

ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL



**Fika Aulia, Gusriani, Wiqodatul Ummah,
Mufida Annisa Rahmawati, Eti Kuswandari, Fitria Aisyah,
Devi Kristina Sari, Novi Budi Ningrum,
Andri Tri Kusumaningrum, Siti Naili Ilmiyani,
Intan Renata Silitonga**

ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

**Fika Aulia
Gusriani
Wiqodatul Ummah
Mufida Annisa Rahmawati
Eti Kuswandari
Fitria Aisyah
Devi Kristina Sari
Novi Budi Ningrum
Andri Tri Kusumaningrum
Siti Naili Ilmiyani
Intan Renata Silitonga**



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Penulis :

Fika Aulia
Gusriani
Wiqodatul Ummah
Mufida Annisa Rahmawati
Eti Kuswandari
Fitria Aisyah
Devi Kristina Sari
Novi Budi Ningrum
Andri Tri Kusumaningrum
Siti Naili Ilmiyani
Intan Renata Silitonga

ISBN : 978-623-125-211-1

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa., A.Md., Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal ini.

Buku Ini Membahas Konsep Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Identifikasi Kegawatdaruratan Pada Kehamilan, Persalinan, Nifas, Dan Neonatal, Penilaian Kondisi Klien Dengan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Penanganan Awal Kegawatdaruratan Pada Kehamilan Muda Dan Lanjut, Resusitasi Neonatal, Basic Life Support, Patient Safety Dan Pencegahan Infeksi Dalam Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Penanganan Kegawatdaruratan Pada Ibu Nifas Dan Menyusui, Kolaborasi Dan Sistem Rujukan, Pendokumentasian Dalam Kasus Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Dengan Metode Soap, Studi Kasus Kegawatdaruratan Maternal Neonatal.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 KONSEP KEGAWATDARURATAN MATERNAL	
DAN NEONATAL	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Kegawatdaruratan	2
1.3 Tujuan Penanggulangan	3
1.4 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal.....	3
1.5 Penyebab Kegawatdaruratan Maternal Neonatal	4
1.6 Merespon Kegawatdaruratan Maternal Neonatal yang Tepat dan Cepat	5
1.7 Pengkajian Awal Kegawatdaruratan Maternal Neonatal	6
1.8 Peran Bidan dalam Kegawatdaruratan Maternal Neonatal	8
1.9 Pencegahan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal	9
DAFTAR PUSTAKA.....	10
BAB 2 IDENTIFIKASI KEGAWATDARURATAN	
PADA KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS, DAN	
NEONATAL	11
2.1 Pendahuluan.....	11
2.2 Kegawatdaruratan pada Masa Kehamilan.....	11
2.3 Kegawatdaruratan pada Persalinan	17
2.4 Kegawatdaruratan pada Nifas.....	20
2.5 Kegawatdaruratan Neonatal	21
2.6 Diagnosis Umum Kasus Gawat Darurat.....	22
DAFTAR PUSTAKA.....	24
BAB 3 PENILAIAN KONDISI KLIEN	
DENGAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL	
DAN NEONATAL	27
3.1 Pendahuluan.....	27
3.2 Pengertian.....	27

3.2.1 Cara Mencegah Kegawatdaruratan	28
3.2.2 Cara Merespon Kegawatdaruratan	29
3.2.3 Penatalaksanaan Awal Terhadap Kasus Kegawatdaruratan Maternal.....	29
3.2.4 Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Maternal Secara Cepat	29
3.3 Deteksi Kegawatdaruratan Maternal	30
3.3.1 Deteksi Preeklamsia.....	31
3.3.2 Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia.....	32
3.3.3 Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas	32
3.3.4 Perdarahan pada Kehamilan Muda.....	32
3.4 Deteksi Kegawatdaruratan Neonatal.....	36
3.5 Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kegawatdaruratan pada Neonatus	37
3.6 Kondisi-Kondisi yang Menyebabkan Kegawatdaruratan Neonatus	37
3.7 Deteksi Kegawatdaruratan Bayi Muda	40
3.8 Konsep Dasar MTBM.....	40
DAFTAR PUSTAKA	42
BAB 4 PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN MUDA DAN LANJUT	43
4.1 Pendahuluan	43
4.2 Anemia	44
4.3 Hiperemesis Gravidarum.....	46
4.4 Kehamilan Ganda	50
4.5 Mola Hidatidosa	51
4.6 Kehamilan Ektopik	54
4.7 Preeklamsia dan Eklamsia	55
DAFTAR PUSTAKA	59
BAB 5 RESUSITASI NEONATAL	61
5.1 Asfiksia	61
5.1.1 Definisi	61
5.1.2 Etiologi	61
5.1.3 Patofisiologi.....	62
5.1.4 Klasifikasi.....	63
5.1.5 Manifestasi klinis.....	64

5.1.6 Tanda dan gejala	64
5.1.7 Gambaran klinis	64
5.1.8 Diagnosis asfiksia	66
5.2 Resusitasi Neonatus	66
5.2.1 Pengertian Resusitasi.....	66
5.2.2 Tujuan Resusitasi	66
5.2.3 Langkah-langkah resusitasi.....	67
5.2.4 Alur Penatalaksanaan Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir	72
DAFTAR PUSTAKA.....	74
BAB 6 BASIC LIFE SUPPORT.....	77
6.1 Pendahuluan.....	77
6.2 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskular	78
6.3 Henti Jantung (<i>Cardiac Arrest</i>)	80
6.4 <i>Basic Life Support</i> /Bantuan Hidup Dasar (BHD).....	81
6.4.1 Definisi Basic Life Support/ Bantuan Hidup Dasar (BHD)	81
6.4.2 Tujuan Melakukan Basic Life Support/ Bantuan Hidup Dasar (BHD)	84
6.4.3 Indikasi Melakukan Basic Life Support/ Bantuan Hidup Dasar (BHD)	84
6.5 Tata Laksana Basic Life Support pada Dewasa	86
6.5.1 Teknik kompresi dada (<i>chest Compression</i>)	87
6.5.2 Teknik Membuka Jalan Napas (<i>Airway</i>).....	89
6.5.3 Teknik Pemberian Pernapasan (<i>Breathing</i>).....	90
6.6 Tata laksana Basic Life Support pada Anak.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	97
BAB 7 PATIENT SAFETY DAN PENCEGAHAN INFEKSI DALAM ASUHAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL.....	99
7.1 Pendahuluan.....	99
7.2 <i>Patient Safety</i>	100
7.2.1 Pengertian <i>Patient Safety</i>	100
7.2.2 Tujuan Sistem <i>Patient safety</i>	100
7.2.3 Indikator <i>Patient Safety</i>	101
7.2.4 Standar Keselamatan Pasien	102
7.2.5 Sasaran Keselamatan Pasien	106

7.2.6 Tujuh Langkah menuju Keselamatan Pasien.....	112
7.3 Peran Bidan Dalam Kegawatdaruratan Maternal	
Neonatal.....	113
7.4 Pencegahan Infeksi.....	115
DAFTAR PUSTAKA	119
BAB 8 PENANGANAN KEGAWATDARURATAN	
PADA IBU NIFAS DAN MENYUSUI	121
8.1 Pendahuluan	121
8.2 Kegawatdaruratan Pada Ibu Nifas dan Menyusui.....	123
8.3 HPP (<i>Haemorrhagic Post Partum</i>)	123
8.3.1 Jenis Perdarahan	123
8.3.2 Etiologi	124
8.3.3 Gambaran klinis pada hipovolemia.....	126
8.3.4 Penatalaksanaan	128
8.3.5 Pencegahan	135
8.3.6 Faktor Predisposisi	135
DAFTAR PUSTAKA	143
BAB 9 KOLABORASI DAN SISTEM RUJUKAN	145
9.1 Konsep Kolaborasi.....	145
9.1.1 Pengertian.....	145
9.1.2 Elemen Kolaborasi	146
9.1.3 Pelayanan Kolaborasi/Kerjasama.....	146
9.1.4 Tugas Kolaborasi (Kerjasama) bidan.....	147
9.1.5 Perkembangan Bidan Kolaborasi	150
9.2 Sistem Rujukan	150
9.2.1 Pengertian.....	150
9.2.2 Tujuan.....	151
9.2.3 Manfaat	151
9.2.4 Faktor-Faktor Penyebab Rujukan	152
9.2.5 Tugas Ketergantungan.....	153
9.2.6 Jenis Rujukan.....	155
9.2.7 Tata Laksana Rujukan	157
9.2.8 Mekanisme Rujukan.....	159
9.2.9 Tindakan Rujukan yang tepat pada kasus kegawatdaruratan.....	160
9.2.10 Persiapan Rujukan	160
9.3 Rujukan Dini Terencana Dalam Kebidanan	161

DAFTAR PUSTAKA.....	165
BAB 10 PENDOKUMENTASIAN DALAM KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL DENGAN METODE SOAP	167
10.1 Konsep Pendokumnetasi Asuhan Kebidanan	167
10.2 Pendokumentasian Dengan S-O-A-P	170
DAFTAR PUSTAKA.....	180
BAB 11 STUDI KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL.....	181
11.1 Pendahuluan.....	181
11.2 Kegawatdaruratan	182
11.3 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)	183
11.3.1 Definisi.....	183
11.3.2 Ruang Lingkup	183
11.3.3 Syarat Minimal Pelayanan.....	183
11.3.4 Tim PONEK.....	183
11.3.5 Rujukan Maternal dan Neonatal.....	184
11.4 Studi Kasus Kegawatdaruratan	184
11.4.1 Studi Kasus Kegawatdaruratan Maternal	184
11.4.2 Studi Kasus Kegawatdaruratan Neonatal	193
DAFTAR PUSTAKA.....	197
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Manajemen Kegawatdaruratan <i>ABC</i>	4
Gambar 1.2. Pentingnya Keterampilan Petugas dalam Menangani Kasus Kegawatdaruratan	5
Gambar 1.3. Kerjasama TIM dengan Keluarga Dalam Menangani Kasus Kegawatdaruratan	6
Gambar 3.1. Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia.....	32
Gambar 5.1. Apgar Score.....	64
Gambar 5.2. posisi menghidu saat resusitasi	67
Gambar 5.3. Isap Lendir BBL.....	68
Gambar 5.4. Rangsang Taktil.....	68
Gambar 5.5. Pemasangan sungkup.....	69
Gambar 6.1. <i>Head tilt-chin lift</i>	89
Gambar 6.2. <i>Teknik Jaw trust</i>	90
Gambar 9.1. Bagan Alur Sistem Rujukan Pada Banyak Fasyankes	158
Gambar 11.1. Manual Plasenta.....	193
Gambar 11.2. Skor APGAR.....	194
Gambar 11.3. Algoritme Resusitasi menurut IDAI	196

DAFTAR TABEL

Tabel 8.1. Gambaran klinis perdarahan obstetric.....	126
Tabel 10.1. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu.....	173

BAB 1

KONSEP KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Oleh Fika Aulia

1.1 Pendahuluan

Kegawatdaruratan Maternal adalah situasi serius yang dapat mengancam nyawa ibu karena masalah yang ada pada masa hamil, bersalin, dan masa nifas. Kegawatdaruratan Neonatal adalah kondisi yang membahayakan kehidupan bayi baru lahir yang berusia 0-28 hari. Kematian Ibu dan Kematian Bayi merupakan penunjuk penting untuk mengevaluasi kesejahteraan dan kesehatan masyarakat suatu negara. AKI dan AKB dapat disebabkan oleh kasus-kasus kegawatdaruratan yang terjadi pada ibu (maternal) dan bayi baru lahir (neonatal). Kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal sering terjadi tidak terduga dan secara tiba-tiba. Keterlambatan dalam melakukan rujukan merupakan penyebab non obstetrik yang menyebabkan AKI dan AKB (Nirmala *et al.*, 2018).

AKI merupakan angka yang mencerminkan jumlah wanita yang meninggal dunia selama kehamilan, saat persalinan, atau dalam periode setelah melahirkan, yang disesuaikan dengan jumlah kelahiran hidup, dan tidak termasuk kematian akibat penyebab lain seperti jatuh atau kecelakaan, diukur dalam setiap 100.000 kelahiran hidup. AKB mengacu pada jumlah kematian bayi di bawah usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup. Beberapa penyebab kematian ibu di Indonesia meliputi perdarahan (30,3%), hipertensi (27,1%), infeksi (7,3%), dan penyebab lainnya (40,8%). Diperkirakan sekitar 20% kehamilan berisiko terjadi komplikasi yang dapat membahayakan nyawa, tetapi sebagian besar dari komplikasi tersebut dapat dicegah melalui penanganan yang tepat oleh petugas kesehatan (Riskesdas, 2014). Target AKI berdasarkan SDGs adalah 70/100.000 KH pada tahun 2030 dan Target AKB berdasarkan SDGs adalah 12/1000 KH di tahun 2030.

Tenaga kesehatan harus tepat dalam memberikan pelayanan pada kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal, sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi Kematian Ibu dan Kematian Bayi. Bidan sebagai tenaga kesehatan yang ada pada garda paling depan harus terampil dan sigap dalam memberikan pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Bidan harus dapat mendeteksi secara dini sehingga dapat mengenali dan melakukan penanganan kegawatdaruratan, sehingga AKI dan AKB dapat diturunkan dengan cara melakukan penanganan yang efektif dan efisien. Kerjasama antara tim tenaga kesehatan, pasien dan keluarga sangat diperlukan dalam membuat keputusan yang tepat pada kasus kegawatdaruratan (Ripursari, 2018).

1.2 Definisi Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan, menurut kamus Dorlan (2011), adalah kondisi yang muncul tidak terduga atau terjadi secara mendadak, seringkali mengandung bahaya. Campbell (2000) menjelaskan kegawatdaruratan merupakan keadaan serius dan membahayakan, muncul mendadak dan memerlukan tindakan cepat untuk menyelamatkan nyawa. Kegawatdaruratan obstetri merujuk pada kondisi yang membahayakan nyawa dapat terjadi masa hamil, bersalin, dan masa nifas. Ada banyak penyakit dan masalah dalam masa hamil yang dapat membahayakan ibu dan bayi yang dilahirkan (Chamberlain, Geoffrey, & Phillip Steer, 1999).

Gawat mempunyai makna mengancam jiwa. Kondisi darurat berarti memerlukan penanganan segera agar nyawa bisa terselamatkan. Harus dilakukan cepat karena untuk menghindari kecacatan dan kematian. Kasus gawat darurat obstetri merupakan kasus obstetri yang jika ditangani dengan tidak tepat dapat mengakibatkan AKI maupun AKB. Kasus ini merupakan penyebab utama AKI dan AKB. Masalah kegawatdaruratan kehamilan, persalinan dan masa nifas dapat disebabkan oleh beberapa komplikasi kehamilan atau penyakit penyerta. Kegawatdaruratan dalam bidang kebidanan merujuk pada situasi darurat yang terjadi pada perempuan yang sedang hamil, melahirkan, atau dalam masa nifas, biasanya terjadi secara tiba-tiba, mungkin disertai dengan

kejang, atau bisa menjadi hasil dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan baik (Mailita dan Ririn, 2022).

Bayi baru lahir mengalami perubahan kehidupan saat setelah dilahirkan yaitu dari kehidupan dalam kandungan beradaptasi di kehidupan luar kandungan yang akan membuat neonatus mengalami masa rentan menuju kehidupan di luar rahim yang lebih mandiri. Selama jam pertama setelah kelahiran, terjadi masa transisi yaitu perubahan yang paling signifikan. Masa transisi mempengaruhi seluruh sistem organ, seperti sistem pernapasan, sirkulasi, hati dan ginjal. Dalam masa transisi diperlukan perencanaan dan kesiapan bagi tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan penanganan neonatus untuk mencegah keadaan darurat pada neonatus. Masa Bayi Baru Lahir atau neonatal merupakan masa rentan sehingga memerlukan pengawasan dan perawatan asuhan yang tepat sehingga tidak terjadi kegawatdaruratan. Diperlukan keterampilan dalam memberikan dan mengenali perubahan psikologis yang mengancam jiwa dan kondisi patologis yang mungkin muncul secara tidak terduga.

1.3 Tujuan Penanggulangan

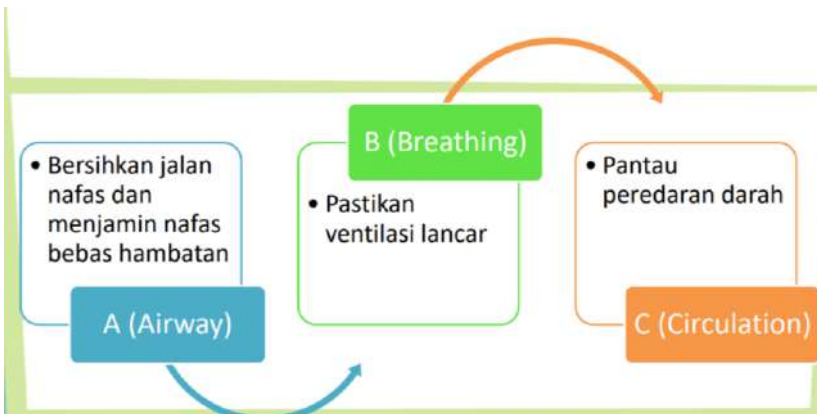
Tujuan penanganan kegawatdaruratan menurut Widaryati (2016) adalah:

1. Mencegah angka kematian, angka kesakitan dan disabilitas pada pasien gawat darurat sampai pasien dalam keadaan normal dan mampu hidup normal dalam masyarakat.
2. Melalui system rujukan, sehingga meningkatkan keamanan dan penanganan yang sesuai.
3. Penanganan korban bencana

1.4 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Penanganan awal kegawatdaruratan maternal neonatal harus dilakukan segera. Dalam situasi darurat, penting untuk efisien dalam mengelola waktu karena waktu terbatas. Pertolongan harus diberikan secara terstruktur dengan memberikan prioritas pada fungsi-fungsi vital sesuai urutan ABC, yaitu:

- **A Airway** (Jalan Napas): Memastikan bahwa jalan napas pasien terbuka dan tidak terhalang sehingga pasien dapat bernapas dengan baik.
- **B Breathing** (Pernapasan): Memeriksa dan memastikan bahwa pasien sedang bernapas atau tidak, serta memberikan bantuan pernapasan jika diperlukan.
- **C Circulation** (Peredaran Darah): Memeriksa sirkulasi darah pasien, termasuk detak jantung dan tanda-tanda kehilangan darah yang berat, serta memberikan tindakan resusitasi jika diperlukan.



Gambar 1.1. Manajemen Kegawatdaruratan ABC
(Sumber: (Thim *et al.*, 2012))

1.5 Penyebab Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Penyebab tidak langsung Kegawatdaruratan Maternal Neonatal diantaranya adalah 3T (3 Terlambat) dan 4T (4 Terlalu). Penyebab 3T yang dapat menyumbangkan AKI dan AKB diantaranya adalah terlambat memutuskan, terlambat mencapai tempat pelayanan kesehatan, terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Penyebab 4T meliputi: terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, terlalu dekat jarak kehamilan dan kelahiran (Masniah, 2012).



Gambar 1.2. Pentingnya Keterampilan Petugas dalam Menangani Kasus Kegawatdaruratan
(Sumber: *Freepic by Google*, 2024)

1.6 Merespon Kegawatdaruratan Maternal Neonatal yang Tepat dan Cepat

Untuk merespons kegawatdaruratan dengan efektif, setiap anggota tim harus memahami peran mereka dan bagaimana tim seharusnya beroperasi. Ini penting agar respon terhadap kegawatdaruratan bisa berjalan lancar, baik dalam interaksi dengan sesama tenaga kesehatan, pasien, maupun keluarga pasien. Anggota tim juga harus akrab dengan situasi klinik dan diagnosis medis. Mereka harus mengetahui tindakan yang diperlukan dan memiliki pemahaman yang baik tentang obat-obatan, termasuk penggunaan dan cara pemberiannya. Anggota tim harus mengetahui peralatan dan memfungsikan peralatan kegawatdaruratan maternal neonatal dengan baik. Anggota tim juga harus dapat melakukan penatalaksanaan awal terhadap kasus kegawatdaruratan kebidanan (Ripursari, 2018).



Gambar 1.3. Kerjasama TIM dengan Keluarga Dalam Menangani Kasus Kegawatdaruratan
(Sumber: Deposit Photo.com, 2024)

Bidan sebaiknya tetap tenang dan tidak panik saat menghadapi situasi darurat. Mereka harus memastikan bahwa pasien tidak ditinggalkan tanpa pengawasan. Jika tidak ada petugas lain di sekitar, bidan seharusnya segera meminta bantuan dari tim lain. Jika pasien tidak sadar, bidan harus segera mengevaluasi jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Jika terdapat kecurigaan syok, bidan harus segera membaringkan pasien dengan mencondongkan tubuh ke kiri dengan kaki terangkat dan kendurkan pakaian ketat seperti bra. Selain itu, mengajak pasien untuk tetap tenang juga penting. Bidan sebaiknya melakukan pemeriksaan cepat yang meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, warna kulit dan pendarahan.

1.7 Pengkajian Awal Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Ripursari (2018) mengemukakan bahwa pengkajian awal kasus kegawatdaruratan kebidanan dapat dilakukan melalui berikut:

1. Jalan nafas dan pernafasan
Perhatikan adanya *cyanosis*, gawat nafas, adakah *weezhing*, tanda tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110)

- kali/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmhg)
2. Perdarahan pervaginam
Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan: Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran placenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh)
 3. Klien tidak sadar/kejang
Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolic > 90 mmhg), temperatur (lebih dari 38°C)
 4. Demam yang berbahaya
Tanyakan dan amati apakah ibu lemah, *lethargie*, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39°C), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.
 5. Nyeri abdomen
Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic <90 mmhg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/ menit) temperatur (lebih dari 38°C), uterus (status kehamilan)
 6. Perhatikan tanda-tanda berikut: Keluaran darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

Manifestasi klinik kegawatdaruratan obstetri meliputi:

1. Perdarahan: bercak, merembes, banyak sampai syok.
2. Infeksi dan sepsis: pengeluaran cairan pervaginam yang berbau, air ketuban hijau, demam sampai syok.
3. Hipertensi dan preeklamsi/eklamsi: keluhan sakit kepala, penglihatan kabur, kejang-kejang sampai koma/tidak sadar.
4. Persalinan macet: kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal dan dapat bermanifestasi ruptura uteri.

1.8 Peran Bidan dalam Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi. Kualitas pelayanan obstetri menjadi salah satu hal yang sangat mempengaruhi jumlah Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Pemerintah berupaya menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu merupakan salah satu Program Kesehatan Ibu dan Anak. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan obstetrik dapat dilakukan dengan melakukan penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal secara tepat dan cepat. Bidan mempunyai peranan yang sangat strategis dan penting karena berhubungan langsung dengan pasien dalam melakukan asuhan kebidanan yang berkualitas. Faktor pengetahuan, sikap dan ketrampilan bidan adalah modal utama untuk dapat memberikan penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Peran bidan dalam kondisi Kegawatdaruratan Maternal Neonatal secara tepat perlu dilakukan (Astutik *et al.*, 2023). Dalam situasi kegawatdaruratan, tindakan yang dapat dilakukan oleh seorang bidan meliputi:

1. Melakukan pengenalan segera terhadap kondisi gawat darurat
2. Menstabilkan klien (pasien) dengan memberikan oksigen, terapi cairan, dan terapi obat-obatan, sambil tetap memastikan kelancaran jalan napas, memperbaiki fungsi sistem pernapasan dan sirkulasi, menghentikan perdarahan, mengganti cairan tubuh yang hilang, serta mengatasi nyeri dan kegelisahan.

Keputusan Menteri Kesehatan RI No.HK.01.07/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, kompetensi seorang bidan dalam memberikan layanan kegawatdaruratan maternal neonatal mencakup:

1. Penanganan awal kasus kegawatdaruratan pada kehamilan, seperti kehamilan di luar kandungan, kehamilan anggur (*mola hidatidosa*), abortus imminen (ancaman keguguran), solutio plasenta, *placenta previa*, preeklamsia, kejang, penurunan kesadaran, syok, henti nafas, dan henti jantung.

2. Penanganan awal kasus kegawatdaruratan pada saat melahirkan, diantaranya eklamsia/kejang, perdarahan persalinan, dan perdarahan nifas.
3. Penanganan awal kasus kegawatdaruratan pada ibu yang sedang melahirkan, seperti syok, kejang, sesak nafas, henti nafas, henti jantung dan pingsan.
4. Penanganan awal kegawatdaruratan pada pasca keguguran.
5. Penanganan awal kasus kegawatdaruratan pada masa nifas, diantaranya adalah perdarahan, kejang, henti nafas, penurunan kesadaran, syok, dan henti jantung.

1.9 Pencegahan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Langkah-langkah untuk mencegah kegawatdaruratan meliputi melakukan perencanaan yang matang, mengikuti panduan kesehatan yang berlaku, dan melakukan pemantauan secara berkala terhadap pasien. Pentingnya pertolongan yang cepat dalam kegawatdaruratan sangatlah besar; keterlambatan dapat berakibat buruk, termasuk memperparah penyakit atau bahkan menyebabkan kematian. Meskipun penyebab kematian ibu bisa sangat kompleks, tetapi penyebab langsung seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi harus segera ditangani oleh tenaga kesehatan. Pelaksanaan asuhan antenatal yang sesuai dapat mendeteksi sebagian besar kasus penyakit penyebab kegawatdaruratan. Skrining bertujuan untuk mengidentifikasi individu yang tampak sehat atau memiliki risiko signifikan terkena penyakit tertentu. Syarat utama suatu skrining adalah mudah dilakukan dan biaya terjangkau. Sebagian besar kegawatdaruratan obstetri dapat dihindari melalui perencanaan yang cermat, pengikutan petunjuk klinis yang tepat, dan pemantauan yang teliti terhadap ibu dan janin (Debora et al., 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Astutik, H. *et al.* (2023) *MATERNAL NEONATAL*. Padang Sumatera Barat: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI.
- Masniah, M. (2012) 'Pentingnya Pengetahuan dan Sikap Bidan Dengan Kasus Rujukan Gawat Darurat Obstetrik', *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 3(2), pp. 60–68. Available at: <https://doi.org/10.36419/jkebin.v3i2.71>.
- Nirmala, S.A. *et al.* (2018) 'Tinjauan Kasus Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal', *SEAJOM: The Southeast Asia Journal of Midwifery*, 4(2), pp. 63–69. Available at: <https://doi.org/10.36749/seajom.v4i2.35>.
- Ripursari, T. (2018) *Peran Bidan Terhadap Penanganan Gawat Darurat Obstetri*.
- Thim, T. *et al.* (2012) 'Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach', *International Journal of General Medicine*, 5, pp. 117–121. Available at: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>.

BAB 2

IDENTIFIKASI

KEGAWATDARURATAN PADA

KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS,

DAN NEONATAL

Oleh Gusriani

2.1 Pendahuluan

Keadaan gawat darurat maternal dan neonatal mendesak adanya reaksi segera dan tepat guna meminimalisir risiko pada ibu dan neonatus. Dalam bidang obstetri dan ginekologi, kegawatdaruratan ini bisa muncul pada setiap tahapan, dari kehamilan hingga periode nifas, serta pada bayi baru lahir. Deteksi awal dan manajemen yang memadai dari kegawatdaruratan ini adalah kunci untuk memastikan keselamatan dan kesehatan ibu dan bayi.

Bab ini akan mendiskusikan secara detail proses identifikasi kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama kehamilan, persalinan, masa nifas, dan neonatal. Masing-masing fase kebidanan memiliki risikonya sendiri terhadap keadaan gawat darurat, dan penting bagi praktisi kesehatan, terutama bidan, untuk mengenali indikator dan gejala keadaan darurat.

2.2 Kegawatdaruratan pada Masa Kehamilan

Keadaan darurat dalam obstetri memerlukan tindakan cepat dan akurat untuk menjaga keamanan ibu atau janin. Kondisi ini menunjuk pada situasi kesehatan yang mengancam jiwa yang bisa terjadi selama kehamilan, melahirkan, atau setelah melahirkan. Umumnya, keadaan darurat obstetri dibagi menjadi dua kategori utama. Pertama, keadaan darurat yang terjadi selama kehamilan, yang mencakup perdarahan antepartum seperti plasenta previa dan solusio plasenta, serta

masalah hipertensi berat seperti preeklampsia dan eklampsia. Kedua, keadaan darurat yang mungkin muncul selama proses persalinan, misalnya distosia bahu dan prolaps tali pusat (Prawirohardjo, 2016).

Selain itu, terdapat situasi darurat obstetri yang tidak secara langsung terkait dengan kehamilan dan persalinan, seperti kondisi gizi buruk pada ibu hamil dan faktor risiko lainnya termasuk usia yang sangat muda atau tua, kehamilan yang berlebihan, serta keterlambatan dalam mengenali dan menangani tanda bahaya kehamilan yang dapat meningkatkan risiko mortalitas maternal. Kehamilan yang berisiko tinggi adalah situasi di mana kehamilan berpotensi menyebabkan risiko dan komplikasi bagi ibu dan janin selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas dibandingkan dengan kehamilan normal.

Mengidentifikasi dan mengelola kegawatdaruratan dalam kebidanan sangatlah krusial. Dengan pemahaman yang komprehensif dan reaksi yang cepat dan tepat, banyak risiko dapat diminimalkan, sehingga menjaga keselamatan dan kesehatan ibu dan bayi selama proses kehamilan, persalinan, dan nifas dapat terjaga (Wahyuni & Aditia, 2023; Yulizawati et al., 2019).

1. Perdarahan Hamil Muda

Perdarahan pervaginam pada hamil muda biasanya terjadi sebelum 22 minggu usia gestasi. WHO menetapkan batas 22 minggu, meski beberapa sumber terbaru lebih memilih batas waktu hingga kurang dari 20 minggu. Pada keadaan kehamilan yang fisiologis, perdarahan pervaginam biasanya tidak terjadi, namun beberapa kasus mungkin menunjukkan perdarahan selama trimester pertama. Warna darah yang keluar bisa berupa merah terang atau coklat gelap, dengan intensitas perdarahan yang bisa ringan, berlangsung beberapa hari, atau bahkan muncul secara tiba-tiba dalam jumlah yang besar.

Klasifikasi perdarahan pada kehamilan awal meliputi :

Abortus : Keguguran atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin bisa bertahan hidup di luar rahim. Kriteria abortus adalah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari

500 gram, sementara WHO menetapkan definisi abortus jika kehamilan kurang dari 22 minggu dan berat janin tidak diketahui.

Kehamilan Ektopik Terganggu : Kehamilan ini terjadi ketika telur yang dibuahi tumbuh di luar dinding endometrium kavum uteri, biasanya melekat di daerah tuba faloppi.

Mola Hidatidosa : Dari bahasa Latin yang berarti 'massa' dan 'hidatidosa' yang berasal dari kata 'hydats', berarti tetesan air. Mola Hidatidosa adalah kehamilan patologis di mana tidak ditemukan janin dan nyaris semua vili korialis mengalami perubahan hidropik yang menyerupai buah anggur atau mata ikan. Jika disertai dengan janin atau bagian dari janin, keadaan ini disebut Mola Parsialis atau Mola Sebagian.

2. Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum merujuk pada kejadian pendarahan selama trimester terakhir kehamilan, yaitu setelah mencapai usia kehamilan 28 minggu (Sulastri & Nurhayati, 2021; Susanti, 2023).

a. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. (Prae : di depan; vias : jalan). Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau di daerah fundus uteri. Klasifikasi plasenta previa yaitu :

- 1) Plasenta previa totalis atau komplit yaitu plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum
- 2) Plasenta previa parsialis yaitu plasenta yang menutupi sebagian dari ostium uteri internum.
- 3) Plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
- 4) Plasenta letak rendah yaitu plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga tepi bawahnya pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal.

Kejadian plasenta previa berkisar antara 0,3 hingga 0,5% dari total kelahiran. Di antara semua kasus perdarahan sebelum persalinan, plasenta previa menjadi penyebab paling umum. Oleh karena itu, ketika terjadi perdarahan sebelum persalinan, kemungkinan plasenta previa harus dipertimbangkan terlebih dahulu. Plasenta previa lebih mungkin terjadi dalam kondisi di mana endometrium tidak optimal, seperti atrofi endometrium atau vaskularisasi desidua yang tidak memadai. Kondisi ini dapat ditemukan pada wanita multipara, terutama jika memiliki jarak kehamilan yang pendek, memiliki mioma uteri, sering melakukan kuretase, usia lanjut, memiliki riwayat seksio sesarea, serta mengalami perubahan inflamasi atau atrofi, seperti pada wanita yang merokok atau menggunakan kokain.

Ciri utama plasenta previa adalah perdarahan yang terjadi **tanpa disertai rasa nyeri**. Biasanya, perdarahan terjadi lebih sering pada tahap trimester kedua ke atas kehamilan. Perdarahan awal cenderung ringan dan berhenti dengan sendirinya. Namun, perdarahan dapat kembali terjadi tanpa penyebab yang jelas setelah beberapa waktu, dan dapat berulang.

b. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah kondisi di mana plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum bayi lahir, dikenal juga sebagai abruption plasenta atau perdarahan kecelakaan. Dalam beberapa kasus, perdarahan yang timbul dapat merembes di antara membran ketuban dan uterus, yang menyebabkan perdarahan eksternal. Dalam kasus yang lebih langka, darah tidak keluar melainkan terkumpul di antara plasenta yang terlepas dan dinding uterus, menghasilkan perdarahan internal yang tidak terlihat.

Klasifikasi solusio plasenta adalah sebagai berikut:

- 1) Solusio Plasenta Ringan :
 - Tidak disertai rasa sakit.

- Volume pendarahan kurang dari 500cc, berwarna kehitaman
 - Plasenta terlepas kurang dari 1/5 dari totalnya.
 - Kadar fibrinogen di atas 250 mg%.
- 2) Solusio Plasenta Sedang:
- Bagian janin masih dapat diraba.
 - Pendarahan berkisar antara 500 hingga 1000cc.
 - Terjadi fetal distress
 - Plasenta terlepas kurang dari 1/3 dari totalnya.
- 3) Solusio Plasenta Berat
- Perut terasa nyeri dan palpasi janin sulit dilakukan.
 - Janin telah meninggal.

3. Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi selama kehamilan adalah penyebab utama dari tiga risiko tinggi kematian dan komplikasi serius pada ibu selama proses persalinan. Hipertensi didefinisikan sebagai kondisi di mana tekanan darah sistolik dan diastolik mencapai atau melebihi nilai 140/90 mmHg. Pengukuran tekanan darah hendaknya dilaksanakan setidaknya dua kali dengan interval empat jam (Cunningham et al., 2022; Lindheimer et al., 2008; Wells & Cunningham, 2022) . Gangguan ini dapat muncul sebelum, selama kehamilan, atau pada fase awal postpartum. Terdapat klasifikasi hipertensi dalam kehamilan sebagai berikut (Melamed & Yogev, 2014; Roberts et al., 2012; Safran et al., 2012):

a. Preeklampsia

Preeklampsia adalah gangguan khas kehamilan yang ditandai oleh disfungsi plasenta dan respons maternal terhadap inflamasi sistemik dengan aktivasi endotelial dan koagulasi. Diagnosa preeklampsia didasarkan pada adanya hipertensi yang spesifik akibat kehamilan dan gangguan pada organ lain yang muncul setelah kehamilan lebih dari 20 minggu. Meskipun definisi klasik preeklampsia dikenal dengan peningkatan

tekanan darah dan adanya protein dalam urin yang baru terjadi selama kehamilan, akan tetapi, ada pula wanita yang menunjukkan peningkatan tekanan darah dan gangguan multisistem yang memperparah preeklampsia meskipun tidak ditemukan protein dalam urin. Selain itu, edema saat ini tidak lagi digunakan sebagai kriteria diagnostik karena kerap terjadi pada kehamilan yang normal (POGI, 2016; Sabrin et al., 2020; Wahida & Gusriani, 2023).

Selain itu, klasifikasi terbaru tidak lagi membedakan preeklampsia ringan karena setiap kasus preeklampsia dianggap berbahaya dan berpotensi meningkatkan morbiditas serta mortalitas secara signifikan dalam waktu yang singkat. Terdapat dua kriteria preeklampsia, yaitu:

- 1) Preeklampsia
 - 2) Preeklampsia berat
- b. Eklampsia:
Eklampsia adalah bentuk lanjutan dari preeklampsia yang melibatkan kejang dan/atau koma .
 - c. Hipertensi Kronis
Kondisi di mana wanita memiliki tekanan darah tinggi sebelum kehamilan atau sebelum minggu ke-20 kehamilan. Hipertensi kronis juga bisa berlanjut setelah melahirkan. Penanganan melibatkan pemantauan ketat tekanan darah dan manajemen medis untuk mengurangi risiko komplikasi bagi ibu dan bayi.
 - d. Hipertensi Gestasional
Kondisi ini muncul saat tekanan darah tinggi dikembangkan setelah minggu ke-20 kehamilan tanpa keberadaan proteinuria. Hipertensi gestasional sering kali hilang setelah persalinan, namun dapat meningkatkan risiko hipertensi kronis di kemudian hari.
 - e. Preeklampsia Superimposed on Chronic Hypertension
Ini adalah situasi ketika seorang wanita dengan hipertensi kronis mengembangkan preeklampsia. Ini

menandakan peningkatan tekanan darah yang signifikan atau munculnya proteinuria setelah minggu ke-20 kehamilan pada wanita dengan hipertensi kronis.

Pengelolaan semua tipe hipertensi dalam kehamilan melibatkan pemantauan kesehatan yang cermat, penggunaan obat-obatan untuk mengontrol tekanan darah, dan terkadang intervensi lebih awal, termasuk kelahiran induksi, untuk mengurangi risiko komplikasi bagi ibu dan bayi. Pencegahan, deteksi dini, dan pengelolaan yang efektif adalah kunci untuk mengelola hipertensi dalam kehamilan dan mencegah hasil yang tidak diinginkan.

4. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) adalah kejadian dimana terjadi pelepasan cairan amnion dari kantung amnion secara spontan tanpa adanya indikasi bahwa persalinan sedang berlangsung. KPD bisa terjadi sebelum maupun setelah minggu ke-40 kehamilan. Dibagi berdasarkan waktu dalam kehamilan, KPD bisa terjadi dalam kehamilan preterm atau sebelum minggu ke-37, sedangkan jika terjadi setelah minggu ke-37, itu disebut sebagai KPD pada kehamilan aterm. KPD preterm dan KPD aterm kemudian lebih lanjut diklasifikasikan berdasarkan durasi sejak ketuban pecah: KPD awal, yaitu kurang dari dua belas jam setelah pecah ketuban, dan KPD berkepanjangan, jika lebih dari dua belas jam telah berlalu sejak pecah ketuban (Cunningham et al., 2022; Iswanti et al., 2023).

2.3 Kegawatdaruratan pada Persalinan

1. Faktor Penyebab Perdarahan

Selama persalinan, ada empat faktor utama yang bisa menyebabkan kondisi darurat, sering disebut sebagai '4T': *Tonus* (tonus rahim), *Tissue* (jaringan), *Trauma*, dan *Thrombin* (pembekuan darah) yaitu (Julieta & Widiastuti Giri, 2021; Saifuddin AB, 2021):

a. Tonus Rahim

Kontraksi rahim yang tidak memadai atau tidak efektif bisa berakibat pada atonia uteri, dimana rahim tidak dapat berkontraksi efektif setelah melahirkan. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang berlebih. Atonia uteri dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti persalinan yang berlangsung lama atau cepat, penggunaan oksitosin untuk mempercepat persalinan, polihidramnios, kehamilan ganda, makrosomia, infeksi selama persalinan, dan memiliki banyak anak sebelumnya.

b. Tissue (Jaringan)

Komplikasi pada jaringan meliputi retensio plasenta, yang terjadi ketika sebagian atau seluruh plasenta tidak lepas setelah kelahiran. Hal ini bisa menyebabkan perdarahan yang berlebih dan infeksi. Manusia (2006) mendefinisikan retensio plasenta sebagai plasenta yang tidak lepas dalam setengah jam setelah kelahiran. Jika kondisi ini terjadi bersamaan dengan perdarahan, berarti hanya sebagian plasenta yang lepas memerlukan tindakan medis, sedangkan jika tidak ada perdarahan, bisa jadi plasenta akreta, inkreta, perkreata, atau plasenta adhesive terjadi.

c. Trauma

Trauma selama persalinan dapat terjadi pada ibu atau bayi, dan bisa termasuk cedera pada jaringan lunak seperti robekan perineum atau serviks, atau trauma pada bayi seperti cedera kepala karena penggunaan alat bantu persalinan. Prawirohardjo (2008) mendefinisikan trauma jalan lahir sebagai cedera yang terjadi pada vagina, uterus, atau vulva selama persalinan, yang bisa berupa robekan parah dengan perdarahan atau cedera ringan seperti luka lecet.

d. Thrombin (Pembekuan Darah)

Gangguan dalam pembentukan bekuan darah setelah persalinan bisa menyebabkan perdarahan berlebih. Ini bisa terjadi karena gangguan dalam mekanisme

pembekuan atau kekurangan faktor pembekuan yang diperlukan.

Pemahaman dan manajemen yang baik terhadap '4T' ini sangat penting dalam penanganan persalinan untuk mencegah komplikasi serius yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi.

2. Kala I Memanjang

Persalinan dengan kala I memanjang ditandai ketika fase laten berlangsung melebihi 8 jam dan selama fase aktif, pembukaan serviks tidak memadai atau tidak konsisten: kurang dari 1 cm per jam selama minimal 2 jam setelah persalinan mulai maju. Lebih spesifik, pada primigravida laju pembukaan kurang dari 1,2 cm per jam, dan pada multigravida kurang dari 1,5 cm per jam. Jika waktu yang diperlukan dari pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap lebih dari 12 jam, dengan rata-rata laju pembukaan hanya 0,5 cm per jam, maka ini termasuk dalam kategori persalinan dengan kala pertama yang berkepanjangan. Fenomena ini terjadi pada 5% dari semua persalinan, dengan primigravida mengalami risiko dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan multigravida.

3. Inersia uteri

Inersia uteri merujuk pada kontraksi yang lebih lemah, lebih pendek, dan kurang sering dibandingkan kontraksi normal. Inersia uteri dapat terjadi selama perpanjangan fase laten dan/atau fase aktif dalam kala pembukaan. Pemanjangan fase laten sering kali disebabkan oleh serviks yang belum matang atau penggunaan analgetik yang terlalu awal. Inersia uteri mengacu pada kontraksi uterus yang tidak cukup kuat atau tidak terkoordinasi dengan baik selama Kala I persalinan sehingga tidak efektif dalam menyebabkan pembukaan dan penipisan serviks. Selama Kala II, kombinasi mengejan secara sukarela dengan kontraksi uterus yang tidak memadai tidak mampu mencapai penurunan dan ekspulsi (pengeluaran) janin secara efektif.

4. Persalinan dengan Letak Bokong:

Presentasi bokong didefinisikan ketika janin berorientasi memanjang dengan bokong berada di bagian bawah uterus dan kepala di bagian atas. Insiden presentasi bokong adalah antara 3-4% dari semua proses persalinan global. Prosentase persalinan bokong menurun seiring bertambahnya usia kehamilan, dari 22-25% pada usia kehamilan 28 minggu menjadi 7-15% pada usia 32 minggu, dan akhirnya 3-4% pada kehamilan aterm. Faktor predisposisi untuk presentasi bokong meliputi prematuritas, kelainan bentuk uterus, mioma uteri, polihidramnios, anomali janin, dan kehamilan kembar. Risiko kematian perinatal meningkat 2-4 kali pada persalinan bokong tanpa memandang metode persalinan, baik melalui vagina maupun seksio sesarea. Penyebab kematian yang paling umum berkaitan dengan malformasi, prematuritas, dan kematian intrauterin.

2.4 Kegawatdaruratan pada Nifas

Kegawatdaruratan masa nifas adalah kondisi darurat medis yang terjadi pada wanita pasca melahirkan (nifas), yang bisa terjadi hingga enam minggu setelah persalinan. Beberapa kegawatdaruratan yang umum pada masa nifas meliputi (Saifuddin AB, 2021; Siantar & Rostianingsih, 2022; Susanti, 2023):

1. Perdarahan Postpartum

Ini adalah kehilangan darah yang berlebihan setelah melahirkan, biasanya lebih dari 500 ml setelah persalinan normal atau lebih dari 1000 ml setelah operasi caesar. Perdarahan ini bisa sangat cepat dan parah, memerlukan tindakan medis segera.

2. Infeksi

Infeksi pada masa nifas dapat meliputi infeksi luka (misalnya episiotomi atau luka bekas operasi caesar), infeksi pada rahim, atau infeksi pada area genital lainnya.

3. Trombosis Vena

Kondisi ini melibatkan pembentukan bekuan darah dalam sistem vena, sering terjadi pada kaki atau paru-paru (emboli

- paru). Kondisi ini sangat berbahaya dan membutuhkan penanganan medis segera.
4. Mastitis
Peradangan pada jaringan payudara yang sering dikaitkan dengan menyusui. Ini bisa menyakitkan dan kadang-kadang dapat berkembang menjadi abses jika tidak ditangani dengan benar.
 5. Preeklampsia dan Eklampsia Pasca Persalinan
Ini adalah komplikasi tekanan darah tinggi yang bisa berlanjut atau berkembang setelah persalinan. Eklampsia ditandai dengan kejang dan merupakan kondisi yang sangat serius.

Pengenalan dini dan penanganan cepat adalah kunci untuk mengatasi kegawatdaruratan masa nifas. Wanita yang baru melahirkan harus mendapatkan informasi yang cukup mengenai tanda dan gejala yang harus diwaspadai serta harus mendapatkan akses cepat ke layanan kesehatan bila diperlukan.

2.5 Kegawatdaruratan Neonatal

Kegawatdaruratan neonatal merujuk pada kondisi medis serius yang terjadi pada bayi baru lahir, yang umumnya berusia kurang dari 28 hari. Kondisi-kondisi ini memerlukan intervensi medis segera untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, kerusakan permanen, atau kematian. Beberapa contoh dari kegawatdaruratan neonatal meliputi:

1. Asfiksia Neonatorum : Kondisi di mana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara normal dan mandiri segera setelah lahir.
2. Hipotermia : Suhu tubuh bayi yang sangat rendah.
3. Hipoglikemia : Kadar gula darah yang rendah pada bayi baru lahir.
4. Infeksi : Termasuk sepsis neonatal, meningitis, dan pneumonia, yang bisa sangat serius pada bayi baru lahir.
5. Ikterus Neonatorum : Tingginya kadar bilirubin di dalam darah yang bisa menyebabkan kuning pada kulit dan mata.

Pengelolaan kegawatdaruratan neonatal biasanya melibatkan berbagai disiplin medis dan menggunakan pendekatan multidisipliner untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan efektif. Perawatan mungkin mencakup dukungan ventilasi, manajemen termal, pemberian nutrisi yang adekuat, dan terapi khusus sesuai dengan kondisi yang dihadapi.

2.6 Diagnosis Umum Kasus Gawat Darurat

Dalam penanganan kasus obstetrik, sangat krusial untuk melakukan evaluasi menyeluruh yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum, dan pemeriksaan khusus obstetrik. Namun, evaluasi lengkap memerlukan waktu yang tidak sedikit, sementara penilaian harus dilakukan segera untuk menghadapi kondisi darurat dengan intervensi yang tepat. Untuk itu, penting dilakukan penilaian awal.

Penilaian awal adalah langkah kritis dalam mengidentifikasi kasus obstetrik yang menghadapi kondisi darurat dan memerlukan tindakan segera. Penilaian ini berfokus pada gejala yang menunjukkan ancaman serius terhadap kehidupan, seperti syok hipovolemik, syok septik, jenis syok lainnya, koma, kejang, atau kondisi berbahaya lain yang mungkin muncul selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas.

Selama penilaian awal, anamnesis yang menyeluruh belum dilakukan. Sebaliknya, fokus pemeriksaan adalah pada tanda-tanda vital dan gejala klinis yang mencolok. Pemeriksaan ini termasuk:

1. Inspeksi : Observasi visual atas keadaan kesadaran pasien (apakah pasien tidak sadar atau dalam keadaan koma), kejang, gelisah, serta tanda fisik lainnya seperti pucat, kemerahan, atau keringat berlebih. Pemeriksaan pernapasan pasien juga penting, termasuk adanya kesulitan bernapas atau perdarahan genital.
2. Palpasi : Pengecekan fisik melalui sentuhan untuk menilai suhu tubuh pasien apakah terasa dingin atau hangat, serta memeriksa nadi untuk mengevaluasi kekuatan dan ritme. Palpasi juga melibatkan pengecekan pembengkakan pada kaki atau anggota badan bawah yang bisa menunjukkan adanya edema.

3. Pengukuran Tanda Vital : Meliputi pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, denyut nadi, dan laju respirasi.

Hasil dari penilaian awal ini akan menentukan langkah intervensi selanjutnya. Contohnya, jika pasien menunjukkan tanda-tanda syok hipovolemik, tindakan yang tepat untuk mengatasi dehidrasi harus segera diambil. Demikian juga, jika terdapat indikasi syok septik, penanganan infeksi harus segera dilakukan. Penilaian awal adalah langkah fundamental dalam manajemen kasus obstetrik yang memungkinkan deteksi dini kondisi darurat dan penetapan intervensi yang tepat dan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams Obstetrics* 26th ed. In *Williams Obstetrics*, 26e.
- Iswanti, T., Maringga, E. G., Ivantarina, D., & Damayanti, M. (2023). Buku Ajar Asuhan Kegawatdaruratan Pada Persalinan. In *Mahakarya Citra Utama Froup*.
- Julieta, N. P. N., & Widiastuti Giri, M. K. (2021). Postpartum Hemorrhage: Kegawatdaruratan dalam Persalinan Ibu Hamil. *Ganesha Medicine*, 1(1).
<https://doi.org/10.23887/gm.v1i1.31709>
- Lindheimer, M. D., Taler, S. J., & Cunningham, F. G. (2008). Hypertension in pregnancy. *Journal of the American Society of Hypertension*, 2(6), 484–494.
<https://doi.org/10.1016/j.jash.2008.10.001>
- Melamed, N., & Yogev, Y. (2014). Gestational Hypertension and Preeclampsia - Is it the Same Disease? In *Controversies in Preeclampsia* (pp. 71–84).
- POGI. (2016). *PNPK Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia*. 1–48.
- Prawirohardjo, S. (2016). Ilmu Kebidanan Sarworno Prawirohardjo. In *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*.
- Roberts, J. M., Druzin, M., August, P. A., Gaiser, R. R., Bakris, G., Granger, J. P., Barton, J. R., Jeyabalan, A., Bernstein, I. a, Johnson, D. D., Karamanchi, S. A., Spong, C. Y., Lindheiner, M. D., Tsingas, E., Owens, M. Y., Martin Jr, J. N., Saade, G. R., & Sibai, B. M. (2012). ACOG Guidelines: Hypertension in pregnancy. In *American College of Obstetricians and Gynecologists*.
- Sabrin, G., Sunardi, W., & Noviyanti, N. I. (2020). Hubungan Kadar Soluble FMS-Like Tyrosine Kinase 1 (sFlt-1) Ibu Preeklampsia Dengan Berat Badan Lahir Bayi. *Journal of Issues in Midwifery*.
<https://doi.org/10.21776/ub.joim.2020.004.02.5>
- Safran, M. R., Zachazewski, J., & Stone, D. A. (2012). Hypertension (High Blood Pressure). In *Instructions for Sports Medicine*

- Patients* (pp. 495–496). <https://doi.org/10.1016/b978-1-4160-5650-8.00250-8>
- Saifuddin AB. (2021). Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirahardjo. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Siantar, R. L., & Rostianingsih, D. (2022). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Sulastri, & Nurhayati, E. (2021). Identifikasi Faktor Risiko Ibu Hamil dengan Komplikasi Kehamilan dan Persalinan. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 5(2).
- Susanti. (2023). Komplikasi Kegawatdaruratan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir. *Eureka Media Aksara*.
- Wahida, W., & Gusriani, G. (2023). *Relationship between Soluble Fms-Like Tyrosine Kinase-1 (Sflt-1) Levels in Preeclamptic Mothers with Asphyxia*. 4(1), 49–54. <https://doi.org/10.47679/makein.2023141>
- Wahyuni, I., & Aditia, D. S. (2023). Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal untuk Mahasiswa Kebidanan: Disertai dengan Evidence Based Pelayanan Kebidanan. In *Penerbit Salemba*.
- Wells, C. E., & Cunningham, F. G. (2022). Treatment of Chronic Hypertension in Pregnancy: Is It Time for a Change? In *Circulation* (Vol. 146, Issue 6). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.060548>
- Yulizawati, Insani, A. A., B, L. E. S., & Andriani, F. (2019). Buku Ajar Bidan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. In *CV. Trans Info Media*.

BAB 3

PENILAIAN KONDISI KLIEN DENGAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Oleh Wiqodatul Ummah

3.1 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan merupakan hal penting bagi ibu hamil maupun bayi yang dikandungnya. Upaya pelayanan tersebut merupakan salah satu upaya pencegahan terhadap kondisi buruk yang dapat terjadi pada seorang ibu hamil yang mungkin sampai menyebabkan kematian pada ibu. Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dari tingkat kesehatan suatu daerah. Dengan kata lain, tingginya angka kematian ibu, menunjukkan rendahnya tingkat kesehatan di daerah tersebut.

3.2 Pengertian

Gawat adalah mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa pasien. Jadi gawat darurat adalah keadaan yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian pasien (Hutabarat & Putra, 2016).

Kegawatdaruratan dalam obstetri adalah suatu keadaan atau penyakit yang menimpa seorang wanita hamil atau dalam persalinan atau akibat komplikasi dari kehamilan atau persalinan yang mengancam nyawa ibu tersebut dan atau bayi dalam kandungannya apabila tidak secepatnya mendapat tindakan yang tepat (Krisanty, 2011). Kegawatdaruratan obstetrik adalah suatu keadaan yang datangnya tidak diharapkan, mengancam nyawa sehingga perlu penanganan yang cepat dan tepat untuk mencegah morbiditas maupun mortalitas.

Kegawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat pada bayi baru lahir yang sakit kritis (≤ 28 hari) membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam nyawa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu (Sharief & Brousseau, 2006)

Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (*respon time*) dari penolong. Pengertian lain dari penderita gawat darurat adalah penderita yang bila tidak ditolong segera akan meninggal atau menjadi cacat, sehingga diperlukan tindakan diagnosis dan penanggulangan segera. Karena waktu yang terbatas tersebut, tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan menempatkan prioritas pada fungsi vital sesuai dengan urutan ABC, yaitu :

A (*Air Way*) : yaitu membersihkan jalan nafas dan menjamin nafas bebas hambatan

B (*Breathing*) : yaitu menjamin ventilasi lancar

C (*Circulation*): yaitu melakukan pemantauan peredaran darah

Menurut anda, apa yang bisa anda lakukan untuk mengupayakan tindakan ABC tersebut?

Istilah kegawatan dan kegawatdaruratan adalah suatu keadaan yang serius, yang harus mendapatkan pertolongan segera. Bila terlambat atau terlantar akan berakibat buruk, baik memburuknya penyakit atau kematian. Kegawatan atau kegawatdaruratan dalam maternal adalah kegawatan atau kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita hamil, melahirkan atau nifas. Kegawatdaruratan dalam kebidanan dapat terjadi secara tiba-tiba, bisa disertai dengan kejang, atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan tepat.

3.2.1 Cara Mencegah Kegawatdaruratan

Cara mencegah terjadinya kegawatdaruratan adalah dengan melakukan perencanaan yang baik, mengikuti panduan yang baik dan melakukan pemantauan yang terus menerus terhadap ibu/klien.

3.2.2 Cara Merespon Kegawatdaruratan

Apabila terjadi kegawatdaruratan, anggota tim seharusnya mengetahui peran mereka dan bagaimana tim seharusnya berfungsi untuk berespon terhadap kegawatdaruratan secara paling efektif. Anggota tim seharusnya mengetahui situasi klinik dan diagnosa medis, juga tindakan yang harus dilakukannya. Selain itu juga harus memahami obat-obatan dan penggunaannya, juga cara pemberian dan efek samping obat tersebut. Anggota tim seharusnya mengetahui peralatan emergensi dan dapat menjalankan atau memfungsikannya dengan baik.

3.2.3 Penatalaksanaan Awal Terhadap Kasus Kegawatdaruratan Maternal

Petugas kesehatan seharusnya tetap tenang, jangan panik, jangan membiarkan ibu sendirian tanpa penjaga/penunggu. Bila tidak ada petugas lain, berteriaklah untuk meminta bantuan. Jika ibu tidak sadar, lakukan pengkajian jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi dengan cepat. Jika dicurigai adanya syok, mulai segera tindakan membaringan ibu miring ke kiri dengan bagian kaki ditinggikan, longgarkan pakaian yang ketat seperti BH/Bra. Ajak bicara ibu/klien dan bantu ibu/klien untuk tetap tenang. Lakukan pemeriksaan dengan cepat meliputi tanda tanda vital, warna kulit dan perdarahan yang keluar.

3.2.4 Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Maternal Secara Cepat

1. Jalan nafas dan pernafasan

Perhatikan adanya sianosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah wheezing, sirkulasi tanda tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110 kali/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmHg).

2. Perdarahan pervaginam

Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran plasenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus

(adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh).

3. Klien tidak sadar/kejang

Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolic > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38oC)

4. Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, lethargie, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39oC), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

5. Nyeri abdomen

Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic <90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/ menit) temperatur (lebih dari 38oC), uterus (status kehamilan).

6. Perhatikan tanda-tanda berikut :

Keluaran darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

3.3 Deteksi Kegawatdaruratan Maternal

Dalam topik ini, saudara akan mempelajari tentang Deteksi Kegawatdaruratan Maternal yang meliputi deteksi preeklamsia/eklamsia, deteksi perdarahan pada kehamilan dan persalinan, dan deteksi terjadinya Infeksi akut kasus obstetri.

Setelah menyelesaikan materi ini, saudara diharapkan mampu untuk melakukan deteksi kegawatdaruratan maternal dengan tepat. Setelah menyelesaikan materi ini, saudara diharapkan mampu untuk:

1. Melakukan deteksi preeklamsia/eklamsia dengan tepat
2. Melakukan deteksi perdarahan pada kehamilan dan persalinan dengan tepat
3. Melakukan deteksi perdarahan postpartum dengan tepat

4. Melakukan deteksi terjadinya Infeksi akut kasus obstetri dengan tepat

Kegawatdaruratan maternal dapat terjadi setiap saat selama proses kehamilan, persalinan merupakan masa nifas. Sebelum saudara melakukan deteksi terhadap kegawatdaruratan maternal, maka anda perlu mengetahui apa saja penyebab kematian ibu. Menurut anda, kasus apa saja yang dapat menyebabkan kematian ibu?

Penyebab kematian ibu sangat kompleks, namun penyebab langsung seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi harus segera ditangani oleh tenaga kesehatan. Oleh karena penyebab terbanyak kematian ibu preeklamsia/eklamsia maka pada pemeriksaan antenatal nantinya harus lebih seksama dan terencana persalinannya. Dengan asuhan antenatal yang sesuai, mayoritas kasus dapat dideteksi secara dini dan minoritas kasus ditemukan secara tidak sengaja sebagai pre eklamsia berat.

Skrining bertujuan mengidentifikasi anggota populasi yang tampak sehat yang memiliki risiko signifikan menderita penyakit tertentu. Syarat suatu skrining adalah murah dan mudah dikerjakan. Akan tetapi, skrining hanya dapat menunjukkan risiko terhadap suatu penyakit tertentu dan tidak mengkonfirmasi adanya penyakit. Selanjutnya marilah kita pelajari deteksi/skrining dari beberapa kasus kegawatdaruratan maternal.

3.3.1 Deteksi Preeklamsia

Preeklamsia/Eklamsia merupakan suatu penyulit yang timbul pada seorang wanita hamil dan umumnya terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan ditandai dengan adanya hipertensi dan proteinuria. Pada eklampsia selain tanda tanda preeklamsia juga disertai adanya kejang. Preeklamsia/Eklamsia merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu di dunia. Tingginya angka kematian ibu pada kasus ini sebagian besar disebabkan karena tidak adekuatnya penatalaksanaan di tingkat pelayanan dasar sehingga penderita dirujuk dalam kondisi yang sudah parah, sehingga perbaikan kualitas di pelayanan kebidanan di

tingkat pelayanan dasar diharapkan dapat memperbaiki prognosis bagi ibu dan bayinya.

3.3.2 Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia

Metode skrining dapat dilakukan melalui berbagai cara seperti dibawah ini :



Gambar 3.1. Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia

3.3.3 Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Perdarahan pada kehamilan lanjut dan menjelang persalinan pada umumnya disebabkan oleh kelainan implantasi plasenta baik placenta letak rendah maupun placenta previa, kelainan insersi tali pusat, atau pembuluh darah pada selaput amnion dan separasi plasenta sebelum bayi lahir. Pada sebagian besar kasus perdarahan pasca persalinan umumnya disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus, robekan dinding rahim atau jalan lahir.

3.3.4 Perdarahan pada Kehamilan Muda

Perdarahan pada kehamilan muda merupakan perdarahan pada kehamilan dibawah 20 minggu atau perkiraan berat badan janin kurang dari 500 gram dimana janin belum memiliki kemampuan untuk hidup diluar kandungan. Jika seorang wanita datang ke tempat anda dengan keluhan terlambat haid 3 bulan, saat ini mengeluarkan darah dari kemaluan. Apa yang Anda pikirkan? Terjadinya perdarahan pada kehamilan muda memberikan suatu kemungkinan diagnosis yang bermacam-macam. Untuk

memastikan apakah yang terjadi pada wanita tersebut, Anda harus melakukan penilaian klinik berdasar tanda dan gejala di bawah ini:

1. Abortus

Langkah pertama dari serangkaian kegiatan penatalaksanaan abortus inkomplit adalah penilaian kondisi klinik pasien. Penilaian ini juga terkait dengan upaya diagnosis dan pertolongan awal gawat darurat. Melalui langkah ini, dapat dikenali berbagai komplikasi yang dapat mengancam keselamatan pasien seperti syok, infeksi/sepsis, perdarahan hebat (massif) atau trauma intra abdomen. Pengenalan ini sangat bermanfaat bagi upaya penyelamatan jiwa pasien. Walau tanpa komplikasi, abortus inkomplit merupakan ancaman serius bila evakuasi sisa konsepsi tak segera dilaksanakan.

I n g a t: Beberapa jenis komplikasi abortus inkomplit, dapat timbul secara bersama sehingga dibutuhkan kecermatan petugas kesehatan atau penolong agar dapat membuat skala prioritas dalam menanggulangi masing-masing komplikasi tersebut.

Penapisan Komplikasi Serius

Bila seorang pasien datang dengan dugaan suatu abortus inkomplit, penting sekali untuk segera menentukan ada-tidaknya komplikasi berbahaya (syok, perdarahan hebat, infeksi/sepsis dan trauma intra abdomen/perforasi uterus). Bila ditemui komplikasi yang membahayakan jiwa pasien maka harus segera dilakukan upaya stabilisasi sebelum penanganan lanjut/merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.

Derajat Abortus

Dengan memperhatikan temuan dari pemeriksaan panggul, tentukan derajat abortus yang dialami pasien. Pada abortus iminens, pasien harus diistirahatkan atau tirah baring total selama 24-48 jam. Bila perdarahan berlanjut dan jumlahnya semakin banyak, atau jika kemudian timbul gangguan lain (misal, terdapat tanda-tanda infeksi) pasien harus dievaluasi ulang dengan segera. Bila keadaannya membaik, pasien dipulangkan dan dianjurkan periksa ulang 1 hingga 2 minggu mendatang. Untuk abortus insipiens atau

inkomplit, harus dilakukan evakuasi semua sisa konsepsi. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan hasil proses evakuasi untuk menentukan adanya masa kehamilan dan bersihnya kavum uteri. Karena waktu paruh CG adalah 60 jam, pada berapa kasus, uji kehamilan dengan dasar deteksi hCG, akan memberi hasil positif beberapa hari pasca keguguran.

Tabel 3.1. Jenis dan Derajat Abortus

Diagnosis	Perdarahan	Serviks	Besar uterus	Gejala lain
Abortus imminens	Sedikit-sedang	Tertutup	Sesuai dengan usia kehamilan	PP test positif Kram Uterus lunak
Abortus insipiens	Sedang-banyak	Terbuka	Sesuai atau lebih kecil	Kram Uterus Lunak
Abortus inkomplit	Sedikit-banyak	Terbuka (lunak)	Lebih kecil dari usia kehamilan	Kram Keluar jaringan Uterus Lunak
Abortus	Sedikit/tidak	Lunak	Lebih kecil dari usia	Sedikit/tak kram
komplit	ada	(terbuka atau tertutup)	kehamilan	Keluar jaringan Uterus kenyal

2. Kehamilan Ektopik yang Terganggu

Kehamilan ektopik ialah terjadinya implantasi (kehamilan) diluar kavum uteri. Kebanyakan kehamilan ektopik di tuba, hanya sebagian kecil di ovarium, cavum abdomen, kornu. Kejadian kehamilan ektopik ialah 4,5- 19,7/1000 kehamilan. Beberapa faktor risiko ialah : radang pelvik, bekas ektopik, operasi pelvik, anomalia tuba, endometriosis dan perokok. Gejala trias yang klasik ialah : amenorrhea, nyeri perut dan perdarahan pervaginam. Pada kondisi perdarahan akan ditemukan renjatan, dan nyeri hebat di perut bawah. Uterus

mungkin lebih besar sedikit, dan mungkin terdapat massa tumor di adneksa. Dengan USG kehamilan intrauterin akan dapat ditentukan, sebaliknya harus dicari adanya kantong gestasi atau massa di adneksa/kavum douglas. Bila USG ditemukan kantong gestasi intrauterin (secara abdominal USG), biasanya kadar B hCG ialah 6500 iu; atau 1500 iu bila dilakukan USG transvaginal. Bila ditemukan kadar seperti itu dan tidak ditemukan kehamilan intrauterin, carilah adanya kehamilan ektrauterin.

Perdarahan pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan

Perdarahan pada kehamilan lanjut dan persalinan merupakan perdarahan dalam kehamilan yang terjadi setelah usia gestasi diatas 22 mg. Masalah yang terjadi pada perdarahan kehamilan lanjut adalah morbiditas dan mortalitas ibu yang disebabkan oleh perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan (sebelum bayi dilahirkan), perdarahan intrapartum dan prematuritas, morbiditas dan mortalitas perinatal pada bayi yang akan dilahirkan.

Perdarahan Pasca Kehamilan

Pada pascapersalinan, sulit untuk menentukan terminologi berdasarkan batasan kala persalinan dan jumlah perdarahan yang melebihi 500 ml. pada kenyataannya, sangat sulit untuk membuat determinasi batasan pascapersalinan dan akurasi jumlah perdarahan murni yang terjadi. Berdasarkan temuan diatas maka batasan operasional untuk periode pasca persalinan adalah periode waktu setelah bayi dilahirkan. Sedangkan batasan jumlah perdarahan, hanya merupakan taksiran secara tidak langsung dimana disebutkan sebagai perdarahan abnormal yang menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik < 90 mmHg, nadi > 100 x/menit, kadar Hb < 8 g%).

Sepsis puerperium didefinisikan sebagai infeksi saluran genital yang terjadi setelah pecah ketuban atau mules persalinan hingga 42 hari setelah persalinan atau aborsi. Selain

demam, salah satu dari gejala berikut ini mungkin terjadi : Nyeri panggul dan ngilu; Cairan per vaginam yang abnormal; Cairan berbau tidak normal atau busuk; Terhambatnya involusi uterus. Demam didefinisikan sebagai suhu oral $> 38^{\circ}\text{C}$ yang diukur pada dua waktu di luar 24 jam pasca persalinan, atau suhu $> 38,5^{\circ}\text{C}$ pada saat apapun.

3.4 Deteksi Kegawatdaruratan Neonatal

Dalam topik ini, akan mempelajari tentang Deteksi Kegawatdaruratan neonatal yang meliputi faktor-faktor yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus, kondisi-kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus, deteksi kegawatdaruratan bayi baru lahir, serta deteksi kegawatdaruratan bayi muda.

Setelah menyelesaikan materi ini, Anda diharapkan mampu untuk melakukan deteksi kegawatdaruratan neonatal dengan tepat. Secara khusus, Anda diharapkan akan mampu untuk:

1. Menjelaskan faktor faktor yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus dengan tepat
2. Menjelaskan kondisi - kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus dengan tepat
3. Melakukan deteksi kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan tepat
4. Melakukan deteksi kegawatdaruratan bayi muda dengan tepat

Neonatus adalah masa kehidupan pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim menjadi diluar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Neonatus mengalami masa perubahan dari kehidupan didalam rahim yang serba tergantung pada ibu menjadi kehidupan diluar rahim yang serba mandiri. Masa perubahan yang paling besar terjadi selama jam ke 24-72 pertama. Transisi ini hampir meliputi semua sistem organ tapi yang terpenting adalah sistem pernafasan sirkulasi, ginjal dan hepar. Maka dari itu sangatlah diperlukan

penataan dan persiapan yang matang untuk melakukan suatu tindakan untuk mencegah kegawatdaruratan terhadap neonatus.

3.5 Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kegawatdaruratan pada Neonatus

Beberapa faktor berikut dapat menyebabkan kegawatdaruratan pada neonatus. Faktor tersebut antara lain, faktor kehamilan yaitu kehamilan kurang bulan, kehamilan dengan penyakit DM, kehamilan dengan gawat janin, kehamilan dengan penyakit kronis ibu, kehamilan dengan pertumbuhan janin terhambat dan infertilitas. Faktor lain adalah faktor pada saat persalinan yaitu persalinan dengan infeksi intrapartum dan persalinan dengan penggunaan obat sedative. Sedangkan faktor bayi yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus adalah Skor apgar yang rendah, BBLR, bayi kurang bulan, berat lahir lebih dari 4000 gr, cacat bawaan, dan frekuensi pernafasan dengan 2x observasi lebih dari 60/menit.

3.6 Kondisi-Kondisi yang Menyebabkan Kegawatdaruratan Neonatus

Terdapat banyak kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus yaitu hipotermi, hipertermia, hiperglikemia, tetanus neonatorum, penyakit pada ibu hamil dan sindrom gawat nafas pada neonatus. Untuk lebih jelasnya, silahkan anda pelajari penjelasan berikut ini.

1. Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh $<36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia diperlukan termometer ukuran rendah (low reading thermometer) sampai 25°C . Disamping sebagai suatu gejala, hipotermia dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

Akibat hipotermia adalah meningkatnya konsumsi oksigen (terjadi hipoksia), terjadinya metabolik asidosis sebagai konsekuensi glikolisis anaerobik, dan menurunnya simpanan glikogen dengan akibat hipoglikemia. Hilangnya kalori tampak

dengan turunnya berat badan yang dapat ditanggulangi dengan meningkatkan intake kalori. Etiologi dan faktor predisposisi dari hipotermia antara lain: prematuritas, asfiksia, sepsis, kondisi neurologik seperti meningitis dan perdarahan cerebral, pengeringan yang tidak adekuat setelah kelahiran dan eksposur suhu lingkungan yang dingin.

2. Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas. Ketika suhu tubuh cukup tinggi, hipertermia menjadi keadaan darurat medis dan membutuhkan perawatan segera untuk mencegah kecacatan dan kematian. Penyebab paling umum adalah heat stroke dan reaksi negatif obat. Heat stroke adalah kondisi akut hipertermi yang disebabkan oleh kontak yang terlalu lama dengan benda yang mempunyai panas berlebihan. Sehingga mekanisme pengaturan panas tubuh menjadi tidak terkendali dan menyebabkan suhu tubuh naik tak terkendali. Hipertermia karena reaksi negatif obat jarang terjadi. Salah satu hipertermia karena reaksi negatif obat yaitu hipertensi maligna yang merupakan komplikasi yang terjadi karena beberapa jenis anestesi umum.

3. Hiperglikemia

Hiperglikemia atau gula darah tinggi adalah suatu kondisi dimana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan. Hiperglikemia disebabkan oleh diabetes mellitus. Pada diabetes melitus, hiperglikemia biasanya disebabkan karena kadar insulin yang rendah dan /atau oleh resistensi insulin pada sel. Kadar insulin rendah dan/atau resistensi insulin tubuh disebabkan karena kegagalan tubuh mengkonversi glukosa menjadi glikogen, pada akhirnya membuat sulit atau tidak mungkin untuk menghilangkan kelebihan glukosa dari darah.

Gejala hiperglikemia antara lain: polifagi (sering kelaparan), polidipsi (sering haus), poliuri (sering buang air

kecil), penglihatan kabur, kelelahan, berat badan menurun, sulit terjadi penyembuhan luka, mulut kering, kulit kering atau gatal, impotensi (pria), infeksi berulang, kusmaul hiperventilasi, arrhythmia, pingsan, dan koma.

4. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang diderita oleh bayi baru lahir yang disebabkan karena basil *clostridium tetani*. Tanda-tanda klinis antara lain: bayi tiba-tiba panas dan tidak mau minum, mulut mencucu seperti mulut ikan, mudah terangsang, gelisah (kadang-kadang menangis) dan sering kejang disertai sianosis, kaku kuduk sampai opistotonus, ekstremitas terulur dan kaku, dahi berkerut, alis mata terangkat, sudut mulut tertarik ke bawah, muka risus sardonikus. Penyakit-penyakit pada ibu hamil

Penyakit-penyakit pada kehamilan Trimester I dan II, yaitu: anemia kehamilan, hiperemesis gravidarum, abortus, kehamilan ektopik terganggu (implantasi di luar rongga uterus), mola hidatidosa (proliferasi abnormal dari vili khorialis). Penyakit-penyakit pada kehamilan Trimester III, yaitu: kehamilan dengan hipertensi (hipertensi essensial, preeklampsia, eklampsia), perdarahan antepartum (solusio plasenta (lepasnya plasenta dari tempat implantasi), plasenta previa (implantasi plasenta terletak antara atau pada daerah serviks), insertio velamentosa, ruptur sinus marginalis, plasenta sirkumvalata).

5. Sindrom Gawat Nafas Neonatus

Sindrom gawat nafas neonatus merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea atau hiperkapnia dengan frekuensi pernapasan lebih dari 60 kali per menit, sianosis, merintih, waktu ekspirasi dan retraksi di daerah epigastrium, dan interkostal pada saat inspirasi. Resusitasi merupakan sebuah upaya menyediakan oksigen ke otak, jantung dan organ-organ vital lainnya melalui sebuah tindakan yang meliputi pemijatan jantung dan menjamin ventilasi yang adekuat (Rilantono, 1999). Tindakan ini merupakan tindakan kritis yang

dilakukan pada saat terjadi kegawatdaruratan terutama pada sistem pernapasan dan sistem kardiovaskuler. Kegawatdaruratan pada kedua sistem tubuh ini dapat menimbulkan kematian dalam waktu yang singkat (sekitar 4-6 menit).

3.7 Deteksi Kegawatdaruratan Bayi Muda

Upaya deteksi kegawatdaruratan untuk bayi muda yang berumur kurang dari 2 bulan, penilaian dan klasifikasi dapat dilakukan menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

3.8 Konsep Dasar MTBM

Dalam perkembangannya mencakup Manajemen Terpadu Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Umur 2 tahun tidak termasuk pada Bayi Muda tapi ke dalam kelompok 2 bulan sampai 5 tahun. Bayi Muda mudah sekali menjadi sakit, cepat menjadi berat dan serius bahkan meninggal terutama pada satu minggu pertama kehidupan bayi. Penyakit yang terjadi pada 1 minggu pertama kehidupan bayi hampir selalu terkait dengan masa kehamilan dan persalinan. Keadaan tersebut merupakan karakteristik khusus yang harus dipertimbangkan pada saat membuat klasifikasi penyakit. Pada bayi yang lebih tua pola penyakitnya sudah merupakan campuran dengan pola penyakit pada anak. Sebagian besar ibu mempunyai kebiasaan untuk tidak membawa Bayi Muda ke fasilitas kesehatan. Guna mengantisipasi kondisi tersebut program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) memberikan pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir melalui kunjungan rumah oleh petugas kesehatan.

Melalui kegiatan ini bayi baru lahir dapat dipantau kesehatannya dan dideteksi dini. Jika ditemukan masalah petugas kesehatan dapat menasehati dan mengajari ibu untuk melakukan Asuhan Dasar Bayi Muda di rumah, bila perlu merujuk bayi segera. Proses penanganan Bayi Muda tidak jauh berbeda dengan menangani balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun.

Proses manajemen kasus disajikan dalam bagan yang memperlihatkan urutan langkah- langkah dan penjelasan cara pelaksanaannya :

1. Penilaian dan klasifikasi

Penilaian berarti melakukan penilaian dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik. Klasifikasi berarti membuat keputusan mengenai kemungkinan penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya dan merupakan suatu kategori untuk menentukan tindakan bukan sebagai diagnosis spesifik penyakit

2. Tindakan dan Pengobatan

Tindakan dan pengobatan berarti menentukan tindakan dan memberi pengobatan di fasilitas kesehatan sesuai dengan setiap klasifikasi

3. Konseling bagi ibu

Konseling juga merupakan menasehati ibu yang mencakup bertanya, mendengar jawaban ibu, memuji, memberi nasihat relevan, membantu memecahkan masalah dan mengecek pemahaman.

4. Pelayanan Tindak lanjut

Pelayanan tindak lanjut berarti menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang.

Dalam pendekatan MTBS tersedia “Formulir Pencatatan” untuk Bayi Muda dan untuk kelompok umur 2 bulan sampai 5 tahun. Kedua formulir pencatatan ini mempunyai cara pengisian yang sama. Tindakan yang dapat dilakukan adalah menanyakan kepada ibu mengenai masalah Bayi Muda. Tentukan pemeriksaan ini merupakan kunjungan atau kontak pertama dengan Bayi Muda atau kunjungan ulang untuk masalah yang sama. Jika merupakan kunjungan ulang akan diberikan pelayanan tindak lanjut yang akan dipelajari pada materi tindak lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Muhammad Ilham. Dachlan, Ery Gumilar. 2013. Deteksi preeklamsia dan eklamsia, disampaikan dalam SOGU 5 Surabaya.
- Bobak, Lowdermilk, & Jensen.2005. Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4.Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Brousseau, T., & Sharieff, G. Q.2006.Newborn Emergencies: The First 30 Days of Life.Pediatric Clinics of North America,53(1), 69-84.
- Depkes RI. Pedoman MTBM. Depkes RI. Jakarta
- Hidayat, A.A. 2008. Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita: Buku Praktikum Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Hutabarat, R. Y., & Putra, C. S.2016. Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan (1st ed.). Bogor: IN MEDIA
- Kartikawati Dewi N. 2011. Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika
- Mochtar, R. 2011. Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC

BAB 4

PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN MUDA DAN LANJUT

Oleh Mufida Annisa Rahmawati

4.1 Pendahuluan

Salah satu target SDG's (*Sustainable Development Goals*) adalah menurunkan rasio kematian ibu hamil rata-rata di seluruh dunia yang kurang dari 70 kematian ibu per 100.000 kelahiran pada tahun 2030. Untuk mencapai target global pengurangan angka kematian ibu menuntut setiap negara untuk mengurangi angka kematian ibu nasionalnya. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI).

AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Riset, 2023).

Tingginya AKI merupakan indikator masih rendahnya status kesehatan ibu hamil dan tingginya risiko kehamilan dan persalinan yang akan mempengaruhi kualitas generasi penerus yang dilahirkan, maka upaya mempercepat penurunan AKI menjadi penting dan perlu mendapatkan perhatian serius (T Rahman, 2018). Berbagai faktor determinan turut berperan dalam proses terjadinya kematian ibu.

Tiga model keterlambatan dalam merujuk ibu ke fasilitas kesehatan rujukan (*three delay models*) merupakan determinan yang memiliki peran cukup besar dalam terjadinya kematian ibu di masyarakat. Faktor tersebut merupakan penyebab tidak langsung,

namun menjadi penyebab mendasar dalam kematian ibu (Riset, 2023)

Keterlambatan pertama dalam merujuk yang harus segera dicegah agar tidak menyebabkan keterlambatan berikutnya yaitu terlambat mengambil keputusan keluarga dan terlambat mengenali tanda bahaya dalam kehamilan, disamping determinan yang lain seperti faktor pemeriksaan kehamilan dan faktor penolong pertama persalinan yang tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan (Alkema, dkk., 2016).

4.2 Anemia

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, indikasi anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,50 gr/dl pada kehamilan trimester II sampai dengan 11,00 gr/dl pada umur kehamilan trimester I dan III (Pengabdian *et al.*, 2024). Anemia adalah penyakit yang disebabkan oleh kurangnya hemoglobin atau butir darah merah pada tubuh penderita. Darah normal terdiri atas 40-45% butir-butir darah merah dan 55-60% plasma darah. Dari setiap 100 ml darah biasanya terdapat 12,5-16 hemoglobin. Biasanya, di dalam setiap 1 ml³ darah terdapat 4.500.000-5.500.000 sel darah merah. Apabila darah merah seseorang kurang dari jumlah yang terendah tersebut, orang tersebut tergolong berpenyakit anemia (Bayu dan Novairi, 2013).

Anemia sering terjadi pada ibu hamil karena perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil. Selama kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan oksigen yang akan memicu peningkatan produksi eritropoetin, akibatnya terjadi peningkatan volume plasma. Volume darah bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut hipervolemia. Bertambahnya sel-sel darah kurang dibandingkan dengan plasma sehingga terjadi pengenceran darah atau hemodilusi.

Perbandingan tersebut yaitu plasma 30%, sel darah 18% dan haemoglobin 19%. Hemodilusi merupakan proses penyesuaian diri secara fisiologis dalam kehamilan dan bermanfaat bagi ibu yaitu

dapat meringankan beban kerja jantung yang disebabkan peningkatan *cardiac output* akibat hipervolemia. Kerja jantung lebih ringan apabila viskositas darah rendah. Resistensi perifer juga berkurang sehingga tekanan darah tidak naik. Selain itu perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsur besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah ibu tetap kental.

Menurut (Rosdianah *et al.*, 2019), klasifikasi anemia dibagi menjadi:

1. Anemia defisiensi Besi

Prognosis anemia defisiensi besi yaitu gejala anemia akan membaik dengan perbaikan anemia, perbaikan gejala dengan preparat besi parenteral hanya sedikit berbeda disbanding besi oral pada anemia defisiensi besi. Defisiensi zat besi adalah penyebab anemia yang sering terjadi pada wanita usia subur dan ibu hamil. Gejala beragam, dari kelelahan ringan sampai palpitasi yang berpotensi membahayakan, sesak napas atau gejala gagal curah jantung tinggi. Pada manusia, mineral besi terdapat di semua sel dan berfungsi untuk membawa oksigen dari paru ke jaringan, dalam bentuk hemoglobin (Hb). Macam- macam anemia pada ibu hamil menurut Manuaba 2010 yaitu :

- a. Normal : Hb 11 gr%
- b. Anemia Ringan : Hb 9-10 gr %
- c. Anemia Sedang : Hb 7-8 gr%
- d. Anemia Berat : < 7 gr%

2. Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik merupakan anemia yang disebabkan oleh defisiensi asam folat, jarang sekali karena defisiensi vitamin B12, anemia ini sering ditemukan pada wanita yang jarang mengkonsumsi sayuran hijau segar atau makanan dengan protein hewani tinggi.

3. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik merupakan anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.

4. Anemia Hipoplastik dan Aplastik

Anemia hipoplastik merupakan anemia yang disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah

yang baru. Pada sepertiga kasus anemia dipicu oleh obat atau zat kimia lain, infeksi, radiasi, leukemia, dan gangguan imunologis.

Penanganan anemia terutama untuk wanita hamil, wanita pekerja maupun wanita yang telah menikah, prahamil sudah dilakukan secara nasional dengan pemberian suplemen pil zat besi. Ibu hamil sangat disarankan minum pil ini selama 3 bulan yang harus diminum setiap hari.

1. Selalu menjaga kebersihan.
2. Istirahat yang cukup
3. Makan makanan yang bergizi. Dan banyak mengandung Fe seperti Pisang, daun pepaya, kangkung, daging sapi, hati ayam dan susu.
4. Pada ibu hamil rutin memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama hamil untuk mendapatkan table Fe dan vitamin serta makan-makanan yang bergizi 3 kali sehari dengan porsi 2 kali lipat lebih banyak.
5. Apabila hasil tes darah pada haemoglobin $<7\text{gr\%}$ maka ibu hamil disarankan untuk melakukan pemeriksaan dan rujukan ke fasilitas Kesehatan yang lebih tinggi.

4.3 Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis Gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena pada umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi. Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan selama masa hamil. Muntah yang membahayakan ini dibedakan dari morning sickness normal yang umum dialami wanita hamil karena intensitasnya melebihi muntah normal dan berlangsung selama trimester pertama kehamilan.

Hiperemesis gravidarum adalah bertambahnya emesis yang dapat mengakibatkan gangguan kehidupannya sehari-hari. Hiperemesis gravidarum yang berlangsung lama (umumnya antara minggu 6-12) dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin. Hiperemesis Gravidarum merupakan mual dan muntah yang berlebihan disaat kehamilan, yang menyebabkan dehidrasi,

defisiensi nutrisi, penurunan berat badan dan mengganggu pekerjaan sehari-hari.

Pembagian Hiperemesis Gravidarum dibagi menjadi 3 tingkat, antara lain:

1. Tingkat I : Ringan

Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum, menimbulkan rasa lemah, nafsu makan tak ada, berat badan turun dan nyeri epigastrium. Frekuensi nadi pasien naik sekitar 100 kali permenit, tekanan darah sistolik turun, turgor kulit berkurang lidah kering, dan mata cekung

2. Tingkat II : Sedang

Mual dan muntah yang hebat sehingga keadaan umum penderita lebih parah : lemah, apatis, turgor kulit mulai jelek, lidah kering dan kotor, gejala dehidrasi semakin jelas, nadi kecil dan cepat, suhu badan naik, tensi semakin menurun, mata cekung, icterus ringan, BB menurun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Aseton dapat tercium dalam hawa pernapasan, dan dapat terjadi asetonuria

3. Tingkat III : Berat

Kesadaran pasien menurun dari somnolen sampai koma, muntah berhenti nadi kecil dan cepat, suhu meningkat, dan tekanan darah makin turun.

Diagnosis hiperemesis gravidarum ditegakkan melalui anamnesis pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

1. Anamnesis

Dari anamnesis didapatkan amenorea, tanda kehamilan muda, mual, dan muntah. Kemudian diperdalam lagi apakah mual dan muntah terjadi terus menerus, dirangsang oleh jenis makanan tertentu, dan mengganggu aktivitas pasien sehari-hari. Selain itu dari anamnesis juga dapat diperoleh informasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan terjadinya hiperemesis gravidarum seperti stres, lingkungan sosial pasien, asupan nutrisi dan riwayat penyakit sebelumnya (hipertiroid, gastritis, penyakit hati, diabetes mellitus, dan tumor serebri).

2. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik perhatikan keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, tanda dehidrasi, dan besarnya kehamilan. Selain itu perlu juga dilakukan pemeriksaan tiroid dan abdominal untuk menyingkirkan diagnosis banding.

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding. Pemeriksaan yang dilakukan adalah darah lengkap, urinalisis, gula darah, elektrolit, USG (pemeriksaan penunjang dasar), analisis gas darah, tes fungsi hati dan ginjal. Pada keadaan tertentu, jika pasien dicurigai menderita hipertiroid dapat dilakukan pemeriksaan fungsi tiroid dengan parameter TSH dan T4. Pada kasus hiperemesis gravidarum dengan hipertiroid 50-60% terjadi penurunan kadar TSH. Jika dicurigai terjadi infeksi gastrointestinal dapat dilakukan pemeriksaan antibodi *Helicobacter pylori*. Pemeriksaan laboratorium umumnya menunjukkan tanda-tanda dehidrasi dan pemeriksaan berat jenis urin, ketonuria, peningkatan blood urea nitrogen, kreatinin dan hematokrit. Pemeriksaan USG penting dilakukan untuk mendeteksi adanya kehamilan ganda ataupun mola hidatidosa.

Penanganan Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis yang terus menerus dapat menyebabkan kekurangan makanan yang dapat mempengaruhi perkembangan janin, sehingga pengobatan harus segera diberikan (Vinnars *et al.*, 2024).

1. Penatalaksanaan

Asuhan pada wanita hamil yang mengalami hiperemesis dilakukan dengan menetapkan rencana perawatan medis. Pemberian terapi intravena yang kemudian dipantau pemberian agens farmakologi dan suplemen nutrisi dan pemantauan wanita respon terhadap intervensi. Perawat/bidan mengobservasi wanita untuk mendeteksi adanya komplikasi seperti asidosis metabolik, interik atau

himoragi dan memberitahu tenaga keperawatan kesehatan begitu tanda-tanda tersebut muncul.

2. Penatalaksanaan Medis

a. Obat-obatan

Apabila dengan cara tersebut di atas keluhan dan gejala tidak mengurang maka diperlukan pengobatan. Tetapi perlu diingat untuk tidak memberikan obat yang teratogen. Sedativa yang sering diberikan adalah phenobarbital. Vitamin yang dianjurkan adalah B1 dan B6. Anti histaminika juga dianjurkan, seperti dramamin, avomin. Pada keadaan lebih berat diberikan antiemetik, seperti disiklominhidroklorid atau khlorpromasin. Penanganan hiperemesis gravidarum yang lebih berat perlu dikelola di rumah sakit.

b. Isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, terapi cerah dan peredaran udara yang baik. Catat cairan yang keluar dan masuk. Hanya dokter dan perawat yang boleh masuk ke dalam kamar penderita, sampai muntah berhenti dan penderita mau makan. Tidak diberikan makanan/minum dan selama 24 jam. Kadang-kadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

c. Terapi Psikologik

Perlu diyakinkan kepada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik, yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini.

d. Cairan Parental

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukose 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter sehari. Bila perlu dapat ditambah kalium, dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C dan bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intravena.

Dibuat daftar kontrol cairan yang masuk dan yang dikeluarkan. Air kencing perlu diperiksa sehari-hari terhadap protein, aseton, klorida dan bilirubin. Suhu dan nadi diperiksa setiap 4 jam dan tekanan darah 3 kali sehari. Dilakukan pemeriksaan hematokrit pada permulaan dan seterusnya menurut keperluan. Bila selama 24 jam penderita tidak muntah dan keadaan umum bertambah baik dapat dicoba untuk memberikan minum dan dapat ditambah dengan makanan yang tidak cair. Dengan penanganan di atas, pada umumnya gejala-gejala akan berkurang dan keadaan akan bertambah baik (Vinnars *et al.*, 2024).

4.4 Kehamilan Ganda

Kehamilan kembar adalah satu kehamilan dengan dua janin. Kehamilan tersebut selalu menarik perhatian wanita itu sendiri, dokter dan masyarakat. Kehamilan kembar dapat memberikan resiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Frekuensi kehamilan kembar mengikuti rumus dari Herlin, yaitu 1:89-untuk hamil kembar, 1:89 pangkat dua untuk kehamilan tiga sedangkan kuadranplet 1:89 pangkat tiga.

Kehamilan kembar adalah satu kehamilan dengan dua janin. Kehamilan tersebut selalu menarik perhatian wanita itu sendiri, dokter dan masyarakat. Pada umumnya, kehamilan dan persalinan membawa resiko bagi janin. Bahaya bagi ibu tidak sebegitu besar, tetapi wanita dengan kehamilan kembar memerlukan pengawasan dan perhatian khusus bila diinginkan hasil yang memuaskan bagi ibu dan janin. Keluarga tertentu mempunyai kecenderungan untuk melahirkan bayi kembar, walaupun pemindahan sifat hereditas kadang-kadang berlangsung secara paternal, tetapi biasanya hal itu disini terjadi secara maternal dan pada umumnya terbatas pada kehamilan dizigotik.

Kehamilan ganda adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Sejak diketemukan obat-obatan dan cara induksi ovulasi. (Amnur, Rahmayuni and Aldi, 2023)

1. Penanganan dalam kehamilan

Perawatan prenatal yang baik untuk mengenal kehamilan kembar dan mencegah komplikasi yang timbul dan bila diagnosis telah ditegakkan pemeriksaan ulangan harus lebih sering x seminggu pada kehamilan lebih dari 32 minggu. Setelah kehamilan 30 minggu, koitus dan perjalanan jauh lebih baik dihindari karena akan merangsang partus prematurus. Pemakaian korset gurita yang tidak terlalu kuat diperbolehkan supaya terasa lebih ringan. Periksa darah lengkap Hb dan golongan darah.

2. Komplikasi

Pada ibu: anemia, abortus, dan pre eklamsi, hidramnion, kontraksi hipotonik, retensi plasenta, pendarahan pasca persalinan.

Pada janin: plasenta previa, solusio plasenta, isuensi plasenta, partus prematurus, bayi mal presentasi, prolaps tali pusat, kelaianan congenital.

4.5 Mola Hidatidosa

Mola Hidatidosa merupakan suatu kehamilan patologik dimana khorion mengalami beberapa hal, yaitu degenerasi hidropik dan kistik dari vili khorealis, proliferasi trofoblas, dan tidak ditemukan pembuluh darah janin. Janin biasanya meninggal dengan villus yang terus tumbuh membesar dan edematus sebagai segugus buah anggur. Kehamilan pada mola hidatidosa berkembang secara tidak wajar, dimana tidak ditemukannya janin dan hampir seluruh vili korialisnya mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik dan berbentuk seperti gelembung yang menyerupai anggur. Secara makroskopik, mola hidatidosa tampak seperti gelembung-gelembung berwarna putih, tembus pandang, berisi cairan yang jernih, dengan ukuran yang bervariasi yaitu dari beberapa milimeter hingga 1-2 cm (Amnur, Rahmayuni and Aldi, 2023).

Penanganan

Penanganan awal pada mola hidatidosa adalah perbaikan keadaan umum. Selanjutnya pengeluaran mola yang dapat dilakukan dengan histerektomi pada wanita usia lanjut dan sudah

memiliki anak dengan jumlah yang diinginkan dengan alasan bahwa usia tua dan parietas yang tinggi merupakan faktor predisposisi terjadinya keganasan. Batasan yang dipakai adalah wanita usia 35 tahun yang telah memiliki tiga anak yang hidup (Saida, 2023).

Namun, pada wanita muda yang masih menginginkan untuk memiliki anak, maka dapat dilakukan pengeluaran mola dengan suction curettage dan untuk memperbaiki kontraksi dapat diberikan oksitosin secara intravena. Selanjutnya dapat dilakukan kuretase menggunakan kuret tumpul untuk mengeluarkan sisa-sisa konseptus. Kerokan harus dilakukan dengan sangat hati-hati, karena dapat menyebabkan perforasi. Setelah 7-10 hari pengeluaran mola dapat dilakukan kerokan ulangan dengan kuret tajam untuk memastikan bahwa uterus benar-benar kosong dan untuk memeriksa tingkat proliferasi sisa-sisa trofoblas yang dapat ditemukan.

1. Sediaan kuret dipisahkan dari sediaan kuret tumpul dan kuret tajam, kemudian keduanya diperiksa secara patologi anatomik. Sebelum tindakan kuret dilakukan, biasanya dilakukan pemasangan batang laminaria atau dengan menggunakan dilatator Hegar untuk membuka serviks. Sebelum mola dievakuasi, ada baiknya melakukan pemeriksaan roentgen paru untuk melihat kemungkinan metastase. Kedua ovarium dapat ditemukan membesar menjadi kista teka lutein, akibat pengaruh hormonal, kemudian mengecil sendiri.
2. Setelah dilakukan evakuasi, dianjurkan uterus beristirahat 4 – 6 minggu dan penderita disarankan untuk tidak hamil selama 12 bulan. Diperlukan kontrasepsi yang adekuat selama periode ini. Pasien dianjurkan untuk memakai kontrasepsi oral, sistemik atau barrier selama waktu monitoring. Pemberian pil kontrasepsi berguna dalam 2 hal yaitu mencegah kehamilan dan menekan pembentukan LH oleh hipofisis yang dapat mempengaruhi pemeriksaan kadar HCG. Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) tidak dianjurkan sampai dengan kadar HCG tidak terdeteksi karena terdapat resiko perforasi rahim jika masih terdapat mola invasif. Penggunaan pil kontrasepsi

- kombinasi dan terapi sulih hormon dianjurkan setelah kadar hCG kembali normal.
3. Terapi profilaksis dengan sitostatika dapat diberikan pada kasus mola dengan risiko tinggi akan terjadi keganasan, misalnya pada usia tua dan paritas tinggi yang menolak untuk dilakukan histerektomi atau kasus mola dengan hasil histopatologi yang dicurigai memiliki tanda- tanda keganasan. Biasanya diberikan methotrexate atau actinomycin D.
 4. Pemulihan biasanya memerlukan waktu sekitar 4- 5 minggu, serta masa pengawasan 2 tahun. Pasien dinyatakan sembuh apabila kadar beta-hCG normal yakni <5mIU/ml, namun apabila dalam masa pengawasan penderita hamil harus dilakukan Antenatal Care (ANC) serta penanganan kehamilan lainnya secara lebih cermat dan hati- hati.⁶ Pada pengamatan lanjutan, selain memeriksa terhadap kemungkinan timbulnya metastasis, sangat penting untuk memeriksa kadar hCG secara berulang.
 5. Pada kasus yang tidak menjadi ganas, kadar hCG harus terus dipantau secara teratur, yaitu:
 6. Awal pasca mola dapat dilakukan tes hamil, jika negatif dilanjutkan dengan pemeriksaan radio-immunoassay hCG dalam serum untuk menemukan hormon dalam kualitas rendah.
 7. Pemeriksaan kadar hCG dilakukan setiap minggu sampai kadar negatif selama 3 minggu, dan selanjutnya tiap bulan selama 6 bulan.
 8. Sampai kadar hCG negatif, pemeriksaan roentgen paru dilakukan setiap 6 bulan
 9. Apabila tingkat kadar hCG tidak turun dalam 3 minggu berturut – turut atau malah naik, dapat dilanjutkan dengan kemoterapi, kecuali pasien tidak menghendaki bahwa uterus dipertahankan (histerektomi)
 10. Pengamatan lanjutan terus dilakukan sampai kadar hCG menjadi negatif selama 6 bulan.

4.6 Kehamilan Ektopik

Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) adalah kehamilan dimana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan bertumbuh di luar endometrium kavum uterus. Dari seluruh kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan dalam kehamilan, 16% diantaranya disebabkan oleh kehamilan ektopik (Suheimi and Dewi Utari, 2023).

Kehamilan ektopik dapat terjadi di luar rahim misalnya dalam tuba, ovarium atau rongga perut, tetapi dapat juga terjadi di dalam rahim di tempat yang luar biasa misalnya dalam cervik, pars interstitialis.

Penanganan

1. Pada kehamilan ektopik terganggu, walaupun tidak selalu ada bahaya terhadap jiwa penderita, dapat dilakukan terapi konservatif, tetapi sebaiknya tetap dilakukan tindakan operasi. Kekurangan dari terapi konservatif (non- operatif) yaitu walaupun darah berkumpul di rongga abdomen lambat laun dapat diresorpsi atau untuk sebagian dapat dikeluarkan dengan kolpotomi (pengeluaran melalui vagina dari darah di kavum *Douglas*), sisa darah dapat menyebabkan perlekatan-perlekatan dengan bahaya ileus. Operasi terdiri dari salpingektomi ataupun salpingo-ooforektomi. Jika penderita sudah memiliki anak cukup dan terdapat kelainan pada tuba tersebut dapat dipertimbangkan untuk mengangkat tuba. Namun jika penderita belum mempunyai anak, maka kelainan tuba dapat dipertimbangkan untuk dikoreksi supaya tuba berfungsi (Di and Pulang, 2022).
2. Tindakan laparatomi dapat dilakukan pada ruptur tuba, kehamilan dalam divertikulum uterus, kehamilan abdominal dan kehamilan tanduk rudimenter. Perdarahan sedini mungkin dihentikan dengan menjepit bagian dari adneksia yang menjadi sumber perdarahan. Keadaan umum penderita terus diperbaiki dan darah dari rongga abdomen sebanyak mungkin dikeluarkan. Serta memberikan transfusi darah.
3. Untuk kehamilan ektopik terganggu dini yang berlokasi di ovarium bila dimungkinkan dirawat, namun apabila tidak menunjukkan perbaikan maka dapat dilakukan tindakan

sistektomi ataupun oovorektomi ⁽⁵⁾. Sedangkan kehamilan ektopik terganggu berlokasi di servik uteri yang sering mengakibatkan perdarahan dapat dilakukan histerektomi, tetapi pada nulipara yang ingin sekali mempertahankan fertilitasnya diusahakan melakukan terapi konservatif.

4.7 Preeklamsia dan Eklamsia

Pada dasarnya penanganan preeklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Penanganan obstetrik ditujukan untuk melahirkan bayi pada saat yang optimal yaitu sebelum janin mati dalam kandungan, tetapi sudah cukup matur untuk hidup diluar uterus. Setelah persalinan berakhir jarang terjadi eklampsia dan janin yang sudah cukup matur lebih baik hidup diluar kandungan daripada dalam uterus. Waktu optimal tersebut tidak selalu dapat dicapai pada penanganan preeklampsia, terutama bila janin masih sangat prematur. Dalam hal ini diusahakan dengan tindakan medis untuk dapat menunggu selama mungkin, agar janin lebih matur (Seminar and Masyarakat, 2024).

Penatalaksanaan Pre-eklamsi ringan:

1. Istirahat di tempat tidur masih merupakan terapi utama untuk penanganan preeklampsia
2. Tidak perlu segera diberikan obat anti hipertensi atau obat lainnya, tidak perlu dirawat kecuali tekanan darah meningkat terus (batas aman 140-150/90-100 mmHg)
3. Pemberian luminal 1 sampai 2 x 30 mg/hari bila tidak bisa tidur
4. Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin) 1 x 80 mg / hari
5. Bila tekanan darah tidak turun dianjurkan dirawat dan diberikan obat anti hipertensi: metildopa 3 x 125 mg/hari (maksimal 1500 mg/hari), atau nifedipin 3-8 x 5 -10 mg / hari, atau nifedipin retard 2-3 x 20 mg / hari atau pindolol 1-3 x 5 mg / hari 9 maks. 30 mg / hari
6. Diet rendah garam dan diuretika tidak perlu
7. Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa setiap 1 minggu
8. Indikasi rawat jika ada perburukan, tekanan darah tidak turun setelah rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi

- 1 kg/minggu 2 kali berturut-turut, atau pasien menunjukkan preeklampsia berat.
9. Jika dalam perawatan tidak ada perbaikan, tatalaksana sebagai preeklampsia berat.
 10. Jika ada perbaikan lanjutkan rawat jalan.
 11. Pengakhiran kehamilan ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio plasenta, eklampsia atau indikasi terminasi kehamilan lainnya.
 12. Persalinan dalam preeklampsia ringan dapat dilakukan spontan atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II (Lubis, Sri Rezeki and Seri Wahyuni Harahap, 2023).

Penatalaksanaan Pre-eklamsi berat :

Per-eklamsi berat kehamilan kurang 37 minggu:

1. Janin belum menunjukkan tanda-tanda maturitas paru-paru, dengan pemeriksaan shake dan rasio L/S maka penanganannya adalah sebagai berikut:
2. Berikan suntikan sulfat magnesium dosis 8gr IM, kemudian disusul dengan injeksi tambahan 4 gr Im setiap 4 jam(selama tidak ada kontra dindikasi)
3. Jika ada perbaikan jalannya penyakit, pemberian sulfas magnesium dapat diteruskan lagi selama 24 jam sampai dicapai kriteria pre- eklamsia ringan (kecuali jika ada kontraindikasi)
4. Selanjutnya wanita dirawat diperiksa dan janin monitor, penimbangan berat badan seperti pre-eklamsi ringan sambil mengawasi timbul lagi gejala.
5. Jika dengan terapi diatas tidak ada perbaikan, dilakukan terminasi kehamilan: induksi partus atau cara Tindakan lain, melihat keadaan.

Pre-eklamsi berat kehamilan 37 minggu ke atas:

1. Penderita di rawat inap
2. Istirahat mutlak dan di tempatkan dalam kamar isolasi
3. Berikan diit rendah garam dan tinggi protein
4. Berikan suntikan sulfas magnesium 8 gr IM (4 gr bokong kanan dan 4 gr bokong kiri)

5. Suntikan dapat di ulang dengan dosis 4 gr setiap 4 jam
6. Syarat pemberian Mg So₄ adalah: reflek patela (+), diurese 100cc dalam 4 jam yang lalu, respirasi 16 permenit dan harus tersedia antidotumnya: kalsium glukonas 10% ampul 10cc.
7. Infus detrokso 5 % dan ringer laktat Obat antihipertensif: injeksi katapres 1 ampul IM dan selanjutnya diberikan tablet katapres 3x½ tablet sehari (Arifin, 2023)

Prinsip penanganan preeklampsia:

1. Melindungi ibu dari efek peningkatan tekanan darah
2. Mencegah progresifitas penyakit menjadi eklampsia
3. Mengatasi atau menurunkan resiko janin (solusio plasenta, pertumbuhan janin terhambat, hipoksia sampai kematian janin)
4. Melahirkan janin dengan cara yang paling aman dan cepat sesegera mungkin setelah matur atau imatur jika diketahui bahwa resiko janin atau ibu akan lebih berat jika persalinan ditunda lebih lama.

Penanganan Eklampsia

1. Prinsip penataksanaan eklamsi sama dengan pre- eklamsi berat dengan tujuan menghentikan berulangnya serangan konvulsi dan mengakhiri kehamilan secepatnya dengan cara yang aman setelah keadaan ibu mengizinkan
2. Penderita eklamsia harus di rawat inap di rumah sakit
3. Saat membawa ibu ke rumah sakit, berikan obat penenang untuk mencegah kejang-kejang selama dalam perjalanan. Dalam hal ini dapat diberikan pethidin 100 mg atau luminal 200mg atau morfin 10mg.
 - a. Pencegahan

Usaha pencegahan preklampsia dan eklampsia sudah lama dilakukan. Diantaranya dengan diet rendah garam dan kaya vitamin C. Selain itu, toxoperal (vitamin E,) beta caroten, minyak ikan (eicosapen tanoic acid), zink (seng), magnesium, diuretik, anti hipertensi, aspirin dosis rendah, dan kalium diyakini mampu mencegah terjadinya preklampsia dan eklampsia. Sayangnya upaya itu belum mewujudkan hasil yang

menggembirakan. Belakangan juga diteliti manfaat penggunaan anti- oksidan seperti N. Acetyl Cystein yang diberikan bersama dengan vitamin A, B6, B12, C, E, dan berbagai mineral lainnya. Nampaknya, upaya itu dapat menurunkan angka kejadian pre-eklampsia pada kasus risiko tinggi (Relationship *et al.*, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Amnur, H., Rahmayuni, I. and Aldi, Y. (2023) 'Perbandingan Metode Certainty Factor Dengan Forward Chaining Pada Sistem Pakar Skrining Kehamilan Resiko Tinggi', *JITSI : Jurnal Ilmiah Teknologi Sistem Informasi*, 4(1), pp. 23–27. Available at: <https://doi.org/10.30630/jitsi.4.1.108>.
- Arifin (2023) 'DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf14102> Implementasi Pelayanan Kesehatan dalam Penurunan Angka Kematian Ibu Zainul Arifin', *Journal of Health Research" Forikes Voice*, 14(4), pp. 6–10.
- Di, E. and Pulang, K. (2022) 'Jurnal Riset Ilmiah', 1(01), pp. 15–18.
- Lubis, A.U.N., Sri Rezeki and Seri Wahyuni Harahap (2023) 'Early Detection of Pregnancy Complications in Siabu Health Center, Mandailing Natal Regency', *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*, 3(1), pp. 64–73. Available at: <https://doi.org/10.55299/ijphe.v3i1.404>.
- Pengabdian, J. *et al.* (2024) 'UPAYA PENINGKATAN PENGETAHUAN IBU HAMIL DENGAN PENYULUHAN KESEHATAN TENTANG TANDA - TANDA BAHAYA PADA KEHAMILAN DI PMB NINDA', 3, pp. 40–43.
- Relationship, T.H.E. *et al.* (2023) 'THE RELATIONSHIP PREEKLAMIA WITH GRAVIDA FOR PREGNANT WOMEN 1 Mala y anti Umami , 2 Tutik Ekasari , 3 Mega Sil v ian Natalia 1 S - 1 Kebidanan , STIKES Hafsha w at y Zainul Hasan Probolinggo 2 STIKES Hafsha w at y Zainul Hasan Probolinggo 3 STIKES Hafsha'.
- Riset, A. (2023) 'Edukasi Tanda dan Bahaya pada Kehamilan', 4(1), pp. 9–16.
- Rosdianah *et al.* (2019) *Kegawatdaruratan maternal neonatal pada Masa Kehamilan, Kegawatdaruratan maternal dan neonatal*.
- Saida, S. (2023) 'Gambaran Kejadian Mola Hidatidosa Pada Kehamilan Di Indonesia', *JURNAL ILMIAH OBGIN: Jurnal Ilmiah Ilmu Kebidanan & Kandungan*, 15(1), pp. 474–481. Available at: <https://stikes-nhm.e-journal.id/JOB/article/view/1277>.

- Seminar, P. and Masyarakat, N. (2024) 'Patwal Risti Preeklamsia Melalui', 3(1), pp. 322–330.
- Suheimi, I. and Dewi Utari, M. (2023) 'Faktor Resiko Kejadian Kehamilan Ektopik Terganggu Di Rs.Pekanbaru Medical Centerpekanbaru Tahun 202', *Ensiklopedia of Journal*, 5(2), pp. 356–361. Available at: <http://jurnal.ensiklopediaku.org>.
- T Rahman (2018) '濟無No Title No Title No Title', *Analisis Perbandingan Produktivitas Kerja Karyawan Sebelum Dan Seteleah Pelatihan Pada PT Kuwera Jaya Makassar*, pp. 12–26.
- Vinnars, M.T. *et al.* (2024) 'Treatments for hyperemesis gravidarum: A systematic review', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(1), pp. 13–29. Available at: <https://doi.org/10.1111/aogs.14706>.

BAB 5

RESUSITASI NEONATAL

Oleh Eti Kuswandari

5.1 Asfiksia

5.1.1 Definisi

Asfiksia neonatorum merupakan keadaan dimana bayi tidak bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, keadaan tersebut dapat ditandai dengan keadaan O_2 didalam darah rendah (hipoksemia), CO_2 meningkat (hiperkarbia), dan asidosis (Maternity Dainty,dkk:2018).

Asfiksia neonatorum adalah suatu kondisi yang terjadi ketika bayi tidak mendapatkan cukup oksigen 12 selama proses kelahiran (Siti Noorbaya & Herni Johan,2019). Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O_2 dan makin meningkatnya CO_2 yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Putri Aulia Salsa,dkk:2019)

5.1.2 Etiologi

1. Faktor ibu.

Oksigenasi darah ibu yang tidak mencukupi akibat hipoventilasi selama anestesi, penyakit jantung sianosis, gagal pernapasan, keracunan karbon monoksida, dan tekanan darah ibu yang rendah akan menyebabkan asfiksia pada janin. Gangguan aliran darah uterus dapat menyebabkan berkurangnya pengaliran oksigen ke plasenta dan ke janin. Hal ini sering ditemukan pada: gangguan kontraksi uterus, misalnya hipertoni, hipotoni atau tetani uterus akibat penyakit atau obat, hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan, hipertensi pada penyakit akiomsia dan lain-lain (Apriany Ramadhan: 2020).

2. Faktor placenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia janin dapat terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta, misalnya: plasenta tipis, plasenta kecil, plasenta tak menempel, solusio plasenta, dan perdarahan plasenta (Apriany Ramadhan: 2020).

3. Faktor fetus

Kompresi umbilikus dapat mengakibatkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin. Gangguan aliran darah ini dapat ditemukan pada keadaan: tali pusat menubung, tali pusat melilit leher, kompresi tali pusat antar janin dan jalan lahir, dan lain-lain (Sembiring Br, Juliana: 2019)

4. Faktor Persalinan

Semakin lama persalinan semakin tinggi morbiditas janin dan sering terjadi asfiksia akibat partus lama. Sekalipun tidak terdapat kerusakan yang nyata, bayi pada partus lama memerlukan perawatan yang khusus. Bahaya partus lama lebih besar lagi apabila kepala bayi macet diperineum untuk waktu yang lama dan tengkorak kepala janin terus terbentur pada panggul ibu. Partus lama kala II, bradikardia janin kadang terjadi ketika ibu menahan napas dalam waktu lama, dan usaha mengejan ibu dapat meningkatkan tekanan terhadap kepala janin. Efek pada janin mengakibatkan oksigen dalam darah turun dan aliran darah ke plasenta menurun sehingga oksigen yang tersedia untuk janin menurun, akibatnya dapat menimbulkan hipoksia janin. Berdasarkan ini menunjukkan bahwa bayi dengan asfiksia terjadi pada ibu bersalin yang mengalami partus lama (Proverawati: 2018)

5.1.3 Patofisiologi

Pernapasan spontan bayi baru lahir bergantung pada kondisi janin pada masa kehamilan dan persalinan. Pada saat lahir dan bayi mengambil napas pertama, udara masuk ke alveoli paru dan cairan

paru diabsorpsi oleh jaringan paru. Pada napas kedua dan berikutnya, udara yang masuk ke alveoli bertambah banyak dan cairan paru diabsorpsi sehingga seluruh alveoli berisi udara yang mengandung oksigen. Aliran darah ke paru meningkat. Hal ini disebabkan ekspansi paru yang membutuhkan tekanan puncak inspirasi dan tekanan ekspirasi lebih tinggi. Ekspansi paru dan peningkatan tekanan oksigen alvoli menyebabkan penurunan resistensi vaskuler paru dan peningkatan aliran darah paru setelah lahir. Aliran intrakardial dan ekstrakardial mulai beralih arah yang kemudian diikuti penutupan duktus arteriosus. Kegagalan penurunan resistensi vaskular paru menyebabkan hipertensi pulmonal persisten pada BBL, dengan aliran darah paru yang indekuat dan hipoksemia relatif. Ekspansi paru yang adekuat menyebabkan gagal napas (Proverawati: 2018).

5.1.4 Klasifikasi

Menurut Annisa Khoiriah, T. P.(2019) Klasifikasi asfiksia neonatorum dibagi menjadi :

1. "*Vigorous baby*" Asfiksia ringan dengan Skor Apgar 7-10 dalam hal ini bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa ,tidak memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen terkendali.
2. "*Miderate asphyxia*" Asfiksia sedang dengan nilai Apgar skor 4- 6.pada pemeriksaan jantung akan terlihat frekuensi jantung $>100x$ /menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflex iritabilitas tidak ada dan memerlukan tindakan resusitasi serta pemberian oksigen terkendali.
3. "*Severe asphyxia*" Asfiksia berat dengan Apgar skor 0-3. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung

Klinis	0	1	2
Denyut Jantung	Tidak Ada	<100	>100
Pernafasan	Tidak Ada	Lambat	Menangis
Tonus Otot	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Reaksi melawan
Refleks	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
Warna Kulit	Seluruh tubuh biru/pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda

Gambar 5.1. Apgar Score

5.1.5 Manifestasi klinis

Bayi yang mengalami kekurangan O₂ akan terjadi pernafasan yang cepat dalam periode yang singkat apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernafasan sehingga mengakibatkan Bayi tidak bernafas atau nafas megap-megap, denyut jantung kurang dari 100x/menit, kulit sianosis, pucat, tonus otot menurun, tidak ada respon terhadap refleks rangsangan. serangan jantung, Periode hemorragis, Sianosis dan kongestif, Penemuan jalan nafas (Nita Norma,2013).

5.1.6 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala asfiksia klinis antara lain meliputi bayi tidak menangis, pernapasan megap-megap yang dalam, bayi terlihat lemas, sianosis, sukar bernapas / tarikan dinding dada kedalam yang kuat, frekuensi jantung < 100 kali/menit. (Afrida Ricca 2022)

5.1.7 Gambaran klinis

Penilaian dilakukan pada saat bayi baru lahir :

1. Penilaian segera setelah bayi baru lahir Penilaian segera setelah bayi baru lahir sangat penting dilakukan dengan

jalan menghadapkan bayi kearah penolong agar dapat mengamati. Lakukan penilaian cepat segera setelah bayi lahir, apakah bayi menangis, bernafas, indikasi ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi.

2. Nilai Apgar

Nilai apgar merupakan metode objektif untuk menilai kondisi bayi bayi baru lahir dan berguna untuk memberikan informasi mengenai keadaan bayi secara keseluruhan dan keberhasilan tindakan resusitasi (Dewi,dkk 2020).

- a. Nilai apgar dinilai pada menit ke 1 kemudian pada menit ke 5.
- b. Jika nilainya pada menit ke 5 kurang dari 7, tambahan penilaian harus dilakukan setiap 5 menit sampai 20 menit. Nilai ini tidak digunakan untuk memulai tindakan resusitasi atau menunda intervensi pada bayi dengan depresi sampai penilai menit pertama.
- c. Asfiksia pada bayi biasanya merupakan kelanjutan dari anoksia atau hipoksia janin. Diagnosa hipoksia janin dapat dibuat dalam persalinan dengan ditemukan tanda-tanda gawat janin.
- d. Dua hal perlu mendapatkan perhatian
 - 1) Denyut jantung janin Frekuensi normal adalah antara 120 dan 160 x/menit, selama his frekuensi ini bisa turun tetapi diluar his 13 kembali lagi kepada keadaan semula. Peningkatan kecepatan denyut jantung umumnya tidak besar artinya, akan tetapi bila frekuensi turun sampai dibawah 100x/menit diluar his dan lebih lebih jika tidak teratur, hal itu merupakan tanda bahaya.
 - 2) Mekonium dalam air ketuban Mekonium pada presentasi sungsang tidak ada artinya, akan tetapi pada presentasi kepala mungkin menunjukkan gangguan oksigenasi dan harus menimbulkan kewaspadaan. Adanya mekonium dalam air ketuban pada presentasi kepala dapat merupakan indikasi untuk mengakhiri persalinan bila hal itu dapat dilakukan dengan mudah (Indrayani,2013).

5.1.8 Diagnosis asfiksia

1. Anamnesis Anamnesis diarahkan untuk mencari faktor resiko terhadap terjadinya asfiksia neonatorum.
2. Pemeriksaan Fisik
 - a. Bayi tidak bernafas atau nafas megap-megap
 - b. Bayi lemas
 - c. Kulit sianosis, pucat
 - d. Tonus otot lemah
 - e. Denyut jantung < 100 x/menit
(Mayasari Bety,dkk,2018)
3. Pemeriksaan Penunjang
 - a. Foto polos dada
 - b. USG kepala
 - c. Laboratorium : darah rutin, analisa gas darah, serum elektrolit menunjukkan hasil asidosis pada darah tali pusat (Trisna Yulianti,Dkk,2019)

5.2 Resusitasi Neonatus

5.2.1 Pengertian Resusitasi

Resusitasi adalah suatu tindakan darurat sebagai suatu usaha untuk mengembalikan keadaan henti nafas atau henti jantung ke fungsi optimal guna mencegah kematian biologis (Rahmahariyanti,dkk 2014)

Resusitasi adalah segala usaha untuk mengembalikan fungsi sistem pernafasan, peredaran darah dan otak yang terhenti atau terganggu sedemikian rupa agar kembali normal seperti semula (Indrayani,2013).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa resusitasi adalah suatu usaha untuk mengembalikan fungsi sitem pernafasan, peredaran darah dan otak yang terhenti untuk mencegah kematian biologis.

5.2.2 Tujuan Resusitasi

Tujuan resusitasi, yaitu mencegah berhentinya sirkulasi dan respirasi, memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari pasien yang mengalami henti jantung dan memberikan oksigenasi pada otak, jantung dan organ vital (Gofar, 2012).

5.2.3 Langkah-langkah resusitasi

Menurut Sondakh upaya tindakan resusitasi yang efisien dan efektif berlangsung melalui rangkaian tindakan dari penilaian, pengambilan keputusan dan tindakan lanjutan. Berikut tahap dari tindakan resusitasi:

1. Tahap I: Langkah Awal

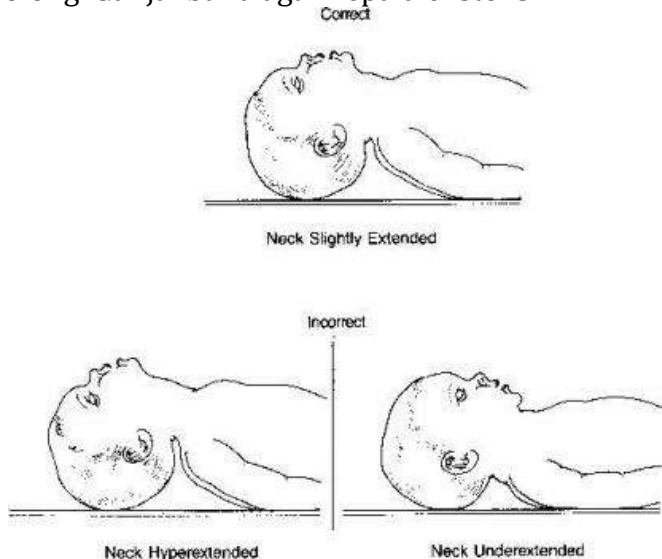
Diselesaikan dalam waktu <30 detik. Langkah tersebut meliputi :

a. Jaga kehangatan bayi

Letakkan bayi di atas kain yang ada di atas perut ibu, selimuti bayi dengan kain tersebut dengan dada dan perut tetap terbuka, potong tali pusat, lalu pindahkan bayi ke atas kain di tempat resusitasi yang datar, rata, keras, bersih, kering dan hangat. Jaga bayi tetap diselimuti dan dibawah pemancar panas

b. Atur posisi bayi

Membaringkan bayi terlentang dengan kepala didekat penolong. Ganjal bahu agar kepala ekstensi.

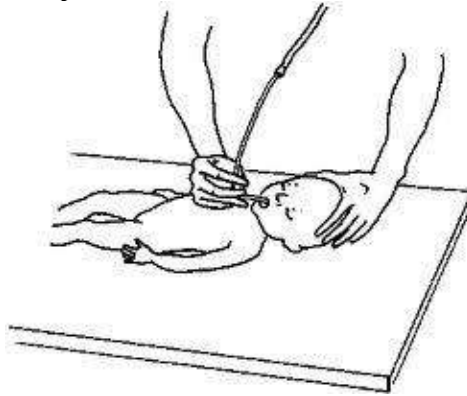


Gambar 5.2. posisi menghidu saat resusitasi

c. Isap lender

Menghisap lendir menggunakan delee dari mulut kemudian dari hidung, melakukan pengisapan saat alat

ditarik keluar, pengisapan dilakukan tidak lebih dari 5 cm ke dalam mulut atau tidak lebih 3 cm ke dalam hidung, karena hal ini dapat menyebabkan denyut jantung bayi menjadi lambat atau bayi tiba-tiba berhenti bernapas.



Gambar 5.3. Isap Lendir BBL

d. Keringkan bayi dan rangsang bayi

Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan. Lakukan rangsangan taktil dengan menepuk atau menyentil telapak kaki, menggosok punggung, perut, dada atau tungkai bayi dengan telapak tangan.



Gambar 5.4. Rangsang Taktil

- e. Atur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi
Ganti kain yang telah basah dengan kain yang kering di bawahnya, selimuti bayi dengan tidak menutupi muka dan dada agar pernafasan bayi dapat terpantau, atur kembali posisi kepala bayi sedikit ekstensi
- f. Lakukan penilaian
Apabila bayi bernapas normal maka melakukan asuhan pasca resusitasi. Namun bila bayi megap-megap atau tidak terjadi reaksi atas rangsangan taktil setelah beberapa detik maka mulai lakukan ventilasi tekanan positif

2. Tahap II (Ventilasi)

Menurut Dewi,dkk 2020 Ventilasi adalah bagian dari resusitasi untuk memasukan sejumlah udara ke dalam tekanan paru dengan tekanan positif yang memadai. Tindakan ini dilakukan untuk membuka alveoli paru agar bayi dapat bernapas dengan spontan dan teratur. Langkah-langkah dalam melakukan ventilasi adalah sebagai berikut:

- a. Pemasangan sungkup Pasang dan pegang sungkup agar menutupi mulut dan hidung bayi.



Gambar 5.5. Pemasangan sungkup

b. Lakukan ventilasi 2 kali

Lakukan peniupan/pemompaan awal balon-sungkup terlebih dahulu, hal ini dilakukan untuk membuka alveoli paru agar bayi dapat mulai bernapas sekaligus menguji apakah jalan napas bayi terbuka.

Kemudian melihat apakah dada bayi mengembang atau tidak, apabila dada bayi tidak mengembang, periksa posisi sungkup dan pastikan tidak ada udara yang bocor, periksa posisi kepala, pastikan posisi sudah sedikit ekstensi, periksa cairan atau lendir di mulut, jika ada lendir atau cairan di mulut maka lakukan penghisapan. lakukan tiupan/pemompaan 2 kali dengan tekanan 30 cm air (ulangan), bila dada mengembang lakukan tahap selanjutnya.

c. Lakukan ventilasi 20 kali dalam 30 detik.

Lakukan pemompaan dengan balon dan sungkup sebanyak 20 kali dalam 30 detik dengan tekanan 20 cm air sampai bayi mulai menangis dan bernapas secara spontan, pastikan dada mengembang setiap kali dilakukan tiupan atau pemompaan, lakukan penilaian ulang nafas setelah 30 detik.

d. Lakukan penilaian apakah bayi menangis atau bernapas spontan dan teratur

- 1) Apabila bayi bernapas dengan normal/ tidak megapmegap, hentikan ventilasi bertahap, pantau bayi dan lakukan asuhan pasca resusitasi.
- 2) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas, lanjutkan ventilasi setiap 30 detik hentikan dan lakukan penilaian ulang napas
- 3) Siapkan rujukan jika bayi belum bernapas spontan setelah 2 menit dilakukan resusitasi. Jika selama 2 menit dilakukan resusitasi bayi masih belum bernapas spontan, jelaskan pada ibu apa yang terjadi, apa yang sudah dilakukan dan mengapa, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, lakukan ventilasi selama mempersiapkan rujukan, catat

keadaan bayi pada formulir rujukan dan rekam medik persalinan

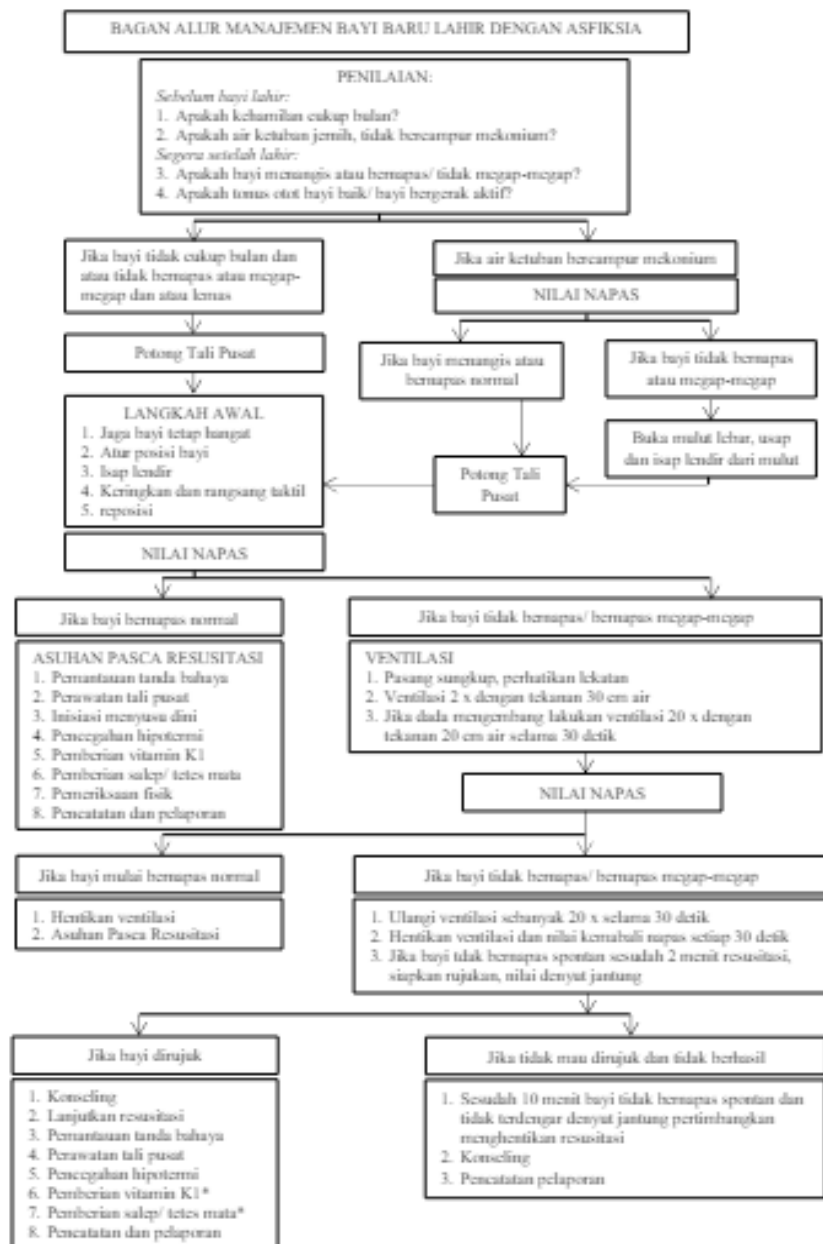
- 4) Lanjutkan ventilasi sambil memeriksa denyut jantung bayi, apabila sudah dipastikan denyut jantung tidak terdengar dan pulsasi tali pusat tidak teraba, lanjutkan ventilasi selama 10 menit, hentikan resusitasi jika denyut jantung tetap tidak terdengar dan pulsasi tali pusat tidak teraba, jelaskan kepada ibu dan beri dukungan serta lakukan pencatatan.

3. Tahap III (Asuhan Pasca Resusitasi)

Asuhan ini diberikan setelah tindakan resusitasi selesai dilakukan. Berikut asuhan pasca resusitasi:

- a. Melakukan pemantauan tanda bahaya pada bayi
 - b. Melakukan pemantauan dan perawatan tali pusat
 - c. Berikan bayi kepada ibunya apabila napas dan warna kulit bayi normal
 - d. Melakukan pencegahan hipotermi
 - e. Memberikan vitamin K1
 - f. Melakukan pencegahan infeksi
 - g. Melakukan pemeriksaan fisik
 - h. Melakukan pencatatan dan pelaporan
- (Afrida Ricca 2022)

5.2.4 Alur Penatalaksanaan Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir



Tujuan resusitasi, yaitu mencegah berhentinya sirkulasi dan respirasi, memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan

ventilasi dari pasien yang mengalami henti jantung dan memberikan oksigenasi pada otak, jantung dan organ vital (Gofar, 2012).

a. Penilaian terhadap kegawatan.

Penentuan tindakan resusitasi berdasarkan pada penilaian dua tanda vital yaitu pernapasan dan frekuensi denyut jantung. Setelah ventilasi tekanan

DAFTAR PUSTAKA

- Afrida, Baiq Ricca dan Ni Putu Aryani. 2022. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Pekalongan: NEM
- Annisa Khoiriah, T.P.(2019). Faktor-faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. Prodi DIII Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang Jurnal'Aisyiyah Medika Volume 4, Nomor 2, Agustus 2019.
- Apriany Ramadhan Batubara, & Nana Fauziah. (2020). Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Asfiksia. Universitas Ubudiyah Indonesia, 412
- Dewi, Yuanita Viva Avia. 2020. Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3. Bandung: Media Sains Indonesia
- Ghofar, Abdul. (2012). Pedoman Lengkap Keterampilan Perawatan Klinik. Yogyakarta : Mitra Buku
- Indrayani, Djami M.E.U. 2013. Asuhan Persalinan dan bayi Baru Lahir. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Maternity, Dainty, Arum Dwi Anjani, dan Nita Evrianasari. 2018. Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Penerbit ANDI
- Mayasari, Bety. 2018. Hubungan Persalinaan Prematur dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di Ruang Bersalin RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. Jurnal Nurse and Health 2018 January-June; 7 (1) : 42-50 DOI.10.5281/zenodo.1464484
- Nita Norma.(2013). Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta:Nuha Medika Siti Noorbaya, Herni Johan. Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Jogjakarta : Goyan Publishing, 2019. <https://books.google.co.id>
- Proverawati, A. (2018). Anemia dan Anemia Kehamilan. Penerbit Buku Nuha Medika.
- Putri Aulia Salsa, dkk, 2019. Hubungan BBLR Dengan Kejadian Asfiksia Di RSUD Syekh Yusuf Gowa
- Rahmaharyanti, Rizka. 2014. Laporan Pendahuluan Asfiksia Neonatorum Stase Keperawatan Anak Di Rumah Sakit

Umum Daerah Banyumas. Purwokerto:
Sembiring, Juliana Br. 2019. Buku Ajar Neonatus, Bayi, Balita, Anak
Pra Sekolah. Yogyakarta: Deepublish.
Sondakh.2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.
Jakarta: Erlangg
Trisna Yulianti Nila, dkk. (2019). Asuhan Kebidanan Persalinan Dan
Bayi Baru Lahir. Makassar: Penerbit Cendekia Publisher.

BAB 6

BASIC LIFE SUPPORT

Oleh Fitria Aisyah

6.1 Pendahuluan

Basic Life Support (BLS) atau bantuan hidup dasar adalah dasar untuk menyelamatkan nyawa pada kasus cardiac arrest (Ali et al. 2016). BLS yang diberikan untuk pasien di dalam maupun di luar rumah sakit meliputi *chest compressions, airway, breathing, defibrillation* (Berg et al, 2011). Henti jantung merupakan kasus penyakit jantung yang menjadi penyebab utama meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas di banyak negara dan hampir 50% *cardiac arrest* terjadi di luar rumah sakit (Marc Liu et al, 2008). Di beberapa negara seperti Amerika Serikat dan Kanada angka kejadian *cardiac arrest* di luar rumah sakit yang menyebabkan kematian mencapai 330.000 per tahun (Sanders, 2011). Di negara Asia seperti Singapura angka kematian akibat *cardiac arrest* ini mencapai 23% dari jumlah 16.000 kematian pertahunnya dimana hampir 40% *cardiac arrest* terjadi di luar rumah sakit. Mekanisme kematian terbanyak karena aritmia yang fatal seperti ventrikel takikardi atau ventrikel fibrilasi dan kebanyakan pasien meninggal sebelum sampai di rumah sakit (Ong Eng hook, 2010). Di rumah sakit, henti jantung memiliki prevalensi yang lebih baik yaitu sekitar 23,3% sampai dengan 25,5% pasien dewasa selamat dan keluar rumah sakit (Mozaffarian, 2015). Aspek penting pada BLS adalah pengenalan dengan cepat henti jantung mendadak, aktivasi sistem respon gawat darurat, mengawali resusitasi jantung paru dan defibrilasi dengan menggunakan *Automatic External Defibrillator* (AED) (AHA, 2015). Aspek penting ini merupakan rangkaian rantai tindakan yang terhubung dan berkesinambungan untuk meningkatkan kemungkinan harapan hidup pada henti jantung yang disebut dengan *Chain of Survival* yang akan dijelaskan lebih lanjut dalam buku ini. Tindakan BLS merupakan salah satu kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh seluruh petugas

kesehatan dan demikian juga dengan orang awam (biasa dan khusus) sebagai tindakan awal penyelamatan bagi pasien yang mengalami *cardiac arrest* di luar rumah sakit maupun didalam rumah sakit.

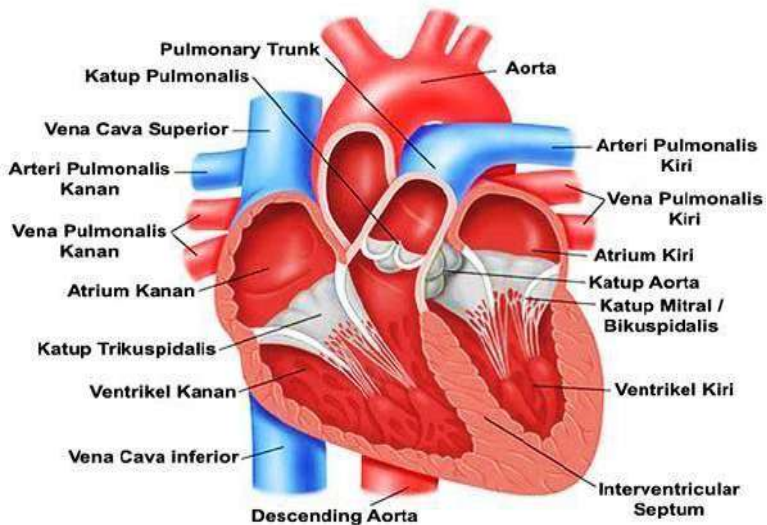
6.2 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular merupakan bagian dari sirkulasi yang terdiri dari organ Jantung, pembuluh darah (arteri, kapiler, vena) dan darah. Secara sederhana pembagian kerja dari sistem kardiovaskular adalah sebagai berikut:

1. Jantung bertindak sebagai pompa muscular yang menggerakkan darah
2. Pembuluh darah sebagai slang karena berupa tuba tempat darah mengalir keluar jantung dan masuk kembali ke jantung
3. Darah sebagai isi yang berupa cairan yang dipompakan oleh jantung keluar jantung dan masuk kedalam pembuluh darah menuju organ lain dan kembali ke jantung (Sloane, 2015).

Jantung adalah organ berongga dan memiliki empat ruang yang terletak diantara kedua paru-paru dibagian tengah rongga dada. Dua pertiga jantung terletak di sebelah kiri garis midsternal. Jantung terletak didalam rongga dada. Jantung berukuran sekitar sebesar kepala tangan, berbentuk kerucut tumpul. Bagian ujung atas lebar mengarah ke bahu kanan, ujung bawah mengerucut (apeks) mengarah ke panggul kiri (Sloane, 2015).

Lapisan dinding jantung terdiri dari: perikardium, miokardium, dan endokardium. Pericardium adalah lapisan dinding paling luar, miokardium lapisan bagian tengah, sedangkan endokardium lapisan paling dalam. Lapisan endokardium membentuk lipatan katup jantung, yaitu: katup bikuspid (mitral) antara atrium kiri dan ventrikel kiri, katup trikuspid antara atrium kanan dan ventrikel kanan, katup aorta terletak antara ventrikel kiri dan aorta, katup pulmonal terletak antara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis (Sloane, 2015).



Jantung merupakan organ tubuh manusia yang memiliki fungsi untuk memompakan darah yang belum teroksigenasi masuk ke paru-paru, dan memompakan darah yang sudah teroksigenasi ke seluruh tubuh.

Pembuluh darah yang masuk ke jantung adalah:

1. Vena kava superior, pembuluh darah yang masuk ke atrium kanan. Pembuluh darah ini berfungsi untuk membawa darah yang belum teroksigenasi dan berasal dari bagian atas tubuh.
2. Vena kava inferior, pembuluh darah yang masuk ke atrium kiri. Pembuluh darah ini berfungsi membawa darah yang belum teroksigenasi dan berasal dari bagian bawah tubuh.

Pembuluh darah yang mengalirkan darah keluar dari jantung adalah:

1. Aorta, pembuluh darah yang meninggalkan ventrikel kiri. Aorta berfungsi untuk membawa darah yang telah teroksigenasi dari jantung ke seluruh tubuh.
2. Arteri pulmonalis, pembuluh darah yang meninggalkan ventrikel kanan. Arteri pulmonalis memiliki dua cabang. Satu cabang membawa darah yang belum teroksigenasi dari jantung ke paru-paru. Sedangkan cabang yang lain

membawa darah yang telah teroksigenasi dari paru-paru ke jantung.

Aliran darah ke jantung melalui dua jalur yaitu: jalur meninggalkan paru-paru (pulmonari) dan jalur menuju dan meninggalkan bagian tubuh (sistemik). Aliran pulmonari bagian sisi kanan jantung menerima darah yang belum teroksigenasi dari tubuh dan mengalirkannya ke paru-paru untuk dioksigenasi. Darah yang sudah teroksigenasi kembali ke bagian kiri jantung. Aliran sistemik adalah bagian kiri jantung yang telah menerima darah teroksigenasi dari paru-paru, mengalirkannya ke seluruh tubuh (Sloane, 2015).

Vena kava superior dan inferior berfungsi untuk mengumpulkan darah yang belum teroksigenasi dari seluruh tubuh untuk masuk ke dalam atrium kanan, melalui katup trikuspid ke ventrikel kanan. Darah mengisi ventrikel dan jantung melakukan kontraksi untuk memasukkan darah yang belum teroksigenasi masuk ke dalam paru-paru arteri pulmonalis melalui katup pulmonalis. Di dalam paru-paru darah membuang karbon dioksida dan mengambil oksigen. Darah yang sudah teroksigenasi meninggalkan paru-paru melalui vena yang ada di paru-paru. Vena paru yang masuk ke atrium kiri membawa darah yang teroksigenasi, dan jantung berkontraksi untuk mendorong darah ke ventrikel kiri melalui katup mitral. Ventrikel kiri yang telah terisi darah dan katup mitral menutup, maka ventrikel akan berkontraksi untuk mendorong darah masuk ke dalam aorta melalui katup aorta. Aorta mengalirkan darah keseluruh tubuh (Guyton, 1999).

6.3 Henti Jantung (*Cardiac Arrest*)

Henti jantung (*cardiac arrest*) adalah hilangnya fungsi jantung secara tiba tiba yang dapat terjadi pada seseorang yang memiliki riwayat jantung ataupun yang tidak memiliki riwayat jantung sebelumnya. Waktu kejadian tidak dapat diprediksi, sangat cepat setelah tanda dan gejala muncul. Henti jantung terjadi karena kegagalan jantung dalam memompakan darah, sehingga sirkulasi darah menjadi tidak normal. Kegagalan sirkulasi yang terjadi pada jantung menyebabkan suplai oksigen keseluruh tubuh tidak

adekuat. Kondisi henti jantung dapat terjadi pada semua rentang usia (AHA, 2010).

Henti jantung dapat terjadi pada kondisi istirahat maupun beraktivitas. Kondisi henti jantung ini juga dapat terjadi pada penderita yang memiliki riwayat penyakit jantung maupun tidak. Akan tetapi, resiko henti jantung lebih besar terjadi pada penderita yang memiliki resiko penyakit jantung. Faktor pencetus penyakit jantung yang paling sering menyebabkan henti jantung adalah aterosklerosis (AHA, 2015).

Faktor resiko dan penyebab henti jantung dapat ditimbulkan oleh kondisi ventrikel fibrilasi (VF), ventrikel takikardia (VT), aktifitas listrik tanpa nadi (PEA), dan asistol. Ventrikel fibrilasi adalah suatu kondisi jantung yang tidak dapat mampu melakukan kontraksi, sehingga jantung hanya mampu bergetar, kondisi ini disertai tanpa adanya nadi.

Ventrikel takikardia adalah kondisi tidak normal yang terjadi akibat gangguan pembentukan impuls pada jantung. Kondisi ventrikel takikardia dapat disertai dengan nadi atau tanpa nadi. *Pulseless electrical activity* (PEA) adalah kondisi kontraksi jantung tidak kuat, dan kondisi ini disertai tanpa adanya nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur. Asistol adalah kondisi aktifitas listrik jantung tidak ada, sehingga tidak ditemukan irama jantung pada layar monitor (Aehlert, 2012). Prognosis henti jantung sangat buruk apabila ditemukan terlambat karena menyebabkan kematian otak. Penanganan henti jantung adalah melakukan tindakan *basic life support* (BLS). Tindakan BLS yang dilakukan segera dan disertai dengan defibrilasi pada waktu 5-7 menit pertama kejadian dapat meningkatkan kualitas hidup 30-45%. Akan tetapi kelangsungan hidup sangat dipengaruhi oleh kecepatan waktu pada saat awal kejadian hingga dilakukan tindakan BLS, usia, dan penyakit yang diderita sebelumnya (Swain et al., 2011).

6.4 Basic Life Support/Bantuan Hidup Dasar (BHD)

6.4.1 Definisi Basic Life Support/ Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan hidup dasar (*basic life support*) adalah suatu tindakan saat pasien ditemukan dalam keadaan tiba-tiba tidak bergerak, tidak sadar, atau tidak bernapas, maka periksa respon

pasien. Bila pasien tidak ada respon, aktifkan sistem darurat dan lakukan tindakan bantuan hidup dasar. (Hermayudi & Ariani 2017)

Henti jantung adalah salah satu penyebab utama kematian di dunia modern. Penyedia dukungan bantuan hidup dasar (BLS) dapat mengintervensi dini dan mencegah morbiditas / mortalitas terkait. Pelatihan BLS telah berubah secara signifikan selama bertahun-tahun untuk membuatnya lebih berharga bagi populasi umum. (Shahabe A.Saquib et al, 2019). BLS itu penting sebagai komponen dari resusitasi kardiorpulmoner (RJP), yang meliputi pemeliharaan ventilasi dan sirkulasi dalam kasus henti pernapasan atau jantung. Pengetahuan dan kesadaran yang memadai tentang BLS dan CPR adalah masalah penting untuk memastikan bahwa individu dapat memberikan langkah-langkah penting yang menyelamatkan jiwa dalam kasus darurat. Diharapkan bahwa perawat profesional harus memilikinya. (Shahabe A.Saquib et al, 2019)

Singkatan ABCD sudah terkenal luas dan mempermudah tatalaksana pasien henti jantung. ABCD tersebut adalah *Airway*, *Breathing*, *Circulation* dan *Disability*. *Airway* adalah upaya untuk mempertahankan jalan napas yang dapat dilakukan secara non-invasif. *Breathing* adalah upaya memberikan pernapasan atau ventilasi. *Circulation* adalah upaya untuk mempertahankan sirkulasi darah baik dengan obat-obatan maupun dengan kompresi dada (Jantung). (Hermayudi & Ariani 2017). Dengan demikian, langkah-langkah yang ditetapkan oleh organisasi internasional untuk meningkatkan kelangsungan hidup, harus diperhatikan. Langkah-langkah ini harus berorientasi pada aktivasi awal EMT, yang kinerja manuver RJP oleh responden pertama, awal defibrilasi, dan perawatan lebih lanjut dengan bantuan kehidupan lanjut tim. Ini bahkan lebih penting jika kita mempertimbangkan bahwa kebanyakan henti jantung terjadi di rumah korban sendiri dan di tempat umum, maka responden pertama bisa menjadi anggota keluarga atau kenalan. Inilah sebabnya mengapa demikian penting agar semua orang tahu bagaimana memulai manuver BLS segera setelah menyaksikan,

karena itu sangat penting untuk kelangsungan hidup korban.(R. Navarro-Patón et al, 2018)

Pembukaan jalan napas dengan teknik non-invasif dilakukan dengan cara mengektensikan kepala (head tilt) serta mengangkat dagu (*chin lift*). Membuka jalan napas dengan mengangkat rahang (Jaw thrust) dicurigai bila adanya trauma kepala (fraktur veterbra servikasl). (Hermayudi & Ariani 2017). Penilaian pernapasan (*Breathing*) dengan memantau atau observasi dinding dada pasien dengan cara melihat (*look*) naik dan turun dinding dada, mendengar (*listen*) udara yang keluar sat ekshalasi, dan merasakan (*feel*) aliran udara yang berhembus di pipi penolong. Bila pasien bernapas, posisikan pasien dalam posisi pemulihan. Bila pasien tidak bernapas atau napas tidak adekuat, beri napas buatan 2 kali. (Hermayudi & Ariani 2017).

Setiap napas diberikan 1 detik dan terlihat menaikan dinding dada. Penilaian sirkulasi darah (Circulation) dilakukan dengan menilai adanya pulsasi arteri karotis. Penilaian ini maksimal dilakukan selama 5 detik. Bila tidak ditemukan nadi maka dilakukan kompresi jantung yang efektif, yaitu kompresi dengan kecepatan 100 x/menit, kedalaman 4-5 cm, memberikan kesempatan jantung mengembang (pengisian ventrikel), waktu kompresi dan relaksasi sama, minimalkan terputusnya kompresi dada, dan rasio kompresi dan ventilasi 30:2. (Hermayudi & Ariani 2017) Salah satu keberhasilan penanganan henti jantung adalah defibrilasi dini (early defibrilaation). Resusitasi jantung disertai dengan defibrilasi dini (dalam 3-5 menit henti jantung) akan memberikan angka kesintasan akan menurunkan 10-15. Berdasarkan hal tersebut dikembangkan alat yang dapat mengenali irama jantung, menganalisis dan memberikan instruksi tindakan yang perlu dilakukan. Alat yang disebut AED (*Automated External Defibrillator*) ini diletakkan di tempat umum dan dapat digunakan orang awam pada pasien henti jantung diluar rumah sakit. (Hermayudi & Ariani 2017).

6.4.2 Tujuan Melakukan Basic Life Support/ Bantuan Hidup Dasar (BHD)

1. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi oksigenasi organ – organ vital (otak, jantung dan paru).
2. Mempertahankan hidup dan mencegah kematian.
3. Mencegah komplikasi yang bisa timbul akibat kecelakaan.
4. Mencegah tindakan yang dapat membahayakan korban.
5. Melindungi orang yang tidak sadar.
6. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi.
7. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui Resusitasi Jantung Paru (RJP).

Tujuan bantuan hidup dasar ialah untuk oksigenasi darurat secara efektif pada organ vital seperti otak dan jantung melalui ventilasi buatan dan sirkulasi buatan sampai paru dan jantung dapat menyediakan oksigen dengan kekuatan sendiri secara normal (Latief & Kartini 2009).

6.4.3 Indikasi Melakukan *Basic Life Support*/ Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Basic life support (BLS) dilakukan pada pasien-pasien dengan keadaan sebagai berikut : Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP) yang terkandung didalam bantuan hidup dasar sangat penting terutama pada pasien dengan cardiac arrest karena fibrilasi ventrikel yang terjadi di luar rumah sakit, pasien di rumah sakit dengan fibrilasi ventrikel primer dan penyakit jantung iskemi, pasien dengan hipotermi, overdosis, obstruksi jalan napas atau primary respiratory arrest (Alkatri, 2007).

1. Henti Jantung (*Cardiac Arrest*)

Henti jantung adalah berhentinya sirkulasi peredaran darah karena kegagalan jantung untuk melakukan kontraksi secara efektif, keadaan tersebut bias disebabkan oleh penyakit primer dari jantung atau penyakit sekunder non jantung. (Mansjoer & Sudoyo 2010).

Henti jantung dapat disebabkan oleh faktor intrinsik atau ekstrinsik. Faktor intrinsik berupa penyakit kardiovaskular

seperti asistol, fibrilasi ventrikel dan disosiasi elektromekanik. (Mansjoer & Sudoyo 2010).

Faktor ekstrinsik adalah kekurangan oksigen akut (henti nafas sentral/perifer, sumbatan jalan nafas dan inhalasi asap); kelebihan dosis obat (digitas, kuinidin, anti depresan trisiklik, propoksifen, adrenalin dan isoprenalin); gangguan asam basa / elektrolit (hipo / hiperkalemia, hipo / hipermagnesia, hiperkalsemia dan asidosis); kecelakaan (syok listrik, tenggelam dan cedera kilat petir); refleks vagal; anestesi dan pembedahan (Mansjoer & Sudoyo 2010).

Henti jantung ditandai oleh denyut nadi besar tidak teraba (a. karotis, b. femoralis, c. radialis), disertai kebiruan (sianosis) atau pucat sekali, pernapasan berhenti atau satu-satu (gasping, apnu), dilatasi pupil tidak bereaksi dengan rangsang cahaya dan pasien dalam keadaan tidak sadar (Latief & Kartini 2009).

2. Henti Napas (*Respiratory Arrest*)

Henti napas adalah berhentinya pernafasaan spontan disebabkan karena gangguan jalan nafas persial maupun total atau karena gangguan dipusat pernafasaan. Tanda dan gejala henti napas berupa hiperkarbia yaitu penurunan kesadaran, hipoksemia yaitu takikardia, gelisah, berkeringat atau sianosis (Mansjoer & Sudoyo 2010).

Henti nafas primer (*respiratory arrest*) dapat disebabkan oleh banyak hal, misalnya serangan stroke, keracunan obat, tenggelam, inhalasi asap/uap/gas, obstruksi jalan napas oleh benda asing, tersengat listrik, tersambar petir, serangan infark jantung, radang epiglottis, tercekik (*suffocation*), trauma dan lain-lain (Latief & Kartini 2009). Pada awal henti nafas, jantung masih berdenyut, masih teraba nadi pemberian O₂ ke otak dan organ vital lainnya masih cukup sampai beberapa menit. Jika henti napas mendapat pertolongan dengan segera maka pasien akan terselamatkan hidupnya dan sebaliknya jika terlambat akan berakibat henti jantung yang mungkin menjadi fatal (Latief & Kartini 2009).

6.5 Tata Laksana *Basic Life Support* pada Dewasa

Pelaksanaan BLS terdiri dari 3 bagian utama yaitu kompresi dada, jalan nafas (*Airway*), Pernafasan (*Breathing*), dan Defibrilasi. Panduan algoritma AHA (2015) menambahkan langkah-langkah dengan beberapa skenario kemungkinan kejadian dan tindakan yang dilakukan termasuk jika korban tidak adanya nafas namun nadi ada.

Adapun langkah-langkah BLS sebagai berikut :

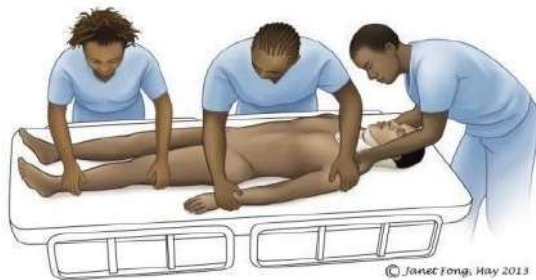
1. Mengkaji keamanan lingkungan
2. Jika korban tidak sadar, segera panggil bantuan dan aktifkan respon gawat darurat dengan melakukan alat komunikasi. Jika penolong sendirian maka minta orang disekitar untuk memanggil bantuan dan mengambil Automatic External Defibrilator (AED).
3. Perhatikan pernafasan dan nadi karotis secara bersamaan dalam waktu kurang dari 10 detik. (Apakah korban bernafas atau hanya gasping? Apakah nadi teraba atau tidak)
4. Jika pernafasan normal dan ada nadi maka lakukan monitoring sampai tim gawat darurat tiba.
5. Jika pernafasan tidak normal dan nadi ada maka lakukan pemberian bantuan nafas (*rescue breathing*) 1 nafas diberikan setiap 5-6 detik atau 10-12 kali nafas/menit. Bantuan nafas diberikan dalam waktu 2 menit. Apabila bantuan belum datang atau belum dipanggil, segera hubungi bantuan, dan lanjutkan bantuan nafas, mengecek nadi setiap 2 menit.
6. Jika tidak ada nafas atau hanya gasping dan tidak ada nadi, maka segera mulai CPR dengan 30 kompresi dan 2 nafas. Jika AED sudah ada maka segera gunakan.
7. Penggunaan AED, alat akan mengecek irama pasien. Pada saat alat melakukan proses analisis irama jantung, penolong tidak boleh menyentuh pasien. Proses analisis irama/gelombang bertujuan untuk mendeteksi gelombang yang memerlukan shock atau tidak. Jika ditemukan gelombang yang memerlukan shock maka lakukan sesuai order dengan tidak menyentuh korban selama proses shock. Setelah proses shock dilakukan oleh AED segera lanjutkan CPR

selama 2 menit sampai alat AED melakukan analisis selanjutnya. Lakukan tindakan tersebut sampai dengan bantuan dari time respon gawat darurat datang.

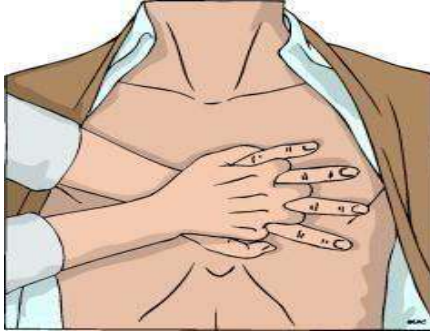
8. Jika saat di analisis oleh AED tidak terdeteksi gelombang yang memerlukan tindakan Shock maka segera lakukan CPR selama 2 menit sampai alat AED melakukan analisis selanjutnya. Lakukan tindakan tersebut sampai dengan bantuan dari time respon gawat darurat datang (AHA, 2015; Kleinmen *et al*, 2015).

6.5.1 Teknik kompresi dada (*chest Compression*)

1. Posisikan diri di samping korban (jika kejadian di luar rumah sakit dan posisi korban ada di atas tanah); posisikan diri di samping tempat tidur (di dalam rumah sakit).
2. Pastikan bahwa korban atau pasien berbaring terlentang dan berada diatas permukaan yang datar dan keras. Jika posisi pasien telungkup atau miring maka dengan perlahan posisikan terlentang. Perhatikan apa bila dicurigai terdapat cedera kepala dan leher maka pastikan bahwa kepala leher dan tubuh berada pada satu garis ketika merubah posisi pasien (*log roll*)



3. Letakkan punggung tangan di tengah dada korban yaitu padaseparuh bagian bawah sternum



Letak tangan untuk melakukan kompresi dada pada dewasa.
(Sumber: www.researchgate.net)



Posisi tangan untuk melakukan kompresi dada pada anak.
(Sumber: www.researchgate.net)

4. Jika pada pasien anak, dada tidak terlalu lebar maka gunakan satu tangan
5. Letakkan punggung tangan yang lain diatas tangan yang pertama
6. Luruskan lengan dan posisikan bahu lurus dengan tangan
7. Lakukan penekanan pada dada
 - a. Tekan sedalam 2 - 2,5 inchi (6 cm), tidak lebih dari 6 cm (AHA, 2015)
 - b. Kecepatan 100 - 120x kompresi/menit (AHA, 2015)
8. Setiap selesai satu kompresi pastikan pengembalian dinding dada sempurna
9. Minimalkan interupsi

6.5.2 Teknik Membuka Jalan Napas (Airway)

Terdapat 2 metode untuk membuka jalan nafas dalam rangka untuk memberikan pernafasan yaitu : *Head tilt - Chin Lift* dan *Jaw Thrust*.

Head tilt - chin lift

Dilakukan untuk membuka jalannya nafas pada kasus tidak ada cedera kepala dan leher dengan langkah- langkah yaitu Letakkan satu tangan di dahi korban dan dorong dahi ke belakang dengan menggunakan telapak tangan, Letakkan jari tangan yang lain di bawah tulang dagu dan angkat dagu naik. Saat tindakan head tilt chin lift dilakukan jangan menekan terlalu dalam jaringan lunak dibawah dagu karena akan menutup jalan nafas, jangan menggunakan ibu jari untuk mengangkat dagu dan jangan terlalu dekat dengan mulut korban.



Gambar 6.1. *Head tilt-chin lift*
(Sumber: slideshare.net)

Jaw Thrust

Dilakukan jika korban dicurigai ada cedera kepala dan leher dengan tujuan untuk mengurangi pergerakan leher dan tulang belakang. Langkah-langkah teknik jaw thrust adalah sebagai berikut:

1. Pertahankan dengan hati-hati agar posisi kepala, leher dan spinal pasien berada pada satu garis
2. Ambil posisi di atas kepala pasien, letakkan lengan sejajar dengan permukaan pasien berbaring
3. Perlahan letakkan tangan pada masing-masing sisi rahang bawah pasien, pada sudut rahang dibawah telinga

4. Stabilkan kepala pasien dengalengan bawah anda
5. Dengan menggunakan jari telunjuk, dorong sudut rahang bawah pasien kearah atas dan depan
6. Dorong ibu jari ke arah bawah bibir tetap membuka



Gambar 6.2. Teknik Jaw thrust
(Sumber: www.fotosearch.co.uk)

6.5.3 Teknik Pemberian Pernapasan (Breathing)

Tindakan pemberian nafas bantuan (ventilasi) memberikan sejumlah udara ke dalam paru korban yaitu udara bebas 21% yang terdiri dari sekitar 17% oksigen dan 4% karbon dioksida. Pemberian ventilasi dapat dilakukan menggunakan mulut langsung (tidak dianjurkan karena akan menyebabkan kontak langsung dengan pasien dan resiko penularan penyakit) sangat disarankan untuk menggunakan *barrier device* atau alat pembatas seperti *simple mask (pocket mask)* dan juga menggunakan *bag-valve-mask (BVM) device*.

1. **Mouth to mouth (using barrier device : face shield)**

Pemberian *mouth to mouth* (mulut ke mulut langsung) tidak disarankan tanpa menggunakan barrier device. Pemberian Bantuan nafas atau ventilasi dengan *mouth to mouth using barrier device* yaitu dengan cara:

- a. Buka jalan nafas pasien atau korban dengan teknik head tilt chin lift, jika dicurigai trauma buka jalan nafas dengan jaw thrust
- b. Pasang barrier device (Face shield) menutup mulut pasien

- c. Tutup hidung pasien (memencet) dengan satu tangan (gunakan tangan yang menahan dahi).
- d. Berikan satu nafas yang tidak dalam dan kunci bibir anda padamulut korban atau pasien seperti mask
- e. Berikan 1 nafas dalam waktu 1 (satu) detik perhatikan sampaidada mengembang
- f. Jika dada tidak mengembang ulangi dan perbaiki head tilt chinlift
- g. Berikan nafas yang kedua dalam waktu 1 (satu) detik perhatikan pengembangan dada
- h. Jika dalam dua kali percobaan ventilasi tidak masuk makalangsung lakukan kompresi dada.

2. **Mouth to Mask (Mulut ke masker)**

Menurut Travers *et al* (2010) langkah langkah tindakan ventilasidengan menggunakan mulut ke masker adalah

- a. Posisikan diri di samping korban
- b. Letakkan mask di atas muka pasien, menggunakan tulang hidung sebagai posisi yang tepat
- c. Rapatkan mask ke wajah korban dengan menggunakan tangan yang dekat dengan kepala korban. Gunakan jari telunjuk dan ibu jari untuk menekan sepanjang tepi bagian mask. Letakkan ibu jari
- d. tangan yang lain disepanjang tepi bagian bawah mask
- e. Letakkan jari jari lainnya pada tangan yang lain sepanjang garis tulang dagu dan angkat dagu korban. Lakukan head tilt chin lift untuk membuka jalan nafas
- f. Saat mengangkat dagu, berikan tekanan di sepanjang tepi mask untuk merapatkan mask ke wajah korban
- g. Berikan satu nafas selama 1 detik untuk mengembangkan dinding dada.

3. **Bag Mask Device**

Pemberian ventilasi menggunakan bag mask device tidak disarankan untuk satu penolong karena akan menginterupsi kompresi dada, dan hanya disarankan untuk dua penolong atau lebih. *Bag Mask Device* terdiri dari kantung yang melekat pada mask dan juga terdiri dari valve (katup) satu arah. Alat ini dapat jugadihubungkan dengan oksigen untuk

memberikan oksigen dengan aliran tinggi pada pasien. Mask dibuat transparan agar dapat mengobservasi adanya regurgitasi dan dibuat mudah melekat di wajah yang menutup mulut dan hidung (AHA, 2012). Teknik penggunaan Bag valve Mask adalah :

- a. Posisikan diri di atas kepala korban
- b. Letakkan mask di atas muka pasien, menggunakan tulang hidung sebagai posisi yang tepat
- c. Gunakan teknik klemp E-C untuk memegang mask, dan angkat dagu korban untuk membuka jalan nafas
 - 1) Lakukan head tilt (dorong kepala korban ke belakang)
 - 2) Letakkan mask di wajah korban dengan bagianposisi yang sempit mengikuti garis hidung
 - 3) Gunakan ibu jari dan jari telunjuk pada tangan yang sama untuk membentuk "C" pada sisi mask, tekan pinggiran mask ke wajah
 - 4) Gunakan sisa jari pada tangan yang sama untuk mengangkat sudut dagu (tiga jari membentuk "E"), buka jalan nafas dan tekan mask ke wajah
- d. Pompa bag untuk memberikan satu nafas (1 detik) dan perhatikan pengembangan dada

4. Defibrilasi (AED)

Automatic External Defibrillator (AED) memiliki model yang berbeda- beda namun dasar penggunaannya sama yaitu sebagai berikut :

- a. Langkah pertama : nyalakan AED (power ON) dengan cara buka penutup AED atau dengan memencet tombol power
- b. Pasang Pads AED ke dada telanjang korban; gunakan padsdewasa untuk korban usia 8 tahun atau lebih; lepas pelapis pads;tempelkan bagian pads yang dapat melekat di dada bagian atas dada sebelah kanan (di bawah klavikula); letakkan pads yang lain di bagian samping putting susu, dengan pinggir bagian atas pads beberapa inchi di bawah ketiak; sambungkan kabel koneksi Pad ke kotak AED

- c. “Clear” korban (pastikan tidak ada seorangpun yang menyentuh korban termasuk penolong); lakukan analisis irama; beberapa model AED akan memberikan instruksi untuk menekan tombol analisis irama jantung, model yang lain bersifat otomatis; Analisis irama jantung berlangsung 5 sampai 15 detik; AED akan memberitahu apakah gelombang memerlukan shock atau tidak.
- d. Jika instruksi dari AED untuk melakukan shock, maka alat akan memberitahu untuk “clear” dari korban (siapa pun jangan menyentuh korban); penolong memberikan instruksi kepada semua orang termasuk penolong yang lain untuk “clear the victim” (jauhi korban); “everybody clear” (semua clear!!); observasi sekeliling korban dari bawah sampai atas untuk memastikan tidak ada yang menyentuh korban; jika korban sudah “clear” maka tekan tombol “SHOCK” pada AED; Shock akan menghasilkan kontraksi yang tiba-tiba pada otot korban;
- e. Jika tidak diperlukan shock maka setelah pemberian shock lakukan SEGERA CPR yaitu mulai dengan kompresi dada
- f. Setelah 5 siklus atau sekitar 2 menit CPR, AED akan melakukan analisis kembali dan akan memerintahkan untuk clear korban kembali, jika tidak ada irama yang perlu dilakukan shock, maka segera lakukan CPR kembali, mulai dari kompresi dada;
- g. Beberapa catatan : Waktu yang digunakan antara setelah melakukan shock dan kompresi dada segera adalah kurang dari atau sama dengan 10 detik untuk mengurangi waktu interupsi dan efektifitas pemberian shock; JIKA ada dua penolong, satu penolong yang membawa AED memasang pads pada dada korban, sementara penolong yang sedang melakukan CPR tetap melakukan tugasnya untuk melakukan kompresi dada sampai penolong kedua menginstruksikan untuk “clear” korban untuk proses analisis irama. Hal ini berfungsi untuk meminimalkan interupsi kompresi dada; Jangan

mulai analisis irama jika korban

- h. Masih digerakkan karena akan mengganggu analisis dan terekam oleh AED sebagai irama ventricular Fibrilasi, sehingga hasil menjadi tidak valid.

6.6 Tata laksana Basic Life Support pada Anak

Kondisi asfiksia merupakan kondisi yang sering terjadi pada anak. Asfiksia alami sebagian besar mengakibatkan henti jantung pada anak. Kondisi ini pada umumnya di dahului dengan henti nafas dan bradikardia. Pemantauan terhadap kondisi henti nafas dan bradikardi sering dilakukan di dalam rumah sakit. Sehingga penolong yang menemukan anak dalam kondisi tidak sadar dan tidak bernafas atau bernafas gasping maka terlebih dahulu berikan 5 siklus (2 menit) CPR Sebelum meninggalkan korban. Jika ada lebih dari satu orang di lokasi maka berikan instruksi pada orang tersebut untuk mengaktifkan respon gawat darurat dan mengambil AED (Kleinman, *et al.*, 2015).

Pelaksanaan BLS pada anak dari usia 1 tahun sampai dengan usia pubertas adalah jika pada wanita payudara telah tumbuh dan pada laki- laki telah tumbuh rambut di aksila. Menurut Atkin *et al* (2015) *basic life support* pada anak pada prinsipnya sama dengan pelaksanaan BLS pada dewasa, yaitu pelaksanaan BLS pada anak menggunakan prinsip CAB, tetapi ada beberapa perbedaan dalam pelaksanaannya.

Basic life support pada bayi memiliki beberapa perbedaan dibandingkan dengan BLS pada anak dan dewasayaitu :

1. Pengecekan kesadaran pada infant : memberikan rangsangan pada kaki bayi seraya memanggil bayi
2. Pengecekan lokasi nadi pada infant adalah di area arteri brakialis dengan cara letakkan 2 dan 3 jari di bagian lengan bagian dalam anatara siku dan bahu, tekan dengan lembut dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah pada bagian lengan atas dengan lama minimal 5 detik tidak lebih dari 10 detik untuk merasakan nadi infant.
3. Teknik pemberian kompresi dada : 2 jari pada satu penolong dan teknik 2 ibu jari dengan tangan melingkari dada jika dua penolong; langkah-langkah pelaksanaan

kompresi dada menggunakan 2 jari yaitu letakkan bayi di tempat yang keras dan rata, letakkan dua jari di tengah dada bayi dibawah garis puting susu, push hard and push fast lakukan penekanan dengan kedalaman $1/3$ ($1\frac{1}{2}$ inchi atau 4 cm), setiap satu kali kompresi selesai pastikan pengembalian dinding dada lengkap. Minimalkan interupsi saat kompresi dada.

4. Untuk pelaksanaan BLS infant dengan dua penolong yang menggunakan dua ibu jari dan tangan melingkari dada infant langkah-langkahnya yaitu letakkan kedua ibu jari berdampingan di bagian tengah dada infant yaitu di separuh bawah dada.
5. Ibu jari mungkin akan bertindih pada bayi yang kecil. Pegang melingkar dada infant dan dukung bagian belakang bayi dengan jari- jari yang lain. Lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari, lakukan dengan kecepatan minimal 100x/menit dan tidak lebih dari 120x/menit. Setiap satu kali kompresi pastikan pengembalian dinding dada sempurna.
6. Rasio kompresi dan ventilasi untuk 2 penolong : 15 kompresi : 2 ventilasi.
7. Pemberian ventilasi pada infant dengan menggunakan mouth to mouth, mouth to mask dan menggunakan bag valve device (pelaksanaannya sama dengan pada BLS anak dan dewasa). Namun pada infant membuka jalan nafas leher berada pada posisi netral yaitu lubang telinga infant sejajar dengan bahu. Jika dilakukan head tilt chin lift melebihi posisi netral kepala bayi akan menyebabkan jalan nafas tertutup. Pada infant kasus henti jantung umumnya di dahului dengan gagal nafas dan shock yang mengurangi kadar oksigen dalam darah sehingga, pada sebagian besar anak dan infant pemberian hanya kompresi dada saja menjadi tidak efektif untuk menghantarkan oksigen ke jantung dan ke otak. Kombinasi antara kompresi disertai dengan ventilasi sangat penting dilakukan pada infant dan anak. Pemberian Ventilasi pada infant DAPAT dilakukan dengan mouth to mouth (mulut ke mulut), mouth to mask (mulut ke

mask) atau mouth to bag valve device (mulut ke bag valve). Teknik pelaksanaan ventilasi pada infant sama dengan anak dan dewasa namun beberapa hal yang perlu ditekankan :

Membuka jalan nafas dengan headtilt chin lift RINGAN (Posisi neutral kepala leher bayi), JIKA dilakukan EKSTENSI maka JALAN NAFAS AKAN TERTUTUP. Udara yang dihirupkan tidak dalam (hanya sampai dada infant mengembang), hindarkan ventilasi yang berlebihan.

8. Ventilasi pada bayi usia 1 bulan – 12 bulan

Ventilasi dengan menggunakan mouth to mouth pada infant langkahnya sebagai berikut :

- a. Pertahankan posisi head tilt chin lift yang ringan (tidak ekstensi) untuk membuka jalan nafas
- b. Tempatkan mulut penolong menutupi mulut dan hidung infant seperti mask
- c. Tiupkan udara ke mulut dan hidung infant sampai dada infant mengembang
- d. Jika dada tidak mengembang maka lakukan reposisi untuk membuka jalan nafas kemudian berikan kembali ventilasi
- e. Jika mulut penolong tidak dapat menutup sampai hidung infant dengan mulut maka pencet hidung infant agar menutup dengan ibu jari dan telunjuk (gunakan tangan yang menahan dahi)
- f. Berikan satu nafas yang tidak dalam dan kunci bibir anda pada mulut korban atau pasien seperti mask
- g. Berikan 1 nafas dalam waktu 1 (satu) detik perhatikan sampai dada mengembang
- h. Jika dada tidak mengembang ulangi dan perbaiki head tilt chin lift
- i. Berikan nafas yang kedua dalam waktu 1 (satu) detik perhatikan pengembangan dada.
- j. Jika dalam dua kali percobaan ventilasi tidak masuk maka langsung lakukan kompresi dada.

DAFTAR PUSTAKA

- Aehlert, B. 2012. Panduan studi Advanced Cardiac Life Support, edisi keempat. Institut keselamatan & kesehatan Amerika. Phoenix. Hal 13-15.
- Asosiasi Jantung Amerika (AHA). 2015. Sorotan dari American Heart Association 2015; Pembaruan pedoman untuk CPR dan ECC
- Asosiasi Jantung Amerika (AHA). 2006. Rantai Kelangsungan Hidup.
- Asosiasi Jantung Amerika (AHA). 2011. Manual Siswa BLS untuk Penyedia Layanan Kesehatan; Amerika Serikat: halaman 8
- Asosiasi Jantung Amerika (AHA). 2012. Bahan Sambungan Manual Penyedia ACLS; hlm9
- Atkins, DL, Berger, S, Duff, JP, Gonzales, JC, Berburu, EA, Joyner, BL, Meaney, PA, Niles, DE, Samson, RA, Schexnayder, SM. 2015. Bagian 11: dukungan hidup dasar pediatrik dan kualitas resusitasi kardiopulmoner: Pembaruan Pedoman Asosiasi Jantung Amerika 2015 untuk Resusitasi Kardiopulmoner dan Perawatan Kardiovaskular Darurat. Sirkulasi. 2015; 132 (suppl 2): S519–S525
- Atkins, DL, Everson-Stewart, S, Sears, GK, Daya, M, Osmond, MH, Sipir, CR, Berg, RA. 2009. Epidemiologi dan Hasil dari Henti Jantung di Luar Rumah Sakit pada Anak: Hasil Resusitasi Konsorsium Epistry-Cardiac Arrest. Sirkulasi. 2009; 119:1484 – 1491.
- Berg, RA, Hempill, R., Abella, BS, Aufderheide, TP, Gaa, DM, Hazinski, MF, Lerner, EB, Rea, TD, Syre, MR, Swor, RA. 2010. Bagian 5: Dukungan Hidup Dasar Orang Dewasa: Pedoman Asosiasi Jantung Amerika 2010 untuk Resusitasi Kardiopulmoner dan Perawatan Kardiopulmoner Darurat; Sirkulasi 2010; 122; S685-S705
- Beesems, SG, Wijmans, L, Tijssen, JG, Koster, RW. Durasi ventilasi selama resusitasi kardiopulmoner oleh

penyelamat awam dan responden: hubungan antara memberikan kompresi dada dan hasil. *Sirkulasi*. 2013; 127:1585–1590. DOI: 10.1161/SIRKULASIAHA.112.000841.

Chair, K.M.E., Brennan, E., E., Goldberger, Z.D., Swor, R.A., Terry, M., Bobrow, BJ, Azmuri, RJ, Travers, AH, Rea., T. 2015. Bagian 5: Dukungan Hidup Dasar Orang Dewasa dan Kualitas Resusitasi Kardiopulmoner Pembaruan Pedoman Asosiasi Jantung Amerika 2015 untuk Resusitasi Kardiopulmoner dan Perawatan Kardiovaskular Darurat;

Edwina. 2010. *Pertolongan pertama dan bedah klinis*. Jakarta. Refika Aditama

Glatz, AC, Nishisaki A, Niles DE, Hanna BD, Eilevstjonn J, Diaz LK, Gillespie MJ, Roma JJ, Sutton RM, Berg RA, Nadkarni VM. 2013. Tekanan dinding sternum sebanding dengan bersandar selama CPR berdampak intrathoracic dan hemodinamik pada anak-anak yang dibius selama kateterisasi jantung. *Resusitasi*. 84:1674–1679. DOI: 10.1016/j.resusitasi.2013.07.010

Ns. Zulmah Astuti., M.Kep, Ns. Misbah Nurjannah., M.Kep, BASIC LIFE SUPPORT (BLS), KHD Production, Bondowoso

Topjian AA, Panchal AR, dkk. Bagian 1: ringkasan eksekutif: Pedoman Asosiasi Jantung Amerika 2020 untuk Kardiopulmoner Resusitasi dan Perawatan Kardiovaskular Darurat. *Sirkulasi*. 2020; 142(suppl 2):Dalam pers.

Pedoman CPR dan ECC, 2020, Kejadian Penting, AHA (American Heart Association)

BAB 7

PATIENT SAFETY DAN PENCEGAHAN INFEKSI DALAM ASUHAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL

Oleh Defi Kristina Sari

7.1 Pendahuluan

Sistem pelayanan Rumah Sakit yang bertujuan untuk memberikan asuhan pasien yang lebih aman termasuk pengukuran risiko, identifikasi, dan pengelolaan risiko terhadap pasien, analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan penerapan strategi pengurangan risiko. Menurut *Forward Programme of the World Alliance for Patient Safety, 2004*, "*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management.*"

Setiap tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien harus berdampak positif dan tidak merugikan pasien. Oleh karena itu, fasilitas kesehatan harus menetapkan standar dalam memberikan layanan kepada pasien. Standar ini dibuat untuk melindungi hak pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang baik dan membantu tenaga kesehatan memberikan perawatan kepada pasien.

Setiap petugas medis yang bekerja untuk memberikan perawatan medis harus sangat memperhatikan keselamatan pasien. Tenaga medis harus memahami hak pasien dan mengetahui secara menyeluruh dan teliti tindakan pelayanan yang dapat menjaga keselamatan diri pasien. Tindakan pelayanan, peralatan kesehatan, dan lingkungan sekitar pasien sudah seharusnya menunjang keselamatan serta kesembuhan dari pasien tersebut. Oleh karena itu, tenaga medis harus memiliki pengetahuan mengenai hak pasien serta mengetahui secara luas dan teliti tindakan pelayanan yang dapat menjaga keselamatan diri pasien.

7.2 Patient Safety

7.2.1 Pengertian Patient Safety

Vincent (2008) mengatakan bahwa keselamatan pasien adalah disiplin ilmu di bidang perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan untuk mencapai sistem penyampaian layanan kesehatan yang dapat menangani hasil buruk atau luka yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Menurut Emanuel (2008), keselamatan pasien juga didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan, dan perbaikan dari hasil buruk atau luka yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Keselamatan pasien adalah bagian dari sistem perawatan kesehatan karena meminimalkan insiden dan dampak dan meningkatkan pemulihan. Dr. Tutiany (2017)

Keselamatan pasien terutama berkaitan dengan menghindari, mencegah, dan memperbaiki efek negatif atau luka yang disebabkan oleh perawatan kesehatan itu sendiri. Ini harus mencakup peristiwa yang mencakup berbagai "kesalahan" dan "penyimpangan" yang terkait dengan kecelakaan. Keselamatan berasal dari interaksi antara komponen sistem. Ini lebih dari sekadar menghindari hasil yang merugikan; ini lebih dari sekadar mencegah kesalahan atau peristiwa yang dapat dicegah

Keamanan tidak ada dalam diri seseorang, perangkat, atau departemen. Meningkatkan keamanan bergantung pada memahami bagaimana interaksi komponen membentuk keselamatan. Keselamatan pasien yang berhubungan dengan "kualitas perawatan", tetapi keduanya berbeda. Keselamatan adalah komponen penting dari kualitas. Keselamatan pasien tidak menjadi prioritas utama manajemen kualitas hingga saat ini (National Patient Safety Foundation, 2000, dalam Vincent, 2010).

7.2.2 Tujuan Sistem Patient safety

1. Tujuan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit :
 - a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
 - b. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan
 - c. masyarakat

- d. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
 - e. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD.
2. Tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:
- a. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
 - b. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
 - c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
 - d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
 - e. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
 - f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh).

7.2.3 Indikator *Patient Safety*

Indikator keselamatan pasien dapat digunakan bersama dengan data pasien rawat inap yang sudah diizinkan keluar dari rumah sakit untuk mengukur tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit. Indikator ini bermanfaat untuk menggambarkan banyaknya masalah yang dihadapi pasien selama dirawat di rumah sakit, terutama yang berkaitan dengan berbagai prosedur medis yang dapat menimbulkan risiko di sisi pasien. Rumah sakit dapat menggunakan IPS ini untuk mengantisipasi hasil klinik yang tidak diharapkan pada pasien.

Secara umum IPS terdiri atas 2 jenis, yaitu IPS tingkat rumah sakit dan IPS tingkat area pelayanan.

1. Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan

berbagai tindakan medik di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medik.

2. Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medik yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medik.

Tujuan penggunaan Indikator *Patient Safety Indikator patient safety* (IPS) bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, seperti misalnya untuk menunjukkan:

1. Danya penurunan kualitas pelayanan secara bertahap
2. bahwa suatu area pelayanan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagaimana yang diharapkan
3. bahwa ada banyak perbedaan antara rumah sakit dan pemberi pelayanan.
4. Perbedaan geografis dalam pelayanan kesehatan (pemerintah vs. swasta, kota vs. desa)

7.2.4 Standar Keselamatan Pasien

Tujuh Standar Keselamatan Pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien), yaitu:

1. Hak Pasien

Standarnya adalah bahwa pasien dan keluarganya berhak atas informasi tentang rencana dan hasil pelayanan, serta kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). Kriterianya adalah sebagai berikut:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan,

pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Mendidik Pasien dan Keluarga

Standarnya adalah RS harus mengajarkan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab dan kewajiban mereka dalam merawat pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pelayanan dapat ditingkatkan dengan pasien berpartisipasi dalam proses pelayanan. Oleh karena itu, harus ada sistem dan prosedur yang mengajarkan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab dan kewajiban mereka sebagai pasien. Dengan pelatihan ini, pasien dan keluarga diharapkan dapat:

- a. Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
- c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Dengan kriteria berikut, standarnya RS menjamin kesinambungan pelayanan dan koordinasi tenaga dan unit pelayanan:

- a. Penyelarasan pelayanan secara menyeluruh
- b. Penyesuaian pelayanan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya
- c. Peningkatan komunikasi
- d. komunikasi dan pertukaran informasi antar profesional kesehatan

4. *Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.*

RS harus membuat proses baru atau memperbaiki proses yang ada, mengumpulkan data untuk melacak dan mengevaluasi kinerja, menganalisis Kejadian Tidak Diharapkan secara menyeluruh, dan melakukan perubahan

untuk meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien. Kriteria Setiap RS harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik yang mengacu pada visi, misi, dan tujuan RS, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi berbahaya bagi pasien. Sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS", setiap RS harus melakukan pengumpulan data kinerja terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, Setiap RS harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan dan secara proaktif menilai proses kasus risiko tinggi. Mereka juga harus menggunakan semua data dan informasi analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan untuk menjamin kinerja dan keselamatan pasien.

5. *Mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas*

Standar: RS harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Kriteria: Setiap RS harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan RS, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS", setiap RS harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan, setiap RS harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi, setiap RS harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan

- perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
6. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien standarnya adalah:
- a. Pimpinan mendorong & menjamin implementasi program KP melalui penerapan “7 Langkah Menuju KP RS”.
 - b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP & program mengurangi KTD.
 - c. Pimpinan mendorong & tumbuhkan komunikasi & koordinasi antar unit & individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP
 - d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, & meningkatkan kinerja, RS serta tingkatan KP.
 - e. Pimpinan mengukur & mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja RS & KP, dengan kriteria sebagai berikut:
 - 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
 - 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
 - 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
 - 4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
 - 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
 - 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
 - 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan

- 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - 9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
7. *Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien*
- a. RS merencanakan & mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal & eksternal.
 - b. Transmisi data & informasi harus tepat waktu & akurat, dengan criteria sebagai berikut:
 - 1) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
 - 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

7.2.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien Nasional di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

1. SASARAN 1: MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien MAKSUD DAN TUJUAN Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius / tertedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. Tujuan ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang

dapat dipercaya/reliable mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan perawatan atau tindakan tambahan. Kebijakan dan prosedur harus menggunakan minimal dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien dengan dua nama, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan barcode, atau cara lain. Kamar atau lokasi pasien tidak boleh digunakan untuk mengidentifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan bagaimana menggunakan dua pengidentifikasi atau penanda yang berbeda di tempat yang berbeda di fasilitas kesehatan, seperti di unit gawat darurat, kamar operasi, atau layanan rawat jalan yang berbeda. Selain itu, termasuk identifikasi pasien koma yang tidak dapat diidentifikasi. Proses kerja sama digunakan untuk membuat kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan bahwa semua situasi yang mungkin

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Identifikasi pasien dilakukan dengan dua identitas, tanpa menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Identifikasi pasien dilakukan sebelum pemberian obat, produk darah, atau darah.
- c. Identifikasi pasien dilakukan sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d. Kebijakan dan prosedur mengatur prosedur yang tepat untuk identifikasi.

2. SASARAN 2

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF:

Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan metode untuk meningkatkan komunikasi antara petugas pemberi perawatan. MAKSUD DAN TUJUAN: Komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima dan resipien akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, elektronik, atau tertulis. Perintah yang diberikan secara lisan dan, dalam kasus-kasus yang diizinkan oleh hukum, dikomunikasikan melalui telepon adalah dua cara yang paling sering terjadi kesalahan dalam komunikasi. Pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis juga merupakan kesalahan komunikasi yang mudah terjadi, seperti menghubungi unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera atau cito. Dalam pembuatan kebijakan dan prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon, fasilitas pelayanan kesehatan bekerja sama untuk melakukan hal-hal berikut: penerima informasi menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah atau hasil pemeriksaan secara lengkap; penerima membacakan kembali (baca kembali) perintah atau hasil pemeriksaan; dan memastikan bahwa apa yang sudah dituliskan sudah dibacakan. untuk obat-obatan yang termasuk NORUM/LASA. Jika proses pembacaan kembali tidak dapat dilakukan, seperti di kamar operasi atau dalam situasi gawat darurat atau emergensi di ICU atau IGD, kebijakan dan prosedur menentukan alternatif yang dapat digunakan.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Penerima perintah lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan menulis perintah atau hasil pemeriksaan secara lengkap.
- b. Penerima perintah atau hasil pemeriksaan membaca kembali perintah atau hasil pemeriksaan secara lengkap.
- c. Penerima perintah atau hasil pemeriksaan mengkonfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.

- d. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik rutin untuk memverifikasi komunikasi lisan melalui telepon.

3. SASARAN 3:

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI:

Fasilitas kesehatan telah mengembangkan strategi untuk meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai. MAKSUD DAN TUJUAN: Jika pengobatan pasien termasuk obat-obatan, penerapan manajemen yang tepat sangat penting untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai didefinisikan sebagai obat-obatan yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (dampak yang tidak diinginkan), kejadian sentinel (kejadian sentinel), dan obat-obatan yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa, dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look-Alike Sound-Alike/LASA).

WHO memiliki daftar obat yang sangat penting untuk diwaspadai. Yang paling sering disebutkan dalam masalah keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja, seperti kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat], kalium/potasium fosfat [sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml], natrium/sodium klorida [sama dengan 0.9% pekat], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% pekat].

Dalam situasi gawat darurat atau emergensi, perawat kontrak mungkin tidak diberikan petunjuk yang tepat tentang unit asuhan pasien, atau staf mungkin tidak mendapatkan petunjuk yang tepat. Mengembangkan proses pengelolaan obat yang perlu diperhatikan, seperti memindahkan elektrolit konsentrat dari dua belas unit pelayanan pasien ke farmasi, adalah cara yang paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian tersebut.

Fasilitas kesehatan bekerja sama untuk membuat kebijakan dan prosedur untuk membuat daftar obat yang harus diperhatikan berdasarkan data mereka sendiri. Selain itu, kebijakan dan prosedur menentukan area klinis mana

yang membutuhkan elektrolit konsentrat sesuai dengan petunjuk dan praktik profesional, seperti di IGD atau kamar operasi. Prosedur juga menentukan cara memberi label dengan jelas dan menyimpannya di tempat yang aman untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja atau tidak hati-hati.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Membuat kebijakan dan prosedur yang memungkinkan identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat yang perlu diperhatikan.
- b. Melaksanakan kebijakan dan prosedur.
- c. Melakukan implementasi. Tidak ada elektrolit konsentrat di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, sesuai dengan kebijakan.
- d. Elektrolit konsentrat harus diberi label yang jelas dan disimpan di area yang dibatasi ketat.

4. SASARAN 4 : MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

Untuk memastikan lokasi operasi yang tepat, prosedur yang tepat, dan pasien yang tepat, fasilitas kesehatan mengembangkan suatu metode untuk hal diatas.

MAKSUD DAN TUJUAN : Salah-lokasi, salahprosedur, salah pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah; pasien tidak atau tidak terlibat dalam penandaan lokasi (site marking) dan prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi.

anggota tim bedah, pasien yang kurang atau tidak terlibat dalam penandaan lokasi (site marking), dan prosedur yang tidak melibatkan pasien untuk mengecek lokasi operasi.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN: Fasilitas kesehatan menggunakan tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk

mengidentifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan dan pemberian tanda, dikenal untuk menemukan lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan dan pemberian tanda.

- a. Asilitas kesehatan menggunakan checklist atau proses lain untuk memastikan lokasi, prosedur, dan pasien yang tepat serta semua dokumen dan peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan berfungsi.
- b. Sebelum prosedur atau pembedahan dimulai, tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi"
- c. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk memastikan keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk pasien yang menjalani prosedur medis dan tindakan gigi atau dental di luar kamar operasi.

5. SASARAN 5: MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

MAKSUD DAN TUJUAN: Kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan menghadapi tantangan praktisi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Baik pasien maupun profesional pelayanan kesehatan sangat khawatir tentang peningkatan biaya pengobatan infeksi yang terkait. nfeksi sering terjadi di semua jenis layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kemih yang terkait dengan kateter, infeksi aliran darah yang dikenal sebagai infeksi aliran darah, dan pneumonia, yang sering dikaitkan dengan ventilasi mekanis. Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan telah mengadopsi atau mengubah pedoman terbaru tentang kebersihan tangan yang telah diterbitkan dan diterima secara umum (misalnya, dari WHO Patient Safety).

- b. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif.
- c. kebijakan dan/atau prosedur yang bertujuan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

6. SASARAN 6 : MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH

Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

MAKSUD DAN TUJUAN : Penyebab cedera pasien rawat inap telah menurun secara signifikan dari jumlah kasus. Pelayanan yang diberikan dalam konteks populasi atau masyarakat yang dilayani, dan

Rumah sakit harus mengevaluasi risiko jatuh pasien dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera.

Kegiatan yang dilaksanakan :

- a. Asesmen awal risiko jatuh pasien dilakukan di fasilitas kesehatan, dan jika kondisi pasien berubah atau penyembuhan.
- b. Langkah-langkah diambil untuk mengurangi risiko jatuh bagi individu yang dianggap berisiko berdasarkan hasil asesmen.

7.2.6 Tujuh Langkah menuju Keselamatan Pasien

Sangat penting bagi karyawan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Ada tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang memungkinkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk memperbaiki keselamatan pasien melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerja mereka. Sangat penting bagi karyawan fasilitas pelayanan kesehatan untuk lebih aman. Fasilitas kesehatan dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan mengikuti tujuh langkah menuju keselamatan pasien, melalui perencanaan dan evaluasi kegiatan dan kinerjanya. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :

1. Mendidik tentang pentingnya keselamatan pasien menciptakan lingkungan yang adil dan terbuka
2. Membantu dan memimpin staf. Keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama di seluruh fasilitas kesehatan Anda.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
4. Mengembangkan sistem pelaporan akan membantu karyawan Anda melaporkan peristiwa baik secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional)
5. Melibatkan dan berbicara dengan pasien, belajar berkomunikasi dengan terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong karyawan untuk menggunakan analisis akar masalah untuk mengetahui bagaimana dan mengapa insiden terjadi.
7. Dengan melakukan perubahan pada praktik, proses, atau sistem, Anda dapat mencegah cedera. Sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas Pelayanan Kesehatan membutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang kuat dari seluruh staf dalam waktu yang cukup lama untuk mencapai hal-hal di atas.

7.3 Peran Bidan Dalam Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Kegawatdaruratan yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi:

1. Keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan
2. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas rujukan tingkat pertama
3. Keterlambatan dalam menerima perawatan segera setelah tiba di fasilitas tersebut.

Keputusan Presiden Republik Indonesia, Undang-undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan Bab VI

bagian dua tugas dan wewenang Bidan dalam penanganan kegawatdaruratan :

1. Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
2. Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien.
3. Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa Klien.
4. Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
5. Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Beberapa tindakan yang termasuk dalam kewenangan bidan antara lain

1. Memberikan imunisasi kepada wanita usia subur termasuk remaja putri, calon pengantin, ibu dan bayi.
2. Ekstraksi vacuum pada bayi dengan kepala di dasar panggul. Demi penyelamatan hidup bayi dan ibu, bidan yang telah mempunyai kompetensi, dapat melakukan ekstraksi vacuum atau ekstraksi cunam bila janin dalam presentasi belakang kepala dan kepala janin telah berada di dasar panggul.
3. susitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bidan diberi wewenang melakukan resusitasi pada bayi baru lahir yang mengalami asfiksia, sering terjadi partus lama, ketuban pecah dini, persalinan dengan tindakan dan pada bayi dengan berat badan lahir rendah, utamanya bayi premature
4. Hipotermi pada bayi baru lahir, Bidan diberi wewenang untuk melaksanakan penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan mengeringkan, menghangatkan, kontak dini dan metode kangguru.

7.4 Pencegahan Infeksi

1. Tujuan Pencegahan Infeksi Dalam Pelayanan Asuhan Kesehatan: Tindakan pencegahan infeksi (PI) adalah bagian integral dari perawatan persalinan dan kelahiran. Untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan penolong kesehatan lainnya dari infeksi karena bakteri, virus, dan jamur, langkah-langkah ini harus diterapkan dalam setiap aspek perawatan kesehatan. Dilakukan juga upaya untuk mengurangi kemungkinan penularan penyakit berbahaya yang belum ada pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS. Tujuan tindakan PI dalam layanan kesehatan
 - a. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme
 - b. Menurunkan risiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti hepatitis dan HIV/AIDS. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi termasuk hal-hal berikut :
 - 1) Cara paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi yang menyebabkan sakit dan kematian ibu dan bayi baru lahir adalah cuci tangan. Cuci tangan harus dilakukan segera Tidak lama setelah tiba di tempat kerja.
 - 2) sebelum bersentuhan langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
 - 3) Sebelum menggunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
 - 4) Setelah melepas sarung tangan (jika terkontaminasi melalui lubang atau robekan sarung tangan).
 - 5) Setelah menyentuh benda yang mungkin terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh lainnya, atau setelah menyentuh selaput mukosa (seperti vagina, mulut, hidung, atau mata).
 - 6) Setelah kamar mandi atau menggunakan sarung tangan.
 - 7) Sebelum pulang kerja

c. Untuk mencuci tangan :

- 1) Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut
- 2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian
- 3) Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih
- 4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan
- 5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian
- 6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan
- 7) Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk atau tisu.

d. Memakai sarung tangan

- 1) Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah, peralatan, sarung tangan atau sampah yang terkontaminasi. Jika sarung tangan diperlukan, ganti sarung tangan untuk setiap ibu atau bayi baru lahir untuk menghindari kontaminasi silang atau
- 2) gunakan sarung tangan yang berbeda untuk situasi yang berbeda.
- 3) Gunakan sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi untuk prosedur apapun yang akan mengakibatkan kontak dengan jaringan dibawah kulit seperti persalinan, penjahitan vagina atau pengambilan darah.
- 4) Gunakan sarung tangan periksa yang bersih untuk menangani darah atau cairan tubuh.
- 5) Gunakan sarung tangan rumah tangga atau tebal untuk mencuci peralatan, menangani sampah, juga membersihkan darah dan cairan tubuh.

e. Menggunakan teknik aseptik

Teknik aseptik membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan. Teknik aseptik meliputi :

- 1) Penggunaan pelindung pribadi Perlengkapan perlindungan pribadi melindungi karyawan dari paparan bakteri penyebab infeksi dengan menghalangi atau membatasi hal-hal seperti kaca mata pelindung, masker wajah, dan sepatu. Jika alat atau perlengkapan yang sesekali digunakan tidak tersedia, masker wajah dan celemek plastik sederhana dapat dibuat sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia di setiap daerah.

- 2) Antiseptik

Untuk mencegah infeksi, tindakan antisepsis membunuh atau mengurangi jumlah mikroorganisme yang ada pada jaringan tubuh atau kulit. Karena kulit dan selaput mukosa tidak dapat dibersihkan secara alami, penerapan Antiseptic akan secara signifikan mengurangi jumlah mikroorganisme yang dapat menginfeksi luka terbuka dan menyebabkan infeksi. Untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada kulit bayi dan ibu, cuci tangan secara teratur sangat membantu.

2. Pencegahan Infeksi Maternal

- a. Untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan dan kelahiran sejak dini, setiap wanita hamil memerlukan asuhan antenatal yang baik dan berkualitas tinggi.
- b. Perluasan jaringan pelayanan, sistem rujukan, dan pelayanan kesehatan
- c. Peningkatan prioritas pelayanan kesehatan darurat
- d. Peningkatan status wanita dalam hal pendidikan, gizi, kesehatan reproduksi, dan status sosial ekonomi.
- e. Memanfaatkan program keluarga berencana untuk mengurangi tingkat fertilitas yang tinggi.

3. Pencegahan Infeksi Neonatal

Adapun upaya pencegahan yang dilakukan dalam usaha untuk mengurangi menurunkan kejadian kematian neonatal antara lain :

- a. Memberi bayi baru lahir kekebalan melalui imunisasi.
- b. Perawatan sederhana, seperti memberi ibu ASI hanya air susu pada bayi yang baru dilahirkan hingga enam bulan ke depan sangat mencegah kematian bayi karena kekurangan zat anti infeksi yang diperlukan
- c. Menganjurkan menikah pada usia matang (tidak terlalu muda).

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (2021) 'Nursing: Scope and standards of practice (4th ed.)', in American Nurses Association.
- Cahyawening, P. T., Intiasari, A. D., & Aji, B. (2018). Implementasi Clinical Risk Management (CRM) di Unit Gawat Darurat RSUD Banyumas. *Journal Kesmas Indonesia* , Vol 10, No 2.
- Cahyono, J. S. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Diklat AGD 118 (no date) Buku panduan pelatihan penanganan gawat darurat obstetri neonatal. edisi 3.
- Kementerian kesehatan RI. (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Dirjen Bina Pelayanan Medik.
- KKPRS. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Reoort)*. Jakarta: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Priyoto, Widyastuti. 2014. *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien*. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Nur, H. A., Dharmana, E., & Santoso, A. (2017). Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery* , Vol 5, No 2, 123-133.
- Tristantia, A. D. (2018). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* , Vol 6, No 2.

BAB 8

PENANGANAN

KEGAWATDARURATAN PADA IBU NIFAS DAN MENYUSUI

Oleh Novi Budi Ningrum

8.1 Pendahuluan

Kematian maternal dan neonatal hingga saat ini di Indonesia selalu menjadi topik utama. Kematian bagi neonatal dapat terjadi setiap tiga menit dan setiap satu jam pada satu perempuan. Kematian ini berhubungan dengan kehamilan, persalinan ataupun masa nifas (UNICEF, 2012). Berdasarkan hasil diagram dari SDKI bahwa angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 AKI meningkat menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2015 AKI kembali turun menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2017). Kematian maternal disebabkan karena 2 hal yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab secara langsung terjadi kematian sebesar 46,96% (99 orang) dan penyebab tidak langsung terjadi kematian sebesar 51,4% (109 orang) dan 1,9% kematian yang tidak diketahui kasusnya. Penyebab secara langsung kematian ibu terjadi dikarenakan perdarahan, sepsis dan hipertensi. Sehingga menjadi penyebab utama kematian ibu dengan presentasi 37,1% selama dekade terakhir (Halder et al, 2014). Berdasarkan organisasi kesehatan dunia menyatakan bahwa terjadinya kematian maternal tiap tahun ada 140.000 atau 1 wanita tiap 4 menit. Laporan dari WHO ada 25% kematian maternal disebabkan oleh perdarahan postpartum dan diperhitungkan ada 100.000 kematian maternal setiap tahunnya (Jekti, 2011). Perdarahan postpartum menjadi penyebab utama kematian ibu setelah melahirkan pada Negara- negara dengan penghasilan yang rendah termasuk Indonesia, terjadi hampir seperempat kematian pada ibu melahirkan di dunia (WHO, 2012)

Asuhan kebidanan komprehensif adalah salah satu bentuk penatalaksanaan untuk penanggulangan deteksi dini risiko ibu hamil, sehingga dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Asuhan tersebut meliputi pengawasan, perawatan dan penatalaksanaan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana (Varney, 2010). Setiap perempuan adalah pribadi yang unik yang mempunyai hak, kebutuhan dan harapan serta keinginannya, oleh karena itu dia harus berpartisipasi secara aktif dalam asuhannya selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan membuat pilihan dan keputusan tentang pemilihan alat kontrasepsi. Seorang perempuan yang akan menjadi seorang ibu akan melewati masa-masa yang dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas hingga nanti memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi (Hidayat, 2009).

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Walyani dan purwoastuti, 2017). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sekitar 10% kelahiran hidup mengalami komplikasi perdarahan pascapersalinan. Komplikasi paling sering dari perdarahan pascapersalinan adalah anemia (Prawirohardjo, 2014). Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, menyatakan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359/100.000 kelahiran hidup (Walyani dan purwoastuti, 2017). Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan 28%, eklamsia 24%, infeksi 11%, komplikasi masa nifas 8%, untuk emboli obstetrik, abortus, trauma obstetric, persalinan macet masing-masing 5%, penyebab lain 11% (Sulistyawati, 2010). Upaya yang telah dilakukan untuk peningkatan pencapaian program penurunan AKI telah dilakukan untuk peningkatan pencapaian program penurunan angka kematian maternal, khususnya yang disebabkan oleh perdarahan postpartum adalah peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dengan pelatihan asuhan persalinan normal.

8.2 Kegawatdaruratan Pada Ibu Nifas dan Menyusui

Kegawatdaruratan pada ibu nifas adalah kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita saat nifas. Kegawatdaruratan nifas dapat terjadi secara tiba-tiba, bisa disertai dengan kejang, atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan tepat (Kemenkes, 2016).

8.3 HPP (*Haemorrhagic Post Partum*)

HPP atau Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2014).

Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2014).

8.3.1 Jenis Perdarahan

Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu perdarahan postpartum primer/dini dan perdarahan postpartum sekunder/lanjut.

1. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.
2. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan

postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Manuaba, 2014).

8.3.2 Etiologi

Perdarahan postpartum disebabkan oleh banyak faktor. Beberapa faktor predisposisi adalah anemia, yang berdasarkan prevalensi di negara berkembang merupakan penyebab yang paling bermakna. Penyebab perdarahan postpartum paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri, dan inversi uteri (Saifuddin, 2014).

Sebab-sebab perdarahan postpartum primer dibagi menjadi empat kelompok utama:

1. Atonia Uteri

Atonia uteri menjadi penyebab pertama perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum bisa dikendalikan melalui kontraksi dan retraksi serat-serat miometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh-pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat plasenta menjadi terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi miometrium dinamakan atonia uteri (Oxorn, 2010).

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir perdarahan masih ada dan mencapai 500-1000 cc, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek (Saifuddin, 2014).

Pencegahan atonia uteri adalah dengan melakukan manajemen aktif kala III dengan sebenar-benarnya dan memberikan misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 mcg) segera setelah bayi lahir (Oxorn, 2010).

2. Trauma dan Laserasi

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi karena robekan pada saat proses persalinan baik normal maupun dengan tindakan, sehingga inspeksi harus selalu dilakukan sesudah proses persalinan selesai sehingga sumber

perdarahan dapat dikendalikan. Tempat-tempat perdarahan dapat terjadi di vulva, vagina, servik, porsio dan uterus (Oxorn, 2010).

3. Retensio Plasenta

Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, sinus-sinus darah tetap terbuka, sehingga menimbulkan perdarahan postpartum. Perdarahan terjadi pada bagian plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Bagian plasenta yang masih melekat merintangi retraksi miometrium dan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan (Oxorn, 2010).

Retensio plasenta, seluruh atau sebagian, lobus succenturiata, sebuah kotiledon, atau suatu fragmen plasenta dapat menyebabkan perdarahan plasenta akpostpartum. Retensio plasenta dapat disebabkan adanya plasenta akreta, perkreta dan inkreta. Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah plasenta previa, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas (Saifuddin, 2014).

4. *Thrombophilia* (Kelainan Perdarahan)

Afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia dapat terjadi setelah *abruption placenta*, retensio janin-mati yang lama di dalam rahim, dan pada emboli cairan ketuban. Kegagalan mekanisme pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindakan yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan. Secara etiologi bahan thromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolysis decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar (Oxorn, 2010).

Gejala Klinis Perdarahan Postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPP yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai

terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda- tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Wiknjosastro, 2012).

8.3.3 Gambaran klinis pada hipovolemia dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 8.1. Gambaran klinis perdarahan obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajatsyok
500-1000 mL (<15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	-
1000-1500 mL (20-25%)	80-100 mmHg	Bradikardi (<100 kali per menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 mL (25-35%)	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Diagnosis Perdarahan Postpartum

Tabel 8.2. Diagnosis perdarahan postpartum

No.	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang- kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1.	Uterus tidak berkontraksi dan lembek Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3)	- Syok	- Atonia Uteri
2.	Perdarahan segera (P3) Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) Uterus kontraksi baik Plasenta lengkap	Pucat Lemah Menggigil	- Robekan jalan lahir
3.	Plasenta belum lahir setelah 30 menit Perdarahan segera (P3) Uterus kontraksi baik	Tali pusat putus akibat traksi berlebihan Inversio uteri akibat tarikan Perdarahan lanjutan	- Retensio Plasenta
4.	- Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap -Perdarahan segera (P3)	- Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	- Tertinggalnya sebagian plasenta
5.	Uterus tidak teraba Lumen vagina terisi massa Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) Perdarahan segera (P3) Nyeri sedikit atau berat	Syok neurogenik Pucat dan limbung	- Inversio uteri

No.	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang- kadang ada	Diagnosis kemungkinan
6.	Sub-involusi uterus Nyeri tekan perut bawah Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)	Anemia Demam	Perdarahan terlambat Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)
7.	Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum) Nyeri perut berat	Syok Nyeri tekan perut Denyut nadi ibu cepat	- Robekan dinding uterus (ruptura uteri)

Sumber : Saifuddin, 2014

8.3.4 Penatalaksanaan

Penanganan pasien dengan HPP memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan postpartum mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani (Edhi, 2013).

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terusmenerus dan sumber perdarahan diketahui,

embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregang tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

1. Penatalaksanaan umum

- a. Ketahui secara pasti kondisi ibu bersalin sejak awal
- b. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman
- c. Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat
- d. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
- e. Atasi syok jika terjadi syok
- f. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IV dilanjutkan infus 20 ml dalam 500 cc NS/RL dengan tetesan 40 tetes/menit).
- g. Pastikan plasenta telah lahir lengkap dan eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir
- h. Bila perdarahan tidak berlangsung, lakukan uji bekuan darah.
- i. Pasang kateter tetap dan pantau cairan keluar masuk
- j. Lakukan observasi ketat pada 2 jam pertama paska persalinan dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya.

2. Penatalaksanaan khusus

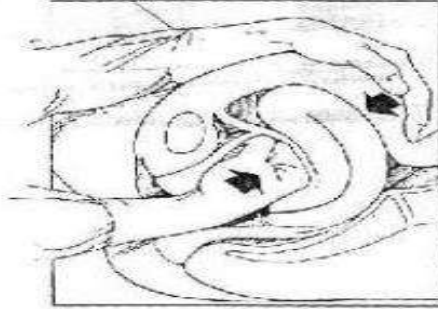
Atonia uteri

- a. Kenali dan tegakan kerja atonia uteri
- b. Sambil melakukan pemasangan infus dan pemberian uterotonika, lakukan pengurutan uterus
- c. Pastikan plasenta lahir lengkap dan tidak ada laserasi jalan lahir
- d. Lakukan tindakan spesifik yang diperlukan :
 - 1) **Kompresi bimanual eksternal (KBE)** yaitu menekan uterus melalui dinding abdomen dengan

jalan saling mendekatkan kedua belah telapak tangan yang melingkupi uteus. Bila perdarahan berkurang kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi atau dibawa ke fasilitas kesehata rujukan.



- 2) **Kompresi bimanual internal(KBI)** yaitu uterus ditekan diantara telapak tangan pada dinding abdomen dan tinju tangan dalam vagina untuk menjempit pembuluh darah didalam miometrium.



- 3) **Kompresi aorta abdominalis (KAA)** yaitu raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri, pertahankan posisi tersebut genggam tangan kanan kemudian tekankan pada daerah umbilikus, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai kolumna vertebralis, penekanan yang tepat akan menghetikan atau mengurangi, denyut arteri femoralis.

Retensio plasenta dengan separasi parsial

1. Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk mengejan, bila ekspulsi tidak terjadi cobakan traksi terkontrol tali pusat.
3. Pasang infus oksitosin 20 unit/500 cc NS atau RL dengan tetesan 40/menit, bila perlu kombinasikan dengan misoprostol 400mg per rektal.
4. Bila traksi terkontrol gagal melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus.
5. Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia.
6. Lakukan transfusi darah bila diperlukan.
7. Berikan antibiotik profilaksis (ampicilin 2 gr IV/oral + metronidazole 1 g supp/oral).

Ruptur uteri

1. Berikan segera cairan isotonik (RL/NS) 500 cc dalam 15-20 menit dan siapkan laparotomi
2. Lakukan laparotomi untuk melahirkan anak dan plasenta, fasilitas pelayanan kesehatan dasar harus merujuk pasien ke rumah sakit rujukan
3. Bila konservasi uterus masih diperlukan dan kondisi jaringan memungkinkan, lakukan operasi uterus
4. Bila luka mengalami nekrosis yang luas dan kondisi pasien mengkhawatirkan lakukan histerektomi
5. Lakukan bilasan peritoneal dan pasang drain dari cavum abdomen
6. Antibiotik dan serum anti tetanus, bila ada tanda-tanda infeksi.

Sisa plasenta

1. Penemuan secara dini, dengan memeriksa kelengkapan plasenta setelah dilahirkan
2. Berikan antibiotika karena kemungkinan ada endometriosis
3. Lakukan eksplorasi digital/bila serviks terbuka dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan, bila serviks

hanya dapat dilalui oleh instrument, lakukan evakuasi sisa plasenta dengan dilatasi dan kuret.

4. Hb 8 gr% berikan transfusi atau berikan sulfat ferosus 600mg/hari selama 10 hari.

Robekan serviks

1. Sering terjadi pada sisi lateral, karena serviks yang terjulur akan mengalami robekan pada posisi spina ishiadika tertekan oleh kepala bayi.
2. Bila kontraksi uterus baik, plasenta lahir lengkap, tetapi terjadi perdarahan banyak maka segera lihat bagian lateral bawah kiri dan kanan porsio.
3. Jepitan klem ovum pada kedua sisi porsio yang robek sehingga perdarahan dapat segera di hentikan, jika setelah eksploitasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan, jahitan dimulai dari ujung atas robekan kemudian kearah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
4. Setelah tindakan periksa tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan paska tindakan
5. Berikan antibiotika profilaksis, kecuali bila jelas ditemui tanda-tanda infeksi
6. Bila terjadi defisit cairan lakukan restorasi dan bila kadar Hb dibawah 8 gr% berikan transfusi darah.

Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, Dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Gejala-gejala ini merupakan tanda-tanda terjadinya eklampsia post partum, bila disertai dengan tekanan darah yang tinggi.

Penanganan:

1. Jika ibu sadar; periksa nadi, tekanan darah, pernapasan
2. Jika ibu tidak bernapas; periksa lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu dan jika pernapasan dangkal periksa dan bebaskan jalan napas dan beri oksigen 4-6 liter per menit.
3. Jika pasien tidak sadar/koma; bebaskan jalan napas,

baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.

Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih.

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perineum. Sekarang terdapat bukti bahwa beberapa galur *E. Coli* memiliki pili yang meningkatkan virulensinya (Svanborg-eden, 1982).

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan terutama saat infus oksitosin dihentikan terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air yang sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

Payudara Yang Berubah Menjadi Merah, Panas, Dan Terasa Sakit.

Payudara bengkak yang tidak disusu secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis. Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH yang terlalu ketat mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disusu dengan adekuat, bisa terjadi mastitis. Ibu yang diet jelek, kurang istirahat, anemia akan mudah terkena infeksi.

Gejala:

1. Bengkak, nyeri seluruh payudara/ nyeri lokal.
2. Kemerahan pada seluruh payudara atau hanya lokal
3. Payudara keras dan berbenjol-benjol (merongkol)
4. Panas badan dan rasa sakit umum.

Penatalaksanaan:

1. Menyusui diteruskan. Pertama bayi disusukan pada payudara yang terkena edema dan sesering mungkin, agar

payudara kosong kemudian pada payudara yang normal.

2. Berilah kompres panas, bisa menggunakan shower hangat atau lap basah panas pada payudara yang terkena.
3. Ubahlah posisi menyusui dari waktu ke waktu, yaitu dengan posisi tiduran, duduk atau posisi memegang bola (*football position*)
4. Pakailah baju/BH yang longgar
5. Istirahat yang cukup, makanan yang bergizi
6. Banyak minum sekitar 2 liter per hari

Dengan cara-cara seperti tersebut di atas biasanya peradangan akan menghilang setelah 48 jam, jarang sekali yang menjadi abses. Tetapi apabila dengan cara-cara seperti tersebut di atas tidak ada perbaikan setelah 12 jam, maka diberikan antibiotik selama 5-10 hari dan analgesia.

Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu Yang Lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinaan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali.

Rasa Sakit, Merah, Lunak, Dan Pembengkakan Di Kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena manapun di pelvis yang mengalami dilatasi.

Merasa Sedih Atau Tidak Mampu Mengasuh Sendiri Bayinya Dan Dirinya Sendiri

Penyebabnya adalah kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi.

8.3.5 Pencegahan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah PPP (Prawirohardjo, 2014).

Pencegahan PPP dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum (Edhi, 2013).

Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selamakala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan (WHO, 2012).

8.3.6 Faktor Predisposisi

Faktor yang mempengaruhi perdarahan post partum adalah:

1. Usia

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal (Saifuddin, 2014).

2. Paritas

Salah satu penyebab perdarahan postpartum adalah multiparitas. Paritas menunjukkan jumlah kehamilan

terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. Primipara adalah seorang yang telah pernah melahirkan satu kali satu janin atau lebih yang telah mencapai batas viabilitas, oleh karena itu berakhirnya setiap kehamilan melewati tahap abortus memberikan paritas pada ibu. Seorang multipara adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga viabilitas. Hal yang menentukan paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai viabilitas, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas tidak lebih besar jika wanita yang 23 bersangkutan melahirkan satu janin, janin kembar, atau janin kembar lima, juga tidak lebih rendah jika janinnya lahir mati. Uterus yang telah melahirkan banyak anak, cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan (Saifuddin, 2014).

3. Anemia dalam kehamilan

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dannifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

4. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadapterjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat persalinan buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklamsi dan preeklamsi, sectio caesarea, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan postpartum.

5. Bayi makrosomia

Bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram. Menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan dystosia kalau beratnya melebihi 4500 gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar.

6. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda dapat menyebabkan uterus terlalu meregang, dengan overdistensi tersebut dapat menyebabkan uterus atonik atau perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidak mampuan uterus berkontraksi dengan baik.

7. Paritas

Paritas adalah banyaknya persalinan yang dialami seorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup. Kehamilan lebih dari satu kali atau yang termasuk multiparitas memiliki risiko lebih tinggi terjadi perdarahan pasca persalinan dibandingkan dengan ibu-ibu primigravida (Rifdiani, 2016).

Ibu yang paritas >3 beresiko mengalami perdarahan pasca persalinan dibandingkan ibu yang paritasnya 2-3. Ibu dengan paritas >3 diyakini mendahului terjadinya perdarahan pasca persalinan. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan pada serabut otot di 16 uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta. Risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan akan meningkat setelah persalinan ketiga atau lebih yang mengakibatkan terjadinya perdarahanpasca persalinan (Megasari, 2013).

Dengan bertambahnya paritas, akan semakin banyak jaringan ikat pada uterus sehingga kemampuan untuk

berkontraksi semakin menurun akibatnya sulit melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah terlepasnya plasenta. Selain itu, juga terjadi kemunduran dan cacat pada endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas implantasi plasenta sehingga vaskularisasi dapat berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan janin, plasenta mengadakan perluasan implantasi dan vili khorialis menembus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga dapat terjadi retensio plasenta adesiva hingga perkreta (Friyandini, 2015).

Pada grande multiparitas, terjadi involusi endometrium berulang, sehingga memungkinkan untuk terjadinya defek minor medium, yang berakibat pada berkurangnya serabut miometrium sehingga persalinan pada grandemultiparitas cenderung mengalami atonia uteri. Selain itu akibat berkurangnya serabut miometrium maka pada grandemultiparitas elatisitas miometrium akan berkurang sehingga memudahkan untuk terjadinya ruptura uteri (Friyandini, 2015).

Multiparitas dan grandemultiparitas merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan pasca persalinan, akibat kelemahan dan kelelahan endometrium. Namun apabila dalam pertolongan persalinan diberikan uterotonika segera setelah persalinan atau pada saat awal kala III sehingga persalinan plasenta dipercepat dan terjadi kontraksi uterus, maka perdarahan postpartum tidak akan terjadi (Friyandini, 2015).

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

- a. Nullipara
Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali.
- b. Primipara
Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar.
- c. Multipara
Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan

anak lebih dari satu kali yang cukup besar untuk hidup didunia luar.

d. Grande multipara

Grande multipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dari biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2014).

8. Anemia

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk terutama saat kehamilan, persalinan dan nifas. Prevalensi anemia yang tinggi berakibat negatif seperti:

- a. Gangguan dan hambatan pada pertumbuhan, baik sel tubuh maupun sel otak,
- b. Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa/ditransfer ke sel tubuh maupun ke otak. Sehingga dapat memberikan efek buruk pada ibu itu sendiri maupun pada bayi yang dilahirkan.

Pada saat hamil, bila terjadi anemia dan tidak tertangani hingga akhir kehamilan maka akan berpengaruh pada saat postpartum. Pada ibu dengan anemia, saat postpartum akan mengalami atonia uteri. Hal ini disebabkan karena oksigen yang dikirim ke uterus kurang. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak.

Klasifikasi anemia dalam kehamilan menurut Wiknjosastro (2012), adalah sebagai berikut:

Anemia Defisiensi Besi

Anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya yaitu, keperluan zat besi untuk wanita hamil, tidak hamil dan dalam laktasi yang dianjurkan adalah pemberian tablet besi.

Terapi oral adalah dengan memberikan preparat besi yaitu ferosulfat, feroglukonat atau Natrium ferobisitat. Pemberian preparat besi 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr% tiap bulan. Saat ini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia (Saifuddin, 2014).

Terapi parenteral baru diperlukan apabila penderita tidak tahan akan zat besi per oral, dan adanya gangguan penyerapan, penyakit saluran pencernaan atau masa 27 kehamilannya tua (Wiknjosastro, 2012).

Pemberian preparat parenteral dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 mg) intravena atau 2 x 10 ml/ IM pada gluteus, dapat meningkatkan Hb lebih cepat yaitu 2 gr% (Manuaba, 2014).

Untuk menegakkan diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III. Hasil pemeriksaan Hb, dapat digolongkan sebagai berikut (Saifuddin, 2014):

1. Hb 11 gr% : Tidak anemia
2. Hb 9-10 gr% : Anemia ringan
3. Hb 7 – 8 gr% : Anemia sedang
4. Hb < 7 gr% : Anemia berat

Kebutuhan zat besi pada wanita hamil yaitu rata-rata mendekati 800 mg. Kebutuhan ini terdiri dari, sekitar 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta serta 500 mg lagi digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal, kurang lebih

200 mg lebih akan dieksresikan lewat usus, urin dan kulit. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8–10 mg zat besi. Perhitungan makan 3 kali dengan 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20–25 mg 28 zat besi perhari. Selama kehamilan dengan perhitungan 288 hari, ibu hamil akan menghasilkan zat besi sebanyak 100 mg sehingga kebutuhan zat besi masih kekurangan untuk wanita hamil (Manuaba, 2014).

Anemia Megaloblastik

Anemia yang disebabkan oleh karena kekurangan asam folat, jarang sekali karena kekurangan vitamin B12. Pengobatannya:

Asam folat 15 – 30 mg per hari

Vitamin B12 3 X 1 tablet per hari

Sulfas ferosus 3 X 1 tablet per hari

Pada kasus berat dan pengobatan per oral hasilnya lambansehingga dapat diberikan transfusi darah.

Anemia Hipoplastik

Anemia yang disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnostic diperlukan pemeriksaan-pemeriksaan diantaranya adalah darah tepi lengkap, pemeriksaan pungsi eksternal dan pemeriksaan retikulosit.

Anemia Hemolitik

Anemia yang disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil; apabila ia hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Gejala utama 29 adalah anemia dengan kelainan-kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, serta gejala komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital. Pengobatannya tergantung pada jenis anemia hemolitik dan beratnya anemia. Obat-obat penambah darah tidak member hasil. Tranfusi darah, kadang dilakukan berulang untuk mengurangi penderitaan ibu dan menghindari bahaya hipoksia janin.

Anemia-anemia lain

Seorang wanita yang menderita anemia, misalnya berbagai jenis anemia hemolitik hereditas atau yang diperoleh seperti anemia karena malaria, cacing tambang, penyakit ginjal menahun, penyakit hati, tuberkulosis, sifilis, tumor ganas dan sebagainya dapat menjadi hamil. Dalam hal ini anemianya menjadi lebih berat dan berpengaruh tidak baik pada ibu dalam masa kehamilan, persalinan, nifas serta berpengaruh pula bagi anak dalam kandungan. Pengobatan ditujukan pada sebab pokok anemianya, misalnya antibiotika untuk infeksi, obat-obat anti malaria, anti sifilis obat cacing dan lain-lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Hanifa, dkk, 2006. Ilmu Kebidanan.YPSP. Jakarta Kemenkes, *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, 2014
- Saifuddin, Abdul Bari,2002. Buku Panduan Praktis Pelayanan dan Kesehatan Maternal dan Neonatal. YPSP. Jakarta.
- Varney, 1997, Varney's Midwifery, 3rd Edition, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England
- Sibai, BM, 2011, Management of Acute Obstetric Emergencies, Elsevier Saunders.
- Saroyo, YB, 2019, Management of PPH Emergency (Latest Update), Proceeding Book PIT POGI Surabaya 2019 in Collaboration with AOFOG.
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Perdarahan Pasca-Salin, Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Himpunan Kedokteran Feto Maternal 2016.
- Cunningham, FG, Leveno, KJ, Bloom, SL, Hauth, JC, Rouse, DJ & Spong, CY 2014: Williams Obstetrics 24th. ed. McGraw Hill Medical pp. 780 – 861.
- Poggi, SBH, Postpartum Hemorrhage & the Abnormal Puerperium in Decherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, Eds. 2013, Current Diagnosis & Treatment 11th edition, The MacGaw-Hill.
- Gynecologists RCoOa, RCOG Green-top Guideline, Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage, 2011.
- Schellenberg J, 2003, Primary Postpartum Haemorrhage (PPH, August 13.
- Chandrarahan, E, Arulkumaran S, 2005, Management Algorithm for Atonic Postpartum Haemorrhage. JPOG May/Jun, 31(3): 106-12.
- Anderson, JM, Etches, D 2007, Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician, 75:875-82.

BAB 9

KOLABORASI DAN SISTEM RUJUKAN

Oleh Andri Tri Kusumaningrum

9.1 Konsep Kolaborasi

Dalam pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktek profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi pelayanan kebidanan primer, kolaborasi dan rujukan.

9.1.1 Pengertian

Kolaborasi adalah hubungan saling berbagi tanggung jawab (kerjasama) dengan rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberi asuhan pada pasien dalam praktiknya. Kolaborasi dilakukan dengan mendiskusikan diagnosis pasien serta bekerjasama dalam penatalaksanaan dan pemberian asuhan. Masing - masing tenaga kesehatan dapat saling berkonsultasi dengan tatap muka langsung atau melalui alat komunikasi lainnya dan tidak harus hadir ketika tindakan dilakukan. Petugas kesehatan yang ditugaskan menangani pasien bertanggung jawab terhadap keseluruhan penatalaksanaan asuhan.

Pelayanan kebidanan kolaborasi adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan. Tujuan pelayanan ini adalah berbagi otoritas dalam pemberian pelayanan berkualitas sesuai ruang lingkup masing-masing. Kolaborasi dan rujukan pada kasus yang memerlukan penanganan diluar kewenangan (Yulifah, Rita, surachmindari, 2013)

Dalam praktik pelayanan kebidanan, layanan kolaborasi adalah asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien dengan

tanggung jawab bersama semua pemberi pelayanan yang terlibat. misalnya: bidan, dokter, atau tenaga kesehatan profesional lainnya. Bidan merupakan anggota tim. Bidan menyakini bahwa dalam memberi asuhan harus tetap menjaga, mendukung dan menghargai proses fisiologis manusia. Rujukan yang efektif dilakukan untuk menjamin kesejahteraan ibu dan bayinya. Bidan adalah praktisi yang mandiri. Bidan juga bekerjasama dalam mengembangkan kemitraan dengan anggota kesehatan lainnya. Dalam melaksanakan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan perujukan sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya (Kemenkes RI,2010)

9.1.2 Elemen Kolaborasi Mencakup:

1. Harus melibatkan tenaga ahli dengan keahlian yang berbeda,yang dapat bekerja sama secara timbal balik dengan baik
2. Anggota kelompok harus bersikap tegas dan mau bekerja sama
3. Kelompok harus memberi pelayanan yang keunikannya dihasilkan dari kombinasi pandangan dan keahlian yang diberikan oleh setiap anggota tim tersebut.

9.1.3 Pelayanan Kolaborasi/Kerjasama Terdiri Dari:

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
2. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
3. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
4. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
5. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan

- tindakan kolaborasi.
6. Memberikan asuhan kebidanan pada balita resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 7. Merupakan tugas yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari proses kegiatan pelayanan kesehatan.

9.1.4 Tugas Kolaborasi (Kerjasama) bidan, yaitu :

1. Menerapkan management kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :
 - a. Mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - c. Merencanakan tindakan sesuai dengan prioritas kegawatdaruratan dan hasil kolaborasi serta bekerjasama dengan klien.
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana dan melibatkan klien.
 - e. Mengevaluasi hasil tindakan yang telah diberikan.
 - f. Menyusun tindak lanjut bersama klien.
 - g. Membuat pencatatan dan pelaporan.
2. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi, mencakup :
 - a. Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko, serta keadaan kegawatdaruratan pada kasus risiko tinggi.

- c. Menyusun rencana asuhan dan tindakan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil risiko tinggi dan member pertolongan pertama sesuai dengan prioritas.
 - e. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
 - f. Menyusun tindak lanjut bersama klien.
 - g. Membuat pencatatan dan pelaporan.
3. Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :
- a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko dan keadaan kegawatdaruratan.
 - c. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi dan member pertolongan pertama sesuai prioritas.
 - e. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama pada ibu hamil dengan risiko tinggi.
 - f. Menyusun tindak lanjut bersama klien.
 - g. Membuat pencatatan dan pelaporan.
4. Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi, serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup :
- a. Mengkaji kebutuhan asuhan pada ibu dalam masa nifas

- dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko serta kegawatdaruratan.
 - c. Menyusun rencana asuhan kebidan pada ibu dalam masa nifas dengan prioritas tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan dengan risiko tinggi dan memberi pertolongan sesuai rencana.
 - e. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
 - f. Menyusun tindak lanjut bersama klien.
 - g. Membuat pencatatan dan pelaporan.
5. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan, yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup :
- a. Mengkaji kebutuhan asuhan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko serta kegawatdaruratan.
 - c. Menyusun rencana asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan prioritas tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan memberi pertolongan sesuai rencana.
 - e. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
 - f. Menyusun tindak lanjut bersama klien.
 - g. Membuat pencatatan dan pelaporan.

9.1.5 Perkembangan Bidan Kolaborasi

Pada awalnya, praktik kolaborasi menggunakan model hierarki yang menekankan komunikasi satu arah, kontak terbatas antara pasien dan dokter, dan menempatkan dokter sebagai tokoh yang dominan. Pola tersebut berkembang menjadi model praktik kolaborasi yang menekankan komunikasi dua arah, tetapi tetap menempatkan dokter pada posisi utama dan membatasi hubungan antara dokter dan pasien. Pola yang ketiga lebih berpusat pada pasien. Sesama pemberi pelayanan harus dapat bekerja sama, begitu juga dengan pasien. Model ini berbentuk melingkar. Menekankan kontinuitas dan kondisi timbal balik satu sama lain. Tidak ada satu pemberi pelayanan yang mendominasi secara terus menerus (Cunningham, d. 2013).

9.2 Sistem Rujukan

Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Yang melatarbelakangi tingginya kematian ibu dan anak adalah terutama terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Jika bidan lalai dalam melakukannya akan berakibat fatal bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi (Benson, R. C.2009).

9.2.1 Pengertian

Rujukan adalah hal yang menyangkut pelimpahan wewenang dan tanggung jawab perawatan pasien atas masalah kesehatan dan kasus penyakit pasien secara sementara untuk tujuan tertentu, seperti pemeriksaan lanjutan, konsultasi ataupun penatalaksanaan pasien. Hal Ini memastikan bahwa pasien dapat mengakses layanan di tingkat primer (lebih rendah) dan dirujuk segera untuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan jika diperlukan. Demikian juga, rujukan kembali ke fasilitas yang lebih

rendah jika kasus atau penyakitnya telah tertangani (*Ministry of Health Ghana*, 2012).

Sistem rujukan adalah suatu sistem pengaturan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, struktural dan fungsional terhadap satu/lebih kasus penyakit, masalah penyakit atau permasalahan kesehatan secara vertikal dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal antar unit yang setingkat kemampuannya. Hal tersebut juga termaktub dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 001 Tahun 2012.

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antar unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Astuti, E. W. 2016)

9.2.2 Tujuan

1. Tercapainya pelayanan kesehatan yang lebih baik
2. Sebagai media kerjasama antar instansi
3. Pasien dapat pertolongan dengan cepat
4. Menjalin komunikasi yang baik antara pasien dengan tenaga medis
5. Sebagai penunjang dari diagnosa.
6. Setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya.

9.2.3 Manfaat

Dari sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan :

1. Membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam alat kedokteran pada setiap sarana kesehatan.

2. Memperjelas system pelayanan kesehatan, kemudian terdapat hubungan antara kerja berbagai sarana kesehatan yang tersedia.
3. Memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan

Dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan :

1. Meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang.
2. Mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan Kesehatan.

Dari sudut tenaga kesehatan :

1. Memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif, semangat kerja, ketekunan dan dedikasi.
2. Membantu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan melalui jalinan kerjasama atau melalui peningkatan pelatihan yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing-masing.
3. Memudahkan/ meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu (Iqbal, Wahid Mubarak, 2012)

9.2.4 Faktor-Faktor Penyebab Rujukan

Faktor-faktor penyebab rujukan, yaitu :

1. Ketuban pecah dengan mekonium kental
2. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 Minggu usia kehamilan)
3. Ketuban pecah lama (lebih kurang 24 jam)
4. Riwayat seksio sesaria
5. Ikterus
6. Perdarahan pervaginam
7. Anemia berat
8. Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan

9. Gawat janin
10. Kehamilan gameli

9.2.5 Tugas Ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu :

1. Menerapkan manajemen kebidanan, pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga, mencakup :
 - a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan diluar lingkup kewenangan bidan dan memerlukan rujukan.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas serta sumber-sumber dan fasilitas untuk kebutuhan intervensi lebih lanjut bersama klien/keluarga.
 - c. Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang, dengan dokumentasi yang lengkap.
 - d. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi.
2. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan, mencakup :
 - a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - c. Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
 - d. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan.
 - e. Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang.
 - f. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi.

3. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :
 - a. Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam persalinan yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - c. Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
 - d. Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
 - e. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi
4. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu :

Dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :

 - a. Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam masa nifas yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - c. Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
 - d. Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
 - e. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi
5. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga, mencakup :
 - a. Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada bayi baru lahir yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.

- c. Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
 - d. Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
 - e. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi
6. Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup :
- a. Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada bayi balita yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
 - c. Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
 - d. Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
7. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi

9.2.6 Jenis Rujukan

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari:

1. Rujukan Medis

Rujukan medis adalah upaya pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul, rujukan kesehatan yang dapat bersifat vertikal, horizontal yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional, yang terutama berkaitan dengan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitasi) serta upaya yang bertujuan mendukungnya.

Sistem rujukan medis mencakup tiga aspek pelayanan medis antara lain :

- a. *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operatif dan lain – lain.
- b. *Transfer of specimen* atau penunjang diagnostik.

Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih mampu dan lebih lengkap.

- c. *Transfer of knowledge* / pelimpahan pengetahuan dan keterampilan. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat, pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi, atau rumah sakit pendidikan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan.

2. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan adalah rujukan upaya kesehatan baik secara vertikal maupun horizontal terutama berkaitan dengan upaya peningkatan, pencegahan (preventif), serta upaya peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yaitu Rujukan sarana berupa antara lain bantuan laboratorium dan teknologi Kesehatan, 2) Rujukan tenaga dalam bentuk antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyidikan sebab dan asal usul penyakit atau kejadian luar biasa suatu penyakit serta penanggulangannya pada bencana alam, gangguan kamtibmas, dan lain-lain, 3) Rujukan operasional berupa antara lain bantuan obat, vaksin, pangan pada saat terjadi bencana, pemeriksaan bahan (ariff) dan sebagainya.

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari :

- a. Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut.
- b. Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit – unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal maupun vertical (Kemenkes RI. (2013)

9.2.7 Tata Laksana Rujukan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN dalam sistem rujukan berjenjang, pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu :

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat berupa puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialis yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialis.

3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialis.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 001 Tahun 2012, rujukan dapat dilakukan secara vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang

berbeda tingkatan sedangkan rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Selain itu, menurut (*Ministry of Health Ghana, 2012*) rujukan juga bisa dilakukan secara extel yaitu rujukan *pre-hospital emergency* dan rujukan inter fasilitas, maupun rujukan intel yakni antar departemen.

Pada era JKN, rujukan dilakukan dengan sistem berjenjang. Proses rujukan dalam sistem rujukan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat dua yaitu proses merujuk ke fasyankes tingkat dua ataupun menerima rujukan balik dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua. Dalam Buku Pedoman Sistem Rujukan Nasional Kementerian Kesehatan RI (2012) proses tata laksana sistem rujukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagai berikut :

1. Rujukan dari Fasyankes Tingkat Pertama ke Tingkat Dua
2. Tindak lanjut atas rujukan balik dari Fasyankes tingkat dua

Sistem rujukan pada banyak Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :



Gambar 9.1. Bagan Alur Sistem Rujukan Pada Banyak Fasyankes (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

Bagan di atas menunjukkan bahwa sistem rujukan dapat berlangsung berjenjang begitu pula dengan rujukan balik. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat rujukan dapat menentukan apakah pasien dapat dirawat oleh fasyankes tersebut, dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu, atau dirujuk balik ke fasyankes yang merujuk disertai dengan saransaran dan ataupun obat yang diperlukan untuk kasuskasus tertentu. Alur rujukan balik dapat langsung ke fasyankes yang pertama kali menerima pasien (*gatekeeper*) apabila fasyankes pada strata yang lebih tinggi menilai dan menyatakan pasien layak untuk dilayani ataupun dirawat disana (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

9.2.8 Mekanisme Rujukan

Adapun mekanisme rujukan yang perlu dilakukan antara lain :

1. Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, pustu dan puskesmas
 - a. Pada tingkat Kader
Bila ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat karena mereka belum dapat menetapkan tingkat kegawatdaruratan
 - b. Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas
Tenaga kesehatan harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui. Sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk
2. Menentukan tempat tujuan rujukan
Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan terdekat, termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
3. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarganya.
Klien dan keluarga perlu diberikan informasi tentang perlunya penderita segera dirujuk untuk mendapatkan

pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

4. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju melalui telepon atau radio komunikasi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
5. Persiapan penderita

Sebelum dikirim keadaan umum penderita harus diperbaiki terlebih dahulu atau dilakukan stabilisasi. Keadaan umum ini perlu dipertahankan selama dalam perjalanan. Surat rujukan harus dipersiapkan sesuai dengan format rujukan dan seorang bidan harus mendampingi penderita dalam perjalanan sampai ke tempat rujukan (Putri. Diah, 2012)

9.2.9 Tindakan Rujukan yang tepat pada kasus kegawatdaruratan.

Rujukan yaitu tugas yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ketempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertical atau ke profesi kesehatan lainnya.

1. Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam persalinan yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
2. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
3. Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
4. Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang.
5. Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan kejadian dan intervensi.

9.2.10 Persiapan Rujukan

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan, disingkat “**BAKSOKUDA**” yang dijabarkan sebagai berikut :

B (Bidan): pastikan ibu/bayi/klien didampingi oleh tenaga

kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan – bahan yang diperlukan, untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, infus set, tensimeter dan stetoskop, selang Intravena, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.

K (Keluarga): beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami dan anggota keluarga yang lain diusahakan untuk dapat menyetujui Ibu (klien) ke tempat rujukan. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.

S (Surat): beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien), dapat melampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.

O (Obat): bawa obat – obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk

K (Kendaraan) : siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.

U (Uang) : ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang di perlukan di tempat rujukan

DA (Darah & Do'a)

9.3 Rujukan Dini Terencana Dalam Kebidanan

Bidan harus memberikan pelayanan kesehatan dan kebidanan yang efektif dan mampu menurunkan angka kematian ibu dan anak, tentu harus memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Upaya awal untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak yaitu melakukan deteksi dini untuk mengetahui kelainan, penyakit, dan komplikasi pada

kehamilan. Bila terdapat kelainan yang sudah dideteksi sejak dini, bidan akan segera melakukan rujukan yang dapat direncanakan sehingga penyakit dapat segera teratasi dan angka kematian ibu dan anak akan menurun. Dari hal ini, seorang bidan dalam melakukan rujukan terencana harus mengetahui prosedurnya yang tepat dan sesuai dan mengetahui hal-hal apa yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan terencana

1. Pengertian Rujukan Terencana

Rujukan terencana merupakan suatu rujukan yang dikembangkan secara sederhana, mudah dimengerti, dan dapat disiapkan atau direncanakan oleh ibu atau keluarga dalam mempersiapkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Rujukan terencana ini bertujuan untuk menurunkan angka atau mengurangi rujukan terlambat, mencegah komplikasi penyakit ibu dan anak, serta mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak, sehingga keterlambatan dalam pengenalan masalah, pengambilan keputusan, pengiriman ke pusat rujukan, serta penanganan di pusat rujukan dapat teratasi dengan baik.

2. Macam Rujukan Terencana

Macam rujukan terencana yaitu sebagai berikut:

a. Rujukan dini berencana

Rujukan yang dilakukan pada ibu atau anak yang masih sehat yang diperkirakan mungkin ada komplikasi.

b. Rujukan tepat waktu

Rujukan yang harus segera dilakukan dalam menyelamatkan nyawa, khusus dilakukan ibu atau anak yang mengalami komplikasi.

Rujukan terencana menyiapkan dan merencanakan rujukan ke rumah sakit jauh-jauh hari bagi ibu resiko tinggi (resti). Ada 2 macam rujukan terencana yaitu :

1) Rujukan Dalam Berencana (RDB) untuk ibu dengan Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO) dan Ada Gawat Obstetri (AGO).

Rujukan Dalam Rahim (RDR). Didalam RDR terdapat pengertian RDR atau Rujukan In Utero bagi janin ada masalah, janin resiko tinggi masih sehat

misalnya kehamilan dengan riwayat obstetric jelek pada ibu diabetes mellitus, partus prematurus iminens. Bagi janin, selama pengiriman rahim ibu merupakan alat transportasi dan incubator alarm' yang aman, nyaman, hangat, steril, murah, mudah, memberi nutrisi dan O₂, tetap pada hubungan fisik dan psikis dalam lindungan ibunya.

Pada jam - jam krisis pertama bayi langsung mendapatkan perawatan spesialistik dari dokter spesialis anak. Manfaat RDB / RDR : Pratindakan diberi KIE, tidak membutuhkan stabilisasi, menggunakan prosedur, alat, obat, standar (obat generik), lama rawat map pendek dengan biaya efisien dan efektif terkendali, pasca tindakan perawatan dilanjutkan di puskesmas.

- 2) Rujukan Tepat Waktu / RTW untuk ibu dengan gawat darurat - obstetrik, pada kelompok faktor resiko (FR III) AGDO perdarahan antepartum dan preeklampsia berat / eklampsia dan ibu dengan komplikasi persalinan dini yang dapat terjadi pada semua ibu hamil dengan atau tanpa FR. Ibu GDO membutuhkan RTW dalam menyelamatkan ibu atau BBL.

3. Jenis Kasus

Sarana Pelayanan Kesehatan membuat daftar ibu-ibu hamil dengan kasus kehamilan yang termasuk Ibu Hamil Kelompok A (Ibu-ibu yang mengalami masalah dalam kehamilan saat pemeriksaan kehamilan (ANC) dan di prediksi akan mempunyai masalah dalam persalinan yang perlu dirujuk secara terencana) antara lain:

- a. Gangguan pada kehamilan dini
 - 1) Abortus imminen
 - 2) Abortus inkompletus dan missed abortion
 - 3) Mola hidatidosa
 - 4) Kehamilan Ektopik
- b. Hiperemesis Gravidarum
- c. Hipertensi Dalam Kehamilan

- 1) Hipertensi dalam kehamilan
- 2) Pre-eklamsi dan eklamsi
- d. Perdarahan Pada Trimester 3
- e. Gangguan dan penyakit lain yang memerlukan manajemen khusus
 - 1) Decompensatio cordis pada kehamilan
 - 2) Penyakit lain sebagai komplikasi kehamilan yang mengancam nyawa (seperti asma dan diabetes)
 - 3) Kehamilan Dengan Penyakit Penyerta (seperti tuberculosis, malaria, gizi buruk, HIV/AIDS), Anemia.
- f. Pertumbuhan janin terhambat (PJT): tinggi fundus tidak sesuai usia kehamilan
- g. Kelainan kehamilan (hubungan yang abnormal antara janin dan panggul)
 - 1) Gemelli
 - 2) Kelainan letak, posisi, DKP (Disproporsi Kepala Panggul)

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, E. W. (2016). Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Benson, R. C. (2009). Buku Saku Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: EGC.
- Cunningham, d. (2013). Obstetri Williams (23 ed., Vol. 1). Jakarta: EGC.
- Iqbal, Wahid Mubarak, 2012, Ilmu Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Aplikasi dalam Kebidanan, Jakarta: Salemba Medika
- Kemenkes RI . (2010). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2013). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Muchtar, Masrudi, 2016, Etika Profesi & Hukum Kesehatan, Yogyakarta: Pustaka. Baru Press
- Putri. Diah. Peran Dan Fungsi Bidan Dalam Pelayanan Kesehatan. [diakses 25 April 2024] didapat dari www.sumbersehat.com; 2012.
- Yulifah, Rita, surachmindari, 2013, Konsep Kebidanan, Jakarta: Salemba Medika

BAB 10

PENDOKUMENTASIAN DALAM KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL DENGAN METODE SOAP

Oleh Siti Naili Ilmiyani

10.1 Konsep Pendokumentasi Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah metode yang digunakan oleh bidan untuk memberikan perawatan kebidanan. Perawatan ini harus didokumentasikan secara tepat, jelas, singkat, dan logis menggunakan sistem pencatatan. Dokumentasi yang akurat memungkinkan informasi perawatan yang diberikan kepada pasien disampaikan secara efektif kepada pihak lain. Pencatatan tersebut mencerminkan proses berpikir terorganisir dan kritis dari seorang bidan dalam merawat pasien sesuai dengan prosedur manajemen kebidanan. (Amelia, 2019).

Dokumentasi kebidanan adalah bagian integral dari kewajiban profesional dan hukum seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Karena bidan mengikuti proses manajemen kasus untuk membuat keputusan klinis, mereka harus mencatat hasil observasi dan keputusan yang diambil. Penting untuk diingat bahwa ketidaktercatatan hasil observasi dapat menimbulkan kesan bahwa tidak ada tindakan yang dilakukan. Dokumentasi ini menciptakan catatan permanen tentang manajemen pasien dan dapat digunakan untuk berbagi informasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Pencatatan ini juga merupakan persyaratan hukum. (Subiyatin, 2017).

Bidan sering terlibat dalam berbagai kegiatan praktik klinik dengan pasien dan keluarga mereka di lingkungan yang berbeda-beda. Dokumentasi menjadi aspek penting dalam praktik klinik yang memerlukan kehati-hatian dan kecermatan di berbagai situasi. Oleh karena itu, dalam setiap situasi, bidan harus mampu membuat catatan pasien yang akurat dan

menyeluruh. Catatan tersebut harus mencerminkan evaluasi dan kemajuan perawatan, serta menunjukkan kinerja yang efisien, efektif, dan dapat di pertanggung jawabkan.(Anwar, 2023).

Pendokumentasian Asuhan kebidanan memiliki beberapa tujuan:

1. Dokumentasi berperan sebagai sarana untuk menyampaikan informasi antara anggota tim kesehatan mengenai langkah-langkah yang sudah atau akan dilakukan.
2. Dokumentasi memiliki fungsi untuk melindungi bidan dalam memberikan perawatan kebidanan kepada pasien serta sebagai bukti pelaksanaan tanggung jawab.
3. Data yang terdapat dalam dokumentasi dapat dimanfaatkan sebagai informasi statistik untuk merencanakan kebutuhan masa depan, seperti sumber daya manusia, fasilitas, dan teknologi yang diperlukan.
4. Dokumentasi kebidanan yang tepat dapat dijadikan sebagai referensi dalam proses pendidikan atau pelatihan.
5. Informasi dalam dokumentasi dapat menjadi sumber data bagi penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kebidanan.
6. Dokumentasi juga dapat digunakan sebagai alat evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan.

Fungsi pendokumentasian asuhan kebidanan dapat dipahami dari beberapa perspektif:

1. Administratif: Dokumentasi mencakup pencatatan medis serta langkah-langkah yang diambil oleh bidan sesuai dengan wewenangnya untuk mencapai tujuan layanan.
2. Medis: Dokumentasi berisi catatan yang menjadi dasar perencanaan pengobatan dan tindakan yang telah atau akan dilakukan.
3. Hukum: Dokumentasi memiliki nilai penting dalam menangani masalah yang berkaitan dengan praktik profesional bidan karena dapat dijadikan bukti dalam proses hukum.

4. Keuangan: Dokumentasi menjadi landasan untuk rincian biaya yang dikeluarkan selama perawatan pasien.
5. Aspek penelitian: Dokumentasi dapat menjadi dasar untuk penelitian melalui studi dokumenter.
6. Aspek pendidikan: Dokumentasi bisa menjadi sumber studi dan riset untuk pengembangan ilmu pengetahuan.
7. Aspek jaminan mutu: Pendokumentasian yang lengkap dan akurat bisa digunakan sebagai alat evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas layanan.
8. Aspek akreditasi: Melalui dokumentasi, keberhasilan dalam memberikan perawatan dan kualitas layanan yang diberikan oleh bidan bisa tercermin.
9. Aspek statistik: Informasi statistik yang terdapat dalam dokumentasi dapat membantu institusi merencanakan kebutuhan tenaga dan mengatur sesuai dengan kebutuhan yang ada.
10. Aspek komunikasi: Dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam koordinasi pelayanan kebidanan dalam tim.

Prinsip- Prinsip Dokumentasi :

1. Lengkap

Prinsip kelengkapan dalam konteks ini melibatkan:

- a. Dokumentasi semua layanan kesehatan yang diberikan.
- b. Penyertaan semua tahap proses kebidanan dalam catatan kebidanan.
- c. Perekaman tanggapan dari bidan atau perawat.
- d. Penyimpanan tanggapan dari pasien.
- e. Catatan mengenai alasan pasien menerima perawatan.
- f. Pencatatan setiap kunjungan dokter dalam dokumen.

2. Teliti

Prinsip ketelitian mencakup

- a. Mencatat setiap perubahan dalam rencana kebidanan.
- b. Merekam semua layanan kesehatan yang telah disediakan.
- c. Menyimpan dalam format yang telah ditetapkan.

- d. Memasukkan tanda tangan atau paraf dari bidan.
 - e. Melakukan koreksi yang akurat untuk setiap kesalahan.
 - f. Memastikan bahwa pencatatan hasil pemeriksaan sesuai dengan hasil laboratorium atau arahan dari dokter.
- Berdasarkan Fakta
3. Prinsip berdasarkan fakta meliputi
 - a. Mencatat fakta daripada opini atau pendapat;
 - b. Mencatat informasi yang relevan dalam lembar atau laporan laboratorium
 - c. Menggunakan bahasa aktif.
 4. Prinsip logis mencakup
 - a. Mengkomunikasikan dengan jelas dan terstruktur
 - b. Mengatur catatan secara kronologis sesuai dengan urutan waktu
 - c. Memasukkan setiap halaman dicantumkan dengan nama dan nomor registrasi dan halaman
 - d. Memulai penulisan dengan menggunakan huruf kapital
 - e. Memberikan informasi waktu yang komprehensif untuk setiap data yang dicatat, termasuk jam, hari, tanggal, bulan, dan tahun, yang dapat diakses dan dibaca.
 5. Prinsip dapat dibaca meliputi hal-hal berikut:
 - a. Memastikan mudah diakses dan dibaca.
 - b. Tidak diperbolehkan untuk mencatat atau mengubah.
 - c. Menggunakan tinta sebagai medium penulisan.
 - d. Menggunakan istilah atau singkatan umum. (Yosali Agu, 2020)

10.2 Pendokumentasian Dengan S-O-A-P

SOAP adalah sistem pencatatan yang sederhana, jelas, logis, dan tertulis yang disarankan untuk digunakan oleh bidan setiap kali berinteraksi dengan pasien, penggunaan catatan SOAP dalam dokumentasi dipilih karena pendekatan SOAP adalah metode terstruktur dalam menyampaikan informasi, membantu mengatur temuan dan kesimpulan dalam perencanaan perawatan. Metode SOAP berfungsi sebagai kerangka kerja utama dalam manajemen kebidanan, dengan tujuan memfasilitasi penyediaan dan dokumentasi perawatan. Dengan menerapkan SOAP, bidan dapat

lebih teratur dalam berpikir dan memberikan perawatan yang menyeluruh.

1. Subyektif

Data subyektif merujuk pada informasi yang diperoleh dari perspektif atau sudut pandang pasien. Ungkapan kekhawatiran dan keluhan pasien yang dicatat dalam bentuk kutipan langsung atau ringkasan akan langsung terhubung dengan diagnosis medis. Informasi subyektif ini memiliki peran penting dalam memperkuat proses diagnosis. Tanda dan gejala subyektif yang terkumpul melalui wawancara dengan pasien, pasangan, atau anggota keluarga mencakup informasi seperti Informasi yang dicatat mencakup identifikasi umum, keluhan, riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penggunaan alat kontrasepsi, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, dan pola hidup..

2. Obyektif

Pendokumentasian data obyektif melibatkan pencatatan yang tepat dari hasil observasi yang jujur, evaluasi fisik pasien, serta hasil dari berbagai tes laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lainnya. Ini mencerminkan analisis hasil dan evaluasi fisik klien, tes laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lain yang dicatat dalam data yang ditujukan untuk mendukung proses penilaian. Rekaman medis atau data fisiologis, hasil observasi yang akurat, dan informasi teknologi medis seperti hasil tes laboratorium dan ultrasonografi (USG), menjadi faktor krusial dalam menetapkan diagnosis yang tepat, terutama dalam konteks perawatan yang diselenggarakan oleh bidan.

3. Asessment

Assessment merupakan pencatatan dari hasil analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif. Karena kondisi pasien bisa berubah kapan saja dan informasi baru bisa muncul dalam data, baik subyektif maupun obyektif, maka proses evaluasi data bersifat dinamis. Melakukan analisis yang tepat dan akurat sesuai dengan perkembangan data

pasien akan memastikan bahwa perubahan dalam kondisi pasien dapat terdeteksi dengan cepat. Ini memungkinkan untuk terus memantau perkembangan pasien dan mengambil keputusan atau tindakan yang sesuai.

4. Planning

Planning merupakan proses merencanakan perawatan saat ini dan mendatang untuk memastikan kesejahteraan optimal atau mempertahankan kondisi pasien. Ini melibatkan penetapan tujuan khusus sesuai kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam waktu tertentu. Tindakan yang diambil harus mengarah pada kemajuan kesehatan pasien dan harus sejalan dengan rencana dokter jika ada kolaborasi. (Noorbaya, 2019)

Contoh Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Dengan Metode SOAP

Tempat : Ruang poli RSUD Provinsi NTB

Tanggal Pengkajian : 24 Agustus 2021

A. Subjektif

1. Biodata

Nama Klien : Ny. N

Nama Suami : Tn. S

Umur : 43 Tahun

Umur : 43 Tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : S1

Pendidikan : S1

Pekerjaan : PNS

Pekerjaan : PNS

Alamat lengkap: Monjok

Alasan Datang

Ibu hamil 9 bulan datang ke Poli hamil RSUD Provinsi NTB membawa rujukan dari puskesmas karang taliwang dengan diagnosa G5P2A2H2 UK 36-37 minggu T/H/IU dengan riwayat SC 1x + ROB. Ibu mengeluh keluar flek warna kecoklatan dari jalan lahir sejak tanggal 23 Agustus 2021 jam 15.00 wita, tidak ada sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang, tidak ada pengeluaran air dari jalan lahir dan gerakan janin masih dirasakan aktif oleh ibu. Ibu mengatakan saat ini tidak demam dan batuk pilek.

2. Riwayat Pernikahan
 Status perkawinan : Sah
 Menikah : 1 kali
 Lama : ± 15 tahun
3. Riwayat Menstruasi
 HPHT : 16-12-2020
 Siklus Menstruasi : 28 Hari
 Lamanya Menstruasi: 5 hari
 Jumlah darah haid : 3 kali ganti pembalut
4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Tabel 10.1. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Ham il Ke-	Tanggal/Ta hun Partus	UK Bula n	Tempat Persali nan	Penolon g Persali nan	Jenis Persalinan	Riwayat Penyulit			BBL (gr)	J K	Ket.
						H	P	N			
1.	2006	2 Bul an	Abortus								
2.	2007	9 Bul an	RSAD	Bidan	Normal	-	-	-	300 0	P	Seh at
3.	Jan/ 2012	2 Bul an	Ibunda	Dr. SpOG	Curetase						
4.	Des/ 2012	9 Bul an	Ibunda	Dr. SpOG	SC (Oligohidramni on)	-	-	-	320 0	L	Seh at
5.	Ini										

5. Riwayat Kehamilan Sekarang
 - 1) Hamil ke : 5 (Lima)
 - 2) Umur kehamilan menurut ibu : 9 bulan
 - 3) Pergerakan janin dirasakan pertama kali : 4 bulan
 - 4) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : ≥ 10 kali
 - 5) Keluhan yang dirasakan selama kehamilan
 - a. Trimester I : Mual, muntah dan pusing
 - b. Trimester II : Tidak ada
 - c. Trimester III : Sakit Pinggang, keluar darah warna kecoklatan dari jalan lahir tanggal 23/8/2021
 - d. Tanda bahaya / penyulit

Sakit kepala yang hebat : Tidak ada
 Pengelihan kabur : Tidak ada
 Bengkak di wajah dan jari tangan : Tidak ada
 Nyeri Epigastrik : Tidak ada

Nyeri perut yang hebat : Tidak ada
 Demam Tinggi : Tidak ada
 Pergerakan janin berkurang : Tidak ada
 Keluar air Ketuban dari jalan lahir : Tidak ada
 Perdarahan pervaginam :Terdapat

pengeluaran darah bewarna kecoklatan dari
 jalan lahir sejak tanggal 23/8/2021

e. Immunisasi TT : TT 2 Kali di Puskesmas

(TT1 Tanggal 6/4/2021)

(TT2 Tanggal 4/5/2021)

f. Kekhawatiran – kekhawatiran khusus : Cemas terhadap persalinannya

g. Obat yang dikonsumsi/termasuk jamu : SF 1x1 tablet, Vit.C 1x50 mg, kalsium 2x500mg

h. Tablet Tambah darah yang dikonsumsi : minum tablet tambah darah sebanyak 92 tablet (3 kotak) selama kehamilan

Riwayat Kontrasepsi

1) Riwayat KB : IUD

2) Rencana KB : IUD

3) Lama Penggunaan : 8 tahun

4) Keluhan : Tidak ada keluhan

Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Penyakit Jantung : Tidak Ada

b) Penyakit Hipertensi : Ada (Bapak Kandung)

c) Penyakit Diabetes Mellitus : Tidak Ada

d) Penyakit Asma : Tidak ada

e) Penyakit Tuberkolosis : Tidak Ada

f) Penyakit Ginjal : Tidak Ada

g) Riwayat alergi : Tidak Ada

h) Gangguan Mental : Tidak Ada

i) Hepatitis : Tidak Ada

j) HIV/AIDS : Tidak Ada

- k) Sifillis/IMS : Tidak Ada
l) Lain-lain : Tidak Ada

Objektif

A. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Compos mentis
- 3) HTP : 23-9-2021
- 4) Tanda Vital :
 - Tekanan darah : 117/76 mmHg
 - Denyut nadi : 82 x/menit
 - Suhu : 36,5 °C
 - Pernafasan : 20 x/menit
- 5) Antropometri
 - Berat badan : 54 kg
 - BB sebelum kehamilan : 44 kg
 - Kenaikan BB selama hamil : 10 kg
 - Tinggi badan : 150 cm
 - IMT : 19,55 kg/m²
 - LILA : 25 cm

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala dan wajah
 - Kepala : Kepala tampak bersih, distribusi rambut normal, tidak ada lesi, tidak ada tanda infeksi
 - Wajah : Wajah tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema dan tidak ada pergerakan cuping hidung
 - Mata : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterus, penglihatan baik tidak ada gangguan
 - Mulut dan gigi : Bibir tidak pucat, tidak pecah-pecah, bersih dan tidak ada caries gigi
- 2) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening/limfe, tidak ada Bendungan vena Jugularis
- 3) Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

4) Payudara : Payudara tampak bersih, puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae, tidak terdapat pengeluaran, tidak ada masa, tidak ada cairan bebas.

5) Abdomen

a. Inspeksi : Pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan, terdapat luka bekas operasi melintang. terdapat linea nigra dan striae gravidarum

b. Palpasi

Leopold I : TFU 28 cm (2 jari bawah px), teraba bulat tidak melenting (bokong) di fundus

Leopold II: Teraba datar, keras, seperti papan (punggung) pada sisi kananperut ibu dan bagian kecil janin berada di sisi kiri perut ibu.

Leopold III : Presentasi kepala, kepala belum masuk PAP

Leopold IV : Kepala belum masuk PAP, Teraba 5/5 bagian HIS : (-)

c. Auskultasi : DJJ (+), irama 12-11-12, frekuensi 140 kali per menit

d. Taksiran Berat Janin (TBJ) : 2.480 gram

6) Genitalia : Tidak terdapat varices pada vagina, tidak ada pembengkakan kelenjar bartoline, terdapat pengeluaran darah kecoklatan $\pm$ 2 cc, perdarahan aktif (-)

7) Anus : Tidak dilakukan pemeriksaan

8) Ektremitas atas dan bawah

a. Oedema : Tidak ada

b. Varises : Tidak ada

c. Refleks patella : +/+

Pemeriksaan penunjang

➤ **Tanggal 2 Maret 2021 (Sumber : Buku KIA) di Puskesmas Karang Taliwang
Pemeriksaan Darah**

HIV : Non Reaktif (Nilai Rujukan : Non Reaktif)
HbsAg : Non Reaktif (Nilai Rujukan : Non Reaktif)
VDRL/Sifilis : Non Reaktif (Nilai Rujukan : Non Reaktif)

Pemeriksaan Urine

PH : 6,0
Protein Urine : Negatif (Nilai Rujukan : Negatif)
Glukosa Urine : Negatif (Nilai Rujukan : Negatif)

➤ **Tanggal 23 Agustus 2021 (Sumber : Buku KIA) di Puskesmas Karang Taliwang**

Pemeriksaan Darah

HB : 11,3 gr% (Nilai Rujukan : > 11 gr%)
Rapid Antigen : IgG Non Reaktif (Nilai Rujukan : Non Reaktif)
IgM Non Reaktif (Nilai Rujukan : Non Reaktif)

➤ **Tanggal 24 Agustus 2021**

Ultrasonografi (USG) di RSUP NTB

Hasil : Janin tunggal/Hidup/IU, JK : laki-laki, PBJ : 2731 gram, TP : 20/09/2021, plasenta menutupi OUI, Air Ketuban cukup

Assesment

Dx : Ny "N" Umur 43 tahun G5P2A2H2 Usia Kehamilan 37 minggu T/H/IU presentasi kepala keadaan umum ibu dan janin baik dengan Plasenta previa totalis + riwayat SC 1x

Masalah : Rasa cemas yang dialami ibu oleh karena keadaan yang dialaminya

Kebutuhan : Menjelaskan tentang keadaan yang dialami oleh ibu

Diagnosa Potensial : Syok hipovolemik, Anemia

Masalah Potensial : Perdarahan

Planning

1. Memberikan penjelasan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, dengan tekanan darah 117/76 mmHg, usia kehamilan ibu 37 minggu atau setara dengan 9 bulan. Berat janin saat ini sekitar 2480

gram, dengan posisi punggung janin teraba di sebelah kanan dan kepala berada di bawah. Denyut jantung bayi normal, sekitar 140 kali per menit. Namun, ada pengeluaran darah dari jalan lahir karena hasil pemeriksaan USG menunjukkan bahwa plasenta menutupi jalan lahir, sehingga posisi bayi ibu belum masuk pintu atas panggul.

2. Memberikan dukungan moril untuk mengurangi kecemasan ibu dengan memberikan ibu semangat dan dukungan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.
3. Memberikan konseling pada ibu tentang tanda bahaya plasenta yaitu, Perdarahan pervaginam, syok hipovolemik, dan kematian janin.
4. Memberitahu ibu untuk terus memantau pergerakan janin setiap harinya saat ia terjaga, yang biasanya minimal harus terjadi 10 kali gerakan saat ibu terjaga. Cara menghitung gerakan janin adalah dengan menyiapkan 10 buah gelang karet di tangan kiri atau kanan ibu. Ketika ibu merasakan gerakan janin, ibu akan memindahkan satu gelang karet ke tangan yang lainnya. Setiap kali ibu merasakan gerakan janin, ibu akan memindahkan satu gelang karet lagi. Proses ini dilakukan dari pagi, misalnya dari jam 9 pagi hingga jam 9 malam, atau saat ibu sedang tidak beraktivitas. Gerakan janin dihitung selama 12 jam per hari. Ibu bisa menghentikan penghitungan gerakan janin jika sudah mencapai 10 kali dalam sehari.
5. Memberikan konseling tentang persiapan persalinan pada ibu dimana ibu harus sudah merencanakan tempat bersalin yaitu di Rumah sakit dengan fasilitas Ruang Operasi, penolong transportasi, cara menghubungi pelayanan kesehatan, biaya, pendamping, pengambil keputusan dan persiapan pendonor serta apa saja yang perlu dibawa saat persalinan yaitu seperti perlengkapan bagi ibu dan bayi.
6. Memberikan konseling kepada ibu hamil mengenai rencana penggunaan kontrasepsi pasca persalinan, khususnya metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP),

bertujuan untuk mengatur jarak kehamilan, merawat kesehatan ibu, dan mempersiapkan kehamilan selanjutnya dengan baik, sehingga menghasilkan generasi yang berkualitas. Selain itu, menjelaskan manfaat melakukan Metode Operasi Wanita (MOW) dan menguraikan risiko yang mungkin timbul jika terjadi kehamilan lagi pada ibu..

7. Memberikan apresiasi kepada ibu terkait kepatuhan pada pola istirahat, dengan menyarankan agar ibu terus menjaga pola istirahatnya. Disarankan untuk tidur siang minimal selama satu jam per hari, dan tidur malam tidak lebih dari pukul 10 malam atau setidaknya selama sekitar delapan jam per hari.
8. Memberikan konseling kepada ibu untuk menunda melakukan hubungan seksual untuk mencegah terjadinya perdarahan berulang pada ibu.
9. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kesehatan diri dan mematuhi protocol pencegahan Covid-19 agar terhindar dari virus Covid-19 yang dapat mengancam kesehatan dirinya serta bayinya dengan tetap memakai masker, menjaga jarak, menjauhi kerumunan, mencuci tangan dan membatasi mobilisasi.
10. Menganjurkan ibu untuk datang ke RSUD Provinsi NTB tanggal 28/8/2021 untuk persiapan SC elektif dan pemeriksaan laboratorium serta thorax.
11. Melakukan dokumentasi atau mencatat kegiatan pemeriksaan pada rekam medis pasien dan Buku KIA.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, N. (2019) *Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks MAternal dan Neonatal*. Pustaka Baru Press.
- Anwar, Y. (2023) *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Media Sains Indonesia.
- Noorbaya, S. (2019) *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Subiyatin, A. (2017) *Buku Ajar DOKUMENTASI KEBIDANAN*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Yosali Agu, M. (2020) *Dokumentasi Kebidanan*.

BAB 11

STUDI KASUS

KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL

Oleh Intan Renata Silitonga

11.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah semua kematian ibu, baik selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas, yang berhubungan dengan pengelolaannya, dan bukan akibat kecelakaan, dan dihitung dari 100.000 kelahiran hidup. AKI merupakan indikator penting dalam menentukan keberhasilan program kesehatan ibu dan melihat derajat kesehatan masyarakat. AKI di Indonesia sudah menurun dari angka 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020. Target RPJMN 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara target SDGs ialah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2023).

Penyebab kematian ibu yang terbanyak adalah 27% perdarahan, 23% eklampsia, 11% infeksi, dan 5% abortus (Kemenkes RI, 2012).

Beberapa usaha untuk mempercepat penurunan AKI ini sudah dilakukan, yaitu: meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil, pemeriksaan skrining HIV, Hepatitis B, dan Sifilis pada ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan ibu nifas dan bayi, perawatan khusus serta pelaksanaan rujukan pada kasus dengan komplikasi, serta pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2023).

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya kematian bayi di bawah usia satu tahun dibagi 1000 kelahiran hidup pada tahun yang ditentukan. AKB di Indonesia menurun dari 145 pada

tahun 1971 menjadi 16,85 pada tahun 2020 (Badan Pusat Statistik, 2023). Target AKB pada akhir tahun 2024 adalah 16 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2023).

AKB kebanyakan terdiri dari Angka Kematian Neonatal. Penyebab dari AKN yaitu 35,9% gangguan atau kelainan pernafasan, 32,4% prematuritas, dan 20% sepsis (Kemenkes RI, 2012).

Beberapa usaha yang dilakukan untuk menurunkan AKB adalah meningkatkan keteraturan dan kelengkapan kunjungan ANC, mengatasi anemia pada ibu hamil, memberikan tambahan gizi pada ibu hamil dengan Kurang Energi Kronik (KEK), meningkatkan cakupan kunjungan neonatal, meningkatkan ASI eksklusif hingga usia 6 bulan, meningkatkan imunisasi dasar lengkap pada bayi, pemberian vitamin A, dan meningkatkan penggunaan buku KIA (Kemenkes RI, 2023).

11.2 Kegawatdaruratan

Kendala yang dihadapi yang berkaitan dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) berkaitan dengan beberapa hal yaitu keterlambatan dalam mengambil keputusan, terlambat ketika melakukan rujukan dan keterlambatan saat mendapat pengobatan di tempat rujukan (Martaadisoebrata, 2005).

Pelayanan obstetri dan neonatal regional adalah suatu usaha untuk menyediakan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir yang dilaksanakan di rumah sakit dan dikenal dengan nama Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah sakit, sedangkan di Puskesmas dikenal dengan nama Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

Rumah sakit PONEK 24 Jam adalah bagian dari sistem rujukan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal. Kegiatan ini bertujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Beberapa hal yang menentukan keberhasilan PONEK yaitu sebagai berikut: terdapatnya tenaga kesehatan yang bertugas sesuai standar kompetensi, tersedianya prasarana dan sarana yang sesuai standar, serta adanya manajemen yang kompeten (Kemenkes RI, 2012).

11.3 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)

11.3.1 Definisi

Rumah Sakit MAMPU PONEK 24 jam merupakan penamaan pada rumah sakit yang dapat melaksanakan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal secara komprehensif dan terintegrasi selama duapuluh empat jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu (Kemenkes RI, 2012).

11.3.2 Ruang Lingkup

Ruang lingkup pelayanan PONEK di RS adalah pelayanan yang dilakukan di Unit Gawat Darurat, ruang operasi, ruang Tindakan, serta di ruang perawatan. Alur pelayanan PONEK sebagai berikut: melakukan stabilisasi di UGD serta melakukan persiapan untuk pengobatan definitive, melakukan penanganan kegawatdaruratan oleh tim PONEK RS di ruang Tindakan, melakukan penanganan operasi secara cepat dan tepat, misalnya tindakan laparatomi dan seksio sesaria, melakukan perawatan *intermediate* dan intensif ibu dan bayi, dan melakukan pelayanan Asuhan Ante Natal Risiko Tinggi (Kemenkes RI, 2012).

11.3.3 Syarat Minimal Pelayanan

Syarat minimal pelayanan RS PONEK ialah sebagai berikut: mampu memberikan pelayanan kesehatan masa antenatal dan postnatal pada maternal fisiologis serta pada maternal risiko tinggi, mampu memberikan pelayanan neonatal fisiologis serta melakukan asuhan neonatal dengan risiko tinggi di Tingkat II B, dan mempunyai Tim PONEK esensial (Kemenkes RI, 2012).

11.3.4 Tim PONEK

Tim PONEK terdiri dari dua orang dokter Spesialis Obgyn, Dua orang dokter Spesialis Anak, 2 orang dokter umum di Unit Gawat Darurat, tiga orang bidan (satu orang bidan koordinator dan Dua orang bidan penyelia), serta 2 orang perawat (Kemenkes RI, 2012).

11.3.5 Rujukan Maternal dan Neonatal

Regionalisasi Pelayanan Obstetri dan Neonatal merupakan sebuah sistem pembagian wilayah kerja rumah sakit, dengan cakupan wilayah pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat, dan mendapatkan pelayanan dalam waktu kurang dari satu jam, sehingga dapat memberikan pelayanan tindakan darurat yang sesuai dengan standar (Kemenkes RI, 2012).

Rujukan adalah proses yang berlangsung dari petugas kesehatan di suatu fasilitas pelayanan kesehatan kepada fasilitas pelayanan kesehatan lain, yang berlangsung timbal-balik, pada saat mengalami masalah seperti kekurangan sumber daya- misalkan masalah sarana prasarana, masalah alat, tenaga, ataupun masalah biaya- serta bila terjadi masalah. Rujukan sarana pelayanan kesehatan ini bisa setingkat (horizontal) ataupun berbeda tingkat (vertikal) (Kemenkes RI, 2012).

11.4 Studi Kasus Kegawatdaruratan

11.4.1 Studi Kasus Kegawatdaruratan Maternal

1. Kasus Hipertensi dalam Kehamilan

- Kasus : Seorang wanita, G1P0A0 sedang hamil delapan bulan, dan datang ke IGD dengan tekanan darah tinggi 160/110 mmHg, Pasien tidak mengeluh nyeri ulu hati, nyeri kepala hebat, dan pandangan kabur. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan protein urine positif dua. Pasien tidak merasakan mules-mules. Gerakan bayi masih aktif.
- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus pre eklamsia berat, tanpa penyulit impending eklamsia, belum ada mules, dan bayi masih normal.

a. Definisi

Pre eklamsia adalah suatu penyulit kehamilan berupa terjadinya hipertensi dalam kehamilan pada usia kehamilan sesudah 20 minggu dan disertai pemeriksaan laboratorium yaitu protein urine positif.

Penyebab pre eklamsia adalah primigravida, hiperplasentosis -yaitu pada kehamilan kembar, anak besar, mola hidatidosa, adanya riwayat hipertensi, riwayat diabetes melitus, dan adanya riwayat pre eklamsia (Martaadisoebrata, 2013).

b. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik yang ditemukan adalah kenaikan tekanan darah, adanya edema, pemeriksaan laboratorium protein urine positif, ataupun adanya gejala subyektif seperti sakit kepala hebat, nyeri ulu hati, dan gangguan penglihatan. Hipertensi yang terjadi adalah tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg di atas tekanan biasanya. Gejala bisa disertai dengan edema yang disebabkan terjadinya retensi air di jaringan pada pertambahan berat badan yang berlebihan, dan edema ini tidak hilang dengan beristirahat (Cunningham, 2022).

c. Penanganan

Penanganan hipertensi dalam kehamilan adalah sebagai berikut: siapkan pasien dengan melakukan identifikasi pasien, menjelaskan pada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan, serta melakukan *informed consent*. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan, yaitu: tensimeter, stetoskop, laboratorium tes proteinuria, obat MgSO₄ 40%, selang kateter, infus set, aquabides 3, spuit 10 cc dan spuit 5 cc, kalsium glukonas, reflek patela, *tongue spatel*, RL 500 cc, dan obat Diazepam. Penanganan Pre Eklamsia dan Eklamsia dilakukan dengan kolaborasi dengan dokter, yaitu: memasang Infus RL500 cc, memasang kateter, menilai pengeluaran urine, pemberian anti konvulsan MgSO₄ atau Diazepam sesuai advis dokter, dan memasang Oksigen 4 - 5 liter/mnt. Jika terjadi kejang, lindungi pasien dari kemungkinan trauma, pasien dibaringkan pada sisi kiri untuk menghindari resiko aspirasi, dan pemasangan *tongue spatel* bila diperlukan (Kemenkes RI, 2012).

2. Kasus Perdarahan

a. Abortus inkomplit

- Kasus : Seorang wanita, G1P0A0 sedang hamil dua bulan, dan dibawa ke IGD dengan perdarahan dari jalan lahir, sebanyak satu kain panjang, yang disertai dengan mules-mules dan keluarnya jaringan dari jalan lahir. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 100 kali per menit, respirasi 24 kali per menit, suhu afebris, dan pada pemeriksaan Hb 7,5 gr/dL.
- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus abortus inkomplit dengan perdarahan banyak, dan komplikasi syok hipovolemik dan anemia.

1) Definisi

Abortus inkomplit adalah keluarnya sebagian hasil konsepsi dari jalan lahir. Gejala yang terjadi adalah perdarahan dari jalan lahir dan perdarahan ini bisa sedikit ataupun banyak sehingga bisa sampai terjadi syok dan terdapat jaringan keluar dari vagina, dan disertai dengan mules-mules.

2) Pemeriksaan

Pada pemeriksaan dalam didapatkan ostium uteri terbuka dan teraba adanya sisa jaringan hasil konsepsi.

3) Penanganan

Penanganan yang dilakukan adalah atasi syok dan bila Hb < 8 gr %, maka dilakukan transfusi, dilakukan evakuasi berupa digital atau kuretase, pemberian uterotonik, dan pemberian antibiotik selama 3 hari (Martaadisoebrata, 2013).

b. Kehamilan Ektopik

- Kasus : Seorang wanita, G2P1A0 sedang hamil dua bulan, dan dibawa ke IGD dengan nyeri perut hebat dan perdarahan dari jalan lahir berupa bercak. Anak

sebelumnya sudah berusia 10 tahun, dan pasien tidak pernah menggunakan KB sebelumnya. Pasien tampak pucat, tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 100 kali per menit, suhu tidak febris, dan hasil laboratorium Hb 7 gr/dL. Pada pemeriksaan abdomen, abdomen teraba tegang dan pasien mengeluh nyeri pada saat abdomen ditekan.

- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus kehamilan ektopik dengan komplikasi syok hipovolemik dan anemia, dan dengan riwayat infertilitas sekunder.

1) Definisi

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi di luar rahim. Faktor penyebabnya adalah salpingitis, adhesi peritubal setelah infeksi seperti apendisitis atau endometriosis, riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, penggunaan kontrasepsi AKDR dan KB suntik derivat progestin, operasi memperbaiki patensi tuba, abortus provokatus, dan tumor yang mengubah bentuk tuba seperti mioma uteri dan tumor adneksa. Gejala kehamilan ektopik yang khas adalah nyeri perut, tidak haid, perdarahan per vaginam yang sedikit, syok karena hipovolemi, pembesaran uterus, tumor dalam rongga panggul, dan turunnya hemoglobin. Diagnosis bandingnya adalah radang panggul, abortus, pecahnya kista folikel, kista torsi, apendisitis, gastroenteritis, dan komplikasi AKDR (Cunningham, 2022).

2) Pemeriksaan

Pada pemeriksaan abdomen, terdapat nyeri tekan abdomen. Pada pemeriksaan dalam, terdapat nyeri goyang saat menggerakkan porsio. Perlu dilakukan pemeriksaan tes kehamilan untuk memastikan kehamilannya. Dapat dilakukan suatu tes yaitu *douglas punksi* dengan menggunakan jarum besar yang

dihubungkan pada spuit kemudian ditusukkan ke dalam kavum Douglas -di tempat kavum Douglas menonjol di forniks posterior. Hasil douglas punksi dikatakan positif -artinya ada perdarahan di dalam rongga perut- adalah bila ada darah berwarna merah tua, tidak membeku setelah diisap, dan ada gumpalan darah yang kecil. Pemeriksaan lain yang dilakukan adalah pemeriksaan ultrasonografi, yaitu tidak ditemukan kantong kehamilan intrauterin. Pemeriksaan lain yang dilakukan adalah laparoskopi yaitu pemeriksaan dengan menggunakan alat yang dimasukkan ke dalam rongga panggul. Pemeriksaan laparoskopi merupakan pemeriksaan dengan tingkat diagnostik yang paling tinggi.

3) Penanganan

Penanganan yang dilakukan adalah atasi syok, lakukan transfusi bila diperlukan, segera operasi salpingektomi (Martaadisoebrata, 2013).

c. Plasenta Previa

- Kasus : Seorang wanita, G2P1A0 sedang hamil 7 bulan dan datang ke IGD dengan perdarahan dari jalan lahir berupa bercak kemerahan, ini merupakan perdarahan kedua kalinya dan tidak disertai nyeri perut. Gejala tidak disertai mules perut. Gerakan bayi masih aktif.
- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus plasenta previa pada kehamilan preterm, dengan perdarahan sedikit, tidak disertai mules, dan gerakan bayi masih aktif.

1) Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Plasenta yang normal berimplantasi di dinding depan, dinding belakang rahim, atau daerah fundus uteri. Plasenta previa terjadi pada multipara,

mioma uteri, kuretase berulang, umur lanjut, bekas seksio sesarea, dan pada perubahan inflamasi atau atrofi karena wanita perokok atau pemakai kokain.

Gejala yang terjadi adalah perdarahan yang tidak disertai nyeri dan perdarahan ini bersifat berulang-ulang. Perdarahan ini terjadi karena pergerakan antara plasenta dan dinding rahim sehingga perdarahan disebabkan karena plasenta terlepas dari dasarnya. Bahaya yang dapat disebabkan oleh plasenta previa adalah syok hipovolemik, infeksi/ sepsis, emboli udara, kelainan koagulopati, kematian, hipoksia pada bayi, serta anemi dan kematian bayi (Martaadisoebrota, 2013).

2) Pemeriksaan

Pada pemeriksaan inspekulo akan tampak darah keluar dari ostium uteri eksternum. Pada pemeriksaan fornices, teraba bantalan lunak yaitu jaringan plasenta di antara jari-jari kita dan kepala. Pemeriksaan dalam hanya dilakukan bila sudah tersedia darah dan kamar operasi (*double set up*) siap karena dapat memicu perdarahan. Pemeriksaan USG dapat mempercepat pemeriksaan plasenta previa pada kehamilan sebelum trimester ketiga namun bisa terjadi migrasi plasenta yaitu berpindahnya plasenta diakibatkan segmen bawah rahim yang berkembang sehingga plasenta akan ikut naik menjauhi ostium uteri internum (Martaadisoebrota, 2013).

3) Penanganan

Penanganan yang dilakukan adalah terminasi atau ekspektatif. Jenis persalinan per vaginam ataupun seksio sesarea bergantung kepada banyaknya perdarahan, keadaan ibu dan bayi, besarnya pembukaan, tingkat plasenta previa, dan paritas (Martaadisoebrota, 2013).

d. Atonia Uteri

- Kasus : Seorang wanita, P6A0 melahirkan di bidan 15 menit lalu dan kemudian setelah plasenta lahir, terjadi

perdarahan banyak. Tekanan darah 80/50 mmHg, nadi 120 kali per menit, respirasi 24 kali per menit, suhu afebris. Pada saat dilakukan pemeriksaan abdomen, tinggi fundus uteri sepusat dan kontraksi lemah.

- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus atonia uteri dengan komplikasi syok hipovolemik pada pasien grandemultipara.

1) Definisi

Perdarahan pascasalin adalah perdarahan yang melebihi 500 cc pada kala tiga. Penyebab perdarahan pascasalin adalah trauma jalan lahir, atonia uteri, retensio plasenta, dan gangguan koagulopati. Atoni uteri dapat disebabkan oleh overdistensi uterus pada kehamilan kembar, polihidramnion, anak besar; partus lama, partus presipitatus, persalinan buatan, induksi persalinan, paritas tinggi, korioamnionitis, dan riwayat atonia uteri sebelumnya.

Gejala yang terjadi adalah perdarahan dari jalan lahir, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik, dan terjadi syok (Martaadisoebrata, 2013).

2) Pemeriksaan

Pemeriksaan spekulum dilakukan untuk memeriksa jalan lahir dan eksplorasi kavum uteri untuk memeriksa adanya robekan rahim.

3) Penanganan

Penatalaksanannya adalah pemasangan infus, persiapan transfusi darah, pemberian uterotonika yaitu suntik 10 IU oksitosin intramuskuler, pemberian metil ergometrin 0,2 mg intramuskuler, kandung kecing dikosongkan, lakukan masase uterus. Kemudian lakukan kompresi bimanual secara Hamilton yaitu satu tangan masuk ke dalam jalan lahir dan dijadikan kepalan tinju sehingga menekan dinding depan rahim dan tangan luar menekan dinding perut di atas fundus sehingga menekan dinding belakang rahim. Tindakan

ini dilakukan selama 15 menit sambil evaluasi keberhasilan menghentikan perdarahan dan memperkuat kontraksi rahim. Bila tindakan ini tidak berhasil, maka dilakukan operasi histerektomi (Martaadisoebrata, 2013).

e. Sisa Plasenta

- Kasus : Seorang wanita, P2A1 melahirkan di bidan 1 jam lalu, setelah lahir bayi maka terjadi kesulitan lahirnya plasenta dan terjadi perdarahan dari jalan lahir sehingga dilakukan manual plasenta. Perdarahan masih berlangsung dan kemudian pasien dirujuk ke rumah sakit. Pada pemeriksaan tekanan darah 110/70, nadi 88 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu afebris. Pada pemeriksaan abdomen, tinggi fundus 1 jari di bawah pusat, dengan kontraksi yang kadang kuat kadang lemah. Pada pemeriksaan dalam, teraba portio lunak dan masih membuka 3 cm, keluar darah dan teraba jaringan.
- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus sisa plasenta pada pasien retensio plasenta yang dilakukan manual plasenta sebelumnya, dengan tanda vital masih normal.

1) Definisi

Retensio plasenta adalah plasenta yang belum lahir setengah jam sesudah anak lahir (Martaadisoebrata, 2013). Penyebabnya adalah his yang kurang kuat, plasenta adhesiva yaitu plasenta yang sukar lepas karena tempatnya di tuba atau karena bentuknya seperti plasenta membranacea dan anularis, atau ukuran plasenta yang sangat kecil. Retensio plasenta juga bisa terjadi pada plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta (Martaadisoebrata, 2013).

Sisa Plasenta, yaitu tertinggalnya plasenta ataupun selaput Plasenta di dalam uterus (Kemenkes RI, 2012).

2) Pemeriksaan

Pemeriksaan pada retensio plasenta adalah pada kala III, plasenta yang belum lahir setengah jam setelah bayi lahir dan disertai dengan perdarahan banyak dari jalan lahir (Martaadisoebrata, 2013).

3) Penanganan

Pada retensio plasenta, dilakukan teknik pelepasan plasenta secara manual yaitu vulva dilakukan desinfeksi dan tangan kanan masuk secara obstetrik ke dalam vagina, kemudian tangan luar menahan fundus uteri dan tangan dalam menyusuri tali pusat sampai ke plasenta kemudian pada bagian pinggir yang sudah terlepas dilakukan gerakan pelepasan plasenta dengan gerakan sejajar dinding rahim (Cunningham, 2022).

Pada sisa plasenta, dilakukan beberapa langkah tindakan, yaitu: siapkan pasien, yaitu lakukan identifikasi klien, jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan, serta lakukan informed consent. Siapkan alat dan bahan, yaitu tensimeter, stetoskop, Laboratorium tes hemoglobin, siapkan obat uterotonika seperti oksitosin, methylergometrin, dan misoprostol. Penanganan sisa plasenta dilakukan dengan kolaborasi dengan dokter, yaitu: memasang Infus RL500 cc, memasang kateter, menilai perdarahan, dan mempersiapkan tindakan eksplorasi kavum uteri seperti tindakan manual plasenta ataupun kuretase (Kemenkes RI, 2012).



Gambar 11.1. Manual Plasenta (Cunningham, 2022)

11.4.2 Studi Kasus Kegawatdaruratan Neonatal

- Kasus : Seorang bayi lahir 15 menit lalu dengan kondisi kulit kebiruan, denyut jantung 90 kali per menit.
- Pertanyaan : Bagaimana analisis serta penatalaksanaan kasus tersebut?
- Pembahasan :

Kasus ini adalah kasus asfiksia neonatorum.

1. Definisi

Asfiksia pada bayi baru lahir atau asfiksia neonatorum adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. Penyebabnya adalah faktor ibu berupa pre eklamsia, perdarahan antepartum, partus lama, demam saat persalinan, dan kehamilan post matur, juga bisa karena faktor lilitan tali pusat, adanya simpul tali pusat, atau prolapsus tali pusat; dan faktor bayi yaitu bayi prematur, persalinan buatan, kelainan kongenital, dan air ketuban mekonium (IDAI, 2022).

2. Pemeriksaan

Pada pemeriksaan didapatkan hal berikut ini, yaitu: denyut jantung janin di atas 100 kali per menit atau kurang dari 100 kali per menit, air ketuban mekonium, tonus otot buruk,

tekanan darah rendah, takipneu, sianosis, dan pucat. Penilaian ini mengacu kepada skor APGAR yaitu penilaian frekuensi jantung, usaha pernafasan, tonus otot, iritabilitas refleks, dan warna kulit; dan diberikan skor 0, 1, dan 2. APGAR dinilai pada 1 menit dan 5 menit. APGAR dengan skor 0-3 disebut asfiksia berat, skor 4-6 termasuk asfiksia sedang, dan skor 7-10 termasuk tidak ada asfiksia (IDAI, 2022).

Kriteria	0	1	2
Warna (<i>Appearance</i>)	Seluruhnya pucat atau kebiruan	Tubuh merah muda, ekstremitas kebiruan	Seluruh tubuh dan ekstremitas berwarna merah muda
Denyut Jantung (<i>Pulse</i>)	Tidak ada	< 100 kali per menit	>100 kali per menit
Refleks (<i>Grimace</i>)	Tidak ada respon	Meringis/ menangis lemah	Menangis/ bergerak aktif
Tonus Otot (<i>Activity</i>)	Tidak ada/lumpuh	Sedikit fleksi	Bergerak aktif
Pernapasan (<i>Respiration</i>)	Tidak ada	Lemah dan iregular	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Gambar 11.2. Skor APGAR (IDAI, 2022)

3. Penanganan

Pada kasus asfiksia neonatorum yang menjadi fokus penanganan adalah tindakan pemberian oksigen dan tindakan memperbaiki curah jantung yang cukup.

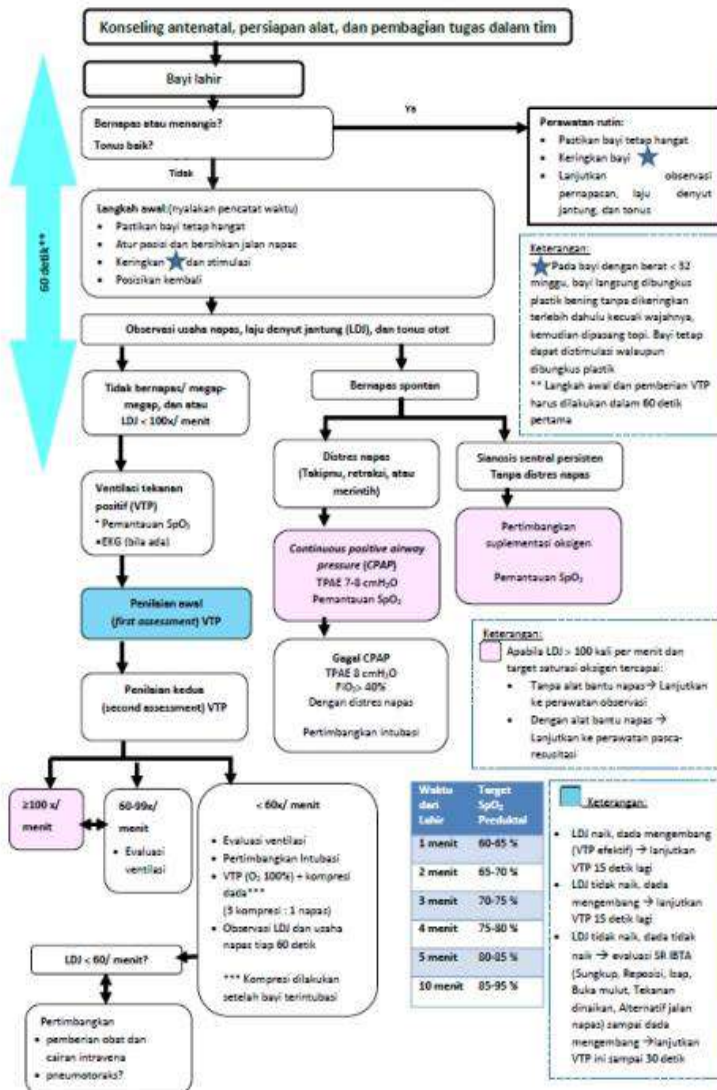
Persiapan alat yang dilakukan yaitu: menyediakan tempat resusitasi yang datar, keras, bersih, kering dan hangat, menyediakan handuk atau kain bersih dan kering, kain kecil untuk ganjal bahu sekitar 5 cm, menyediakan alat pengisap lendir yang terdiri dari bola karet bersih dan kering serta menyediakan penghisap de lee DTT / steril.

Penilaian bayi baru lahir berupa beberapa hal, yaitu: melakukan penilaian secara cepat tentang beberapa kondisi berikut: maturitas bayi yaitu sudah cukup bulan atau belum; kondisi air

ketuban apakah jernih atau bercampur meconium; bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan; serta gerak bayi aktif atau tidak. Bila salah satu jawaban adalah TIDAK, maka dilanjutkan ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir. Jika bayi megap-megap atau tidak bernafas, maka lakukan tindakan sebagai berikut: buka mulut bayi lebar, usap mulut dan isap lendir, serta potong tali pusat dengan cepat, kemudian bayi diselimuti dengan handuk/ kain, dan bayi diletakkan di tempat resusitasi, bayi diposisikan semi ekstensi dengan mengganjal menggunakan handuk atau kain, kemudian lakukan tindakan penghisapan lendir pada mulut sedalam kurang dari 5 cm dan hidung bayi sedalam kurang dari 3 cm, lalu keringkan bayi dengan sedikit tekanan dan bagian dada, perut, serta punggung bayi digosokkan sebagai rangsangan taktil untuk merangsang pernafasan, dan kemudian kain yang basah diganti dengan kain yang bersih dan kering. Selimuti bayi dengan kain kering dengan bagian muka dan dada terbuka, dan kepala bayi diposisikan semi ekstensi. Lakukan penilaian ulang usaha nafas bayi, bila menangis kuat atau bernafas spontan, maka dilakukan asuhan bayi baru lahir, tapi bila tetap tidak bernafas atau megap-megap, maka dilakukan tindakan ventilasi (Kemenkes RI, 2012).



ALUR RESUSITASI



Gambar 11.3. Algoritme Resusitasi menurut IDAI (IDAI, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2023. *Angka Kematian Bayi/ AKB (Infant Mortality Rate/ IMR) menurut Provinsi, 1971-2020* dari <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/1/MjIxNiMx/angka-kematian-bayi-akb--infant-mortality-rate-imr--menurut-provinsi---1971-2020.html>
- Kemenkes RI. 2012. *Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 Jam di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2023. *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Cunningham, FG. Leveno, KJ. Dashe, JS. 2022. *Williams Obstetrics*. 26th ed. McGraw-Hill Education.
- IDAI. 2022. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Asfiksia*. Diakses 10 April 2024 dari <https://www.idai.or.id/professional-resources/pedoman-konsensus/pedoman-nasional-pelayanan-kedokteran-tata-laksana-asfiksia>
- Martaadisoebrata, D. dkk. 2005. *Bunga Rampai Obstetrik dan Ginekologi Sosial*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Martaadisoebrata, D. Wirakusumah, F. Effendi, J. 2013. *Obstetri Patologi: Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Edisi 3. Jakarta: EGC.

BIODATA PENULIS



Fika Aulia, S.ST., Bdn., M.Keb., CHE

Dosen Prodi Sarjana Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi FKIK Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Bantul tanggal 1 Juli 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi, Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik (2010), S2 Magister Kebidanan (2019), Program Profesi Bidan STIKes Pemkab Jombang (2023). Penulis menekuni bidang Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat dan menulis buku. Judul buku yang pernah terbit sebelumnya adalah “Kontrasepsi Pil dan Kejadian Depresi”, “Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan”, “Kegawatdaruratan Maternal Neonatal” dan “Penyuluhan KIA”.

BIODATA PENULIS



Gusriani, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Baubau, 06 Agustus 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan. Menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin pada tahun 2017. Penulis mulai menekuni menulis sebagai salah satu bentuk aktulisasi dan pengembangan diri serta implementasi tri darma perguruan tinggi.

BIODATA PENULIS



Wiqodatul Ummah, S.Tr.Keb., M.Kes.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Situbondo tanggal 30 September 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang. Penulis menyelesaikan Pendidikan Dasar hingga Sekolah Menengah Pertama di tempat kelahirannya, Situbondo Jawa Timur. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Atas di SMA Nurul Jadid Paiton Probolinggo. Setelah itu, penulis melanjutkan pendidikan D3 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang, kemudian melanjutkan Pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang. Penulis mendapatkan gelar Magister Kesehatan (M. Kes) setelah menempuh S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Jember. Selama menjadi pembaca hingga saat ini, Penulis aktif di organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kota Malang. Buku yang sudah pernah ditulis adalah buku ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, Kandungan Daun Kelor untuk Kesehatan Reproduksi Wanita dan Penanganan Anemia dan Percepatan Luka Post Sectio Cesarea (SC). Selain aktif menulis buku, beliau juga aktif menjadi editor jurnal.

BIODATA PENULIS



Mufida Annisa Rahmawati., S.Tr.Keb, M.Tr.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan

Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Kota Batu tanggal 16 Juni 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang.

Penulis Menyelesaikan pendidikan D3 pada Jurusan Kebidanan di Kota Malang, melanjutkan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan di Kota Malang dan melanjutkan Pendidikan S2 pada Jurusan Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang.

Penulis aktif mengajar di Poltekkes Wira Husada Nusantara Malang sejak tahun 2019. Sebelumnya penulis berprofesi menjadi bidan di salah satu Praktik Mandiri Bidan Kota Batu dan Rumah Sakit Swasta di Kota Malang dan juga menjadi Guru di SMK Kesehatan Jurusan Keperawatan Kota Malang.

BIODATA PENULIS



Eti Kuswandari, S.Tr.Keb., M.K.M.

Dosen Program Studi D-III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Wonogiri tanggal 21 Agustus 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Prodi D-III Kebidanan, Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang Indonesia. Menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan dan melanjutkan S2 pada Kesehatan Ibu dan Anak, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Surakarta. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah, Kewarganegaraan. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi antara lain Hubungan Usia Ibu Hamil Dan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia di Pusesmas Sumbermanjing Kulon Kabupaten Malang.

Penulis dapat dihubungi melalui email:

etikuswandari.ek@gmail.com atau nomor telepon 082132770153

BIODATA PENULIS



Defi Kristina Sari, SST., M.Kes

Dosen Program Studi Kebidanan Poltekkes Wira Husada
Nusantara Malang

Penulis berhasil menyelesaikan pendidikannya di D3 Kebidanan Lulus Tahun 2008, D4 Kebidanan Tahun 2009 dan menyelesaikan studi S2 di prodi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Respati Indonesia Jakarta dan lulus pada tahun 2016. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kebidanan . Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut.

BIODATA PENULIS



Novi Budi Ningrum, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Kebidanan
Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Malang tanggal 05 November 1984. Penulis adalah seorang istri dan ibu dari 1 orang putri dan 2 orang putra, lulus DIII Kebidanan pada tahun 2005 dari Akademi Kebidanan Widyagama Husada Malang dan DIV Kebidanan dari Poltekkes Kemenkes Malang tahun 2010. Pendidikan S2 ditempuh pada tahun 2015 di Universitas Brawijaya Malang. Menjadi dosen Kebidanan mulai 2013 sampai dengan sekarang. Selain mengajar, juga aktif di bidang pelayanan dengan mendirikan Praktik Mandiri Bidan. Oleh karena itu selain aktif mengajar Penulis juga sering diundang untuk menjadi pembicara baik di pendidikan maupun di masyarakat.

BIODATA PENULIS



Siti Naili Ilmiyani, S. ST., M. Keb

Dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Hamzar
Mamben Kabupaten Lombok Timur NTB

Siti Naili Ilmiyani, S. ST., M. Keb Menyelesaikan studi S2 Kebidanan Universitas Aisyiyah Yogyakarta th 2018, D IV Pendidikan Bidan STIKES Aisyiyah Yogyakarta th 2014, DIII Kebidanan Universitas Nahdlatul Wathan Mataram th 2011, saat ini penulis masih aktif menjadi dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Hamzar Mamben Kabupaten Lombok Timur NTB.

BIODATA PENULIS



Intan Renata Silitonga

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Rajawali

Penulis lahir di Bandung tanggal 16 Agustus 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan, Institut Kesehatan Rajawali sejak tahun 2012 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan S1 Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (FK UNPAD), lulus tahun 2001 kemudian melanjutkan Profesi Dokter di FK UNPAD dan lulus tahun 2004. Penulis melanjutkan pendidikan Spesialis Obstetri dan Ginekologi serta sekaligus mengambil S2 Magister Kesehatan Ilmu Kedokteran Dasar Konsentrasi Obstetri dan Ginekologi di FK UNPAD, lulus tahun 2009. Kemudian menempuh pendidikan Subspesialis/Konsultan Obstetri Ginekologi Sosial (Obginsos), di FK UNPAD, lulus tahun 2018. Penulis pernah mengajar sebagai dosen pengajar klinis koasisten Obgin Fakultas Kedokteran Ukrida di RS Rajawali tahun 2012-2018. Penulis bekerja sebagai dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi di RS Rajawali sejak tahun 2011, dan juga di RSU Kasih Bunda sejak tahun 2020, serta mendirikan dan menjadi Direktur Klinik Utama Kebidanan INTAN Bandung sejak tahun 2013.