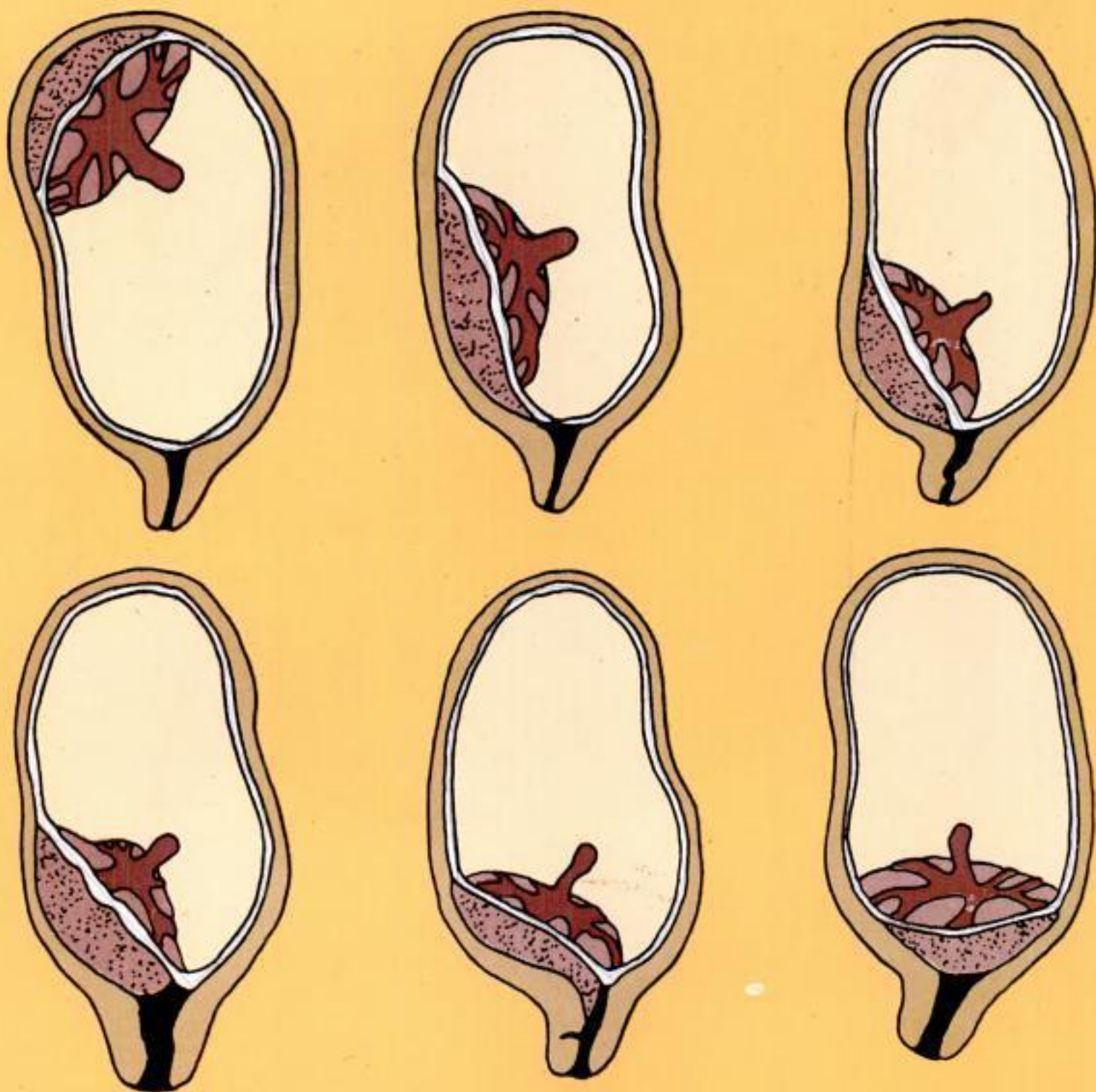


Ben-zion Taber, M.D.

Kapita Selekta

Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi



Alih Bahasa: dr. Teddy Supriyadi - dr. Johanes Gunawan

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

Translation and adaptation of the 2nd English language edition
MANUAL OF GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC EMERGENCIES by Ben-Zion Taber, M.D.
© 1984 by W.B. Saunders Company,
Philadelphia PA 19105

KAPITA SELEKTA KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Alih bahasa: dr. Teddy Supriyadi, dr. Johanes Gunawan

Editor: dr. Melfiawati S.

Hak cipta terjemahan Indonesia

© 1994 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon : 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Dwi Nugroho Setiyabudi

Hak cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 1994

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

TABER, Ben-Zion

Kapita selekta kedaruratan obstetri dan ginekologi (Manual of gynecologic and obstetric emergencies) / Ben-Zion Taber ; alih bahasa, Teddy Supriyadi, Johanes Gunawan ; editor, Melfiawati S. – Ed 2. – Jakarta : EGC, 1994.

x, 551 hlm. : ilus. ; 15,5 x 24 cm.

Indeks: hlm. 539-551

ISBN 979-448-259-5

1. Kebidanan, Ilmu. 2. Ginekologi. I. Judul. II. Supriyadi, Teddy.
III. Gunawan, Johanes. IV. Melfiawati S.

618



Isi di luar tanggung jawab percetakan

Daftar Isi

Bagian Pertama. Prinsip-prinsip Umum

1.	Evaluasi Kedaruratan Ginekologi	3
2.	Diagnosis Kehamilan	21
3.	Evaluasi Darurat Pasien Obstetri	27
4.	Terapi Obat Selama Kehamilan dan Laktasi	36
5.	Nilai-nilai Laboratorium Normal	39

Bagian Kedua. Masalah-masalah Khusus

6.	Nyeri Abdomen	45
7.	Abortus	56
	<i>Abortus Iminens</i>	57
	<i>Abortus Insiptiens</i>	60
	<i>Abortus Inkompletus</i>	62
	<i>Abortus Diinduksi: Komplikasi</i>	67
	<i>Missed Abortion</i>	71
	<i>Abortus Septik</i>	73
8.	Adenomiosis	78
9.	Torsi Adneksa	79
10.	Anafilaksis	82
11.	Anemia Selama Kehamilan	84
12.	Apendisitis Selama Kehamilan	90
13.	Asma Selama Kehamilan	94
14.	Abses Bartholin	97
15.	Pembengkakan Payudara, Postpartum	98
16.	Infeksi Payudara	99
17.	Massa Payudara	100
18.	Presentasi Bokong	103
19.	Luka Bakar pada Kehamilan	111
20.	Gagal Jantung Selama Kehamilan	113
21.	Penyakit Serebrovaskular Selama Kehamilan	119
22.	Inkompetensi Serviks	121
23.	Lesi-lesi Serviks	124
24.	Nyeri Dada dalam Kehamilan	128
25.	Kolesistitis Selama Kehamilan	130
26.	Korioamnionitis	132
27.	Aneurisma Sirkoid Uterus	134

viii KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

28.	Kelainan Koagulasi	136
	<i>Koagulasi Intravaskular Diseminata (DIC)</i>	143
	<i>Purpura Trombositopeni Immunologi (ITP) Selama Kehamilan</i>	145
	<i>Penyakit Von Willebrand</i>	148
29.	Koma pada Kehamilan	150
30.	Konstipasi Berat pada Kehamilan	157
31.	Kedaruratan Kontrasepsi	158
	<i>Kontrasepsi Oral</i>	159
	<i>Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR, IUD)</i>	160
32.	Serangan Kejang pada Kehamilan	164
33.	Sistitis	168
34.	Kedaruratan Diabetes dalam Kehamilan	171
	<i>Ketoasidosis Diabetikum</i>	171
	<i>Hipoglikemia</i>	174
35.	Dismenore	175
36.	Dispne Selama Kehamilan	179
37.	Kehamilan Ektopik	182
	<i>Kehamilan Tuba</i>	183
	<i>Kehamilan Abdominal</i>	195
	<i>Kehamilan Servikal</i>	198
	<i>Kehamilan Ovarial</i>	199
38.	Endometriosis	200
39.	Presentasi Muka	205
40.	Kematian Janin Intrauterin	209
41.	Gawat Janin Sebelum Persalinan	211
42.	Gawat Janin Selama Persalinan	213
43.	Gonore	216
44.	Sakit Kepala Selama Kehamilan	221
45.	Hematokolpos	224
46.	Hematuria dalam Kehamilan	226
47.	Hemoroid dan Kehamilan	229
48.	Hidramnion	230
49.	Hiperemesis Gravidarum	232
50.	Hipertensi Selama Kehamilan	235
	<i>Preeklampsia</i>	236
	<i>Eklampsia</i>	242
51.	Obstruksi Usus dalam Kehamilan	246
52.	Persalinan dan Kelahiran	250
	<i>Persalinan Disfungsional</i>	257
	<i>Distosia Janin</i>	260
	<i>Persalinan Precipitat</i>	263
	<i>Persalinan Preterm</i>	263
	<i>Melahirkan Di Luar Rumah Sakit</i>	266
53.	Leiomioma	268

54.	Penyakit hati Pada Kehamilan	273
55.	Kehamilan Mola	278
56.	Kehamilan Ganda	282
57.	Cairan Puting Susu	286
58.	Fisura Puting Susu	288
59.	Kelainan pada Ovarium	289
	<i>Perdarahan, Ruptur, Torsi</i>	289
	<i>Sindrom Hiperstimulasi Ovarium</i>	295
60.	Ovulasi dan Mittelschmerz	298
61.	Pankreatitis pada Kehamilan	299
62.	Ginekologi Pediatrik	303
63.	Infeksi Pelvis	309
	<i>Endometritis</i>	315
	<i>Salpingitis</i>	317
	<i>Piosalping dan Abses Tuboovarium (Pelvis)</i>	323
	<i>Piometra</i>	328
64.	Abrupsio Plasenta	330
65.	Plasenta Akreta	336
66.	Plasenta Previa	337
67.	Retensi Plasenta dalam Uterus	343
68.	Komplikasi Postoperasi	345
	<i>Demam Postoperasi</i>	346
	<i>Masalah-masalah Gastrointestinal Postoperasi</i>	349
	<i>Atelektasis Paru Postoperasi</i>	350
	<i>Infeksi Traktus Urinarius Postoperasi</i>	350
	<i>Flebitis Postinfus</i>	352
	<i>Masalah Luka Postoperasi</i>	352
	<i>Komplikasi Postoperasi Sterilisasi Laparoscopi</i>	355
69.	Perdarahan Postpartum	356
	<i>Perdarahan Postpartum Dini</i>	356
	<i>Perdarahan Postpartum Lanjut</i>	362
70.	Infeksi Postpartum	364
	<i>Endometritis Puerperalis dan Parametritis</i>	365
71.	Masalah Psikiatrik Postpartum	367
72.	Ketuban Pecah Dini	368
73.	Prolaps Tali Pusat	372
74.	Pruritus Vulva	374
75.	Pemisahan Simfisis Pubis	377
76.	Aspirasi Paru	378
77.	Edema Paru	381
78.	Emboli Paru	383
	<i>Emboli Udara</i>	387
	<i>Emboli Cairan Ketuban</i>	388
79.	Pielonefritis	391

x KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

80.	Penganiayaan Seksual—Tuduhan Perkosaan	394
81.	Syok	401
	<i>Syok Septik</i>	407
82.	Presentasi Bahu	412
83.	Sinkope pada Kehamilan	414
84.	Sifilis	417
85.	Tromboflebitis	420
	<i>Trombosis Vena dari Vena-vena Perifer</i>	420
	<i>Tromboflebitis Pelvis Septik</i>	422
86.	Sindrom Syok Toksik	425
87.	Trauma Sewaktu Kehamilan	428
88.	Inkontinensia Urin	433
89.	<i>Retensio Urin</i>	439
90.	Supresi Urin—Oliguria dan Anuria	441
91.	Inversio Uteri	444
92.	Perforasi Uterus	447
93.	Ruptur Uteri	450
94.	Trauma Vagina dan Vulva	454
95.	Perdarahan Per Vaginam	459
	<i>Perdarahan Uterus Disfungsional</i>	469
	<i>Perdarahan Per Vaginam Sewaktu Kehamilan Lanjut (Setelah 20 Minggu)</i>	474
96.	<i>Vasa Previa</i>	479
97.	<i>Vulvovaginitis</i>	481

Bagian Ketiga. Tata Cara dan Terapi

98.	Ammiosentesis	499
99.	Transfusi Darah	503
100.	Kuldosentesis	509
101.	<i>Kuretase</i>	511
102.	Episiotomi	514
103.	Sampel Darah Janin	516
104.	Pengamatan Kecepatan Denyut Jantung Janin	518
105.	Induksi Persalinan	526
106.	Blok Paraservikal	528
107.	Blok Pudendal	530
108.	Resusitasi Bayi yang Baru Lahir	532
109.	Profilaksis Rh Imuno Globulin	537
	<i>Indeks</i>	539

BAGIAN PERTAMA

Prinsip-prinsip Umum

1. Evaluasi Kedaruratan Ginekologi

PERTIMBANGAN UMUM

IDENTIFIKASI

Bilamana dibutuhkan perawatan gawat darurat, maka informasi penting harus didapat dengan cepat (lihat Tabel 1-1). Masalah harus dinilai secara tepat untuk merumuskan rencana tindakan segera. Apabila seorang wanita tiba di ruang gawat darurat kolaps pada syok dengan perdarahan intraabdominal atau per vaginam yang jelas, maka tindakan resusitasi (jalan napas, oksigen, cairan intravena, darah) harus diberikan pada saat yang sama dengan menganamnesis dan persiapan dilakukan untuk operasi darurat.

Jika pasien bingung, disorientasi atau tidak sadar, maka informasi identifikasi dan anamnesis penting harus diperoleh dari orang-orang yang menemani pasien.

TABEL 1-1. Evaluasi Kedaruratan Ginekologi

<i>Identifikasi</i>	<i>Data objektif</i>
Nama, umur	Pemeriksaan fisik Pemeriksaan umum: Suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan, penampilan Pemeriksaan mammae: Inspeksi, palpasi Pemeriksaan abdomen: Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi Pemeriksaan pelvis: Inspeksi, spekulum, vaginal, bimanual, rektovaginal
Data Subjektif Keluhan utama Gejala saat ini Nyeri Abdomen: Mulainya; lokasi; kualitas; lama; faktor yang memberatkan dan meringankan; gejala penyerta Perdarahan per vaginam: Sekret; jumlah; lama Gejala menstruasi: Masa haid terakhir (MHT), masa haid sebelumnya (MHS), pola haid Gejala kehamilan: Nausea, vomitus, gejala mammae Metode kontrasepsi Demam, menggigil Gejala lain: Kardiovaskular, psikiatri, urinarius Makanan atau minuman terakhir Riwayat sebelumnya Riwayat reproduksi: Kehamilan, persalinan Penyakit pelvis Operasi, rawat inap Alergi dan pengobatan	Tes laboratorium Hitung sel darah lengkap dengan apusan darah Urinalisis Golongan darah dan Rhesus Penilaian Diagnosis banding Faktor etiologi atau predisposisi Komplikasi atau masalah penyerta Keparahan proses penyakit Rencana Data diagnosis tambahan Penatalaksanaan: Medis, operatif Pendidikan pasien

4 KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Umur pasien selalu penting, karena masalah yang berbeda dapat diantisipasi sebelum pubertas, selama adolesens dan awal masa reproduktif, selama akhir masa reproduktif, dan setelah berakhirnya kemampuan untuk hamil.

Selama masa reproduktif, komplikasi kehamilan dan infeksi pelvis haruslah selalu diperhatikan. Perdarahan anovulasi disfungsi lebih umum terjadi selama masa adolesens atau tahun-tahun perimenopause daripada saat-saat lain. Neoplasia harus selalu dipertimbangkan selama usia lanjut.

DATA SUBJEKTIF

KELUHAN UTAMA

Keluhan utama, merupakan alasan utama pasien mencari perawatan darurat, yang dilukiskan secara ringkas dalam kata-kata pasien.

GEJALA SAAT INI

Nyeri Abdomen: Nyeri abdomen dan perdarahan per vaginam adalah dua gejala terlazim dari masalah kedaruratan ginekologi. Meskipun kedua gejala ini dalam kombinasi hampir selalu menggambarkan proses primer pada saluran reproduksi, namun keadaan patologi dalam traktus intestinalis, traktus urinarius, jantung, kavum pleural, atau kolumna vertebralis yang ada bersamaan dengan haid normal atau disfungsi haid juga haruslah dipertimbangkan.

Manusia sangat bervariasi dalam memperhatikan jumlah rangsangan yang diperlukan untuk membangkitkan sensasi nyeri. Bahkan manusia yang sama dapat bereaksi berbeda terhadap rangsangan nyeri yang sama pada keadaan yang berbeda. Keparahan persepsi nyeri, tergantung pada ambang nyeri orang itu, peradangan sebelumnya, dan perubahan apapun dalam penyediaan darah. Kecemasan, peradangan dan iskemia meningkatkan sensitivitas terhadap rangsangan nyeri.

Evaluasi tepat nyeri abdomen memerlukan informasi rinci tentang awal mula, lokasi, kualitas, lama, faktor yang memberatkan dan meringankan, dan gejala penyerta.

Pertanyaan yang membantu meliputi

1. Apakah nyeri dimulai mendadak atau timbul bertahap? (Sifat awal mula bisa dijelaskan oleh rincian aktivitas pasien pada saat nyeri pertama kali dirasakan).
2. Di mana lokasi nyeri? Apakah pada satu bercak atau menyebar? Apakah nyeri berpindah dari satu tempat ke tempat lain?
3. Apakah nyeri itu bersifat keras atau menetap?
4. Berapa lama nyeri itu telah ada?
5. Apa yang cenderung memberatkan atau meringankan nyeri? Makan? Gerakan?
6. Apakah ada gejala penyerta? Anoreksia, mual, vomitus, diare, konstipasi, sinkope, disuria, demam, menggigil atau lainnya?

(Lihat Nyeri Abdomen, hal. 45).

Perdarahan Per Vaginam dan Sekret Vagina: Dari masa bayi sampai usia lanjut, perdarahan per vaginam abnormal dapat timbul setiap saat. Selama masa reproduksi, perdarahan haid siklus bersifat normal; tetapi sebelum menarke dan setelah menopause, perdarahan per vaginam mempunyai arti khusus, karena perdarahan uterus bukanlah keadaan normal selama fase kehidupan ini.

Perdarahan per vaginam abnormal dapat tak teratur dan asiklik (*metroragia*), haid banyak atau berkepanjangan (*menoragia*), atau perdarahan banyak tak teratur selama haid dan di antara siklus haid (*menometroragia*). Evaluasi tepat memerlukan informasi rinci tentang lama dan jumlah perdarahan, terutama hari-hari perdarahan, dibandingkan dengan aliran haid yang normal atau yang diharapkan. (lihat Perdarahan Per Vaginam, hal. 459).

Sekret vagina dengan atau tanpa pruritus merupakan masalah ginekologi yang biasa. Awal mula, lama, kuantitas, warna, bau dan konsistensi membantu dalam evaluasi diagnostik. Sekret purulen dan berbau busuk yang timbul sesaat setelah kelahiran atau abortus biasanya menunjukkan infeksi serviks dan endometrium, terutama bila suhu badan meningkat dan hitung leukosit meningkat.

Sekret vagina selama masa anak-anak dapat sangat mengganggu pasien dan orang tuanya. Meskipun gonore harus dipertimbangkan dan disingkirkan, namun ia merupakan penyebab sekret yang relatif jarang pada anak-anak. Penyebab-penyebab yang jauh lebih lazim meliputi parasit usus atau benda asing yang dimasukkan ke dalam vagina.

Gejala Haid: Riwayat haid seharusnya mencakup umur mulainya haid (*menarke*), interval di antara dua siklus, lama aliran haid, dan jumlah darah yang biasanya keluar. Formula untuk mencatat menarke, interval di antara dua siklus dalam hari, dan lama darah keluar dicontohkan dengan "13 x 28 x 3", yang berarti menarke timbul pada umur 13 tahun, hari pertama siklus mengikuti hari pertama siklus sebelumnya 28 hari, lamanya darah keluar adalah 3 hari.

Hari haid terakhir dan sebelumnya dicatat. Bila haid tidak terjadi pada saat yang diperkirakan atau haid terakhir lebih ringan daripada biasanya, maka kehamilan adalah suatu kemungkinan. Karena alasan ini, maka interval waktu antara mulainya gejala pasien saat ini dan mulainya siklus haid terakhir merupakan informasi diagnosis yang penting. Sering bermanfaat menanyakan apakah pasien sendiri menganggap haid terakhir dan haid sebelumnya bersifat normal baginya. Pengetahuan *pola haid* pasien (teratur atau tidak teratur) membantu dalam menginterpretasi gejala-gejala haid. Amenore tidak merupakan diagnostik kehamilan, bila siklus haid pasien sebelumnya tidak teratur. Penyebab amenore sekunder dan diagnosis banding dari amenore dicantumkan pada Tabel 1-2 dan 1-3.

Gejala Kehamilan: Selalu dicurigai hamil bila amenore disertai oleh gejala subjektif nausea pagi hari, vomitus, payudara kencang, nyeri tekan payudara atau sering kencing (lihat Diagnosis Kehamilan, hal. 21).

Pada beberapa keadaan, diagnosis komplikasi kehamilan segera jelas. Pasien dengan perdarahan per vaginam yang banyak, nyeri kram, dan riwayat tidak haid dua kali diag-

6 KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

TABEL 1-2. Sebab-sebab Amenore Sekunder.

Fisiologik	Susunan Saraf Pusat
Kehamilan	Gerak badan
Laktasi	Disfungsi hipofise hipotalamus
Menopause	Insufisiensi hipofise (penyakit Sheehan; penyakit Simmond)
Uterus	Pseudosiesis
Histerektomi	Sebab-sebab psikogenik
Kriptomenore (stenosis serviks atau vagina)	Obat-obat psikotropik
Destruksi endometrium (Sindrom Asherman)	Hormon steroid
Tuberkulosis	Stres
Traumatik	Tumor
Ovarium	Gizi
Anovulasi	Anoreksia nervosa
Destruksi (operasi, radiasi, infeksi)	Malnutrisi
Neoplasma	Obesitas jelas
Korpus luteum persisten	<i>Penyakit Adrenal</i>
Menopause prematur	<i>Penyakit Tiroid</i>
Sindrom ovarium polikistik (Stein-Levinthal)	<i>Penyakit sistemik menahun</i>

TABEL 1-3. Amenore: Diagnosis Banding

<i>Rangsangan estrogen dan progesteron yang persisten atas endometrium</i>
Kehamilan
Korpus luteum persisten
<i>Rangsangan estrogen persisten atas endometrium</i>
Anovulasi
<i>Tidak adanya estrogen</i>
Agenesis atau disgenesis ovarium
Tak adanya ovarium akibat operasi
Gangguan hipofise atau hipotalamus
<i>Kelainan uterus atau vagina</i>
Himen imperforata
Agenesis vagina
Tidak adanya uterus
Sindrom Asherman (Kerusakan endometrium)
<i>Feminisasi testis</i>

nosis yang paling mungkin adalah kehamilan intrauterin yang mengalami abortus. Pemeriksaan spekulum, vagina dan bimanual memastikan dugaan awalnya.

Metode Kontrasepsi: Penilaian kemungkinan hamil dibantu dengan pengetahuan metode kontrasepsi yang dipakai pasien. Kontrasepsi oral sangat efektif untuk mencegah kehamilan selama pasien tidak lupa menelan tablet. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) kurang efektif, dan satu atau dua kehamilan dapat diharap di antara 100 wanita dalam 1 tahun. Selanjutnya, bila kehamilan terjadi dengan alat kontrasepsi dalam rahim *in situ*, maka kemungkinan kehamilan ektopik harus selalu dipertimbangkan.

Metode kontrasepsi mungkin juga mengubah siklus haid. Kontrasepsi oral dapat bertanggung-jawab bagi oligomenore atau amenore, sedangkan alat kontrasepsi dalam rahim dapat disertai oleh hipermenore.

Demam, Menggigil: Demam dan menggigil menjadi gejala lazim infeksi sistemik. Nyeri pelvis bilateral yang hebat disertai demam dan menggigil selalu menggambarkan adanya infeksi pelvis: endometritis, parametritis, atau salpingitis atau ketiganya.

Gejala-gejala lain: Gejala Kardiovaskular: Sinkope, kepala terasa melayang atau perubahan ortostatik sering menjadi tanda perdarahan.

Gejala Psikiatrik: Pemerksaan dan trauma genital selalu merupakan masalah kedaruratan. Pada keadaan ini, gejala emosi dianggap sangat penting. Evaluasi gawat darurat harus mempertimbangkan keprihatinan psikoseksual pasien.

Gejala urinarius: Disuri, hematuri, frekuensi atau nyeri angulus kostovertebralis menggambarkan proses primer dalam ginjal, ureter atau vesika urinaria. Urinalisis membantu memastikan diagnosis penyakit traktus urinarius.

Makan atau Minum Terakhir: Interval waktu sejak pasien terakhir makan atau memperoleh cairan haruslah dipertimbangkan, bila anestesi umum diperlukan untuk pembedahan.

RIWAYAT SEBELUMNYA

Riwayat Reproduksi: Rincian riwayat reproduksi pasien sebelumnya sering membantu seseorang membuat evaluasi ginekologik darurat. Kadang-kadang pasien dapat mengenali gejala yang sama dan bahkan menawarkan diagnosis yang benar. Wanita dengan abortus atau kehamilan ektopik berulang sangat cenderung menyadari kemungkinan gejalanya saat ini dengan kejadian sebelumnya.

Terminologi riwayat reproduksi sebelumnya sering disingkat. *Gravida* menunjukkan jumlah kehamilan, dan *para* menunjukkan jumlah persalinan.* Paritas sering dinyatakan dalam 4 bilangan: yang pertama menyatakan jumlah *kelahiran cukup bulan*; yang kedua menyatakan jumlah *kelahiran prematur*; yang ketiga menyatakan jumlah *abortus*; dan yang keempat menyatakan *jumlah anak yang hidup*. Contoh, gravida 9, para⁴⁻²⁻³⁻¹ menandakan seorang wanita yang telah hamil 9 kali, dengan 4 kelahiran cukup bulan, 2 kelahiran prematur, 3 abortus dan 1 anak yang hidup.

* Untuk tujuan menjelaskan paritas, kelahiran kembar merupakan pengalaman para tunggal.

8 KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Keadaan Patologi Pelvis: Pengetahuan keadaan patologi pelvis sebelumnya seperti kista ovarium yang ada sebelumnya, endometriosis atau infeksi pelvis, dapat sangat bermanfaat pada evaluasi masalah kedaruratan.

Operasi atau Rawat Inap: Rincian riwayat medis pasien sebelumnya, terutama tindakan operasi dan rawat inap dapat membantu dalam menyortir masalah diagnostik kompleks. Di samping itu, masalah kedaruratan ginekologi dapat dipersulit oleh penyakit-penyakit medis yang ada sebelumnya.

Alergi dan Pengobatan: Pengetahuan tentang alergi pasien dan pengobatan terakhir seperti antibiotik atau hormon, sering mempermudah diagnosis dan terapi.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Pemeriksaan dasar setiap pasien mencakup suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan dan evaluasi penampilan umum. Kepucatan kulit, palung kuku dan konjungtiva yang disertai ekstremitas yang basah menandakan syok yang berhubungan dengan perdarahan interna atau eksterna. Perilaku pasien juga bermakna. Pasien dengan kolik hebat mungkin gelisah, sedangkan pasien iritasi peritoneum lebih suka tetap diam sedapat mungkin. Pasien yang sangat ketakutan, cemas dan tegang sukar untuk diperiksa. Pasien ini, secara khusus memerlukan lingkungan yang tenang dan ketenangan hati yang cukup sebelum pemeriksaan.

Suhu: Suhu dapat normal, subnormal, atau meningkat. Sebagai contoh, pada kasus perdarahan hebat suhu bisa subnormal. Selama fase awal apendisitis akuta, suhu biasanya normal, tetapi dalam beberapa jam suhu bisa meningkat secara bertahap sampai sekitar 100 atau 101° F. Jika dan sewaktu terjadi perforasi, biasanya suhu akan lebih tinggi. Suhu sampai 104° dapat menyertai pielonefritis akuta atau septikemia.

Nadi: Takikardia atau nadi yang cepat adalah tanda lain sepsis atau syok. Korelasi nadi dengan tekanan darah sangat penting dalam evaluasi sirkulasi perifer dan perfusi jaringan (lihat Syok, hal. 401).

Tekanan Darah: Hipotensi dan hipertensi, keduanya potensial serius. Interpretasi harus mempertimbangkan pemeriksaan fisik keseluruhan, maupun tes laboratorium yang tepat.

Hipotensi ortostatik yang ditandai oleh penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik sebanyak 20 mm Hg bila pasien berdiri, biasanya berarti kehilangan volume darah akut 20 persen. *Dizziness*, lemah dan pusing adalah gejala tambahan kurangnya volume intravaskular karena perdarahan.

Pernapasan: Peningkatan frekuensi pernapasan merupakan indeks keparahan masalah pasien. Penyakit paru, perdarahan dan asidosis metabolik menyebabkan takipnea untuk mengkompensasi penurunan oksigenasi atau peningkatan karbon dioksida.

Pemeriksaan mammae dapat membantu dalam evaluasi kemungkinan hamil. Selama kehamilan muda, banyak wanita sadar perubahan ringan pada payudaranya: peningkatan nyeri tekan, peningkatan turgor, pigmentasi areola, atau penonjolan folikel Montgomery (lihat Gb. 1-1). Pada palpasi harus dicatat setiap nyeri tekan yang tidak biasa, massa atau sekret puting susu.

Pemeriksaan Abdomen. Inspeksi: *Bentuk* abdomen harus diinspeksi teliti untuk bukti distensi lokal atau umum, tumor, atau pembesaran uterus. Selalu mungkin bahwa pasien tidak sadar akan terlewatnya siklus haid dan tidak menyadari bahwa ia dapat hamil. Bagan uterus hamil yang membesar mungkin merupakan petunjuk pertama untuk masalah pasien.

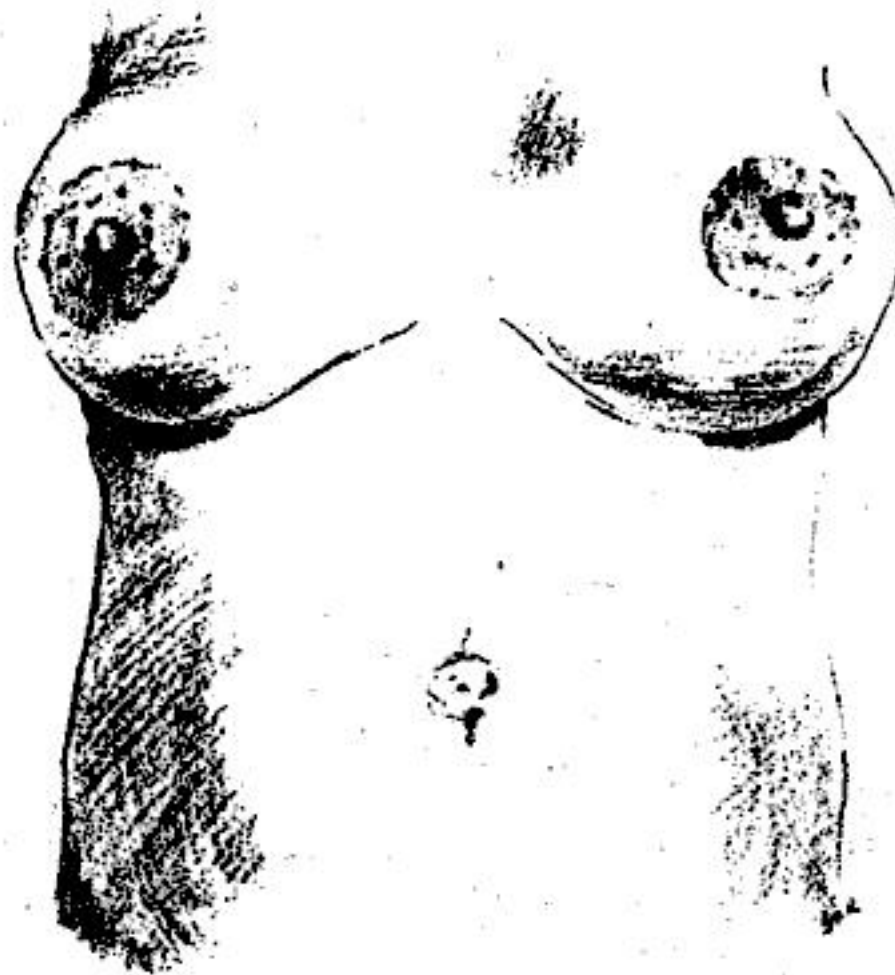
Gerakan pernapasan pada dinding abdomen harus diperhatikan, karena keterbatasan gerakan pernapasan dapat menunjukkan kekakuan diafragma atau otot abdomen. Bila apendisitis disertai dengan peritonitis lokal, maka daerah iliaka kanan bisa tampak tak mobil. Pada beberapa kasus pankreatitis akut, daerah epigastrium tidak bergerak.

Adanya *parut operasi* pada abdomen mungkin pertama-tama disebabkan oleh obstruksi usus yang disertai perlekatan intraabdomen.

Palpasi. *Nyeri tekan:* Sebelum palpasi, pasien harus diminta untuk menunjuk dengan satu jari titik tepat atau daerah nyeri maksimum. Menyadari informasi ini, dokter memulai pemeriksaan abdomen pada daerah yang paling jauh dari titik nyeri maksimum.

Palpasi lembut harus dilakukan dengan pulpa jari tangan yang lunak untuk menentukan luas dan intensitas kekakuan otot, untuk menentukan daerah nyeri tekan, dan untuk menentukan adanya pembengkakan atau tumor.

Jika jari tangan pemeriksa menekan lembut tetapi dalam di atas fokus peradangan dalam abdomen dan tekanan mendadak dilepaskan, maka pasien dapat mengalami nyeri mendadak, kadang-kadang hebat pada "pelepasan". *Nyeri lepas* ini sangat khas untuk iritasi peritoneum.



Gambar 1-1. Puting susu dengan folikel Montgomery yang menonjol.

10 KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

-*Kekakuan otot* adalah suatu istilah relatif. Pada banyak kasus peritonitis generalisata, otot-otot abdomen keras dan seperti papan. Pada keadaan lainnya, serabut-serabut otot bisa tidak berkontraksi sampai tingkat yang dapat ditekan, sampai jari tangan menekan lembut dinding abdomen. Tahanan dan kekakuan otot dapat ringan, bahkan pada peritonitis yang berat, jika dinding abdomen kendur serta otot abdomen tipis dan lemah. Keadaan ini sering ditemui pada pasien postpartum.

Interpretasi kekakuan dinding abdomen sering sukar, karena sikap psikologik pasien dapat menyokong tahanan otot. Adolesens yang ketakutan sering menahan dinding abdomen sangat kaku, bahkan dengan penyakit intraabdominal yang ringan.

-*Massa*: Massa abdomen yang teraba dapat disebabkan oleh uterus yang membesar, kista ovarium, abses tuboovarium atau hematoma.

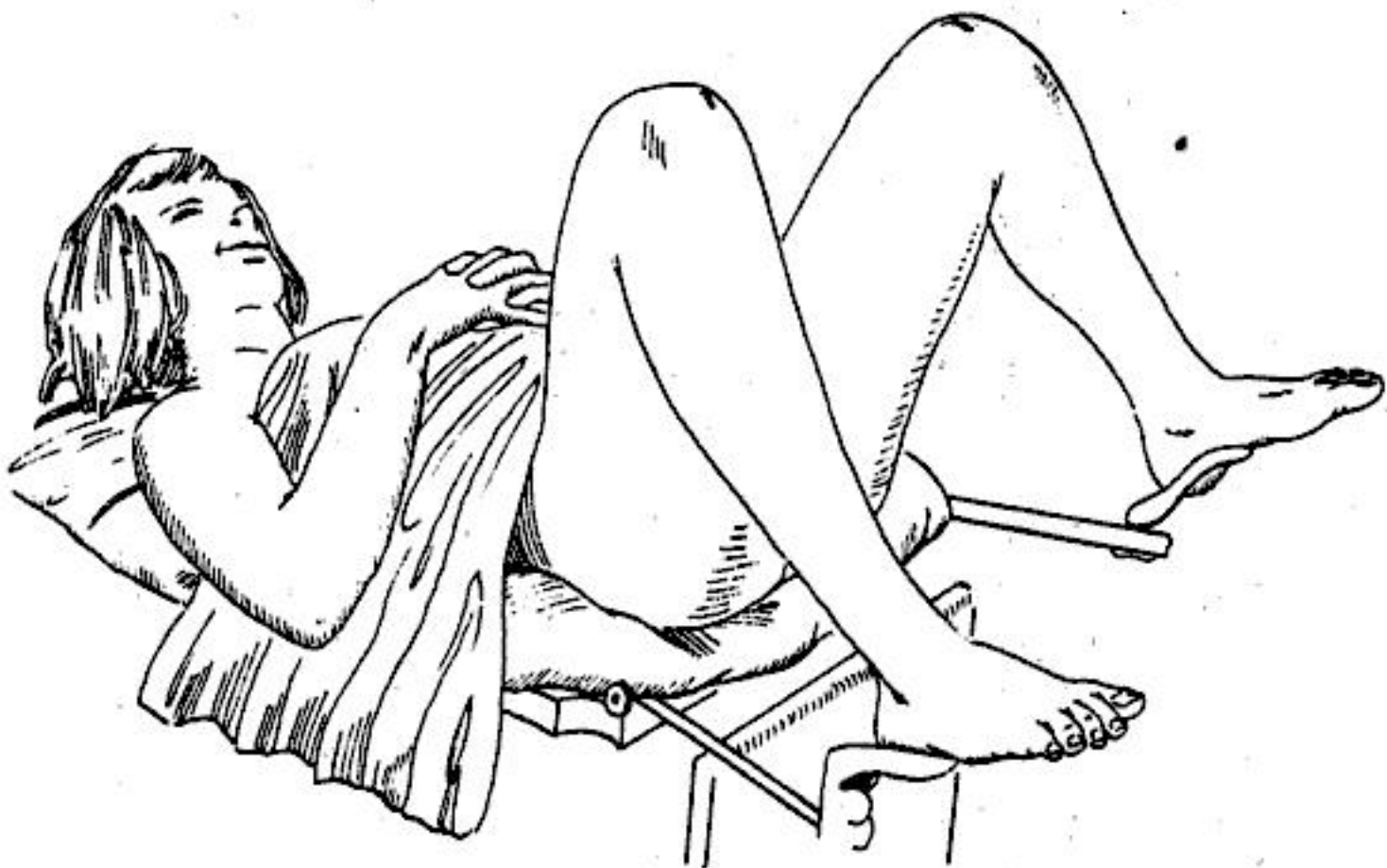
Pada kasus kehamilan intrauterin, bagian-bagian janin dan gerakan janin dapat dipalpasi. Bila bagian janin tampak dekat permukaan kulit, maka kemungkinan kehamilan abdominal harus dipertimbangkan.

Pada pemeriksaan abdomen terdistensi, *perkusi* membantu dalam membedakan kista ovarium dari asites. Redup diapit dengan timpani di anterior menggambarkan asites; timpani diapit dengan redup anterior berkaitan dengan kista ovarium. Sebagai tambahan, pekak alih (*shifting dullness*) khas untuk asites.

Auskultasi penting untuk penilaian bising usus dan identifikasi jantung janin. Dengan stetoskop ultrasonografi, jantung janin dapat didengar pada usia kehamilan 12-14 minggu.

Pada kasus peritonitis difus, bising usus tidak ada, atau paling jelas hipoaktif. Pada kasus peritonitis lokal, bising usus bisa ada tetapi hipoaktif. Bila ada gastroenteritis atau obstruksi mekanik dini, maka bising usus hiperaktif.

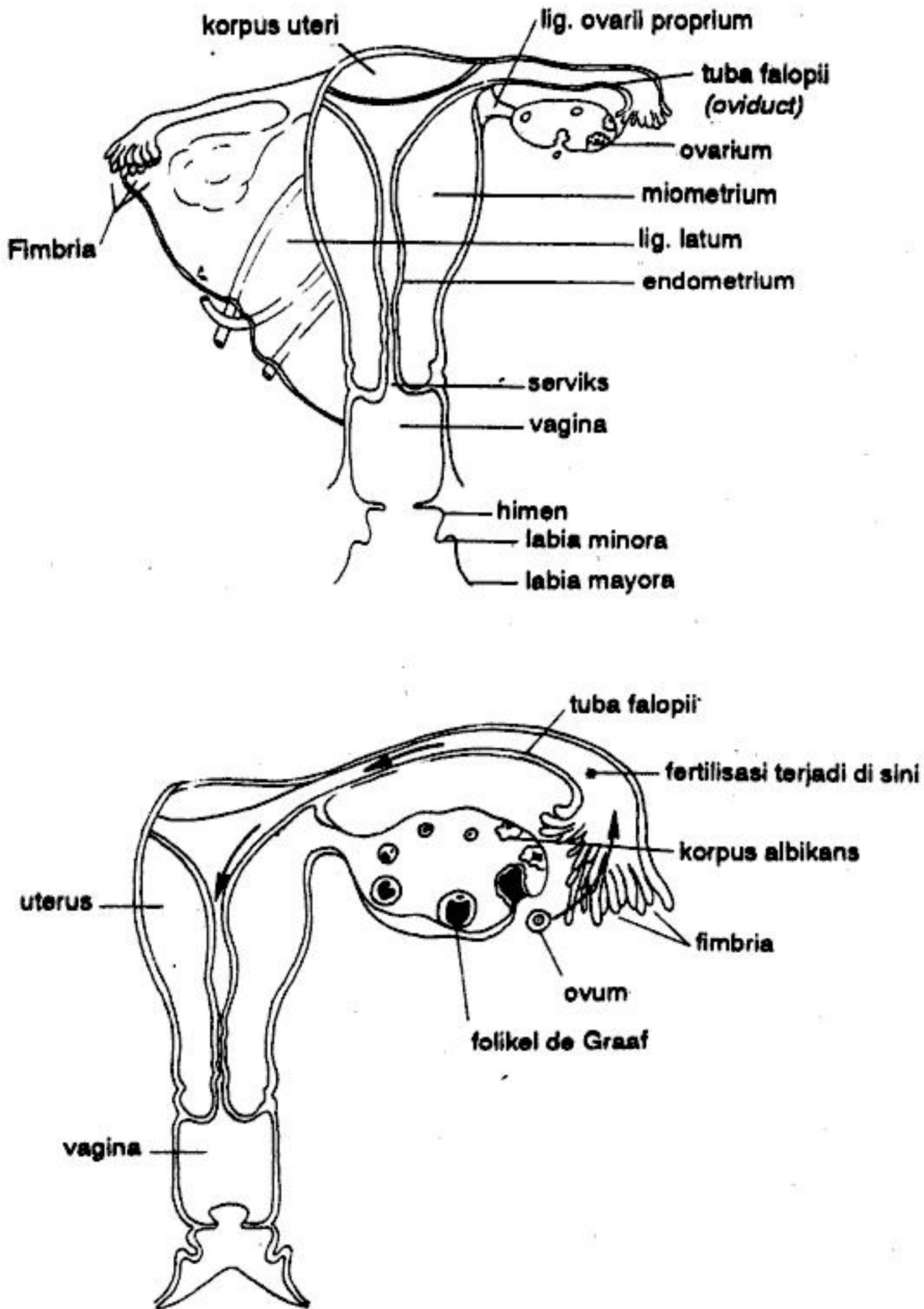
Pemeriksaan Pelvis: Sebelum pemeriksaan pelvis, pasien diminta berhenti untuk memberikan contoh urin bagi analisis dan untuk mempercepat evaluasi struktur pelvis.



Gambar 1-2. Pasien diletakkan dalam posisi litotomi dan diletakkan secara tepat dalam persiapan pemeriksaan pelvis.

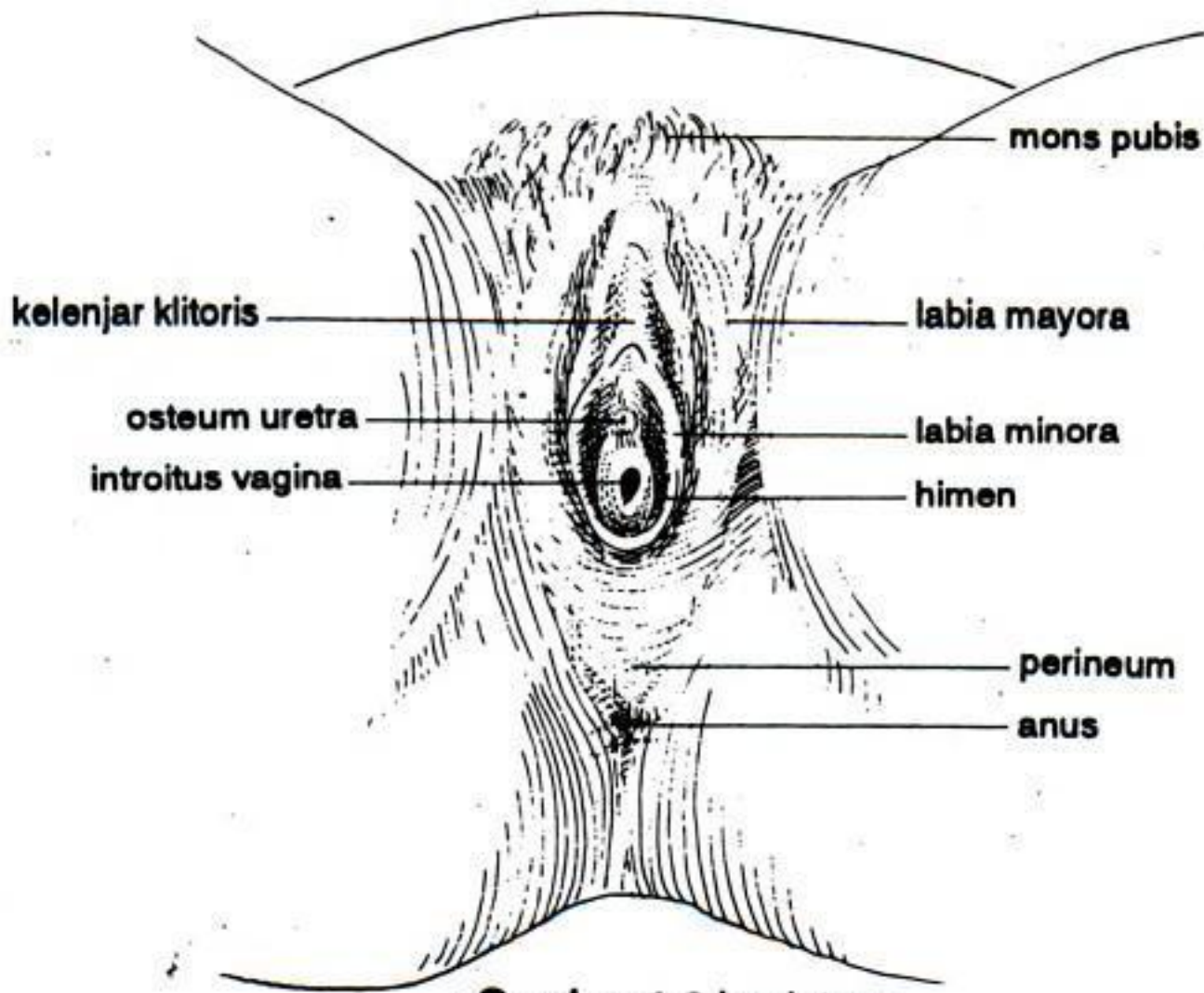
Pasien harus diletakkan pada posisi litotomi dan dipasang secara tepat pada meja pemeriksaan dengan pemijak kaki (Gb. 1-2).

Inspeksi: Genitalia eksterna (Gb. 1-3) diinspeksi untuk mencari bentuk peradangan, hipertrofi, atrofi atau ulserasi. Amati dengan teliti adanya lesi pada vulva, dan distribusi rambut dicatat. Labia dipisahkan, klitoris dan himen diperiksa. Diperhatikan adanya kemerahan dan eksudasi purulen pada ostium uretra eksternum. Setiap bukti sekret vagina dicatat.

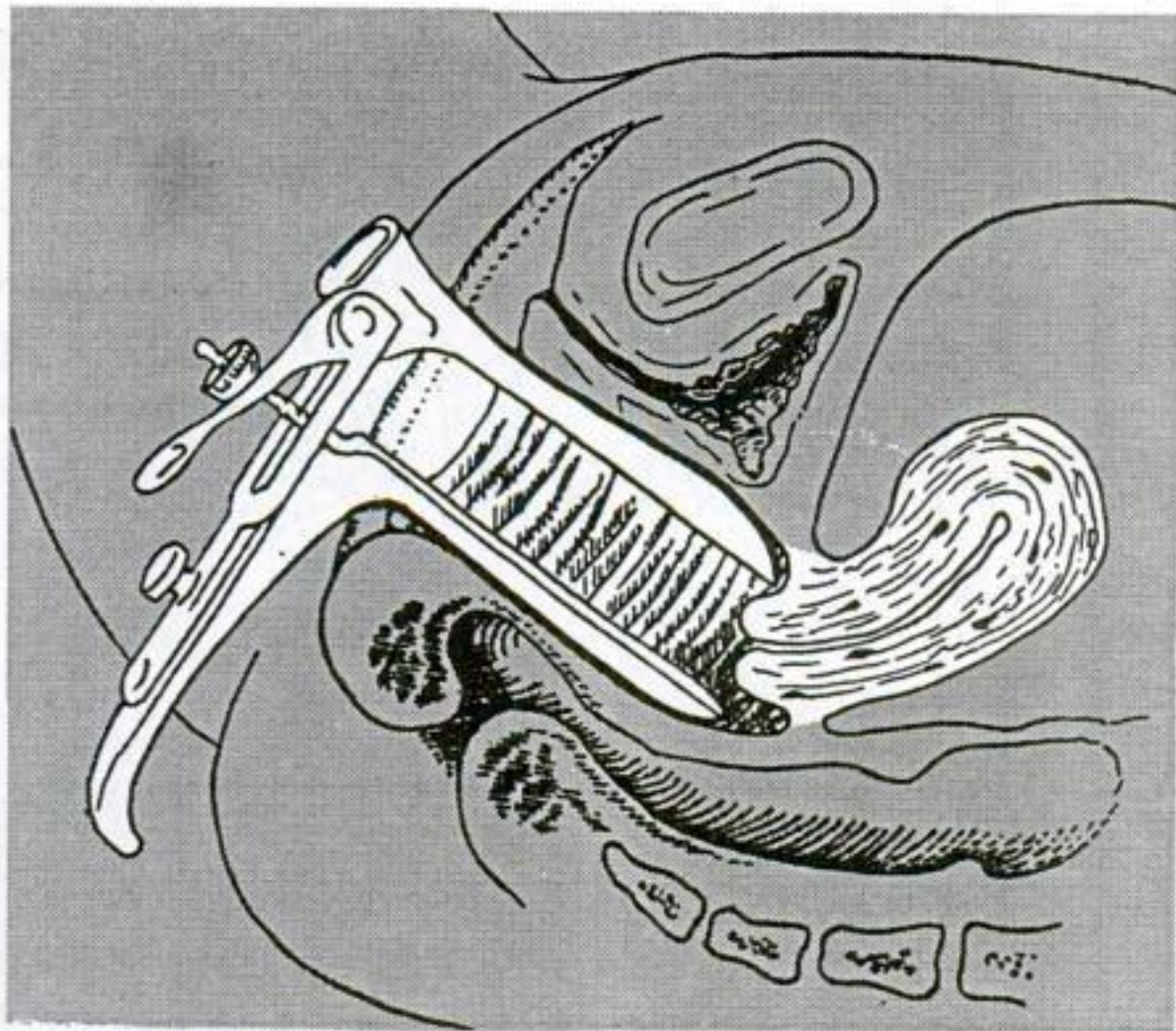


Gambar 1-3. Genitalia wanita.

Pemeriksaan Spekulum: Sebelum pemeriksaan jari, spekulum dimasukkan ke dalam vagina untuk melihat vagina dan serviks (Gb. 1-4). Untuk kenyamanan pasien, spekulum harus dilembabkan dengan air hangat. Pelumas buatan jarang diperlukan. Ketika spekulum dimasukkan, pasien diminta untuk santai sementara labia dibentangkan dengan



Gambar 1-3 Lanjutan



Gambar 1-4. Spekulum dimasukkan ke dalam vagina untuk melihat vagina dan serviks. (Dari Dunphy JE, Botsfort TW: Physical Examination of the Surgical Patient. 4th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975.)

jari-jari tangan lain yang bersarung tangan. Spekulum harus dimasukkan dalam keadaan tertutup sedemikian rupa, sehingga diarahkan ke bawah dan ke dalam untuk menghindari uretra. Sebuah sumber cahaya yang baik penting untuk visualisasi serviks yang adekuat.

Sekresi vagina dan serviks dicatat. Mulut rahim diperbatikan untuk mengidentifikasi sekret apapun, terutama darah atau cairan purulen. Jika mulut rahim terbuka dan jaringan janin atau plasenta terlihat, maka pasien sedang mengalami abortus kehamilan intrauterin. Jaringan plasenta yang jelas terlihat harus dikeluarkan dengan forsep cincin dan dikirim ke laboratorium patologi. Jika terlihat sekret purulen, usapan sekret ini harus dikirim ke laboratorium bakteriologi untuk kultur dan pewarnaan gram.

Lesi serviks dan vagina dicatat, juga ukuran, warna dan posisi serviks. Bergesernya serviks bisa menunjukkan penyakit adneksa. Kecuali dikontraindikasikan oleh keadaan kedaruratan atau adanya perdarahan hebat, maka *Pap smear* atas serviks bisa diambil untuk evaluasi sitologik.

Sementara spekulum dikeluarkan, dinding vagina diinspeksi; warna mukosa, ada atau tidaknya rugae, dan tumor atau ulserasi abnormal apapun dicatat. Perubahan warna kebiruan pada vagina dan serviks mungkin merupakan tanda dini dari kehamilan. Infeksi *Trichomonas vaginalis* digambarkan oleh adanya eritema "strawberry" pada dinding vagina dengan sekret kuning hijau yang berbusa. Vaginitis kandida (monilia) ditandai oleh adanya partikel-partikel "keju lembut" (*cottage cheese*) radang dinding vagina.

Pemeriksaan Vagina: Bila perdarahan per vaginam terjadi selama separuh akhir kehamilan, maka pemeriksaan vagina dikontraindikasikan karena bahaya plasenta previa, kecuali pasien dipersiapkan untuk seksio sesarea segera. Pada semua keadaan lain, jari telunjuk bersarung tangan, berpelumas dimasukkan secara lembut ke dalam vagina dengan tekanan ringan ke belakang pada frenulum labiorum pudendi untuk membantu relaksasi perineum. Inseri satu jari pada awalnya membantu menentukan ketenangan pasien dan memungkinkan pemeriksa mencatat apakah himen intak.

Setelah beberapa waktu istirahat untuk mempertinggi relaksasi, kecuali vagina sangat nyeri dan rapat, maka jari tengah pemeriksa dimasukkan bersama dengan jari telunjuk. Nyeri tekan, massa, dan penebalan introitus dicatat. Dengan ibu jari di luar dan telapak tangan diputar ke bawah, maka pembesaran dan sensitivitas kelenjar Bartholin dapat dipalpasi (Gb. 1-5). Uretra kemudian dipalpasi untuk bukti indurasi dan untuk menentukan apakah pus dapat dikeluarkan dari ostium uretra atau kelenjar Skene (Gb. 1-6).

Serviks dapat digambarkan dengan jari tangan dan ditentukan ukuran, posisi, bentuk, konsistensi, kehalusan dan pembukaannya. Pelunakan serviks menggambarkan kehamilan.

Serviks digerakkan untuk meregangkan ligamentum sakrouterina dan ligamentum kardinale (servikalis transversus). Gerakan ini menyatakan derajat kebebasan serviks dan mengisyaratkan adanya nyeri tekan pelvis yang tidak biasa. Forniks dieksplorasi untuk mencari massa, nyeri tekan atau perubahan bentuk.

Bila serviks berdeviasi dari posisi normalnya, maka harus dicurigai adanya massa ektrauterus.

Pemeriksaan Bimanual: Pemeriksaan digital vagina yang dikombinasikan dengan palpasi abdomen bawah, pemeriksaan bimanual, sangat penting dalam evaluasi penyakit pelvis. Sementara melakukan pemeriksaan digital seperti ditulis di atas, pemeriksa meletakkan tangan lainnya di abdomen bawah untuk palpasi struktur pelvis yang lebih

14 KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI



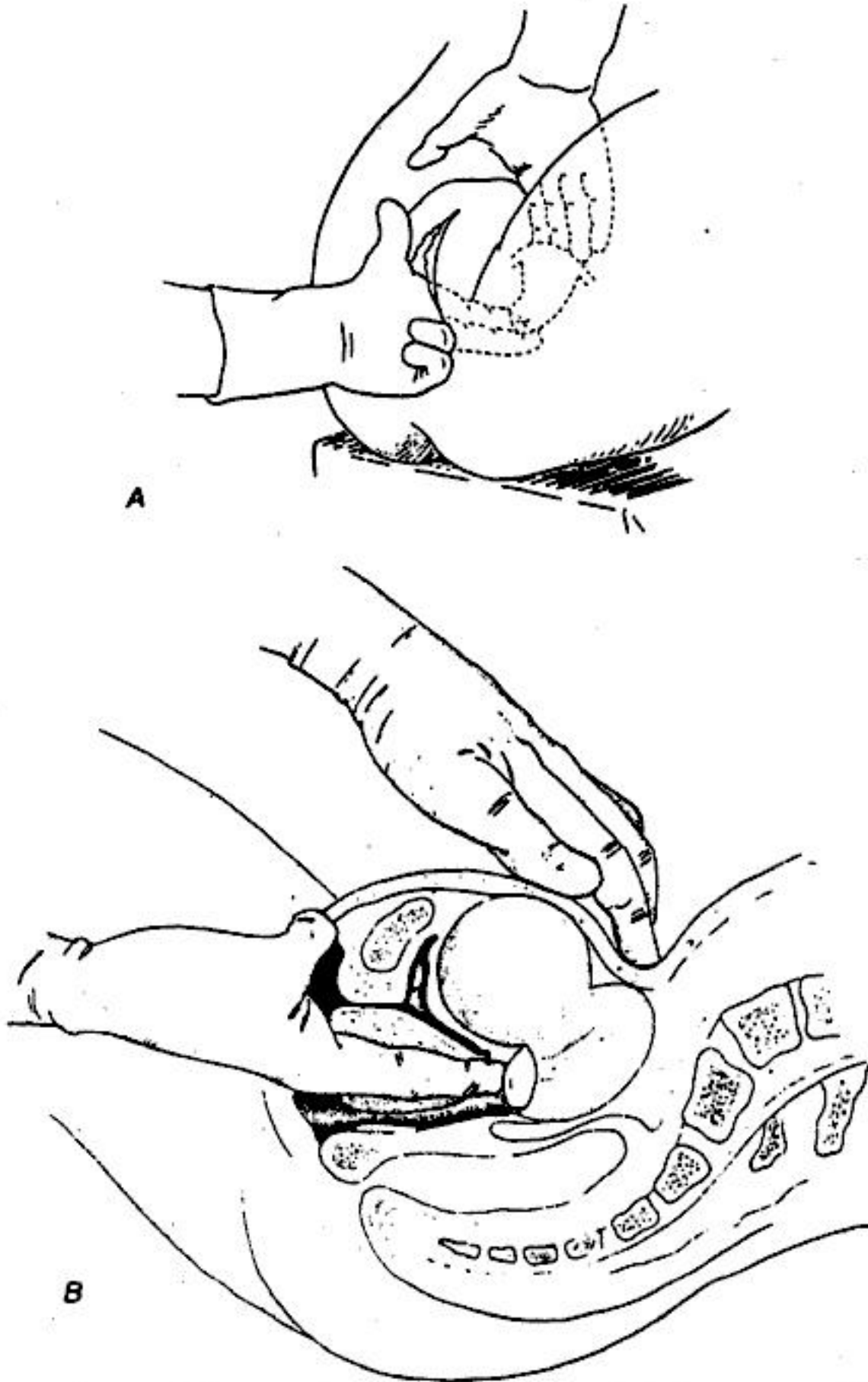
Gambar 1-5. Metoda yang dipergunakan untuk palpasi kista Bartholin. (Dari Dunphy JE, Botsford, TW: Physical Examination of the Surgical Patient. 4th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975.)



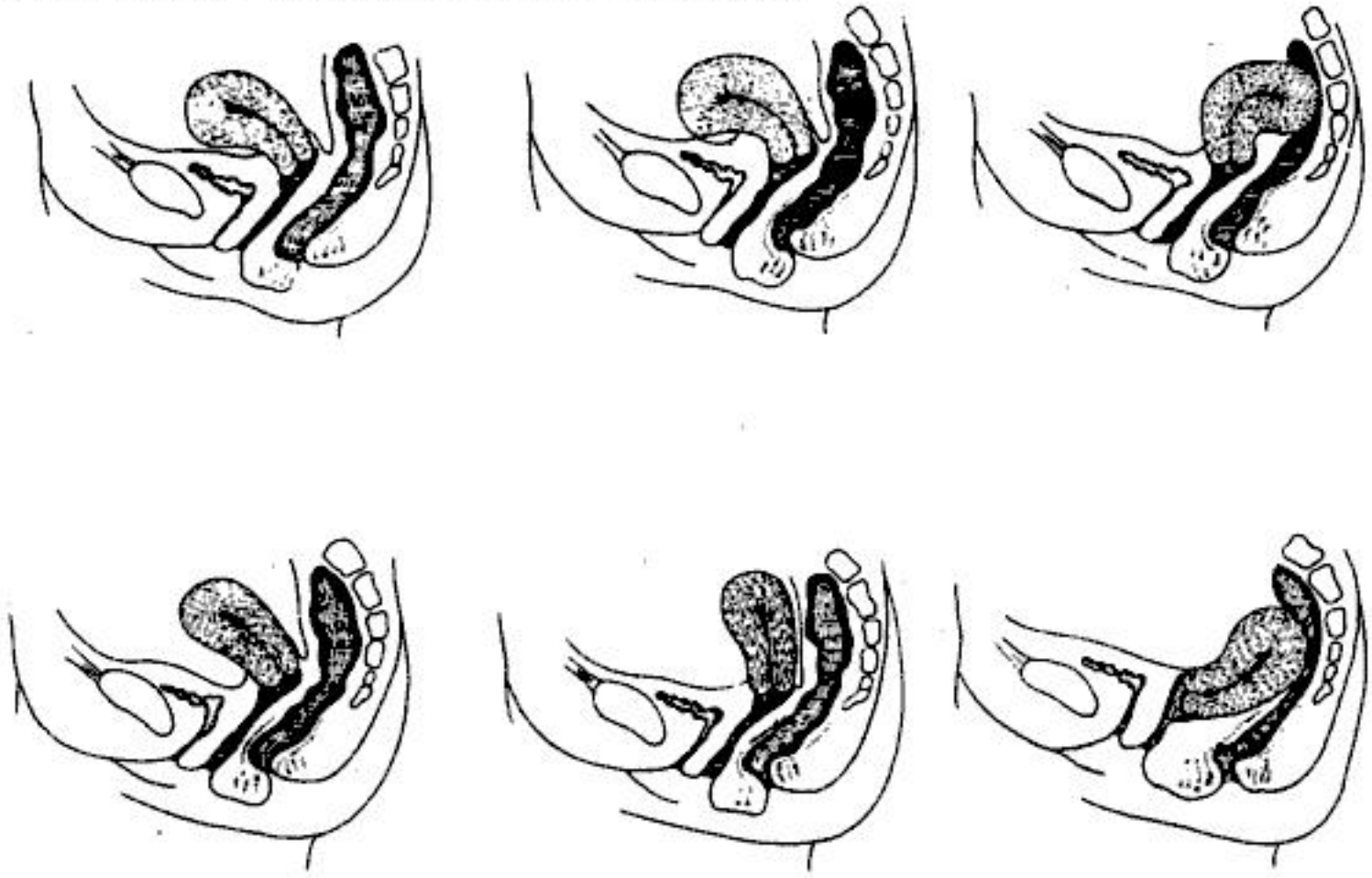
Gambar 1-6. Metoda yang digunakan untuk mengeluarkan pus dari kelenjar Skene. (Dari Dunphy JE, Botsford, TW: Physical Examination of the Surgical Patient. 4th. ed. Philadelphia, WB. Saunders Company, 1975.)

dalam. Tangan yang di abdomen ditekan ke bawah dengan telunjuk tangan sementara jari-jari bersatu, tetapi dengan sedikit fleksi. Jari tangan kemudian ditekankan kuat pada dinding abdomen untuk memindahkan organ pelvis abdomen bawah ke arah jari di dalam vagina (Gb. 1-7).

Untuk mengevaluasi ukuran, bentuk, mobilitas, konsistensi dan posisi uterus, pemeriksa seharusnya memalpasi dan menekan lembut fundus uteri dengan satu tangan, sementara jari di vagina menahan serviks. Uterus bebas normal biasanya dapat dibawa ke bawah de-



Gambar 1-7. Pemeriksaan bimanual. A, Sementara melakukan pemeriksaan digital, pemeriksa menempatkan tangan lainnya di atas abdomen untuk palpasi struktur pelvis lebih dalam. Tangan di abdomen ditekankan ke bawah dengan telapak tangan dan jari tangan bersatu dan sedikit fleksi. Kemudian jari tangan ditekan kuat pada dinding abdomen, sehingga memindahkan organ pelvis abdomen bawah ke arah jari tangan di dalam vagina. B, Leiomioma uterus dipalpasi. (Dari Dunphy JE, Bostford TW: Physical Examination of the Surgical Patient. 4th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975.)



Gambar 1-8. Posisi Uterus dalam potongan sagital. (Dimodifikasi dari Dunphy JE, Botsford, TW: *Physical Examination of the Surgical Patient*. 4th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975.)

pan oleh tangan abdomen. Uterus hamil terasa membesar dan tanda Hegar (kompresibilitas dan perlunakan segmen bawah uterus) dapat terbukti. Bila fundus tidak dapat dipalpasi oleh tangan yang di abdomen, maka biasanya uterus dalam posisi retroversi. Keadaan ini dapat juga diduga bila serviks berpindah ke anterior di belakang simfisis pubis.

Untuk diagram posisi uterus, lihat Gambar 1-8.

Untuk memalpasi adneksa, jari pemeriksa di vagina diletakkan ke forniks lateral. Jari pemeriksa di abdomen kemudian disapukan ke arah bawah di atas jari yang di dalam vagina untuk menangkap ovarium dan tuba di antara dua tangan. Normalnya, ovarium terletak tepat lateral terhadap uterus dekat bagian tengahnya. Jika ovarium dan tuba tidak teraba pada permulaan, maka keduanya mungkin terletak di dalam kavum Douglasi atau tergeser ke ruang anterior dari uterus.

Ovarium normal sedikit nyeri tekan. Keadaan ini membantu membedakannya dari massa tidak nyeri tekan seperti feses di dalam usus. Tuba falopii biasanya tidak sensitif, dan tidak dapat teraba, kecuali ada keadaan patologis.

Pemeriksaan Rektovaginal: Jari tengah, yang dilumasi baik, dimasukkan secara lembut dan perlahan-lahan ke dalam kanalis analis. Pasien harus diminta mengejan sedikit untuk merelaksasikan sfingter ani. Dengan jari telunjuk di dalam vagina, kavum Douglasi posterior, ligamentum sakrouterina, dan parametrium dipalpasi. Korpus uteri yang retroversi, dinding posterior uterus, massa, nodul, indurasi, nyeri tekan dan benjolan yang menyertai abses pelvis atau perdarahan intraperitoneum dapat diketahui. Kelainan anus dan sakrum dicatat.

Akhirnya, mengangkat ujung jari vagina dan rektum setinggi mungkin, sehingga pemeriksa memalpasi abdomen bawah secara bimanual (Gb. 1-9). Selama pemeriksaan rektum, perhatian ditujukan pada hemoroid, fistula, fisura, polip anorektum dan tumor, serta kondiloma. Ketika jari rektum dikeluarkan, sarung tangan diinspeksi apakah ada darah atau mukus.



Gambar 1-9. Pemeriksaan rektovaginal bimanual. (Dimodifikasi dari Dunphy JE, Botsford, TW: *Physical Examination of the Surgical Patient*. 4th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975.)

Pemeriksaan rektovagina pada anak-anak dan wanita tua—pasien dengan introitus vaginae yang sempit—sangat bermanfaat. Sebagai tambahan, pemeriksaan rektovagina dapat lebih berisi keterangan daripada pemeriksaan vagina dengan dua jari pada pasien striktur vagina, abses pelvis, nyeri tekan pelvis akut atau kelainan lainnya yang mempengaruhi pemeriksaan vagina.

TES LABORATORIUM

Meskipun pemilihan pemeriksaan laboratorium dan tindakan tambahan tergantung pada sifat keluhan utama dan biasanya merupakan bagian rencana diagnostik, namun *hitung sel darah lengkap dengan apusan darah, urinalisis* serta *golongan darah dan rhesus* menjadi tiga tes dasar yang memberikan data objektif penting untuk evaluasi sebenarnya setiap kedaruratan ginekologik.

Hitung Sel Darah Lengkap dengan Apusan Darah: Penentuan hemoglobin atau hematokrit adalah penting untuk evaluasi perdarahan. Nilai berseri sangat membantu dalam menilai perdarahan tersembunyi.

Peningkatan hitung lekosit menggambarkan infeksi sistemik.

Apusan darah memberikan hitung jenis, perincian bentuk dan struktur eritrosit dan perkiraan trombosit darah. Leukositosis dengan peningkatan neutrofil dan pergeseran ke kiri berarti infeksi sistemik. Struktur dan bentuk eritrosit yang abnormal menggambarkan anemia sebelumnya atau proses hemolitik aktif. Kurangnya jumlah trombosit darah dapat menjadi petunjuk dini gangguan koagulasi.

Interpretasi hitung sel darah dan apusan darah dibantu oleh perbandingan dengan nilai yang diketahui sebelumnya untuk masing-masing pasien.

Urinalisis merupakan bantuan esensial dalam diagnosis keadaan patologis traktus urinarius. Protein, gula, darah atau sel-sel di dalam urin dapat menunjukkan kesatuan penyakit yang bertanggung jawab terhadap masalah kedaruratan.

Golongan Darah dan Rhesus: Bila ada bukti perdarahan aktif, anemia atau hipovolemia, 10 ml darah harus dikirim ke bank darah untuk penentuan golongan darah, Rhesus dan penyaringan antibodi. Jika penggantian darah diantisipasi, maka 2 sampai 4 unit darah hidup atau eritrosit yang dikumpulkan harus dicocok-silang.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Evaluasi ginekologi bertujuan untuk membedakan kelainan saluran reproduksi dari proses patologis lainnya. Dengan mempersatukan data subjektif dan objektif, seorang dokter harus mempertimbangkan semua kemungkinan diagnostik.

Sering penemuan begitu spesifik, sehingga diagnosis nya jelas. Sebagai contoh, pasien perdarahan per vaginam dan jaringan plasenta terlihat pada serviks yang dilatasi jelas mengalami abortus inkompletus.

Pada saat lain, diagnosis nya tidak jelas. Banyaknya kemungkinan diagnosis memerlukan tes laboratorium dan prosedur tambahan untuk evaluasi.

Diagnosis banding mencakup seluruh kemungkinan diagnostik yang harus dipertimbangkan untuk mempersiapkan rencana terapi yang tepat.

FAKTOR ETIOLOGI

Gangguan saluran reproduksi bisa disebabkan oleh infeksi, neoplasma, komplikasi kehamilan atau gangguan hormon. Sebagai tambahan, abnormalitas metabolik serta faktor sosial dan psikologik, maupun masalah medis atau bedah terdahulu, dapat mempengaruhi ketahanan atau kerentanan pasien terhadap rangsangan patogen.

Pengenalan faktor majemuk yang menyokong masalah penyebab memberikan dasar untuk rencana terapi terpadu.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Tes darah lainnya: Pemeriksaan kimia darah, elektrolit, dan pembekuan darah dapat diindikasikan, tergantung pada masalah spesifik. Pemeriksaan gas darah arteri bermanfaat bila ada bukti kegagalan ventilasi atau perfusi jaringan yang tidak adekuat.

Tindakan Diagnostik. Sinar-X: Keputusan menggunakan sinar-X untuk diagnosis masalah ginekologi harus selalu tergantung pada keadaan masing-masing pasien. Bila diduga kehamilan intrauterin, maka sinar-X harus dihindarkan jika mungkin. Bila penting, maka perlindungan yang tepat dianjurkan.

Ultrasonografi: Ultrasonografi diagnostik telah banyak tersedia dan sangat bermanfaat untuk evaluasi berbagai masalah obstetri dan ginekologi.

Kuldosentesis sering diindikasikan untuk diagnosis perdarahan intraperitoneum atau infeksi peritoneum (lihat Kuldosentesis, hal. 590).

PENATALAKSANAAN

Suatu rencana terapi yang efektif harus mempertimbangkan tujuan umum terapi, maupun tindakan spesifik yang diperlukan untuk mencapai tujuan itu.

Tindakan Medik: Pada banyak keadaan kedaruratan, terapi harus dimulai bahkan sebelum diagnosis spesifik ditetapkan.

Jalan napas (Airway) paten harus dijamin untuk ventilasi adekuat. Setiap benda asing, darah, mukus atau muntahan di dalam mulut atau orofaring dikeluarkan dengan pengisapan. Kepala dimiringkan ke belakang, sehingga rahang mengarah ke atas, sehingga menghilangkan obstruksi jalan napas dengan menggerakkan dasar lidah menjauhi punggung tenggorokan.

Pernapasan (Breathing) dibantu bila perlu dengan oksigen dan ventilasi tekanan positif.

Sirkulasi (Circulation) dibantu dengan cairan intravena, kompresi jantung luar, dan darah sesuai keperluan. Tekanan vena sentralis atau kateter Swan-Ganz memberikan suatu penilaian fungsi miokardium dan keadaan penggantian volume.

Tindakan Operasi: Dalam penatalaksanaan masalah ginekologi gawat darurat, tindakan kuretase, kolpotomi, laparoskopi, atau laparotomi eksplorasi dapat diindikasikan. Biasanya tindakan ini dilakukan dalam kamar operasi rumah sakit. Tindakan kuretase dan tindakan yang membutuhkan anestesi lokal terbatas atau tanpa anestesi, dapat dilakukan di dalam ruangan yang dilengkapi baik atau ruangan gawat darurat.

Persiapan Pra-bedah: Instruksi berikut sebenarnya tepat untuk seluruh pasien sebelum operasi:

1. Dilakukan hitung sel darah lengkap dan urinalisis.
2. Pasien tidak makan atau minum.
3. Darah dikirim ke bank darah untuk penentuan golongan, Rhesus dan penyaring antibodi. Darah yang telah dicocok-silang dipersiapkan, jika transfusi diantisipasi.
4. Dibuat persetujuan untuk tindakan yang akan dilakukan.

5. Medikasi pra-bedah biasanya dilakukan oleh ahli anestesi. Sering meperidin 50 sampai 75 mg I.M., atau 6 sampai 10 mg morfin subkutis diberikan untuk sedasi untuk menenangkan kecemasan. Jika pasien mendapat anestesi umum, maka 0,4 mg atropin atau skopolamin dapat diberikan untuk mengurangi sekresi traktus respiratorius dan mungkin meminimumkan aktivitas refleks yang tidak diinginkan dalam respon terhadap anestesi dan operasi.

PENDIDIKAN PASIEN

Pendidikan pasien merupakan aspek penting perawatan kesehatan. Karena ketakutan yang tak dibicarakan dan sikap terhadap penyakit mendadak dapat mempengaruhi gejala maupun responnya, maka pasien harus diberi nasihat tentang penilaian dan rekomendasi dokter. Informasi yang diberikan ke pasien tercakup di dalam rekaman medis untuk membantu yang lain yang ikut serta dalam perawatan pasien, maupun untuk rujukan pada waktu yang akan datang.

Pasien harus selalu dinasihatkan tentang kepentingan perawatan lanjutan, termasuk apusan sitologi servikovagina (Pap) pada interval yang teratur.

Jika operasi gawat darurat dapat mengakibatkan sterilitas di masa mendatang, maka pasien harus diberikan penyuluhan yang tepat dan sokongan emosional.

2. Diagnosis Kehamilan

PERTIMBANGAN UMUM

Sering diagnosis kehamilan jelas dan pasien sendiri sadar sedang hamil, bahkan sebelum ia berkonsultasi dengan seorang dokter. Pada saat lain, diagnosisanya mendua dan sulit, sehingga membutuhkan interpretasi teliti tentang gejala subjektif, tanda objektif dan tes laboratorium.

Sebagai ringkasan gambaran diagnostik kehamilan berikut, lihat Tabel 2-1.

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Amenore: Gejala subjektif kehamilan yang paling dapat dipercaya adalah berhentinya haid secara mendadak pada wanita sehat, yang sebelumnya mempunyai siklus haid

TABEL 2-1. Ringkasan Gambaran Diagnostik Kehamilan.

<i>Trimester Pertama</i>		
<i>Subjektif</i>	Amenore Nausea	Diduga Diduga
<i>Objektif</i>	Perubahan payudara Tanda Chadwick Perlunakan serviks Tanda Hegar Pembesaran dan perlunakan uterus Tes HCG positif Ultrasonografi	Diduga Diduga Diduga Mungkin Mungkin Pasti Pasti
<i>Trimester Kedua</i>		
<i>Subjektif</i>	Amenore Pembesaran abdomen Gerakan janin (<i>Quickening</i>)	Diduga Diduga Diduga
<i>Objektif</i>	Kontraksi uterus Gerakan janin Palpasi janin Bunyi jantung janin Foto roentgen rangka janin Ultrasonografi	Mungkin Pasti Pasti Pasti Pasti Pasti

teratur. Pada keadaan ini tidak adanya siklus kedua memberikan kemungkinan lebih kuat bahwa pasien hamil.

Nausea (dengan atau tanpa vomitus): Selama trimester pertama kehamilan, banyak wanita mendapat gangguan lambung yang berkisar dari anoreksia sampai nausea dan bahkan vomitus, yang tersering terjadi pada pagi hari.

Sering Kencing: Selama beberapa bulan pertama kehamilan, sering kencing dapat disebabkan oleh tekanan pada kandung kencing oleh uterus yang membesar. Gejala ini sering muncul kembali menjelang cukup bulan.

Payudara Terasa Penuh dan Nyeri Tekan: Pada kehamilan muda, banyak wanita menyadari peningkatan vaskularisasi dan sensasi berat pada payudara. Parestesi puting susu dapat menjadi indikasi pertama kehamilan. Karena kehamilan berlanjut, maka puting susu dan daerah sekelilingnya menjadi hiperpigmentasi; payudara cenderung bertambah besar dan menjadi nodular sebagai akibat hipertrofi alveoli mammae. Setelah beberapa bulan pertama, cairan kental kekuningan (kolostrum) dapat dikeluarkan dari payudara dengan pijatan lembut.

Lelah dan Letargi: Walaupun lelah dan letargi merupakan gejala tidak spesifik namun beberapa wanita dapat mendiagnosis sendiri kehamilannya dari perasaan subjektif ini.

Pembesaran Abdomen: Banyak pasien menyadari pembesaran abdomen setelah bulan kehamilan ketiga, ketika pakaian yang sebelumnya enak dipakai mulai terasa sempit.

Gerakan Janin: Wanita biasanya menjadi waspada akan gerakan janin atau "Quickening" antara minggu ke 16 dan 18 kehamilan.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Payudara: Selama kehamilan payudara membesar dan cenderung untuk menjadi nodular. Vena halus dapat terlihat tepat di bawah kulit. Puting susu menjadi lebih besar dan berpigmentasi lebih gelap. Areola juga berpigmentasi lebih gelap dan mengandung banyak elevasi kecil yang menunjukkan hipertrofi kelenjar sebacea, kelenjar (folikel) Montgomery.

Pemeriksaan Abdomen: Uterus dapat dipalpasi melalui dinding abdomen pada umur kehamilan 12 minggu. Pada 16 minggu, fundus biasanya teraba tengah-tengah antara simfisis dan umbilikus.

Karena kehamilan berlanjut, maka tinggi fundus memberikan perkiraan umur kehamilan (Gb. 2-1). Antara kehamilan 20 dan 22 minggu, fundus teraba setinggi umbilikus. Dari kehamilan 18 sampai 30 minggu, tinggi fundus sama dengan umur kehamilan dalam minggu. Setelah waktu ini, umur kehamilan dalam bulan dapat dihitung dengan membagi tinggi fundus dalam sentimeter dengan 3,5. Tinggi fundus diukur dengan pita sentimeter dari simfisis pubis, mengikuti bentuk dinding abdomen. Satu tangan diletakkan pada bagian tertinggi fundus dan dipegang tegak lurus terhadap sumbu panjang tubuh sementara pita meteran dipegang melawan jari tengah dengan ibu jari. Tinggi uterus yang biasa pada kehamilan cukup bulan adalah 35 sentimeter (rumus McDonald) (Gb. 2-2).

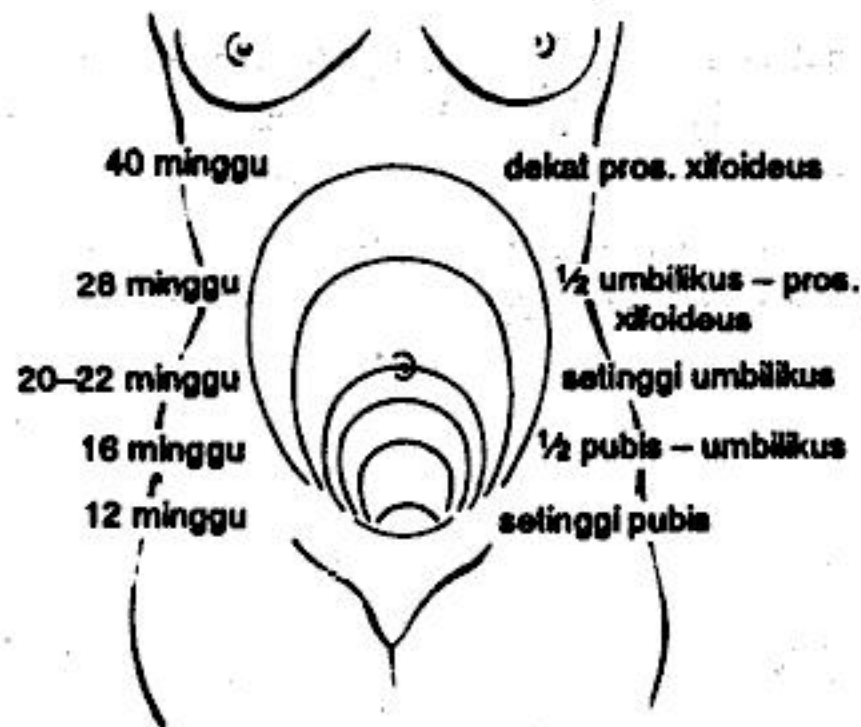
Gerakan janin dapat dipalpasi melalui dinding abdomen setelah kehamilan 16 minggu. Dengan stetoskop ultrasonografi, denyut jantung janin dapat didengar setelah kehamilan 12 sampai 14 minggu.

Pemeriksaan Pelvis: Pembesaran dan perlunakan uterus merupakan tanda terdini kehamilan dan dapat dipalpasi 6 sampai 8 minggu setelah hari pertama haid terakhir.

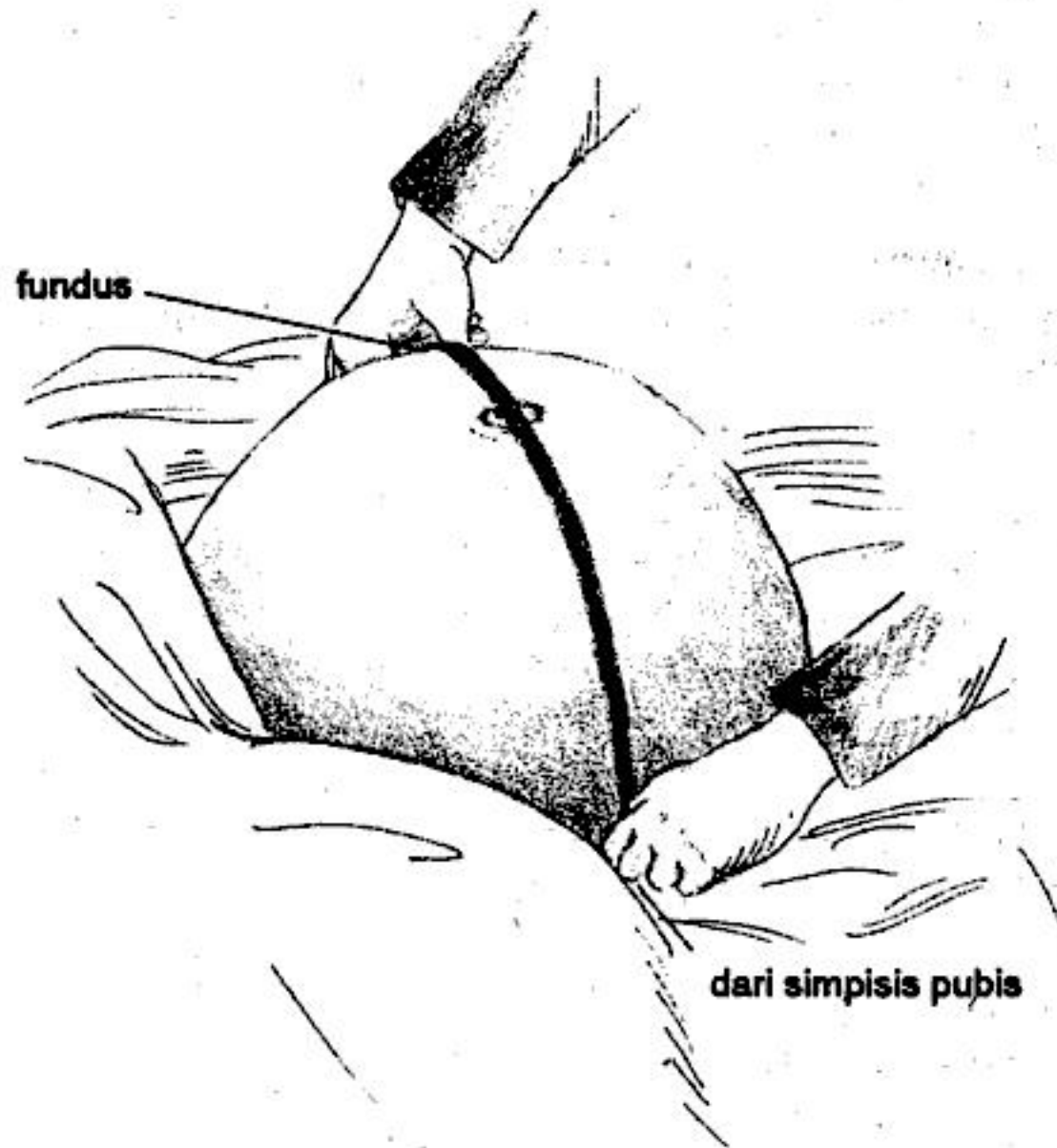
Tanda Hegar adalah perlunakan ismus uteri pada sambungan serviks dan korpus. Perlunakan ini timbul pada kehamilan muda, kira-kira 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir, dan yang berlawanan dengan bagian uterus sisanya, yang tampaknya mempunyai konsistensi lebih kenyal. Kadang-kadang perlunakan ismus sedemikian jelas, sehingga serviks dan korpus tampak dipisahkan (lihat Gb. 2-3).

Tanda Chadwick adalah pewarnaan kebiruan pada vagina, yang dapat dilihat pada pemeriksaan spekulum.

24. KEDARURATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI



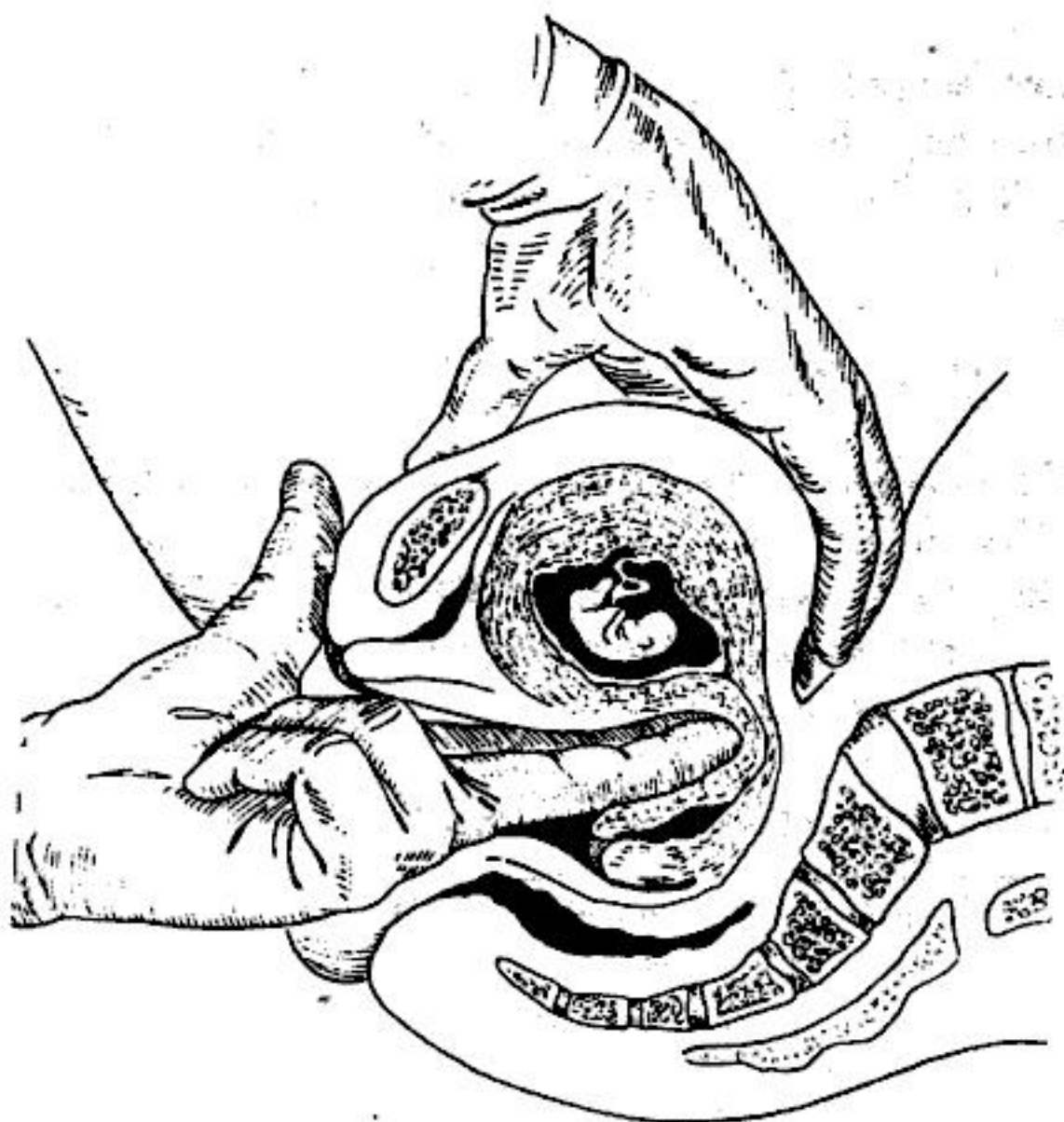
Gambar 2-1. Tinggi relatif fundus uteri pada kehamilan.



Gambar 2-2. Mengukur panjang janin dengan cara McDonald.

TES LABORATORIUM

Tes Kehamilan Urin: Tes *tabung* (inhibisi hemaglutinasi) atau gelas objek (inhibisi lateks atau aglutinasi lateks) lazim dipakai untuk mendeteksi gonadotropin korion manusia (HCG) dalam urin. Walaupun tes tabung memerlukan inkubasi satu atau dua jam, namun dengan mendeteksi kadar HCG 150-1.000 mIU/ml dan sering menjadi positif dalam satu minggu setelah siklus haid tidak datang (21 hari setelah ovulasi).



Gambar 2-3. Metode bimanual untuk mendeteksi tanda Hegar dalam kehamilan. (Disadur dari Greenhill JP, Friedman EA: *Biological principles and Modern Practice of Obstetrics*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1974.)

Tes gelas objek yang lebih cepat bersifat kurang sensitif dan cenderung menjadi positif tiga sampai lima hari kemudian, kira-kira sepuluh sampai empat belas hari setelah tidak datangnya haid atau 24-28 hari setelah ovulasi. Dengan kehamilan ektopik, kadar HCG dapat menjadi tidak cukup untuk memberikan tes positif.

Tes urin positif palsu dapat disebabkan oleh proteinuria (2 sampai 4 +), urina berdarah makroskopik atau puncak tengah siklus hormon luteinisasi. Obat-obatan seperti metadon, klorpromazin, prometazin, haloperidol dan tiordazin dapat juga menyebabkan tes kehamilan positif palsu.

Tes negatif palsu dapat timbul bila contoh urin mempunyai berat jenis rendah atau bila tes dilakukan terlalu dini dalam kehamilan.

Tes Kehamilan Serum untuk HCG. Analisis Radioimun sangat sensitif dan mendeteksi gonadotropin korion satu minggu setelah ovulasi. Selama kehamilan muda, kadar HCG meningkat cepat, menjadi 2 kali lipat setiap 48 jam sampai kehamilan 6 minggu. Tes paling spesifik untuk gonadotropin korion menganalisa subunit beta dan tidak bereaksi-silang dengan hormon luteinisasi (LH). Analisis ini sangat bermanfaat untuk perawatan lanjutan pasien kehamilan mola.

Penentuan HCG kuantitatif dapat membantu dalam diagnosis banding kehamilan ektopik, abortus mengancam dan kehamilan mola (lihat Tabel 2-2). Analisis radioimun dapat tetap positif sampai 2 minggu setelah abortus spontan atau terencana.

Analisis radioreseptor (Biocept G) lebih cepat, tetapi kurang sensitif (200 mIU HCG/ml) dan kurang spesifik. Tes positif palsu dapat akibat peningkatan kadar hormon luteinisasi (LH) yang dihubungkan dengan puncak tengah siklus atau status perimenopause.

TINDAKAN DIAGNOSTIK

Ultrasonografi: Lima sampai enam minggu setelah siklus haid berakhir, kehamilan intrauterin dapat dilihat dengan sonografi. Umur kehamilan dapat diperkirakan dari pengukuran diameter kantong kehamilan di antara 5 dan 10 minggu, panjang puncak kepala-bokong sebelum 12 minggu, dan diameter biparietalis, panjang femur dan diameter orbita setelah 12 sampai 14 minggu.

TABEL 2-2. Kadar Kuantitatif Gonadotropin Chorion (HCG).

	Minggu setelah Haid Terakhir	Hari setelah Ovulasi	Rentang Serum mIU/ml
<i>Tidak hamil</i>			< 5
<i>Kehamilan Normal</i>	3	7	20-40
	4	14	30-100
	5	21	100-1.000
	6	28	1.000-10.000
	Bulan Kedua-Ketiga		10.000-100.000
	Trimester Kedua		10.000-30.000
	Trimester Ketiga		5.000-15.000

Dengan sonografi *real-time*, gerakan janin menjadi tanda yang paling diandalkan bagi viabilitas janin. Aktivitas jantung dapat dikenal sedini 7 minggu dan gerakan tubuh janin mudah terlibat setelah 8 atau 9 minggu.

Ultrasonografi juga membantu menentukan letak plasenta, identifikasi bagian presentasi, kehamilan ganda dan berbagai anomali janin.

Radiologi: Meskipun identifikasi rangka janin memberikan diagnosis positif kehamilan, namun kemungkinan risiko radiasi mencegah penggunaan sinar-X, bila mungkin selama kehamilan.

KEPUSTAKAAN

- Derman R: Early diagnosis of pregnancy. *J. Reprod Med* 26:149-178 Suppl., 1981
 Hussa RO: Clinical utility of human chorionic gonadotropin and alpha-subunit measurements. *Obstet Gynecol* 40:1-12, 1982
 O'Brien GD, Queenan JT: Growth of the ultrasound fetal femur length during normal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 141:833-837, 1981

- Ott WJ, Doyle S: Normal ultrasonic fetal weight curve. *Obstet Gynecol* 59:603-606, 1982
- Seppala M, Ranta T, Rytanen EM, et al: Improved diagnosis of pregnancy related gynecological emergencies by rapid human chorionic gonadotropin beta subunit assay. *Br J Obstet Gynec* 88:138-140, 1981
- Yeh M, Bracero L, Reilly KB, et al: Ultrasonic measurement of the femur length as an index of fetal gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 144:519-522, 1982

3. Evaluasi Darurat Pasien Obstetri

PERTIMBANGAN UMUM

Masalah kedaruratan selama kehamilan dapat dikarenakan oleh komplikasi kehamilan spesifik atau penyakit medis atau bedah yang timbul secara bersamaan. Fakta bahwa dua kehidupan terlibat harus selalu dipertimbangkan dalam merumuskan diagnosis dan rencana terapi.

Umur pasien dan riwayat obstetri sebelumnya memberikan informasi identifikasi yang penting. Informasi yang diperlukan untuk evaluasi gawat darurat dari pasien obstetri diringkas dalam Tabel 3-1.

DEFINISI

Gravida—seorang wanita yang hamil.

Primigravida (G 1)—orang yang hamil untuk pertama kali.

Nuligravida (G 0)—orang yang belum pernah hamil.

Multigravida—orang yang pernah hamil beberapa kali.

Graviditas—kehamilan, tidak peduli lamanya.

Para—jumlah kehamilan yang telah berlanjut ke viabilitas. Untuk tujuan menentukan paritas, kelahiran ganda merupakan pengalaman para tunggal.

Primipara (P 1)—seorang wanita yang telah melahirkan bayi viabel, tanpa memperhatikan apakah anak hidup waktu dilahirkan dan tanpa memperhatikan kelahiran tunggal atau multipel.

Nulipara (P 0)—seorang wanita yang belum pernah melahirkan janin yang viabel.

Multipara—seorang wanita yang telah melahirkan dua kali atau lebih.

Riwayat obstetri dahulu bisa juga dirancang dengan seri 4 angka, sebagai contoh, 5-3-1-4. Angka pertama menunjukkan jumlah kelahiran cukup bulan; kedua, jumlah kelahiran prematur; ketiga, jumlah abortus; dan keempat, jumlah anak yang hidup. Gravida 9 Para 5-3-1-4 menunjukkan seorang wanita yang telah hamil 9 kali, dengan 5 kelahiran cukup bulan, tiga kelahiran prematur, satu abortus dan empat anak yang hidup.

TABEL 3-1. Evaluasi Gawat darurat Pasien Obstetri (Pasien Diketahui Hamil).

Identifikasi

Nama, umur, gravida, para .

Data Subjektif

Keluhan utama

Gejala saat ini

Haid Terakhir (LMP) dan Perkiraan Hari Persalinan (EDC).

Nyeri abdomen: Mulainya, sifat

Perdarahan per vaginam: Jumlahnya

Ketuban: Utuh; ruptur

Lain-lain: Kejang, koma, dispnea, demam, nyeri kepala, nausea, vomitus,
penambahan berat badan

Makan dan minum terakhir

Riwayat Dahulu

Komplikasi prakelahiran

Riwayat reproduksi sebelumnya

Riwayat medis dan operasi atau rawat inap sebelumnya

Data Objektif

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan umum: Suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan, penampilan, berat badan.

Pemeriksaan abdomen: Palpasi besar uterus, kontraksi, presentasi janin;

Auskultasi bunyi jantung janin, bising usus

Pemeriksaan spekulum vagina

Pemeriksaan colok vagina

Tes laboratorium

Hitung sel darah lengkap dengan apusan darah

Urinalisis

Golongan darah dan Rhesus

Serologi (VDRL)

Penilaian

Diagnosis atau diagnosis banding

Faktor etiologi atau predisposisi

Komplikasi atau masalah penyerta

Keparahan proses penyakit

Rencana

Data diagnostik tambahan

Penatalaksanaan: Medis, obstetri, bedah

Pendidikan pasien

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Haid terakhir: Hari-hari siklus haid terakhir (*last menstrual period*, LMP) memberikan perkiraan hari persalinan (*estimate of the date of confinement*, EDC). Sebagai rata-rata, suatu kehamilan cukup bulan 40 minggu setelah hari pertama haid terakhir (LMP). Bila suatu masalah muncul sebelum cukup bulan, maka umur kehamilan memberikan perkiraan ukuran janin dan kemungkinan viabilitas.

Nyeri Abdomen: Kontraksi uterus bertanggung jawab bagi nyeri abdomen kram paling periodik selama kehamilan. Sebelum kehamilan 20 minggu, biasanya kontraksi uterus yang nyeri menandakan abortus (*iminens*, *insipien*, atau *inkompletus*). Setelah kehamilan 20 minggu, kontraksi uterus yang semakin nyeri biasanya menunjukkan persalinan (*prematum* atau cukup bulan).

Nyeri sangat tak teratur di abdomen bawah atau lipat paha cenderung ke gejala abortus *iminens* atau persalinan palsu. Sebaliknya, nyeri abortus *insipiens* atau persalinan sejati umumnya timbul pada interval yang teratur dan dirasakan dalam abdomen dan pinggang. Karena persalinan berlanjut, maka interval di antara kontraksi menurun, sementara lama dan intensitas kontraksi meningkat. Bila kontraksi uterus dipalpasi di abdomen, maka persepsi pasien mengenai nyeri maksimum bertepatan dengan puncak kontraksi. Pendataran dan dilatasi serviks progresif memastikan kemajuan persalinan.

Nyeri yang tidak bersamaan dengan kontraksi uterus, terutama nyeri *menetap*, dapat karena sejumlah proses patologi, intrinsik maupun ekstrinsik terhadap saluran reproduksi. Selama trimester pertama, kehamilan ektopik harus selalu dipertimbangkan. Selama pertengahan kehamilan kedua, nyeri abdomen menetap dan konstan dapat disebabkan oleh pelepasan plasenta prematur (*abruptio*), ruptur uteri, kehamilan abdominal, kista ovarium terpuntir, atau leiomioma degeneratif.

Diagnosis tepat nyeri abdomen selama kehamilan kritis karena gejala awal masalah bedah akut harus dibedakan dari infeksi atau ketidaknyamanan "normal" kontraksi otot uterus dan aktivitas janin.

Nyeri epigastrium selama pertengahan kehamilan kedua merujuk gejala yang mungkin tidak menyenangkan, karena dapat disertai oleh *preeklampsia berat*. Pengukuran tekanan darah pasien merupakan suatu keharusan.

Perdarahan Per Vaginam atau bercak-bercak perdarahan (*spotting*) selama kehamilan dapat berasal dari plasenta, traktus genitalis atau janin. Jumlahnya bermakna, karena perdarahan yang banyak merupakan kedaruratan yang mengancam kehidupan (lihat Perdarahan Per Vaginam, *Kehamilan Lanjut*, hal. 474).

Ketuban (Utuh atau Ruptur): Setiap pasien obstetri harus ditanya mengenai bocornya cairan amnion. Banyak pasien menyadari saat tepat pecahnya ketuban dan kapan

ruptur disertai dengan kontraksi uterus. Sekali ketuban pecah, risiko infeksi intrauteri meningkat jelas (lihat Ketuban Pecah Dini, hal. 368).

Gejala Lain: Di samping penyakit spesifik terhadap kehamilan, pasien obstetri dapat menderita gangguan medis atau bedah seperti saudara perempuannya yang tidak hamil. Adanya masalah medis dan bedah yang bersamaan harus selalu dipertimbangkan.

Kejang atau koma selama pertengahan kehamilan terakhir termasuk kedaruratan obstetri yang paling serius. Meskipun eklampsia harus selalu dicurigai bila seorang nullipara belasan tahun yang sebelumnya sehat menderita serangan konvulsif mendadak, kemungkinan diagnostik lainnya juga harus dipertimbangkan. (Lihat Serangan Kejang pada Kehamilan, hal. 164 dan Koma pada Kehamilan, hal 150).

Dispnea selama kehamilan dapat menjadi gejala dini gagal jantung, anemia berat atau penyakit paru (lihat Dispnea selama kehamilan, hal. 179).

Demam menjadi gejala kedaruratan lazim lainnya dan dapat menunjukkan infeksi di bagian tubuh mana pun. Karena traktus urinarius menjadi tempat terlazim infeksi bakteri selama kehamilan, maka penting urinalisis dan sering bersifat diagnostik. Bila urin negatif, pencarian teliti harus dilakukan untuk kemungkinan tempat infeksi lainnya.

Sakit kepala harus selalu dipertimbangkan sebagai *kemungkinan* gejala preeklampsia berat dan bahkan suatu pratanda konvulsi eklampsia. Karena alasan ini, setiap pasien sakit kepala hebat harus menjalani pengukuran tekanan darah dan urinalisis untuk protein.

Gangguan Penglihatan: Pandangan kabur atau penglihatan ganda dapat disebabkan oleh edema retina yang menyertai preeklampsia berat.

Penambahan Berat badan: Setiap peningkatan berat badan mendadak hampir selalu menunjukkan retensi cairan. Secara sendiri gejala itu mungkin tidak serius. Tetapi bila disertai dengan hipertensi dan proteinuria, maka ia dapat menunjukkan preeklampsia.

Nausea dan vomitus begitu umum selama trimester pertama kehamilan, sehingga gejala ini (terutama "morning sickness") sering dipertimbangkan sebagai tambahan dalam diagnosis kehamilan muda. Namun sebab patologi (pielonefritis, pankreatitis, obstruksi usus, dan seterusnya) harus dipertimbangkan bila vomitus berat dan menetap atau berkembang mendadak pada trimester kedua atau ketiga.

Makan atau Minum Terakhir: Interval waktu sejak pasien telah makan atau minum harus dipertimbangkan, bila anestesi umum diperlukan untuk operasi.

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Komplikasi prakelahiran (penyakit jantung, diabetes, infeksi traktus urinarius dan seterusnya) sering menerangkan sifat gejala kedaruratan.

Riwayat reproduksi dapat memberikan petunjuk ke diagnosis masalah saat ini. Seorang pasien dengan riwayat abortus majemuk dapat mengalami abortus lagi; seorang pasien dengan riwayat pelepasan plasenta prematur dapat menderita kekambuhan keadaan patologi yang sama. Pasien dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya mempunyai risiko ruptur uteri lebih besar.

Riwayat Medis dan Operasi. Rawat inap: Rincian riwayat medis dan operasi pasien sebelumnya dapat sangat berguna bila diagnosis tidak jelas. Pertanyaan penting untuk ditanyakan mencakup hal berikut: Apakah pasien pernah menderita diabetes, penyakit jantung, hipertensi atau kelainan perdarahan? Apakah pasien sedang mendapat obat atau pengobatan saat ini? Apakah ia alergi terhadap obat apa pun? Pernahkah ia dirawat sebelumnya? Pernahkan ia menjalani apendektomi atau operasi lainnya? (Meskipun obstruksi usus selama kehamilan sangat jarang, namun kemungkinan ini harus dipertimbangkan bila pasien dengan parut operasi abdomen tiba-tiba menderita distensi dan nyeri abdomen).

Karena kebanyakan penyakit serius akan memerlukan perawatan rumah sakit sebelumnya, maka pasien selalu harus ditanyakan mengenai rawat inap sebelumnya.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum. Suhu: Suhu badan basal selama pertengahan pertama kehamilan, sama seperti selama fase luteal siklus haid.

Nadi: Kecepatan nadi istirahat khas meningkat kira-kira 10 sampai 15 denyut per menit selama kehamilan.

Tekanan Darah: Tekanan darah arteri yang agak menurun selama pertengahan kehamilan, hanya kembali ke tingkat semula selama trimester ketiga. Setiap peningkatan sistolik 30 mm Hg atau distolik 15 mm Hg pada keadaan basal merupakan hipertensi karena kehamilan.

Pernapasan: Frekuensi pernapasan meningkat hanya sedikit akibat kehamilan. Tetapi volume tidal, volume ventilasi semenit dan ambilan oksigen semenit meningkat cukup besar selama kehamilan berlanjut. Peningkatan kesadaran akan pernapasan lazim ditemukan selama kehamilan. Normalnya peningkatan volume tidal menurunkan sedikit $p\text{CO}_2$ darah, yang menyebabkan alkalosis respiratori ringan, yang terkompensasi baik.

Berat Badan: Setiap peningkatan berat badan yang mendadak biasanya menandakan adanya retensi cairan. Wajah bengkak dan cincin yang terasa ketat menunjukkan edema wajah dan jari tangan. Pengukuran tekanan darah dan urinalisis diharuskan untuk mengevaluasi kemungkinan preeklampsia.

Pemeriksaan Abdomen. Palpasi: Pada bulan ketiga kehamilan biasanya uterus dapat diraba melalui dinding abdomen. Pada kehamilan 20 sampai 22 minggu fundus teraba setinggi umbilikus, dan karena kehamilan berlanjut, maka tinggi fundus meningkat (lihat Diagnosis Kehamilan, hal. 21).

Evaluasi kedaruratan meliputi pengukuran tinggi fundus sebagai perkiraan umur kehamilan. Palpasi uterus menentukan tonus istirahat dan adanya kontraksi uterus. Jika ada kontraksi, maka frekuensi dan intensitasnya harus ditentukan.

Palpasi uterus menilai ukuran janin serta presentasi dan adanya gerakan janin. Berikut ini pertanyaan yang akan dijawab melalui palpasi uterus: Apakah presentasi kepala atau bokong? Apakah presentasi janin memanjang, oblik atau melintang? Apakah bagian terbawah telah cakap ('engaged') pada pintu atas panggul? Adakah kemungkinan kehamilan ganda?

Auskultasi: Dengan stetoskop ultrasonografi, bunyi jantung janin dapat dideteksi sedini kehamilan 12 sampai 14 minggu. Amplifikasi elektronik memudahkan auskultasi denyut jantung janin pada setiap umur kehamilan.

Auskultasi abdomen dapat mendeteksi bising uterus dan mengevaluasi bising usus ibu.

Pemeriksaan Pelvis. Pemeriksaan Spekulum: Bila pasien melaporkan keluarnya sekret vagina, pecahnya ketuban, kebocoran cairan amnion atau perdarahan ringan, maka vagina dan serviks biasanya dilihat dengan spekulum. Kertas Nitrazin lazim dipergunakan untuk menentukan pH cairan vagina. Cairan amnion bersifat basa (pH 7,0 sampai 7,5), sementara sekresi vagina biasanya asam (pH 4,5 sampai 5,5). Jika kertas tes nitrazin berubah menjadi biru tua (pH 7,5), maka kemungkinan ketuban pecah. Tetapi jika pH tetap 6,0 atau kurang, maka diagnosis ketuban pecah sebetulnya telah disingkirkan.

Pada kasus perdarahan ringan, pemeriksaan spekulum dapat menunjukkan tempat perdarahan. Jika dicurigai perdarahan janin, maka darah harus dikirim ke laboratorium klinik untuk pemeriksaan hemoglobin janin.

Pemeriksaan Digital: Setiap pasien *perdarahan per vaginam* selama pertengahan kehamilan terakhir tidak pernah dijalan pemeriksaan per vaginam kecuali darah sudah dipersiapkan untuk tranfusi dan pasien berada dalam kamar operasi yang dipersiapkan untuk seksio sesarea segera. Bahkan pemeriksaan terlembut pun dapat menyebabkan perdarahan deras akibat plasenta previa (lihat Plasenta Previa, hal. 337).

Sebaliknya, pemeriksaan per vaginam penting untuk evaluasi serviks (konsistensi, dilatasi, pendataran dan posisi) dan bagian presentasi janin, termasuk stasi bagian yang dipresentasikan dalam hubungannya dengan spina iskiadika. Selama kehamilan muda, pemeriksaan bimanuil memberikan suatu penilaian besar, posisi dan nyeri tekan uterus.

Jika pasien dalam persalinan aktif, maka pemeriksaan per vaginam mencakup penilaian arsitektur pelvis: konjugata diagonalis, spina iskiadika, dinding samping pelvis, lengkungan sakrum, distansia intertuberosum dan sudut subpubis.

Konjugata diagonalis—jarak dari tepi bawah simfisis pubis ke promontorium os sakrum—memberikan perkiraan *pintu atas panggul (pelvic inlet)*. Bila 2 jari tangan dimasukkan ke dalam vagina, maka permukaan anterior sakrum dapat dipalpasi. Pada pelvis normal, maka hanya tiga vertebra sakralis terakhir yang dapat diraba tanpa merobek perineum; biasanya promontorium os sakrum tidak dapat dicapai. Pada kasus pelvis berkontraksi, maka keseluruhan permukaan anterior sakrum dapat dipalpasi. Bila promontorium os sakrum dapat dicapai dengan ujung jari tengah, maka tangan vagina diangkat dan tempat jari telunjuk menyentuh simfisis pubis dicatat. Setelah tangan dikeluarkan, maka jarak antara titik terakhir dan ujung jari tengah diukur, untuk menentukan konjugata diagonalis. Kontraktur pintu masuk pelvis tidak mungkin ada bila konjugata diagonalis lebih dari 11,5 cm.

Untuk evaluasi bidang tengah panggul, maka jarak antara spina iskiadika—diameter interspinarum—diperkirakan. Ukuran 10 cm atau lebih biasanya menunjukkan ruangan yang cukup luas untuk bayi rata-rata.

Kontur sakrum juga penting. Sakrum biasanya dengan bentuk melengkung halus dan memberikan ruangan pelvis yang maksimum. Sakrum yang datar atau menonjol ke anterior mengurangi kapasitas pelvis dan sering dihubungkan dengan persalinan abnormal.

Pintu Bawah Panggul (pelvic outlet) dievaluasi dengan memperkirakan sudut sub-pubis ('arkus pubis') dan pengukuran *diameter intertuberosum*. Bentuk arkus pubis ditentukan dengan palpasi luar dari rami inferior ossis pubis, dengan kedua ibu jari diletakkan sepanjang struktur ini dan menunjukkan ke arah simfisis. Diameter intertuberosum diukur dengan sebuah peralatan atau dengan merapatkan tinju ke perineum untuk mendapatkan perkiraan diameter. Mobilitas os koksiks terbaik ditentukan dengan pemeriksaan per rektum. Pintu keluar yang adekuat ditandai oleh arkus pubis yang luas, membulat baik, tuber iskiadika yang lebar (9 cm atau lebih) dan os koksiks yang mobil.

Empat jenis dasar pelvis telah diterangkan pada dasar pintu atas panggul. Pelvis *ginekoid* mempunyai bentuk bulat atau oval dengan segmen anterior dan posterior membulat baik. Pelvis ini menggambarkan pelvis normal wanita dan didapati pada 45 persen wanita. Pelvis *android* mempunyai bentuk seperti baji atau jantung, dengan diameter transversa pintu masuk kira-kira sama dengan diameter anteroposterior, tetapi dengan diameter transversa terlebar lebih dekat ke sakrum. Segmen posterior pelvis android pendek dan rata serta segmen anterior sempit. Tipe pelvis ini didapati pada 15 persen wanita. Pelvis *antropoid* mempunyai diameter anteroposterior memanjang. Bentuk pelvis ini didapatkan kira-kira pada 35 persen wanita. Pelvis *platipeloid* mempunyai pendataran jelas dimensi anteroposterior dengan pelebaran relatif diameter transversa. Paling kurang lazim, yang timbul pada kurang dari 5 persen wanita.

TES LABORATORIUM

Tes berikut memberikan data objektif dasar yang penting, yang harus diketahui pada setiap pasien obstetri:

Hitung Sel Darah Lengkap dengan Apusan Darah: Penentuan hemoglobin dan hematokrit memberikan bukti anemia, hipovolemia dan hemokonsentrasi. Hitung leukosit dan hitung jenis bermanfaat, bila diduga ada infeksi.

Urinalisis: Tes untuk gula dan albumin dilakukan pada setiap pasien. Tes tambahan mungkin diperlukan, tergantung pada gejala pasien.

Golongan Darah dan Rhesus: Informasi ini penting bila pasien mengalami perdarahan aktif. Sebagai tambahan, pasien Rh negatif yang tidak tersensitisasi memerlukan profilaksis globulin Rh-imun, bila ada kemungkinan bahwa sel Rh-positif janin memasuki sirkulasi ibu. (lihat Profilaksis Globulin Rh-Imun, hal. 537).

Bila ada kemungkinan bahwa transfusi darah akan diperlukan, maka 10 ml darah dikirim ke bank darah untuk dicocok-silang.

Tes Serologik untuk Sifilis (VDRL): Tes ini dilakukan rutin pada semua pasien hamil dan mungkin tidak perlu pada saat kunjungan darurat selama tersedia hasil pemeriksaan prakelahiran sebelumnya.

PENILAIAN

DIAGNOSIS ATAU DIAGNOSIS BANDING

Data subjektif dan objektif memberikan dasar untuk diagnosis dan diagnosis banding darurat:

Masalah Obstetri: Apakah pasien dalam persalinan? Apakah ada komplikasi obstetri—preeklampsia, plasenta previa, solusio plasenta atau yang lainnya?

Keadaan Medik Sebelumnya yang Diperberat oleh Kehamilan: Apakah ada bukti diabetes, penyakit jantung atau masalah medik lainnya?

Masalah Medik atau Bedah yang ada Bersama-sama: Apakah pasien menderita trauma kecelakaan? Apakah pasien menderita apendisitis akut?

FAKTOR-FAKTOR ETIOLOGI ATAU PREDISPOSISI

Formulasi rencana diagnostik optimum dan terapi harus mempertimbangkan semua faktor etiologi dan predisposisi yang mungkin.

KOMPLIKASI ATAU MASALAH PENYERTA

Karena setiap masalah kedaruratan dapat mempengaruhi ibu atau janin, maka kemungkinan komplikasi yang akan datang pada ibu dan anak harus dipertimbangkan sewaktu rencana penatalaksanaan dirumuskan.

KEPARAHAN MASALAH

Penilaian keparahan masalah menentukan kebutuhan untuk rawat inap. Pasien dengan perdarahan pada akhir kehamilan, penyakit hipertensi, persalinan prematur dan seterusnya harus dirawat untuk evaluasi dan penatalaksanaan.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Tes Laboratorium: Nilai laboratorium tunggal selama kehamilan sering mendua. Akibatnya, tes laboratorium paling bermanfaat bila tersedia penentuan berseri. Kenaikan

hitung leukosit atau peningkatan pergeseran ke kiri hitung neutrofil selalu lebih berarti daripada nilai tunggal apa pun.

Sinar X: Selama kehamilan, jika mungkin radiasi pelvis dihindarkan. Pada saat persalinan, pelvimetri sinar-X dapat dipertimbangkan jika ada keraguan ketakseimbangan fetopelvik.

Ultrasonografi: Pengukuran janin memberikan perkiraan umur kehamilan. Sonografi juga membantu dalam identifikasi anomali janin, kehamilan ganda, dan lokalisasi plasenta.

PENATALAKSANAAN

Selama pertengahan terakhir kehamilan, semua keputusan medik, operasi, dan obstetri harus mencakup 2 kehidupan yang terlibat: ibu dan janin. Meskipun terapi spesifik tergantung pada masalah khusus, namun jalan pernapasan yang bebas dan volume sirkulasi darah yang efektif selalu penting.

Jalan pernapasan: Bila ada bukti gawat pernapasan apa pun, maka jalan pernapasan dan tambahan oksigen yang adekuat penting untuk memperkecil risiko anoksia ibu dan janin. Jalan pernapasan harus dibersihkan dari mukus dan pasien ditempatkan untuk menghindari aspirasi muntahan.

Volume Darah: Bila ada bukti hipovolemia, maka cairan intravena segera diberikan. Pilihan cairan tergantung pada masalah khusus. Pasien perdarahan aktif biasanya menerima dekstrosa 5 persen dalam larutan Ringer laktat.

PENDIDIKAN PASIEN

Pendidikan untuk kelahiran bayi menjadi bagian penting perawatan obstetri. Tetapi masalah kedaruratan dapat berkembang sebelum pasien menyelesaikan program pendidikannya dan secara mendadak mempengaruhi harapan untuk suatu persalinan dan kelahiran alamiah, normal dan tidak banyak masalah. Untuk kesejahteraan ibu dan janin yang optimum pasien harus mengerti sifat masalah kedaruratan dan alasan rencana diagnostik dan terapi dokter. Informasi ini juga harus menjadi bagian catatan medik pasien.

Jika masalah yang timbul seketika tidak serius dan tidak memerlukan rawat inap, maka pasien harus diinstruksikan kembali, jika gejala berlanjut atau jika satu dari yang berikut ini timbul atau muncul kembali: perdarahan per vaginam, pembengkakan wajah atau jari tangan, nyeri kepala berat atau terus-menerus, 'dizziness' hebat, gangguan penglihatan, nyeri abdomen, vomitus menetap, menggigil atau demam, disuria atau kebocoran cairan dari vagina.

KEPUSTAKAAN

- Mooman KL, Hill LT: Radiation risks in pregnancy. *Obstet Gynecol* 60:237-242, 1982
- Shepard MJ, Richards VA, Berkowitz RL, et al: An evaluation of two equations for predicting fetal weight by ultrasound. *Am J Obstet Gynecol* 142:47-54, 1982

4. Terapi Obat Selama Kehamilan dan Laktasi

PERTIMBANGAN UMUM

Obat-obatan dengan kelarutan lipid yang tinggi atau berberat molekul kurang dari 1000 dapat melintasi plasenta dengan mudah atau berdifusi ke dalam air susu. Akibatnya, janin dan bayi baru lahir dapat dipaparkan ke berbagai tingkat pengobatan ibu.

Masa paling kritis pemaparan obat ke janin terjadi selama trimester pertama, sewaktu obat bisa bertanggung jawab bagi anomali kongenital dan sebelum persalinan, ketika obat dapat menyebabkan depresi pernapasan atau toksisitas janin karena imaturitas sistem enzim janin. Kecuali mutlak diperlukan, semua jenis obat harus dihindarkan selama kehamilan.

Terapi Antibiotik: Infeksi bakteri selama kehamilan sering mengancam kehidupan, dan terapi obat antimikroba penting. Bila seseorang menseleksi antibiotika yang tepat, maka harus dipertimbangkan kemungkinan toksisitas untuk pasien hamil maupun babaya khusus terhadap janin yang dapat diciptakan oleh lintasan transplasenta. Dari semua antibiotika, *ampisilin* cenderung menjadi salah satu obat yang tersering diresepkan sepanjang ibu tidak mempunyai riwayat alergi penisilin. Meskipun ampisilin melalui plasenta, namun tidak ada bukti toksisitas terhadap janin. Ampisilin biasanya lebih disukai karena spektrum bakterisidalnya yang luas baik terhadap organisme rentan penisilin maupun banyak patogen gram negatif yang lazim.

Daftar berbagai obat dan kemungkinan risiko terhadap janin-neonatusnya.

Obat	Risiko Janin-Neonatus	Komentar
<i>Anti-infeksi</i>		
Ampisilin	Tidak diketahui	
Asam Nalidiksate	Tidak diketahui	Penggunaan yang selama trimester pertama belum ditetapkan
Dikloksasilin	Tidak diketahui	Lintasan transplasenta kurang dari 10%
Eritromisin	Tidak diketahui	Lintasan transplasenta kurang dari 10%

Obat	Risiko Janin-Neonatus	Komentar
Gentamisin	Mungkin ototoksik dan nefrotoksik	Pada infeksi berat, keseimbangan terapi (keuntungan lawan risiko) menguntungkan
Kanamisin	Mungkin ototoksik dan nefrotoksik	Pada infeksi berat, keseimbangan terapi (keuntungan lawan risiko) menguntungkan
Karbenisilin Klindamisin	Tidak diketahui Tidak diketahui	Lintasan transplasenta kurang dari 10%
Kloramfenikol	Kolaps kardiovaskular; sianosis "abu-abu"; kematian	Hindari selama kehamilan
Klorokuin Metisilin Metronidazol	Kerusakan retina Tidak diketahui Tidak diketahui (Tumorigenik pada rodent)	Setelah dosis tinggi Kontraindikasi selama trimester pertama dan terbaik dihindari selama kehamilan dan laktasi
Nitrofurantoin	Anemia hemolitik	Hindari selama trimester ketiga dan laktasi
Oksasilin Penisilin	Tidak diketahui Tidak diketahui	Obat terpilih selama kehamilan untuk terapi organisme yang sensitif
Sefalotin Spektinomisin Streptomisin	Tidak diketahui Ototoksisitas Ototoksisitas	Risiko teoritis Hanya setelah terapi jangka panjang
Sulfonamida	Anomali kongenital; kernikterus, terutama pada bayi prematur; hemolisis pada defisiensi G6PD	Hindari selama trimester ketiga dan laktasi
Tetrasiklin	Pewarnaan menetap gigi desidua; mer.ghambat pertumbuhan tulang	Hindari selama kehamilan; dapat menyebabkan hepatotoksik hati ibu bila diberikan intravena
Trimetoprim	Menghambat metabolisme asam folat	Hindari selama kehamilan
<i>Obat-obatan lain</i>		
Anestetik lokal	Bradikardia	
Antikoagulan Kumarin	Cacat kongenital; perdarahan; kematian intrauteri	Hindari selama kehamilan kecuali keuntungan melebihi bahaya
Asam valproat Aspirin	Cacat kelahiran Perdarahan intrakranial	
Barbiturat	Depresi pernapasan; putus obat neonatus; gangguan koagulasi	Dianjurkan Vitamin K profilaksis
Diazepam	Anomali kongenital; hipotonia; hipotermia; depresi pernapasan; gejala putus obat	Data tidak menyimpulkan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

	Wanita Normal	Akhir Kehamilan
Kreatinin	0,6-1,3 mg/100 ml	↓ 0,4-1,0 mg/100 ml
Kreatin fosfokinase	0-12 unit Sigma/ml	—
Laktat dehidrogenase (LDH)	200-680 unit/ml	Sedikit ↑
Magnesium	1,5-2,5 mEq/l	—
	1,8-3,0 mg/100 ml	
Natrium	136-145 mEq/l	—
Nitrogen Urea (BUN)	< 17 mg/100 ml	< 11/100 ml
Osmolalitas	285-295 mOsm/l	275-285 mOsm/l
pH		
Arteri	7,35-7,45	7,40-7,46
Vena	7,32-7,42	7,37-7,43
Protein, total	6,0-8,0 g/100 ml	5,5-6,5 g/100 ml
Albumin	3,5-5,5 g/100 ml	2,5-3,5 g/100 ml
Globulin	1,5-3,0 g/100 ml	2,0-3,5 g/100 ml
Seruloplasmin	20-35 mg/100 ml	↑
T-3 resin sponge uptake	24-36 %	↓
T-4 (tiroksin melalui RIA)	5,0-11 mcg/100 ml	↑
Tekanan oksigen (pO ₂), arteri	80-100 mm Hg	—
Transaminase		
SGOT	5-40 unit/ml	—
SGPT	5-35 unit/ml	—
Trigliserida	10-150 mg/100 ml	↑
Yodium diikat protein (PBI)	3,6-8,8 mcg/100 ml	↑

- Rentang sama
- ↑ Meningkat
- ↓ Menurun
- < Kurang dari

KEPUSTAKAAN

Pitkin RM, Witte DL: Platelet and leukocyte counts in pregnancy. *JAMA* 242:2696-2698, 1979;
Obstet Gynecol Surv 35:428-430, 1980



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

6. Nyeri Abdomen

PERTIMBANGAN UMUM

Tiga sumber utama nyeri abdomen:

Ketegangan: Distensi viskus berongga—usus, ureter, uterus, tuba fallopii—menyebabkan nyeri melalui peregangan dinding otot atau oleh kontraksi otot. Nyeri juga diproduksi oleh traksi pada mesenterium dan peregangan akut kapsul organ padat seperti hati, limpa, ginjal dan ovarium. Karena impuls sensorik dari beberapa visera tumpang tindih di dalam segmen yang sama pada medula spinalis, maka nyeri visera abdomen cenderung sukar dilokalisasi.

Iritasi Peritoneum: Bila peradangan viskus berdekatan (apendisitis, salpingitis atau peradangan lain) merangsang peritoneum parietale yang sensitif, maka nyeri cenderung terbatas jelas dan terlokalisasi.

Peritonitis generalisata disebabkan oleh penyebaran difus isi usus, darah atau pus ke seluruh kavum peritoneum. Peradangan peritoneum menyebabkan spasme refleks dari otot di atasnya, sehingga menyebabkan rigiditas dan nyeri tekan dinding abdomen; nyeri peritoneum diperburuk oleh gerakan apa pun yang menginduksi torsi, tegangan atau traksi peritoneum yang sakit.

Iskemia otot somatik, jantung atau visera.

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Mulainya (Mendadak Atau Bertahap): Mulainya *mendadak* nyeri abdomen menggambarkan *perforasi* akut viskus berongga; *ruptur* struktur intraabdomen; *perdarahan* intraperitoneum sekunder terhadap ruptur kehamilan ektopik, ruptur kista ovarium, atau ruptur uterus; pus intraperitoneum akibat ruptur abses tuboovarium; perdarahan ke dalam kista atau tumor ovarium; perdarahan ke dalam tumor uterus; atau *torsi* tumor ovarium, tumor uterus bertangkai, kista paramesonefrik atau adneksa normal. Sering pasien menyadari saat yang tepat ia akan mengalami nyeri menusuk awal.

Mulainya *bertahap* nyeri pelvis menggambarkan peradangan (salpingitis, apendisitis, divertikulitis); obstruksi (ureter atau usus); atau kontraksi uterus yang menyertai abortus atau persalinan. Dengan mulainya yang bertahap, nyeri mungkin tidak mencapai puncaknya selama beberapa jam.

Lokasi (Tempat awal, Migrasi, Penjalaran): Nyeri abdomen generalisata menggambarkan tergenangnya kavum peritoneum dengan cairan yang merangsang—darah, pus, atau isi usus.

Nyeri epigastrium berhubungan dengan struktur yang dipersarafi oleh nervus torakalis keenam sampai kedelapan (T6-T8: gaster, duodenum, pankreas, hepar dan vesika felea). Selama pertengahan akhir kehamilan, nyeri epigastrium dapat disebabkan oleh distensi hati dan dapat menjadi gejala preeklampsia berat.

Nyeri periumbilikus berhubungan dengan struktur yang dipersarafi oleh T9 dan T10 (usus halus, apendiks, ureter bagian atas, dan ovarium). Nyeri yang menyertai apendisitis pada mulanya terletak di daerah periumbilikus, karena saraf apendiks berasal dari sumber yang sama seperti yang mempersarafi usus halus. Bila peradangan apendiks meluas ke peritoneum parietale, maka nyeri "bermigrasi" ke dalam daerah di atas apendiks, biasanya kuadran kanan bawah. Perpindahan nyeri seperti itu ke arah tempat terlokalisasi, terutama bila disertai nyeri tekan lokal dan spasme otot, menunjukkan peradangan peritoneum parietale.

Nyeri hipogastrium atau suprapubik berasal dari dalam struktur yang dipersarafi oleh T11 dan T12 (kolon, vesika urinaria, ureter bagian bawah dan uterus).

Nyeri abdomen yang disertai nyeri bahu menggambarkan iritasi diafragma. Perdarahan intraabdomen difus dapat menyebabkan iritasi diafragma, dengan nyeri yang dialihkan ke bagian daerah bahu yang sesuai pada sisi tubuh yang sama.

Nyeri pelvis selalu menggambarkan penyakit saluran reproduksi. Rangsangan sensorik dari korpus uteri memasuki medula spinalis pada segmen torakalis kesepuluh, sebelas dan dua belas. Impuls aferen dari serviks memasuki segmen sakralis medula spinalis (S2, S3, S4). Nyeri uterus dapat dialihkan ke regio pubis dan sakroiliaka. Rangsangan sensorik dari ovarium dan tuba fallopii dihantarkan melalui serabut simpatis yang menyertai pembuluh darah ovarika dan berakhir pada T10, T11, dan T12.

Kualitas (Kram terhadap Menetap): Nyeri *kram* intermiten akibat kontraksi otot viskus berongga (lambung, usus, duktus biliaris, duktus pankreatikus, ureter, uterus atau tuba fallopii). Nyeri kram dapat juga disebabkan oleh peningkatan tekanan intralumen dalam viskus berongga. Gelombang nyeri diselingi dengan periode bebas nyeri sempurna atau hanya pegal adalah sifat khas obstruksi viskus berongga.

Nyeri *menetap* tanpa irama periodik menggambarkan proses neoplasma atau peradangan. Satu contohnya adalah iritasi intraperitoneum difus akibat pus, darah, atau perforasi viskus. Nyeri konstan, progresif atau menetap dapat juga merupakan akibat pembengkakan atau distensi berlebihan viskus padat atau obstruksi usus setelah kelemahan penyediaan darah.

Lama: Lama nyeri, maupun kemunculan episode serupa sebelumnya, membantu menegakkan sifat akut atau kronik gejala ini. Jika pasien menyatakan bahwa ia pernah menderita nyeri yang sama atau serupa untuk jangka waktu yang lama, maka diagnosis kedaruratan bedah akut benar-benar disingkirkan.

Penyakit metabolik, seperti porfiria atau nefrolitiasis dapat menyebabkan serangan berulang nyeri abdomen dalam masa yang lama.

Nyeri ovulasi dapat akut, tetapi berlangsung singkat dan berulang pada interval periodik.

Faktor-faktor yang Memberatkan dan Meringankan. Gerakan Tubuh: Pada kasus-kasus peradangan peritoneum, gerakan apa pun yang menyebabkan tegangan peritoneum atau traksi akan memperberat nyeri pasien. Akibatnya, pasien peritonitis lebih menyukai berbaring di tempat tidur, sedapat mungkin tanpa gerakan.

Pasien dengan kolik ureter atau uterus cenderung sangat gelisah dan bahkan dapat menghempaskan diri mereka sendiri dalam usaha untuk memperoleh pengurangan nyeri spasmodiknya.

Nyeri yang berasal dari muskuloskeletal cenderung diperberat oleh gerakan tubuh tertentu dan sering berkurang dengan istirahat dan aplikasi pemanasan.

Makanan: Nyeri terbakar yang menyertai gastritis atau ulkus peptikum diperberat oleh makan makanan yang banyak bumbunya dan biasanya diringankan oleh susu atau pengobatan antasida.

Gejala Penyerta. Perdarahan Per Vaginam: Kombinasi perdarahan per vaginam dengan nyeri abdomen biasanya menunjukkan proses patologik dalam saluran reproduksi. Nyeri abdomen hebat beberapa minggu setelah haid tidak datang menggambarkan kehamilan ektopik (hal. 182). Nyeri abdomen akut disertai demam dan menggigil selama atau sesaat setelah haid menggambarkan infeksi pelvis (hal. 309).

Nyeri uterus berulang periodik menyertai sebagian besar periode haid biasanya dismenore (hal. 175).

Nyeri abdomen bawah berulang periodik di tengah-tengah antara siklus haid sering disebabkan oleh ovulasi (hal. 298). Meskipun mekanisme pasti nyeri ovulasi tetap belum diketahui, ia mungkin akibat peningkatan tekanan intrafolikel sebelum ruptur folikel atau pelepasan cairan folikel ke dalam kavum peritoneum.

Anoreksia, Nausea, Vomitus, Diare dan Konstipasi: Meskipun gejala gastrointestinal digabung dengan nyeri abdomen menggambarkan proses patologik dalam traktus intestinalis, namun gejala seperti anoreksia, nausea, dan vomitus lazim terjadi selama trimester pertama kehamilan. Vomitus yang menetap dapat akibat satu atau lebih penyebab berikut:

1. Iritasi hebat saraf peritoneum atau mesenterium. Pada kasus pankreatitis akut, sebagai contoh, plexus seliak berhubungan erat dengan organ peradang. Rangsangan refleks menyebabkan vomitus hebat yang menetap sampai rangsangan dihilangkan. Torsi tangkai kista ovarium dapat juga menyebabkan rangsangan hebat dan maddak atas banyak saraf simpatis dengan vomitus yang menetap.
2. Obstruksi saluran berotot involunter (ureter, uterus, intestinum, apendiks). Meskipun vomitus sering pada kasus obstruksi usus atas, gejala ini dapat tidak ada pada kasus obstruksi usus besar.
3. Kerja toksin yang terabsorpsi atas pusat medula oblongata.

Nyeri abdomen ditambah diare menggambarkan enterokolitis yang disertai infeksi virus, bakteri atau parasit.

Sinkope, Kolaps Vaskular, Syok: Nyeri abdomen disertai sinkope, kolaps vaskular atau syok menggambarkan perdarahan intraperitoneum sekunder terhadap kehamilan ektopik atau ruptur kista ovarium. Kemungkinan sebab lain nyeri abdomen yang disertai sinkope atau syok meliputi ruptur abses tuboovarium, pankreatitis akut, trombosis mesenterium, aneurisma disekans dan infark miokardium.

Gejala urinaria: Nyeri abdomen yang disertai gejala frekuensi dan disuria menggambarkan proses patologi dalam traktus urinarius seperti pielonefritis atau obstruksi ureter.

Demam dan Menggigil: Gejala penyerta demam dan menggigil menggambarkan adanya infeksi sistemik akut, biasanya infeksi pelvis dengan bakteremia.

Rangkaian Gejala: Urutan timbulnya gejala dapat menolong pada diagnosis banding nyeri abdomen. Pada kasus apendisitis, sebagai contoh, rangkaian gejala yang khas meliputi (1) nyeri epigastrium atau umbilikus, (2) mual atau muntah, (3) nyeri tekan iliaka lokal, (4) demam dan (5) leukositosis.

RIWAYAT PENYAKIT SEBELUMNYA

Dengan riwayat abortus, kelahiran atau operasi yang baru terjadi, nyeri abdomen lazim disebabkan oleh infeksi pelvis, terutama jika nyeri disertai peningkatan suhu tubuh dan leukositosis.

Riwayat trauma terdahulu menggambarkan kemungkinan ruptur viskus (ruptur limpa atau ruptur uterus). Riwayat terapi antikoagulan menggambarkan kemungkinan perdarahan ovarium.

Nyeri yang berkembang setelah mengangkat beban berat menggambarkan keadaan patologi muskuloskeletal daripada keadaan yang bersumber dari ginekologi.

Diagnosis penyakit terdahulu (diabetes, penyakit sel sabit dan seterusnya) dapat menerangkan episode nyeri saat ini.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan umum meliputi observasi suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan, keadaan umum, jantung dan paru. Pemeriksaan umum pasien dapat menyingkap adanya kolaps vaskular dan infeksi sistemik atau penyakit sistemik penyerta.

Peningkatan suhu menggambarkan infeksi. Bila pasien mempunyai suhu yang normal, peritonitis akut dapat merupakan akibat dari perdarahan intraperitoneum (ruptur kehamilan ektopik) atau mungkin ulkus peptikum perforasi.

Kulit dapat menjadi pucat pada kasus anemia atau perdarahan akut. Kulit kuning menggambarkan penyakit saluran empedu. Pada kasus perdarahan akut dan hipovo-

lemia, kulit cenderung dingin dan basah; keringat difus akibat peningkatan kadar epinefrin dan norepinefrin yang bersirkulasi.

Aktivitas pasien merupakan gambaran bermakna pemeriksaan umum. Seorang pasien dengan peritonitis generalisata lebih suka berbaring terlentang dengan tenang, sementara pasien obstruksi viskus berongga (batu ureter, sebagai contoh) lebih mungkin berguling dalam ketaknyamanan hebat; gerakan pasien dapat bersamaan dengan kolik periodik. Pasien apendisitis bisa menarik ke atas koksae dan lutut kanan untuk merelaksasi muskulus psoas, sementara pasien pankreatitis lebih suka berbaring miring dengan fleksi lutut, koksae paha dan punggung.

Pemeriksaan Toraks: Karena nyeri abdomen dapat dialihkan dari lesi intratorakal seperti pneumonia atau empiema, dada harus diperiksa dengan teliti untuk menyingkirkan kemungkinan penyakit paru.

Pemeriksaan Abdomen. Inspeksi abdomen sebarusnya meliputi observasi distensi, bentuk dan parut bedah apa pun. Nyeri abdomen yang disertai distensi abdomen biasanya menunjukkan obstruksi usus. Adanya parut bedah pada abdomen menambah kemungkinan bahwa suatu perlekatan atau pita dapat menyebabkan obstruksi demikian.

Palpasi untuk nyeri tekan, nyeri lepas, rigiditas dan massa harus menjadi bagian pemeriksaan abdomen. Nyeri tekan abdomen merupakan penemuan yang bermakna pada kasus penyakit intraperitoneum. Nyeri lepas merupakan suatu indikasi iritasi peritoneum.

Nyeri tekan pada kuadran kanan atas menggambarkan kolesistitis, hepatitis, pankreatitis atau perihepatitis gonore (sindrom Fitz-Hugh-Curtis). Nyeri ginjal atau nyeri pleura dapat juga dialihkan ke kuadran kanan atas. Selama kehamilan, apendiks mungkin terdorong ke atas.

Nyeri tekan abdomen bawah menggambarkan apendisitis, divertikulitis atau penyakit saluran reproduksi—uterus, tuba atau ovarium.

Rigiditas abdomen biasanya menunjukkan penyakit abdomen yang serius, terutama iritasi peritoneum sekunder terhadap infeksi, iritan kimia atau darah. Derajat rigiditas bervariasi sesuai dengan sifat iritan dan mendadaknya mulai timbul rangsangan.

Rigiditas sejati sekunder terhadap penyakit intraabdomen harus dibedakan dari kontraksi otot volunter akibat kecemasan atau ansietas. Pemeriksa harus secara lembut meletakkan satu tangan pada abdomen, memalpasi permukaan dengan sentuhan ringan yang mungkin tidak dapat melukai. Perasat ini membantu menenangkan ansietas pasien dan memberikan pemeriksa suatu gagasan tentang luas, intensitas dan ketetapan rigiditas. Kontraksi otot volunter cenderung bervariasi dalam intensitas, dan sering hilang bila pasien dialihkan perhatiannya secara tepat.

Rigiditas sekunder terhadap pleuritis atau infeksi dinding toraks biasanya terbatas pada satu sisi abdomen.

Massa yang dapat dipalpasi per abdomen meliputi tumor, abses dan kehamilan. Beberapa pasien tidak sadar siklus haidnya dan tidak mengetahui kapan mereka hamil. Palpasi gerakan janin membuat diagnosis kehamilan jelas.

Keadaan patologi pelvis harus dipertimbangkan dalam evaluasi abdomen terdistensi mencakup kista ovarium, tumor ovarium dan leiomioma uterus.

Perkusi (Udara, Cairan, Ukuran Organ): Perkusi abdomen memberikan informasi mengenai distensi gas atau cairan, pekak berpindah (cairan bebas), dan ukuran organ spesifik (hepar, lien, vesika urinaria).

Auskultasi (Bising Usus, Bunyi Jantung Janin): Tidak adanya bising usus merupakan tanda ileus paralitikus, biasanya sekunder terhadap peritonitis. Bising usus hiperaktif merupakan tanda obstruksi usus mekanik atau gastroenteritis.

Adanya bunyi jantung janin memastikan diagnosis kehamilan.

Pemeriksaan Pelvis: Pemeriksaan pelvis penting untuk mengidentifikasi penyakit pelvis dan mengevaluasi status organ reproduksi (uterus, tuba fallopii dan ovarium). Kecuali uterus hamil telah dipalpasi per abdomen, pemeriksaan pelvis diperlukan untuk menilai kemungkinan kehamilan intrauterin atau ektrauterin (lihat juga hal. 21).

Pemeriksaan Rektum: Pemeriksaan rektum biasanya digabung dengan pemeriksaan vagina, terutama bermanfaat untuk penilaian kavum Douglasi. Penonjolan kavum Douglasi dapat disebabkan oleh abses pelvis atau perdarahan intraabdomen yang hebat (lihat hal. 16).

TES LABORATORIUM

Hitung Sel Darah Lengkap dengan Pulasan Pembeda: Penurunan nilai hemoglobin dan hematokrit menggambarkan perdarahan sebelumnya.

Hitung leukosit meningkat, terutama dengan pergeseran ke kiri, menggambarkan infeksi sistemik.

Urinalisis dengan Pemeriksaan Mikroskopik: Adanya eritrosit atau sel-sel pus dalam urin menunjukkan traktus urinarius sebagai tempat proses patologis.

Ketidakseimbangan metabolik dapat digambarkan jika urin mengandung glukosa atau keton.

Golongan Darah dan Rhesus: Bila diduga perdarahan intraperitoneum atau transfusi darah mungkin diindikasikan, maka darah harus dikirim ke bank darah untuk penentuan golongan dan pencocokan-silang.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

I. Saluran Reproduksi

A. Uterus

1. Abortus
2. Adenomiosis

3. Korioamnionitis
4. Dismenore
5. Endometritis
6. Hemangioma dengan ruptur intraperitoneum
7. Hematometra
8. Persalinan
9. Leiomioma: degenerasi, torsi
10. Solusio plasenta
11. Piometra
12. Ligamentum teres uteri: teregang atau spasme
13. Ruptur
14. Trauma

B. Tuba Fallopii

1. Kehamilan ektopik
2. Piosalping
3. Salpingitis
4. Torsi
5. Abses tuboovarium

C. Ovarium

1. Perdarahan ke dalam kista atau tumor ovarium
2. Perdarahan intraperitoneum dari suatu kista atau tumor ovarium biasanya korpus luteum atau endometrioma
3. Ooforitis
4. Ovulasi
5. Ruptur kista ovarium
6. Torsi kista atau tumor ovarium

D. Kehamilan Abdominal

E. Tromboflebitis Pelvis

F. Endometriosis

II. Traktus Intestinalis

1. Apendisitis
2. Kolitis
3. Divertikulitis
4. Enteritis: bakterialis atau regionalis
5. Gastroenteritis
6. Obstruksi usus
7. Perforasi usus
 - a. Luka bakar yang menyertai kauterisasi laparoskopik (lihat Komplikasi Postoperasi, hal. 345).
8. Trombosis mesenterium
9. Ruptur viskus
10. Trauma
11. Ulkus: ventrikuli atau duodeni; perforasi, perdarahan

III. Traktus Biliaris; Pankreas; Limpa

1. Kolik bilier
2. kolesistitis
3. Perforasi vesika felea
4. Adenoma hati dengan ruptur
5. Trombosis vena hepatis
6. Hepatitis
7. Hepatomegali
8. Pankreatitis
9. Batu duktus pankreatikus
10. Perihepatitis, gonokokus (sindrom Fitz-Hugh-Curtis)
11. Trombosis vena porta
12. Infark limpa
13. Ruptur limpa
14. Trauma

IV. Traktus Urinarius

1. Sistitis
2. Pielonefritis
3. Obstruksi ureter; batu ginjal

V. Diagnosis Lain untuk Dipertimbangkan

1. Krisis Addison
2. Aneurisma aortae: ruptur, disekans
3. Gagal jantung dengan distensi kapsula hepatis
4. Asidosis diabetikum
5. Adiksi obat; gejala putus obat
6. Epilepsi abdominal
7. Herpes zoster
8. Hiperkalsemia
9. Kolik timah hitam
10. Nyeri muskuloskeletal
11. Infark miokard
12. Perikarditis
13. Lesi pleura atau pneumonia
 - a. Pneumonia
 - b. Emboli paru
 - c. Empiema
14. Keracunan akut
15. Porfiri akut
16. Nyeri radiks nervi posterior akibat prolapsus diskus intervertebralis
17. Sebab-sebab psikogenik
18. Peritonitis tuberkulosis
19. Krisis sel sabit
20. Perdarahan atau efusi retroperitoneum

KEPARAHAN PROSES PENYAKIT

Bila pasien nyeri abdomen akut pertama diperiksa, maka keparahan proses penyakit sering sukar dievaluasi. Reevaluasi setelah satu sampai empat jam mungkin penting untuk menilai kecenderungan proses penyakit.

Peningkatan nyeri, nyeri tekan, *defance muscular* atau rigiditas menunjukkan bahwa keadaan memburuk. Perluasan daerah nyeri tekan menyertai perkembangan nyeri lepas menunjukkan kegagalan lokalisasi keadaan peradangan yang mendasarinya. Peningkatan distensi menggambarkan suatu obstruksi usus yang terus-menerus.

Sering pemeriksaan berseri hitung leukosit atau hemoglobin dapat bermanfaat dalam evaluasi infeksi atau perdarahan yang samar.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Banyak kasus nyeri abdomen akut merupakan tantangan diagnostik, terutama bila gejala tidak cocok dengan gambaran buku teks khas. Tes berikut dapat memberikan informasi diagnostik berharga, yang tergantung atas diagnosis dugaan.

Blakan serviks diindikasikan bila diduga infeksi pelvis. Pewarnaan Gram atas sekret serviks dapat juga membantu.

Kuldosentesis dapat bersifat diagnostik bila diduga ada perdarahan intraperitoneum. Bila cairan purulen diaspirasi, maka pewarnaan Gram dan biakan memberikan data diagnostik yang berharga.

Tes Fungsi Hati: Bilirubin, SGOT dan SGPT meningkat dalam kasus penyakit hati. Fosfatase alkali meningkat pada kasus obstruksi saluran empedu total, tetapi juga meningkat selama kehamilan normal.

Amlilase meningkat dalam 24 sampai 48 jam pada kasus pankreatitis akut. Kemungkinan penyebab hiperamilasemia lainnya meliputi perforasi ulkus peptikum dan penyakit saluran empedu, usus, kelenjar saliva atau tuba fallopii.

Laju Endap Darah (LED) meningkat pada penyakit peradangan pelvis dan setelah bulan ketiga kehamilan. Nilai normal akan diharapkan pada kasus-kasus apendisitis awal atau kehamilan ektopik yang tak ruptur.

Glukosa yang meningkat biasanya menunjukkan diabetes melitus. Glukosa dapat juga meningkat pada kasus pankreatitis.

Nitrogen Urea Darah, Kreatinin, Asam Urat: Tes-tes ini mengevaluasi fungsi ginjal dan cenderung meningkat pada penyakit ginjal kronik. Asam urat dapat meningkat pada kasus preeklampsia.

Elektrolit Darah penentuannya sangat penting dalam evaluasi kehilangan cairan yang menyertai vomitus atau diare.

Pemeriksaan Koagulasi: Bila diduga ada gangguan koagulasi, maka hitung trombosit, masa protrombin, masa tromboplastin parsial, fibrinogen dan produk pecahan-fibrin harus diperiksa.

Foto roentgen: Foto abdomen yang mencakup posisi tegak, telentang, dan dekubitus lateral, dapat memperlihatkan (1) udara bebas di bawah diafragma, yang menggambarkan perforasi usus atau perforasi uterus; (2) cairan bebas, menggambarkan ruptur viskus, ruptur kista, atau perdarahan intraperitoneum; (3) udara dalam rongga abses; (4) kalsifikasi (apendikolit, batu ginjal atau batu vesika felea); (5) bukti obstruksi usus; atau (6) alat kontrasepsi dalam rahim.

Foto toraks dapat bermanfaat bila ada pertanyaan mengenai penyakit paru. Foto toraks bisa juga menunjukkan adanya udara di bawah diafragma.

Ultrasonografi lebih disukai daripada sinar-X bila pasien hamil. Sonogram dapat sangat bermanfaat pada diagnosis kehamilan intrauterin yang dini, diagnosis kehamilan mola atau penilaian massa pelvis yang samar-samar.

Elektrokardiogram dibuat, bila diduga penyakit jantung.

Laparoskopi sering menjelaskan adanya penyakit tuba atau ovarium.

Tes atau tindakan diagnostik lain yang dapat diindikasikan pada keadaan khusus meliputi

1. Kolesistogram
2. Pielogram intravena
3. Sigmoidoskopi
4. Esofagoskopi, gastroskopi
5. Enema barium atau minum barium
6. Angiografi
7. Parasentesis abdomen
8. Gas darah
9. Sken radioisotop: hati, paru
10. Urinalisis untuk porfirin
11. Pemeriksaan sel sabit

PENATALAKSANAAN

Keadaan yang memerlukan operasi abdomen segera, baik pasien hamil atau tidak meliputi:

1. Apendisitis akut
2. Ruptur vesika urinaria
3. Kolesistitis akuta dengan perforasi
4. Kehamilan ektopik
5. Perdarahan gastrointestinalis masif dan tak teratasi
6. Obstruksi usus mekanik
7. Abses intraabdomen, termasuk abses pankreas
8. Oklusi vaskular mesenterium
9. Kista atau tumor ovarium; perdarahan atau torsi
10. Perforasi viskus berongga: gaster, duodenum, usus atau kolon
11. Ruptur limpa
12. Hernia strangulata: interna atau eksterna
13. Trauma dengan cedera atau perdarahan visera
14. Ruptur abses tuboovarium
15. Kedaruratan vaskular: ruptur aneurisma abdominalis
16. Volvulus atau intusussepsi

Perdarahan, perforasi atau ruptur viskus, dan torsi selalu memerlukan perbaikan bedah.

Keadaan-keadaan yang *tidak* memerlukan operasi segera meliputi

1. Abses abdomen terlokalisasi
2. Kolesistitis akut
3. Penyakit divertikulum kolon
4. Perdarahan gastrointestinalis: responsif terhadap penggantian darah dan memberikan bukti penghentian perdarahan
5. Ruptur folikel ovarium
6. Pseudokista pankreas
7. Pankreatitis
8. Perdarahan retroperitoneum yang terlokalisasi
9. Salpingitis

KEPUSTAKAAN

McFadyen IR: Gynaecological pain in the lower abdomen. Clin Obstet Gynaecol 8:33-47, 1981



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kecil dari yang diperkirakan untuk lamanya amenore merupakan tanda kecurigaan tambahan. Gejala dan tanda kehamilan ektopik dapat sangat mirip dengan abortus iminens yang dikomplikasi oleh perdarahan korpus luteum.

Kehamilan Mola: Uterus dapat lebih besar dari yang diperkirakan untuk umur kehamilan. Vesikel seperti anggur dapat dilihat di dalam vagina.

Lesi Serviks atau Trauma Vagina: Polip yang tampak di ostium uteri eksternum, maupun reaksi desidua serviks, dapat berdarah pada kehamilan muda. Nyeri biasanya tidak ada. Pemeriksaan spekulum dari serviks dan vagina akan menegakkan diagnosis.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Tes Kehamilan untuk Gonadotropin Korion: Pada kasus kehamilan intrauterin viabel, tes kehamilan positif. Waktu lipat dua untuk analisis kuantitatif gonadotropin korion dalam dua contoh berseri dapat membantu dalam evaluasi prognosis kehamilan muda.

Ultrasonografi: Bila diagnosis kehamilan intrauterin viabel masih meragukan, maka adanya kantong kehamilan normal pada sonogram akan menenangkan. Dengan '*real time scan*', maka aktivitas janin dan denyut jantung janin bisa dilihat.

PENATALAKSANAAN

Tirah baring dan pembatasan aktivitas di rumah biasanya dianjurkan. Rawat inap jarang diperlukan. Pasien dinasihatkan untuk tidak bersanggama untuk meminimumkan kemungkinan rangsangan prostaglandin. Jika ada alat kontrasepsi dalam rahim, maka ia harus diangkat.

Terapi hormon dengan estrogen atau progesteron *tidak* dianjurkan.

Sirkulase serviks ('*servical circlage*') dapat diindikasikan selama trimester kedua untuk pasien inkompeten serviks (lihat Inkopetensi Serviks, hal. 121).

PENDIDIKAN PASIEN

Tidak pernah mungkin mengetahui apakah gejala abortus iminens menunjukkan stadium pertama abortus insipiens spontan, perdarahan plasenta, atau perdarahan tidak bermakna secara klinik dari tempat implantasi atau di mana saja dalam uterus. Bila abortus spontan disebabkan oleh kelainan kromosom atau perkembangan yang tak sesuai dengan kehidupan janin, maka tidak ada pengobatan yang mungkin efektif dan abortusnya insipiens. Umumnya, kira-kira 50 persen wanita dengan gejala abortus iminens kehilangan kehamilannya, persentase kecil lahir prematur dan lainnya berlanjut ke kelahiran cukup



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pada pemeriksaan vagina, serviks lunak, dilatasi dan mendatar. Jaringan plasenta atau bekuan darah atau keduanya dapat teraba. Uterus membesar dan lunak. Daerah adneksa normal.

Diagnosis ditegakkan dengan terlibatnya jaringan plasenta atau janin.

TES LABORATORIUM

Hitung Sel Darah Lengkap dengan Apusan Darah: Hitung leukosit biasanya dalam batas normal, kecuali ada infeksi penyerta. Apusan darah, hemoglobin, nilai hematokrit menunjukkan perdarahan sebelumnya atau anemia terdahulu.

Urinalisis normal.

Golongan Darah dan Rh: Darah harus dikirim ke bank darah untuk pemeriksaan golongan darah dan Rh. Bila penggantian darah diantisipasi, maka pencocokan-silang dimintakan dari bank darah.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis banding abortus inkompletus meliputi abortus iminens, abortus insipiens, abortus kompletus, kehamilan mola, kehamilan ektopik dan torsi kista ovarium.

Abortus Iminens: Serviks tertutup dan perdarahan minimum.

Abortus Insipiens: Setelah serviks berdilatasi atau selaput amnion robek, maka abortus bersifat insipiens.

Abortus Kompletus: Pengeluaran janin dan plasenta lengkap dianggap suatu abortus kompletus. Perdarahan biasanya minimum dan kuretase tidak diperlukan. Erogenovin atau metilergonovin maleat—tiga kali sehari 0,2 mg per oral selama tiga hari—dapat membantu merangsang kontraksi uterus.

Kehamilan Mola: Kemungkinan kehamilan mola harus dipertimbangkan jika pasien mengemukakan keluarnya vesikel-vesikel seperti anggur atau jika vesikel-vesikel terlibat dalam vagina.

Kehamilan Ektopik: Bila jaringan plasenta tidak terlihat dan nyeri serta nyeri tekan berada lateral terhadap uterus daripada di garis tengah, maka kemungkinan kehamilan ektopik harus dipertimbangkan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pasien juga harus dinasihatkan bahwa ia harus mencari pertolongan darurat lebih lanjut, bila perdarahan menjadi hebat, jika timbul nyeri pelvis yang parah atau jika suhu meningkat di atas 100,4°F (38°C).

Abortus spontan tunggal biasanya dianggap kebetulan. Kecuali masalah reproduksi khusus diidentifikasi, maka pasien dapat ditenangkan bahwa 10 sampai 15 persen dari semua kehamilan berakhir dalam abortus spontan dan bahwa konsepsi mungkin terjadi kembali, kecuali ia menggunakan pencegahan kontrasepsi. Untuk pasien yang mengalami abortus kedua atau ketiga, dianjurkan untuk evaluasi ginekologi lanjutan.

Rencana harus dibuat untuk kunjungan lanjutan dalam dua minggu.

Abortus Diinduksi: Komplikasi

PERTIMBANGAN UMUM

Sebelum masa viabilitas janin, beberapa wanita meminta agar kehamilannya diakhiri. Pada sebagian besar keadaan, abortus diinduksi pada wanita sebat karena kehamilan tidak diinginkan atau didiagnosis suatu kelainan janin. Pada beberapa keadaan, kehamilan diakhiri karena masalah medis ibu yang dapat dieksaserbasi oleh kehamilan itu sendiri atau oleh responsibilitas ibu.

Selama trimester pertama, kuretase isap merupakan teknik tersering yang digunakan untuk pengakhiran kehamilan. Setelah kehamilan 16 minggu, abortus dapat diinduksi dengan suntikan intraamnion larutan hipertonik, larutan garam, prostaglandin F_{2α} atau urea.

Komplikasi abortus diinduksi dapat segera menjadi nyata atau dapat berkembang beberapa jam atau hari setelah pasien kembali ke rumahnya.

DATA SUBJEKTIF

Nyeri abdomen dapat disebabkan oleh infeksi intrauteri, perdarahan intraperitoneum atau cedera usus.

Perdarahan Per Vaginal biasanya karena tertabannya fragmen plasenta yang mempengaruhi kontraktibilitas uterus yang normal. Penyebab lain perdarahan meliputi trauma atau gangguan koagulasi.

Demam dapat menunjukkan infeksi uterus dan kemungkinan septikemia.

Kejang atau koma dapat terjadi akibat keracunan air atau hipernatremia yang berat. Keadaan ini terjadi dengan penggunaan larutan garam hipertonik intraamnion yang di-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Keracunan air diobati dengan penghentian oksitosin segera. Karena waktu paruh oksitosin singkat, maka aliran urin, pada keadaan tanpa kerusakan ginjal dapat diharapkan terjadi dalam waktu kira-kira 30 menit. Pada kasus berat, dengan kejang, koma, dan hiponatremia terbukti, maka 500 ml larutan natrium klorida hipertonik (5 persen) dapat mempercepat penyembuhan.

Gangguan koagulasi biasanya diatasi dengan penggantian cairan intravena dan darah. Pada umumnya, diatesis perdarahan berhenti dan faktor koagulasi cepat kembali ke normal, secepat abortus dilengkapkan. Kebutuhan sediaan plasma segar beku dan trombosit akan tergantung pada keadaan klinis (lihat Gangguan Koagulasi, hal. 136).

Missed Abortion

Missed abortion didefinisikan sebagai retensi berkepanjangan hasil konsepsi setelah kematian janin.

DATA SUBJEKTIF

Bercak atau noda vagina dapat menetap dan mencetuskan kunjungan darurat.

Gejala Haid: Biasanya pasien sadar akan interval amenore dan melaporkan bahwa siklus haid normalnya yang terakhir terjadi tiga sampai lima bulan sebelumnya.

Gejala Kehamilan: Meskipun kehamilan muda normal dengan amenore, mual pagi hari, perubahan payudara dan pembesaran abdomen, gejala-gejala ini sering berhenti setelah kematian janin.

Gejala Lain: Jarang, ekimosis kulit, epistaksis atau perdarahan gusi dapat merupakan satu-satunya gejala pasien yang menunjukkan suatu cacat koagulasi penyerta.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Biasanya gambarannya benar-benar normal. Jarang ekimosis kulit dapat terlibat, yang menggambarkan kemungkinan gangguan koagulasi penyerta.

Pemeriksaan Abdomen: Uterus dapat diraba atau mungkin juga tidak pada pemeriksaan abdomen. Bila teraba, maka besar uterus lebih kecil dari perkiraan menurut hari pertama siklus haid normal terakhir.

Bunyi jantung janin tidak terdengar.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Urinalisis normal, kecuali ada hemolisis atau infeksi traktus urinarius yang menyertai.

Golongan Darah dan Rh: Jika diperlukan, darah dapat dicocokkan-silang untuk transfusi.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis bandingnya meliputi kasus-kasus jarang kehamilan serviks atau kehamilan ektopik lainnya. Kemungkinan perforasi uterus harus selalu dipertimbangkan.

FAKTOR ETIOLOGI

Instrumentasi Uterus: Banyak kasus abortus septik dihubungkan dengan usaha non-steril untuk mengakhiri kehamilan.

Alat kontrasepsi dalam rahim telah dihubungkan dengan abortus septik.

Bakteri: Abortus dapat diinfeksi oleh organisme eksogen atau endogen, Dengan adanya jaringan nekrotik, maka organisme endogen anaerob yang normalnya nonvirulen bagi traktus genitalis dapat menjadi patogen.

KOMPLIKASI POTENSIAL

Komplikasi-komplikasi ini meliputi peritonitis (lokalisata atau generalisata), bakteriemia, septikemia, abses pelvis, hemolisis intravaskular, syok (septik atau hemoragik), tromboflebitis pelvis, koagulasi intravaskular diseminata (*DIC*) dan gagal ginjal.

KEPARAHAN PROSES PENYAKIT

Subu badan memuncak sampai 104°F, menggigil dan leukositosis lebih dari 20.000 merupakan manifestasi infeksi fulminan yang parah. Pasien ini tampak sakit berat, selalu menderita bakteriemia atau peritonitis penyerta dan mungkin diambang syok septik.

Abortus yang dikomplikasi oleh sepsis klostridium membawa ancaman hemolisis dan gagal ginjal. Petunjuk diagnostik mencakup batang gram positif dalam eksudat purulen, bukti gas miometrium pada foto abdomen dan hemoglobinemia.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Pewarnaan Gram dan Biakan Bakteriologik: Bahan contoh harus diambil dari ostium uteri dan setiap jaringan plasenta apa pun yang purulen untuk pewarnaan Gram dan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PENILAIAN

Diagnosis banding meliputi hiperplasia endometrium, keganasan endometrium dan sebab-sebab lain perdarahan endometrium (lihat Perdarahan Per Vaginam, hal. 459).

RENCANA

PENATALAKSANAAN

Gejala ringan hanya memerlukan pengobatan paliatif. Gejala yang menetap pada akhirnya dapat memerlukan histerektomi sebagai terapi definitif.

PENDIDIKAN PASIEN

Adenomiosis merupakan keadaan jinak yang tidak mengancam nyawa.

KEPUSTAKAAN

Owolabi TO, Strickler RC: Adenomyosis: A neglected diagnosis. *Obstet Gynecol* 50:424-427, 1977

9. Torsi Adneksa

PERTIMBANGAN UMUM

Meskipun jarang, torsi (putaran) tuba falopii atau tuba dan ovarium (Gb. 9-1) dapat terjadi pada setiap umur—sebelum pubertas, selama fase pascaovulasi siklus haid, selama kehamilan, atau setelah menopause. Makin hebat torsi, maka lebih mungkin timbul jaringan nekrosis. Akibatnya, gambaran klinik ditentukan oleh luas pengaruh penyediaan darah adneksa. Pembedahan abdomen yang dini dapat memungkinkan pemeliharaan adneksa yang bila tidak akan menjadi gangren.

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Nyeri Abdomen dapat berkembang secara mendadak atau bertahap. Biasanya tajam, paroksismal dan intermiten, nyeri cenderung unilateral dan terbatas pada daerah adneksa



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Gejala Kardiovaskular: Sinkope atau perasaan pusing dapat disebabkan oleh hipotensi. Kuatir, cemas dan gelisah adalah gejala lain yang dapat berkembang mendadak dan menandai suatu reaksi anafilaksis akut.

Gejala kulit juga lazim, meliputi eritema, gatal, makula (*'skin wheal'*), pembengkakan ekstremitas, dan edema peri-oral atau peri-orbita. Sianosis atau pucat atau keduanya dapat disebabkan oleh anoksia berat yang dihubungkan dengan syok anafilaktik.

Gejala mata meliputi gatal dan lakrimasi.

Gejala gastrointestinalis meliputi kram abdomen, mual, vomitus dan diare.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Takikardia, hipotensi dan takipnea adalah tanda-tanda syok anafilaktik. Reaksi anafilaktik berat dapat menyebabkan henti jantung. Sianosis dapat disebabkan oleh edema laring atau bronkospasme. Dapat timbul urtikaria atau angioedema atau keduanya.

Pemeriksaan Paru: Bising mengi, ronki, gawat pernapasan dan takipnea disebabkan oleh edema laring atau bronkospasme.

RENCANA

PENATALAKSANAAN

Epinefrin menjadi terapi awal terpilih dan umumnya merupakan terapi yang paling efektif. Dosis 0,3 sampai 1,0 mg diberikan secara subkutan atau intramuskuler (0,3 sampai 1,0 ml epinefrin 1:1000). Jika syoknya dalam, maka 1,0 ml larutan epinefrin 1:10.000 diberikan secara intravena (0,1 ml larutan 1:1000 dicampur dengan 10 ml larutan garam fisiologis). Perlu terapi segera. Torniket dapat dipasang proksimal dari tempat suntikan, atau epinefrin dapat disuntik lokal pada tempat suntikan untuk memperlambat absorpsi antigen.

Ventilasi dan oksigenasi adekuat bersifat penting. Intubasi atau trakeostomi harus dipertimbangkan bila pasien menunjukkan bukti-bukti obstruksi jalan napas.

Cairan intravena dengan 1000 ml dekstrosa 5% dalam air diberikan segera.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Defisiensi folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik kehamilan yang jarang ditemukan. Diagnosis digambarkan oleh adanya eritrosit makrositik dan leukosit polimorfonuklear hipersegmentasi pada pemeriksaan apusan darah tepi. Pemeriksaan sumsum tulang dan penurunan folat serum memastikan diagnosis.

Hemoglobinopati: Cacat genetik herediter dalam sintesis gugusan globin hemoglobin. Berbagai jenis hemoglobin dapat diidentifikasi dengan elektroforesis.

Talasemia: Eritrosit bersifat mikrositik dan hipokrom dengan penurunan kelangsungan hidup. Sumsum tulang cenderung hiperaktif sebagai usaha untuk memerangi anemia.

Penyakit Sel Sabit: Individu homozigot untuk hemoglobin S menderita penyakit sel sabit (Hb S/S). Dengan penurunan tekanan oksigen, maka deformitas sabit eritrosit tumbuh. Hal ini meningkatkan viskositas darah, menyebabkan stasis, aglutinasi, trombosis, hipoksia jaringan, perdarahan perivaskular, dan bahkan nekrosis. Hemolisis kronik menyebabkan anemia berat.

Gambaran laboratorium meliputi nilai hemoglobin 5 sampai 9 g/100 ml dihubungkan dengan bentuk eritrosit yang aneh—banyak dalam bentuk sabit—retikulositosis (biasanya 10 sampai 20 persen), dan hiperbilirubinemia bervariasi.

Penyakit Sel Sabit—Hemoglobin C: Pasien yang mewariskan sifat hemoglobin C dan hemoglobin S bisa tetap asimtomatik sampai stres kehamilan.

Depresi Sumsum Tulang. Infeksi Kronik: Anemia dari infeksi biasanya normositik dan normokrom, walaupun ia dapat mikrositik dan hipokrom. Kadar besi serum dan kapasitas pengikatan besi (*iron binding capacity*) cenderung berkurang, besi sumsum ada dan kadang-kadang meningkat, serta granulopoiesis toksik dapat ditemukan pada sumsum.

Anemia Aplastik: Pansitopenia (anemia, granulositopenia, dan trombositopenia) dapat disebabkan oleh bermacam-macam obat dan zat kimia yang mendepresi sumsum tulang.

Hemolisis. Anemia Hemolitik Kongenital: Sferositosis herediter ditandai oleh adanya sferosit, sel hiperkromik kecil dengan peningkatan fragilitas osmotik.

Anemia hemolitik kongenital nonsferositik dapat disebabkan oleh defisiensi glukosa 6-fosfat dehidrogenase herediter. Penyakit ini terlihat pada kira-kira 2 persen wanita berkulit hitam dan dalam bentuk yang ringan pada kira-kira 10 sampai 15 persen. Kelainan ini diturunkan sebagai sifat terangkai-X. Episode hemolitik dicetuskan oleh infeksi dan berbagai obat oksidatif (aspirin, fenasetin, sulfonamid, nitrofurantoin, primakuin, probenesid dan sebagainya).

Anemia hemolitik akuisita positif Coombs dapat idiopatik atau menyertai penyakit seperti leukemia, limfoma dan lupus eritematosus. Masa hidup eritrosit yang pendek merupakan akibat hemolisis autoimun. Tes Coombs langsung akan positif.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Nyeri Abdomen: Nyeri awal apendisitis, bersifat visera, biasanya dialami di daerah epigastrium atau periumbilikus. Awitan (mulainya) bertahap dan sering bersifat kolik, karena lesi primer dapat berupa fekalit atau pita yang menyumbat apendiks. Dengan peningkatan peradangan serosa apendiks dan keterlibatan selanjutnya dari peritoneum parietalis di atasnya, maka nyeri terlokalisasi dalam 6 sampai 12 jam pada area di atas apendiks. Karena kehamilan berlanjut, maka apendiks tergeser ke atas oleh uterus yang membesar. Karena alasan inilah nyeri apendisitis tidak terbatas di kuadran kanan bawah, tetapi terletak pada sisi di mana apendiks terletak pada stadium kehamilan itu.

Anoreksia, nausea atau vomitus umumnya terjadi beberapa jam setelah nyeri awal. Derajat nausea atau vomitus tergantung pada 2 faktor: pertama, jumlah distensi apendiks yang meradang dan kedua, kerentanan refleks pasien.

Selama trimester pertama, nausea dan vomitus menjadi gejala kehamilan lazim yang mungkin sulit diinterpretasikan. Tetapi setelah bulan keempat, kemunculan mendadak nausea atau vomitus harus selalu dianggap mempunyai kemungkinan makna patologik.

Keparahan dan frekuensi vomitus pada mulai timbulnya serangan apendisitis dapat merupakan manifestasi derajat distensi apendiks dan, sebagai akibatnya, risiko perforasi yang segera.

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Suatu riwayat serangan berulang nyeri kuadran kanan bawah sebelum kehamilan tampak berkorelasi dengan apendisitis akut selama kehamilan.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Suhu dapat normal atau sedikit meningkat, sampai 101° F (38°C).

Pemeriksaan Abdomen: Nyeri tekan biasanya terlokalisasi pada daerah tepat di atas apendiks. Nyeri tepat merupakan tanda iritasi peritoneum.

Setelah bulan ke empat kehamilan, maka apendiks tergeser ke atas; akibatnya, titik nyeri tekan maksimum lebih tinggi dari titik McBurney. Pada bulan ke enam, ileum dan dasar apendiks terletak setinggi krista iliaka, yang terletak dekat spina iliaka anterior (kecuali sebelumnya difiksasi oleh perlekatan). Pada trimester ketiga, nyeri dan nyeri tekan dapat naik setinggi tepi iga kanan (Gb. 12-1).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan dada menunjukkan ronki dan bising mengi difus inspirasi dan ekspirasi. Ekspirasi memanjang. Pada status asmaticus, pernapasan sangat sulit dan bising mengi dapat didengar tanpa stetoskop.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Dianosis banding meliputi bronkitis, benda asing dalam jalan napas, dan emboli paru dengan bronkospasme (lihat *Dispne Selama Kehamilan*, hal. 179).

FAKTOR PENCETUS DAN YANG MEMPERBERAT

Faktor-faktor ini meliputi alergen, infeksi pernapasan, polutan lingkungan, dan faktor psikogen.

KEMUNGKINAN KOMPLIKASI

Meliputi emfisema mediastinum dan mortalitas janin karena hipoksemia berat.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Gas darah arteri membantu penilaian keparahan proses penyakit. Pengurangan pO_2 arteri menunjukkan luasnya hipoksemia arteri. Penurunan pCO_2 menggambarkan hiperventilasi. Peningkatan pCO_2 merupakan tanda suram dari ancaman gagal pernapasan.

Foto Toraks mungkin bermanfaat bila diduga pneumonitis.

Tes fungsi paru (volume ekspirasi paksa dalam 1 detik, FEV_1 , kecepatan aliran ekspirasi puncak) membantu menilai keparahan obstruksi jalan napas.

PENATALAKSANAAN

Serangan asma akuta dapat dihilangkan dengan satu atau lebih tindakan berikut:

1. Larutan epinefrin (1:1000)—0,2 sampai 0,5 ml secara subkutans.
2. Larutan isoproterenol (1:100)—tiga sampai tujuh inhalasi dalam.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PENDIDIKAN PASIEN

Pembengkakan payudara biasanya merupakan proses yang sembuh sendiri, yang beregresi dalam 24 sampai 48 jam. Pengobatan simptomatik membantu pasien melalui masa ketidaknyamanan akut.

16. Infeksi Payudara

DEFINISI

Mastitis akuta—peradangan akut payudara, biasanya menyertai retakan atau fisura puting susu yang terjadi selama periode laktasi.

Abses payudara—gejala sisa lanjut dan biasanya supuratif dari mastitis akut.

Abses subareola dan pembentukan fistula—infeksi menahun berulang yang tidak berhubungan dengan kehamilan yang dapat timbul pada wanita muda.

DATA SUBJEKTIF

Nyeri payudara biasanya berkembang selama periode laktasi, satu minggu atau lebih setelah persalinan.

Demam dan menggigil sering menyertai infeksi payudara.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum: Biasanya suhu meningkat di atas 100,4°F (38°C).

Pemeriksaan Payudara: Daerah terlokalisasi, nyeri tekan, indurasi dan eritematosia khas bagi mastitis. Fisura puting susu dapat terlihat. Fluktuasi dapat dipalpasi atau edema keras menggambarkan abses payudara. Limfadenopati aksilaris yang nyeri dapat menjadi gambaran penyerta.

PENILAIAN

FAKTOR-FAKTOR ETIOLOGI

Stafilokokus koagulase positif adalah organisme patogen yang tersering. Organisme terlazim berikutnya adalah streptokokus alfa hemolitikus.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Aspirasi: Lesi kistik dapat diaspirasi dengan sebuah semprit dan jarum. Cairan dikirim ke laboratorium sitologik untuk evaluasi. Sepanjang tidak ada sel-sel ganas dan gumpalan menghilang, pasien dapat ditenangkan bahwa tidak mungkin karsinoma. Tetapi ia harus dinasehatkan untuk memeriksa payudara sendiri di rumah setiap bulan untuk melaporkan setiap massa tambahan (Gb. 17-1).

Biopsi: Jika massa menetap meskipun cairan telah diaspirasi atau jika tidak didapat cairan, maka biopsi eksisi harus direncanakan, sehingga diagnosis jaringan mikroskopik dapat dibuat untuk memastikan bahwa tidak ada bukti karsinoma.

KEPUSTAKAAN

- London RS, Sundaram GS, Goldstein PJ: Medical management of mammary dysplasia. *Obstet Gynecol* 59:519-523, 1982
- Schwartz GF: Benign neoplasms and "inflammations" of the breast. *Clin Obstet Gynecol* 25:373-385, 1982

18. Presentasi Bokong

PERTIMBANGAN UMUM

Presentasi bokong terjadi pada kira-kira 3 sampai 4% kelahiran hampir cukup bulan dan lebih sering sebelum umur kehamilan 32 minggu. Presentasi bokong juga lebih mungkin, jika kavum uteri berubah bentuk oleh plasenta previa, leiomioma segmen bawah, hidramnion, atau kehamilan kembar.

Posisi janin dilukiskan oleh lokasi sakrum janin terhadap pelvis ibu. Hubungan bervariasi antara ekstremitas bawah dan bokong janin dilukiskan sebagai presentasi bokong kaki sempurna, bokong atau bokong kaki tak sempurna.

DEFINISI

Presentasi bokong kaki sempurna—bokong turun terlebih dahulu. Tungkai fleksi pada abdomen janin dan kaki sepanjang bokong janin (Gb. 18-1A).

Presentasi bokong—tungkai terletak ekstensi sepanjang badan janin, sehingga bokong turun terlebih dahulu (Gb. 18-1B).

Presentasi bokong kaki tak sempurna—presentasi bokong dengan satu atau kedua kaki atau lutut prolaps ke dalam vagina (Gb. 18-1C).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

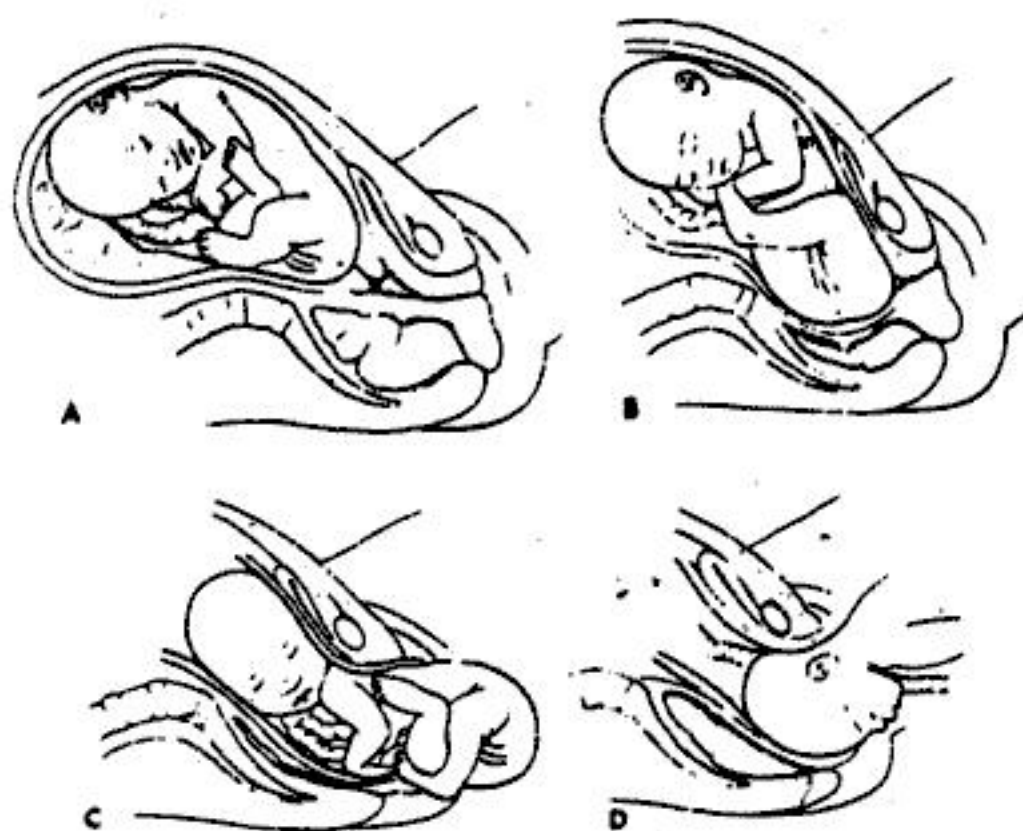
PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Presentasi bokong disertai dengan risiko tiga sampai empat kali lebih besar untuk bayi daripada presentasi puncak kepala. Trauma persalinan dan anoksia akibat tertekannya tali pusat atau prolaps tali pusat merupakan dua faktor yang harus diperhitungkan karena meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal. Sebagai contoh, prolaps tali pusat dengan presentasi bokong atau bokong kaki, morbiditas dan mortalitasnya kira-kira 20 kali lebih besar daripada dengan presentasi puncak kepala.

Kehilangan perinatal yang meningkat yang berhubungan dengan presentasi bokong juga akibat dari faktor-faktor yang berperan dalam menyebabkan presentasi bokong, seperti prematuritas dan plasenta previa.

Versl luar kepala dianjurkan oleh banyak ahli obstetri bila presentasi bokong didiagnosis pada trimester ketiga. Namun, persalinan ini bukan tanpa risiko intrinsik: perlukaan tali pusat atau plasenta, perdarahan postpartum, persalinan prematur, ketuban pecah dini, perdarahan fetomaternal, dan kematian janin merupakan bahaya yang mungkin. Ultrasonografi *real-time*, agen tokolitik, dan pemantauan denyut jantung janin dapat meningkatkan keamanan tindakan ini.

Persalinan Per Vaginal lawan Per abdominal: Bila ada pasien dengan presentasi bokong dalam persalinan aktif atau ketuban pecah sebelum mulainya persalinan, ada pendapat yang berbeda atas penatalaksanaan obstetri yang optimal.



Gambar 18-2. Persalinan bokong spontan. A, Pencakapan janin. B, Penurunan pada diameter oblik dengan putar paksi dalam dan fleksi lateral. C, Pinggul dilahirkan pada posisi anteroposterior, dan bahu cakap pada posisi oblik. D, Bayi berputar dan dilahirkan dalam posisi anteroposterior sementara kepala fleksi masuk ke pelvis dalam posisi oblik dan kemudian berputar sehingga kuduk dari leher berada di bawah simfisis. Kepala lalu dilahirkan dengan fleksi, dimulai dengan dagu dan diakhiri oleh oksiput. (Dimodifikasi dari Huffman JW: *Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1962.)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

15. ketuban pecah dini bila persalinan tidak terjadi secara spontan dalam 12 jam; atau
 16. bayi prematur yang terpapar terhadap risiko trauma lahir yang lebih besar selama persalinan per vaginam.

KEPUSTAKAAN

- Ballas S, Toaff R, Jaffa AJ: Deflexion of the fetal head in breech presentation. *Obstet Gynecol* 52:653, 1978; *Obstet Gynecol Surv* 34:382-384, 1979
- Bistoletti P, Nisell H, Palme C, et al: Term breech delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 60:165, 1981
- Collea JV: The intrapartum management of breech presentation of term frank breech presentation. *Clin Perinatol* 8:173-181, 1981
- Collea JV, Chein C, Quilligan EJ: The randomized management of term frank breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 137:235-244, 1980; *Obstet Gynecol Surv* 36:21-23, 1981
- Duenhoelter JH, Wells CE, Reisch JS, et al: Paired controlled study of vaginal and abdominal delivery of the low birth weight breech fetus. *Obstet Gynecol* 54:310-313, 1979; *Obstet Gynecol Surv* 35:153-155, 1980
- Gimovsky ML, Paul RH: Singleton breech presentation in labor: Experience in 1980. *Am J Obstet Gynecol* 143:733-739, 1982
- Green JE, McLean F, Smith LP, et al: Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma, and death? *Am J Obstet Gynecol* 142:643-648, 1982
- Jaffa AJ, Peyser MR, Ballas S, et al: Management of term breech presentation in primigravidae. *Br J Obstet Gynaecol* 88:721, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 37:243-244, 1982
- Kaupila O, Gronroos M, Aro P, et al: Management of low birth weight breech delivery: Should cesarean section be routine? *Obstet Gynecol* 57:289-294, 1981
- Nisell H, Bistoletti P, Palme C: Preterm breech delivery: Early and late complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 60:363-366, 1981
- Van Dorsten, JP, Schifrin BS, Wallace RL: Randomized control trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 141:417-424, 1981

19. Luka Bakar pada Kehamilan

Penatalaksanaan darurat pasien hamil yang luka bakar pada hakekatnya sama dengan penatalaksanaan darurat setiap pasien luka bakar. Keparahan cedera tergantung pada persentase luas permukaan tubuh yang terkena, kedalaman cedera, lokasi anatomi dan faktor etiologi (cairan panas, api, listrik, bahan kimia, radiasi atau sinar matahari). Luka bakar perineum dalam daerah, tempat sepsis sukar untuk dicegah, yang mempersulit masalah pasien.

Luka bakar ringan meliputi kurang dari 2% permukaan tubuh. Mereka diobati dengan pembersihan lokal dan kemudian dibalut dengan kasa petrolatum.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PENILAIAN

KLASIFIKASI FUNGSIONAL

Kelas I: Meliputi pasien penyakit jantung, tetapi tanpa akibat pembatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan tidak semestinya, palpitasi, dispne atau nyeri angina.

Kelas II: Pasien penyakit jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan aktivitas fisik membentuk Kelas II. Meskipun nyaman saat istirahat, namun pasien-pasien ini mengalami kelelahan, palpasi, dispne, atau nyeri angina pada aktivitas fisik yang biasa.

Kelas III: Pasien penyakit jantung dengan pembatasan aktivitas fisik yang jelas dimasukkan dalam Kelas III. Nyaman pada saat istirahat, pasien ini mengalami kelelahan, palpitasi, dispne, atau nyeri angina dengan aktivitas fisik ringan (yang kurang dari biasa)

Kelas IV: Pasien ini mengidap penyakit jantung yang menyebabkan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik apa pun tanpa ketidaknyamanan. Gejala insufisiensi jantung atau sindrom angina dapat timbul bahkan pada saat istirahat. Ketaknyamanan meningkat dengan aktivitas fisik apa pun.

FAKTOR-FAKTOR PREDISPOSISI

Meliputi perubahan kardiovaskular fisiologis selama kehamilan, aktivitas fisik, infeksi, anemia, tirotoksikosis, obesitas, dan hipertensi.

KOMPLIKASI POTENSIAL

Komplikasi penyakit jantung yang harus diantisipasi meliputi gagal kongestif, edema paru, aritmia atrium, dan emboli paru. Komplikasi yang sangat jarang dari penyakit jantung selama kehamilan meliputi ruptur aorta dan endokarditis bakterialis.

Episode hipotensi dapat fatal pada pasien pintas jantung, jika aliran darah membalik dari sisi kanan jantung ke sisi kiri jantung, sehingga memintasi paru.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Foto Toraks dapat bermanfaat dalam penilaian pembesaran jantung, edema paru, dan efusi pleura.

Elektrokardiogram membantu dalam penentuan frekuensi dan irama jantung serta dalam memperkirakan pembesaran ruangan jantung yang spesifik.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

21. Penyakit Serebrovaskular Selama Kehamilan

PERTIMBANGAN UMUM

Penyakit Serebrovaskular—perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral atau sumbatan pembuluh darah serebral—tidak biasa terjadi tetapi merupakan komplikasi kehamilan yang berat. Mortalitas ibu berkisar dari 30 sampai 45 persen.

Sumber perdarahan subaraknoid biasanya suatu anomali arteriovenosa atau suatu aneurisma. Yang pertama dapat berdarah pada setiap saat selama kehamilan, sementara aneurisma lebih mungkin berdarah selama pertengahan kedua kehamilan. Secara umum, hubungan antara kehamilan dan perdarahan intrakranial mungkin kebetulan saja, meskipun hipertensi dapat mencetuskan ruptur anomali vaskular yang ada sebelumnya. Perjalanannya tampaknya tidak meningkatkan kemungkinan penyakit vaskular.

Penyakit sumbatan serebral—baik arteri atau vena—bahkan lebih jarang daripada perdarahan.

DATA SUBJEKTIF

Sakit kepala, kekusingan, nyeri orbita, dan gangguan sensorik atau motorik adalah gejala yang tersering mendahului pada pasien perdarahan subaraknoid. Nyeri yang menyertai perdarahan intraserebral biasanya timbul tiba-tiba, sering mula-mula terlokalisasi, dan dilukiskan sebagai perasaan meledak, menggelembung atau seperti retak atau sebagai nyeri konstiksi di tengkuk.

Gejala lain yang menyertai penyakit serebrovaskular meliputi letargi, kekacauan mental, kaku kuduk, diploopia, fotofobia, mual dan vomitus.

Koma atau kejang adalah gejala prognostik yang serius.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum dan Neurologik: Tekanan darah meningkat pada kira-kira 25 persen pasien. Papil edema menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial, sering disertai oklusi pembuluh darah serebral. Gambaran neurologi meliputi rigiditas leher, pupil anisokor serta gangguan sensorik atau motorik. Distribusi defisit neurologik membantu untuk melokalisasi pembuluh darah yang terkena.



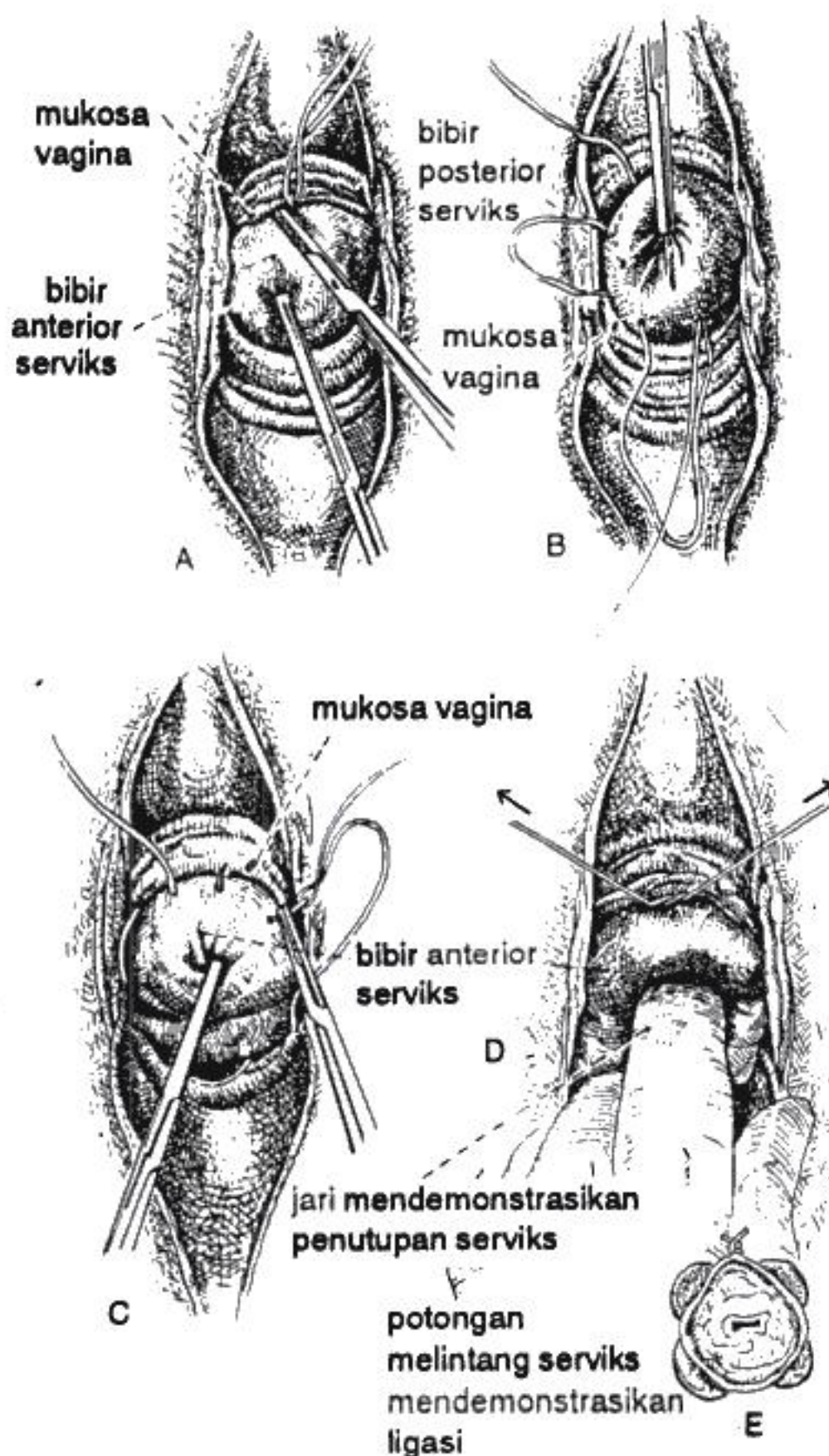
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 22-1. Tindakan McDonald untuk 'cerclage' serviks.

penutupan bedah ostium uteri inkompeten dengan suatu jahitan melingkar—dapat dipertimbangkan. Ultrasonografi membantu penilaian umur kehamilan dan mengesampingkan abnormalitas janin. (Sonografi dapat juga membantu diagnosis perubahan serviks).

Dua di antara 'cerclage' serviks yang sering dilakukan adalah modifikasi Shirodkar dan McDonald. Pada tindakan Shirodkar modifikasi pita lembam ('inert') dari benang yang tidak diserap (biasanya Mersilene) dipasang sekeliling serviks di bawah mukosa vagina. Pada tindakan McDonald (Gb. 22-1), jahitan 'purse-string' Mersilene sekeliling eksoserviks setinggi ostium uteri internum. Setelah pembedahan, pasien tetap tirah baring untuk beberapa hari. Terapi tokolitik dapat membantu menghambat kontraksi uterus.

Kontraindikasi untuk 'cerclage' meliputi perdarahan uterus, ketuban pecah, amnionitis, dan persalinan aktif. Jika ketuban pecah, infeksi uterus, perdarahan, atau kontraksi uterus persisten berkembang setelah jahitan 'cerclage' dipasang, maka jahitan harus dilepaskan untuk menyingkirkan risiko trauma serviks atau sepsis apa pun.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

yang banyak dapat terjadi setiap saat selama kehamilan muda. Visualisasi serviks berdarah, hipertrofi, membuka dengan jaringan degenerasi bisa menciptakan suatu kesan keliru dari karsinoma (lihat Kehamilan Ektopik, Kehamilan servikal, hal. 198).

Endometriosis serviks dapat timbul sebagai daerah sedikit meninggi. Dismenore, dispareunia dan perdarahan intermentruasi atau pascakoitus atau keduanya dapat menjadi gejala penyerta. Diagnosis ditegakkan dengan biopsi.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Tes Sitologi Serviks (Apusan Pap): Apusan sitologi serviks dari sambungan skuamokolumnar dan endoserviks sangat bermanfaat untuk evaluasi penyakit serviks yang tidak terlihat. Gambaran displasia atau kemungkinan keganasan menunjukkan kebutuhan untuk evaluasi diagnostik tambahan.

Blakan Serviks memberikan diagnosis bakteriologi spesifik bila diduga gonore atau bila terlibat sekret purulen.

Kolposkopi sering dianjurkan untuk evaluasi lesi serviks yang mencurigakan atau apusan sitologi abnormal.

Biopsi memberikan diagnosis histologi definitif. Biopsi yang diarahkan dengan kolposkopi ditambah kuretase endoserviks dapat menyingkirkan atau memastikan keganasan serviks.

PENATALAKSANAAN

Servisitits akut karena organisme spesifik diobati dengan antibiotika yang tepat (lihat Gonore, hal. 216).

Servisitits kronik sering diobati dengan kriosisurgi dan krim vaginam anti bakteri.

Polip dapat diavulsi dengan memutar tangkai lepas dari perlekatannya ke endoserviks. Dengan pedikel yang lebar, maka titik perlekatan diklem dan ikatan dibuat antara klem dan serviks. Polip yang dieksisi dikirimkan ke laboratorium patologi untuk pemeriksaan mikroskopi. Jika tangkainya lebar atau ada riwayat perdarahan abnormal, maka pengangkatan dalam kamar operasi lebih disukai.

Perdarahan pascakonisasi dapat dikendalikan dengan larutan feri subsulfat (larutan Monsel), hemostat kolagen mikrofibriler (Avitene), atau tampon vagina. Mungkin diperlukan jahitan pada tempat perdarahan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

hubungkan dengan nausea dan vomitus yang persisten. Dengan penyumbatan duktus sistikus total, nyeri menjadi bersifat tetap serta dapat disertai oleh demam dan menggigil.

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Riwayat penyakit kandung empedu atau intoleransi terhadap makanan berlemak menjadi gambaran yang biasa.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Suhu badan dapat meningkat sedang (101°F). Ikterus berkembang bila duktus koledokus tersumbat.

Pemeriksaan Abdomen: Nyeri tekan di kuadran kanan atas merupakan gambaran paling khas. Nyeri lepas generalisata menggambarkan perforasi.

TES LABORATORIUM

Hitung Sel Darah Lengkap dengan Apusan Darah: Hitung leukosit cenderung meningkat sedang.

Urinalisis normal.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis banding nyeri akut kuadran kanan atas meliputi preeklampsia, penyakit hati (termasuk ruptur hati), pankreatitis, pielonefritis, ulkus peptikum, hernia hiatus esofagus, dan apendisitis akut selama trimester ketiga, bila apendiks berpindah tempat ke kuadran kanan atas.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Ultrasonografi membantu dalam diagnosis batu empedu.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

DATA SUBJEKTIF

Menoragia—haid banyak—dengan atau tanpa perdarahan intermenstruasi menjadi gejala paling khas. Siklus haid dapat banyak dan menyembur.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Pelvis: Uterus sering agak membesar, lunak, dan dapat dipadatkan. Getaran yang dapat dipalpasi, *bruit* yang dapat terdengar dan pulsasi parametrium mungkin jelas.

TES LABORATORIUM

Hitung Sel Darah Lengkap memperlihatkan luas anemia perdarahan.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Arteriogram dapat memberikan diagnosis spesifik.

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Histerektomi satu-satunya pengobatan definitif.

Kuretase dapat dihubungkan dengan perdarahan yang banyak dan tidak dapat dikendalikan. Akibatnya, bila diagnosis dicurigai, maka arteriogram prabedah diindikasikan atau kemungkinan histerektomi diantisipasi. Sekurang-kurangnya 2 sampai 4 unit darah harus ada untuk transfusi, jika diperlukan.

KEPUSTAKAAN

Hibbard-BM, Pryssor Jones D, Scarrow GD: Cirroid aneurysm of the uterus as a cause of menorragia. *J Obstet Gynecol Br Commonw* 79:855-859, 1972



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Plasmin memecah fibrinogen dan fibrin menjadi beberapa produk degradasi (hasil pecahan fibrin). Plasmin merupakan polipeptida besar yang mempengaruhi hemostasis dengan menghambat polimerisasi fibrin.

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Perdarahan Per Vaginal: Menoragia (perdarahan haid yang lama atau berlebihan) adalah gejala ginekologi yang paling biasa. Dapat dihubungkan dengan riwayat penyakit dahulu epistaksis, perdarahan gastrointestinalis, petekia, ekimosis, atau perdarahan berlebihan pada operasi, persalinan, ekstraksi gigi, trauma atau haid terdahulu.

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Riwayat menelan obat yang dapat menyebabkan perdarahan (sebagai contoh aspirin) atau penyakit sistemik (penyakit hati, leukemia, penyakit ginjal, dan sebagainya), atau riwayat keluarga gangguan perdarahan dapat memberikan petunjuk diagnosis yang bermanfaat.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Bisa terlihat beberapa tempat perdarahan. Petekia memberi kesan suatu abnormalitas vaskular atau trombosit. Ekimosis menggambarkan defisiensi faktor koagulasi atau trauma pembuluh darah.

Pemeriksaan Abdomen: Hepatosplenomegali menggambarkan penyakit sistemik.

Pemeriksaan pelvis biasanya normal.

TES LABORATORIUM

Hitung sel darah lengkap dengan apusan darah dapat memperlihatkan penurunan atau tidak adanya trombosit. Eritrosit fragmentasi di samping trombositopenia menggambarkan kemungkinan proses hemolitik mikroangiopatik yang berhubungan dengan koagulasi intravaskular diseminata atau purpura trombositopeni trombotik.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Koagulasi Intravaskular Diseminata (DIC)

PERTIMBANGAN UMUM

Koagulasi intravaskular diseminata adalah suatu salah susun rumit pada mekanisme hemostasis di mana koagulasi dipercepat dan aktivasi sistem fibrinolitik timbul serentak, dengan derajat trombosis dan perdarahan yang bervariasi.

Senyawa tromboplastik yang dilepaskan ke dalam sirkulasi mencetuskan suatu aktivasi generalisata *protrombin* menjadi *trombin*. Trombin mengaktivasi trombosit maupun protein koagulasi yang larut, menyebabkan konsumsi dan pembentukan trombus fibrin. Bekuan intravaskular menyebabkan pengurangan kadar trombosit dan faktor pembekuan yang bersirkulasi.

Aktivasi lokal sistem fibrinolitik—fibrinolisis dengan peningkatan bersamaan produk pecahan fibrin—menggambarkan usaha tubuh untuk mempertahankan diri melawan pembekuan generalisata yang akan timbul tanpa aktivitas trombin yang tidak diperiksa.

Fibrinogen tampak berubah dengan cara sedemikian, sehingga tidak mampu lagi berpolimerisasi dan segera mengalami kerusakan oleh plasmin melalui lisis-lokal, yang menghasilkan produk degradasi. Selanjutnya, adanya produk degradasi fibrin dapat menghambat konversi normal fibrinogen menjadi fibrin, yang membentuk lingkaran setan.

Sinonim untuk pembekuan intravaskular diseminata adalah koagulasi dan fibrinolisis intravaskular (ICF), koagulopati konsumsi, defibrinasi, defibrinogenasi dan fibrinasi.

DATA SUBJEKTIF

Perdarahan dari beberapa tempat (vagina, hidung, jaringan gingiva, kulit, vena punksi) menggambarkan cacat hemostasis. *Hematoma*, *ekimosis*, atau *petekia* dapat terlihat.

PENILAIAN

Lihat Tabel 28-5.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Hitung sel darah lengkap dengan apusan darah menunjukkan derajat anemia. Keadaan morfologi eritrosit dapat abnormal, dengan eritrosit fragmentasi atau skistosit yang dapat terlihat pada apusan darah tepi.

Urinalisis dapat memperlihatkan hematuria.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 28-7. Penyebab Trombositopenia***Produksi trombosit menurun****Penyakit sumsum tulang generalisata**

Aplasia, kongenital atau didapat

Penyakit invasif: leukemia, karsinoma, infeksi diseminata

Keadaan defisiensi: defisiensi folat atau vitamin B₁₂**Penyakit yang mempengaruhi megakariosit secara khusus****Kongenital**

Defisiensi substansi seperti trombopoietin

Kekurangan atau tidak adanya megakariosit, kadang-kadang berhubungan dengan cacat kongenital lainnya

Jumlah megakariosit normal; produksi trombosit cacat

Didapat

Infeksi

Obat-obatan: obat-obatan sitotoksik, kloramfenikol, tiazid

Perusakan trombosit meningkat**Imunologi**

Autoimun (ITP)

Isoimun: neonatus dan pascatransfusi

Obat-obatan berhubungan

Infeksi

Obat lain: alkohol; emas

Peningkatan pemakaian: koagulasi intravaskular diseminata

Cedera mekanik

Katup jantung buatan

Purpura trombositopeni trombotik

Sindrom Hemolitik-uremik

Sekuestrasi trombosit: sindrom limpa besar**Pengenceran trombosit: transfusi masif**

* Dari Zieve PD, Levin J: Disorders of Hemostasis. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1976.

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Rawat inap gawat darurat dianjurkan jika hitung trombosit 20.000 atau kurang, karena bahaya perdarahan intraserebral spontan.

Terapi Kortikosteroid: Prednison 15 mg empat kali sehari, dianjurkan untuk permulaan terapi. Dosis ini kemudian disesuaikan dengan respon trombosit. Terapi ditujukan pada hitung trombosit 100.000.

Respon ini, sekurang-kurang pada permulaan, akan diharapkan pada 75% pasien. Tetapi, respon trombosit terhadap prednison sering tidak terus-menerus.

Splenektomi telah ditemukan menghasilkan remisi yang terus-menerus pada 60 sampai 90 persen kasus. Meskipun umumnya ditunda sampai setelah kelahiran sepanjang



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 29-1. Sebab lazim Stupor dan Koma*

Lesi supratentorial
Perdarahan serebral
Hematoma subdural
Tumor otak
Lesi subtentorial
Perdarahan pons atau serebelar
Infark
Tumor
Abses serebelar
Lesi metabolik dan difus
Anoksia atau iskemia
Hipoglikemia
Racun eksogen
Ketoasidosis
Infeksi (meningitis, ensefalitis)
Kelainan elektrolit
Komosio serebri
Keadaan pascakejang
Tidak berespon psikogenik

* Dimodifikasi dari Posner JB: General causes of delirium, stupor, and coma. In Wyngaarden JB, Smith LH: Cecil Textbook of Medicine. 16th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1982.

Ensefalopati metabolik adalah istilah yang dipakai untuk perubahan tingkah-laku akibat kegagalan metabolisme serebral yang difus atau multifokal tersebar. Penyebab umum stupor dan koma tercantum dalam Tabel 29-1.

Delirium menggambarkan keadaan kekacauan mental dan kegelisahan (*excitement*)—stadium terjaga dari ensefalopati metabolik. Seorang pasien yang *obtunded* akan mengantuk, tetapi dapat dibujuk untuk berespon terhadap rangsangan verbal. *Stupor* menunjukkan suatu keadaan tidak sadar, di mana pasien tidak lagi berespon terhadap rangsangan verbal, tetapi berespon terhadap rangsangan kulit berbahaya. *Koma* adalah tidak berespon terhadap setiap rangsangan apa pun.

DATA SUBJEKTIF

GEJALA SAAT INI

Kejadian baru lalu dapat memberikan petunjuk diagnostik yang penting. Nyeri kepala yang hebat dapat menandakan penyakit serebrovaskular. Kejang dapat disebabkan oleh eklampsia. Kelebihan dosis obat atau putus obat adalah informasi yang berharga.

Gejala penyerta nyeri abdomen, mual dan vomitus dapat timbul bersama ketoasidosis diabetikum. Demam dapat menunjukkan adanya sepsis.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

2. Elektrolit—natrium, kalium, klorida, bikarbonat.
3. Kimia darah—glukosa, nitrogen urea darah, kalsium, aseton, keton. Glukosa darah adalah salah satu tes diagnostik yang paling kritis, karena asidosis diabetes dan hipoglikemia dapat menyebabkan koma. Kadar glukosa darah akan membedakan keduanya.
4. Tipe—Rh dan penelitian antibodi. (Darah harus dicocok silang bila ada bukti perdarahan hipovolemik).
5. Biakan darah (aerob dan anaerob) jika diduga bakteremia.

Urinalisis—berat jenis, pH, warna, protein, gula, aseton dan pemeriksaan mikroskopik—dapat memberikan petunjuk diagnostik yang penting. Reduksi 4⁺ dan aseton membuktikan ketoasidosis diabetikum. Proteinuria yang menyertai hipertensi menunjukkan eklampsia.

Analisis lambung dapat membantu bila diduga keracunan atau kelebihan dosis obat.

Gas darah arteri dapat menunjukkan asidosis atau alkalosis.

Pungsi lumbal memberikan informasi diagnostik yang bermanfaat bila diperkirakan meningitis atau perdarahan subaraknoid. Cairan serebrospinalis diperiksa untuk tekanan, warna, kekeruhan, protein, gula dan sel. Bila diduga infeksi, maka penting pewarnaan Gram dan biakan bakteriologi.

Cairan berdarah makroskopik menggambarkan perdarahan subaraknoid segar. Cairan xantokrom (semu kuning) didapatkan pada pasien dengan perdarahan sebelumnya (hematoma subdural kronik). Cairan berkabut dapat akibat proses infeksi (meningitis). Leukosit menunjukkan infeksi. Peningkatan kadar protein dapat ditemukan pada neoplasma.

Pada kasus lesi massa intrakranial, punksi lumbal membawa kemungkinan risiko herniasi otak yang fatal. Dianjurkan konsultasi neurologi.

Foto tengkorak dapat memperlihatkan fraktur tengkorak.

Angiografi atau skan tomografi komputerisasi (CT) dapat melokalisasi lesi.

Elektroensefalogram membantu dalam diagnosis epilepsi.

Foto toraks atau daerah lesi yang mencurigakan.

Elektrokardiogram memberikan evaluasi keadaan jantung dan kemungkinan ketidakseimbangan kalium.

Pemeriksaan koagulasi—fibrinogen, produk pecahan fibrin dan hitung trombosit—diindikasikan jika dicurigai ada koagulopati seperti koagulopati intravaskular diseminata.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Kontrasepsi Oral

PERTIMBANGAN UMUM

Dua jenis kontrasepsi oral telah tersedia. Jenis yang terluas diresepkan mengandung suatu kombinasi estrogen dan progestin dalam setiap tabletnya. Pil ini dimakan untuk 21 hari berturut-turut; tanpa tablet atau tablet inert dimakan selama 7 hari berikutnya. Perdarahan *withdrawal* biasanya terjadi selama interval bebas obat. Dengan menekan ovulasi secara konsisten, pil kombinasi sangat efektif dalam mencegah kehamilan (1 atau kurang per 100 wanita-tahun pemakaian).

Jenis lain obat kontrasepsi oral adalah tablet yang hanya mengandung progestin, yang dimakan setiap hari tanpa terputus. Keefektifan metode hanya progestin kurang daripada pil kombinasi (sekitar 2 sampai 4 kehamilan, baik intrauterus atau ekstrauterus, per 100 wanita-tahun).

PENILAIAN

MASALAH POTENSIAL

Kelainan Tromboemboli: Peningkatan risiko kelainan tromboemboli dan masalah vaskular lainnya telah dilaporkan. Risikonya meningkat dengan umur setelah kira-kira umur 30 dan, untuk infark miokard, lebih jauh ditingkatkan oleh hipertensi, hiperkolesterolemia, obesitas, diabetes, riwayat preeklampsia dan merokok.

Gejala yang membenarkan penghentian obat kontrasepsi oral dan evaluasi diagnostik yang cermat meliputi nyeri dada, hemoptisis, dispne, nyeri betis, nyeri kepala hebat, *dizziness*, pingsan, gangguan bicara atau penglihatan dan kelemahan atau baal pada lengan atau tungkai.

Hipertensi: Peningkatan tekanan darah telah dilaporkan pada kira-kira 5 persen wanita yang menggunakan kontrasepsi oral dan mungkin berkembang pada setiap saat selama pemakaian pil. Bila terdeteksi, maka kontrasepsi oral harus dihentikan. Biasanya hipertensi segera kembali normal.

Adenoma hati dengan perdarahan intraabdomen adalah keadaan yang jarang terjadi yang bisa ada sebagai "abdomen akut". Nyeri abdomen mendadak dan syok hipovolemik merupakan tanda dan gejala khas. Massa kuadran kanan atas dapat dipalpasi. Penting perbaiki bedah segera.

Penyakit vesika felea dapat terjadi lebih sering pada pemakai kontrasepsi oral. Nyeri abdomen atau ikterus membutuhkan penelitian diagnostik yang tepat.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

AKDR dapat tertarik ke atas di dalam uterus yang membesar. Ultrasonografi untuk mengidentifikasi AKDR lebih disenangi, terutama bila pasien menginginkan kehamilannya dilanjutkan.

Jika AKDR ada, maka pasien harus dinasehatkan akan risiko penyerta—abortus, persalinan prematur, dan khususnya peningkatan bahaya sepsis intrauteri. Pasien yang memilib untuk melanjutkan kehamilannya harus dinasihatkan untuk melaporkan semua gejala abnormal: demam, kram abdomen, nyeri, atau perdarahan, jika gejala mengarah kepada timbulnya abortus septik trimester kedua, maka isi uterus harus segera dievakuasi segera dan terapi antibiotik yang efektif melawan kuman anaerob diberikan.

KEPUSTAKAAN

- Burkman RT, and the Women's Health Study: Association between intrauterine device and pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 57:269-276, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 36:452-454, 1981
- Key TC, Kreutner AK: Gastrointestinal complication of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 55:239-244, 1980
- Malhotra N, Chaudhury RR: Current status of intrauterine devices. II. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 37:1-8, 1982
- Mammen EF: Oral contraceptives and blood coagulation: A critical review. *Am J Obstet Gynecol* 142:781-790, 1982
- Ory HW, and the Women's Health Study: Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: New perspectives. *Obstet Gynecol* 57:137-144, 1981
- Ramcharan S, Pellegrin FA, Ray RM, et al: The Walnut Creek contraceptive drug study. *J Repro Med* 25 (suppl):346, 1980
- Rooks JB, Ory HW, Ishak KG, et al: Epidemiology of hepatocellular adenoma. *JAMA* 242:644-648, 1979
- Royal College of General Practicioners' oral contraception study. Further analysis of mortality in oral contraceptive users. *Lancet* I:541-546, 1981
- Soderberg G, Lindgren S: Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception* 24:137, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 37:199-201, 1982
- Stadel BV: Oral contraceptives and cardiovascular disease. *New Eng J Med* 305:612-618, 672-677, 1981
- Vessey MP, Yeates D, Flavel R, et al: Pelvic inflammatory disease and the intrauterine device: Findings in a large cohort study. *Br Med J* 282:855-857, 1981
- Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R: Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. *Obstet Gynecol Surv* 36:335-353, 401-417, 1981



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

4. Obat Anti kejang. Magnesium sulfat biasanya lebih disukai untuk eklampsia (lihat Eklampsia, hal 242).

Diazepam (Valium): 10 mg bisa diberikan intravena dalam waktu 2 menit. Jika diperlukan, diulang 2 atau 3 kali dengan interval 20 menit. Pada pasien hampir bersalin, diazepam melewati plasenta dan dapat menyebabkan hipotonia umum dan depresi pernapasan pada neonatus.

Fenobarbital: Dosis 120 sampai 240 mg bisa diberikan perlahan-lahan intravena, dengan kecepatan 60 mg per menit. Jika diperlukan, diulang 2 atau 3 kali dengan interval 20 menit. (Dosis maksimum 1000 mg.)

Natrium Amobarbital (Amytal): Dosis 120 sampai 250 mg bisa diberikan intravena dengan kecepatan tidak melebihi 30 mg per menit.

Fenitoin (Dilantin): Dosis 200 sampai 300 mg bisa diberikan intravena dengan kecepatan tidak lebih daripada 50 mg per menit. Dosis total tidak melebihi 1 gram.

Fasilitas untuk menatalaksana depresi pernapasan harus disiapkan.

Tindakan Spesifik tergantung atas diagnosis yang mendasari:

Eklampsia: Lihat Eklampsia, hal 242).

Epilepsi: Fenitoin (Dilantin) (200 sampai 400 mg per hari) dapat diberikan secara oral untuk terapi pemeliharaan. Kadar darah terapi 10 sampai 25 mcg per ml.

Hipoglikemia: Glukosa 50% harus diberikan intravena. Lihat Kedaruratan Diabetes, hal. 171.

Hiponatremia: Larutan natrium klorida 3% bisa diberikan intravena.

Penyakit serebral: Konsultasi neurologi atau bedah saraf dapat membantu.

Beberapa pasien epilepsi mungkin menghentikan pengobatannya selama kehamilan karena keprihatinan akan kemungkinan cacat janin. Tetapi risiko kejang berulang, terutama anoksia ibu dan janin, biasanya memerlukan terapi anti kejang meskipun ada risiko anomali kongenital. Selama perjalanan kehamilan, penurunan kadar antikejang plasma bisa harus dikompensasi dengan meningkatkan dosis harian.

KEPUSTAKAAN

Aminoff MJ: Neurological disorders and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 132:325-335, 1978

Dreifuss FE: Use of anticonvulsant drugs. *JAMA* 241:607-609, 1979

Montouris GD, Fenichel GM, McLain LW: The pregnant epileptic. *Arch Neurol* 36:601-603, 1979; *Obstet Gynecol Surv* 35:282-283, 1980

Sibai BM, Schneider JM, Morrison JC, et al: The late postpartum eclampsia controversy. *Obstet Gynecol* 55:74-78, 1980

Yang T, Chi C, Tsai C, et al: Diphenylhydantoin teratogenicity in man. *Obstet Gynecol* 52:682-684, 1978



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

DATA SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF

Pasien tampak muka merah, dehidrasi, koma, dan hipotensi dengan kulit kering dan dingin. Pernapasan cenderung cepat dan dalam (pernapasan Kussmaul). Napas mungkin berbau aseton. Denyut jantung biasanya cepat. Abdomen mungkin nyeri tekan dengan *defance muscular*. Riwayat polidipsi dan poliuri menggambarkan hiperglikemi.

Nilai laboratorium yang khas adalah glukosa darah lebih dari 300 mg/100 ml, glukosuria—biasanya 4+, bikarbonat plasma kurang dari 15 mEq/liter, dan pH arteri kurang dari 7,30. Peningkatan hematokrit menunjukkan hemokonsentrasi.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Lihat Tabel 34-1.

Ketosis kelaparan harus dibedakan dari ketoasidosis diabetikum. Rasa lapar malam hari, nausea, vomitus, dan masukan kalori terbatas dapat menyebabkan ketonuria, dan bahkan peningkatan asam keto serum. Kedua keadaan dibedakan dengan menguji urin dan darah bagi glukosa. Jika dipstik urin negatif untuk glukosa, atau jika gula darah kurang dari 150 mg/dl, maka ketosis kelaparan lebih mungkin menjadi diagnosis.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

1. Glukosa darah, keton, BUN, kreatinin
2. Elektrolit serum—natrium, klorida, kalium, bikarbonat

TABEL 34-1. Diagnncsis Banding Ketoasidosis Diabetikum

	Hiperglikemi dengan Ketosis (Koma Diabetikum)	Hiperinsulinisme
Anamnesis	Diabetes diketahui: peningkatan rasa haus; kelemahan, vomitus.	Mulai timbulnya cepat setelah insulin, mungkin tidak makan; mungkin mendapat insulin terlalu banyak
Penampilan	Kulit kering; bau keton buah; letargi; koma	Kulit dingin, basah; diaforesis; kelam pikiran; kejang agitasi; koma
Pernapasan	Cepat, dalam	Normal
Glukosa serum	Meningkat	Menurun
Keton serum	Meningkat	Normal
pH	Rendah	Normal
pCO ₂	Rendah	Normal



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Biasanya nyeri hanya menetap sepanjang hari haid pertama; tetapi nyeri dapat menetap sepanjang keseluruhan siklus haid. Nyeri dapat demikian hebat sehingga pasien memerlukan pengobatan darurat.

Gejala-gejala Haid: Haid biasanya teratur. Jumlah dan lamanya perdarahan bervariasi. Banyak pasien menghubungkan nyeri dengan pasase bekuan darah atau campakkan endometrium.

Gejala-gejala Lain: nausea, vomitus, dan diare mungkin dihubungkan dengan haid yang nyeri. Gejala-gejala ini dapat disebabkan oleh peningkatan prostaglandin yang beredar yang merangsang hiperaktivitas otot polos usus.

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Pasien-pasien dengan dismenore mungkin menceritakan riwayat nyeri serupa yang timbul pada setiap siklus haid. Dismenore primer biasanya mulai sesaat setelah menarke. Kadang-kadang pasien mengemukakan riwayat kelelahan yang berlebihan dan ketegangan saraf.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Abdomen: Abdomen lunak tanpa adanya rangsangan peritoneum atau suatu keadaan patologik yang terlokalisir. Bising usus normal.

Pemeriksaan Pelvis: Pada kasus-kasus dismenore primer pemeriksaan pelvis adalah normal. Pada kasus-kasus dismenore sekunder pemeriksaan pelvis dapat menyingkap keadaan patologis dasarnya, sebagai contoh, nodul-nodul endometriotik dalam kavum Douglasi, atau penyakit tuboovarium atau leiomiomata.

TES LABORATORIUM

Pemeriksaan darah lengkap normal.

Urinalisis normal.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Sebenarnya ini dapat mencakup semua penyebab-penyebab nyeri abdomen (lihat Nyeri Abdomen, hal 45).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Dispne yang berkembang tiba-tiba pada saat istirahat memberi kesan emboli paru atau pneumotoraks spontan. Gejala-gejala yang berhubungan dapat meliputi batuk dan nyeri pleura.

Pada kasus-kasus penyakit obstruksi jalan napas, asma, dan bronkitis kronik, pasien bernapas dekat dengan batas inspirasi maksimal dan cenderung untuk menggunakan otot-otot inspirasi tambahan.

Penyakit paru restriktif meliputi reseksi paru, *space occupying lesions*, efusi pleura, dan pneumotoraks spontan.

Infeksi paru meliputi pneumonia lobaris dan bronkitis akut. Bendungan vaskular dan akumulasi sekret menyebabkan suatu resistensi jalan napas yang meningkat. Hipoksemia yang diakibatkan dari variasi dalam rasio ventilasi-perfusi keseluruhan paru yang dikombinasikan dengan pireksia merangsang ventilasi. Jika infeksi disertai komplikasi pleuritis, kapasitas vital dapat dikurangi lebih jauh bila batuk gagal mengeluarkan akumulasi sekresi bronkus dan pernapasan dibatasi oleh nyeri.

Edema paru disebabkan oleh tekanan kapiler paru yang meningkat. Mekanisme yang biasa adalah gagal jantung kiri. Pernapasan yang dangkal dan cepat adalah karakteristik untuk edema paru yang berkembang dan dianggap berhubungan dengan rangsangan saraf yang naik dari reseptor-reseptor dalam septum alveoli. Sianosis dapat ada bila edema berat.

Kelemahan otot-otot pernapasan (polio, polineuropati, miastenia gravis, distrofi otot, dan depleksi kalium) dapat menjadi sebab lain kegagalan pernapasan.

Gagal Jantung: Dispne biasanya ada bila pasien dalam posisi terlentang, karena efek gravitasi menyebabkan peningkatan kongesti paru.

Hipoksia, asidosis, dan demam merangsang reseptor-reseptor sentralis untuk meningkatkan kebutuhan pernapasan.

Faktor-faktor Psikogenik: Setiap ketidaknyamanan dada dapat diinterpretasikan sebagai sesak napas oleh pasien yang cemas. Faktor-faktor yang bertanggung jawab meliputi ansietas akan penyakit jantung atau paru, gejala-gejala otot, atau kembung. Seringkali ada suatu keinginan untuk bernapas dalam yang sering dengan respirasi yang panjang. Hiperventilasi merendahkan $p\text{CO}_2$, menciptakan suatu alkalosis respiratorik dengan gejala-gejala pusing, parestesia, dan tangan tetani dan kram tungkai.

Distensi Abdomen yang disebabkan oleh hidramnion dapat menyebabkan dispne.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Pemeriksaan Hitung Darah Lengkap dengan Apusan Darah: Hemoglobin dan hematokrit yang menurun dapat menunjukkan anemia. Jumlah leukosit yang meningkat memberi kesan infeksi.



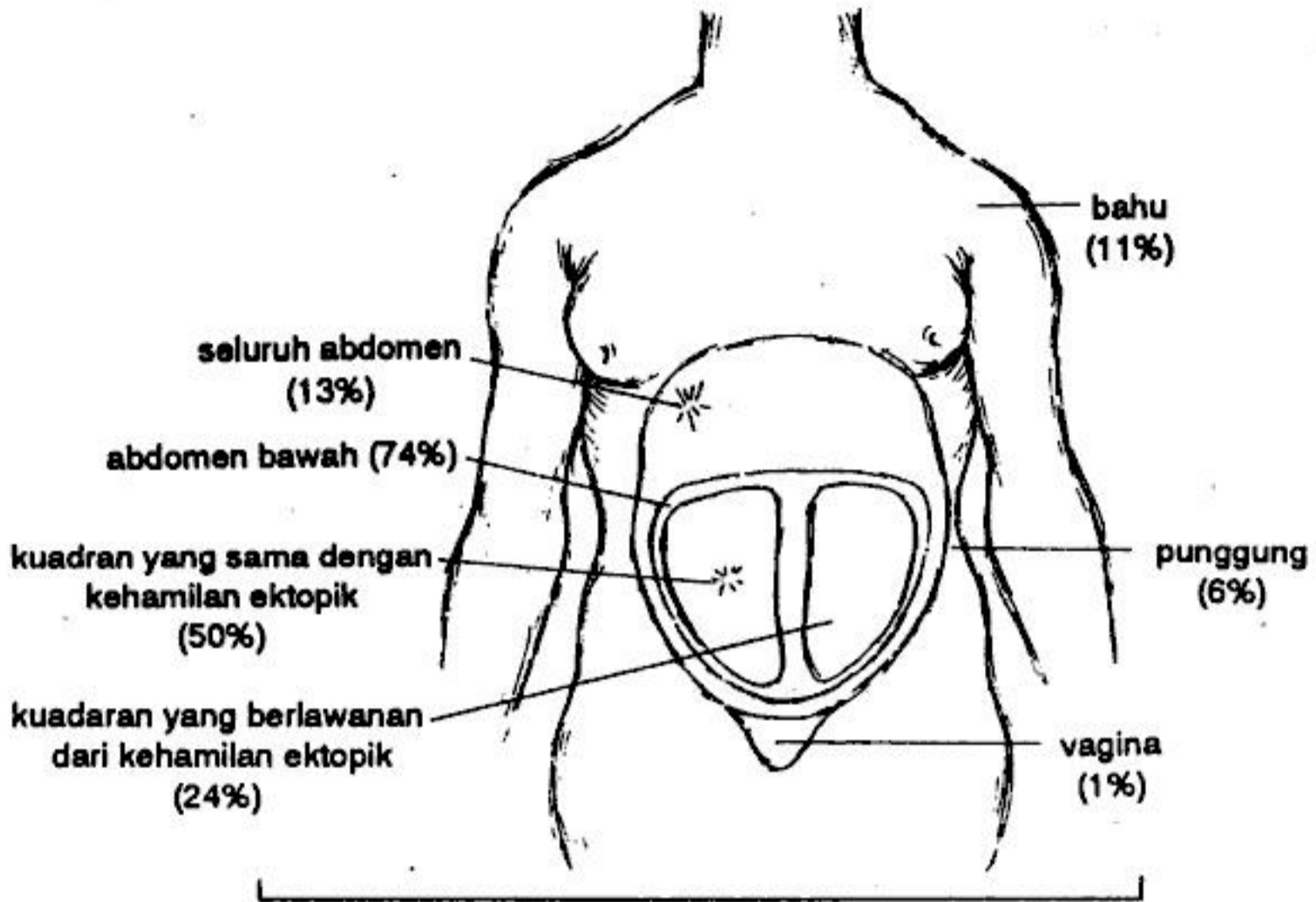
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 37-2. Nyeri pada kehamilan ektopik. (Disesuaikan dari Breen JL: A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am J Obstet Gynecol 106:1004-1019, 1970.)

Banyak pasien memberikan riwayat satu atau lebih episode nyeri yang hebat dan mendadak yang berlangsung dalam beberapa hari. Di antara episode nyeri intermiten ini, pasien relatif dapat merasa enak dan dapat mengikuti tugas-tugas normal.

Nyeri yang disebabkan oleh kehamilan ektopik biasanya diperberat oleh gerakan tubuh, seperti membungkuk, naik, atau mengendarai mobil.

Nyeri bahu memberi kesan perdarahan intraperitoneal dengan iritasi diafragma. Keadaan ini diperkirakan pada 15 sampai 20 persen pasien.

Perdarahan Per Vaginam atau Bercak-bercak Perdarahan: Perdarahan per vaginam atau bercak-bercak perdarahan (*spotting*) dicatat oleh sekitar 75% pasien dengan kehamilan ektopik. Perdarahan ini dapat terjadi satu atau dua minggu setelah haid yang diperkirakan atau dapat bertepatan dengan haid yang diperkirakan sedemikian dekat sehingga pasien tidak sadar akan keterlambatan haidnya.

Akibat dari degenerasi dan pengelupasan desidua uterus, perdarahan dapat atau mungkin tidak dikenal sebagai kelainan dibandingkan dengan haid pasien yang biasa. Desidua mungkin dilepaskan dalam perjalanan bercak perdarahan yang intermiten atau kontinu, aliran darah cukup banyak selama beberapa hari, atau dapat dilepaskan utuh sebagai desidua dari kavum uteri. Kadang-kadang perdarahan per vaginam dapat banyak dengan suatu abortus inkompletus.

Riwayat Haid: Siklus haid normal yang terakhir kemungkinan besar terjadi 6 sampai 8 minggu sebelum mulai timbulnya nyeri abdomen dan bercak perdarahan per vaginam.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



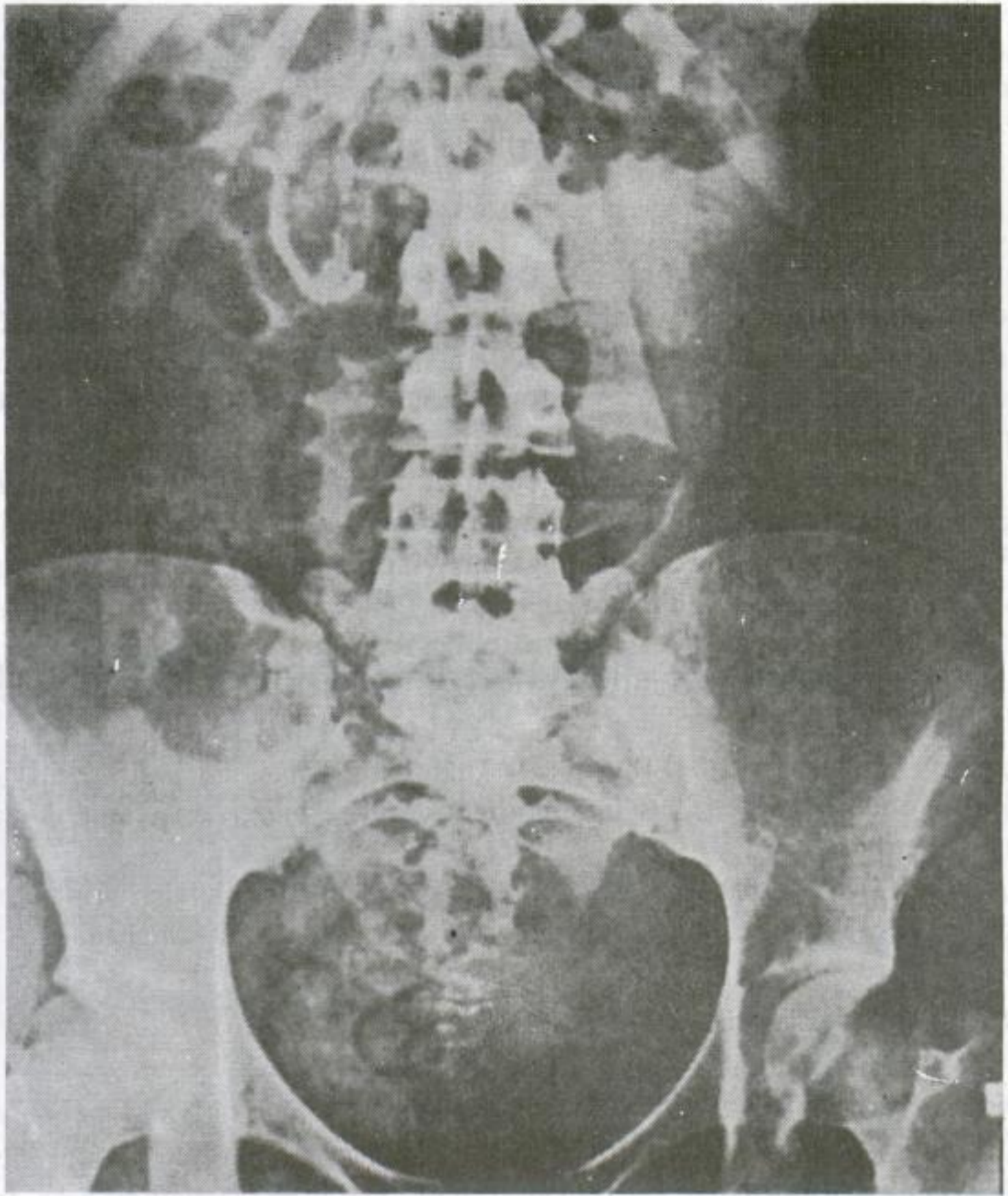
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Uterus yang kosong atau uterus yang membesar sedang tanpa gestasi intrauterin dihubungkan dengan tes kehamilan positif merupakan petunjuk dugaan gestasi ektopik.

Foto abdomen dapat memberi kesan cairan bebas dalam kavum peritoneum. Foto dapat membantu bila kuldosentesis tidak berhasil dan tes kehamilan negatif (lihat Gb. 37-4).



Gambar 37-4. Riwayat nyeri abdomen dengan mulai timbulnya mendadak, sangat menonjol di kuadran kiri bawah, dan dua siklus haid tidak ada. Abdomen keseluruhan terasa sakit dan tegang dengan tahanan di kuadran kiri bawah. Pada pemeriksaan pelvis ada massa berbenjol, lunak, batas tidak jelas, di sebelah kiri uterus yang besarnya normal. Ht 28; Lekosit 8000; Suhu 98 F; Nadi 90. Foto abdomen memperlihatkan bayangan "telinga anjing" pada tiap sisi di atas kandung kencing, menunjukkan adanya cairan bebas di dalam ceruk pelvis. Diagnosis kehamilan tuba kiri yang ruptur dipastikan pada pembedahan. (Dari Squire LF, Colaiace WM, Strutynsky N: Exercises in Diagnostic Radiology. Vol. 2, The Abdomen. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1981.)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Gejala-gejala Lainnya: Nausea, vomitus, konstipasi dan diare merupakan gejala-gejala yang bervariasi.

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Riwayat bercak perdarahan (*spotting*), perdarahan iregular, atau nyeri selama bulan-bulan pertama kehamilan dapat mengarah pada kehamilan tuba yang telah ruptur ke dalam kavum peritoneum.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum: Temuan-temuan ini seringkali normal kecuali ada suatu kecelakaan intraabdominal yang akut.

Pemeriksaan Abdomen: Abdomen mungkin lebih sakit daripada normal. Bagian-bagian janin dapat teraba sedemikian dekat dengan dinding abdomen. Janin terletak dalam presentasi abnormal (oblik, lintang). Kadang-kadang tidak ada kelainan yang spesifik.

Bunyi jantung janin seringkali tidak ada. Kontraksi uterus tidak dapat dipalpasi dan lengkungan uterus tidak ada.

Pemeriksaan Pelvis: Serviks sering berpindah tempat ke anterior dan superior. Sering serviks terasa lebih kaku daripada yang diperkirakan pada suatu kehamilan intrauterin. Uterus mungkin berpindah tempat ke atas dan diidentifikasi terpisah dari janin. Palpasi forniks dapat membedakan bagian-bagian janin atau kepala janin di luar uterus.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Kehamilan abdominal harus dibedakan dari kehamilan intrauterin.

KOMPLIKASI POTENSIAL

Meliputi perdarahan intraabdominal dari solusio plasenta dan obstruksi usus.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Ultrasonografi dapat memperlihatkan kavum uteri yang kosong. Demonstrasi dinding uterus yang mengelilingi kehamilan menyingkirkan diagnosis kehamilan abdominal.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KEPUSTAKAAN

- Bernstein D, Holzinger M, Ovadia J, et al: Conservative treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 58:741-742, 1981
- Bradley WG, Fiske CE, Filly RA: The double sac sign of early intrauterine pregnancy. Use in exclusion of ectopic pregnancy. *Radiology* 143:223-226, 1982
- Brenner PF, Roy S, Mishell DR: Ectopic pregnancy: A study of 300 consecutive surgically treated cases. *JAMA* 243:673-676, 1980
- DeCherney AH, Maheaux R, Naftolin F: Salpingostomy for ectopic pregnancy in the sole patent oviduct: Reproductive outcome. *Fertil Steril* 37:619-622, 1982
- Delke I, Veridiano NP, Tancer ML: Abdominal pregnancy: Review of current management and addition of ten cases. *Obstet Gynecol* 60:200-204, 1982
- Grimes DA, Geary FH, Jr, Hatcher RA: Rh immunoglobulin utilization after ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 140:246, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 37:22-23, 1982
- Hallatt JG: Primary ovarian pregnancy: A report of twenty-five cases. *Am J Obstet Gynecol* 143:55-60, 1982
- Kadar N, Caldwell BV, Romero R: Method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol* 58:162-165, 1981
- Kadar N, Romero R: The timing of a repeat ultrasound examination in the evaluation for ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound* 10:211-214, 1982
- Pagano R: Ectopic pregnancy: A seven year survey. *Med J Aust* 2:586-588, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 37:526-528, 1982
- Pelosi MA: Use of the radioreceptor assay for human chorionic gonadotropin in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 152:149, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 36:482-484, 1981
- Richards SR, Stempel LE, Carlton BD: Heterotopic pregnancy: Reappraisal of incidence. *Am J Obstet Gynecol* 142:928-930, 1982
- Schwartz RO, DiFietro DL: Beta hCG as diagnostic aid for suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 56:197-203, 1980
- Sherman D, Langer R, Sadovsky G, et al: Improved fertility following ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 37:497-502, 1982; *Obstet Gynecol Surv* 37:642-645, 1982
- Siegler AM, Wang CF, Westoff C: Management of unruptured tubal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 36:599-607, 1981

38. Endometriosis

PERTIMBANGAN UMUM

Endometriosis—suatu masalah yang relatif biasa selama masa reproduktif dicirikan oleh adanya dan proliferasi jaringan endometrium pada berbagai tempat di luar kavum endometrium. Meskipun ovarium, ligamentum sakrouterina, septum rektovaginal, dan peritoneum pelvis lebih sering terkena, endometriosis dapat juga mempengaruhi traktus intestinalis (kolon rektosigmoid) dan traktus urinarius.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Jika gejala-gejala menetap atau bertambah buruk dan massa adneksa tidak dapat dipalpasi, laparoskopi dapat membantu, memungkinkan visualisasi langsung tuba dan ovarium.

Laparotomi diindikasikan untuk:

1. Ruptur endometrioma
2. Perdarahan intraperitoneal yang aktif
3. Obstruksi usus atau ureter
4. Kista ovarium yang berdiameter 6 sampai 8 cm atau lebih besar
5. Lesi-lesi yang bertambah secara progresif
6. Wanita-wanita yang menginginkan perbaikan fertilitas dalam usia subur
7. Nyeri terus-menerus yang hebat

Prosedur operasi konservatif (eksisi atau kauterisasi lesi-lesi endometriotik, suspensi uterus dengan atau tanpa neurektomi presakral) dapat dianjurkan pada pasien-pasien yang berkepentingan dengan fertilitas mendatang. Luasnya operasi tergantung pada luas dan lokasi lesi, dan juga pertimbangan ahli bedah akan keamanan pengangkatan secara operasi. Bila diinginkan fertilitas mendatang semua jaringan fungsional dipelihara.

Ooforektomi diperlukan bila ovarium dirusak seluruhnya oleh endometrioma. Bagaimanapun, walau kista-kista endometrium yang agak besar mungkin direseksi dari satu atau kedua ovarium dan jaringan ovarium yang masih berfungsi adekuat, normal dibemat.

Histerektomi dengan atau tanpa ooforektomi dapat bersifat kuratif, tetapi hanya dianjurkan untuk pasien-pasien dengan endometriosis yang luas atau rekurens yang tidak menginginkan anak lagi.

Terapi hormonal dapat dipilih sebagai alternatif terhadap operasi atau untuk mempercepat operasi konservatif di kemudian hari.

Danazol, steroid sintetik dengan khasiat antigonadotropin, dapat meringankan gejala-gejala dan kemungkinan mempertinggi potensi fertilitas dari pasien-pasien yang sebelumnya infertil. Diberikan secara oral, 200 sampai 400 mg dua kali sehari, dan Danazol dilanjutkan untuk 3 sampai 6 bulan tanpa interupsi. Karena endometrium cenderung menjadi statis dan atropi tanpa aktivitas proliferasif, perubahan-perubahan siklik, perdarahan *withdrawal*, dan perdarahan intraperitoneal yang berulang dapat dicegah.

Estrogen-progestin kontrasepsi oral akan menekan ovulasi dan hormon ovarium endogen merangsang endometrium.

PENDIDIKAN PASIEN

Endometriosis adalah suatu penyakit yang kompleks dengan manifestasi protean (dapat merubah bentuk), paling sering menimbulkan nyeri pelvis dan infertilitas. Penatalaksanaan yang sesuai tergantung pada umur pasien, keinginannya akan anak, gejala-gejala,



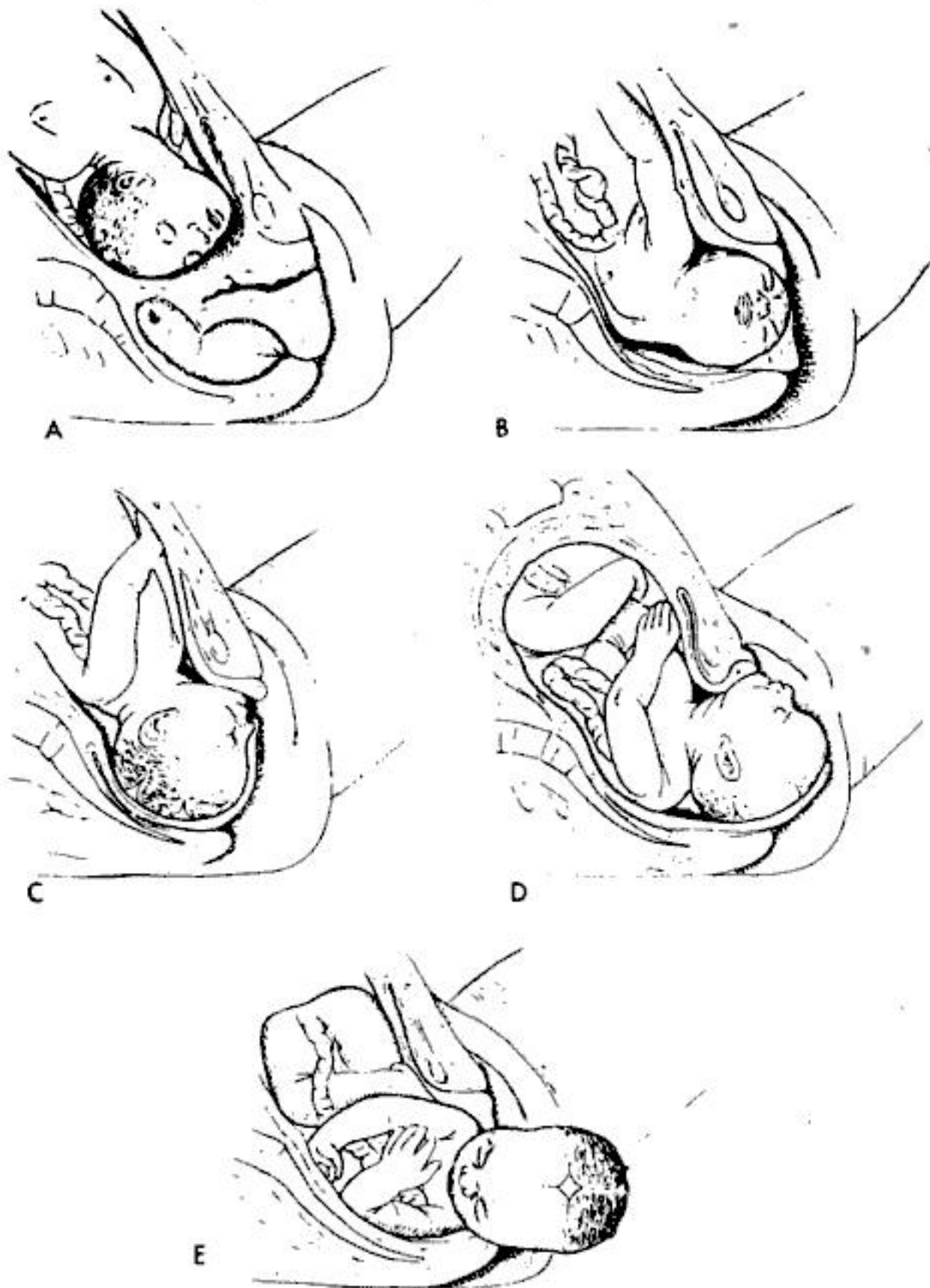
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 39-2. Mekanisme persalinan pada presentasi muka. *A*, Kepala telah cakap (*engaged*), dagu turun mendahului bagian belakang kepala, dan defleksi berjalan secara progresif. *B*, Lanjutan dari turun dan defleksi; muka berada dalam posisi lintang. *C*, Putar paksi dalam: dagu berputar ke posisi anterior. *D*, Dagu melalui tepi bawah simfisis dan muka dilahirkan dalam keadaan fleksi. *E*, Putar paksi luar mengikuti kelahiran kepala. (Dimodifikasi dari Huffman JW: *Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1962.)

KEPUSTAKAAN

- Benedetti TJ, Lowensohn RI, Truscott AM, Face presentation at term. *Obstet Gynecol* 55:199–202, 1980; *Obstet Gynecol Surv* 35:709–710, 1980.
- Cruikshank DP, Cruikshank JE: Face and brow presentation: A review. *Clin Obstet Gynecol* 24:333–351, 1981
- Duff P: Diagnosis and management of face presentation. *Obstet Gynecol* 57:105–112, 1981



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Ultrasonografi : Pengukuran diameter biparietal secara seri dapat mengungkapkan bukti dini dari retardasi pertumbuhan intrauterin. Gerakan pernapasan janin, aktivitas janin dan volume cairan ketuban memberikan penilaian tambahan dari kesehatan janin. Oligohidramnion memberi kesan anomali janin atau retardasi pertumbuhan. Sonografi dapat juga mengidentifikasi kehamilan ganda dan anomali janin.

Kadar estriol dalam darah atau urin ibu memberikan suatu pengukuran fungsi janin dan plasenta, karena pembentukan estriol memerlukan aktivitas dari enzim-enzim dalam hati dan kelenjar adrenal janin seperti dalam plasenta. Karena kehamilan berlanjut, kadar estriol meningkat. Kadar estriol yang normal merupakan indikator dari unit fungsional fetoplasental normal dan menentramkan keadaan kesehatan janin.

HPL (*Human Placental Lactogen*) dalam Darah Ibu: Kadar 4 mcg/ml atau kurang setelah kehamilan 30 minggu memberi kesan fungsi plasenta yang abnormal dan janin dalam bahaya.

Amniosentesis: Arti dari mekonium adalah tidak tentu dan kontroversial. Banyak yang percaya bahwa mekonium dalam cairan amnion menunjukkan stres patologis atau fisiologis terhadap janin, sementara yang lainnya percaya bahwa pasase mekonium intrauterin hanya menunjukkan stimulasi vagal temporer tanpa bahaya yang mengancam.

Penetapan rasio lesitin:sfingomielin (rasio L/S) memberikan suatu perkiraan maturitas janin.

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Keputusan harus didasarkan pada evaluasi kesehatan janin *in utero* dan maturitas janin. Potensi untuk kehidupan ekstrauterin harus dipertimbangkan terhadap risiko insufisiensi plasenta intrauterin.

Bila seorang pasien khawatir mengenai gerakan janin yang menurun, pemantauan denyut jantung janin atau *oxytocin challenge test* sering memberikan ketenangan akan kesehatan janin. Jika normal, pasien dapat dipulangkan dengan suatu peta/grafik gerakan janin dan diminta untuk mencatat gerakan janin pada pagi, siang, sore dan malam hari. Jika penurunan gerakan janin menetap dianjurkan evaluasi obstetrik ulang.

Jika janin imatur dan keadaan insufisiensi plasenta kurang tegas, dinasehatkan untuk mengadakan observasi tambahan.

Sekali janin matur, kejadian insufisiensi plasenta biasanya berarti bahwa kelahiran dianjurkan.

Persalinan dapat diinduksi jika serviks dan presentasi janin menguntungkan. Selama induksi, denyut jantung janin harus dipantau secara teliti; penetapan pH kulit kepala diindikasikan. Dilakukan seksio sesarea jika terjadi gawat janin. Seksio sesarea juga dipilih untuk kelahiran presentasi bokong, atau jika pasien pernah mengalami operasi uterus sebelumnya.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pengisapan mekonium dari jalan napas bayi baru lahir mengurangi risiko aspirasi mekonium. Segera setelah kepala bayi lahir, hidung dan mulut dibersihkan dari mekonium dengan kateter pengisap. Segera setelah kelahiran, pita suara harus dilihat dengan laringoskopi langsung sebagai usaha untuk menyingkirkan mekonium dengan pipa endotrakeal.

KEPUSTAKAAN

- Cohen WR, Schifrin BS: Diagnosis and management of fetal distress during labor. *Semin Perinatol* 2:155-167, 1978
- Gage JE, Taeusch HW, Treves S, et al: Suctioning of upper airway meconium in newborn infants. *JAMA* 246:2590-2592, 1981; *Obstet Gynecol Surv* 37:521-523, 1982
- Hill LM: Diagnosis and management of fetal distress. *Mayo Clin Proc* 54:784, 1979; *Obstet Gynecol Surv* 35:553-555, 1980
- Krebs HB, Petres RE, Dunn LJ, et al: Intrapartum fetal heart rate monitoring. VI. Prognostic significance accelerations. *Am J Obstet Gynecol* 142:297-305, 1982
- Meis PJ, Hall M, Marshall JR, et al: Meconium passage: A new classification for risk assessment during labor. *Am J Obstet Gynecol* 131:509-513, 1978
- Miller FC: Meconium staining of the amniotic fluid. *Clin Obstet Gynaecol* 6:359-365, 1979
- Starks GC: Correlation of meconium-stained amniotic fluid, early intrapartum fetal pH, and Apgar scores as predictors of perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 56:604-609, 1980

43. Gonore

PERTIMBANGAN UMUM

Gonore adalah suatu infeksi membran mukosa uretra dan traktus genitalis yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*.

Faring dan mukosa rektum juga dapat terkena. Infeksi hampir selalu merupakan akibat dari hubungan seksual. Setelah menginvasi mukosa, gonokokus dapat menyebar dan menyebabkan artritis, tenosinovitis, perihepatitis, endokarditis dan meningitis.

N. gonorrhoeae merupakan kokus gram negatif. Pada pewarnaan dari eksudat organisme tampak sebagai diplokokus di dalam lekosit polimorfonuklear.

Medium selektif Thayer-Martin memungkinkan pertumbuhan *N. gonorrhoeae* tetapi menghambat pertumbuhan banyak bakteri lainnya yang sering ditemukan pada sediaan dari uretra, serviks, rektum dan faring.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

ATAU

Ampisilin 3,5 g atau amoksilin 3 g per oral, masing-masing dengan probenesid 1 g yang diikuti dengan ampisilin 500 mg atau amoksisilin 500 mg per oral 4 kali sehari untuk sekurang-kurangnya 7 hari.

ATAU

Tetrasiklin 500 mg per oral 4 kali sehari untuk sekurang-kurangnya 7 hari. Tetrasiklin tidak boleh digunakan untuk infeksi gonokok dengan komplikasi pada wanita hamil.

ATAU

Sefoksitin 1 g atau sefotaksim 500 mg diberikan 4 kali sehari IV untuk sekurang-kurangnya 7 hari (pengobatan terpilih untuk infeksi diseminata yang disebabkan oleh PPNG).

ATAU

Eritromisin 500 mg per oral 4 kali sehari untuk sekurang-kurangnya 7 hari.

Infeksi Gonokok pada Anak-anak: Anak-anak yang mempunyai berat lebih dari 100 pound atau lebih mendapat aturan seperti dewasa. Anak-anak dengan berat badan kurang dari 100 pound diobati sebagai berikut:

Penyakit Tanpa komplikasi: Vulvovaginitis dan uretritis yang tanpa komplikasi dapat diobati pada kunjungan pertama dengan amoksisilin 50 mg/kg ditambah probenesid 25/kg (maksimum 1 g), keduanya diberikan per oral, **ATAU** dengan penisilin G dalam aqua 100.000 unit/kg IM ditambah probenesid peroral 25 mg/kg) maksimum 1 g). Cara yang terakhir dianjurkan untuk proktitis dan faringitis. Kemungkinan anak tersiksa harus dipertimbangkan.

Pertimbangan Khusus: Terapi estrogen topikal dan/atau sistemik tidak berguna pada vulvogonitis. Penisilin *long acting* seperti benzatin penisilin G tidak efektif. Pada seluruh pasien harus dilakukan biakan lanjutan dan sumber infeksi harus diidentifikasi, diperiksa dan diobati.

Alergi terhadap Penisilin: Anak-anak yang alergi terhadap penisilin harus diobati dengan spektinomisin, 40 mg/kg intramuskular. Anak-anak yang berusia lebih dari 8 tahun boleh diobati dengan tetrasiklin 40 mg/kg per oral, dibagi dalam 4 dosis selama 5 hari. Untuk pengobatan penyakit dengan komplikasi, cara yang dianjurkan untuk orang dewasa dapat dipakai dalam dosis anak yang sesuai.

KEPUSTAKAAN

Sexually transmitted disease: Treatment guidelines, 1982. Centers for Disease Control: Morbidity and Mortality Weekly Report Vol 31, No. 2S, August 20, 1982.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Sakit kepala toksik dibangkitkan oleh vasodilatasi sistemik sekunder akibat demam, alkohol dan retensi karbon dioksida.

Sakit kepala hipertensif merupakan gejala dari preeklampsia berat dan meramalkan suatu kejang eklampsia.

Sakit kepala akibat kontraksi otot (tension headache)—jenis sakit kepala yang paling sering—akibat dari kontraksi otot yang kronik di sekitar kepala dan leher.

Sakit kepala traksi dan peradangan dibangkitkan oleh penyakit organik dari kranium atau komponen-komponen yang meliputi otak, meningen, arteri, vena, mata, telinga, gigi-geligi, hidung, dan sinus paranasalis. Tumor otak, hematoma, abses, edema, perdarahan, trombosis dan meningitis merupakan penyebab-penyebab yang mungkin.

RENCANA

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Migren selama kehamilan diobati dengan analgesik dan sedativa, sebagian besar seperti gejala nyeri yang sembuh sendiri. Ergotamin dihindari selama kehamilan.

Sakit kepala akibat Kontraksi Otot (Tension): Medikasi analgesik seperti asetaminofen dengan kodein, biasanya efektif. Selama kehamilan lanjut, hidrokisizin (Vistaril atau Atarax) dapat menolong.

Usahakan untuk meminimalkan keadaan-keadaan stres.

Sakit kepala Traksi dan Peradangan: Pengobatan mencakup terapi spesifik untuk penyakit dasarnya.

KEPUSTAKAAN

Dalessio DJ: Neurologic complications. In Burrow GN, Ferris TF: Medical Complications during Pregnancy. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1982

45. Hematokolpos

PERTIMBANGAN UMUM

Hematokolpos adalah suatu akumulasi darah haid dalam vagina akibat dari himen imperforata atau obstruksi lainnya.



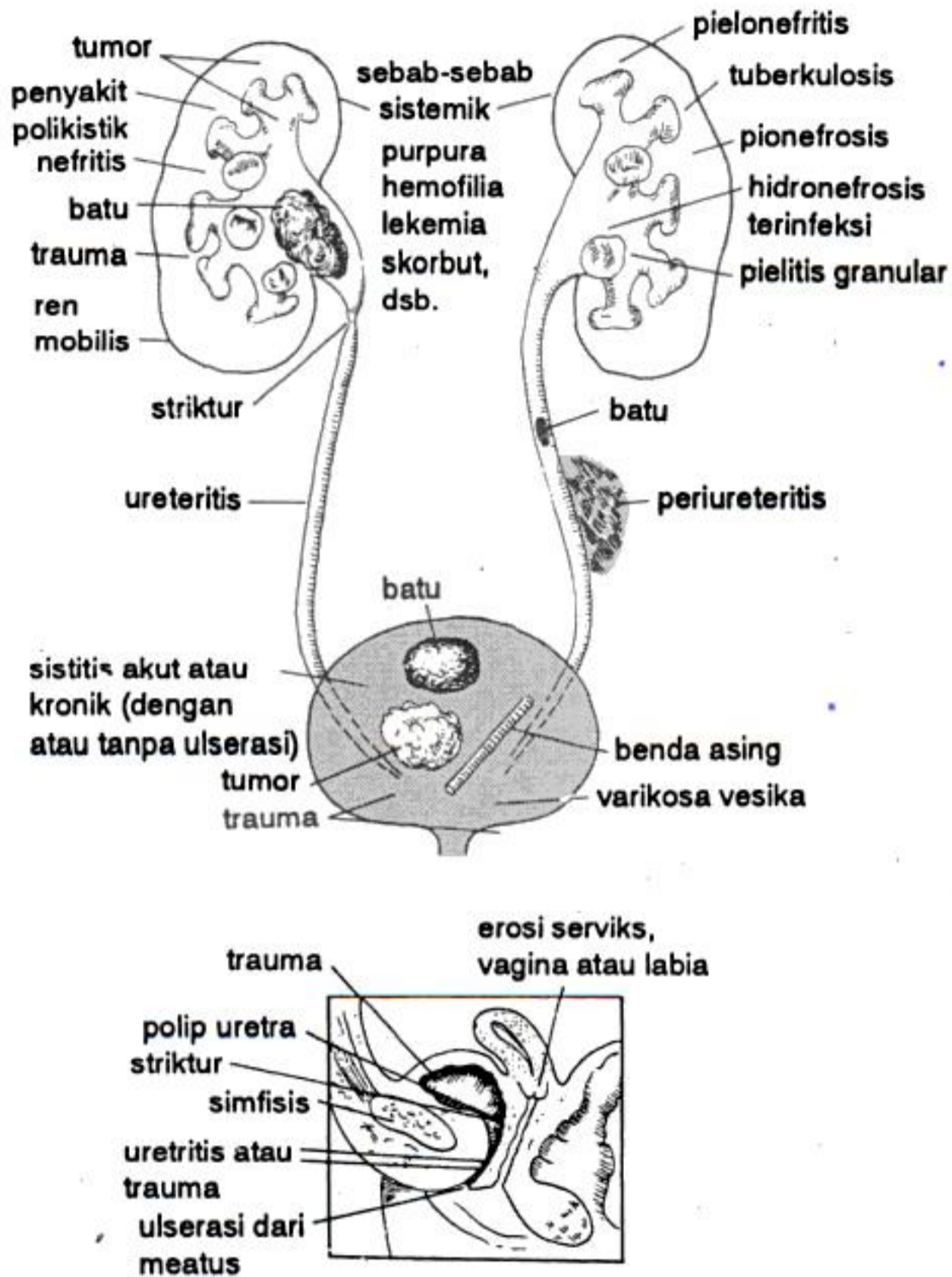
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 46-1. Sebab-sebab hematuria. (Dimodifikasi dari Campbell MF, Harrison JH Urology. 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1970)

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Batu Ureter: Pasien harus dirawat-inapkan. Biasanya lebih diinginkan untuk menunggu pasase batu secara spontan. Gejala yang berat, persisten dengan deteriorasi mungkin memerlukan tindakan operatif.

Lesi Uretra: Pada kasus lesi uretra, sebuah kateter dimasukkan ke dalam vesika urinaria secara berhati-hati sebagai usaha untuk membebaskan akumulasi urin secara perlahan-lahan. Kemudian uretra dapat direparasi melalui kateter. Dalam usaha untuk mencegah trauma dan tekanan pada garis jahitan, sebuah kateter dimasukkan ke dalam vesika urinaria melalui suprapubik.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

49. Hiperemesis Gravidarum

PERTIMBANGAN UMUM

Hiperemesis gravidarum (vomitus yang merusak dalam kehamilan) adalah nausea dan vomitus dalam kehamilan yang berkembang sedemikian luas sehingga terjadi efek sistemik, dehidrasi dan penurunan berat badan.

Biasanya mulai timbul selama bulan kedua kehamilan; penyakit ini dapat berakhir beberapa minggu dan kemudian menghilang selama bulan gestasi ketiga atau keempat. Nausea dan vomitus yang persisten dapat menyertai 15 hingga 30 persen kehamilan mola.

DATA SUBJEKTIF

Nausea dan vomitus merupakan gejala-gejala utama. Pasien tidak dapat menahan makanan dan kehilangan berat badan. Beberapa pasien mengeluh air liurnya berlebihan/hipersalivasi.

Riwayat Haid: Sebagian besar pasien sadar akan haid yang tidak datang dan mengetahui bahwa mereka hamil. Tetapi kadang-kadang pasien tidak dapat memberikan informasi yang penting ini, sehingga mengaburkan diagnosis.

DATA OBJEKTIF

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Umum: Kulit dan membran mukosa sering tampak kering dan turgor menurun. Pasien dapat menjadi kurus. Vomitus yang iritatif dapat membuat erosi pada bibir dan wajah bagian bawah; lidah tampak merah, kering dan pecah-pecah. Faring kering dan merah, dan pernapasan berbau busuk dengan bau seperti buah-buahan yang khas untuk ketoasidosis.

Takikardia dan hipotensi dapat menunjukkan dehidrasi hipovolemia. Pada penyakit yang berat dan berkepanjangan, aberasi mental, delirium, sakit kepala, stupor dan koma dapat terjadi.

Pemeriksaan Abdomen: Temuan ini biasanya normal, meskipun rasa sakit di hepar dapat ditemukan.

Pemeriksaan Pelvis: Uterus lunak dan membesar sesuai dengan umur gestasi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Preeklampsia—berkembangnya hipertensi dengan proteinuria atau edema atau keduanya yang disebabkan oleh kehamilan atau dipengaruhi oleh kehamilan yang sekarang. Biasanya keadaan ini timbul setelah umur kehamilan 20 minggu tetapi dapat pula berkembang sebelum saat tersebut pada penyakit trofoblastik. Preeklampsia merupakan gangguan yang terutama terjadi pada primigravida.

Eklampsia—terjadinya satu atau beberapa kejang yang bukan diakibatkan oleh keadaan serebral lain seperti epilepsi, atau perdarahan otak pada pasien dengan preeklampsia.

Preeklampsia atau eklampsia penyerta—berkembangnya preeklampsia atau eklampsia pada pasien dengan penyakit vaskular hipertensi kronik atau penyakit ginjal. Bila hipertensi mendahului kehamilan, seperti yang diperlihatkan oleh catatan tekanan darah sebelumnya, suatu peningkatan tekanan sistolik 30 mm Hg atau peningkatan tekanan diastolik 15 mm Hg dan berkembangnya proteinuria, edema atau keduanya harus terjadi selama kehamilan untuk memastikan diagnosis.

Penyakit hipertensi kronik—adanya hipertensi persisten, oleh berbagai sebab, sebelum kehamilan atau sebelum umur kehamilan 20 minggu, atau melebihi 42 hari postpartum. (Diagnosis meliputi hipertensi esensial, penyakit ginjal, koarktasio aorta, aldosteronisme primer dan feokromositoma).

Preeklampsia

PERTIMBANGAN UMUM

Hipertensi: Vasospasme, terutama spasme arteriolar merupakan dasar dari proses preeklampsia dan eklampsia. Konstriksi vaskular menentukan tabanan terhadap aliran darah dan menyebabkan berkembangnya hipertensi arterial. Efek akhir adalah penurunan perfusi ke macam-macam organ—uterus, ginjal, hepar, dan otak.

Proteinuria: Perubahan-perubahan pada ginjal yang khas untuk preeklampsia dan eklampsia adalah pembengkakan endotel kapiler glomerulus yang disertai penyempitan lumen kapiler. Perubahan-perubahan ini nampaknya bertanggung jawab terhadap proteinuria, penurunan aliran darah ke ginjal dan penurunan laju filtrasi glomerulus.

Edema: Retensi cairan ekstravaskular dihubungkan dengan hemokonsentrasi yang disebabkan oleh menurunnya atau tidak adanya hipervolemia kehamilan normal.

DATA SUBJEKTIF

Kenalkan berat badan yang timbul secara cepat dalam waktu yang singkat menunjukkan adanya retensi cairan dan dapat merupakan gejala paling dini dari preeklampsia. Pasien sadar akan edema yang menyeluruh, terutama pembengkakan pada muka dan tangan. Keluhan yang umum adalah sesaknya cincin pada jari-jarinya. Sebagai usaha



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Bersihan kreatinin membantu dalam evaluasi fungsi ginjal.

Pemantauan denyut jantung janin menyingkirkan gawat janin sepanjang (1) denyut jantung dasar dalam batas normal, (2) variabilitas denyut ke denyut normal, (3) akselerasi timbul saat gerakan janin, dan (4) tidak ada deselerasi saat kontraksi uterus. *Non-stress test* atau *contraction stress test* memberikan penilaian kesehatan janin.

Amniosentesis: Tes dari cairan ketuban (rasio L/S; fosfatidilgliserol; fosfatidilkolin jenuh) memberikan penilaian dari maturitas paru janin.

Ultrasonografi : Pengukuran secara seri dari diameter biparietal dapat menerangkan kejadian dini dari retardasi pertumbuhan intrauterin. Gerakan pernapasan janin, aktivitas janin dan volume cairan ketuban memberikan penilaian tambahan dari kesehatan janin. Sonografi dapat mengidentifikasi kehamilan ganda atau anomali janin.

Pengukuran estriol memberikan penilaian fungsi fetoplasental. Kadar yang rendah atau menurun memberi kesan insufisiensi fetoplasental.

Human placental lactogen (HPL) yang kurang dari 4 mcg/ml memberi kesan fungsi plasenta yang abnormal dan janin dalam bahaya.

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Prinsip Umum: Preeklampsia menetap hingga kehamilan berakhir. Sebagai konsekuensinya, kelahiran janin dan plasenta merupakan pengobatan satu-satunya. Tujuan penatalaksanaan adalah:

1. Mencegah kejang dan komplikasi lainnya.
2. Melahirkan bayi hidup.
3. Melahirkan dengan trauma minimal terhadap ibu dan bayi.
4. Mencegah keadaan patologik yang tersisa.

Pasien-pasien dengan tekanan darah yang meningkat di atas 140/90 harus dirawat-inapikan untuk evaluasi. Perencanaan kelahiran tergantung pada:

1. Umur kehamilan.
2. Beratnya proses penyakit.
3. Keadaan serviks.

Preeklampsia Ringan: Bila aterm, kelahiran dianjurkan untuk mencegah komplikasi ibu dan janin. Sebelum aterm, tirah baring di rumah sakit biasanya dianjurkan sebagai usaha untuk mempertabankan pasien dalam pengawasan yang cermat. Tekanan darah diperiksa 4 kali sehari. Berat badan, protein urin dan keluaran urin diperiksa setiap hari. Sebagai tambahan, jumlah trombosit, pengukuran estriol, *nonstress test* dan sonografi membantu dalam evaluasi kesehatan ibu dan janin.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

postpartum. Selama persalinan diazepam telah dihubungkan dengan meningkatnya risiko hipotonia janin.

Terapi anti hipertensi: Hidralazin (Apresoline) intravena direkomendasikan bila tekanan darah sistolik lebih tinggi dari 170-180 atau diastolik 110-120 dalam usaha untuk mencegah perdarahan vaskular otak (lihat Preeklampsia, hal. 236).

Pemantauan Keadaan Pasien secara Ketat: Sebuah kartu pencatatan khusus sangat membantu dalam mengikuti perjalanan pasien. Tekanan darah, nadi, pernapasan, dan refleks-refleks diperiksa setiap 15 menit. Masukan dan keluaran cairan dicatat setiap jam. Sebuah kateter Foley di dalam kandung kemih memberikan suatu pengukuran keluaran urin yang tepat.

Terapi diuretik jarang membantu atau dianjurkan kecuali bila ada bukti edema paru yang jelas. (Lihat Edema Paru, hal. 381).

Terapi cairan yang tepat berdasarkan pada kadar elektrolit dan keluaran urin. Penentuan tekanan vena sentralis atau arteri pulmonalis membantu memperkecil risiko edema paru yang berhubungan dengan kelebihan cairan.

Rencana Pengiriman: Segera setelah keadaan pasien stabil dan memperoleh kesadarannya kembali, persiapan pengiriman harus disiapkan. Bila tidak ada kontraindikasi obstetrik, persalinan dapat diinduksi dengan infus oksitosin intravena. Denyut jantung janin dan kontraksi uterus harus dimonitor dengan ketat, karena uterus biasanya tidak sensitif terhadap oksitosin.

Seksio sesarea dianjurkan bila

1. Induksi oksitosin gagal.
2. Ada tanda-tanda disproporsi fetopelvik.
3. Janin dalam presentasi bokong atau posisi abnormal lainnya.
4. Ada tanda-tanda gawat janin (*fetal distress*)
5. Pasien mempunyai riwayat seksio sesarea sebelumnya.

Setelah kelahiran, penurunan tekanan darah yang tiba-tiba biasanya menunjukkan adanya hipovolemia yang serius, karena kehilangan darah tidak dapat dikendalikan oleh pasien eklampsia. Cairan intravena sangat penting. Transfusi darah mungkin diperlukan.

KEPUSTAKAAN

- Berkowitz RL: Anti-hypertensive drugs in the pregnant patient. *Obstet Gynecol Surv* 35:191-204, 1980
- Giles C, Inglis TCM: Thrombocytopenia and macrothrombocytosis in gestational hypertension. *Br J Obstet Gynecol* 88:1115-1119, 1981
- Hill LM: Metabolism of uric acid in normal and toxemic pregnancy. *Mayo Clin Proc* 53:743, 1978; *Obstet Gynecol Surv* 34:503-505, 1979
- Martin TR, Tupper WRC: The management of severe toxemia in patients at less than 36 weeks' gestation. *Obstet Gynecol* 54:602-605, 1979; *Obstet Gynecol Surv* 35:284-286, 1980



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOMPLIKASI POTENSIAL

Komplikasi obstruksi mekanik meliputi strangulasi, obstruksi sengkeli tertutup, dan distensi kolon yang jelas. Keadaan-keadaan tersebut dapat menyebabkan nekrosis iskemik pada usus, perforasi usus, dan bakteremia. Strangulasi dicurigai bila pada penderita terlihat perubahan pola nyeri abdomen dari kram intermiten menjadi nyeri yang menetap dan berat. Perubahan-perubahan penyerta pada fisik dan data laboratorium juga mengarah pada diagnosa peritonitis.

KEPARAHAN PROSES PENYAKIT

Obstruksi usus mekanik menyatakan secara tidak langsung adanya obstruksi yang tidak disertai dengan kerusakan utama penyediaan darah usus. Umumnya disebabkan oleh tali-tali perlengketan pascaoperasi atau adhesi.

Strangulasi menandakan suatu kerusakan penyediaan vaskular dan biasanya disebabkan oleh hernia inkarserata atau volvulus. Penyebab lainnya yang jarang adalah oklusi vaskular mesenterik.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Foto abdomen (telentang, tegak, dan dekubitus) menunjukkan lengkung usus berisi udara dan cairan yang distensi, *air-fluid level* multipel pada foto tegak atau dekubitus, dan peningkatan jumlah udara atau cairan pada salah satu bagian usus dengan penurunan jumlah udara pada usus yang letaknya lebih distal pada foto seri.

Elektrolit serum merupakan pemandu yang penting dalam terapi penggantian cairan.

PENATALAKSANAAN

Prinsip-prinsip utama terapi meliputi:

1. Penggantian kehilangan metabolik
2. Dekompresi usus
3. Menghilangkan penyebab obstruksi

Pasien dirawat di rumah sakit, masukan per oral dihentikan, dan diawali dengan pemberian cairan dan elektrolit intravena. Usus didekompresi dengan pengisap nasogastrik. Bila dicurigai ada strangulasi diberikan terapi antibiotika. Laparotomi eksplorasi diindikasikan secepatnya setelah diperoleh diagnosa dan pasien dipersiapkan sebaik-baiknya untuk pembedahan.

Tindakan bedah bergantung kepada temuan-temuan pada laparotomi, terutama pada viabilitas usus. Lisis perlengketan dapat merupakan terapi yang cukup memadai bila



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



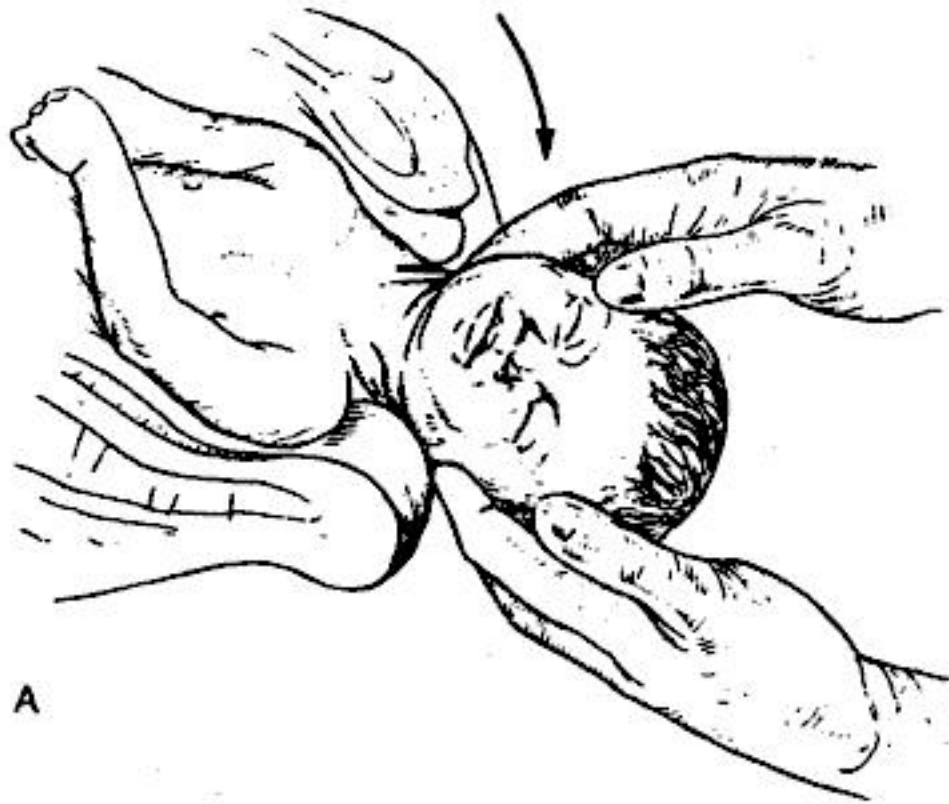
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



A



B

Gambar 52-3A dan B. Dimodifikasi dari Greenhill JP, Friedman EA: *Biological Principles and Modern Practice of Obstetrics*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1974.)

umumnya tali pusat diklem secepat mungkin pada saat yang memungkinkan. Sebelum tali pusat diklem bayi sebaiknya tidak dinaikkan atau diturunkan dari ketinggian introitus. Khususnya pada bayi prematur, risiko beban sirkulasi yang berlebihan dari transfusi plasenta sangat memberatkan.)

Normalnya bayi yang baru lahir menangis dan bernapas secara spontan dalam waktu satu menit sesudah lahir. Bila perlu, respirasi dapat dirangsang dengan menepuk-nepuk punggung bayi atau menepuk tapak kaki. Jalan napas harus dibersihkan dari segala macam lendir dan cairan dengan selang isap karet dan janin diletakkan di lingkungan yang hangat.

Apabila bayi tidak bernapas dengan spontan, diperlukan resusitasi aktif (lihat Resusitasi Bayi yang baru lahir, hal. 532).

Apabila cairan amnion bercampur dengan mekonium, nasofaring harus dibersihkan dengan kateter isap secepatnya setelah kepala dilahirkan. Segera setelah dilahirkan, pita suara (korda vokalis) harus di lihat dengan laringoskopi langsung dengan tujuan untuk mengeluarkan mekonium dengan pipa endotrakeal.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 52-7. Penanganan distosia bahu. (Dimodifikasi dari Greenhill JP, Friedman EA: *Biological Principles and Modern Practice of Obstetrics*. Philadelphia W.B. Saunders Company, 1974.)

Distosia Bahu: Setelah kepala janin dilahirkan, adanya benturan tulang bahu terhadap simfisis pubis (distosia bahu) merupakan suatu kedaruratan yang memerlukan kerja korektif secepatnya. Walaupun faktor-faktor predisposisi termasuk makrosomia yang berhubungan dengan diabetes melitus, dan abnormalitas janin, masalahnya sering muncul secara tiba-tiba dan tidak diharapkan. Segera setelah kepala dilahirkan keadaannya tampak lebih jelas bila kepala tertarik ke belakang menekan perineum dan bahu tidak lahir setelah dilakukan traksi seperlunya. Komplikasi yang potensial meliputi kerusakan pleksus brakialis, fraktur klavikula janin, dan anoksia janin.

Penanganan objektifnya adalah melepaskan bahu anterior dari posisi terjepit tanpa melukai serabut saraf servikal (pleksus brakialis). Ketergesaan yang tidak perlu dan pemaksaan yang agresif harus dihindari, karena fleksi lateral leher yang berlebihan dan traksi kepala dan leher yang berlebihan dapat meningkatkan kemungkinan kerusakan pleksus brakialis. Penekanan pada fundus dapat memperberat jepitan pada bahu.

Penatalaksanaan: Dua macam metoda yang paling sering dianjurkan adalah rotasi tulang bahu dan melahirkan lengan belakang. Keduanya dipermudah dengan episiotomi dan anastesia yang adekuat.

–**Rotasi:** Bahu depan harus dilepaskan dari posisi terjepitnya terhadap simfisis pubis dan dirotasi ke dalam diameter oblik pelvis. Dengan jari-jari salah satu tangan di dalam



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Ruptur kista dapat menyebabkan iritasi peritoneum.

Torsi: Apabila tumor atau kista ovarium terpuntir atau mengalami rotasi di sekeliling pedikelnya, penyediaan darah menjadi terganggu; kongesti vena dapat menimbulkan perdarahan di dalam kista atau suatu reaksi peradangan dengan perlengketan terhadap visera yang berdekatan. Pada torsi sempurna, penyediaan darah mengalami trombosis dan kista mengalami nekrosis hemoragika.

Pada pasien hamil, torsi kista ovarium paling sering ditemukan bila uterus membesar dengan cepat (antara minggu ke 8 dan 16) atau involusi setelah melahirkan.

DATA SUBJEKTIF

Nyeri abdomen dapat berkembang secara bertahap atau tiba-tiba, tergantung pada jenis kelainan—perdarahan bertahap atau torsi intermiten; perdarahan akut, ruptur mendadak, atau torsi.

Nyeri dapat terlokalisir pada salah satu kuadran bagian bawah atau menyeluruh pada abdomen bagian bawah. Pada iritasi peritoneum dengan cairan atau darah, rasa nyeri cenderung konstan dan diperhebat oleh pergerakan. Pada torsi kista ovarium nyeri mungkin ringan dan intermiten bila torsinya tidak lengkap, atau berat dan konstan bila terjadi infark. Nyeri yang berkaitan dengan rupturnya kista folikel biasanya membaik dalam beberapa jam.

Nausea atau vomitus dapat terjadi segera setelah nyeri tiba-tiba yang menyiksa atau dapat berkembang setelah nyeri timbul beberapa jam.

Riwayat Menstruasi: Waktunya gejala dalam hubungannya dengan siklus menstruasi dapat bervariasi. Kelainan ovarium dapat terjadi pada wanita hamil ataupun tidak hamil. Perdarahan dari korpus luteum yang ruptur, misalnya, dapat terjadi kapan saja setelah ovulasi, termasuk pada awal kehamilan. Kemungkinan suatu ruptur endometrioma harus dipertimbangkan bila pasien mempunyai riwayat dismenore sekunder yang terjadi selama siklus menstruasi sebelumnya.

Gejala-gejala Lainnya: Sinkope atau syok atau keduanya memberi kesan adanya perdarahan intraperitoneum yang hebat atau torsi akut. Demam dan menggigil biasanya tidak ditemukan kecuali bila terdapat infeksi sekunder. Sering kencing atau desakan keinginan buang air besar dapat menunjukkan iritasi peritoneum. Nyeri pundak memberi kesan iritasi diafragma dari perdarahan yang hebat atau isi kista yang ruptur. Riwayat serangan nyeri tajam sebelumnya yang menghilang secara spontan setelah jangka waktu yang tidak lama, sesuai dengan diagnosis kista ovarium. Kemungkinan perdarahan ovarium harus dipertimbangkan bila seorang wanita mendapat terapi antikoagulan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TES LABORATORIUM

Hitung Darah Lengkap dan Apusan Darah: Hitung leukosit cenderung meningkat dan dapat sampai 20.000 dengan peningkatan leukosit polimorfonuklear dan peningkatan rasio bentuk batang dengan segmen.

Kadar hemoglobin dan hematokrit biasanya dalam batas-batas normal. Peningkatan kadarnya berkaitan dengan dehidrasi.

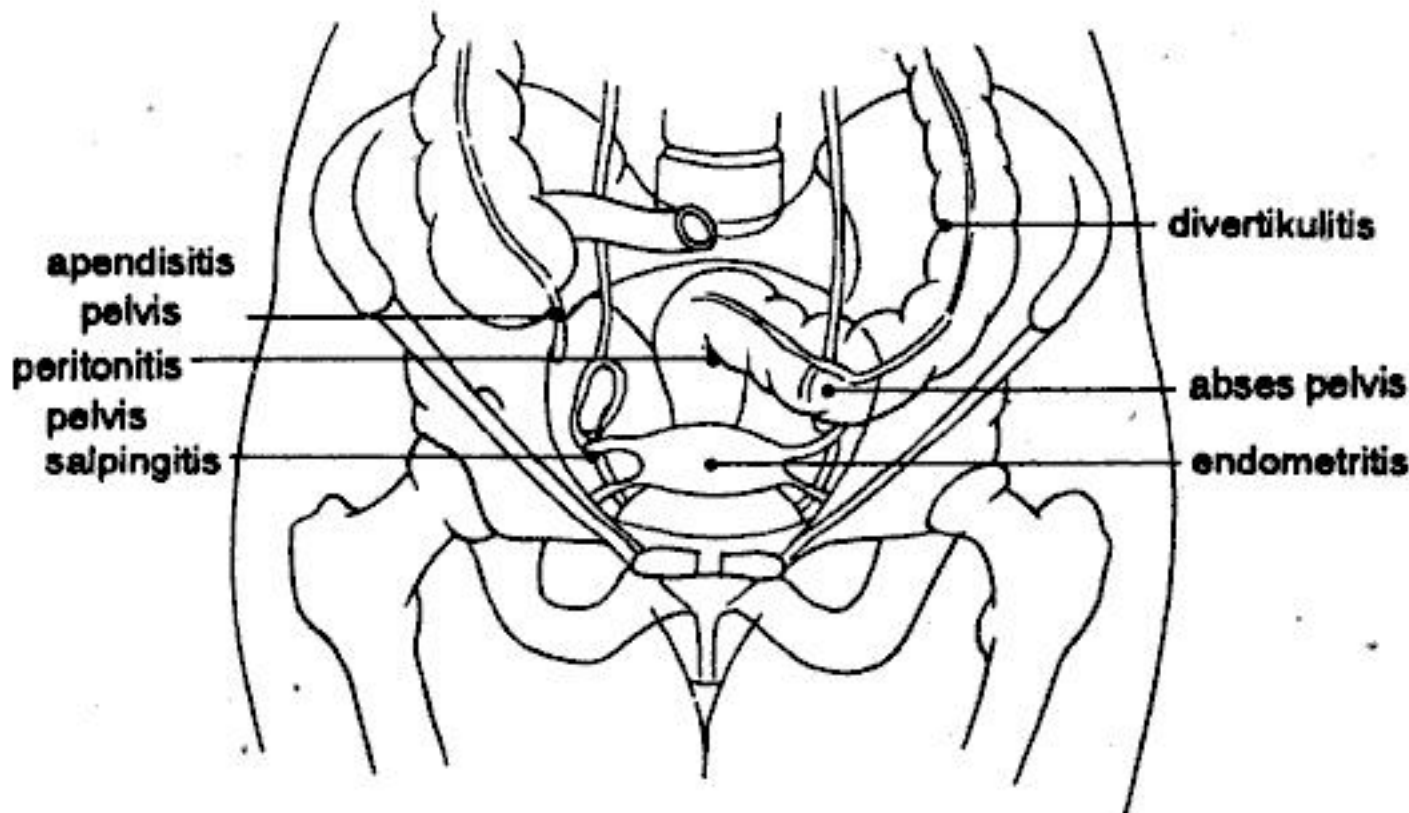
Urinalisis: Biasanya normal.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Kondisi umum pelvis yang sering terlupakan untuk salpingitis akut adalah kehamilan ektopik, apendisitis akut, dan divertikulitis. (Diagnosis lain yang perlu dipertimbangkan meliputi endometriosis, kista ovarium, enteritis regional dan leiomioma uteri.) (Lihat Gb. 63-2.)

Kehamilan ektopik harus dicurigai bila terdapat riwayat amenore, oligomenore atau gejala-gejala kehamilan, terutama bila suhu dan hitung leukosit tidak menunjukkan peningkatan yang bermakna. Kuldosentesis dapat menyingkap adanya darah yang tidak membeku.



Gambar 63-2. Penyebab dan lokasi penyakit radang pelvis. (Dimodifikasi dari Botsford TW, Wilson RE: *The Acute Abdomen: An Approach to Diagnosis and Management*. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1977.)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOMPLIKASI POTENSIAL

Komplikasi yang harus diantisipasi meliputi persalinan preterm, prolaps tali pusat, infeksi intrauterin, dan kelainan presentasi janin.

RENCANA

DATA DIAGNOSTIK TAMBAHAN

Tindakan diagnostik harus dihubungkan dengan evaluasi kematangan janin dan kemungkinan infeksi intrauterin.

Ultrasonografi: Pengukuran diameter biparietal, sirkumferensia tubuh janin, dan panjangnya femur memberikan perkiraan umur kehamilan. Diameter biparietal lebih besar dari 9,2 cm pada pasien nondiabetes atau plasenta tingkat III biasanya berhubungan dengan maturitas paru janin. Sonografi dapat mengidentifikasi kehamilan ganda, anomali janin, atau melokalisasi kantong cairan amnion pada amniosentesis.

Amniosentesis: Cairan amnion dapat dikirim ke laboratorium untuk evaluasi kematangan paru janin (rasio L/S: fosfatidilgliserol; fosfatidilkolin jenuh). Pewarnaan Gram dan hitung koloni kuantitatif membuktikan adanya infeksi intrauterin.

Pemantauan janin membantu dalam evaluasi janin.

Protein C-reaktif: Peningkatan protein C-reaktif serum menunjukkan peringatan awal korioamnionitis.

PENATALAKSANAAN

Anjuran mengenai penatalaksanaan optimum dari kehamilan dengan komplikasi ketuban pecah dini tergantung pada umur kehamilan janin, tanda infeksi intrauterin, dan populasi pasien. Pada umumnya, tampaknya lebih pantas untuk membawa semua pasien dengan ketuban pecah ke rumah sakit dan melahirkan semua bayi yang berumur lebih dari 36 minggu, maupun semua bayi dengan rasio lesitin-sfingomielin matur, dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk memperkecil risiko infeksi intrauterin. Persalinan diinduksi dengan oksitosin selama presentasi janin adalah kepala. Bila induksi gagal dilakukan seksio sesarea. Seksio sesarea juga dianjurkan untuk presentasi bokong, letak lintang, atau gawat janin (*fetal distress*), kalau tidak janin terlalu imatur sehingga tidak ada harapan hidup untuk bertahan hidup.

Kelahiran dianjurkan untuk pasien hamil muda dengan korioamnionitis, persalinan prematur, atau gawat janin. Kelahiran atraumatik tanpa hipoksia janin penting untuk memperkecil mortalitas dan morbiditas perinatal.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Heparin dapat diberikan dengan infus intravena (dosis awal 5000 unit diikuti dengan 1000 unit setiap jam) melalui pompa infus. Masa tromboplastin parsial teraktivasi (APTT) ditentukan hampir setiap empat jam selama stadium awal terapi. Infus heparin disesuaikan untuk mempertahankan APTT antara satu setengah dan dua setengah kali nilai kontrol. Dosis rata-rata per hari adalah 20.000–40.000 unit.

Terapi antikoagulan oral dengan senyawa kumarin mulai diberikan beberapa hari sebelum penghentian kumarin, kecuali selama kehamilan ketika senyawa kumarin dihindari karena risiko pada janin (perdarahan, kematian intrauterin, dan kelainan kongenital). Selama kehamilan, heparin lebih disukai.

Ligasi bedah vena kava inferior dan vena ovarika mungkin diperlukan bila terjadi emboli walaupun diberi terapi antikoagulan.

Setelah mengalami emboli paru, pasien dianjurkan untuk tidak lagi menggunakan obat kontrasepsi oral karena ia mempunyai risiko emboli paru lebih besar.

Emboli Udara

PERTIMBANGAN UMUM

Emboli udara merupakan kejadian yang sangat jarang yang terjadi setelah kelahiran ketika udara masuk ke sinus vena besar pada tempat plasenta. Tiga ratus ml udara atau lebih dalam sistem vaskular dapat mematikan karena udara terkumpul dalam saluran keluar ventrikel kanan dan menyebabkan kor pulmonale akut.

DATA SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF

Gejala akut meliputi sianosis, hipotensi, syok, dan kolaps kardiovaskular. Pernapasan terengah-engah atau kejang fokal selalu terjadi.

Murmur jantung *mill wheel* (*water wheel murmur*), suara kocokan keras yang dapat didengar di seluruh prekordium merupakan kelainan yang khas.

RENCANA

PENATALAKSANAAN

Pasien segera dibaringkan pada posisi lateral dekubitus kiri untuk memudahkan gelembung udara dalam saluran keluar ventrikel kanan untuk naik ke arah apeks jantung dan memungkinkan pembukaan kembali keluaran ventrikel kanan. Jarum atau kateter dimasukkan ke dalam ventrikel kanan untuk melepaskan udara yang terperangkap.

Bantuan pernapasan dan sirkulasi amat penting.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

RENCANA

TES DIAGNOSTIK DAN TINDAKAN

Kateterisasi kandung kemih dan ureter atau keduanya membedakan retensi kandung kemih atau obstruksi ureter dari penyakit ginjal intrinsik atau oliguria prerenal.

Urinalisis (gravitas, spesifik, albumin, hemoglobin, natrium, osmolalitas, dan urea) memberikan informasi diagnostik yang penting.

Pemeriksaan Darah: Penentuan elektrolit serum, osmolalitas, nitrogen urea darah, dan kreatinin merupakan informasi yang penting mengenai status fungsi ginjal. Hiperkalemia dapat disebabkan oleh hemolisis intravaskular atau nekrosis jaringan.

Pemeriksaan Radiografi: Foto polos (ginjal, ureter, kandung kemih) dapat membuktikan adanya batu radiopak. Pielogram intravena atau pielogram retrograd dapat membantu memperjelas obstruksi bedah ureter.

Ultrasonografi membantu evaluasi obstruksi saluran kencing

Tes koagulasi (fibrinogen, produk pecahan-fibrin, trombosit) dan apusan darah dapat mengungkapkan adanya gangguan koagulasi dengan atau tanpa hemolisis.

PENATALAKSANAAN DAN PENDIDIKAN PASIEN

Oliguria Prerenal: Syok harus ditangani secara adekuat dengan restorasi darah dan volume ekstraseluler. Volume cairan intravaskular dalam jumlah besar mungkin diperlukan dan harus dipantau dengan tekanan desakan paru, atau sedikitnya dengan tekanan vena sentralis.

Manitol dapat diindikasikan bila penggantian volume tidak memperbaiki keluaran urin dan dehidrasi harus dibedakan dari gagal ginjal akut. Dosis uji manitol kira-kira 0,2 mg/kg berat badan (100 ml larutan manitol 15%) diinfuskan secara intravena selama periode 5 menit. Bila aliran urin meningkat sampai 40 ml/jam, dosis manitol selanjutnya dapat diberikan. Tidak adanya respons diuretik terhadap manitol biasanya berarti gagal ginjal; pada kasus ini pemberian manitol selanjutnya sia-sia dan berbahaya.

Gagal Ginjal Akut: Tujuan utama terapi adalah mempertahankan keseimbangan cairan dan mencegah uremia sewaktu ginjal yang rusak beregenerasi.

Kontrol ketat ambilan cairan dan elektrolit adalah esensial. Cairan intravena hanya diberikan untuk menggantikan defisit vaskular, kehilangan cairan yang tidak disadari dan keluaran ekstrarenal dan urin yang diobservasi. Diet harus memperkecil katabolisme protein, akumulasi kalium dan kelebihan muatan natrium.

Berat badan dan elektrolit plasma merupakan petunjuk keseimbangan cairan. Penambahan berat badan menunjukkan hidrasi yang berlebihan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Heller ME, Savage MO, Dewhurst J: Vaginal bleeding in childhood: A Riview of 51 patients. Br J Obstet Gynaecol 85:721-725, 1978

Nogales-Ortiz F, Puerta J, Nogales FF: The normal menstrual cycle. Chronology and mechanism of endometrial desquamation. Obstet Gynecol 51:259-264, 1978; Obstet Gynecol Surv 33:736-737, 1978

Speroff L: Managing anovulatory bleeding medically. Contemp OB/GYN 18:121-124, 1981

96. Vasa Previa

PERTIMBANGAN UMUM

Vasa previa adalah kelainan tali pusat yang jarang akibat dari insersi velamentosa, suatu keadaan di mana pembuluh-pembuluh umbilikal is memisah di dalam selaput agak jauh dari tepi plasenta. Pembuluh darah janin melintasi ostium uteri internum dan berada di depan bagian presentasi janin. Vasa previa dikaitkan dengan tingkat mortalitas janin yang tinggi, yang ditimbulkan oleh kehilangan darah yang hebat (eksanguinasi) dari pembuluh yang robek atau penyumbatan vaskular oleh bagian presentasi janin. Pembuluh darah janin dapat robek ketika selaput ketuban pecah atau oleh tekanan kepala janin.

DATA SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF

Perdarahan per vaginam, merah segar dan tidak nyeri, merupakan gejala yang paling khas.

Bunyi jantung janin dapat lambat dan tidak beraturan, menunjukkan adanya gawat janin. Tidak adanya bunyi jantung janin mengindikasikan eksanguinasi janin.

Pembuluh janin dapat terpalpasi pada pemeriksaan vagina. Tidak ditemukan tanda kehilangan darah maternal.

PENILAIAN

DIAGNOSIS BANDING

Ini meliputi penyebab-penyebab maternal perdarahan trimester ketiga (plasenta previa, pelepasan plasenta prematur, *bloody show* dan sebagainya.) (Lihat Perdarahan Per Vaginam, Kehamilan Lanjut, hal. 474.)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 97-1. Herpes genitalis pada labia. (Dari Domonkos AN, Arnold HL, Jr, Odom RB: *Andrews' Diseases of the Skin*. 7 th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1982.)



Gambar 97-2. Ulkus durum pada permukaan dalam labium minus kiri. (Dari Novak ER, Woodruff JD: *Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology*. 8th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1979.)



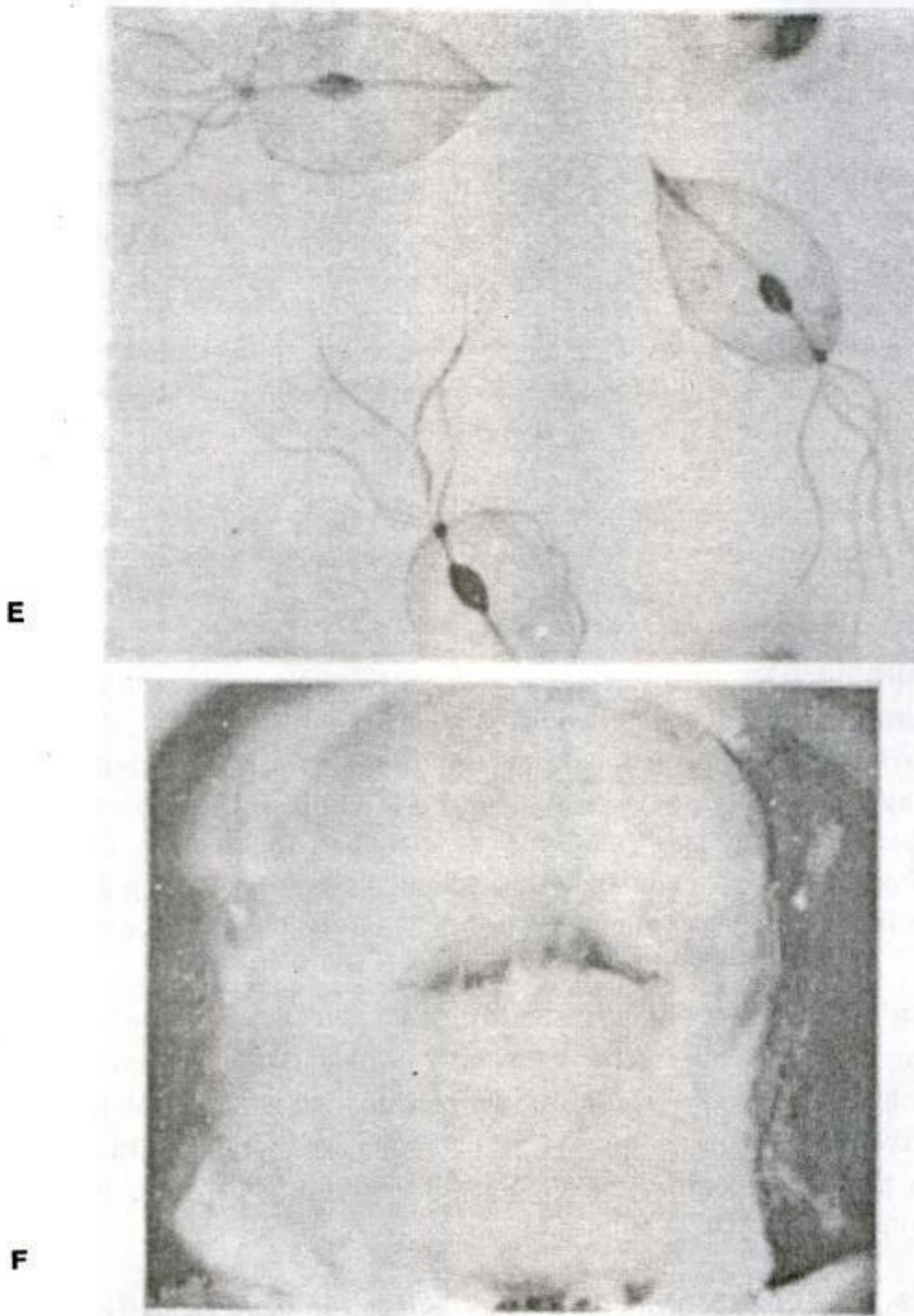
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 97-7. (Lanjutan) E, *Trichomonas*, F, Erosi serviks *Trichomonas vaginalis*.

Folikulitis adalah suatu infeksi, biasanya disebabkan oleh *Staphylococcus*, timbul di dalam folikel-folikel rambut. Keadaan-keadaan yang menjadi predisposisi meliputi obesitas, berkeringat, maserasi, malnutrisi, diabetes, seborhea, higiene yang buruk dan pedikulosis. Nyeri, eritema dan perlunakan merupakan gejala yang lazim.

Furunkel, atau bisul adalah suatu infeksi yang luas yang mengenai jaringan-jaringan di luar folikel rambut. Pada stadium dini, lesi merupakan nodulus eritematosa yang tidak bisa digerakkan, lunak dan membengkak. Setelah beberapa hari, terbentuk pustula kecil pada apeks nodulus, yang kadang-kadang pecah dan mengeluarkan sejumlah kecil materi purulen.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pakaian atau kain-kain tempat tidur yang telah tercemar oleh pasien dalam dua hari sebelumnya harus dicuci atau dibersihkan kering.

Karena infestasi tersebut disebarkan melalui kontak tubuh, pasien dianjurkan untuk mengobati pasangannya seksualnya dan orang lain yang berhubungan pribadi dekat.

Skabies: Lindane (1%)—lotion 1 ons, atau krem 30 gram dioleskan dengan tipis ke seluruh daerah tubuh dari leher ke bawah dan dicuci seluruhnya setelah 8 jam. *Tidak dianjurkan untuk wanita hamil dan menyusui.*

Terapi alternatif adalah krotamiton (10%) dan sulfur (6%) dalam petrolatum.

Kontak seksual dan kontak keluarga yang dekat harus dianjurkan untuk diobati bersama.

Trikomoniasis: Dianjurkan diberikan metronidazol (Flagyl) dalam dosis tunggal 2,0 gram per oral. Regimen alternatifnya adalah 250 mg per oral, tiga kali sehari selama 7 hari.

Sewaktu kehamilan, metronidazol harus dihindari dan merupakan kontra indikasi pada trimester pertama. Klotrimazol 100 mg, secara intravagina, menjelang tidur selama 7 hari dapat menghasilkan perbaikan simptomatik dan penyembuhan.

Selama laktasi, terapi dosis tunggal 2 gram dapat diberikan. Menyusui harus dihentikan sampai sedikitnya 24 jam setelah terapi, karena metronidazol disekresi ke dalam air susu ibu.

KEPUSTAKAAN

- Balsdon MJ, Taylor GE, Peard L, et al: *Corynebacterium Vaginale* and vaginitis: A controlled trial of treatment. *Lancet* 1:501, 1980; *Obstet Gynecol Surv* 36:42-43, 1981
- Corey L: The diagnosis and treatment of genital herpes. *JAMA* 248:1041-1049, 1982
- Fitzpatrick JE, Tyler H, Gramstad ND: Treatment of chancroid. *JAMA* 246:1804-1805, 1981
- Fleury FJ: Adult vaginitis. *Clin Obstet Gynecol* 24:407-438, 1981
- Gardner HL: *Hemophilus vaginalis* vaginitis after twenty-five years. *Am J Obstet Gynecol* 137:385-391, 1980
- Grossman JH, Wallen WC, Sever JL: Management of genital herpes simplex infection during pregnancy. *Obstet Gynecol* 58: 1-4, 1981
- Kibrick S: Herpes simplex infection at term: What to do with mother, newborn and nursery personnel. *JAMA* 243:157-160, 1980
- Malouf M, Fortier M, Morin G, et al: Treatment of *Hemophilus vaginalis* vaginitis. *Obstet Gynecol* 57:711-714, 1981
- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 1982. Centers for Disease Control, Morbidity and mortality weekly report. Vol 31, No. 2S August 20, 1982
- Spiegel CA, Amsel R, Eschenbach D, et al: Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis. *New Eng J Med* 303:601-607, 1980
- Vontver LA, Eschenbach DA: The role of *Gardnerella vaginalis* in nonspecific vaginitis. *Clin Obstet Gynecol* 24:439-460, 1981
- Vontver LA, Hickok DE, Brown Z, et al: Recurrent genital herpes simplex virus infection in pregnancy: Infant outcome and frequency of asymptomatic recurrences. *Am J Obstet Gynecol* 143:75-84, 1982



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Epinefrin, [83](#), 532, 536
 Episiotomi, 109, 253, 265, 514
 – medial, 514
 – langkah-langkah, 514
 – mediolateral, 514
 Ergonovin, 65, 344, 363
 – maleat, 358
 Ergotamin, 38
 Eritema palmaris, 273, 274
 Eritroblastosis fetalis, 89, 231, 533
 Eritromisin, [36](#), [220](#)
Escherichia coli, 132, 169, 170, 301, 306,
 311, 316, 325, 352, 354, 366, 393, 407,
 424
 Esofagitis, 130
 Estriol, [212](#), [240](#)
 Estrogen, 160, [204](#), 281, 286, 289, 290,
 303, 400, 460, 463, 464, 466, 468, 469,
 472, 473, 486
 Etinil estradiol (mestranol), 472

F

Felasio, 396
 Fenazopiridin (Pyridium), 169
 Fenitoin (Dilantin), 38, 166, [167](#)
 Fenobarbital, 166, [167](#), 244
 Fibrinogen, [143](#), 144, 146, 506
 Fibrinolisis, 137, [143](#)
 Fibroadenoma, 101
 Fibroid, 269
 Fistula
 – arteriovenosa, 467
 – ureterovagina, 437
 – vesikovagina, 438
 Fisura puting susu, 288-289
 Fitz-Hugh-Curtis, sindrom, [49](#), [52](#), 217
 Flebitis, 352
 Flebogram, 227
 Fluisinolon, 307, 494
 Folikel Montgomery, [9](#), [23](#)
 Folikulitis, [489](#), 495

Fonokardiografi, 519
 Forsep, 65
 – Piper, 108, 109
 – cincin, 360
 Fosfatidilgliserol (PG), 501
 Fosfatidilkolin (EPC), [240](#), 501
 Fosfolipid, 501
 Fox-Fordyce, penyakit, 375, 490
 Fraksi protein plasma (PPF), 505
 Fraktur pelvis, 431
 FSH, 289, 471
 FTA-ABS, 419
 Furosemid, 38, 117, 382, 508
 Furunkel, [489](#), 495

G

Gagal ginjal akut, [443](#)
 Gagal jantung, 113-118, [180](#)
 Galaktokel, 101
 Galaktore, 287, 288
Gallop, 114
 Gangguan koagulasi, [71](#), 136
Gardnerella (Hemophilus) vaginalis,
 481, 485, 490, 491, 493, 495
 Gastroenteritis, [10](#)
 Gawat janin, 284
 – sebelum persalinan, 211
 – selama persalinan, 213
 Gentamisin, [37](#), 118, 313, 393, 394, 411
 Glukokortikoid, 265
 Gonokokemia, 217
 Gonore, 19, 209, [216](#), 396, 397, 399, 490,
 517
 – pengobatan, 217-218
 Granuloma inguinale (Donovanosis),
 484, 490, 495
 Gravida, [7](#), [27](#)
 – multi, [27](#)
 – nuli, [27](#)
 – primi, [27](#)
 Guaiac, tes 86



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- uteri, 268
 - Leiomiomata, [176](#), 357, 469
 - Leptospirosis, 426, 427
 - Lesitin, [212](#), 500, 501
 - Letak lintang, 412
 - Leukemia, [87](#)
 - Leukore, 328
 - Leukositosis, 68, 93
 - LH, 471
 - Lidokain, 499
 - Ligamentum
 - infundibulopelvikum, 81
 - kardinale, [13](#)
 - latum, 447
 - sakrouterina, [13](#), [16](#)
 - Liken planus, 482
 - Limfadenopati, 418
 - inguinale, 190, 482
 - Limfogranuloma venereum, 482, 490, 493, 495
 - Limfonodus inguinalis, 418
 - Limfopatia venereum (LGV), 485
 - Lindane, 495, [496](#)
- M**
- Mamografi, 102, 288
 - Manitol, [443](#), 508
 - Marsupialisasi, 97
 - Masa protrombin, [54](#), 70, 76, 144, 146, 275, 276, 390, 468
 - Masa tromboplastin parsial, [54](#), 70, 76, 141, 144, 146, 149, 390, 468
 - teraktivasi, [387](#)
 - Masalah psikiatrik, postpartum, 367
 - Massa adneksa, 74, 186, 188
 - Mastitis, 101
 - akuta, [99](#)
 - McBurney, titik, [91](#)
 - McDonald
 - cara ukur, [24](#)
 - rumus, [23](#)
 - tindakan, [123](#), 124
 - Medroksiprogesteron asetat (Provera), 472
 - Menopause, 459, 461
 - Menarke, [5](#), [176](#), 459, 461
 - Meningitis, 152, 154
 - Menometroragia, [5](#), 461
 - Menoragia, [5](#), [135](#), [139](#), 145, 149, 461, 463, 472
 - Menstruasi, 459, 460
 - Meperidin, [21](#), 386
 - hidroklorida (Demerol), 65
 - Meprobamad, 38
 - Metadon, [25](#), 38
 - Metildopa, 287
 - Metilergonovin, 65, 335, 358, 363
 - Metisilin, [37](#)
 - Metronidazol, [37](#), 314, [496](#)
 - Metroraia, [5](#)
 - MHA-TP, 419
 - Miastenia gravis, [180](#)
 - Migren, 223, [224](#)
 - Mikonazol, 494
 - Mioma, 269
 - Miomata uterus, 110
 - Miomektomi, 272, 451, 452, 526
 - Mittelschmerz, 298
 - Mola hidatidosa, 239, 278
 - Moluskum contagiosum, 491, 493, 495
 - Moniliasis, 486
 - Monsel, larutan, [127](#), 352
 - Morfin, [21](#), 112, 382, 390
 - Mukokolpos, 304, 306, 308
 - Multiparitas, 385, 413, 452
- N**
- Nalokson, 156, 532, 536
 - Naproxen (Naprosyn), 178
 - Natrium amobarbital (Amital), [167](#)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Sheehan, penyakit, [6](#)
 Shirodkar, tindakan, [123](#), 124
 Sianosis, [180](#)
 Sifilis, 133, 399, 417-419, 482, 492, 493
 Simmond, penyakit, [6](#)
 Sindrom
 – aspirasi, 533
 – HELLP, 238
 – hemolitik uremik, 88, [147](#)
 – hipotensi telentang, 416
 – kardiak, 416
 – Mallory-Weiss, 233
 – Mendelson, 379
 – ovarium polikistik, 471
 – Stein-Leventhal, [6](#), 471
 – syok toksik, 425-428
 – uremik hemolitik postpartum, 442
 – uretra akut, 169
 – vena ovarika, 392
 Sinkope, [7](#), [48](#), 161, 185, 188, [291](#), 384, 414, 416, 425, 447
 – vasovagal, 415
 Sirosis, 274
 Sistitis, 168-170, 477
 Sistokele, 434
 Sistoskopi, 227, 437
 Skabies, 374, [496](#)
 Skopolamin, [21](#)
 Solusio plasenta, [51](#), 93, 105, 110, 144, 231, 243, 247, 284, 357, 358, 389, 403, 429, 430, 442
 Spektinomisin, [37](#), 219
 Spektrofotometrik, 502
 Spider angioma, 273
 Splenomegali, 274
Staphylococcus aureus, 354, 366, 424
 Status asmatikus, 84
 Stokes-Adam
 – serangan, 415
 – sindrom, 416
 Strangulasi, [249](#)
 Streptokokus
 – alfa hemolitikus, [99](#)
 – beta hemolitikus group A, 315
 Streptomisin, [37](#), 118
 Striktur vagina, [17](#)
 Subinvolusi uterus, 466
 Sulfametoksazol, 170
 Sulfisoksazol (Gantrisin), 170
 Sulfonamid, [37](#), [87](#)
 Supresi urin, 346, 441
 Surfaktan, 501
 Syok, [8](#), 401, 425
 – distributif, 402
 – endotoksik, 74, 76
 – hemoragik, [75](#), 405, 452
 – hipovolemik, 64, 185, 189, 297, 340, 346, 402, 446
 – kardiogenik, 346, 402
 – neurogenik, 402
 – obstruktif, 403
 – septik, [75](#), 133, 326, 327, 346, 407
 – gambaran klinis, 408
- T**
- Tabes dorsalis, 437
 Takikardia, [8](#)
 Takipnea, [8](#), [83](#)
 Talasemia, [87](#)
 Tanda
 – Alder, 92
 – Chadwick, [22](#), [23](#)
 – Hegar, [16](#), [22](#), [23](#)
 – Homans, 348, 421
Tension Headache, 221, 222, [224](#)
 Terapi tokolitik, [123](#), 265, 371
 Tes
 – Non stres, 211, [240](#), 524
 – contraction stress, 211, [240](#)
 – fiksasi komplemen, 492
 – fungsi hati, 277
 – gelas objek, [25](#)
 – stabilitas busa, 501
 – tabung, [24](#)
 – treponema, 419
 Testosteron, 38



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Buku Kapita Selekta *Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi Taber* ini merupakan suatu pedoman yang berisi cara penanganan keadaan-keadaan yang memerlukan tindakan segera. Pedoman ini disusun oleh penulis dalam format catatan medis yang berorientasi masalah yang dikenal sebagai **SOAP** sehingga mudah untuk dipahami.

Bagian I membahas prinsip umum evaluasi obstetri dan ginekologi. Bagian II memberikan bagan masalah khusus. Subjek telah disusun sedemikian rupa untuk memudahkan rujukan cepat. Bagian III memberikan informasi lebih rinci terapi dan tindakan gawat darurat. Rujukan ke kepustakaan terbaru telah dicakup untuk memungkinkan pembaca yang tertarik mengikuti subjek khusus secara lebih mendalam.

Dengan revisi dan perancangan ulang yang luas, pedoman ini telah dipersiapkan untuk memenuhi kebutuhan dokter gawat darurat, dokter keluarga, ahli kebidanan-kandungan, perawat, asisten dokter dan siapa saja yang berhadapan dengan perawatan gawat darurat wanita masa reproduktif dan masalah yang berhubungan.



ISBN 979 - 448 - 259 - 5