



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
JL. Lintas Tapan-Padang Kec Basa Ampek Balai Tapan (Kode Pos 25673)
Email. rsudtapan@gmail.com



BUKU PANDUAN PRAKTEK KLINIS RSUD TAPAN



BUKU PANDUAN PRAKTEK KLINIS

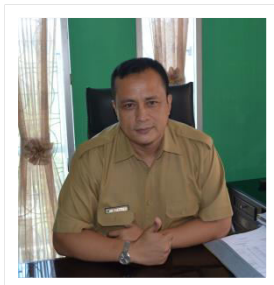
KATA PENGANTAR



SAMBUTAN DIREKTUR RSUD TAPAN

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmatnya **Buku Panduan Praktek Klinis (PPK)** praktek Kedokteran RSUD Tapan telah dapat diselesaikan.

Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, serta berorientasi pada keselamatan pasien dan *provider*. Salah satu prakondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatkan mutu pelayanan, termasuk mutu pelayanan di rumah sakit agar pengelolaan rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien.



Buku panduan ini disusun sebagai panduan melaksanakan pelayanan medis yang terpadu untuk mencapai hasil pelayanan yang diharapkan dengan mempertimbangkan lama waktu perawatan dengan kata lain sebagai blue print dalam melaksanakan pelayanan medis.

Kami menyadari bahwa panduan ini masih belum sempurna, oleh karena itu kritik dan masukan dari berbagai pihak sangat kami harapkan demi kesempurnaan panduan ini.

Tapan, 01 agustus 2018

Direktur RSUD Tapan

Drg. H. Busril, MPH

NIP. 19740227 200212 1004

TIM PENYUSUN

PENASEHAT

(Direktur)

EDITOR DAN DESIGN LAY OUT

KONTRIBUTOR

KOMITE MEDIS RSUD Tapan

DAFTAR ISI

Kata Pengantar Direktur

Tim Penyusun

Daftar Isi

PPK Ilmu Obstetri Ginekologi.....	1
PPK Ilmu Penyakit Dalam.....	60
PPK Pediatric.....	85

OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

1. Nama Penyakit /Diagnosis : GESTOSIS

EPH Gestosis, Hipertensi dalam kehamilan, Pre-eklampsia, Eklampsia.

Pre-eklampsia ialah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum 20 minggu bila terjadi penyakit trofoblastik.

Eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang atau koma. Sebelumnya wanita tadi menunjukkan gejala-gejala pre-eklampsia. (Kejang-kejang timbul bukan akibat kelainan neurologik).

Hipertensi kronik ialah adanya hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca persalinan.

Superimposed pre-eklampsia/Eklampsia ialah timbulnya pre-eklampsia pada hipertensi kronik.

“Transient hypertension” ialah timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darahnya normal dan tidak mempunyai gejala-gejala hipertensi kronik atau pre-eklampsia/eklampsia. Gejala ini akan hilang setelah 10 hari pasca persalinan.

2. Kriteria Diagnosis : Edema, Proteinuria, Hipertensi. Pada Eklampsia ada kejang dan atau koma

PRE-EKLAMPSIA RINGAN

Diagnosis pre-eklampsia ringan didasarkan atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah kehamilan 20 minggu

PRE-EKLAMPSIA BERAT

Bila didapatkan satu atau lebih gejala dibawah ini pre-eklampsia digolongkan berat.

1. Tekanan darah sistolik lebih/sama dengan 160 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih/sama dengan 110 mmHg. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat di rumah sakit dan sudah menjalani tirah baring.

2. Proteinuria lebih 5 g/24 jam atau 4 + dalam pemeriksaan kualitatif
 3. Oliguria, yaitu produksi urine kurang dari 500 cc/24 jam yang disertai kenaikan kadar kreatinin plasma.
 4. Gangguan visus dan serebral
 5. Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen
 6. Edema paru – paru dan sianosis
 7. Pertumbuhan janin intra uterin yang terlambat
 8. Adanya “*the HELLP Syndrome*” (H: *Hemolysis*; ELL: *Elevated enzymes*; P: *low platelet count*).
3. **Diagnosis Diferensial** : Hipertensi menahun, kelainan ginjal dan epilepsi
4. **Pemeriksaan Penunjang** : a. Preeklampsia ringan : Urine lengkap
b. Preeklampsia berat/eklampsia
- Pemeriksaan laboratorium :
- Hemoglobin, Hematokrit
 - Urine lengkap
 - Asam urat darah
 - Trombosit
 - Fungsi hati
 - Fungsi ginjal
5. **Konsultasi** : Bagian saraf, mata, penyakit dalam (sub-bagian ginjal dan hipertensi)
6. **Terapi** : Pre-eklampsia ringan : istirahat dan sedative.
Pre-eklampsia berat/Eklampsia : antihipertensi dan antikejang.

PRE-EKLAMPSIA RINGAN

- a. Rawat jalan (Ambulatoir)
 1. Banyak istirahat (berbaring/tidur miring)
 2. Diet :cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
 3. Sedativa ringan (kalau tidak bisa istirahat) tablet Phenobarbital 3 x 30 mg per oral, selama 7 hari, atau tablet diazepam 3 x 2 per oral, selama 7 hari.
 4. Roborantia
 5. Kunjungan ulang tiap 1 minggu
- b. Pada preeklampsia ringan yang dirawat
 1. Pada kehamilan preterm (< 37 minggu)
 - a. Bila tekanan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinannya ditunggu sampai aterm

- b. Bila tekanan darah turun, tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan, maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan > 37 minggu
2. Pada kehamilan aterm (> 37 minggu)
Persalinan ditunggu spontan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan.
3. Cara persalinan
Persalinan dapat dilakukan secara spontan, bila perlu memperpendek kala II dengan bantuan tindakan bedah obstetri.

PRE-EKLAMPSIA BERAT

Rawat segera, tentukan jenis perawatan/tindakan

- A. Aktif berarti kehamilan segera diakhiri/diterminasi bersamaan dengan pemberian pengobatan medisinal.
- B. Konservatif berarti kehamilan tetap dipertahankan bersamaan dengan pemberian pengobatan medisinal.

A. Perawatan Aktif

a. Indikasi

Indikasi perawatan aktif, ialah bila didapatkan satu/lebih keadaan dibawah ini

I. Ibu :

1. Kehamilan > 37 minggu
2. Adanya tanda- tanda/gejala impending eklampsia
3. Kegagalan terapi pada perawatan konservatif

dalam waktu atau setelah 6 jam sejak dimulainya pengobatan medisinal terjadi kenaikan tekanan darah

Setelah 24 jam sejak dimulainya perawatan medisinal, gejala-gejala status quo (tidak ada perbaikan).

II. Janin :

1. Adanya tanda-tanda *fetal distress*
2. Adanya tanda-tanda IUGR

III. Laboratorik :

Adanya *HELLP syndrome*

b. Pengobatan medicinal

1. Segera masuk rumah sakit
2. Tirah baring miring ke satu sisi (kiri)
3. Infus dekstrose 5% yang tiap 1 liter nya diselengi dengan larutan ringer lactate 500 cc (60-125 cc/jam)
4. Antasida
5. Diet : cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
6. pemberian obat antikejang : $MgSO_4$

Cara pemberian :

a. Loading dose

4 gram $MgSO_4$ Intravena (40 % dalam 10 cc) kecepatan 1 gram / menit (kemasan 40 % dalam 25 cc larutan $MgSO_4$) 4 gram di bokong kiri dan 4 gram di bokong kanan.

b. Maintenance dose

Diberikan 4 gram i.m setelah 6 jam pemberian loading dose. Selanjutnya “maintenance dose” diberikan 4 gram i.m tiap 6 jam.

c. Syarat-syarat pemberian $MgSO_4$

1. Harus tersedia antidotum $MgSO_4$, yaitu Kalsium glukonas 10 % (1 gram dalam 10 cc) diberikan i.v 3 menit (dalam keadaan siap pakai)
2. Refleksi patella (+) kuat
3. Frekuensi pernafasan > 16 kali per menit
4. Produksi urine > 100 cc dalam 4 sebelumnya (0,5 cc/kg bb/jam)

d. Sulfas magnesikus dihentikan bila:

1. Ada tanda – tanda intoksikasi
2. Setelah 24 jam pasca persalinan
3. Dalam 6 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensif)

7. Diuretikum tidak diberikan kecuali bila ada

- a. Edema paru – paru
- b. Payah jantung kongestip
- c. Edema anasarka

8. Antihipertensi diberikan bila :

1. Tekanan darah :
 - Sistolik > 180 mmHg

- Diastolik > 110 mmHg

2. Obat – obat antihipertensi yang diberikan dalam bentuk suntikan yang tersedia di Indonesia ialah Klonidin. 1 ampul mengandung 0,15 mg/cc.

Klonidin 1 ampul dilarutkan dalam 10 cc larutan garam faali atau air untuk suntikan.

Disuntikan mula-mula 5 cc i.v. perlahan-lahan selama 5 menit.

5 menit kemudian tekanan darah diukur, bila belum ada penurunan; maka diberikan lagi sisanya 5 cc i.v dalam 5 menit.

Klonidin dapat diberikan tiap 4 jam sampai tekanan darah diastolik menjadi normotensip.

Pilihan lain : - Chloral Hidral atau Hidralasin.

9. Kardiotonika

Indikasi pemberian kardiotonika ialah, bila ada : tanda-tanda menjurus payah jantung.

Jenis kardiotonika yang diberikan ialah: Cedilanid-D

Perawatan dilakukan bersama dengan Bagian Penyakit Jantung

10. Lain-lain :

1. Obat – obat antipiretika

Diberikan bila suhu rectal diatas

38,5°Celsius

Dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin atau alkohol.

2. Antibiotika

Diberikan atas indikasi

3. Anti Nyeri

Bila penderita kesakitan/gelisah karena kontraksi rahim dapat diberikan petidin HCL 50-75 mg sekali saja (selambat-lambatnya 2 jam sebelum janin lahir).

c. *Pengobatan Obstetrik*

Cara terminasi kehamilan :

Belum inpartu :

1. Induksi persalinan :

Amniotomi + oksitosin drip dengan syarat skor Bishop > 5

2. Seksio sesarea bila :

1. Syarat oksitosin tidak dipenuhi atau adanya kontra indikasi oksitosin drip.
2. 12 jam sejak dimulainya oksitosin drip belum masuk fase aktif

Pada primigravida lebih diarahkan untuk dilakukan terminasi dengan Seksio Sesarea.

Sudah Inpartu :

Kala I :

Fase latent : Seksio sesarea

Fase aktif :

1. Amniotomi
2. Bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap, dilakukan seksio sesarea

Kala II

Pada persalinan pervaginam, maka kala II diselesaikan dengan partus buatan. Amniotomi dan oksitosin drip dilakukan sekurang-kurangnya 30 menit setelah pemberian pengobatan medisinal.

B. Pengelolaan Konservatif

a. Indikasi :

Kehamilan preterm (< 37 minggu) tanpa disertai tanda-tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik

b. Pengobatan medisinal

Sama dengan perawatan medisinal pada pengelolaan secara aktif. Hanya loading dosis MgSO₄ tidak diberikan i.v., cukup i.m. saja.

c. Pengobatan obstetrik

1. Selama perawatan konservatif; observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak ada terminasi
2. Sulfas magnesikus dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda pre-eklampsia ringan, selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam
3. Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medisinal dan harus diterminasi.

PERAWATAN EKLAMPSIA

Pengobatan medisinal

1. Obat anti kejang :

MgSO₄ :

a. *Loading dose* :

- 4 g MgSO₄ 40 % dalam larutan 10 cc intravena selama 4 menit
- Disusul 8 g I.m. MgSO₄ 40 % dalam larutan 25 cc diberikan pada bokong kiri dan kanan masing – masing 4 gr

b. *Maintenance dose* :

- Tiap 6 jam diberikan lagi 4 g I.m. MgSO₄

c. *Dosis tambahan*

- Bila timbul kejang – kejang lagi maka dapat diberikan MgSO₄ 2 g I.v. selama 2 menit
- Sekurang – kurangnya 20 menit setelah pemberian terakhir
- Dosis tambahan 2 g hanya diberikan sekali saja. Bila setelah diberi dosis tambahan masih tetap kejang maka diberi dosis tambahan masih tetap kejang maka diberikan amobarbital 3-5 mg/kg/bb/I.v. pelan – pelan

d. *Monitoring tanda-tanda keracunan MgSO₄*

2. Obat – obat supportif

Lihat pengobatan supportif pre-eklampsia berat

3. Perawatan pada serangan kejang :

- a. Dirawat di kamar isolasi yang cukup terang (bukan kamar gelap)
- b. Masukkan sudip lidah ke dalam mulut penderita
- c. Kepala direndahkan, daerah orofarings dihisap
- d. Fiksasi badan pada tempat tidur harus cukup kendor guna menghindari fraktur

4. Perawatan penderita dengan koma :

- a. Monitoring kesadaran dan dalamnya koma memakai “*Glasgow-Pittsburgh-Coma Scale*”.
- b. Pada perawatan koma perlu diperhatikan pencegahan dekubitus dan makanan penderita
- c. Pada koma yang lama, bila nutrisi tidak mungkin cukup diberikan dalam bentuk

NGT (*Naso gastric tube*)

5. Pengobatan Obstetrik
 - Sikap terhadap kehamilan :
 - a. Sikap dasar :
 - Semua kehamilan dengan eklampsia harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin.
 - b. Bilamana diakhiri :
 - Sikap dasar :
 - Bila sudah terjadi “stabilisasi” (pemulihan) hemodinamika dan metabolisme ibu, yaitu 4-8 jam setelah salah satu atau lebih keadaan dibawah ini :
 - Setelah pemberian obat anti kejang terakhir
 - Setelah kejang terakhir
 - Setelah pemberian obat-obat anti hipertensi terakhir
 - Penderita mulai sadar (responsif dan orientasi).
 - c. Cara terminasi kehamilan sesuai pre-eklampsia berat

7. **Perawatan Rumah Sakit** : 1. Preeklampsia ringan
 - Kriteria pre-eklampsia ringan untuk dirawat di rumah sakit
 - a. Setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan, tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala pre-eklampsia
 - b. Kenaikan berat badan ibu : > 1 kg/minggu, selama 2 (dua) kali berturut-turut.
 - c. Timbul salah satu atau lebih gejala/tanda-tanda pre-eklampsia berat.
2. Preeklampsia berat
3. Eklampsia

8. **Penyulit** : Gagal ginjal, gagal jantung, edema paru-paru, kelainan pembekuan darah, perdarahan otak, kematian janin.

9. **Informed concent** : Perlu penjelasan mengenai kondisi kasus dan rencana perawatan

10. **Lama Perawatan** : 5 (Lima) hari
11. **Masa pemulihan** : Enam minggu
12. **Output** : Sembuh total bila tanpa komplikasi
Kematian janin dan atau ibu
13. **PA** : Tidak diperlukan
14. **Autopsi/Risalah Rapat** : Bila terjadi kematian sebutkan penyebab langsung

1. Nama Penyakit/ Diagnosis	: PERDARAHAN ANTEPARTUM
2. Batasan	: Perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 20 minggu atau lebih
3. Kriteria Diagnosis	: Anamnesis : - Perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 20 minggu atau lebih - Timbulnya perdarahan pervaginam secara spontan tanpa melakukan aktifitas atau akibat trauma pada abdomen - Disertai nyeri atau tanpa nyeri akibat kontraksi uterus - Beberapa faktor predisposisi : - Riwayat solusio plasenta - Perokok - Hipertensi - Multi paritas Pemeriksaan : Fisik umum : keadaan tensi, nadi, pernapasan Obstetrik - Periksa luar : - Bagian terbawah janin belum /sudah masuk PAP - Apakah ada kelainan letak /tidak - Inspekulo : Apakah perdarahan berasal dari ostium uteri atau dari kelainan serviks dan vagina - Perabaan fornises : hanya dikerjakan pada presentasi kepala - PDMO : Bila akan mengakhiri kehamilan/persalinan. - USG
4. Diagnosis Diferensial	: <i>Solusio Plasenta</i> Batasan : Terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada fundus uteri/korpus uteri sebelum janin lahir. a. <i>Ringan</i> : Perdarahan kurang dari 100-200cc, uterus tidak tegang, belum ada tanda renjatan, janin hidup, pelepasan plasenta kurang dari 1/6 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma lebih dari 250 mg % b. <i>Sedang</i> : Perdarahan lebih dari 200 cc, uterus tegang, terdapat tanda pra renjatan, gawat janin atau jenin telah mati, pelepasan plasenta 1/4 sampai 2/3 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma 120-150 mg%

- c. *Berat* : Uterus tegang dan berkontraksi tetanik, terdapat tanda renjatan, biasanya janin telah mati, pelepasan plasenta bisa terjadi pada lebih dari 2/3 bagian permukaan atau keseluruhan bagian permukaan.

Plasenta Previa

Batasan : Plasenta yang letaknya tidak normal sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir

Vasa Previa

Batasan : Tali pusat berinsersi pada selaput ketuban dimana pembuluh darahnya berjalan di antara lapisan amnion dan korion melalui pembukaan serviks.

5. **Pemeriksaan Penunjang** : Laboratorium :
 - Hemoglobin
 - Hematokrit
 - Trombosit
 - Waktu pembekuan darah
 - Waktu protrombin
 - Waktu trombolisin parsial
 - Elektrolit plasma

Kardiotokografi : untuk menilai status janin
USG : menilai letak plasenta, usia gestasi, keadaan janin
6. **Konsultasi** :
 - Spesialis Anak
 - Spesialis Anestesi
 - Spesialis Penyakit Dalam
7. **Terapi** : Medik dan Bedah
 1. Tidak terdapat renjatan : usia gestasi < 36 minggu / TBF kurang dari 2500 g :

Solusio lasenta :
Ringan :
Ekspektatif bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, kontraksi uterus tidak ada, janin hidup).

 - Tirah baring
 - Atasi anemi
 - USG dan KTG serial, kalau memungkinkan
 - Tunggu persalinan spontanAktif bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus, kontraksi uterus berlangsung, dapat mengancam ibu/janin).

- Partus pervaginam (amniotomi/oksitosin infus).
Bila perdarahan dan pelvik skor < 5 , atau persalinan masih lama > 6 jam seksio sesarea.

Sedang/Berat :

- Resusitasi cairan
- Atasi anemi (transfusi darah)
- Partus pervaginam bila diperkirakan dapat berlangsung dalam 6 jam (amniotomi dan infus oksitosin).
- Partus perabdominal dipertimbangkan bila partus pervaginam tak dapat berlangsung dalam 6 jam.

Plasenta Previa :

Perdarahan sedikit, dirawat sampai 36 minggu, mobilisasi : bertahap

Bila ada kontraksi : lihat penanganan persalinan preterm

Perdarahan banyak

- Resusitasi cairan
- Atasi anemia (transfusi darah)
- PDMO :
 - Plasenta previa : partus perabdominal
 - Bukan plasenta previa : partus pervaginam (Amniotomi, pitosin infuse)

Vasa Previa

- Tes Apt positif (terdapat darah janin)
- Dapat diraba pembuluh darah janin melalui pembukaan serviks
- Dapat terlihat vasa previa melalui spekulum/Amnioskopi

Janin mati : **Partus pervaginam**

Janin hidup: **pertimbangkan partus perabdominal**

2. Tidak terdapat renjatan : Usia gestasi 37 minggu atau lebih /TBF 2500 g atau lebih :

Solusio Plasenta :

Ringan/sedang/berat : Partus perabdominal bila persalinan pervaginam diperkirakan berlangsung lama

Plasenta Previa

PDMO :

Plasenta previa $\diamond$ partus perabdominal $\diamond$ seksia sesarea .

Bukan plasenta previa $\diamond$ partus pervaginam.

Vasa Previa :

Janin mati : Partus pervaginam

Janin hidup : Partus perabdominal

Terdapat renjatan :

Solusio Plasenta :

Atasi renjatan, resusitasi cairan dan transfusi darah

Bila renjatan tidak teratasi, upayakan tindakan penyelamatan yang optimal

Bila renjatan dapat diatasi : pertimbangkan untuk partus perabdominal bila janin masih hidup atau bila persalinan pervaginam diperkirakan berlangsung lama.

Plasenta Previa :

Atasi renjatan, resusitasi cairan dan transfusi darah

Bila tidak teratasi, upayakan tindakan penyelamatan optimal

Bila teratasi, Partus perbadominal

- 8. Perawatan Rumah Sakit :** Pasien perlu segera dirawat
- 9. Penyulit :** Karena penyakit :
- Pada Ibu :
- Renjatan
 - Gagal ginjal akut/akut tubular nekrosis
 - DIC (Disseminated Intravascular Coagulation)
 - Plasenta akreta
 - Atonia uteri/Uterus Couvelaire
 - Perdarahan pada implantasi uterus di segmen bawah
- Pada Janin :
- Asfiksia
 - BBLR
 - RDS
- Karena Tindakan / Terapi :
- Pada Ibu :
- Reaksi transfusi
 - Kelebihan cairan
 - Renjatan
 - Infeksi
- Pada Janin
- Asfiksia
 - Infeksi

10. **Informed Consent** : Diperlukan secara tertulis saat pasien masuk rumah sakit
11. **Lama Perawatan (tanpa komplikasi)** : 7 hari
12. **Masa pemulihan** : 6 minggu setelah tindakan/melahirkan.
13. **Output** : Komplikasi : diharapkan minimal/tidak ada
Kesembuhan : diharapkan sempurna

1. Nama Penyakit/ Diagnosis : ABORTUS

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.

Abortus komplit adalah seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang 20 minggu.

Abortus insipiens adalah abortus yang sedang mengancam dimana serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri.

Abortus imminens ialah abortus tingkat permulaan, dimana terjadi perdarahan pervaginam ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan.

“*Missed abortion*” adalah abortus dimana embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu, akan tetapi hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan selama 6 minggu atau lebih.

Abortus habitualis adalah keadaan terjadinya abortus tiga kali berturut-turut atau lebih.

2. Kriteria Diagnosis : Ada terlambat haid atau amenorea kurang dari 20 minggu.

Perdarahan pervaginam, mungkin disertai jaringan hasil konsepsi.

Rasa sakit atau keram perut di daerah atas simpisis.

Diagnosis abortus imminens ditentukan karena pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri ekstrernum, disertai mules sedikit atau tidak sama sekali, uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif. Pada beberapa wanita hamil dapat terjadi perdarahan sedikit pada saat haid yang semestinya datang jika tidak terjadi pembuahan. Hal ini disebabkan oleh penembusan villi koriales ke dalam desidua, pada saat implantasi ovum.

Perdarahan implantasi biasanya sedikit, warnanya merah, dan cepat berhenti, tidak disertai mules-mules.

Abortus insipiens ialah peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan dilatasi serviks uteri dengan hasil konsepsi masih dalam uterus

Rasa mules biasanya lebih sering dan kuat.

Abortus inkompletus ialah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang – kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum.

Perdarahan pada abortus inkompletus dapat banyak sekali, sehingga menyebabkan syok. Perdarahan tidak akan berhenti sebelum sisa hasil konsepsi dikeluarkan.

Pada abortus kompletus semua hasil konsepsi sudah keluar. Diagnosis dapat dipermudah apabila hasil konsepsi dapat diperiksa dan dapat dinyatakan bahwa semuanya sudah keluar dengan lengkap.

Diagnosis missed abortion biasanya tidak dapat ditentukan dalam satu kali pemeriksaan, melainkan memerlukan waktu pengamatan untuk menilai tanda-tanda tidak tumbuhnya melahan mengecilnya uterus. Missed abortion biasanya didahului oleh tanda – tanda abortus imminens yang kemudian menghilang secara spontan atau setelah pengobatan.

3. **Diagnosis Diferensial** :
 - Abortus komplit
 - Abortus inkomplit
 - Abortus Insipiens
 - Abortus Imminens
 - Missed Abortion
 - Kehamilan ektopik teganggu
4. **Pemeriksaan Penunjang** : Diperlukan pada abortus imminens, abortus habitualis, dan *missed abortion*
 1. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup menentukan prognosis.
 2. Pemeriksaan kadar fibrinogen pada *missed abortion*
 3. Tes kehamilan (PPT)
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** : Penanganan abortus imminens terdiri atas :
 1. Istirahat-baring . Tidur berbaring merupakan unsur penting dalam pengobatan, karena cara ini menyebabkan bertambahnya aliran darah ke uterus dan berkurangnya rangsang mekanis
 2. Fenobarbital 3 x 30 mg sehari dapat diberikan untuk menenangkan penderita

Abortus insipiens dengan kehamilan kurang dari 12 minggu, yang biasanya disertai dengan perdarahan, penanganan terdiri atas pengosongan uterus dengan segera pengeluaran hasil konsepsi dapat dilaksanakan dengan kuret vakum atau dengan cunam abortus, disusul dengan kerokan. Apabila abortus inkompletus disertai syok karena perdarahan, segera harus diberikan infus intravena cairan NaCl fisiologik atau cairan Ringer yang secepat mungkin disusul dengan darah. Setelah syok diatasi, dilakukan kerokan. Pasca tindakan ergometrin intramuskulus untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.

Penderita dengan abortus kompletus tidak memerlukan pengobatan khusus, hanya apabila menderita anemia perlu diberikan sulfas ferrosus dan dianjurkan supaya makanannya mengandung banyak protein, vitamin dan mineral.

Pada *Missed abortion* bila kadar fibrinogen rendah, perbaiki dulu dengan cara memberikan fibrinogen kering atau darah segar. Setelah ada perbaikan, lakukan kuretase. Tindakan kuretase pada missed abortion tidak jarang menghadapi kesulitan karena plasenta melekat erat dengan dinding uterus.

7. **Perawatan Rumah Sakit** : Umumnya setelah tindakan kuretase pasien abortus dapat segera pulang ke rumah. Kecuali bila ada komplikasi seperti perdarahan banyak yang menyebabkan anemia berat atau infeksi. Tujuan perawatan untuk mengatasi anemia dan mengobati infeksi
8. **Penyulit** :
 1. Anemia
Biasanya anemia post hemorragis. Pengobatannya adalah pemberian darah atau komponen darah
 2. Infeksi
Kasus abortus yang datang dalam keadaan infeksi harus mendapat *payung* antibiotik dulu, sebelum dilakukan evakuasi
Sedangkan tindakan evakuasi sendiri dapat menimbulkan infeksi
 3. Perforasi
Merupakan komplikasi tindakan kuretase
Untuk mencegah perforasi :
 - Pemberian uterotonik
 - Sondase lebih dulu untuk menentukan besar dan arah letak uterus
 - Kuretase secara sistematis dan lege artis

- 9. **Informed Consent** : Seperti halnya tindak bedah lainnya, pasien – pasien abortus harus menandatangani *informed consent* sebelum dilakukan kuretase
- 10. **Lama Perawatan** : Pasca kuretase pasien tidak perlu dirawat, kecuali bila ada komplikasi
- 11. **Masa Pemulihan** : Pasien abortus dapat diberikan cuti sakit paling lama 2 minggu
- 12. **Output** : Tidak ada
- 13. **Patologi Anatomi** : Jaringan konsepsi dikirim ke laboratorium Patologi Anatomi, bila fasilitas memungkinkan.

1. Nama Penyakit/ Diagnosis : DISTOSIA

Distosia ialah persalinan abnormal yang ditandai oleh kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam ukuran satuan waktu tertentu.

2. Kriteria Diagnosis : Distosia terjadi dalam kala I dan kala II. Beberapa hal yang harus diketahui dalam penerapan penilaian proses persalinan ialah sebagai berikut :

a. Fase persalinan

Fase persalinan dalam kala I dan kala II berhubungan dengan proses membukanya serviks ialah :

1. Fase laten : mulai pembukaan 0 sampai 3
2. Fase akselerasi : pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
3. Fase dilatasi maksimal : pembukaan 4 cm menjadi 9 cm
4. Fase deselerasi : pembukaan 9 cm menjadi lengkap (10 cm)
5. Kala II : pembukaan lengkap sampai bayi lahir

b. Ukuran satuan waktu

1. Fase laten : 8 jam
2. Fase akselerasi : 2 jam
3. Fase dilatasi maksimal : 2 jam
4. Fase deselerasi : 2 jam
5. Kala II : primigravida 2 jam
Multigravida 1 jam

c. Parameter untuk menilai proses kemajuan persalinan

1. Pembukaan serviks dihubungkan dengan fase persalinan
2. Ukuran satuan waktu setiap fase persalinan
3. Turunya presentasi janin (bidang Hodge atau station)
4. Perubahan posisi denominator

Persalinan normal adalah suatu proses yang profresif yang berlangsung dalam batas waktu tertentu. Apabila batas waktu tersebut dilampaui tanpa diikuti oleh kemajuan proses persalinan, maka dianggap telah berlangsung persalinan abnormal atau distosia.

3. Diagnosis Diferensial : Apabila telah dilakukan analisis proses kemajuan persalinan dan dijumpai distosia, maka harus dicari penyebab distosia yang mungkin berasal

dari salah satu faktor ataupun gabungan dari beberapa faktor berikut ini.

- a. Kelainan tenaga : yaitu kelainan his atau tenaga meneran
 - b. Kelainan janin : yaitu kelainan besar janin, bentuk janin (anomali congenital), jumlah janin, letak janin, presentasi janin, atau posisi janin.
 - c. Kelainan jalan lahir : yaitu kelainan tulang panggul atau jaringan lunak pelvis.
-
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - USG
 - Pelvimetri radiologik
 5. **Konsultasi** : Spesialis Radiologi
 6. **Terapi** : Disesuaikan dengan sebab distosia dengan memperhatikan indikasi syarat kontraindikasi dan komplikasi misalnya:
 - a. Akselerasi persalinan
 - b. Ekstraksi
 - c. Seksio sesarea
 - d. Dan lain –lain
 7. **Perawatan Rumah Sakit** : Seksio sesarea atau tindakan yang kemungkinannya untuk prosedur anestesi maupun seksio sesarea harus dilakukan di rumah sakit yang mempunyai fasilitas bedah.
 8. **Penyulit** :
 - Pada ibu :*
 - Partus lama
 - Infeksi intrapartum
 - Ruptura uteri
 - Fistulasi
 - Perlukaan jalan lahir
 - Pada Janin /Bayi*
 - Asfiksia
 - Cedera
 - Kematian
 9. **Informed Consent** : Dibuat tertulis saat penderita masuk rumah sakit
 10. **Lama Perawatan** :
 - Persalinan pervaginam 4-5 hari
 - Seksio sesarea 6-7 hari
 11. **Masa Pemulihan** : 42 hari
 12. **Output** : Ibu dan bayi sehat tanpa komplikasi berat
 13. **Patologi natomi** : Tidak ada yang khusus

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **MIOMA UTERUS**
2. **Kriteria Diagnosis** : Pembesaran uterus
3. **Diagnosis Diferensial** :
 1. Kehamilan
 2. Neoplasma ovarium
 3. Adenomiosis
 4. Kanker uterus
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 1. Tes kehamilan
 2. D/K bertingkat pada penderita yang disertai dengan perdarahan untuk menyingkirkan patologi lain pada endometrium (hiperplasia endometrium atau adenokarsinoma endometrium).
 3. Ultrasonografi
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** :
 1. Observasi
Bila uterus sama/kurang dari ukuran uterus pada kehamilan 12 minggu, tanpa disertai penyulit lain.
 2. Miomektomi
Bila fungsi reproduksi diperlukan dan secara teknis memungkinkan
 3. Histerektomi
 - a. Fungsi reproduksi tidak diperlukan
 - b. Pertumbuhan tumor sangat cepat
 - c. Bila terdapat perdarahan yang membahayakan penderita (tindakan hemostatis).
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Dirawat bila disertai perdarahan hebat/anemia gravis atau bila direncanakan pembedahan.
8. **Penyulit** :
 1. Perdarahan
 2. Anemia
 3. Infeksi
 4. Perlekatan pasca miomektomi
9. **Informed Consent** : Sebelum pembedahan dalam bentuk pernyataan tertulis (tulisan). Khusus pada tindakan miomektomi perlu dijelaskan kemungkinan berulangnya penyakit atau pengangkatan uterus pada saat pembedahan, kemungkinan terjadi ruptura/seksio sesarea pada persalinan berikutnya dan kemungkinan fertilitas.

- 10. Lama Perawatan** : 1. 2 minggu pasca D/K
2. 6 minggu pasca histerektomi/miomektomi
- 11. Masa Pemulihan** : 1. Sembuh total tanpa komplikasi
2. Penyakit berulang kembali pasca miomektomi.
- 12. Output** : 1. Sembuh total tanpa komplikasi
2. Penyakit berulang kembali pasca miomektomi
- 13. Patologi Anatomi** : Pemeriksaan histopatologi dari specimen pembedahan

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **NEOPLASMA OVARIUM JINAK**

Dibagi atas :
 - a. KISTIK
 1. Kistoma ovarii simpleks
 2. Kistadenoma ovarii serosum
 3. Kistadenoma ovarii musinosum
 4. Kista endometrioid
 5. Kista dermoid
 - b. SOLID
 1. Fibroma, leiomoma, fibromadenoma, papiloma, angioma limfangioma
 2. Tumor Brenner
 3. Tumor sisa adrenal (maskulinovoblastoma).
2. **Kriteria Diagnosis** : Anamnesis :

Timbul benjolan di perut dalam waktu yang relatif lama
Kadang-kadang disertai gangguan haid, gangguan b.a.k/b.a.b
Nyeri perut bila terinfeksi, terpuntir, pecah

Pemeriksaan fisik :

Ditemukan tumor di rongga perut bagian bawah dengan ukuran > 5 cm
Pada pemeriksaan dalam letak tumor dipametrium kiri /kanan atau mengis i kavum douglasi.
Konsistensi kistik mobil permukaan tumor umumnya rata.
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - Tumor akibat radang
 - Kista endometriosis
 - Tumor uterus
 - Kehamilan
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - Lekosit dan laju endap darah
 - Tes kehamilan
 - Ultrasonografi
 - Laparoskopi
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** : Pembedahan : Kistektomi bila masih ada jaringan ovarium yang sehat
Ooforektomi atau salpingooforektomi unilateral
Salpingooforektomi bilateral bila ditemukan tumor pada kedua ovarium, pada usia muda uterus dapat ditinggalkan dengan rencana substitusi hormonal.

- 7. Perawatan Rumah Sakit** : 1. Bila perlu perbaikan keadaan umum (misalnya anemi)
2. Keadaan kegawatan (misalnya kista pecah atau kista terpuntir, terinfeksi)
3. Pasien sudah siap untuk pembedahan
- 8. Penyulit** : 1. Akibat penyakit : kista pecah, kista terpuntir, terinfeksi
2. Akibat tindakan selama/setelah pembedahan : perdarahan, cedera usus, vesika, komplikasi cedera ureter bila tumor intraligamenter atau dengan perlekatan.
- 9. Informed Consent** : Sebelum operasi harus ada pernyataan tertulis Pada tumor ovarium tersangka ganas, dalam informed consent harus menyangkut pengertian kemungkinan perlu dilakukan histerektomia pada pasien yang muda.
- 10. Lama Perawatan** : 5-7 hari
- 11. Masa Pemulihan** : 6 minggu
- 12. Output** : Sembuh total tanpa komplikasi
- 13. Patologi Anatomi** : Seluruh jaringan hasil pembedahan dikirim
- 14. Autopsi** : Perlu dilakukan bila terjadi kematian

- 1. Nama Penyakit/ Diagnosis :** **LESI PRAKANKER SERVIKS**
Neoplasia intraepitel serviks(I,II,III) dan adenokarsinom insitu.
- 2. Kriteria Diagnosis :**
 1. Gejala Klinik
 - a. Flour albus (keputihan)
 - b. Perdarahan pasca koitus
 - c. Tanpa disertai gejala
 2. Pemeriksaan klinik
 - a. Porsio dengan eritroplakia
 - b. Porsio dengan leukoplakia
 - c. Porsio normal
- 3. Diagnosis Diferensial :**
 1. Servitis
 2. Ektopia
 3. Infeksi HPV serviks
- 4. Pemeriksaan Penunjang :**
 1. Sitologi
 - a. Ektoserviks
 - b. Endoserviks
 2. Kolposkopi – biopsi terarah
 3. Konisasi
Sebagai tindakan diagnosis bila :
 - a. Proses dicurigai ada endoserviks
 - b. Lesi tidak tampak seluruhnya dengan kolposkopi
 - c. Untuk diagnosis pasti mikroinvasif
 - d. Kesenjangan antara hasil sitologi dan histologi
 - e. Adenokarsinoma insitu
- 5. Konsultasi :** Dokter konsulen Onkologi Ginekologi
- 6. Terapi :**
 1. Destruksi lokal
 - Lokalisasi lesi tampak/jelas
 - Batas lesi tampak/jelas
 - Lesi tercapai oleh alat
 - a. Krioterapi
Lesi NIS I, II
 - b. Kauterisasi
Lesi NIS I, II
 - c. Diathermi elektrokoagulasi
 - Lesi NIS I, II
 - Lesi NIS III (ingin anak)

2. Pembedahan
 - a. Konisasi
 - Lesi NIS III ingin anak
 - Seluruh lesi dapat diangkat dengan konisasi /tepi sayatan bebas proses abnormal
 - Adenokarsinoma
 - b. Histerktomi total
 - Lesi NIS III anak sudah 2, umur > 35 tahun
 - Lesi NIS III dengan patologi lain pada uterus
 - Lesi tidak terangkat seluruhnya atau batas sayatan tidak bebas proses abnormal pada konisasi terapeutik
 - Lesi mkroinvasi dengan invasi kurang dari 3 mm tanpa adanya keterlibatan pembuluh darah atau limfe
 - Adenokarsinoma insitu
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Perawatan bila direncanakan atau dilakukan pembedahan
8. **Penyulit** :
 1. Karena penyakit
Usia lanjut (prosedur diagnostik sulit dilakukan).
 2. Karena tindakan pengobatan
 - Infeksi
 - Perdarahan
9. **Informed Conccent** :
 1. Tertulis
Untuk tindakan pembedahan
 2. Tidak tertulis
Untuk tindakan destruksi lokal
10. **Lama Perawatan** :
 1. Pasien Konisasi : 1-5 hari
 2. Pasien Histerektomi total : 5-7
11. **Masa Pemulihan** :
 1. Pasien Destruksi lokal : 1 bulan
 2. Pasien konisasi : 6 minggu
 3. Pasien Histerektomi total : 6 minggu
12. **Output** :
 1. Kesembuhan lengkap (radikal)
 - Lesi negatif secara hispatologi pasca destruksi lokal
 - Lesi negatif secara hispatologi pasca konisasi
 - Lesi negatif secara histopatologi pasca histerektomi total

2. Kesembuhan tidak lengkap (nonradikal).
 - Lesi masih ada secara histopatologi pasca destruksi lokal
 - Lesi masih ada secara histopatologi pasca konisasi
 - Lesi masih ada secara hispatologi pasca histerektomi total

13. Patologi Anatomi

- :
1. Diagnosis
 2. Pembedahan
 - Jenis /derajat lesi
 - Ujung /batas sayatan
 - Dalamnya invasi (mm) pada lesi mikroinvasi
 - Keterlibatan pembuluh darah dan limfe pada lesi mikroinvasi

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **LESI KANKER SERVIKS INVASIF**
Keganasan (kanker) primer dari serviks uterus .
2. **Kriteria Diagnosis** :
 1. Gejala Klinik
 - a. Flour albus
 - b. Perdarahan pervaginam, spontan atau pasca sanggama
 - c. Gejala-gejala metastasis yang sesuai dengan organ yang terkena metastasis seperti pada paru – paru, vesika uninaria, rektum, tulang, otak dan lain – lain
 2. Pemeriksaan Klinik
 - a. Porsio dengan proses eksofilik, atau ulseratif, atau endolitik yang mudah berdarah.
 - b. Pemeriksaan luas penyebaran penyakit :
 - Pemeriksaan : fisik, paru – paru, abdomen
 - Proses eksofilik, ulseratif di vagina
 - Proses nodul – nodul di parametrium, sampai atau tidak sampai dinding panggul
 - Pembesaran kelenjar getah bening femoralis, aksilla, supraklavikula.
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - a. Kondiloma akuminata
 - b. Servisititis
 - c. Ektopi
 - d. Polip serviks
4. **Pemeriksaan Penunjang** : Rontgen : Paru – paru, BNO-IVP
Histopatologi (Biopsi lesi primer atau lesi metastasis)
Pemeriksaan rektoskopi, sistoskopi
5. **Konsultasi** : Dokter konsulen Onkologi-Ginekologi
6. **Terapi** :
 - a. Pembedahan :
 - Pembedahan radikal
 - Stadium 1b-IIa
 - Tidak ada kontraindikasi operasi
7. **Informed Conccent** :
 - Tertulis U n t u k tindakan pembedahan dan radiasi interna (brakiterapi)
 - Tidak tertulis untuk radiasi eksterna

- 7. Lama Perawatan** : Pasca histerektomi radikal : 14-21 hari
Perawatan tindakan radiasi interna
- HDR 1 hari
- LDR 3 hari
- 8. Masa Pemulihan** : Pemulihan pasca histerektomi radikal : 3-6 bulan
Pemulihan pasca radiasi 30 hari
- 9. Output** : Kesembuhan tidak lengkap
Lesi tumor ganas hilang karena pengobatan
- Kesembuhan tidak lengkap
Kesembuhan akibat pengobatan radiasi (kombinasi) dengan pengecilan tumor lebih dari 50 % atau masih adanya tumor residu
- Tidak ada respon
Tidak ada reaksi penyembuhan atau reaksi penyembuhan kurang dari 25 %
- Tumor berkembang (penyakit progres) Tumor membesar
- 10. Patologi Anatomi** : a. Diagnosis
b. PA histerektomi radikal
- Jenis sel kanker, diferensiasi sel
- Patologi uterus, penyebaran ke uterus
- Penyebaran ke ovarium dan patologi ovarium
- Penyebaran ke tuba dan patologi tuba
- Penyebaran ke parametrium
- Penyebaran ke vagina, batas sayatan apakah bebas tumor
- Kelenjar getah bening
- 11. Autopsi** : a. Penyebab kematian
b. Pelacakan penyebaran kanker

1. Nama Penyakit/ Diagnosis : KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU

Kehamilan ektopik ialah suatu keadaan dimana hasil konsepsi berimplantasi dan tumbuh di luar endometrium kavum uteri

Oleh karena itu yang termasuk kehamilan ektopik ialah :

- a. Kehamilan abdominal
- b. Kehamilan Ampulla tuba
- c. Kehamilan Istmus tuba
- d. Kehamilan Intertisial tuba
- e. Kehamilan Ovarial
- f. Kehamilan Intraligamen
- g. Kehamilan Kornu
- h. Kehamilan Serviks

Terbanyak dijumpai kehamilan di tuba Fallopii

2. Kriteria Diagnosis : Anamnesis

- a. Amenorea atau terlambat haid
- b. Timbul sinkop dan gejala abdomen akut.
Keadaan ini disebabkan perdarahan intra peritoneal yang mendadak serta terjadinya hipovolemia pada sirkulasi
- c. Nyeri perut, terutama nyeri unilateral. Gejala ini spesifik untuk kehamilan tuba, tetapi nyeri bisa juga bilateral, dibawah perut, perut bagian atas, atau seluruh perut. Pada 25-20 % penderita ada juga yang mengeluh nyeri bahu. Keadaan ini timbul jika perdarahan peritoneum sudah mengiritasi diafragma.
- d. Perdarahan vagina atau spotting
Gejala perdarahan dan/atau perdarahan bercak ini timbul hampir pada 75 % kasus yang timbul satu atau dua minggu setelah keterlambatan haid.
Sekalipun demikian riwayat keterlambatan haid biasanya tidak selalu dijumpai yang spesifik biasanya adanya riwayat keterlambatan haid 6-8 minggu sebelum gejala sakit perut atau perdarahan vagina.
- e. Gejala tidak spesifik lainnya
Perasaan enek, muntah dan rasa tegang pada mammae serta kadang – kadang gangguan defekasi.

Pemeriksaan Fisik :

- a. Tanda – tanda Syok :
 - Hipotensi
 - Takhikardia
 - Pucat, ekstremitas dingin

- b. Abdomen Akut
 - Perut tegang pada bagian bawah
 - Nyeri tekan, nyeri ketok dan nyeri lepas dari dinding perut.
 - c. Pemeriksaan Ginekologi:
 - Serviks teraba lunak, nyeri tekan dan nyeri goyang
 - Korpus uteri normal atau sedikit membesar, kadang – kadang sulit diketahui karena nyeri abdomen yang hebat.
 - Kavum Douglasi menonjol oleh karena terisi darah.
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - a. Metroragia sebab kelainan ginekologik atau organik lainnya
 - b. Radang panggul
 - c. Neoplasma ovarium (putaran tangkai, pecah, terinfeksi) dengan atau tanpa kehamilan muda
 - d. Apendisitis
 - e. Abortus Iminens
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - a. Pemeriksaan Laboratorium
 - Kadar hemoglobin, lekosit
 - Test kehamilan bila baru terganggu
 - Dilatasi – kuretase
 - b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)
Terlihatnya kantong gestasi di luar kavum uteri dan/atau deteksi genangan cairan di kavum Douglasi pada KE yang telah terganggu.
 - c. Pemeriksaan Kuldosentesis
Untuk mengetahui dalam kavum Douglasi ada darah
 - d. Pemeriksaan Laparoskopi
Pada pemeriksaan laparoskopi KET, infeksi pelvik, kista ovarium segera dapat dibedakan dengan jelas.
5. **Konsultasi** : Bagian Bedah
6. **Terapi** : Prinsip umum penatalaksanaan ialah
 - a. Segera dibawa ke rumah sakit
 - b. Transfusi darah dan pemberian cairan untuk mengoreksi anemia dan hipovolemia
 - c. Operasi segera dilakukan setelah diagnosis dipastikan

- Kehamilan dituba dilakukan salpingektomi
- Kehamilan di kornu dilakukan oovorektomia atau salpingoovorektomia
- Kehamilan di kornu dilakukan
 - a. Histerektomia bila telah umur > 35 tahun
 - b. Fundektomi bila masih muda untuk kemungkinan masih bisa dapat haid
 - c. Insisi bila kerusakan pada kornu kecil dan kornu dapat direparasi
- Kehamilan abdominal
 - a. Bila mudah kantong dan plasenta diangkat
 - b. Bila besar atau susah (kehamilan abdominal lanjut), anak dilahirkan dan tali pusat dipotong dekat plasenta, plasenta ditinggalkan dan dinding perut ditutup.

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| 7. Perawatan Rumah Sakit | : | Segera dirawat |
| 8. Penyulit | : | Syok yang irriversibel, perlekatan, obstruksi usus |
| 9. Informed Consent | : | Sangat diperlukan |
| 10. Lama Perawatan | : | Tanpa penyulit umumnya pasien pulang pada hari ke enam |
| 11. Masa Pemulihan | : | Masa pemulihan optimal 6 minggu |
| 12. Patologi Anatomi | : | Pemeriksaan jaringan diangkat waktu operasi. |

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **KETUBAN PECAH DINI**
2. **Kriteria Diagnosis**
 - Umur kehamilan lebih 20 minggu
 - Keluar cairan jernih dari vagina
 - Pada pemeriksaan fisik : suhu normal bila tidak ada infeksi
 - Pada pemeriksaan obstetri bunyi jantung janin biasanya normal
 - Pemeriksaan Inspekulo :
Terlihat cairan keluar dari ostium uteri eksternum
Kertas nitrazin merah akan jadi biru
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - Fistula vesiko vaginal dengan kehamilan
 - Stres inkontinensia
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - Pemeriksaan lekosit darah, bila $> 15000/\text{mm}^3$, mungkin ada infeksi
 - USG : membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta, gradasi plasenta serta jumlah air ketuban.
 - Nilai bunyi jantung janin dengan stetoskop Laenec atau dengan fetal phone atau dengan CTG. Bila ada infeksi intra uterin atau peningkatan suhu, bunyi jantung janin akan meningkat.
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** :
 - A. Konservatif
 - Rawat di Rumah Sakit
 - Antibiotika kalau ketuban pecah > 6 jam (ampisillin atau eritromisin bila tak tahan ampisilin).
 - Umur kehamilan $< 32-34$ minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
 - Bila sudah 32-34 minggu masih keluar, maka pada usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (sangat tergantung pada kemampuan perawatan bayi prematur).
 - Nilai tanda – tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda – tanda infeksi intra uterin).
 - Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid selama 7 hari, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu.

B. Aktif

- Kehamilan > 36 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea
- Pada keadaan CPD, letak lintang, seksio sesarea
- Bila ada tanda – tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi, dan persalinan diakhiri.
 - a. Bila pelvik skor < 5, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
 - b. Bila pelvik skor > 5, induksi persalinan partus pervaginam
 - c. Bila infeksi berat, seksio sesarea

7. **Perawatan Rumah Sakit** : Harus dirawat di Rumah sakit sampai air ketuban berhenti, atau setelah perawatan dari tindakan terminasi kehamilan selesai.
8. **Penyulit** :
 - Infeksi sepsis
 - Kematian janin, karena infeksi atau prematuritas
9. **Informed Consent** : Untuk tindakan operatif perlu
10. **Lama Perawatan** :
 - Konservatif : Sangat tergantung dari usia kehamilan, lamanya air ketuban keluar keadaan umum pasien
 - Aktif : Partus pervaginam 3-4
 - Seksio sesarea : 7 hari
11. **Masa Pemulihan** :
 - Partus pervaginam 40 hari
 - Tindakan seksio sesarea 3 bulan
12. **Output** : Sembuh total
13. **Patologi Anatomi** : Tidak ada

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **MOLA HIDATIDOSA**

Mola hidatidosa adalah keadaan patologi dari khorion dengan sifat :
 - Degenerasi kistik villi dan perubahan hidrofik
 - Tidak ada pembuluh darah janin
 - Proliferasi trofoblas
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - a. **Gambaran klinik**
 - Perdarahan pervaginam /gelembung mola
 - Gejala toksemia pada trimester I-II
 - Hiperemesis gravidarum
 - Tirotoksikosis
 - Emboli paru
 - b. **Pemeriksaan fisik**
 - Umumnya uterus lebih besar dari usia kehamilan
 - Kista lutein
 - Balotemen negative
 - Denyut jantung janin negatif
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - Abortus
 - Kehamilan normal
 - Kehamilan ganda
 - Kehamilan dengan mioma
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - Foto toraks
 - Pemeriksaan hCG urin atau serum (tera radio imunologik).
 - Ultrasonografi
 - Uji sonde menurut Hanifa, sonde masuk tanpa tahanan dan dapat di putar 360^oC dengan deviasi sonde kurang dari 10^o. Biopsi Acosta Sison, yaitu dengan masukkan tang tampon ke dalam kavum uterus.
5. **Konsultasi** :
 - T3 dan T4 bila ada gejala tirotoksikosis
6. **Terapi** :
 - Dokter Spesialis Penyakit Dalam untuk diagnosis hipertoroid.
 - Koreksi dehidrasi, anemia, hipertiroid (beta blocker), bila belum terjadi abortus.
 - Evakuasi dengan kuret hisap yang dilanjutkan dengan kuret tajam (setelah dilakukan dilatasi serviks dengan laminaria/Hegar).
 - Kuretase kedua dilakukan apabila kehamilan > 20 minggu
 - Pemberian uterotonika (bila perlu)

7. **Perawatan Rumah Sakit** : Perlu segera dirawat untuk memperbaiki keadaan umum dan evakuasi segera dilakukan bila semua persiapan sudah selesai.
Bila kehamilan memperlihatkan tinggi fundus uterus > 20 minggu, ulangi kuretase sesudah hari ke 7 (kuret ke II)
8. **Penyulit** :
 - a. Karena penyakit
 - Perdarahan hebat
 - Krisis tiroid
 - Infeksi
 - Perforasi uterus (mola destruens)
 - Keganasan
 - b. Karena tindakan
Perforasi uterus
9. **Lama Perawatan** : Perawatan 3-5 hari postevakuasi
10. **Masa Pemulihan** : 4-6 minggu dan pengawasan lanjut minimal 2 tahun
11. **Output** :
 - Sembuh bila kadar hCG sudah mencapai nilai normal atau bila < 5 mIU/ml
 - Komplikasi keganasan sebanyak 20 %
12. **Patologi Anatomi** : Sediaan dari kuret hisap dipisahkan dengan sediaan kuret tajam untuk pemeriksaan patologi anatomik

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **RUPTURA UTERI**

Robeknya dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa robeknya peritoneum viserale
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - Sakit perut mendadak
 - Perdarahan pervaginam
 - Syok yang cenderung tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar karena adanya perdarahan intra abdominal
 - Adanya penyulit operasi pada rahim, trauma, partus sulit sebelumnya dsb
 - Kadang – kadang disertai sesak napas/napas cuping hidung atau sakit dibantu karena tekanan napasnya intra abdominal pada diafragma.
 - Teraba bagian janin langsung dibawah kulit dinding perut, disertai tanda sakit perut mendadak, bunyi jantung janin tidak terdengar.
 - Kadang –kadang urin hemoragis.
3. **Diagnosis Diferensial** : Abdomen akut pada kehamilan lanjut
4. **Pemeriksaan Penunjang** : Hb dan hematokrit darah
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** :
 - a. Atasi syok dengan segera, termasuk infus cairan intravena, pemberian darah, oksigen dan antibiotika (diberikan sebelum dan sesudah operasi).
 - b. Laparotomi :
 - Segera cari sumber perdarahan, lakukan haemostasis
 - Selanjutnya nilai dinding robekan
 - Robekan compang – camping lakukan histerektomi subtotal
 - Robekan di segment bawah dan tepi luka dapat diperbaiki, lakukan histerorafi + tubektomi.
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Harus segera dirawat di rumah sakit dengan fasilitas bedah.
8. **Penyulit** :
 - Sepsis
 - Luka yang luas sampai ke kandung dan vagina
 - Haemotoma pada daerah parametrium
 - *Syok irreversible*

- 9. Informed Consent** : Tertulis
- 10. Lama Perawatan** : 7-10 hari, tanpa komplikasi
- 11. Masa Pemulihan** : 3 bulan
- 12. Output** :
- Sembuh total
- Sembuh partial
- Fistel vesiko vaginal
- 13. Patologi Anatomi** : Tidak mutlak

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **PERDARAHAN PASCA PERSALINAN**

Perdarahan pascapersalinan adalah perdarahan yang lebih dari 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir.
Perdarahan Pascapersalinan:
 - a. Perdarahan pasca persalinan dini (*Early post partum hemorrhage*) yaitu perdarahan yang terjadi di dalam 24 jam pertama sesudah bayi lahir.
 - b. Perdarahan masa nifas yaitu perdarahan terjadi pada masa nifas (puerperium) tidak termasuk 24 jam pertama setelah bayi lahir.
2. **Kriteria Diagnosis** : Perdarahan pascapersalinan dini :
 - Perdarahan banyak yang terus menerus setelah bayi lahir
 - Pucat, mungkin ada tanda – tanda syok, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat, kecil, serta eksteminitas yang dingin, tampak darah keluar dari kemaluan terus menerus.
 - Pemeriksaan obstetri, mungkin kontraksi uterus lembek, uterus membesar, bila ada atonia rahim. Bila kontraksi baik, mungkin ada luka jalan lahir.
 - Pemeriksaan dalam, dilakukan bila keadaan telah diperbaiki, dapat diketahui kontraksi uterus, luka jalan lahir, sisa plasenta (inspekulo).
 - Adanya riwayat :
 - Penggunaan anestesi umum
 - Partus lama
 - Partus presipitatus
 - Uterus yang terlalu tegang (hidramnion)
 - Solutio plasenta
 - Plasenta previa
 - Riwayat perdarahan post partum sebelumnya.
3. **Diagnosis Diferensial** : Tidak ada
4. **Pemeriksaan Penunjang** : Pemeriksaan : Hb, hematokrit, Pembekuan darah :
 - Masa perdarahan
 - Masa pembekuan darah
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** :
 - Segera setelah diketahui perdarahan pasca persalinan, tentukan ada syok atau tidak, dan bila ada segera berikan transfusi cairan atau darah, kontrol perdarahan dan berikan O₂.

- Bila syok tidak ada, atau keadaan umum telah optimal, segera lakukan pemeriksaan untuk mencari etiologi :
 - a. Atonia uteri
 - b. Luka jalan lahir
 - c. Retensi plasenta/sisa plasenta
 - d. Gangguan perdarahan
 - a. Atonia uteri :
 Masase uterus dan berikan oksitosin dan ergometrin intravena, atau prostaglandin parenteral, bila ada perbaikan dan perdarahan berhenti, oksitosin atau prostaglandin perinfus diteruskan. Bila tidak ada perbaikan dilakukan kompresi bimanual dan kemudian dipasang tampon utero vaginal; perdarahan berhenti, tampon dapat dipertahankan 24-48 jam dan oksitosin diteruskan, bila tampon basah segera lakukan tindakan laparatomi, kalau mungkin lakukan ligasi arteri uterine atau hipogastrika (khusus untuk penderita yang belum punya anak/masih muda sekali), bila tidak mungkin lakukan histerektomia.
 - b. Luka jalan lahir : segera lakukan reparasi.
 - c. Retensi plasenta/sisa plasenta :
 Bila plasenta belum lahir, lahirkan plasenta dengan tarikan pada tali pusat/bimanual, bila tidak berhasil dan sangkaan plasenta akreta lakukan histerektomia. Bila hanya sisa plasenta, lakukan pengeluaran plasenta dengan digital/atau kuretase, infus oksitosin diteruskan.
 - d. Gangguan pembekuan darah :
 Transfusi plasma segera (darah segar, kontrol D.I.C bila ada dengan heparin).
-
- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| 7. Perawatan Rumah Sakit | : | Harus segera dirawat |
| 8. Penyulit | : | <ul style="list-style-type: none"> - Syok irreversibel - DIC - Sindrom Sheehan |
| 9. Informed Consent | : | Perlu |
| 10. Lama Perawatan | : | 6.7 Hari |
| 11. Masa Pemulihan | : | 40 hari – 3 bulan |
| 12. Output | : | Baik, kalau cepat teratasi |
| 13. Patologi Anatomi | : | Uterus yang diangkat |

1. Nama Penyakit/ Diagnosis	:	PERDARAHAN PADA MASA NIFAS
2. Kriteria Diagnosis	:	- Perdarahan berulang dan tetap - Pemeriksaan fisik : kadang-kadang penderita febris, nadi naik dan syok - Pemeriksaan obstetric : fundus uteri masih tinggi dan kontraksi tidak baik - Pemeriksaan ginekologi : uterus masih besar, lembek dan nyeri tekan kalau ada infeksi, tampak perdarahan pervaginam. Mungkin teraba ada sisa plasenta dalam kavum uteri
3. Diagnosis Diferensial	:	- Subinvolusi uteri - Sisa plasenta
4. Pemeriksaan Penunjang	:	- Hb, Hematokrit, lekosit, ureum - USG untuk melihat sisa plasenta
5. Konsultasi	:	Tidak ada
6. Terapi	:	1. Perdarahan minimal, cukup tirah baring, utero tonika dan kalau ada tanda infeksi antibiotika, dan transfusi darah bila ada anemia. 2. Perdarahan banyak terus menerus : transfusi cairan/darah, dan antibiotika, kemudian lakukan kuretase dan bila tidak berhasil, lihat penatalaksanaan perdarahan post partum karena atonia uteri.
7. Perawatan Rumah Sakit	:	Harus segera dirawat di Rumah sakit
8. Penyulit	:	- Shok irreversible - Amenorrhoe skunder (uterus diangkat)
9. Informed Consent	:	Harus tertulis
10. Lama Perawatan	:	- Bila dapat diatasi selama 5-6 hari - Bila dilakukan tindak operatif 7-10 hari
11. Masa Pemulihan	:	Bila dengan tindakan operatif, 3 bulan
12. Output	:	Sembuh
13. Patologi Anatomi	:	Bila sangkaan plasenta akreta

-
- 1. Nama Penyakit/ Diagnosis : PENYAKIT RADANG PANGGUL**
- Yang termasuk penyakit radang panggul adalah :
Keadaan terjadinya infeksi pada genitalia interna yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme yang dapat menyerang endometrium, tuba, ovarium, maupun daerah parametrium, peritoneum panggul baik secara perkontinuitatum dari organ sekitarnya, atau secara hematogen, ataupun sebagai akibat penularan secara hubungan seksual.
Penyakit ini dapat dibagi dalam 2 bagian besar, yaitu:
- A. Penyakit Radang Panggul Akut
 - B. Penyakit Radang Panggul Kronik
- A. PENYAKIT RADANG PANGGUL AKUT**
- 2. Kriteria Diagnosis : Anamnesis**
Badan terasa panas tinggi, sakit kepala, malaise
Nyeri perut bagian bawah dan daerah pelvik
“*Vaginal discharge*” sering yang purulenta
Sering terjadi setelah haid, pemakaian AKDR
- Pemeriksaan fisik :
Nyeri tekan perut bagian bawah;
Nyeri tekan dan nyeri goyang genitalia interna (unilateral ataupun bilateral)
Daerah adneksa teraba kaku
Mungkin pula teraba massa dengan fluktuasi
Suhu rectal dan aksiler
- 3. Diagnosis Diferensial : 1. Apendisitis akut
2. Abortus septik
3. Tumor ovarium terinfeksi**
- 4. Pemeriksaan Penunjang : Ultrasonografi**
- 5. Konsultasi : Bagian bedah untuk menyingkirkan kemungkinan Apendisitis Akut
Bagian Radiologi bila diperlukan foto polos abdomen**
- 6. Terapi : Berobat jalan bila :
Keadaan umum baik
Suhu kurang atau sama dengan 39°C, nyeri abdomen minimal.
Penatalaksanaan:**
- a. Antibiotik berspektrum luas (kombinasi)
 - b. Angkat AKDR
 - c. Analgetik

7. Perawatan Rumah Sakit	d. Tirah baring Kriteria Perawatan : Keadaan umum kurang (tampak sakit berat) Suhu lebih dari 39°C (aksiler) Nyeri abdomen yang hebat Penatalaksanaan : 1. Tirah baring total (posisi Fowler) 2. Pembatasan makanan per oral 3. Pemberian cairan intravena untuk cegah dehidrasi dan asidosis 4. Pasang nasogastrik “tube” bila perut kembung atau ileus 5. Antimikrobia berspektrum luas (kombinasi) dengan cara pemberian parenteral tanpa antipiretik. 6. Lakukan kolpotomi dan drainage melalui kavum Douglasi, bila kavum Douglasi terisi pus dan fluktuasi positif. 7. Laparotomi eksplorasi bila konservatif tidak menunjukkan perbaikan (kriteria perawatan). 8. Bila terjadi abses tubo-ovarial, dilakukan terapi konservatif selama 3 hari dengan harapan massa akan mengecil kemudian laparotomi. 9. Pemantauan atau evaluasi keadaan umum penderita secara : a. Klinis b. Laboratorik c. Pemeriksaan USG
8. Penyulit	: Karena penyakit : septik syok irreversibel Karena penatalaksanaan
9. Informed Consent	: Perlu
10. Lama Perawatan	: Setelah 3 hari bebas panas dan keadaan umum baik, penderita dapat berobat jalan.
11. Masa Pemulihan	: 10-15 hari
12. Autopsi	: Sembuh parsial, sembuh total

1. Nama Penyakit/Diagnosis	: <i>B. PENYAKIT RADANG PANGGUL REKURENS ATAU KRONIK</i>
	Catatan : - Rekurens, bila terjadi terinfeksi yang sifatnya akut - Kronik, bila relatif asimptomatik atau terdapat nyeri pelvik kronik
2. Kriteria Diagnosis	: Anamnesis Riwayat adneksitis akut atau infeksi pelvik lainnya, infeksi postpartum ataupun postabortum Dispareuni Infertilitas Pemeriksaan fisik : Subfebris, takhikardi Nyeri goyang genitalia interna (sifatnya lebih ringan dari keadaan akut) Dapat teraba massa pada daerah adneksa ataupun parametrium, terdapat penebalan dan kaku di daerah adneksa. Mungkin pula teraba massa dengan batas tidak tegas.
3. Diagnosis Diferensial	: 1. Kehamilan ektopik terganggu lama 2. Endometriosis 3. Appendisitis kronis
4. Pemeriksaan Penunjang	: Lekositosis dapat terjadi bila infeksi katif Laju endap darah meningkat
5. Konsultasi	: Bagian Bedah untuk menyingkirkan kemungkinan Apendisitis kronis.
6. Terapi	: Berobat jalan : a. Diatermi b. Antibiotik
7. Perawatan Rumah Sakit	: Perawatan dilakukan bila diperlukan pembedahan karena terapi konservatif gagal. Dalam hal ini dilakukan tindakan laparatomi eksplorasi
8. Penyulit	: Nyeri pelvik kronis Infektilitas
9. Informed Consent	: Tidak tertulis, kecuali bila akan dilakukan pembedahan
10. Output	: Sembuh parsial, sembul total

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **INFEKSI INTRAPARTUM**

Infeksi intra partum yaitu infeksi yang terjadi dalam persalinan yang ditandai suhu naik $> 39^{\circ}\text{C}$, air ketuban keruh kecoklatan, berbau, dan lekosit darah $> 15000/\text{mm}^3$. Infeksi dapat terjadi antepartum, berupa khorioamnionitis, yang mungkin asimtomatik.
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - Biasanya ketuban sudah pecah
 - Suhu $> 38^{\circ}\text{C}$.
 - Air ketuban keruh dan berbauFaktor predisposisi :
 - Distosia
 - Pemeriksaan dalam lebih dari 2 x
 - Keadaan umum lemah
 - Gizi kurang
 - Servisitis, vaginitis
3. **Terapi**

: Penatalaksanaan :
Antibiotik
Ampisillin 4 x 500 mg per hari atau derivatnya

Obstetri :
Persalinan diusahakan pervaginam
Seksio sesarea hanya dilakukan a.l obstetri, misalnya kelainan letak, distosia, gawat janin.
Bila seksio sesaria, pasang drain intraperitoneal di depan plika dan pada kavum Douglasi
Bayi dapat rawat gabung
4. **Perawatan Rumah Sakit** : Perlu segera dirawat di rumah sakit terutama untuk tindakan pengakhiran persalinan.
5. **Penyulit** :
 - Sepsis, syok septik
 - Luka episiotomi/operasi terinfeksi, terbuka sampai "*Burst Abdomen*"
 - Perdarahan
6. **Informed Consent** : Harus tertulis mengenai alternatif tindakan dan prognosis
7. **Lama Perawatan** : Sangat bervariasi :
Partus pervaginam dengan penyulit ditambah observasi 2 hari.
Seksio sesarea dengan penyulit, ditambah observasi 2 hari
Pada prinsipnya, pasien dapat dipulangkan bila bebas panas 3 hari

8. Masa Pemulihan

Tegantung berat ringannya infeksi, jenis tindakan pengakhiran persalinan, komplikasi dan obat – obat-obatan.

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **PERTUMBUHAN JANIN TERHAMBAT**

Pertumbuhan janin terhambat (PJT) ialah keadaan janin dengan berat dan besar yang kurang dari 2 simpang baku menurut usia gestasi.
2. **Kriteria Diagnosis** :
Diagnosis baru dapat ditegakkan bila usia kehamilan telah mencapai 28 minggu ke atas. Pertumbuhan janin dinyatakan terhambat bila secara klinis dan USG didapatkan taksiran berat janin berada di bawah rata-rata 2 simpang baku normal.
Adanya faktor risiko pada ibu seperti :
 - Hipertensi
 - Penyakit paru kronis
 - Penyakit jantung
 - Anemia berat
 - Kurang gizi
 - Penggunaan obat – obatan
 - Merokok
 - Infeksi seperti campakRiwayat PJT sebelumnya
Penambahan berat badan ibu selama kehamilan kurang dari 7 kg pada saat aterm atau berat badan ibu kurang dari 45 kg.
Penambahan tinggi fundus uteri yang kurang dari 10 persentil menurut kurva normal
3. **Diagnosis Diferensial** : Preterm
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
USG berkala (serial) untuk menentukan :
 - Diameter biparietal (BPD)
 - Lingkaran kepala
 - Lingkaran perut
 - Volume air ketuban
 - Cacat bawaan
 - Panjang femurKardiotokografi :
Tes tanpa kontraksi dan tes dengan kontraksi (NST,OCT) berkala tiap 3-7 hari tergantung kondisi, bila perlu dilakukan 2 x /hari
5. **Konsultasi** : Dokter Spesialis Anak
6. **Terapi** :
Penatalaksanaan :
Penanganan terutama berdasarkan kausanya. Secara umum, setiap kasus pertumbuhan janin terhambat dikelola sbb :
 - Istirahat baring (tidur miring)
 - Minum > 2000 ml/hari

- Makan : kalori > 2100 kal/hari

Secara khusus : misalnya penurunan tekanan darah pada kasus PEB hingga diastolik mencapai 90 mmHg.

Terminasi kehamilan :

Bila pertumbuhan janin berdasarkan pemeriksaan USG masih berlangsung terminasi dilakukan pada kehamilan 38 minggu.

Bila pertumbuhan janin tidak ada, maturitas paru cukup (biasanya pada kehamilan 35 minggu), lakukan terminasi dengan cara :

- a. Janin reaktif :

Induksi persalinan dengan didahului pematangan serviks

- b. Janin non reaktif atau terdapat gejala gawat janin :

Seksio sesarea

Bayi : memerlukan perhatian khusus dalam penanganannya (khususnya bayi dengan asfiksia).

Sambil menunggu ASI jumlahnya optimal, dapat diberikan pengganti ASI.

- 7. **Perawatan Rumah Sakit** : Perlu di rawat atas indikasi ibu untuk pengobatan kausal dan penilaian tentang kesejahteraan janin atau perencanaan terminasi kehamilan. Perawatan dilakukan menjelang terminasi.
- 8. **Penyulit** : Tergantung keadaan janin :
 - PJT simetrik : akibat kelainan genetik
 - PJT asimetrik : hipoksia akibat insufisiensi plasenta, infeksi dll
 - Kematian janin dalam kandungan / diluar kandungan
 - Cacat bawaan
- 9. **Informed Consent** : Perlu tertulis tentang tindakan yang akan dilakukan dan prognosis
- 10. **Lama Perawatan** : Sangat tergantung usia kehamilan dan keadaan janin
Hal ini berkaitan dengan saat terjadinya atau kapan diagnosis ditegakkan, selama lamanya dari 28 minggu sampai 38 minggu kehamilan.
- 11. **Masa Pemulihan** : Ibu : Partus spontan 40 hari
Seksio sesarea 3 bulan
Anak : sangat tergantung dari berat dan keadaan waktu dilahirkan.

- 12. Output** : Bila tidak ada penyakit-penyakit dapat sembuh
Perlu dicari penyebab sehingga PJT tidak terulang
Mortalitas : Bayi asimetrik mortalitasnya < 10 %
Bayi simetrik dan akibat infeksi
mortalitasnya 80 %
Angka seksio sesarea : 20 %
- 13. Patologi Anatomi** : Pemeiksaan plasenta
- 14. Autopsi** : Bila bayi mati, terutama pada kehamilan bawaan

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **HIPEREMESIS GRAVIDARUM**

Hiperemesis gravidarum adalah keadaan dimana penderita muntah – muntah yang berlebihan lebih dari 10 kali dalam 24 jam atau setiap saat, sehingga mengganggu kesehatan penderita.
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - Muntah – muntah yang sering sekali
 - Perasaan tenggorokan kering dan rasa haus
 - Kulit dapat menjadi kering (tanda dehidrasi)
 - Berat badan turun dengan cepat
 - Pada keadaan yang lebih berat dapat timbul ikterus, dan gangguan saraf
3. **Diagnosis Diferensial** : Hepatitis dalam kehamilan
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - Urine
 - Fungsi liver
5. **Konsultasi** :
 - Penyakit Dalam
 - Penyakit Jiwa
 - Spesialis saraf
6. **Terapi** : Segera penderita dirawat, berikan cairan perinfus (glucose 5 – 10 % dan NaCl fisiologik. Obat anti emetik, intra muskuler atau perinfus. Penderita dipuaskan sampai muntah telah berkurang, diukur jumlah muntah (cairan yang dimuntahkan) dan cairan yang diberikan dan diuresis dalam 24 jam. Ukur balans cairan setiap hari.
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Segera
8. **Penyulit** : Bila berat : dehidrasi, gangguan fungsi hepar, dan febris.
9. **Informed Consent** : Perlu
10. **Lama Perawatan** :
 - Ringan : 7 hari
 - Berat : sangat terganggu dengan penyulit yang telah didapat
11. **Masa Pemulihan** : Sampai usia kehamilan sudah 4 bulan
12. **Output** : Pada umumnya baik

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **TRANSLOKASI AKDR**

Translokasi Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah suatu keadaan dimana AKDR berada diluar kavum uterus pada akseptor AKDR.
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - Tidak dijumpainya filamen pada pemeriksaan *Vaginal Toucher* dan *In Spekulo*.
 - Tidak terabanya AKDR pada pemeriksaan sonde kavum uteri
3. **Diagnosis Diferensial** : IUD intra uterin
4. **Pemeriksaan Penunjang** : Pemeriksaan histeroskopi (bila sarana tersedia) :
Pemeriksaan radiologik /USG
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** : Dilakukan laparotomi untuk pengangkatan AKDR/laparoskopi
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Saat pengangkatan akan dilakukan
8. **Penyulit** :
 - Obstruksi atau perforasi usus
 - Perlekatan
9. **Informed Consent** : Dibuat secara tertulis
10. **Lama Perawatan** : 3-5 hari
11. **Masa Pemulihan** : 40 hari
12. **Output** : Biasanya sembuh total

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **KEHAMILAN LEWAT WAKTU**
2. **Kriteria Diagnosis** : Kehamilan telah melebihi usia kehamilan 42 minggu
3. **Diagnosis Diferensial** : Kehamilan aterm
4. **Pemeriksaan Penunjang** : Pemeriksaan sitologi vagina dengan melihat kelompok sel, derajat deskuamasi, sel – sel navikuler ataupun peningkatan indeks karlopiotik dapat membantu menyatakan gambaran sitologi aterm.
Rontgenologik menilai pusat penulangan pada os kuboid yang terjadi pada saat aterm. Penulangan pada bagian atas dari tibia juga terjadi pada saat yang sama, tapi kurang dapat dipercaya.
Penilaian ultrasonografi, ukuran diameter biparietal janin tak dapat dipakai pada kehamilan telah aterm, apalagi jika kepala sudah masuk kedalam rongga panggul. Penilaian jumlah air ketuban dan derajat maturitas plasenta dapat dipakai untuk menilai kehamilan lewat waktu. Penilaian kardiotokografi dapat dipakai untuk menilai kesejahteraan janin yang lebih berhubungan dengan melacak adanya hipoksia janin. Penilaian warna air ketuban dengan amnioskopi atau amniotomi dan gambaran kardiotokografi akan sangat membantu menilai adanya hipoksia intrauterin (NST, OCT).
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** : Induksi persalinan didahului dengan pemecahan ketuban dengan oksitosin drip jika tidak ada kontraindikasi obstetrik dan belum didapatkan tanda – tanda hipoksia intrauterin.
Seksio sesarea merupakan indikasi pengakhiran kehamilan jika telah didapatkan tanda –tanda hipoksia intrauterin.
7. **Perawatan Rumah Sakit** :
 1. Perlu dirawat bila akan dilakukan tindakan pengakhiran kehamilan.
 2. Segera jika ada hipoksia intrauterin, biasa jika belum didapatkan tanda hipoksia intrauterin.
8. **Penyulit** :
 1. Kematian janin, aspirasi mekoneum, gangguan pembekuan darah
 2. Trauma kepala janin

- 9. Informed Consent** : Baik untuk induksi persalinan ataupun seksio sesarea harus tertulis
- 10. Lama Perawatan** : 6 Minggu (40 hari)
- 11. Output** : Sembuh total jika tidak ada komplikasi luka bedah
- 12. Patologi Anatomi** : Tidak spesifik untuk menilai plasenta pada kehamilan lewat waktu

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **BEKAS SEKSIO SESAREA**
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - Operasi seksio sesarea pada kehamilan terdahulu
 - Parut bekas seksio sesarea
 - Hamil
 - Persalinan pervaginam sebelumnya
 - Indikasi seksio sesarea
 - Jumlah seksio sesarea telah dialami

Pemeriksaan kehamilan LI-LIV untuk menentukan besar anak dan letak anak :

 - Komplikasi pasca bedah
 - Usia kehamilan
 - Jenis insisi, keadaan parut luka terdahulu
3. **Diagnosis Diferensial** : Tidak ada
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - Ro pelvimetri pada panggul suspek sempit
 - USG untuk menentukan usia kehamilan pada trimester I
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** :
 - a. Seksio sesarea apabila :
 - Seksio sesarea terdahulu seksio sesarea klasik/korporal
 - Penyembuhan luka operasi buruk
 - Sudah dua kali atau lebih seksio sesarea

Disertai oleh penyulit lain seperti :

 - Kelainan letak
 - Kelainan presentasi
 - Kehamilan lewat waktu dengan pelvik skor rendah
 - Plasenta previa
 - D.S.P (CPD)
 - Distosia
 - b. Partus pervaginam bila hal-hal diatas tidak ada
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Dirawat 2 minggu sebelum taksiran persalinan apabila :
 - Tingkat pendidikan rendah
 - Transportasi sulit
 - Tempat tinggal jauh
 - Untuk pendidikan

- 8. Penyulit** :
 - Ruptura uteri
 - Kematian janin
- 9. Informed Consent** : Tertulis
- 10. Lama Perawatan** : 5-7 hari
- 11. Masa Pemulihan** : 6 minggu

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **ASFIKSIA INTRAUTERIN**
Asfiksia intrauterin adalah keadaan kekurangan oksigen dan penimbunan karbondioksida yang menyebabkan asidosis intrauterin sebagai akibat gangguan pertukaran gas melalui plasenta.
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - a. Kehamilan risiko tinggi
 - b. Bunyi jantung bayi bradikardia/takhikardia
 - c. Gerakan janin kurang dari 4 kali dalam 10 menit dengan alat kardiotokografi
 - d. Pertumbuhan terlambat
 - e. Mekonium dalam air ketuban
3. **Diagnosis Diferensial** : Tidak ada
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - a. Kardiotokografi (CTG), NST and OCT
 - b. Amnioskopi
 - c. Ultrasonografi
5. **Konsultasi** : Kalau ada konsultasi Perinatologi/Anak
6. **Terapi** :
 - Posisi ibu berbaring miring ke kiri untuk menghilangkan kompresi pada vena kava inferior
 - Pemberian obat tokolisis misalnya salbutamol 0,5 mg/IV atau terbutaline sulfat 0,5 mg/IV
 - Pemberian oksigen pada ibu
 - Infus glukosa 5 %
 - Pengakhiran kehamilan
 - Pervaginam bila syarat- syarat dipenuhi dan telah dicapai kala II
 - Seksio sesarea apabila syarat persalinan pervaginam belum dipenuhi
7. **Perawatan Rumah Sakit** : Perlu untuk pemeriksaan lebih lanjut dan tindakan pengakhiran kehamilan
8. **Penyulit** :
 - Kematian janin
 - Parut pada perut ibu karena tindakan operasi (seksio sesarea)
9. **Informed Consent** : Perlu tertulis
10. **Lama Perawatan** :
 - Untuk ibu bila ada penyulit 3-4 hari
 - Untuk anak sangat tergantung dari kuat dan keadaan anak
 - Untuk ibu yang dilakukan tindak seksio sesarea 5-7 hari
11. **Masa Pemulihan** :
 - Ibu : partus pervaginam 40 hari
 - Seksio sesarea 3 bulan
12. **Output /Lengkap** :
 - Anak mati , atau kelainan/skuele

- Ibu sembuh total

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM**

Kematian janin dalam rahim ialah kematian janin dalam uterus yang beratnya 500 gram atau lebih, usia kehamilan telah mencapai 20 minggu atau lebih
2. **Kriteria Diagnosis** : Kandungan tidak bertambah besar bahkan terasa mengecil, gerakan anak tidak dirasakan, bunyi jantung janin tak ada pada pemeriksaan, terasa uterus kurang tegas bentuknya dari uterus yang hamil normal.
Terasa krepitasi pada pemeriksaan (tanda ada penimbunan gas dalam tubuh).
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - Mioma uteri
 - Mola hidatidosa
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 1. Ultrasonografi : Terlihat gerakan dan denyut jantung janin tak ada, tampak tulang – tulang janin letaknya tak teratur/tegas.
 2. Foto rontgen polos abdomen : tampak tanda spalding dan tulang punggung yang lebih melengkung, posisi janin yang abnormal, dan penimbunan gas dalam rongga tubuh.
5. **Konsultasi** : Tidak ada
6. **Terapi** :
 1. Pasif :
 - Menunggu persalinan spontan dalam waktu 2-4 minggu
 - Penilaian kadar fibrinogen tiap minggu
 2. Aktif :
 - Bila uterus besarnya kurang dari uterus dengan kehamilan 12 minggu dilakukan dilatasi kuretase
 - Bila uterus lebih besar dari ad.1 dilakukan induksi persalinan dengan pitosin infus, dengan lebih dulu dilakukan pelebaran pembekuan serviks dengan memasang batang laminaria, atau pemasangan prostaglandin suppositoria pervaginam, atau polikateter.
 - Dalam persalinan segera dilakukan pengakhiran persalinan sesuai dengan sarat yang dipenuhi.

Indikasi tindakan aktif adalah :

- 1) Permintaan penderita
- 2) Janin telah meninggal lebih dari 2-4 minggu
- 3) Kadar fibrinogen darah telah menurun kurang dari 150 mg/dl
- 4) Pasien telah inpartu

7. **Perawatan Rumah Sakit** : Segera bila akan ditindak atau ada penyulit
8. **Penyulit** :
 - Karena penyakit gangguan pembekuan darah (hipofibrinogenemia)
 - Karena tindakan, perforasi uterus
9. **Informed Consent** : Perlu
10. **Lama Perawatan** :
 - Pasca D/K 1-2 hari
 - Persalinan pervaginam tanpa penyulit 3-4 hari
 - Persalinan perabdominal 3 bulan dan pulih betul 2 tahun
11. **Output** : Umumnya baik

1. **Nama Penyakit/ Diagnosis** : **PERDARAHAN UTERUS DISFUNGSIONAL**

Perdarahan Uterus Disfungsional adalah perdarahan abnormal dari uterus (lamanya, frekuensi, jumlah) yang terjadi di dalam dan diluar siklus haid kehamilan tanpa kelainan organik dan hematologi, merupakan kelainan poros hipotalamus-hipofisis ovarium.
2. **Kriteria Diagnosis** :
 - Terjadinya perdarahan pervaginam yang tidak normal (lamannya, frekuensi dan jumlah) yang terjadi di dalam maupun diluar siklus haid.
 - Tidak ditemukan kelainan organik maupun kelainan hematologi faktor pembekuan)
 - Hanya ditemukan kelainan fungsi poros hipotalamus – hipofisis – ovarium dan organ (= endometrium).
 - Usia terjadinya :
 - perimenars (usia 8-16 tahun)
 - masa reproduksi (usia 16-35 tahun)
 - perimenopause (usia 45-65 tahun)
3. **Diagnosis Diferensial** :
 - Kelainan organik
 - Kelainan hematologi
4. **Pemeriksaan Penunjang** :
 - Biopsi D/K bila tidak ada kontra indikasi
 - Pemeriksaan USG
 - Pemeriksaan hematologi
 - Pemeriksaan hormon reproduksi : FSH, LH, prolaktin, E2 dan progesterone, prostaglandin F2 (bila ada fasilitas laboratorium).
5. **Konsultasi** :
 - Dokter Spesialis Hematologi
 - Dokter Spesialis Patologi Anatomi
6. **Terapi** ; Terapi operatif :
Dilatasi dan kuretase
 - Sudah menikah
 - “Life saving” untuk belum menikah
Pengobatan hormonal :
PUD ovulasi :
Perdarahan pertengahan siklus
Estrogen 0,625-1,25 mg hari ke 10-15 siklus

Perdarahan bercak pra haid

Progesteron 5-10 mg hari ke 17-26 siklus

Perdarahan pasca haid

Estrogen 0,625-1,25 mg, hari ke 2-7 siklus

Polimenorea

Progesteron 10 mg, hari ke 18-25 siklus

PUD anovulasi

Menghentikan perdarahan segera

- Kuret medisinalis
 - Estrogen selama 20 hari diikuti progesteron 5 hari
 - Pil KB kombinasi
2 x 1 tablet 2-3 hari diteruskan
1x 1 tablet 21 hari
 - Progesteron
10-20 mg selama 7-10 hari

Setelah darah berhenti atur siklus

- Dengan E+P selama 3 siklus
- Pengobatan sesuai kelainan
 - Anovulasi – stimulasi klomifen
 - Hiperprolaktin-bromokriptin
 - Polikistik ovarii- kortikosteroid- lanjutkan stimulasi klomifen

Perdarahan banyak, anemia (PUD berat)

- Estrogen konjugasi 25 mg intravena diulang tiap 3-4 jam atau
- Progesteron 100 mg (etinodiol asetat, DMPA).

Setelah darah stop, atur haid

- Dengan kombinasi estrogen 20 hari dan diikuti progesterone 5 hari
- Setelah 3 bulan, pengobatan disesuaikan dengan kelainan hormonal

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| 7. Perawatan Rumah Sakit | : | <ul style="list-style-type: none"> - Perlu untuk tindakan dilatasi kuretase - Pada PUD berat seperti disertai anemia/perdarahan banyak |
| 8. Penyulit | : | <ul style="list-style-type: none"> - Perforasi - Anemia berat |
| 9. Informed Consent | : | Perlu untuk tindakan D/K |
| 10. Lama Perawatan | : | Pasca dilatasi kuretase arau suntikan estrogen intravena, rawat 2-3 hari |
| 11. Masa Pemulihan | : | Satu minggu setelah perawatan |
| 12. Output | : | Baik |

PANDUAN PRAKTIK KLINIK DIABETES MELITUS TIPE 2 ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya

II. ANAMNESIS

1. Keluhan klasik DM : poliuria, polidipsi, polifagia dan penurunan BB yang tidak dapat dijelaskan sebabnya
2. Keluhan lain dapat berupa : lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tinggi badan, berat badan, lingkar pinggang
2. Tekanan darah
3. Tanda neuropati
4. Mata(visus, lensa mata dan retina)
5. Rongga mulut dan kelenjar tiroid
6. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah, termasuk jari (termasuk rabaan nadi kaki), kulit dan kuku

IV. KRITERIA DIAGNOSIS

1. Gejala klasik DM+glukosa plasma sewaktu $\geq 200\text{mg/dl}$
Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir, atau
2. Gejala klasik DM + Kadar glukosa plasma puasa $\geq 126\text{mg/dl}$
Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam, atau
3. Kadar gula plasma 2 jam pada TTGO $\geq 200\text{mg/dl}$
TTGO yang dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gr glukosa yang dilarutkan ke dalam air

V. DIAGNOSIS KERJA

Diabetes Melitus

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Toleransi Glukosa Terganggu
2. Glukosa Darah Puasa Terganggu

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium

1. Hb, leukosit, hitung jenis leukosit, laju endap darah
2. Glukosa darah puasa dan 2 jam sesudah makan

3. Urinalisis rutin, proteinuria 24jam, CCT ukur, kreatinin
4. Albumin/Globulin dan ALT
5. Kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL, Trigliserida
6. A1C (dilakukan setiap 3-6 bulan)
7. Mikroalbuminiuria

Pemeriksaan penunjang lain :

1. EKG
2. Foto Thoraks
3. Funduskopi

VIII. TERAPI

1. Edukasi

Edukasi meliputi pemahaman tentang :

- penyakit DM
- makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan DM secara berkelanjutan
- penyulit DM dan risikonya
- intervensi farmakologis dan nonfarmakologis
- interaksi antara asupan makanan, aktivitas fisik, dan obat hipoglikemik oral atau insulin serta obat-obatan lain
- Cara pemantauan glukosa darah dan pemahaman hasil glukosa darah
- Mengatasi sementara keadaan gawat darurat
- Pentingnya latihan jasmani yang teratur
- Masalah khusus yang dihadapi
- Pentingnya perawatan kaki
- Cara mempergunakan fasilitas perawatan kesehatan

2. Terapi Nutrisi Medis

- Perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan
- Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi : karbohidrat 45-65%, lemak 20-25%, protein 10-15%
- Penghitungan kebutuhan kalori :
 - a. Perhitungan BB idaman(BBI) dengan rumus Brocca: $BBI = (TB \text{ dalam cm} - 100) \times 90\% \times 1\text{kg}$
Bagi pria dengan TB <160cm dan wanita TB < 150cm, rumus dimodifikasi menjadi :
 $BBI = (TB \text{ dalam cm} - 100) \times 1\text{kg}$
BB Normal : BB ideal $\pm 10\%$ Kurus : BB ideal -10% Gemuk : BB ideal +10%
 - b. Jumlah kalori basal per hari : Laki-laki : 30 kal/kgBB idaman Wanita : 25kal/kgBB idaman

- c. Penyesuaian (terhadap kalori basal/hari) :
- Umur
 - 40-49 tahun -5%
 - 60-69 tahun -10%
 - >70tahun -20%
 - Aktivitas fisik
 - Istirahat
 - +10% Aktivitas ringan
 - +20% Aktivitas sedang
 - +30% Aktivitas sangat Berat
 - +50%
 - Status gizi (Berat Badan)
 - BB gemuk
 - 20% BB lebih
 - 10%
 - BB kurus
 - +20-30%
- Makanan sejumlah kalori terhitung dengan komposisi diatas dibagi dalam 3 porsi besar untuk makan pagi(20%), siang (30%), dan sore (25%), serta 2-3porsi makanan ringan

3. Latihan jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4kali seminggu selama kurang lebih 30 menit) dengan prinsip CRIPE (Continuous, Rhytmical, Interval, Progressive, Endurance)

4. Intervensi farmakologis

a. Obat hipoglikemik oral

- Insulin secretagogue : sulfonilurea, glinid
- Insulin sensitizing : metformin, tiazolidindion
- Penghambat glukoneogenesis : metformin
- Penghambat alfa glukosidase : acarbose
- DPP-IV inhibitor

b. Insulin

Indikasi :

- Penurunan BB yang cepat
- Hiperglikemia berat diikuti ketosis
- KAD
- Hiperglikemia hiperosmolar non ketotik
- Hiperglikemia dengan asidosis laktat
- Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- Stres berat(infeksi sistemik, operasi besar, IMA, stroke)
- Kehamilan dengan DM/DM gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan
- Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- Kontraindikasi atau alergi terhadap OHO

IX. EDUKASI

Sesuai terapi edukasi

X. PROGNOSIS

Dubia ad bonam

XI. KEPUSTAKAAN

1. Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2011
2. Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam edisi V bab Diabetes Melitus 2011

PANDUAN PRAKTIK KLINIK DEMAM BERDARAH DENGUE /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Demam berdarah dengue adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* serta memenuhi kriteria WHO untuk demam berdarah dengue (DBD)

II. ANAMNESIS

1. Demam atau riwayat demam akut, antara 2-7 hari, biasanya bifasik
2. Sakit kepala
3. Nyeri retro orbital
4. Mialgia
5. Artralgia

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Febris
2. Terdapat minimal satu dari manifestasi perdarahan berikut ini :
 - Uji tourniquet positif (>20 petekie dalam $2,54\text{cm}^2$)
 - Petekie, ekimosis, atau purpura
 - Perdarahan mukosa, saluran cerna, bekas suntikan, atau tempat lain
 - Hematemesis atau melena

IV. KRITERIA DIAGNOSIS

Kriteria diagnosis WHO 1997 untuk DBD harus memenuhi :

1. Demam atau riwayat demam akut, antara 2-7 hari, biasanya bifasik
2. Terdapat minimal satu dari manifestasi perdarahan berikut ini :
 - Uji tourniquet positif (>20 petekie dalam $2,54\text{cm}^2$)
 - Petekie, ekimosis, atau purpura
 - Perdarahan mukosa, saluran cerna, bekas suntikan, atau tempat lain
 - Hematemesis atau melena
3. Trombositopenia ($\leq 100.000/\text{mm}^3$)
4. Terdapat minimal satu tanda-tanda plasma leakage
 - Hematokrit meningkat $> 20\%$ dibanding hematokrit rata-rata pada usia, jenis kelamin dan populasi yang sama
 - Hematokrit turun hingga $> 20\%$ dari hematokrit awal, setelah pemberian cairan
 - Terdapat efusi pleura, efusi perikard, ascites dan hipoproteinemia

Derajat DBD

1. Derajat I : Demam disertai gejala konstipasi yang tidak khas, manifestasi perdarahan hanya berupa uji tourniquet positif dan atau mudah memar
2. Derajat II : Derajat I disertai perdarahan spontan
3. Derajat III : Terdapat kegagalan sirkulasi : nadi cepat dan lemah atau hipotensi, disertai kulit dingin dan lembab serta gelisah

4. Derajat IV : Renjatan :tekanan darah dan nadi tidak teratur. DBD derajat III dan IV digolongkan dalam sindrom renjatan dengue

V. DIAGNOSIS KERJA

Demam Berdarah Dengue

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Chikungunya
2. Leptospirosis
3. Demam typoid
4. Influenza

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Darah rutin
2. IgM dan Ig G Dengue
3. X ray thorak

VIII. TERAPI

1. Non Farmakologis : tirah baring, makanan lunak
2. Farmakologis
Simptomatis : antipiretik, parasetamol bila demam

IX. EDUKASI

Kebersihan lingkungan

X. PROGNOSIS

Baik

XI. KEPUSTAKAAN

1. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V Bab Demam Berdarah Dengue 2011
2. Panduan Pelayanan Medik Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia 2009

PANDUAN. PRAKTIK KLINIK HEPATITIS VIRUS AKUT /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Hepatitis virus akut adalah inflamasi hati akibat infeksi virus hepatitis yang berlangsung <6 bulan. Paling sering disebabkan oleh virus hepatotropic (A,B,C,D)

II. ANAMNESIS

Gejala sistemik:

1. Demam
2. Malaise
3. fatigue
4. Kuning (icteric)
5. Nyeri otot
6. Urine berwarna gelap

Gejala saluran cerna:

1. Mual
2. Muntah
3. Nyeri perut kuadran kanan atas

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Demam
2. Sclera ikterik
3. Kulit berwarna kuning
4. Hepatomegali

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK

1. Terdapat tanda dan gejala hepatitis
2. Terdapat kenaikan titer ALT, AST, bilirubin
3. Sero marker hepatitis virus (+)
4. Rawat inap pada pasien dengan tanda acute liver failure

V. DIAGNOSIS KERJA

Hepatitis virus

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Hepatitis karena obat
2. Hepatitis alkoholik

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Darah rutin

Liver Function Test:

1. Bilirubin total

2. Bilirubin direct
3. Bilirubin indirect
4. ALT
5. AST
6. Alkali fosfatase

Seromarker hepatitis:

1. IgM HAV
2. HBsAg
3. Anti HBs
4. Anti HBc
5. HBeAg
6. HBV DNA
7. Anti HCV & HCV RNA

VIII. TERAPI

Terapi suportif:

1. Tirah baring
2. Diet agar hidrasi dan kalori cukup, pembatasan protein hanya pada pasien ensefalopati hepatic
3. Terapi simptomatis

Terapi farmakologi:

Terapi hepatitis A: Terapi suportif

Terapi hepatitis B kronik: Lamivudin , Telbivudine

Terapi hepatitis C kronik: Interferon, Ribavirin

IX. EDUKASI

1. Cukup istirahat
2. Hindari factor risiko penularan
3. Imunisasi hepatitis untuk keluarga

X. PROGNOSIS

Hepatitis A baik Hepatitis B dubia Hepatitis C dubia

XI. KEPUSTAKAAN

1. World Gastroenterology Organisation Practice Guideline: Management of Acute Viral Hepatitis 2008
2. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V Bab Hepatitis Viral Akut. 2011
3. Panduan Standar Pelayanan Medis Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia 2009.

PANDUAN PRAKTIK KLINIK DEMAM TYPHOID /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Demam tifoid merupakan penyakit sistemik akut yang disebabkan oleh infeksi kuman *Salmonella typhii* atau *Salmonella paratyphii*

II. ANAMNESIS

1. Demam naik secara bertahap pada minggu pertama, lalu demam menetap(kontinyu)atau remitten pada minggu kedua
2. Demam terutama sore/malam hari
3. Sakit kepala
4. Nyeri otot
5. Anoreksia
6. Mual, muntah
7. Konstipasi atau diare

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Febris
2. Kesadaran berkabut/apatis
3. Bradikardia relatif (peningkatan suhu 1°C tidak diikuti peningkatan denyut nadi 8x/menit)
4. Lidah berselaput(kotor di tengah, tepi dan ujung merah, serta tremor)
5. Hepatomegali
6. Splenomegali
7. Nyeri abdomen
8. Roseola (jarang pada orang Indonesia)

IV. KRITERIA DIAGNOSIS

1. Sesuai dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
2. Laboratorium:
 - a. Darah rutin : Dapat ditemukan lekopeni, leukositosis atau normal, Anesoniifilia, Limfopenia, Peningkatan LED, Anemia ringan, Trombositopenia,
 - b. Test fungsi liver : dapat muncul Gangguan fungsi hati
 - c. Kultur darah (biakan empedu) positif, Kultur darah negatif tidak menyingkirkan diagnosis
 - d. Widal: Peningkatan titer uji widal ≥ 4 kali lipat setelah satu minggu memastikan diagnose, Uji widal tunggal dengan titer antibodi O 1/320 atau H 1/640 disertai gambaran klinis khas mnyokong diagnosis
 - e. Test Tubex

V. DIAGNOSIS KERJA

Demam Typoid

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Infeksi virus
2. Leptospirosis
3. DHF
4. Malaria

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Darah perifer lengkap
2. Serologi Widal dan Tubex
3. Kultur
4. Tes fungsi hati

VIII. TERAPI

1. Nonfarmakologis: tirah baring, makanan lunak rendah serat
2. Farmakologis
 - a. Simptomatis b. Antibiotik :
 - Sefalosporin generasi III : yang terbukti efektif adalah seftriakson 3-4 gram dalam dekstrosa 100cc selama ½ jam per infus sekali sehari selama 3-5 hari. Dapat diberikan sefotaksim 2-3x1gram, sefoperazon 2x1gram
 - Flourokuinolon
 - Norfloksasin 2x400mg/hari selama 14 hari
 - Siprofloksasin 2x500mg/hari selama 6 hari
 - Ofloksasin 2x400mg/hari selama 7hari
 - Levofloksasin 1x 500/hari selama 7 hari

IX. EDUKASI

1. Higienitas makanan
2. Cukup istirahat

X. PROGNOSIS

Baik

XI. KEPUSTAKAAN

1. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi V bab Demam Typhoid 2011
2. Panduan Pelayanan Medik Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia 2009

PANDUAN PRAKTIK KLINIK GAGAL JANTUNG /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Penyakit gagal jantung didefinisikan sebagai ketidaknormalan dari struktur dan fungsi jantung yang mengakibatkan kegagalan jantung untuk mengirimkan oksigen pada tingkat yang sesuai dengan kebutuhan metabolisme jaringan meskipun tekanan pengisian adalah normal.

II. ANAMNESIS

Pasien mengeluh:

1. Sesak napas
2. Mudah lelah
3. Merasa lemah
4. Bengkak pada kaki

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum: kesadaran, status nutrisi, berat badan
2. Nadi: frekuensi, ritme, konfigurasi nadi
3. Tekanan darah: sistolik, diastolik, tekanan nadi
4. Tanda kelebihan cairan: tekanan vena jugularis, edem perifer, hepatomegali, ascites
5. Paru Paru: frekuensi napas, ronki basah, efusi pleura
6. Jantung: perpindahan Apex jantung, irama Gallop, suara jantung ke 3, bising jantung

Bisa didapatkan:

1. Takikardi,
2. Takipneu,
3. Cardiomegali
4. Bunyi Jantung Ke 3
5. Bising Jantung
6. Ronki Basah,
7. Efusi Pleura
8. Peningkatan Tekanan Vena Jugularis
9. Edem Perifer
10. Hepatomegali

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK

Menggunakan kriteria Framingham: Kriteria mayor:

1. Paroksimal nocturnal dyspneu
2. Rongki basah
3. Irama gallop
4. Kardiomegali

5. Distensi vena leher
6. Peningkatan tekanan vena jugularis
7. Edema paru akut
8. Refleuks hepato jugular

Kriteria minor:

1. Edem ekstremitas
2. Batuk malam hari
3. Sesak saat aktivitas
4. Hepatomegali
5. Efusi pleura
6. Takikardi

Diagnosis: paling sedikit 1 kriteria mayor dan 2 criteria minor

Rawat inap untuk pasien dengan NYHA grade III-IV

V. DIAGNOSIS KERJA

Gagal jantung

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Penyakit paru: pneumonia, asma, emboli paru
2. Penyakit ginjal: gagal ginjal kronik
3. Penyakit hati: sirosis hepatis

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Elektrokardiografi: Normal, Abnormal, Disritmia
2. X Ray Thorak: Cardiomegaly, Edema Paru
3. Echocardiografi: Pemeriksaan Frase Ejeksi
4. Pemeriksaan Laboratorium:
 - a. Darah Rutin
 - b. Gula Darah
 - c. Profil Lipid
 - d. Ureum-Kreatinin
 - e. GFR
 - f. Elektrolite Darah
 - g. Urinalisis
 - h. Test Fungsi Hati
 - i. Tes fungsi Tiroid

VIII. TERAPI

Tindakan umum:

Pertahankan patensi jalan napas

Suplementasi oksigen sesuai saturasi oksigen

Terapi non farmakologi:

1. Tirah baring untuk NYHA grade III-IV
2. Diet rendah garam
3. Batasi intake cairan
4. Hentikan rokok, alcohol

5. Batasi/sesuaikan aktivitas fisik

Terapi farmakologi:

1. Diuretic diberikan untuk menghilangkan tanda dan gejala congestif
2. ACEI (atau ARB jika ACEI tidak dapat ditoleransi) (direkomendasikan class I level evince A)
3. Beta blocker (direkomendasikan class I level evince A)
4. MRA direkomendasikan pada pasien dengan gagal jantung dengan gejala menetap setelah pengobatan dengan ACEI+ beta blocker (direcomendasikan class I level evidence A)

Terapi penyakit dasar atau penyakit Co-Morbid

1. Infark jantung
2. DM
3. Kelainan tiroid
4. Hipertensi
5. Dll

IX. EDUKASI

Edukasi tentang

1. Definisi gagal jantung
2. Terapi farmakologi
3. Diet: rendah garam, diet sesuai factor risiko dan penyakit co morbid misal DM, alcohol, merokok
4. Latihan: pastikan kembali olahraga yang nyaman untuk pasien.
5. Imunisasi influenza dan pneumococcal.

X. PROGNOSIS

Menentukan prognosis gagal jantung sangat kompleks, tergantung pada etiologi, usia, penyakit co morbid, progresivitas,

progonis jelek jika:

1. Usia lanjut
2. Etiologi adalah iskemia/infark jantung
3. Hipotensi
4. NYHA grade III-IV
5. Sering dirawat di rumah sakit
6. EKG didapatkan: ventricular aritmia
7. Puncak VO₂ yang rendah
8. Gangguan eltrolit
9. Left ventricle ejection fraction yang rendah

XI. KEPUSTAKAAN

1. ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure, 2012
2. Panduan Standar Pelayanan Medis Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia 2009

PANDUAN PRAKTIK KLINIK PENYAKIT HIPERTENSI /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Hipertensi adalah

1. Peningkatan tekanan darah Sistolik ≥ 140 mmhg dan atau Peningkatan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmhg Atau
2. Dalam terapi obat anti hipertensi

II. ANAMNESIS

1. Riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya, riwayat minum obat anti hipetensi.
2. Riwayat keluarga hipertensi dan atau penyakit kardiovaskuler, Riwayat merokok, Diabetes melitus, obesitas, inaktifitas fisik, dislipidemia
3. Kepala terasa nyeri, berat, leher kaku terutama pagi hari bangun tidur
4. Dapat tanpa gejala

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Hasil rata-rata pengukuran tekanan darah yang dilakukan minimal 2 kali tiap kunjungan, pada 2 kali kunjungan, dengan posisi duduk setelah beristirahat 5 menit adalah $\geq 140/90$ mmhg.
2. Jantung dalam batas normal atau ada pembesaran ventrikel kiri
3. Pemeriksaan fisik sesuai kerusakan target organ

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK

Sesuai kriteria JNC VII

BLOOD PRESSURE CLASSIFICATION	SBP MMHg	DBP MMHg
NORMAL	<120	and <80
PREHYPERTENSION	120–139	or 80–89
STAGE 1 HYPERTENSION	140–159	or 90–99
STAGE 2 HYPERTENSION	≥ 160	or ≥ 100

V. DIAGNOSIS KERJA

1. Hipertensi stage 1
2. Hipertensi stage 2

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Hipertensi sekunder

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium:

1. Darah rutin
2. Urin Rutin,
3. Ureum
4. Kreatinin,
5. Elektrolit Darah Na, K, Cl, Ca, Mg, P Anorganik,
6. Gula darah,
7. Profil lipid

Pemeriksaan radiologi:

1. X foto thoraks

Pemeriksaan lain:

1. EKG
2. Funduskopi

VIII. TERAPI

1. Perubahan/ modifikasi gaya hidup (batasi asupan garam, turunkan berat badan jika berlebih, olah raga teratur, tak merokok, bebas alkohol ,meditasi).
2. Obat anti Hipertensi (diuretik, beta bloker, ACE inhibitor, ARB, Ca channel bloker, Anti aldosteron, Direct vasodilator, α receptor central acting)
3. Hipertensi stage 1 dapat diberikan monoterapi, bila disertai faktor risiko dapat dimulai obat kombinasi
4. Hipertensi stage 2 dapat diberikan obat kombinasi

IX. EDUKASI

1. Perubahan gaya hidup. (menjaga BB ideal BMI 18,5-24,9 kg/m², Aktivitas fisik minimal 30 menit perhari seminggu 5x, kurangi konsumsi alkohol (<30ml etanol), Diet rendah garam <3,5gr, DASH diet (sayur, buah-buahan, rendah lemak))
2. Minum obat anti hipertensi teratur
3. Rajin kontrol tekanan darah

X. PROGNOSIS

Baik jika tanpa komplikasi kerusakan target organ. Atau bukan hipertensi emergensi/urgensi.

XI. KEPUSTAKAAN

1. JNC VII 2003
2. CHEP guideline 2013,
3. NICE guideline 2012

PANDUAN PRAKTIK KLINIK DIARE AKUT /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

1. Perubahan pada frekuensi buang air besar menjadi lebih sering dari normal ATAU perubahan konsistensi feses menjadi lebih encer ATAU kedua-duanya dalam waktu kurang dari 14 hari.
2. Umumnya disertai dengan segala gangguan saluran cerna yang lain seperti mual, muntah dan nyeri perut, kadang-kadang disertai demam, darah pada feses serta tenesmus (gejala disentri).

II. ANAMNESIS

1. Onset
2. Frekuensi
3. Kuantitas
4. Muntah
5. Adakah darah dan lender bercampur dalam feses
6. Riwayat traveling
7. Riwayat pengobatan antibiotic sebelumnya
8. Adanya penyakit yang mendasari misal: HIV/AIDS

III. PEMERIKSAAN FISIK

Penilaian tingkat kesadaran: compos mentis, apatis

Pemeriksaan fisik:

1. Periksa berat badan
2. Frekuensi jantung
3. Frekuensi napas, pola pernapasan
4. Tekanan darah
5. Suhu tubuh
6. Fisik abdomen: peristaltic usus

Tanda dehidrasi:

1. Kesadaran
2. Tekanan nadi
3. Hipotensi postural
4. Membrane mukosa kering
5. Mata cekung/cekung
6. Turgor kulit
7. Capillary refill
8. Produksi urine

Klasifikasi dehidrasi secara klinis:

1. Dehidrasi ringan: kehilangan cairan 2-5% dari berat badan.

Klinis: turgor kurang, suara serak, belum presyok

2. Dehidrasi ringan-sedang: kehilangan cairan 5-8% dari berat badan
Klinis: turgor buruk, suara serak, keadaan bisa presyok/syok, nadi cepat, napas cepat dan dalam
3. Dehidrasi berat: kehilangan cairan > 8% dari berat badan
Klinis: tanda dehidrasi sedang ditambah kesadaran turun, sianosis.

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK Sesuai dengan definisi. Indikasi Rawat inap jika:

1. Dehidrasi sedang sampai berat
2. Vomitus persisten
3. Diare yang memberat dalam 48 jam
4. Usia lanjut dan geriatri
5. Pasien dengan imunokompromais
6. Diare akut dengan komplikasi (misal gagal ginjal akut)

V. DIAGNOSIS KERJA

Diare akut

VI. DIAGNOSIS BANDING

Diare akut disertai demam dan tinja berdarah

Diare akut tanpa disertai demam dan tinja berdarah

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Feses rutin
2. Kasus dengan dehidrasi dilakukan pemeriksaan darah rutin, feses dan urin rutin, kimia darah dan jika perlu analisis gas darah
3. Kultur feses
4. Sigmoidoskopi/kolonoskopi pada kasus diare berdarah bila pemeriksaan penunjang sebelumnya tidak jelas kausanya

VIII. TERAPI

Terapi Suportif:

Rehidrasi cairan dan elektrolit sesuai dengan derajat dehidrasi.

Jika pasien tanpa dehidrasi dapat dilakukan dengan upaya rehidrasi oral dengan oralit. Pada pasien dengan muntah menetap atau dengan dehidrasi sedang berat dilakukan terapi cairan intravena dengan cairan kristaloid (Ringer Lactate)

Jumlah pemberian cairan:

berdasarkan klinis dehidrasi:

1. Dehidrasi ringan: 5% x berat badan(kg)
2. Dehidrasi sedang: 8% x berat badan (kg)
3. Dehidrasi berat: 10% x berat badan (kg)

Terapi simptomatis:

1. Antimotilitas : Loperamid, Difenoksilat
2. Antispasmodik/Spasmolitik : Hyosin-n-butylbromid, Ekstrak belladonna, Papaverine
3. Pengeras feses : Attapulgit, Smektit, Kaolin-pektin
4. Anti emetic jika perlu
5. Anti piretik jika perlu

Terapi antibiotic jika diperlukan sesuai dengan etiologi.

1. Bakteri : Quinolone, Cotrimoxazole, Cephalosporin Gen 3
2. Jamur: Flukonazole, Itrakonazole, Amfoterisin B
3. Parasit E. histolitica, giardia : Metronidazole
4. Virus: Terapi Suportive

IX. EDUKASI

1. Higienitas makanan
2. Pembuatan oralit pada pasien rawat jalan
3. Tanda tanda dehidrasi pada pasien rawat jalan

X. PROGNOSIS

Baik

XI. KEPUSTAKAAN

1. World Gastroenterology Organisation Practice Guideline: Acute Diarrhea 2008
2. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V Bab Diare Akut. 2011

PANDUAN PRAKTIK KLINIK PENYAKIT GINJAL KRONIK /SMF ILMU PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Penyakit Ginjal Kronik adalah

1. Kerusakan ginjal selama 3 bulan atau lebih, berupa kelainan struktur atau fungsi ginjal dengan atau tanpa disertai penurunan laju filtrasi glomerulus, berdasarkan :
 - Adanya kelainan patologik atau
 - Petanda kerusakan ginjal, termasuk kelainan pada komposisi darah atau urin, atau kelainan pada pemeriksaan pencitraan.
2. Laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60ml/mnt/1,73m² selama 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal.

II. ANAMNESIS

1. Lemas
2. Mual,
3. Muntah,
4. Buang air kecil berkurang,
5. Bengkak mata, kaki, atau seluruh tubuh, pucat, sesak nafas
6. Riwayat hipertensi, batu ginjal, DM, sakit jantung, peradangan ginjal.
7. Riwayat keluarga kista ginjal

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Konjungtiva anemis,
2. Kulit kering,
3. Edema palpebra, edema tungkai, asites
4. Hipertrofi ventrikel kiri
5. Pernafasan kusmaul (bila asidosis)
6. Ronki basah paru (bila overhidrasi)

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK

Berdasarkan LFG (dalam ml/mnt/1,73m²)

$$\frac{(140-\text{umur}) \times \text{BB}(\text{kg})}{72 \times \text{Serum kreatinin (mg/dl)}} \quad ; \text{wanita dikalikan } 0,85$$

Klasifikasi :

1. Derajat 1 : LFG $\geq$ 90 ml/mnt/1,73m²
2. Derajat 2 : LFG 60-89 ml/mnt/1,73m²
3. Derajat 3 : LFG 30-59 ml/mnt/1,73m²
4. Derajat 4 : LFG 15-29 ml/mnt/1,73m²
5. Derajat 5 : LFG $\leq$ 15 ml/mnt/1,73m²

V. DIAGNOSIS KERJA

Penyakit ginjal kronik

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Gangguan ginjal akut,
2. Gagal jantung

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium:

1. Darah perifer lengkap
2. Urin Rutin,
3. Albumin Creatinin Ratio
4. Ureum
5. Kreatinin,
6. Elektrolit Darah Na, K, Cl, Ca, Mg, P Anorganik,
7. Albumin, Protein Total,
8. Gula darah,
9. Profil lipid
10. PTH

Pemeriksaan radiologi:

1. USG abdomen,
2. Renogram
3. X foto thoraks

Pemeriksaan lain:

1. EKG,
2. Biopsi ginjal bila perlu

VIII. TERAPI

Terapi Non farmakologis :

Diet 35 kkal/kgB/hari (KH 50%-60%; Lemak 30-40%), protein 0,6-0,8 gr/kgB/hari

Terapi Farmakologis :

1. Obat anti hipertensi (ACEI, ARB, CCB, diuretika)
2. Kontrol gula darah
3. Atasi Asidosis
4. Target Hb 10-12 gr/dl (eritropoietin, transfusi PRC)
5. Hiperfosfatemia : pengikat fosfat.
6. Obat hematinik
7. Kontrol LDL <100mg/dl

Pada PGK stadium 4 dan 5 dilakukan terapi dialisis

IX. EDUKASI

1. Pada stadium awal diberitahu tentang faktor risiko progressifitas penyakit.
2. Diet dan minum obat teratur
3. Edukasi tentang dialisis

X. PROGNOSIS

Dubia

XI. KEPUSTAKAAN

1. National Kidney Foundation, K/DOQI Clinical Practice Guidelines For Chonic Kidney Disease: Evaluation,Classification, And Stratification. Am J Kidney Disease . 2002; 39 (2 Suppl 1) S1-226.
2. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V Bab Gagal Ginjal Kronik 2011

PANDUAN PRAKTIK KLINIK ASMA /SMF PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Asma adalah gangguan inflamasi kronik saluran napas yang berhubungan dengan peningkatan kepekaan saluran napas sehingga memicu episode mengi berulang, sesak napas dan batuk terutama pada malam atau dinihari

II. ANAMNESIS

1. Bersifat episodik, seringkali reversibel dengan atau tanpa pengobatan
2. Gejala berupa batuk, sesak napas, rasa berat di dada dan berdahak
3. Gejala timbul/ memburuk terutama malam/ dini hari
4. Diawali oleh faktor pencetus yang bersifat individu
5. Respons terhadap pemberian bronkodilator

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Gejala asma bervariasi sepanjang hari sehingga pemeriksaan jasmani dapat normal.
2. Pada serangan ringan, mengi hanya terdengar pada waktu ekspirasi paksa.
3. Silent chest pada serangan yang sangat berat, disertai sianosis, gelisah, sukar bicara, takikardi, hiperinflasi dan penggunaan otot bantu napas

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK

Pemeriksaan spirometri dalam diagnosis asma :

1. Rasio VE_{P1}/ KVP < 75% atau VE_{P1} < 80% nilai prediksi.
2. Reversibiliti, perbaikan VE_{P1} ≥ 12% dan 200 ml secara spontan, atau setelah inhalasi bronkodilator (uji bronkodilator), atau setelah pemberian bronkodilator oral 10-14 hari, atau setelah pemberian kortikosteroid (inhalasi/ oral) 2 minggu.

Arus Puncak Ekspirasi (APE)

1. *Reversibiliti*, yaitu perbaikan nilai APE 15% setelah inhalasi bronkodilator (uji bronkodilator), atau bronkodilator oral 10-14 hari, atau respons terapi kortikosteroid (inhalasi/ oral, 2 minggu)
2. *Variabiliti*, menilai variasi diurnal APE yang dikenal dengan variabiliti APE harian selama 1-2 minggu.

V. DIAGNOSIS KERJA

Asma intermitten/persisten (ringan/sedang/berat) dengan eksaserbasi ringan/sedang/berat

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Penyakit Paru Obstruksi Kronik
2. Bronkitis kronik
3. Gagal Jantung Kongestif
4. Batuk kronik akibat lain-lain
5. Disfungsi laring
6. Obstruksi mekanis (misal tumor)
7. Emboli Paru

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Spirometri
2. Laboratorium

VIII. TERAPI

Saat eksaserbasi

1. Oksigenasi
2. β_2 agonis kerja singkat (inhalasi dan atau intravena)
3. Kortikosteroid sistemik
4. Aminofilin intravena

Pengobatan saat stabil (tidak eksaserbasi)

1. pemberian *controller*: kortikosteroid (inhalasi/sistemik), Sodium kromoglikat, Nedokromil sodium, Metilsantin, Agonis beta-2 kerja lama (inhalasi/oral), Leukotrien modifiers
2. pemberian pelega sesuai kebutuhan : Agonis beta2 kerja singkat, aminofilin, antikolinergik, adrenalin.

IX. EDUKASI

- Tentang penyakitnya, pencetus serangan dan cara mengatasi serangan akut
- Pencegahan eksaserbasi
- Menjaga fungsi paru terutama saat exercise

X. PROGNOSIS

Baik

XI. KEPUSTAKAAN

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1023/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penanggulangan Asma
2. PDPI. Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Asma Di Indonesia

PANDUAN PRAKTIK KLINIK TUBERKULOSIS /SMF PENYAKIT DALAM RSUD TAPAN

I. PENGERTIAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (MTb). Sebagian besar kuman MTb menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.

II. ANAMNESIS

1. Gejala respiratorik : batuk ≥ 2 minggu, batuk darah, sesak napas, nyeri dada
2. Gejala sistemik: demam, malaise, keringat malam, anoreksia, berat badan menurun
3. Gejala tuberkulosis ekstra paru sesuai organ yang terkena.

III. PEMERIKSAAN FISIK

Kelainan paru pada umumnya terletak di daerah lobus superior terutama daerah apeks dan segmen posterior (S1 & S2) , serta daerah apeks lobus inferior (S6) berupa suara napas bronkial, amforik, suara napas melemah, ronki basah, tanda- tanda penarikan paru, diafragma & mediastinum.

Pada pleuritis tuberkulosa, kelainan pemeriksaan fisik tergantung dari banyaknya cairan di rongga pleura. Pada perkusi ditemukan pekak, pada auskultasi suara napas yang melemah sampai tidak terdengar pada sisi yang terdapat cairan.

Pada limfadenitis tuberkulosa, terlihat pembesaran kelenjar getah bening, tersering di daerah leher, kadang-kadang di daerah ketiak. Pembesaran kelenjar tersebut dapat menjadi “cold abscess”

IV. KRITERIA DIAGNOSTIK

1. Pemeriksaan BTA sputum SPS terdapat minimal satu hasil BTA (+) atau bila BTA (-) didapatkan
2. Rontgen toraks gambaran TB aktif
3. Bila TB ekstra paru : terdapat BTA (+) atau reaksi jaringan positif terhadap kuman TB pada organ tsb

V. DIAGNOSIS KERJA

TB paru BTA (?) atau TB ekstra paru

VI. DIAGNOSIS BANDING

1. Pneumonia
2. Jamur paru

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium : pemeriksaan BTA sputum
2. Radiologi : gambaran TB aktif

3. Pemeriksaan lain: analisis cairan pleura, pemeriksaan histopatologi jaringan, Uji tuberkulin

VIII. TERAPI

1. Oksigenasi
2. Perbaikan keadaan umum
3. Pemberian obat simtomatis (sesuai keadaan pasien)
4. Pemberian obat anti tuberculosis (2 bulan tahap intensif dilanjutkan 4 bulan tahap lanjutan) dengan dosis sesuai table dibawah

Obat	Dosis (Mg/Kg BB/Hari)	Dosis yg dianjurkan		DosisMaks (mg)	Dosis (mg) / berat badan (kg)		
		Harian (mg/kgBB / hari)	Intermitte (mg/Kg/BB/kali)		< 40	40-60	>60
R	8-12	10	10	600	300	450	600
H	4-6	5	10	300	150	300	450
Z	20-30	25	35		750	1000	1500
E	15-20	15	30		750	1000	1500
S	15-18	15	15	1000	Sesuai BB	750	1000

IX. EDUKASI

1. Etika batuk: tidak buang dahak sembarangan
2. Istirahat dengan nutrisi yang adekuat
3. Minum obat teratur, tidak boleh putus.

X. PROGNOSIS

Baik

XI. KEPUSTAKAAN

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 364/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)
2. PDPI. Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Tuberkulosis Di Indonesia

Tapan, 01 agustus 2018

Direktur RSUD Tapan



Drg. H. Busril, MPH

NIP. 19740227 200212 1004