

PENANGANAN AWAL DAN RUJUKAN PADA IBU HAMIL DENGAN KASUS KEGAWATDARURATAN SESUAI DENGAN KEWENANGAN

TIM TEACHING MATKUL ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

PRODI D-3 KEBIDANAN SEKOLAH VOKASI UNS

MONDAY, 25TH OCTOBER 2021



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR
HK.01.07/MENKES/320/2020 TENTANG STANDAR PROFES BIDAN

Daftar Masalah Kewenangan Bidan Kemudian
Dianalisis Dan Divalidasi Dengan Metode FGD
Focus Group Discussion (FGD) Dan *Nominal Group
Technique* (NGT) Bersama Para Bidan Dan Pakar Yang
Mewakili Pemangku Kepentingan.



POINT
5.

1. GIZI KURANG
2. ANEMIA KEHAMILAN
3. HIPEREMESIS GRAVIDARUM
4. OLIGO/POLIHIDRAMNION
5. KEHAMILAN MOLA
6. KEHAMILAN GANDA
7. IUGR

1. GIZI KURANG PADA IBU HAMIL

KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)

→LILA kurang dari atau sama dengan 23,5 cm

Akibat lain dari KEK

- Kerusakan struktur susunan syaraf pusat terutama pada tahap pertama pertumbuhan otak (hiperplasia) yang terjadi selama dalam kandungan.
- Masa rawan **pertumbuhan sel-sel saraf** terjadi pada **trimester 3** kehamilan **sampai sekitar 2 tahun setelah lahir**. Kekurangan gizi pada masa dini perkembangan otak akan menghentikan sintesis protein dan DNA yang dapat mengganggu pertumbuhan otak terganggu sehingga sel-sel otak yang berukuran normal lebih sedikit.
- Dampaknya akan terlihat pada struktur dan fungsi otak di masa mendatang yang berpengaruh pada intelektual anak (Soetjningsih, 2009)

1. Intervensi Gizi Spesifik

Pada periode ini, jika terjadi gangguan kesehatan maka akan berdampak permanen pada anak

Intervensi yang diberikan secara spesifik pada sektor kesehatan, khususnya pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) anak.

- ❖ Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) dan suplemen vitamin A bagi Ibu Hamil
- ❖ Promosi ASI Eksklusif
- ❖ Pemberian MP-ASI
- ❖ Pemberian makanan tambahan
- ❖ Imunisasi dasar

2. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi gizi sensitif meliputi ketahanan pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi, penanggulangan kemiskinan, pendidikan, sosial, dan sebagainya, memiliki kontribusi sebesar 70% sedangkan intervensi di sektor kesehatan sendiri hanya berkontribusi sebesar 30% dalam penanganan stunting.



2. ANEMIA KEHAMILAN

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) < 11gr% pada trimester I dan III sedangkan pada trimester II kadar hemoglobin < 10,5 gr%.

Anemia selama kehamilan dapat berakibat fatal, memiliki efek negatif pada kapasitas kerja, motorik dan perkembangan mental pada bayi, anak-anak, dan remaja. Pada ibu hamil, anemia dapat menyebabkan berat lahir rendah, kelahiran prematur, keguguran, partus lama, atonia uteri dan menyebabkan perdarahan serta syok (Rai, dkk, 2016)

Minimal 90 tablet penambah darah untuk ibu hamil

3. HYPEREMESIS GRAVIDARUM

- Keadaan muntah muntah yang berat/ berlebihan, lebih dari 8x dalam 24 jam atau setiap saat, menimbulkan gejala dehidrasi, gangguan asam basa, dan elektrolit sehingga mengganggu kesehatan dan pekerjaan sehari-hari (WHO,2013).
- Clinical Feature HEG
 1. Mual dan muntah berlebih + ptyalism (ketidakmampuan menelan air liur).
 2. Dehidrasi dikaitkan penurunan berat badan >5% dari berat sebelum hamil
 3. Ketidakseimbangan elektrolit termasuk keto asidosis

Faktor penyebab HEG

- Kehamilan sebelumnya dengan Hiperemesis gravid, Berat Badan >>> (Obesitas), kehamilan multiple dan penyakit trofoblas, nulipara (Treatment for Hiperemesis gravidarum, 2012)
- Faktor keturunan bisa menjadi penyebab HEG tetapi persentasenya kecil, pada penelitian dikatakan 28 % bahwa anak perempuan dan saudara perempuan dari wanita yang mengalami HEG akan lebih memiliki kemungkinan yang lebih besar mengalami HG pada kehamilannya.
(Sex ratio and twinning in woman with hyperemis epidemiology, 2001)

DERAJAT DEHIDRASI

- **Derajat I**

Mual muntah terus menerus disertai dengan intoleransi makanan dan minuman. Tekanan darah sistol mulai menurun dan nadi >100 , mata cekung lidah kering, turgor kulit berkurang, urin normal.

- **Derajat II**

Mual muntah terus menerus disertai rasa haus hebat, penurunan BB, nadi 100-140 dan tekanan sistol < 80 mmHg dengan ikterik, apatis, kulit pucat, lidah kotor,aseton (+), bilirubin (+). Berat Badan turun cepat.

- **Derajat III**

Muntah dan mual berkurang. Ikterus (+), sianosis, nistagmus, gangguan jantung, bilirubin urin (+), proteinuria. Pasien dengan keadaan delirium/koma, keluhan sudah tidak ada karena penurunan kesadaran.

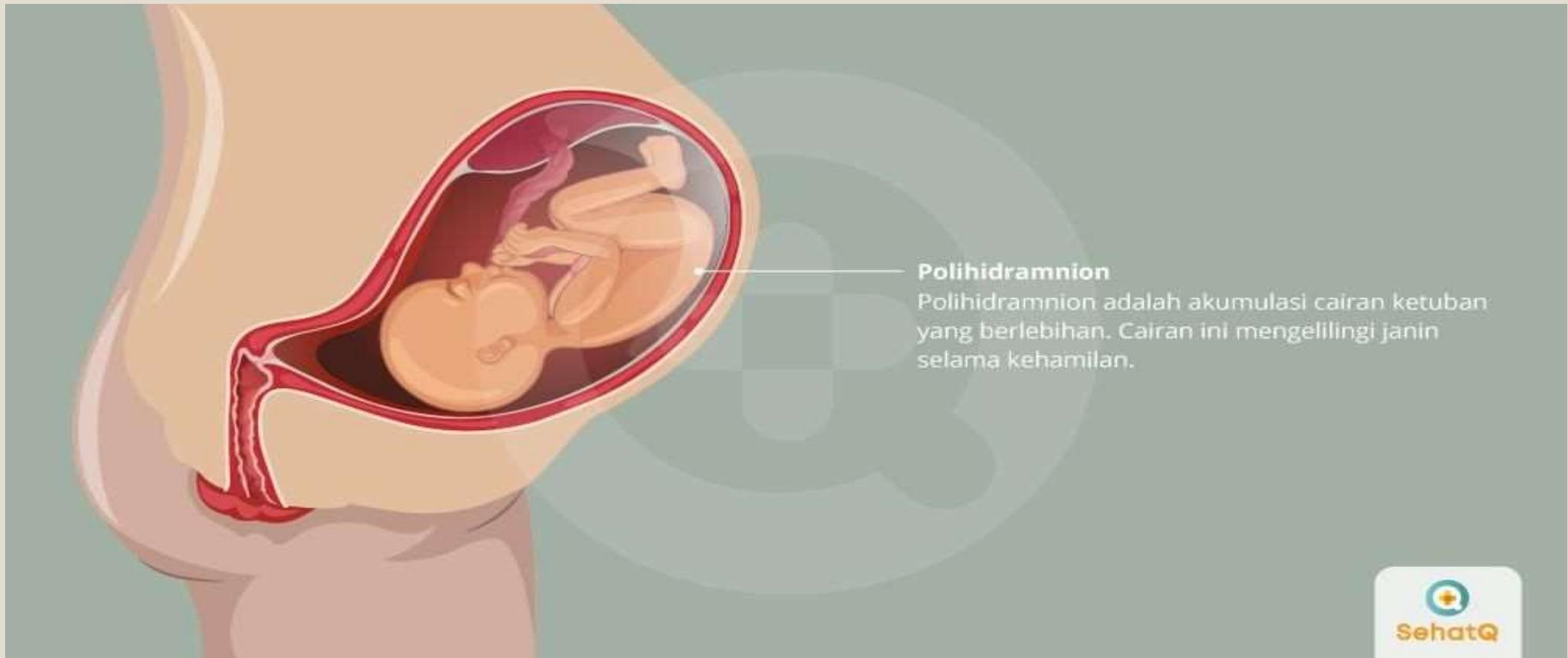
(WHO, 2013)

Other management

- Dukungan psikologis
- Nasihat diet

 - a. Makan biskuit kering, roti atau sereal sebelum bangun di pagi hari; bangun dari tempat tidur perlahan dan hindari gerakan mendadak
 - b. Minumlah cairan di antara waktu makan dan bukan dengan makanan untuk mengurangi volume asupan
 - c. Hindari makanan berminyak atau pedas yang besar
 - d. agar kamar berventilasi baik dan bebas bau

4. OLIGO/ POLIHYDRAMNION



Polihidramnion

Polihidramnion adalah akumulasi cairan ketuban yang berlebihan. Cairan ini mengelilingi janin selama kehamilan.

Terjadi pada sekitar 1-2 persen kehamilan

- Pada kebanyakan kasus, tingkat polihidramnion tergolong ringan dan merupakan hasil dari penumpukan air ketuban secara bertahap pada trimester kedua kehamilan.

“**Hidramnion**” adalah peningkatan patologis volume cairan amnion hingga lebih dari 2000 mL, sedangkan pada usia 22-39 minggu kehamilan rata-rata volume cairan amnion sekitar 630-817 mL.

Produksi meningkat bisa karena poliuri fetus yang sering dihubungkan dengan gestational diabetes dan makrosomia. Reabsorpsi terganggu bila terdapat anomali fetal dengan gangguan menelan cairan amnion

Diagnosis polyhidramnion terutama ditegakkan dengan ultrasonografi

- Persalinan dengan polyhidramnion tidak dianjurkan untuk induksi dan diharapkan dapat normal pervaginal. Akan tetapi perlu pengawasan yang ketat terhadap kemungkinan persalinan preterm, ketuban pecah dini, malpresentasi, distosia, prolaps tali pusat dan perdarahan postpartum.

Edukasi pada keadaan polyhidramnion bertujuan agar memberi kenyamanan sebesar mungkin kepada ibu hamil, memperpanjang masa kehamilan, dan memperkecil risiko mortalitas neonatus

5. MOLA HIDATIDOSA

Kehamilan mola merupakan proliferasi abnormal dari villi khorialis, sering di sebut Hamil Anggur

Tanda adanya mola hidatidosa adalah :

Gejala sangat bervariasi mulai perdarahan mendadak disertai shock sampai perdarahan samar - samar sehingga sukar untuk dideteksi

1. Seperti hamil muda, tetapi derajat keluhan sering lebih hebat Uterus lebih besar dari usia kehamilan
2. Tidak ada tanda-tanda adanya janin Nyeri perut
3. Serviks terbuka
4. Mungkin timbul preeklamsia atau eklamsia pada usia kehamilan > 24 minggu Penegakkan diagnosis kehamilan mola dibantu dengan pemeriksaan USG

Untuk memudahkan Anda memahami ibu dengan Mola Hydatidosa, sebaiknya pahami gejala yang dialami ibu baik secara subyektif maupun obyektif seperti dibawah ini.

DATA MOLA HYDATIDOSA

DATA SUBYEKTIF

- Amenorea
- Nyeri Perut

DATA OBYEKTIF

- Terdengar DJJ
- HCg >>> utama setelah hari ke 100
- USG. gambaran badai salju (*snow flake pattern*)
- Perdarahan Pervaginam
- Uterus lebih besar/ tidak sesuai dengan usia kehamilan
- Tidak teraba bagian anak

Penatalaksanaan kegawatdaruratan dengan mola hydatidosa

a. Tatalaksana Umum

- Diagnosis dini tanda mola
- Beri infus NS/RL preventif terhadap perdarahan hebat
- Observasi kadar HCg
- Observasi kadar Hb dan T/N/S serta perdarahan pervaginam
- Rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap untuk dilakukan evakuasi jaringan mola

b. Tatalaksana Khusus

- Pasang infus oksitosin 10 unit dalam 500 ml NaCl 0.9% atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes/menit untuk mencegah perdarahan.

Pengosongan isi uterus dengan menggunakan Aspirasi Vakum Manual (AVM) Ibu dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal bila masih ingin memiliki anak, atau tubektomi bila ingin menghentikan kesuburan.

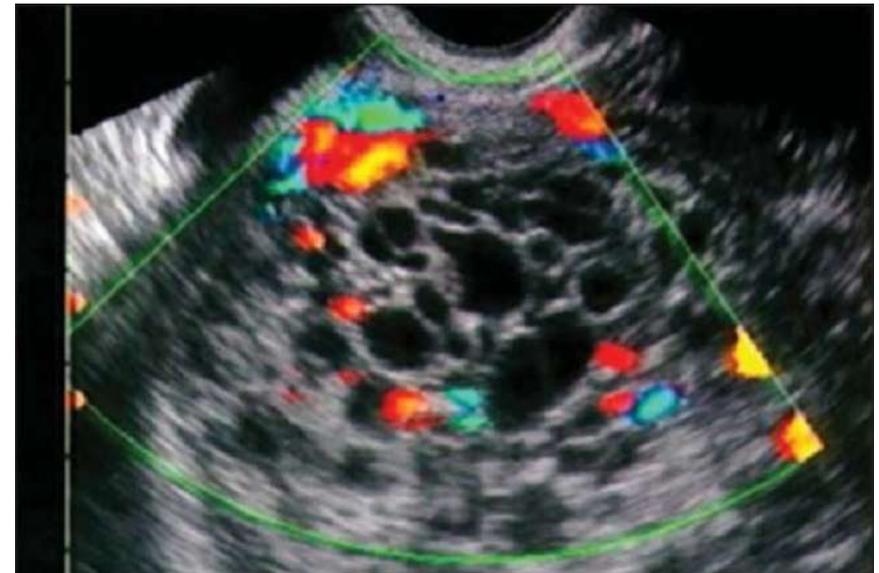
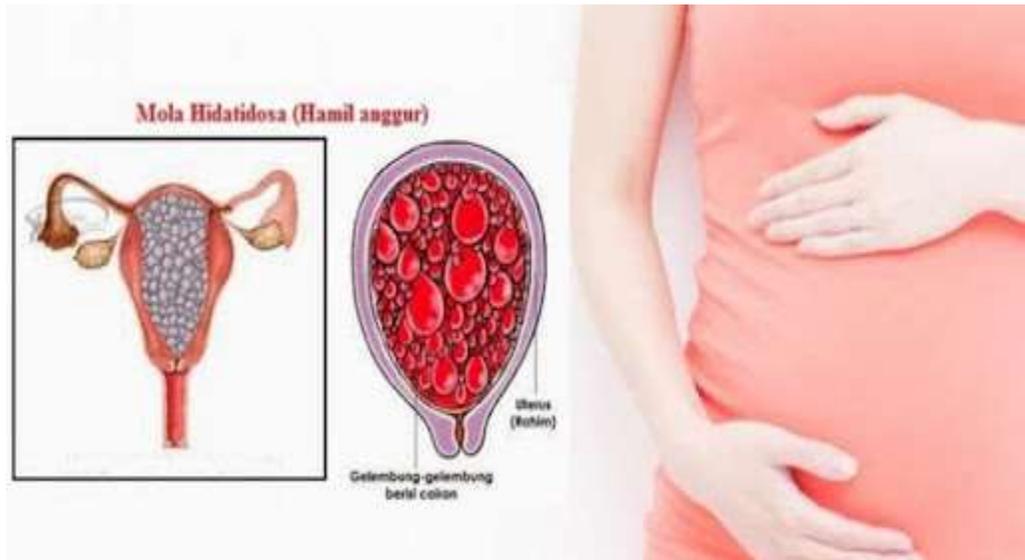
Selanjutnya ibu dipantau:

- Pemeriksaan HCG serum setiap 2 minggu.
- Bila hasil HCG serum terus menetap atau naik dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut, ibu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier yang mempunyai fasilitas kemoterapi

c. Penanganan Selanjutnya

- Pasien dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal atau tubektomi
- Lakukan pemantauan setiap 8 minggu selama minimal 1 tahun pasca evakuasi dengan menggunakan tes kehamilan dengan urin karena adanya resiko timbulnya penyakit trofoblas yang menetap

Jika tes kehamilan dengan urin yang belum memberi hasil negatif setelah 8 minggu atau menjadi positif kembali dalam satu tahun pertama, rujuk ke rumah sakit rujukan tersier untuk pemantauan dan penanganan lebih lanjut



6. KEHAMILAN GANDA

Kehamilan ganda yang dialami ibu hamil, dapat menimbulkan masalah baik untuk janin ataupun ibunya serta proses persalinan. Melihat resiko demikian, maka persalinan sebaiknya dilakukan di tempat rujukan.

Tanda dan gejala kehamilan ganda

1. Ukuran uterus, tinggi fundus uterus (TFU) dan lingkar abdomen melebihi ukuran yang seharusnya untuk usia kehamilan akibat pertumbuhan uterus yang pesat pada trimester dua.
2. Mual dan muntah berat (akibat peningkatan kadar HCg)
3. Adanya riwayat kembar dalam keluarga
4. Riwayat penggunaan obatpenyubur sel telur
5. Pada palpasi abdomen didapatkan tiga atau lebih bagian besar dan/atau banyak bagian kecil yang semakin mudah diraba terutama trimester ketiga
6. Pada auskultasi ditemukan lebih dari satu bunyi denyut jantung janin yang jelas berbeda (berbeda >10 denyut jantung per menit dan terpisah dari jantung ibu).

Asuhan Kebidanan Pada Untuk Ibu Dengan Kehamilan Ganda

- Sebelum melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan dengan kehamilan ganda, untuk mempermudah mengidentifikasi kondisi ibu, perlu mengkaji data baik secara
- Subyektif ataupun obyektif seperti dibawah ini :

DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan ibu mual dan muntah berat (akibat peningkatan kadar HCg)
2. Adanya riwayat kembar dalam keluarga
3. Riwayat penggunaan obat penyubur sel telur

Penatalaksanaan yang diberikan bidan untuk ibu dengan kehamilan ganda adalah :

- a. Bekerjasama dengan seorang dokter konsultan yang dapat segera dihubungi
- b. Konseling pada pasangan untuk :
 - Pengamatan terhadap perubahan dan rencana persalinan
 - Pemeriksaan kehamilan lebih sering

DATA OBYEKTIF

1. Ukuran uterus, tinggi fundus uterus (TFU) dan lingkar abdomen melebihi ukuran yang seharusnya untuk usia kehamilan yang pesat pada trimester dua
2. Pada palpasi abdomen didapatkan tiga atau lebih bagian besar dan/atau banyak bagian kecil yang semakin mudah diraba terutama pada trimester ketiga.
3. Pada auskultasi ditemukan lebih dari satu bunyi denyut jantung janin

7. IUGR SAAT HAMIL, PENYEBAB PERTUMBUHAN JANIN TERHAMBAT

ADA 2 TIPE IUGR

1. IUGR SIMETRIS: INI ADALAH KONDISI TUBUH JANIN KECIL TAPI PROPORSIONAL. ARTINYA, BENTUK TUBUH JANIN PROPORSIONAL, NAMUN UKURANNYA LEBIH KECIL DIBANDINGKAN DENGAN JANIN NORMAL.
2. IUGR ASIMETRIS: INI ADALAH KONDISI KETIKA JANIN MEMILIKI UKURAN KEPALA DAN OTAK YANG NORMAL, NAMUN BAGIAN TUBUH LAINNYA BERUKURAN KECIL.

Penyebab IUGR

Kebanyakan kasus ini terjadi karena masalah pada plasenta → sel yang menghubungkan ibu dengan janin di dalam perut, untuk membawa oksigen dan segala nutrisi.

Masalah kesehatan yang mungkin terjadi pada ibu dengan IUGR adalah sebagai berikut:

1. Diabetes
2. Tekanan darah tinggi
3. Penyakit jantung
4. Infeksi seperti rubella, toksoplasmosis, sipilis, dan cytomegalovirus
5. Penyakit ginjal
6. Penyakit paru
7. Malnutrisi
8. Anemia.



- Gejala utama dari IUGR adalah janin berukuran kecil dan tidak sesuai dengan standar perkembangan kehamilan di usianya. Gejala IUGR juga bisa berbeda, tergantung penyebab IUGR pada tiap pasien. Bayi IUGR mungkin terlihat seperti kurang gizi, pucat, dan kulitnya kering.
- Tali pusat bayi IUGR juga terlihat tipis dan buram, padahal seharusnya tali pusat terlihat tebal dan mengilap.
- Menurut Figueras dan Gardosi (2011) Bayi mengalami IUGR jika hasil pengukuran berkelanjutan TFU tidak bertambah sesuai usia kehamilan, yang artinya bayi tidak bertambah besar sesuai masa kehamilan.



➔ RUJUKAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL



Definisi

- Sistem Rujukan
- Polindes
- Puskesmas PONED
- Rumah Sakit PONEK 24 Jam



Pengembangan Pra-Rumah Sakit

- Polindes
 - Bidan di Desa sebagai pengelola Polindes dan sekaligus ujung tombak upaya pelayanan PONED perlu mendapatkan pengetahuan dasar tentang tanda bahaya (*danger signs*)
- Puskesmas PONED
 - Cakupan pelayanan kebidanan
 - Perkiraan jumlah komplikasi yang akan terjadi
 - Ketenagaan



Pengembangan Pra-Rumah Sakit

- Kerjasama Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dengan Rumah Sakit Kabupaten / Kota
- Logistik
- Dana



Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri & neonatal

- Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.
- Bidan di Desa dan Polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil / ibu bersalin dan ibu nifas dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya



Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri & neonatal

- Puskesmas non-PONED harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal sebelum melakukan rujukan
- Puskesmas PONED mampu memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil / ibu bersalin dan ibu nifas dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.



THANK YOU