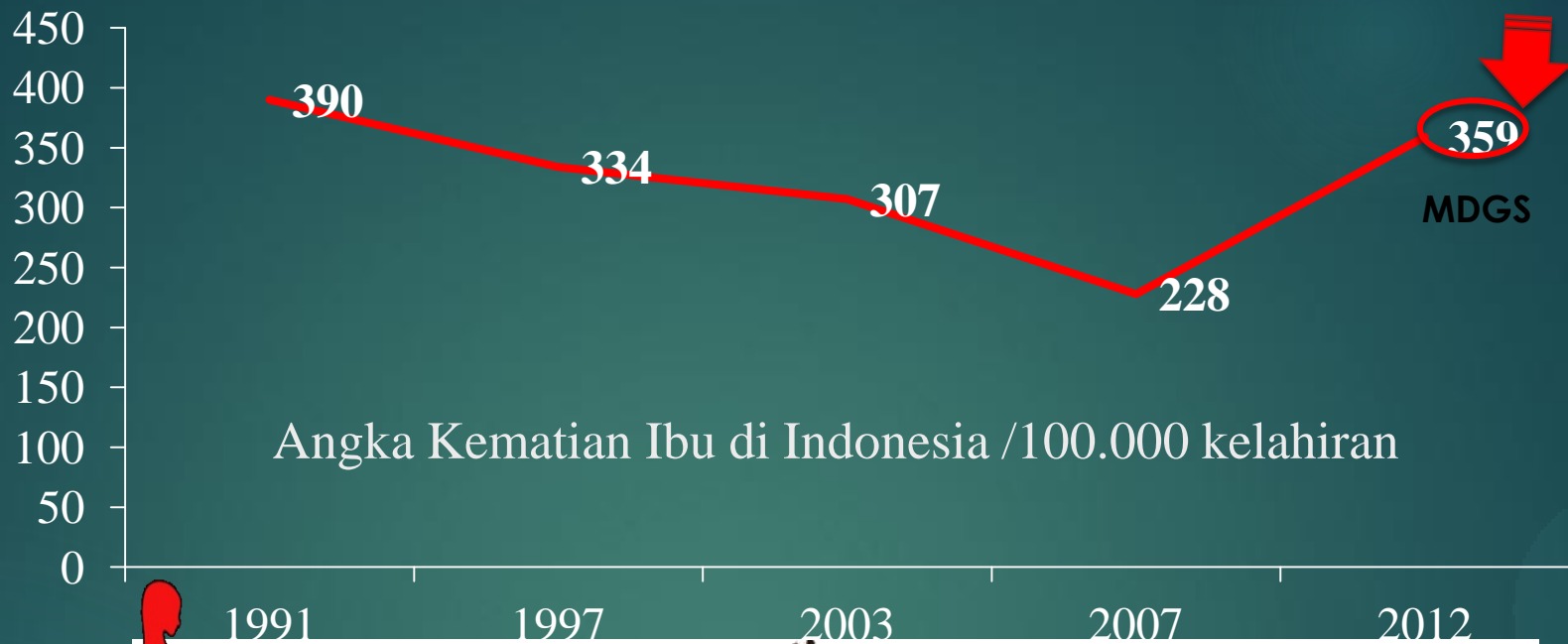


ASUHAN ANTENATAL BERKUALITAS: ANC TERPADU DAN TERFOKUS

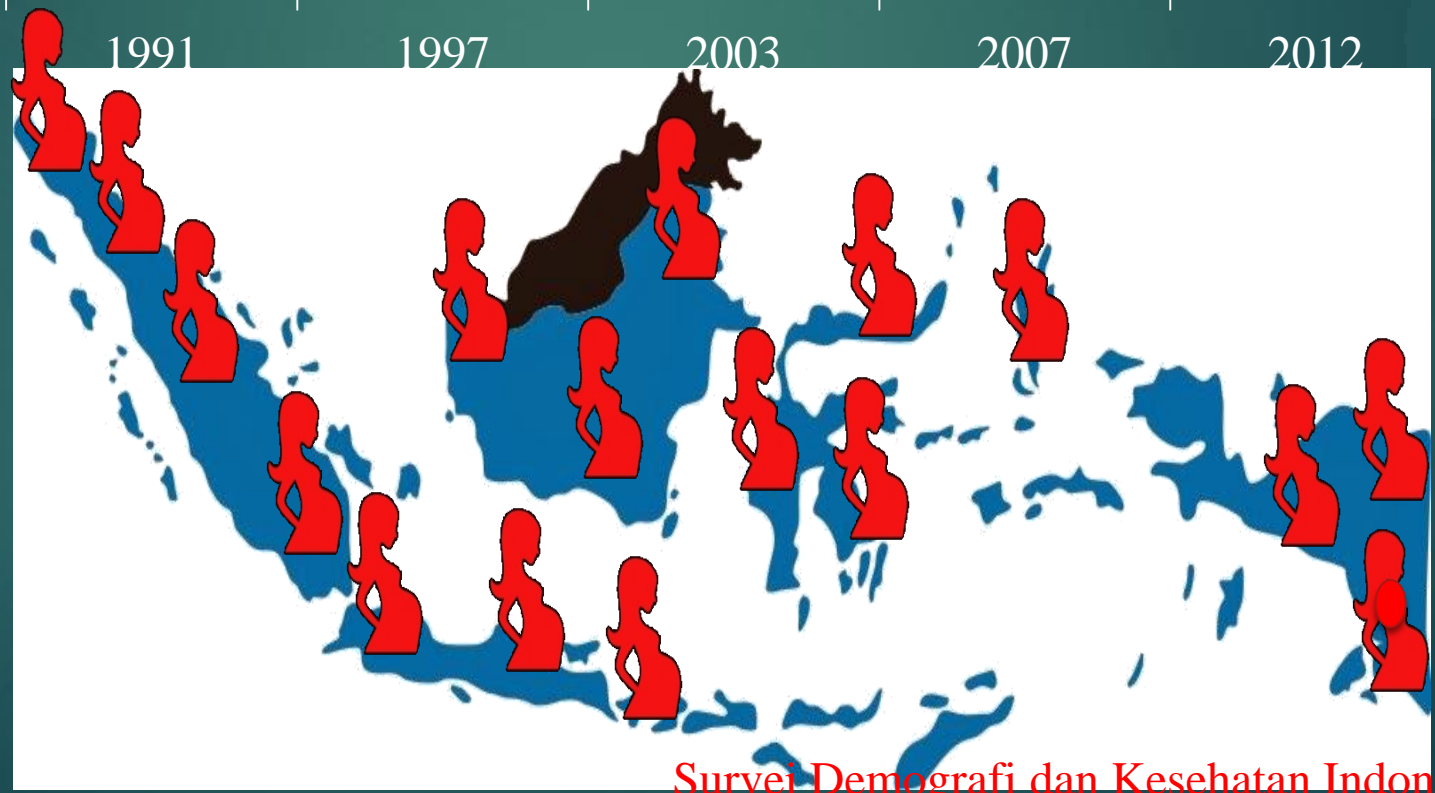


Maisuri T. Chalid

Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UNHAS
Universitas Hasanuddin



Angka Kematian Ibu di Indonesia /100.000 kelahiran



Karakteristik kematian ibu di Indonesia

Cause of death:

- ▶ Edema, proteinuria, & hypertensive dis. (32,4%)
- ▶ Postpartum hemorrhage (20.3%)

Period:

- ▶ Post partum (61.6%)

Age:

- ▶ <20 years (6.9%)
- ▶ >35 years (25.6%)

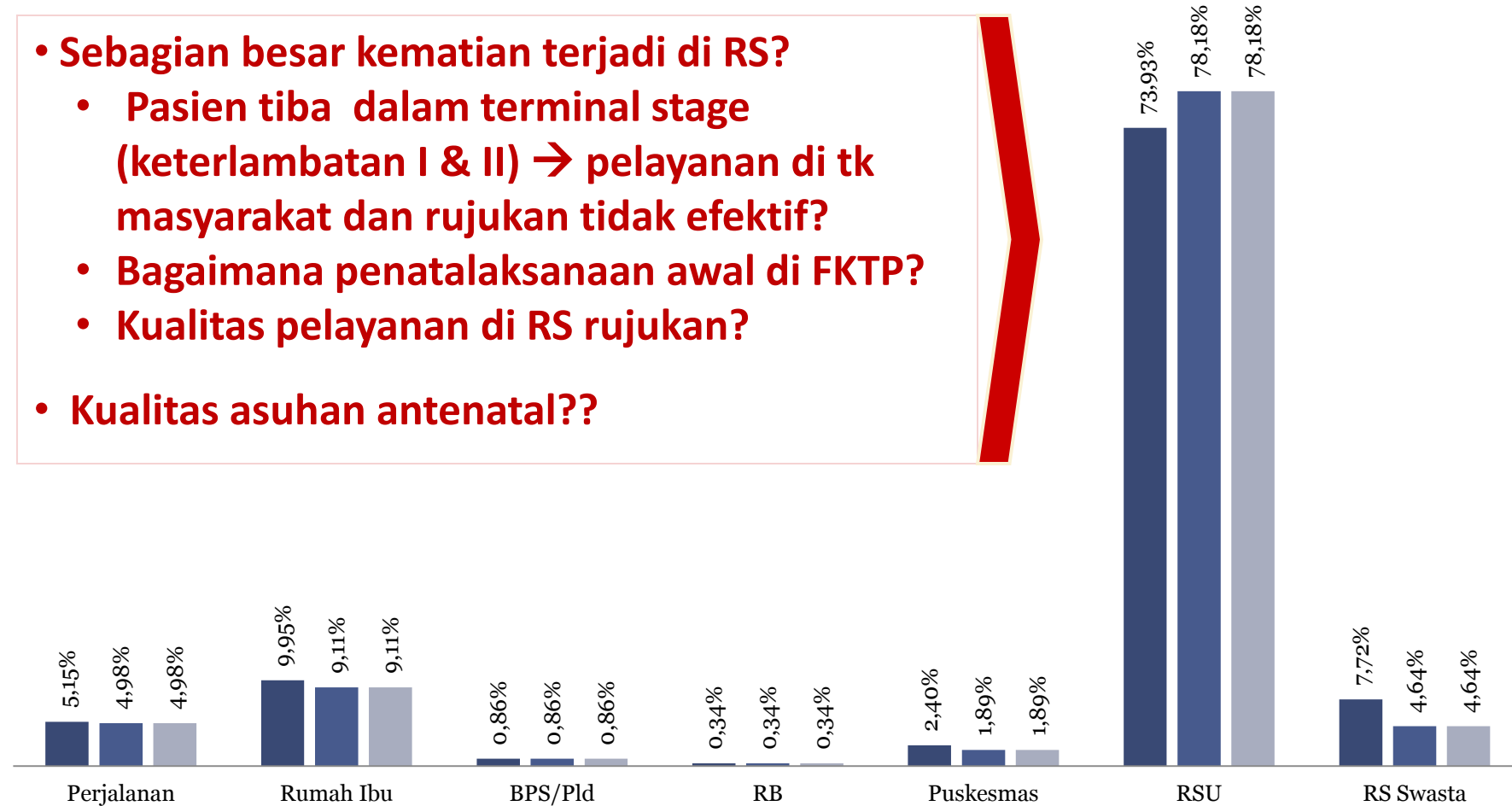
Place

- ▶ At home (29.4%)

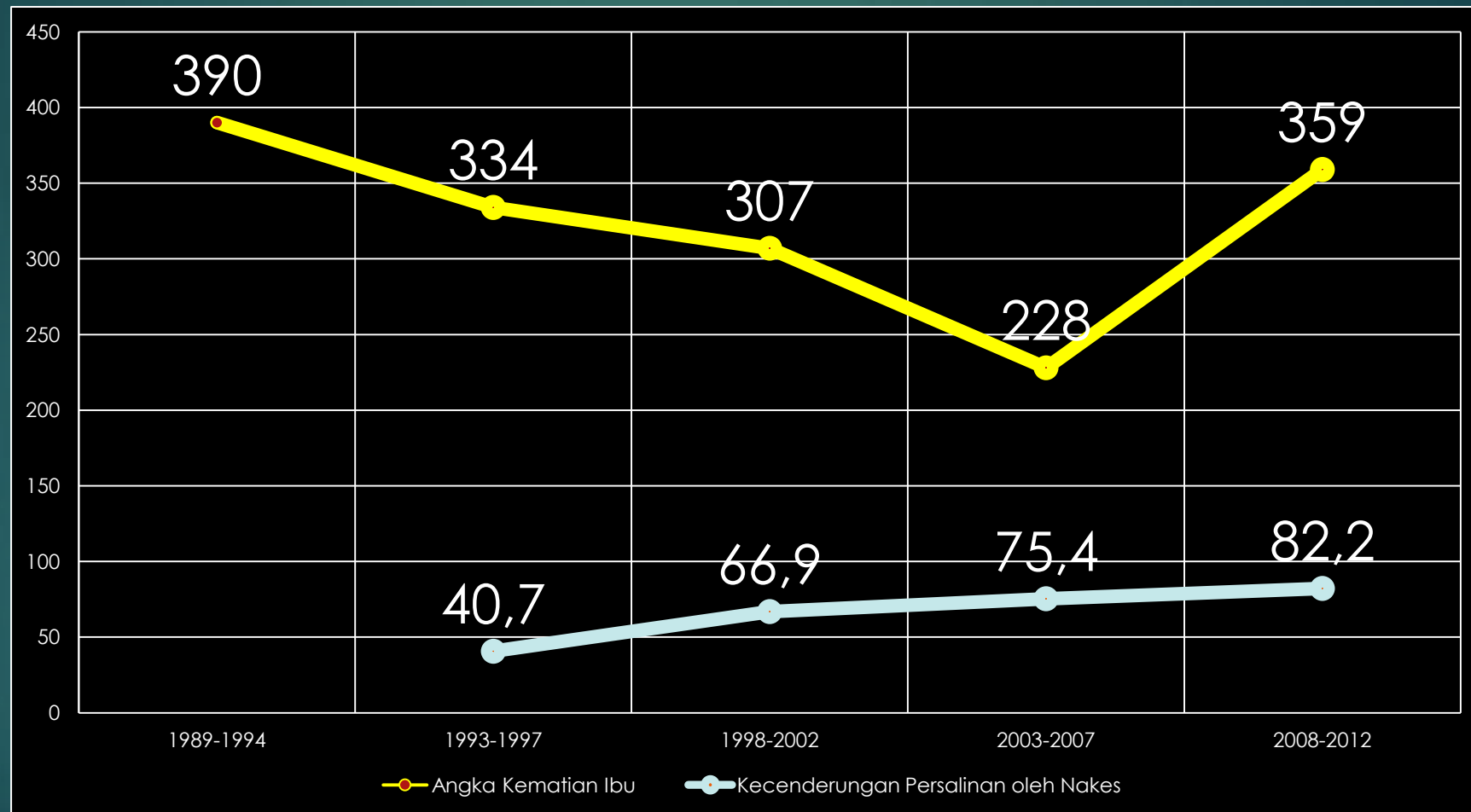
Tempat Kejadian Kematian 2011-2013

■ 2011 ■ 2012 ■ 2013

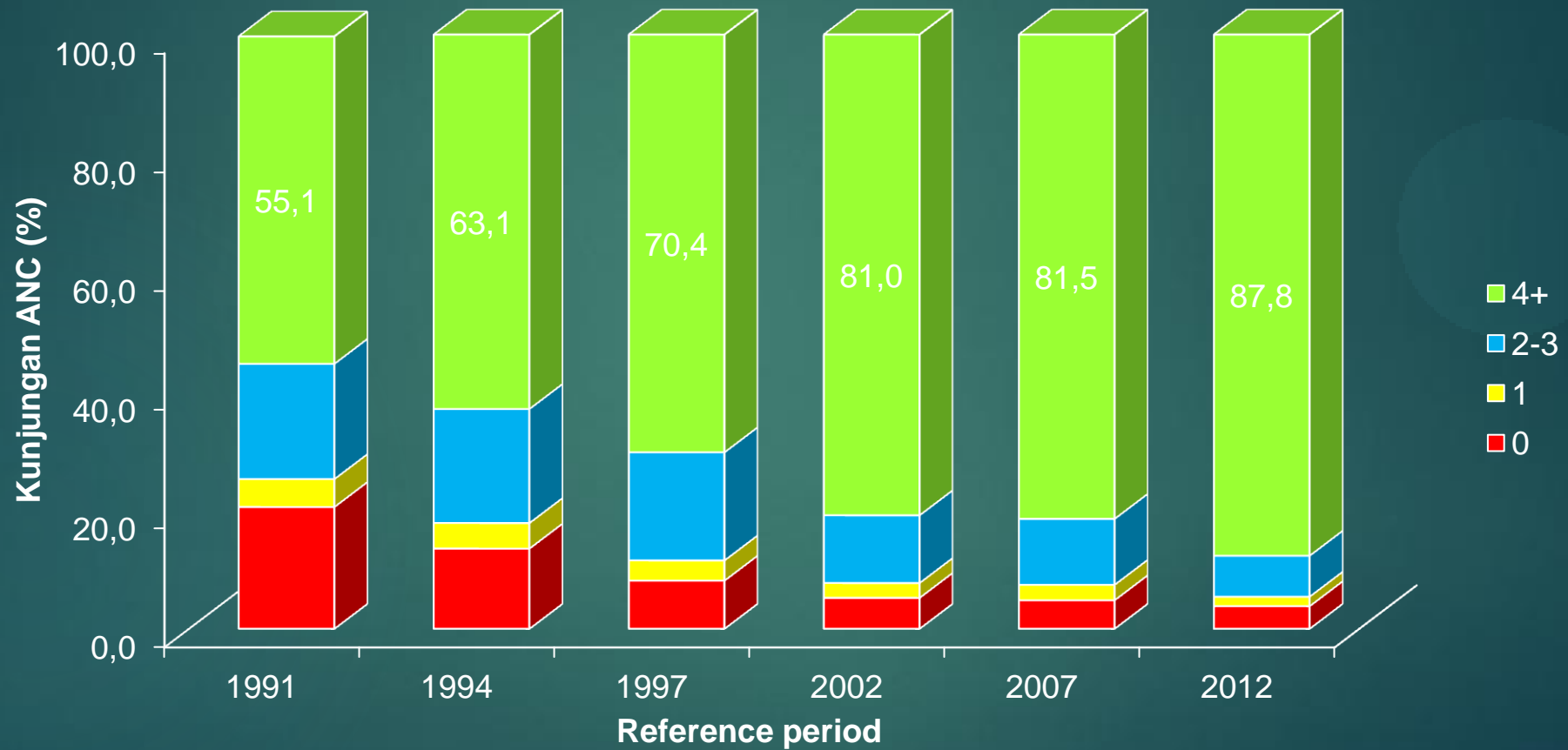
- **Sebagian besar kematian terjadi di RS?**
 - **Pasien tiba dalam terminal stage (keterlambatan I & II) → pelayanan di tk masyarakat dan rujukan tidak efektif?**
 - **Bagaimana penatalaksanaan awal di FKTP?**
 - **Kualitas pelayanan di RS rujukan?**
- **Kualitas asuhan antenatal??**



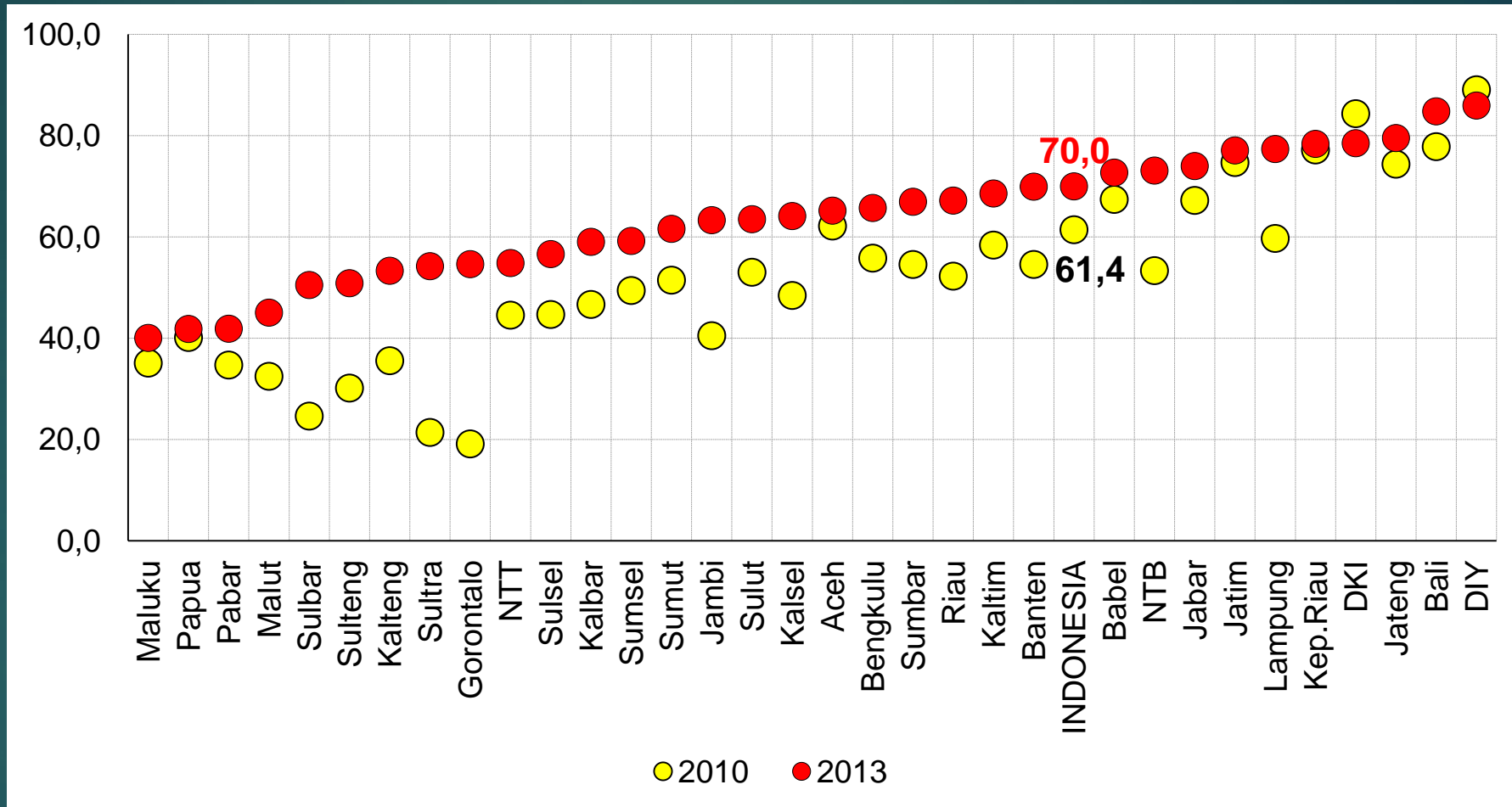
AKI dan Linakes, sama2 naik?



ANC: SDKI 1991-2012

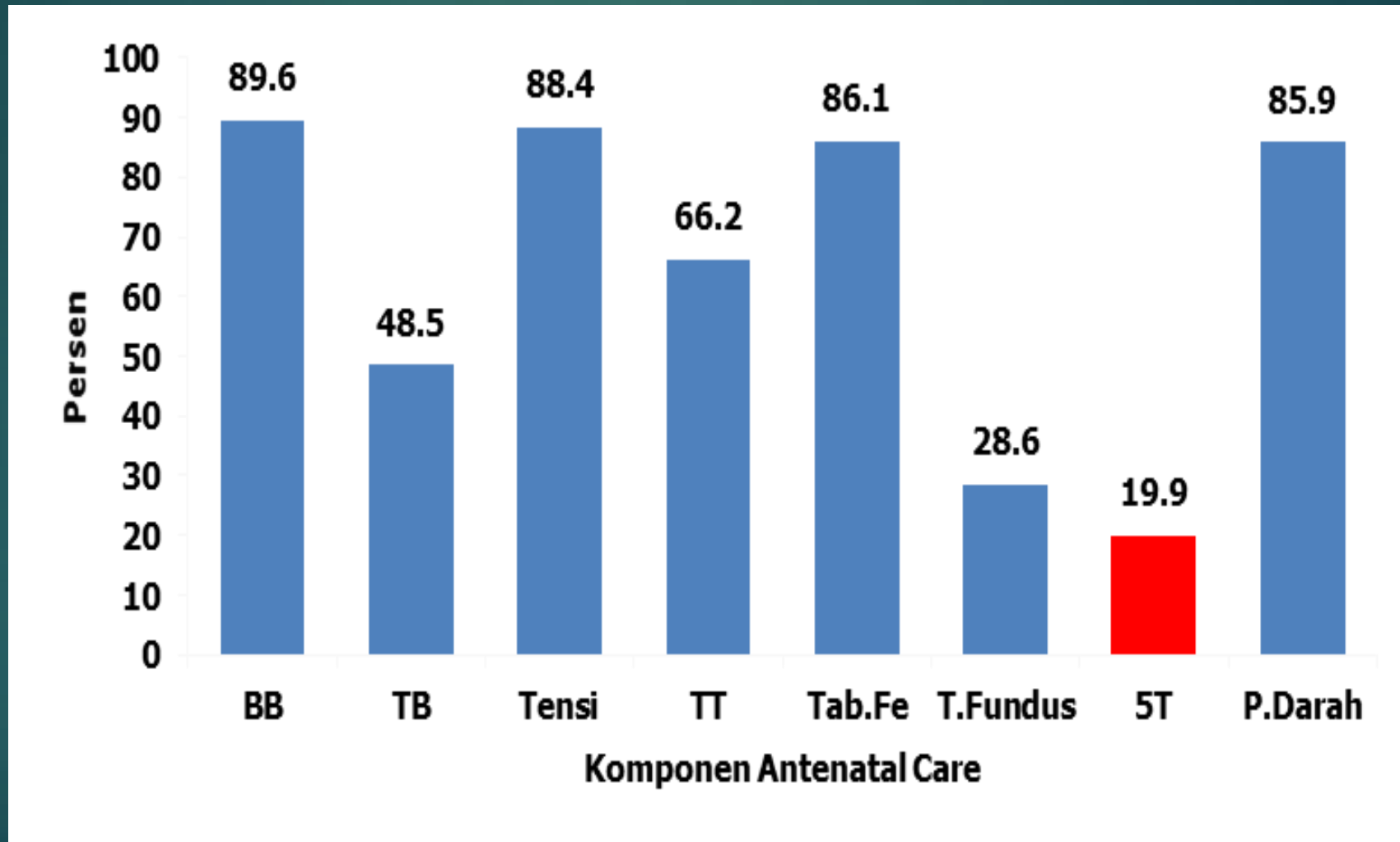


Cakupan ANC-4, 2010-2013*



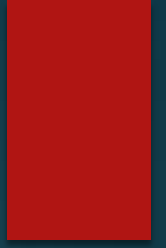
* Riskesdas 2010, 2013

Kualitas ANC

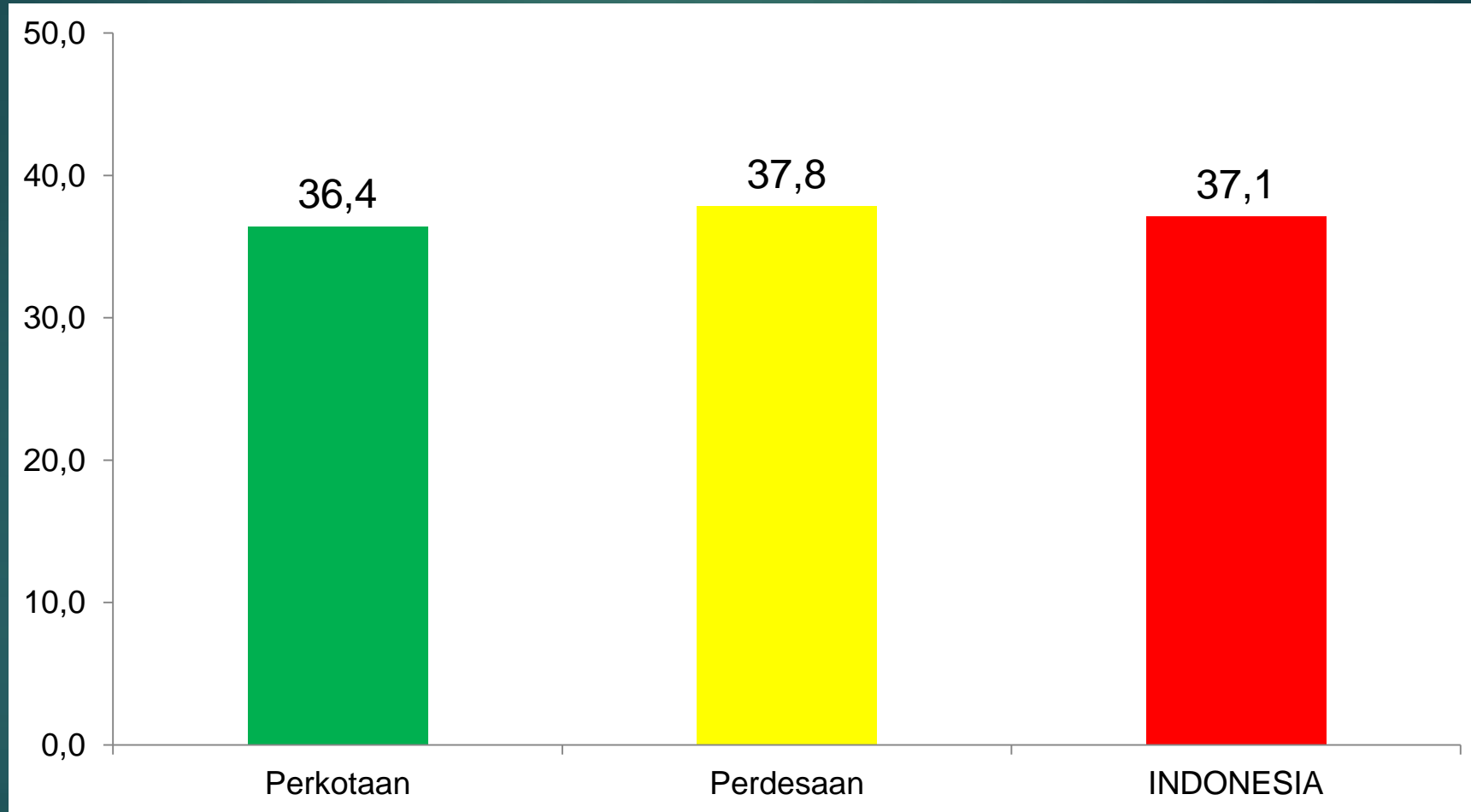


Source: Riskesdas 2010

Kondisi Ibu Hamil



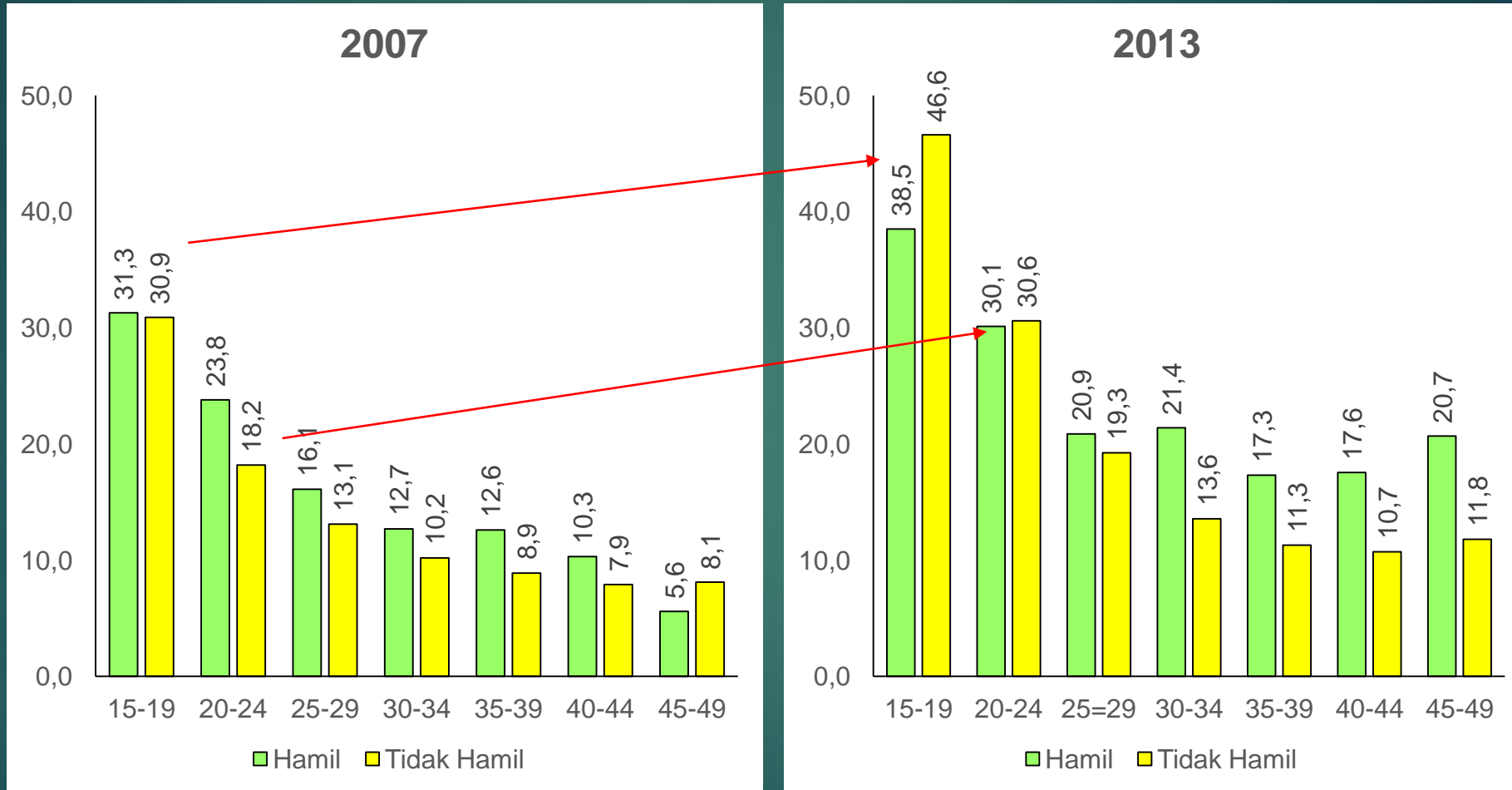
Proportion of Anemia in pregnant women vs urban/rural area, 2013



*) Nilai rujukan menurut WHO/MNH/NHD/MNN/11.1,2011 dan Kemenkes,1999

***) *Cut off points* anemia Ibu Hamil, Hb < 11,0 g/dl

Proportion of women reproductive age with chronic energy malnutrition: 2007 & 2013



*) Risiko KEK – jika Lingkar lengan atas (LILA) < 23,5 cm

Source: Riskesdas 2007, 2013



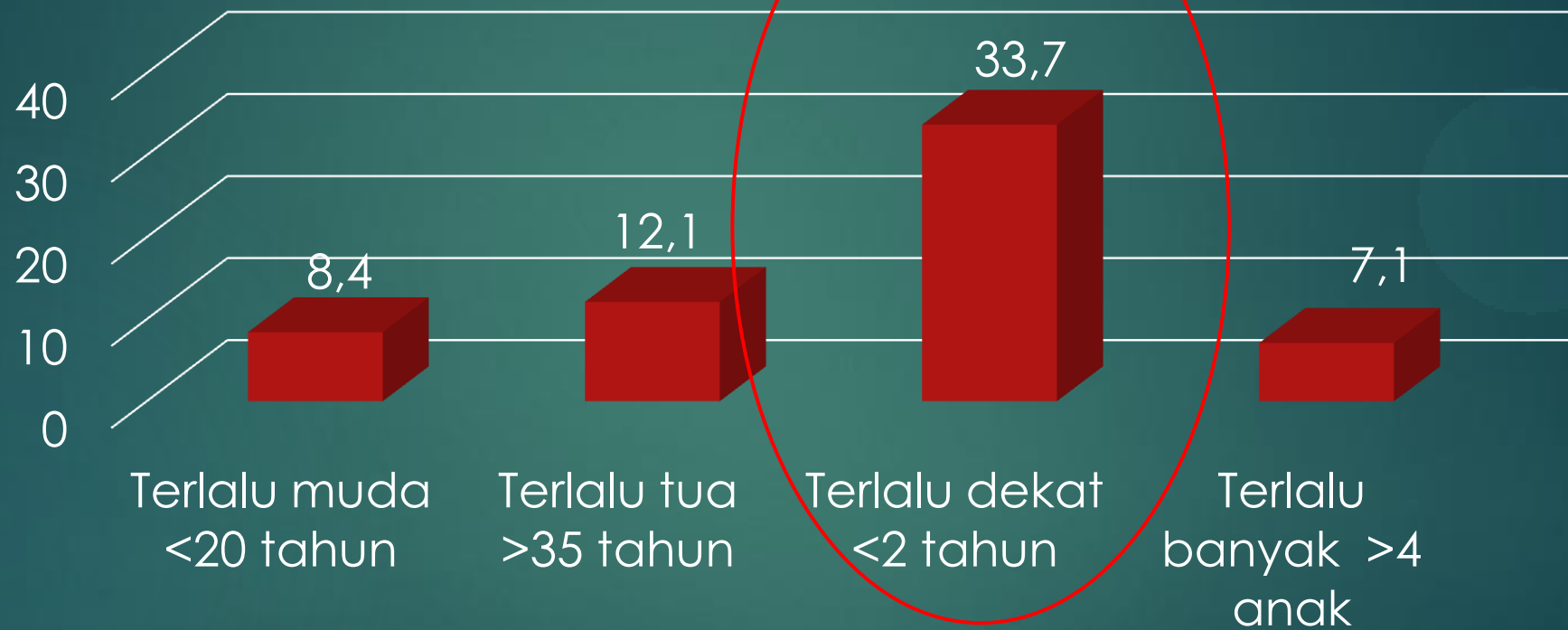
Social determinant factors

Mother's education vs Maternal health services, Indonesia DHS 2012

Pendidikan Ibu	Periksa Hamil dengan Nakes	Mendapat Pil Zat Besi	Persalinan di Faskes	Penolong persalinan dg Nakes	Kunjungan Nifas (1-2 hari)
Tidak Sekolah	64.0	36.7	21.1	31.8	38.8
Tidak tamat SD	88.5	61.5	38.0	61.1	66.5
Tamat SD	94.0	70.4	47.1	72.8	75.9
Tidak Tamat SLTP	97.4	77.6	61.0	85.7	78.5
Tamat SLTP	98.4	80.0	79.8	94.3	86.9
SMTA+	99.1	86.3	86.4	96.8	89.5

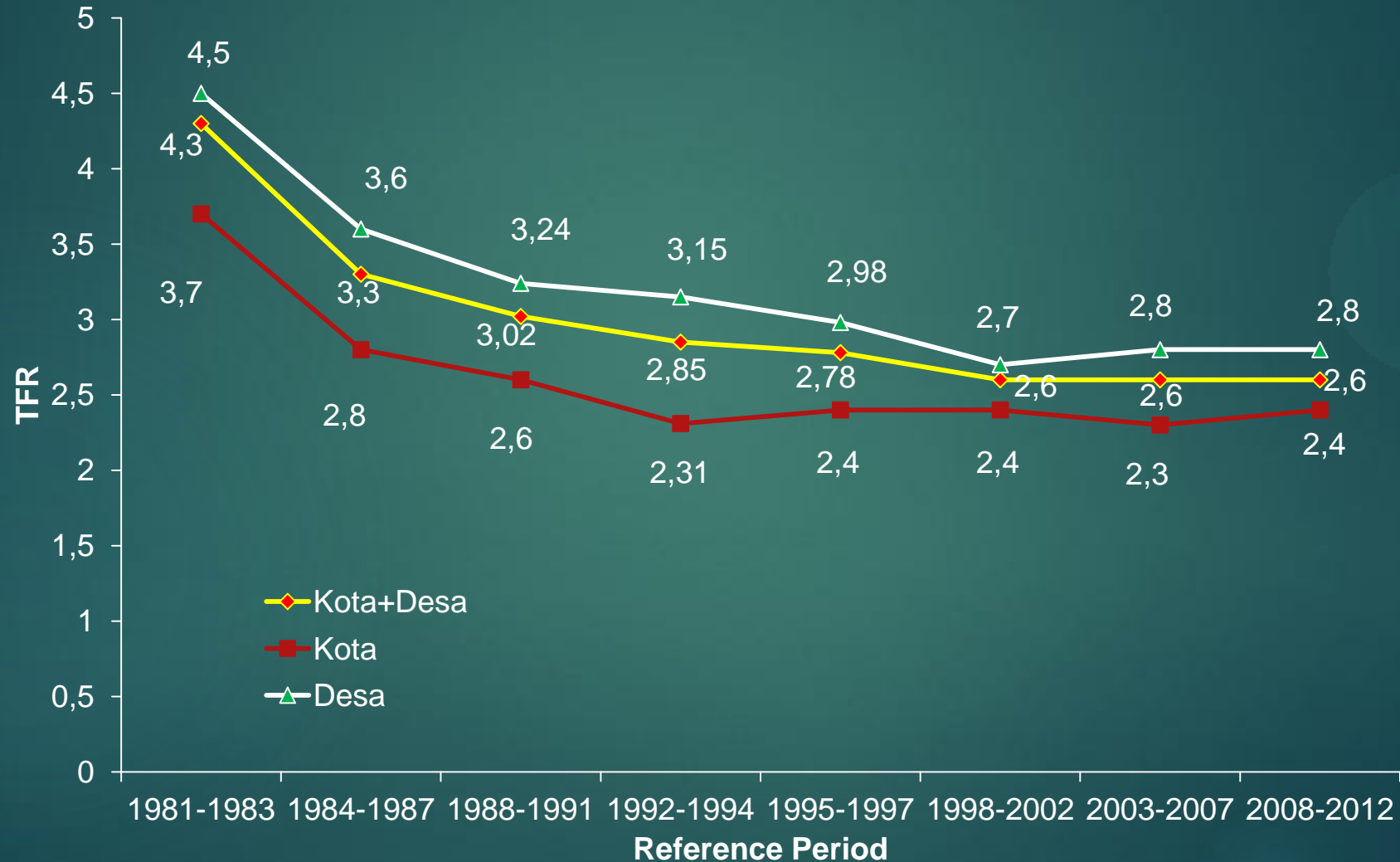
Sumber: Atmarita,
2013

Proporsi ibu hamil dengan risiko 4 terlalu, 2013



Source: Riskesdas 2010

Total Fertility Rate: IDHS 1981-2012



Kondisi yang terbalik

- ▶ Cakupan pelayanan kesehatan maternal membaik, tetapi kenapa AKI meningkat?
- ▶ Kemungkinan sebabnya:
 1. Kualitas pelayanan yang belum baik
 2. Kondisi ibu hamil yang tidak optimal
 3. Faktor di luar kesehatan (termasuk pendidikan, kesejahteraan, norma keluarga, keluarga berencana, dll)



ANC YANG
BERKUALITAS???

GENERAL GOAL OF ANTE NATAL CARE--

1. Improve maternal health ,before,during,after labor/delivery
2. Reduce morbid/mortal mother and baby
3. Reduce health risk of subsequent pregnancies.
4. Improve the role of parent.

Mother/Fam
ily Concern

Fetal/Neona
tal Concern

1. Improving fetal wellbeing
2. Reduce prematurity,IUGR, Congenital anomaly
3. Optimalisation of fetal growth
4. Reduce of Hospital LOS

Disadvantage : Risk (Unfocus) Approach ???

Traditionally ANC based on amount of visits and “risk categorization”

Only 10-15% women “at Risk “ actually go on to have a problem

Most women who have complications have no risks factor

Risk Categorizations : false sense of Security → not prepared when complications occurred

Disadvantages

- **Very-poorly predictive**
- **If risk-negative, gives false security**

Conclusion: Cannot identify those at risk of maternal mortality — every pregnancy is at risk

Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas

- Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan, termasuk gizi, agar kehamilan berlangsung sehat;
- Melakukan deteksi dini masalah, penyakit, dan penyulit/komplikasi kehamilan
- Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman;
- Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi;
- Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan;
- Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

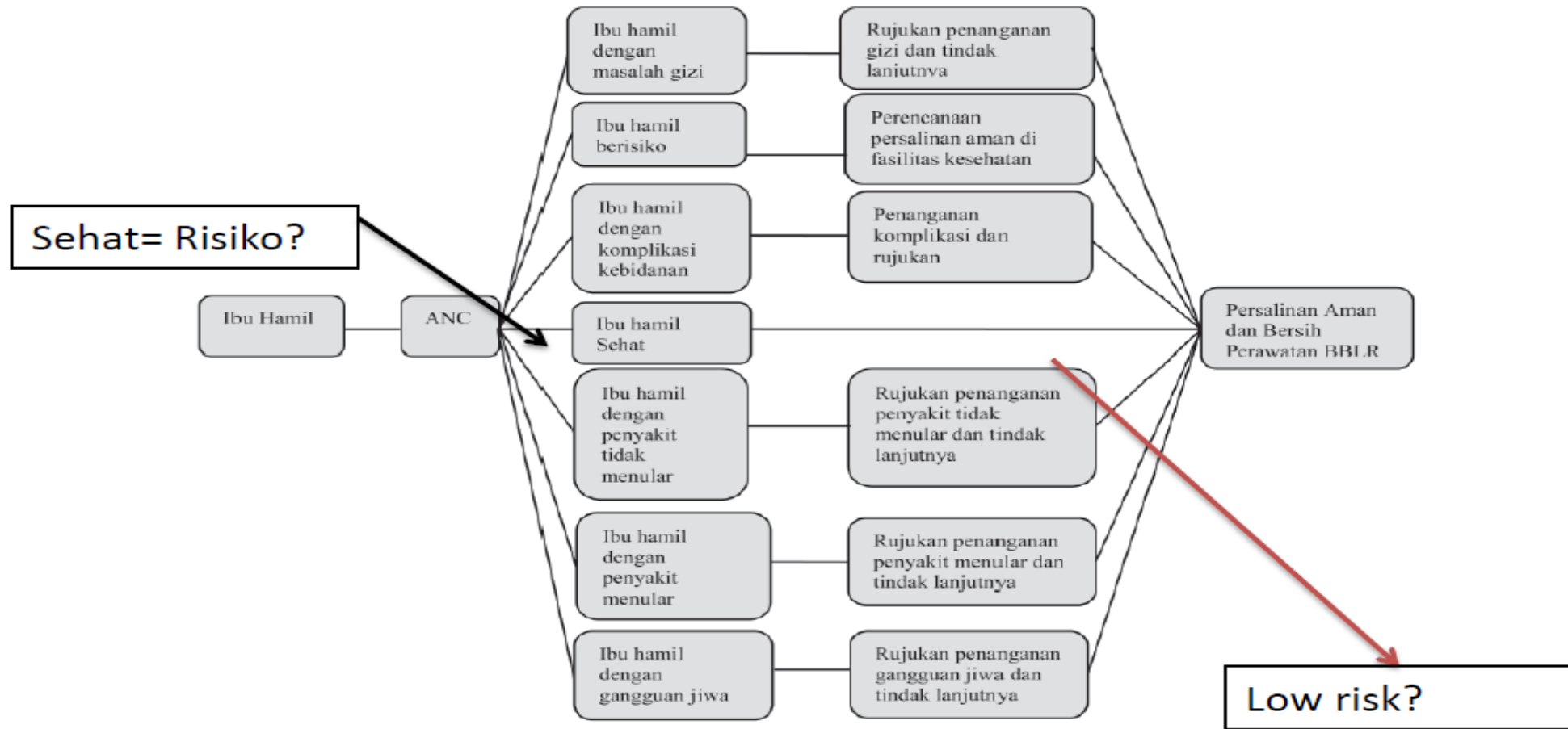
10 T



- ◆ **Timbang berat badan**
- ◆ **ukur tekanan darah**
- ◆ **ukur tinggi fundus uteri**
- ◆ **pemberian imunisasi TT (tetanus toksoid) lengkap**
- ◆ **Tentukan status gizi (LILA)**
- ◆ **pemberian tablet zat besi, minimal 90 hari selama kehamilan**
- ◆ **tes terhadap penyakit menular seksual, HIV/AIDS hepatitis dan malaria**
- ◆ **Tentukan presentasi dan DJJ**
- ◆ **Tata laksana kasus**
- ◆ **temu wicara (konseling)**

Tabel 2. Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu.

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III	Keterangan
1	Keadaan Umum	✓	✓	✓	Rutin
2	Suhu tubuh	✓	✓	✓	Rutin
3	Tekanan darah	✓	✓	✓	Rutin
4	Berat badan	✓	✓	✓	Rutin
6	LILA	✓			Rutin
7	TFU		✓	✓	Rutin
8	Presentasi Janin		✓	✓	Rutin
9	DJJ		✓	✓	Rutin
10	Pemeriksaan Hb	✓		✓	Rutin
11	Golongan darah	✓			Rutin
12	Protein urin	*	*	*	Atas indikasi
13	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
14	Darah Malaria	*	*	*	Atas indikasi
15	BTA	*	*	*	Atas indikasi
16	Darah Sifilis	*	*	*	Atas indikasi
17	Serologi HIV	*	*	*	Atas indikasi
18	USG	*	*	*	Atas indikasi

INTEGRATED ANC FRAME WORK





Diperlukan ANC
TERFOKUS dalam
SETIAP
KUNJUNGAN

APA BEDANYA ?

***PENDEKATAN
RISIKO..***



***DOUBLE
JEOPARDY***

Tenaga kesehatan akan diarahkan untuk ***lebih waspada*** hanya kepada ibu hamil ***resiko tinggi*** yang mungkin tidak akan menimbulkan komplikasi selama kehamilan, sedangkan ibu hamil ***“resiko rendah” mungkin tidak mendapatkan perhatian*** atau mungkin tidak akan siap untuk mengenali tanda-tanda komplikasi(WHO,2011)

***PENDEKATAN APA YANG BAIK UNTUK SEMUA WANITA
HAMIL ...?***

Apa itu ANC Terfokus?

Berdasarkan definisinya maka perawatan antenatal terfokus memiliki makna memberikan **fokus** perhatiannya pada **penilaian** ibu hamil dan **tindakan** yang diperlukan dalam membuat keputusan serta memberikan pelayanan dasar pada setiap ibu hamil (WHO,2011)

Pendekatan dalam pelayanan antenatal kepada ibu hamil ini lebih menekankan pada kualitas daripada kuantitas.



Apa CIRI/KARAKTERISTIK ANC terfokus?

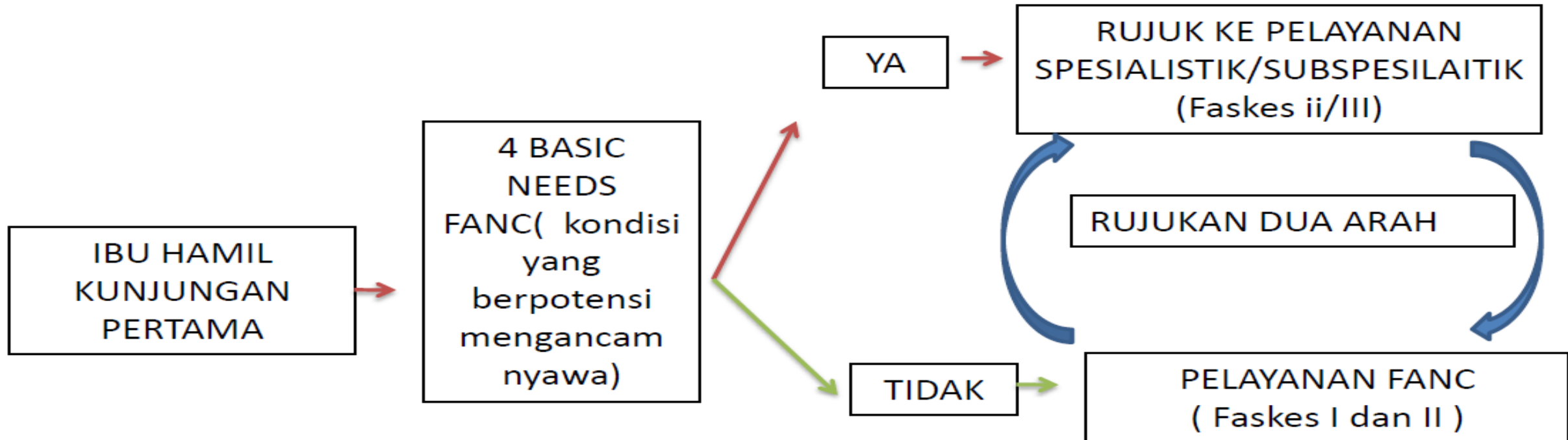
1. ANC terfokus akan lebih menekankan Kunjungan K1 Trimester 1 dan bukan K1 akses.
2. ANC terfokus dapat menentukan pemeriksaan pada ibu hamil dengan lebih terarah sesuai dengan usia kehamilannya.
3. Jika kunjungan ANC terlewat dapat dilakukan pemeriksaan kembali berdasarkan paket kunjungan yang sebelumnya.
4. Lebih selektif dalam penerapannya, Penggunaan ANC terfokus hanya dilakukan pada pasien yang memenuhi kriteria ANC terfokus (tidak mempunyai risiko potensi komplikasi kehamilan)
5. Skrining pada ANC terfokus dapat ditekankan pada pemeriksaan tertentu, sesuai dengan endemisitas suatu penyakit di suatu daerah.
6. Kualitas kunjungan lebih diutamakan dibandingkan dengan kuantitas kunjungan

**GOALS : - TARGETED ASSESMENT
-INDIVIDUALIZED CARE**

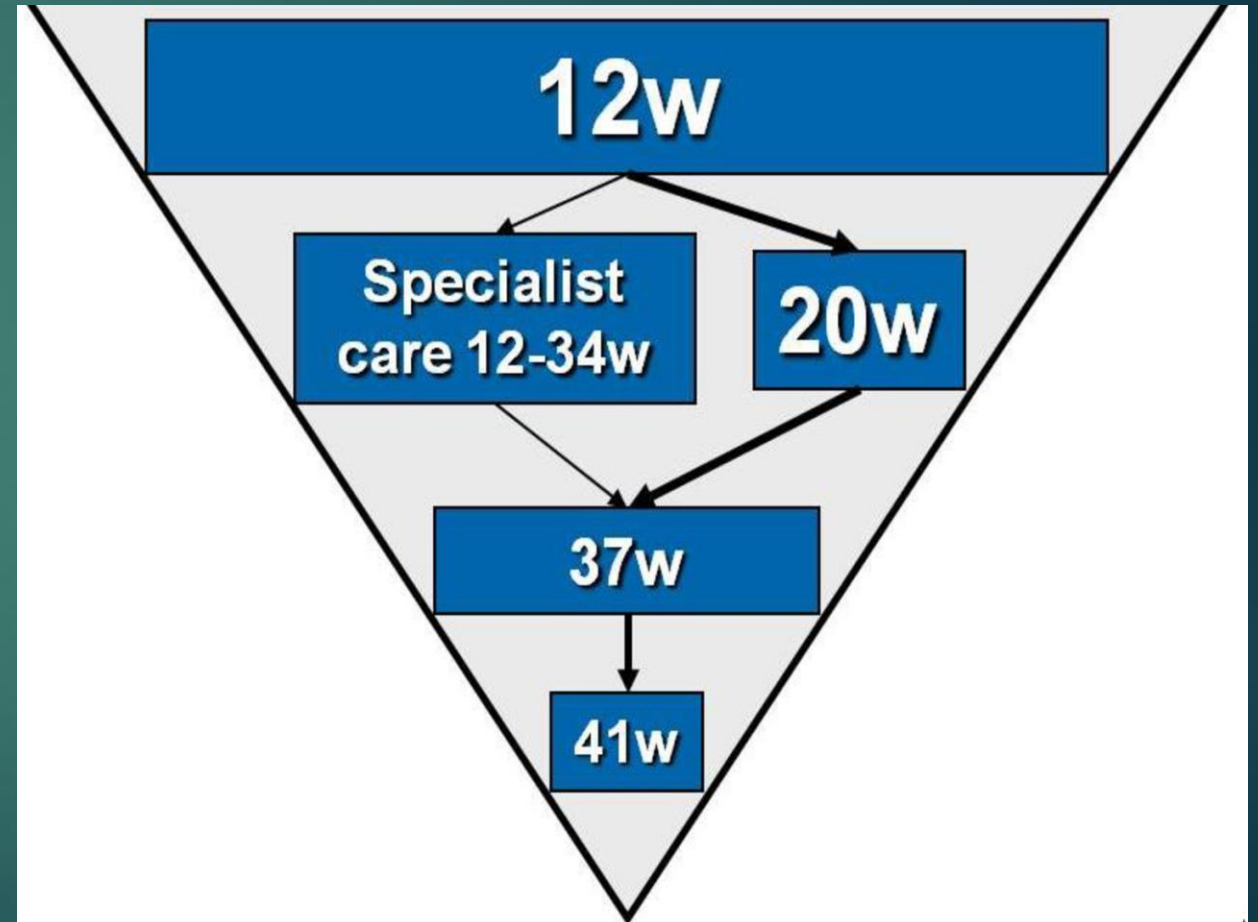
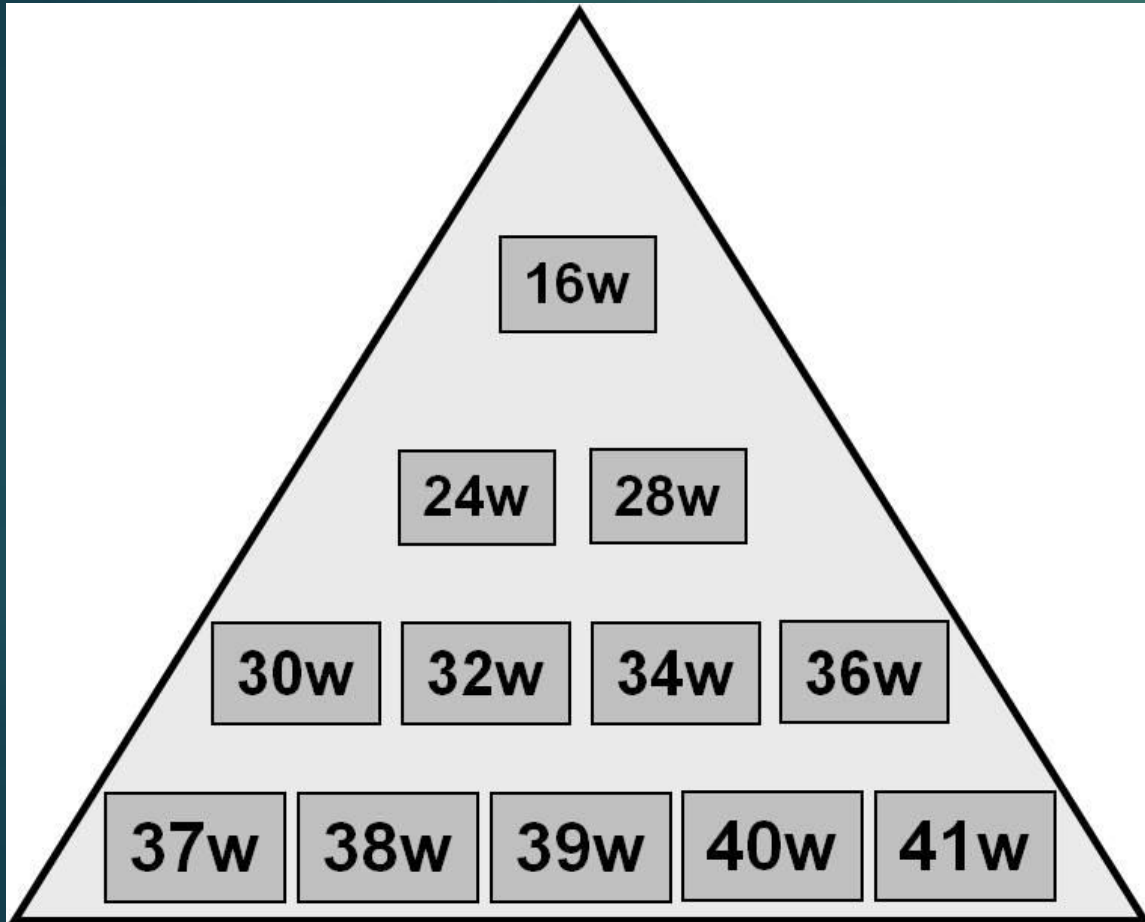
FANC VISITS : 4 BASIC NEEDS

- 1. HEALTH PROMOTION AND DISEASES PREVENTION**
- 2. DETECTION AND TREATMENT OF EXISTING DISEASES**
- 3. EARLY DETECTION AND MANAGEMENT OF
COMPLICATIONS**
- 4. BIRTH PREPAREDNES AND COMPLICATION READINESS**

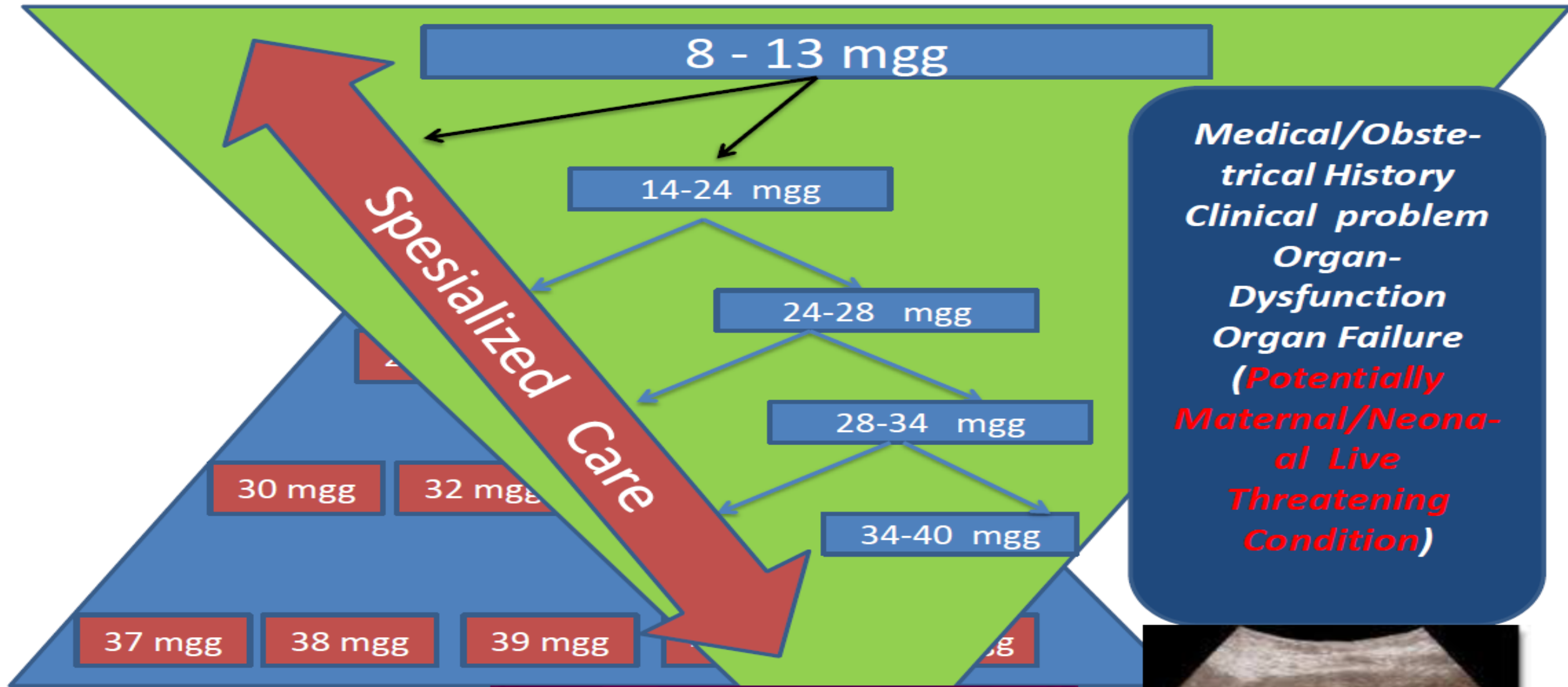
KERANGKA KONSEP ANTENATAL CARE TERFOKUS BERBASIS PADA
CRITICAL TIMES



Perubahan jadwal kunjungan ANC di Negara Maju



The Pyramide Of NEW Model ANC (FOCUSED ANC)



PACKAGE	GOAL	ELEMENT
P1 (8-13 w)	1. Confirm pregnancy and EDD, classify women for basic ANC (four visits) or more specialized care. 2. Screen, treat and give preventive measures. 3. Develop a birth and emergency plan. 4. Advise and counsel.	<ol style="list-style-type: none"> 1. History (ask, check records) 2. Examination (look, listen, feel) 3. Screening and tests ✓ Laboratory : Haemoglobin, Blood count, Blood type, Rh, Syphilis, HIV, HbsAg, Proteinuria, Bacteriuria ✓ PE score ✓ DMG ✓ USG 4. Treatments ✓ Anemia if indicated ✓ Syphilis if indicated ✓ ARV if indicated ✓ bacteriuria if indicated 5. Preventive measures ✓ Tetanus toxoid ✓ Iron and folate 6. Health education, advice, and counselling ✓ Self care (nutrition, medicine, safe sex, rest/ sleeping, lifestyle) ✓ Emergency sign ✓ Birth and emergency plan ✓ Reinforcement of previous advice
P2 (14-24 w)	1. Assess maternal and fetal well-being. 2. Exclude PIH, screening preterm and anaemia and give preventive measures. 3. Advise and counsel	
P3 (24-28 w)	1. Assess maternal and fetal well-being. 2. Exclude PIH, anaemia, prematurity, multiple pregnancies and give preventive measures. 3. Review and modify birth and emergency plan. 4. Advise and counsel.	
P4 (28-34 w)	1. Assess maternal and fetal well-being. 2. Exclude PIH, anaemia, prematurity, multiple pregnancy, malpresentation, and give preventive measures. 3. Review and modify birth and emergency plan. 4. Advise and counsel.	
P5 (34-40w)	1. Assess maternal and fetal well-being. 2. Exclude PIH, anaemia, prematurity, multiple pregnancy, malpresentation, and give preventive measures. 3. Birth plan (mode and timing of delivery) and emergency plan. 4. Advise and counsel.	

ANC TERFOKUS : AGENDA ANTENATAL

Kunjungan Tr 1(8-13 minggu)	Kunjungan 14-24 minggu- 17mgg	Kunjungan 24- 28 minggu	Kunjungan 28-34 minggu -32 mgg	Kunjungan 34-40 minggu- 36 mgg
Riwayat + Px Fisik	Px fisik dan Obsterik	Px fisik dan Obsterik	Px fisik dan Obsterik	Px fisik dan Obsterik khusus
Px Terfokus (Paket I) IMT,Panel Anemia,Urine Lengkap ,HIV,HbsAg,Golda/ Rh, BUN/SC Mal,Siphillis, USG Level I (Dating Scan Scoring Risiko PE Prematuritas, DMG*(BMI,Macro ,Riwayat DM/G,Glikosuri,IU FD,Umur ibu,PolyHyd	Datang I = Paket I USGLevel II (Anomailc Scan + Targeted Scan/Cx Length), Skoring Risiko PE + Doppler Aut	Datang I = Paket I +II UL Ulangan Screening DMG USG Level I (fetal Growth & Wellbeing) USGLevel II + Panjang Servik Doppler Studies,	Datang I = Paket I +II +III DL Ulangan, USG Level I (fetal Growth & Wellbeing) USGLevel II Doppler Aut dll, *	Datang I = Paket I +II +III+IV DL Ulangan, USG Level I (fetal Growth & Wellbeing) USGLevel II , Doppler Studies, * Cara dan tempat persalinan
Targeted Therapy-as folat,* ,*ARV /ANC terfokus/Tidak	Targeted Therapy-*Fe, * Aspirin,*ARV,DHA /ANC terfokus/Tidak	Targeted Therapy-*Fe, * Aspirin,*ARV,DHA,prog mikronais 200 mg vag/oral* /ANC terfokus/Tidak	Targeted Therapy-*Fe, * Aspirin,*ARV,DHA ,prog* /ANC terfokus/Tidak	Targeted Therapy-*Fe, * Aspirin,*ARV,DHA,p rog* /ANC terfokus/Tidak

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

K 1(KONTAK PERTAMA KALI) , < 8 MINGGU

ANC TERPADU(KIA,KB,IMS DAN KESPRO

K4 (KONTAK 4 KALI/LEBIH,1X Tr I dan II, 2x Tr III, dst nya (24-36 minggu)

Dating Pregnancy : ?
K1 sampai 12 minggu → Loss Cacat Bawaan
Penapisan riwayat penyakit dan deteksi dini (jenis ?)
Lab. : Hb,protein,Gula ?

Disarankan datang secara rutin (1 bulan,2minggu,1 minggu sekali dst—12 KALI KUNJUNGAN)
Dicatat kunjungannya
Deteksi komplikasi(riwayat,fisik,penunjang)

Semua ibu hamil berisiko, setiap trimester, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu pelayanan antenatal harus dilakukan secara terfokus, 1) sesuai umur kehamilan, 2) jadwal kunjungan berbasis pada masalah dan 3) jenis pelayanan yang sesuai dengan masalah yang dihadapi

K1 (KONTAK PERTAMA KALI) < 13 MINGGU

ANC TERFOKUS

K4 + 1 (KONTAK 4 KALI +1 ,masing2 1 kali pada Uk < 13 minggu, 14-24 minggu,24-28 minggu,28-34 minggu dan 34- 40 minggu)

Dating pregnancy,penapisan dan deteksi dini (preterm/PE/fetal well being/Lab

Terbagi dalam bentuk 5 paket (umur kehamilan dan jenis pelayanan)
Interval kunjungan : sesuai masalah,minimal 5 x
Rujukan ke faskel lanjutan

**SKORING
PREDIKSI
PREEKLAMPSIA
(HKFM
DENPASAR)**

	Unadjusted relative risks (95% CI)
Multiparity	2.94 (1.28-6.64)
Multiparous women	
Pre-eclampsia in any previous pregnancy	7.19 (5.05-10.03)
10 years or more since last baby born	Increased*
Age 40 years or older	
Nulliparous women	1.68 (1.23-2.29)
Multiparous women	1.96 (1.34-2.87)
Body-mass index of 35 kg/m ² or higher	1.55 (1.28-1.88)
Family history of pre-eclampsia (mother or sister)	2.90 (1.70-4.93)
Diastolic blood pressure of ≥ 110 mm Hg at booking	Increased*
Proteinuria at booking appointment ($\geq +$ on dipstick testing, on more than one occasion or quantified at ≥ 300 mg/24 h)	Increased*
Multiple pregnancy	2.93 (2.04-4.21)
Underlying medical disorders	
Pre-existing hypertension	Increased*
Pre-existing renal disease	Increased*
Pre-existing diabetes	3.56 (2.54-4.99)
Presence of antiphospholipid antibodies	9.72 (4.34-21.75)

*Risk for pre-eclampsia increased, but by how much is unknown.

Table 2: Risk markers for pre-eclampsia at antenatal booking according to the PREEclampsia Community Guidelines (PREGO-G)*

Steegers EA et al. Lancet

Table Clinical Risk Assessment for Preeclampsia*

Risk Level Risk Factors Recommendation

Nomer	Variabel
1	Umur > 35 tahun
2	Nulipara/Multipara > 10 tahun
3	IMT > 30
4	MAP \geq 100
2	Riwayat Preeklampsia
3	Peny Ginjal, Jantung, Diabetes, APS
4	Uni/Bilateral Notching A.uterina
5	Hipertensi Kronik

Table 1 Risk factor scoring system for first-trimester prediction of pre-eclampsia²

Skor
1
2
2
2
3
3
3
4

Skor \geq 5 \rightarrow RISIKO TINGGI

Original Article

Predictive value of various risk factors for preterm labor

Pandey Kiran¹, Bhagoliwal Ajay², Gupta Neena³, Katiyar Geetanjaly⁴,

¹Head of the Department, ²Associate Professor, ³Assistant Professor, ⁴Junior Resident
Department of Obstetrics & Gynaecology, G.S.V.M. Medical College, Kanpur

Table 4: Predictive values for significant risk factors (n = 290)

Risk factors	Sensitivity (Percent)	Specificity (Percent)	Positive predictive value (Percent)	Negative predictive value (Percent)
--------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------

Nilai Prediktif Tinggi :

1. Chorioamnionitis, BV, UTI

2. Kerja Berat

3. Riwayat Prterem

4. Peny medis ibu

5. Kelainan Plasenta

Placental anomaly

26.89

4

92

29

The “Four Pillars” of Safe Motherhood Program [5]

