



Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah



Mencintai Allah menyayangi Sesama
Berkhidmat Menyelamatkan Umat

**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
OBSTETRI DAN GYN
RS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
NOMOR : 560.3/PER/RSISA/V/2019**





Halaman Judul	1
Daftar Isi	2
Penyusun	3
Peraturan Direktur Nomor : 560/PER/RSISA/V/2019 tentang Panduan Praktek Klinis (PPK) Obsgyn	5
Pendahuluan	7
Panduan Prosedur Klinis Sectio Cesarea	8
Panduan Praktik Klinis Pre Eklampsia-Eklampsia	12
Panduan Praktik Klinis Pelayanan Pasien Sindroma Hellp – Preeklampsia.....	17
Pelayanan Pasien Perdarahan Uterus Disfungsional	21
Panduan Praktik Klinis Mioma Uteri	25
Panduan Praktik Klinis Neoplasma Ovarium	27
Panduan Praktik Klinis Perdarahan Post Persalinan.....	28
Panduan Praktik Klinis Abortus	31
Panduan Praktik Klinis Asuhan Persalinan Normal	33
Disclaimer	34
Penutup	35



PENYUSUN
PANDUAN PRAKTIK KLINIS
KSM ILMU OBSTETRY GYNEKOLOGI

1.	dr. H. Muslich Ashari, Sp.OG	Ketua KSM Obsgyn
2.	dr. H.M. Taufiqy Setyabudi, Sp.OG(K)	KSM Obsgyn
3.	dr. Inu Mulyantoro, Sp.OG (K)	KSM Obsgyn
4.	dr. FX. Sunarto, Sp.OG	KSM Obsgyn
5.	dr. Ediwibowo Ambari, Sp.OG(K)	KSM Obsgyn
6.	dr. Rini Aryani, Sp.OG	KSM Obsgyn
7.	dr. Yulice Soraya Nur Intan, Sp.OG	KSM Obsgyn
8.	dr. Gunawan Kuswondo, Sp.OG	KSM Obsgyn



SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

NOMOR : 560.3/PER/RSISA/V/2019

tentang

**PANDUAN PRAKTIK KLINIS OBSGYN
DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

bismillahirrahmanirrahim

DIREKTUR RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

- MENIMBANG** : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung perlu disusun Panduan Praktik Klinis bagi dokter di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- b. bahwa dalam Panduan Praktik Klinis bagi dokter di Rumah Sakit Islam Sultan Agung bertujuan untuk memberikan acuan bagi dokter dalam memberikan pelayanan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan sekaligus menurunkan angka rujukan
- c. bahwa buku panduan praktik klinis tersebut digunakan sebagai bahan acuan kegiatan pelayanan medis
- d. bahwa untuk kepentingan tersebut diatas perlu ditetapkan dalam surat keputusan
- MENINGAT** : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Umum Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755 /Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010



- tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menker/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang pedoman peraturan internal staf medis (Medical Staff Bylaws) di Rumah Sakit;
 9. Keputusan Kepala Badan Penanaman Modal Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 445/01/BPMD/07/2014 tentang Perpanjangan Izin Operasional Rumah Sakit Islam Sultan Agung;
 10. Fatwa Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia Nomor : 107/DSN-MUI/X/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah;
 11. Surat Keputusan Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia Nomor : 008.55.09/DSN-MUI/VIII/2017 tentang Penetapan Layanan dan Manajemen Rumah Sakit Islam Sultan Agung telah memenuhi prinsip syariah;
 12. Surat Keputusan Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung Nomor : 12/SK/YBW-SA/II/2018 tentang Pengangkatan dr. H. Masyhudi AM, M.Kes sebagai Direktur Utama Rumah Sakit Islam Sultan Agung Masa Bakti 2018 – 2022;
 13. Surat Keputusan Pengurus Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung Nomor : 70/SK/YBW-SA/VI/2018 tentang Pengesahan Struktur Organisasi RSI Sultan Agung;
 14. Surat Keputusan Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung Nomor : 12/SK/YBW-SA/II/2018 tentang Pengangkatan Direktur Utama RSI Sultan Agung Masa Bhakti 2018 – 2022;

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :
KESATU : Mencabut dan menyatakan tidak berlaku lagi Surat Keputusan Nomor : 3420/PER/RSI-SA/I/2017 tentang Panduan Praktik Klinis (PPK) Obsgyn Rumah Sakit Islam Sultan Agung.




- KEDUA : Penetapan Panduan Praktik Klinis Obsgyn Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- KETIGA : Memberlakukan Panduan Praktik Klinik Obsgyn di Rumah Sakit Islam Sultan Agung sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEEMPAT : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan adanya ketetapan lebih lanjut.
- KELIMA : Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Semarang
Tanggal : 10 Ramadhan 1440 H
15 Mei 2019 M

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG




dr. H. Masyhudi AM., M. Kes
Direktur Utama



LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
NOMOR : 560.3/PER/RSISA/V/2019

TANGGAL : 15 Mei 2019

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan medis adalah pelayanan kesehatan perorangan; lingkup pelayanan adalah segala tindakan atau perilaku yang diberikan kepada pasien dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Substansi pelayanan medis adalah praktik ilmu pengetahuan dan teknologi medis yang telah ditapis secara sosio – ekonomi – budaya yang mengacu pada aspek pemerataan, mutu dan efisiensi, sehingga dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat akan pelayanan medis.

Untuk menyelenggarakan pelayanan medis yang baik dalam arti efektif, efisien dan berkualitas serta merata dibutuhkan masukan berupa sumber daya manusia, fasilitas, prafasilitas, peralatan, dana sesuai dengan prosedur serta metode yang memadai

Saat ini sektor kesehatan melengkapi peraturan perundang-undangnya dengan disahkannya Undang-undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pada bulan Oktober 2004 yang diberlakukan mulai bulan Oktober 2005. Pengaturan praktik kedokteran bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter/dokter gigi, serta memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan dokter/dokter gigi

Panduan praktik klinis (*Clinical practice guidelines*) merupakan panduan yang berupa rekomendasi untuk membantu dokter atau dokter gigi dalam memberikan pelayanan kesehatan. Panduan ini berbasis bukti (berdasarkan penelitian saat ini) dan tidak menyediakan langkah-pendekatan untuk perawatan dan pengobatan, namun memberikan informasi tentang pelayanan yang paling efektif. Dokter atau dokter gigi menggunakan panduan ini sesuai dengan pengalaman dan pengetahuan mereka untuk menentukan rencana pelayanan yang tepat kepada pasien

B. Dasar Hukum

1. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran pasal 44 ayat (1) , pasal 50 dan 51
2. Undang – undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang – undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Peraturan Menteri Kesehatan No 147 / MENKES / PER / 2010 tentang Perizinan RS
5. PERMENKES No 1438 / MENKES / PER / IX / 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
6. PERMENKES No 755 / MENKES / PER / IV / 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik.

C. Tujuan

1. Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu
2. Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya
3. Memberikan opsi pengobatan terbaik dengan keuntungan maksimal
4. Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil
5. Mamberikan tata laksana dengan biaya yang memadai



1. PENGERTIAN

Teknik operasi seksio sesarea adalah tahapan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus.

2. PATOFISIOLOGI

INDIKASI

1. Disproporsi

- a) Disproporsi kepala panggul berat
- b) Panggul sempit absolut, panggul miring, panggul android
- c) Presentasi dahi
- d) Presentasi muka dengan dagu belakang
- e) Presentasi bokong pada primigravida dengan TBJ > 3400 gram
- f) Presentasi bokong pada sekundi atau multigravida dengan TBJ > 3500 gram
- g) Presentasi bokong dengan tali pusat ditunggangi
- h) Letak lintang
- i) Servikal distosia, *portio rigid*
- j) Tumor yang menutupi jalan lahir/rahim
- k) Janin besar dengan TBJ \geq 4000 gram pada primigravida
- l) *High head at term* pada primigravida
- m) Hidrosephalus dengan jaringan otak yang masih baik
- n) Gemeli dengan janin pertama kelainan letak

2. Risiko Perdarahan

- a) Plasenta previa totalis atau parsialis
- b) Vasa previa

3. Preeklampsia dan eklampsia

- a) Preeklampsia janin aterm pada multigravida dengan kegagalan terapi medisinalis Preeklampsia berat, janin aterm pada multigravida dengan Bishop's score yang rendah (*unripe cervix*)

4. Lain-lain

- a) Riwayat operasi vaginoplasti
- b) Riwayat operasi mioma uteri yang cukup luas
- c) Herpes genitalis yang aktif
- d) Riwayat seksio sesarea dengan insisi korporal
- e) IUGR berat (lebih dari 2 standar deviasi)

Pasien tidak bersedia persalinan pervaginam (atas permintaan)



PERSIAPAN

1. Persiapan pasien
Pasien dipuasakan 6 jam pre operasi
2. Informed Consent pasien dan keluarga
3. Diskusikan pada ibu tentang mengapa tindakan bedah caesar dilakukan sehingga ibu paham dan mengerti.
4. Konsul dengan bagian terkait
5. Daftar ruang operasi

RUANG PRE OPERASI

1. Serah terima pasien dari ruangan ke ruang operasi
2. Pemeriksaan kelengkapan berkas rekam medis
Diberikan antibiotika profilaksis (cephalosporin generasi I dengan dosis 1 gr i.v bila BB < 70 kg) setengah jam sebelum prosedur operasi

TINDAKAN

1. Pasien tidur dengan posisi telentang di atas meja operasi
2. Dokter anestesi melakukan pembiusan
3. Operasi dimulai setelah mendapat persetujuan dari dokter anestesi
4. Dokter Kebidanan melakukan insisi mediana/ pfannenstiel sesuai dengan rencana
5. Menyayat, menggunting dinding abdomen sampai menembus peritoneum dan dilebarkan kurang lebih 10 cm pada insisi mediana
6. Dengan menarik dinding abdomen sampai menembus peritoneum dan dilebarkan kurang dari 10 cm pada insisi Pfanenstiel.
7. Dengan menarik dinding abdomen kekiri dan ke kanan dilihat kedua sisi parametrium (ovarium dan kedua tuba) apakah dalam keadaan normal, misalnya tidak dijumpai tumor ovarium
8. Plika vesiko-uterine pada bagian yang longgar yaitu antara vesika dan segmen bagian depan dijepit dengan pinset. Dengan gunting plika vesiko-uterine disisihkan kesamping kanan dan kiri lalu dilebarkan dengan gunting Dinding belakang vesika dan segmen bawah uterus dilepaskan secara tumpul dengan tangan lalu dipasang spekulum di dorsal vesika urinaria
9. Dengan pisau disayat melintang segmen bawah rahim lebih kurang 2 cm dan diteruskan dengan insisi semilunar dengan gunting, kemudian dipecahkan dan air ketuban dihisap. Kalau diperlukan irisan segmen bawah uterus dilebarkan secara tumpul, jari operator melindungi janin (irisan corporal)
10. Janin dilahirkan dengan cara yang sesuai
11. Tali pusat dijepit pada jarak 10 – 15 cm dari umbilikus dan digunting. Bayi diserahkan kepada asisten, untuk dirawat oleh dokter anak untuk perawatan selanjutnya
12. Plasenta dilahirkan dengan menarik tali pusat dan sedikit tekanan pada fundus. Pada pasien dengan perdarahan dapat dilakukan manual plasenta



13. Tepi luka insisi pada segmen bawah uterus dijepit dengan klem dan khususnya pada daerah yang berdarah (kedua sudut luka)
14. Dilakukan eksplorasi ke dalam kavum uteri dengan kasa yang dijepitkan pada klem atau dengan menggunakan kasa perut/darm gas. Pastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal
15. Dilakukan jahitan yang bersifat hemostasis dan aproksimasi dengan memperhatikan kedua ujung robekan uterus harus terjahit dengan menggunakan benang kromik cat gut atraumatic no.1 atau no.2
16. Yakinkan tidak ada perdarahan dengan memeriksa luka jahitan beberapa saat
17. Dilakukan reperitonialisasi viscerae dengan jahitan jelujur bagian seroplika vesika-uterine dengan benang plain cat gut nomor 00
18. Perhatikan bahwa jahitan reperitonialisasi tidak melukai vesika urinaria dan diperiksa adakah bercak darah pada kantong penampung urin
19. Dilakukan jahitan peritoneum parietale dengan sebelumnya ujung proksimal, distal dan bagian lateral dijepit dengan kocher dan presentasikan. Digunakan benang plain cat gut no. 0
20. Dilakukan jahitan aproksimasi otot dinding abdomen dengan benang plain cut gut no. 0 (2/0)
21. Identifikasi fascia abdominalis, dijahit jelujur pada ujung jahitan dengan benang PGA no. 1
22. Subkutis dijahit dengan plain catgut no.00 secara jelujur yang mencakup jaringan lunak, jaringan-jaringan lemak di atas fascia sampai subkutis
23. Kulit dijahit dengan material yang sesuai
24. Luka operasi ditutup dengan kasa steril
25. Kain penutup abdomen dilepas hati-hati tanpa menyentuh kasa penutup luka operasi
Vagina dibersihkan dari sisa dan bekuan darah. Daerah vulva sampai paha dibersihkan dari sisa darah atau obat-obatan antiseptik

PASCA TINDAKAN

1. Hari I (Ruang RR)

Observasi keadaan ibu sampai dicapai keadaan jalan napas dan kardiorespirasi stabil dan ibu dapat berkomunikasi

2. Hari II (Bangsal)

Observasi tiap 30 menit (frekuensi napas, denyut nadi, tekanan darah, nyeri dan efek sedasi) hingga 2 jam, kemudian observasi tiap jam jika stabil.

- a. Memberikan bantuan pada ibu untuk memulai menyusui sedini mungkin.
- b. Pertimbangkan analgesia pasca operasi diusahakan NSAID.
- c. Bila ibu haus atau lapar dan tidak didapatkan komplikasi dapat segera makan atau minum.
- d. Jika mendapat anestesia regional dauer catheter dapat dilepas setelah mobilisasi.
- e. Ganti balut setelah 24 jam, jaga lokasi luka tetap kering dan bersih.
- f. Awasi proses penyembuhan luka.
- g. Informasikan pada ibu bahwa mereka dapat melakukan aktivitas sehari-hari jika nyeri tidak terlalu mengganggu.



- Endometritis, jika kita dapatkan perdarahan per vaginam yang berlebihan.
- Tromboembolism, jika ibu mengeluh batuk dan betis yang membengkak.
- Infeksi saluran kencing, jika ada gejala klinis.
- Fistula saluran kencing, jika ada kebocoran urine.

TINGKAT EVIDENS

I – II (sesuai indikasi) (kepuustakaan no 2)

INDIKATOR PROSEDUR TINDAKAN

Outcome ibu dan bayi baik

KEPUSTAKAAN

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rause DJ, Spancy CY. Williams obstetrics. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2010
2. Clinical Guidelines Caesarean Section Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2004



PRE EKLAMPSIA-EKLAMPSIA

1. PENGERTIAN

Pre eklampsia ringan:

- $T \geq 140/90$
- Proteinuri 300 mg/24 jam atau +1 dipstik

Pre eklampsia berat :

Bila didapat 1 atau lebih gejala di bawah ini :

- Tekanan darah $\geq 160/110$ mmhg.
- Proteinuri > 5 gr/24 jam. Atau +4
- Gangguan visus dan serebral, nyeri kepala hebat, scotoma pandangan kabur
- Edema paru dan sianosis.
- Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen
- Gangguan fungsi hepar
- Oliguri yaitu yaitu produksi urin kurang dari 500cc/24 jam
- Trombositopeni (< 100.000 sel/mm³)
- Adanya HELLP syndrome

Eklampsia ialah preeklampsia yang disertai dengan kejang tonik – klonik disusul dengan koma

2. PATOFISIOLOGI

3. ANAMNESIS

Dilakukan anamnesis pada pasien/keluarganya

1. Adanya gejala-gejala : nyeri kepala, gangguan visus, rasa panas di muka, dispneu, nyeri dada, mual muntah, kejang
2. Penyakit terdahulu : adanya hipertensi dalam kehamilan, penyulit pada pemakaian kontrasepsi hormonal, dan penyakit ginjal
3. Riwayat penyakit keluarga : ditanyakan riwayat kehamilan dan penyulitnya pada ibu dan saudara perempuannya
4. Riwayat gaya hidup : keadaan lingkungan sosial, apakah merokok dan minum alkohol

4. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kardiovaskuler : evaluasi tekanan darah, suara jantung, pulsasi perifer
2. Paru : auskultasi paru untuk mendiagnosis edema paru
3. Abdomen : palpasi untuk menentukan adanya nyeri pada hepar
Evaluasi keadaan rahim dan janinnya
4. Refleks : adanya klonus
5. Funduskopi : untuk menentukan adanya retinopati grade I - III

5. DIAGNOSIS BANDING

- a. Epilepsi
- b. Kejang kelainan metabolic



6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Proteinuria
- Laboratorium : darah rutin, GDS, elektrolit, fungsi hepar, fungsi ginjal, Studi koagulasi, LDH, asam urat, HBSAg
- NST
- EKG
- USG Obstetri

7. TERAPI

Pengelolaan Pre Eklampsia berat:

a. Pengobatan medisinalis

- Awasi *Airway*, *Breathing* dan *Circulation*
- Obat anti kejang: $MgSO_4$

Cara Pritchard

- Loading dose :10 g $MgSO_4$ im
- Maintenance : 5 g $MgSO_4$ im tiap 4 jam bergantian bokong kanan dan kiri
- Dihentikan setelah 24 postpartum

Cara Magpie

- Loading dose
 - o 4 g $MgSO_4$ 50 % dilarutkan dalam cairan saline intravena selama 10 -15 menit atau
 - o 10 g $MgSO_4$ 50% im. (5g bokong kanan dan 5 g bokong kiri)
- Maintenance
 - o 1 g / jam iv selama 24 jam atau
 - o 5 g / 4 jam im selama 24 jam

Diuretik diberikan bila:

- edema paru-paru
- payah jantung kongestif
- Edema anasarka

Anti hipertensi diberikan bila T sistole ≥ 180 mmhg dan atau T diastole : ≥ 110 mm hg.

b. Pengelolaan obstetrik

Apabila belum inpartu dipertahankan hingga 37 minggu kecuali bila ada indikasi untuk mengakhiri kehamilan.

Dipertimbangkan persalinan dengan pervaginam dengan peringan kala II.

SC dilakukan bila syarat pervaginam tidak memenuhi .

Rencana persalinan:

Bila belum inpartu:

- induksi persalinan bila nilai serviksnya memungkinkan
- Diharapkan ibu melahirkan dalam 24 jam dari keputusan induksi.

Bila sudah inpartu:

- 6 jam tidak masuk fase aktif dilakukan SC.
- bila sesudah 6 jam setelah masuk fase aktif tidak terjadi pembukaan lengkap maka dilakukan SC.
- Persalinan dilakukan dengan peringan kala II
- Primigravida disarankan untuk Sc.
- Anestesi dipertimbangkan regional atau epidural.



Pengelolaan eklampsia

1. Terapi suportif untuk stabilisasi pada ibu
2. Pastikan jalan nafas atas tetap terbuka
3. Mengatasi dan mencegah kejang
4. Koreksi hipoksemia dan acidemia
5. Mengatasi dan mencegah kejang
6. Mengatasi dan mencegah penyulit, khususnya hipertensi krisis

a. Pengelolaan medisinalis

1. Awasi *Airway*, *Breathing* dan *Circulation*
2. Obat anti kejang: $MgSO_4$

Cara Pritchard

- Loading dose :10 g $MgSO_4$ im
- Maintenance : 5 g $MgSO_4$ im tiap 4 jam bergantian bokong kanan dan kiri
- Dihentikan setelah 24 postpartum

Cara Magpie

- Loading dose
 - o 4 g $MgSO_4$ 50 % dilarutkan dalam cairan saline intravena selama 10 -15 menit atau
 - o 10 g $MgSO_4$ 50% im. (5g bokong kanan dan 5 g bokong kiri)
- Maintenance
 - o 1 g / jam iv selama 24 jam atau
 - o 5 g / 4 jam im selama 24 jam

Bila kejang lagi setelah 15 menit, diberikan $MgSO_4$ 2 gr iv

3. Monitoring tanda-tanda keracunan $MgSO_4$
4. Perawatan pada serangan kejang :
 - Dirawat di kamar isolasi yang cukup terang.
 - Masukkan spatel lidah antara lidah dan gigi rahang atas

Kepala direndahkan, daerah orofarings dihisap.

- Fiksasi badan pada tempat tidur harus cukup kendur guna menghindari fraktur.
5. Perawatan penderita dengan koma :
 - Monitoring kesadaran dan dalamnya koma dengan menggunakan "Glasgow Pittsburgh Coma Scale".
 - Pada perawatan koma, perlu diperhatikan pencegahan dekubitus dan makanan penderita.
 - Pada koma yang lama, bila nutrisi tidak mungkin cukup diberikan dalam bentuk nasogastric tube

b. Pengelolaan obstetri :

Sikap terhadap kehamilan ;

Sikap dasar :

- Semua kehamilan dengan eklampsia harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin.
- Bila diakhiri, sikap dasar :



Bila sudah terjadi stabilitas (pemulihan) hemodinamik dan metabolisme ibu, yaitu 4-8 jam setelah salah satu atau lebih keadaan di bawah ini ;

- Setelah pemberian obat anti kejang terakhir.
- Setelah kejang terakhir.
- Setelah pemberian obat anti hipertensi terakhir.
- Penderita mulai sadar (responsif dan orientasi).

Rencana persalinan

Bila belum inpartu

1. Induksi persalinan apabila nilai serviksnya memungkinkan
2. Diharapkan ibu melahirkan dalam 24 jam dari keputusan induksi
3. Indikasi SC :
 - Apabila syarat pervaginam tidak memenuhi atau apabila induksi tak respon
 - Adanya suatu hal yang menyimpang baik pada ibu atau janin
 - Usia kehamilan < 32 minggu

Sudah inpartu

1. Evaluasi kemajuan persalinannya
2. Kala I :
 - a. Fase laten : 6 jam tidak masuk masa aktif dilakukan SC
Fase aktif : dilakukan amniotomi, bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap dilakukan SC
3. Kala II pada persalinan pervaginam dengan peringan kala II
4. Dengan SC apabila adanya suatu hal yang menyimpang baik pada ibu atau janin
Primigravida disarankan untuk pengakhiran kehamilan secara SC
Anestesi : lebih dipertimbangkan untuk menggunakan regional atau epidural

8. EDUKASI

Penjelasan terhadap pasien sebelum dilakukan pengelolaan Preeklampsia - Eklampsia adalah :

1. Dokter yang merawat pasien tersebut harus :
 - a. Memberikan penjelasan mengapa harus dilakukan perawatan terhadap kehamilan dengan eklampsia
 - b. Memberikan informasi dan penjelasan tentang tata cara perawatan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan risiko yang mungkin terjadi baik yang diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
 - d. Memberikan informasi tentang prognosis penyakit
 - e. Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk mendapatkan penjelasan ulang.
2. Meminta persetujuan tertulis untuk tindakan medik yang harus diambil dalam perawatan eklampsia dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medik.

9. PROGNOSIS

- a. Ad vitam = dubois ad malam
- b. Ad sanationam = dubois ad malam
- c. Ad fungsionam = dubois ad malam



10. TINGKAT EVIDENS

- a. Diagnosis : I
- b. Terapi : I

11. INDIKATOR MEDIS

- a. Klinis ibu
- b. Laboratorium ibu
- c. USG Obstetri

12. KEPUSTAKAAN

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spancy CY. Williams obstetrics. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p.706-47
2. Pedoman pengelolaan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia. Edisi kedua tahun 2005 oleh Kelompok kerja penyusunan "Pedoman pengelolaan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia" Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI.
3. Working Group on High Blood Pressure on Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Am J Obstet Gynecol 2000;183:S1-S21



PELAYANAN PASIEN SINDROMA HELLP – PREEKLAMPSIA

1. PENGERTIAN

Sindroma HELLP adalah preeklampsia – eklampsia dengan adanya hemolisis, peningkatan enzim hepar, disfungsi hepar, dan trombositopenia

H : *Hemolysis*

E : *Elevated Liver Enzym*

LP : *Low platelets count*

2. ANAMNESIS

1. Adanya gejala-gejala : mual, muntah, nyeri kepala, malaise, kelemahan
2. Penyakit terdahulu : adanya hipertensi dalam kehamilan, penyulit pada pemakaian kontrasepsi hormonal, dan penyakit ginjal
3. Riwayat penyakit keluarga : ditanyakan riwayat kehamilan dan penyulitnya pada ibu dan saudara perempuannya
4. Riwayat gaya hidup : keadaan lingkungan sosial, apakah merokok dan minum alkohol

3. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kardiovaskuler : evaluasi tekanan darah, suara jantung, pulsasi perifer
2. Paru : auskultasi paru untuk mendiagnosis edema paru
3. Abdomen : palpasi untuk menentukan adanya nyeri pada hepar
Evaluasi keadaan rahim dan janinnya
4. Refleks : adanya klonus
5. Funduskopi : untuk menentukan adanya retinopati grade I – III

4. KRITERIA DIAGNOSIS

Kriteria gejala preeklampsia yang diadopsi dari *The Working of the National High Blood Pressure Education Program 2000* dapat ditegakkan bila ditemukan tanda-tanda di bawah ini:

- a. Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg
- b. Proteinuria $> 0,3$ g/24 jam atau +1 pada pemeriksaan kualitatif
- c. Timbulnya hipertensi setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya normotensi.

Disertai dengan kriteria diagnosis sindroma HELLP, yaitu :

1. Klasifikasi Mississippi

Kelas I

- a. Trombosit $\leq 50.000/ml$
- b. Serum LDH $\geq 600.000 IU/l$
- c. AST dan / atau ALT $\geq 40 IU/l$

Kelas II

- a. Trombosit $> 50.000/ml$ sampai $\leq 100.000/ml$
- b. Serum LDH $\geq 600.000 IU/l$



c. AST dan / atau ALT \geq 40 IU/l

Kelas III

- a. Trombosit $>$ 100.000/ml sampai \leq 150.000/ml
- b. Serum LDH \geq 600.000 IU/l
- c. AST dan / atau ALT \geq 40 IU/l

2. Klasifikasi Tennessee

Kelas Lengkap

- a. Trombosit $<$ 100.000/ml
- b. Serum LDH \geq 600.000 IU/l
- c. AST dan / atau ALT \geq 70 IU/l

Kelas tidak lengkap : bila ditemukan hanya 1 atau 2 tanda-tanda diatas.

5. DIAGNOSIS KERJA

Preeklampsia dengan sindroma HELLP

6. DIAGNOSIS BANDING

- a. Trombotik angiopati
- b. Kelainan konsumtif fibrinogen : acute fatty liver in pregnancy, hipovolemia berat/ perdarahan hebat, sepsis
- c. Kelainan jaringan ikat : SLE
- d. Penyakit ginjal primer

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a. Proteinuria
- b. Laboratorium : darah rutin, GDS, elektrolit, fungsi hepar, fungsi ginjal, Studi koagulasi, LDH, asam urat, HBsAg
- c. NST
- d. EKG
- e. USG Obstetri

8. TERAPI

a. Pengobatan medisinalis

1. Mengikuti terapi medikamentosa preeklampsia - eklampsia
2. Pemeriksaan laboratorium untuk trombosit dan LDH tiap 12 jam
3. Bila trombosit $<$ 50.000/ml atau adanya tanda koagulopati konsumtif, maka harus diperiksa :
 - Waktu protrombine
 - Waktu tromboplastin partial
 - Fibrinogen
4. Pemberian "Dexamethasone rescue"
 - a. Antepartum : diberikan "double strength dexametasone" (double dose) Jika didapatkan :
 - Trombosit $<$ 100.000/ml atau
 - Trombosit 100.000 – 150.000/ml dan dengan eklampsia, nyeri epigastrium, hipertensi berat, "gejala fulminan"maka diberikan dexamethasone 10 mg IV tiap 12 jam



b. Postpartum

- Dexametasone diberikan 10 mg IV tiap 12 jam 2 kali, kemudian diikuti 5 mg IV tiap 12 jam 2 kali
- Pada perawatan koma, perlu pencegahan dekubitus dan makanan penderita.
- c. Terapi dexametasone dihentikan bila telah terjadi :
 - Perbaiki laboratorium, yaitu :
 - Trombosit > 100.000/ml
 - Penurunan LDH
 - Perbaiki tanda dan gejala-gejala klinik preeklampsia – eklampsia
- 5. Dapat dipertimbangkan pemberian :
 - a. Tranfusi trombosit bila trombosit < 50.000/ml
 - b. Antioksidan

b. Pengelolaan obstetri :

Sikap terhadap kehamilan pada sindroma HELLP ialah aktif, yaitu kehamilan diakhiri (terminasi) tanpa memandang umur kehamilan. Persalinan dapat dilakukan pervaginam atau perabdominam.

9. EDUKASI

Penjelasan terhadap pasien sebelum dilakukan pengelolaan Preeklampsia – sindroma HELLP adalah :

- a. Dokter yang merawat pasien tersebut harus :
 - a. Memberikan penjelasan mengapa harus dilakukan perawatan terhadap preeklampsia dengan sindroma HELLP
 - b. Memberikan informasi dan penjelasan tentang tata cara perawatan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan risiko yang mungkin terjadi baik yang diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
 - d. Memberikan informasi tentang prognosis penyakit
 - e. Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk mendapatkan penjelasan ulang.
- b. Meminta persetujuan tertulis untuk tindakan medik yang harus diambil dalam perawatan preeklampsia – sindroma HELLP dengan menandatangani lembar persetujuan tindakan medik.

10. PROGNOSIS

- a. Ad vitam = dubois ad malam
- b. Ad sanationam = dubois ad malam
- c. Ad fungsionam = dubois ad malam

11. TINGKAT EVIDENS

- a. Diagnosis : I
- b. Terapi : I



12. INDIKATOR MEDIS

- a. Klinis ibu
- b. Laboratorium ibu
- c. USG Obstetri
- d. NST

13. KEPUSTAKAAN

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rause DJ, Spancy CY. Williams obstetrics. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p.706-47
2. Pedoman pengelolaan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia. Edisi kedua tahun 2005 oleh Kelompok kerja penyusunan "Pedoman pengelolaan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia" Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI.
3. Working Group on High Blood Pressure on Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Am J Obstet Gynecol 2000;183:S1-S21



PELAYANAN PASIEN PERDARAHAN UTERUS DISFUNGSIONAL

1. PENGERTIAN

Perdarahan uterus disfungsional adalah perdarahan uterus abnormal yang terjadi tanpa kelainan pada saluran reproduksi, penyakit medis tertentu atau kehamilan

- a. Perdarahan akut dan banyak : perdarahan menstruasi dengan jumlah darah haid > 1 tampon per jam dan atau disertai dengan gangguan hipovolemik
- b. Perdarahan ireguler : metroragia, menometroragia, oligomenore, perdarahan haid yang lama (>12 hari), perdarahan antara 2 siklus haid dan pola perdarahan lain yang ireguler. Menoragia merupakan perdarahan menstruasi dengan jumlah darah haid > 80 cc atau lamanya > 7 hari pada siklus yang teratur
- c. Perdarahan karena efek samping kontrasepsi : pengguna Pil Kontrasepsi Kombinasi (PKK), suntikan depo medroksi progesterone asetat (DMPA) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

2. PEMERIKSAAN FISIK

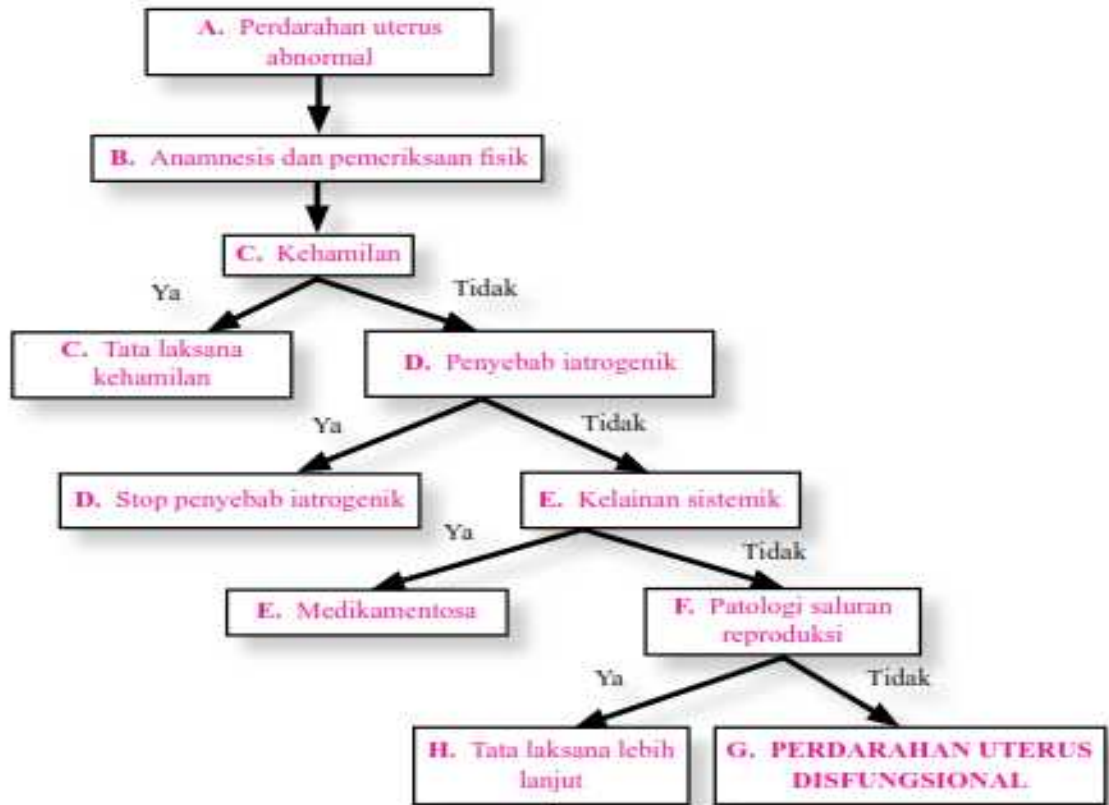
Pemeriksaan fisik pertama kali dilakukan untuk menilai stabilitas keadaan hemodinamik, selanjutnya dilakukan pemeriksaan untuk menilai :

- a. Indeks massa tubuh (IMT > 27 termasuk obesitas)
- b. Tanda-tanda hiperandrogen
- c. Pembesaran kelenjar tiroid atau manifestasi hipo/hipertiroid
- d. Galaktorea (kelainan hiperprolaktinemia)
- e. Gangguan lapang pandang (karena adenoma hipofisis)
- f. Faktor risiko keganasan endometrium (obesitas, nulligravida, hipertensi, diabetes mellitus, riwayat keluarga, Sindrom Ovarium Poli Kistik)

Menyingkirkan :

- a. Kehamilan, kehamilan ektopik, abortus, penyakit trofoblas
- b. Servisitits, endometritis
- c. Polip dan mioma uteri
- d. Keganasan serviks dan uterus
- e. Hiperplasia endometrium
- f. Gangguan pembekuan darah

Pemeriksaan ginekologi yang teliti perlu dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya mioma uteri, polip, hiperplasia endometrium atau keganasan



- g. Hamil, Abortus, Kehamilan ektopik
- h. Hipo/Hipertiroid
- i. Koagulopati, Penyakit hati
- j. Sindrom Ovarian Poli Kistik (SOPK)
- k. Displasia/Polip serviks
- l. Tumor Hipofisis

Emergensi (Hb < 10, Hemodinamik tidak stabil) : Rawat inap, Resusitasi dan Transfusi

Menghentikan perdarahan akut dan banyak : Estrogen Ekuin Konjugasi (EEK) 2,5 mg PO tiap 4-6 jam (rekomendasi B), ditambah prometasin 25 mg peroral atau injeksi IM setiap 4-6 jam untuk mual. Asam traneksamat 3x1 gram dapat diberikan bersama EEK. Bila nyeri ditambahkan asam mefenamat 3x500mg. Bila 12-24 jam tidak berhenti dilakukan Dilatasi dan Kuretasi (D&K) (rekomendasi B), bila perdarahan berhenti dalam

3. TERAPI

Laboratorium (Prolaktin, Fungsi Tiroid (TSH, FT4), DHEAS, Testosteron, Hemostasis (PT, aPTT, fibrinogen, D-dimer)

- a. USG (Transabdominal, Transvaginal, SIS dan Doppler)
- b. Penilaian endometrium (Mikrokuret, Histeroskopi Endometrial sampling)
- c. Penilaian serviks (PAP Smear dan Kolposkopi)

24 jam lanjutkan dengan Pil Kontrasepsi Kombinasi (PKK), 4X1 selama 4 hari, 3x1 selama 3 hari, 2x1 selama 2 hari dan 1x1 selama 3 minggu kemudian stop selama 1 minggu dilanjutkan PKK siklik selama 3 siklus (rekomendasi A). Jika kontraindikasi PKK, Progestin 14 hari kemudian stop



14 hari. Ulangi selama 3 bulan (rekomendasi A). Untuk riwayat perdarahan berulang sebelumnya, injeksi gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonis dapat diberikan bersamaan dengan PKK untuk stop perdarahan (rekomendasi A). GnRH diberikan 2-3 siklus dengan interval 4 minggu. Dapat diberikan suplemen hematinik 1x1 tablet dan antioksidan. Jika terapi medikamentosa tidak berhasil atau ada kelainan organik, maka dapat dilakukan terapi pembedahan (rekomendasi A)

- Perdarahan ireguler : Asam traneksamat 3x1g merupakan pilihan lini pertama dalam tata laksana menoragia (rekomendasi A), jika pasien mengeluh nyeri dapat ditambahkan asam mefenamat 3x500mg. Bila menginginkan kehamilan dapat langsung mengikuti prosedur tata laksana infertilitas. Bila pasien tidak menginginkan kehamilan dapat diberikan terapi hormonal dengan menilai ada atau tidaknya kontra indikasi terhadap PKK. Bila tidak dijumpai kontra indikasi, dapat diberikan PKK selama 3 bulan (rekomendasi A). Bila dijumpai kontra indikasi dapat diberikan preparat progestin selama 14 hari, kemudian stop 14 hari. Hal ini diulang sampai 3 bulan siklus (rekomendasi A). Setelah 3 bulan dilakukan evaluasi untuk menilai hasil pengobatan. Bila keluhan berkurang pengobatan hormonal dapat dilanjutkan atau distop sesuai keinginan pasien. Bila keluhan tidak berkurang, lakukan pemberian PKK atau progestin dosis tinggi (naikkan dosis setiap 2 hari sampai perdarahan berhenti atau dosis maksimal). Perhatian terhadap kemungkinan munculnya efek samping seperti sindrom pra haid (rekomendasi A). Pertimbangkan operatif bila tidak respon terapi medikamentosa (rekomendasi A)
- Perdarahan karena efek samping kontrasepsi :
Efek samping PKK : Penanganan efek samping menoragia disesuaikan dengan manajemen perdarahan ireguler. Perdarahan sela (breakthrough bleeding) dapat terjadi dalam 3 bulan pertama atau setelah 3 bulan penggunaan PKK. Jika perdarahan sela terjadi dalam 3 bulan pertama penggunaan PKK dilanjutkan dengan mencatat siklus haid. Jika pasien tidak ingin melanjutkan PKK atau perdarahan menetap > 3 bulan lakukan pemeriksaan Chlamydia dan Neisseria (endometritis), bila positif berikan doksisisiklin 2x100 mg selama 10 hari. Yakinkan pasien minum PKK secara teratur. Pertimbangkan untuk menaikkan dosis estrogen. Jika usia pasien >35 tahun dilakukan biopsi endometrium. Jika perdarahan abnormal menetap lakukan TVS, SIS atau histeroskopi. Jika efek samping berupa amenorea singkirkan kehamilan. Jika tidak hamil, naikkan dosis estrogen atau lanjutkan pil yang sama
Efek samping progestin : Jika dalam 4-6 bulan pertama pemakaian kontrasepsi, berikan 3 alternatif sebagai berikut : Lanjutkan kontrasepsi progestin dengan dosis yang sama, Ganti kontrasepsi dengan PKK (jika tidak ada kontra indikasi), Suntik DMPA setiap 2 bulan (khusus akseptor DMPA). Bila perdarahan tetap berlangsung setelah 6 bulan, berikan estrogen jangka pendek (EEK 4x1.25 mg/hari selama 7 hari) yang dapat diulang jika perdarahan abnormal terjadi kembali. Pertimbangkan pemilihan metoda kontrasepsi lain/kehamilan. Jika tidak hamil, naikkan dosis estrogen atau lanjutkan pil yang sama
- Efek samping progestin : Jika dalam 4-6 bulan pertama pemakaian kontrasepsi, berikan 3 alternatif sebagai berikut : Lanjutkan kontrasepsi progestin dengan dosis yang sama, Ganti kontrasepsi dengan PKK (jika tidak ada kontra indikasi), Suntik DMPA setiap 2 bulan (khusus akseptor DMPA). Bila perdarahan tetap berlangsung setelah 6 bulan, berikan estrogen jangka pendek (EEK 4x1.25 mg/hari selama 7 hari) yang dapat diulang jika perdarahan abnormal terjadi kembali. Pertimbangkan pemilihan metoda kontrasepsi lain



- Efek samping AKDR – Jika pada pemeriksaan pelvik dijumpai rasa nyeri, berikan doksisisiklin 2x100 mg sehari selama 10 hari karena perdarahan pada pengguna AKDR dapat disebabkan oleh endometritis. Jika tidak ada perbaikan, pertimbangkan untuk mengangkat AKDR. Jika tidak dijumpai rasa nyeri dan AKDR digunakan dalam 4-6 bulan pertama, lanjutkan penggunaan AKDR, jika perlu dapat ditambahkan AINS, Jika setelah 6 bulan perdarahan tetap terjadi dan pasien ingin diobati, berikan PKK untuk 1 siklus. Jika perdarahan abnormal menetap lakukan pengangkatan AKDR. Bila usia pasien > 35 tahun lakukan biopsi endometrium
- Minum obat secara teratur
Kontrol secara rutin

4. PROGNOSIS

- a. Ad vitam : ad bonam
- b. Ad sanationam : ad bonam
- c. Ad fungsionam : ad bonam

5. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Klinis, Laboratorium, USG dan Histopatologi

6. KEPUSTAKAAN

Hestiantoro A, Wiweko B. Panduan Tata Laksana Perdarahan Uterus Disfungsional. Himpunan Endokrinologi-Reproduksi dan Fertilitas Indonesia, Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. 2007; 1-24



MIOMA UTERI

1. PENGERTIAN

Tumor jinak yang berasal dari otot polos uterus. Klasifikasi mioma berdasarkan anatominya: mioma sub serosum, sub mukosum, intramural dan mioma cervical

2. ANAMNESIS

Adanya benjolan di perut bagian bawah

Gangguan haid: menoragia, metroragia, dismenore, menometroragia.

Kadang merasakan nyeri

Adanya tanda-tanda penekanan massa tumor: gangguan buang air kecil berupa sulit kencing dan atau gangguan buang air besar berupa obstipasi atau nyeri saat defekasi.

3. PEMERIKSAAN FISIK

KU: pasien estrogenik, mungkin anemis

Palpasi: Teraba massa tumor di perut bagian bawah, kenyal, permukaan batas tegas, dapat berbenjolan. Massa berada pada daerah supra simpisis, biasanya pada sumbu tubuh.

Pemeriksaan bimanual: uterus membesar, batas tegas, konsistensi kenyal.

Sondage: memanjang

4. KRITERIA DIAGNOSIS

Uterus membesar melebihi kehamilan 12 minggu (panjang uterus ≥ 10 cm)

5. DIAGNOSIS BANDING

- a. Neoplasma ovarium padat
- b. Adenomiosis

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Ultrasonografi transabdominal/ transvaginal

Histeroskopi

BNO/IVP

7. TERAPI

Terapi harus dilakukan dengan mempertimbangkan usia, paritas, keluhan, dan keinginan untuk mempunyai anak.

1. Terapi konservatif

- c. Mioma pada menopause yang tidak menimbulkan keluhan dan endometrial line < 12 mm.
- d. Besar uterus tidak melebihi kehamilan 12 minggu.

2. Pembedahan:

Miomektomi (pendekatan laparotomi atau laparoskopi), Histerektomi (laparoskopi, laparotomi, transvaginal atau LAVH).

8. EDUKASI

Dijelaskan mengenai jenis tumornya, komplikasi yang mungkin terjadi perdarahan hebat dengan anemia, serta gangguan buang air besar dan buang air kecil.

Selain itu, gangguan untuk hamil dan apabila hamil dapat mengakibatkan gangguan pada kehamilan berupa risiko abortus, partus prematurus, kelainan letak janin, gangguan kemajuan persalinan, dan risiko perdarahan post partum.

9. PROGNOSIS

- a. Ad vitam : ad bonam
- b. Ad sanationam : ad bonam
- c. Ad fungsionam : ad bonam

10. KEPUSTAKAAN

Hillard PA. Benign disease of the female reproductive tract : symptoms and signs. In Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Novak's gynecology 12th ed. William & wilkins. Baltimore, 1996; p 331-389.



NEOPLASMA OVARIUM

1. PENGERTIAN

Neoplasma ovarium adalah pertumbuhan jaringan ovarium yang bersifat neoplastik. Sesuai dengan klasifikasi histopatologis neoplasma ovarium dapat berasal dari epitel atau stroma. Diagnosis meliputi jenis histopatologis, ukuran dan konsistensinya.

2. ANAMNESIS

- Tanpa gejala awal sampai massa tumor memberikan tekanan pada vesika urinaria atau rectum oleh karena ukurannya yang makin besar, atau member rasa sakit yang hebat akibat torsi atau ruptur.
- Pada tingkat lanjut : kembung, hilang nafsu makan, rasa penuh pada perut dan perut membesar dan timbul .

3. PEMERIKSAAN FISIK

- Massa tumor di rongga pelvis dan dapat meluas pada seluruh rongga perut, mengisi parametrium kiri atau kanan dan kavum douglas.
- Permukaan tumor rata, konsistensi padat atau kistik atau kistik dengan bagian padat.
- Mobilisasi cukup
- Dapat disertai asites.

4. DIAGNOSIS

Adanya masa kistik atau padat di cavum pelvis yang dapat meluas ke cavum abdomen

5. DIAGNOSIS BANDING

- Mioma uteri
- Masa dari kelenjar getah bening
- TB usus

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Tes fungsi hati dan ginjal
- X foto thoraks
- USG

7. TERAPI

Pembedahan dilakukan untuk mengambil masaa tumor primer. Macam pembedahan sesuai ketentuan. Frozen section dilakukan bila ada fasilitas.

Indikasi pembedahan:

- Konsistensi padat dengan diameter > 5 cm.
- Konsistensi kistik > 8 cm kecuali pada kecurigaan kista endometriosis pada pasien infertilitas diameter > 3 cm.
- Adanya tanda torsi atau ruptur



**PANDUAN PRAKTIK KLINIK
PERDARAHAN PASCA PERSALINAN EC. ATONIA UTERI**

1. PENGERTIAN

Perdarahan Pasca Persalinan adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Pada praktiknya tidak perlu mengukur jumlah perdarahan sampai sebanyak itu sebab menghentikan perdarahan lebih dini akan memberikan prognosis lebih baik. Pada umumnya bila terdapat perdarahan yang lebih dari normal, apalagi telah menyebabkan perubahan tanda vital (seperti kesadaran menurun, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak nafas, serta tensi <90 mmHg dan nadi >100x/menit), maka penanganan harus segera dilakukan.

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

Perdarahan oleh karena Atonia Uteri dapat dicegah dengan:

- Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalin, karena hal ini dapat menurunkan insidens perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri
- Pemberian misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 µg) segera setelah bayi lahir

2. ANAMNESIS ANTENATAL

KELUHAN UTAMA

- 1) Ucapkan salam dan perkenalkan diri anda
- 2) Ciptakan suasana membantu dan menyenangkan
- 3) Dengan sopan, tanyakan identitas ibu
- 4) Tanyakan tentang tujuan ibu mendatangi fasilitas kesehatan ini

A. ANAMNESIS

- 1) Tanyakan tentang
 - ✓ Riwayat menstruasi
 - ✓ Riwayat perkawinan
 - ✓ Riwayat obstetri/kehamilan
 - ✓ Riwayat antenatal care
 - ✓ Riwayat KB
 - ✓ Riwayat penyakit ibu dan keluarga (yang berkaitan dengan masalah kehamilan)

Faktor predisposisi atonia uteri:

- Kehamilan gemeli, polihidramnion, atau anak terlalu besar → regangan rahim berlebihan
- Kelelahan karena persalinan lama
- Kehamilan grande multipara
- Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun
- Mioma uteri
- Infeksi intrauterin
- Riwayat atonia uterin sebelumnya
- ✓ Riwayat sosial ekonomi dan gizi
- ✓ Kebiasaan (merokok, obat dan jamu, hewan peliharaan)



2) Tentukan usia kehamilan menurut anamnesis haid dan buat taksiran persalinan

3. PEMERIKSAAN FISIK

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti.

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a) Darah rutin
- b) Faktor koagulasi
- c) Golongan darah → Persiapan transfusi

5. DIAGNOSIS BANDING PERDARAH POST PARTUM

Penyebab yang harus dipikirkan	Gejala dan Tanda
Atonia uteri	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera setelah anak lahir • Uterus tidak berkontraksi atau lembek
Retensio plasenta	<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta belum dilahirkan dalam 30 menit setelah kelahiran bayi • Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
Sisa plasenta	<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap • Perdarahan dapat muncul 6-10 hari pascalin disertai subinvolusi uterus
Robekan jalan lahir	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera • Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
Ruptur uteri	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera (perdarahan intraabdominal dan/atau pervaginam) • Nyeri perut yang hebat • Kontraksi yang hilang
Inversio uteri	<ul style="list-style-type: none"> • Fundus uteri tidak teraba pada palpasi abdomen • Lumen vagina terisi massa • Nyeri ringan atau berat
Gangguan pembekuan darah	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan tidak berhenti, encer, tidak terlihat darah gumpalan darah • Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembekuan darah sederhana • Terdapat faktor predisposisi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solusio plasenta ✓ Kematian janin dalam uterus ✓ Eklampsia ✓ Emboli air ketuban



6. TATALAKSANA ATONIA UTERI

1. Sikap Trendelenburg, memasang iv line, dan memberikan oksigen
2. Sekaligus merangsang kontraksi uterus dengan cara:
 - Masase fundus uteri dan merangsang puting susu
 - Pemberian oksitosin dan turunan ergot melalui suntikan secara im, iv, atau sc
 - Memberikan derivat prostaglandin F2 α (carboprost tromrthamine) yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi, mual-muntah, febris dan takikardi
 - Pemberian misoprostol 800-1000 μ g per rektal
 - Kompresi bimanual eksternal dan/atau internal
 - Kompresi aorta abdominalis
 - Pemasangan "tampon kondom", kondom dalam kavum uteri disambung dengan kateter, difiksasi dengan karet gelang dan diisi cairan infus 200 ml yang akan mengurangi perdarahan dan menghindari tindakan operatif.
3. Bila semua tindakan itu gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan tindakan operatif laparotomi dengan pilihan bedah konservatif (mempertahankan uterus) atau melakukan histerektomi. Alternatifnya berupa:
 - Ligasi arteria uterina atau ovarika
 - Operasi ransel B Lynch
 - Histerektomi supravaginal
 - Histerektomi total abdominal

7. PROGNOSIS

Menghentikan perdarahan lebih dini akan memberikan prognosis lebih baik.

8. KEPUSTAKAAN

1. Knowledge and skill update Obstetrics and Gynecology, Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya, 17 Desember 2016
2. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2009
3. Buku acuan nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta, 2001



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
ABORTUS**

1. DEFINISI

Berakhirnya kehamilan pada umur kehamilan < 20 Minggu (berat janin < 500 gram) atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan.

2. KLASIFIKASI

a. Abortus imminens

1. Definisi

Abortus mengancam, ditandai oleh perdarahan bercak dari jalan lahir, dapat disertai nyeri perut bawah yang ringan, buah kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan.

2. Anamnesis

Perdarahan sedikit dari jalan lahir
Nyeri perut tidak ada atau ringan

3. Pemeriksaan fisik

Fluksus sedikit
Ostium uteri tertutup

4. Pemeriksaan Penunjang

USG :

- buah kehamilan utuh, ada tanda kehidupan janin
- meragukan (kantong kehamilan masih utuh, pulsasi jantung janin belum jelas)
- buah kehamilan tidak baik : janin mati

5. Terapi

a. Bila buah kehamilan utuh, ada tanda kehidupan janin

- 1) Rawat jalan
- 2) Tidak diperlukan tirah baring total
- 3) Anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas berlebihan atau hubungan sexual.
- 4) Bila perdarahan berhenti dilanjutkan jadwal pemeriksaan kehamilan selanjutnya.
- 5) Bila perdarahan terus berlangsung, nilai ulang kondisi janin dengan USG 1 minggu kemudian.

b. Bila meragukan (kantong kehamilan masih utuh, pulsasi jantung janin belum jelas)

- 1) Ulangi pemeriksaan USG 1-2 minggu kemudian

c. Bila buah kehamilan tidak baik

- 1) Evakuasi tergantung umur kehamilan.

b. Abortus insipient

1. Definisi

Abortus sedang berlangsung, ditandai oleh perdarahan ringan atau sedang disertai kontraksi rahim dan akan berakhir sebagai abortus komplit atau inkomplit.

2. Anamnesis

Perdarahan dari jalan lahir, disertai nyeri dan kontraksi rahim

3. Pemeriksaan fisik

Ostium terbuka
Buah kehamilan masih dalam rahim
Ketuban utuh dapat menonjol.

4. Terapi

Evakuasi
Uterotonika pasca evakuasi
Antibiotika selama 3 hari



c. Abortus Inkomplit

1. Definisi
Sebagian buah kehamilan telah keluar melalui kanalis servikalis dan masih terdapat sisa konsepsi dalam rongga rahim.
2. Anamnesis
 - a. Perdarahan jalan lahir
 - b. Nyeri perut
3. Pemeriksaan fisik
 - a. Ostium terbuka
 - b. Teraba sisa jaringan buah kehamilan
4. Terapi
 - a) Bila ada syok atasi syok
 - b) Transfusi bila hb < 8
 - c) Evakuasi
 - d) Uterotonika (metil ergometrin 3x0,125mg)
 - e) Antibiotika broadspektrum 3 hari

d. Abortus Komplit

1. Definisi
Seluruh buah kehamilan telah keluar dari rongga rahim melalui kanalis servikalis secara lengkap.
2. Anamnesis
Perdarahan dari jalan lahir sedikit
Pernah keluar buah kehamilan
3. Pemeriksaan fisik
Ostium biasanya tertutup
4. Terapi
Uterotonika
Antibiotika broadspektrum 3 hari

3. PROGNOSIS

- a. Ad vitam : ad bonam
- b. Ad sanationam : ad bonam
- c. Ad fungsionam : ad bonam



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
ASUHAN PERSALINAN NORMAL**

1. PENGERTIAN

Asuhan persalinan normal adalah upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan.

2. ANAMNESIS

Riwayat persalinan
Usia gestasi
Apakah ada ketuban pecah dini

3. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Leopold
Pemeriksaan denyut jantung janin

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Darah lengkap
Urin lengkap

5. TATA LAKSANA

Asuhan kala I
Asuhan kala II
Partograf

6. PROGNOSIS

- a. Ad vitam : ad bonam
- b. Ad sanationam : ad bonam
- c. Ad fungsionam : ad bonam



PANDUAN PRAKTIK KLINIS OBSGYN

Dokumen tertulis PPK Obsgyn serta perangkat implementasinya ini disertai dengan **disclaimer** (wewanti/penyangkalan) untuk :

1. Menghindari kesalah-pahaman atau salah persepsi tentang arti kata standar, yang dimaknai harus melakukan sesuatu tanpa kecuali
2. Menjaga autonomi dokter bahwa keputusan klinis merupakan wewenangnya sebagai orang yang dipercaya pasien

Adapun disclaimer tersebut :

1. Disclaimer Utama yaitu :
 - a. PPK dibuat untuk average patient
 - b. PPK dibuat untuk penyakit / kondisi patologis tunggal
 - c. Reaksi individual terhadap prosedur diagnosis dan terapi bervariasi
 - d. PPK dianggap valid pada saat dicetak
 - e. Praktek Kedokteran modern harus lebih mengakomodasi preferensi pasien dan keluarga
2. Disclaimer tambahan, yang dapat disertakan pada disclaimer :
 - a. PPK dimaksudkan untuk tatalaksana pasien sehingga tidak berisi informasi lengkap tentang penyakit
 - b. Dokter yang memeriksa harus melakukan konsultasi bila merasa tidak menguasai atau ragu dalam menegakkan diagnose dan memberikan terapi
 - c. Penyusun PPK tidak bertanggung jawab atas hasil apapun yang terjadi akibat penyalahgunaan PPK dalam tatalaksana pasien

PENUTUP

Dengan telah tersusunnya Panduan Praktik Klinis ini diharapkan dapat menjadi Standar Prosedur Operasional bagi dokter spesialis Obsgyn yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan dan fasilitas pelayanan kesehatan di RSI Sultan Agung.

Melalui panduan ini diharapkan terselenggara pelayanan medis yang efektif, efisien, bermutu dan merata sesuai sumber daya, fasilitas, pra fasilitas, dana dan prosedur serta metode yang memadai. Semoga bermanfaat.