

III.15. KESEHATAN WANITA

130. Hiperemesis Gravidarum

No. ICPC II : W05 *Pregnancy vomiting/nausea*

No ICD X : O21.0 *Mild hyperemis gravidarum*

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 20 minggu.

Mual dan muntah mempengaruhi hingga > 50% kehamilan. Keluhan muntah kadang-kadang begitu hebat dimana segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi dan terdapat aseton dalam urin bahkan seperti gejala penyakit appendisitis, pielitis, dan sebagainya.

Mual biasanya terjadi pada pagi hari, tapi dapat pula timbul setiap saat dan malam hari. Mual dan muntah ini terjadi pada 60-80% primigravida dan 40-60% multigravida.

Hasil Anamnesis(Subjective)

Keluhan

Mual dan muntah hebat

Gejala klinis

1. Amenore yang disertai muntah yang hebat
2. Nafsu makan turun
3. Beratbadan turun
4. Nyeri epigastrium
5. Lemas
6. Rasa haus yang hebat
7. Gangguan kesadaran

Faktor Risiko

Belum diketahui secara pasti namun diperkirakan erat kaitannya dengan faktor endokrin, biokimiawi, dan psikologis.

Faktor Predisposisi

1. Faktor adaptasi dan hormonal
2. Faktor organik
3. Alergi
4. Faktor psikologik

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan tanda vital: nadi meningkat 100x/mnt, tekanan darah menurun (pada keadaan berat), subfebris, dan gangguan kesadaran (pada keadaan berat).
2. Pemeriksaan tanda-tanda dehidrasi : mata cekung, bibir kering, turgor berkurang.
3. Pemeriksaan generalis: kulit pucat, sianosis, berat badan turun > 5% dari berat badan sebelum hamil, uterus besar sesuai usia kehamilan, pada pemeriksaan inspekulo tampak serviks yang berwarna biru.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

1. Darah : kenaikan relatif hemoglobin dan hematokrit.
2. Urinalisa : warna pekat, berat jenis meningkat, adanya ketonuria, dan proteinuria.

Penegakan Diagnostik(*Assessment*)

Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Klasifikasi hiperemesis gravidarum secara klinis dibagi menjadi 3 tingkatan, antara lain :

1. Tingkat 1
Muntah yang terus menerus, timbul intoleransi terhadap makanan dan minuman, berat badan menurun, nyeri epigastrium, muntah pertama keluar makanan, lendir dan sedikit cairan empedu, dan yang terakhir keluar darah. Nadi meningkat sampai 100 x/mnt, dan tekanan darah sistolik menurun. Mata cekung dan lidah kering, turgor kulit berkurang, dan urin sedikit tetapi masih normal.
2. Tingkat 2
Gejala lebih berat, segala yang dimakan dan diminum dimuntahkan, haus hebat, subfebris, nadi cepat lebih dari 100-140 x/mnt, tekanan darah sistolik menurun, apatis, kulit pucat, lidah kotor, kadang ikterus, aseton, bilirubin dalam urin, dan berat badan cepat menurun.
3. Tingkat 3
Walaupun kondisi tingkat 3 sangat jarang, yang mulai terjadi adalah gangguan kesadaran (delirium-koma), muntah berkurang atau berhenti, tetapi dapat terjadi ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung, bilirubin, dan proteinuria dalam urin.

Diagnosis Banding

1. Ulkus peptikum
2. Apendisitis akut
3. *Inflammatory bowel syndrome*
4. *Acute Fatty Liver*
5. Diare akut

Komplikasi

1. Komplikasi neurologis
2. *Stress related mucosal injury, stress ulcer pada gaster*
3. *Jaundice*
4. Disfungsi pencernaan
5. Hipoglikemia
6. Malnutrisi dan kelaparan
7. Komplikasi potensial dari janin
8. Kerusakan ginjal yang menyebabkan hipovolemia
9. *Intrauterine growth restriction (IUGR)*

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Mengusahakan kecukupan nutrisi ibu dengan menganjurkan makan makanan yang banyak mengandung gula
- Makan porsi kecil, tetapi lebih sering
- Menghindari makanan yang berminyak dan berbau lemak.
- Istirahat cukup
- Defekasi yang teratur
- Farmakologis:
Penanganan awal diberikan :
 - H2 Blocker per oral/IV.
 - Piridoksin 10 mg per oral tiap 8 jam.
 - Anti emetik IV.
 - Berikan cairan intravena sesuai derajat dehidrasi.
 - Berikan suplemen multivitamin (B kompleks) IV

Konseling dan Edukasi

1. Memberikan informasi kepada pasien, suami, dan keluarga mengenai kehamilan dan persalinansuatu proses fisiologik.
2. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah usia kehamilan 4 bulan.

Kriteria Rujukan: Pasien dirujuk setelah mendapat penanganan awal.

SaranaPrasarana

Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin dan urinalisa.

Prognosis

Prognosis umumnya bonam dan sangat memuaskan jika dilakukan penanganan dengan baik. Namun jika tidak dilakukan penanganan yang baik pada tingkat yang berat, kondisi ini dapat mengancam nyawa ibu dan janin.

Referensi

1. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Raschimhadhi, T. Wiknjosastro, G.H. *Ilmu Kebidanan*. Ed 4. Cetakan ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010; Hal 814-818.
2. Wiknjosastro, H. *Hiperemesis Gravidarum dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2005: Hal 275-280.
3. Ronardy, D.H. Ed. *Obstetri Williams*. Ed 18. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2006:9, 996.

131. Kehamilan Normal

No. ICPC II : W90 *Uncomplicated labour/delivery livebirth*

No. ICD X : O80.9 *Single spontaneous delivery, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahir. Lama kehamilan normal 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT)

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Berhenti menstruasi dengan disertai tanda-tanda tidak pasti kehamilan seperti:

- mual dan muntah pada pagi hari
- pengerasan dan pembesaran mammae

Faktor Risiko

Pada kehamilan perlu diwaspadai hal-hal di bawah ini:

- a. Bila pada kehamilan sebelumnya terdapat riwayat obstetrik sebagai berikut:
 - lahir mati atau bayi mati umur < 28 hari
 - ≥ 2 abortus spontan
 - berat badan bayi < 2500 gram

- berat badan bayi > 4000 gram
 - dirawat di rumah sakit karena hipertensi, Pre-eklampsia atau eklampsia
 - operasi pada saluran reproduksi khususnya operasi seksiosesaria
- b. Bila pada kehamilan saat ini:
- usia ibu di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun
 - ibu memiliki rhesus (-)
 - ada keluhan perdarahan vagina
- c. Bila ibu memiliki salah satu masalah kesehatan di bawah ini:
- Diabetes Melitus/ kencing manis
 - Penyakit jantung
 - Penyakit ginjal
 - Penyalahgunaan obat
 - Konsumsi rokok, alkohol dan bahan adiktif lainnya
 - Penyakit menular TB, malaria, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual,
 - Penyakit kanker

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Periksa tanda vital ibu (tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi nafas), ukur berat badan, tinggi badan, serta lingkaran lengan atas (LLA) pada setiap kedatangan.

Pada trimester 1, bila LLA > 33 cm, maka diduga obesitas, memiliki risiko Pre-eklampsia dan diabetes maternal, memiliki risiko melahirkan bayi dengan berat badan lebih; bila LLA < 23 cm, maka diduga undernutrisi atau memiliki penyakit kronis, biasanya memiliki bayi yang lebih kecil dari ukuran normal.

Keadaan muka diperhatikan adanya edema palpebra atau pucat, mata dan konjungtiva dapat pucat, kebersihan mulut dan gigi dapat terjadi karies dan periksa kemungkinan pembesaran kelenjar tiroid.

Pemeriksaan payudara: puting susu dan areola menjadi lebih menghitam.

Pemeriksaan dada: perhatikan suara paru dan bunyi jantung ibu

Pemeriksaan ekstremitas: perhatikan edema dan varises

Pemeriksaan obstetrik :

Abdomen:

- Observasi adanya bekas operasi.
- Mengukur tinggi fundus uteri.

Tabel 46. Tinggi fundus sesuai usia kehamilan

Usia gestasi	Tinggi fundus uteri	
	Dengan palpasi	Dengan cm
12 minggu	Teraba di atas simfisis pubis	-
16 minggu	Diantara simfisis pubis dan umbilikus	-
20 minggu	Setinggi umbilikus	(20 ± 2) cm
22-27 minggu	-	(minggu gestasi ± 2) cm
28 minggu	Antara umbilikus dan processus xiphoideus	(28 ± 2) cm
29-35 minggu	-	(minggu gestasi ± 2) cm
36 minggu	Padaprocessus xiphoideus	(36 ± 2) cm

- Melakukan palpasi dengan manuever Leopold I-IV.
- Mendengarkan bunyi jantung janin (120-160x/menit).

Vulva/vagina

- Observasi varises, kondilomata, edema, haemorhoid atau abnormalitas lainnya.
- Pemeriksaan vaginal toucher: memperhatikan tanda-tanda tumor.
- Pemeriksaan inspekulo untuk memeriksa serviks, tanda-tanda infeksi, ada/tidaknya cairan keluar dari ostium uteri.

Pemeriksaan Penunjang

- Tes kehamilan menunjukkan HCG (+)
- Pemeriksaan darah: Golongan darah ABO dan Rhesus pada trimester 1, Hb dilakukan pada trimester 1 dan 3, kecuali bila tampak adanya tanda-tanda anemia berat.
- Pemeriksaan lain: kadar glukosa darah dan protein urin sesuai indikasi.
- Pada ibu hamil dengan faktor risiko, dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan: BTA, TORCH (toxoplasma, rubella, cytomegalo virus, herpes and others), sifilis, malaria dan HIV dilakukan pada trimester 1 terutama untuk daerah endemik untuk skrining faktor risiko.
- USG sesuai indikasi.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik/obstetrik, dan pemeriksaan penunjang.

Tanda tak pasti kehamilan: Tes kehamilan menunjukkan HCG (+)

Tanda pasti kehamilan:

1. Bunyi jantung janin/BJJ (bila umur kehamilan/ UK > 8 minggu) dengan BJJ normal 120-160 kali per menit,
2. Gerakan janin (bila UK > 12 minggu)

3. Bila ditemukan adanya janin pada pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan pemeriksaan obstetrik.

Kehamilan normal apabila memenuhi kriteria dibawah ini:

- Keadaan umum baik
- Tekanan darah <140/90 mmHg
- Pertambahan berat badan sesuai minimal 8 kg selama kehamilan (1 kg perbulan) atau sesuai Indeks Masa Tubuh (IMT) ibu
- Edema hanya pada ekstremitas
- BJJ =120-160 x/menit
- Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia 18 -20 minggu hingga melahirkan
- Ukuran uterus sesuai umur kehamilan
- Pemeriksaan fisik dan laboratorium dalam batas normal
- Tidak ada riwayat kelainan obstetrik.

Tabel 47. Pemeriksaan dan tindakan pada kehamilan normal

Pemeriksaan dan Tindakan	I	II	III
<i>Anamnesis</i>			
Riwayat medis lengkap	√		
Catatan pada kunjungan sebelumnya		√	√
Keluhan yang mungkin dialami selama hamil		√	√
<i>Pemeriksaan fisik umum</i>			
Pemeriksaan fisik umum lengkap	√		
Keadaan umum	√	√	√
Tekanan darah	√	√	√
Suhu tubuh	√	√	√
Tinggi badan	√		
Berat badan	√	√	√
LILA	√		
Gejala anemia (pucat, nadi cepat)	√	√	√
Edema	√	√	√
Tanda bahaya lainnya (sesak, perdarahan, dll)	√	√	√
Pemeriksaan terkait masalah yang ditemukan pada kunjungan sebelumnya		√	√
<i>Pemeriksaan fisik obstetric</i>			
Vulva/perineum	√		
Pemeriksaan inspekulo	√		
Tinggi fundus		√	√
Pemeriksaan obstetri dengan manuver Leopold		√	√
Denyut jantung janin		√	√
<i>Pemeriksaan penunjang</i>			
Golongan darah ABO dan rhesus	√		
Kadar glukosa darah	*	*	*
Kadar Hb	√	*	√
Kadar protein urin	*	*	*
Tes BTA	*	*	*
Tes HIV	√*	*	*
Tes malaria	√*	*	*
Tes sifilis	*	*	*
USG	*	*	*
<i>Imunisasi, Suplementasi, dan KIE</i>			

Skrining status TT dan vaksinasi sesuai status	√		
Zat besi dan asam folat	√	√	√
Aspirin	*	*	*
Kalsium	*	*	*
KIE (sesuai materi)	√	√	√

Diagnosis Banding: -

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

- a. Petugas kesehatan harus menyadari, menghormati dan mengantisipasi bahwa ibu hamil memiliki latar belakang budaya, kebiasaan dan kepercayaan yang berbeda yang memungkinkan adanya mitos dan kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin, dan bayi baru lahir nanti.
- b. Memberikan zat besi dan asam folat (besi 60 mg/hari dan folat 250 mikrogram 1-2 x/hari), bila Hb < 7,0 gr/dl dosis ditingkatkan menjadi dua kali. Apabila dalam *follow up* selama 1 bulan tidak ada perbaikan, dapat dipikirkan kemungkinan penyakit lain (talasemia, infeksi cacing tambang, penyakit kronis TBC)
- c. Memberikan imunisasi TT (Tetanus Toxoid) apabila pasien memiliki risiko terjadinya tetanus pada proses melahirkan dan buku catatan kehamilan
- d. Memberikan konseling:
 - Persiapan persalinan, meliputi: siapa yang akan menolong persalinan, dimana akan melahirkan, siapa yang akan membantu dan menemani dalam persalinan, kemungkinan kesiapan donor darah bila timbul permasalahan, metode transportasi bila diperlukan rujukan, dukungan biaya.
 - Pentingnya peran suami dan keluarga selama kehamilan dan persalinan.
 - Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai: sakit kepala lebih dari biasa, perdarahan per vaginam, gangguan penglihatan, pembengkakan pada wajah/tangan, nyeri abdomen (epigastrium), mual dan muntah berlebihan, demam, janin tidak bergerak sebanyak biasanya.
 - Pemberian makanan bayi, air susu ibu (ASI) eksklusif, dan inisiasi menyusui dini (IMD).
 - Penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin misalnya hipertensi, TBC, HIV, serta infeksi menular seksual lainnya.
 - Perlunya menghentikan kebiasaan yang beresiko bagi kesehatan, seperti merokok dan minum alkohol.
 - Program KB terutama penggunaan kontrasepsi pascasalin.
 - Minum cukup cairan.
 - Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori/hari dari menu seimbang. Contoh: nasi tim dari 4 sendok makan beras, ½ pasang hati ayam, 1 potong tahu, wortel parut, bayam, 1 sendok teh minyak goreng, dan 400 ml air.
 - Latihan fisik normal tidak berlebihan, istirahat jika lelah.

- Keluarga diajak untuk mendukung ibu hamil secara psikologis maupun finansial, bila memungkinkan siapkan suami siaga
 - Dukung *intake* nutrisi yang seimbang bagi ibu hamil.
 - Dukung ibu hamil untuk menghentikan pemberian ASI bila masih menyusui.
 - Dukung memberikan ASI eksklusif untuk bayi yang nanti dilahirkan.
 - Siapkan keluarga untuk dapat menentukan kemana ibu hamil harus dibawa bila adaperdarahan, perut dan/atau kepala terasa sangat nyeri, dan tanda-tanda bahaya lainnya, tulis dalam buku pemeriksaan alamat rujukan yang dapat dituju bila diperlukan.
- e. Ajarkan metoda mudah untuk menghitung gerakan janin dalam 12 jam, misalnya dengan menggunakan karet gelang 10 buah pada pagi hari pukul 08.00 yang dilepaskan satu per satu saat ada gerakan janin. Bila pada pukul 20.00, karet gelang habis, maka gerakan janin baik.
- f. Dengan pasangan ibu hamil didiskusikan mengenai aktifitas seksual selama kehamilan. Aktifitas seksual biasa dapat dilakukan selama kehamilan, posisi dapat bervariasi sesuai pertumbuhan janin dan pembesaran perut. Kalau ibu hamil merasa tidak nyaman ketika melakukan aktifitas seksual, sebaiknya dihentikan. Aktifitas seksual tidak dianjurkan pada keadaan:
- riwayat melahirkan prematur
 - riwayat abortus
 - perdarahan vagina atau keluar duhtubuh
 - plasenta previa atau plasenta letak rendah
 - serviks inkompeten
- g. Catat dan laporkan pada dinas kesehatan atau puskesmas terdekat bila ada tanda-tanda bahaya pada ibu hamil atau terdapat faktor yang berisiko untuk ketidakhadiran ibu hamil pada kunjungan antenatal care berikutnya, seperti:
- ibu pekerja yang tidak dapat cuti untuk pemeriksaan
 - kemiskinan
 - tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan
 - ibu hamil di bawah umur (remaja)
 - korban kekerasan rumah tangga
 - ibu hamil yang tinggal sendiri

Sarana Prasarana

Alat ukur tinggi badan, berat badan, lingkar perut, stetoskop, Laennec atau Doppler, pemeriksaan laboratorium sederhana, tes carik celup urin, tempat tidur periksa, buku catatan pemeriksaan, buku pegangan ibu hamil.

Prognosis

Konsultasikan dan rujuk pada kunjungan trimester 1 atau 2 bila ditemukan keadaan di bawah ini:

Tabel 48. Kondisi kehamilan yang perlu dirujuk

Kondisi	Tindakan
Diabetes melitus	Rujuk untuk memperoleh pelayanan sekunder
Penyakit jantung	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Penyakit ginjal	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Epilepsi	Nasehati untuk meneruskan pengobatan
Pengguna narkoba, obat terlarang dan bahan adiksi lainnya	Rujuk untuk perawatan khusus
Tanda anemia berat dan Hb <70 g/l	Naikkan dosis besi dan rujuk bila ibu hamil sesak nafas
Primigravida	Nasehati untuk melahirkan di tempat pelayanan kesehatan
Riwayat still birth/lahir mati	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat (<i>validated IUGR= intra uterin growth retardation</i>)	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat dirawat untuk eklampsia or pre-eklampsia	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat seksio sesaria	Tekankan untuk melahirkan di rumah sakit
Tekanan darah tinggi (>140/90 mm Hg)	Rujuk untuk di evaluasi
MUAC (lingkar perut bagian tengah)	Rujuk untuk evaluasi (<i>pertimbangkan standar ukuran yang sesuai untuk kondisi setempat</i>)

Konsultasikan dan rujuk pada kunjungan trimester 1 bila ditemukan keadaan di bawah ini:

- hyperemesis
- perdarahan per vaginam atau spotting
- trauma

Konsultasikan dan rujuk pada kunjungan trimester 2 bila ditemukan keadaan di bawah ini:

- Gejala yang tidak diharapkan
- Perdarahan pervaginam atau spotting
- Hb selalu berada di bawah 7 gr/dl

- Gejala Pre-eklampsia, hipertensi, proteinuria
- Diduga adanya *fetal growth retardation* (gangguan pertumbuhan janin)
- Ibu tidak merasakan gerakan bayi

Konsultasikan dan rujuk pada kunjungan trimester 3 bila ditemukan keadaan di bawah ini:

- Sama dengan keadaan tanda bahaya semester 2 ditambah
- Tekanan darah di atas 130 mmHg
- Diduga kembar atau lebih

Referensi

Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013.

132. Pre-eklampsia

No. ICPC II : W81 Toxaemia of pregnancy

No. ICD X : O14.9 Pre-eclampsia, unspecified

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Pre-eklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan di atas 20 minggu yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi spesifik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Tanda utama penyakit ini adanya hipertensi dan proteinuria. Pre-eklampsia merupakan masalah kedokteran yang serius dan memiliki tingkat kompleksitas yang tinggi. Besarnya masalah ini bukan hanya karena Pre-eklampsia berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah paska-persalinan.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Gejala yang timbul pada Pre-eklampsia ialah edema. Timbulnya hipertensi dan proteinuria merupakan gejala yang paling penting, namun penderita seringkali tidak merasakan perubahan ini.

Biasanya pasien datang dengan gejala pada kondisi yang sudah cukup lanjut atau pre-eklampsia berat, seperti gangguan penglihatan, sakit kepala hebat, nyeri perut bagian atas.

Faktor Risiko

1. Kondisi-kondisi yang berpotensi menyebabkan penyakit mikrovaskular (antara lain : diabetes melitus, hipertensi kronik, gangguan pembuluh darah)
2. Sindrom antibody antiphospholipid (APS)

3. Nefropati
4. Faktor risiko lainnya dihubungkan dengan kehamilan itu sendiri, dan faktor spesifik dari ibu atau janin.
 - Umur > 40 tahun
 - Nulipara
 - Kehamilan multipel
5. Obesitas sebelum hamil
6. Riwayat keluarga pre-eklampsia – eklampsia
7. Riwayat Pre-eklampsia pada kehamilan sebelumnya

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Pada pre-eklampsia ringan: ditandai adanya peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
- Pada pre-eklampsia berat : tekanandarah $\geq 160/110$ mmHg, edema, pandangan kabur, nyeri di epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat teregangnya kapsula glisson), sianosis, adanya pertumbuhan janin yang terhambat.

Pemeriksaan Penunjang

Proteinuria

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pre-eklampsia terbagi menjadi 2 bagian, yaitu pre-eklampsia ringan dan pre-eklampsia berat berdasarkan gejala-gejala kliniknya.

Tabel 49. Kategori pre-eklampsia berdasarkan gejala-gejala kliniknya

Pre-eklampsia Ringan	Pre-eklampsia Berat
Hipertensi: sistolik/diastolik $140/90$ mmHg	Hipertensi: sistolik/diastolik $\geq 160/110$ mmHg
Proteinuria: ≥ 300 mg/24 jam atau $\geq 1+$ dipstik.	Proteinuria: ≥ 5 gr/24 jam atau $\geq 2+$ dalam pemeriksaankualitatif.

Diagnosis Banding

Hipertensi gestasional

Komplikasi:-

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

- Tata laksana pre-eklampsia ringan.
 - Pantau keadaan klinis ibu tiap kunjungan antenatal: tekanan darah, berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh, ukuran uterus dan gerakan janin.
 - Rawat jalan (*ambulator*)
 1. Ibu hamil banyak istirahat (berbaring/tidur miring)
 2. Konsumsi susu dan air buah
 3. Obat antihipertensi

Indikasi utama pemberian antihipertensi pada kehamilan adalah untuk keselamatan ibu dalam mencegah penyakit serebrovaskular. Meskipun demikian, penurunan tekanan darah dilakukan secara bertahap tidak lebih dari 25% penurunan dalam waktu 1 jam. Hal ini untuk mencegah terjadinya penurunan aliran darah uteroplasenta.

Obat antihipertensi yang dapat diberikan :

 - Metildopa, biasanya dimulai pada dosis 250-500 mg per oral 2 atau 3 kali sehari, dengan dosis maksimum 3 g per hari, atau
 - Nifedipin 10 mg kapsul per oral, diulang tiap 15-30 menit, dengan dosis maksimal 30 mg.
 4. Tidak perlu diberikan obat-obatan seperti: diuretik, dan sedatif.
- Tata laksana pre-eklampsia berat.

Pemberian MgSO₄ dosis awal dengan cara: ambil 4 mg MgSO₄ (10 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 10ml aquades. Berikan secara perlahan IV selama 20 menit. Jika akses IV sulit berikan masing-masing 5 mg MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40%) IM di bokong kiri dan kanan.

Kriteria Rujukan

Rujuk bila ada satu atau lebih gejala dan tanda-tanda pre-eklampsia berat ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekologi setelah dilakukan tata laksana pada pre-eklampsia berat.

Sarana Prasarana

1. Meteran untuk tinggi fundus
2. Doppler atau Laenec untuk mendengarkan bunyi jantung janin
3. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin (Hb,Ht,leukosit,trombosit) dan urin lengkap untuk menilai kadar proteinuria.

Prognosis

Prognosis pada umumnya dubia ad bonam baik bagi ibu maupun janin.

Referensi

1. *Report on the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy.* AJOG.2000: Vol.183.
2. Lana, K. Wagner, M.D. Diagnosis and management of pre-eklampsia. *The American Academy of Family Physicians.* 2004 Dec 15; 70 (12): 2317-2324).

3. Cunningham, F.G. et.al. *Hypertensive Disorder in Pregnancy*. Williams Obstetrics. 21st Ed. Prentice Hall International Inc. Connecticut: Appleton and Lange. 2001; p. 653 - 694.
4. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010: Hal 550-554.
5. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran : Diagnosis dan Tata Laksana Pre-eklampsia*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013.
6. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013.

133. Eklampsia

No. ICPC II : W81 *Toxaemia of pregnancy*

No. ICD X : O15.9 *Eclampsia, unspecified as to time period*

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Eklampsia merupakan kasus akut pada penderita Pre-eklampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan atau koma.

Sama halnya dengan Pre-eklampsia, eklampsia dapat timbul pada ante, intra, dan post partum. Eklampsia post partum umumnya hanya terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Kejang yang diawali dengan gejala-gejala prodromal eklampsia, antara lain:

1. Nyeri kepala hebat
2. Gangguan visus
3. Muntah-muntah
4. Nyeri epigastrium
5. Kenaikan progresif tekanan darah

Faktor Risiko

Faktor risiko meliputi kondisi-kondisi yang berpotensi menyebabkan penyakit mikrovaskular (antara lain: diabetes melitus, hipertensi kronik, gangguan pembuluh darah dan jaringan ikat), sindrom antibody antiphospholipid, dan nefropati. Faktor risiko lainnya dihubungkan dengan kehamilan itu sendiri, dan faktor spesifik dari ibu atau ayah janin.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan keadaan umum: sadar atau penurunan kesadaran *Glasgow Coma Scale* dan *Glasgow-Pittsburg Coma Scoring System*.
- Tentukan jenis kejang: tonik, klonik, umum.
- Pemeriksaan tanda vital: adanya peningkatan tekanan darah diastolik >110 mmHg
- Sianosis
- Skotoma penglihatan
- Dapat ditemukan adanya tanda-tanda edema paru dan atau gagal jantung
- Pada pemeriksaan abdomen dapat ditemukan nyeri di epigastrium atau nyeri abdomen pada kuadran kanan atas (akibat teregangnya kapsula glisson)

Pemeriksaan Penunjang

- Proteinuria $\geq 2+$

Penegakan Diagnostik(*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.

Diagnosis Banding

Kejang pada eklampsia harus dipikirkan kemungkinan kejang akibat penyakit lain, oleh karena itu sebagai diagnosis banding eklampsia antara lain:

- Hipertensi
- Perdarahan otak
- Lesi di otak
- Meningitis
- Epilepsi
- Kelainan metabolik

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif(*Plan*)

Penatalaksanaan

Perawatan dasar eklampsia yang utama adalah terapi supportif untuk stabilisasi fungsi vital, dengan pemantauan terhadap *Airway, Breathing, Circulation (ABC)*.

- Perawatan pada saat kejang
 - Masukkan sudap lidah ke dalam mulut penderita.
 - Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi trendelenburg untuk mengurangi risiko aspirasi.

- Beri O₂ 4 liter permenit.
- Penatalaksanaan farmakologis
 - MgSO₄ diberikan intravena dengan dosis awal 4 g (10ml MgSO₄ 40%, larutkan dalam 10 ml akuades) secara perlahan selama 20 menit, jika pemberian secara intravena sulit, dapat diberikan secara IM dengan dosis 5mg masing bokong kanan dan kiri
Adapun **syarat pemberian MgSO₄** adalah tersedianya Ca Glukonas 10%, ada refleks patella, jumlah urin minimal 0,5 ml/kgBB/jam dan frekuensi napas 12-16x/menit.
 - Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO₄ (15ml MgSO₄ 40%, larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/ Ringer asetat) 28 tetes/ menit selama 6 jam dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berahir.
 - Pada kondisi di mana MgSO₄ tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (*loading dose*) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan sekunder .
 - Diazepam juga dapat dijadikan alternatif pilihan dengan dosis 10 mg IV selama 2 menit (perlahan), namun mengingat dosis yang dibutuhkan sangat tinggi dan memberi dampak pada janin, maka pemberian diazepam hanya dilakukan apabila tidak tersedia MgSO₄.
- Stabilisasi selama proses perjalanan rujukan
 - Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, refleks patella.
 - Bila frekuensi pernapasan < 16 x/menit, dan/atau tidak didapatkan refleks tendon patella, dan/atau terdapat oliguria (produksi urin <0,5 ml/kg BB/jam), segera hentikan pemberian MgSO₄.
- Jika terjadi depresi napas, berikan Ca glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit.

Sarana Prasarana

1. *Oropharyngeal airway*
2. Kateter urin
3. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan urin menilai kadar proteinuria.

Prognosis

Prognosis umumnya dubia ad malam baik untuk ibu maupun janin.

Referensi

1. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010: Hal 550-554.
2. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013.

134. Abortus

No. ICPC II : W82 Abortion spontaneous

No. ICD X : O03.9 Unspecified abortion, complete, without complication

No. ICPC II : W82 Abortion spontaneous

No. ICD X : O06.4 Unspecified abortion, incomplete, without complication

Tingkat Kemampuan

Abortus komplit : 4A

Abortus inkomplit : 3B

Abortus insipiens : 3B

Masalah Kesehatan

Abortus ialah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat anak kurang dari 500 gram.

Jenis dan derajat abortus :

- a. Abortus imminens
adalah abortus tingkat permulaan, dimana terjadi perdarahan pervaginam ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan.
- b. Abortus insipiens
adalah abortus yang sedang mengancam dimana serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri.
- c. Abortus inkomplit
adalah sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri masih ada yang tertinggal.
- d. Abortus komplit
adalah seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan yang terdapat pada pasien abortus antara lain:

- a. Abortus Imminens
 - Riwayat terlambat haid dengan hasil BHcg (+) dengan usia kehamilan dibawah 20 minggu
 - Perdarahan pervaginam yang tidak terlalu banyak, berwarna kecoklatan dan bercampur lendir
 - Tidak disertai nyeri atau kram
- b. Abortus insipiens
 - Perdarahan bertambah banyak, berwarna merah segar disertai terbukanya serviks
 - Perut nyeri ringan atau spasme (seperti kontraksi saat persalinan)
- c. Abortus Inkomplit
 - Perdarahan aktif
 - Nyeri perut hebat seperti kontraksi saat persalinan

- Pengeluaran sebagian hasil konsepsi
 - Mulut rahim terbuka dengan sebagian sisa konsepsi tertinggal
 - Terkadang pasien datang dalam keadaan syok akibat perdarahan
- d. Abortus komplit
- Perdarahan sedikit
 - Nyeri perut atau kram ringan
 - Mulut sudah tertutup
 - Pengeluaran seluruh hasil konsepsi

Faktor Risiko:

Faktor Maternal

- Penyakit infeksi
- Gangguan nutrisi yang berat
- Penyakit menahun dan kronis
- Alkohol dan merokok
- Anomali uterus dan serviks
- Gangguan imunologis
- Trauma fisik dan psikologis

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Penilaian tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu)
- Penilaian tanda-tanda syok
- Periksa konjungtiva untuk tanda anemia
- Mencari ada tidaknya massa abdomen
- Tanda-tanda akut abdomen dan defans musculer
- Pemeriksaan ginekologi, ditemukan:
 - a. Abortus iminens
 - Osteum uteri masih menutup
 - Perdarahan berwarna kecoklatan disertai lendir
 - Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan
 - Detak jantung janin masih ditemukan
 - b. Abortus insipiens
 - Osteum uteri terbuka, dengan terdapat penonjolan kantong dan didalamnya berisi cairan ketuban
 - Perdarahan berwarna merah segar
 - Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan
 - Detak jantung janin masih ditemukan
 - c. Abortus inkomplit
 - Osteum uteri terbuka, dengan terdapat sebagian sisa konsepsi
 - Perdarahan aktif

- Ukuran uterus sesuai usia kehamilan
- d. Abortus komplit
- Omentum uteri tertutup
 - Perdarahan sedikit
 - Ukuran uterus lebih kecil usia kehamilan

Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan USG.
- Pemeriksaan tes kehamilan (BHCG): biasanya masih positif sampai 7-10 hari setelah abortus.
- Pemeriksaan darah perifer lengkap

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

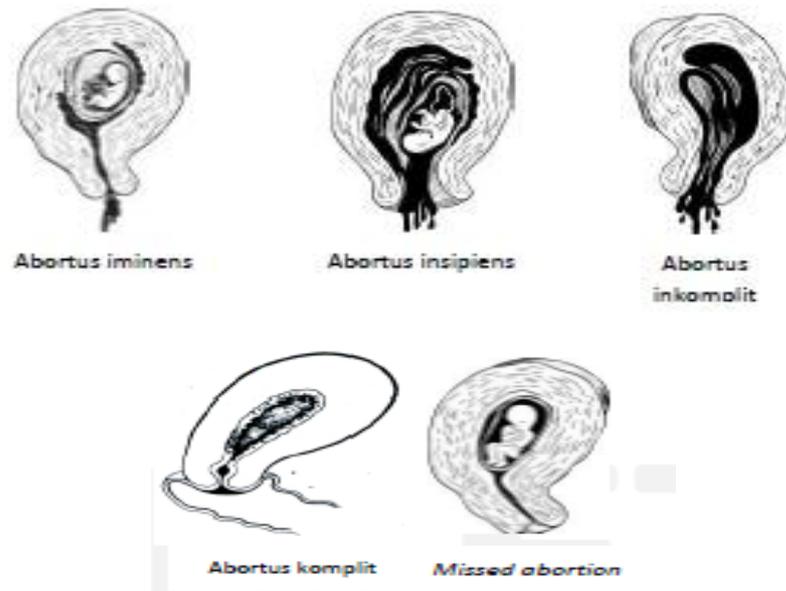
Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.

Diagnosis Banding

- Kehamilan ektopik
- Mola hidatidosa
- Missed Abortion

Tabel 50. Macam-macam abortus

Diagnosis	Perdarahan	Nyeri Perut	Uterus	Serviks	Gejala Khas
Abortus iminens	Sedikit	Sedang	Sesuai usia gestasi	Tertutup	Tidak ada epulsi jaringan konsepsi
Abortus insipiens	Sedang-banyak	Sedang-hebat	Sesuai usia kehamilan	Terbuka	Tidak ada epulsi jaringan konsepsi
Abortus inkomplit	Sedang-banyak	Sedang-hebat	Sesuai dengan usia kehamilan	Terbuka	Epulsi sebagian jaringan konsepsi
Abortus komplit	Sedikit	Tanpa/sedikit	Lebih kecil dari usia gestasi	Terbuka/tertutup	Epulsi seluruh jaringan konsepsi
Missed abortion	Tidak ada	Tidak ada	lebih kecil dari usia kehamilan	Tertutup	Janin telah mati tapi tidak ada epulsi jaringan



Gambar52. Jenis abortus

Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada abortus ialah

- Perdarahan
- Infeksi
- Perforasi
- Syok

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

a. Abortus imminens terdiri atas :

- Istirahat tirah baring.
- Tablet penambah darah
- Vitamin ibu hamil diteruskan

b. Abortus insipiens

- Observasi tanda vital
- Bila kondisi stabil rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap untuk rencana pengeluaran hasil konsepsi
- Pengeluaran hasil konsepsi dapat dilaksanakan dengan kuret vakum atau dengan cunam abortus, disusul dengan kerokan

c. Abortus inkomplit

- Observasi tanda vital (tensi, nadi, suhu, respirasi)
- Evaluasi tanda-tanda syok, bila terjadi syok karena perdarahan, pasang IV line (bila perlu 2 jalur) segera berikan infus cairan NaCl fisiologis atau cairan ringer laktat disusul dengan darah.
- Setelah syok teratasi rujuk ke fasilitas selanjutnya untuk dilakukan kerokan (D/C). Pasca tindakan berikan ergometrin IM.

d. Abortus komplit

Tidak memerlukan pengobatan khusus, hanya apabila menderita anemia perlu diberikan sulfas ferosus dan dianjurkan supaya makanannya mengandung banyak protein, vitamin dan mineral.

Pencegahan

1. Pemeriksaan rutin antenatal
2. Makan makanan yang bergizi(sayuran, susu,ikan, daging,telur).
3. Menjaga kebersihan diri, terutama daerah kewanitaan dengan tujuan mencegah infeksi yang bisa mengganggu proses implantasi janin.
4. Hindari rokok, karena nikotin mempunyai efek vasoaktif sehingga menghambat sirkulasi uteroplasenta.
5. Apabila terdapat anemia sedang berikan tablet sulfas ferosus 600 mg/hari selama 2 minggu,bila anemia berat maka berikan transfusi darah.

Rencana Tindak Lanjut

- Melakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional
- Menganjurkan penggunaan kontrasepsi pasca keguguran karena kesuburan dapat kembali kira-kira 14 hari setelah keguguran. Untuk mencegah kehamilan, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) umumnya dapat dipasang secara aman setelah aborsi spontan atau diinduksi. Kontraindikasi pemasangan AKDR pasca keguguran antara lain adalah infeksi pelvik, abortus septik, atau komplikasi serius lain dari abortus.
- *Follow up* dilakukan setelah 2 minggu.

Kriteria Rujukan:-

Sarana Prasarana

1. Inspekulo
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaa tes kehamilan .
3. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin.
4. Alatkontrasepsi
5. USG

Prognosis

Prognosis umumnya bonam.

Referensi

1. Saifuddin, A.B. *Ilmu Kebidanan. Perdarahan pada kehamilan muda*. Ed 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.2009; p. 460-474.
2. Sastrawinata, S. *Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran*. Bandung. 1981:11-17.
3. Saifuddin, A.B. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2001; 146-147.
4. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013
5. *Asuhan Pasca Keguguran*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK KR) POGI. 2001

135. Anemia Defisiensi Besi pada Kehamilan

No. ICPC II : B80 *Iron deficiency anaemia*

No. ICD X : D50 *Iron deficiency anaemia*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Anemia dalam kehamilan adalah kelainan pada ibu hamil dengan kadar haemoglobin <11g/dl pada trimester II dan III atau <10,5 g/dl pada trimester II. Penyebab tersering anemia pada kehamilan adalah defisiensi besi, perdarahan akut, dan defisiensi asam folat.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Badan lemah, lesu
- Mudah lelah
- Mata berkunang-kunang
- Tampak pucat
- Telinga mendenging
- Pica: keinginan untuk memakan bahan-bahan yang tidak lazim

Faktor Risiko: -

Faktor Predisposisi

- Perdarahan kronis
- Kecacingan
- Gangguan *intake*
- Gangguan absorpsi besi

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

- Konjungtiva anemis
- Atrofi papil lidah
- Stomatitis angularis (*cheilosis*)
- Koilonichia:kuku sendok (*spoon nail*),

Pemeriksaan Penunjang

- Kadar haemoglobin
- Apusan darah tepi

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Kadar Hb < 11 g/dl (pada trimester I dan III) atau < 10,5 g/dl (pada trimester II). Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah.

Diagnosis Banding

- Anemia akibat penyakit kronik
- *Trait Thalassemia*
- Anemia Sideroblastik

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Diet bergizi tinggi protein terutama yang berasal dari protein hewani (daging,ikan,susu, telur,sayuran hijau)
- Pemakaian alas kaki untuk mencegah infeksi cacing tambang
- Lakukan penilaian pertumbuhan dan kesejahteraan janin dengan memantau pertambahan ukuran janin
- Bila pemeriksaan apusan darah tepi tidak tersedia, berikan tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elemental dan 250 µg asam folat.Pada ibu hamil dengan anemia, tablet besi diberikan 3 kali sehari.
- Bila dalam 90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet sampai 42 hari pasca persalinan.
- Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat, kadar hemoglobin tidak meningkat maka pasien dirujuk.

Berikut ini adalah tabel jumlah kandungan besi elemental yang terkandung dalam berbagai jenis

Tabel 51. Sediaan suplemen besi yang beredar

Jenis Sediaan	Dosis Sediaan	Kandungan Besi Elemental
Sulfas ferrous	325	65
Fero fumarat	325	107
Fero glukonat	325	39
Besi polisakarida	150	150

- Bila tersedia fasilitas pemeriksaan penunjang, tentukan penyebab anemia berdasarkan hasil pemeriksaan darah perifer lengkap dan apus darah tepi.
- Anemia mikrositik hipokrom dapat ditemukan pada keadaan:
 - *Defisiensi besi*: lakukan pemeriksaan ferritin. Apabila ditemukan kadar ferritin < 15 ng/ml, berikan terapi besi dengan dosis setara 180 mg besi elemental per hari. Apabila kadar ferritin normal, lakukan pemeriksaan SI dan TIBC.
 - *Thalassemia*: Pasien dengan kecurigaan thalassemia perlu dilakukan tatalaksana bersama dokter spesialis penyakit dalam untuk perawatan yang lebih spesifik
- Anemia normositik normokrom dapat ditemukan pada keadaan:
 - Perdarahan*: tanyakan riwayat dan cari tanda dan gejala aborsi, mola, kehamilan ektopik, atau perdarahan pasca persalinan infeksi kronik
- Anemia makrositik hiperkrom dapat ditemukan pada keadaan:
 - Defisiensi asam folat dan vitamin B12*: berikan asam folat 1 x 2 mg dan vitamin B12 1 x 250 – 1000 µg

Konseling dan Edukasi

Prinsip konseling pada anemia defisiensi besi adalah memberikan pengertian kepada pasien dan keluarganya tentang perjalanan penyakit dan tata laksana, sehingga meningkatkan kesadaran dan kepatuhan dalam berobat serta meningkatkan kualitas hidup pasien untuk mencegah terjadinya anemia defisiensi besi.

Kriteria Rujukan

- Anemia yang tidak membaik dengan pemberian suplementasi besi selama 3 bulan
- Anemia yang disertai perdarahan kronis, agar dicari sumber perdarahan dan ditangani.

Sarana Prasarana

Pemeriksaan darah rutin

Prognosis

Prognosis umumnya adalah bonam, sembuh tanpa komplikasi

Referensi

Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013

136. Ketuban Pecah Dini (KPD)

No. ICPC II : W92 *Complicated labour/delivery livebirth*

No. ICD X : 042.9 *Premature rupture of membrane, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur.

Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini prematur terjadi pada 1% kehamilan.

Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban pecah dini prematur sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, dan solusio plasenta.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan dan gejala utama

Adanya riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan.

Pada anamnesis, hal-hal yang perlu digali adalah menentukan usia kehamilan, adanya cairan yang keluar dari vagina, warna cairan yang keluar dari vagina, dan adanya demam.

Faktor Risiko: -

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina. Pastikan bahwa cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan bau cairan ketuban yang khas.
- Jika tidak ada cairan amnion, dapat dicoba dengan menggerakkan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien batuk atau mengejan

- Tidak ada tanda inpartu
- Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai adanya tanda-tanda infeksi pada ibu dengan mengukur suhu tubuh (suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$).

Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan pH vagina (cairan ketuban) dengan kertas lakmus (*Nitrazin test*) dari merah menjadi biru.
- Pemeriksaan mikroskopis tampak gambaran pakis yang mengering pada sekret serviko vaginal.
- Pemeriksaan darah rutin, leukosit $> 15.000/\text{mm}^3$.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.

Diagnosis Banding : -

Komplikasi

1. Infeksi maternal dan neonatal
 2. Persalinan prematur
 3. Hipoksia karena kompresi tali pusat
 4. Deformitas janin
 5. Meningkatnya insiden seksio sesarea, atau gagal persalinan normal.
- (Komplikasi yang timbul bergantung pada usia kehamilan)

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Pembatasan aktivitas pasien
- Apabila belum in partu berikan eritromisin 4x250 mg selama 10 hari
- Apabila sudah in partu segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

Sarana Prasarana

1. Inspekulo
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan pHvagina (cairan ketuban), dengan tes lakmus (*Nitrazin test*)
3. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin (terutama leukosit darah)

Prognosis

Prognosis umumnya bonam pada ibu, namun dubia ad bonam pada janin

Referensi

1. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010: Hal 677-680.
2. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013

137. Persalinan Lama

No. ICPC II : W92 *life birth* W93 *still birth*

No. ICD X : O63.9 *long labour*

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam sejak dimulai dari tanda-tanda persalinan.

Etiologi:

1. Dispori fetopelvik
2. Malpresentasi dan malposisi
3. Kerja uterus tidak efisien
4. Serviks yang kaku
5. Primigravida
6. Ketuban pecah dini
7. Analgesia dan anesthesia yang berlebihan

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Pasien datang dalam kondisi fase persalinan Kala 1 atau Kala 2 dengan status:

Kelainan Pembukaan Serviks atau Partus Macet atau Partus macet

Faktor Risiko:

(“*Po, Pa, Pa*” atau gabungan **3 P**)

- **Power** : His tidak adekuat (his dengan frekuensi <3x/10 menit dan durasi setiap kontraksinya <40 detik)
- **Passenger** : malpresentasi, malposisi, janin besar
- **Passage** : panggul sempit, kelainan serviks atau vagina, tumor jalan lahir
- **Gabungan** dari faktor-faktor di atas

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Pada ibu:

- a. Gelisah
- b. Letih
- c. Suhu badan meningkat
- d. Berkeringat
- e. Nadi cepat
- f. Pernafasan cepat
- g. Meteorismus
- h. *Bandle ring*, edema vulva, oedema serviks, cairan ketuban berbau terdapat mekoneum

Pada janin:

- a. Denyut jantung janin cepat, hebat, tidak teratur, bahkan negatif
- b. Air ketuban terdapat mekoneum kental kehijau-hijauan, cairan berbau
- c. Caput succedenium yang besar
- d. Moulage kepala yang hebat
- e. Kematian janin dalam kandungan
- f. Kematian janin intrapartal

Kelainan Pembukaan Serviks

Persalinan Lama

Nulipara:

- Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif < 1,2 cm/jam
- Kemajuan turunnya bagian terendah < 1 cm/jam

Multipara:

- Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif < 1,5 cm/jam
- Kemajuan turunnya bagian terendah < 2 cm/jam

Persalinan Macet

Nulipara :

- Fase deselerasi memanjang (> 3 jam)
- Tidak ada pembukaan (dilatasi) > 2 jam
- Tidak ada penurunan bagian terendah > 1 jam
- Kegagalan penurunan bagian terendah (Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2)

Multipara:

- Fase deselerasi memanjang > 1 jam
- Tidak ada pembukaan (dilatasi) > 2 jam
- Tidak ada penurunan bagian terendah > 1 jam

- Kegagalan penurunan bagian terendah (Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2)

Faktor Penyebab:

- a. His tidak efisien (in adekuat)
- b. Faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar)
- c. Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

Faktor Predisposisi:

- a. Paritas dan interval kelahiran
- b. Ketuban pecah dini

Pemeriksaan penunjang:

Partograf

Dopler

Urin

Darah tepi lengkap

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Distosia pada kala I fase aktif:

Grafik pembukaan serviks pada partograf berada di antara garis waspada dan garis bertindak, atau sudah memotong garis bertindak,

ATAU

Fase ekspulsi (kala II) memanjang:

Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin pada persalinan kala II. Dengan batasan waktu:

- Maksimal 2 jam untuk nulipara dan 1 jam untuk multipara, ATAU
- Maksimal 3 jam untuk nulipara dan 2 jam untuk multipara bila pasien menggunakan analgesia epidural

Diagnosis Banding: -

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Motivasi pasien dalam proses persalinan dan informasikan rencana persalinan sesuai dengan perkembangan pasien.

Penanganan partus lama menurut Saifudin AB (2007) :

a. False labor (Persalinan palsu/belum inpartu)

Bila his belum teratur dan persio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, KPD dan bila didapatkan adanya infeksi, obati secara adekuat. Bila tidak, pasien boleh rawat jalan.

b. Prolonged laten phase (fase laten yang memanjang)

Diagnosis fase laten memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his berhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bila kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, disebut fase laten. Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, rujuk pasien dan lakukan penatalaksanaan awal sebagai berikut:

1. Bila didapat perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preparat prostaglandin, lakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
2. Bila tidak ada perubahan dalam penapisan dan pembukaan serviks serta tidak didapat tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
3. Bila didapatkan tanda adanya amniositis, berikan induksi dengan oksitosin 5 unit dan 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preparat prostaglandin, serta obati infeksi dengan ampicillin 2 gr IV sebagai dosis awal dan 1 gr IV setiap 6 jam, serta gentamicin 2x80 mg.

c. *Prolonged active phase* (fase aktif memanjang)

Bila tidak didapatkan tanda adanya CPD atau adanya obstruksi:

1. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
2. Bila ketuban intak, pecahkan ketuban. Bila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm/jam, lakukan penilaian kontraksi uterusnya.

d. Kontraksi uterus adekuat

Bila kontraksi uterus adekuat (3 dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangan adanya kemungkinan CPD, obstruksi, malposisi, atau malpresentasi

e. *Cefalo Pelvic Disporpotion* (CPD)

CPD terjadi karena bayi terlalu besar atau pelvis kecil. Bila dalam persalinan terjadi CPD akan didapatkan persalinan macet. Cara penilaian pelvis yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (*trial of labor*). Kegunaan pelvimetri klinis terbatas

1. Bila diagnosis CPD ditegakkan, rujuk pasien untuk *Secsio Cesaria*(SC)
2. Bila bayi mati, lakukan kraniotomi atau embriotomi (bila tidak mungkin dilakukan SC)

f. Obstruksi (partus macet)

Bila ditemukan tanda-tanda obstruksi:

1. Bila bayi masih hidup, rujuk untuk SC
2. Bila bayi mati, lahirkan dengan kraniotomi/embriotomi

g. Malposisi/malpresentasi

1. Lakukan evaluasi cepat kondisi ibu
2. Lakukan evaluasi kondisi janin DJJ, bila ketuban pecah lihat warna ketuban
 - Bila didapatkan mekoneum, awasi ketat atau intervensi
 - Tidak ada cairan ketuban saat ketuban pecah menandakan adanya pengurangan jumlah air ketuban yang ada hubungannya dengan gawat janin
3. Pemberian bantuan secara umum pada ibu inpartu akan memperbaiki kontraksi atau kemajuan persalinan.
4. Lakukan penilaian kemajuan persalinan memakai partograf.

h. Kontraksi uterus tidak adekuat (inersia uteri)

Bila kontraksi uterus tidak adekuat dan disporporisi atau obstruksi bisa disingkirkan, penyebab paling banyak partus lama adalah kontraksi yang tidak adekuat.

i. Kala 2 memanjang (*prolonged explosive phase*)

Upaya mengejan ibu menambah risiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta, maka dari itu sebaiknya dianjurkan mengedan secara spontan, mengedan dan menahan napas yang terlalu lama tidak dianjurkan. Perhatikan DJJ bradikardi yang lama mungkin terjadi akibat lilitan tali pusat. Dalam hal ini, lakukan ekstraksi vakum/forceps bila syarat memenuhi.

Bila malpresentasi dan tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan oksitosin drip. Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan ekstraksi vakum/forcep bila persyaratan terpenuhi atau rujuk pasien untuk SC.

Ikhtisar Kriteria Diagnostik dan Penatalaksanaan Distosia

Pola persalinan	Nulipara	Multipara	Terapi di Puskesmas	Terapi di rumah sakit
Kelainan pembukaan serviks <input type="checkbox"/> Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif <input type="checkbox"/> Kemajuan turunnya bagian terendah	< 1,2 cm/jam < 1 cm/jam	< 1,5 cm/jam < 2 cm/jam	R U J U K	<input type="checkbox"/> Dukungan dan terapi ekspektatif <input type="checkbox"/> Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi
Partus macet <input type="checkbox"/> Fase deselerasi memanjang <input type="checkbox"/> Terhentinya pembukaan (dilatasi) <input type="checkbox"/> Terhentinya penurunan bagian terendah	> 3 jam > 2 jam > 1 jam Tidak ada penurunan pada fase	> 1 jam > 2 jam > 1 jam Tidak ada penurunan pada fase		<input type="checkbox"/> Infus oksitosin, bila tak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea

<input type="checkbox"/> Kegagalan penurunan bagian terendah	deselerasi atau kala 2	deselerasi atau kala 2	<input type="checkbox"/> Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi
--	------------------------	------------------------	---

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan: -

Komplikasi:

- Infeksi intrapartum
- Ruptura uteri
- Pembentukan fistula
- Cedera otot-otot dasar panggul
- Kaput suksedaneum
- Molase kepala janin
- Kematian ibu dan anak

Konseling & Edukasi

Dibutuhkan dukungan dari suami pasien. Pendekatan yang dilakukan kepada keluarga sehubungan dengan proses penyembuhan penyakit pasien maupun pencegahan penularan atau relaps penyakit ini.

Kriteria rujukan

Apabila tidak dapat ditangani di pelayanan primer atau apabila level kompetensi SKDI dengan kriteria merujuk (<3B)

Prognosis

Prognosis untuk ad vitam adalah dubia ad bonam, namun ad fungsionam dan sanationam adalah dubia ad malam.

Sarana Prasarana

1. Ruang berukuran minimal 15m²
2. Tempat tidur bersalin
3. Tiang infus
4. Lampu sorot dan lampu darurat
5. Oksigen dan maskernya
6. Perlengkapan persalinan
7. Alat resusitasi
8. Lemari dan troli darurat
9. Partograf
10. Dopler
11. Ambulans

Referensi

1. WHO. *Managing prolonged and obstructed labour. Education for safe motherhood.* 2ndEd. Department of making pregnancy safer. Geneva: WHO. 2006.
2. *Pedoman penyelenggaraan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK).* 2008.
3. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.* Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013

138. Perdarahan Post Partum

ICPC : W17 *Post partum bleeding*

ICD X : 072.1 *Other Immediate Postpartum haemorrhage*

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Perdarahan post partum (PPP) adalah perdarahan yang masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir, dan jaringan sekitarnya dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu disamping perdarahan karena hamil ektopik dan abortus.

Definisi perdarahan post partum adalah perdarahan pasca persalinan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir atau yang berpotensi mengganggu hemodinamik ibu.

Berdasarkan saat terjadinya, PPP dapat dibagi menjadi PPP primer dan PPP sekunder. PPP primer adalah perdarahan post partum yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, dan sisa sebagian plasenta. Sementara PPP sekunder adalah perdarahan pervaginam yang lebih banyak dari normal antara 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan, biasanya disebabkan oleh sisa plasenta.

Kematian ibu 45% terjadi pada 24 jam pertama setelah bayi lahir, 68-73% dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% dalam dua minggu setelah bayi lahir.

Hasil Anamnesis(Subjective)

Keluhan dan gejala utama

Seorang wanita post partum yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik, gejala-gejala baru tampak pada kehilangan darah sebanyak 20%. Gejala klinik berupa:

- Perdarahan

- Lemah
- Limbung
- Berkeringatdingin
- Menggigil

Faktor Risiko

Perdarahan post partum merupakan komplikasi dari 5-8% kasus persalinan pervaginam dan 6% dari kasus SC

- Faktor Risiko prenatal:
 - Perdarahan sebelum persalinan,
 - Solusio plasenta,
 - Plasenta previa,
 - Kehamilan ganda,
 - Preeklampsia,
 - Khorioamnionitis,
 - Hidramnion,
 - IUFD,
 - Anemia (Hb < 5,8),
 - Multiparitas,
 - Mioma dalam kehamilan,
 - Gangguan faktor pembekuan dan
 - Riwayat perdarahan sebelumnya serta obesitas.
- Faktor Risiko saat persalinan pervaginam:
 - Kala tiga yang memanjang,
 - Episiotomi,
 - Distosia,
 - Laserasi jaringan lunak,
 - Induksi atau augmentasi persalinan dengan oksitosin,
 - Persalinan dengan bantuan alat (forseps atau vakum),
 - Sisa plasenta, dan bayi besar (>4000 gram).
- Faktor Risiko perdarahan setelah SC :
 - Insisi uterus klasik,
 - Amnionitis,
 - Preeklampsia,
 - Persalinan abnormal,
 - Anestesia umum,
 - Partus preterm dan postterm.

Kausalnya dibedakan atas:

- Perdarahan dari tempat implantasi plasenta
 - a. Hipotoni sampai atonia uteri
 - Akibat anestesi

- Distensi berlebihan (gemeli, anak besar, hidramnion)
 - Partus lama, partus kasep
 - Partus presipitatus/partus terlalu cepat
 - Persalinan karena induksi oksitosin
 - Multiparitas
 - Riwayat atonia sebelumnya
- b. Sisa plasenta
- Kotiledon atau selaput ketuban tersisa
 - Plasenta susenturiata
 - Plasenta akreata, inkreata, perkreata.
- Perdarahan karena robekan
 - Episiotomi yang melebar
 - Robekan pada perinium, vagina dan serviks
 - Ruptura uteri
 - Gangguan koagulasi
 - Trombofilia
 - Sindrom HELLP
 - Preeklamsi
 - Solutio plasenta
 - Kematian janin dalam kandungan
 - Emboli air ketuban

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- a. Nilai tanda-tanda syok: pucat, akral dingin, nadicepat, tekan darah rendah.
- b. Nilai tanda-tanda vital: nadi > 100x/menit, pernafasan hiperpnea, tekan darah sistolik < 90 mmHg, suhu.
- c. Pemeriksaan obstetrik:
 - Perhatikan kontraksi, letak, dan konsistensi uterus
 - Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai adanya: perdarahan, keutuhan plasenta, tali pusat, dan robekan di daerah vagina.

Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah rutin: terutama untuk menilai kadar Hb < 8 gr%.
- b. Pemeriksaan golongan darah.
- c. Pemeriksaan waktu perdarahan dan waktu pembekuan darah (untuk menyingkirkan penyebab gangguan pembekuan darah).

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Perdarahan post partum bukanlah suatu diagnosis akan tetapi suatu kejadian yang harus dicari kausalnya:

- PPP karena atonia uteri
- PPP karena robekan jalan lahir
- PPP karena sisa plasenta
- Gangguan pembekuan darah.

Diagnosis perdarahan postpartum dapat digolongkan berdasarkantabel berikut ini :

No	Gejala dan tanda	Penyebab yang harus dipikirkan
1.	- Perdarahan segera setelah anak lahir - Uterus tidak berkontraksi dan lembek	Atonia Uteri
2.	- Perdarahan segera - Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir	Robekan Jalan Lahir
3	- Plasenta belum lahir setelah 30 menit	Retensio Plasenta
4.	- Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap - Perdarahan dapat muncul 6-10 hari post partum disertai subinvolusi uterus	Sisa Plasenta
5.	- Perdarahan segera (Perdarahan intra abdominal dan dari atau pervaginam) - Nyeri perut yang hebat - Kontraksi yang hilang	Ruptura Uteri
6.	- Fundus Uteri tidak teraba pada palpasi abdomen - Lumen vagina terisi massa - Nyeri ringan atau berat	Inversio uteri
7.	- Perdarahan tidak berhenti, encer, tidak terlihat gumpalan sederhana - Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembentukan darah sederhana - Terdapat faktor predisposisi : solusio placenta, kematian janin dalam uterus, eklampsia, emboli air ketuban	Gangguan pembekuan darah

Komplikasi

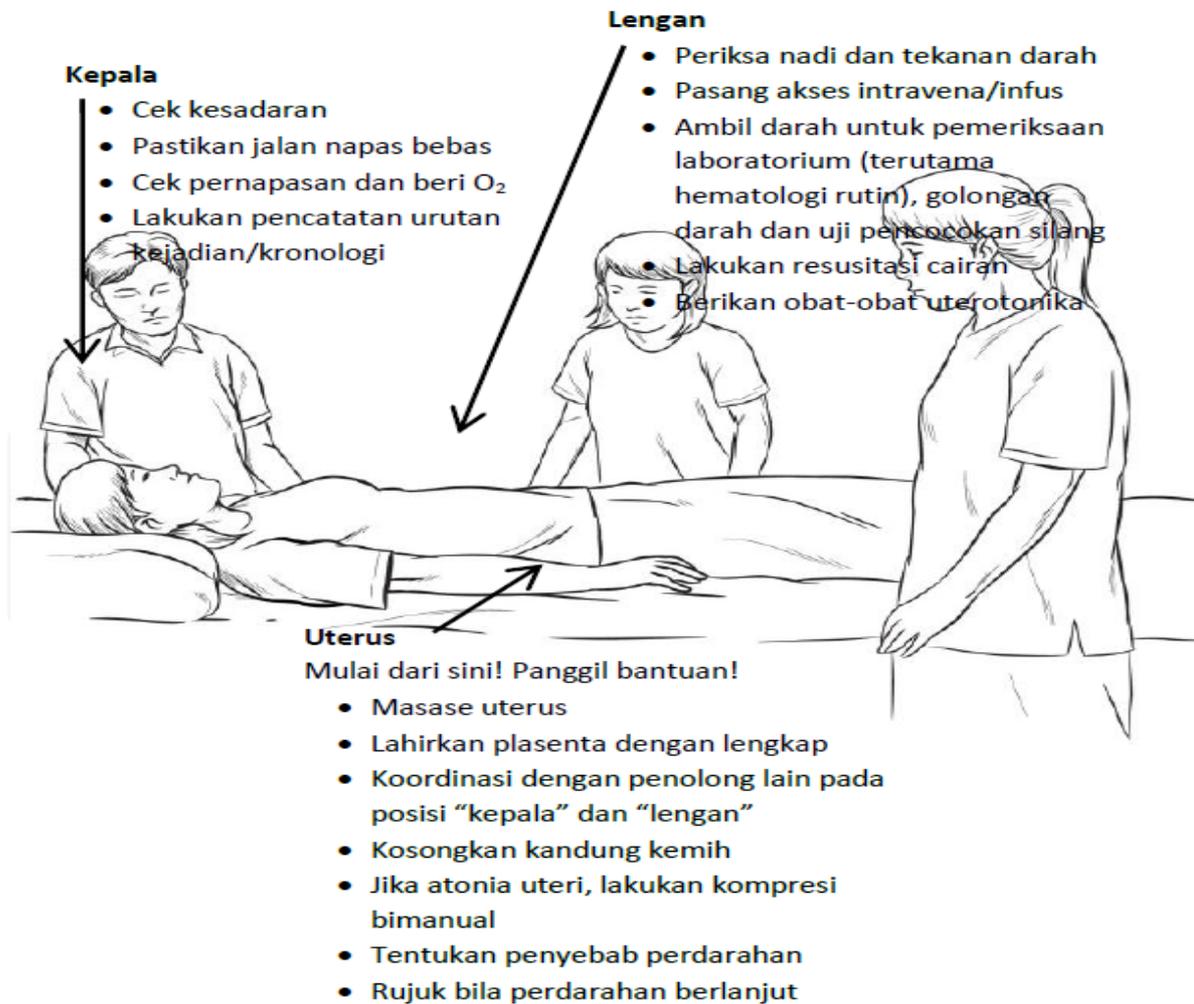
- Syok
- Kematian

Penatalaksanaan Komprehensif(Plan)

Penatalaksanaan

Tatalaksana Awal

- Nilai sirkulasi, jalan napas, dan pernapasan pasien.
- Bila menemukan tanda-tanda syok, lakukan penatalaksanaan syok.



Gambar53. Tatalaksana awal perdarahan pascasalin dengan pendekatan tim

- Berikan oksigen.
- Pasang infus intravena dengan kanul berukuran besar (16 atau 18) dan mulai pemberian cairan kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat atau Ringer Asetat) sesuai dengan kondisi ibu.

Table 52. Jumlah Cairan Infus Pengganti Berdasarkan Perkiraan Volume Kehilangan Darah

Penilaian Klinis			Volume Perdarahan (% dari volume total darah)	Perkiraan Kehilangan Darah (ml) (volume darah maternal 100ml/kgBB)	Jumlah Cairan Infus Kristaloid Pengganti (2-3 x Jumlah Kehilangan Darah)
Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Frekuensi Nadi	Perfusi Akral			
120	80x/menit	Hangat	<10%	<600 ml (asumsi berat	-

100	100x/menit	Pucat	±15%	badan 60 kg)	900 ml	2000-3000 ml
<90	>120x/menit	Dingin	±30%		1800 ml	3500-5500 ml
<60-70	>140x/menit hingga tak teraba	Basah	±50%		3000 ml	6000-9000 ml

- Lakukan pengawasan tekanan darah, nadi, dan pernapasan ibu.
- Periksa kondisi abdomen: kontraksi uterus, nyeri tekan, parut luka, dan tinggi fundus uteri.
- Periksa jalan lahir dan area perineum untuk melihat perdarahan dan laserasi (jika ada, misal: robekan serviks atau robekan vagina).
- Periksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
- Pasang kateter Folley untuk memantau volume urin dibandingkan dengan jumlah cairan yang masuk. (CATATAN: produksi urin normal 0.5-1 ml/kgBB/jam atau sekitar 30 ml/jam)
- Jika kadar Hb < 8 g/dl rujuk ke layanan sekunder (dokter spesialis obsgin)
- Jika fasilitas tersedia, ambil sampel darah dan lakukan pemeriksaan: kadar hemoglobin (pemeriksaan hematologi rutin) dan penggolongan ABO.
- Tentukan penyebab dari perdarahannya (lihat tabel penyebab di atas) dan lakukan tatalaksana spesifik sesuai penyebab

1. Atonia uteri

Penatalaksanaan

- Lakukan pemijatan uterus.
- Pastikan plasenta lahir lengkap.
- Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9%/ Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 unit IM.
- Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9%/Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.

Catatan :

Jangan berikan lebih dari 3 liter larutan intravena yang mengandung oksitosin.

Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi berat/tidak terkontrol, penderita sakit jantung dan penyakit pembuluh darah tepi.

- Bila tidak tersedia oksitosin atau bila perdarahan tidak berhenti, berikan ergometrin 0,2 mg IM atau IV (lambat), dapat diikuti pemberian 0,2 mg IM setelah 15 menit, dan pemberian 0,2 mg IM/IV (lambat) setiap 4 jam bila diperlukan. JANGAN BERIKAN LEBIH DARI 5 DOSIS (1 mg)
- Jika perdarahan berlanjut, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit).
- Lakukan pasang kondom kateter atau kompresi bimanual internal selama 5 menit.
- Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder sebagai antisipasi bila perdarahan tidak berhenti.



Kompresi Bimanual Internal



Kompresi Bimanual Eksternal

Gambar54. Kompresi Bimanual

2. Robekan Jalan Lahir

Penatalaksanaan

Ruptura Perineum dan Robekan Dinding Vagina

- Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi sumber perdarahan.
- Lakukan irigasi pada tempat luka dan bersihkan dengan antiseptik.
- Hentikan sumber perdarahan dengan klem kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap.
- Lakukan penjahitan
- Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit).

Robekan Serviks

- Paling sering terjadi pada bagian lateral bawah kiri dan kanan dari Porsio
- Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder

Retensio Plasenta

- Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 unit IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
- Lakukan tarikan tali pusat terkendali.
- Bila tarikan tali pusat terkendali tidak berhasil, lakukan plasenta manual secara hati-hati.
- Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal (ampisilin 2 g IV DAN metronidazol 500 mg IV).
- Segera atasi atau rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi.

Sisa Plasenta

- Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 unit IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam

1000 ml larutan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.

- Lakukan eksplorasi digital (bila serviks terbuka) dan keluarkan bekuan darah dan jaringan. Bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan aspirasi vakum manual atau dilatasi dan kuretase .
- Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal (ampisillin 2 g IV dan metronidazole 500 mg).
- Jika perdarahan berlanjut, tata laksana seperti kasus atonia uteri.

Inversio uteri

- Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder

Gangguan Pembekuan Darah

- Padabanyak kasus kehilangan darah yang akut, koagulopati dapat dicegah jika volume darah dipulihkan segera.
- Tangani kemungkinan penyebab (solusio plasenta, eklampsia).
- Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder

Konseling dan Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien, suami, dan keluarga akan pentingnya pemeriksaan selama kehamilan (*antenatal care* atau *ANC*) untuk mempersiapkan proses persalinan. Kunjungan pelayanan antenatal bagi ibu hamil paling sedikit 4 kali kunjungan dengan distribusi sekali pada trimester I, sekali trimester II, dan dua kali pada trimester III.

Kriteria Rujukan

Jika kadar Hb < 8 g/dl rujuk ke layanan sekunder (dokter spesialis obstetri dan ginekologi)

Sarana Prasarana

1. Inspekulo
2. USG
3. Sarung tangan steril
4. Hecting set
5. Benang *catgut*
6. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin, dan golongan darah.

Prognosis

Prognosis umumnya dubia ad bonam, tergantung dari jumlah perdarahan dan kecepatan penatalaksanaan.

Referensi

1. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010: Hal 522-529.

2. *Current Obstretic dan Gynecologic Diagnosis dan Treatment*. 9thEd. Alan, H. DeCherney. Nathan, L. McGraw-Hill. 2003.
3. Mochtar, R. *Sinopsis Obstretics*. 2ndEd. Editor Lutan, D.
4. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. 2013

139. Ruptur Perineum Tingkat 1-2

No. ICPC II : W92 *Complicated labour/delivery livebirth*

No. ICD X : O70.0 *First degree perineal laceration during delivery*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Ruptur perineum adalah suatu kondisi robeknya perineum yang terjadi pada persalinan pervaginam. Diperkirakan lebih dari 85% wanita yang melahirkan pervaginam mengalami ruptur perineum spontan, yang 60% - 70% di antaranya membutuhkan penjahitan (Sleep dkk, 1984; McCandlish dkk, 1998). Angka morbiditas meningkat seiring dengan peningkatan derajat ruptur.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Gejala Klinis

Perdarahan pervaginam

Etiologi dan Faktor Risiko

Ruptur perineum umumnya terjadi pada persalinan, dimana:

1. Kepala janin terlalu cepat lahir
2. Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
3. Sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan parut
4. Pada persalinan dengan distosia bahu
5. Partus pervaginam dengan tindakan

Pada literatur lain dikatakan faktor risiko ruptur perineum antara lain :

Faktor risiko ruptur perineum	
<i>Known risk factors</i>	<i>Suggested risk factors</i>
Nulipara	Peningkatan usia
Makrosomia	Etnis
Persalinan dengan instrumen	Status nutrisi

terutama forsep	
Malpresentasi	Analgesia epidural
Malposisi seperti oksiput posterior	
Distosia bahu	
Riptur perineum sebelumnya	
Lingkar kepala yang lebih besar	

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan adanya:

1. Robekan pada perineum,
2. Perdarahan yang bersifat arterial atau yang bersifat merembes,
3. Pemeriksaan colok dubur, untuk menilai derajat robekan perineum

Pemeriksaan Penunjang: -

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Klasifikasi Ruptur Perineum dibagi menjadi 4 derajat:

a. Derajat I

Robekan terjadi hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum .

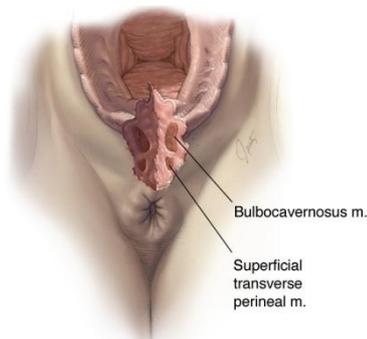


A First degree

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spang CN. Williams Obstetrics, 23rd Edition. <http://www.accessmedicine.com>. Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

b. Derajat II

Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinea transversalis, tetapi tidak melibatkan kerusakan otot sfingter ani.

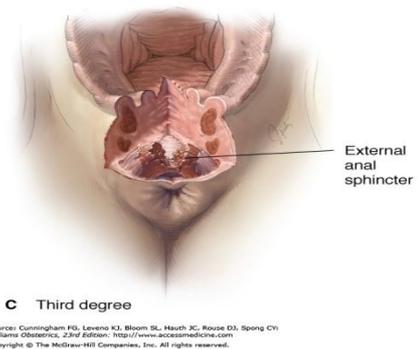


B Second degree

c. Derajat III

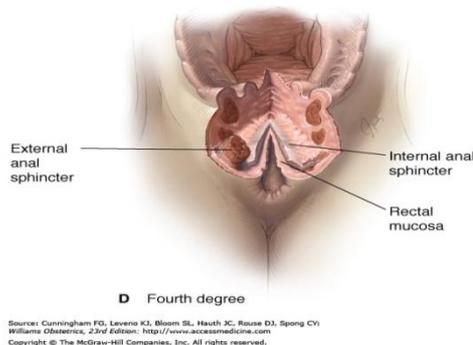
Robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dengan pembagian sebagai berikut:

- III. a. Robekan < 50% sfingter ani eksterna
- III. b. Robekan > 50% sfingter ani eksterna
- III. c. Robekan juga meliputi sfingter ani interna



d. Derajat IV

Robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum



Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Menghindari atau mengurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul didahului oleh kepala janin dengan cepat.
- Kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlampaui kuat dan lama, karena akan menyebabkan asfiksia dan perdarahan dalam tengkorak janin, dan melemahkan otot-otot dan fascia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama.
- Penatalaksanaan farmakologis:
Dosis tunggal sefalosporin golongan II atau III dapat diberikan intravena sebelum perbaikan dilakukan (untuk ruptur perineum yang berat).

- Manajemen Ruptur Perineum:
Ruptur perineum harus segera diperbaiki untuk meminimalisir risiko perdarahan, edema, dan infeksi. Manajemen ruptur perineum untuk masing-masing derajatnya, antara lain sebagai berikut :
 - a. Derajat I
 - Bila hanya ada luka lecet, tidak diperlukan penjahitan. Tidak usah menjahit ruptur derajat I yang tidak mengalami perdarahan dan mendekat dengan baik.
 - Penjahitan robekan perineum derajat I dapat dilakukan hanya dengan memakai *catgut* yang dijahitkan secara jelujur (*continuous suture*) atau dengan cara angka delapan (*figure of eight*).
 - b. Derajat II
 - Ratakan terlebih dahulu pinggiran robekan yang bergerigi, dengan cara mengklemp masing-masing sisi kanan dan kirinya lalu dilakukan pengguntingan untuk meratakannya.
 - Setelah pinggiran robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan.
 - c. Derajat III dan IV
Dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki dokter spesialis obstetric dan ginekologi.

Konseling dan Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien, dan suami, mengenai, cara menjaga kebersihan daerah vagina dan sekitarnya setelah dilakukannya penjahitan di daerah perineum, yaitu antara lain:

- a. Menjaga perineumnya selalu bersih dan kering.
- b. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineumnya.
- c. Cuci perineumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir 3 sampai 4 kali sehari.
- d. Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya. Ibu harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan yang berbau busuk dari daerah lukanya atau jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri.

Kriteria Rujukan: -

Sarana-Prasarana

1. Lampu
2. Kassa steril
3. Sarung tangan steril
4. Hecting set
5. Benang jahit : *catgut*
6. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin, golongan darah.

Prognosis

Prognosis umumnya bonam

Referensi

1. Cunningham, F.G. Leveno, K.J. Bloom, S.L. Hauth, J.C. Rouse, D.J. Spong, C.Y. Williams *Obstetrics*. 23rdEd. McGraw-Hill. 2009.
2. Sultan. Thakar. *The Management prevention of obstetrik perineal trauma*. In: *The Management of Labour*. 2ndEd. Arulkumaran. Penna. Rao.Eds. India: Otient Loegman Private. 2005.
3. Wiknjosastro, H. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Ed 1 Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo. 2007: Hal 170-6.

140. Mastitis

No. ICPC II : X21 Breast symptom/complaint female other

No. ICD X : N61 Inflammatory disorders of breast

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Mastitis adalah peradangan payudara yang terjadi biasanya pada masa nifas atau sampai 3 minggu setelah persalinan.

Kejadian mastitis berkisar 2-33% dari ibu menetekki dan lebih kurang 10% kasus mastitis akan berkembang menjadi abses (nanah), dengan gejala yang makin berat.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Nyeri didaerah payudara.

Gejala klinis

1. Demam disertai menggigil
2. Mialgia
3. Nyeri didaerah payudara

Faktor Risiko

1. Primipara
2. Stress
3. Tehnik menetekki yang tidak benar, sehingga proses pengosongan payudara tidak terjadi dengan baik.
4. Pemakaian kutang yang terlalu ketat
5. Penghisapan bayi yang kurang kuat, dapat menyebabkan statis dan obstruksi kelenjar payudara.

6. Bentuk mulut bayi yang abnormal (ex: *cleft lip or palate*), dapat menimbulkan trauma pada puting susu.
7. Terdapat luka pada payudara.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan tanda vital : nadi meningkat (takikardi).
2. Pemeriksaan payudara:
 - payudara membengkak
 - lebih teraba hangat
 - kemerahan dengan batas tegas
 - adanya rasa nyeri
 - unilateral
 - dapat pula ditemukan luka pada payudara

Pemeriksaan penunjang:-

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis klinis

Mastitis

Berdasarkan tempatnya, mastitis dapat dibedakan menjadi 3 macam, antara lain :

1. Mastitis yang menyebabkan abses dibawah areola mammae.
2. Mastitis ditengah payudara yang menyebabkan abses ditempat itu.
3. Mastitis pada jaringan dibawah dorsal kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara payudara dan otot-otot dibawahnya.

Diagnosis Banding :-

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Memberikan informasi kepada para ibu menyusui sebagai upaya pencegahan terjadinya mastitis, dengan melakukan perawatan payudara yang baik, pemberian laktasi yang adekuat, dan membersihkan sisa air susu yang ada dikulit payudara.
- Melakukan pencegahan terjadinya komplikasi abses dan sepsis dengan cara : *bedrest*, pemberian cairan yang cukup, tetap dianjurkan untuk laktasi dan pengosongan payudara.
- Lakukan kompres hangat
- Lakukan massase pada punggung untuk merangsang pengeluaran oksitosin agar ASI dapat menetes keluar.

- Bila sudah terjadi abses : dapat dilakukan insisi/sayatan untuk mengeluarkan nanah dan dilanjutkan dengan drainase dengan pipa/*handscoen drain* agar nanah dapat keluar. Sayatan sebaiknya dibuat sejajardengan duktus laktiferus untuk mencegah kerusakan pada jalannya duktus tersebut.

Memberikan farmakoterapi:

- Obat penghilang rasa sakit
- Obat antiinflamasi
- Obat antibiotik

Pemberian antibiotik secara ideal berdasarkan hasil kepekaan kultur kuman yang diambil dari air susu sehingga keberhasilan terapi dapat terjamin. Namun karena kultur kuman tidak secara rutin dilakukan, maka secara empiris pilihan pengobatan pertama terutama ditujukan pada *Stafilokokus aureus* sebagai penyebab terbanyak dan Streptokokus yaitu dengan penisilin tahan penisilinase (dikloksasilin) atau sefalosporin. Untuk yang alergi penisilin dapat digunakan eritromisin atau sulfa. Pada sebagian kasus antibiotik dapat diberikan secara peroral dan tidak memerlukan perawatan di rumah sakit.

- Amoxicilin: 875 mg, 2x sehari; atau
- Cephalexin: 500 mg, 4x sehari; atau
- Ciprofloxacin: 500 mg, 2x sehari; atau
- Clindamicin: 300 mg, 4x sehari; atau
- Trimethoprim/sulfamethoxazole: 160 mg/800 mg, 2x sehari.

Konseling dan Edukasi

1. Memberikan pengertian dan pengetahuan kepada pasien, suami, dan keluarga mengenai pemberian laktasi dengan baik dan benar, dampak dari pemberian laktasi yang tidak sesuai.
2. Memberikan motivasi untuk selalu mengosongkan payudara, baik dengan melakukan laktasi langsung, maupun dengan pemompaan payudara.
3. Menjaga kebersihan payudara dan puting susu ibu.
4. Menjaga kebersihan mulut dan hidung bayi (sumber utama masuknya kuman jika ada luka pada puting susu ibu)

Komplikasi:

1. Abses mammae
2. Sepsis

Sarana Prasarana

1. Lampu
2. Kasa steril
3. Sarung tangan steril
4. Bisturi

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam

Referensi

1. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010: Hal 380, 652-653.
2. Spencer, J.P. Management Of Mastitis In Breastfeeding Women. *Jurnal of AAFP (American Academy of Family Physicians)*. 2008 Sep 15; 78(6): 727-731.