



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
(PPK)
KSM OBSTETRI DAN
GYNEKOLOGI
TATA LAKSANA KASUS
RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU**

Pekanbaru, April 2024
Ditetapkan,

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU**


drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG
NIP. 19780618 200903 2 001

**PERTUMBUHAN JANIN TERHAMBAT (ICD 10:
O36.5)**

1. Pengertian (Definisi)	Pertumbuhan janin terhambat (PJT) atau <i>Intrauterine growth restriction</i> (IUGR) adalah suatu kondisi berat janin di bawah persentil 10 sesuai usia kehamilan. Kondisi kehamilan dengan IUGR lebih sering ditemukan pada negara berkembang, termasuk Indonesia. Proses terjadinya IUGR diduga berhubungan dengan banyak faktor seperti kelainan pada fungsi plasenta, tidak adekuatnya suplai oksigen dan atau nutrisi maternal, serta penurunan kemampuan penggunaan suplai janin.
2. Anamnesis	Beberapa gejala klinis IUGR : 1. Kenaikkan berat badan ibu yang rendah 2. Adanya perbedaan antara usia kehamilan dengan tinggi fundus uteri 3. Preeklamsia
3. Diagnosis	Menegakkan diagnosis IUGR dengan: 1. Mengetahui usia kehamilan janin yang pasti dari HPHT dan Pemeriksaan USG kehamilan 2 kali dengan jarak 3-4 minggu pada trimester I 2. Ratio kepala dan perut janin (HC/AC) > 3 yang dilakukan setidaknya 2 kali pemeriksaan USG serial dengan rentang jarak 3-4 minggu Diagnosis <i>intrauterine growth restriction</i> (IUGR) dicurigai berdasarkan adanya faktor risiko dan hasil pemeriksaan fisik maternal. Diagnosis pasti dapat ditegakkan menggunakan berbagai modalitas USG untuk memperkirakan berat janin, misalnya <i>abdominal circumference</i> dan <i>head circumference</i> .
4. Terapi	Penatalaksanaan <i>intrauterine growth restriction</i> (IUGR) bersifat suportif dan berfokus pada komplikasi. Beberapa pertimbangan, terutama dari hasil ultrasonografi (USG), dapat membantu klinisi dalam menentukan tata laksana. Terminasi kehamilan pada <i>intrauterine growth restriction</i> (IUGR) ditentukan berdasarkan berbagai faktor, seperti usia kehamilan, hasil <i>ultrasound doppler</i> , skor <i>biophysical profile</i> (BPP), hasil doppler

duktus venosus, komorbiditas, dan ada tidaknya insufisiensi uteroplasenta.

Persalinan pada IUGR dilakukan secepatnya jika terdapat:

1. Kelainan hasil doppler duktus venosus
2. Aliran terbalik diastolik pada umur kehamilan ≥ 32 minggu
3. Tidak adanya aliran diastolik pada umur kehamilan ≥ 34 minggu

Persalinan pada IUGR dapat ditunda jika :

- Aliran terbalik diastolik pada umur kehamilan <32 minggu atau tidak adanya aliran diastolik pada umur kehamilan <34 minggu, dengan atau tanpa adanya oligohidramnion. Dilakukan pemeriksaan skor biophysical profile (BPP) setiap hari. Apabila skor BPP normal, maka persalinan dapat ditunda sampai 32 minggu pada masalah aliran terbalik dan 34 minggu pada masalah tidak adanya aliran. Pada hasil BPP abnormal, maka persalinan dapat dilakukan secepatnya.
- Penurunan aliran diastolik : dilakukan pemeriksaan BPP dua kali seminggu dan persalinan dapat dilakukan apabila hasil BPP abnormal.
- Doppler arteri umbilikal normal: menunjukkan janin dalam keadaan baik sehingga persalinan dapat ditunda sampai umur kehamilan 39-40 minggu.
- Persalinan dengan IUGR tidak dapat ditunda sampai lebih dari 40 minggu.
- Persalinan post matur pada kasus IUGR dapat meningkatkan risiko kematian.

Kortikosteroid antenatal diberikan saat persalinan prematur, yaitu pada usia kehamilan 24-34 minggu. Pemberian kortikosteroid bertujuan untuk membantu maturasi paru janin.

Pemberian magnesium sulfat sebelum persalinan pada usia kehamilan <32 minggu diperlukan guna memberi efek neuroproteksi pada janin. Dosis yang dipakai adalah 4 gram intravena, disuntikkan selama 20 menit, kemudian diikuti 1 gram/jam sampai persalinan atau selama 24 jam.

Pemeriksaan kardiotokografi dan denyut jantung janin (DJJ) secara berkala harus dilakukan untuk memantau kondisi janin sambil menunggu persalinan. Persalinan sectio caesarea lebih disarankan pada kehamilan dengan IUGR. Saat bayi lahir, resusitasi harus dilakukan dengan cepat dan hati-hati. Gangguan termoregulasi pada bayi IUGR harus ditangani dengan cepat. Gangguan pernapasan bayi dengan IUGR umumnya diakibatkan aspirasi mekonium. Pembebasan jalan napas dari mekonium dapat dilakukan dengan suction atau tangan. Bayi dengan IUGR disarankan dirawat di neonatal intensive care unit (NICU).

5. Prognosis	Prognosis <i>intrauterine growth restriction</i> (IUGR) dapat meningkatkan risiko mortalitas dan morbiditas janin	
6. Penyulit	Janin dengan <i>intrauterine growth restriction</i> (IUGR) memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi yang berat. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah persalinan prematur, asfiksia perinatal, gangguan termoregulasi, polisitemia, gangguan fungsi imun, dan hipokalsemia.	
7. <i>Informed Consent</i>	Penjelasan tentang diagnosis dan stadium penyakit, rencana pengobatan, hasil pengobatan dan kemungkinan komplikasi pengobatan.	
8. Perawatan Rumah Sakit	Perawatan untuk perbaikan keadaan umum serta adanya penyulit.	
9. Lama Perawatan	Lama perawatan tergantung beberapa faktor antara lain keadaan umum penderita, dan pilihan pengobatan.	
10. Masa Pemulihan	Pemulihan tergantung beberapa faktor antara lain keadaan umum penderita, pilihan pengobatan dan adanya penyulit.	
11. Indikator Monitoring dan Evaluasi	1. Monitoring keadaan umum, perbaikan penyakit primer pada ibu 2. USG berkala 3. SPM RS, Permenkes.	
12. Luaran	Menurunkan angka IUGR	
13. Catatan Medis	Pencatatan semua kegiatan secara sistematis.	
14. Unit Terkait	KSM Anak KSM Anestesiologi KSM Patologi Klinik	
15. Tingkat Evidens	I / II / III / IV	
16. Tingkat	A / B / C	
17. Rekomendasi		
18. Penelaah Kritis	Konsultan Fetomaternal	
19. Kepustakaan	1. Lausman A, Kingdom J, Gagnon R, et al. <i>Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, And Management</i> . 8th ed. Canada: J Obstet Gynaecol; 2013. 2. Romo A, Carceller R, Tobajas J. <i>Intrauterine Growth Retardation (IUGR): Epidemiology and Etiology</i> . 3rd ed. <i>Pediatr Endocrinol Rev</i> ; 2009. 3. Sharma D, Shastri S, Sharma P. Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. <i>Clin Med Insights Pediatr</i> . 2016;10:67-83. 4. Burton G, Jauniaux E. <i>Pathophysiology of Placental-Derived Fetal</i>	

	<p><i>Growth Restriction</i>. 2nd ed. Am J Obstet Gynecol; 2018.</p> <p>5. Murki S. Intrauterine Growth Retardation. <i>A Rev Artic J Neonatal Biol</i>. 2014;3:1-11.</p>	
--	---	--