



MODUL SKRINING KEHAMILAN RISIKO TINGGI PUSKESMAS PONED KOTA SEMARANG

DISUSUN OLEH :

dr. Putri Sekar Wiyati, SpOG, Subsp. Obginsos

dr. Ratnasari Dwi Cahyanti, SpOG, Subsp. Obginsos

Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, Sp. OG, Subsp. Obginsos

FAKULTAS
KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
TAHUN 2022



**MODUL SKRINING
KEHAMILAN RISIKO TINGGI
PUSKESMAS PONED KOTA
SEMARANG**

Penulis:

dr. Putri Sekar Wiyati, Sp. OG, Subsp. Obginsos

dr. Ratnasari Dwi Cahyanti, M.Si.Med, Sp. OG, Subsp. Obginsos

Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, Sp. OG, Subsp. Obginsos



UNDIP PRESS
SEMARANG

2022

MODUL SKRINING KEHAMILAN RISIKO TINGGI PUSKESMAS PONED KOTA SEMARANG

Penulis:

dr. Putri Sekar Wiyati, Sp.OG, Subsp. Obginsos

dr. Ratnasari Dwi Cahyanti, M.Si.Med, Sp.OG, Subsp. Obginsos

Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, Sp. OG, Subsp. Obginsos

Desain cover :

dr. Rizky Syahriar Syoufana

Uk. 15,5cm x 23cm (xii + 30 hlm)

ISBN : 978-979-097-969-7



diterbitkan oleh :
**UNDIP PRESS
SEMARANG**

Anggota APPTI 003.151.1.3.2022

Anggota IKAPI 246/Anggota Luar Biasa/JTE/2022

Cetakan I, Tahun 2022

Dicetak oleh:

UNDIP Press Semarang

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mencetak dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun tanpa seijin penulis dan penerbit

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Tuhan YME atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, “Modul Skrining Kehamilan Risiko Tinggi di Puskesmas” ini dapat selesai disusun.

Modul ini diharapkan dapat membantu tenaga kesehatan di puskesmas untuk memantau dan melakukan deteksi dini terhadap ibu hamil di wilayah binaan puskesmas sehingga di kemudian hari, ibu hamil yang terdeteksi memiliki risiko kehamilan yang tinggi dapat terpantau secara holistic dan dapat ditangani dengan optimal sesuai dengan faktor risiko yang dimiliki.

Penulis menyadari bahwa modul ini masih sangat jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat terbuka dan menghargai saran dan kritik yang membangun dari semua pihak yang dapat mendapatkan kebermanfaatan dari adanya modul ini, khususnya bagi tenaga kesehatan di puskesmas yang bertugas mendeteksi dini kehamilan risiko tinggi.

Semarang, Mei 2022

Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi.....	v
Daftar Gambar.....	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Bagan	xi
1. Latar Belakang	1
2. Tujuan	1
3. Definisi dan Pengelompokan Kehamilan Risiko Tinggi	1
4. Skrining Kehamilan risiko tinggi	3
5. Sistem Rujukan	25
Daftar Pustaka	29

Daftar Gambar

Gambar 1.	Pernyataan Ibu/Keluarga tentang Pelayanan Kesehatan Ibu yang sudah diterima	4
Gambar 2.	Pemeriksaan Palpasi Leopold	7
Gambar 3.	Lembar Evaluasi Kesehatan Ibu Hamil	14
Gambar 4.	Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 1	17
Gambar 5.	Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan <20 minggu	22
Gambar 6.	Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 3	23

Daftar Tabel

Tabel 1. Imunisasi Lanjutan pada WUS	8
Tabel 2. Rekomendasi WHO Tentang Pengelompokan Anemia (g/(g/dL) Berdasarkan Umur.....	10
Tabel 3. Klasifikasi IMT Asia Pasifik	15

Daftar Bagan

Bagan 1. Skema Rujukan Persalinan	26
---	----

1. Latar Belakang

Pada keadaan tertentu dalam praktiknya, kemungkinan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menemui kasus kehamilan risiko tinggi pada ibu hamil penatalaksanaan segera dan tepat dapat menyelamatkan jiwa ibu dan janinnya. Maka tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama mempunyai peran untuk melakukan deteksi dini serta melakukan penanganan awal pada kondisi ini.

2. Tujuan

2.1 Tujuan Instruksional Umum

Setelah membaca ini, diharapkan pembaca (terutama tenaga kesehatan di puskesmas) memahami mengenai skrining risiko kehamilan tinggi.

2.2 Tujuan Instruksional Khusus

Setelah membaca ini, diharapkan pembaca (terutama tenaga kesehatan di puskesmas) memahami mengenai:

- I. Definisi dan pengelompokan kehamilan risiko tinggi
- II. Skrining risiko kehamilan tinggi termasuk instrument dan manfaatnya
- III. Sistem rujukan pada kehamilan risiko tinggi

3. Definisi dan Pengelompokan Kehamilan Risiko Tinggi

3.1 Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah adanya ciri atau keadaan tertentu pada ibu hamil yang dapat menyebabkan bahaya kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan, mengakibatkan kematian/kesakitan/kecacatan/ketidaknyamanan/ketidakpuasaan pada ibu/janin.

3.2 Kelompok Faktor Risiko

Kelompok faktor risiko disusun berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya kemudian dikelompokkan dalam 3 kelompok.

I. Kelompok Faktor Risiko I: Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO)

- Primi muda
- Primi tua
- Primi tua sekunder
- Usia ≥ 35 tahun
- Grande multi
- Anak terkecil umur < 2 tahun
- Tinggi badan rendah ≤ 145 cm
- Riwayat obsetri jelek
- Persalinan lalu mengalami perdarahan pascapersalinan dengan infus/transfusi
- Uri manual, tindakan pervaginam, bekas operasi sesar

Ibu hamil risiko tinggi yang ada pada kelompok ini, selama hamil sehat membutuhkan KIE pada tiap kontak berulang kali mengenai kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.

II. Kelompok Faktor Risiko II: Ada Gawat Obstetrik (AGO)

- Penyakit Ibu
- Preeklampsia ringan
- Hamil kembar
- Hidramnion
- Hamil serotinus
- IUFD
- Letak sungsang
- Letak lintang

Ibu hamil yang ada pada kelompok ini membutuhkan KIE berulang kali agar peduli secepat melakukan rujukan terencana ke pusat rujukan.

III. Kelompok Faktor Risiko III: Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO)

- Perdarahan antepartum
- Preeklampsia berat/eclampsia

Ibu AGDO dalam kondisi yang langsung dapat mengancam nyawa Ibu/janin harus segera dirujuk tepat waktu ke RS dalam upaya menyelamatkan ibu/bayi baru lahir.

4. Skrining Kehamilan risiko tinggi

4.1 Instrumen Skrining

Ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 6 kali selama kehamilan dan minimal 2x pemeriksaan oleh dokter pada trimester 1 dan 3:

- 1 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu)
- 2 kali pada trimester kedua (kehamilan 12-24 minggu)
- 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan 24-40 minggu)

Pastikan ibu hamil mendapatkan standar pelayanan antenatal yang meliputi 10T:

- **Timbang** berat badan dan ukur tinggi badan
- **Tekanan darah**
- **Status gizi**
- Ukur **tinggi fundus uteri**
- **Tentukan** presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
- Skrining status imunisasi **tetanus** dan berikan imunisasi tetanus bila diperlukan

- **Beri tablet tambah darah**
 - **Tes/periksa laboratorium**
 - **Tatalaksana/penanganan kasus bila ada**
 - **Temu wicara** (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa
- a. Pernyataan Ibu/Keluarga tentang Pelayanan Kesehatan Ibu yang sudah diterima

**Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan
tengas kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan**

Ibu Hamil HPHT:			Trimester I		Trimester II	Trimester III	
			Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: tempat:
BB:	TB:	IMT:	tempat:	tempat:	tempat:	tempat:	tempat:
Timbang							
Ukur Lingkar Lengan Atas							
Tekanan Darah							
Periksa Tinggi Rahim							
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin							
Status dan Imunisasi Tetanus							
Konseling							
Skrining Dokter							
Tablet Tambah Darah							
Test Lab Hemoglobin (Hb)							
Test Golongan Darah							
Test Lab Protein Urine							
Test Lab Gula Darah							
PPIA							
Tata Laksana Kasus							
Ibu Bersalin			Fasyankes:		Rujukan:		
Taksiran Persalinan:							
Inisiasi Menyusu Dini							
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin			KF 1 (6-48 jam) Tgl: tempat:	KF 2 (3-7 hari) Tgl: tempat:	KF 3 (8-28 hari) Tgl: tempat:	KF 4 (28-42 hari) Tgl: tempat:	
Periksa Payudara (ASI)							
Periksa Perdarahan							
Periksa Jalan Lahir							
Vitamin A							
KB Pasca Persalinan							
Konseling							
Tata Laksana Kasus							
Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari			KN1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)		
			Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak				

Gambar 1. Pernyataan Ibu/Keluarga tentang Pelayanan Kesehatan Ibu yang sudah diterima

- **HPHT = Hari Pertama Haid Terakhir**

- **Timbang (BB, TB, IMT)**

Penimbangan berat badan (BB) dan pengukuran tinggi badan (TB) dinilai untuk memeriksa status gizi dengan indeks masa tubuh (IMT) berdasarkan umur. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini masalah gizi kurang atau lebih pada ibu hamil.

$$\text{Rumus IMT : } \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{(\text{Tinggi Badan (m)}^2)}$$

Ibu hamil dengan kekurangan gizi memiliki risiko yang dapat membahayakan ibu dan janin, antara lain anemia pada ibu dan janin, risiko perdarahan saat melahirkan, BBLR, dan lain lain.

- **Ukur Lingkar Lengan Atas (LiLA)**

Penapisan status gizi dilakukan dengan pengukuran menggunakan pita LiLA pada wanita usia subur (WUS) untuk mengetahui adanya risiko kekurangan energi kronis (KEK). Ambang batas LiLA pada WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LiLA, artinya perempuan tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan BBLR.

- **Tekanan Darah**

Pemeriksaan tekanan darah diperlukan untuk mengidentifikasi adanya hipertensi gestational atau preeklampsia. Kondisi ini berisiko mengganggu kesehatan ibu

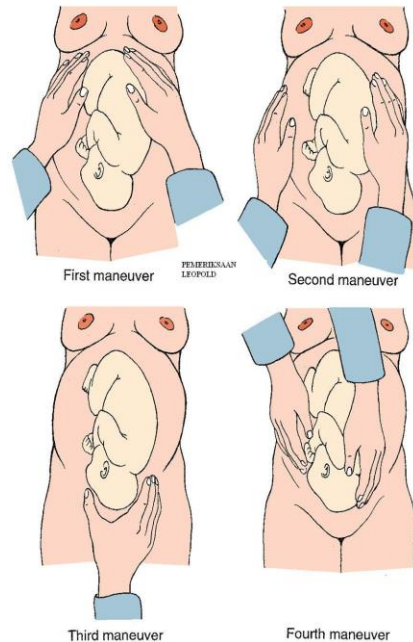
hamil dan bayi sehingga perlu dinilai secara rutin dan ditindaklanjuti bila terdapat kelainan.

- **Periksa Tinggi Rahim**

Tinggi rahim diukur dengan penilaian tinggi fundus uteri (TFU). TFU dilakukan dengan cara mengukur dari puncak fundus uteri ke simfisis pubis. Tujuan dilakukannya pemeriksaan ini adalah dikarenakan TFU adalah salah satu indikator untuk menentukan kemajuan janin, sebagai perkiraan usia kehamilan secara kasar, dan membantu mengidentifikasi faktor-faktor risiko tinggi yang dapat mengganggu kehamilan.

- **Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin (DJJ)**

Letak janin dinilai dengan pemeriksaan leopard. Palpasi leopard terdiri dari 4 langkah yaitu leopard I-IV. Leopard I bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian janin yang terletak pada fundus uteri, leopard II bertujuan untuk menentukan bagian janin pada sisi lateral maternal, leopard III bertujuan untuk membedakan bagian presentasi dari janin dan memastikan apakah bagian terendah janin masuk panggul, dan leopard IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada leopard III dan sudah seberapa jauh bagian presentasi masuk ke panggul.



Gambar 2. Pemeriksaan Palpasi Leopold

DJJ merupakan salah satu indikator vital adanya kesejahteraan janin. DJJ secara sederhana diukur dengan auskultasi dengan menggunakan fetoskop, dapat juga dilakukan dengan alat elektronik seperti doppler dan kardiotokografi.

- **Status dan Imunisasi Tetanus**

WUS perlu mendapat imunisasi tetanus dan difteri untuk mencegah dan melindungi diri terhadap penyakit tetanus dan difteri sehingga memiliki kekebalan seumur hidup untuk melindungi ibu dan bayi terhadap penyakit Tetanus. Setiap WUS (15-49 tahun) diharapkan sudah mencapai status T5. WUS perlu merujuk pada status imunisasi terakhir pada saat hamil apabila sebelumnya sudah pernah hamil.

Tabel 1. Imunisasi Lanjutan pada WUS

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun*

Sumber: Permenkes Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi

Yang dimaksud dengan masa perlindungan >25 tahun adalah apabila telah mendapatkan imunisasi Tetanus lengkap mulai dari T1 sampai T5. Pemberian imunisasi Tetanus tidak perlu diberikan, apabila pemberian imunisasi Tetanus sudah lengkap (status T5) yang harus dibuktikan dengan buku Kesehatan Ibu dan Anak, rekam medis, dan/atau kohort.

- **Konseling**

Konseling adalah proses pertukaran informasi antara klien dan tenaga kesehatan. Konseling ini dilakukan untuk membantu klien/ibu hamil mengetahui kebutuhannya, memilih solusi terbaik, dan membuat keputusan yang paling sesuai dengan kondisi yang dihadapi. Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

- **Skrining Dokter**

Skrining kesehatan dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis.

- **Tablet Tambah darah**

Ibu hamil rentan menderita anemia karena adanya peningkatan volume darah selama kehamilan untuk pembentukan plasenta, janin dan cadangan zat besi dalam ASI. Kadar Hb pada ibu hamil menurun pada trimester I dan terendah pada trimester II, selanjutnya meningkat kembali pada trimester III. Penurunan kadar Hb pada ibu hamil yang menderita anemia sedang dan berat akan mengakibatkan peningkatan risiko persalinan, peningkatan kematian anak dan infeksi penyakit. Upaya pencegahan anemia gizi besi pada ibu hamil dilakukan dengan memberikan 1 tablet setiap hari selama kehamilan minimal 90 tablet, dimulai sedini mungkin dan dilanjutkan sampai masa nifas.

- **Test Lab Hemoglobin (Hb)**

Pemeriksaan Hb perlu dilakukan sebab Hb menentukan kemampuan tubuh untuk mengangkut oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Kadar Hb yang menurun disebut dengan anemia.

Tabel 2. Rekomendasi WHO Tentang Pengelompokan Anemia (g/(g/dL) Berdasarkan Umur

Populasi	Tidak anemia	Anemia		
		Ringan	Sedang	Berat
Anak 5-11 tahun	11.5	11.0-11.4	8.0-10.9	<8.0
Anak 12-14 tahun	12	11.0-11.9	8.0-10.9	<8.0
WUS tidak hamil	12	11.0-11.9	8.0-10.9	<8.0
Ibu hamil	11	10.0-10.9	7.0-9.9	<7.0
Laki-laki >15 tahun	13	11.0-12.9	8.0-10.9	<8.0

Sumber: Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah Darah, Kemenkes, 2015

- **Test Golongan Darah**

Golongan darah penting diketahui untuk mencegah risiko kesehatan, membantu dalam keadaan darurat untuk proses transfusi darah. Saat dilakukan pemeriksaan golongan darah seseorang sekaligus akan diketahui jenis rhesusnya. Apabila terdapat inkontabilitas rhesus (ketidakcocokan rhesus), akan dapat terjadi pembekuan darah yang berakibat fatal, yaitu kematian, termasuk pada ibu hamil yang mengandung bayi dengan rhesus yang berbeda.

- **Test Lab Protein Urine**

Pemeriksaan laboratorium protein urin bertujuan untuk mendeteksi adanya keadaan pre eklampsi/eklampsi karena proteinuri menjadi salah satu diantara trias tanda preeklampsia (hipertensi, udema, dan proteinuri). Selain itu pemeriksaan proteinuria juga bertujuan untuk mengetahui status ginjal. Pemeriksaan protein urin juga merupakan antisipasi terhadap adanya komplikasi obstetri preeklampsi/eklampsi, maka bisa

dilakukan upaya pencegahan maupun penatalaksanaan yang tepat.

Pemeriksaan Protein urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga, atas indikasi. Pemeriksaan protein urin juga harus segera dilakukan apabila ditemukan salah satu tanda trias preeklamsi, yaitu hipertensi atau udem.

- **Test Lab Gula Darah**

Pemeriksaan Glukosa urin ibu hamil bertujuan untuk mengetahui status DM pada ibu, sehingga apabila diperlukan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri, kolaborasi atau diperlukan untuk rujukan maka bisa dipersiapkan sejak dini. Ibu hamil yang dicurigai menderita DM, misalnya mempunyai riwayat keluarga DM, pertumbuhan janin cenderung lebih besar dari usia kehamilan, progress pertumbuhan janin sangat cepat, maka lakukan pemeriksaan gula darah.

Risiko terjadinya malformasi atau kecacatan meningkat secara signifikan pada ibu hamil dengan DM pada trimester I, dan risiko bayi besar (makrosomia), sindrom distress pernafasan meningkat pada ibu hamil DM trimester III sehingga ibu hamil dengan DM meningkatkan risiko terjadinya komplikasi persalinan.

- **PPIA (Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak)**

PPIA merupakan bagian dari program nasional pengendalian HIV, IMS, Hepatitis B, dan program kesehatan ibu dan anak. Tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan tes HIV, sifilis dan hepatitis B kepada semua ibu hamil minimal 1 kali sebagai bagian dari pemeriksaan laboratorium rutin pada waktu pemeriksaan antenatal pada

kunjungan 1 (K1) hingga menjelang persalinan. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan pada kunjungan pertama trimester 1.

- **Inisiasi Menyusui Dini**

Inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan memiliki berbagai manfaat diantaranya kolostrum (ASI pada hari 1-5) kaya protein, laktosa ASI sebagai sumber karbohidrat diserap lebih baik dibanding yang terdapat di dalam susu formula.

- **Periksa Payudara (ASI)**

Pemeriksaan payudara termasuk inspeksi untuk mengidentifikasi pengeluaran kolustrum atau asi, mengidentifikasi adanya penyulit laktasi (missal putting susu lecet, tenggelam, bendungan payudara, inflamasi) dan palpasi payudara secara sistematis hingga axila pada kedua payudara untuk mengidentifikasi adanya benjolan, pembesaran kelenjar getah bening, dan abses pada payudara. Dinilai juga adanya anyeri tekan.

- **Periksa Perdarahan**

Perdarahan postpartum adalah perdarahan melebihi 500-600 ml yang terjadi setelah bayi lahir dan juga didefinisikan dengan volume perdarahan sebarangpun, tetapi begitu ada perubahan tandatanda vital dan perubahan keadaan umum ibu, ada tanda-tanda syok, maka keadaan ini sudah diidentifikasi sebagai perdarahan postpartum.

- **Periksa Jalan Lahir**

Jalan lahir perlu diperiksa untuk menilai adanya perdarahan postpartum karena robekan jalan lahir atau trauma

adalah penyebab tersering kedua dari perdarahan postpartum. Pemeriksaan dilakukan pada vulva dan perineum. Pemeriksaan vagina dan serviks dengan speculum juga perlu dilakukan setelah persalinan.

- **Vitamin A**

Vitamin A digunakan untuk pertumbuhan sel, jaringan, gigi dan tulang, perkembangan saraf penglihatan, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Sumber vitamin A adalah kuning telur, hati, mentega, sayuran berwarna hijau, dan kuning. Selain sumber-sumber tersebut ibu menyusui juga mendapat tambahan kapsul vitamin A (200.000 IU).

- **KB Pasca Persalinan**

Catat apakah ibu sudah melakukan KB pasca persalinan. Bila belum, jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin. Motivasi ibu untuk melakukan KB pasca persalinan. Jelaskan mengenai opsi alat kontrasepsi, mekanisme kerja, dan kelebihan kekurangan masing-masing metode kontrasepsi.

- **Konseling**

Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas dan menyusui, pemenuhan nutrisi yang baik, serta mempraktekkan personal hygiene yang baik.

- **Tata Laksana Kasus**

Pemeriksaan dan tata laksana menggunakan algoritma tata laksana terpadu masa nifas. Apabila ada tata laksana yang dilakukan pada ibu, catat pada formulir.

b. Evaluasi Kesehatan Ibu Hamil

Nama Dokter:
 Faskes :

EVALUASI KESEHATAN IBU HAMIL

Kondisi Kesehatan Ibu
 Tanggal periksa:

TB	cm	IMT			
BB	kg	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas
Lila	cm				

Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang

Hipertensi	Asma
Jantung	TB
Tyroid	Hepatitis B
Alergi	Jiwa
Autoimun	Sifilis
Diabetes	
Lainnya:

Lingkari pilihan yang sesuai

Riwayat Kehamilan dan Persalinan
 (termasuk Keguguran, Kembar, dan Lahir Mati)

No	Tahun	berat lahir (gram)	persalinan	penolong persalinan	komplikasi

Riwayat Penyakit Keluarga

Hipertensi	Diabetes	Sesak Nafas
Jantung	TB	Alergi
Jiwa	Kelainan Darah	Hepatitis B

Lingkari pilihan yang sesuai

Pemeriksaan Khusus

Inspeksi / Inspekulo	Vulva	normal	tidak normal
	Uretra	normal	tidak normal
	Vagina	normal	tidak normal
	Fluksus +/-		Fluor +/-
	Porsio	normal	tidak normal

Status Imunisasi T

TT ke-	selang waktu	perlindungan	✓
1		awal	
2	1 bulan	3 tahun	
3	6 bulan	5 tahun	
4	12 bulan	10 tahun	
5	12 bulan	>25 tahun	

Kesimpulan: Status imunisasi

Riwayat Perilaku Berisiko 1 Bulan sebelum hamil

merokok	pola makan berisiko	aktivitas fisik kurang
alkohol	Obat-obatan	kosmetik

Lingkari pilihan yang sesuai
 Lain-lain, jelaskan

Gambar 3. Lembar Evaluasi Kesehatan Ibu Hamil

- **BB, TB, Lila, IMT**

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, penimbangan berat badan (BB) dan pengukuran tinggi badan (TB) dinilai untuk memeriksa status gizi dengan indeks masa tubuh (IMT) berdasarkan umur. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini masalah gizi kurang atau lebih pada ibu hamil.

Penapisan status gizi juga dilakukan dengan pengukuran menggunakan pita LiLA pada (WUS) untuk mengetahui adanya risiko KEK). Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LiLA, artinya perempuan tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan BBLR.

Tabel 3. Klasifikasi IMT Asia Pasifik

Klasifikasi	IMT (kg/m²)
Berat badan kurang	<18.5
Kisaran normal	18.5-22.9
Berat badan lebih	≥23
Berisiko	23-24.9
Obesitas I	25-29.9
Obesitas II	≥30

- **Status Imunisasi Tetanus**

Seperti yang telah dijelaskan diatas, setiap WUS (15-49 tahun) diharapkan sudah mencapai status T5. WUS perlu merujuk pada status imunisasi terakhir pada saat hamil apabila sebelumnya sudah pernah hamil.

- **Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang**

Data riwayat kesehatan ibu sekarang dapat didapatkan melalui anamnesis dengan ibu dan dikonfirmasi melalui pemeriksaan fisik dan penunjang sesuai indikasi.

- **Riwayat Perilaku Berisiko**

Berbagai perilaku berisiko harus dinilai pada ibu seperti merokok dan konsumsi alkohol. Perokok aktif dan pasif dapat membuat janin mengalami gangguan pertumbuhan. Asap rokok yang terhirup oleh calon ibu dapat menghambat suplai oksigen,

sehingga risiko janin lahir prematur menjadi lebih tinggi. Minuman beralkohol membuat calon ibu menghadapi risiko abortus. Sedangkan dari sisi suami, kadar alkohol yang tinggi membuat jumlah sel sperma sedikit jumlahnya sehingga tidak cukup untuk konsepsi.

- **Riwayat Kehamilan dan Persalinan**

Riwayat kehamilan dan persalinan dapat didapatkan melalui anamnesis dengan Ibu. Riwayat ini untuk mengantisipasi adanya masalah kebidanan pada kehamilan yang sedang berlangsung. Misalnya persalinan sebelumnya Seksio sesaria perlu dikaji juga indikasinya apa sehingga dapat disiapkan untuk kehamilan ini.

- **Riwayat Penyakit Keluarga**

Riwayat mengenai ayah, ibu, saudara laki-laki, saudara perempuan pasien, dituliskan tentang umur dan keadaan kesehatan masing-masing bila masih hidup, atau umur waktu meninggal dan sebabnya. Gambarkan bagan keluarga yang berhubungan dengan keadaan ini. Tuliskan hal-hal yang berhubungan dengan peranan keturunan atau kontak diantara anggota keluarga. Ada atau tidaknya penyakit spesifik dalam keluarga, misalnya hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes, dan lain sebagainya.

- **Pemeriksaan Khusus**

Pemeriksaan genetalia interna pada ibu hamil tidak dilakukan secara rutin, tetapi hanya dilakukan ketika ada indikasi tertentu. Pemeriksaan genetalia interna meliputi; 1) pemeriksaan inspekulo, 2) pemeriksaan bimanual (vaginal toucher), dan 3) pemeriksaan rektovaginal.

c. Pemeriksaan dokter trimester 1

Pemeriksaan Dokter Trimester 1 (Usia kehamilan < 12 minggu)

(Konsep : Anamnesa dan pemeriksaan dokter umum mengenai risiko Kehamilan saat ini normal/ kehamilan berkomplikasi)

Pemeriksaan Fisik
Keadaan umum:

Konjunctiva	normal	tidak
Sklera	normal	tidak normal
Kulit	normal	tidak normal
Leher	normal	tidak normal
Gigi mulut	normal	tidak normal
THT	normal	tidak normal
Dada	Jantung	normal
	Paru	normal
Perut	normal	tidak normal
Tungkai	normal	tidak normal

Hasil USG

USG Trimester I
HPHT :, Kehamilan minggu

GS (Gestational Sac)	cm
CRL (Crown-rump Length)	cm
DJj (Denyut Jantung Janin)	dpm
Sesuai usia kehamilan	minggu
Letak janin	intrauterin/ ekstrauterin
Taksiran Persalinan	

Pemeriksaan laboratorium (tanggal / /20)

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	gr/dL	
Antigen darah & Rhesus		
Gula darah sewaktu	mg/dL	
PPIA		
• H	R/NR	
• S	R/NR	
• Hepatitis B	R/NR	
• Lain-lain		

Kesimpulan :
Rekomendasi :
(ANC dapat dilakukan di FKTP atau rujuk ke FKRTL)

Gambar 4. Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 1

• **Pemeriksaan Fisik**

- **Konjunctiva**

Pemeriksaan konjungtiva dilakukan dengan menarik kelopak mata bawah ke bawah dan meminta ibu untuk melirik ke atas lalu nilai dari konjungtiva ibu apakah normal atau ada kelainan seperti konjungtiva anemis.

- Sklera
Pemeriksaan sklera dilakukan dengan menarik kelopak mata atas ke atas dan meminta ibu untuk melihat ke bawah lalu nilai dari sklera ibu apakah normal atau ada kelainan seperti sklera ikterik.
- Kulit
Pemeriksaan kulit dilakukan dengan inspeksi apakah kesan normal atau ada jejas, bekas operasi, kemerahan, tanda inflamasi, dan abnormalitas lainnya.
- Leher
Pemeriksaan leher dapat dilakukan untuk menilai adanya pembesaran kelenjar getah bening, kelenjar tiroid, dan otot-otot leher. Hasil yang abnormal dapat dilanjutkan dengan konfirmasi melalui pemeriksaan fisik.
- Gigi mlut
Pemeriksaan gigi mulut dapat dilakukan pengecekan seperti adanya karies gigi, apakah bersih, apakah ada stomatitis.
- THT
Dari telinga, hidung, tenggorokan dilihat apakah ada kelainan seperti adanya sekret, tanda inflamasi seperti kemerahan, bengkak, lalu dinilai apakah ada jejas, tanda-tanda lainnya.
- Dada
Pemeriksaan dada meliputi pemeriksaan jantung dan paru. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
- Perut
Pemeriksaan perut dapat dilakukan dengan menilai bentuk, adanya bekas luka, striae gravidarum, lalu palpasi leopard, penilaian TFU, TBJ, dan auskultasi DJJ.

- Tungkai
Nilai apakah ada udem, varices pada ekstremitas. Nilai pula refleks patella dan kuku ibu.
- **USG Trimester I**
 - GS (Gestational Sac)
GS terlihat sebagai struktur kistik (anekoik) berbentuk bundar atau oval, dengan dinding yang hiperekoik, dan letaknya eksentrik di dalam lapisan endometrium yang menebal. GS mulai terlihat pada 4,5 minggu dan pada saat itu diameternya mencapai 2-3mm. GS konsisten terlihat mulai kehamilan 5 minggu, saat diameternya lebih dari sama dengan 5mm.
 - CRL (Crown-rump Length)
CRL diukur berdasarkan jarak kepala-bokong, meskipun sebelum kehamilan 8 minggu bagian kepala dan badan masih belum dapat dibedakan. Janin mulai menunjukkan aktivitas denyut jantung pada usia kehamilan sekitar 6 minggu, setelah CRL mencapai 5mm dan diameter GS sekitar 18mm.
 - DJJ (Denyut Jantung Janin)
DJJ baiknya diukur dengan cara *M-mode*. DJJ pada kehamilan 6 minggu sekitar 100 dpm, meningkat mencapai 175 dpm pada kehamilan 9 minggu, kemudian menurun hingga 166 dpm pada kehamilan 12 minggu. Apabila DJJ <80 dpm pada kehamilan 6 minggu atau <100 dpm pada kehamilan lebih dari samadengan 7 minggu, umumnya janin akan mati beberapa hari kemudian.
 - Sesuai Usia Kehamilan
Penentuan usia kehamilan hanya akurat bila digunakan pada usia kehamilan 5-6,5 minggu. Selain menggunakan

nomogram perkembangan GS, usia kehamilan dapat dihitung dengan formula sederhana yaitu:

$$\text{Usia kehamilan (hari)} = \text{diameter GS (mm)} + 30$$

- **Letak Janin**

Letak janin perlu ditentukan apakah intrauterin atau ektrauterin untuk menentukan tindakan selanjutnya yang diperlukan untuk persalinan.

- **Taksiran Persalinan**

Taksiran persalinan dengan USG dilakukan dengan kombinasi biparietal diameter (BPD), femur length (FL), head circumferencial (HC), abdominal circumferencial (AC).

- **Pemeriksaan Laboratorium**

- **Hemoglobin**

Pemeriksaan kadar hemoglobin sangat penting dilakukan dalam menegakkan diagnosa dari suatu penyakit, sebab jumlah kadar hemoglobin dalam sel darah akan menentukan kemampuan darah untuk mengangkut oksigen dari paru-paru keseluruh tubuh. Disebut anemia bila kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah kurang dari normal. Pemeriksaan hemoglobin dilakukan melalui sampel darah yang diambil dari darah tepi.

- **Golongan darah & Rhesus**

Golongan darah penting diketahui untuk mencegah risiko kesehatan, membantu dalam keadaan darurat untuk proses transfusi darah. Saat dilakukan pemeriksaan golongan darah seseorang sekaligus akan diketahui jenis rhesusnya. Apabila terdapat inkontabilitas rhesus (ketidakcocokan rhesus), akan

dapat terjadi pembekuan darah yang berakibat fatal, yaitu kematian, termasuk pada ibu hamil yang mengandung bayi dengan rhesus yang berbeda.

- Gula Darah Sewaktu

Pemeriksaan Glukosa urin ibu hamil bertujuan untuk mengetahui status DM pada ibu, sehingga apabila diperlukan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri, kolaborasi atau diperlukan untuk rujukan maka bisa dipersiapkan sejak dini. Ibu hamil yang dicurigai menderita DM, misalnya mempunyai riwayat keluarga DM, pertumbuhan janin cenderung lebih besar dari usia kehamilan, progress pertumbuhan janin sangat cepat, maka lakukan pemeriksaan gula darah. Risiko terjadinya malformasi atau kecacatan meningkat secara signifikan pada ibu hamil dengan DM pada trimester I, dan risiko bayi besar (makrosomia), sindrom distress pernafasn meningkat pada ibu hamil DM trimester III sehingga ibu hamil dengan DM meningkatkan risiko terjadinya komplikasi persalinan

- PPIA

Penularan vertikal HIV, Sifilis dan hepatitis B dapat terjadi dari ibu ke bayi yang dikandungnya. Upaya kesehatan masyarakat untuk mencegah penularan ini dimulai dengan skrining pada ibu hamil terhadap HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada saat pemeriksaan antenatal (ANC) pertama pada trimester pertama. Tes skrining menggunakan tes cepat (rapid tes) HIV, tes cepat sifilis (TP rapid) dan tes cepat HBsAg. Tes cepat ini relatif murah, sederhana dan tanpa memerlukan keahlian khusus sehingga dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan (pemberi layanan langsung). Skrining HIV, sifilis dan hepatitis B pada ibu hamil dilaksanakan secara bersamaan dalam paket pelayanan antenatal terpadu.

Secara program nasional upaya pengendalian terhadap ketiga penyakit infeksi menular langsung ini disebut Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan hepatitis B dari Ibu ke Anak (PPIA).

d. Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan <20 minggu

Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur ≥ 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		
Kehamilan multiple		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure (MAP) ≥ 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup > 1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		

Keterangan Sistem Skoring:
 Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya

- 2 risiko sedang dan atau,
- 1 risiko tinggi

* Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature
 ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu
 $MAP = \frac{(2 \times D) + S}{3}$

Centang pilihan yang sesuai
 Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.
 Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Dokter Pemeriksa,
 (.....)

Gambar 5. Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan <20 minggu

Cara pengisian : berikan tanda centang pada pilihan yang sesuai pada masing-masing kondisi kemudian hitung berapa kotak kuning dan merah yang dicentang. Apabila ditemukan sedikitnya 2 risiko sedang (kotak kuning) dan 1 risiko tinggi (kotak merah), maka lakukan rujukan ibu hamil ke rumah sakit.

e. Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 3

**Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 3
(Usia kehamilan 32 -36 minggu)**

Pemeriksaan Fisik
Keadaan umum: Baik/Sedang/Buruk

Konjunctiva		anemia	tidak anemia
Sklera		ikterik	tidak ikterik
Gigi mulut		normal	tdk normal
THT		normal	tdk normal
Leher		normal	tdk normal
Dada	Jantung	normal	tdk normal
	Paru	normal	tdk normal
Perut		normal	tdk normal
Tungkai		normal	tdk normal

USG Trimester III
HPHT : Kehamilan minggu

Janin	Hidup / Tidak Hidup	BPD	Cm
Jumlah janin	Tunggal / Ganda	HC	Cm
Letak janin	Presentasi kepala Presentasi sungsang Presentasi melintang		
Berat Janin	gram	FL	Cm
Plasenta	Normal / Tidak	Cairan Ketuban	Cm
Usia kehamilan			

Lingkari pilihan yang sesuai

Pemeriksaan laboratorium (tanggal / / 20

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	gr/dL	
Gula darah puasa		
Gula darah 2 jam post prandial	mg/dL	

Rencana Konsultasi Lanjut:

Gizi	Kebidanan	Anak	Penyakit Dalam	Neurologi	THT	Psikiatri	Lain-lain
------	-----------	------	----------------	-----------	-----	-----------	-----------

Rencana Tempat Bersalin: FKTP/FKRTL

Pilihan Rencana Kontrasepsi

MAL	Pil	Suntik	AKDR	implan	Steril	Belum memilih
-----	-----	--------	------	--------	--------	---------------

MAL = Metode Amnionore Laktasi
ADRK = Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

Konseling

Kebutuhan Konseling	tidak	ya
---------------------	-------	----

Jelaskan :

Lingkari pilihan yang sesuai
Kesimpulan :

(Peralinan dapat dilakukan di FKTP atau Rujuk ke FKRTL)

Gambar 6. Lembar Pemeriksaan Dokter Trimester 3

- **Rencana konsultasi lanjut**

Apabila ditemukan kondisi yang mendasari adanya kehamilan risiko tinggi konsultasikan lebih lanjut ke bagian sesuai dengan bidang. Misal bila ada malnutrisi, konsultasikan ke bagian gizi klinik, bila ditemukan kondisi DM dengan manifestasi sistemik, konsultasikan untuk tata kelola oleh spesialis penyakit dalam.

- **Rencana Tempat Bersalin**

Bantu pasien untuk menentukan tempat tempat bersalin sesuai dengan kebutuhan pasien. Bimbing pasien untuk mulai menentukan tempat persalinan sejak usia kehamilan 7 bulan supaya dapat melakukan persiapan kelahiran dengan matang.

- **Rencana kontrasepsi**

Bantu ibu dan suaminya untuk mempersiapkan pemilihan metode kontrasepsi melalui edukasi mengenai perencanaan keluarga, konseling mengenai pilihan kontrasepsi berdasarkan tujuan reproduksinya, penapisan kelayakan medis untuk mengkaji kesesuaian kebutuhan keluarga dengan tiap metode, dan permintaan persetujuan dari ibu dan suami.

- **Konseling**

Bila Ibu membutuhkan konseling, cantumkan alasan diperlukannya konseling dan hasil konseling

4.2 Manfaat Skrining

Manfaat jumlah skor dan kode warna untuk ibu hamil, suami, keluarga, dan tenaga kesehatan, yaitu pada umur kehamilan 38 minggu jumlah skor dengan faktor risikonya digunakan untuk pemilahan terakhir dalam upaya penyelamatan

ibu/bayi baru lahir, pencegahan dan penurunan rujukan terlambat melalui:

- Pemberdayaan ibu hamil, suami, dan keluarga: (a) sarana KIE mudah disampaikan, diterima, dimengerti kemungkinan prakiraan berat ringannya risiko terjadi komplikasi persalinan, (b) ukuran kebutuhan upaya untuk persalinan aman, (c) pengambilan keputusan bersama rujukan terencana bila perlu
- Alat peringatan diri bagi tenaga kesehatan, terutama bila jauh dari akses rujukan agar teliti melakukan pertimbangan klinis: (a) menolong persalinan sendiri dengan waspada pengenalan diri komplikasi persalinan, menangani sendiri, atau segera melakukan RTW, (b) langsung Rujukan Dini Berencana/Rujukan Dalam Rahim pada ibu gawat obstetrik.

5. Sistem Rujukan

5.1 Pengertian

5.2 Jenis Rujukan

I. Rujukan Terencana

Adalah rujukan ke rumah sakit yang telah direncanakan ke jauh-jauh hari bagi ibu risiko tinggi. Sejak awal kehamilan, diberi KIE. Ada 2 macam rujukan terencana yaitu:

a. Rujukan Dini Berencana (RDB)

RDB diperuntukkan bagi ibu dengan APGO dan AGO, ibu risiko tinggi yang masih sehat belum in partu, belum ada komplikasi persalinan, ibu berjalan sendiri dengan suami, ke RS naik kendaraan umum dengan tenang, santai, mudah, murah, dan tidak membutuhkan alat maupun obat.

b. Rujukan Dalam Rahim (RDR)

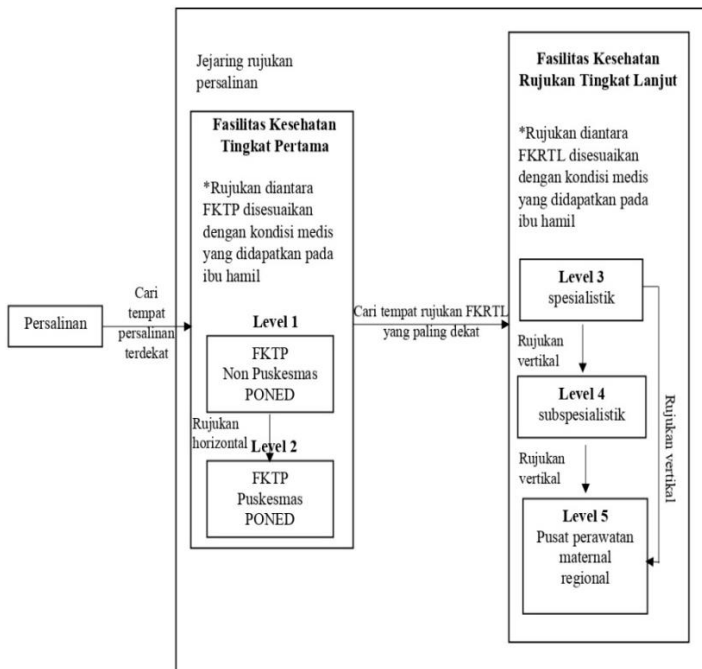
Di dalam RDB terdapat RDR bagi janin ada masalah, janin risiko tinggi masih sehat misalnya kehamilan dengan

riwayat obstetri jelek pada ibu diabetes mellitus, partus prematurus imminens. Bagi janin, selama pengiriman Rahim ibu merupakan alat transportasi dan incubator alami serta memberikan hubungan fisik dan psikis dalam lingkungan ibunya.

II. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

RTW diperuntukkan untuk ibu AGDO, ibu kelompok III AGDO dengan perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eclampsia dan ibu dengan komplikasi persalinan dini yang dapat terjadi pada semua ibu hamil dengan atau tanpa faktor risiko. Ibu GDO membutuhkan RTW dalam penyelamatan ibu/bayi baru lahir.

5.3 Skema Rujukan



Bagan 1. Skema Rujukan Persalinan

Pelayanan persalinan adalah sebuah sistem penyelenggaraan pelayanan persalinan yang dapat mengakomodasi kebutuhan ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir untuk mendapatkan luaran kehamilan yang optimal. Sistem tersebut akan memperhatikan tata kelola klinis, tata kelola program dan tata kelola manajemen dalam Penyelenggaraan pelayanan persalinan di dalam jejaring pelayanan persalinan di tingkat kabupaten/kota dan pengampu di tingkat regional. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di tingkat masyarakat, FKTP (Puskesmas, klinik, praktik mandiri bidan, dll) dan FKRTL (RS) sebagai fasilitas kesehatan rujukan diupayakan agar dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan, serta perlu dipantau secara teratur.. Dalam upaya menyelenggarakan pelayanan persalinan yang optimal, maka setiap tingkatan berada dalam suatu jejaring rujukan persalinan yang berfungsi.

Daftar Pustaka

- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Pusdik SDM Kesehatan. 2016. Praktikum Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Pusdik SDM Kesehatan. 2016. Keperawatan Maternitas. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Pusdik SDM Kesehatan. 2018. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2001. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

BIOGRAFI PENULIS



dr. Putri Sekar Wiyati, SpOG, Subsp. Obginsos

Lulus sebagai dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2004. Lulus dokter spesialis obstetri dan ginekologi pada tahun 2011 FK Undip. Lulus konsultan ginekologi sosial pada tahun 2014 di FK Undip. Saat ini bertugas sebagai ketua tim PONEK RSUP dr. Kariadi, ketua pokja AKI POGI Semarang, anggota tim audit maternal dan perinatal dinas kesehatan provinsi Jawa Tengah dan kota Semarang, anggota tim HIV RSUP dr Kariadi Semarang, dan sekretaris program studi obstetri dan ginekologi FK Undip

dr. Ratnasari Dwi Cahyanti, M.Si.Med, SpOG, Subsp. Obginsos

Lulus sebagai dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2000. Lulus dokter spesialis obstetri dan ginekologi pada tahun 2003 di FK Undip. Lulus konsultan obstetri dan ginekologi sosial pada tahun 2012. Saat ini menjadi Tim Audit Maternal Perinatal Provinsi Jawa Tengah dan Tim Comprehensive Emergency Obstetrics & Neonatal Care (CEmONCs) RSUP Dr. Kariadi.



Dr. dr. Raden Soerjo Hadijono SpOG, Subsp. Obginsos

Lulus sebagai dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 1983. Lulus dokter spesialis obstetri dan ginekologi pada tahun 1992 di FK Undip. Lulus konsultan obstetri dan ginekologi sosial pada tahun 2003. Saat ini menjabat sebagai Kepala Divisi Obstetri-Ginekologi Sosial FK Undip – RSUP Dr. Kariadi Semarang dan Ketua Pusat Pelatihan Klinik Sekunder (P2KS) Jawa Tengah. Aktif dalam organisasi profesi PUSKI, PERINASIA dan POGI.



ISBN 978-979-097-969-7



**DIVISI OBSTETRI GINEKOLOGI SOSIAL
BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI FK UNDIP
RSUP DR. KARIADI SEMARANG
TAHUN 2022**