

PRINSIP DETEKSI DINI KOMPLIKASI PADA IBU HAMIL

Evi Rinata, S.ST, M. Keb
Program Studi D-III Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
© 2017



Your baby, your way.

Tujuan Pembelajaran

- **Pada akhir pembelajaran** ini mahasiswa akan mampu untuk:
 - Menjelaskan pemeriksaan kehamilan dini
 - Menjelaskan kontak dini kehamilan trimester I
 - Menjelaskan pelayanan ANC berdasarkan kebutuhan individu
 - Menjelaskan dan mendiskusikan prinsip deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan
 - Mengidentifikasi kelainan/komplikasi pada kehamilan trimester I, II, III
 - Menjelaskan dan mendiskusikan deteksi dini dengan KSPR.
 - Melakukan pengisian hasil deteksi dini pada kartu KSPR
 - Menentukan tindakan yang sesuai pada kasus/komplikasi sesuai KSPR

Referensi

- Rochjati. P. ***Buku Saku Deteksi Risiko Tinggi Puji Rochyati.*** Surabaya. 2003
- Varney, H ***Varney's Midwivery 4th Ed (Buku Ajar Kebidanan Ed 4)*** Jakarta : EGC, 2007
- Manuaba, IBG. ***Pengantar Kuliah Obstetri.*** Jakarta : EGC. 2007
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom LS, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. ***Williams Obstetrics 22nd Edition.*** United States of America : McGraw-Hill Companies. Inc, 2005
- Fraser, D.M. & Cooper, M.A. ***Buku Ajar Bidan Myles14th Ed.***Jakarta : EGC, 2009
- Women & Neborn Health Service. ***Clinical Guidelines : Abnormalities of Early Pregnancy, Early Pregnancy Complications –Assessmnet and Diagnosis.*** King Edward Memorial Hospital. Januari 2014
- Kemenkes RI. ***Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.*** Jakarta. 2013

Outline Presentation



Pemeriksaan kehamilan dini

Kontak dini kehamilan trimester I

Pelayanan ANC berdasarkan kebutuhan individu

Skrining untuk deteksi dini

Pemeriksaan Kehamilan Dini



Mengetahui apakah benar-benar hamil

Menentukan usia kehamilan

Melakukan deteksi faktor risiko dan komplikasi

Perencanaan penyuluhan kesehatan

Perencanaan pemberian obat

Melakukan rujukan dan kolaborasi

Pemeriksaan Kehamilan Dini



Kunjungan Awal Kehamilan



Asuhan yang diberikan dari mulai konsepsi sampai sebelum kelahiran, untuk memantau perkembangan kehamilan dan berorientasi kepada promosi kesehatan melalui pendidikan kesehatan



Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi masalah. Sistem penilaian risiko tidak dapat memprediksi apakah ibu hamil akan bermasalah selama kehamilannya



Oleh karena itu pelayanan/asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal.



Ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan/dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan antenatal (*Saifuddin, 2000 : 89*)



Kunjungan Awal Kehamilan

Bobak, 2004:143

- Kunjungan prenatal reguler, yang secara ideal dimulai segera setelah ibu pertama kali terlambat haid, merupakan kesempatan untuk memastikan kesehatan ibu hamil dan bayinya

Pusdiknakes, 2001: 2-35

- Selama kunjungan antenatal pertama kita mulai mengumpulkan informasi mengenai ibu untuk membantu Bidan dalam membangun hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi dan merencanakan asuhan khusus yang dibutuhkan

Varney, 2006 : 523

- Pada saat kunjungan awal akan dilaksanakan beberapa pemeriksaan yang terdiri dari :
 - Anamnesa riwayat lengkap,
 - Pemeriksaan fisik,
 - Pemeriksaan panggul dan sejumlah tes lab

Tujuan Kunjungan Awal Kehamilan



- Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi

- Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi

- Mengenalinya secara dini adanya ketidaknormalan / komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan

Tujuan Kunjungan Awal Kehamilan



- Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin

- Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif

- Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal



Asuhan Antenatal yang efektif

Mendengarkan, berbicara dan membina hubungan saling percaya

Membantu setiap ibu hamil keluarganya untuk membuat rencana persalinan

Membantu setiap ibu hamil dan keluarganya untuk mempersiapkan menghadapi komplikasi pada setiap kunjungan

Melakukan penapisan untuk kondisi yang mengharuskan melahirkan di RS

Mendeteksi dan mengobati komplikasi –komplikasi yang dapat mengancam jiwa



Asuhan Antenatal yang efektif

Mendeteksi adanya kehamilan ganda setelah UK 28 mgg & adanya kelainan letak setelah UK 36 mgg

Memberikan konseling pada ibu sesuai UK nya mengenai nutrisi, istirahat, TTB, KB, ASI eksklusif, ketidaknyamanan dsb

Memberikan imunisasi TT bila diperlukan

Memberikan suplemen mikronutrisi (Fe & asam folat)



Langkah-langkah Dalam Memberikan Asuhan Antenatal yang Baik

Menyapa ibu dan anggota klg dan membuatnya merasa nyaman

Mendapatkan riwayat kehamilan ibu, mendengarkan dengan teliti apa yang diceritakan oleh ibu

Melakukan pemeriksaan fisik seperlunya/terfokus

Melakukan pemeriksaan lab utk mengetahui kenormalannya



Langkah-langkah Dalam Memberikan Asuhan Antenatal yang Baik

Sesuai dengan UK mengajari ibu tentang kebutuhan yang belum dipenuhi

Memulai/ melanjutkan perencanaan kelahiran dan kegawatdaruratan/antisipasi rujukan

Mengajari tentang TTB (**pastikan bahwa ibu memahami semua tanda-tanda bahaya tsb**)

Menjadwalkan kunjungan ulang

Mendokumentasikan hasil kunjungan

Community Based Antenatal Care

Kebijakan Program Antenatal

- Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit **4 x dalam kehamilan**
 - 1 x pada trimester I
 - 1 x pada trimester II
 - 2 x pada trimester III



Community Based Antenatal Care

Kebijakan Program Antenatal



TM	Jumlah Kunjungan Minimal	Waktu Kunjungan yang Dianjurkan
I	1 x	Sebelum minggu ke 16
II	1 x	Antara minggu ke 24 – 28
III	2 x	Antara minggu 30 – 32
		Antara minggu 36 – 38

Kebijakan Teknis Antenatal Care



- ❑ Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah/komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya
- ❑ Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sbb :
 - Mengupayakan kehamilan yang sehat
 - Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan
 - Persiapan persalinan yang bersih dan aman
 - Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan komplikasi (Saifuddin, AB, 2000)

Hospital Based Antenatal Care



Dalam upaya pengawasan pranatal di Inggris pada tahun 1929, jadwal kunjungan diatur sbb:

Pedoman	Batasan usia kehamilan	Jumlah kunjungan
Setiap 4 minggu	Sampai usia kehamilan 28 minggu	7 x
Setiap 2 minggu	Sampai usia kehamilan 36 minggu	4 x
Setiap 1 minggu	Setelah UK 36 minggu sampai proses persalinan dimulai	4 x
Total kunjungan		15 x

Penjadwalan untuk kunjungan ulang berikutnya



Usia Kehamilan	Pedoman Kunjungan
UK 0 – 28 minggu	Kunjungan setiap 4 minggu / 1 bulan sekali
UK 28 – 36 minggu	Kunjungan setiap 2 minggu sekali
UK 36 minggu s/d partus	Kunjungan setiap 1 minggu sekali

Pelayanan/ asuhan standar minimal [**10 T**] Depkes RI, 2009



10 T	Uraian
T 1	(Timbang) berat badan & ukur Tinggi Badan
T2	Ukur (Tekanan) darah
T3	Ukur (Tinggi) fundus uteri
T4	(Tentukan) Presentasi janin dan DJJ
T5	Ukur LILA (Nilai status gizi)

Pelayanan/ asuhan standar minimal [**10 T**]



10 T	Uraian
T6	Pemberian Tablet zat besi , minimal 90 tablet selama kehamilan
T7	Tes Laboratorium (rutin dan khusus)
T8	Skrining status imunisasi TT dan berikan imunisasi TT bila diperlukan
T9	Tes terhadap Penyakit Menular Seksual
T10	Temu wicara dalam rangka Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Informasi Penting yang Dikumpulkan Pada Setiap Kunjungan Antenatal

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester I	Sebelum minggu ke 14	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu<input type="checkbox"/> Mendeteksi masalah dan mengobati<input type="checkbox"/> Pencegahan masalah (tetanus neonatorum, anemia, praktek tradisional yang merugikan)<input type="checkbox"/> Persiapan antisipasi rujukan untuk menghadapi komplikasi<input type="checkbox"/> Motivasi hidup sehat (nutrisi, latihan, kebersihan, istirahat dsb)
Trimester II	Sebelum minggu ke 28	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sama seperti trimester I+ kewaspadaan khusus mengenai pre eklampsia
Trimester III	Antara minggu ke 28 - 36	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sama seperti trimester I&II + palpasi abdomen untuk mendeteksi kehamilan ganda
	Setelah minggu ke 36	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sama seperti I, II, III + deteksi kelainan letak/kondisi lain yang memerlukan kelahiran di RS

A. Melengkapi Riwayat Medis



Pada kunjungan pertama

- Lengkapi riwayat medis ibu



Pada kunjungan berikutnya

- Selain memperhatikan catatan pada kunjungan sebelumnya, tanyakan keluhan yang dialami ibu selama kehamilan berlangsung

Riwayat Medis untuk dilengkapi pada kunjungan pertama

IDENTITAS	RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nama<input type="checkbox"/> Usia<input type="checkbox"/> Nama suami<input type="checkbox"/> Alamat<input type="checkbox"/> No telepon<input type="checkbox"/> Tahun menikah<input type="checkbox"/> Agama<input type="checkbox"/> Suku	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> HPHT, siklus haid<input type="checkbox"/> HPL<input type="checkbox"/> Perdarahan pervaginam<input type="checkbox"/> Keputihan<input type="checkbox"/> Mual dan muntah<input type="checkbox"/> Masalah/kelainan pada kehamilan ini<input type="checkbox"/> Pemakaian obat dan jamu-jamuan<input type="checkbox"/> Keluhan lainnya
RIWAYAT KONTRASEPSI	RIWAYAT MEDIS LAINNYA
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Riwayat kontrasepsi terdahulu<input type="checkbox"/> Riwayat kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan ini	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Penyakit jantung<input type="checkbox"/> Hipertensi<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (DM)<input type="checkbox"/> Hepatitis<input type="checkbox"/> HIV (jika diketahui), Infeksi Menular Seksual (IMS)<input type="checkbox"/> Tuberkulosis (TB)<input type="checkbox"/> Alergi obat/makanan

Riwayat Medis untuk dilengkapi pada kunjungan pertama

RIWAYAT OBSTETRI YG LALU

- Jumlah kehamilan
- Jumlah persalinan
- Jumlah persalinan aterm
- Jumlah persalinan preterm
- Jumlah anak hidup, berat lahir dan jenis kelamin
- Cara persalinan
- Jumlah keguguran
- Jumlah abortus
- Perdarahan pada kehamilan, persalinan, nifas sebelumnya
- Adanya hipertensi pada kehamilan terdahulu
- Riwayat kehamilan sungsang
- Riwayat kehamilan ganda
- Riwayat pertumbuhan janin terhambat, kematian janin

RIWAYAT MEDIS LAINNYA

- Penyakit ginjal kronik
- Talasemia dan gangguan hematologi lainnya
- Malaria
- Asma
- Epilepsi
- Riwayat penyakit kejiwaan
- Riwayat operasi
- Obat yang rutin dikonsumsi
- Status imunisasi TT
- Riwayat transfusi darah (golongan darah)
- Riwayat di keluarga : DM, hipertensi, kehamilan ganda dan kelainan kongenital
- Riwayat kecelakaan (trauma)

Riwayat Medis untuk dilengkapi pada kunjungan pertama

RIWAYAT OBSTETRI YG LALU

- Adanya masalah lain selama kehamilan, persalinan, nifas terdahulu
- Durasi menyusui eksklusif

RIWAYAT MEDIS LAINNYA

RIWAYAT SOSIAL EKONOMI

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Usia ibu saat pertama menikah<input type="checkbox"/> Status perkawinan, berapa kali menikah dan lama pernikahan<input type="checkbox"/> Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan kesiapan persalinan<input type="checkbox"/> Jumlah keluarga dirumah yang membantu<input type="checkbox"/> Siapa pembuat keputusan dalam keluarga<input type="checkbox"/> Kebiasaan/pola makan minum | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kondisi rumah, sanitasi, listrik, alat masak<input type="checkbox"/> Kebiasaan merokok, obat-obatan, alkohol<input type="checkbox"/> Pekerjaan/aktivitas sehari-hari<input type="checkbox"/> Pekerjaan pasangan<input type="checkbox"/> Pendidikan<input type="checkbox"/> Penghasilan (bila mungkin)<input type="checkbox"/> Kehidupan seksual dan riwayat seksua pasangan<input type="checkbox"/> KDRT<input type="checkbox"/> Pilihan tempat untuk melahirkan<input type="checkbox"/> Pilihan pemberian makanan bayi |
|---|---|

B. Melengkapi Pemeriksaan Fisik Umum



TTV (TD, suhu badan, nadi, pernafasan)

Berat badan & tinggi badan

Lingkar Lengan Atas (LILA)

Muka : apakah ada edema atau terlihat pucat

B. Melengkapi Pemeriksaan Fisik Umum



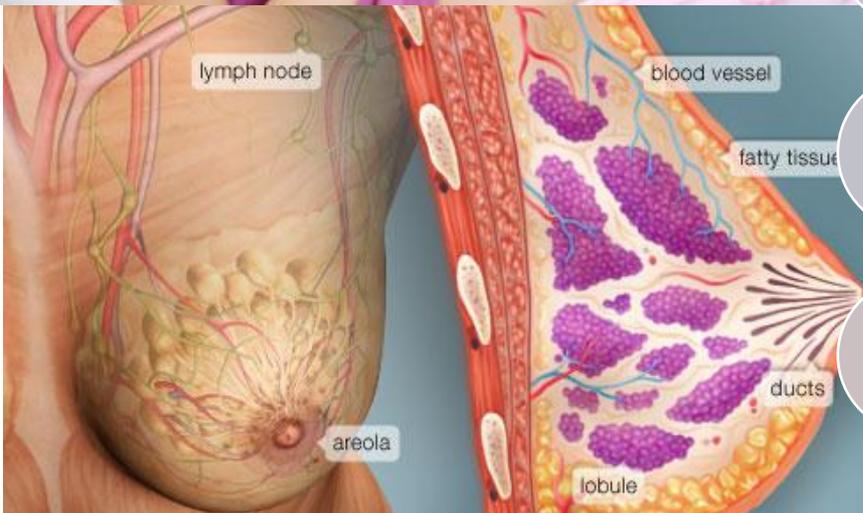
Status generalis / pemeriksaan fisik umum lengkap meliputi :

1. Kepala, mata, higiene mulut & gigi, karies, tiroid

2. Jantung, paru, payudara (apakah terdapat benjolan, bekas operasi, kondisi puting)

3. Abdomen (terutama bekas operasi uterus), tulang belakang

4. Ekstrimitas (edema, varises, reflek patella) & kebersihan kulit



C. Melengkapi Pemeriksaan Fisik Obstetri



Pemeriksaan Fisik Obstetri pada Kunjungan Pertama :

1. TFU (dengan metlin jika UK >20 mgu)

2. Vulva/perineum untuk memeriksa adanya varises, kondiloma, edema, hemoroid

3. Pemeriksaan dalam : menilai serviks*, uterus*, adnexa*, kel. Bartholin, kel Skene & uretra (*bila UK <12 mgu)

4. Pemeriksaan inspekulo : menilai serviks, tanda infeksi, cairan dari OUI

D. Melakukan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi **pemeriksaan laboratorium** (rutin maupun sesuai indikasi) dan **pemeriksaan USG**



Lab rutin (untuk semua ibu hamil) pada kunjungan pertama :

1. Kadar hemoglobin

2. Golongan darah ABO, rhesus

3. Tes HIV : ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi

4. Rapid test atau apusan darah tebal dan tipis untuk malaria : untuk daerah endemik

D. Melakukan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi **pemeriksaan laboratorium** (rutin maupun sesuai indikasi) dan **pemeriksaan USG**



Pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi :

1. Urinalisis : protein urin pada TM II, III jika terdapat hipertensi

2. Kadar Hb pada TM III terutama jika dicurigai anemia

3. Pemeriksaan sputum BTA : untuk ibu dengan riwayat defisiensi imun, batuk >2 minggu / LILA 23,5 cm

4. Tes sipilis

5. Gula darah puasa

D. Melakukan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi **pemeriksaan laboratorium** (rutin maupun sesuai indikasi) dan **pemeriksaan USG**

Pemeriksaan USG :



1. Pada awal kehamilan : ideal sebelum UK 15 minggu untuk menentukan usia gestasi, viabilitas janin, letak dan jumlah janin, serta deteksi abnormalitas janin yang berat

2. Pada UK sekitar 20 minggu untuk deteksi anomali janin

3. Pada trimester III untuk perencanaan persalinan

****Lakukan rujukan untuk pemeriksaan USG jika alat/tenaga kesehatan tidak tersedia**

G. Identifikasi Komplikasi & Melakukan Rujukan



- Rujukan harus dilakukan pada kondisi di luar kehamilan normal.
- Klasifikasi terangkum dalam tabel berikut :

Klasifikasi Kehamilan

KATEGORI	GAMBARAN
Kehamilan normal	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Keadaan umum ibu baik<input type="checkbox"/> Tekanan darah < 140/90 mmHg<input type="checkbox"/> Bertambahnya BB sesuai, minimal 8 kg selama kehamilan (1 kg tiap bulan) atau sesuai IMT ibu<input type="checkbox"/> Edema hanya pada ekstremitas<input type="checkbox"/> DJJ 120-160 kali/menit<input type="checkbox"/> Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia kehamilan 18-20 minggu hingga melahirkan<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan riwayat obstetri<input type="checkbox"/> Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan<input type="checkbox"/> Pemeriksaan fisik dan lab dalam batas normal
Kehamilan dengan masalah khusus	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Seperti masalah keluarga / psikososial, KDRT, kebutuhan finansial, dll

Klasifikasi Kehamilan

KATEGORI	GAMBARAN
Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="697 334 1804 554">❑ Riwayat pada kehamilan sebelumnya : janin atau neonatus mati, keguguran $\geq 3x$, bayi < 2500 gr atau >4500gr, hipertensi pembedahan pada organ reproduksi<li data-bbox="697 562 1804 1011">❑ Kehamilan saat ini : kehamilan ganda, usia ibu < 16 atau >40 tahun, Rh (-), hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, DM, malaria, HIV, sifilis, TBC, anemia berat, drug & alcohol abuse, LILA $<23,5$ cm, TB <145 cm, kenaikan BB <1 kg atau >2 kg tiap bulan/tidak sesuai IMT, TFU tidak sesuai UK, PJT, ISK, penyakit kelamin, malposisi/malpresentasi, gangguan kejiwaan, dll
Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="697 1038 1769 1200">❑ Perdarahan, preeklampsia, eklampsia, KPD, gawat janin, atau kondisi kegawatdaruratan lain yang mengancam ibu dan bayi

G. Identifikasi Komplikasi & Melakukan Rujukan



Untuk kehamilan dengan masalah kesehatan/komplikasi yang membutuhkan rujukan, lakukan langkah berikut :

- ❑ Rujuk ke dokter untuk konsultasi :
 - Bantu ibu untuk menentukan pilihan yang tepat untuk konsultasi (dokter SpOG)
- ❑ Lampirkan kartu kesehatan ibu hamil berikut surat rujukan
- ❑ Minta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat dengan hasil rujukan
- ❑ Teruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- ❑ Lakukan perencanaan dini jika ibu perlu bersalin di faskes rujukan :
 - Menyepakati rencana kelahiran dengan pengambilan keputusan

G. Identifikasi Komplikasi & Melakukan Rujukan



Untuk kehamilan dengan masalah kesehatan/komplikasi yang membutuhkan rujukan, lakukan langkah berikut :

- ❑ Lakukan perencanaan dini jika ibu perlu bersalin di faskes rujukan :
 - Mempersiapkan/mengatur transportasi ke tempat persalinan, terutama pada malam hari atau selama musim hujan
 - Merencanakan pendanaan untuk biaya transportasi dan perawatan
 - Mempersiapkan asuhan bayi setelah persalinan jika dibutuhkan

G. Identifikasi Komplikasi & Melakukan Rujukan



Untuk kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan

RUJUKAN SEGERA :

- ❑ Rujuk segera ke fasilitas kesehatan terdekat di mana tersedia pelayanan kegawatdaruratan obstetri yang sesuai
- ❑ Sambil menunggu transportasi, berikan pertolongan awal kegawatdaruratan, jika perlu berikan pengobatan
- ❑ Mulai berikan cairan infus intravena
- ❑ Temani ibu hamil dan anggota keluarganya
- ❑ Bawa obat dan kebutuhan-kebutuhan lainnya
- ❑ Bawa catatan medis atau kartu kesehatan ibu hamil, surat rujukan dan pendanaan yang cukup

DETEKSI DINI KOMPLIKASI DENGAN KSPR

Evi Rinata, S.ST, M. Keb

Program Studi D-III Kebidanan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

© 2017



Your baby, your way.

Istilah / Terminologi

AGDO	:	Ada Gawat Darurat Obstetrik
AGO	:	Ada Gawat Obstetrik
APGO	:	Ada Potensi Gawat Darurat Obstetrik
AIDS	:	Aquired Immuno Defisiensi Syndrome
FR	:	Faktor Risiko
HELLP	:	Hemolisis, Elevated of Liver Enzyme and Platelet Count
KRR	:	Kehamilan Risiko Rendah
KRT	:	Kehamilan Risiko Tinggi
KRST	:	Kehamilan Risiko Sangat Tinggi
KSPR	:	Kartu Skor Poedji Rochjati
PONED	:	Pelayanan Obstetri & Neonatal Essensial/Emergensi Dasar
PONEK	:	Pelayanan Obstetri & Neonatal Essensial/Emergensi Komprehensif

Istilah / Terminologi

RDB	:	Rujukan Dini Berencana
RDR	:	Rujukan Dalam Rahim
RTW	:	Rujukan Tepat Waku

Pendekatan Risiko Untuk Ibu Hamil



□ Pendekatan Risiko

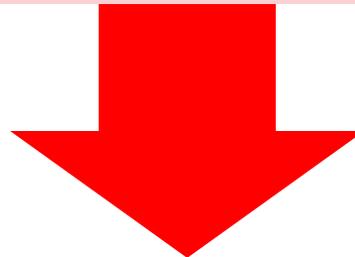
- Dalam obstetri modern terdapat pengertian potensi risiko, dimana suatu kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko terjadinya komplikasi dalam kehamilan.
- Komplikasi dapat ringan/berat yang menyebabkan terjadinya kematian, kessakitan, kecacatan pada ibu dan / bayi.
- Untuk itu dibutuhkan upaya pencegahan pro-aktif sejak awal kehamilan, selama kehamilan sampai menjelang persalinan yang dilakukan bersama-sama oleh tenaga kesehatan, bidan didesa dgn ibu hamil, suami, keluarga, serta masyarakat

Tujuan Pendekatan Risiko

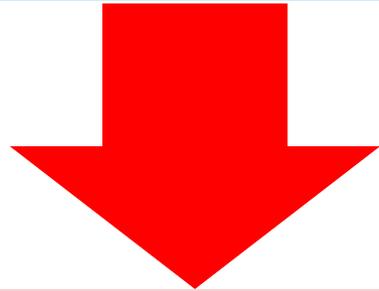


□ Tujuan Pendekatan Risiko :

- Meningkatkan mutu pelayanan kepada semua ibu hamil, janin dan bayi baru lahir sebagai suatu kesatuan, tetapi perhatian khusus dan intensif diberikan kepada mereka yang mempunyai peluang terjadinya risiko lebih besar



Tujuan Pendekatan Risiko



Untuk mencapai tujuan tadi a.l melalui :

❑ Meningkatkan cakupan

- ❑ Semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk deteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan

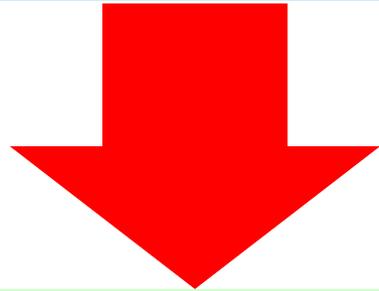
❑ Meningkatkan kualitas pelayanan

- ❑ Sesuai dengan kondisi dan faktor risiko ibu hamil

❑ Meningkatkan akses rujukan

- ❑ Pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor risikonya melalui rujukan terencana

Tujuan Pendekatan Risiko



- Dalam mendukung keberhasilan tujuan Pendekatan Risiko harus dilakukan penyuluhan tentang kondisi ibu hamil dalam bentuk :

KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi)

kepada ibu hamil, suami dan keluarga, agar sadar, waspada dan menjadi :

tahu, peduli, sepakat dan gerak untuk berangkat (tape segar)

Risiko



❑ Risiko

- Suatu ukuran statistik dari peluang/kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan pada ibu dan bayi
- Ukuran risiko dituangkan dalam bentuk angka = **SKOR**
- **SKOR** merupakan bobot perkiraan dari berat ringannya risiko/bahaya

Risiko



□ Risiko

- Pemilihan angka penunjuk sederhana ini disesuaikan dengan pemakainya yaitu : **ibu hamil, kader dan petugas non kesehatan** di tingkat pelayanan kesehatan dasar
- Digunakan angka bulat di bawah 10. Sebagai angka dasar **2, 4, 8** pada setiap faktor untuk membedakan risiko yang rendah, menengah dan tinggi
- Jumlah skor = **tingkat risiko yang dihadapi ibu hamil**

Klasifikasi Risiko Kehamilan



Kehamilan Risiko Rendah
[KRR]. **Skor = 2**

Kehamilan Risiko Tinggi
[KRT]. **Skor = 6-10**

Kehamilan Risiko Sangat
Tinggi [KRST]. **Skor = ≥ 12**

Klasifikasi Risiko Kehamilan



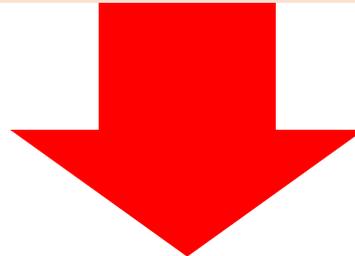
- ❑ **Kehamilan Risiko Rendah [KRR]. Skor 2**
 - ❑ Kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu & bayi sehat
- ❑ **Kehamilan Risiko Tinggi [KRT]. Skor 6-10**
 - ❑ Kehamilan dengan satu / lebih faktor risiko
 - ❑ Memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat
- ❑ **Kehamilan Risiko Sangat Tinggi [KRST]. Skor \geq 12**
 - ❑ Kehamilan dengan faktor risiko : a) **Perdarahan** sebelum bayi lahir → dampak gawat darurat bagi ibu dan janin, b) Faktor risiko dua/lebih, tingkat risiko kegawatan meningkat, perlu penanganan dokter spesialis di RS rujukan

Faktor Risiko/ Masalah

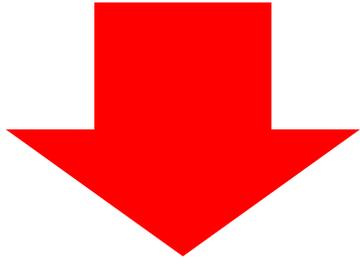


❑ Faktor Risiko / Masalah

- ❑ Kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian / kesakitan
- ❑ Faktor risiko dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, III



Klasifikasi Risiko Kehamilan



Kelompok I = **APGO**

- Ada Potensi Gawat Obstetrik
- Ada 10 faktor risiko : **7 Terlalu, 3 Pernah**

Kelompok II = **AGO**

- Ada Gawat Obstetrik
- Ada 8 faktor risiko. Tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tapi tidak darurat

Kelompok III = **AGDO**

- Ada Gawat Darurat Obstetrik
- Ada 2 faktor risiko
- **Total seluruh faktor risiko ada 20**

Kelompok I = APGO

NO	FAKTOR RISIKO (FR I)	BATASAN – KONDISI IBU
1	Primi muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
2	Primi tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak terkecil < 2 thn	Terlalu cepat punya anak lagi, anak terkecil < 2 tahun
5	Grande multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan : a. Hamil pertama b. Hamil kedua/lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi aterm dan hidup

7 FAKTOR TERLALU

Kelompok I = APGO

NO	FAKTOR RISIKO (FR I)	BATASAN – KONDISI IBU
8	Pernah gagal hamil	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu : a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali c. Hamil terakhir bayi lahir mati / IUFD
9	Pernah melahirkan dengan tindakan	a. Pernah melahirkan dengan vacum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim / manual plasenta c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah operasi sesar / SC	Pernah melahirkan bayi dengan operasi SC sebelum kehamilan ini

3 PERNAH

Kelompok II = AGO

NO	FAKTOR RISIKO (FR I)	BATASAN – KONDISI IBU
11	Penyakit ibu hamil a. Anemia b. Malaria c. TBC d. Payah jantung e. Kencing manis f. PMS, dll	Pucat, lemas, mudah lelah, lesu, mata berkunang-kunang Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu, kurus Sesak nafas, jantung berdebar, kaki bengkak Diketahui dari diagnosa dokter & pmx lab Diketahui dari diagnosa dokter & pmx lab
12	Preeklampia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
13	Hamil kembar/gemelli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
14	Hamil kembar air/hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil

Kelompok II = AGO

NO	FAKTOR RISIKO (FR I)	BATASAN – KONDISI IBU
15	Hamil lebih bulan / serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
16	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi, perut mengecil
17	Letak sungsang	Rasa berat (<i>nggandol</i>) menunjukkan letak dari kepala janin : a. Di atas perut : kepala bayi ada di atas
18	Letak lintang	b. Di samping perut : kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri

Kelompok III = AGDO

NO	FAKTOR RISIKO (FR I)	BATASAN – KONDISI IBU
19	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bayi
20	Preeklampsia berat/ eklampsia	Pada hamil 6 bulan lebih : sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine terdapat albumin Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Ibu dengan faktor risiko kelompok III sangat membutuhkan :

1. Pengenalan dini
2. Rujuk segera tepat waktu
3. Penanganan adekuat di RS pusat rujukan

Skrining Antenatal pada Ibu Hamil



Skrining → komponen penting dalam pelayanan kehamilan yang harus diikuti dengan KIE pada ibu hamil & suami utk persiapan persalinan aman & antisipasi rujukan terencana

Beberapa faktor risiko yg ada pada ibu hamil akan dapat diprediksi kemungkinan komplikasi yang akan terjadi. Mis : Prediksi persalinan macet pada ibu hamil dgn TB 140 cm

Skrining harus dilakukan berulang kali sehingga dapat ditemukan secara dini faktor risiko yang berkembang pada umur kehamilan lebih lanjut

Jalur Diagram Skrining pada Ibu Hamil



Pada semua ibu hamil dilakukan skrining. **1) Skrining pertama** → memisahkan kelompok ibu hamil tanpa faktor risiko dan kelompok dengan risiko

2) Skrining kedua → Dapat dipisahkan lagi kelompok ibu hamil dengan faktor risiko tinggi yang membutuhkan rujukan & penanganan namun masih bisa ditunda

Dan juga kelompok ibu hamil dengan risiko sangat tinggi yang harus segera dirujuk dan ditangani dengan tindakan segera

Jalur Diagram Skrining pada Ibu Hamil



Dalam pendekatan risiko, kegiatan skrining antenatal berbasis keluarga di masyarakat.

Skrining harus dilakukan dengan teliti dan sistematis pada semua ibu hamil, berulang kali selama kehamilan sampai dekat persalinan

Saat ini skrining dilakukan oleh kader yang terlatih. Kedepannya skrining dapat dilakukan oleh ibu hamil sendiri, suami dan keluarga.

Cara Pemberian Skor



Tiap kondisi ibu hamil (umur & paritas) dan faktor risiko diberi nilai **2, 4, 8**

Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor **2 sebagai skor awal.**

Tiap faktor risiko skornya 4, kecuali **bekas operasi SC, letak sungsang, letak lintang, APB dan PEB/Eklampsia** diberi skor **8**

Cara Pemberian Skor



Skor awal X → skor dari umur dan paritas yang merupakan karakteristik pada setiap ibu hamil

Skor awal X+Y → Nilai Y adalah skor dari faktor risiko yang mungkin sudah ditemukan pada kontak pertama

Jumlah skor dapat tetap/bertambah, disesuaikan dengan faktor risiko yang muncul dikemudian hari

Cara Pemberian Skor



Jumlah skor tidak akan berkurang walaupun gejalanya tidak ada lagi, misalnya : edema tungkai pada PER, karena faktor risikonya tetap ada & gejala dari faktor risiko tsb sewaktu-waktu dapat timbul kembali

Dengan pengertian bahaya dari PE/E tetap masih ada sampai persalinan dan nifas selesai/sampai 42 hari pasca persalinan

Contoh kasus : ibu hamil dengan APB, setelah mendapat perawatan & pengeluaran darah berhenti → maka **skor tetap tidak berkurang** karena perdarahan dapat setiap saat timbul lagi, & bahaya perdarahan masih tetap ada

Penghitungan Jumlah Skor dan Kode Warna

Kasus Keh	Kontak	Pemberian Skor	Jumlah	Kode Warna
<ul style="list-style-type: none">▪ Ibu hamil usia 30 thn, hamil ketiga▪ Saat ini mengalami anemia	I	2 4	6	Kuning
<ul style="list-style-type: none">▪ Keadaan tetap	II, III	Tetap	6	Kuning
<ul style="list-style-type: none">▪ Pada UK 8 bulan terjadi perdarahan, oleh ibu PKK dirujuk & dirawat di RS. Setelah perdarahan berhenti ibu pulang	IV	8	14	Merah
<ul style="list-style-type: none">▪ Dirumah tidak ada perdarahan. Ibu PKK melakukan kontak	V	Tetap	14	Merah
<ul style="list-style-type: none">▪ Mendadak perdarahan banyak, ibu PKK segera merujuk ke RS		Tetap	14	Merah

Kehamilan & Persalinan Aman

KEHAMILAN					PERSALINAN	
Jumlah Skor	Keh Risiko	Kode Warna	Perawatan	Rujukan	Tempat	Penolong
2	KRR	Hijau	Bidan	Tidak dirujuk	Rumah Polindes	Bidan
6-10	KRT	Kuning	Bidan Dokter	Polindes PKM RS	Polindes PKM RS	Bidan Dokter
≥12	KRST	Merah	Dokter	RS	RS	Dokter

Let's do some exercise!

1. Setiap mahasiswa membuat 1 kasus untuk temannya (kasus berdasarkan faktor risiko yang sudah dijelaskan)
2. Secara perpasangan, mahasiswa saling bertukar kasus
3. Mahasiswa mengerjakan/mengisi lembar KSPR sesuai kasus yang didapatkan
4. Perwakilan 5 (lima) mahasiswa mempresentasikan hasil pengisian lembar KSPR dan analisisnya



Follow Up...



1. Hasil pengisian KSPR secara individu dirapihkan, diletakkan pada logbook individu dikumpulkan pada pertemuan ke-3
2. *Presentasi kelompok minggu depan tanggal 14 Maret 2017*
 - Anemia dalam kehamilan
 - Hiperemesis Gravidarum
 - Blighted Ovum



**KEEP CALM,
STUDY HARD
AND
BECOME A
MIDWIFE**