

## Referensi

- a. Sjamsuhidajat R, Wim de Jong. *Saluran kemih dan alat kelamin lelaki*. Buku Ajar Imu Bedah.Ed.2. Jakarta: EGC,2004.
- b. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, danKohri K. Prepuce: *Phimosis, Paraphimosis, and Circumcision*. The Scientific World Journal. 2011. 11, 289–301.
- c. Drake T, Rustom J, Davies M. *Phimosis in Childhood*. BMJ 2013;346:f3678.
- d. TekgülS, Riedmiller H, Dogan H.S, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, RadmayrChr, dan Stein R. *Phimosis. Guideline of Paediatric Urology*. European Association of Urology. 2013. hlm 9-10

## N. Kesehatan Wanita

### 1. Kehamilan Normal

No. ICPC-2 : W90 *Uncomplicated labour/delivery livebirth*

No. ICD-10 : 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). Untuk menghindari terjadinya komplikasi pada kehamilan dan persalinan, maka setiap ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan secara rutin minimal 4 kali kunjungan selama masa kehamilan.

### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- a. Haid yang terhenti
- b. Mual dan muntah pada pagi hari
- c. Ngidam
- d. Sering buang air kecil
- e. Pengerasan dan pembesaran payudara
- f. Puting susu lebih hitam

### Faktor Risiko

Pada kehamilan perlu diwaspadai hal-hal di bawah ini:

- a. Bila pada kehamilan sebelumnya terdapat riwayat obstetrik sebagai berikut:
  - 1) Lahir mati atau bayi mati umur < 28 hari
  - 2)  $\geq 3$  abortus spontan
  - 3) Berat badan bayi < 2500 gram
  - 4) Berat badan bayi > 4500 gram
  - 5) Dirawat di rumah sakit karena hipertensi, preeklampsia atau eklampsia
  - 6) Operasi pada saluran reproduksi khususnya operasi seksiosesaria
- b. Bila pada kehamilan saat ini:
  - 1) Usia ibu di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun
  - 2) Ibu memiliki rhesus (-)
  - 3) Ada keluhan perdarahan vagina
- c. Bila ibu memiliki salah satu masalah kesehatan di bawah ini:
  - 1) Diabetes Mellitus/ kencing manis
  - 2) Penyakit jantung
  - 3) Penyakit ginjal
  - 4) Penyalahgunaan obat
  - 5) Konsumsi rokok, alkohol dan bahan adiktif lainnya
  - 6) Penyakit menular TB, malaria, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual,
  - 7) 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 lingkar lengan atas (LLA) pada setiap kedatangan.

##### Pada trimester 1

- a. LLA > 33 cm, maka diduga obesitas, memiliki risiko preeklampsia dan diabetes maternal, memiliki risiko melahirkan bayi dengan berat badan lebih
- b. LLA < 23 cm, maka diduga undernutrisi atau memiliki penyakit kronis, biasanya memiliki bayi yang lebih kecil dari ukuran normal

- c. 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.
- d. Pemeriksaan payudara: puting susu dan areola menjadi lebih menghitam.
- e. Pemeriksaan dada: perhatikan suara paru dan bunyi jantung ibu
- f. Pemeriksaan ekstremitas: perhatikan edema dan varises

Pemeriksaan obstetrik :

- a. Abdomen:
  - 1) Observasi adanya bekas operasi.
  - 2) Mengukur tinggi fundus uteri.
  - 3) Melakukan palpasi dengan manuever Leopold I-IV.
  - 4) Mendengarkan bunyi jantung janin (120-160x/menit).
- b. Vulva/vagina
  - 1) Observasi varises, kondilomata, edema, haemorhoid atau abnormalitas lainnya.
  - 2) Pemeriksaan *vaginal toucher*: memperhatikan tanda-tanda tumor.
  - 3) Pemeriksaan inspekulo untuk memeriksa serviks, tanda-tanda infeksi, ada/tidaknya cairan keluar dari ostium uteri.

**Tabel 14.1 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	Pada processus xiphoideus	(36 ± 2) cm

---

Pemeriksaan Penunjang

- a. Tes kehamilan menunjukkan HCG (+)
- b. 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.
- c. Pemeriksaan lain: kadar glukosa darah dan protein urin sesuai indikasi.
- d. 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.
- e. 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:

- a. Bunyi jantung janin/BJJ (bila umur kehamilan/UK> 8 minggu) dengan BJJ normal 120-160 kali per menit,
- b. Gerakan janin (bila UK> 12 minggu)
- c. Bila ditemukan adanya janin pada pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan pemeriksaan obstetrik.

Kehamilan normal apabila memenuhi kriteria dibawah ini:

- a. Keadaan umum baik
- b. Tekanan darah <140/90 mmHg
- c. Pertambahan berat badan sesuai minimal 8 kg selama kehamilan (1 kg perbulan) atau sesuai Indeks Masa Tubuh (IMT) ibu
- d. Edema hanya pada ekstremitas
- e. BJJ =120-160 x/menit

- f. Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia 18 -20 minggu hingga melahirkan
- g. Ukuran uterus sesuai umur kehamilan
- h. Pemeriksaan fisik dan laboratorium dalam batas normal
- i. Tidak ada riwayat kelainan obstetrik.

Diagnosis Banding

- a. Kehamilan palsu
- b. Tumor kandungan
- c. Kista ovarium
- d. Hematometra
- e. Kandung kemih yang penuh

**Tabel 14.2 Tatalaksana Pemeriksaan dan tindakan pada kehamilan pertrimester**

Pemeriksaan dan Tindakan	I	II	III
<b>Anamnesis</b>			
Riwayat medis lengkap	√		
Catatan pada kunjungan sebelumnya		√	√
Keluhan yang mungkin dialami selama hamil		√	√
<b>Pemeriksaan fisik umum</b>			
Pemeriksaan fisik umum lengkap	√		
Keadaan umum	√	√	√
Tekanan darah	√	√	√
Suhu tubuh	√	√	√
Tinggi badan	√		
Berat badan	√	√	√
<b>LILA</b>			
Gejala anemia (pucat, nadi cepat)	√	√	√
Edema	√	√	√
Tanda bahaya lainnya (sesak, perdarahan, dll)	√	√	√
Pemeriksaan terkait masalah yang ditemukan pada kunjungan sebelumnya		√	√
<b>Pemeriksaan fisik obstetrik</b>			
Vulva/perineum	√		
Pemeriksaan inspekulo	√		

Tinggi fundus	√	√	
Pemeriksaan obstetri dengan manuver Leopold	√	√	
Denyut jantung janin	√	√	
<b>Pemeriksaan penunjang</b>			
Golongan darah ABO dan rhesus	√		
Kadar glukosa darah	*	*	*
Kadar Hb	√	*	√
Kadar protein urin	*	*	*
Tes BTA	*	*	*
Tes HIV	√*	*	*
Tes malaria	√*	*	*
Tes sifilis	*	*	*
USG	*	*	*
<b>Imunisasi, Suplementasi, dan KIE</b>			
Skrining status TT dan vaksinasi sesuai status	√		
Zat besi dan asam folat	√	√	√
Aspirin	*	*	*
Kalsium	*	*	*
KIE (sesuai materi)	√	√	√

- Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)
- Penatalaksanaan
- Non Medikamentosa
- a. Memberikan jadwal pemeriksaan berkala kepada calon ibu selama masa kehamilan

Tabel 14.3 Kunjungan pada pemeriksaan antenatal

Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan
I	1 x	Sebelum minggu ke 16
II	1 x	Antara minggu ke 24 – 28
III	2 x	Antara minggu ke 30 -32 Antara minggu ke 36 – 38

- b. Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas dan laktasi.
- c. 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.
- d. Pemberian makanan bayi, air susu ibu (ASI) eksklusif, dan inisiasi menyusui dini (IMD).
- e. Penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin misalnya hipertensi, TBC, HIV, serta infeksi menular seksual lainnya.
- f. Perlunya menghentikan kebiasaan yang beresiko bagi kesehatan, seperti merokok dan minum alkohol.
- g. Program KB terutama penggunaan kontrasepsi pascasalin.
- h. Minum cukup cairan.
- i. Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori/hari dari menu seimbang. Contoh: nasi tim dari 4 sendok makan beras,  $\frac{1}{2}$  pasang hati ayam, 1 potong tahu, wortel parut, bayam, 1 sendok teh minyak goreng, dan 400 ml air.
- j. Latihan fisik normal tidak berlebihan, istirahat jika lelah.
- k. 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.

#### Medikamentosa

- a. Memberikan zat besi dan asam folat (besi 60 mg/hari dan folat 250 mikogram 1-2 kali/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)
- b. Memberikan imunisasi TT (*Tetanus Toxoid*) apabila pasien memiliki risiko terjadinya tetanus pada proses melahirkan dan buku catatan kehamilan.

Pada Ibu yang riwayat imunisasi tidak diketahui, pemberian sesuai dengan tabel di berikut ini.

**Tabel 14.4 Pemberian TT untuk ibu yang belum pernah imunisasi atau tidak mengetahui status imunisasinya**

Pemberian	selang waktu minimal
TT1	Sedini mungkin saat kunjungan pertama
TT2	4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
TT3	6 Bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang minimal terpenuhi)
TT4	1 tahun setelah TT3
TT5	1 Tahun setelah TT4

Dosis booster dapat diberikan pada ibu yang sudah pernah diimunisasi. Pemberian dosis booster 0,5 ml IM dan disesuaikan degan jumlah vaksinani yang telah diterima sebelumnya. Sesuai dengan tabel di berikut ini.

**Tabel 14.5 Pemberian TT untuk ibu yang sudah pernah imunisasi**

Pernah	Pemberian dan selang waktu minimal
1 kali	TT2, 4 minggu seteleah TT1 (pada kehamilan)
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT3
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak Perlu lagi

Konseling dan Edukasi

- a. 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.
- b. Pentingnya peran suami dan keluarga selama kehamilan dan persalinan.



- c. Jika ibu merasakan tanda – tanda bahaya kehamilan, harus di waspadai dan segera mengunjungi pelayanan kesehatan terdekat. Tanda bahaya yang wajib diwaspadai :
  - 1) Sakit kepala yang tidak biasanya
  - 2) Keluarnya darah dari jalan lahir
  - 3) Terjadi gangguan penglihatan
  - 4) Pembengkakan pada wajah / tangan
  - 5) Mual dan muntah yang berlebihan
  - 6) Demam
  - 7) Gerakan janin yang tidak biasanya atau cenderung tidak bergerak
- d. Keluarga diajak untuk mendukung ibu hamil secara psikologis maupun finansial, bila memungkinkan siapkan suami siaga
- e. Dukung intake nutrisi yang seimbang bagi ibu hamil.
- f. Dukung ibu hamil untuk menghentikan pemberian ASI bila masih menyusui.
- g. Dukung memberikan ASI eksklusif untuk bayi yang nanti dilahirkan.
- h. Siapkan keluarga untuk dapat menentukan kemana ibu hamil harus dibawa bila ada perdarahan, perut dan/atau kepala terasa sangat nyeri, dan tanda-tanda bahaya lainnya, tulis dalam buku pemeriksaan alamat rujukan yang dapat dituju bila diperlukan.
- i. 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:
  - 1) riwayat melahirkan prematur
  - 2) riwayat abortus
  - 3) perdarahan vagina atau keluar duhtubuh
  - 4) plasenta previa atau plasenta letak rendah
  - 5) serviks inkompeten

Peralatan

- a. Alat ukur tinggi badan dan berat badan
- b. Meteran
- c. Laenec atau Doppler
- d. Tempat tidur periksa
- e. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan tes kehamilan, darah rutin, urinalisa dan golongan darah
- f. Buku catatan pemeriksaan
- g. Buku pegangan ibu hamil

Kriteria Rujukan

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

**Tabel 14.6 Kriteria rujukan ibu hamil**

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</i> IUGR= <i>intra</i>	Konsultasikan dan rawat atas

Kondisi	Tindakan
<i>uterin growth retardation</i> )	pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat dirawat untuk eklampsia atau preeklampsia	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:

- a. hiperemesis
- b. perdarahan per vaginam atau spotting
- c. trauma

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

- a. Gejala yang tidak diharapkan
- b. Perdarahan pervaginam atau spotting
- c. Hb selalu berada di bawah 7 gr/dl
- d. Gejala preeklampsia, hipertensi, proteinuria
- e. Diduga adanya *fetal growth retardation* (gangguan pertumbuhan janin)
- f. Ibu tidak merasakan gerakan bayi

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

- a. Sama dengan keadaan tanda bahaya pada semester 2 ditambah
- b. Tekanan darah di atas 130 mmHg
- c. Diduga kembar atau lebih

Prognosis

- a. *Ad vitam* : Bonam
- b. *Ad functionam* : Bonam

c. *Ad sanationam : Bonam*

#### Referensi

- a. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
  - b. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010(Prawirohardjo, et al., 2010)
2. Hiperemesis Gravidarum (Mual dan Muntah Pada Kehamilan)
- No. ICPC-2 : W05 *Pregnancy vomiting/nausea*
- No ICD-10 : O21.0 *Mild hyperemis gravidarum*
- Tingkat Kemampuan 3B

#### Masalah Kesehatan

Mual dan muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 16 minggu. Mual dan muntah yang berlebihan, dapat mengakibatkan dehidrasi, gangguan asam-basa dan elektrolit dan ketosis keadaan ini disebut sebagai keadaan hiperemesis. 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. 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.

#### Hasil Anamnesis(Subjective)

##### Keluhan

- a. Mual dan muntah hebat
- b. Ibu terlihat pucat
- c. Kekurangan cairan

#### Gejala klinis

- a. Muntah yang hebat
- b. Mual dan sakit kepala terutama pada pagi hari (*morning sickness*)
- c. Nafsu makan turun
- d. Berat badan turun
- e. Nyeri epigastrium
- f. Lemas
- g. Rasa haus yang hebat
- h. Gangguan kesadaran

#### Faktor Risiko

Belum diketahui secara pasti namun diperkirakan erat kaitannya dengan faktor-faktor :

- a. Peningkatan hormon – hormon kehamilan.
- b. Adanya riwayat hiperemesis pada kehamilan sebelumnya.
- c. Status nutrisi: pada wanita obesitas lebih jarang di rawat inap karena hiperemesis.
- d. Psikologis: adanya stress dan emosi.

#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

##### Pemeriksaan fisik

- a. Pemeriksaan tanda vital: nadi meningkat 100x/mnt, tekanan darah menurun (pada keadaan berat), subfebris, dan gangguan kesadaran (keadaan berat).
- b. Pemeriksaan tanda-tanda dehidrasi: mata cekung, bibir kering, turgor berkurang.
- c. 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

- a. Darah: kenaikan relatif hemoglobin dan hematokrit.
- b. Urinalisa : warna pekat, berat jenis meningkat, pemeriksaan ketonuria, dan proteinuria.

#### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

### Diagnosis klinis

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

Hiperemesis gravidarum apabila terjadi:

- a. Mual muntah berat
- b. Berat badan turun > 5% dari berat sebelum hamil
- c. Ketonuria
- d. Dehidrasi dan Ketidakseimbangan elektrolit

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

a. 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.

b. 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.

c. 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

Ulkus peptikum, *Inflammatory bowel syndrome*, *Acute Fatty Liver*, Diare akut

### Komplikasi

Komplikasi neurologis, *Stress related mucosal injury*, *stress ulcer pada gaster*, *Jaundice*, Disfungsi pencernaan, Hipoglikemia, Malnutrisi, Defisiensi vitamin terutama thiamin, komplikasi potensial

dari janin, kerusakan ginjal yang menyebabkan hipovolemia, *Intrauterine growth restriction* (IUGR)

#### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

##### Penatalaksanaan

##### Non Medikamentosa

- 1) Mengusahakan kecukupan nutrisi ibu, termasuk suplemantasi vitamin dan asam folat di awal kehamilan.
- 2) Makan porsi kecil, tetapi lebih sering.
- 3) Menghindari makanan yang berminyak dan berbau lemak.
- 4) Istirahat cukup dan hindari kelelahan.
- 5) Efikasi yang teratur.

##### Medikamentosa

##### Tatalaksana Umum

- 1) Dimenhidrinat 50-100 mg per oral atau supositoria, 4-6 kali sehari ATAU Prometazin 5-10 mg 3-4 kali sehari per oral atau supositoria.
- 2) Bila masih belum teratasi, tapi tidak terjadi dehidrasi, berikan salah satu obat di bawah ini:
  - a) Klorpromazin 10-25 mg per oral atau 50-100 mg IM tiap 4-6 jam
  - b) Prometazin 12,5-25 mg per oral atau IM tiap 4-6 jam
  - c) Metoklopramid 5-10 mg per oral atau IM tiap 8 jam
  - d) Ondansetron 8 mg per oral tiap 12 jam
- 3) Bila masih belum teratasi dan terjadi dehidrasi, pasang kanula intravena dan berikan cairan sesuai dengan derajat hidrasi ibu dan kebutuhan cairannya, lalu:
  - a) Berikan suplemen multi vitamin IV
  - b) Berikan dimenhidrinat 50 mg dalam 50 ml NaCl 0,9% IV selama 20 menit, setiap 4-6 jam sekali
  - c) Bila perlu, tambahkan salah satu obat berikut ini:
    - (1) Klorpromazin 25-50 mg IV tiap 4-6 jam
    - (2) Prometazin 12,5-25 mg IV tiap 4-6 jam
    - (3) Metoklopramid 5-10 mg tiap 8 jam per oral
  - d) Bila perlu, tambahkan Metilprednisolon 15-20 mg IV tiap 8 jam ATAU ondansetron 8 mg selama 15 menit IV tiap 12 jam atau 1 mg/ jam terus-menerus selama 24 jam.

#### Konseling dan Edukasi

- a. Memberikan informasi kepada pasien, suami, dan keluarga mengenai kehamilan dan persalinan suatu proses fisiologik.
- b. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah usia kehamilan 4 bulan.
- c. Hindari kelelahan pada ibu dengan aktivitas berlebihan.
- d. Memperhatikan kecukupan nutrisi ibu, dan sedapat mungkin mendapatkan suplemen asam folat di awal kehamilan.

#### Kriteria Rujukan

- a. Ditemukan gejala klinis dan ada gangguan kesadaran (tingkat 2 dan 3).
- b. Adanya komplikasi *gastroesopagheal reflux disease* (GERD), ruptur esofagus, perdarahan saluran cerna atas dan kemungkinan defisiensi vitamin terutama thiamine.
- c. Pasien telah mendapatkan tindakan awal kegawatdaruratan sebelum proses rujukan.

#### Peralatan

- a. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin
- b. Laboratorium 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.

*Ad vitam: Bonam; Ad functionam: Bonam; Ad sanationam: Bonam*

#### Referensi

- a. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
- b. World Health Organization, Kementerian Kesehatan, Perhimpunan Obstetri Dan Ginekologi, Ikatan Bidan Indonesia.



*Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Edisi I. Jakarta 2013. Hal 82-3 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

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

### 3. Anemia Defisiensi Besi Pada Kehamilan

No. ICPC-2 : B80 *Irondeficiency anaemia*

No. ICD-10 : D50 *Iron deficiency anaemia*

Tingkat Kemampuan 4A

#### Masalah Kesehatan

Anemia dalam kehamilan adalah kelainan pada ibu hamil dengan kadar hemoglobin < 11g/dl pada trimester I 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

- a. Badan lemah, lesu
- b. Mudah lelah
- c. Mata berkunang-kunang
- d. Tampak pucat
- e. Telinga mendenging
- f. Pica: keinginan untuk memakan bahan-bahan yang tidak lazim

Faktor Risiko : -

##### Faktor Predisposisi

- a. Perdarahan kronis
- b. Riwayat keluarga
- c. Kecacingan

- d. Gangguan *intake* (diet rendah zat besi,)
- e. Gangguan absorpsi besi

#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective* )

##### Pemeriksaan Fisik Patognomonis

- a. Konjungtiva anemis
- b. Atrofi papil lidah
- c. Stomatitis angularis (*cheilosis*)
- d. Koilonichia: kuku sendok (*spoon nail*)

##### Pemeriksaan Penunjang

- a. Kadar hemoglobin
- b. 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

- a. Lakukan penilaian pertumbuhan dan kesejahteraan janin dengan memantau pertambahan ukuran janin
- b. 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.
- c. Bila tersedia fasilitas pemeriksaan penunjang, tentukan penyebab anemia berdasarkan hasil pemeriksaan darah perifer lengkap dan apus darah tepi.

Bila tidak tersedia, pasien bisa di rujuk ke pelayanan sekunder untuk penentuan jenis anemia dan pengobatan awal.

**Tabel 14.7 Sediaan suplemen besi yang beredar**

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

- d. Anemia mikrositik hipokrom dapat ditemukan pada keadaan:
- 1) *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.
  - 2) *Thalassemia*: Pasien dengan kecurigaan thalassemia perlu dilakukan tatalaksana bersama dokter spesialis penyakit dalam untuk perawatan yang lebih spesifik
  - 3) 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
  - 4) 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**

- a. Prinsip konseling pada anemia defisiensi besi adalah memberikan pengertian kepada pasien dan keluarganya tentang perjalanan penyakit dan tata laksanaanya, sehingga meningkatkan kesadaran dan kepatuhan dalam berobat serta meningkatkan kualitas hidup pasien untuk mencegah terjadinya anemia defisiensi besi.
- b. Diet bergizi tinggi protein terutama yang berasal dari protein hewani (daging,ikan,susu, telur,sayuran hijau)

- c. Pemakaian alas kaki untuk mencegah infeksi cacing tambang

#### Kriteria Rujukan

- a. Pemeriksaan penunjang menentukan jenis anemia yang ibu derita
- b. Anemia yang tidak membaik dengan pemberian suplementasi besi selama 3 bulan
- c. Anemia yang disertai perdarahan kronis, agar dicari sumber perdarahan dan ditangani.

#### Peralatan

Laboratorium untuk 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. Jakarta :Kementerian Kesehatan RI. 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

#### 4. Pre-Eklampsia

No. ICPC-2 : W81 *Toxaemia of pregnancy*

No. ICD-10 : 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 pasca-persalinan.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- a. Pusing dan nyeri kepala
- b. Nyeri ulu hati
- c. Pandangan kurang jelas
- d. Mual hingga muntah

Faktor Risiko

- a. Kondisi-kondisi yang berpotensi menyebabkan penyakit mikrovaskular (antara lain : diabetes melitus, hipertensi kronik, gangguan pembuluh darah)
- b. Sindrom antibody antiphospholipid (APS)
- c. Nefropati
- d. Faktor risiko lainnya dihubungkan dengan kehamilan itu sendiri, dan faktor spesifik dari ibu atau janin.
  - 1) Umur > 40 tahun
  - 2) Nullipara dan Kehamilan multipel
- e. Obesitas sebelum hamil
- f. Riwayat keluarga pre-eklampsia dan eklampsia
- g. Riwayat pre-eklampsia pada kehamilan sebelumnya

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- a. Pada pre-eklampsia ringan:
  - 1) Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu
  - 2) Tes celup urin menunjukkan proteinuria +1 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 300 mg/24 jam
- b. Pada pre-eklampsia berat:
  - 1) Tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu
  - 2) Tes celup urin menunjukkan proteinuria +2 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 5g/24 jam
  - 3) Atau disertai keterlibatan organ lain:
    - a) Trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikroangiopati

- b) Peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran kanan atas
- c) Sakit kepala, skotoma penglihatan
- d) Pertumbuhan janin terhambat, oligohidroamnion
- e) Edema paru atau gagal jantung kongestif
- f) Oligouria (<500cc/24 jam), kreatinin > 1.2 mg/dl

#### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

##### Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, gejala klinis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

##### Diagnosis Banding

Hipertensi gestasional, Hipertensi Kronik, Hipertensi Kronik dengan *superimposed* preeklampsia

##### Komplikasi

Sindrome HELLP, pertumbuhan janin intra uterin yang terhambat, edema paru, kematian janin, koma, kematian ibu

#### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

##### Non Medikamentosa

###### a. Pre-eklampsia ringan

- 1) Dapat di rawat jalan dengan pengawasan dan kunjungan antenatal yang lebih sering.
- 2) Dianjurkan untuk banyak istirahat dengan baring atau tidur miring. Namun tidak mutlak selalu tirah baring
- 3) Diet dengan cukup protein dengan rendah karbohidrat, lemak dan garam secukupnya.
- 4) Pemantauan fungsi ginjal, fungsi hati, dan proteinuria berkala

###### b. Pre-eklampsia berat

segera melakukan perencanaan untuk rujukan segera ke Rumah Sakit dan menghindari terjadi kejang dengan pemberian  $\text{MgSO}_4$ .

##### Medikamentosa

- a. Pantau keadaan klinis ibu tiap kunjungan antenatal: tekanan darah, berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh, ukuran uterus dan gerakan janin.

Tabel 14.8Obat Antihipertensi untuk ibu hamil

Nama Obat	Dosis	Keterangan
Nifedipine	4 x 10-30 mg peroral (short acting)	Dapat meyebabkan hipotensi pada ibu dan janin, bila diperlukan diberikan sublingual
Nikardipin	5 mg/jam, dapat dinitarsi 2,5 mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam	
Metildopa	2 x 250 – 500 mg peroral (dosis maksimal 2000 mg/hari)	

*Antihipertensi golongan ACE Inhibitor (misalnya kaptopril) , ARB, (misalnya Valsartan) dan klorotiazid dikontraindikasikan pada ibu hamil.*

- Berikan dosis awal 4g MgSO<sub>4</sub> sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang
- Sambil menunggu rujukan, mulai dosisrumatan 6 g MgSO<sub>4</sub> dalam 6 jam sesuai prosedur

Syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>

- Tersedia Ca Glukonas 10%
- Ada reflex patella
- Jumlah urin minimal 0,5 ml/Kg BB/jam

**CARA PEMBERIAN DOSIS AWAL**

- Ambil 4 g larutan MgSO<sub>4</sub> (10 ml larutan MgSO<sub>4</sub> 40%) dan larutkan dengan 10 ml akuades
- Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit
- **Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 gr MgSO<sub>4</sub> (12,5 ml larutan MgSO<sub>4</sub> dalam 40%)**

**IM di bokong kiri dan kanan**

**CARA PEMBERIAN DOSIS RUMATAN**

- Ambil 6 gr  $\text{MgSO}_4$  (15 ml larutan  $\text{MgSO}_4$ ) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/Ringer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes / menit selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang terakhir (bila eklampsia)

**Gambar 14. 1 Penatalaksanaan Pemberian dosis awal dan rumatan  $\text{MgSO}_4$  pada pasien pre-eklampsia**

- Rawat jalan (*ambulator*)
  - Ibu hamil banyak istirahat (berbaring/tidur miring)
  - Konsumsi susu dan air buah
  - Antihipertensi
    - Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapatkan terapi antihipertensi.
    - Pilihan antihipertensi didasarkan terutama pada pengalaman dokter dan ketersediaan obat.

Pertimbangan persalinan/terminasi kehamilan

- Pada ibu dengan preeklampsia berat dengan janin sudah *viable* namun usia kehamilan belum mencapai 34 minggu, manajemen ekspektan dianjurkan, asalkan tidak terdapat kontraindikasi.
- Pada ibu dengan preeklampsia berat, dimana usia kehamilan 34-37 minggu, manajemen ekspektan boleh dianjurkan, asalkan tidak terdapat hipertensi yang tidak terkontrol, disfungsi organ ibu, dan gawat janin.
- Pada ibu dengan preeklampsia berat yang kehamilannya sudah aterm, persalinan dini dianjurkan.
- Pada ibu dengan preeklampsia ringan atau hipertensi gestasional ringan yang sudah aterm, induksi persalinan dianjurkan.



#### Konseling dan Edukasi

- a. Memberikan informasi mengenai keadaan kesehatan ibu hamil dengan tekanan darah yang tinggi.
- b. Melakukan edukasi terhadap pasien, suami dan keluarga jika menemukan gejala atau keluhan dari ibu hamil segera memberitahu petugas kesehatan atau langsung ke pelayanan kesehatan
- c. Sebelum pemberian  $\text{MgSO}_4$ , pasien terlebih dulu diberitahu akan mengalami rasa panas dengan pemberian obat tersebut.
- d. Suami dan keluarga pasien tetap diberi motivasi untuk melakukan pendampingan terhadap ibu hamil selama proses rujukan

#### Kriteria Rujukan

- a. Rujuk bila ada satu atau lebih gejala dan tanda-tanda preeklampsia berat ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder.
- b. Penanganan kegawatdaruratan harus di lakukan menjadi utama sebelum dan selama proses rujukan hingga ke Pelayanan Kesehatan sekunder.

#### Peralatan

- a. Doppler atau Laenec
- b. Palu Patella
- c. Obat-obat Antihipertensi
- d. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin dan urinalisa.
- e. Larutan  $\text{MgSO}_4$  40%
- f. Larutan Ca Glukonas

#### Prognosis

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

#### Referensi

- a. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.

- Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
- b. *Report on the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy*. AJOG.2000: Vol.183. (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000)
  - c. Lana, K. Wagner, M.D. Diagnosis and management of pre-eclampsia. *The American Academy of Family Physicians*. 2004 Dec 15; 70 (12): 2317-2324).(Lana & Wagner, 2004)
  - d. Cunningham, F.G. et.al. *Hypertensive Disorder in Pregnancy*. Williams Obstetrics. 21<sup>st</sup> Ed. Prentice Hall International Inc. Connecticut: Appleton and Lange. 2001; p. 653 - 694.(Cunningham, et al., 2001)
  - e. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta :PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.. 2010: Hal 550-554.(Prawirohardjo, et al., 2010)
  - f. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Diagnosis dan Tata Laksana Pre-eclampsia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

5. Eklampsia

No. ICPC-2 : W81 *Toxaemia of pregnancy*

No. ICD-10 : O15.9 *Eclampsia, unspecified as to time period*

Tingkat Kemampuan 3B

Masalah Kesehatan

Eklampsia merupakan kasus akut pada penderita pre-eclampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan atau koma. Sama halnya dengan pre-eclampsia, eklampsia dapat timbul pada ante, intra, dan post partum. Eklampsia post partum umumnya hanya terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan. 50-60% kejadian eklampsia terjadi dalam keadaan hamil. 30-35% kejadian eklampsia terjadi pada saat *inpartu*, dan sekitar 10% terjadi setelah persalinan.

Pada negara berkembang kejadian ini berkisar 0,3-0,7%. Di Indonesia Pre eklampsia dan eklampsia penyebab kematian ibu berkisar 15-25%, sedangkan 45-50% menjadi penyebab kematian bayi.

#### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

##### Keluhan

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

- a. Nyeri kepala hebat
- b. Gangguan penglihatan
- c. Muntah-muntah
- d. Nyeri uluhati atau abdomen bagian atas
- e. Kenaikan progresif tekanan darah

##### Faktor Risiko

- a. Kondisi-kondisi yang berpotensi menyebabkan penyakit mikrovaskular (antara lain: diabetes melitus, hipertensi kronik, gangguan pembuluh darah dan jaringan ikat)
- b. Sindrom antibody antiphospholipid, dan nefropati. Faktor risiko lainnya dihubungkan dengan kehamilan itu sendiri, dan faktor spesifik dari ibu atau ayah janin.
- c. Riwayat preeklampsia ringan dan berat dalam kehamilan sebelumnya.

#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(*Objective*)

##### Pemeriksaan Fisik

- a. Pemeriksaan keadaan umum: sadar atau penurunan kesadaran *Glasgow Coma Scale* dan *Glasgow-Pittsburg Coma Scoring System*.
- b. Pada tingkat awal atau aura yang berlangsung 30 sampai 35 detik, tangan dan kelopak mata bergetar, mata terbuka dengan pandangan kosong.
- c. Tahap selanjutnya timbul kejang
- d. Pemeriksaan tanda vital  
Adanya peningkatan tekanan darah diastol >110 mmHg
- e. Sianosis
- f. Skotoma penglihatan

- g. Dapat ditemukan adanya tanda-tanda edema paru dan atau gagal jantung

#### Pemeriksaan Penunjang

Dari pemeriksaan urinalisa didapatkan proteinuria  $\geq 2+$

#### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

##### Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan 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

- a. Komplikasi pada ibu: sianosis, aspirasi, perdarahan otak dan kegagalan jantung, mendadak, lidah tergigit, jatuh dari tempat tidur yang menyebabkan fraktur dan luka, gangguan fungsi ginjal, perdarahan atau ablasio retina, gangguan fungsi hati dan ikterus
- b. Komplikasi pada janin: Asfiksia mendadak disebabkan spasme pembuluh darah, Solusio plasenta, persalinan prematuritas

#### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

##### Penatalaksanaan

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

##### Non Medikamentosa

##### Pengelolaan Kejang

- a. Pemberian obat anti kejang.
- b. Masukkan sudap lidah ke dalam mulut penderita.
- c. Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi trendelenburg untuk mengurangi risiko aspirasi.
- d. Katerisasi urine untuk pengukuran cairan dan pemeriksaan proteinuria.
- e. Beberapa keluarga pasien membantu untuk menjaga pasien tidak terjatuh dari tempat tidur saat kejang timbul

f. Beri O<sub>2</sub> 4 - 6 liter permenit.

Medikamentosa

a. MgSO<sub>4</sub> diberikan intravena dengan dosis awal 4 g (10ml MgSO<sub>4</sub> 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 MgSO<sub>4</sub>

- 1) tersedianya CaGlukonas 10%
  - 2) ada refleks patella,
  - 3) jumlah urin minimal 0,5 ml/kgBB/jam
  - 4) frekuensi napas 12-16x/menit.
- b. Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO<sub>4</sub> (15ml MgSO<sub>4</sub> 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 berakhir.
- c. Pada kondisi di mana MgSO<sub>4</sub> tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (*loading dose*) lalu *rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan sekunder*.
- d. 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 MgSO<sub>4</sub>.
- e. Stabilisasi selama proses perjalanan rujukan
- 1) Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, refleks patella.
  - 2) 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 MgSO<sub>4</sub>.
- f. Jika terjadi depresi napas, berikan Ca glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit.

Kriteria Rujukan

Eklampsia merupakan indikasi rujukan yang wajib di lakukan.

#### Peralatan

- a. *Oropharyngeal airway / Guedel*
- b. Kateter urin
- c. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan urin (menilai kadar proteinuria).
- d. Larutan MgSO<sub>4</sub> 40%
- e. Ca Glukonas
- f. Diazepam injeksi
- g. *Palu*

#### Prognosis

Prognosis umumnya *dubia ad malam* baik untuk ibu maupun janin.

#### Referensi

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

#### 6. Abortus

No. ICPC-2 : W82 *Abortion spontaneous*

No. ICD-10 : O03.9 *Unspecified abortion, complete, without complication*

No. ICPC-2 : W82 *Abortion spontaneous*

No. ICD-10 : 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
  - 1) Riwayat terlambat haid dengan hasil B HCG (+) dengan usia kehamilan dibawah 20 minggu
  - 2) Perdarahan pervaginam yang tidak terlalu banyak, berwarna kecoklatan dan bercampur lendir
  - 3) Tidak disertai nyeri atau kram
- b. Abortus insipiens
  - 1) Perdarahan bertambah banyak, berwarna merah segar disertai terbukanya serviks
  - 2) Perut nyeri ringan atau spasme (seperti kontraksi saat persalinan)
- c. Abortus inkomplit
  - 1) Perdarahan aktif
  - 2) Nyeri perut hebat seperti kontraksi saat persalinan
  - 3) Pengeluaran sebagian hasil konsepsi
  - 4) Mulut rahim terbuka dengan sebagian sisa konsepsi tertinggal
  - 5) Terkadang pasien datang dalam keadaan syok akibat perdarahan

- d. Abortus komplut
  - 1) Perdarahan sedikit
  - 2) Nyeri perut atau kram ringan
  - 3) Mulut rahim sudah tertutup
  - 4) Pengeluaran seluruh hasil konsepsi

Faktor Risiko

- a. Faktor Maternal
  - 1) Penyakit infeksi
  - 2) Kelainan hormonal, seperti hipotiroidisme
  - 3) Gangguan nutrisi yang berat
  - 4) Penyakit menahun dan kronis
  - 5) Alkohol, merokok dan penggunaan obat-obatan
  - 6) Anomali uterus dan serviks
  - 7) Gangguan imunologis
  - 8) Trauma fisik dan psikologis
- b. Faktor Janin

Adanya kelainan genetik pada janin
- c. Faktor ayah

Terjadinya kelainan sperma

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

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



- c) Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan
- d) Detak jantung janin masih ditemukan
- 3) Abortus inkomplit
  - a) Osteum uteri terbuka, dengan terdapat sebagian sisa konsepsi
  - b) Perdarahan aktif
  - c) Ukuran uterus sesuai usia kehamilan
- 4) Abortus komplit
  - a) Osteum uteri tertutup
  - b) Perdarahan sedikit
  - c) Ukuran uterus lebih kecil usia kehamilan

Pemeriksaan Penunjang

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

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaam penunjang.

Diagnosis Banding

Kehamilan ektopik, Mola hidatidosa, *Missed abortion*.

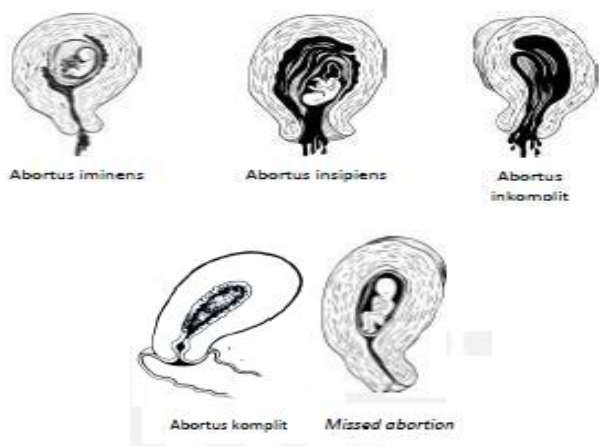
Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada abortus ialah perdarahan, infeksi, perforasi, syok.

**Tabel 14.9 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
Abosrtus 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 konsepsi



**Gambar 14.2 Jenis abortus**

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)  
Penatalaksanaan Umum

Pada keadaan abortus kondisi ibu bisa memburuk dan menyebabkan komplikasi. Hal pertama yang harus dilakukan adalah penilaian cepat terhadap tanda vital (nada, tekanan darah, pernapasan dan suhu).

Pada kondisi di jumpai tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi, berikan antibiotika dengan kombinasi:

- a. Ampicilin 2 gr IV /IM kemudian 1 gr setiap 6 jam
- b. Gentamicin 5 mg/KgBB setiap 24 jam
- c. Metronidazole 500 mg IV setiap 8 jam
- d. Segera melakukan rujukan ke pelayanan kesehatan Sekunder / RS

Penatalaksanaan Khusus sesuai dengan Jenis Abortus

- a. Abortus imminens:
  - 1) Pertahankan kehamilan
  - 2) Tidak perlu pengobatan khusus
  - 3) Jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual
  - 4) Jika perdarahan berhenti, pantau kondisi ibu selanjutnya pada pemeriksaan antenatal termasuk pemantauan kadar Hb dan USG panggul serial setiap 4 minggu. Lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi
  - 5) Jika perdarahan tidak berhenti, nilai kondisi janin dengan USG, nilai kemungkinan adanya penyebab lain.
  - 6) Tablet penambah darah
  - 7) Vitamin ibu hamil diteruskan
- b. Abortus insipiens
  - 1) Lakukan konseling untuk menjelaskan kemungkinan risiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi, serta memberikan informasi mengenai kontrasepsi paska keguguran.
  - 2) Jika usia kehamilan < 16 minggu : lakukan evakuasi isi uterus;  
Jika evakuasi tidak dapat dilakuka segera: berikan ergometrin 0.2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu)
  - 3) Jika usia kehamilan > 16 minggu:

Tunggu pengeluaran hasil konsepsi secara spontan dan evakuasi hasil konsepsi dari dalam uterus. Bila perlu berikan infus oksitosin 40 IU dalam 1 L NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes per menit

- 4) Lakukan pemantauan paska tindakan setiap 30 menit selama 2 jam, Bila kondisi baik dapat dipindahkan ke ruang rawat.
- 5) Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium
- 6) Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin tiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar Hb setelah 24 jam. Bila kadar Hb > 8gr/dl dan keadaan umum baik, ibu diperbolehkan pulang

c. Abortus inkomplit

- 1) Lakukan konseling
- 2) Observasi tanda vital (tensi, nadi, suhu, respirasi)
- 3) 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.
- 4) Jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan <16 minggu, gunakan jari atau forcep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks  
Jika perdarahan berat dan usia kehamilan < 16 minggu, lakukan evakuasi isi uterus. Aspirasi vakum manual (AVM) merupakan metode yang dianjurkan. Kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan apabila AVM tidak tersedia. Jika evakuasi tidak dapat dilakuka segera: berikan ergometrin 0.2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu)
- 5) Jika usia kehamilan > 16 minggu berikan infus oksitosin 40 IU dalam 1 L NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes per menit
- 6) Lakukan pemantauan paska tindakan setiap 30 menit selama 2 jam, Bila kondisi baik dapat dipindahkan ke ruang rawat.

- 7) Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium
  - 8) Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin tiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar Hb setelah 24 jam. Bila kadar Hb > 8gr/dl dan keadaan umum baik, ibu diperbolehkan pulang
- d. Abortus komplrit
- Tidak memerlukan pengobatan khusus, hanya apabila menderita anemia perlu diberikan sulfas ferosus dan dianjurkan supaya makanannya mengandung banyak protein, vitamin dan mineral.

#### Pencegahan

- a. Pemeriksaan rutin antenatal
- b. Makan makanan yang bergizi (sayuran, susu, ikan, daging, telur).
- c. Menjaga kebersihan diri, terutama daerah kewanitaan dengan tujuan mencegah infeksi yang bisa mengganggu proses implantasi janin.
- d. Hindari rokok, karena nikotin mempunyai efek vasoaktif sehingga menghambat sirkulasi uteroplacenta.
- e. Apabila terdapat anemia sedang berikan tablet Sulfas Ferosus 600 mg/hari selama 2 minggu, bila anemia berat maka berikan transfusi darah.

#### Rencana Tindak Lanjut

- a. Melakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional
- b. 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.
- c. *Follow up* dilakukan setelah 2 minggu.

#### Kriteria Rujukan

Abortus Insiapiens, Abortus Inkomplit, perdarahan yang banyak, nyeri perut, ada pembukaan serviks, demam, darah cairan berbau dan kotor

#### Peralatan

- a. Inspekulo
- b. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan tes kehamilan .
- c. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin.
- d. USG

#### Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*.

#### Referensi

- a. Saifuddin, A.B. *Ilmu Kebidanan. Perdarahan pada kehamilan muda*. Ed 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.2009: p. 460-474.(Prawirohardjo, et al., 2010)
- b. KementerianKesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: KementerianKesehatan RI. 2013(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
- c. Saifuddin, A.B. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2001; 146-147.(Saifuddin, 2011)

#### 7. Ketuban Pecah Dini (KPD)

No. ICPC-2 : W92 *Complicated labour/delivery livebirth*

No. ICD-10 : 042.9 *Premature rupture of membrane, unspecified*

Tingkat Kemampuan 3A

#### Masalah Kesehatan

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu. 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

- a. Terasa keluar air dari jalan lahir
- b. Biasanya tanpa disertai dengan kontraksi atau tanda *inpartu*

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 :

Multiparitas, Hidramnion, Kelainan letak ; sungsang atau melintang, Kehamilan ganda, *Cephalo Pelvic Disproportion*, Infeksi, Perdarahan antepartum

#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

##### Pemeriksaan Fisik

- a. Tercium bau khas ketuban
- b. Apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah, lihat dan perhatikan atau terdapat cairan ketuban pada forniks posterior.
- c. Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina. Pastikan bahwa cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan bau cairan ketuban yang khas.
- d. Jika tidak ada cairan amnion, dapat dicoba dengan menggerakkan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien batuk atau mengejan

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

#### Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan pH vagina (cairan ketuban) dengan kertas lakmus (*Nitrazin test*) dari merah menjadi biru, sesuai dengan sifat air ketuban yang alkalis
- b. Pemeriksaan mikroskopis tampak gambaran pakis yang mengering pada sekret serviko vaginal.
- c. Dilakukan dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan mengering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.
- d. 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 yang timbul bergantung pada usia kehamilan

- a. Infeksi maternal korioamnionitis dan neonatal
- b. Persalinan prematur
- c. Hipoksia karena kompresi tali pusat
- d. Deformitas janin
- e. Meningkatnya insiden seksio sesarea, atau gagal persalinan normal.

#### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

##### Penatalaksanaan

- a. Pembatasan aktivitas pasien.
- b. Apabila belum *inpartu* berikan Eritromisin 4 x 250 mg selama 10 hari.
- c. Segera rujuk pasien ke fasilitas pelayanan sekunder
- d. Di RS rujukan :
  - 1)  $\geq 34$  minggu : lakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontraindikasi
  - 2) 24-33 minggu:



- a) Bila terdapat amnionitis, abruptio plasenta, dan kematian janin, lakukan persalinan segera.
  - b) Berikan Dekسامetason 6 mg IM tiap 12 jam selama 48 jam.
  - c) Lakukan pemeriksaan serial untuk menilai kondisi ibu dan janin.
  - d) Bayi dilahirkan di usia 34 minggu, bila dapat dilakukan pemeriksaan kematangan paru dan hasil menunjukkan bahwa paru sudah matang.
- 3) < 24 minggu:
- a) Pertimbangan dilakukan dengan melihat risiko ibu dan janin.
  - b) Lakukan konseling pada pasien. Terminasi kehamilan mungkin menjadi pilihan.
  - c) Jika terjadi infeksi (koroiamnionitis), lakukan tatalaksana koroiamnionitis.

#### Konseling dan Edukasi

- a. Memberikan informasi kepada ibu, adanya air ketuban yang keluar sebelum tanda *inpartu*
- b. Menenangkan ibu dan memberitahu kepada suami dan keluarga agar ibu dapat diberi kesempatan untuk tirah baring.
- c. Memberi penjelasan mengenai persalinan yang lebih cepat dan rujukan yang akan dilakukan ke pusat pelayanan sekunder.

#### Kriteria rujukan

Ibu hamil dengan keadaan ketuban pecah dini merupakan kriteria rujukan ke pelayanan kesehatan sekunder.

#### Peralatan

- a. Inspekulo
- b. Kertas lakmus (*Nitrazin test*)
- c. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin

#### Prognosis

##### Prognosis Ibu

- a. *Ad vitam* : *Bonam*

- b. *Ad functionam* : Bonam  
c. *Ad sanationam* : Bonam

## Prognosis Janin

- a. Ad vitam : Dubia ad bonam*  
*b. Ad functionam : Dubia ad bonam*  
*c. Ad sanationam : Dubia ad Bonam*

## Referensi

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

## 8. Persalinan Lama

No. ICPC-2 : W92 *Life birth*

W93 *still birth*

No. ICD-10 : O63.9 *Long labour*

### Tingkat Kemampuan 3B

## Masalah Kesehatan

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

Etiologi:

- Kepala janin yang besar / hidrosefalus
- Kembar terkunci
- Kembar siam
- Dispori fetopelvik
- Malpresentasi dan malposisi
- Deformitas panggul karena trauma atau polio
- Tumor daerah panggul
- Infeksi virus di perut atau uterus
- Jaringan arut (dari sirkumsisi wanita)

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Pasien datang dalam kondisi fase persalinan Kala 1 atau Kala 2 dengan status: kelainan pembukaan serviks atau partus macet.

Faktor Risiko:

("Po, Pa, Pa" atau gabungan 3 P )

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

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

- a. Pada ibu:
  - 1) Gelisah
  - 2) Letih
  - 3) Suhu badan meningkat
  - 4) Berkeringat
  - 5) Nadi cepat
  - 6) Pernafasan cepat
  - 7) Meteorismus
  - 8) *Bundle ring*, edema vulva, oedema serviks, cairan ketuban berbau terdapat mekoneum
- b. Pada janin:
  - 1) Denyut jantung janin cepat, hebat, tidak teratur, bahkan negatif
  - 2) Air ketuban terdapat mekoneum kental kehijau-hijauan, cairan berbau
  - 3) Caput *succedenium* yang besar
  - 4) *Moulage* kepala yang hebat
  - 5) Kematian janin dalam kandungan
  - 6) Kematian janin intrapartal

Kelainan Pembukaan Serviks

- a. Persalinan Lama
  - 1) Nulipara:

- Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif < 1,2 cm/jam
  - Kemajuan turunnya bagian terendah < 1 cm/jam
- 2) Multipara:
- Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif < 1,5 cm/jam
  - Kemajuan turunnya bagian terendah < 2 cm/jam
- b. Persalinan Macet
- 1) Nullipara :
- 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)
- 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 :

- a. Partograf
- b. Doppler
- c. Urin
- d. 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 nullipara 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.

Penatalaksanaa umum

Segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea

Penatalaksanaan khusus

a. Tentukan sebab terjadinya persalinan lama

- 1) Power: his tidak adekuat (his dengan frekuensi  $< 3 \times / 10$  menit dan durasi tiap kontraksinya  $< 40$  detik).
- 2) Passenger: malpresentasi, malposisi, janin besar
- 3) Passage : panggul sempit, kelainan serviks atau vagina, tumor jalan lahir

b. Sesuaikan tatalaksana dengan penyebab dan situasi. Prinsip umum:

- 1) Lakukan augmentasi persalinan denga oksitosin dan atau amniotomi bila terdapat gangguan power. Pastikan tidak ada gangguan passenger atau passage.
- 2) Lakukan tindakan operatif (forsep, vakum, atau seksio sesarea) untuk gangguan passenger dan atau passage, serta untuk gangguan power yang tidak dapat diatasi dengan augmentasi persalinan.

- 3) Jika ditemukan obstruksi atau CPD, tatalaksana adalah seksio cesarea.
- c. Berikan antibiotik (kombinasi ampicilin 2 g IV tiap 6 jam dan gentamisin 5mg/kgBB tiap 24 jam) jika ditemukan:
  - 1) Tanda-tanda infeksi (demam, cairan pervaginam berbau)
  - 2) Atau ketuban pecah lebih dari 18 jam
  - 3) Usia kehamilan 37 minggu
- d. Pantau tanda gawat janin
- e. Catat hasil analisis dan seluruh tindakan dalam rekam medis lalu jelaskan pada ibu dan keluarga hasil analisis serta rencana tindakan.

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 dan Edukasi

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

**Tabel 14.10 Kriteria diagnostik penatalaksanaan distosia**

Pola persalinan	Nulipara	Multipara	Tindakan	Terapi di Rumah Sakit
<b>Kelainan pembukaan serviks</b> - Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif - Kemajuan turunnya bagian	< 1,2 cm/jam  < 1 cm/jam	< 1,5 cm/jam < 2 cm/jam	<b>R</b>  <b>U</b>	- Dukungan dan terapi ekspektatif - Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi

terendah			<b>J</b>	
<b>Partus macet</b>	> 3 jam	> 1 jam	<b>U</b>  <b>K</b>	- Infus
- Fase deselerasi memanjang	> 2 jam > 1 jam	> 2 jam > 1 jam		oksitosin, bila tak ada
- Terhentinya pembukaan (dilatasi)	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi		kemajuan, lakukan seksio sesarea
- Terhentinya penurunan bagian terendah	atau kala 2	atau kala 2		- Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi
- Kegagalan penurunan bagian terendah				

Kriteria rujukan

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

Prognosis

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

Peralatan

- a. Ruang berukuran minimal 15m<sup>2</sup>
- b. Tempat tidur bersalin
- c. Tiang infus
- d. Lampu sorot dan lampu darurat
- e. Oksigen dan maskernya
- f. Perlengkapan persalinan
- g. Alat resusitasi
- h. Lemari dan troli darurat
- i. Partograf
- j. Dopler
- k. Ambulans

Referensi

- a. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
  - b. WHO. *Managing prolonged and obstructed labour. Education for safe motherhood*. 2<sup>nd</sup>Ed. Department of making pregnancy safer. Geneva: WHO. 2006.(World Health Organization, 2006)
  - c. *Pedoman penyelenggaraan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK)*. 2008. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008)
9. Perdarahan Post Partum / Pendarahan Pascasalin
- ICPC : W17 *Post partum bleeding*
- ICD-10 : 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 12minggu 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



- a. Perdarahan setelah melahirkan
- b. Lemah
- c. Limbung
- d. Berkeringatdingin
- e. Menggigil
- f. Pucat

#### Faktor Risiko

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

- a. Faktor risiko prenatal:
  - 1) Perdarahan sebelum persalinan
  - 2) Solusio plasenta
  - 3) Plasenta previa
  - 4) Kehamilan ganda
  - 5) Preeklampsia
  - 6) Khorioamnionitis
  - 7) Hidramnion
  - 8) IUFD
  - 9) Anemia (Hb< 5,8)
  - 10) Multiparitas
  - 11) Mioma dalam kehamilan
  - 12) Gangguan faktor pembekuan dan
  - 13) Riwayat perdarahan sebelumnya serta obesitas
- b. Faktor risiko saat persalinan pervaginam:
  - 1) Kala tiga yang memanjang
  - 2) Episiotomi
  - 3) Distosia
  - 4) Laserasi jaringan lunak
  - 5) Induksi atau augmentasi persalinan dengan oksitosin
  - 6) Persalinan dengan bantuan alat (forseps atau vakum)
  - 7) Sisa plasenta, dan bayi besar (>4000 gram)
- c. Faktor risiko perdarahan setelah SC :
  - 1) Insisi uterus klasik
  - 2) Amnionitis
  - 3) Preeklampsia
  - 4) Persalinan abnormal
  - 5) Anestesia umum

6) Partus preterm dan postterm

Penyebab dibedakan atas:

- a. Perdarahan dari tempat implantasi plasenta
  - 1) 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
  - 2) Sisa plasenta
    - Kotiledon atau selaput ketuban tersisa
    - Plasenta susenturiata
    - Plasenta akreata, inkreata, perkreata.
- b. Perdarahan karena robekan
  - 1) Episiotomi yang melebar
  - 2) Robekan pada perinium, vagina dan serviks
  - 3) Ruptura uteri
- c. Gangguan koagulasi
  - 1) Trombofilia
  - 2) Sindrom HELLP
  - 3) Pre-eklampsia
  - 4) Solutio plasenta
  - 5) Kematian janin dalam kandungan
  - 6) Emboli air ketuban

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

- a. Nilai tanda-tanda syok: pucat, akral dingin, nadi cepat, tekanan darah rendah.
- b. Nilai tanda-tanda vital: nadi > 100x/menit, pernafasan hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, suhu.

Pemeriksaan obstetrik:

- a. Perhatikankontraksi, letak, dan konsistensi uterus

- b. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai adanya: perdarahan, keutuhan plasenta, tali pusat, dan robekan didaerahvagina.

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 penyebabnya:

- a. PPP karena atonia uteri
- b. PPP karena robekan jalan lahir
- c. PPP karena sisa plasenta
- d. PPP akibat retensio plasenta
- e. PPP akibat ruptura uteri
- f. PPP akibat inversio uteri
- g. Gangguan pembekuan darah

Komplikasi

- a. Syok
- b. Kematian

**Tabel 14.11 Penyebab perdarahan pada post partum**

No	Gejala dan tanda	Penyebab yang harus dipikirkan
1.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdarahan segera setelah anak lahir</li><li>• Uterus tidak berkontraksi dan lembek</li></ul>	Atonia Uteri
2.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdarahan segera</li><li>• Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir</li></ul>	Robekan Jalan Lahir
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plasenta belum dilahirkan dalam 30 menit setelah kelahiran bayi</li></ul>	Retensio Plasenta

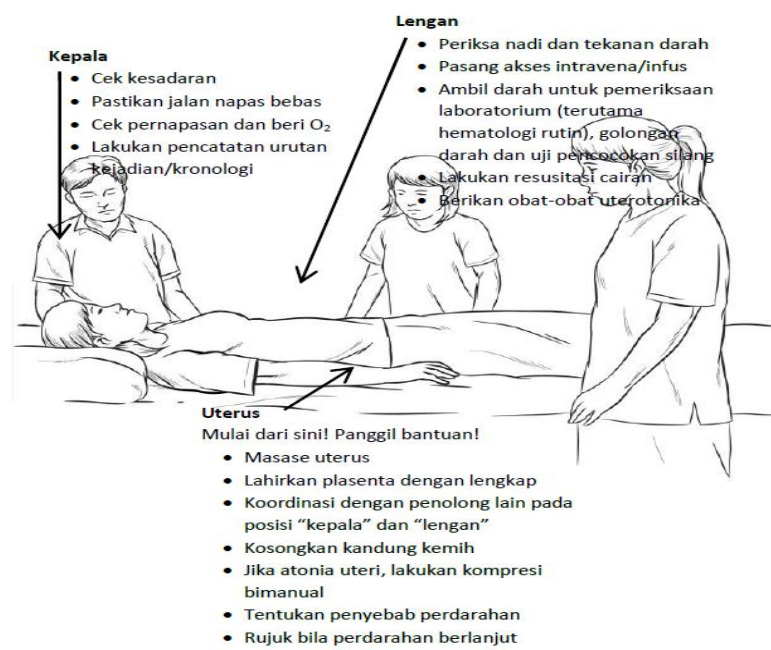
No	Gejala dan tanda	Penyebab yang harus dipikirkan
4.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap</li><li>• Perdarahan dapat muncul 6-10 hari post partum disertai subinvolusi uterus</li></ul>	Sisa Plasenta
5.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdarahan segera (Perdarahan intra abdominal dan dari atau pervaginam)</li><li>• Nyeri perut yang hebat</li><li>• Kontraksi yang hilang</li></ul>	Ruptura Uteri
6.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fundus Uteri tidak teraba pada palpasi abdomen</li><li>• Lumen vagina terisi massa</li><li>• Nyeri ringan atau berat</li></ul>	Inversio uteri
7.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdarahan tidak berhenti, encer, tidak terlihat gumpalan sederhana</li><li>• Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembentukan darah sederhana</li><li>• Terdapat faktor predisposisi : solusio placenta, kematian janin dalam uterus, eklampsia, emboli air ketuban</li></ul>	Gangguan pembekuan darah

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Awal

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



**Gambar 14. 3 Tatalaksana awal perdarahan pascasalin dengan Pendekatan Tim**

- a. Berikan oksigen.
- b. 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.

**Tabel 14.12 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/mnt	Hangat	<10%	<600 ml (asumsi berat badan 60 kg)	-
100	100x/mnt	Pucat	±15%	900 ml	2000-3000 ml
<90	>120x/mnt	Dingin	±30%	1800 ml	3500-5500 ml

<60-70	>140x/m nt hingga tak teraba	Basah	±50%	3000 ml	6000-9000 ml
--------	---------------------------------------	-------	------	---------	-----------------

- c. Lakukan pengawasan tekanan darah, nadi, dan pernapasan ibu.
- d. Periksa kondisi abdomen: kontraksi uterus, nyeri tekan, parut luka, dan tinggi fundus uteri.
- e. Periksa jalan lahir dan area perineum untuk melihat perdarahan dan laserasi (jika ada, misal: robekan serviks atau robekan vagina).
- f. Periksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
- g. 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).
- h. Jika kadar Hb < 8 g/dl rujuk ke layanan sekunder (dokter spesialis obgyn).
- i. Jika fasilitas tersedia, ambil sampel darah dan lakukan pemeriksaan: kadar hemoglobin (pemeriksaan hematologi rutin) dan penggolongan ABO.
- j. Tentukan penyebab dari perdarahannya (lihat tabel 14.11) dan lakukan tatalaksana spesifik sesuai penyebab.

Penatalaksanaan Lanjutan :

- a. Atonia uteri
  - 1) Lakukan pemijatan uterus.
  - 2) Pastikan plasenta lahir lengkap.
  - 3) Berikan 20-40 unit Oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9%/ Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 unit IM.
  - 4) Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9%/Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
  - 5) 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,

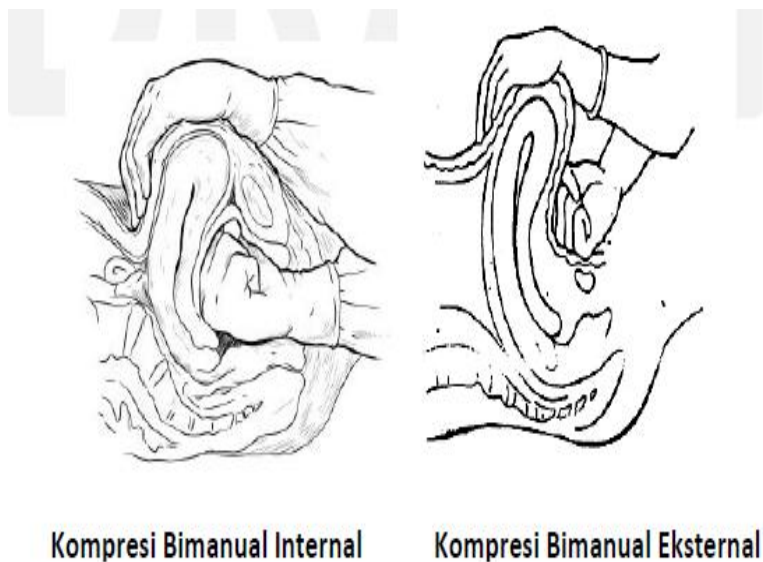
dan pemberian 0,2 mg IM/IV (lambat) setiap 4 jam bila diperlukan. Jangan berikan lebih dari 5 dosis (1 mg).

- 6) Jika perdarahan berlanjut, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit).
- 7) Lakukan pasang kondom kateter atau kompresi bimanual internal selama 5 menit.
- 8) Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder sebagai antisipasi bila perdarahan tidak berhenti.

Perlu Diingat :

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.



**Gambar 14.4 Kompresi Bimanual Internal dan Kompresi Bimanual Eksternal pada atonia uteri**

b. Robekan Jalan Lahir

Ruptura Perineum dan Robekan Dinding Vagina

- 1) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi sumber perdarahan.
- 2) Lakukan irigasi pada tempat luka dan bersihkan dengan antiseptik.
- 3) Hentikan sumber perdarahan dengan klem kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap.

- 4) Lakukan penjahitan (lihat Materi Luka Perineum Tingkat 1 dan 2)
  - 5) Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1 g asamtraneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit).
- c. Robekan Serviks
- 1) Paling sering terjadi pada bagian lateral bawah kiri dankanan dari porsio
  - 2) Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder
- d. Retensio Plasenta
- 1) 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.
  - 2) Lakukan tarikan tali pusat terkendali.
  - 3) Bila tarikan tali pusat terkendali tidak berhasil, lakukan plasenta manual secara hati-hati.
  - 4) Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal (Ampisilin 2 g IV DAN Metronidazol 500 mg IV).
  - 5) Segera atasi atau rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi
- e. Sisa Plasenta
- 1) 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 40m tetes/menit hingga pendarahan berhenti.
  - 2) 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.
  - 3) Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal (ampisillin 2 g IV dan Metronidazol 500 mg).
  - 4) Jika perdarahan berlanjut, tata laksana seperti kasus atonia uteri.



### Inversio Uteri

Siapkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder

### Gangguan Pembekuan Darah

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

### Konseling dan Edukasi

- a. Memberikan informasi akan keadaan ibu yang mengalami perdarahan pascasalin.
- b. Memberikan informasi yang tepat kepada suami dan keluarga ibu terhadap tindakan yang akan di lakukan dalam menangani perdarahan pascasalin.
- c. Memastikan dan membantu keluarga jika rujukan akan dilakukan.

### Kriteria Rujukan

- a. Pada kasus perdarahan pervaginam > 500 ml setelah persalinan berpotensi mengakibatkan syok dan merupakan indikasi rujukan.
- b. Penanganan kegawatdaruratan sebelum merujuk dan mempertahankan ibu dalam keadaan stabil selama proses rujukan merupakan hal penting diperhatikan.

### Peralatan

- a. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutindan golongan darah.
- b. Inspekulo
- c. USG
- d. Sarung tangan steril
- e. Hecting set
- f. Benang *catgut*

### Prognosis

Prognosis umumnya *dubia ad bonam*, tergantung dari jumlah perdarahan dan kecepatan penatalaksanaan yang di lakukan.

## Referensi

- a. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010: Hal 522-529. (Prawirohardjo, et al., 2010)
- b. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

## 10. Ruptur Perineum Tingkat 1-2

No. ICPC-2 : W92 *Complicated labour/delivery livebirth*

No. ICD-10 : 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:

- a. Kepala janin terlalu cepat lahir
- b. Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- c. Sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan parut
- d. Pada persalinan dengan distosia bahu
- e. Partus pervaginam dengan tindakan

Pada literatur lain dikatakan faktor risiko ruptur perineum.

**Tabel 14.13: Faktor resiko rupture perineum**

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

- a. Robekan pada perineum,
- b. Perdarahan yang bersifat arterial atau yang bersifat merembes,
- c. Pemeriksaan colok dubur, untuk menilai derajat robekan perineum

Pemeriksaan Penunjang: -

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis dapat ditegakkan berdasar anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan.

Klasifikasi ruptur perineum dibagi menjadi 4 derajat:

a. Derajat I

Robekan terjadi hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum. Biasa tidak perlu dilakukan penjahitan.

b. Derajat II

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

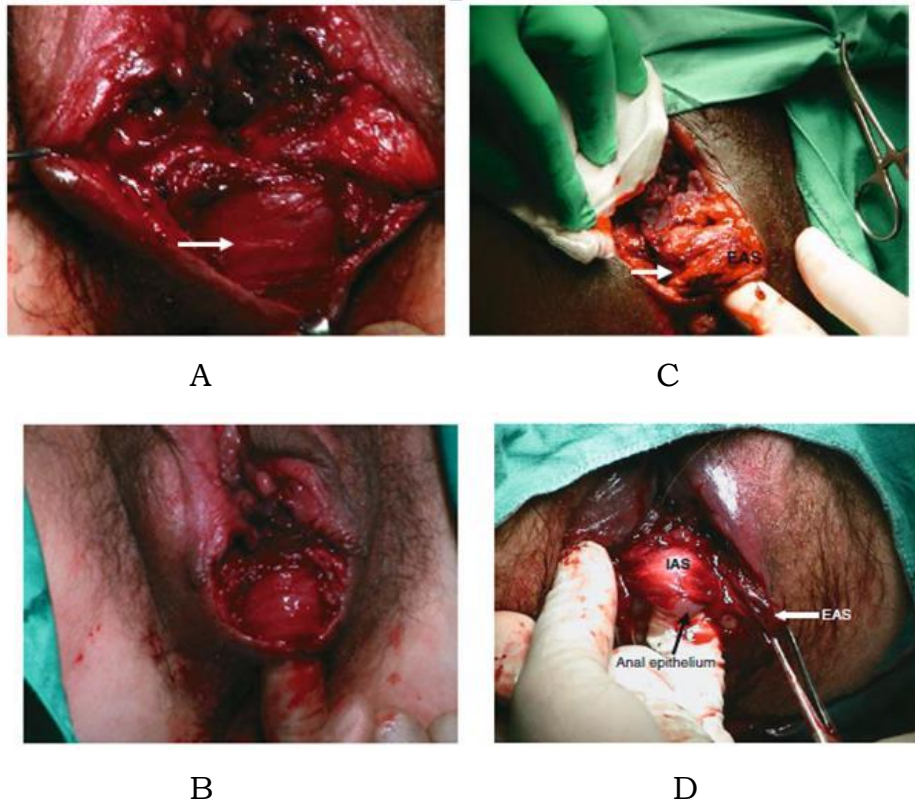
c. Derajat III

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

IIIa. Robekan < 50% sfingter ani eksterna

IIIb. Robekan > 50% sfingter ani eksterna

IIIc. Robekan juga meliputi sfingter ani interna



**Gambar 14. 5 Ruptur Perineum dan Sfingter Ani**

Sfingter ani yang intact (ditunjuk oleh tanda panah A) terlihat lebih jelas pada pemeriksaan *rectal touche* (B); Robekan parsial sepanjang sfingter ani eksterna (C); Robekan perineum derajat 3b dengan sfingter ani yang intact (*Internal anal sphincter*/IAS). Sfingter ani eksterna (*External anal sphincter*/EAS) dijepit oleh forseps Allis. Perhatikan perbedaan warna IAS yang lebih pucat dibandingkan EAS (D).

d. Derajat IV

Robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Non Medikantosa

a. Menghindari atau mengurangi dengan menjaga jangan sampai dasarpanggul didahului oleh kepala janin dengan cepat.

- b. Kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlampau 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.

#### Medikamentosa

- a. Penatalaksanaan farmakologis

Dosis tunggal sefalosporin golongan II atau III dapat diberikan intravena sebelum perbaikan dilakukan (untuk ruptur perineum yang berat).

- b. Manajemen Ruptur Perineum:

- 1) Alat-alat yang dibutuhkan untuk melakukan perbaikan jalan lahir

- Retractor Weislander's
- Forceps gigi (*fine & strong*)
- Needle holder (*small and large*)
- Forceps Allis (4)
- Forceps arteri (6)
- Gunting Mitzembaum
- Gunting pemotong jahitan
- Spekulum Sims
- Retraktor dinding samping dalam vagina
- Forceps pemegang kasa

- 2) bahan-bahan yang diperlukan untuk perbaikan jalan lahir.

- Tampon
- Kapas besar
- Povidon Iodine
- Lidocain 1% (untuk ruptur perineumderajat I-II)
- Benang catgut / Asam poliglikolik (Dexon, David&Geck Ltd, UK) / Poliglaktin 910 (Vicryl, Ethicon Ltd, Edinburgh, UK)

Ruptur perineum harus segera diperbaiki untuk meminimalisir risiko perdarahan, edema, dan infeksi. Manajemen ruptur perineum untuk masing-masing derajatnya, antara lain sebagai berikut :

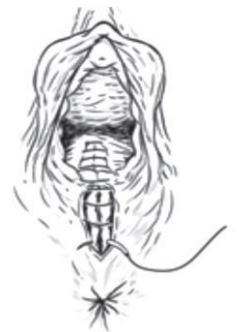
Robekan perineum derajat 1

Robekan tingkat I mengenai mukosa vagina dan jaringan ikat, tidak perlu dilakukan penjahitan.

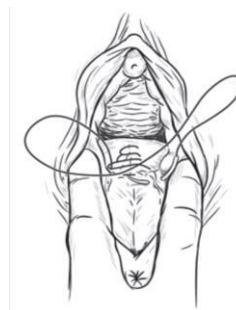
#### Penjahitan robekan perineum derajat 2

- a. Siapkan alat dan bahan.
- b. Pastikan pasien tidak memiliki alergi terhadap Lignokain atau obat-obatan sejenis
- c. Suntikan 10 ml Lignokain 0.5% di bawah mukosa vagina, di bawah kulit perineum dan pada otot-otot perineum. Masukkan jarum pangsung ujung laserasi dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk atau keluar.
- d. Tunggu 2 menit. Kemudian area dengan forseps hingga pasien tidak merasakan nyeri.
- e. Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0, lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya (penting untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di dalamnya).
- f. Carilah lapisan subkutis persis dibawah lapisan kulit, lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali keatas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.
- g. Potong kedua ujung benang dan hanya sisakan masing-masing 1 cm.
- h. Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok dubur dan pastikan tidak ada bagian rektum terjahit.

*CATATAN: Aspirasi penting untuk meyakinkan suntikan lignokain tidak masuk dalam pembuluh darah. Jika ada darah pada aspirasi, pindahkan jarum ke tempat lain. Aspirasi kembali. Kejang dan kematian dapat terjadi jika lignokain diberikan lewat pembuluh darah (intravena).*



Gambar A Penjahitan Mukosa



Gambar B Penjahitan Otot



Gambar C Penjahitan Kulit

#### **Gambar 14.6 Penjahitan Luka Perineum Tingkat 2**

Penjahitan robekan perineum derajat 3

- a. Perbaikan robekan harus dilakukan hanya oleh dokter yang sudah dilatih secara formal (atau dalam supervisi) mengenai perbaikan sfingter ani primer.  
Perbaikan harus dilakukan di kamar operasi dengan pencahayaan yang baik, peralatan yang memadai, dan kondisi aseptik.
    - 1) Anestesi umum atau regional (spinal, epidural, kaudal) menjadi analgesik dan pelemas otot yang bermanfaat dalam evaluasi luasnya robekan.
    - 2) Luasnya robekan harus dievaluasi melalui pemeriksaan vagina dan rektal yang berhati-hati.
    - 3) Jika terdapat kebingungan dalam menentukan derajat trauma maka derajat yang lebih tinggi yang harus dipilih.  
Pada kasus yang jarang ditemui, tipe robekan "buttonhole" terisolasi dapat terjadi di rektum tanpa menyebabkan kerusakan sfingter ani.
  - b. Diperbaiki secara transvaginal menggunakan jahitan *interrupted* dengan benang Vicryl.
2. Untuk mengurangi risiko fistula rektovaginal persisten, selapis jaringan perlu disisipkan diantara rektum dan vagina. (Dengan aproksimasi fascia rektovaginal).
  3. Kolostomi diindikasikan hanya jika terdapat robekan besar yang mencapai dasar pelvis atau terdapat kontaminasi feces pada luka.

Penjahitan robekan perineum derajat 4

- a. Epitel ani yang mengalami robekan diperbaiki dengan jahitan *interrupted* menggunakan benang Vicryl 3/0 dan disimpul di dalam lumen ani.

Perbaikan epitel ani secara subkutikular melalui pendekatan transvaginal juga diketahui memiliki keefektifan yang sama jika simpul terminalnya terikat dengan baik.

- b. Otot sfingter diperbaiki dengan 3/0 PDS *dyed sutures*.
  - 1) Benang monofilamen dipercaya dapat mengurangi risiko infeksi dibandingkan dengan benang braided.
  - 2) Benang monofilamen *non-absorbable* seperti nilon atau Prolene (polypropylene) dipilih oleh beberapa dokter bedah kolorektal dalam perbaikan sekunder robekan sfingter.
  - 3) Benang *non-absorbable* dapat menyebabkan abses pada jahitan (terutama pada simpul) dan ujung tajam jahitan dapat menyebabkan ketidaknyamanan.
  - 4) Absorpsi sempurna PDS lebih lama dari Vicryl dan kekuatan tensilnya bertahan lebih lama dari Vicryl.
  - 5) Untuk mengurangi perpindahan jahitan, ujung jahitan harus dipotong pendek dan tertutupi oleh muskulus perinei superfisialis.
  - 6) Sebuah RCT menunjukkan tidak ada perbedaan morbiditas terkait jahitan menggunakan benang Vicryl dan PDS pada 6 minggu post partum.
- c. Sfingter ani interna harus diidentifikasi dan jika mengalami robekan harus diperbaiki secara terpisah dari sfingter ani eksterna.
  - 1) Sfingter ani interna tampak pucat seperti daging ikan mentah sedangkan sfingter ani eksterna berwarna lebih terang, seperti daging merah.
  - 2) Ujung-ujung otot yang robek dijepit dengan forsep Allis dan perbaikan *end-to-end* dilakukan dengan jahitan *interrupted* atau matras menggunakan PDS 3/0.
- d. Sfingter ani eksterna harus diidentifikasi dan dijepit dengan forsep Allis karena sfingter ini cenderung mengkerut ketika robek.
  - 1) Setelah itu, otot dipisahkan dari lemak iskhioanal menggunakan gunting *Mitzembaum*.
  - 2) Ujung-ujung robekan sfingter ani eksterna kemudian dijahit menggunakan teknik *overlap* dengan benang PDS 3/0.



- 3) Teknik *overlap* akan menyebabkan area kontak otot menjadi lebih luas dibandingkan dengan teknik *end-to end*.
  - 4) Wanita dengan perbaikan sfingter ani eksterna secara *end-to-end* diketahui dapat tetap kontinen tetapi memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami inkontinensia pada usia yang lebih lanjut.
  - 5) Jika operator tidak familiar dengan teknik *overlap* atau sfingter ani eksterna hanya robek sebagian (derajat 3a/3b) maka perbaikan *end-to-end* harus dilakukan menggunakan 2-3 jahitan matras, seperti pada perbaikan sfingter ani interna.
- e. Setelah perbaikan sfingter, *perineal body* perlu direkonstruksi agar dapat mempertahankan sfingter ani yang telah diperbaiki.
- 1) Perineum yang pendek dapat menyebabkan sfingter ani menjadi lebih rentan terhadap trauma dalam kelahiran per vaginam berikutnya.
  - 2) Kulit vagina harus dijahit dan kulit perineum diaproksimasi dengan jahitan subkutikular menggunakan benang *Vicryl 3/0*.
- f. Pemeriksaan rektovaginal harus dilakukan untuk memastikan perbaikan telah sempurna dan memastikan bahwa seluruh tampon atau kapas telah dikeluarkan.
- g. Catatan yang lengkap mengenai temuan dan perbaikan harus dibuat.

Jika tidak terdapat tenaga yang kompeten pasien dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis obstetrik 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 perineum selalu bersih dan kering.
- b. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum.
- c. Cuci perineumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir 3 sampai 4 kali perhari.

- 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

Kriteria tindakan pada Fasilitas Pelayanan tingkat pertama hanya untuk Luka Perineum Tingkat 1 dan 2. Untuk luka perineum tingkat 3 dan 4 dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder.

#### Peralatan

- a. Lampu
- b. Kassa steril
- c. Sarung tangan steril
- d. *Hecting set*
- e. Benang jahit *catgut*
- f. Laboratorium sederhana pemeriksaan darah rutin dan golongan darah.

#### Prognosis

Prognosis umumnya *bonam*.

#### Referensi

- a. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
- b. Priyatini T, Ocviyanti D, Kemal A. *Ilmu Bedah Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Bina Pustaka. 2014 (Priyatini, et al., 2014)
- c. Cunningham, F.G. Leveno, K.J. Bloom, S.L. Hauth, J.C. Rouse, D.J. Spong, C.Y. *Williams Obstetrics*. 23<sup>rd</sup>Ed. McGraw-Hill. 2009. (Cunningham, et al., 2009)
- d. Wiknjosastro, H. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Ed 1 Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo. 2007: Hal 170-6 (Prawirohardjo, et al., 2010).

## 11. MASTITIS

No. ICPC-2 : X21 *Breast symptom/complaint female other*

No. ICD-10 : 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 menyusui dan lebih kurang 10% kasus mastitis akan berkembang menjadi abses (nanah), dengan gejala yang makin berat.

### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

#### Keluhan

- a. Nyeri dan bengkak pada daerah payudara, biasa pada salah satu payudara
- b. Adanya demam  $>38^{\circ}\text{C}$
- c. Paling sering terjadi di minggu ke 3 - 4 *postpartum*

#### Gejala klinis

- a. Demam disertai menggigil
- b. Dapat disertai demam  $> 38^{\circ}\text{C}$
- c. Mialgia
- d. Nyeri didaerah payudara
- e. Sering terjadi di minggu ke-3 dan ke-4 *postpartum*, namun dapat terjadi kapan saja selama menyusui

#### Faktor Risiko

- a. Primipara
- b. Stress
- c. Teknik menyusui yang tidak benar, sehingga proses pengosongan payudara tidak terjadi dengan baik. (menyusui hanya pada satu posisi)
- d. Penghisapan bayi yang kurang kuat, dapat menyebabkan statis dan obstruksi kelenjar payudara.
- e. Pemakaian bra yang terlalu ketat
- f. Bentuk mulut bayi yang abnormal (ex: *cleft lip or palate*), dapat menimbulkan trauma pada puting susu.

- g. Terdapat luka pada payudara.
- h. Riwayat mastitis sebelumnya saat menyusui.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan fisik

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

Pemeriksaan penunjang : -

Penegakan Diagnostik(*Assessment*)

Diagnosis klinis

Diagnosis klinis dapat ditegakkan dengan anamnesa dan pemeriksaan fisik.

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

- a. Mastitis yang menyebabkan abses dibawah areola mammae.
- b. Mastitis ditengah payudara yang menyebabkan abses ditempat itu.
- c. Mastitis pada jaringan dibawah dorsal kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara payudara dan otot-otot dibawahnya.

Diagnosis Banding:-

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Non Medikamentosa

- a. Ibu sebaiknya tirah baring dan mendapat asupan cairan yang lebih banyak.
- b. Sampel ASI sebaiknya dikultur dan diuji sensitivitas.
- c. Sangga payudara ibu dengan bebat atau bra yang pas

Medikamentosa

- a. Berikan antibiotika
  - 1) Kloksasilin 500 mg per oral per 6 jam selama 10-14 hari

- 2) **ATAU** Eritromisin 250 mg per oral 3 x 1 sehari selama 10 hingga 14 hari
- b. Analgetik parasetamol 3x500 mg per oral
  - c. Lakukan evaluasi setelah 3 hari.

Komplikasi:

- a. Abses mammae
- b. Sepsis

Konseling dan Edukasi

- a. Memberikan pengetahuan akan pentingnya ASI dan mendorong ibu untuk tetap menyusui,
- b. Menyusui dapat dimulai dengan payudara yang tidak sakit.
- c. Pompa payudara dapat dilakukan pada payudara yang sakit jika belum kosong setelah bayi menyusui.
- d. Ibu dapat melakukan kompres dingin untuk mengurangi bengkak dan nyeri.
- e. Ibu harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan untuk menghindari infeksi yang tidak diinginkan.

Peralatan

- a. Lampu
- b. Kasa steril
- c. Sarung tangan steril
- d. Bisturi

Kriteria Rujukan

Jika terjadi komplikasi abses mammae dan sepsis.

Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*.

Referensi

- a. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010: Hal 380, 652-653 (Prawirohardjo, et al., 2010)

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

## 12. *Inverted Nipple*

No. ICPC-2 : W.95 *Breast disorder in pregnancy other X.20 Nipple symptom/complaint female*

No. ICD-10 : O92.02 *Retracted nipple associated with the puerperium*

O92.03 *Retracted nipple associated with lactation*

Tingkat kemampuan: 4A

### Masalah Kesehatan

Terdapat beberapa bentuk puting susu. Pada beberapa kasus seorang ibu merasa putingnya datar atau terlalu pendek akan menemui kesulitan dalam menyusui bayi. Hal ini bisa berdampak bayi tidak bisa menerima ASI dengan baik dan cukup.

Pada beberapa kasus, puting dapat muncul kembali bila di stimulasi, namun pada kasus-kasus lainnya, retraksi ini menetap.

### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

#### Keluhan

- Kesulitan ibu untuk menyusui bayi
- Puting susu tertarik
- Bayi sulit untuk menyusui

### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

#### Pemeriksaan Fisik

Adanya puting susu yang datar atau tenggelam dan bayi sulit menyusui pada ibu.

#### Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang dalam penegakan diagnosis

### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

#### Diagnosis Klinis

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

Diagnosis klinis ini terbagi dalam :

a. Grade 1

- 1) Puting tampak datar atau masuk ke dalam
- 2) Puting dapat dikeluarkan dengan mudah dengan tekanan jari pada atau sekitar areola.
- 3) Terkadang dapat keluar sendiri tanpa manipulasi
- 4) Saluran ASI tidak bermasalah, dan dapat menyusui dengan biasa.

b. Grade 2

- 1) Dapat dikeluarkan dengan menekan areola, namun kembali masuk saat tekanan dilepas
- 2) Terdapat kesulitan menyusui.
- 3) Terdapat fibrosis derajat sedang.
- 4) Saluran ASI dapat mengalami retraksi namun pembedahan tidak diperlukan.
- 5) Pada pemeriksaan histologi ditemukan stromata yang kaya kolagen dan otot polos.

c. Grade 3

- 1) Puting sulit untuk dikeluarkan pada pemeriksaan fisik dan membutuhkan pembedahan untuk dikeluarkan.
- 2) Saluran ASI terkonstriksi dan tidak memungkinkan untuk menyusui
- 3) Dapat terjadi infeksi, ruam, atau masalah kebersihan
- 4) Secara histologis ditemukan atrofi unit lobuler duktus terminal dan fibrosis yang parah

### Komplikasi

Risiko yang sering muncul adalah ibu menjadi demam dan pembengkakan pada payudara.

### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

#### Penatalaksanaan Non-Medikamentosa

Untuk puting datar/tenggelam (*inverted nipple*) dapat diatasi setelah bayi lahir, yaitu dengan proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebagai langkah awal dan harus terus menyusui agar puting selalu tertarik. Ada dua cara yang dapat digunakan untuk mengatasi puting datar/terbenam, yaitu:

- a. Penarikan puting secara manual/dengan tangan. Puting ditarik-tarik dengan lembut beberapa kali hingga menonjol.
- b. Menggunakan spuit ukuran 10-20 ml, bergantung pada besar puting. Ujung spuit yang terdapat jarum dipotong dan penarik spuit (*sputit puller*) dipindahkan ke sisi bekas potongan. Ujung yang tumpul di letakkan di atas puting, kemudian lakukan penarikan beberapa kali hingga puting keluar. Lakukan sehari tiga kali; pagi, siang, dan malam masing-masing 10 kali
- c. Jika kedua upaya di atas tidak memberikan hasil, ibu dapat memberikan air susunya dengan cara memerah atau menggunakan pompa payudara.
- d. Jika puting masuk sangat dalam, suatu usaha harus dilakukan untuk mengeluarkan puting dengan jari pada beberapa bulan sebelum melahirkan.

#### Konseling dan Edukasi

- a. Menarik-narik puting sejak hamil (*nipple conditioning exercises*) ataupun penggunaan breast shield dan breast shell. Teknik ini akan membantu ibu saat masa telah memasuki masa menyusui.
- b. Membangkitkan rasa percaya diri ibu dan membantu ibu melanjutkan untuk menyusui bayi. Posisikan bayi agar mulutnya melekat dengan baik sehingga rasa nyeri akan segera berkurang. Tidak perlu mengistirahatkan payudara, tetapi tetaplah menyusui *on demand*

#### Kriteria Rujukan: -

##### Prognosis

- a. *Ad vitam* : Bonam
- b. *Ad functionam* : Bonam
- c. *Ad sanationam* : Bonam

#### Referensi

- a. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010. 379



- b. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013.
- c. Program Manajemen Laktasi, 2004. *Buku Bacaan Manajemen Laktasi*. Jakarta.
- d. <http://idai.or.id/public-articles/klinis/asi/manajemen-laktasi.html>. 2014

### 13. CRACKED NIPPLE

No. ICPC-2 : W.95 *Breast disorder in pregnancy other*  
*X.20 Nipple symptom/complaint female*

No. ICD-10 : O9212 *Cracked nipple associated with the puerperium*  
O9213 *Cracked nipple associated with lactation*

Tingkat kemampuan 4A

#### Masalah Kesehatan

Nyeri pada puting merupakan masalah yang sering ditemukan pada ibu menyusui dan menjadi salah satu penyebab ibu memilih untuk berhenti menyusui bayinya. Diperkirakan sekitar 80-90% ibu menyusui mengalami nipple pain dan 26% di antaranya mengalami lecet pada puting yang biasa disebut dengan nipple crack. Kerusakan pada puting mungkin terjadi karena trauma pada puting akibat cara menyusui yang salah.

#### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

##### Keluhan

Adanya nyeri pada puting susu dan nyeri bertambah jika menyusui bayi.

##### Penyebab

Dapat disebabkan oleh teknik menyusui yang salah atau perawatan yang tidak benar pada payudara. Infeksi monilia dapat mengakibatkan lecet.

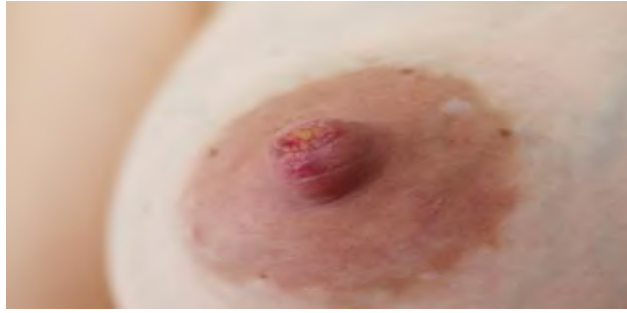
#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

##### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik didapatkan :

- a. Nyeri pada daerah putting susu

b. Lecet pada daerah puting susu



**Gambar 14.7 Cracked Nipple**

Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang dalam penegakan diagnosis.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis bisa ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik.

Komplikasi

Risiko yang sering muncul adalah ibu menjadi demam dan pembengkakan pada payudara.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Non-Medikamentosa

- a. Teknik menyusui yang benar
- b. Puting harus kering
- c. Mengoleskan colostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting susu dan membiarkan kering.
- d. Mengistirahatkan payudara apabila lecet sangat berat selama 24 jam
- e. Lakukan pengompresan dengan kain basah dan hangat selama 5 menit jika terjadi bendungan payudara

Medikamentosa

- a. Memberikan tablet Parasetamol tiap 4–6 jam untuk menghilangkan nyeri.
- b. Pemberian Lanolin dan vitamin E
- c. Pengobatan terhadap monilia

Konseling dan Edukasi

- a. Tetap memberikan semangat pada ibu untuk tetap menyusui jika nyeri berkurang.
- b. Jika masih tetap nyeri, sebagian ASI sebaiknya diperah.
- c. Tidak melakukan pembersihan puting susu dengan sabun atau zat iritatif lainnya.
- d. Menggunakan bra dengan penyangga yang baik.
- e. Posisi menyusui harus benar, bayi menyusui sampai ke kalang payudara dan susukan secara bergantian di antara kedua payudara.

Tabel 14.14 Posisi menyusui yang baik

Posisi tubuh yang baik	Posisi menyusui yang tidak benar
1. Posisi muka bayi menghadap ke payudara ( <i>Chin to Breast</i> )	1. Leher bayi terputar dan cenderung ke depan
2. Perut atau dada bayi menempel pada perut /dada ibu ( <i>Chest to Chest</i> )	2. Badan bayi menjauh dari ibu
3. Seluruh badan Bai menghadap ke badan ibu hingga telinga bayi membentuk garis lurus dengan lengan bayi dan leher bayi	3. Badan bayi tidak menghadap ke badan ibu
4. Seluruh punggung bayi tersanggah dengan bayi	4. Hanya leher dan kepala tersanggah
5. Ada kontak mata antara ibu dengan bayi	5. Tidak ada kontak mata anantara ibu dan bayi
6. Pegang belakang bahu, jangan kepala bayi	6. C – Hold tetap dipertahankan
7. Kepala terletak di lengan bukan di daerah siku	

#### Kriteria Rujukan

Rujukan diberikan jika terjadi kondisi yang mengakibatkan abses payudara

#### Prognosis

*Ad vitam: Bonam ; Ad functionam: Bonam; Ad sanationam: Bonam*

#### Referensi

- a. Prawirohardjo, S. Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T. Wiknjosastro Gulardi H. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010: Hal 379.
- b. Utami, R. Yohmi, E. *Buku Bedah ASI IDAI*

#### O. Penyakit Kelamin

##### 1. Fluor Albus / *Vaginal Discharge* Non Gonore

No. ICPC-2 : X14 *vaginal discharge*

X71 gonore pada wanita

X72 urogenital candidiasis pada wanita

X73 trikomoniasis urogenital pada wanita

X92 klamidia genital pada wanita

No. ICD-10 : N98.9

Tingkat Kemampuan 4A

#### Masalah Kesehatan

*Vaginal discharge* atau keluarnya duh tubuh dari vagina secara fisiologis yang mengalami perubahan sesuai dengan siklus menstruasi berupa cairan kental dan lengket pada seluruh siklus namun lebih cair dan bening ketika terjadi ovulasi. Masih dalam batas normal bila duh tubuh vagina lebih banyak terjadi pada saat stres, kehamilan atau aktivitas seksual. *Vaginal discharge* bersifat patologis bila terjadi perubahan-perubahan pada warna, konsistensi, volume, dan baunya.

#### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

##### Keluhan