



# Penanganan awal dan rujukan pd ibu hamil dgn kasus kegawatdaruratan

**Tim Teaching MK Asuhan Kebidanan Kehamilan**

**Hardiningsih**

**M. Nur Dewi K**

# 1. Kehamilan dgn KEK (Kurang Energi Kronik)



- **Yaitu : kekurangan energy kalori & protein dlm jangka waktu yg lama**
- **Diagnosis : LiLA <23,5 cm**
- **Faktor predisposisi : asupan nutrisi yg kurang, faktor medis (penyakit kronik)**



- **Penatalaksanaan :**
  - a. **Berikan ibu makanan tambahan pemulihan, yaitu makanan bergizi yg diperuntukkan bagi ibu hamil sbg makanan tambahan utk pemulihan gizi, yg bs didapatkan di Puskesmas**
  - b. **Makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bhn makanan atau makanan local**
  - c. **Makanan tambahan diberikan setiap hari selama 90 hari berturut-turut. Target kenaikan BB ibu 12,5-18 kg selama kehamilan (TM I : 1,5-2 kg; TM II : 4,5-6 kg; TM III : 6,5-9,5kg )**



- **Yaitu : suatu keadaan mual&muntah pd kehamilan yg menetap, dgn frekuensi muntah  $>5x/hari$ , disertai dgn penurunan BB ( $>5\%$  dari BB sblm hamil) & dpt menyebabkan ketdkseimbangan elektrolit& asam basa, kekurangan gizi bahkan kematian**

# Etiologi

- **Perubahan hormonal : kadar hCG yg tinggi (TM I), peningkatan estrogen&progesterone saat hamil mengakibatkan penurunan motilitas gastrointestinal**
- **Gastrointestinal disfungsi : ibu memiliki gangguan pencernaan spt ulkus peptikus, hepatitis, pankreatitis**
- **Penciuman : hyperacuity dr indra penciuman**
- **Genetik**
- **Masalah psikologis**



# Komplikasi

- Melahirkan bayi dgn BBLR, melahirkan bayi preterm, kecacatan pd bayi, abortus



# Penanganan

- **Pertahankan kecukupan nutrisi ibu, tmsk suplementasi vitamin & asam folat di awal kehamilan**
- **Anjurkan istirahat yg cukup**
- **Hindari kelelahan**



# 4. Hidramnion



- **Yaitu : terdapatnya cairan amnion dlm jml yg berlebihan**
- **Berhubungan dgn peningkatan mortalitas & morbiditas perinatal serta komplikasi maternal – sol plc, disfungsi uterus, perdarahan pp**
- **Faktor predisposisi : ibu dgn DM, riwayat hidramnion dlm keluarga**





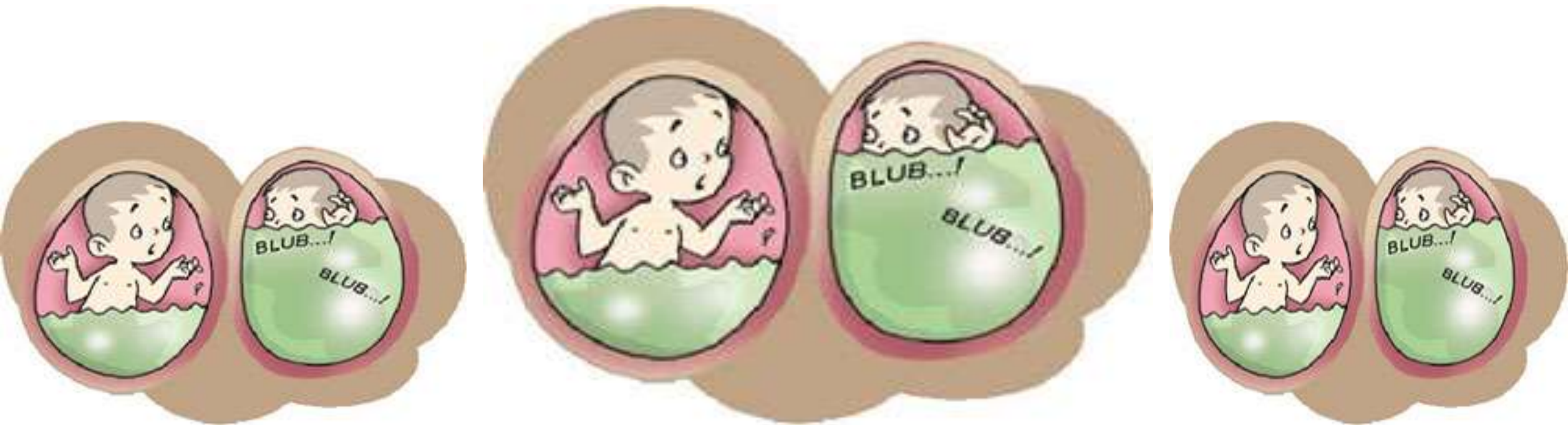
# Diagnosa

- Jml cairan amnion >2000ml
- Temuan klinis : ukuran uterus yg besar & tegang disertai dgn kesulitan meraba bag janin & mendengarkan DJJ
- Pemeriksaan USG

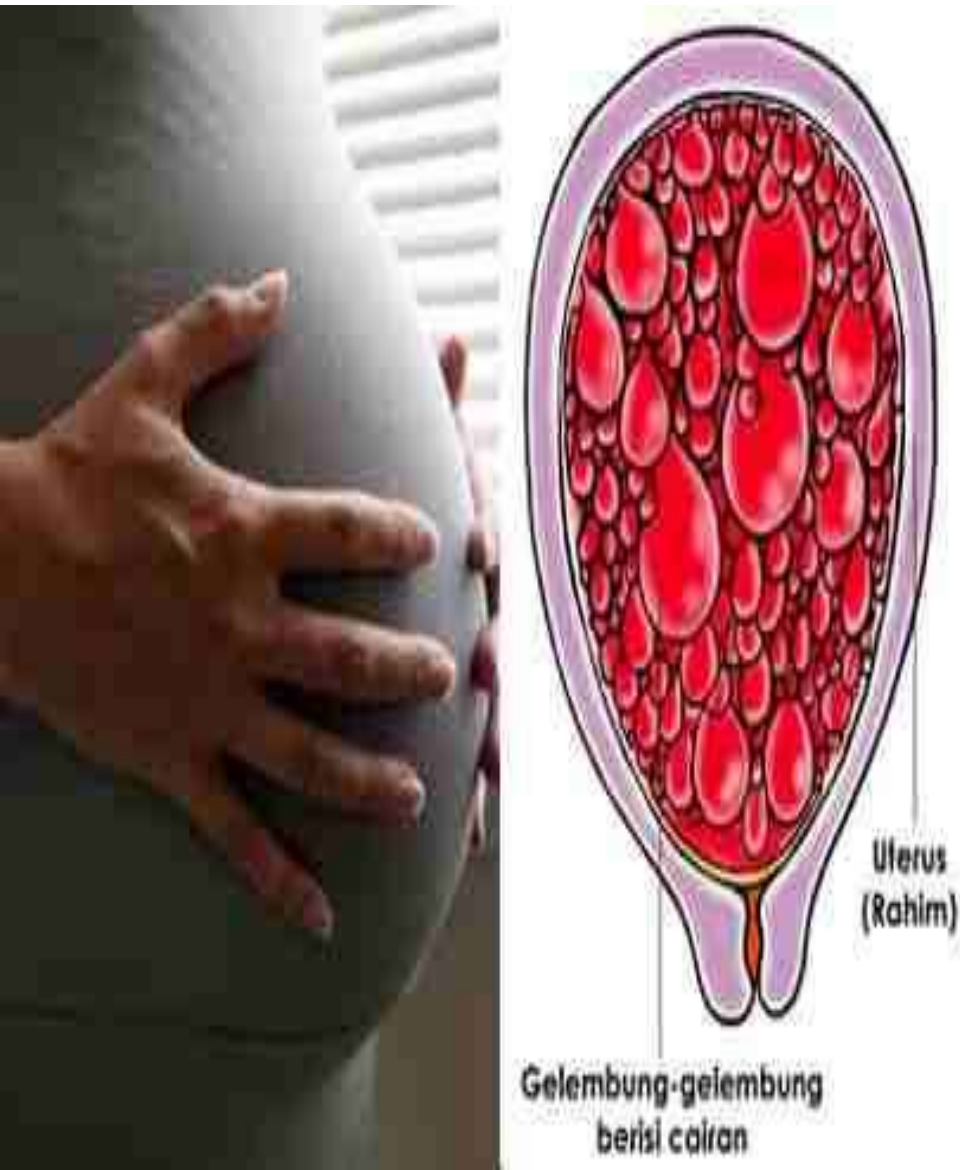


# Penanganan

- Rujuk ke RS utk mendapatkan penanganan yg lbh memadai
- Meliputi : amnioreduksi, amniotomi – konsultasikan dgn dr.SpOG



## 5. Kehamilan Mola (Mola hidatidosa)



### a. Tatalaksana Umum

- Kasus ini tdk boleh ditatalaksana pd fasilitas kesehatan dasar – ibu hrs dirujuk ke fasilitas kesehatan yg lbh lengkap.
- Jika serviks tertutup – pasang batang laminaria selama 24 jam utk mendilatasi serviks
- Siapkan darah utk transfuse – terutama pd mola yg besar

## b. Tatalaksana khusus

- Lakukan evakuasi dgn Aspirasi Vakum Manual (AVM) & kosongkan isi uterus scr cepat, pastikan tersedia 3 tabung AVM yg siap dipakai krn byknya jaringan yg dievakuasi
- Sementara proses evakuasi berlangsung – pasang oksitosin 10 IU dlm 500ml NaCl 0,9% atau RL dgn kecepatan 40-60 tpm utk mencegah perdarahan
- Ibu dianjurkan mgnk kontrasepsi hormonal bila msh ingin mpy anak atau tubektomi bila ingin menghentikan kesuburan
- Selanjutnya ibu dipantau : pemeriksaan HcG serum setiap 2 minggu

## 6. Kehamilan Ganda

- Yaitu : satu kehamilan dgn dua janin atau lebih
- Diagnosis :
  - a. Besar uterus melebihi usia kehamilan atau lamanya amenorea
  - b. Hasil palpasi abdomen mengarah ke kehamilan ganda :
    - ✓ Kepala janin relative lbh kecil dibandingkan dgn ukuran uterus
    - ✓ Teraba 2 balotemen atau lebih
    - ✓ Terdengar lbh dari satu DJJ dgn mgnk stetoskop fetal



# Faktor predisposisi

- **Usia ibu > 30 thn**
- **Konsumsi obat utk kesuburan**
- **Fertilisasi in vitro**
- **Faktor keturunan**



# Tatalaksana

- Asuhan antenatal sebaiknya dlkn oleh DSOG
- Persalinan utk kehamilan ganda sdpt mungkin dlkn di RS dgn fasilitas SC



# 7. IUGR (PJT/ Pertumbuhan Janin Terhambat)

- **Yaitu : keadaan dimana pertumbuhan janin tdk sesuai dgn masa gestasi yg seharusnya.**
- **PJT ditentukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yg harus dicapai pd UK tertentu.**
- **Penyebab pasti : faktor placenta & keadaan janin itu sendiri yg diakibatkan dari kelainan kromosom**





# Faktor predisposisi

- **Faktor ibu** : riwayat kehamilan dgn PJT sblmnya, riwayat BBLR, ibu dgn IMT kurang sblm kehamilan, ibu dgn status nutrisi kurang, usia ibu tllu muda <16 th atau tllu tua >35 th, status sosial ekonomi rendah, ibu dgn penyakit (anemia, HT kronik, DM), kebiasaan buruk ibu (merokok, konsumsi alcohol, napza)
- **Faktor janin** : infeksi kongenital (rubella, varicella, toxo, CMV, TBC, HIV, dsb), kehamilan ganda
- **Faktor placenta** : penurunan vaskularisasi uteroplacenter, sol plc, implantasi plc scr marginalis, kelainan plc, penuaan plc.



# Diagnosis

- Anamnesa : adanya keluhan yg ibu rasakan yg mengarah pd gejala yg disebabkan oleh faktor risiko – riwayat PJT, anemia, HT, DM
- DO : px USG (pasti), bidan – mlkn pemeriksaan TFU



# Komplikasi PJT

- **Antenatal** : prematuritas, sol plac, distress janin, IUFD
- **Intranatal** : distress janin, asfiksia, meningkatnya persalinan dgn SC, still birth (kematian janin saat proses persalinan)
- **Neonatal** : hipotermi, hipoglikemi, sepsi, sindrom distress pernafasan, hipoksia
- **Anak** : terhambatnya pertumbuhan TB, serebral palsy, keterlambatan dlm perkembangan, masalah pd perkembangan emosi & tingkah laku



# Tatalaksana (asuhan bidan)

- Mlkn pemantauan IMT ibu, pemantauan penambahan BB ibu selama kehamilan, konseling pemenuhan nutrisi yg tepat
- Mlkn penapisan anemia & mengatasi anemia sedini mungkin
- Ibu dgn kebutuhan khusus (adanya penyakit penyerta, kebiasaan buruk) – lakukan kolaborasi & rujukan
- Jk pd pemeriksaan didapatkan ketidaksesuaian dgn UK dlm pengukuran TFU – lkn kolaborasi & rujukan





Terimakasih