV dan set infus
- Antibiotika
- Difenhidramin
- Obat antinyeri
- Uterotonika
- Perlengkapan tamponade gawat darurat (kateter Foley, balon obstetrik, kasa steril)

▶ **Kebutuhan untuk pengolahan instrumen**

- Alat pelindung diri
- Wadah untuk perendaman instrumen, pencucian, dan sterilisasi/DTT
- Sikat kecil

- Air keran, air rebusan, atau air steril, deterjen, klorin 0,5%, glutaraldehid
- Autoklaf
- Wadah tertutup untuk menyimpan instrumen
- ▶ **Alat-alat dan obat-obatan kontrasepsi**
- ▶ **Lain-lain**
  - Formulir rujukan
  - Logbook untuk pencatatan kasus
  - Formulir persetujuan (*informed consent*)
  - Wadah benda tajam
  - Tempat sampah
  - Materi edukasi

## 5.2. Pembiayaan

Perempuan yang sudah terdaftar anggota Jaminan Kesehatan Nasional dapat memanfaatkan paket manfaat dari BPJS Kesehatan untuk mendapatkan layanan asuhan pasca keguguran. Pembiayaan pelayanan asuhan pasca keguguran di fasilitas kesehatan mengacu pada Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

## 5.3. Sumber daya manusia

Pengembangan sumber daya manusia untuk penyediaan layanan asuhan pasca keguguran bertujuan menyediakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi berupa keterampilan, pengetahuan, dan sikap yang penting dalam asuhan pasca keguguran.

Pelatihan merupakan upaya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam menyediakan layanan asuhan pasca keguguran yang berkualitas. Konsep pelatihan asuhan pasca keguguran dapat berupa:

▶ **Pre-service training (pada masa pendidikan)**

Materi asuhan pasca keguguran masuk dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan (kedokteran, kebidanan, kesehatan masyarakat, dan lain-lain)

▶ **In-service training (pelatihan setelah bertugas)**

Pelatihan mengajarkan aspek klinis maupun aspek manajemen asuhan pasca keguguran bagi peserta yang memberi pelayanan kesehatan.

Pelatihan asuhan pasca keguguran yang komprehensif setidaknya membahas topik-topik sebagai berikut.

- ▶ Prinsip-prinsip asuhan pasca keguguran yang komprehensif
- ▶ Sikap dan keyakinan tenaga kesehatan lewat klarifikasi nilai dan transformasi sikap
- ▶ Konseling
- ▶ Tatalaksana medis, termasuk evakuasi hasil konsepsi dengan metode yang direkomendasikan dan tatalaksana komplikasi. Tatalaksana keguguran  $\geq 13$  minggu memerlukan pelatihan khusus yang diikuti tim tenaga kesehatan, dipimpin oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang sudah terampil dalam tatalaksana keguguran  $< 13$  minggu.
- ▶ Layanan KB dan kontrasepsi
- ▶ Rujukan
- ▶ Pemberdayaan dan kemitraan dengan masyarakat

## 5.4. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan kasus keguguran dilakukan dengan menggunakan formulir-formulir yang sudah ada, yaitu:

## Pencatatan

- ▶ Kartu ibu atau rekam medis lainnya yang disimpan di fasilitas kesehatan
- ▶ Register kohor ibu

## Pelaporan

- ▶ LB3KIA (kini sudah terintegrasi ke dalam SIP)
- ▶ SIP (sistem informasi puskesmas)
- ▶ SIRS (sistem informasi rumah sakit)

Untuk kepentingan kodifikasi dan pencatatan diagnosis dengan ICD-10, keguguran berada di bawah klasifikasi dengan kode O01-O08 (lihat ICD-10 untuk klasifikasi yang lebih rinci).

- ▶ **O01.** Mola hidatidosa
- ▶ **O02.** Hasil konsepsi abnormal lainnya
- ▶ **O03.** Keguguran spontan
- ▶ **O04.** Keguguran medis (induksi)
- ▶ **O05.** Keguguran lainnya
- ▶ **O06.** Keguguran tidak spesifik
- ▶ **O07.** Upaya aborsi yang gagal
- ▶ **O08.** Komplikasi keguguran dan kehamilan ektopik dan mola

Prosedur yang dilakukan sebagai bagian dari tatalaksana keguguran dicatat sesuai dengan klasifikasi ICD-9 CM, misalnya:

- ▶ Kuretase aspirasi setelah keguguran atau persalinan **69.52**
- ▶ Pemasangan laminaria, serviks **69.93**
- ▶ Pemberian prostaglandin supositoria **96.49**





| BULAN: _____ |          | TAHUN: _____ |                         | BIDAN: _____      |                  |            |                 |                     |         |           |                      |              |               |           |           |                    |                    |           |               |             |                       |               |            |          |            |  |
|--------------|----------|--------------|-------------------------|-------------------|------------------|------------|-----------------|---------------------|---------|-----------|----------------------|--------------|---------------|-----------|-----------|--------------------|--------------------|-----------|---------------|-------------|-----------------------|---------------|------------|----------|------------|--|
| NO.          | MAMA IBU | NIK IBU      | ALAMAT (Desa/Kelurahan) | SUMBER PEMBAYARAN | USIA IBU (tahun) | STATUS GPA | JARAK KEHAMILAN | TAKSIRAN PERSALINAN | TB (cm) | LILA (cm) | SKRINING INDIKASI TD | SKRINING TBC | SKRINING JIWA | Hb (g/dl) | Gd. darah | Protein urin (+/-) | Glukosa urin (+/-) | HIV (+/-) | Sifilis (+/-) | HbsAg (+/-) | TBC Mikroskopis (+/-) | Malaria (+/-) | Lain-lain* | KONSELIG | KOMPLIKASI | TATA LAKSANA ASUS IBU HAMIL (tinggi badan, jeda kelahiran) *** |
| 1            | 2        | 3            | 4                       | 5                 | 6                | 7          | 8               | 9                   | 10      | 11        | 12                   | 13           | 14            | 15        | 16        | 17                 | 18                 | 19        | 20            | 21          | 22                    | 23            | 24         | 25       | 26         | 27   |
|              |          |              |                         |                   |                  |            |                 |                     |         |           |                      |              |               |           |           |                    |                    |           |               |             |                       |               |            |          |            |  |
|              |          |              |                         |                   |                  |            |                 |                     |         |           |                      |              |               |           |           |                    |                    |           |               |             |                       |               |            |          |            |  |
|              |          |              |                         |                   |                  |            |                 |                     |         |           |                      |              |               |           |           |                    |                    |           |               |             |                       |               |            |          |            |  |

Gambar 17. Pencatatan kasus keguguran di Register Kohor Ibu





Bina Medika Utama  
 Jalan Bina Utama No. 10  
 Yogyakarta 55132

**Formulir RL 3.4  
KEGIATAN KEBIDANAN**

Kode RS : .....  
 Nama RS : .....  
 Tahun : .....

| NO  | JENIS KEGIATAN      | RUMAH SAKIT |             |                | RUJUKAN       |             |              | MEBES         |             |              | NON MEBES     |             |              | NON RUJUKAN   |             |              | DIRIUK        |             |
|-----|---------------------|-------------|-------------|----------------|---------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|---------------|-------------|
|     |                     | BIDAN       | PRUSKES MAS | FASKES LAINNYA | Jumlah Hitung | Jumlah Mail | Jumlah Total | Jumlah Hitung | Jumlah Mail | Jumlah Total | Jumlah Hitung | Jumlah Mail | Jumlah Total | Jumlah Hitung | Jumlah Mail | Jumlah Total | Jumlah Hitung | Jumlah Mail |
| 1   | 2                   | 3           | 4           | 5              | 6             | 7           | 8            | 9             | 10          | 11           | 12            | 13          | 14           | 15            | 16          |              |               |             |
| 1   | Perawatan Normal    |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 2   | Secara sesama       |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3   | Pers. dg komplikasi |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3.1 | Pers. dg Perawatan  |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3.2 | Pers. dg Perawatan  |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3.3 | Pre Eclampsia       |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3.4 | Eclampsia           |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3.5 | Infeksi             |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 3.6 | Lain - Lain         |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 4   | Abortif             |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 5   | Imunisasi           |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 5   | Imunisasi - TT1     |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 5   | Imunisasi - TT2     |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |
| 99  | TOTAL               |             |             |                |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |              |               |             |

Gambar 19. Pelaporan kasus keguguran di Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

## 5.5. Kemitraan dan pemberdayaan masyarakat

Sebagaimana halnya pelayanan kesehatan yang lain, sistem kesehatan perlu menjamin adanya pemberdayaan masyarakat di mana perempuan berada, yang bertujuan:

### 1. Memastikan rujukan dan tata laksana komplikasi kasus keguguran yang tepat waktu, suportif, dan tidak menghakimi

Kematian dan kesakitan terkait keguguran dapat diturunkan bilamana dilakukan: (1) rujukan kasus komplikasi sedini mungkin, (2) asuhan tindak lanjut yang memadai, serta (3) konseling yang baik.

Tenaga kesehatan, misalnya bidan desa, perlu mendapat klarifikasi nilai pribadi dan dilatih untuk dapat menyediakan informasi, rujukan, dan layanan yang menghargai perempuan dan kebutuhannya. Mereka juga harus mampu mengedukasi perempuan mengenai tanda dan gejala keguguran serta komplikasi yang membutuhkan penanganan medis, dan di mana mereka dapat mengakses layanan yang memadai.

Masyarakat dapat membantu proses rujukan dan tatalaksana dengan mencarikan donor darah, menggalang dana, membantu mengurus pembiayaan dengan skema JKN ataupun skema lain, hingga mempersiapkan transportasi pada kondisi gawat darurat, misalnya lewat program Desa Siaga.

Bidan desa dilatih merujuk perempuan dengan kegawat-daruratan ke layanan kesehatan, menyediakan asuhan tindak lanjut dan kontrasepsi bilamana diperlukan setelah tata laksana. Selain itu, tenaga kesehatan perlu ditingkatkan kapasitasnya untuk mengidentifikasi kekerasan berbasis gender yang dialami perempuan, yang berpotensi menyebabkan terjadinya keguguran.

### 2. Melibatkan masyarakat dalam mempromosikan dan menjaga keberlangsungan layanan APK yang berkualitas

Fasilitas kesehatan dan pengelola program kesehatan perlu:

- ▶ menyediakan saluran bagi masyarakat untuk memberikan umpan balik, saran, dan pengaduan terkait layanan kesehatan
- ▶ melibatkan masyarakat dalam forum-forum perencanaan, pengawasan, dan evaluasi program dan layanan asuhan pasca keguguran, misalnya lewat Lokakarya Mini (Lokmin) di Puskesmas, pertemuan lintas sektor, Badan Pertimbangan Kesehatan (BPK), atau Perencanaan Terpadu Kesehatan Ibu dan Anak (PTKIA).

### **3. Memberikan informasi dan edukasi terkait pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, induksi keguguran yang tidak aman, dan keguguran**

Pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan dapat memanfaatkan kegiatan-kegiatan di masyarakat, seperti Posyandu, Posyandu remaja, kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), penjangkaran kesehatan di sekolah, atau memanfaatkan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R), untuk memberikan informasi dan edukasi.

Adapun informasi dan edukasi meliputi:

- ▶ Hak kesehatan seksual dan reproduksi
- ▶ Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan
- ▶ Keluarga berencana dan kontrasepsi
- ▶ Asuhan antenatal yang berkualitas
- ▶ Tanda dan gejala keguguran serta komplikasinya
- ▶ Pemetaan fasilitas kesehatan yang mampu memberi asuhan pasca keguguran sebagai tempat rujukan sesegera mungkin bila mendapati tanda dan gejala keguguran
- ▶ Pencegahan induksi keguguran yang tidak aman

#### 4. Melibatkan masyarakat untuk memberikan dukungan psikososial bagi perempuan dengan keguguran

Fasilitas kesehatan perlu mengidentifikasi kelompok-kelompok di masyarakat yang dapat menyediakan dukungan dan layanan psikososial. Tenaga kesehatan dan kader perlu membantu menghilangkan stigma negatif di masyarakat terkait perempuan yang mengalami keguguran.

### 5.6. Pengawasan dan evaluasi

Pengawasan dan evaluasi dilakukan secara berjenjang baik oleh pengelola fasilitas kesehatan, pemerintah daerah, dan pemerintah pusat. Berikut adalah beberapa parameter layanan di tingkat fasilitas kesehatan yang dapat dikaji dalam proses pengawasan dan evaluasi layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif.

**Tabel. 14. Parameter yang dikaji dalam pengawasan dan evaluasi layanan asuhan pasca keguguran**

| NO.      | PARAMETER YANG DIKAJI   | YA | TIDAK |
|----------|---|----|-------|
| <b>1</b> | <b>ALAT, BAHAN HABIS PAKAI, DAN OBAT-OBATAN</b>   |    |       |
| 1.1      | Aspirator vakum manual (AVM) beserta kanula berbagai ukuran selalu tersedia di fasilitas kesehatan dalam 3 bulan terakhir   |    |       |
| 1.2      | Obat-obatan untuk evakuasi hasil konsepsi (setidaknya misoprostol) selalu tersedia (tidak mengalami stock out) di fasilitas kesehatan dalam 3 bulan terakhir                    |    |       |
| 1.3      | Alat dan bahan habis pakai untuk pencegahan infeksi* tersedia di fasilitas kesehatan<br>*) termasuk pengelolaan alat-alat yang digunakan untuk prosedur evakuasi hasil konsepsi |    |       |
| 1.4      | Antibiotika profilaksis (doksisisiklin, azitromisin, atau metronidazol) selalu tersedia (tidak pernah mengalami stock out) di fasilitas kesehatan dalam 3 bulan terakhir        |    |       |
| 1.5      | Lidokain untuk blok paraservikal selalu tersedia (tidak pernah mengalami stock out) di fasilitas kesehatan dalam 3 bulan terakhir   |    |       |
| 1.6      | Obat-obatan analgetik* selalu tersedia (tidak pernah mengalami stock out) di fasilitas kesehatan dalam 3 bulan terakhir<br>*) parasetamol tidak termasuk                        |    |       |

|          |  |
|----------|--|
| 1.7      | Obat dan alat kontrasepsi* selalu tersedia (tidak pernah mengalami stock out) di fasilitas kesehatan dalam 3 bulan terakhir<br>*) setidaknya AKDR/implan ditambah setidaknya 3 pilihan metode kontrasepsi lain             |
| <b>2</b> | <b>KETENAGAAN</b>  |
| 2.1      | Tenaga yang mampu memberikan layanan konseling asuhan pasca keguguran, termasuk konseling kontrasepsi pasca keguguran, tersedia di fasilitas Kesehatan   |
| 2.2      | Tenaga kesehatan yang mampu melakukan evakuasi hasil konsepsi dengan metode yang aman* tersedia di fasilitas kesehatan<br>*) tidak menggunakan kuret tajam, melainkan obat-obatan atau aspirasi vakum                      |
| 2.3      | Tenaga kesehatan yang mampu memberikan pelayanan KB metode kontrasepsi reversibel jangka panjang (AKDR/implan) tersedia di fasilitas Kesehatan   |
| <b>3</b> | <b>PEMBERIAN LAYANAN</b>   |
| 3.1      | Konseling pada kasus keguguran (meliputi konseling tatalaksana, psikososial, maupun perencanaan kehamilan) dapat diberikan   |
| 3.2      | Layanan evakuasi hasil konsepsi dilakukan dengan metode yang aman* untuk keguguran di trimester 1 kehamilan tersedia di fasilitas kesehatan<br>*) tidak menggunakan kuret tajam, melainkan obat-obatan atau aspirasi vakum |
| 3.3      | Layanan evakuasi hasil konsepsi dilakukan dengan metode yang aman* untuk keguguran di trimester 2 kehamilan tersedia di fasilitas kesehatan<br>*) tidak menggunakan kuret tajam, melainkan obat-obatan atau aspirasi vakum |
| 3.4      | Tatalaksana komplikasi pada kasus keguguran (meliputi komplikasi dari proses keguguran maupun dari prosedur evakuasi) dapat diberikan di fasilitas kesehatan   |
| 3.5      | Tatalaksana kedaruratan* pada kasus keguguran dapat diberikan di fasilitas kesehatan<br>* khusus di FKTP adalah tata laksana awal kedaruratan dan diikuti rujukan sesuai standar   |
| 3.6      | Blok paraservikal selalu dikerjakan sebelum evakuasi hasil konsepsi dengan AVM dilakukan   |
| 3.7      | Obat-obatan analgetik* diberikan sebelum evakuasi hasil konsepsi dilakukan<br>*) tidak termasuk parasetamol  |
| 3.8      | Antibiotika profilaksis (doksisisiklin, azitromisin, atau metronidazol) diberikan kepada pasien sebelum evakuasi hasil konsepsi dengan AVM dilakukan   |
| 3.9      | Layanan kontrasepsi (AKDR/implan ditambah 3 metode lain) tersedia di fasilitas kesehatan   |

|          |   |
|----------|---|
| 3.10     | Ruang konseling yang privat dan menjaga kerahasiaan auditorik maupun visual tersedia di fasilitas kesehatan   |
| 3.11     | Ruang tindakan yang privat dan menjaga kerahasiaan auditorik maupun visual tersedia di fasilitas kesehatan  |
| 3.12     | Rujukan tersedia bagi pasien yang tidak dapat memperoleh layanan di fasilitas kesehatan   |
| <b>4</b> | <b>PEMBERDAYAAN MASYARAKAT</b>  |
| 4.1      | Tenaga kesehatan memberikan pendidikan kepada masyarakat mengenai tanda bahaya pada kehamilan, tanda dan gejala keguguran pada ibu hamil serta pentingnya asuhan pasca keguguran yang tepat waktu dan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang terampil di fasilitas yang sesuai standar |
| 4.2      | Tenaga kesehatan memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual yang komprehensif kepada WUS/PUS, calon pengantin, dan remaja   |
| 4.3      | Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan memberikan pendidikan kepada masyarakat terkait pencegahan dan akses penanganan kekerasan berbasis gender   |
| <b>5</b> | <b>TATA KELOLA</b>  |
| 5.1      | Tersedia SOP yang sesuai dengan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran Diagnosis dan Tatalaksana Keguguran   |
| 5.2      | Terdapat mekanisme kendali dan peningkatan mutu di fasilitas, khususnya pelaporan dan tindak lanjut komplikasi serius akibat tindakan   |
| <b>6</b> | <b>PEMBIAYAAN</b>   |
| 6.1      | Tersedia mekanisme pembiayaan kesehatan (JKN, Jampersal, dll) untuk pelayanan asuhan pasca keguguran di fasilitas kesehatan   |
| <b>7</b> | <b>SISTEM INFORMASI</b>   |
| 7.1      | Fasilitas kesehatan memiliki sistem pencatatan kasus keguguran  |
| 7.2      | Fasilitas kesehatan memiliki sistem pelaporan kasus keguguran   |
| 7.3      | Fasilitas kesehatan memiliki sistem pencatatan dan pelaporan efek samping serius  |
| 7.4      | Fasilitas kesehatan mengirimkan laporan terkait abortus ke Dinas Kesehatan  |

Selain parameter-parameter di atas, terdapat beberapa data yang dapat dikumpulkan oleh Pemerintah Daerah untuk memahami situasi terkait keguguran dan membuat perencanaan program, misalnya:

- ▶ Angka perempuan yang hamil
- ▶ Angka perempuan yang mengalami keguguran

- ▶ Angka keguguran pada *unmet need*
- ▶ Angka keguguran pada ibu risiko tinggi
- ▶ Faktor risiko keguguran
- ▶ Angka perempuan keguguran yang mendapat konseling
- ▶ Angka perempuan yang mendapat layanan evakuasi hasil konsepsi dengan metode modern (AVM atau misoprostol)
- ▶ Angka perempuan keguguran yang mendapat layanan kontrasepsi/KB pasca keguguran
- ▶ Angka perempuan keguguran dengan risiko tinggi yang mendapat layanan kontrasepsi/KB pasca keguguran
- ▶ Jenis metode kontrasepsi/KB pasca keguguran yang diberikan
- ▶ Angka perempuan keguguran di RS yang dirujuk balik ke Puskesmas
- ▶ Angka perempuan meninggal akibat keguguran

# DAFTAR PUSTAKA

- Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2000;14(5):839-854.
- Rossen LM, Ahrens KA, Branum AM. Trends in Risk of Pregnancy Loss Among US Women, 1990-2011. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018 Jan;32(1):19-29.
- Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK: A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2012;94(6):417.
- Zinaman MJ, Clegg DE, Brown CC, O'Connor J, Selevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril* 1996; 65:503-9.
- Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF et al. Incidence of early loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine* 1988; 319: 189±194.
- Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114:170-186.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kajian determinan kematian maternal di lima region. Kementerian Kesehatan; 2012.
- Reardon DC, Thorp JM. Pregnancy associated death in record linkage studies relative to delivery, termination of pregnancy, and natural losses: A systematic review with a narrative synthesis and meta-analysis. *SAGE Open Med* 2017.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010. Kemenkes RI; 2010.
- Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson Jr BR, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017 Sep.
- Utomo B, et al. Incidence and social-psychological aspects of abortion in Indonesia: a community-based survey in 10 major cities and 6 districts, year 2000. Jakarta: Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia; 2001.
- Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(3).
- Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015; 17(11).
- Ipas. Women-centered post abortion care: reference manual. Ipas; 2014.
- Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to

- (re-) learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2014;36(11),997-1001.
- Lemmers M, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2016 Jan;31(1):34-45.
- Wang YL, Weng SS, Huang WC. First-trimester abortion complicated with placenta accreta: a systematic review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019; 58(1):10-14.
- Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta—summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta*. 2002; 23(2–3): 210-214.
- Beuker JM, Erwich JJHM, Khong TY. Is endomyometrial injury during termination of pregnancy or curettage following miscarriage the precursor to placenta accreta? *J Clin Pathol* 2005;58:273–275.
- Philbin J, Soeharno N, Giorgio M, Kurniawan R, Ingerick M, Utomo B. Health system capacity for post-abortion care in Java, Indonesia: a signal functions analysis. Under review at *BMC Reproductive Health*.
- World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012.
- World Health Organization. *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: WHO; 2014.
- World Health Organization. *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Geneva: WHO; 2015.
- Gemzell-Danielsson K, Kallner HK, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014: 126(S1); p.S52-S55.
- Powell, B. and Kapp, N. (2019), Validation of instrument reprocessing methods for the Ipas manual vacuum aspiration devices. *Int J Gynecol Obstet*, 147: 89-95.
- Ipas. *Clinical updates in reproductive health*. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas; 2019.
- Hadijanto B. Keguguran. In: Abdul Bari Saifuddin, Trijatmo Rachimhadhi GHW, editor. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010. p. 459–80.
- Cunningham FG, editor. Abortion. In: *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw Hill; 2014. p. 350–70.
- Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
- Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Sebelum Hamil, Kehamilan, Melahirkan, Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Peraturan Kepala BKKBN Nomor 24 Tahun 2017 tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1051 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neontatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1226 Tahun 2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 118 Tahun 2014 tentang Kompendium Alat Kesehatan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

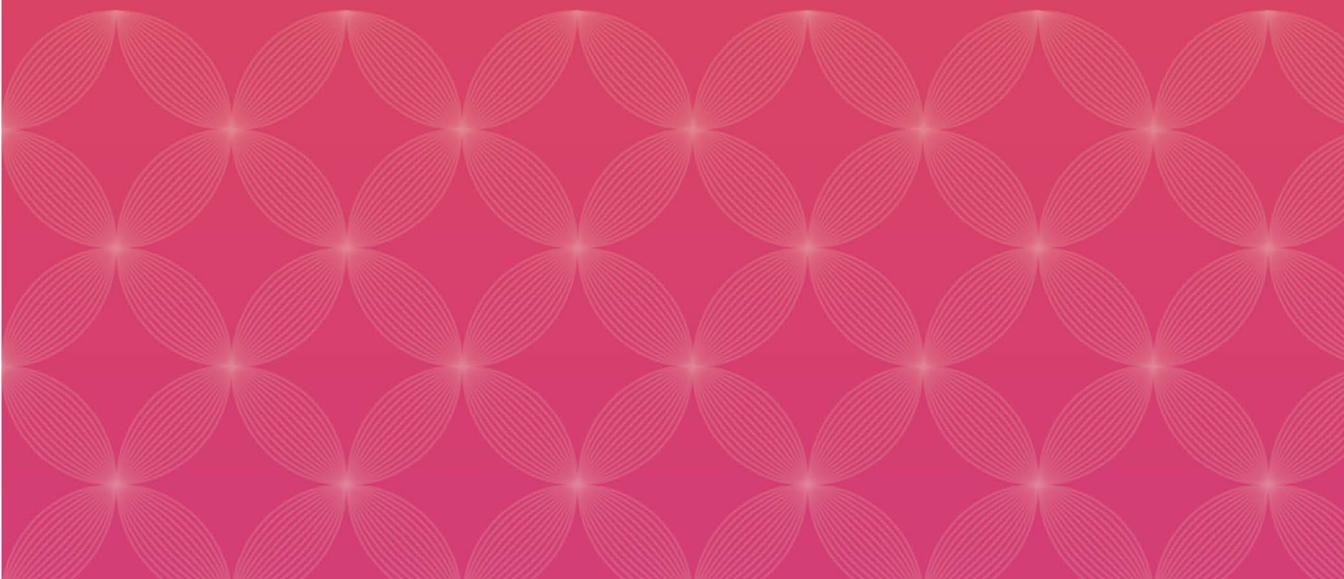
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/514 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/659 Tahun 2017 tentang Formularium

## Obat Nasional

- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 Jam. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2012.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONEK. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2013.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
- Kementerian Kesehatan RI. Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber-KB. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
- Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.

# LAMPIRAN



## LAMPIRAN 1. Perempuan yang memerlukan perhatian khusus

Tergantung kondisi di masyarakat, tenaga kesehatan mungkin akan menemukan perempuan-perempuan tertentu yang memerlukan perhatian khusus dalam asuhan pasca keguguran. Mereka mungkin akan merasa kurang nyaman mengungkapkan beberapa isu, oleh karenanya, konselor perlu mengasah keterampilan mengajukan pertanyaan sehingga dapat menggali informasi mengenai situasi, lingkungan, latar belakang kehidupan, dan keputusan perempuan dengan mendalam. Konselor mungkin memerlukan pelatihan khusus untuk menangani kasus-kasus demikian, atau mencari bantuan konselor yang lebih ahli.

Beberapa kelompok perempuan yang memerlukan perhatian khusus antara lain: (1) perempuan dengan keguguran berulang, (2) perempuan yang mengalami kekerasan, (3) perempuan dengan HIV/AIDS, (4) remaja, (5) perempuan pekerja seks, (6) perempuan dengan disabilitas, (7) perempuan dengan disabilitas sensorik/fisik, (8) pengungsi, dan (9) perempuan yang kehilangan kesuburannya karena komplikasi keguguran

### **1. Perempuan dengan keguguran berulang**

Jika perempuan memiliki riwayat keguguran berulang namun masih menginginkan kehamilan, konselor perlu merujuknya untuk menemui dokter spesialis kebidanan dan kandungan.

Jika perempuan tidak menginginkan kehamilan namun telah berkali-kali hamil, konselor perlu menanyakan mengapa hal tersebut terjadi dan membantu perempuan mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah terkait akses kontrasepsi. Beberapa perempuan mungkin tidak dapat memberikan jawaban yang memuaskan tentang mengapa mereka tidak menggunakan kontrasepsi meski tidak ingin hamil. Pada beberapa kasus, perempuan mungkin memiliki kepercayaan tertentu, atau berada dalam hubungan yang penuh kekerasan. Konselor dapat membantu perempuan menggali isu-isu emosional yang mengganjal di dalam dirinya, seperti trauma akibat penyiksaan di masa kecil atau perasaan rendah diri, yang kemudian berujung pada kehamilan yang tidak diinginkan. Untuk isu kejiwaan

yang lebih berat, konselor perlu merujuk pasien ke tenaga kesehatan jiwa yang professional.

## 2. Perempuan yang mengalami kekerasan

Perempuan yang mengalami kekerasan seperti perkosaan, paksaan untuk berhubungan seks, pelecehan seksual, paksaan prostitusi, hubungan inses, sering mengalami cedera fisik, menderita penyakit menular seksual, dan dapat mengalami tekanan mental serta kehamilan yang tidak diinginkan. Kekerasan fisik dan mental dapat berkontribusi terhadap terjadinya keguguran atau upaya pengguguran kandungan. Karena itu, konselor perlu menaruh perhatian lebih terhadap kasus-kasus serupa.

Konselor diharapkan membuat perempuan merasa lebih nyaman saat menjawab pertanyaan terkait kekerasan dengan menggunakan kalimat-kalimat berikut:

- ▶ “Karena ada banyak perempuan di tengah masyarakat yang mengalami kekerasan dari orang sekitar, maka kami berkewajiban menanyakan pertanyaan-pertanyaan sekitar kekerasan kepada semua pasien kami.”
- ▶ “Banyak pasien saya mengalami masalah dalam rumah tangganya. Karena sebagian dari mereka takut mengungkapkan hal tersebut, saya menanyakannya secara rutin saat bertemu dengan pasien. Apakah Ibu pernah mengalami masalah tersebut?”
- ▶ “Seperti telah Ibu ketahui, tidak sedikit perempuan yang pernah mengalami kekerasan secara emosional, fisik, maupun seksual dalam hidupnya, dan hal tersebut dapat membawa dampak bagi kesehatan. Apakah hal tersebut pernah terjadi pada Ibu?”
- ▶ “Apakah pasangan Ibu pernah memukul Ibu, menyakiti Ibu secara fisik atau membuat Ibu merasa terancam atau takut?”
- ▶ “Apakah pasangan Ibu atau siapapun pernah memaksa Ibu

melakukan hubungan seksual meskipun Ibu tidak menginginkannya?”

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam konseling terkait kekerasan misalnya:

- ▶ kehamilan yang tidak diinginkan bisa jadi merupakan akibat dari perkosaan atau hubungan inses
- ▶ keguguran yang dianggap spontan sesungguhnya dapat disebabkan oleh kekerasan fisik
- ▶ seorang perempuan dapat mengalami kekerasan lebih lanjut bila layanan kesehatan yang diterimanya saat dan setelah keguguran, termasuk kontrasepsi, tidak dirahasiakan
- ▶ seorang perempuan mungkin telah dipaksa untuk menggugurkan kehamilannya

Seorang konselor yang efektif melakukan hal-hal berikut saat memberikan konseling bagi perempuan yang mengalami kekerasan seksual:

- ▶ menilai kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan yang bijaksana
- ▶ mengevaluasi kebutuhan perempuan terhadap pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut terkait dampak fisik dan mental dari kekerasan yang dialaminya
- ▶ membantu perempuan memperkirakan kemungkinan berlanjutnya kekerasan
- ▶ membantu perempuan membuat rencana untuk keamanan dirinya
- ▶ merujuk perempuan ke layanan dan bantuan yang lain, seperti bantuan hukum atau layanan psikologis

Kunjungan pasca keguguran bisa jadi merupakan satu-satunya kontak perempuan yang mengalami kekerasan dengan sistem layanan kesehatan. Dengan menunjukkan empati dan kepedulian, konselor

dapat membantu pasien mengatasi perasaan malu, takut, atau tidak berguna, yang biasanya muncul setelah mengalami kekerasan, dan seringkali menjadi faktor risiko terjadinya kekerasan selanjutnya. Perempuan yang mengalami kekerasan juga rentan terhadap rasa rendah diri, aktivitas seksual di usia muda, dan perilaku seksual yang berisiko tinggi.

Tenaga kesehatan dan konselor perlu secara rutin menanyakan riwayat kekerasan pada setiap pasien, dan menjadikannya bagian dari konseling. Perempuan dengan riwayat kekerasan yang menerima asuhan pasca keguguran membutuhkan informasi, konseling, dan layanan yang khusus dari petugas yang telah terlatih. Jika konselor belum terlatih untuk menangani pasien dengan kondisi tersebut, ia sebaiknya merujuk pasien ke layanan yang tepat.

### **3. Perempuan dengan HIV/AIDS**

Perempuan dengan HIV/AIDS yang menerima asuhan pasca keguguran membutuhkan informasi, konseling, dan layanan yang khusus. Jika konselor belum terlatih untuk menangani pasien dengan HIV/AIDS, ia sebaiknya merujuk pasien ke layanan yang tepat. Beberapa hal yang perlu dibahas dalam konseling pasien dengan HIV/AIDS antara lain:

- ▶ Pengobatan HIV/AIDS dengan terapi antiretroviral yang diperlukan untuk mencegah komplikasi
- ▶ Penggunaan kondom sebagai pengaman saat berhubungan seksual, untuk mencegah penularan penyakit kepada atau dari pasangan
- ▶ Pencegahan penularan HIV/AIDS ke anak, bila pasien berencana untuk hamil kembali

### **4. Remaja**

Remaja perempuan (berusia <18 tahun) yang mencari layanan asuhan pasca keguguran kemungkinan memiliki lebih sedikit sumber daya dan pengetahuan dibandingkan perempuan dewasa. Mereka mungkin tidak mendapatkan dukungan dari pasangan ataupun orang tua, dan tidak memiliki hak secara hukum untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi tertentu, misalnya kontrasepsi, bila belum

menikah. Karena itu, mereka rentan mengalami tekanan emosional dan keterlambatan mencari pertolongan.

Dalam konseling, konselor perlu membuat remaja perempuan merasa nyaman untuk mengutarakan perasaan dan keputusannya secara jujur. Hal ini diekspresikan dengan dukungan, pemahaman, keterbukaan, dan kepedulian tanpa menghakimi remaja perempuan atas perilaku seksualnya.

Konselor perlu menggali keinginan remaja terkait masa depannya, termasuk rencananya terkait seks dan reproduksi. Apabila remaja tidak ingin terlibat dalam aktivitas seksual sementara waktu, ia perlu dibantu untuk mampu bernegosiasi dengan pasangan dan menolak ajakan atau paksaan, terutama dari laki-laki yang lebih dewasa. Jika remaja memiliki riwayat kekerasan seksual sebelumnya, konselor dapat melakukan rujukan ke pusat layanan yang sesuai untuk konseling jangka panjang.

Jika remaja menginginkan kehamilan kembali, misalnya karena ia sudah menikah, berikan informasi mengenai usia minimal yang baik untuk menjalani kehamilan, yaitu 20 tahun. Berikan informasi terkait pentingnya persiapan dan pemeriksaan kehamilan rutin agar risiko komplikasi dapat ditekan. Jika remaja ingin menunda kehamilan kembali, berikan informasi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan atau penyakit menular seksual, yaitu melalui penggunaan kontrasepsi. Ajarkan remaja untuk mampu bernegosiasi dengan pasangan terkait metode kontrasepsi yang digunakan. Pertimbangkan juga kemungkinan merujuk remaja ke tempat lain untuk mendapatkan layanan tambahan, seperti Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

## **5. Perempuan yang terlibat dalam kegiatan seks komersial**

Ada berbagai alasan seorang perempuan terlibat dalam kegiatan seks komersial. Demikian pula dengan perasaan dan sikap mereka terkait kegiatan tersebut. Konselor perlu menghindari asumsi terkait perilaku seksual, pilihan pasangan, hubungan dengan pasangan, dan relasi kekuatan yang dijalani pasien. Konselor harus mempertahankan fokusnya pada upaya menggali informasi terkait **situasi**

### **dan kebutuhan yang dialami pasien.**

Saat melakukan konseling, konselor yang efektif akan melakukan hal-hal berikut:

- ▶ menggali rencana perempuan untuk melanjutkan atau menghentikan keterlibatannya dalam kegiatan seks komersial
- ▶ memberikan informasi kepada perempuan untuk melindungi diri dan menjaga kesehatannya jika tidak berencana menghentikan kegiatan seks komersialnya
- ▶ menawarkan rujukan ke lembaga-lembaga yang dapat membantu perempuan yang terjebak atau dipaksa masuk ke dalam perdagangan seks
- ▶ membantu perempuan menilai risiko seksual dan kesehatan reproduksinya, termasuk penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, lalu merujuk perempuan untuk layanan skrining, tatalaksana, dan pencegahan
- ▶ merujuk perempuan ke layanan tambahan, seperti konseling khusus, layanan kesehatan, atau bantuan finansial
- ▶ mempertimbangkan bagaimana hal ini dapat diselesaikan di masyarakat

## **6. Perempuan dengan gangguan jiwa dan disabilitas intelektual/mental**

Perempuan dengan gangguan jiwa dan disabilitas intelektual/mental memiliki kebutuhan yang berbeda-beda. Sebagian akan datang bersama pasangan, pengasuh, orang tua, sahabat, atau kerabat. Meskipun melibatkan mereka dalam diskusi terkait kebutuhan, kondisi, persetujuan, dan pilihan terkait tatalaksana dan kontrasepsi dapat membantu, konselor tetap harus berkomunikasi secara langsung dengan pasien. Konselor sebaiknya memulai percakapan dengan pasien dengan nada suara yang meyakinkan dan bertanya apakah pasien ingin dibantu oleh orang yang menemaninya untuk menjawab pertanyaan dan menjalani pemeriksaan serta prosedur lainnya. Hormati keputusan pasien, namun ingatlah, meskipun ada orang lain yang dilibatkan dalam konseling untuk membantu pasien,

pertanyaan harus tetap ditujukan kepada pasien.

Salah kaprah yang sering terjadi adalah bahwa perempuan dengan disabilitas intelektual/mental atau gangguan jiwa tidak aktif secara seksual. Kenyataannya, banyak perempuan dengan kondisi tersebut yang mampu terlibat dalam hubungan seksual yang aman dan konsensual. Meskipun demikian, terdapat risiko yang lebih besar untuk terjadinya kekerasan seksual pada kelompok pasien seperti ini, terutama oleh pengasuhnya. Jika konselor mencurigai adanya kekerasan seksual, ia perlu melakukan konseling dengan pasien secara pribadi dan melakukan rujukan untuk layanan masyarakat lainnya bilamana perlu.

Komunikasi dengan pasien yang mengalami disabilitas intelektual/mental dapat memerlukan waktu yang lebih lama dan upaya yang lebih besar. Konselor perlu melakukan hal-hal berikut untuk menjamin konseling yang efektif:

- ▶ menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami
- ▶ meminta pasien mengulangi informasi yang diberikan dengan kata-katanya sendiri dan memastikan bahwa pasien paham
- ▶ bicara di tempat yang tenang tanpa adanya gangguan visual maupun suara
- ▶ bila diperlukan dapat menggunakan alat bantu visual atau ilustrasi
- ▶ meyakinkan pasien bahwa ia tidak sedang berada dalam masalah
- ▶ memberikan contoh-contoh sebisa mungkin agar mudah dipahami

Beberapa jenis disabilitas intelektual/mental dan gangguan jiwa dapat membuat seorang perempuan merasa cemas. Dalam beberapa kasus, pasien tidak memberikan tanggapan yang baik terhadap sentuhan atau jika ia harus duduk atau berdiri dekat dengan konselor. Setelah keguguran, pasien dapat merasa kebingungan mengenai apa yang telah terjadi pada dirinya, atau merasa takut. Konselor perlu menggunakan kata-kata yang menenangkan dan mudah dimengerti untuk menjelaskan apa yang akan dilakukan kepada pasien.

Terkait persetujuan tindakan, perempuan dengan disabilitas mental

atau gangguan jiwa mungkin memiliki wali yang dapat membantunya memberikan persetujuan. Jika ia mampu melakukannya sendiri, konselor harus memastikan bahwa pasien telah benar-benar memahami pilihannya, karena seringkali mereka menjawab sebelum benar-benar sepenuhnya mengerti.

## **7. Perempuan dengan disabilitas sensorik/fisik**

Secara umum, penyandang disabilitas umumnya memiliki keterbatasan akses dalam memperoleh informasi dan pelayanan kesehatan. Sebagian besar penyandang disabilitas di Indonesia hidup dalam kondisi rentan, terbelakang, dan/atau miskin yang disebabkan masih adanya pembatasan hambatan, kesulitan, dan pengurangan atau penghilangan hak penyandang disabilitas. Stigma, prasangka, dan penolakan akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan partisipasi dalam masyarakat menyebabkan penyandang disabilitas akan berisiko hidup dalam kemiskinan.

Pengetahuan dan perilaku kesehatan reproduksi termasuk penggunaan kontrasepsi di kalangan penyandang disabilitas masih belum baik. Penelitian HWDI (2016) menyebutkan hanya 5% perempuan tuna rungu dan aktif secara seksual yang menggunakan kondom saat melakukan hubungan seks. Sementara itu 75% responden tidak memiliki asuransi kesehatan dan tidak tahu dimana dapat mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Kebutuhan seksual dan perkawinan responden juga diabaikan oleh orang tua, pengasuh, dan keluarga. Sering dilaporkan adanya kasus perkosaan dan bentuk kekerasan seksual lainnya di berbagai tempat seperti sekolah, rumah pribadi, tempat kerja, dan tempat umum lainnya terhadap responden.

Konselor perlu menyadari berbagai kerentanan penyandang disabilitas sensorik/fisik, misalnya ketidakmampuan mereka mengakses informasi kesehatan melalui media KIE yang umumnya berbentuk audio-visual, kesulitan melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang tertentu (misalnya yang melibatkan anggota gerak seperti lengan/tungkai), serta mobilitas yang terbatas karena infrastruktur yang tidak ramah terhadap penyandang disabilitas.

Berbagai kerentanan ini dapat menimbulkan perasaan-perasaan

tertentu dalam diri perempuan penyandang disabilitas sensorik/fisik yang mengalami keguguran, misalnya rasa cemas, sehingga konselor perlu mengenalinya dengan baik. Ketika memberikan konseling, konselor juga harus berusaha berbicara secara langsung kepada perempuan meskipun ia merupakan penyandang disabilitas, dan bukan kepada keluarga/pendampingnya.

Konselor perlu memperhatikan berbagai teknik komunikasi dan interaksi khusus untuk memberikan layanan konseling kepada perempuan dengan disabilitas sensorik/fisik. Contohnya, pada penyandang disabilitas netra, konselor perlu **menyentuhkannya dengan punggung tangan dengan punggung tangan klien untuk memulai interaksi**. Ketika sedang bercakap-cakap konselor tidak boleh meninggalkan klien tanpa memberitahu terlebih dulu. Pada penyandang disabilitas fisik, konselor sebaiknya tidak bersandar atau bertahan di kursi roda seseorang karena pengguna kursi roda menganggap kursi roda mereka sebagai bagian dari tubuh. Konselor juga harus menghindari meraih atau menggandeng tangan pengguna tongkat atau kruk karena mereka memerlukan tangan untuk keseimbangan diri.

## 8. Pengungsi

Di daerah pengungsian rawan untuk terjadi tekanan emosional terkait keamanan, kekerasan, kekurangan makanan, keterbatasan layanan kesehatan, perpisahan dengan keluarga dan rumah, serta ketidakpastian masa depan. Kondisi ini menyebabkan beberapa pasien merasa enggan atau cemas mengungkapkan pikiran dan perasaan saat konseling. Beberapa hal yang perlu diperhatikan konselor antara lain:

- ▶ perbedaan latar budaya, suku, dan kepercayaan
- ▶ kendala bahasa, sehingga memerlukan bantuan penerjemah perempuan
- ▶ kemungkinan adanya keterbatasan layanan kesehatan yang diakses oleh pasien (misalnya kontrasepsi atau perawatan lanjutan setelah prosedur medis dilakukan)
- ▶ ada perempuan yang menginginkan untuk hamil lagi karena

kehilangan anak atau alasan lain, sedangkan ada pula yang tidak ingin hamil karena ketidakpastian hidup sebagai pengungsi

- ▶ adanya ketakutan pada korban kekerasan terhadap stigma karena mereka berupaya menggugurkan kandungannya
- ▶ kondisi lingkungan yang dapat menjadi faktor terjadinya keguguran

## **9. Perempuan yang kehilangan kesuburannya**

Keguguran berulang dan komplikasi berat dari induksi keguguran yang tidak aman dapat menghambat seorang perempuan untuk hamil kembali. Konselor perlu mengantisipasi berbagai reaksi dari perempuan yang kehilangan kesuburannya karena keguguran. Perasaan sedih atau kehilangan dapat muncul baik pada mereka yang mengharapkan kehamilan di masa depan maupun yang tidak. Sebagian lega atau biasa saja setelah mengetahui tidak ada kemungkinan hamil lagi, oleh karenanya, tugas konselor adalah menggali perasaan-perasaan ini, sambil mempertimbangkan implikasi sosial dan budaya yang mungkin muncul di masyarakat.

Pada setiap kasus, konselor perlu memastikan perempuan mengerti konsekuensi dari kondisi medis yang dialaminya. Dengan memahami apa yang mungkin terjadi, pasien dan pasangannya dapat membuat rencana yang sesuai bagi kehidupannya dan keluarga.

Ketidaksuburan atau infertilitas dapat:

- ▶ merusak kepercayaan diri seorang perempuan, pandangannya mengenai tubuhnya, perasaan feminitas, dan kehidupan seksualnya
- ▶ membatasi hubungan seorang perempuan dengan pasangan atau keluarga
- ▶ mengubah posisi sosial seorang perempuan, tergantung pandangan masyarakat dan konteks budaya setempat mengenai kesuburan

Perasaan dan reaksi perempuan mengenai infertilitasnya akan terus berkembang seiring waktu dan ia mungkin akan memerlukan bantuan untuk dapat mengelola perasaannya tersebut. Konselor

dapat membantu pasien menghadapi infertilitas dengan:

1. mendiskusikan berbagai tanggapan pasien terhadap infertilitas. Jelaskanlah bahwa kemarahan, rasa bersalah, kesedihan, kecemasan, dan depresi merupakan hal yang alamiah
2. memberi pemahaman kepada pasien bahwa orang di sekitarnya mungkin memiliki reaksi yang berbeda, namun hal tersebut tidak perlu sampai mengganggu perasaan pasien
3. mendorong pasien untuk mencari dukungan dari keluarga atau sahabat. Pasien mungkin perlu menjelaskan berbagai informasi terkait infertilitas kepada mereka agar mereka dapat mendukung pasien
4. mendorong pasien untuk mengizinkan dirinya merasakan berbagai perasaan yang mungkin muncul
5. merujuk pasien yang memerlukan bantuan lain, seperti adopsi atau layanan fertilitas

## LAMPIRAN 2. Prosedur melakukan rujukan

Komunikasikan rencana merujuk kepada pasien dan bilamana diperlukan, ada pendamping. Bila situasi memungkinkan, tenaga kesehatan memberi kesempatan menjawab pertimbangan dan pertanyaan pasien dan yang mendampinginya. Beberapa hal yang disampaikan meliputi:

- ▶ Diagnosis, kode diagnosis, dan tindakan medis yang diperlukan
- ▶ Alasan untuk merujuk
- ▶ Risiko yang dapat timbul bila rujukan tidak dilakukan
- ▶ Risiko yang dapat timbul selama rujukan dilakukan
- ▶ Waktu yang tepat untuk merujuk dan durasi yang dibutuhkan untuk merujuk
- ▶ Tujuan rujukan
- ▶ Modalitas dan cara transportasi yang digunakan
- ▶ Nama tenaga kesehatan yang akan menemani ibu (bila ada)
- ▶ Jam operasional dan nomor telepon rumah sakit/pusat layanan kesehatan yang dituju
- ▶ Perkiraan lamanya waktu perawatan
- ▶ Perkiraan biaya dan sistem pembiayaan (termasuk dokumen kelengkapan untuk asuransi atau jaminan kesehatan)
- ▶ Petunjuk arah dan cara menuju tujuan rujukan dengan menggunakan modalitas transportasi lain
- ▶ Pilihan akomodasi untuk keluarga

Hubungi pusat layanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan diskusikan dengan tenaga kesehatan yang akan menerima pasien hal-hal berikut ini:

- ▶ Indikasi rujukan
- ▶ Kondisi pasien
- ▶ Rencana terkait prosedur teknis rujukan (termasuk moda transportasi dan kondisi lingkungan dan cuaca menuju tujuan rujukan)

- ▶ Kesiapan sarana dan prasarana di tujuan rujukan
- ▶ Penatalaksanaan yang sebaiknya dilakukan selama dan sebelum transportasi, berdasarkan pengalaman-pengalaman rujukan sebelumnya

Hal yang perlu dicatat oleh pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien adalah:

- ▶ Nama pasien
- ▶ Nama tenaga kesehatan yang merujuk
- ▶ Indikasi rujukan
- ▶ Kondisi pasien
- ▶ Penatalaksanaan yang telah dilakukan sebelumnya
- ▶ Nama dan profesi tenaga kesehatan yang mendampingi pasien

Saat berkomunikasi lewat telepon, pastikan hal-hal tersebut telah dicatat dan diketahui oleh tenaga kesehatan di pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien.

Lengkapi dan kirimlah berkas-berkas berikut ini (secara langsung ataupun elektronik) sesegera mungkin:

- ▶ Formulir rujukan pasien (minimal berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan)
- ▶ Fotokopi rekam medis kunjungan antenatal
- ▶ Fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini
- ▶ Hasil pemeriksaan penunjang
- ▶ Berkas-berkas lain untuk pembiayaan menggunakan jaminan kesehatan

Mulai penatalaksanaan dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi segera setelah berdiskusi dengan tenaga kesehatan di tujuan rujukan. Semua resusitasi, penanganan kegawatdaruratan dilakukan sebelum memindahkan pasien. Bila terdapat indikasi, pasien dapat dipasang jalur

intravena dengan kanul berukuran 16 atau 18.

Periksa kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan untuk merujuk, dengan mempertimbangkan juga kemungkinan yang dapat terjadi selama transportasi.

Nilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk, meliputi keadaan umum pasien, tanda vital (nadi, tekanan darah, suhu, pernafasan), dan kondisi medis spesifik lainnya.

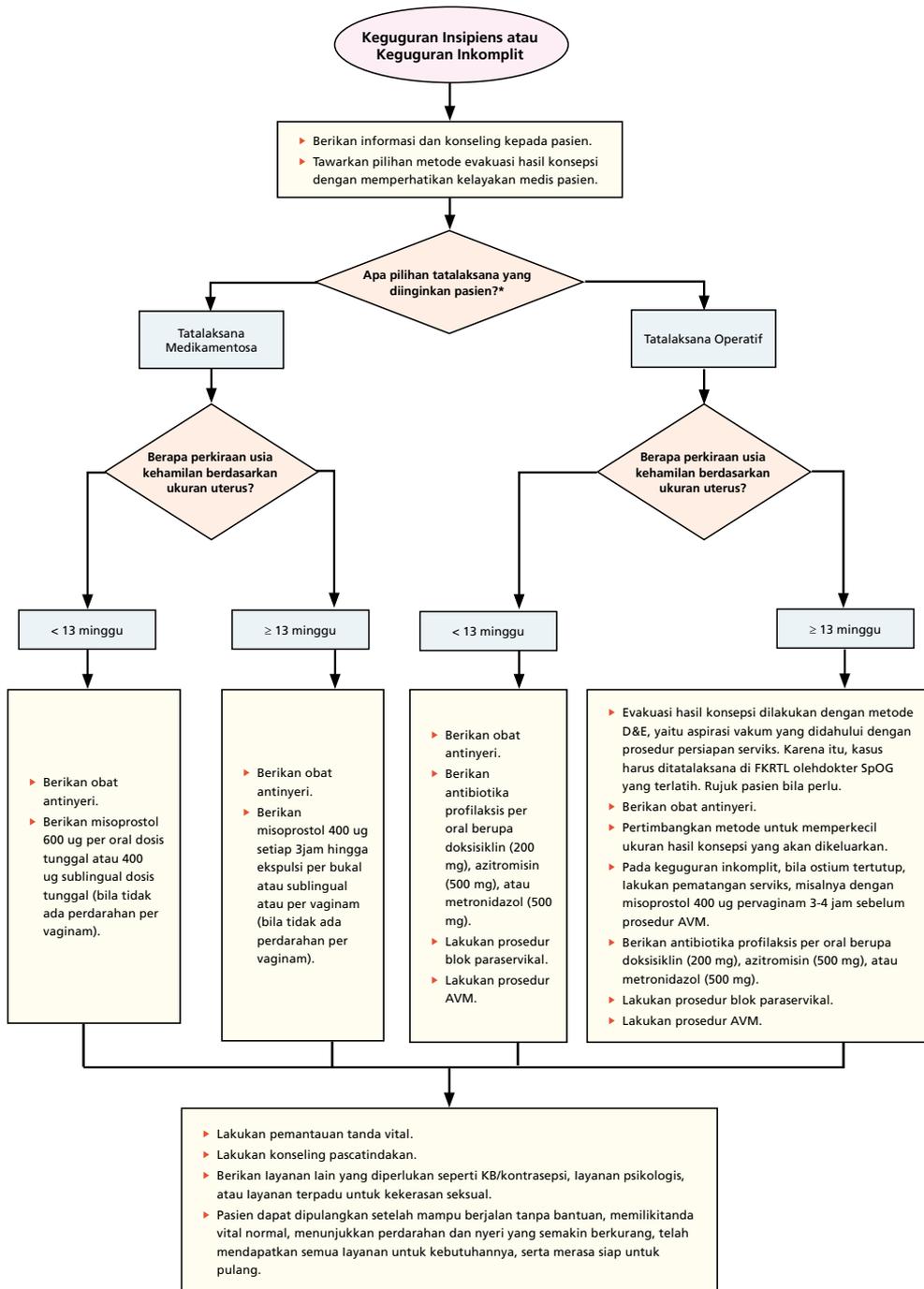
Catat dengan jelas semua hasil pemeriksaan berikut nama tenaga kesehatan dan jam pemeriksaan terakhir.

Untuk memudahkan dan meminimalkan resiko dalam perjalanan rujukan, keperluan untuk merujuk ibu dapat diringkas menjadi BAKSOKU (Bidan/dokter, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, dan Uang).

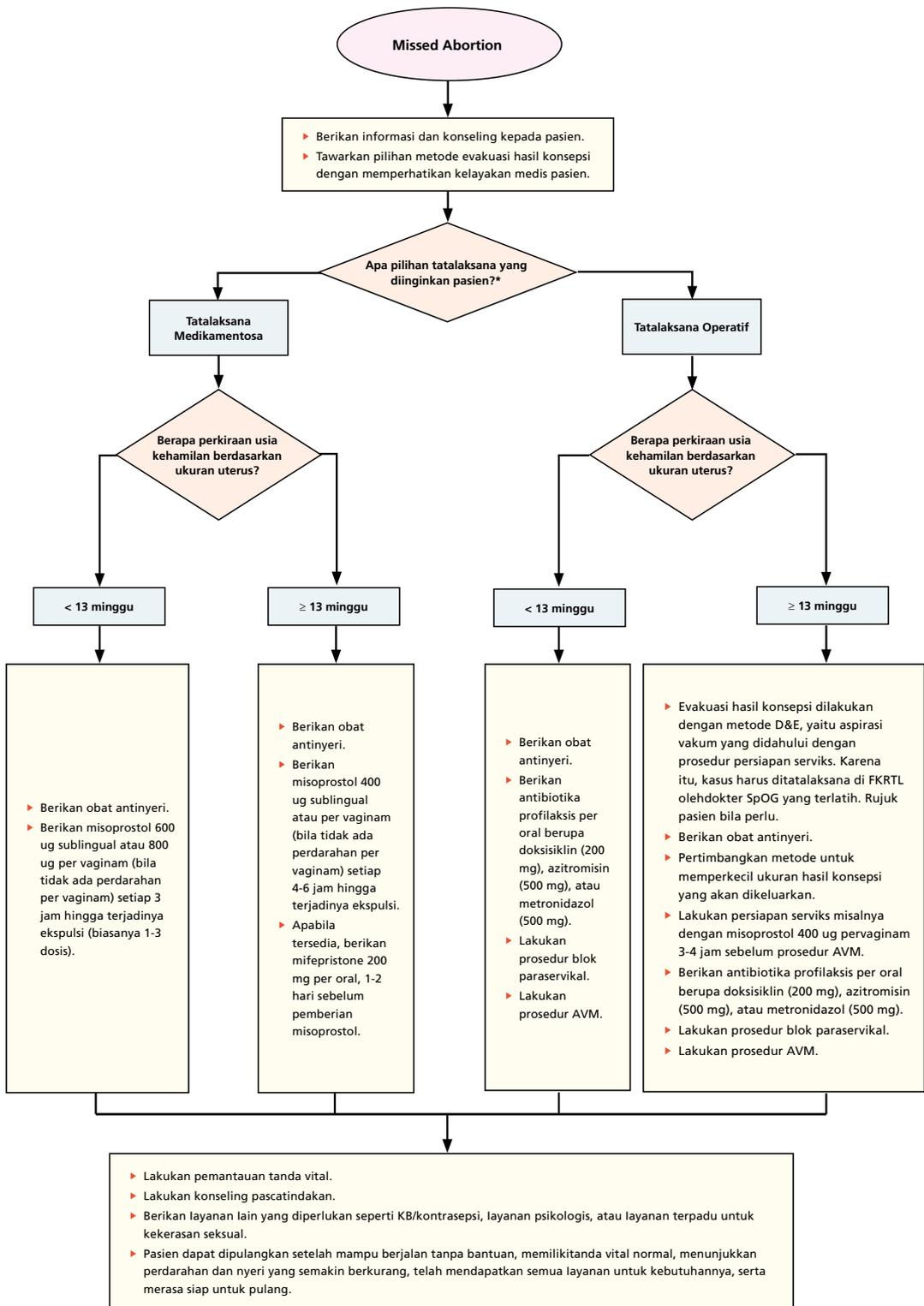
Sumber:

Kementerian Kesehatan RI. Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan. Kemenkes RI; 2014.

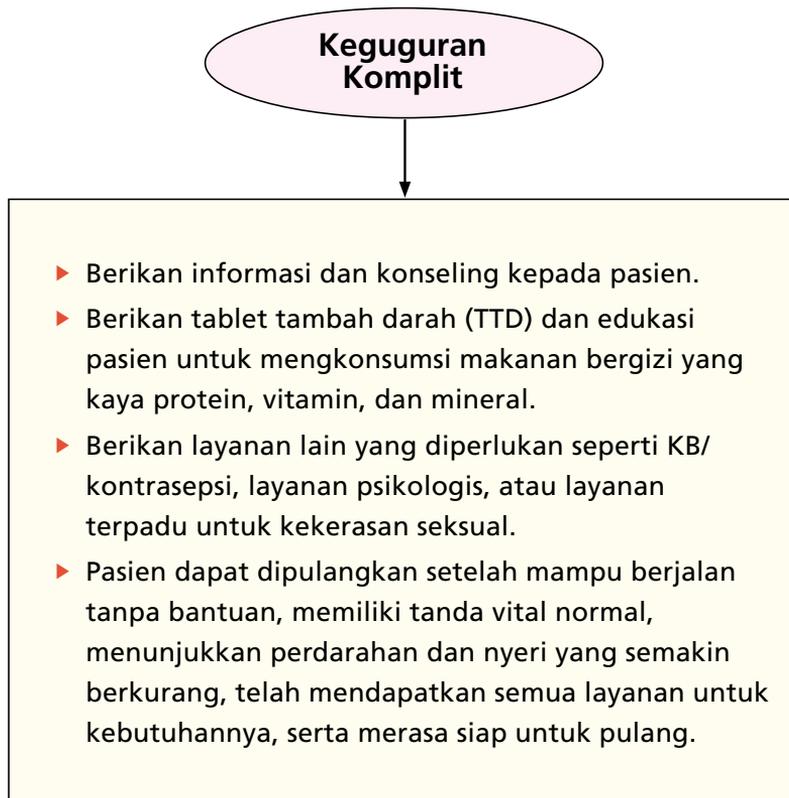
# LAMPIRAN 3. Algoritma tatalaksana keguguran sesuai jenisnya



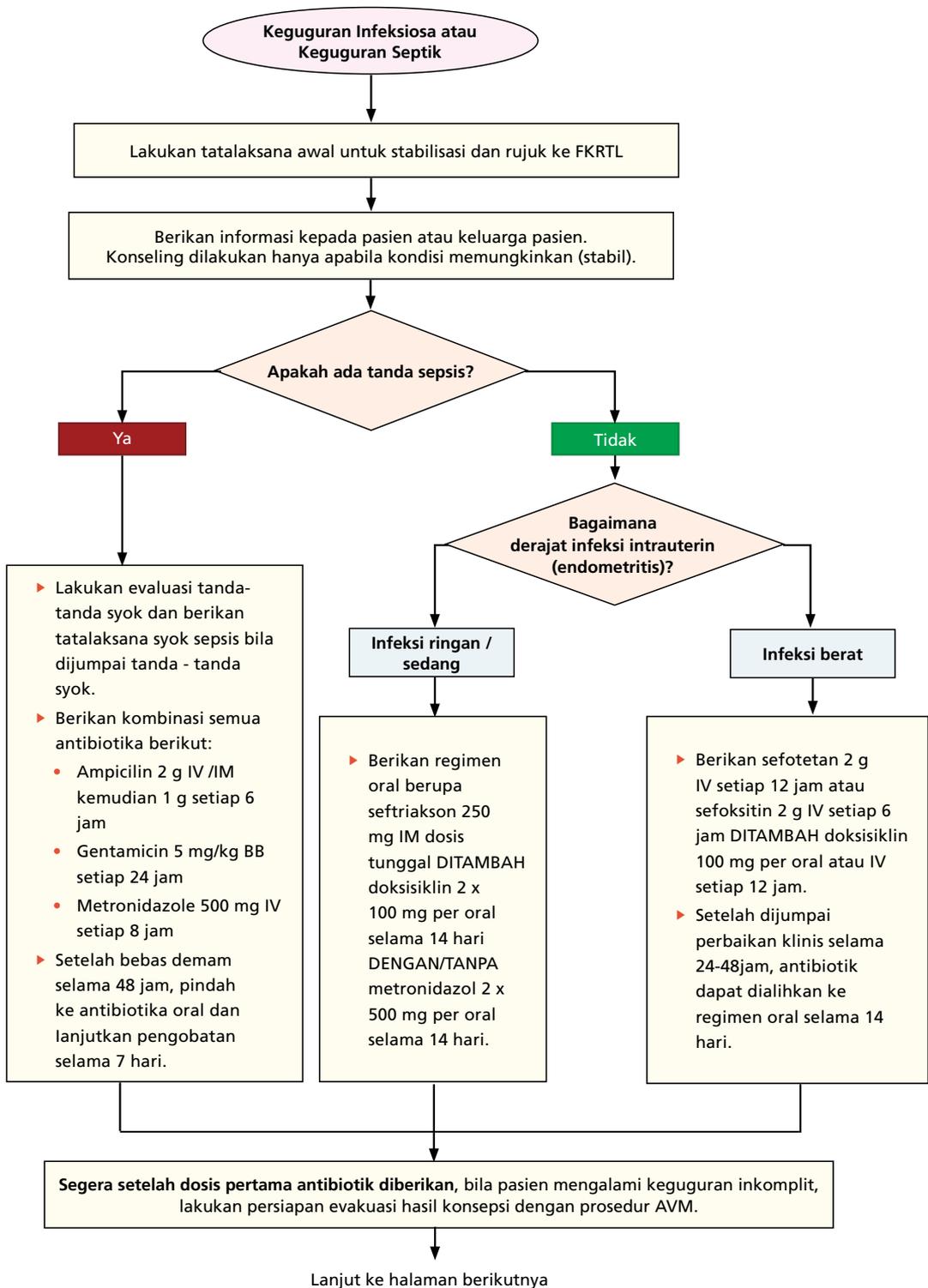
Gambar 21. Algoritma tatalaksana keguguran insipiens atau inkomplit

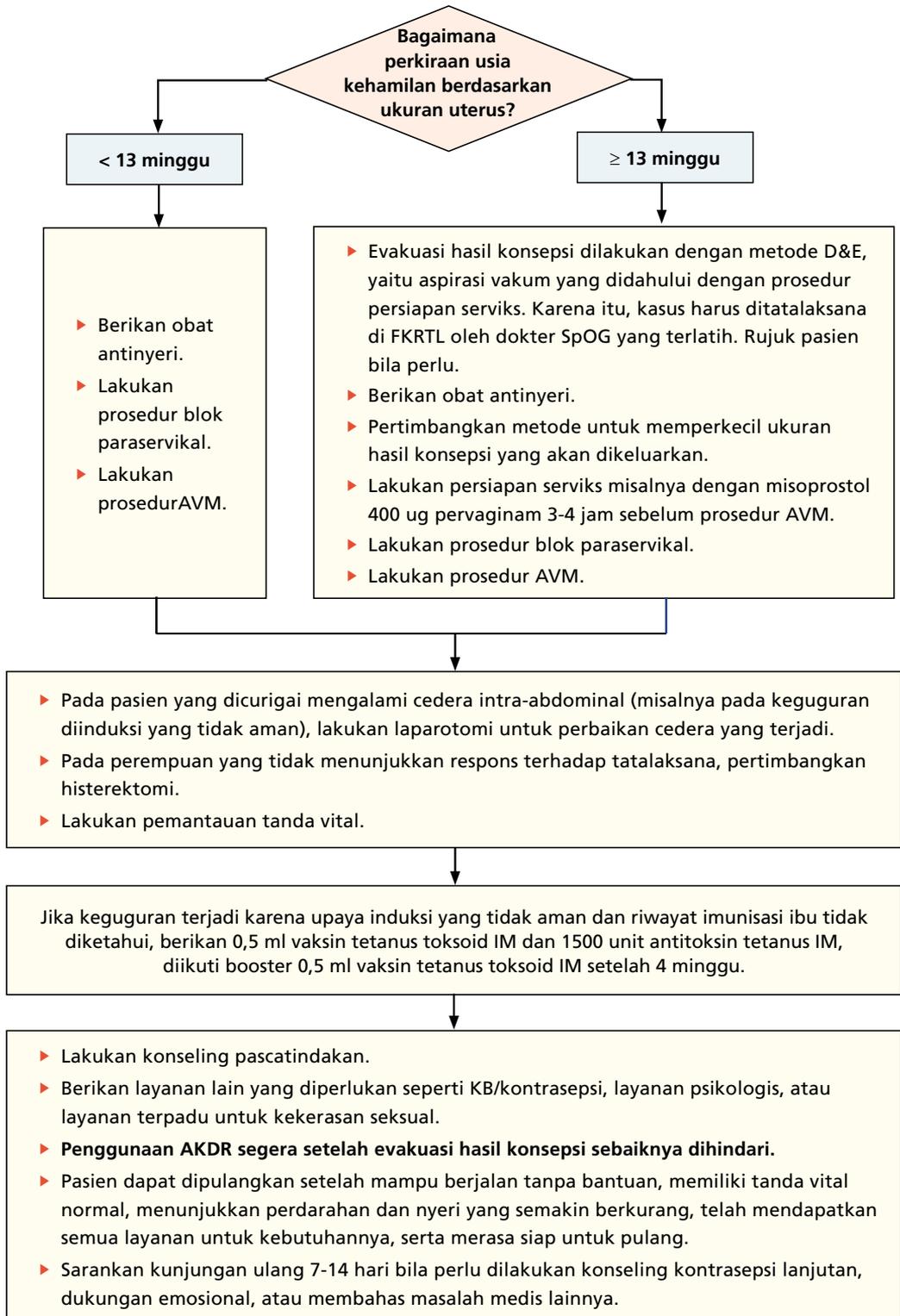


**Gambar 22. Algoritma tatalaksana *Missed Abortion***



**Gambar 23. Algoritma tatalaksana keguguran komplit**





**Gambar 24. Algoritma tatalaksana keguguran infeksiosa atau septik**

ISBN 978-602-416-938-1



9 786024 169381