



Penanganan Awal dan Rujukan pada Ibu Hamil dgn Kasus Kegawatdaruratan (Lanjutan)

Tim Teaching MK Askeb Kehamilan

8. Perdarahan Pervaginam (Abortus)

- Lkn penilaian scr cepat ttg KU ibu dan TTV
- Periksa tanda2 syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik < 90mmHg)
- Bila terdapat tanda2 sepsis atau dugaan abortus dg komplikasi berikan kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam utk 48 jam :
 - ✓ Ampicillin 2 g IV/IM kmd 1 g diberikan setiap 6 jam
 - ✓ Gentamicin 5 mg/kgBB iv setiap 24 jam
 - ✓ Metronidazole 500 mg IV setiap 8 jam

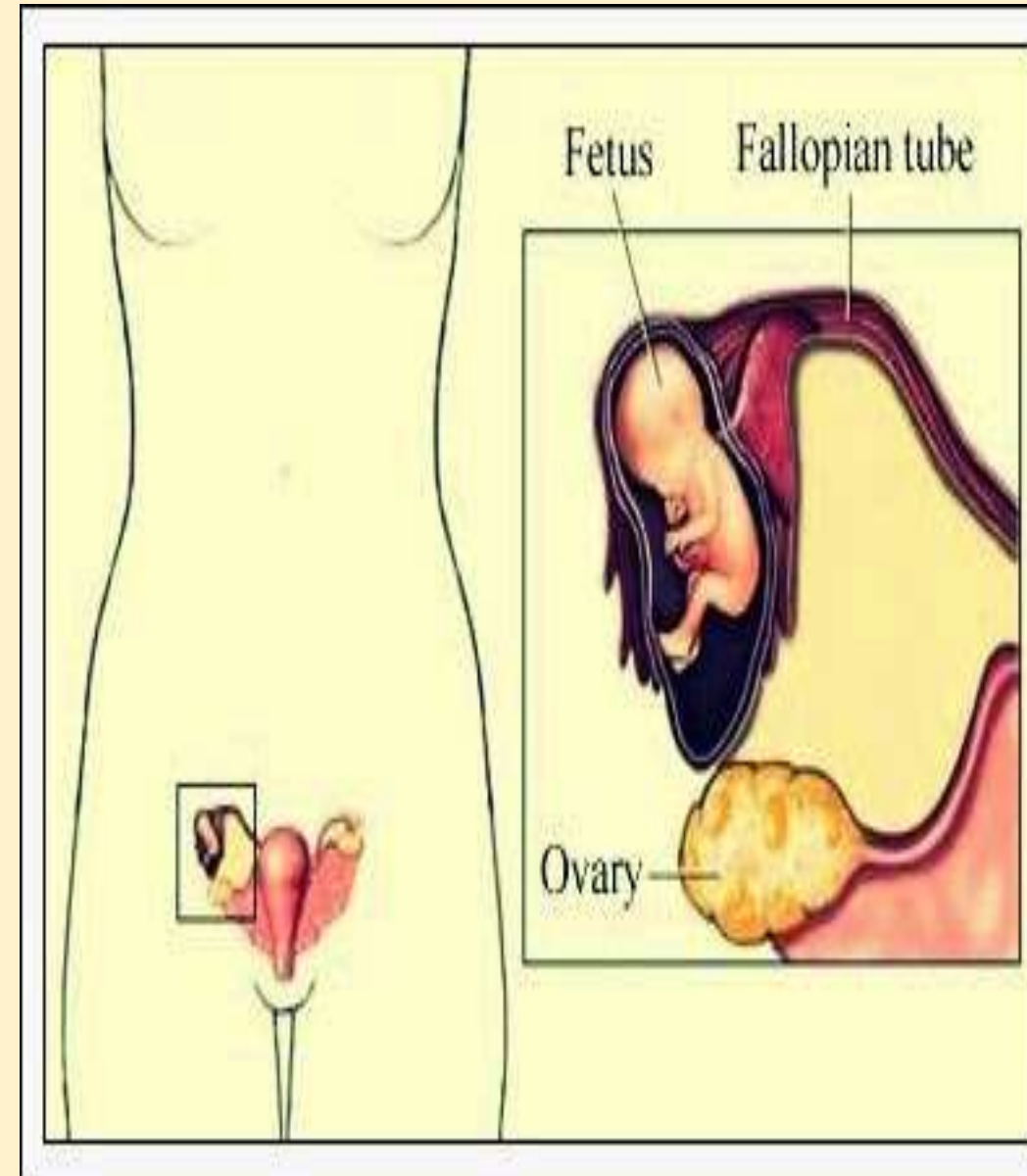




- **Segera rujuk ibu ke RS**
- **Semua ibu yg mengalami abortus perlu mendapatkan dukungan emosional & konseling kontrasepsi pasca keguguran**
- **Lakukan tatalaksana selanjutnya sesuai jenis abortus**

9. Perdarahan pervaginam (Kehamilan Ektopik Terganggu)

- Restorasi cairan tubuh dgn NaCl 0,9% atau RL (500 ml dlm 15 mnt pertama) atau 2 L dalam 2 jam pertama
- Segera rujuk ibu ke RS



10. Perdarahan pervaginam (plasenta previa)

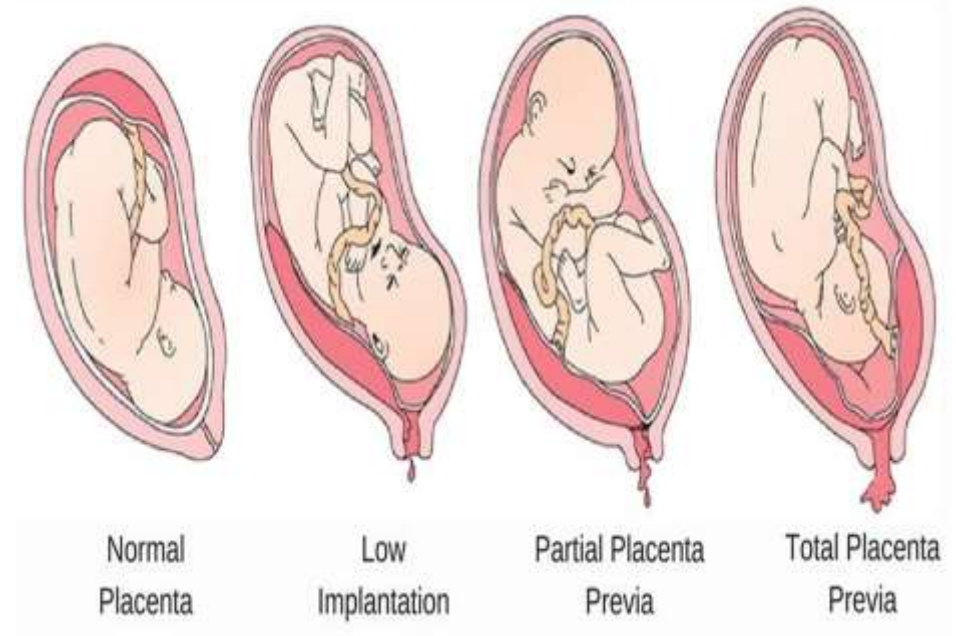
- **Tdk dianjurkan mlkn pemeriksaan dalam sblm tersedia kesiapan utk SC – pemeriksaan inspekulo dlkn scr hati-hati utk menentukan sumber perdarahan**
- **Perbaiki kekurangan cairan dgn infus cairan IV (NaCl 0,9% atau RL)**
- **Lakukan penilaian jumlah darah**
- **Jk perdarahan byk & berlangsung – siapkan SC tanpa memperhitungkan UK**
- **Jk perdarahan sdkt & berhenti & janin hidup tetapi premature – pertimbangkan terapi ekspektatif (blm ada tanda inpartu, KU ibu cukup baik – kadar Hb dbn, janin msh hidup & kondisi baik)**

Terapi Konservatif – agar janin tdk terlahir premature

- Rawat inap, tirah baring, berikan antibiotic profilaksis
- Lkn USG utk memastikan letak plasenta
- Berikan tokolitik jk ada kontraksi : nifedipin 3 x 20 mg/hari – pemberian tokolitik dikombinasikan dgn betamethasone 12 mg IV dosis tunggal utk pematangan paru janin
- Perbaiki anemia dgn SF per oral (60 mg) selama 1 bln
- Pastikan tersedia sarana transfuse
- Jk perdarahan berhenti & waktu utk mencapai 37 mggu msh lama – ibu rawat jln dgn pesan segera kembali ke RS jk tjd perdarahan

Terapi aktif

- Rencanakan terminasi kehamilan jika :
 - ✓ UK cukup bulan
 - ✓ Janin mati atau menderita anomali (anensefali)
 - ✓ Pd perdarahan aktif & byk
- Jk terdapat plc letak rendah, perdarahan sgt sedikit, preskep – dpt dlkn pemecahan ketuban & persalinan pervaginam msh dimungkinkan. Jk tdk – SC



8. Perdarahan pervaginam (solusio placenta)

- Kasus ini tdk boleh ditatalaksana pd faskes dasar – hrs dirujuk ke faskes yg lbh lengkap
- Jk tjd perdarahan hebat (nyata/ tersembunyi) dgn tanda2 awal syok pd ibu – lkn persalinan segera :
 - ✓ ∅ serviks lengkap – persalinan
 - ✓ ∅ blm lengkap – SC
- Waspada thd kemungkinan pph
- Jk perdarahan ringan atau sedang & blm tdpt tanda2 syok – tindakan bergantung pd DJJ :

- ✓ DJJ normal – SC
- ✓ DJJ tdk terdengar namun nadi & TD ibu normal – pertimbangkan persalinan pervag
- ✓ DJJ tdk terdengar, nadi & TD ibu bermasalah – amniotomi :
 - Kontraksi jelek – pemberian oksitosin
 - Serviks kenyal, tebal & tertutup – SC
- ✓ DJJ abnormal (< 100 atau > 180 x/mnt) – lkn persalinan pervag segera atau SC

11.Gawat Janin

- Yaitu : kegawatan pd janin yg tjd krn janin tdk menerima cukup oksigen – tjd hipoksia
- Penyebab : persalinan lama, induksi persalinan dgn oksitosin (kontraksi hipertonik), tjd perdarahan/ infeksi, insufisiensi plc (postterm, PE)



diagnosis

- **DJJ abnormal :**
 - ✓ **DJJ < 100x/mnt diluar kontraksi**
 - ✓ **DJJ > 180x/mnt & ibu tdk mengalami takikardi**
 - ✓ **DJJ ireguler : kdg2 ditemukan DJJ > 180x/mnt tp disertai takikardi ibu (demam pd ibu, obat2an yg menyebabkan takikardi – tokolitik, amnionitis)**
- **Mekonium – kental – indikasi perlunya percepatan persalinan & penanganan meconium pd sal nafas atas neonatus**

Pemantauan DJJ yg paling optimal adl dgn mgnk KTG – apabila tdk tersedia dpt mgnk Doppler atau fetoskop



Tatalaksana

- **Bila sdg dlm infus oksitosin – segera hentikan infus**
- **Posisikan ibu berbaring miring kiri**
- **Berikan oksigen**
- **Rujuk ibu ke RS**



12. Ketuban Pecah Dini

- Yaitu : keadaan pecahnya selaput ketuban sblm persalinan atau dimulainya tanda inpartu
- Diagnosis :
 - ✓ Anamnesis : ibu merasa keluar cairan yg byk scr tiba2
 - ✓ Inspekulo : utk melihat adanya cairan yg keluar dari serviks atau menggenang di forniks posterior, jk tdk ada maka gerakkan sdt bagian terbawah janin/ minta ibu utk mengedan, batuk

Pemeriksaan dalam sebaiknya tdk dlkn kecuali akan dlkn penanganan aktif (melahirkan bayi) – infeksi





- **Pastikan bahwa cairan tsb adalah cairan amnion :**
 - ✓ **bau cairan ketuban yg khas**
 - ✓ **Tes nitrazin**
 - ✓ **Gambaran pakis yg terlihat di mikroskop ketika mengamati sekret servikovaginal yg mengering**
 - ✓ **Tdk ada tanda2 inpartu**
- **Faktor predisposisi : riwayat KPD sebelumnya, infeksi traktus genitalis, perdarahan antepartum, merokok**

Tatalaksana

- Berikan eritromisin 4x250mg selama 10 hari
- Rujukan
- Di RS – tatalaksana sesuai UK :
 - ✓ UK > 34 minggu – induksi persalinan dgn oksitosin
 - ✓ UK 24-33 minggu – bila terdapat amnionitis/ solusio plc/ kematian janin maka lkn persalinan segera, berikan deksamethason 6 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam atau betamethasone 12 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam
 - ✓ < 24 minggu – lihat kondisi ibu & janin, konseling, terminasi

13. Persalinan Preterm

- Adalah persalinan yg tjd sbllm UK 37 minggu
- Diagnosis : UK <37 minggu, tjd kontraksi 4x dalam 20 mnt atau 8x dalam 60 mnt diikuti dgn perubahan serviks yg progresif
- \emptyset serviks ≥ 2 cm



Tatalaksana

- **Tatalaksana utama : pemberian tokolitik, kortikosteroid, antibiotic profilaksis**
- **Tokolitik tdk perlu diberikan dan bayi dilahirkan scr pervag atau perabdominal, sesuai kondisi kehamilan :**
 - ✓ **UK < 24 minggu & > 34 minggu**
 - ✓ **Pembukaan > 3cm**
 - ✓ **Ada tanda korioamnionitis, PE, perdarahan aktif**
 - ✓ **Ada gawat janin**
 - ✓ **Janin meninggal atau adanya kelainan kongenital**

- Lkn terapi konservatif dgn tokolitik, kortikosteroid, antibiotic jk syarat berikut terpenuhi :
 - ✓ UK 24-34 minggu
 - ✓ Pembukaan serviks < 3 cm
 - ✓ Tdk ada korioamnionitis, PE, perdarahan aktif
 - ✓ Tdk ada gawat janin
- Tokolitik hny diberikan pd 48 jam pertama utk memberikan kesempatan pemberian kortikosteroid

Obat2an tokolitik

- Nifedipin 3x10mg PO
- Terbutalin sulfat 1000 μ g (2 ampul) dlm 500 ml lar infus NaCl 0,9% dgn dosis awal pemberian 10 tpm lalu dinaikkan 5 tpm tiap 15 mnt hingga kontraksi hilang
- Salbutamol : dosis awal 10mg IV dlm 1 liter cairan infus 10 tpm. Jk kontraksi msh ada – naikkan kec 10 tpm setiap 30 mnt sampai kontraksi berhenti atau djj >120x/mnt kmd dosis dipertahankan hingga 12 jam setelah kontraksi hilang





Obat kortikosteroid : utk pematangan paru janin

- **Deksamethason 6mg IM setiap 12 jam sebanyak 4 kali**
- **Betamethason 12 mg IM setiap 24 jam sebanyak 2 kali**



Obat antibiotic profilaksis : diberikan sd bayi lahir

- Ampisilin 2 gr IV setiap 6 jam
- Penisilin G 2 juta unit IV setiap 6 jam
- Kindamisin 3x300 mg PO



14. Persalinan Postmaturitas

- Yaitu kehamilan usia ≥ 42 minggu penuh terhitung sejak HPH



Tatalaksana

- Rujuk pasien ke RS
- Tawaran induksi persalinan mulai dr UK 40 minggu
- Pemeriksaan antenatal utk mengawasi kehamilan usia 41-42 minggu – NST, pemeriksaan volume cairan amnion
- UK 42 minggu – lahirkan bayi





Terimakasih