

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 122/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
PELAYANAN OBSTETRI GINEKOLOGI  
(OBGYN)**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI**  
**PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN OBSTETRI GINEKOLOGI (OBGYN)**  
**NOMOR: 122/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	:	dr. Rizki Safaat Nurahim, Sp. OG	Ketua KSM Obgun		5.11.2022
<b>Verifikator</b>	:	dr.Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		8.11.2022
	:	dr.Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		9.11.2022
<b>Validator</b>	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		9.11.2022

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 122/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG**  
**PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN OBSTETRI GINEKOLOGI (OBYN)**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penerapan standar pelayanan kedokteran yang baik di RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Praktik Klinis
- b. Bahwa untuk evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas dilakukan melalui audit klinis dan audit medis berdasarkan Panduan Praktik Klinis
- c. Bahwa diperlukan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dengan penerapan Panduan Praktik Klinis
- d. pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai c maka Direktur perlu menetapkan Panduan Praktik Klinis Pelayanan Obstetri Ginekologi (Obyn)

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medis;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMP/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

8. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN OBSTETRI GINEKOLOGI (OBYN)**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 122/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Obstetri Ginekologi (Obgyn)
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 122/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Obstetri Ginekologi (Obgyn) Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Obstetri Ginekologi (Obgyn) digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Praktik Klinis KSM Obgyn di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Obstetri Ginekologi (Obgyn) sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut

Pada Tanggal : 9 November 2022

Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**

**NIP. 21110183633**



## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI .....	i
BAB I .....	1
DEFINISI .....	1
BAB II .....	2
RUANG LINGKUP .....	2
BAB III .....	5
TATA LAKSANA .....	5
A. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Abortus Inkomplit .....	5
B. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Ketuban Pecah Dini .....	5
C. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Pada Perpanjangan Kala II .....	5
D. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Pada Pasien Pre Eklampsia Bera (PEB) .....	5
E. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Pada Hipertensi Gestasional (HTG) .....	5
F. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Pada Pasien Insersia Uteri Hipotonik .....	5
BAB IV .....	6
DOKUMENTASI .....	6

## BAB I DEFINISI

### A. Pengertian

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran, namun dengan adanya *patient center care* dan juga *integrated* kolaborasi interprofesional maka praktik klinis juga diintegrasikan dengan praktik/asuhan keperawatan, asuhan gizi dan asuhan farmasi. Menjadi Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf).

Panduan Praktik Klinis adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindarkan kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, *standing order*

Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan lain Panduan Praktik Klinis (PPK) dapat sama/berbeda di RS yang beda:

- a. Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk DBD tanpa syok, mungkin bersifat sama, di rumah sakit tipe, A, B, C, D.
- b. Di RS tipe A, Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk PJB dari Dx sampai bedah, di RS tipe A yang lain hanya Dx lalu rujuk
- c. Di RS tipe B *clinical pathway* untuk stroke melibatkan bedah saraf, di RS B yang lain tidak
- d. Jadi Panduan Praktik Klinis (PPK) bersifat *hospital specific*

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

- A. Panduan Praktik Klinis Abortus Inkomplit
- B. Panduan Praktik Klinis Ketuban Pecah Dini
- C. Panduan Praktik Klinis Pada Perpanjangan Kala II
- D. Panduan Praktik Klinis Pada Pasien Pre Eklampsia Berat (PEB)
- E. Panduan Praktik Klinis Pada Hipertensi Gestasional (HTG)
- F. Panduan Praktik Klinis Pada Pasien Insersia Uteri Hipotonik

### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Abortus Inkomplit

##### 1. Pengertian

Keluarnya sebagian buah kehamilan melalui kanalis servikalis yang terjadi pada umur kehamilan < 22 minggu atau berat janin < 500 gram

##### 2. Anamnesis

- a) Perdarahan dari kemaluan saat kehamilan
- b) Dapat disertai kontraksi rahim
- c) Keluar sebagian jaringan

##### 3. Pemeriksaan fisik

Status generalis, status obstetrik (Perdarahan, ostium uteri terbuka, terdapat sisa jaringan)

##### 4. Kriteria Diagnosis

Sebagian buah kehamilan telah keluar melalui kanalis servikalis dan masih terdapat sisa konsepsi dalam rongga rahim.

##### 5. Diagnosis Kerja

Abortus Inkomplit

##### 6. Diagnosis Banding

- a) Kehamilan ektopik terganggu
- b) Mola hidatidosa
- c) Kehamilan dengan kelainan ginekologi

##### 7. Pemeriksaan Penunjang

- a) Hb, Ht, leukosit, trombosit
- b) Tes kehamilan
- c) USG (jika diperlukan)

##### 8. Tata Laksana

- a) Perbaiki keadaan umum (jika terjadi syok hipovolemik)
- b) Transfusi jika Hb < 8gr/dl
- c) Kuretase

##### 9. Medikamentosa

- a) Antibiotik spektrum luas
- b) Uterotonika
- c) Analgetik

##### 10. Edukasi

Perjalanan penyakit dengan fungsi reproduksi

##### 11. Prognosis

Dubia ad bonam

##### 12. Penelaah Kritis

KSM Obstetri dan Ginekologi

##### 13. Indikator Medis (*Outcome*)

Keadaan umum dan tanda vital baik, tidak ditemukan perdarahan pervaginam

##### 14. Kepustakaan

Panduan Praktik Klinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



## B. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Ketuban Pecah Dini

### 1. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput khorioamnion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung)

Dibedakan :

- a) PPROM (Preterm Premature Rupture of Membranes) : Ketuban pecah pada saat usia kehamilan <37 minggu
- b) PROM (Premature Rupture of Membranes) : Ketuban pecah saat usia kehamilan > 37 minggu

### 2. Anamnesis

Keluar air pervaginam

### 3. Pemeriksaan fisik

Status generalis, status obstetrik

### 4. Kriteria Diagnosis

- a) Umur kehamilan > 20 minggu
- b) Keluar cairan ketuban dari vagina
- c) Pemeriksaan spekulum : terlihat cairan ke luar dari ostium uteri eksternum
- d) Kertas nitrazin merah akan jadi biru
- e) Mikroskopis : terlihat lanugo dan verniks kaseosa

### 5. Diagnosis Kerja

Ketuban Pecah Dini

### 6. Diagnosis Banding

- a) Fistula vesikovaginal dengan kehamilan
- b) Stress inkontinensia

### 7. Pemeriksaan Penunjang

- a) USG : menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, dan letak plasenta
- b) CTG

### 8. Tata Laksana

#### a) Konservatif

Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin), pada umur kehamilan 26-34 minggu, dirawat selama 2 hari. Selama perawatan dilakukan :

- 1) Observasi kemungkinan adanya amnionitis/ tanda-tanda infeksi

- a) Ibu : suhu >38 °C, takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intra uterin, rasa nyeri pada rahim, sekret vagina purulen

- b) Janin : takikardi janin

- 2) Pengawasan timbulnya tanda persalinan

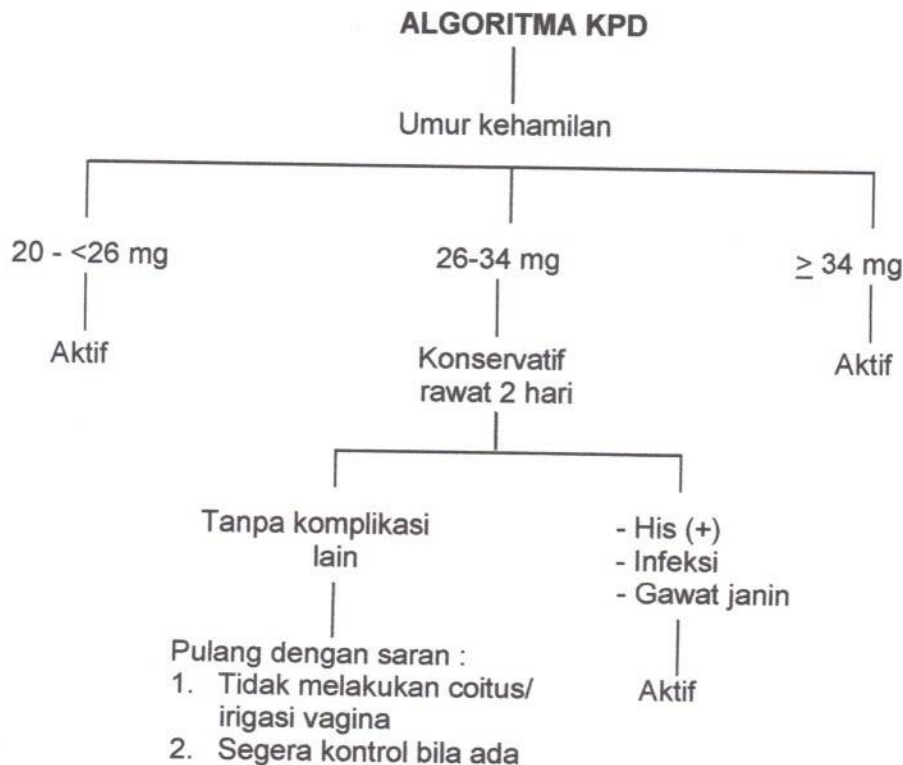
- 3) Pemberian antibiotika p.o (cefadroxil 2x500 mg, eritromisin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang *sensitive*

- 4) Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin

- 5) Bila ada indikasi untuk melahirkan janin, dilakukan pematangan paru janin dan proteksi otak janin (lihat Bab Persalinan Kurang Bulan)

Kriteria diagnosis amnionitis :

- a) Febris
  - b) Lekositosis
  - c) Takikardi
  - d) Cairan ketuban mungkin berbau
- b) Aktif
- 1) Pengelolaan aktif pada KPSW dengan umur kehamilan 20-26 minggu dan  $\geq 34$  minggu (lihat Bab Terminasi Kehamilan)
  - 2) Ada tanda-tanda infeksi
  - 3) Timbulnya tanda-tanda persalinan
  - 4) Gawat janin
- 9. Medikamentosa**
- a) Benzilpenisilin 1,2 gr IV setiap 4 jam
  - b) Clindamicyn 600 mg IV setiap 8 jam (jika sensitif penisilin)
- 10. Edukasi**
- Kegawatdaruratan ibu dan janin
- 11. Prognosis**
- Dubia ad bonam
- 12. Penelaah Kritis**
- KSM Obstetri dan Ginekologi
- 13. Indikator Medis (Outcome)**
- a) Tidak Keluar Cairan Pervaginam
  - b) Tidak Terdapat Tanda Infeksi Intrauterine
  - c) Usg Biometri Janin Dan Ctg Dalam Keadaan Baik
- 14. Kepustakaan**
- Panduan Praktik Klinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



tanda-tanda infeksi/gerak janin berkurang  
3. *Kick count test*

PNC tiap minggu  
sampai 37 mg

### C. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Pada Perpanjangan Kala II

#### 1. Pengertian

Kondisi ditemukan pembukaan lengkap pada pemeriksaan dalam.

#### 2. Anamnesis

- a) Perjalanan kemajuan persalinan
- b) Riwayat persalinan sebelumnya (pada multipara)
- c) Lama kondisi kala II

#### 3. Pemeriksaan fisik

Status generalis, status obstetrik

#### 4. Kriteria Diagnosis

- a) Syarat *engaged* (bagian terbawah anin di station  $>+2$ )
- b) Kala II lama  $>1$  jam pada nullipara
- c) Kala II lama  $>30$  menit pada multipara

#### 5. Diagnosis Kerja

Perpanjangan Kala 2 / Kala 2 Lama

#### 6. Tata Laksana

- a) Partus buatan pervaginam (ekstraksi vakum atau ekstraksi forceps) pada presentasi belakang kepala
- b) Indikasi ibu: penyakit jantung, edema paru, kelelahan ibu, keadaan lain yang menyebabkan ibu tidak dapat meneran baik atau ibu tidak boleh meneran
- c) Indikasi janin: gawat janin pada kala II
- d) Syarat tidak ada kontraindikasi partus pervaginam
- e) Ekstraksi kaki pada presentasi bokong kaki

#### 7. Medikamentosa

- a) Kontraksi lemah (frekuensi kurang dari  $2 \times 10$  menit) berikan infus oksitosin 5 kesatuan dalam 500 cc Dekstrosa 5%. Tetesan diberikan mulai dari 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes setiap 15 menit. Maksimal yang boleh diberikan 20 tetes/menit. Setiap menaikkan jumlah tetesan harus diperiksa dulu kekuatan kontraksi yang terjadi. Setelah mendapat pengobatan, periksa kemajuan persalinan setelah 4 jam. Dalam pemberian oksitosin harus diyakini tidak terdapat disproporsi atau malpresentasi letak janin pada pasien. Pengaruh oksitosi adalah untuk meningkatkan kontraksi yang sudah ada.
- b) Kontraksi sangat kuat dan sering (lebih dari  $5 \times 10$  menit) dan ibu sangat kesakitan berikan petidin 50 mg iv (jarang terdapat) atau diazepam 10mg iv. Petidin merupakan analgesik yang baik bagi persalinan. Pasien dapat beristirahat diantara kontraksi berhubungan dengan dosis yang diberikan. Bayi baru lahir dengan ibu yang mendapat petidin selama persalinan bereaksi lebih lamban dan tampak lemas dibandingkan dengan bayi yang ibunya tidak mendapat petidin. Sedangkan untuk diazepam dosis yang diberikan tidak boleh lebih dari 30 mg karna dapat berpengaruh pada janin. Diazepam cenderung berakumulasi dalam janin dan akan



dilepas secara perlahan - lahan dalam waktu 8-10 hari

#### 8. Edukasi

Bahaya kala II lama dan komplikasi partus buatan pervaginam

#### 9. Prognosis

Dubia ad bonam

#### 10. Penelaah Kritis

KSM Obstetri dan Ginekologi

#### 11. Indikator

Terjadi kemajuan persalinan dan penurunan kepala

#### 12. Kepustakaan

Panduan Praktik Klinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

### D. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Pada Pasien Pre Eklampsia Berat (PEB)

#### 1. Pengertian

Timbulnya hipertensi dapat disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu sampai berlangsung 3 bulan pasca persalinan

#### 2. Anamnesis

- a) Umur kehamilan >20 minggu s/d 3 bulan pascasalin
- b) Hipertensi
- c) Tidak ada: kejang, penurunan kesadaran, penglihatan kabur, nyeri kepala hebat, nyeri ulu hati

#### 3. Pemeriksaan fisik

Bila didapatkan satu atau lebih gejala di bawah ini preeklamsi digolongkan berat

- a) Tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 110$  mmHg
- b) Proteinuri  $\geq 2$  g/24 jam atau  $\geq 2+$  dalam pemeriksaan kualitatif (dipstick)
- c) Kreatinin serum  $> 1,2$  mg% disertai oliguri ( $< 400$  ml/ 24 jam)
- d) Trombosit  $< 100.000/mm^3$
- e) Angiolisis mikroangiopati (peningkatan kadar LDH)
- f) Peninggian kadar enzim hati (SGOT dan SGPT)
- g) Sakit kepala yang menetap atau gangguan visus dan serebral
- h) Nyeri epigastrium yang menetap
- i) Pertumbuhan janin terhambat
- j) Edema paru disertai sianosis
- k) Adanya "HELLP Syndrome" (H : *hemolysis*; EL : *elevated liver enzymes*; LP : *low platelet count*)

#### 4. Diagnosis Kerja

Preeklamsia Berat

#### 5. Diagnosis Banding

- a) Hipertensi kronik adalah hipertensi pada ibu hamil yang sudah ditemukan sebelum kehamilan atau yang ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, dan yang menetap setelah 12 minggu pasca persalinan
- b) Hipertensi kronik superimposed preeklamsi adalah timbulnya preeklamsi atau eklamsi pada pasien hipertensi kronik
- c) Hipertensi gestasional adalah timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darah sebelumnya normal dan tidak mempunyai gejala-gejala hipertensi kronik atau preeklamsi/eklamsi (tidak disertai proteinuri). Gejala ini akan hilang dalam waktu  $< 12$  minggu pascasalin



## 6. Pemeriksaan Penunjang

- a) Preeklamsi: urin lengkap
- b) Preeklamsi berat
  - 1) Hb, Ht, leukosit, trombosit
  - 2) elektrolit Na, K, Ca, Cl
  - 3) Asam urat darah, GDS
  - 4) Fungsi hati
  - 5) Fungsi ginjal
  - 6) CTG
  - 7) - Foto thorax

## 7. Tata Laksana

- a) Preeklamsi  
Lihat algoritma
- b) Preeklamsi berat  
Rawat Bersama dengan Departemen yang terkait

## 8. Medikamentosa

- a) Pemberian larutan ringer laktat
- b) Pemberian obat
  - 1) MgSO<sub>4</sub>
    - Cara pemberian MgSO<sub>4</sub>:  
Pemberian melalui intravena secara kontinyu (infus dengan *infusion pump*)
    - Dosis awal :  
4 gram (10 cc MgSO<sub>4</sub> 40 % atau 20 cc MgSO<sub>4</sub> 20%) dilarutkan kedalam 100 cc NaCl/ RL, diberikan selama 15-20 menit (tetesan 50tpm)
    - Dosis pemeliharaan:  
10 gram (25 cc MgSO<sub>4</sub> 40 % atau 50 cc MgSO<sub>4</sub> 20%) dalam 500 cc cairan RL, diberikan dengan kecepatan 1-2 gram/ jam ( 20-30 tpm)
    - Syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>
      - Harus tersedia kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 cc) diberikan i.v dalam waktu 3-5 menit
      - Refleks patella (+) kuat
      - Frekuensi pernafasan > 16 kali per menit
      - Produksi urin > 30 cc dalam 1 jam sebelumnya (0,5 cc/kg bb/jam)
  - 2) Sulfas magnesium dihentikan apabila:
    - Ada tanda-tanda intoksikasi
    - Setelah 24 jam pasca salin
    - Dalam 6 jam pasca salin sudah terjadi perbaikan tekanan darah (normotensif)
  - 3) Anti hipertensi  
Diberikan terutama bila tekanan darah mencapai:
    - Sistolik  $\geq$  160 mmHg
    - Diastolik  $\geq$  110 mmHg
    - Dapat diberikan (gawat darurat) Nifedipine 10 mg per oral dan dapat diulangi setiap 30 menit (maksimal 120 mg/ 24 jam) sampai terjadi penurunan MABP 20%. Selanjutnya diberikan dosis rumatan 3x10 mg (pemberian nifedipine tidak diperkenankan diberikan sublingual)

- Pemberian larutan ringer laktat
- Pemberian obat
- 4) MgSO<sub>4</sub>
  - Cara pemberian MgSO<sub>4</sub>:  
Pemberian melalui intravena secara kontinyu (infus dengan *infusion pump*)
  - Dosis awal :  
4 gram (10 cc MgSO<sub>4</sub> 40 % atau 20 cc MgSO<sub>4</sub> 20%) dilarutkan kedalam 100 cc NaCl/ RL, diberikan selama 15-20 menit (tetesan 50tpm)
  - Dosis pemeliharaan:  
10 gram (25 cc MgSO<sub>4</sub> 40 % atau 50 cc MgSO<sub>4</sub> 20%) dalam 500 cc cairan RL, diberikan dengan kecepatan 1-2 gram/ jam ( 20-30 tpm)
  - Syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>
    - Harus tersedia kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 cc) diberikan i.v dalam waktu 3-5 menit
    - Refleks patella (+) kuat
    - Frekuensi pernafasan > 16 kali per menit
    - Produksi urin > 30 cc dalam 1 jam sebelumnya (0,5 cc/kg bb/jam)
- 5) Sulfas magnesium dihentikan apabila:
  - Ada tanda-tanda intoksikasi
  - Setelah 24 jam pasca salin
  - Dalam 6 jam pasca salin sudah terjadi perbaikan tekanan darah (normotensif)
- 6) Anti hipertensi  
Diberikan terutama bila tekanan darah mencapai:
  - Sistolik  $\geq$  160 mmHg
  - Diastolik  $\geq$  110 mmHgDapat diberikan (gawat darurat)  
Nifedipine 10 mg per oral dan dapat diulangi setiap 30 menit (maksimal 120 mg/ 24 jam) sampai terjadi penurunan MABP 20%. Selanjutnya diberikan dosis rumatan 3x10 mg (pemberian nifedipine tidak diperkenankan diberikan sublingual)
  - Pengelolaan konservatif
- c) Indikasi
- d) Kehamilan preterm (<34 minggu) tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsi dengan keadaan janin baik)
- e) Pengobatan medisinal
- f) Sama dengan perawatan medisinal pengelolaan secara aktif. Pemberian MgSO<sub>4</sub> dihentikan bila sudah mencapai tanda-tanda preeklamsi, selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam
- g) Pengelolaan obstetrik
  - 1) Selama perawatan konservatif, tindakan observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif, termasuk pemeriksaan tes tanpa kontraksi dan USG untuk memantau kesejahteraan janin
  - 2) Bila setelah 2 kali 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan perawatan konservatif dan sangat dianjurkan diterminasi. Cara terminasi sesuai dengan pengelolaan akti



- 3) Penyulit: sindroma HELLP, gagal ginjal, gagal jantung, edema paru, kelainan pembekuan darah
- 4) Konsultasi: disiplin ilmu terkait
- 5) Izin tindakan (seksio sesarea, ekstraksi forceps, embriotomi)
- h) Pengelolaan aktif
  - 1) Indikasi

Bila didapatkan satu/ lebih keadaan di bawah ini:

    - Ibu:
      - kehamilan >34 minggu (dengan kortikosteroid selama 2 hari telah diberikan, dan memberi tahu bagian perinatologi sebelum pengakhiran kehamilan)
      - adanya geala impending eklamsi
      - gagal perawatan konservatif
      - kondisi ibu tidak stabil
    - Janin:
      - adanya tanda-tanda gawat janin
      - adanya pertumbuhan janin terhambatLaboratorik ditemukan sindrom HELLP
- i) Pengelolaan obstetric

Cara terminasi kehamilan

  - 1) Gravida
    - Dilakukan induksi persalinan:

bila skor Bishop >6. Bila perlu dilakukan pematangan cervix dengan misoprostol. Induksi persalinan harus sudah mencapai kala II dalam waktu 24 jam. Bila tidak tercapai induksi persalinan dianggap gagal dan harus disusul dengan seksio searea
    - Indikasi seksio sesarea
      - syarat persalinan pervaginam tidak terpenuhi
      - terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam
      - induksi persalinan gagal
      - terjadi gawat janin
      - kelainan letak
      - bila umur kehamilan <34 minggu
  - 2) Parturien
    - Perjalanan persalinan diikuti dengan grafik Friedman (tidak perlu bila dilakukan induksi atau augmentasi)
    - Memperpendek kala II
    - Seksio sesarea dilakukan apabila terdapat kegawatan ibu dan gawat janin
    - Bila skor Bishop <6 direkomendasikan tindakan seksio sesarea
    - Anesthesia disesuaikan dengan kemampuan sarana kesehatan

Catatan:

Pemeriksaan dalam, amniotomi dan tetes oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 15 menit setelah pemberian MgsO4.

Kala II diselesaikan dengan partus buatan pervaginam (ekstraksi vakum atau ekstraksi forceps) kecuali bila terdapat kontraindikasi

**9. Edukasi**

Perjalanan penyakit, pencegahan, tatalaksana

**10. Prognosis**

Dubia ad bonam

**11. Penelaah Kritis**

KSM Obstetri dan Ginekologi

**12. Indikator**

- a) Tanda vital perbaikan
- b) Hasil laboratorium pemeriksaan penunjang perbaikan
- c) USG biometri janin dan CTG baik pada perawatan konservatif
- d) Tidak terjadi infeksi luka operasi (ILO) pada pasien dengan seksio sesarea

**13. Kepustakaan**

Panduan Praktik Klinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

**E. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Pada Hipertensi Gestasional (HTG)**

**1. Pengertian**

Timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darah sebelumnya normal dan tidak mempunyai gejala-gejala hipertensi kronik atau preeklamsi/ eklamsi (tidak disertai proteinuri). Gejala ini akan hilang dalam waktu < 12 minggu pascasalin

**2. Anamnesis**

- a) Umur kehamilan >20 minggu s/d 3 bulan pascasalin
- b) Hipertensi
- c) Tidak ada: kejang, penurunan kesadaran, penglihatan kabur, nyeri kepala hebat, nyeri ulu hati

**3. Pemeriksaan fisik**

Status generalis, status obstetrik

**4. Kriteria Diagnosis**

Hipertensi (sistolik antara 140 - <160 mmHg dan diastolik antara 90-<110 mmHg) tanpa disertai proteinuri

**5. Diagnosis Kerja**

Hipertensi Gestasional

**6. Diagnosis Banding**

- a) Preeklamsi berat adalah timbulnya hipertensi dapat disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu sampai berlangsung 3 bulan pasca persalinan disertai proteinuria
- b) Hipertensi kronik adalah hipertensi pada ibu hamil yang sudah ditemukan sebelum kehamilan atau yang ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, dan yang menetap setelah 12 minggu pasca persalinan
- c) Hipertensi kronik superimposed preeklamsi adalah timbulnya preeklamsi atau eklamsi pada pasien hipertensi kronik

**7. Pemeriksaan Penunjang**

- a) Urin lengkap
- b) Hb, Ht, leukosit, trombosit
- c) Elektrolit Na, K, Ca, Cl
- d) Asam urat darah, GDS
- e) Fungsi hati
- f) Fungsi ginjal



g) CTG

**8. Tata Laksana**

Rawat jalan dengan pengawasan tekanan darah

**9. Medikamentosa**

a) Anti hipertensi

b) Metildopa 3x250 mg dosis titrasi hingga 3x1000 mg

**10. Edukasi**

Komplikasi hipertensi dalam kehamilan dan bahaya persalinan

**11. Prognosis**

Dubia ad bonam

**12. Penelaah Kritis**

KSM Obstetri dan Ginekologi

**13. Indikator**

Perbaikan tanda vital

**14. Kepustakaan**

Panduan Praktik Klinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

**F. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Pada Pasien Inersia Uteri Hipotonik**

**1. Pengertian**

Kontraksi uterus terkordinasi, tapi tidak adekuat

His yang adekuat adalah his persalinan yang menyebabkan kemajuan persalinan

a) Klinis : dalam 10 menit terdapat 3 kali kontraksi rahim, lamanya 40-60 detik, sifatnya kuat

b) CTG : kontraksi 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40-60 detik, dengan tekanan intrauterin 40-60 mmHg

**2. Pemeriksaan fisik**

Pengukuran kontraksi fundus uteri dengan perabaan atau CTG

**3. Kriteria Diagnosis**

Inersia uteri hipotonik: penggunaan analgesi terlalu cepat, kesempitan panggul, letak defleksi, kelainan posisi regangan dinding Rahim (hidramnion, gemelli), perasaan takut dari ibu Inersia uteri hipertoni: penggunaan obat uterotonika

**4. Diagnosis Kerja**

Inersia uteri hipotonik

**5. Pemeriksaan Penunjang**

CTG

**6. Tata Laksana**

a) Inersia uteri hipotonik

1) Kalau ketuban positif, lakukan amniotomi dan pemberian tetes oksitosin

2) Kalau ketuban telah pecah dilakukan pemberian tetes oksitosin (5 IU oksitosin dalam 500 cc Dekstrose 5% diberikan 20 tpm. Tetes oksitosin hanya diberikan maksimal 2 labu dengan istirahat diantaranya kecuali untu letak sungsang hanya 1 labu)

b) Inersia uteri hipertoni

Diberikan obat tokolitik. Tetes oksitosin diberikan setelah gejala hipertonus menghilang

**7. Edukasi**

Bahaya dan komplikasi pemberian tetes oksitosin

**8. Prognosis**

Dubia ad bonam

**9. Penelaah Kritis**

KSM Obstetri dan Ginekologi

**10. Indikator Medis (*Outcame*)**

- a) Tidak Keluar Cairan Pervaginam
- b) Tidak Terdapat Tanda Infeksi Intrauterine
- c) Usg Biometri Janin Dan Ctg Dalam Keadaan Baik

**11. Kepustakaan**

Panduan Praktik Klinik Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

## **BAB IV**

### **DOKUMENTASI**

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Praktik Klinis KSM Obgyn diantaranya:

- A. Dokumentasi Rapat Koordinasi Komite Medik
  - 1. Undangan
  - 2. Materi
  - 3. Notulensi
  - 4. Absensi
  - 5. Dokumentasi
- B. Formulir Pengkajian Medis Awal Rawat Jalan No.RM 7.2
- C. Formulir Awal Klinik Gigi No.RM 7.8
- D. Formulir Pemeriksaan Odontogram No.RM 7.10
- E. Formulir Pengkajian Medis Gawat Darurat No.RM 2.1
- F. Formulir Pengkajian Medis Rawat Inap No.RM 3.4
- G. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi No.RM 3.19
- H. Formulir Discharge Planning No.RM 3.24
- I. Formulir Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi No.RM 1.7
- J. Formulir Resume Medis No.RM 3.18
- K. Formulir Informasi Obat Pulang No.RM 10.88
- L. Formulir Laporan Operasi (SC) No.RM 4.2
- M. Formulir Laporan Operasi (Kuret) No.RM 4.2
- N. Formulir Penandaan Operasi No.RM 4.14
- O. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Obstetri Dan Ginekologi No.RM 7.6