

KEGAWATDARURATAN KOMUNITAS PADA KEBIDANAN



PENULIS :

- Yanik Muyassaroh
- Lina Haryani
- Zummatul Atika
- Sri Susilawati
- Fitria
- Nurul Eko Widiyastuti
- Nirwana
- Muzayyana
- Nur Indah Noviyanti
- Dewi Nurdianti
- Lina Anggaraeni Dwijayanti
- Dyah Noviawati Setya Arum
- Eko Sri Wulaningtyas
- Yuliva



KEGAWATDARURATAN KOMUNITAS PADA KEBIDANAN

**Yanik Muyassaroh
Lina Haryani
Zummatul Atika
Sri Susilawati
Fitria
Nurul Eko Widiyastuti
Nirwana
Muzayyana
Nur Indah Noviyanti
Dewi Nurdianti
Lina Anggaraeni Dwijayanti
Dyah Noviawati Setya Arum
Eko Sri Wulaningtyas
Yuliva**



GET PRESS INDONESIA

KEGAWATDARURATAN KOMUNITAS PADA KEBIDANAN

Penulis :

Yanik Muyassaroh
Lina Haryani
Zummatul Atika
Sri Susilawati
Fitria
Nurul Eko Widiyastuti
Nirwana
Muzayyana
Nur Indah Noviyanti
Dewi Nurdianti
Lina Anggaraeni Dwijayanti
Dyah Noviawati Setya Arum
Eko Sri Wulaningtyas
Yuliva

ISBN : 978-623-198-579-8

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

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik, Aie Pacah, Kecamatan. Koto Tengah,
Kota Padang, Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 13 Agustus 2023

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 Kegawatdaruratan Komunitas Pada Kebidanan ini.

Buku ini membahas Konsep dasar penanganan kegawatdaruratan obstetric, Sistem rujukan di komunitas, Kegawatdaruratan Dan Penyulit Kehamilan Trimester II, II, III Di Komunitas, Penyakit yang menyertai kehamilan di komunitas, Persalinan kala I dan kala II, Penatalaksanaan kegawatdaruratan di komunitas, Penatalaksanaan dan pemantauan BBLR, Fase – fase penanggulangan bencana KIA, Tugas bidan kedaruratan dalam bencana KIA, Kegawatdaruratan kehamilan, Kegawatdaruratan persalinan, Kegawatdaruratan masa nifas, Pertolongan pertama pada kecelakaan di masyarakat keracunan, Komplikasi dan penyulit pada persalinan kala I, II, III dan IV di Komunitas.

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, 13 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 KONSEP DASAR PENANGANAN	
KEGAWATDARURATAN OBSTETRIC	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Penanganan Kegawatdaruratan Obstetric.....	2
1.2.1 Evaluasi cepat	2
1.2.2 Stabilisasi Keadaan Ibu.....	3
1.2.3 Manajemen Janin	5
1.2.4 Tindakan Medis	6
1.2.5 Koordinasi Tim.....	8
1.3 Prinsip Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri.....	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 SISTEM RUJUKAN DI KOMUNITAS	13
2.1 Sistem rujukan di komunitas.....	13
2.1.1 Sistem rujukan di komunitas nasional	13
2.1.2 Sistem rujukan di komunitas internasional	21
DAFTAR PUSTAKA	33
BAB 3 KEGAWATDARURATAN DAN PENYULIT	
KEHAMILAN TRIMESTER II, II, III DI KOMUNITAS	35
3.1 Kegawatdaruratan	35
3.2 Kegawatdaruratan Di Komunitas.....	36
3.3 Kegawatdaruratan Penyulit Kehamilan Trimester	
I Di Komunitas.....	37
3.3.1 Penyulit Kehamilan Trimester I.....	39
3.3.2 Penatalaksanaan Penyulit Kehamilan	
Trimester 1.....	40
3.4 Kegawatdaruratan Penyulit Kehamilan Trimester	
II Di Komunitas	42
3.4.1 Penyulit Kehamilan Trimester II	43

3.4.2 Penatalaksanaan Penyulit Kehamilan Trimester II	45
3.5 Kegawatdaruratan Penyulit Kehamilan Trimester III Di Komunitas.....	48
3.5.1 Penyulit Kehamilan Trimester III.....	49
3.5.2 Penatalaksanaan Penyulit Kehamilan Trimester III.....	51
DAFTAR PUSTAKA	53
BAB 4 PENYAKIT YANG MENYERTAI KEHAMILAN DI KOMUNITAS.....	55
4.1 Pendahuluan.....	55
4.2 Penyakit yang Menyertai Kehamilan di Komunitas	56
4.2.1 TB Paru	56
4.2.2 Gangguan Jantung	59
4.2.3 Diabetes Melitus	61
4.2.4 Asma.....	62
4.2.5 Ginjal	63
4.2.6 Hipertensi Kronik.....	64
4.2.7 Anemia	65
DAFTAR PUSTAKA	67
BAB 5 PERSALINAN KALA I & KALA II	69
5.1 Pendahuluan.....	69
5.2 Persalinan Kala I.....	69
5.2.1 Fisiologi Kala I.....	70
5.2.2 Perubahan Kala I.....	71
5.3 Persalinan Kala II	74
5.3.1 Fisiologi Kala II	74
5.3.2 Perubahan Kala II	75
DAFTAR PUSTAKA	78
BAB 6 PENATALAKSANAAN KEGAWATDARURATAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS.....	79
6.1 Pendahuluan.....	79
6.2 Konsep Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas.....	80

6.3 Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas.....	81
DAFTAR PUSTAKA	91
BAB 7 PENATALAKASANAAN DAN PEMANTAUAN BBLR.....	95
7.1 Pendahuluan.....	95
7.2 Pengertian BBL dan BBLR.....	96
7.3 Jenis Berat Badan Lahir Rendah	96
7.3 Menurut Masa Gestasinya	96
7.4 Faktor Berat Badan Lahir Rendah	96
7.5 Pencegahan dan Pengendalian BBLR	100
7.6 Penatalaksanaan BBLR.....	100
DAFTAR PUSTAKA	103
BAB 8 FASE-FASE PENANGGULANGAN BENCANA KIA ...	105
8.1 Pendahuluan.....	105
8.2 Tahapan Bencana	107
8.3 Siklus Bencana Dan Penanggulangan Bencana KIA	109
DAFTAR PUSTAKA	116
BAB 9 TUGAS BIDAN KEDARURATAN BENCANA KIA....	119
9.1 Letak Geografis Indonesia	119
9.2 Tugas Bidan di Daerah Bencana	122
DAFTAR PUSTAKA	128
BAB 10 KEGAWATDARURATAN KEHAMILAN	129
10.1 Pendahuluan.....	129
10.2 Abortus	129
10.3 Kehamilan Ektopik Terganggu	130
10.4 Solusio Plasenta.....	132
10.5 Plasenta Previa.....	134
10.6 Hipertensi, Preeklampsia dan Eklamsi	135
DAPTAR PUSTAKA	138
BAB 11 KEGAWATDARURATAN PERSALINAN	139
11.1 Kegawatdaruratan Persalinan Kala I dan II.....	139
11.1.1 Emboli air ketuban.....	139
11.1.2 Partus Lama	141

11.1.3 Prolaps Tali Pusat.....	143
11.2 Kegawatdaruratan Persalinan Kala III dan IV.....	146
11.2.1 Atonia Uteri.....	146
11.2.2 Retensio Plasenta.....	149
11.2.3 Inversio Uteri Obstetri	150
11.2.4 Ruptur Uteri.....	152
DAFTAR PUSTAKA	156
BAB 11 KEGAWATDARURATAN MASA NIFAS	157
12.1 Pendahuluan.....	157
12.2 Perdarahan Post Partum.....	158
12.2.1 Etiologi.....	158
12.2.2 Tanda, gejala, dan penyebab perdarahan post partum sekunder.....	161
12.2.3 Penatalaksanaan perdarahan post partum	162
12.2.4 Pencegahan perdarahan post partum	162
12.2.5 Faktor predisposisi perdarahan post partum.....	163
12.3 Sepsis Puerperalis	165
12.3.1 Etiologi sepsis puerperalis	165
12.3.2 Tahapan sepsis.....	166
12.3.3 Klasifikasi kegawatdaruratan nifas dengan sepsis puerperalis.....	166
12.3.4 Alur pengelolaan penderita kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium	168
12.4 Metritis.....	169
12.4.1 Faktor predisposisi.....	169
12.4.2 Tanda dan gejala	170
12.4.3 Klasifikasi	170
12.4.3 Tatalaksana	171
12.5 Mastitis.....	171
12.5.1 Patofisiologis mastitis	172
12.5.2 Macam-macam mastitis.....	172
12.5.3 Penatalaksanaan Mastitis	174
12.6 Bendungan Payudara	175
12.6.1 Tanda dan gejala	176

12.6.2 Faktor penyebab	176
12.6.3 Tatalaksana	177
DAFTAR PUSTAKA	178
BAB 13 PERTOLONGAN PERTAMA PADA KECELAKAAN KERACUNAN DI MASYARAKAT	181
13.1 Pendahuluan.....	181
13.2 Keracunan	182
13.2.1 Pengertian.....	182
13.2.2 Macam – macam keracunan	182
13.3 Mekanisme terjadinya Keracunan.....	184
13.4 Jalur Masuk Racun.....	185
13.4.1 Keracunan melalui mulut/alat pencernaan	185
13.4.2 Keracunan melalui pernafasan	185
13.4.3 Keracunan melalui kulit/kontak (absorpsi)	185
13.5 Efek racun terhadap tubuh	185
13.6 Gejala Keracunan	188
13.6.1 Gangguan klinis (penyebab keracunan), Sistem yang dipengaruhi dilihat dari Penampilan secara umum gangguan sistem syaraf :.....	188
13.6.2 Tanda Tanda vital	189
13.7 Diagnosa Keracunan	189
13.8 Pertolongan Pertama pada keracunan di masyarakat	191
DAFTAR PUSTAKA	192
BAB 14 KOMPLIKASI DAN PENYULIT PADA PERSALINAN KALA I, II, III DAN IV DI KOMUNITAS	193
14.1 Pendahuluan.....	193
14.2 Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala I	193
14.3 Penyulit dan Komplikasi Kala II	200
14.4 Penyulit dan Komplikasi Kala III.....	200
14.5 Penyulit dan Komplikasi Kala IV	200
DAFTAR PUSTAKA	202
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Bagan Jenjang Tingkat Tempat Pelayanan.....	17
Gambar 2.1. Interaksi pemangku kepentingan utama dalam sistem rujukan berbasis komunitas, Mozambik	30
Gambar 4.1. Alur Diabetes Melitus pada Ibu Hamil	61
Gambar 4.2. Perbedaan kadar Hb Normal dan Anemia	65
Gambar 8.1. Siklus Bencana dan Penanggulangan Bencana	109
Gambar 8.2. Fase- Fase Bencana dan Penanggulangan Bencana	110
Gambar 10.1. Klasifikasi Plasenta Previa	134

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Dosis obat sesuai KTD	58
Tabel 4.2. Klasifikasi gangguan jantung.....	60
Tabel 12.1. Tanda gejala dan penyebab perdarahan post partum sekunder	161
Tabel 12.2. Klasifikasi Kegawatdaruratan Nifas dengan Sepsis Puerperalis	166
Tabel 12.3. Macam Mastitis.....	172

BAB 1

KONSEP DASAR PENANGANAN KEGAWATDARURATAN OBSTETRIC

Oleh Yanik Muyassaroh

1.1 Pendahuluan

Kegawatdaruratan obstetric adalah kondisi medis yang mempengaruhi kehamilan, persalinan, atau pasca persalinan yang memerlukan intervensi segera untuk menyelamatkan nyawa ibu atau janin. Kegawatdaruratan obstetric dapat terjadi karena berbagai alasan, termasuk komplikasi pada kehamilan, persalinan yang rumit, atau masalah kesehatan yang mempengaruhi ibu atau janin (Kartini, *et al*, 2023).

Penanganan kegawatdaruratan obstetrik adalah situasi yang serius dan kompleks. Setiap kasus dapat berbeda, dan penanganan yang tepat harus didasarkan pada evaluasi individu dan keputusan klinis yang kompeten. Kasus-kasus kegawatdaruratan obstetric bisa sangat bervariasi, dan setiap situasi memerlukan penilaian dan penanganan yang spesifik tergantung pada kondisi individu pasien. Beberapa contoh kegawatdaruratan obstetric meliputi: Preeklampsia, Plasenta previa, Perdarahan antepartum, Distosia bahu, ruptur uterus dll (Lumbanraja, 2017).

Pada kondisi kegawatdaruratan obstetric, intervensi medis segera dan tim medis yang terlatih sangat penting. Intervensi medis yang cepat dan tepat sangat penting untuk mencegah komplikasi serius atau bahkan kematian.

1.2 Penanganan Kegawatdaruratan Obstetric

Penanganan kegawatdaruratan obstetrik adalah suatu upaya medis yang dilakukan untuk merespon situasi yang mengancam nyawa ibu hamil atau janin. Kegawatdaruratan obstetrik dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, atau pasca persalinan. Pada umumnya, penanganan kegawatdaruratan obstetrik melibatkan tim medis yang terlatih, termasuk dokter obstetri, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya (Ristanti dan Zuwariyah, 2020).

Konsep dasar dalam penanganan kegawatdaruratan obstetric meliputi: Evaluasi cepat, Stabilisasi keadaan ibu, Manajemen janin, Tindakan medis, dan Koordinasi tim.

1.2.1 Evaluasi cepat

Evaluasi cepat pada kegawatdaruratan obstetrik sangat penting untuk memastikan tindakan medis yang tepat dapat dilakukan dengan segera. Ketika ada kegawatdaruratan obstetrik, evaluasi cepat harus dilakukan untuk menilai kondisi ibu dan janin antara lain pengukuran tekanan darah, detak jantung janin, pengamatan tanda-tanda vital ibu, serta anamnesis dan pemeriksaan fisik. Berikut adalah beberapa langkah dalam evaluasi cepat pada kegawatdaruratan obstetrik:

1. Memeriksa tanda-tanda vital: Memeriksa tekanan darah, detak jantung, frekuensi pernapasan, dan suhu ibu. Tanda-tanda vital yang abnormal dapat memberikan petunjuk tentang adanya masalah yang memerlukan penanganan segera.
2. Melakukan pemeriksaan fisik: Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan abdomen untuk menilai pertumbuhan janin, posisi janin, dan tanda-tanda perdarahan atau distress janin. Pemeriksaan juga dapat dilakukan pada organ reproduksi untuk mencari tanda-tanda patologi seperti ruptur uterus atau perdarahan postpartum.

3. Evaluasi status janin: Mengamati detak jantung janin melalui kardiotokografi (CTG) atau Doppler fetal. Pemantauan ini membantu mengidentifikasi tanda-tanda distress janin, seperti bradikardia (detak jantung janin yang rendah) atau variabilitas detak jantung yang abnormal.
4. Memeriksa tanda-tanda perdarahan: Mengamati adanya perdarahan dari vagina atau tanda-tanda perdarahan internal, seperti perut yang keras dan nyeri hebat. Jika terjadi perdarahan yang mengancam nyawa, langkah-langkah untuk mengendalikan perdarahan harus segera diambil.
5. Mendapatkan riwayat obstetrik dan medis: Mendapatkan informasi tentang riwayat kehamilan, riwayat obstetrik sebelumnya, riwayat penyakit kronis, atau faktor risiko yang dapat mempengaruhi kondisi ibu atau janin.
6. Konsultasi tim medis: Jika kondisi ibu atau janin dalam keadaan darurat, segera hubungi tim medis yang terlatih dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Melaporkan temuan evaluasi cepat kepada tim medis akan memungkinkan mereka untuk segera mengambil tindakan yang tepat.

Evaluasi cepat pada kegawatdaruratan obstetrik harus dilakukan dengan cepat dan hati-hati. Setiap temuan yang mengkhawatirkan harus segera ditangani untuk mencegah komplikasi yang lebih serius dan melindungi nyawa ibu dan janin (Mursyid, 2022).

1.2.2 Stabilisasi Keadaan Ibu

Stabilisasi keadaan ibu pada kegawatdaruratan obstetrik adalah langkah penting dalam penanganan situasi darurat tersebut. Tujuannya adalah untuk memperbaiki kondisi ibu agar tetap stabil sebelum tindakan medis lebih lanjut dilakukan. Jika ibu dalam keadaan kritis, langkah-langkah harus diambil untuk memperbaiki

kondisi tersebut. Misalnya, jika ibu mengalami hipotensi atau perdarahan hebat, pemberian cairan intravena atau transfusi darah mungkin diperlukan. Pemberian oksigen juga penting dalam situasi yang memerlukan peningkatan suplai oksigen. Berikut adalah beberapa langkah yang biasanya dilakukan dalam stabilisasi keadaan ibu.

1. Pemantauan tanda-tanda vital: Memantau tekanan darah, detak jantung, frekuensi pernapasan, dan suhu ibu secara teratur. Hal ini membantu memperoleh informasi tentang stabilitas hemodinamik dan kesehatan umum ibu.
2. Pemberian oksigen: Jika ibu mengalami kesulitan pernapasan atau kekurangan oksigen, pemberian oksigen melalui masker atau kateter nasal dapat dilakukan. Oksigen membantu meningkatkan suplai oksigen ke jaringan tubuh dan memperbaiki oksigenasi.
3. Pemberian cairan intravena: Jika ibu mengalami hipotensi atau kehilangan cairan yang signifikan, pemberian cairan intravena diperlukan untuk memperbaiki volume darah dan meningkatkan tekanan darah. Jenis cairan dan jumlah yang diberikan akan disesuaikan dengan kondisi spesifik dan respons tubuh.
4. Transfusi darah: Jika terjadi perdarahan hebat atau anemia berat, transfusi darah mungkin diperlukan untuk menggantikan volume darah yang hilang dan meningkatkan kemampuan tubuh untuk membawa oksigen.
5. Kontrol perdarahan: Jika terjadi perdarahan yang mengancam nyawa, langkah-langkah untuk menghentikan atau mengendalikan perdarahan harus dilakukan segera. Ini dapat meliputi kompresi manual, pemberian obat-obatan, atau tindakan bedah darurat jika diperlukan.
6. Pengelolaan nyeri: Jika ibu mengalami nyeri hebat, pemberian analgesik atau anestesi harus dipertimbangkan untuk memberikan kenyamanan dan mengurangi stres yang dapat mempengaruhi kondisi ibu.

7. Konsultasi dengan spesialis: Jika kondisi ibu tidak dapat stabil dengan langkah-langkah awal, konsultasi dengan spesialis obstetrik atau dokter bedah obstetri segera dilakukan untuk membantu dalam penanganan lebih lanjut.

Stabilisasi keadaan ibu adalah langkah awal dan penanganan lengkap yang spesifik akan bergantung pada kondisi dan diagnosis yang mendasarinya. Oleh karena itu, evaluasi lanjutan dan tindakan medis yang tepat harus segera dilakukan setelah stabilisasi awal untuk memastikan keselamatan ibu dan janin (Ritonga, 2007).

1.2.3 Manajemen Janin

Manajemen janin pada penanganan kegawatdaruratan obstetrik adalah aspek penting dalam upaya menyelamatkan nyawa janin. Jika janin dalam bahaya, tindakan harus diambil untuk melindungi dan memperbaiki kondisinya. Monitoring terus-menerus terhadap detak jantung janin diperlukan untuk memantau kesehatan janin. Jika deteksi adanya distress janin atau kelainan serius, langkah-langkah seperti resusitasi neonatal atau tindakan operatif mungkin diperlukan. Langkah yang umum dilakukan dalam manajemen janin pada kegawatdaruratan obstetrik:

1. Pemantauan detak jantung janin: Pemantauan detak jantung janin dilakukan secara terus-menerus untuk mengevaluasi kesehatan janin dan mendeteksi tanda-tanda distress janin. Pemantauan ini dapat dilakukan melalui kardiotokografi (CTG) atau menggunakan perangkat Doppler fetal.
2. Resusitasi neonatal: Jika janin dilahirkan dalam keadaan yang mengancam nyawa, langkah-langkah resusitasi neonatal harus segera dilakukan. Ini termasuk pembersihan saluran napas, ventilasi dengan masker atau

tabung endotrakeal, dan pemberian obat-obatan jika diperlukan.

3. Tindakan operatif: Dalam beberapa situasi darurat obstetrik, tindakan operatif mungkin diperlukan untuk melindungi janin. Contoh tindakan ini adalah seksio sesarea darurat, yang dilakukan jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau mengancam nyawa ibu atau janin.
4. Pemantauan kondisi janin selama tindakan obstetrik: Jika tindakan operatif dilakukan, pemantauan detak jantung janin terus dilakukan selama prosedur untuk memastikan keadaan janin tetap stabil. Ini memungkinkan penilaian segera tentang respons janin terhadap tindakan yang diambil.
5. Konsultasi dengan spesialis neonatologi: Jika janin berisiko mengalami komplikasi pasca lahir, konsultasi dengan spesialis neonatologi harus dilakukan. Spesialis ini dapat memberikan perawatan yang diperlukan untuk bayi yang membutuhkan perhatian medis intensif setelah kelahiran.

Setiap langkah dalam manajemen janin harus didasarkan pada evaluasi dan diagnosis yang teliti. Tim medis yang terlatih dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik bekerja sama untuk menyusun rencana tindakan yang tepat dan memastikan keamanan serta kesehatan janin (Nasution, 2003).

1.2.4 Tindakan Medis

Penanganan kegawatdaruratan obstetrik melibatkan sejumlah tindakan medis yang mungkin dilakukan untuk memastikan keselamatan ibu dan janin tergantung pada jenis kegawatdaruratan obstetrik yang terjadi. Misalnya, jika terjadi pendarahan hebat, dilakukan tindakan hemostasis dan kemungkinan dilakukan operasi untuk menghentikan perdarahan. Pembedahan darurat, seperti seksio sesarea, juga dapat diperlukan

dalam beberapa kasus. Berikut ini adalah beberapa tindakan medis yang umum dilakukan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik:

1. Seksio sesarea darurat: Seksio sesarea darurat dilakukan jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau mengancam nyawa ibu atau janin. Prosedur ini melibatkan sayatan pada dinding perut dan rahim untuk mencapai kelahiran janin secara cepat.
2. Penanganan perdarahan: Jika terjadi perdarahan yang mengancam nyawa, langkah-langkah untuk menghentikan atau mengendalikan perdarahan harus segera dilakukan. Ini dapat mencakup kompresi manual, pemberian obat-obatan, penggunaan tamponade uterus, atau tindakan bedah seperti histerektomi darurat jika diperlukan.
3. Pemberian obat-obatan: Dalam kegawatdaruratan obstetrik, pemberian obat-obatan sering kali diperlukan untuk mengatasi kondisi yang mengancam nyawa. Contoh obat-obatan yang mungkin diberikan termasuk obat untuk meningkatkan kontraksi rahim, obat antihipertensi, obat anti-koagulan, atau obat untuk mengontrol perdarahan.
4. Penggunaan alat bantu: Dalam beberapa kasus, penggunaan alat bantu seperti forceps atau vakum ekstraktor mungkin diperlukan untuk membantu kelahiran janin. Alat-alat ini dapat membantu memperlancar persalinan atau mengatasi komplikasi yang terjadi selama persalinan.
5. Pemantauan intensif: Pemantauan intensif janin dan ibu dilakukan selama kegawatdaruratan obstetrik. Ini meliputi pemantauan detak jantung janin, pemantauan tanda-tanda vital ibu, pemantauan tekanan darah, dan pemantauan parameter laboratorium yang relevan.
6. Resusitasi neonatal: Jika janin dilahirkan dalam keadaan yang mengancam nyawa, langkah-langkah resusitasi neonatal harus segera dilakukan. Ini termasuk

pembersihan saluran napas, ventilasi, pemberian obat-obatan, dan perawatan lainnya untuk memastikan kelangsungan hidup dan stabilitas janin.

7. Konsultasi dengan spesialis: Dalam beberapa situasi darurat obstetrik, konsultasi dengan spesialis seperti dokter bedah obstetri, anesthesiolog, neonatolog, atau ahli lainnya mungkin diperlukan untuk memberikan perawatan dan saran yang tepat (Wantania, 2015).

1.2.5 Koordinasi Tim

Penanganan kegawatdaruratan obstetrik melibatkan kerja sama tim yang efektif. Setiap anggota tim harus memahami perannya dan bekerja secara sinergis untuk memberikan perawatan terbaik kepada ibu dan janin. Komunikasi yang jelas dan efisien antar anggota tim sangat penting dalam situasi darurat. Koordinasi tim yang efektif adalah kunci dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Berikut adalah beberapa aspek yang penting dalam koordinasi tim pada penanganan kegawatdaruratan obstetrik:

1. Komunikasi yang jelas: Komunikasi yang jelas dan terbuka antara semua anggota tim medis sangat penting. Informasi harus disampaikan dengan jelas dan tepat waktu, termasuk temuan evaluasi, rencana tindakan, dan perubahan kondisi pasien. Semua anggota tim harus mendengarkan dengan cermat dan mengkomunikasikan secara efektif untuk memastikan pemahaman yang tepat.
2. Peran dan tanggung jawab yang jelas: Setiap anggota tim harus memahami peran dan tanggung jawab mereka dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Ini termasuk pemahaman tentang peran dokter obstetri, bidan, perawat, anesthesiolog, neonatolog, dan tenaga medis lainnya. Koordinasi harus dilakukan untuk memastikan setiap peran dilaksanakan dengan tepat dan efisien.

3. Pemimpin tim: Dalam situasi kegawatdaruratan obstetrik, penting untuk memiliki seorang pemimpin tim yang terlatih dan berpengalaman. Pemimpin tim ini biasanya adalah dokter obstetri yang dapat mengarahkan upaya penanganan dan membuat keputusan yang tepat dalam situasi darurat. Pemimpin tim juga bertanggung jawab untuk memastikan koordinasi yang baik antara anggota tim.
4. Latihan dan pelatihan: Pelatihan dan latihan reguler dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik membantu meningkatkan koordinasi tim. Simulasi kegawatdaruratan obstetrik dapat dilakukan untuk mengasah keterampilan dan membangun kerjasama dalam tim. Latihan ini dapat membantu anggota tim menjadi lebih terbiasa dengan peran dan tanggung jawab mereka dalam situasi darurat.
5. Penghargaan dan pengakuan: Mengakui upaya dan kontribusi setiap anggota tim adalah penting dalam membangun koordinasi tim yang kuat. Tim yang diberi penghargaan cenderung bekerja lebih baik bersama dan merasa termotivasi untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien.

Koordinasi tim yang efektif membutuhkan kerja sama, komunikasi yang baik, dan pemahaman yang jelas tentang peran masing-masing anggota tim. Dengan koordinasi yang baik, penanganan kegawatdaruratan obstetrik dapat dilakukan dengan efisiensi dan keselamatan yang maksimal bagi ibu dan janin (Junita, 2023).

1.3 Prinsip Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri

Prinsip-prinsip utama dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik meliputi:

1. **Cepat dan Responsif:** Tanggap secara cepat terhadap situasi gawat darurat obstetrik sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Setiap detik berharga, dan tindakan harus diambil dengan segera.
2. **Prioritas Keselamatan:** Keselamatan ibu dan bayi harus menjadi prioritas utama dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Setiap keputusan dan tindakan harus didasarkan pada upaya untuk menjaga keselamatan mereka.
3. **Tim yang Terkoordinasi:** Penting untuk memiliki tim medis yang terlatih dan terkoordinasi dengan baik dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Kolaborasi yang efektif antara anggota tim dan komunikasi yang jelas adalah kunci dalam mengatasi situasi darurat dengan sukses.
4. **Evaluasi Awal dan Diagnosis Cepat:** Evaluasi awal yang cermat dan diagnosis cepat membantu dalam membuat keputusan pengobatan yang tepat. Identifikasi penyebab kegawatdaruratan obstetrik dan pemahaman yang mendalam tentang kondisi yang mendasarinya sangat penting.
5. **Stabilisasi dan Pemulihan Fungsi Vital:** Stabilisasi awal merupakan langkah pertama dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Fokus pada pemulihan fungsi vital seperti pemeliharaan aliran darah, oksigenasi, dan pemantauan detak jantung janin adalah hal yang penting.
6. **Penanganan Spesifik Kasus:** Setiap kegawatdaruratan obstetrik memiliki karakteristik dan penanganan yang spesifik. Penting untuk mengikuti panduan penanganan

yang sesuai dengan kondisi klinis dan protokol medis yang berlaku.

7. Komunikasi dengan Pasien dan Keluarga: Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga dengan jelas dan empati adalah prinsip penting dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik. Memberikan informasi yang akurat, mendengarkan kekhawatiran mereka, dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan penting.
8. Kontinuitas Perawatan: Setelah penanganan gawat darurat, penting untuk memastikan bahwa perawatan berkelanjutan diberikan kepada ibu dan bayi. Pemantauan lanjutan, perawatan jangka panjang, dan tindak lanjut harus dipertimbangkan untuk memastikan pemulihan yang optimal.
9. Evaluasi Pasca-Kejadian: Melakukan evaluasi pasca-kejadian dan diskusi tim untuk mengidentifikasi pembelajaran dan meningkatkan sistem penanganan gawat darurat obstetrik di masa mendatang (Sulfianti *et al*, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Kartini, K., Mien, M., Sugarni, M., Rosanty, A., Lestari, D. R., Apriyanti, A., ... & Purnawan, I. 2023. OBSTETRI DAN GINEKOLOGI UNTUK MAHASISWA KEBIDANAN. Penerbit Eureka
- Mursyid, M. 2022. *ANALISIS PRESUMED CONSENT PADA PENANGANAN KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DARI PERSEPSI DOKTER DAN PASIEN: SEBUAH STUDI KUALITATIF* (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada).
- Ritonga, N. A., & Hasanbasri, M. 2007. Manajemen unit gawat darurat pada penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri di Rumah Sakit Umum Tengku Mansyur Tanjung Balai. *Universitas Gadjah Mada Yogyakarta: Working Paper Series*, 13, 1-10.
- Lumbanraja, S. N. 2017. Kegawatdaruratan Obstetri. Medan: USU Press
- Ristanti, A. D., & Zuwariyah, N. 2020. Penerapan Manajemen Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri Dengan Insiden Kegawatdaruratan Obstetri Di Pusat Pelayanan Primer. *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 7(2), 239-246.
- Wantania, J. 2015. Kedaruratan Obstetrik (Clinical Emergencies In Obstetrics). UNSRAT
- Nasution, S. A. 2003. Gambaran Penanganan Kasus Kedaruratan Obstetri. *Medan: USU Digital Library*.
- Friska Junita, S. S. T., & KM, M. 2023. Bidang A (KEGAWATDARURATAN). STIKES Medistra
- Sulfianti, S., Hutomo, C. S., Hasnidar, H., Supriadi, R. F., Muzayyaroh, M., Arum, D. N. S., ... & Lestari, R. T. 2022. *Gawat Darurat Maternal Neonatal*. Yayasan Kita Menulis.

BAB 2

SISTEM RUJUKAN DI KOMUNITAS

Oleh Lina Haryani

2.1 Sistem rujukan di komunitas

2.1.1 Sistem rujukan di komunitas nasional

A. Pengertian Sistem rujukan.

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 maupun horizontal ke fasilitas, pelayanan yang lebih kompeten terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.

Sistem rujukan adalah sistem jaringan institusi kesehatan yang memungkinkan saling mentransfer masalah yang muncul baik secara vertikal maupun horizontal ke institusi dan layanan yang lebih kompeten, lebih mudah diakses, lebih rasional, dan layanan yang tidak terbatas dalam wilayah administrasi. (*KEBIDANAN KOMUNITAS*, n.d.)

B. Tujuan sistem Rujukan

Untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

C. Jenis-jenis rujukan

1. Rujukan medik

Adalah rujukan yang pelimpahan bertanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik

secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwewenang dan mampu menangani secara rasional
Jenis rujukan medik ada tiga

a. Transfer of patient

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan tindakan operatif dll.

b. Transfer of specimen

Pengiriman bahan (specimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

c. Transfer of knowledge/personal

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu pelayanan pengobatan setempat.

2. Rujukan kesehatan

Hal ini sebagai acuan untuk mendelegasikan tanggung jawab bersama atas suatu kejadian baik secara vertikal maupun horizontal kepada seseorang yang lebih kompeten dan mampu menanganinya dengan lebih cerdas.

D. Pelaksanaan rujukan

1. Internal antar petugas di satu rumah
2. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
3. Antara masyarakat dan puskesmas
4. Antara puskesmas dengan puskesmas lainnya
5. Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
6. Internal antar bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
7. Antara rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit

E. Jenjang pelayanan kesehatan

Jenjang (hierarki)	Komponen/unsure pelayanan kesehatan
Tingkat rumah tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau keluarga sendiri
Tingkat masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh kelompok paguyuban, PKK, saka bhakti husada, anggota RT, RW, dan masyarakat (posyandu)
Fasilitas pelayanan kesehatan professional tingkat I	Puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, praktek dokter swasta, bidan, poliklinik swasta dll.
Fasilitas pelayanan kesehatan professional tingkat II	Rumah sakit kabupaten, rumah sakit swasta,
Fasilitas pelayanan kesehatan professional tingkat III	Rumah sakit kelas A dan B serta lembaga spesialis swasta, laboratorium swasta, laboratorium kesehatan daerah dan laboratorium klinik swasta

Pada pasal 001 Permenkes tahun 2012 yang menyangkut acuan:

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan primer.

Pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan primer yang diberikan oleh dokter di Puskesmas, pelayanan

keperawatan di Puskesmas, rawat inap perorangan, pelayanan dasar, poliklinik umum puskesmas/fasilitas dan rumah sakit dasar. Dalam keadaan tertentu, bidan dapat memberikan pelayanan asuhan primer sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2. Pelayanan kesehatan sekunder.

Perawatan kesehatan tingkat kedua adalah layanan medis khusus, yang disediakan oleh dokter spesialis dengan menggunakan pengetahuan dan teknologi perawatan kesehatan khusus.

3. Pelayanan kesehatan tersier.

Pelayanan kesehatan tersier adalah pelayanan kesehatan subspesialis yang diberikan oleh subspesialis dengan menggunakan pengetahuan dan teknologi subspesialis.

Pada Pasal 2 Permenkes Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan :

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama.

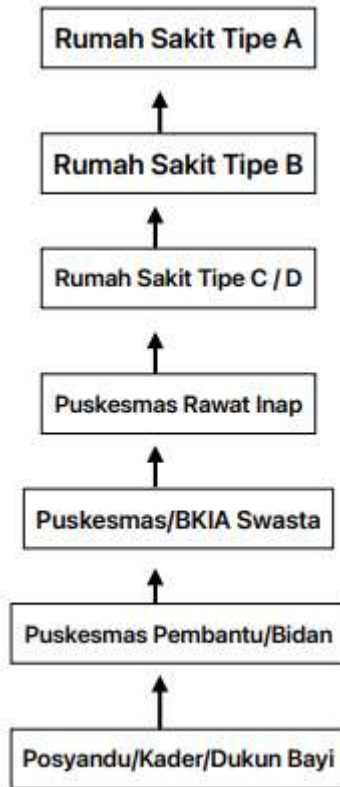
Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter di Puskesmas, Puskesmas Perawatan, Tempat Praktik Perorangan, Klinik Pratama, Klinik Umum di Balai/Lembaga Pelayanan Kesehatan, dan Rumah Sakit Pratama. Dalam keadaan tertentu, bidan dapat memberikan pelayanan kesehatan di tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua.

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

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.



Gambar 1.1. Bagan Jenjang Tingkat Tempat Pelayanan

F. Jalur rujukan

Jalur rujukan untuk kasus kegawatdaruratan dapat dilaksanakan sebagai berikut:

1. Dari kader Dapat langsung merujuk ke:
 - a. Pondok bersalin/bidan di desa

- b. Puskesmas pembantu
 - c. Puskesmas dengan rawat inap.
 - d. Rumah sakit pemerintah atau swasta.
 - e. Bergantung fasilitas mana yang terdekat
2. Dari posyandu Dapat langsung merujuk ke:
 - a. Pondok bersalin/bidan di desa
 - b. Puskesmas pembantu
 - c. Puskesmas dengan rawat inap.
 - d. Rumah sakit pemerintah atau swasta
 3. Dari puskesmas pembantu Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D atau C atau rumah sakit swasta.
 4. Dari pondok bersalin / bidan di desa. Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D atau C atau rumah sakit swasta.

Pada rujukan penderita gawat darurat, batas wilayah administrasi (geografis) dapat diabaikan karena yang penting penderita mendapat pertolongan yang cepat dan tepat.

G. Mekanisme rujukan

1. Menentukan kegawatdaruratan penderita
 - a) Pada tingkat kader Bila ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
 - b) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan jawabnya mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk. tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan. kasus yang ditemui. Sesuai dengan kewenangan dan tanggung

2. Menentukan tempat tujuan rujukan

Pilih tempat pelayanan kesehatan yang terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita

3. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarganya

Penderita dan keluarganya perlu diberi informasi tentang perlunya penderita segera dirujuk untuk mendapat pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

4. Mengirimkan informasi ke tempat rujukan

Tujuan mengirimkan informasi ke tempat rujukan adalah:

- a) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
- b) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
- c) Meminta petunjuk cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

5. Persiapan penderita Perbaiki keadaan umum terlebih dahulu, infuse maupun obat-obatan yang diperlukan untuk mempertahankan keadaan umum

- a) Perlu disertakan pada waktu pasien dirujuk.
- b) Surat rujukan perlu disiapkan sesuai formatnya.
- c) Bidan perlu mendampingi untuk menjaga keadaan umum penderita.

6. Pengiriman penderita tindak lanjut penderita

Perlu diupayakan kendaraan / sarana transportasi yang nyaman dan tepat untuk mengangkut penderita.

7. Tindak lanjut penderita

- a) Bagi penderita yang memerlukan tindak lanjut tapi tidak melapor, maka perlu dilakukan kunjungan rumah.
- b) Untuk penderita yang telah dikembalikan dan memerlukan tindak lanjut dilakukan tindakan sesuai saran yang diberikan

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujuka disingkat: BAKSOKU yaitu yang dijabarkan sebagai berikut.

- a. **(B) Bidan** : Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi tenaga kesehatan yang kompeten memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan selama perjalanan merujuk.
- b. **(A) Alat** : Bawa peralatan dan bahan-bahan yang diperlukan (seperti spuit, infus set, tensi meter, stetoskop, oksigen, dan lain-lain).
- c. **(K) Kendaraan** : Siapkan kendaraan untuk mengantar ke tempat merujuk, kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya.
- d. **(S) Surat** : Surat rujukan yang berisi identitas pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat-obat yang telah diberikan.
- e. **(O) Obat** : Bawa obat yang diperlukan seperti obat-obatan essensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.
- f. **(K) Keluarga** : Mendampingi dan diinformasikan kepada keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu dirujuk. Anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat merujuk.

- g. **(U) Uang** : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk persiapan administrasi di tempat rujukan.
- h. **(DA) Darah** : Persiapkan kantung darah sesuai golongan darah pasien atau calon penonor darah dari keluarga yang akan digunakan untuk berjaga-jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah

Sistem rujukan pada pelayanan kebidanaan terdiri dari kasus-kasus petologi pada remaja, kehamilan, persalinan, ibu nifas dimana sudah bukan wewenang bidan sesuai undang-undang yang berlaku serta pengiriman bahan laboratorium untuk dianalisis.

2.1.2 Sistem rujukan di komunitas internasional

A. Guidelines For Referral Health Care In Unhcr Country Operations

1. Prinsip perawatan rujukan

- a. Diperlukan pendekatan kesehatan masyarakat memberikan kebaikan yang sebesar-besarnya untuk jumlah orang yang sebesar-besarnya untuk memandu kebijakan dan prosedur rujukan mengingat sumber daya dan anggaran selalu terbatas.
- b. Perawatan Kesehatan Primer (Puskesmas) harus dipromosikan sebagai pintu masuk untuk semua rujukan medissehingga pelayanan kesehatan diberikan sedekat mungkin dengan tempat tinggal masyarakat. Ini termasuk perawatan kesehatan mental, skrining dan deteksi dini penyakit misalnya untuk diabetes dan hipertensi dan perawatan paliatif. Kesehatan masyarakat merupakan bagian integral dari Pendekatan PHC untuk meningkatkan pengendalian penyakit,

- pengobatan dan mengurangi komplikasi dan rujukan.
- c. Tingkat perawatan kesehatan rujukan bagi pengungsi harus setara dengan komunitas tuan rumah. Jika layanan tidak gratis untuk pengungsi, biaya rujukan dapat didukung oleh UNHCR sesuai dengan prosedur operasi standar tingkat negara dan dengan mempertimbangkan bagaimana warga negara tuan rumah dengan status sosial ekonomi yang sama didukung untuk mengakses perawatan rujukan. Pengungsi tidak boleh dievakuasi ke negara ketiga untuk perawatan.
 - d. Berintegrasi dengan layanan nasional sebanyak mungkin. Perawatan kesehatan rujukan untuk pengungsi harus diintegrasikan dalam sistem mereka untuk komunitas tuan rumah sebanyak mungkin menghindari penggunaan layanan paralel. Fasilitas nasional/pemerintah harus digunakan tetapi dalam beberapa konteks penggunaan fasilitas swasta nirlaba dapat dipertimbangkan karena kurangnya kapasitas untuk menyerap pengungsi dalam sistem nasional. Penggunaan fasilitas swasta harus tetap luar biasa.
 - e. Rujukan selalu merupakan keputusan medis. Perawatan rujukan harus diputuskan oleh dokter medis, petugas klinis atau perawat sesuai dengan SOP.
 - f. Untuk semua jenis rujukan, prognosis merupakan kriteria terpenting diikuti dengan biaya. Prognosis menentukan alasan untuk memberikan perawatan. Prognosis harus dinilai oleh dokter medis yang berkualifikasi dan penyakit penyerta yang memengaruhi prognosis perlu dipertimbangkan. Biaya pengobatan juga akan dipertimbangkan

karena anggaran selalu terbatas. Perawatan yang tahan lama dan mahal (misalnya dialisis, beberapa jenis kanker) akan membutuhkan evaluasi yang cermat. Kasus tidak boleh dirujuk untuk perawatan lanjutan jika kelangsungan hidup atau pemulihan tidak mungkin terjadi (misalnya, kasus gagal ginjal lanjut, kanker lanjut). Kasus tersebut harus terus mendapatkan perawatan medis, termasuk perawatan paliatif jika sesuai dan tersedia secara lokal. Dalam operasi di mana keputusan tentang kasus rujukan dan manajemennya menjadi kompleks, mahal atau kontroversial,

- g. Pastikan transparansi kebijakan dan prosedur rujukan. Mitra dan pengungsi harus diinformasikan dengan jelas tentang kebijakan dan prosedur rujukan kesehatan termasuk batasan bantuan kesehatan yang diberikan. Strategi komunikasi yang mencakup PoC perlu dikembangkan, diterapkan, dan disebarluaskan dalam bahasa yang relevan.
- h. Semua rujukan memerlukan persetujuan tertulis dan harus tetap dirahasiakan dengan jaminan perlindungan data. Informed consent untuk rujukan harus dicari dari pasien atau pengasuh yang bertanggung jawab. Rekam medis harus disimpan dengan aman dalam berkas medis yang tepat atau rekam medis elektronik. Perjanjian berbagi data mungkin diperlukan dengan penyedia pihak ketiga seperti TPA. Penghormatan kerahasiaan berkas medis pasien harus diawasi secara ketat oleh Petugas Kesehatan Masyarakat UNHCR atau petugas lain yang ditunjuk oleh UNHCR. Kehati-hatian harus diberikan

sehubungan dengan email yang berisi informasi medis yang terkait dengan perincian identitas sehingga hanya mereka yang perlu tahu dan terlibat dalam manajemen rujukan yang disalin.

Item berikut harus dimasukkan dalam SOP:

- a. Rumah sakit yang dipilih untuk perawatan rujukan
- b. Jenis perawatan rujukan ditanggung
- c. Kondisi medis yang tidak dapat dirujuk
- d. Proses pengambilan keputusan untuk perawatan rujukan
- e. Mekanisme untuk melibatkan aktor lain dalam perawatan rujukan
- f. Penyelesaian biaya
- g. Pemantauan

2. *Define Medis Eligibility Dan Ineligibility Untuk Bantuan*

Ada dua jenis rujukan yang memenuhi syarat:

- a. Keadaan darurat (kebidanan, medis, dan bedah)
- b. Kasus elektif untuk penyelidikan dan/atau pengobatan pelengkap

Untuk kedua jenis rujukan, **prognosa** merupakan kriteria yang paling penting. Prognosis didasarkan pada pengalaman medis dan pengetahuan yang tersedia, kemungkinan perjalanan kondisi medis dan kemungkinan penyembuhan. Prognosis harus dinilai oleh dokter medis yang berkualifikasi. Penyakit penyerta yang mempengaruhi prognosis perlu dipertimbangkan. Sebagian besar, kasus yang diajukan untuk rujukan medis haruslah kasus di mana kehidupan atau fungsi dasar orang tersebut dipertaruhkan. Lebih baik untuk memulai rujukan medis pada tahap awal penyakit ketika prognosis cenderung lebih baik.

Biaya pengobatan akan menjadi faktor penting sebagai anggaran yang terbatas. Perawatan kronis (misalnya, dialisis, thalassemia, multiple sclerosis, beberapa kanker) akan memerlukan evaluasi ulang kasus secara teratur. Perhatian khusus harus diberikan pada manajemen tindak lanjut kasus darurat yang akan membutuhkan perawatan kesehatan jangka panjang. Untuk kasus darurat dan elektif, disarankan agar setiap negara mengikuti panduan di bawah ini dan menyusun daftar kondisi yang disetujui untuk didukung (dan yang tidak dapat didukung) serta mengidentifikasi dan menyetujui daftar fasilitas kesehatan yang dapat mengelolanya.

Tidak mungkin untuk memiliki daftar kondisi rujukan yang lengkap tetapi ada beberapa prinsip umum yang ditetapkan oleh UNHCR untuk mempertimbangkan kelayakan medis untuk rujukan:

- 1) Dalam kasus kedaruratan yang mengancam jiwa dengan pertimbangan prognosis
- 2) Kondisi yang berpotensi menyebabkan gangguan atau kecacatan permanen
- 3) Intervensi penyelamatan anggota tubuh, pendengaran atau penglihatan
- 4) Komplikasi akut penyakit kronis dengan mempertimbangkan prognosis
- 5) Untuk prosedur bedah elektif yang hemat biaya
- 6) Perawatan paliatif

Biasanya UNHCR akan bekerja sama dengan mitra untuk mengelola rujukan dari tingkat dasar ke tingkat yang lebih tinggi. Biasanya, ini akan dilakukan melalui mitra LSM yang memberikan perawatan primer dan bagian dari perjanjian kemitraan (PA) akan mencakup tanggung jawab untuk rujukan. Dalam beberapa kasus, mitra yang melaksanakan perawatan primer dan rujukan

mungkin Kementerian Kesehatan. Jumlah mitra rujukan tunggal atau terbatas memberikan banyak keuntungan bagi UNHCR dalam hal membuat kesepakatan, mengamankan perlindungan dan kerahasiaan, memantau kualitas perawatan, dan beradaptasi dengan berbagai perbedaan budaya dan bahasa. Ini juga membantu untuk bernegosiasi, merasionalisasi, dan memantau biaya.

Penyedia layanan perawatan rujukan

Perjanjian tertulis dengan penyedia layanan perawatan rumah sakit diperlukan untuk mengklarifikasi harapan, layanan yang akan ditanggung, memastikan kualitas perawatan, dan menentukan jenis dan jaminan pembayaran. Ini adalah dokumen penting untuk memantau peran dan tanggung jawab semua pemangku kepentingan: mitra, penyedia layanan dan UNHCR. Sebuah perjanjian harus menjelaskan semua prosedur rujukan seperti dokumentasi, formulir, penandatanganan resmi, modalitas transportasi, pengelolaan berkas medis, pelaporan, dan pembayaran. Itu juga harus mencatat biaya rawat inap yang disetujui, biaya pemeriksaan dan biaya perawatan berdasarkan dokumentasi resmi sektor kesehatan tingkat negara. Nota Kesepahaman dan kontrak dengan rumah sakit direkomendasikan.

Nota Kesepahaman adalah perjanjian sederhana dengan rumah sakit, atau dengan Kementerian Kesehatan, yang dapat didukung oleh UNHCR dan/atau mitra dalam hal pasokan medis, atau peralatan sebagai imbalan atas perawatan rumah sakit yang diberikan. Ini adalah komitmen yang kurang mengikat secara hukum dibandingkan dengan kontrak. UNHCR mungkin memiliki MoU yang lebih luas dengan Kementerian Kesehatan di mana perawatan rujukan dimasukkan sebagai salah satu komponen. Kontrak adalah perjanjian yang lebih rinci dan

mengikat secara hukum yang diminta saat pembayaran untuk perawatan rumah sakit diperlukan. Kontrak harus mencakup setidaknya informasi yang tercantum di bawah ini:

Perkenalan:

- Latar belakang

Deskripsi layanan yang dibutuhkan:

- Definisi penerima manfaat
- Jenis layanan yang dibutuhkan
- Biaya layanan yang dibutuhkan

Kewajiban penyedia layanan (rumah sakit):

- Penerimaan penerima manfaat dan penyediaan layanan yang dibutuhkan
- Kualitas layanan yang diberikan
- Kerahasiaan/perlindungan informasi pribadi penerima manfaat (mengingat hukum nasional)
- Data dan pelaporan

Kewajiban mitra UNHCR:

- Pemberitahuan kedatangan pasien
- Modalitas transportasi
- Pembayaran untuk layanan yang diberikan
- Pemantauan

Hukuman jika kewajiban tidak dihormati:

Masa berlaku:

Tanda tangan:

Kesepakatan harus dibuat antara mitra UNHCR dan fasilitas rujukan. UNHCR dapat menandatangani sebagai saksi dengan kemungkinan otoritas pemantauan kualitas dan kinerja bersama dengan badan pemerintah lain yang terlibat.

Rujukan akan lebih disukai ke rumah sakit umum meskipun rumah sakit swasta dapat dianggap luar biasa sesuai dengan konteks dan keefektifan biaya. Secara umum, UNHCR dan mitranya harus bernegosiasi dengan rumah sakit atau Kementerian Kesehatan untuk memberikan tarif yang sama dengan yang diberikan kepada populasi paling rentan di daerah tangkapan rumah sakit. Semua biaya layanan termasuk biaya tambahan harus di negosiasikan untuk tarif yang menguntungkan. Biaya khusus yang lebih tinggi untuk orang asing tidak boleh diterima.

Jika tidak memenuhi syarat, informasi lengkap harus diberikan kepada pasien, keluarga dan pengasuh dan semua pilihan alternatif harus didiskusikan dengan mereka seperti perawatan paliatif jika diperlukan.

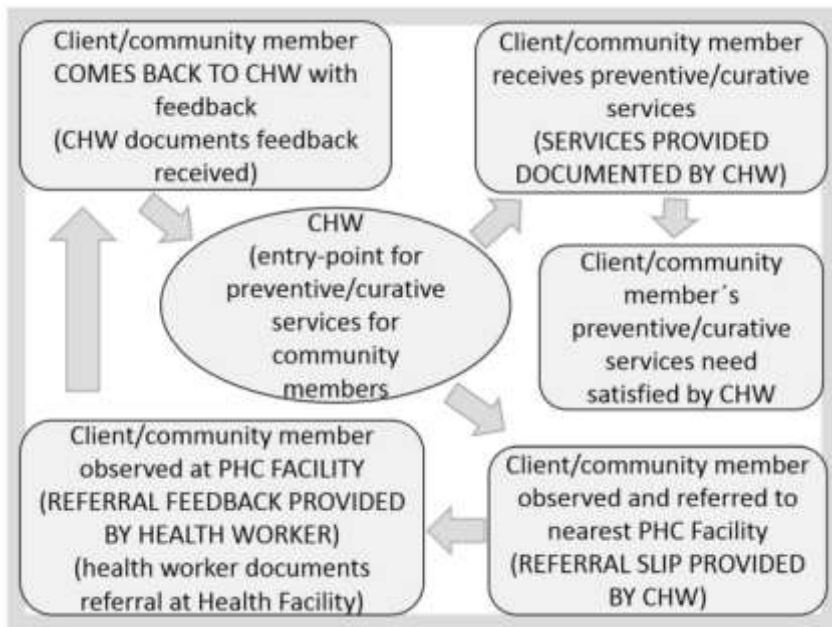
Seperti yang telah disebutkan, kasus tidak boleh dirujuk untuk pengobatan jika kesehatan pasien telah mencapai stadium lanjut yang memburuk sehingga tidak mungkin bertahan hidup atau sembuh. Rujukan tidak boleh didukung hanya karena alasan kosmetik.(Unhcr, n.d.)

B. Sistem rujukan komunitas di mozambik

Di Mozambik, perawatan kesehatan terutama disediakan oleh sistem kesehatan masyarakat. Ada pedoman yang jelas untuk klien layanan kesehatan negara, termasuk program *Community Health Worker* (CHW). Pasien yang membutuhkan perawatan tambahan yang dibantu oleh CHW dirujuk ke perawatan primer di mana atasan langsung CHW berada. Setiap fasilitas kesehatan memiliki area tangkapan khusus yang dicadangkan di mana beberapa CHW bekerja. Lokasi CHW diharapkan

berada dalam radius 8-25 kilometer dari fasilitas kesehatan rujukan sehingga memudahkan kerja CHW. Efektivitas sistem rujukan dalam program kesehatan masyarakat.(Give *et al.*, 2019)

Mozambik bergantung pada beberapa faktor yang mencakup klien/anggota masyarakat, CHW, dan petugas kesehatan berbasis fasilitas. Setiap kelompok saling bergantung dan dalam realitas kompleks sistem kesehatan adaptif dapat menjadi penghalang atau fasilitator untuk rujukan. Dengan demikian, analisis kami memeriksa komponen kunci penguatan sistem kesehatan dalam kerangka pemikiran sistem yang menekankan pentingnya hubungan dan perilaku akhir yang timbul dari interaksi komponen sistem. Lokakarya tentang sistem rujukan dengan partisipasi inspektur APE dari kedua kabupaten (berbagi pedoman dan alat yang dikembangkan oleh MOH atau MISAU seperti yang dikenal di Mozambik; tugas dan tanggung jawab APE dan petugas kesehatan sesuai dengan standar MISAU yang ditetapkan dalam hal ini. pertimbangan dengan surat referensi; pentingnya sistem rujukan memungkinkan masyarakat pedesaan di Mozambik memiliki akses yang sama dan universal ke layanan kesehatan).



Gambar 2.2. Interaksi pemangku kepentingan utama dalam sistem rujukan berbasis komunitas, Mozambik

C. Sistem rujukan komunitas di Cina

Pengembangan sistem rujukan dua arah antara rumah sakit dan CHS di Cina bersifat dinamis dan kompleks. Rujukan dua arah antara rumah sakit dan CHS mengacu pada rujukan pasien dari CHS ke rumah sakit dengan syarat bahwa pasien tersebut tidak dapat dirawat di CHS dan, selama pemulihan, pasien akan dibebaskan dari rumah sakit kembali ke CHS. Pola ini dapat memfasilitasi interaksi dan komunikasi antara rumah sakit dan CHS dalam hal sumber daya pasien, manusia, dan ruang; peralatan medis; dan informasi untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya tersebut. Oleh karena itu, diyakini bahwa manfaat sosial dan ekonomi terbesar bagi CHS dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya

medis dan rumah sakit yang ada. Baik pasien maupun CHS akan mendapat manfaat dari rujukan dua arah. Rujukan dua arah antara rumah sakit dan CHS melibatkan lima agen utama: pasien, pemerintah, CHS, lembaga asuransi kesehatan, dan rumah sakit. Perilaku pasien sebagian besar dipengaruhi oleh kualitas layanan medis dan aksesibilitas ke layanan kesehatan dan situasi ekonomi pasien. Pemerintah menetapkan harga dan menerapkan kebijakan tentang asuransi kesehatan, sehingga membatasi perilaku lembaga kesehatan. Lembaga asuransi kesehatan dapat menentukan perilaku pasien dalam memilih institusi kesehatan. Kelima agen utama ini terus berinteraksi dan mewakili faktor penentu rujukan dua arah. (Li *et al.*, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Safrudin, S. K. M., & Hamidah, S. P. 2009. *Kebidanan komunitas*. EGC.
- Dainty Maternity, S. S. T., Keb, M., Putri, R. D., & Aulia, D. L. N. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Penerbit Andi.
- Ayue, H. I. 2022. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Wineka Media.
- Give, C., Ndima, S., Steege, R., Ormel, H., McCollum, R., Theobald, S., Taegtmeier, M., Kok, M., & Sidat, M. 2019. Strengthening referral systems in community health programs: A qualitative study in two rural districts of Maputo Province, Mozambique. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4076-3>
- Li, M., Zhang, Y., Lu, Y., Yu, W., Nong, X., & Zhang, L. 2018. Factors influencing two-way referral between hospitals and the community in China: A system dynamics simulation model. *Simulation*, 94(9), 765–782. <https://doi.org/10.1177/0037549717741349>
- Unhcr. (n.d.). *UNHCR Guidelines for Referral Health Care in UNHCR Country Operations*.

BAB 3

KEGAWATDARURATAN DAN PENYULIT KEHAMILAN TRIMESTER II, II, III DI KOMUNITAS

Oleh Zummatul Atika

3.1 Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan adalah suatu situasi atau kondisi yang memerlukan tindakan segera dan penanganan medis darurat. Kegawatdaruratan dapat terjadi dalam berbagai konteks, termasuk kesehatan, kecelakaan, bencana alam, atau keadaan darurat lainnya.

Dalam konteks kesehatan, kegawatdaruratan dapat merujuk pada kondisi atau situasi yang mengancam jiwa atau menyebabkan kerusakan serius pada tubuh. Contohnya termasuk serangan jantung, stroke, luka serius, pendarahan hebat, sesak napas yang parah, reaksi alergi yang mengancam jiwa, atau kehilangan kesadaran.

Dalam keadaan darurat, tindakan cepat dan tepat sangat penting untuk memberikan perawatan pertama kepada individu yang membutuhkan. Tindakan ini bisa mencakup melakukan pemanggilan ke layanan darurat, memberikan RJP (Resusitasi Jantung Paru) pada seseorang yang berhenti bernapas, memberikan pertolongan pertama pada luka atau cedera, atau memberikan obat-obatan atau terapi khusus dalam situasi tertentu.

Kegawatdaruratan juga dapat melibatkan penanganan bencana alam, seperti gempa bumi, banjir, kebakaran, atau badai. Dalam situasi-situasi ini, respons tanggap darurat dan evakuasi

mungkin diperlukan untuk melindungi keselamatan dan menyelamatkan nyawa individu.

Penting untuk selalu mencari bantuan medis profesional dalam keadaan kegawatdaruratan dan tidak mengabaikan situasi yang bisa membahayakan jiwa atau menyebabkan kerusakan serius. Jika Anda berada di dalam situasi yang mengancam atau melihat orang lain dalam keadaan darurat, segera hubungi layanan darurat setempat atau menghubungi nomor darurat yang berlaku di wilayah Anda.

3.2 Kegawatdaruratan Di Komunitas

Kegawatdaruratan di komunitas merujuk pada situasi darurat yang terjadi di lingkungan lokal atau komunitas tempat tinggal seseorang. Dalam konteks ini, kegawatdaruratan dapat mencakup berbagai kejadian atau kondisi yang membutuhkan respons cepat dan penanganan medis darurat. Berikut adalah beberapa contoh kegawatdaruratan yang dapat terjadi di komunitas:

1. Kecelakaan atau cedera: Termasuk kecelakaan lalu lintas, kejadian olahraga yang menyebabkan cedera serius, jatuh dari ketinggian, luka bakar, atau luka serius lainnya yang memerlukan perawatan medis segera.
2. Gangguan pernapasan: Seperti serangan asma yang parah, serangan panik yang menyebabkan kesulitan bernapas, atau kejadian yang mengakibatkan sumbatan saluran napas.
3. Penyakit akut: Seperti serangan jantung, stroke, hipoglikemia (rendahnya gula darah), serangan epilepsi, atau reaksi alergi yang mengancam jiwa.
4. Kegawatdaruratan obstetrik dan kehamilan: Termasuk preeklampsia berat, perdarahan antepartum (perdarahan pada trimester ketiga kehamilan), kelahiran prematur, atau ketuban pecah dini.

5. Bencana alam: Seperti gempa bumi, banjir, topan, atau kebakaran yang memerlukan evakuasi darurat, penyelamatan, dan penanganan cedera.
6. Keadaan psikiatrik darurat: Seperti ancaman bunuh diri, perilaku kekerasan yang mengancam nyawa orang lain, atau keadaan mental yang memerlukan penanganan segera oleh profesional kesehatan mental.
7. Kegawatdaruratan lingkungan: Termasuk kejadian keracunan, kecelakaan dengan bahan berbahaya, kebakaran industri, atau pelepasan gas beracun.

Dalam kegawatdaruratan di komunitas, penting untuk menghubungi layanan darurat setempat atau nomor darurat yang berlaku di wilayah Anda. Selain itu, memiliki pengetahuan dan keterampilan pertolongan pertama yang tepat juga sangat penting untuk memberikan bantuan awal kepada orang yang membutuhkan sebelum bantuan medis profesional tiba. Pelatihan dan pemahaman tentang RJP (Resusitasi Jantung Paru), penanganan pendarahan, stabilisasi cedera, dan evakuasi yang aman adalah beberapa keterampilan yang dapat bermanfaat dalam situasi kegawatdaruratan di komunitas.

3.3 Kegawatdaruratan Penyulit Kehamilan Trimester I Di Komunitas

Dalam komunitas, kegawatdaruratan yang berkaitan dengan penyulit kehamilan trimester pertama dapat mencakup kondisi-kondisi serius yang memerlukan penanganan medis segera. Berikut ini adalah beberapa contoh kegawatdaruratan yang mungkin terjadi pada trimester pertama kehamilan di komunitas:

1. Abortus spontan yang mengancam nyawa: Jika seorang wanita mengalami perdarahan hebat dan kram perut yang parah, serta menunjukkan tanda-tanda syok, seperti denyut nadi lemah, pucat, atau kesadaran yang menurun, ini bisa menjadi

tanda adanya abortus spontan yang mengancam nyawa. Penanganan medis darurat diperlukan untuk mengatasi perdarahan yang berat dan menjaga kestabilan ibu.

2. Kehamilan ektopik yang pecah atau mengancam nyawa: Jika seorang wanita mengalami nyeri perut yang parah dan tiba-tiba pingsan, serta mengalami perdarahan internal yang signifikan, ini bisa menjadi tanda adanya kehamilan ektopik yang pecah atau mengancam nyawa. Kondisi ini memerlukan penanganan medis darurat untuk menghentikan perdarahan dan mengatasi kondisi yang berbahaya bagi ibu.
3. Mola hidatidosa yang mengancam nyawa: Mola hidatidosa yang berkembang secara tidak normal dapat menyebabkan perdarahan hebat, kram perut yang parah, serta tingkat hormon kehamilan yang tidak normal. Jika seorang wanita mengalami perdarahan yang berat dan menunjukkan gejala yang mengkhawatirkan, penanganan medis segera diperlukan untuk mengatasi keadaan darurat dan melindungi kesehatan ibu.
4. Infeksi saluran kemih yang parah: Infeksi saluran kemih yang tidak diobati atau tidak diobati dengan baik dapat menyebabkan komplikasi serius pada trimester pertama kehamilan. Jika seorang wanita mengalami gejala infeksi saluran kemih yang parah, seperti demam tinggi, nyeri panggul, atau keadaan yang memburuk secara cepat, perawatan medis darurat diperlukan untuk mengobati infeksi dan mencegah komplikasi yang lebih lanjut.

Dalam situasi kegawatdaruratan ini, penting untuk segera menghubungi layanan darurat setempat atau memanggil nomor darurat yang berlaku di wilayah Anda. Selain itu, memberikan edukasi kepada anggota komunitas tentang tanda-tanda kegawatdaruratan kehamilan trimester pertama dan pentingnya mencari bantuan medis segera juga merupakan langkah yang

penting untuk meningkatkan kesadaran dan kesehatan ibu hamil di komunitas tersebut.

3.3.1 Penyulit Kehamilan Trimester I

Penyulit kehamilan pada trimester pertama dapat melibatkan berbagai kondisi atau masalah yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin. Beberapa penyulit umum yang dapat terjadi pada trimester pertama kehamilan meliputi:

1. **Abortus spontan:** Keguguran adalah kehilangan janin sebelum usia kehamilan 20 minggu. Abortus spontan sering terjadi pada trimester pertama dan dapat disebabkan oleh faktor genetik, kelainan kromosom, masalah hormon, atau faktor lainnya. Gejala meliputi perdarahan vagina, kram perut yang parah, dan keluarnya jaringan dari vagina.
2. **Kehamilan ektopik:** Kehamilan ektopik terjadi ketika janin berkembang di luar rahim, biasanya di tuba falopi. Ini adalah kondisi serius yang memerlukan penanganan medis segera. Gejala yang mungkin muncul termasuk nyeri perut yang parah, perdarahan vagina, pusing, atau pingsan.
3. **Mola hidatidosa:** Mola hidatidosa atau kehamilan molar adalah kondisi langka di mana jaringan plasenta yang abnormal berkembang menjadi massa yang menyerupai kanker. Gejala meliputi perdarahan vagina yang berat, kram perut yang parah, dan tingkat hormon kehamilan yang tidak normal.
4. **Hyperemesis gravidarum:** Ini adalah kondisi mual dan muntah yang parah selama kehamilan, melebihi mual pagi biasa. Hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan dehidrasi dan kekurangan gizi, yang dapat berdampak buruk pada kesehatan ibu dan janin.
5. **Infeksi saluran kemih (ISK):** Infeksi saluran kemih yang tidak diobati atau tidak diobati dengan baik pada trimester pertama dapat menyebabkan komplikasi kehamilan. Gejala ISK yang parah termasuk demam tinggi, nyeri panggul, atau darah dalam urine.

6. Faktor Rh negatif: Jika seorang ibu hamil memiliki faktor Rh negatif dan janinnya memiliki faktor Rh positif, ini dapat menyebabkan masalah pada kehamilan. Jika darah ibu dan janin bercampur selama kehamilan, ibu dapat mengembangkan antibodi yang dapat merusak sel darah janin.

Penting untuk diingat bahwa ini hanya beberapa contoh penyulit kehamilan trimester pertama, dan setiap kehamilan dapat memiliki risiko dan komplikasi yang berbeda. Jika Anda mengalami gejala yang tidak biasa atau khawatir tentang kehamilan Anda, segera konsultasikan dengan profesional medis untuk evaluasi dan perawatan yang tepat.

3.3.2 Penatalaksanaan Penyulit Kehamilan Trimester 1

Penatalaksanaan penyulit kehamilan pada trimester pertama akan bervariasi tergantung pada jenis dan tingkat keparahan penyulit yang dialami oleh ibu hamil. Berikut adalah beberapa contoh penatalaksanaan umum untuk beberapa penyulit kehamilan trimester pertama:

1. Abortus spontan:
 - a. Jika ada tanda-tanda atau gejala keguguran, seperti perdarahan vaginal atau kram perut yang parah, segera konsultasikan dengan profesional medis.
 - b. Penatalaksanaan dapat melibatkan pemantauan perkembangan kehamilan, tes darah untuk memeriksa tingkat hormon kehamilan, dan pemeriksaan ultrasonografi untuk mengevaluasi kesehatan janin.
 - c. Jika keguguran terjadi, mungkin diperlukan prosedur medis atau bedah untuk membersihkan rahim.
2. Kehamilan ektopik:
 - a. Kehamilan ektopik merupakan keadaan darurat yang memerlukan intervensi medis segera.

- b. Penatalaksanaan dapat meliputi pemberian obat methotrexate untuk menghentikan pertumbuhan janin di luar rahim, atau tindakan bedah laparoskopi untuk mengangkat kehamilan ektopik.
- 3. Mola hidatidosa:
 - a. Penatalaksanaan mola hidatidosa akan melibatkan pengangkatan jaringan mola melalui prosedur bedah atau pengosongan rahim (evakuasi vakum aspirasi).
 - b. Setelah pengangkatan mola, ibu hamil perlu dipantau secara teratur untuk memastikan bahwa tingkat hormon kehamilan normal kembali dan tidak ada tanda-tanda kekambuhan.
- 4. Hyperemesis gravidarum:
 - a. Penatalaksanaan hyperemesis gravidarum dapat melibatkan pemberian cairan intravena untuk mengatasi dehidrasi, penggunaan obat anti-mual, atau nutrisi tambahan melalui infus atau sonde nasogastric jika mual dan muntah parah menghambat asupan makanan dan cairan secara oral.
- 5. Infeksi saluran kemih (ISK):
 - a. Jika terdiagnosis dengan ISK, dokter akan meresepkan antibiotik yang aman untuk digunakan selama kehamilan.
 - b. Penting untuk mengikuti jadwal pengobatan yang direkomendasikan dan mengonsumsi antibiotik dengan tepat sesuai petunjuk dokter.

3.4 Kegawatdaruratan Penyulit Kehamilan Trimester II Di Komunitas

Kegawatdaruratan yang berkaitan dengan penyulit kehamilan trimester kedua di komunitas dapat melibatkan kondisi serius yang memerlukan penanganan medis segera. Berikut ini adalah beberapa contoh kegawatdaruratan yang mungkin terjadi pada trimester kedua kehamilan di komunitas:

1. **Preeklampsia berat atau eklampsia:** Preeklampsia adalah kondisi dengan peningkatan tekanan darah yang signifikan dan adanya kelainan pada fungsi organ, seperti kerusakan hati atau gangguan penglihatan. Jika seorang wanita hamil mengalami tekanan darah yang sangat tinggi, sakit kepala parah, gangguan penglihatan, atau kejang, ini bisa menjadi tanda preeklampsia berat atau eklampsia. Penanganan medis darurat diperlukan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin.
2. **Plasenta previa yang mengancam nyawa:** Plasenta previa adalah kondisi di mana plasenta menutupi sebagian atau seluruh pembukaan serviks. Jika seorang wanita hamil mengalami perdarahan hebat tanpa rasa sakit pada paruh kedua kehamilan, ini bisa menjadi tanda plasenta previa yang mengancam nyawa. Penanganan medis darurat diperlukan untuk menghentikan perdarahan dan menjaga kesehatan ibu dan janin.
3. **Pendarahan antepartum yang mengancam nyawa:** Pendarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu. Jika seorang wanita hamil mengalami perdarahan hebat, nyeri perut yang parah, atau tanda-tanda syok, ini bisa menjadi tanda pendarahan antepartum yang mengancam nyawa. Penanganan medis darurat diperlukan untuk menghentikan perdarahan dan menjaga kesehatan ibu dan janin.
4. **Kelainan pertumbuhan janin:** Jika seorang wanita hamil mengalami penurunan gerakan janin yang signifikan atau

mengalami perubahan yang mencurigakan dalam pertumbuhan janin, ini bisa menjadi tanda adanya kelainan pertumbuhan janin. Penanganan medis segera diperlukan untuk mengevaluasi kondisi janin dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk melindungi kesehatan janin.

5. Ruptur uterus: Ruptur uterus adalah kondisi yang jarang terjadi di mana dinding rahim pecah selama kehamilan. Jika seorang wanita hamil mengalami nyeri perut yang parah, pendarahan hebat, atau gejala syok, ini bisa menjadi tanda ruptur uterus. Kondisi ini memerlukan penanganan medis darurat untuk menjaga kesehatan ibu dan janin.

Dalam situasi kegawatdaruratan ini, penting untuk segera menghubungi layanan darurat setempat atau memanggil nomor darurat yang berlaku di wilayah Anda. Memberikan edukasi kepada anggota komunitas tentang tanda-tanda kegawatdaruratan kehamilan trimester kedua dan pentingnya mencari bantuan medis segera juga merupakan langkah yang penting untuk meningkatkan kesadaran dan kesehatan ibu hamil di komunitas tersebut.

3.4.1 Penyulit Kehamilan Trimester II

Penyulit kehamilan pada trimester kedua dapat melibatkan berbagai kondisi atau masalah yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin. Berikut ini adalah beberapa penyulit umum yang dapat terjadi pada trimester kedua kehamilan:

1. Preeklampsia: Preeklampsia adalah kondisi yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah tinggi yang signifikan setelah usia kehamilan 20 minggu. Gejalanya meliputi tekanan darah tinggi, edema, adanya protein dalam urine, sakit kepala yang parah, gangguan penglihatan, nyeri perut yang persisten, dan penurunan gerakan janin. Preeklampsia berat atau eklampsia, yang melibatkan kejang atau kehilangan kesadaran, dapat menjadi keadaan darurat.

2. Plasenta previa: Plasenta previa terjadi ketika plasenta menutupi sebagian atau seluruh pembukaan serviks. Gejalanya meliputi perdarahan vagina tanpa rasa sakit, sering terjadi pada paruh kedua kehamilan. Jika perdarahan hebat terjadi atau jika plasenta previa menghalangi jalan keluar bayi, keadaan ini dapat menjadi kegawatdaruratan yang memerlukan perawatan medis segera.
3. Kelainan pertumbuhan janin: Gangguan pertumbuhan janin dapat terjadi pada trimester kedua kehamilan dan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti masalah plasenta, kelainan genetik, atau masalah kesehatan ibu. Jika ibu mengalami penurunan gerakan janin yang signifikan atau mengalami perubahan yang mencurigakan dalam pertumbuhan janin, perawatan medis segera diperlukan untuk mengevaluasi kondisi janin.
4. Infeksi saluran kemih (ISK): Infeksi saluran kemih pada trimester kedua kehamilan dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti infeksi ginjal atau kerusakan janin. Gejalanya meliputi nyeri atau sensasi terbakar saat buang air kecil, sering buang air kecil, demam, nyeri punggung, atau nyeri perut. Jika tidak diobati, ISK dapat menjadi kegawatdaruratan yang memerlukan perawatan medis segera.
5. Kelainan pada plasenta: Penyulit lain pada trimester kedua dapat melibatkan masalah dengan plasenta, seperti plasenta akreta, plasenta inkreta, atau plasenta perkreta. Kondisi ini terjadi ketika plasenta menempel terlalu dalam pada dinding rahim atau menembus dinding rahim. Kelainan pada plasenta ini dapat menyebabkan perdarahan hebat dan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

Penting untuk selalu berkonsultasi dengan profesional medis jika Anda mengalami gejala yang tidak biasa atau khawatir tentang kehamilan Anda. Penanganan dini dan perawatan medis

yang tepat sangat penting untuk mengelola penyulit kehamilan dan menjaga kesehatan ibu dan janin.

3.4.2 Penatalaksanaan Penyulit Kehamilan Trimester II

Penatalaksanaan penyulit kehamilan pada trimester kedua akan bergantung pada jenis dan tingkat keparahan penyulit yang dialami oleh ibu hamil. Berikut adalah beberapa contoh penatalaksanaan umum untuk beberapa penyulit kehamilan trimester kedua:

1. Preeklampsia:

- a. Jika terdiagnosis dengan preeklampsia, penatalaksanaan dapat melibatkan pengawasan ketat tekanan darah dan fungsi organ ibu, serta pemantauan pertumbuhan dan kesehatan janin.
- b. Dokter mungkin merekomendasikan istirahat yang adekuat, diet yang seimbang, dan penggunaan obat antihipertensi untuk mengendalikan tekanan darah.
- c. Dalam kasus preeklampsia berat atau eklampsia, perawatan rumah sakit mungkin diperlukan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin, termasuk pemberian obat antihipertensi intravena dan pemantauan ketat.

2. Plasenta previa:

- a. Penatalaksanaan plasenta previa akan bergantung pada tingkat perdarahan dan posisi plasenta.
- b. Jika perdarahan hebat terjadi atau plasenta previa menyebabkan obstruksi jalan lahir, perawatan medis darurat mungkin diperlukan, termasuk transfusi darah, istirahat total, dan pembedahan sesuai indikasi.

3. Kelainan pertumbuhan janin:

- a. Jika ada kekhawatiran tentang pertumbuhan janin, penatalaksanaan melibatkan pemantauan pertumbuhan

janin secara teratur menggunakan ultrasonografi, pemeriksaan doppler, dan tes non-stress untuk mengevaluasi kesehatan janin.

- b. Kadang-kadang, jika pertumbuhan janin terganggu, pengiriman dini atau intervensi medis lainnya mungkin diperlukan untuk menjaga kesehatan janin.

4. Infeksi saluran kemih (ISK):

- a. Jika terdiagnosis dengan ISK pada trimester kedua, dokter akan meresepkan antibiotik yang aman untuk digunakan selama kehamilan.
- b. Penting untuk mengikuti jadwal pengobatan yang direkomendasikan dan mengonsumsi antibiotik sesuai petunjuk dokter.
- c. Jika ISK tidak diobati dengan baik atau menyebabkan komplikasi serius, perawatan rumah sakit mungkin diperlukan.

5. Kelainan pada plasenta

Penatalaksanaan kelainan pada plasenta akan bervariasi tergantung pada jenis kelainan yang terjadi. Berikut adalah beberapa contoh penatalaksanaan umum untuk kelainan pada plasenta:

A. Plasenta previa:

- 1) Jika terdiagnosis dengan plasenta previa, penatalaksanaan tergantung pada tingkat perdarahan dan posisi plasenta.
- 2) Jika perdarahan hebat terjadi atau plasenta previa menyebabkan obstruksi jalan lahir, perawatan medis darurat mungkin diperlukan. Ini dapat mencakup transfusi darah, istirahat total, dan pembedahan sesuai indikasi.
- 3) Dalam beberapa kasus, jika plasenta previa ringan atau terjadi perbaikan posisi plasenta menjelang

persalinan, persalinan pervaginam masih mungkin dilakukan. Namun, keputusan ini harus dibuat berdasarkan konsultasi dengan dokter yang berwenang.

B. Plasenta akreta, inkreta, atau perkreta:

- 1) Kelainan ini terjadi ketika plasenta melekat terlalu dalam pada dinding rahim.
- 2) Penatalaksanaan biasanya melibatkan tim medis multidisiplin yang terdiri dari obstetri, bedah, dan anestesi untuk merencanakan pengiriman dan tindakan yang tepat.
- 3) Jika terdiagnosis dengan plasenta akreta, inkreta, atau perkreta, persalinan pervaginam mungkin tidak mungkin dilakukan, dan pembedahan seperti operasi penarikan plasenta atau histerektomi parsial mungkin diperlukan.

C. Plasenta terlepas:

- 1) Plasenta terlepas terjadi ketika plasenta terlepas dari dinding rahim sebelum atau selama persalinan.
- 2) Penatalaksanaan tergantung pada tingkat terlepasnya plasenta dan kondisi ibu dan janin.
- 3) Jika terjadi plasenta terlepas, perawatan medis darurat diperlukan, termasuk pemberian cairan intravena, transfusi darah, pemantauan ketat, dan kemungkinan tindakan pembedahan, seperti operasi penarikan plasenta atau histerektomi parsial.

3.5 Kegawatdaruratan Penyulit Kehamilan Trimester III Di Komunitas

Kegawatdaruratan yang berkaitan dengan penyulit kehamilan trimester ketiga di komunitas dapat melibatkan kondisi serius yang membutuhkan penanganan medis segera. Berikut adalah beberapa contoh kegawatdaruratan yang mungkin terjadi pada trimester ketiga kehamilan di komunitas:

1. **Preeklampsia berat atau eklampsia:** Preeklampsia yang parah atau eklampsia adalah kondisi yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah tinggi yang signifikan, adanya kelainan pada fungsi organ, serta dapat disertai dengan kejang atau kehilangan kesadaran. Gejala lainnya meliputi sakit kepala yang parah, gangguan penglihatan, nyeri perut yang persisten, dan penurunan gerakan janin. Kondisi ini memerlukan penanganan medis darurat untuk menjaga kesehatan ibu dan janin.
2. **Pendarahan antepartum yang mengancam nyawa:** Pendarahan antepartum, yaitu perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu, dapat menjadi kegawatdaruratan jika perdarahan hebat terjadi. Perdarahan hebat tanpa rasa sakit pada paruh kedua kehamilan dapat menjadi tanda adanya kondisi yang mengancam nyawa, seperti plasenta previa, plasenta terlepas, atau kelainan pembuluh darah plasenta. Penanganan medis segera diperlukan untuk menghentikan perdarahan dan menjaga kesehatan ibu dan janin.
3. **Persalinan prematur:** Persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu dianggap prematur dan dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi. Jika seorang wanita hamil mengalami kontraksi yang teratur dan terasa nyeri pada trimester ketiga, atau jika ada tanda-tanda persalinan prematur, seperti perubahan lendir serviks atau ketuban pecah, perawatan medis darurat diperlukan untuk

menunda persalinan dan memberikan perawatan yang tepat untuk bayi yang akan lahir prematur.

4. Ruptur uterus: Ruptur uterus, yaitu pecahnya dinding rahim, dapat menjadi keadaan darurat yang jarang terjadi. Jika seorang wanita hamil mengalami nyeri perut yang parah, pendarahan hebat, atau gejala syok, ini bisa menjadi tanda ruptur uterus. Kondisi ini memerlukan penanganan medis darurat untuk menjaga kesehatan ibu dan janin.
5. Infeksi saluran kemih yang parah: Infeksi saluran kemih yang tidak diobati atau tidak diobati dengan baik pada trimester ketiga dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti infeksi ginjal atau penyebaran infeksi ke sistem peredaran darah. Gejalanya meliputi nyeri panggul, nyeri atau sensasi terbakar saat buang air kecil, demam tinggi, nyeri punggung, atau nyeri perut. Perawatan medis darurat diperlukan untuk mengobati infeksi dan mencegah komplikasi yang lebih lanjut.

Dalam situasi kegawatdaruratan ini, segera menghubungi layanan darurat setempat atau memanggil nomor darurat yang berlaku di wilayah Anda. Penting juga untuk memberikan edukasi kepada anggota komunitas tentang tanda-tanda kegawatdaruratan kehamilan trimester ketiga dan pentingnya mencari bantuan medis segera.

3.5.1 Penyulit Kehamilan Trimester III

Penyulit kehamilan pada trimester ketiga dapat melibatkan berbagai kondisi atau masalah yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin. Berikut adalah beberapa penyulit umum yang dapat terjadi pada trimester ketiga kehamilan:

1. Preeklampsia berat atau eklampsia: Preeklampsia adalah kondisi dengan peningkatan tekanan darah tinggi yang signifikan setelah usia kehamilan 20 minggu, disertai dengan adanya kelainan pada fungsi organ seperti ginjal atau hati. Preeklampsia berat dapat menyebabkan komplikasi serius bagi ibu dan janin. Jika tidak diobati, dapat berkembang

menjadi eklampsia yang melibatkan kejang atau kehilangan kesadaran.

2. Diabetes gestasional yang tidak terkontrol: Diabetes gestasional adalah kondisi di mana gula darah ibu hamil meningkat secara tidak normal. Jika diabetes gestasional tidak terkontrol dengan baik pada trimester ketiga, dapat menyebabkan masalah kesehatan pada ibu dan janin, seperti bayi besar lahir (makrosomia) atau komplikasi lainnya.
3. Plasenta previa: Plasenta previa terjadi ketika plasenta menutupi sebagian atau seluruh pembukaan serviks. Pada trimester ketiga, plasenta previa yang tidak terdiagnosis atau plasenta previa yang menyebabkan perdarahan hebat dapat menjadi kegawatdaruratan dan memerlukan perawatan medis segera.
4. Kelainan pertumbuhan janin: Gangguan pertumbuhan janin dapat terjadi pada trimester ketiga kehamilan dan dapat disebabkan oleh faktor-faktor seperti insufisiensi plasenta, kelainan genetik, atau masalah kesehatan ibu. Jika ibu mengalami penurunan gerakan janin yang signifikan atau ada kekhawatiran tentang pertumbuhan janin, perawatan medis segera diperlukan untuk mengevaluasi dan mengelola kondisi tersebut.
5. Persalinan prematur: Persalinan prematur, yaitu persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi. Jika seorang wanita mengalami kontraksi yang teratur dan terasa nyeri pada trimester ketiga, atau jika ada tanda-tanda persalinan prematur, seperti perubahan serviks atau ketuban pecah, perawatan medis segera diperlukan untuk mengelola persalinan dan memberikan perawatan yang tepat bagi bayi yang akan lahir prematur.

Penting untuk selalu berkonsultasi dengan profesional medis jika Anda mengalami gejala yang tidak biasa atau khawatir

tentang kehamilan Anda. Pengelolaan yang tepat dan perawatan medis yang segera dapat membantu mengelola penyulit kehamilan dan menjaga kesehatan ibu dan janin.

3.5.2 Penatalaksanaan Penyulit Kehamilan Trimester III

Penatalaksanaan penyulit kehamilan pada trimester ketiga akan disesuaikan dengan jenis penyulit yang terjadi. Berikut adalah beberapa contoh penatalaksanaan umum untuk penyulit kehamilan trimester ketiga:

1. Preeklampsia berat atau eklampsia:
 - a. Jika terdiagnosis dengan preeklampsia berat atau eklampsia, penatalaksanaan akan melibatkan perawatan di rumah sakit untuk menjaga kesehatan ibu dan janin.
 - b. Pemantauan ketat tekanan darah ibu dan fungsi organ.
 - c. Pemberian obat antihipertensi untuk mengendalikan tekanan darah.
 - d. Pemberian magnesium sulfat untuk mencegah kejang pada eklampsia.
 - e. Pemantauan ketat terhadap perkembangan janin melalui pemeriksaan ultrasonografi dan monitorasi detak jantung janin.
 - f. Persalinan dini mungkin direkomendasikan jika kondisi ibu dan janin mengancam nyawa atau memburuk.
2. Persalinan prematur:
 - a. Jika persalinan prematur tidak dapat dihindari atau diperlukan karena alasan medis, penatalaksanaan akan melibatkan persiapan dan pengelolaan persalinan dini.
 - b. Pemberian kortikosteroid untuk mematangkan paru-paru janin.
 - c. Pemberian antibiotik jika diperlukan untuk mengurangi risiko infeksi pada janin dan ibu.
 - d. Pemantauan ketat terhadap keadaan janin dan persiapan untuk perawatan yang sesuai setelah kelahiran.

3. Plasenta previa:

- a. Jika terdiagnosis dengan plasenta previa, penatalaksanaan tergantung pada tingkat perdarahan dan posisi plasenta.
- b. Jika perdarahan hebat terjadi atau plasenta previa menyebabkan obstruksi jalan lahir, perawatan medis darurat mungkin diperlukan, termasuk transfusi darah, istirahat total, dan pembedahan sesuai indikasi.
- c. Persalinan melalui operasi caesar sering direkomendasikan untuk menghindari risiko perdarahan yang lebih besar.

4. Ruptur uterus:

- a. Ruptur uterus merupakan keadaan darurat yang memerlukan tindakan medis segera.
- b. Tindakan pembedahan darurat untuk menghentikan perdarahan dan memperbaiki ruptur.
- c. Kemungkinan dilakukan histerektomi parsial atau lengkap jika diperlukan.

5. Infeksi saluran kemih (ISK):

- a. Jika terdiagnosis dengan ISK pada trimester ketiga, pengobatan dengan antibiotik yang aman untuk ibu hamil akan diberikan.
- b. Penting untuk mengikuti jadwal pengobatan yang direkomendasikan dan mengonsumsi antibiotik sesuai petunjuk dokter.
- c. Pemantauan terhadap perkembangan infeksi dan kesehatan janin melalui pemeriksaan urine dan pemantauan detak jantung janin.

Penatalaksanaan akan disesuaikan dengan kebutuhan individu dan tingkat keparahan penyulit. Penting untuk segera mencari bantuan medis dan berkonsultasi dengan profesional medis untuk mendapatkan penatalaksanaan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 222. Obstet Gynecol. 2020;135:e237-e260.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta Accreta Spectrum. ACOG Practice Bulletin No. 183. Obstet Gynecol. 2017;130:e168-e186.
- American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC. Circulation. 2020;142(16_suppl_2):S471-S482.
- American Academy of Pediatrics. Guidelines for Perinatal Care. 9th edition. American Academy of Pediatrics, 2019.
- Cunningham, F. Gary, et al. Williams Obstetrics. 25th edition. McGraw-Hill Education, 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management. NICE Guideline CG154. National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 57: Early Pregnancy Loss. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011.
- World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. 2nd edition. World Health Organization, 2017.
- World Health Organization. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-eclampsia and Eclampsia. World Health Organization, 2011.
- World Health Organization. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. World Health Organization, 2016.

BAB 4

PENYAKIT YANG MENYERTAI KEHAMILAN DI KOMUNITAS

Oleh Sri Susilawati

4.1 Pendahuluan

Penyakit merupakan suatu kondisi dimana terganggunya bentuk dan atau fungsi salah satu bagian tubuh yang mengakibatkan tubuh tidak dapat bekerja dengan normal. Penyakit penyerta yang terjadi pada kehamilan akan menjadi penghambat proses persalinan (Diktina, 2019). Selain itu juga terjadi perubahan hormon pada ibu hamil yang bisa membuatnya rentan terpapar penyakit. Sistem kekebalan tubuh pada ibu hamil juga perlu diperhatikan mengingat imunitas tersebut akan bekerja lebih ekstra lagi untuk melindungi kondisi tubuh dan janinnya didalam rahim. Kesehatan ibu hamil perlu dijaga sebaik mungkin, karena jika ibu hamil sudah terpapar penyakit maka akan berdampak fatal pada kondisi ibu dan janinnya. Terkadang gejala penyakit bisa terlihat ringan dan sederhana padahal hal tersebut merupakan suatu indikasi munculnya penyakit berbahaya. Penyakit berbahaya yang menyertai ibu hamil merupakan hal yang penting untuk diperhatikan karena kita harus mampu melakukan tindakan pencegahan sedini mungkin, atau pun secepat mungkin dilakukan tindakan tepat apabila penyakit tersebut muncul. Ibu yang memiliki beberapa penyakit dalam kehamilannya akan sangat membahayakan bagi kondisi kesehatan ibu dan janinnya. Penyakit tersebut akan menjadi penyebab terganggunya proses fisiologis metabolisme dan pertukaran gas dari ibu ke janinnya. Maka dari itu perlu disampaikan pada ibu hamil yang memiliki penyakit penyerta kehamilan baik yang dialami sebelum atau sesudah

terjadi kehamilan untuk terus melakukan pemeriksaan dan pemantauan melalui pemeriksaan kehamilan secara teratur selama hamil minimal enam kali pemeriksaan kehamilan. Hal ini dilakukan supaya kondisi kesehatan ibu dan janin bisa terdeteksi dengan baik dan tepat (Triana, 2014).

4.2 Penyakit yang Menyertai Kehamilan di Komunitas

Status kesehatan ibu dan janin dalam rahim akan terdeteksi dari kondisi kesehatan ibu dan janinnya selama masa kehamilan. Maka dari itu diperlukan pelayanan prima pada ibu hamil dan disarankan ibu untuk menjaga perilaku hidup sehat serta menghindari faktor-faktor yang bisa mempengaruhi kondisi kesehatan ibu dan janinnya pada masa kehamilan. Kehamilan merupakan suatu hal yang normal, tetapi bisa saja kehamilan yang normal/fisiologis dapat berubah menjadi patologis. Kehamilan yang patologis merupakan suatu hal yang mengganggu dan menjadi salah satu komplikasi ataupun penyakit yang menyertai ibu hamil (Firnanda N.S, 2019). Penyakit yang menyertai kehamilan termasuk kepada salah satu bagian kegawatdaruratan obstetri yang merupakan suatu kondisi kesehatan yang mengancam jiwa dan terjadi dalam kehamilan ataupun selama dan sesudah persalinan. Ada beberapa penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang bisa mengancam keselamatan ibu dan bayinya (Anik, 2019). Beberapa penyakit yang menyertai kehamilan di komunitas diantaranya: TB paru, Gangguan Jantung, Diabetes Melitus, Asma, Ginjal, Hipertensi Kronik, anemia yang merupakan salah satu kondisi penyebab angka kematian ibu (Diktina, 2019).

4.2.1 TB Paru

Ibu yang dalam fase hamil bukan lah merupakan faktor penyebab timbulnya tuberculosis atau yang mempengaruhi perjalanan dan manifestasi klinis penyakit tuberculosis. Tuberculosis yang terjadi pada ibu hamil menjadi salah satu

masalah tersendiri dikarenakan selain mengenai ibu, bisa juga menular pada janin yang ada dalam kandungan dan sangat berpengaruh buruk terhadap janin yang dikandungnya dan sangat berpengaruh kurang baik terhadap janin melalui berbagai macam cara terutama pada masa hamil. Meskipun infeksi transplasental jarang terjadi, tetapi bayi sangat beresiko terinfeksi melalui kontak dengan ibu yang terpapar tuberculosis aktif (Yusuf and Sari, 2018). Pada saat ibu bersalin dan menyusui, virus hepatitis yang ditularkan dari ibu ke janin selama hamil merupakan infeksi dari virus hepatitis B dan E. BBLR dan prematuritas merupakan faktor resiko tinggi pada ibu hamil yang terpapar virus hepatitis B selama kehamilan. Angka kejadian AKI yang diakibatkan oleh virus hepatitis E sekitar 10-20% akibat rusaknya hepar atau terjadinya dehidrasi dan malnutrisi. Hepatitis E merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas janin (Diktina, 2019).

- a. Pengertian: Merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis complex*.
- b. Faktor: diantaranya tertular dari penderita TB, kurangnya asupan makanan, faktor social dan ekonomi.
- c. Tanda gejala: batuk berdahak 2-3 minggu atau lebih.
 - 1) Batuk berdarah
 - 2) Sesak nafas
 - 3) Lemas
 - 4) Menurunnya nafsu makan
 - 5) BB turun
 - 6) Berkeringat dimalam hari
 - 7) Tubuh menggigil > 1 bulan
- d. Diagnosis
 - 1) Pemeriksaan dahak secara mikroskopis dilakukan pada setiap ibu yang datang dengan tanda dan gejala diatas, dan dapat dianggap suspek TB.
 - 2) Periksa dahak dengan BTA dilakukan dengan metode SPS (sewaktu-pagi-sewaktu) dilakukan tiga kali pengambilan: saat pertama kali pemeriksaan dan

dilakukan pagi di hari kedua dan saat menyerahkan pot didahak dihari kedua.

- 3) Foto radiologi dianggap positif bila ditemukan gambaran infiltrate/kavitas

e. Tatalaksana

- 1) Streptomisin TIDAK BOLEH diberikan karena dapat menyebabkan cacat bawaan pada janin.
- 2) Selama pengobatan ibu diawasi oleh PMO (pengawas minum obat) untuk memantau dan memotivasi ibu untuk semangat dan tepat minum obat.
- 3) Pasien dengan kategori 1 (TB paru BTA positif atau pasien TB paru BTA negatif foto torax positif): berikan rifampisin, INH, prazinamid dan etambutol setiap hari selama dua bulan kemudian dilanjutkan rifampisin dan INH tiga kali seminggu (intermiten) selama empat bulan.

f. Obat dapat Diberikan dalam Bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KTD) sesuai BB Ibu:

Tabel 4.1. Dosis obat sesuai KTD

BB Ibu (Kg)	Setiap hari (intensif) selama 56 hari (2 bulan)	3x seminggu (intermiten) selama 16 minggu (4 bln) berikutnya
30-37	2 tablet 4 KTD	2 tablet 4 KTD
38-54	3 tablet 4 KTD	3 tablet 4 KTD
55-70	4 tablet 4 KTD	4 tablet 4 KTD
>70	5 tablet 4 KTD	5 tablet 4 KTD

- 1) Periksa dahak dibulan kedua diakhir tahap intensif. Apabila negatif, lanjut pengobatan tahap selanjutnya. Bila positif tambahkan pengobatan 28 hari dengan OAT sisipan. Melakukan pemeriksaan dahak ulang. Apabila negatif lanjut pengobatan selanjutnya. Apabila tetap

- positif rujuk ke bagian TB-MDR untuk pemeriksaan resistensi sambil melanjutkan pengobatan selanjutnya.
- 2) Melakukan pemeriksaan dahak satu bulan sebelum pemeriksaan tahap berikutnya (bulan kelima). Apabila hasil negatif lakukan pengobatan lanjutan, dan apabila positif lakukan rujukan ibu ke bagian TB MDR dan lakukan pengobatan kategori dua.
 - 3) Melakukan pemeriksaan dahak di bulan keenam. Apabila negatif ibu dikatakan sembuh. Tetapi apabila positif rujuk ibu ke bagian TB MDR dan lakukan pengobatan kategori dua.
 - 4) Setelah lahir bayi sampai usia enam bulan berikan profilaksis INH (5-10mg/kgBB/hari). Kemudian apabila selesai pengobatan profilaksis segera berikan vaksinasi BCG.
 - 5) Ketika ibu kategori dua dan ekstra paru mengalami kambuh, putus berobat, dan gagal pengobatan sebaiknya rujuk ibu ke bagian TB MDR untuk mendapatkan pengobatan yang maksimal.

4.2.2 Gangguan Jantung

Resiko terjadinya gangguan jantung akibat perubahan hemodinamika sering terjadi pada ibu hamil. *European Registry on Pregnancy and Heartdisease* menyebutkan bahwa 26% ibu hamil mengalami komplikasi karena gangguan jantung dan harus dilakukan perawatan di Rumah Sakit saat hamil. Selain itu ibu hamil dengan penyakit jantung memiliki resiko mengalami komplikasi neonatal. Resiko tersebut memiliki enam kali lipat terjadi pada bayi yang terlahir dari ibu dengan penyakit jantung. Walaupun demikian, hanya 1-4% ibu yang mengalami kematian akibat penyakit jantung saat hamil. Berarti ibu hamil dengan penyakit jantung memiliki 96-99% kesempatan bertahan hidup selama kehamilannya. Mayoritas ibu hamil dengan penyakit jantung bisa persalinan secara pervaginam. Oleh karena itu,

meskipun memiliki resiko tinggi, tetapi ibu hamil dengan penyakit jantung bisa melalui kehamilannya dengan aman (Suraya, 2016)

- a. Definisi: terjadinya gangguan structural maupun fungsional jantung yang dapat mengakibatkan terganggunya dan kosongnya ventrikel jantung.
- b. Diagnosis: sering menyerupai tanda gejala gangguan jantung pada umumnya. Diagnosis lanjutan dapat dilakukan dengan pemeriksaan penunjang seperti EKG, ekokardiografi, foto rontgen dada.
- c. Tanda dan Gejala:
 - 1) Dispneu
 - 2) Batuk diwaktu malam
 - 3) Hilang kesadaran sementara secara tiba-tiba
 - 4) Tidak nyaman didaerah dada
 - 5) Kulit membiru
 - 6) Terdapat denyutan vena jugularis yang menetap
 - 7) Pembesaran jantung
 - 8) Gangguan irama jantung yang menetap
- d. Klasifikasi klinis gangguan jantung

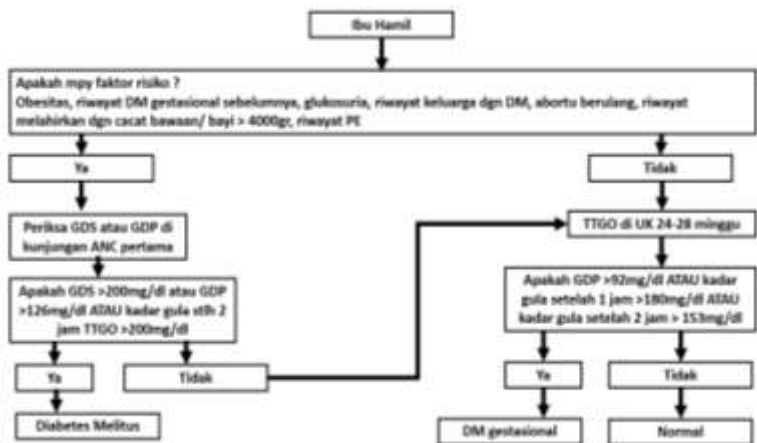
Tabel 4.2. Klasifikasi gangguan jantung

Kelas I	Aktivitas fisik baik, tidak ada nyeri dada
Kelas II	Terasa Lelah, jantung berdebar berdenyut kencang, sesak nafas, ketidaknyamanan area dada waktu beraktivitas biasa, tidak ada gangguan saat istirahat
Kelas III	Lelah, jantung berdenyut kencang, sesak nafas, nyeri dada ketika beraktivitas. Tidak ada gangguan saat beristirahat.
Kelas IV	Gejala katup jantung tidak bisa menutup dengan baik atau terjadi penyempitan pembuluh darah coroner pada jantung/angina yang muncul saat istirahat dan memberat saat aktivitas fisik.

- e. Tatalaksana (kelas I dan kelas II selama kehamilan)
 - 1) Rujuk ibu hamil ke RS yang mempunyai dokter spesialis jantung dan ICU yang memadai
 - 2) Cegah infeksi:
 - a) Menganjurkan ibu untuk menghindari kontak dengan penderita batuk pilek dan flu
 - b) Jauhi rokok dan obat-obatan narkotika
- Tatalaksana kelas III dan IV
 - 1) Kehamilan harus segera diakhiri/terminasi
 - 2) Apabila kehamilan akan diteruskan, anjurkan ibu istirahat total diawasi serta ibu dianjurkan untuk duduk disangga bantal/setengah duduk.

4.2.3 Diabetes Melitus

1. Definisi: keadaan intoleransi karbohidrat
2. Diabetes Melitus Gestasional: keadaan intoleransi karbohidrat yang ditemukan pertama kali saat kehamilan



Gambar 4.1. Alur Diabetes Melitus pada Ibu Hamil
Pemeriksaan pada ibu hamil tanpa faktor resiko dilakukan pada usia kehamilan 24-28 minggu, dengan cara:

- a. Ibu mengonsumsi karbohidrat dengan porsi cukup selama 3 hari, dan puasa selama 8-12 jam sebelum dilakukan pemeriksaan.
 - b. Anjurkan ibu untuk memeriksa kadar gula puasa di pagi hari, kemudian diikuti dengan pemberian kadar glukosa 75gr dalam 200 ml air dan pemeriksaan kadar glukosa darah 1 jam, lalu 2 jam kemudian.
3. Tatalaksana
- a. Dilakukan secara terpadu dokter SpPD, dokter SpOG, ahli gizi dan SpA
 - b. Lakukan rujukan pada ibu hamil untuk mendapatkan penatalaksanaan yang maksimal
 - c. Memberikan penjelasan kepada ibu bahwa pasien dengan diabetes melitus dapat mengurangi resiko bayi besar, mengurangi terjadinya hipoglikemia neonatal, mengurangi kemungkinan bayi mengidap diabetes melitus pada saat beranjak dewasa.

4.2.4 Asma

Selama hamil terjadi perubahan fisik pada ibu seperti perut yang semakin membesar sehingga meningkatkan kerja system pernafasan sehingga akan mempengaruhi frekuensi kambuhnya asma (Diktina, 2019).

1. Definisi: penyakit sistem pernafasan yang ditandai dengan sesak berulang. Hal ini disebabkan oleh inflamasi kronik saluran udara serta sekresi mucus yang berlebihan.
2. Diagnosis
 - a. Sulit bernafas
 - b. *Wheezing*
 - c. Batuk berdahak
 - d. Ronkhi

3. Faktor Resiko

Ibu yang memiliki asma lebih beresiko melahirkan premature, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), pre-eklampsia terutama jika asma tidak ditangani.

4. Tatalaksana

- a. Beri O₂ dan pasang kanul IV
- b. Jangan menggunakan obat penekan batuk, sedative, antihistamin
- c. Infus RL atau NaCl 0,9%
- d. Berikan terbutaline secara SC dengan dosis 0,25mg tiap 15 menit dalam 3 dosis atau oral 2,5 mg tiap 4-6 jam
- e. Berikan 40-60mg metilprednisolon IV setiap 6 jam atau hidrokortison secara IV 2mg/KgBB tiap 4 jam
- f. Rujuk ke RS yang memiliki sarana memadai: pertimbangkan foto torax, lab, alat monitor fungsi vital, rawat intensif
- g. Konsultasi dengan dokter SpP atau SpPD dan SpOG

4.2.5 Ginjal

1. Efek kehamilan terhadap fungsi ginjal:
 - a. Ginjal mengalami penurunan fungsi
 - b. Tekanan darah tinggi, proteinurin
2. Insufisiensi ginjal
 - a. Ringan: kadar serum creatinine <1,5mg%
 - b. Sedang: kadar serum creatinine 1,5-2,4mg%
 - c. Berat: kadar serum creatinine >2,4mg%
3. Efek insufisiensi ginjal terhadap kehamilan: janin bisa bertahan hidup, namun pada pasien yang menjalani dialysis akan menurun.
4. Tatalaksana:
 - a. ANC tiap 2 minggu sampai Usia kehamilan 28 minggu
 - b. Pantau tekanan darah pada tiap kali kunjungan

- c. Periksa urin untuk mengetahui adanya kadar protein dalam urin dan melakukan deteksi dini adanya infeksi saluran kemih (ISK).

4.2.6 Hipertensi Kronik

Ibu hamil dengan hipertensi menyebabkan IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*) dan bayi premature. Ibu hamil dengan hipertensi mempunyai resiko 2.317 kali lebih besar melahirkan bayi BBLR dan asfiksia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak hipertensi (Diktina, 2019).

1. Definisi: tekanan darah pada ibu hamil tanpa disertai proteinurin yang timbul sebelum hamil dapat menetap setelah persalinan.
2. Diagnosis: TD $\geq$ 140/90 mmHg, Riwayat hipertensi sebelum hamil atau hipertensi pada usia kehamilan $<$ 20 minggu
Proteinurin negatif
Dapat disertai keterlibatan orang lain
3. Etiologi
 - a. Ibu primigravida
 - b. Pembentukan *blocking antibodies* dari Antigen yang tidak sempurna dan HLA-G yang menyebabkan hipertensi dalam kehamilan pada primigravida yang dipengaruhi oleh Aktivin A.
 - c. Imunitas dan faktor genetic pada individu yang berbeda
4. Tatalaksana:
 - a. Anjurkan istirahat lebih banyak
 - b. Lanjutkan pengobatan apabila ibu hamil telah mendapat obat antihipertensi sebelumnya.
 - c. Berikan ibu antihipertensi apabila tekanan sistolik $>$ 160 mmHg atau tekanan diastolic $>$ 110 mmHg.
 - d. Memberikan suplementasi kalsium 1,5-2 gr/hari dan aspirin 75 mg/hari mulai dari usia kehamilan 20 minggu

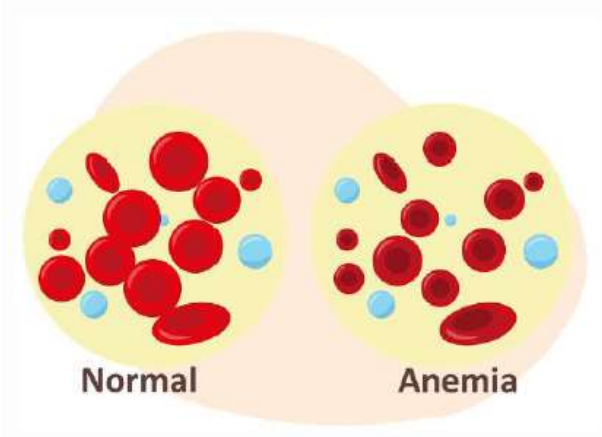
- e. Memantau pertumbuhan dan kondisi janin
- f. Tunggu kehamilan sampai aterm apabila tidak ada komplikasi
- g. Jika DJJ <100x/menit tangani seperti gawat janin
- h. Jika terdapat PJT pertimbangkan terminasi kehamilan

4.2.7 Anemia

Salah satu penyebab anemia pada ibu hamil adalah kekurangan zat besi (Fe) dan vitamin B12. Hal ini dipengaruhi oleh pola makan yang tidak sehat, kondisi kesehatan ibu seperti perdarahan, penyakit ginjal, dan gangguan system imun tubuh, hal ini mengakibatkan tingginya resiko persalinan premature dan kelahiran BBLR pada ibu hamil dengan anemia (Diktina, 2019).

1. Definisi

Anemia pada ibu hamil merupakan kondisi dimana kadar hemoglobin (Hb) didalam darah <11 g/dl, atau pada Trimester I dan 3, atau pada Trimester 2 <10,5 g/dl (Kemenkes RI, 2021).



Gambar 4.2. Perbedaan kadar Hb Normal dan Anemia
Referensi: Kemenkes RI, 2021

2. Tanda dan Gejala Anemia pada ibu hamil:
 - a. Lemah, letih, lesu, Lelah, dan lalai (5L)
 - b. Penglihatan kunang-kunang dan pusing
 - c. Pucat
 - d. Kadar Hb <11 g/dl
3. Akibat anemia pada ibu hamil:
 - a. IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*)
 - b. Bayi berat lahir rendah (BBLR)
 - c. *Premature*
 - d. Kelainan pada bayi
 - e. Bayi mengalami anemia
 - f. Perdarahan saat persalinan
4. Cara mencegah anemia:
 - a. Konsumsi makanan dengan gizi seimbang
 - b. Minum tablet zat besi (tablet tambah darah/TTD) setiap 1 tablet/minggu dari sebelum hamil
 - c. Segera rujuk apabila ada penyakit yang menyetai.

DAFTAR PUSTAKA

- Anik., M. 2019. *Kegawatdaruratan maternal neonatal terpadu program praktis program kesehatan terkini*. Maftuhin Ari, editor. Jakarta Timur: CV. Info Trans Media;
- Diktina, A.A. 2019. 'Identifikasi Penyakit Penyerta Pada Ibu Hamil Beserta Penanganan Persalinan Di Rsud Pandan Arang Boyolali', *Publikasi Ilmiah Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 4(2), pp. 1–18.
- Firnanda N.S 2019. 'IDENTIFIKASI PENYAKIT PENYERTA PADA IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARTASURA Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Perogram Studi Strata 1', p. 18.
- Kemenkes RI, K.K. 2021. *Merencanakan Kehamilan Sehat*.
- Suraya, I. 2016. 'Kehamilan Dengan Penyakit Jantung: Penghalang Atau Tantangan?', *Arsip Kesehatan Masyarakat*, p. 3.
- Triana, A. 2014. 'Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan dan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(5), pp. 193–198. doi:10.25311/keskom.vol2.iss5.73.
- Yusuf, A. and Sari, M.I. 2018. 'Penatalaksanaan Kehamilan dengan Tuberkulosis Paru', *J Agromedicine Unila*, 5(2), pp. 622–626.

BAB 5

PERSALINAN KALA I & KALA II

Oleh Fitria

5.1 Pendahuluan

Persalinan ialah serangkaian mekanisme yang berpuncak pada kelahiran bayi yang matang ataupun hampir cukup bulan. Lepasnya selaput janin dan plasenta dari tubuh ibu kemudian terjadi lewat jalan lahir ataupun cara lain dan dibantu ataupun tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). Alasan teoretis terjadinya persalinan meliputi turunnya kandungan progesteron, ketegangan otot, teori oksitosin, teori prostaglandin, dan efek janin. Gejala persalinan meliputi keringanan serta onset ataupun mengi palsu serta pertanda persalinan dan penipisan serta pembukaan serviks (pelebaran serviks), kontraksi uterus yang menyebabkan serviks berubah (frekuensi minimum 2 kali dalam 10 menit) dan lendir yang keluar tercampur darah lewat vagina (*show*). Peranan bidan ialah memberi asuhan kebidanan yang tepat pada saat persalinan agar terjadi asuhan persalinan yang aman dan bersih dengan tetap mencermati asuhan anak dan ibu (Yulizawati, Aldina Ayunda Isnani, Lusiana El Sinta, 2019).

5.2 Persalinan Kala I

Kala pertama diawali dengan dilatasi serviks dan terjadi dari dilatasi nol hingga dilatasi penuh 10 cm. Tahap pertama terjadi pada kisaran 13 jam pada primigravida, sementara pada multigravida terjadi selama 7 jam. (Sarwono, 2016).

5.2.1 Fisiologi Kala I

Menurut fisiologisnya, gejala tahap pertama diawali dengan munculnya serta keluarnya lendir berdarah. Keluarnya darah terjadi dari lendir di saluran serviks saat serviks mulai terbuka atau rata, sedangkan darah bersumber dari kapiler di sekitar serviks yang pecah akibat gerakan saat serviks mengembang. Alhasil, proses pembukaan serviks terbagi menjadi dua fase (Dini, 2017) yakni:

- 1) Fase latensi dialami selama 8 jam. Pembukaan terjadi amat lambat hingga berdiameter 3 cm.
- 2) Fase aktif dikelompokkan dalam 3 bagian:
 - a) Fase akselerasi terjadi pada waktu 2 jam dari pembukaan 3 cm-4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimum terjadi sangat cepat dari 4 cm-9 cm dalam waktu 2 jam setelah pembukaan.
 - c) Fase perlambatan, yakni melambat dari 9 cm menjadi penutupan 10 cm dalam waktu 2 jam setelah pembukaan.

Tahapan ini terjadi di primigvidas, ini juga terjadi pada multigravidas, namun tahap laten, aktif serta terbelakang lebih singkat. Fase pertama persalinan tersusun atas 2 fase aktif dan laten (World Health Organization, 2020) :

- 1) Tanda-tanda kala laten dalam kala I persalinan, yakni
 - a) Kontraksi menimbulkan pembukaan dan penipisan serviks secara bertahap sejak awal.
 - b) Serviks membutuhkan waktu untuk melebar di bawah 4 cm
 - c) Fase laten terjadi hampir ataupun bahkan 8 jam.
- 2) Tanda-tanda fase aktif dalam kala satu persalinan
 - a) Frekuensi serta durasi kontraksi uterus bertambah secara bertahap bila kontraksi dinyatakan cukup/tepat bila terjadi setidaknya 3 kali dalam 10 menit serta terjadi selama 40 detik ataupun lebih.

- b) Dilatasi dari 4 cm sampai dilatasi penuh, ataupun 10 cm dimana percepatan rata-ratanya 1 cm per jam, primigravida atau nulipara, ataupun 1 cm -2 cm lebih pada multipara.
- c) Terjadi penurunan pada bagian bawah janin.

5.2.2 Perubahan Kala I

Perubahan kala I persalinan secara fisiologi terdiri dari (Indrayani, dan Djami, 2016)

1. Perubahan kardiovaskuler
Dengan setiap kontraksi, hingga 400 mL darah meninggalkan rahim dan memasuki sistem pembuluh darah ibu melahirkan, meningkatkan curah jantung sebesar 10-15%. Ini menunjukkan peningkatan metabolisme saat melahirkan. Detak jantung yang dipercepat dapat menyebabkan ketegangan, kekhawatiran, dan kecemasan.
2. Perubahan metabolisme
Metabolisme karbohidrat, baik aerobik ataupun anaerobik selama persalinan, terus naik seiring aktivitas serta kehadiran otot. Kenaikan metabolisme dibarengi dengan kenaikan suhu tubuh, curah jantung, pernapasan, dehidrasi, dan detak jantung.
3. Perubahan tekanan darah
Tekanan darah ibu meningkat 10-20 mmHg ketika persalinan dan rata-rata peningkatan sistolik 15 mmHg serta diastolik 5-10 mmHg. Tekanan darah sebelum melahirkan kembali normal diantara 2 kontraksi.
4. Perubahan denyut nadi
Selama persalinan, detak jantung sedikit bertambah diantara kontraksi dibanding sebelum kelahiran. Ini menggambarkan kenaikan metabolisme saat persalinan.

5. Perubahan pernafasan
Kenaikan laju pernapasan normal ketika bekerja melukiskan kenaikan metabolisme
6. Perubahan suhu
Suhu tubuh sedikit bertambah ketika persalinan serta menurun langsung sesudah melahirkan lantaran metabolisme tubuh meningkat. Fluktuasi suhu dinyatakan normal bila kenaikan suhu tidak lebih dari 0,5-10 °C. Suhu yang terlalu lama di atas 0,5-10°C dapat menyebabkan dehidrasi/infeksi pada ibu.
7. Perubahan ginjal
Poliuria seringkali dialami ketika persalinan akibat peningkatan curah jantung ketika persalinan serta peningkatan filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal, sementara histeria uterus menimbulkan kepala janin terkulai. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat turunnya kepala janin. Poliuria kurang terlihat dalam posisi terlentang lantaran posisi tersebut mengurangi aliran urin ketika persalinan.
8. Perubahan gastrointestinal
Pergerakan perut serta asupan makanan padat berkurang secara signifikan saat melahirkan. Kondisi tersebut diperparah melalui kurangnya produksi sari lambung, yang berarti kegiatan pencernaan hampir berhenti serta pengosongan lambung amat lambat. Cairan tidak berdampak serta meninggalkan lambung dengan kecepatan normal. Muntah dan mual sering dialami hingga ibu mencapai akhir tahap pertama.
9. Perubahan hematologi
Selama persalinan, hemoglobin naik menjadi 1,2 g per 100 ml serta kembali ke taraf normal sehari sesudah melahirkan, terkecuali bila terjadi perdarahan postpartum.

10. Perubahan pada rahim

Rahim tersusun atas 2 elemen fungsional yakni kontraksi uterus (miometrium) serta serviks. Perubahan yang dialami di kedua elemen itu ialah:

(a) Kontraksi uterus

Kontraksi rahim bertanggung jawab atas perluasan serviks serta mendorong bayi keluar selama persalinan. Kontraksi rahim ketika melahirkan amat unik lantaran sebagai kontraksi otot yang amat menyakitkan.

Ada 4 perubahan fisiologis dalam kontraksi uterus yakni:

(1) Fundal dominan atau dominasi fundus

Kontraksi dimulai di fundus di kornus serta selanjutnya tersebar ke bawah dan ke samping. Kontraksi terpanjang dan terbesar terjadi di fundus. Tetapi dalam puncak persalinan bisa menjangkau semua bagian rahim.

(2) Kontraksi dan retraksi

Di awal persalinan, kontraksi rahim terjadi tiap 15-20 menit dalam waktu 30 detik serta pada akhir kala I tiap 2-3 menit dalam waktu 50-60 detik dengan intensitas yang amat kuat. Bagian atas uterus berkontraksi, tidak rileks hingga kembali ke panjang semula sesudah berkontraksi, namun tetap relatif lebih pendek.

(3) Polaritas

Polaritas ialah keselarasan saraf otot yang ada di dua segmen atau kutub rahim saat berkontraksi. Segmen ataupun rahim memendek dan berkontraksi dengan kuat, sehingga bagian bawah rahim berkontraksi dan hanya terbuka sedikit.

(4) Differensiasi atau perbedaan kontraksi uterus

Ketika persalinan aktif, rahim terbagi dalam 2 bagian terpisah. Bagian atas rahim yang berkontraksi secara aktif menebal saat persalinan berlangsung. Bagian bawah rahim dan leher rahim relatif berbeda dibandingkan dengan segmen atas, mengembangkan saluran yang berdinding jauh lebih tipis daripada janin.

11. Perubahan serviks

Fase pertama persalinan diawali dengan persalinan dengan gejala perubahan progresif pada serviks serta diakhiri pembukaan serviks secara penuh.

5.3 Persalinan Kala II

Kala kedua persalinan ialah fase yang diawali melalui pembukaan lengkap serviks serta diakhiri dengan kelahiran bayi. Fase kedua juga dikenal sebagai fase pengusiran bayi. Proses ini memakan waktu 2 jam untuk Prime dan 1 jam untuk Multi. Gejala dan tanda persalinan kala dua ialah merasakan tekanan bersama kontraksi, ada tekanan di vagina dan rektum, perineum menonjol, sfingter dan vulva anus terbuka, yang meningkatkan sekresi lendir bercampur darah. Sementara itu, tanda-tanda yang benar dari tahap kedua ditentukan oleh pemeriksaan internal, yang mengarah pada pembukaan penuh serviks dan kepala bayi melalui introversi vagina (Cunningham, 2014).

5.3.1 Fisiologi Kala II

Fisiologi kala II persalinan terjabar sebagai berikut(Sarwono, 2016)

1. His makin kuat, kontraksi berlangsung 50-100 detik serta datang tiap 2-3 menit.
2. Cairan ketuban umumnya pecah pada tahap kedua dan keluar banyak cairan kekuningan
3. Penderita mulai mengejan

4. Akhir kala dua, kepala telah mencapai dasar panggul, perineum mencul tonjolan, rektum dan vulva terbuka.
5. Bagian atas kepala membuka pintu sehingga sebagian kecil kepala terlihat di vulva serta menghilang lagi saat desisan berhenti sehingga berlanjut sampai tampak lebih besar.
6. Dalam perjalanan dari pintu dengan lingkaran terbesar kepala menuju alat kelamin luar, hingga tidak dapat lagi kembali, timbul pembengkakan ubun-ubun serta tengkuk disebut di bawah simfisis.
7. Sebuah retret terjadi dalam dirinya, kemudian pemisahan besar, dahi besar serta mulut besar di belakang lahir berturut-turut. Ibu yang baru pertama kali melahirkan umumnya merobek tepi depan perineum lantaran tidak bisa menahan peregangan yang intens.
8. Sesudah kepala lahir, ada rotasi eksternal sumbu, ketika kedudukan kepala melintang serta alat kelamin luar membuat leher tertekan serta jalan lahir di dada, cairan dan lendir dikeluarkan melalui hidung.
9. Bahu belakang lahir, diikuti bahu depan, sampai semua tubuh anak menyesuaikan terhadap sumbu jalan lahir dengan cara membungkuk ke samping.
10. Sesudah bayi lahir sering terjadi kelebihan air ketuban, yang tidak keluar saat air ketuban pecah, dan terkadang tercampur dengan darah.
11. Durasi kala kedua ialah ± 50 menit untuk Primi serta ± 20 menit untuk multi.

5.3.2 Perubahan Kala II

Perubahan kala II persalinan meliputi (Indrayani, dan Djami, 2016)

1. Kontraksi

Menekan otot-otot permukaan rahim hingga menyebabkan rasa nyeri. Ini ialah kontraksi normal. Kontraksi tersebut ditetapkan oleh saraf internal, serta ibu yang melahirkan

tidak memiliki kontrol bawah sadar atas frekuensi atau durasi kontraksi. Ciri-ciri kontraksi berikut ialah:

- (a) Nyeri menjalar melalui uterus menuju punggung bawah dari fundus.
- (b) Sebab nyeri tidak dipahami dengan pasti. Alasannya ialah mis.
 - (1) Selama persalinan, miometrium kekurangan oksigen.
 - (2) Tekanan ganglion serviks serta bagian bawah rahim.
 - (3) Pembesaran serviks dengan dilatasi serviks.
 - (4) Perpanjangan peritoneum selaku organ, yakni rahim.

2. Uterus

Perbedaan rahim secara fisiologi yaitu

- (a) Segmen atas ialah bagian yang terkena kontraksi pada palpasi dan terasa keras ketika berkontraksi.
- (b) Segmen bawah, termasuk rahim dan serviks, ialah daerah yang pasif dan tegang. Peregangan tersebut memperpendek segmen bawah.
- (c) Batas diantara bagian atas serta bawah rahim membentuk lengkung cincin retraksi fisiologis. Ketika kondisi kontraksi rahim yang tidak terkoordinasi mengakibatkan cincin retraksi patologis yang diartikan Bandl.

3. *Effisment*/penipisan dan dilatasi/pembukaan serviks

Effisment ialah perataan ataupun pemendekan panjang saluran serviks. Dilatasi ialah pembesaran ostium uteri interna/OUI diikuti dengan pembesaran ostium uteri eksterna (OUE). Ekspansi maksimum disebabkan oleh tekanan hidrostatik cairan ketuban yang disebabkan oleh kontraksi rahim

4. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Sesudah pelebaran penuh, perubahan terjadi dan selaput ketuban pecah di dasar panggul, yang dilakukan peregangan dari depan janin, hingga saluran yang permukaannya tipis akibat peregangan serta diarahkan ke

vulva menghadap ke lubang vagina ke depan, anus membuka, perineum menonjol serta segera kepala janin terlihat di vulva.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham. 2014. *Obstetri William*. 24th edn. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC.
- Dini, K. 2017. 'Manajemen Intervensi Fase Laten Ke Fase Aktif Pada Kemajuan Persalinan', *NURSCOPE: Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah*, 3(4), pp. 27–34. Available at: https://www.researchgate.net/publication/323240301_MANAGEMENT_OF_LATENT_TO_ACTIVE_PERIOD_ON_DELIVERY_ADVANCEMENT/link/5a8821e3458515b8af90a100/download%0Ahttps://web.archive.org/web/20180416104318id_/http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/jnm/article/view.
- Indrayani, dan Djami, M. 2016. *Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Sarwono, P. 2016. *Buku Ilmu Kebidanan*. 4th edn. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization. 2020. *WHO Labour Care Guide User's Manual, Who*.
- Yulizawati, Aldina Ayunda Isnani, Lusiana El Sinta, F.A. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Pertama. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

BAB 6

PENATALAKSANAAN

KEGAWATDARURATAN KEBIDANAN

DI KOMUNITAS

Oleh Nurul Eko Widiyastuti

6.1 Pendahuluan

Kebidanan komunitas merupakan pelayanan kebidanan yang difokuskan pada aspek psikososial budaya masyarakat sekitar, dimana bidan harus mampu memberikan pelayanan secara individu atau kelompok.

Pelayanan kebidanan komunitas dapat diberikan di luar rumah sakit, dan termasuk dalam bagian dari lanjutan pelayanan rumah sakit tersebut. Adapun pelayanan kebidanan komunitas antara lain memberikan layanan kesehatan pada ibu, bayi, balita yang berkunjung ke Puskesmas, melakukan kunjungan rumah dan memberikan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita di rumah atau di lingkungan keluarga.

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat lebih difokuskan pada layanan kebidanan profesional, agar dapat tercapai derajat kesehatan secara optimal. Komplikasi selama kehamilan dan persalinan dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan. Hal ini seharusnya bisa dihindari apabila bidan memberikan asuhan kebidanan secara profesional dan kompeten, serta mempunyai akses ke fasilitas rujukan yang lebih lengkap. Bidan juga termasuk tenaga kesehatan yang terdekat dengan masyarakat dalam pemberian asuhan kebidanan yang berbasis komunitas, bidan juga termasuk mitra perempuan dan keluarga.

Sasaran kebidanan komunitas ditujukan pada individu, keluarga dan kelompok masyarakat, dengan sasaran utama difokuskan pada ibu dan anak dalam keluarga tersebut. Dimana untuk kesehatan ibu mencakup seluruh siklus kehidupan perempuan yang dimulai dari prakonsepsi, kehamilan, persalinan, pascabersalin, dan masa antara diluar kehamilan dan persalinan.

6.2 Konsep Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Kegawatdaruratan kebidanan terdiri dari kegawatdaruratan maternal dan neonatal, dimana kegawatdaruratan maternal adalah kejadian yang mengancam jiwa karena masalah selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas, sedangkan kegawatdaruratan neonatal adalah kejadian yang mengancam jiwa pada bayi baru lahir di usia 0-28 hari.

Kegawatdaruratan kebidanan di komunitas adalah kegawatdaruratan yang terjadi pada kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir yang berada di lingkup masyarakat.

Kegawatdaruratan maternal merupakan kondisi kesakitan yang terjadi pada ibu hamil atau ibu bersalin yang disebabkan komplikasi pada kehamilan dan persalinannya yang dapat mengancam nyawa ibu dan juga bayi yang ada dalam kandungannya jika tidak segera dilakukan penanganan yang tepat.

Kegawatdaruratan psikiatri di komunitas adalah keadaan kegawatdaruratan psikiatri yang termasuk dalam situasi percobaan bunuh diri, gangguan kecemasan, serangan panik, dan perilaku agresif sehingga mengganggu lingkungan di sekitarnya.

Kriteria kegawatdaruratan kebidanan di komunitas meliputi beberapa kondisi yang dapat mengancam jiwa yang

dapat berbahaya bagi dirinya dan orang lain di sekitarnya; adanya gangguan pada pernapasan; adanya penurunan tingkat kesadaran; adanya gangguan pada hemodinamik; dan/atau yang memerlukan penanganan segera.

Cara mencegah terjadinya kegawatdaruratan kebidanan di komunitas dengan melalui perencanaan yang terstruktur, mengikuti pedoman yang ditentukan, dan memberikan pengawasan secara berkelanjutan kepada ibu/pasien.

6.3 Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Pertolongan pasien pada kasus kegawatdaruratan kebidanan di komunitas harus dilakukan secara tepat, cermat, cepat, karena ukuran keberhasilan pertolongan dilihat dari respons time penolong. Sehingga, dengan melakukan triase dalam kegawatdaruratan kebidanan di komunitas dapat menyegerakan pertolongan pertama, terutama bagi korban yang berada dalam kondisi kritis atau darurat, sehingga nyawa korban bisa terselamatkan. Triase kegawatdaruratan kebidanan di komunitas biasanya dilakukan di tempat kejadian oleh tim yang melakukan pertolongan pertama sebelum dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan medis lanjutan. Triase menggunakan sistem prioritas untuk menentukan pasien mana yang harus didahulukan dalam perawatan berdasarkan tingkat ancaman hidup pasien. Ada 4 triase kegawatdaruratan kebidanan, yaitu:

1. Prioritas Nol (Warna Hitam), dimana pasien yang meninggal atau yang terluka parah yang kemungkinan tidak dapat diselamatkan.
2. Prioritas Pertama (Warna Merah), dimana pasien yang terluka parah dan perlu penilaian cepat serta penanganan medik atau rujukan segera untuk penyelamatan nyawanya, misal: pasien gagal napas, pasien henti jantung, pasien yang

terluka bakar berat, pasien dengan perdarahan berat, dan pasien dengan cedera kepala berat.

3. Prioritas Kedua (Warna Kuning), dimana pasien membutuhkan pertolongan, tetapi kondisi cederanya tidak terlalu parah dan bisa dipastikan tidak dalam kondisi yang mengancam nyawa di masa mendatang, misal: pasien dengan cedera abdomen yang masih sadar, pasien dengan luka terbakar ringan, pasien dengan patah tulang yang masih sadar, dan beberapa kondisi sakit lainnya.
4. Prioritas Ketiga (Warna Hijau), dimana pasien dengan luka ringan dan kondisi kesakitan yang tidak memerlukan penanganan segera, serta tidak mengancam jiwa dan tidak menyebabkan kecacatan.

Penilaian triase di komunitas membutuhkan waktu minimal 30 detik dan maksimal 30 menit untuk segera dilakukan tindakan pertama atau rujukan. Penilaian dalam triase pasien berdasarkan pada beberapa hal, yaitu: keluhan utama, riwayat kesehatan, dan data obyektif yang meliputi kondisi umum pasien dan hasil pemeriksaan fisik yang terfokus,

Emergency response plan dalam kegawatdaruratan kebidanan di komunitas, yaitu:

1. Mengetahui adanya bahaya di sekitar lokasi kejadian.
2. Mengetahui adanya sistem peringatan awal setempat bila terjadi kegawatdaruratan kebidanan.
3. Memahami jalur evakuasi dan perencanaan evakuasi bila terjadi kegawatdaruratan kebidanan.
4. Mempunyai keterampilan dalam melakukan evaluasi kondisi secara terpadu dan mengambil inisiatif penanganan demi melindungi diri sendiri.

Kegawatdaruratan kebidanan di komunitas membutuhkan beberapa kerjasama antara masyarakat dengan tenaga kesehatan,

serta para pembuat kebijakan di lintas sektor ataupun lintas program, antara lain:

1. Pemberdayaan Peran Serta Keluarga Dalam Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Pemberdayaan keluarga merupakan semua usaha yang sifatnya non-instruktif yang berguna untuk peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi permasalahan, melakukan perencanaan, dan mengambil keputusan dalam melaksanakan pemecahan masalah dengan baik, dengan atau tanpa bantuan dari pihak yang lain.

Kemampuan keluarga dalam pengambilan keputusan segera ketika terjadi kegawatdaruratan kehamilan, persalinan, dan nifas pada ibu akan baik, apabila keluarga memiliki pengetahuan yang cukup dalam melakukan deteksi dini, atau pengetahuan yang cukup dalam mengenali tanda dan bahaya kegawatdaruratan pada ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

Salah satu usaha yang bisa dilaksanakan untuk meningkatkan partisipasi dan kemampuan keluarga dalam penanganan kegawatdaruratan kebidanan, antara lain dengan memberikan informasi kesehatan yang terus menerus dan berkelanjutan sesuai dengan perubahan perilaku dari sasaran, serta membantu sasaran berperilaku lebih baik, seperti berubah menjadi lebih tahu atau sadar (aspek *knowledge*), berubah dari tahu menjadi mau melakukan (aspek *attitude*), dan berubah dari mau melakukan menjadi mampu melakukan (aspek *practice*). Pemberdayaan keluarga ini memberikan artian bahwa bagaimana keluarga tersebut dapat memampukan diri sendiri melalui bantuan yang difasilitasi oleh orang lain agar bisa meningkatkan atau mengendalikan status kesehatan keluarga tersebut menjadi lebih baik.

Keterlibatan keluarga sangatlah penting untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan lingkungan sekitarnya, dengan adanya pemberdayaan keluarga diharapkan keluarga akan mampu secara mandiri dalam mengambil keputusan yang tepat ketika terjadi kegawatdaruratan pada ibu hamil, ibu bersalin dan pada masa nifas.

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa 89% kematian ibu disebabkan oleh adanya keterlambatan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan segera dalam kegawatdaruratan ibu, sehingga pada saat ibu dirujuk ke tempat rujukan sudah dalam keadaan gawat darurat, sehingga pertolongan yang diberikan kepada ibu sudah tidak efektif lagi. Kondisi pasien saat datang mencari pertolongan mempengaruhi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi. Ketika ibu datang dengan kondisi yang sangat parah, hal ini menyulitkan tenaga kesehatan dalam pemberian pertolongan menyelamatkan ibu.

Pemerintah telah berupaya dengan adanya program kelas ibu dalam promosi kesehatan tentang kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas, akan tetapi dalam praktiknya pengambilan keputusan bukanlah ibu, akan tetapi pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami, ibu mertua, ibu dari ibu, atau anggota keluarga lain yang dominan dalam keluarga tersebut. Sehingga dipandang perlu bahwa promosi kesehatan tidak hanya kepada ibunya saja akan tetapi juga diberikan pada anggota keluarga lainnya. Permasalahan yang sering muncul, antara lain:

- a. Masih banyak keluarga yang belum mampu melakukan deteksi dini terhadap tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Sehingga, keluarga tersebut terlambat dalam pengambilan keputusan yang tepat pada saat terjadi kegawatdaruratan pada ibu. Situasi seperti ini akan berakibat terlambat penanganan karena keluarga

baru akan mencari pertolongan ketika kondisi ibu sudah gawat darurat, sehingga penanganan komplikasi sudah tidak efektif.

- b. Ibu dan keluarga perlu informasi yang komprehensif tentang kehamilan risiko, serta kapan ibu dan keluarga mengambil keputusan yang tepat pada saat terjadi kegawatdaruratan.
 - c. Kondisi ibu yang mengalami komplikasi yang dialaminya dalam keadaan tidak mampu mengambil keputusan, sehingga butuh anggota keluarga lain yang mampu mengambil keputusan yang tepat dalam upaya mencari pertolongan segera.
 - d. Orang yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan membutuhkan pengetahuan dan edukasi yang cukup tentang risiko kehamilan, tanda dan bahaya kehamilan, persalinan dan nifas.
 - e. Keluarga yang memiliki risiko kehamilan perlu sharing dengan keluarga lain untuk saling berbagi pengalaman.
2. Partisipasi Masyarakat Dalam Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Partisipasi masyarakat dalam peningkatan pelayanan kesehatan pada ibu, bayi dan balita dapat dijadikan bahan rujukan dalam pengelolaan program kemitraan antara bidan dengan dukun bayi dan kader kesehatan, sehingga terdapat keberlanjutan dari program pengembangan posyandu yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan. Partisipasi masyarakat ini dipengaruhi juga oleh beberapa hal, antara lain:

- a. Kesiapan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur.
- b. Kesiapan ibu hamil untuk bersalin dengan tenaga kesehatan atau bidan.

- c. Kesiagaan masyarakat untuk selalu mendukung proses rujukan bagi ibu dan bayi ketika terjadi kegawatdaruratan persalinan.
- d. Keaktifan kader kesehatan untuk melakukan sosialisasi kesehatan ibu dan anak pada anggota masyarakatnya.
- e. Kesiapan dukun bayi dalam proses transisi yang sebelumnya sebagai penolong persalinan menjadi mitra bidan dalam proses perawatan ibu selama masa kehamilan dan sesudah bersalin.

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) merupakan mekanisme tanggap darurat terpadu, yang berbasis call center bagi korban atau pasien kegawatdaruratan yang memanfaatkan kode akses telekomunikasi 119 yang melibatkan partisipasi masyarakat dalam prosesnya.

3. Kemitraan Antara Bidan, Dukun Bayi, Dan Kader Kesehatan Dalam Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Proses persalinan pada ibu termasuk salah satu yang berkontribusi dalam peningkatan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia. Ada beberapa komplikasi atau kegawatdaruratan yang terjadi selama proses persalinan sampai dengan 1 minggu pertama di masa nifas, yang diperkirakan menyumbang sekitar 60% dari AKI di Indonesia. Semakin banyak persalinan yang ditolong oleh dukun bayi, akan semakin berbahaya bagi keselamatan ibu dan bayi. Hal ini dikarenakan, dukun bayi tidak mempunyai keahlian yang cukup dalam melakukan penanganan komplikasi yang sewaktu-waktu terjadi selama proses persalinan dan setelah proses persalinan itu sendiri.

Persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih atau bidan merupakan salah satu cara yang paling efektif dalam menurunkan AKI. Walaupun, tidak bisa dipungkiri juga bahwa masih banyak masyarakat di

Indonesia, khususnya yang masih tinggal di pedesaan yang masih memercayakan pertolongan persalinannya di dukun bayi, yang masih termasuk dalam salah satu bagian dari sistem kepercayaan dan budaya yang ada di masyarakat tersebut. Oleh karena itu, peran seorang dukun bayi di masyarakat tidak bisa dihilangkan begitu saja, namun mereka bisa diajak untuk bermitra atau bekerja sama dengan mengalihkan beberapa perannya, terutama sebagai penolong persalinan kepada tenaga kesehatan dalam hal ini bidan.

Kemitraan disini akan memposisikan bidan sebagai penolong persalinan yang terlatih, dan memposisikan dukun sebagai mitra bidan, serta mendorong para kader kesehatan dalam memfasilitasi dan mengkondisikan masyarakat dan dukun bayi agar semua proses persalinan dapat dilaksanakan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Bidan melakukan semua kegiatan berdasarkan tugas, wewenang, etika, dan tanggung jawabnya. Sedangkan dukun bayi bertugas dalam merujuk ibu hamil bila terjadi komplikasi, dan melakukan perawatan pada masa nifas. Kader kesehatan bersama dengan dukun bayi boleh melakukan kegiatan berdasarkan tradisi setempat yang positif yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta menghilangkan tradisi yang buruk dan merugikan bagi kesehatan ibu dan bayi baru lahir tersebut. Dengan adanya kemitraan ini diharapkan dukun bayi dan kader kesehatan akan menguatkan posisi bidan dalam melakukan kegiatan promosi kesehatan dan pendataan kesehatan pada ibu dan anak di masa mendatang.

4. Pemberdayaan Peran Serta Kader Kesehatan Dalam Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Salah satu peran serta kader dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan kebidanan di komunitas di contohkan

oleh Kader SITAPEKEMAS yang termasuk kader-kader terpilih di wilayahnya yang telah mendapatkan pengetahuan dan pelatihan dalam manajemen dan penanganan kegawatdaruratan, yang akan membantu FKTP dalam penanganan kasus kegawatdaruratan dan rujukan. Kader SITAPEKEMAS diajarkan pengetahuan mengenai informasi tentang kesehatan dasar dan pertolongan pertama kegawatdaruratan, dimana setiap orang harus memiliki keterampilan dan pengetahuan dasar pertolongan pertama pada kegawatdaruratan tersebut untuk meminimalkan risiko kejadian kematian di luar fasilitas pelayanan kesehatan.

Kader SITAPEKEMAS ini kemudian akan membantu menolong masyarakat yang membutuhkan perawatan medis dengan bekerjasama dengan bidan desa sebagai penanggungjawabnya. Kader SITAPEKEMAS yang telah mendapatkan pelatihan dalam teknik Bantuan Hidup Dasar, sehingga ketika ada pasien di lingkungannya, sambil menunggu bantuan ambulance datang, kader memberikan pertolongan dengan langkah D-R-C-C-A-B:

Danger : memakai APD, melindungi pasien dan wilayah sekitar pasien

Respon : memeriksa respons pasien

Call for Help : menghubungi Puskesmas (bidan desa) untuk tindakan selanjutnya dan rujukan ke RS

Circulation : memeriksa denyut nadi, jika nadi tidak teraba lakukan RJP 30 : 2 dalam 5 kali siklus

Airway : memeriksa jalan napas dan membuka jalan napas, serta

Breathing: melakukan pernapasan buatan selama 10-12 x/menit

Dengan memberikan teknik Bantuan Hidup Dasar kepada pasien dengan henti napas dan henti jantung, diharapkan dapat menolong dan mencegah kejadian henti

napas dan henti jantung tersebut, serta dapat memulihkan fungsi jantung dan paru. Golden time penanganan Bantuan Hidup Dasar pada 10 menit pertama ketika pasien tersebut henti jantung, apabila lebih dari 10 menit dapat menyebabkan kematian batang otak. Oleh karena itu, pentingnya kader SITAPEKEMAS segera melakukan pertolongan pertama sebelum menghubungi bidan desa untuk melakukan pertolongan lanjutan dan melakukan rujukan ke RS.

5. Peran Serta Bidan Sebagai Tenaga Kesehatan Dalam Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Selama ini belum ada pelatihan khusus yang melatih bidan yang bekerja di komunitas, yang ada hanya bidan yang mampu bekerja di pedesaan sebagai tenaga kebidanan yang membantu keluarga dan masyarakat, dimana sasarannya adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat.

Seorang bidan dituntut harus mampu memberikan layanan bersifat individual dan kolektif. Pertanggung jawaban bidan dalam layanan kebidanan komunitas mencakup kemampuan dalam memberikan penyuluhan dan konseling kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Jika bidan dapat menjaga kesehatan anggota komunitasnya, maka bidan dapat membantu meminimalkan angka kematian ibu di tingkat nasional. Pertanggung jawaban bidan yang besar mengharuskan bidan untuk meningkatkan kualitasnya.

Lingkup layanan kebidanan di komunitas mencakup meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit (*preventif*), deteksi dini komplikasi dan penanganan kegawatdaruratan, pengurangan kecacatan (*rehabilitatif*), serta kerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat setempat, organisasi masyarakat dan sosial, kelompok masyarakat yang berupaya

dalam mendorong kembalinya individu ke dalam keluarga dan komunitas.

Bidan memberikan layanan kehamilan, masa nifas, bayi, balita, dan KB di komunitas, menilai status kesehatan ibu dan anak, memberikan pertolongan persalinan di rumah dan di polindes, serta mengelola polindes.

Bidan melakukan asuhan kebidanan yang berkualitas, tanggap pada budaya lokal selama proses persalinan, memimpin persalinan bersih dan aman, menangani beberapa keadaan kegawatdaruratan kebidanan demi optimalisasi kesehatan ibu dan anak.

Bidan dalam menangani kasus kegawatdaruratan kebidanan di komunitas dengan melakukan tindakan pertolongan secara cepat, komprehensif, tenang, dan tidak gugup, walaupun keadaan keluarga atau pendamping pasien kemungkinan sedang panik juga.

6. Kolaborasi PONEK-PONEK Dalam Kegawatdaruratan Kebidanan Di Komunitas

Saat melakukan rujukan kegawatdaruratan kebidanan di komunitas biasanya merujuk pada prinsip dasar ketepatan dan kepatutan tindakan, efisiensi, efektivitas, dan kesesuaian dengan kemampuan dan otorisasi fasilitas layanan kesehatan.

Kolaborasi PONEK dan PONEK sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dalam konteks keterbatasan sumber daya. Dalam sistem kolaboratif ini, perawatan pasien tidak dimulai sejak dirujuk ke PONEK atau PONEK, melainkan sejak mereka berada di masyarakat. Dengan bekerja sama dengan LSM atau membentuk kader kesehatan, mereka dapat mengidentifikasi faktor risiko kebidanan dan bayi baru lahir sejak dini di masyarakat. Selain itu, karena jaringan diterapkan di setiap PONEK dan PONEK di suatu wilayah, juga dapat membantu diagnosis dini dan identifikasi layanan yang dibutuhkan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, L. N., 2020. *Hambatan Rujukan Pada Kasus Kegawatdaruratan Maternal*. Semarang, Penerbit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo, pp. 46-53.
- Astuti, L. P., Prasida, D. W. & Wardhani, P. K., 2017. Peran Dan Fungsi Bidan Dalam Pelaksanaan Informed Consent Pada Kegawatdaruratan Obstetri Di Puskesmas. *Jurnal Kebidanan*, Vol. 09, No. 02, Desember 2017, pp. 101-212.
- Casnuri, et al., 2022. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. Banyumas: CV. Pena Persada.
- Cholifah, S. & Purwanti, Y., 2019. *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Dzulham, Y. Q., 2020. Analisis Kelayakan Aplikasi Android Standar Operasional Prosedur Tatalaksana Emergency Maternal Neonatal (SOP Teman) Sebagai Panduan Bidan Dalam Penatalaksanaan Kasus Kegawatdaruratan Kebidanan Di Puskesmas Sidamulih Tahun 2019. *ARIMBI: Asian Research Midwifery And Basic Science Journal*, Vol. 1, No. 1, pp. 13-32.
- Fahlevi, S. R., Sabri, R. & Fernandes, F., 2022. Faktor Yang Mempengaruhi Keaktifan Kader Kesehatan Jiwa Di Puskesmas Andalas. *Jurnal Kesehatan*, Vol. 13, No. 3, DOI: <http://dx.doi.org/10.35730/jk.v13i3.732>, ISSN (Print) 2085-7098, ISSN (Online) 2657-1366, pp. 442-448.
- Junengsih, 2018. *Bahan Ajar Kebidanan: Praktik Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Mindarsih, E., 2017. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Sikap Dalam Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Di Dusun Gebang I, Plumbon, Temon, Kulon Progo, Yogyakarta. *Jurnal Medika Respati*, Vol. 12, No. 4, Oktober 2017, ISSN: 1907-3887, pp. 12-19.
- Ningsih, S. L., S., A. W. & Sawandi, S., 2018. Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Permenkes Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Pada Bayi Baru Lahir Di Puskesmas Kaleroang Sulawesi Tengah. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, Vol. 4, No. 1, Juni 2018, ISSN: 2548-818X, pp. 73-94.
- Parwati, D., 2023. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Parepare: Fatima Press.
- Rahayu, T. P., Suharto, A. & Sumaningsih, R., 2019. *Modul Ajar I: Kebidanan Komunitas*. Surabaya: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Rustiawati, E., Sulastri, T. & Dewi, H. N., 2021. Pengaruh Pelatihan Triase Terhadap Pengetahuan Perawat Dan Bidan Tentang Penerapan Triase Di Unit Gawat Darurat Puskesmas Gunung Sari Kabupaten Serang. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, Vol. 2, No. 1, April 2021, pp. 23-28.
- Sari, R. D. P., Sutarto & Utama, W. T., 2023. Pemberdayaan Skill Dan Pengetahuan Kader Kesehatan Mengenai Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri Sebagai Upaya Menurunkan Nilai Angka Kematian Ibu (AKI) Di Desa Cipadang Kecamatan Gedong Tataan Kabupaten Pesawaran. *Jurnal Ilmu Medis Indonesia (JIMI)*, Vol. 2, No. 2, ISSN: 2807-1697, pp. 95-103.
- Setyorini, D. I. & S., 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Praktikum Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Setyorini, D. I. & S., 2016. *Modul Buku Ajar Cetak Kebidanan: Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: Badan Pengembangan Dan Pemberdayaann Sumber Daya Manusia Kesehatan, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wahyuni, E. D., 2018. *Bahan Ajar Kebidanan: Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Widayatun & Fatoni, Z., 2013. Permasalahan Kesehatan Dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas Kesehatan Dan Partisipasi Masyarakat. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, Vol. 8, No. 1, ISSN: 1907-2902, pp. 37-52.

BAB 7

PENATALAKSANAAN DAN PEMANTAUAN BBLR

Oleh Nirwana

7.1 Pendahuluan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.25/2014 perihal Upaya Kesehatan Anak memaparkan bahwasanya tiap anak mempunyai hak untuk hidup, dan bertumbuh kembang. Sehingga, harus dilaksanakan langkah-langkah yang berkaitan terhadap kesehatan anak secara menyeluruh, terpadu, serta berkelanjutan, yang bertujuan menjamin keberlangsungan hidup anak-anak serta meminimalisir angka kematian neonatal, anak, hingga balita. (Profil kesehatan ibu dan anak, 2022)

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia, neonatal ialah penyebab utama kematian BBLR (berat badan lahir rendah) sejumlah 34,5% pada 2021.(Kemenkes RI, 2022)

Tingginya nilai AKB (angka kematian bayi) menjadi permasalahan di banyak negara, terutama di negara-negara berkembang berupa Indonesia. BBLR (Berat badan lahir rendah) ialah satu diantara sebab AKB tinggi. (Juliana, Debby, Aprilian, 2017)

Satu diantara penyebab kematian di bulan awal kelahiran bayi ialah BBLR. BBLR meningkatkan mortalitas dan morbiditas bayi. BBLR ialah orang yang bobot tubuh, umur kehamilan serta aspek penyebabnya di bawah standar lahir normal (Juliana,Debby,Apriilian, 2017).

7.2 Pengertian BBL dan BBLR

Neonatus ialah bayi yang dilahirkan tanpa bantuan cephalovaginal, memiliki usia kehamilan 37-42 minggu, bobot tubuh 2500-4000 gram ketika dilahirkan, memiliki skor Apgar > 7 dan tidak memiliki cacat lahir.

BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) ialah bayi yang baru lahir dengan bobot kelahiran < 2500 gram. (Nurhasiyah et al., 2017)

7.3 Jenis Berat Badan Lahir Rendah

Berdasarkan Berat Badan Menurut *World Health Organization* (WHO) :

1. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) yang bobot kelahirannya 1500 – 2499 gram
2. BBLSR (Berat Badan Lahir Sangat Rendah) yang bobot kelahirannya 1000-1499 gram
3. BBLER (Berat Badan Lahir Ekstrem Rendah) yang bobot kelahirannya <1000 gram (Mansyur, 2020)

7.3 Menurut Masa Gestasinya

1. Bayi prematur murni, yakni masa kehamilan dibawah 37 minggu serta bobot tubuhnya selaras terhadap usia kehamilan, ataupun sering diartikan bayi prematur berdasarkan usia kehamilan. (NKB-SMK).
2. Dismaturitas yakni bayi yang dilahirkan berbobot tubuh dibawah bobot tubuh yang seharusnya guna masa gestasi itu. Bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilannya (KMK). (Suryani, 2020)

7.4 Faktor Berat Badan Lahir Rendah

1. Konsep Status Gravida

Di Indonesia, riset tentang status kehamilan BBLR lebih banyak dipelajari dibanding status paritas. Ada riset yang

memaparkan bahwasanya ada korelasi diantara kehamilan dengan BBLR. (Septiana, 2017)

Hamil ialah tes kehamilan untuk wanita yang sedang atau pernah hamil. Ada dua jenis gravida yaitu primigravida (wanita yang baru pertama kali hamil) dan multigravida (wanita yang hamil lebih dari satu kali) (Suryani, 2020)

2. Kunjungan ANC pada Ibu Hamil

Berdasarkan Kementerian Kesehatan, kunjungan ANC ibu hamil minimum 6 kali ketika hamil serta 2 kali untuk memeriksa kesehatan dalam trimester 1 dan 3. Wanita hamil diminta guna menghubungi petugas medis yang berkualifikasi serta berwenang untuk ANC. Petugas medis pemeriksa harus memberikan layanan berdasarkan standar serta melakukan pencatatan pada buku KIA. Penting bagi ibu mengandung menjalankan ANC dengan rutin lantaran keteraturan ANC terhadap ibu mengandung berkaitan erat terhadap BBLR (Nurhayati, Wigunantiningsih, & Hastutik, 2018).

3. Anemia pada Ibu Hamil

Anemia ialah suatu keadaan dimana kadar Hb (hemoglobin) berkurang terhadap ibu mengandung serta tergolong gangguan kesehatan yang umum dialami ketika mengandung. Nilai Hb < 11 g/dl menunjukkan anemia terhadap ibu mengandung. Anemia menurunkan ketersediaan oksigen jaringan serta mengubah struktur vaskularisasi plasenta, mempengaruhi tumbuh kembang janin, menempatkannya pada risiko BBLR. (Suryani, 2020)

4. Kurang energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil

KEK (kekurangan energi kronis) ialah buruknya status gizi seorang individu akibat kekurangan sumber energi yang berisikan zat-zat gizi mikro dan makro. Kebutuhan nutrisi

ketika mengandung lebih banyaknya dari biasanya guna mencukupi keperluan janin dan ibu. Defisit kalori selama kehamilan dapat menyebabkan gizi ataupun KEK kurang. Efeknya berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin serta persalinan BBLR (Aminin, Wulandari, & Lestari, 2014).

5. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada Ibu Hamil
HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) ialah retrovirus RNA yang menyerang sistem imunitas tubuh, hingga rentan terhadap infeksi serta menyebabkan AIDS. Satu diantara cara penularan HIV ialah penularannya melalui ibu pada janin ketika masa kehamilan lewat plasenta, melalui jalan lahir ketika melahirkan, serta melalui ASI saat menyusui. Risiko penularan virus HIV ke anak dari ibu bisa ditekan seminimal mungkin Bila anak dan ibu menerima tindakan intervensi atau pencegahan selama hamil, plasenta menjaga janin dari HIV. Namun, bila plasenta meradang, terinfeksi ataupun rusak, HIV bisa melewati plasenta serta menimbulkan penularan pada janin dari ibunya (Kemenkes RI, 2022)
6. Sifilis pada Ibu hamil
Sifilis ialah kelainan menular seksual yang diakibatkan bakteri *Treponema pallidum* serta dapat dibagi menjadi sifilis kongenital serta didapat. Sifilis kongenital ditularkan pada janin melalui ibu ketika kehamilan, sementara sifilis didapat ditularkan lewat hubungan seks ataupun produk darah yang terkontaminasi (Prabhakara, 2010)

Sifilis bisa ditularkan pada janin dari ibunya ketika hamil lantaran bakteri *Treponema pallidum* bisa melewati penghalang darah-plasenta, mengakibatkan keguguran, lahir mati ataupun lahir hidup, dan akhirnya kematian pada wanita yang menderita sifilis sebelum hamil. Pada wanita

mengandung yang tidak diobati, sifilis busa menyebabkan keguguran, berat lahir rendah, kelahiran prematur, sifilis kongenital, dan lahir mati. (Kemenkes RI, 2022)

7. Hepatitis pada Ibu Hamil

Hepatitis B ialah penyakit infeksi berupa peradangan hati yang diakibatkan virus hepatitis B, serta anak yang lahir dari ibu yang sudah menderita hepatitis B dapat berkembang menjadi hepatitis B kronis secara perinatal. Untuk mencegah penyebarannya, ibu hamil dapat melakukan pemeriksaan hepatitis B selama kehamilan melalui deteksi dini dan pengobatan HBV pada ibu dengan hepatitis B. (Kemenkes RI, 2022)

8. Pre Eklampsia pada Ibu Hamil

Preeklampsia ialah perkembangan proteinuria dan hipertensi yang dialami sesudah minggu ke-20 kehamilan (Hutcheon, Lisonkova & Joseph, 2011). Preeklampsia ditandai adanya tekanan darah tinggi yakni tekanan darah yang dilakukan pengukuran memakai sphygmomanometer $> 140/90$ mmHg serta protein positif serta urine ibu hamil. (Prawirohardjo, 2010b).

Kejadian BBLR lebih banyak terjadi ibu dengan preeklampsia berat (Nurliawati, 2014). Preeklampsia berat juga berkaitan terhadap peristiwa BBLR (Nurliawati, 2014). Pada ibu mengandung dengan preeklampsia kurang dari usia kehamilan 34 minggu juga dikaitkan terhadap terjadinya BBLR lantaran dapat berkembang menjadi preeklampsia berat yang mempengaruhi tumbuh kembang janin dan disertai dengan kemungkinan persalinan prematur (Primayanti et al., 2016).

7.5 Pencegahan dan Pengendalian BBLR

1. Pendidikan kesehatan yang memadai diberikan guna meminimalisir kelahiran BBLR
2. Memantau serta mengamati sikap ibu hamil untuk mencegah BBLR dengan memberikan leaflet
3. Cobalah untuk mencegah hipotermia dan berkontribusi pada pertumbuhan normal
4. Menawarkan ibu terapi gratis lantaran tidak semua bayi BBLR memiliki akses layanan medis dengan teknologi canggih
5. Pengukuran status gizi ibu hamil dengan menggunakan pengukuran antropometri khususnya pengukuran LILA untuk mengetahui risiko KEK pada wanita usia subur.
6. Pelaksanaan perhitungan dan tindakan persiapan dalam pelayanan kesehatan (prenatal care), yang tujuannya untuk mengetahui resiko komplikasi dan kelainan pada ibu hamil.
7. Pantau keadaan bayi semenjak dalam kandungan, yang keterlambatan pertumbuhan intrauterin berlanjut hingga umur kelahiran berikutnya. (Novitasari et al., 2020)

7.6 Penatalaksanaan BBLR

Penatalaksanaan BBLR Menurut Lestari (2016) bertujuan untuk mengurangi stress fisik maupun psikologis. Adapun penatalaksanaan BBLR meliputi :

1. Mempertahankan Suhu Tubuh
Melakukan pencegahan hipotermi diperlukan lingkungan yang cukup hangat, menghangatkan bayi dengan metode kangguru, dan melakukan perawatan didalam incubator tergantung kondisi dan situasi dimana bayi berada.
2. Mencegah Infeksi
Dalam penanganan BBLR harus memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi karena sangat rentan. Bayi BBLR juga memiliki imunitas yang sangat kurang. Hal sekecil apapun harus perlu diperhatikan untuk pencegahan bayi BBLR. Salah

- satu cara pencegahan infeksi, yaitu dengan mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengaturan Makanan/Nutrisi dan ASI
Refleks menelan pada BBLR belum sempurna dan lemahnya refleks otot juga terdapat pada bayi BBLR. Oleh karena itu, pemberian nutrisi harus dilakukan dengan hati-hati.
 4. Hidrasi
Pada bayi BBLR tidak menutup kemungkinan untuk terjadinya kekurangan cairan dan elektrolit. Maka, perlu dilakukan tindakan hidrasi untuk menambah asupan cairan serta elektrolit yang tidak cukup untuk kebutuhan tubuh.
 5. Pemberian Oksigen
Pemberian oksigen dapat dilakukan apabila diperlukan pada bayi BBLR. Pemberian oksigen ini dilakukan untuk mengurangi bahaya hipoksia dan sirkulasi.
 6. Penghematan Energi
Salah satu tujuan utama perawatan bayi resiko tinggi adalah menghemat energi. Oleh karena itu BBLR ditangani seminimal mungkin. Bayi yang dirawat di dalam inkubator tidak membutuhkan pakaian, tetapi hanya membutuhkan popok atau alas. Dengan demikian kegiatan melepas dan memakaikan pakaian tidak perlu dilakukan. (Manuscrip)
 7. Stimulasi sensori
Bayi baru lahir memiliki kebutuhan stimulasi sensori yang khusus. Rangsangan suara dan sentuhan juga dapat diberikan selama PMK karena selama pelaksanaan PMK (Perawatan Metode kangguru) ibu dianjurkan untuk mengusap dengan lembut punggung bayi dan mengajak bayi berbicara atau dengan memperdengarkan suara musik untuk memberikan stimulasi sensori motorik, pendengaran, dan mencegah periodik apnea.
 8. Support keluarga
Kelahiran bayi preterm merupakan kejadian yang tidak diharapkan dan membuat stress bila keluarga tidak siap secara

emosi. Orang tua biasanya memiliki kecemasan terhadap kondisi bayinya, apalagi perawatan bayi di unit perawatan khusus mengharuskan bayi dirawat terpisah dari ibunya. Selain cemas, orang tua mungkin juga merasa bersalah terhadap kondisi bayinya, takut, depresi, dan bahkan marah. Perasaan tersebut wajar, tetapi memerlukan dukungan dari perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Juliana, Debby, Apriani. 2017. *Hubungan usia, paritas dan usia kehamilan dengan bayi baru lahir rendah*. Medan. Jurnal bidan
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Mansyur, A. R. 2020. Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal, Vol. 1, No*, 113–123.
- Novitasari, A., Hutami, M. S., & Pristya, T. Y. R. 2020. Pencegahan dan Pengendalian BBLR Di Indonesia: Systematic Review. *Pencegahan Dan Pengendalian Bblr Di Indonesia*, 2(3), 175–182. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574>
- Nurhasiyah, S., Sukma, F., & Hamidah. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. In *Fakultas Kedokteran dan Kesehatan universitas Jakarta*.
[http://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=/8663/course/overviewfiles/ASUHAN NEONATUS, BAYI, BALITA DAN ANAK PRA SEKOLAH.pdf&forcedownload=1](http://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=/8663/course/overviewfiles/ASUHAN_NEONATUS,_BAYI,_BALITA_DAN_ANAK_PRA_SEKOLAH.pdf&forcedownload=1)
- Prabhakara, G. 2010. Health Statistics (Health Information System). In *Short Textbook of Preventive and Social Medicine*. https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5
- Suryani, E. 2020. *Bayi Berat Lahir Rendah dan Penatalaksanaannya*. <http://stradapress.org/index.php/ebook/catalog/download/8/6/22-1?inline=1>

Septiana, F. N. 2017. *HUBUNGAN ANTARA USIA IBU DAN STATUS GRAVIDA DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH PADA IBU PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT BERSALIN INNA JOMBANG*. Universitas Airlangga.

BAB 8

FASE-FASE PENANGGULANGAN BENCANA KIA

Oleh Muzayyana

8.1 Pendahuluan

Indonesia merupakan wilayah yang sering mengalami bencana. Musibah adalah peristiwa yang merusak dan mengganggu kehidupan individu karena disebabkan oleh beberapa unsur yang teratur dan tidak normal serta variabel manusia, yang mengakibatkan kemunduran manusia, kerusakan alam, kehilangan harta benda, dan efek mental manusia (Peraturan tentang Bencana Papan Nomor 24 Tahun 2007). Kampus Kebidanan wajib membekali mahasiswa dengan pengetahuan penanggulangan bencana karena merupakan salah satu sekolah yang mendidik tenaga kesehatan. Hal ini karena dokter persalinan sebagai tenaga kesehatan di lapangan harus dapat memberikan tunjangan persalinan yang optimal bahkan dalam kondisi bencana. Memang, dalam keadaan biasa pun, saat ini banyak sekali persoalan di bidang asuhan kebidanan, misalnya tingginya angka kematian ibu dan bayi, kejadian kehamilan yang tidak diinginkan, kasus HIV/Helps, dan lain sebagainya, bahkan keadaan ini akan semakin memburuk dalam situasi krisis bencana. (Aistikhorotul Mashdariyah, 2018).

Sesuai laporan oleh Asosiasi Kesejahteraan Dunia (WHO) pada tahun 2013, 8 dari 10 negara dengan angka kematian ibu tertinggi tercatat baru-baru ini menghadapi kegagalan. Informasi dari *Assembled Countries* (PBB) dan *Assembled Countries Populace Asset* (UNFPA) mengungkapkan pada tahun 2015 bahwa sekitar 61% kematian ibu terjadi di

negara-negara rawan bencana. Salah satu alasan mengapa sistem perawatan kesehatan kekurangan peralatan dan tenaga terlatih adalah karena lebih dari sepertiga kematian ibu terjadi akibat bencana alam. (Novria Hesti, 2019).

Bencana bisa terjadi kapanpun dan dimanapun. Kondisi alam atau perbuatan manusia merupakan dua potensi sumber bencana. Musibah yang terjadi akan menimbulkan kemalangan materi, ketidakmampuan bahkan korban jiwa. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman tentang tahapan penanggulangan bencana KIA untuk mencegah bencana atau dampak negatifnya.

Kita sering mendengar berita di TV atau radio tentang bencana yang melanda dalam berbagai tempat di Indonesia maupun di luar negeri. Cerita bencana selalu melibatkan tragedi atau peristiwa menyedihkan. Sekarang mari kita coba memahami apa arti bencana. Berikut ini adalah beberapa tempat berbeda di mana Anda dapat menemukan definisi bencana: Menurut definisi UN-ISDR (2004) tentang bencana, Malapetaka adalah gangguan serius terhadap kerja masyarakat atau bencana yang menyebabkan meluasnya masalah material, ekonomi, atau lingkungan. merugikan kehidupan manusia dan melebihi kapasitas masyarakat untuk mengelola sumber daya mereka sendiri. (Erita, Donny Mahendra, 2019).

Meskipun upaya pelayanan kesehatan saat terjadi krisis akibat bencana terus bertambah, namun hal itu belum juga optimal baik dari segi tenaga medis yang terlatih, peralatan yang kurang memadai, maupun kompetensi ilmu dan pengetahuan tenaga kesehatan khususnya bidan. Dengan demikian, layanan masih terbatas pada perawatan kondisi medis secara umum, sementara kesehatan konsepsi belum diperlukan dan seringkali tidak tersedia. (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Bidan adalah tenaga kesehatan yang biasanya bekerja di puskesmas atau masyarakat atau masyarakat yang paling dekat dengan dampak bencana. Kontribusi bidan terhadap kesiapsiagaan

bencana/darurat atau pengurangan risiko sangat penting. Bidan sering ditinggalkan dalam kesiapsiagaan bencana di tingkat nasional, internasional, dan lokal. Hal ini didukung oleh data dari World Health Organization (WHO) yang menyatakan bahwa penanganan korban massal harus memperhatikan kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan ibu agar International Confederation of Midwives (ICM) dan asosiasi anggotanya untuk menjamin bahwa bidan mengambil bagian dalam kesiapsiagaan darurat. (World Health Organization (WHO), 2011).

8.2 Tahapan Bencana

Disaster Tahapan bencana atau bencana adalah sebagai berikut: tahap sebelum terjadinya bencana, tahap penyerangan, tahap dampak, tahap darurat, dan tahap rekonstruksi (La Monika Elaine L, 1998).

1. Tahapan Prabencana Tahapan ini, yang disebut juga dengan “tahapan prabencana”, berlangsung dari sebelum bencana terjadi hingga tahap penyerangan atau dampak. Para ahli menilai tahap ini sangat strategis karena pada tahap prabencana ini masyarakat harus dilatih untuk tanggap bencana di kemudian hari. Persiapan yang diberikan kepada aparat dan daerah setempat akan sangat mempengaruhi jumlah korban jiwa ketika segala sesuatu berjalan ke selatan (influence), peringatan dini dikenalkan dengan daerah setempat pada tahap prabencana. Mengingat masyarakat awam atau awam khusus (first responder) adalah yang pertama kali membantu saat terjadi bencana, maka masyarakat awam khusus harus mendapat pelatihan langsung dari pemerintah kabupaten kota. Individu awam khusus mungkin memerlukan jenis pelatihan berikut: Kemampuan untuk meminta bantuan, kemampuan untuk membantu diri sendiri, memutuskan

arah keberangkatan yang benar, memberikan bantuan dan transportasi lengkap.

2. Fase Bencana (Efek) Pada fase penyerangan atau peristiwa bencana (Effect stage), waktu dapat berlangsung dari beberapa saat hingga beberapa saat atau bahkan berbulan-bulan. Dari saat bencana terjadi hingga serangan berhenti, tahap serangan dimulai. Durasi serangannya singkat, misalnya: ledakan bom, gempa bumi di Yogyakarta, atau angin puting beliung—waktunya singkat, tapi kerusakannya bisa sangat besar. Serangan yang berkepanjangan, misalnya: ketika serangan gelombang pasang di Aceh terjadi berulang-ulang, serangan lumpur Lapindo berlangsung selama lebih dari satu tahun dan bahkan sampai sekarang belum berhenti yang telah menimbulkan kerugian yang sangat besar.
3. Fase Darurat Fase darurat dimulai pada akhir bencana awal dan berlanjut hingga rekonstruksi selesai, jika serangan berlanjut, seperti yang terjadi di Aceh dan semburan lumpur Lapindo. Masa darurat dapat berlangsung dari beberapa minggu hingga beberapa bulan. Pada tahap krisis ini, korban memerlukan bantuan dari fakultas kedokteran ahli, pekerja kesehatan krisis, orang awam luar biasa yang berbakat dan terjamin. Obat-obatan, peralatan pendukung dan keberangkatan diperlukan, metode transportasi yang produktif dan efektif, metode korespondensi, makanan, pakaian dan terutama pakaian anak-anak, pakaian wanita, terutama celana dalam, bra, pembalut steril yang kadang-kadang hampir tidak tersedia. ada. Itu ada. Di lapangan, diperlukan rumah sakit kecil, dapur umum, dan manajemen kamp yang kompeten untuk menjaga kebersihan udara dan sanitasi lingkungan. (Mizam Ari Kurniayanti, 2012).

8.3 Siklus Bencana Dan Penanggulangan Bencana KIA

Seperti yang digambarkan pada gambar berikut, bencana dapat dianggap sebagai sebuah gambar lingkaran atau biasa disebut dengan siklus.



Gambar 8.1. Siklus Bencana dan Penanggulangan Bencana
(Sumber : Erita, dkk 2019)

Fase prabencana, fase bencana, dan fase pascabencana adalah tiga bagian dari siklus bencana. Tahap pra-kegagalan adalah periode sebelum bencana terjadi. Waktu dan lokasi bencana merupakan fase bencana. Tahap setelah bencana disebut fase pascabencana. Tahapan-tahapan ini berdampak satu sama lain dan berlangsung sepanjang waktu. Referensi adalah siklus bencana ini dalam penanggulangan bencana, yang dapat dirinci menjadi tahapan-tahapan di bawah ini.



Gambar 8.2. Fase- Fase Bencana dan Penanggulangan Bencana
(Sumber : Erita, dkk 2019)

Kegagalan para eksekutif tidak hanya dimulai setelah bencana terjadi. Latihan sebelum kegagalan (pra-malapetaka) sebagai penanggulangan, kelegaan (penurunan pengaruh), dan kesiapan sangat penting untuk mengurangi efek bencana. Setelah bencana (pascabencana), dilakukan upaya rekonstruksi dan rehabilitasi. Tanggap darurat diadakan ketika bencana terjadi. Berikut informasi tentang latihan penanggulangan bencana atau musibah menurut siklus bencana (Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, M., Simadibrata, M.K., &Setiati, 2006).

1. Pra Bencana

a. Pencegahan

Melalui kontrol dan penyesuaian fisik dan lingkungan, pencegahan memerlukan tindakan yang mana diambil sepenuhnya drastis atau seluruhnya mengurangi konsekuensi dari berbagai bahaya dan ancaman.

Kegiatan-kegiatan ini diharapkan dapat meredam penyebab bahaya dengan mengurangi ketegangan, memilah, dan mengedarkan energi atau materi di wilayah-wilayah besar atau dalam jangka wilayah yang lebih besar (Smith, 1992). Menurut Cuny (1983), defisiensi di masa lampau, biasanya dimotivasi melalui kesombongan dan kepercayaan terlalu tinggi terhadap ilmu pengetahuan dan teknologi pada tahun 1960-an; Terlebih lagi, akibatnya pada umumnya akan menuntut aksesibilitas modal dan inovasi. Metode ini semakin populer dan jika memang benar Melalui kontrol dan penyesuaian fisik dan lingkungan, pencegahan memerlukan tindakan yang diambil untuk sepenuhnya drastis atau seluruhnya mengurangi konsekuensi dari ancaman. Dengan mengatur, mendistribusikan kekuatan atau material ke area yang jangkauannya lebih luas, dan menurunkan tekanan, atau untuk jangka lama, Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menghilangkan akar penyebab ancaman dan masalah. (Smith, 1992). Menurut Cuny (1983), pada pencegahan bencana biasanya dimotivasi oleh kepercayaan yang terlalu tinggi di masyarakat yang sangat berlebihan terhadap ilmu pengetahuan dan teknologi tahun 1960-an; juga, selanjutnya secara umum akan menuntut aksesibilitas modal dan inovasi. Kepentingan untuk Cara ini menjadi kurang efektif, dan meskipun masih dilakukan, tindakan penghindaran ini dipertahankan dalam latihan peningkatan standar. dilakukan, langkah-langkah pencegahan ini dimasukkan ke dalam inisiatif pembangunan arus utama. (Underhil, S.L., Wood, S.L., Froelicher, E.S.S., 2005)

b. Mitigasi

Pertolongan adalah kegiatan yang menekankan pertimbangan untuk mengurangi efek bahaya, dengan

cara ini mengurangi kemungkinan konsekuensi yang merugikan. Kontrol dan modifikasi fisik dan lingkungan digunakan dalam pencegahan untuk sepenuhnya menghilangkan atau secara signifikan mengurangi efek ada ancaman. Jika mengelola, mengurangi tekanan yang ada, dan memperluas energi atau material ke area yang terdapat bencana atau dalam jangka waktu yang lebih lama, tindakan ini bertujuan untuk menekan penyebab ancaman bencana tersebut. (Smith, 1992).

terjadinya malapetaka hidup seperti itu yang lebih baik bagi lingkungan (Carter, 1991). Kegiatan yang tidak melibatkan rekayasa, seperti hukum dan peraturan, penghargaan dan sanksi untuk mendorong tindakan yang lebih tepat dan cepat, dan tindakan informasi dan pendidikan untuk membantu orang membuat keputusan yang lebih baik adalah contoh kegiatan mitigasi. Investasi dilakukan sebagai bagian dari upaya rekayasa untuk membangun struktur yang tahan terhadap bencana atau untuk memperbaiki struktur atau bagian yang ada agar lebih kokoh terhadap bencana (Smith, 1992). (Emergency Nurses Association., 2007)

c. Kesiapsiagaan

Fase persiapan yang tepat yang dikenal sebagai Fase Kesiapsiagaan memerlukan pertimbangan berbagai macam tindakan agar meminimalkan kerugian yang ditimbulkan akibat bencana dan mengembangkan rencana untuk memastikan bahwa kegiatan bantuan dan pemeliharaan yang efektif dapat dilakukan jika terjadi bencana. Perserikatan Bangsa-Bangsa mendaftar sembilan kerangka kerja tanggap bencana, termasuk 1. 2. perencanaan analisis kerentanan (pencegahan bencana), koordinasi, 4. 5. pengumpulan

aset teknologi informasi, 6. kerangka kerja peringatan, 7. sistem kegiatan, 8. pendidikan penduduk dan pelatihan, praktik berpakaian.

2. Saat Bencana

Tanggap darurat adalah nama lain ketika terjadi bencana. Tahap reaksi atau aktivitas krisis adalah tahap di mana gerakan krisis sejati dimulai untuk melindungi diri sendiri atau sumber daya seseorang. Kegiatan yang secara konkrit dilakukan antara lain: 1. petunjuk evakuasi, upaya penyelamatan para korban, penjaminan keamanan di lokasi saat terjadi bencana, 4. penaksiran kerugian yang dialami akibat bencana, pendistribusian dan pemanfaatan peralatan tanggap darurat, pengangkutan dan pengangkutan hasil material, dan 7. memberikan perlindungan, dan lain-lain.

Menurut perspektif manfaat klinis, kegagalan juga dikurangi dengan memisahkannya menjadi "Tahap Intens" dan "Tahap Sub-Intens". Pada Tahap Intens, 48 jam pertama sejak kegagalan terjadi dikenal sebagai "tahap manfaat klinis penyelamatan/krisis tanpa henti". Orang-orang yang dirugikan oleh bencana dirawat dalam pengaturan medis darurat serta diberikan penyelamatan dan bantuan selama fase ini. Kira-kira beberapa minggu setelah bencana disebut "Tahap Intens". Pada fase ini, selain tindakan "rescue and help/emergency medical services", orang yang terluka saat itu di evakuasi dan evakuasi juga dilakukan perawatan, dan dilakukan tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang muncul selama evakuasi. (Moser, D., K., & Riegel, 2008).

3. Setelah Bencana

a. Fase Pemulihan

Tahap Pemulihan sulit untuk dikenali dengan tepat dan berlangsung untuk waktu yang tidak ditentukan, tetapi ini adalah periode di mana individu atau komunitas dapat membangun kembali fungsi mereka sebelumnya (prabencana). Sambil memulihkan lingkungan hidup mereka, individu melakukan perbaikan darurat ke rumah mereka, pindah ke perumahan sementara, dan melanjutkan pekerjaan atau sekolah. Kemudian mulai melakukan bantuan pemulihan dan latihan untuk mengembalikan bisnis. Selain itu, instansi pemerintah kembali memberikan layanan dan mulai mengembangkan rencana untuk rekonstruksi sambil terus membantu para korban. Namun, fase ini hanyalah fase, tetapi tidak mengembalikan fungsionalitas prabencana. Pada akhirnya, tahap ini adalah masa perubahan dari keadaan krisis ke keadaan tenang..

b. Fase Rekonstruksi/Rehabilitasi

Fase Rekonstruksi/Rehabilitasi adalah fase di mana individu atau komunitas berupaya mengembalikan fungsi mereka sebelum bencana dan mengatur pemulihan untuk seluruh area lokal. Durasi fase ini juga tidak dapat ditentukan. Namun, seseorang atau suatu daerah tidak bisa kembali ke keadaan semula sebelum gagal, sehingga dengan memanfaatkan pengalaman ini diyakini bahwa kehidupan tunggal dan kondisi lingkungan setempat dapat terus ditumbuhkan. (Sartono, 2013).

bencana bertujuan untuk memastikan bahwa korban bencana dan pengungsi mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan pedoman sekurang-kurangnya. Secara khusus, upaya tersebut ditujukan

untuk menjamin: 1). Kepuasan administrasi kesehatan bagi korban bencana dan orang buangan seperti yang ditunjukkan oleh pedoman paling sedikit; 2). Kepuasan pemusnahan dan pencegahan infeksi yang tak tertahankan bagi korban bencana dan pengungsi sebagaimana ditunjukkan oleh norma-norma yang paling rendah; 3). Pemenuhan kebutuhan pangan dan rezeki bagi korban bencana dan orang buangan sesuai dengan norma yang ada; 4). Kepuasan kesejahteraan ekologis bagi korban bencana dan orang buangan yang ditunjukkan dengan norma yang paling sedikit; dan juga 5). Memberikan kebutuhan sehari-hari dan pakaian untuk pengungsi dan korban bencana sesuai dengan standar minimal (Mizam Ari Kurniayanti, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Aistikhorotul Mashdaryah. 2018. 'Hubungan Pengetahuan Mahasiswa Tentang Manajemen Pra Bencana Dengan Sikap Kesiapsiagaan Pada Kegiatan Simulasi Bencana Banjir Di Akademi Kebidanan Mandiri Gresik Tahun 2017', *Jurnal Kebidanan Universitas Islam Lamongan*, 10, pp. 64–70.
- Emergency Nurses Association. 2007. *Sheehy's Manual Of Emergency Care*. Singapore: Elsevier Mosby.
- Erita, Donny Mahendra, A.M.B. 2019. *Buku Materi Pembelajaran Manajemen Gawat Darurat Dan Bencana*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Buku pedoman paket pelayanan awal minimum (PPAM), kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Mizam Ari Kurniayanti. 2012. 'Peran Tenaga Kesehatan Dalam Penanganan Manajemen Bencana The Role Ofhealth Of Officer In Handling Disaster Management', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 1.
- La Monika Elaine L. 1998. *Kepemimpinan dan Manajemen Ketenaga kesehatanan*. Jakarta: EGC.
- Moser, D., K., & Riegel, B. (2008) *Cardiac nursing a companion to braun wald's heart disease*. Edited by Saunders Elsevier. Philadelphia.
- Novria Hesti, dkk. 2019. 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kesiapsiagaan Bidan dalam Menghadapi Bencana Gempa dan Tsunami di Puskesmas Kota Padang', 8.
- Sartono. 2013. *Basic Trauma Cardiac Life Support. Gadar Medik Indonesia*.
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, M., Simadibrata, M.K., &Setiati, S. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Underhil, S.L., Wood, S.L., Froelicher, E.S.S., & Halpenny. 2005. *Cardiac Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). 2011. 'Regional case study on role of nurses and midwives in emergencies and disasters', *WHO* [Preprint].

BAB 9

TUGAS BIDAN KEDARURATAN

BENCANA KIA

Oleh Nur Indah Noviyanti

9.1 Letak Geografis Indonesia

Letak geografis Indonesia memberikan banyak manfaat keberbagai aspek kehidupan salah satunya aspek perdagangan dan perkonomian. Namun hal lain yang menjadi perhatian dari negara Indonesia yang terdiri dari beberapa kepulauan besar dan kecil, yaitu; memiliki pertemuan empat lempeng tektonik (lempeng benua Asia, Benua Australia, Lempeng Samudera Hindia dan Samudra Pasifik. Lempengan ini lah yang saling bergerak dan sering menyebabkan gempa bumi dan aktifitas vulkanik di wilayah sekitarnya. Pada bagian selatan dan timur Indonesia terdapat sabuk vuknik yang membentang dari pulau Sumatra – Jawa- Nusa Tenggara – Sulawesi yang dibagian sisinya berupa pegunungan vulkanik tua serta dataran rendah yang lebihn banyak rawa-rawa (*RBI RISIKO BENCANA INDONESIA B N P B*, no date) Beberapa potensi bencana yang sering terjadi di Indonesia, yaitu;

1. Gempa Bumi: letak Indonesia di' Cincin Api Pasifik', daerah dengan aktivitas gempa bumi yang tinggi. Beberapa gempa bumi besar pernah terjadi di Indonesia, seperti gempa Sumatra pada tahun 2004 dan gempa Lombok pada tahun 2018. Menurut Badan Meteorologi, Klimatologi, dan Geofisika (BMKG) Indonesia, rata-rata terjadi sekitar 5.000 gempa bumi setiap tahun di Indonesia. Data BMKG menunjukkan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara dengan aktivitas gempa bumi yang tinggi di dunia. Sejak tahun 2000 hingga 2020,

terdapat beberapa gempa bumi berkekuatan tinggi di Indonesia, seperti gempa Nias tahun 2005, gempa Mentawai tahun 2010, dan gempa Lombok tahun 2018.

2. Letusan Gunung berapi: Indonesia memiliki lebih dari 130 gunung berapi aktif, termasuk Gunung Merapi di Jawa Tengah dan Gunung Agung di Bali. Letusan gunung berapi dapat menyebabkan hujan abu, lahar, dan bahkan tsunami vulkanik jika terdapat letusan yang kuat. Indonesia memiliki lebih dari 130 gunung berapi aktif. Menurut Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi (PVMBG), ada beberapa gunung berapi yang memiliki tingkat aktivitas tinggi, seperti Gunung Merapi, Gunung Sinabung, dan Gunung Agung. Sejarah mencatat beberapa letusan gunung berapi yang signifikan di Indonesia, seperti letusan Gunung Tambora pada tahun 1815 yang mengakibatkan fenomena "tahun tanpa musim" di berbagai belahan dunia.
3. Tsunami; Indonesia terletak di pertemuan tiga lempeng tektonik besar, yaitu Lempeng Indo-Australia, Lempeng Eurasia, dan Lempeng Pasifik. Gerakan lempeng ini dapat menyebabkan terjadinya tsunami ketika terjadi gempa bumi di dasar laut. Menurut data BMKG, sepanjang tahun 2004 hingga 2020, Indonesia telah mengalami lebih dari 200 kejadian tsunami. Salah satu tsunami terbesar dalam sejarah terjadi di Aceh pada tanggal 26 Desember 2004, akibat gempa bumi dengan magnitudo 9,1 di Samudra Hindia. Tsunami ini menyebabkan kerusakan yang luas dan menewaskan ribuan orang.
4. Banjir; Indonesia memiliki banyak sungai besar yang mengalir melalui daerah padat penduduk. Pada musim hujan, curah hujan yang tinggi dapat menyebabkan banjir di wilayah-wilayah tersebut. Data dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) menunjukkan bahwa setiap tahun Indonesia mengalami puluhan hingga ratusan

kejadian banjir di berbagai wilayah. Banjir besar yang terjadi di Jakarta pada awal tahun 2020 menjadi salah satu contoh banjir yang parah, yang menyebabkan dampak sosial dan ekonomi yang signifikan.

5. Longsor; Topografi Indonesia yang berbukit-bukit membuatnya rentan terhadap longsor, terutama di daerah perbukitan dan pegunungan. Akibat hujan lebat atau kegiatan manusia yang tidak tepat, tanah longsor sering terjadi di beberapa daerah. Menurut data BNPB, setiap tahun terjadi ribuan kejadian longsor di Indonesia, dengan Jawa Barat dan Jawa Timur sebagai wilayah yang paling rentan. Longsor sering terjadi akibat hujan deras, kondisi tanah yang tidak stabil, serta kegiatan manusia seperti penebangan hutan yang tidak terkontrol.
6. Kekeringan: Meskipun Indonesia memiliki curah hujan yang tinggi, beberapa wilayah di Indonesia juga mengalami musim kemarau yang panjang dan dapat menyebabkan kekeringan. Data dari BNPB menunjukkan bahwa sekitar 40% wilayah di Indonesia mengalami potensi kekeringan dan kekurangan air. Data dari BNPB menunjukkan bahwa sekitar 40% wilayah di Indonesia mengalami potensi kekeringan dan kekurangan air. Pada tahun 2019, beberapa wilayah di Pulau Jawa mengalami musim kemarau yang panjang, yang mengakibatkan krisis air dan dampak negatif bagi pertanian dan pasokan air bersih.

Selain itu terdapat juga potensi bencana alam yang dapat diakibatkan oleh iklim tropis yang ada di Indonesia. Beberapa potensi dari bencana yang diakibatkan iklim, antara lain; musim hujan yang ekstrim dengan intensitas yang sangat tinggi dapat menyebabkan terjadinya banjir dan longsor, terutama daerah dengan drainase yang buruk dan terletak di dataran rendah. Adapun fenomena El Nino dan La

Nina yang terjadi secara berkala di Samudra Pasifik mengakibatkan pegaruh terhadap iklim di Indonesia, contohnya El Nino mengakibatkan kemarau Panjang serta kekeringan dan La Nina mengakibatkan curah hujan yang sangat tinggi. Cuaca yang ekstrim juga dapat menyebabkan terjadinya angin kencang, gelombang tinggi dan megakibatkan rusaknya infrastruktur dan membahayakan keselamatan manusia.

9.2 Tugas Bidan di Daerah Bencana

Bidan memiliki tugas yang sangat vital di masyarakat khususnya jika terjadi bencana. Bidan yang bekerja di masyarakat/komunitas harus siap siaga terhadap bencana /pengurangan risiko darurat. Tenaga bidan masuk kedalam bagian dari kesiapsiagaan bencana, baik ditingkat internasional, nasional maupun skla lokal. Hal ini disarkan bahwa kesehatan ibu/perempuan, bayi, anak) merupakan kelompok rentan yang perlu segera mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Bidan harus mampu memastikan bahwa asuhan yang diberikan mampu mengambil peran besar untuk berkontribusi dalam kesiapsiagaan bencana. Laporan dari Perserikatan bangsa-Bangsa (PBB) bahwa ditahun 2015 terdapat 615 kematian ibu yang terjadi di daerah rawan bencana. Oleh karena itu diperlukan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang lebih spesifik pada kondisi yang krisis yang diakibatkan karena kasus-kasus bencana yang belum optimal. Hal ini karena terbatasnya sumber daya,seperti; peralatan, tenaga kesehatan yang belum terlatih dan kompetensi terkait pelayanna didaerah bencana. Adapun peran bidan di daerah bencana yaitu (Berg, 2005);

1. Koordinator Pelayanan kesehatan ibu dan anak

Sebagai Koordinator Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di daerah bencana, bidan memiliki peran penting dalam mengatur dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan

yang spesifik untuk ibu dan anak. Bidan bertanggung jawab merencanakan dan mengorganisasi pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah bencana. Mengidentifikasi kebutuhan kesehatan khusus ibu dan anak serta merancang strategi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam kegawatdaruratan bencana bidan juga diharapkan untuk mampu mengkoordinasikan jadwal dan lokasi pelayanan kesehatan, termasuk klinik kesehatan ibu dan anak, pusat persalinan, dan tempat pemeriksaan kehamilan. Memastikan aksesibilitas dan ketersediaan layanan, serta melakukan kolaborasi dengan pemangku kepentingan dan organisasi kemanusiaan terkait kesehatan ibu dan anak. melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap setiap layanan kesehatan ibu dan anak di daerah bencana. Penting juga koordinator bidan untuk mengumpulkan data dan informasi untuk mendukung pengambilan keputusan dan perencanaan program yang lebih baik di masa mendatang.

2. Penanggung jawab paket pelayanan awal minimum (PPAM) (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA)

Sebagai penanggung jawab PPM di daerah bencana /krisis, bidan diharapkan mampu memberikan serangkaian kegiatan prioritas layanan kesehatan reproduksi meliputi layanan bayi baru lahir, ibu hamil, ibu bersalin, ibu pasca persalinan, ibu menyusui, pada perempuan, remaja dan wanita usia subur. PPAM kesehatan reproduksi diterapkan pada semua jenis bencana, baik bencana alam maupun non alam. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi disesuaikan dengan hasil penilaian kebutuhan awal, yang dilakukan oleh petugas kesehatan di lapangan/anggota sub kluster kesehatan reproduksi. Jika PPAM kesehatan reproduksi tidak dilaksanakan, akan memiliki konsekuensi: a)

meningkatnya kematian maternal dan neonatal, b) meningkatnya risiko kasus kekerasan seksual dan komplikasi lanjutan, c) meningkatnya penularan Infeksi Menular Seksual (IMS), d) terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman, e) terjadinya penyebaran HIV.

3. Pencegahan dan pengendalian penyakit menular

Penanggung jawab pencegahan penularan penyakit bertanggung jawab menyediakan edukasi dan informasi kepada masyarakat terkait praktik kebersihan, sanitasi, dan pencegahan penularan penyakit. Selanjutnya koordinator/penanggungjawab melakukan perencanaan dan pelaksanaan Langkah-langkah pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Selain itu memastikan Tersedianya vaksinasi yang diperlukan dan memberikan imunisasi kepada individu yang membutuhkan, terutama anak-anak dan populasi yang rentan. bertanggung jawab untuk memantau kasus penyakit menular di daerah bencana. Mereka mengumpulkan data dan informasi terkait penyebaran penyakit serta melaporkannya kepada otoritas kesehatan setempat.

4. Pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender (*PEDOMAN Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender dalam Bencana*, no date)

Bidan memiliki berperan dalam memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai kekerasan berbasis gender, termasuk definisi, jenis-jenis, dan dampaknya terhadap kesehatan fisik dan mental individu dan juga meningkatkan kesadaran tentang hak-hak perempuan dan anak, serta pentingnya menghormati kesetaraan gender dalam masyarakat. Selain itu bidan juga diharapkan mampu untuk mengidentifikasi tanda-tanda kekerasan berbasis gender pada perempuan dan anak-anak yang mengakses pelayanan

kesehatan dan memberikan tempat yang aman dan mendukung bagi korban kekerasan berbasis gender untuk berbicara dan mencari bantuan. Bidan juga perlu melakukan pelaporan dan mendokumentasikan kasus kekerasan berbasis gender dengan cermat, termasuk informasi mengenai luka-luka fisik, keadaan psikologis, dan langkah-langkah penanganan yang telah dilakukan.

5. Pelayanan dan informasi kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja (Fch and ch, 2008)

Dalam keadaan darurat bencana bidan juga perlu memberikan informasi yang akurat, terkini, dan mudah dipahami kepada remaja mengenai kesehatan reproduksi, termasuk pubertas, menstruasi, kontrasepsi, seksualitas, risiko kehamilan remaja, dan infeksi menular seksual (IMS). menjelaskan dengan jelas mengenai berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, keuntungan, kerugian, dan cara penggunaannya, sehingga remaja dapat membuat keputusan yang informasi dan berdasarkan pengetahuan. Adapun pemberian layanan konseling individu kepada remaja mengenai kesehatan reproduksi, termasuk memberikan dukungan emosional dan memberi jawaban atas pertanyaan atau kekhawatiran yang mungkin mereka miliki. Kegiatan pencegahan pada beberapa kasus perlu dilakukan pemeriksaan ginekologi pada remaja, seperti pemeriksaan payudara dan pemeriksaan panggul, untuk memantau kesehatan reproduksi mereka. Mereka melakukan pemeriksaan untuk mendeteksi dan mencegah penyakit atau kondisi yang berhubungan dengan reproduksi remaja, seperti infeksi menular seksual atau masalah menstruasi (Yadeta, Bedane and Tura, 2014). Dalam kondisi darurat bencana pelibatan remaja menjadi penting terkait kehamilan remaja, seperti tes kehamilan,

konseling prenatal, dan pemantauan kesehatan selama kehamilan.

6. Pelayanan kesehatan reproduksi meliputi pelayanan KB (Ramesh *et al.*, 2023)

Pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan oleh bidan di daerah bencana untuk membantu individu dan pasangan dalam mengambil keputusan tepat terkait kesehatan reproduksi, melalui layanan konseling dan edukasi metode kontrasepsi. Layanan lainnya yang diberikan bidan adalah melakukan penilaian terhadap kelayakan terhadap individu dan pasangan dalam mencari pelayanan KB. Pemberian layanan metode kontrasepsi dan pemantauan, seperti; pemasangan IUD, implant, suntik dan lainnya.

7. perencanaan integrasi layanan kesehatan reproduksi secara Komprehensif (Zainal Fatoni, no date).

Bidan melakukan penilaian terhadap kebutuhan masyarakat dalam hal layanan kesehatan reproduksi di daerah bencana. Bidan mengidentifikasi kelompok rentan seperti ibu hamil, ibu menyusui, remaja, dan korban kekerasan berbasis gender yang membutuhkan perhatian khusus dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Bidan berpartisipasi dalam perencanaan dan koordinasi program kesehatan reproduksi di daerah bencana, baik dengan instansi kesehatan, lembaga kesehatan internasional, maupun organisasi non-pemerintah yang terlibat dalam tanggap darurat. Pemberian pelayanan kesehatan reproduksi yang meliputi pemeriksaan prenatal, pemantauan kehamilan, persalinan, pelayanan pasca-natal, pelayanan KB, dan pemantauan kesehatan reproduksi secara umum. Bidan bertanggung jawab untuk mengidentifikasi kebutuhan obat-obatan dan alat

kontrasepsi yang diperlukan dalam layanan kesehatan reproduksi di daerah bencana. Bidan terlibat dalam pelatihan dan penguatan kapasitas tenaga kesehatan lainnya di daerah bencana dalam penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.

Peran bidan sangat penting dalam kedaruratan bencana Kesehatan Ibu dan Anak. Bidan dituntut memiliki keterampilan klinis khusus dalam memberikan layanan kesehatan pada ibu hamil, melahirkan dan nifas, dan juga melakukan identifikasi serta menangani komliaksi obstetri yang mungkin terjadi selama bencana kedarutatan. Pelayanan kesehatan Anak dan Neonatal (Bayi yang baru lahir) dan anak-anak sangat rentan terhadap dampak bencana. Bidan memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan perawatan kesehatan neonatal dan anak yang sesuai, termasuk pemantauan pertumbuhan, imunisasi, dan perawatan pasca keguguran. Mereka juga dapat memberikan dukungan dan nasihat kepada ibu tentang menyusui, gizi, dan kesehatan bayi.

Potensi bencana alam di beberapa daerah di Indonesia memberikan pengaruh terhadap kualitas dan kesejahteraan penduduk yang dapat dirasakan secara langsung maupun tidak langsung. Dampak yang langsung dapat terlihat yaitu terdapat korban jiwa, hilang, trauma, dan luka-luka. Adapun dampak tidak langsung meliputi kerusakan bangunan dan alat-alat penunjang di sekolah maupun pemerintah dan swasta.

DAFTAR PUSTAKA

- Berg, M. 2005. 'A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine', *Journal of Perinatal Education*, 14(1), pp. 9–21. Available at: <https://doi.org/10.1624/105812405x23577>.
- Fch and ch. 2008. *OppOrtunities, ApprOAches, And chOices ADOLESCENT and YOUTH Sexual Reproductive Health*.
- PEDOMAN Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender dalam Bencana* (no date).
- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
- Ramesh, S. *et al.* 2023. 'Authorization of midwives to perform basic emergency obstetric and newborn care signal functions in Argentina, Ghana, and India: A multi-country validation study of a key global maternal and newborn health indicator', *PloS one*, 18(4), p. e0283029. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283029>.
- RBI RISIKO BENCANA INDONESIA B N P B* (no date).
- Yadeta, T.A., Bedane, H.K. and Tura, A.K. 2014. 'Factors affecting parent-adolescent discussion on reproductive health issues in Harar, eastern Ethiopia: A cross-sectional study', *Journal of Environmental and Public Health*, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1155/2014/102579>.
- Zainal Fatoni, dan (no date) *HEALTH PROBLEMS IN A DISASTER SITUATION: THE ROLE OF HEALTH PERSONNELS AND COMMUNITY PARTICIPATION*.

BAB 10

KEGAWATDARURATAN KEHAMILAN

Oleh Dewi Nurdianti

10.1 Pendahuluan

Kegawatdaruratan pada awal kehamilan yang paling signifikan adalah kehamilan ektopik, yang terjadi sekitar 2% dari seluruh kehamilan. Kegawatdaruratan yang terjadi pada kehamilan lanjut meliputi plasenta previa, solusio plasenta, preeklampsia, dan eklampsia. Penanganan awal sebelum rujukan rumah sakit dilakukan pada keadaan darurat kehamilan yang mengancam seperti kontrol perdarahan, penanganan syok hemoragik, pemberian magnesium sulfat untuk penanganan preeklamsi berat dan eklamsi (Saleh and Grover, 2021)

10.2 Abortus

1. Definisi

Abortus adalah hilangnya kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu. Sebagian besar abortus terjadi pada trimester pertama kehamilan. Masalah kromosom menyebabkan sebagian besar keguguran. (Mansjoer, 2005). Abortus adalah keadaan ketika berhentinya kehamilan janin cukup berkembang untuk bertahan hidup biasanya pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu (Cunningham, Leveno and Bloom, 2012)

2. Diagnosis

- a. Perdarahan dari jalan lahir sedikit hingga banyak
- b. Nyeri Perut

- c. Keluarnya sebagian hasil konsepsi
- d. Serviks tertutup atau terbuka
- e. Ukuran uterus lebih kecil dari yang seharusnya

3. Faktor presdiposisi

- a. Faktor janin : kelainan kromosom, kelainan structural dan genetik
- b. Faktor ibu : usia ibu, kelainan struktur saluran genital, infeksi, diabetes, gangguan ginjal, gangguan tiroid, kekurangan gizi, konsumsi obat-obatan, merokok, pengguna alkohol, gangguan imunologi.
- c. Faktor ayah : kelainan kromosom pada sperma (Nankoo and Chorro-mari, 2022)

4. Penatalaksanaan

- a. Nilai TTV (nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu)
- b. Periksa tanda- tanda syok
- c. Tatalaksana awal syok : panggil bantuan,bebaskan jalan nafas dan beri oksigen, ibu miring kiri, hangatkan ibu, pasang infus intravena, berikan cairan NaCL 0,9% atau RLsebanyak 1 liter dengan cepat (15-20 menit), pasang kateter urin, lanjutkan pemberian cairan
- d. Rujuk Ke RS
- e. Dukungan emosional dan konseling pada ibu setelah kejadian
- f. Tatalaksana berikutnya sesuai jenis abortus (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

10.3 Kehamilan Ektopik Terganggu

1. Definisi

Kehamilan ektopik adalah jaringan janin tertanam di luar rahim atau menempel pada bagian rahim yang tidak normal atau bekas luka(Mansjoer, 2005). Kehamilan ektopik yang

terjadi robek dan pecah di lokasi implantasi disebut kehamilan ektopik terganggu(Cunningham, Leveno and Bloom, 2012).

2. Diagnosis

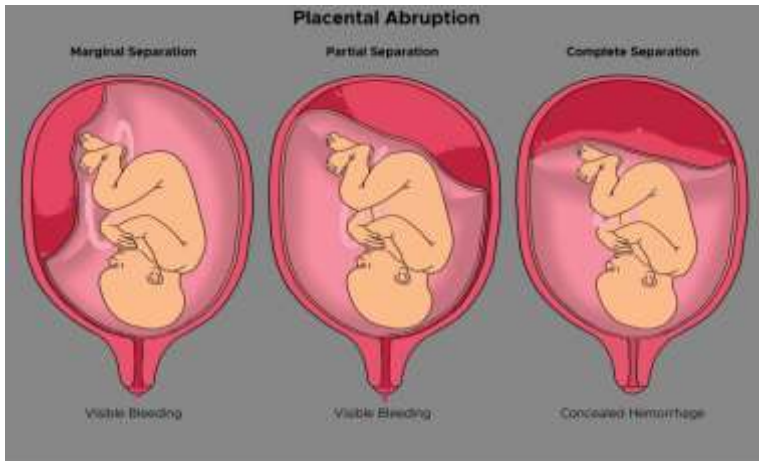
- a. Nyeri perut bagian bawah
- b. Perdarahan pervaginam setelah nyeri perut bagian bawah.
- c. Pucat
- d. Syok
- e. Nyeri goyang serviks
- f. Kavum Douglasi menonjol
- g. Hb menurun setelah 24 jam
- h. Penegakan diagnosa dibantu dengan pemeriksaan usg (Mummert and Gnugnoli, 2022)

3. Faktor presdiposisi

- a. Kehamilan ektopik sebelumnya
- b. Pernah operasi di daerah tuba
- c. Pernah menggunakan AKDR
- d. Infertilil
- e. Pernah mngalami infeksi saluran kemih
- f. Merokok
- g. Riwayat abortus sebelumnya(Panelli, Phillips and Brady, 2015)

4. Tatalaksana

- a. Pasang infus dan berikan cairan NaCL 0,9% dan RL
- b. Rujuk Ibu Ke RS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)



Sumber : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335>

10.4 Solusio Plasenta

1. Definisi

Solusio plasenta adalah terlepasnya awal plasenta dari lapisan endometrium sebelum selesainya tahap kedua persalinan. Ini adalah salah satu penyebab perdarahan selama pada kehamilan lanjut. Solusio plasenta merupakan komplikasi kehamilan yang membahayakan kesejahteraan ibu dan janin (Schmidt, Skelly and Raines., 2022). Insiden solusio plasenta adalah 1 – 2 per 100 kehamilan. Lebih dari 50% komplikasi kehamilan karena solusio plasenta adalah kelahiran premature dan kematian perinatal sebanyak 53% (Elsaser *et al.*, 2011).

2. Diagnosa

- a. Perdarahan secara tiba-tiba dan nyeri menetap
- b. Perdarahan bisa bterlihat atau tersembunyi
- c. Warna darah kehitaman dan cair
- d. Derajat anemia atau syok lebih besar daripada kehilangan darah yang terlihat

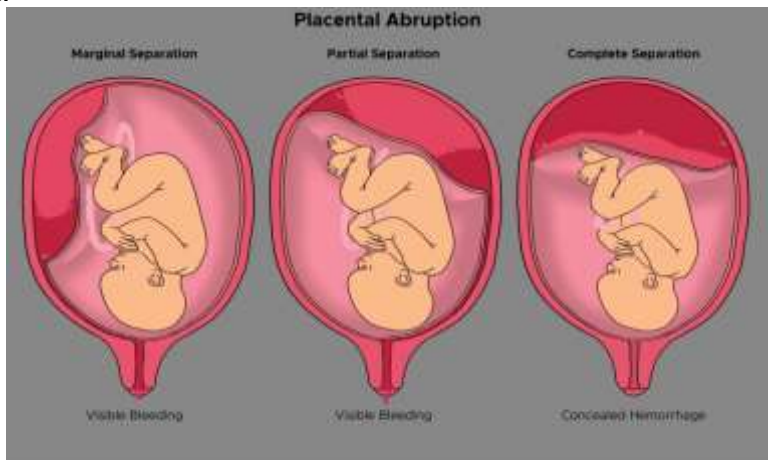
- e. Gawat janin
- f. Uterus tegang seperti papan (Schmidt, Skelly and Raines., 2022)

3. Faktor predisposisi

- a. Hipertensi
- b. Riwayat IUFD
- c. Riwayat solusio plasenta
- d. Usia resiko tinggi
- e. Penggunaan kokain
- f. Merokok
- g. Hidramnion
- h. Gemelli
- i. Defisiensi besi

4. Penatalaksanaan

- a. Stabilisasi cairan / darah dengan memasang infus dan berikan cairan NaCL 0,9% dan RL
- b. Rujuk Ibu ke RS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
- c.



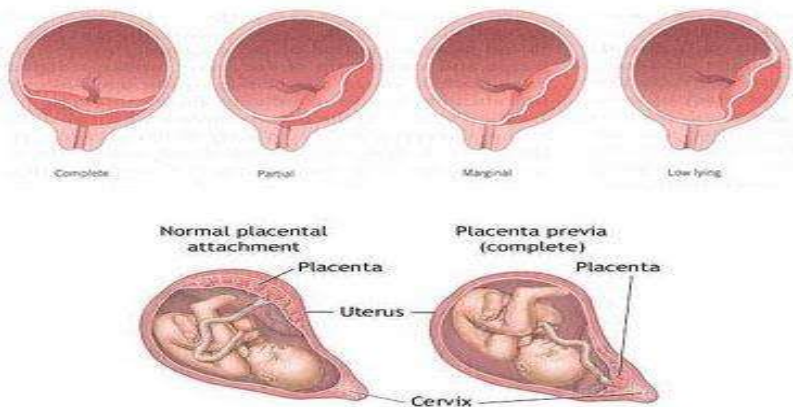
Sumber : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335>

10.5 Plasenta Previa

1. Definisi

Kejadian plasenta previa bervariasi antara 0,3-0,5% dari seluruh kelahiran. Dari seluruh kasus perdarahan antepartum, plasenta previa merupakan penyebab yang terbanyak. Oleh karena itu, pada kejadian perdarahan antepartum, kemungkinan plasenta previa harus dipikirkan lebih dahulu. Plasenta Previa adalah plasenta berimplantasi sebagian atau keseluruhan diuterus bagian bawah, baik di dinding anterior maupun posterior (Fraser and Cooper, 2009). Plasenta Previa adalah plasenta yang berimplantasi di atas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum (Cunningham, Leveno and Bloom, 2012). Plasenta Previa adalah implantasi plasenta di sekitar ostium uteri internum yang dapat berakibat perdarahan pada kehamilan di atas 22 minggu (Manuaba, 2007).

2. Klasifikasi Plasenta Previa



Gambar 10.1. Klasifikasi Plasenta Previa
Sumber : Informasibidan.com

3. Faktor Predisposisi

- a. Usia dengan resiko tinggi
- b. Multiparitas
- c. Kehamilan kembar/ganda
- d. Merokok
- e. Riwayat kuretase sebelumnya
- f. Riwayat persalinan sectio caesaria (M., Anderson-Bagga and Sze, 2022)

4. Diagnosis

- a. Perdarahan tanpa disertai rasa sakit
 - b. Darah berwarna merah cerah
 - c. Syok
 - d. Perdarahan bisa berulang
 - e. Kondisi janin normal atau distress
- Penegakan diagnosa dibantu dengan pemeriksaan USG

5. Penatalaksanaan

- a. Stabilisasi cairan / darah dengan memasang infus dan berikan cairan NaCL 0,9% dan RL
- b. Rujuk Ibu ke RS

10.6 Hipertensi, Preeklampsia dan Eklamsi

1. Hipertensi Kronik

Terjadi pada kehamilan kurang dari 20 minggu dan menetap setelah 12 minggu persalinan

2. Hipertensi kronik yang diperberat dengan preeklamsi atau eklamsi

Preeklamsi atau eklamsi yang timbul pada hipertensi kronik

3. Hipertensi Gestasional

Hipertensi dalam kehamilan pada wanita yg tekanan darah sebelumnya normal dan proteinuri (-) .

4. Preeklampsia

- a. Hipertensi
- b. Proteinuri >20 mg s/d 12 mg pasca persalinan

5. Eklamsi

- a. Kejang
- b. Penurunan kesadaran

6. Kriteria diagnostik

- a. Preeklampsia
 - 1) Sistolik : 140 -159 mmHg
 - 2) Diastolik 90 - 109mmHg
 - 3) proteinuri + / > 300 mg/24 jam
- b. Preeklampsia Berat
 - 1) Sistolik $\geq$ 160 mmHg
 - 2) Diastolik $\geq$ 110 mmHg
 - 3) Proteinuri $\geq$ 2+
 - 4) Kreatinin serum > 1,2 mg%
 - 5) Trombosit < 100.000/mm³
 - 6) peningkatan kadar LDH, SGOT,SGPT
 - 7) Sakit kepala yg menetap atau gangguan visus
 - 8) Edema paru
 - 9) HELLP Syndrom

7. Penatalaksanaan

- a. Ibu hamil dengan preeklamsi harus segera dirujuk ke rumah sakit
- b. Bila terjadi kejang , perhatikan jalan napas,pernapasan (Oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena)
- c. MgSO₄ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklamsi berat (sebagai pencegahan kejang(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013))

8. Cara pemberian MgSO₄ pada kasus PEB dan Eklamsi

- a. Dosis Awal: 10 cc MgSO₄ 40% (4 gram MgSO₄) dilarutkan kedalam 90cc RL tetesan 50 tts/menit (habis sekitar 15-20 menit)
- b. Dosis Pemeliharaan: 25 cc MgSO₄ 40% (10 gram MgSO₄) dilarutkan dalam 475 cc RL tetesan 20-30 tts / mnt (Pribadi, Hidayat and Dkk, 2017).

9. Syarat Pemberian MgSO₄

- a. Tersedia antidotum (Ca glukonas 10% iv dalam 3-5 menit)
- b. Refleks patela kuat
- c. Respirasi ≥ 16 x/m
- d. Produksi urin ≥ 30 cc/jam

10. Perawatan pasien dengan kejang

- a. Dirawat kamar isolasi-tenang
- b. Observasi Kesadaran
- c. Pasang Oksigen, infus, lakukan langkah ABC bila pasien tidak sadar.
- d. Masukkan sudip lidah/mayo bila pasien tidak sadar
- e. Kepala direndahkan, daerah orofaring dihisap
- f. Fiksasi badan pada tempat tidur cukup fleksibel
- g. Rujuk segera dengan pemberian MgSO₄ (Pribadi, Hidayat and Dkk, 2017)

DAPFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J. and Bloom, S. L. 2012. *Williams Obstetric*. EGC.
- Elsaser, D. A. *et al.* 2011. 'Diagnosis of Placental Abruption: Relationship between Clinical and Histopathological Findings', *NIH*, 148(2), pp. 1–12. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.005.Diagnosis.
- Fraser, D. M. and Cooper, M. A. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu DI Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. 1st edn. Jakarta.
- M., F., Anderson-Bagga and Sze, A. 2022. *plasenta previa*.
- Mansjoer, A. 2005. *Kapita Seleksa Kedokteran*. 3rd edn. Jakarta: Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mummert, T. and Gnugnoli, D. M. 2022. *Ectopic Pregnancy*.
- Nankoo, M. and Chorro-mari, V. 2022. 'Miscarriage : causes , prevention and counselling', *pharmeceutical journal*, pp. 1–12.
- Panelli, D. M., Phillips, C. H. and Brady, P. C. 2015. 'Incidence , diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies', *Fertility Research and Practice*. Fertility Research and Practice, pp. 1–20. doi: 10.1186/s40738-015-0008-z.
- Pribadi, A., Hidayat, D. and Dkk. 2017. 'Zero Mother MOrtality PreeclaMpsia'.
- Saleh, A. and Grover, J. 2021. *Emergency Medical Services*.
- Schmidt, P., Skelly, C. L. and Raines., D. A. 2022. *Placental Abruption*.

BAB 11

KEGAWATDARURATAN PERSALINAN

Oleh Lina Anggaraeni Dwijayanti

11.1 Kegawatdaruratan Persalinan Kala I dan II

Kegawatdaruratan persalinan merupakan keadaan gawat darurat yang berlangsung pada saat persalinan yang menyebabkan hambatan bagi persalinan yang lancar. Kondisi kegawatdaruratan pada persalinan kala I dan II yang sering terjadi diantaranya:

1. Emboli air ketuban
2. Partus lama
3. Prolaps tali pusat

11.1.1 Emboli air ketuban

Emboli air ketuban merupakan kondisi masuknya cairan ketuban yang mengandung sel-sel janin dan maternal debris lainnya ke dalam sirkulasi maternal yang dapat mengakibatkan kolaps kardiorespirasi (Sulistiyanti and Uyun, 2020). Emboli air ketuban memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi, karena kasus ini tidak dapat diprediksikan dan dicegah. Data terbaru menunjukkan bahwa proses tersebut lebih seperti reaksi anafilaksis/reaksi imun daripada emboli karena sel-sel janin atau komponen air ketuban tidak ditemukan pada semua wanita yang menunjukkan tanda gejala emboli (JD Dedhia, 2007).

Patofisiologi emboli air ketuban terdiri dari tiga mekanisme yaitu (C Thongrong, 2013):

1. Mekanisme sumbatan pembuluh darah
Air ketuban masuk ke dalam sirkulasi maternal melalui pembuluh darah pada endoserviks dan segmen bawah

rahim selama proses persalinan. Kondisi ini mengakibatkan sumbatan dalam aliran darah termasuk sumbatan ke paru yang menyebabkan terjadinya hipertensi pulmonal, gagal jantung, hipotensi dan dapat memicu kematian.

2. Mekanisme akibat efek inflamasi sistem sirkulasi maternal
Masuknya air ketuban dan sel-sel janin memicu respon sistem inflamasi seperti syok anafilaksis dan syok sepsis akibat terlepasnya mediator-mediator biokimia. Cairan ketuban mempunyai efek vasoaktif dan prokoagulasi sehingga menimbulkan gambaran klinis seperti koagulopati, peningkatan permeabilitas kapiler, vasokonstriksi pembuluh darah paru, jantung dan sistemik serta bronkospasme.
3. Mekanisme imunologi
Pada mekanisme ini yang berperan serta adalah sistem komplemen, tetapi patofisiologinya masih belum jelas.

Tanda gejala klinis emboli air ketuban diantaranya:

1. Pada organ umum pernafasan dan kardiovaskular dapat terjadi rasa tertusuk, kesemutan, pusing, nyeri dada, muntah, batuk, sesak, bronkospasme, oedema paru, ARDS, hipotensi, transient hypertension, sianosis, nyeri dada dan henti jantung
2. Pada susunan saraf pusat hematologi dan janin akan mengalami beberapa kondisi seperti kejang, sakit kepala, hilang kesadaran, koagulopati, DIC, bradikardi janin.

Diagnosis emboli air ketuban dapat dilakukan berdasarkan hasil otopsi dengan ditemukannya sel-sel janin atau komponen cairan ketuban pada pembuluh darah paru maternal. Diagnosis juga ditegakkan berdasarkan gejala klinis serta pemeriksaan penunjang lain yang mendukung seperti pemeriksaan full blood counts, koagulasi, arteril blood gas, foto thorak, EKG, contoh arteri

pulmonal, sialyl Tn antigen serta serum tryptase level (JD Dedhia, 2007).

Penatalaksanaan kasus yaitu dengan melakukan pengenalan dini emboli air ketuban, resusitasi cepat serta mempercepat pengeluaran janin. Penatalaksanaan emboli air ketuban bersifat non spesifik dan supportif yang diikuti dengan prinsip basic life support. Penatalaksanaan dengan meningkatkan oksigenasi, memperbaiki sirkulasi, serta memperbaiki koagulopati. Bila henti jantung terjadi sebelum persalinan sedangkan resusitasi tidak berhasil maka janin sebaiknya segera dilahirkan dalam beberapa menit melalui operasi caesar(H Toy, 2009) .

11.1.2 Partus Lama

Partus lama dapat terjadi dengan pemanjangan kala I dan atau kala II. Persalinan kala I memanjang adalah persalinan kala I yang melampaui 28,5 jam pada primigravida dan 20 jam pada multipara. Persalinan kala II memanjang adalah persalinan yang melampaui dua jam pada primigravida dan satu jam pada multipara (Oxorn, 2020).

Beberapa faktor yang disebutkan sebagai etiologi terjadinya partus lama diantaranya CPD (Chepalo Pelvic Disporpotion) dengan kondisi panggul sempit atau makrosomia, malpresentasi dan malposisi, persalinan tidak efektif oleh karena cincin konstriksi, ketidakmampuan atau penolakan pasien untuk mengejan, anesthesia berlebihan inersia uteri, serta adanya distosia jaringan lunak seperti canalis vaginalis yang sempit serta perineum kaku (Oxorn, 2020). Kala I memanjang dapat diklasifikasikan menjadi fase laten memanjang (Prolonged Laten Phase) serta fase aktif memanjang (Prolonged Actived Phase). Tanda klinis kala I fase aktif memanjang dapat terjadi pada ibu dan janin yaitu:

1. Pada Ibu

Ibu dapat mengalami gelisah, kelelahan, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernafasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai oedema

vulva, oedema serviks, cairan ketuban yang berbau serta terdapat mekonium.

2. Pada Janin

Denyut jantung janin akan lebih cepat atau tidak teratur bahkan mungkin akan negatif, kaput suksedaneum yang besar, moulage kepala yang hebat, kematian janin dalam kandungan, serta dapat terjadi kematian janin intra partal.

Kala I fase aktif memanjang akan mengakibatkan beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dan janin diantaranya ketuban pecah dini, sepsis puerperalis, ruptur uteri, cedera dasar panggul serta dehidrasi. Pada janin kala I fase aktif memanjang dapat menyebabkan gawat janin, asfiksia, kaput suksedaneum yang besar, tumpang tindih pada tulang-tulang kranium yang mengakibatkan perubahan bentuk kepala janin (Rosdianah, 2019).

Kala II lama dapat terjadi oleh karena beberapa faktor penyebab diantaranya kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan power, pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primi tua primer dan sekunder, perut gantung, grandemulti, ketuban pecah dini ketika serviks masih menutup, keras dan belum mendatar, analgesi dan anastesi yang berlebihan dalam fase laten serta faktor kecemasan dan ketakutan yang dimiliki oleh ibu bersalin.

Tatalaksana yang dapat dilakukan pada partus lama adalah sebagai berikut (Oxorn, 2020):

1. Tatalaksana umum: segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki pelayanan sectio caesaria
2. Tatalaksana khusus:
 - a. Tentukan penyebab persalinan lama
 - b. Sesuaikan tatalaksana dengan penyebab dan situasi. Prinsip umum yang dapat dilakukan adalah:
 - a) Bila memenuhi syarat lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin dan atau amniotomi bila terdapat

- gangguan power, pastikan tidak ada gangguan passenger dan passage.
- b) Lakukan tindakan buatan (forceps, vakum) dan atau operatif (secto caesaria) untuk gangguan passenger dan atau passage serta untuk gangguan power yang tidak dapat diatasi oleh augmentasi persalinan.
 - c) Bila ditemukan obstruksi atau CPD, tatalaksananya adalah sectio caesaria
- c. Berikan antibiotika jika ditemukan tanda-tanda infeksi atau ketuban pecah dini lebih dari 18 jam atau usia kehamilan kurang dari 37 minggu
- d. Pantau tanda-tanda gawat janin

11.1.3 Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat adalah kondisi menurunnya tali pusat ke dalam vagina yang mendahului bagian terendah janin yang mengakibatkan kompresi tali pusat diantara bagian terendah janin dan panggul ibu. Kondisi ini akan dapat mengancam jiwa janin karena aliran darah melalui pembuluh pusat tidak mampu mengkompromi kompresi tali pusat diantara janin dan rahim sehingga dapat mengalami hipoksia pada janin.

Prolaps tali pusat dibedakan menjadi tiga kondisi yaitu:

1. Occult prolapsed yaitu kondisi tali pusat yang terletak disamping kepala atau didekat pelvis tetapi tidak dalam jangkauan jari pada pemeriksaan vagina
2. Tali pusat terkemuka yaitu kondisi bila tali pusat disamping bagian besar janin dapat teraba pada kanalis servikalis atau lebih rendah dari bagian bawah janin sedangkan ketuban masih intak atau belum pecah
3. Tali pusat menumbung yaitu kondisi tali pusat teraba keluar atau berada disamping dan melewati bagian terendah janin didalam jalan lahir, tali pusat data prolaps ke dalam vagina atau bahkan diluar vagina setelah ketuban pecah

Penyebab prolaps tali pusat diketahui dapat disebabkan oleh beberapa kondisi diantaranya:

1. Faktor fetal
 - a. Presentasi yang abnormal seperti letak lintang, letak sungsang, presentasi bokong terutama presentasi kaki
 - b. Prematuritas. Prolaps tali pusat pada persalinan prematur salah satunya disebabkan oleh karena bayi yang kecil sehingga kemungkinan untuk lebih aktif bergerak
 - c. Gemeli dan multiple gestasi. Faktor yang mempengaruhi meliputi gangguan adaptasi, frekwensi presentasi abnormal yang lebih besar dan kemungkinan presentasi yang tidak normal.
 - d. Ruptur membran amnion spontan. Keadaan ketuban pecah dini membawa sejumlah besar cairan mengalir ke luar dan tali pusat hanyut ke vagina.
2. Etiologi maternal
 - a. Disproporsi kepala panggul
Disproporsi antara panggul dan bayi menyebabkan kepala tidak dapat turun dan pecahnya ketuban dapat diikuti tali pusat menumbung
 - b. Bagian terendah yang tinggi
Tertundanya penurunan kepala untuk sementara dapat terjadi meskipun panggul normal
3. Etiologi dari tali pusat dan plasenta
 - a. Tali pusat yang panjang
Semakin panjang tali pusat maka semakin mudah menumbung
 - b. Plasenta letak rendah. Bila plasenta dekat serviks maka akan menghalangi penurunan bagian terendah dan insersi tali pusat lebih dekat dengan serviks.

Prolaps tali pusat dapat dikenali dengan tanda gejala diantaranya tali pusat terlihat menonjol keluar dari vagina, tali

pusat dapat dirasakan atau diraba dengan tangan didalam bagian yang lebih sempit dari vagina, auskultasi terdengar jantung janin ireguler, terdapat bradikardia janin ($DJJ < 100x/menit$) serta hipoksia janin yang ditandai dengan gerakan janin yang jarang dan lemah.

Secara umum penatalaksanaan prolaps tali pusat adalah sebagai berikut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013):

1. Tatalaksana tali pusat terkemuka
Tekanan tali pusat oleh bagian terendah janin dapat diminimalisasi dengan posisi knee chest atau trendelenberg. Segera rujuk ke fasilitas yang menyediakan layanan sectio caesaria.
2. Tatalaksana tali pusat menumbung
Cek kembali apakah tali pusat masih berdenyut atau tidak. Bila sudah tidak berdenyut artinya janin telah meninggal dan sebisa mungkin lahirkan secara pervaginam tanpa tindakan yang mencederai ibu. Bila tali pusat masih berdenyut:
 - a. Berikan oksigen
 - b. Hindari memanipulasi tali pusat. Hindari memegang dan memindahkan tali pusat yang nampak pada vagina secara manual
 - c. Posisikan ibu trendelenberg atau kneechest
 - d. Dorong bagian terendah janin keatas secara manual untuk mengurangi kompresi tali pusat
 - e. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang melayani sectio caesaria, bila posisi knee chest kurang aman posisikan ibu berbaring miring ke kiri.
3. Tatalaksana khusus di Rumah sakit
 - a. Bila persalinan pervaginam tidak dapat segera berlangsung (persalinan kala I) lakukan tindakan sectio caesaria. Lakukan penanganan sebagai berikut:

- a) Dengan memakai sarung tangan yang steril/ DTT masukkan tangan melalui vagina dan dorong bagian terendah janin ke atas
- b) Tangan lain menahan bagian terendah di suprapubis dan cek keberhasilan reposisi
- c) Bila bagian terendah janin telah terpegang kuat di atas rongga panggul keluarkan tangan dari vagia dan letakkan tangan tetap di atas abdomen sampai operasi siap
- d) Bila tersedia berikan salbutamol 0,5 mg IV secara perlahan untuk mengurangi kontraksi uterus.
- b. Bila persalinan pervaginam dapat segera berlangsung (persalinan kala II) lakukan pimpinan persalinan sesegera mungkin.
- c. Siapkan segera resusitasi neonatus

11.2 Kegawatdaruratan Persalinan Kala III dan IV

11.2.1 Atonia Uteri

Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Kegagalan dari kontraksi dan retraksi serat miometrium akan dapat mengakibatkan perdarahan yang cepat dan parah yang mengakibatkan terjadinya syok hipovolemik. Atonia uteri dapat terjadi baik pada persalinan normal, operatif maupun persalinan abdominal (Winkjosastro, 2005).

Faktor risiko yang disebutkan menjadi penyebab terjadinya atonia uteri adalah:

1. Faktor maternal meliputi wanita usia tidak reproduktif, obesitas, riwayat perdarahan postpartum sebelumnya, grandemultigravida, koagulopati dan trombositopenia
2. Perdarahan antepartum seperti plasenta previa dan solusio plasenta
3. Korioamnionitis

4. Mioma uteri
5. Overdistensi uterus akibat makrosomia, gemeli, dan pilihidramnion
6. Obat-obatan tokolitik seperti magnesium sulfat, nitrogliserin, anestetik dan inhalasi
7. Faktor persalinan seperti partus presipitatus, partus lama, serta pemberian oksitosin yang lama

Diagnosis atonia uteri ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir terdapat perdarahan aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi ditemukan fundus uteri yang masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Pencegahan efektif yang dapat dilakukan adalah dengan manajemen aktif kala III yang terdiri dari tiga langkah utama yaitu pemberian suntik oksitosin, peregang tali pusta terkendali dan massage fundus uteri. Bila dalam 15 menit uterus tidak berkontraksi setelah dilakukannya massage fundus uteri maka segera lakukan kompresi bimanual dengan langkah berikut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013):

1. Kompresi bimanual interna (KBI)
 - a. Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dengan lembut dan masukkan tangan secara obstetrik ke dalam lumen vagina
 - b. Periksa vagina dan serviks, bila ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin uterus tidak dapat berkontraksi secara penuh
 - c. Letakkan kepala tangan pada forniks anterior kemudian tekan dinding anterior uterus, telapak tangan lain letakkan pada abdomen dan tekan kuat pada dinding belakang uterus ke arah kepala tangan dalam
 - d. Tekan uterus dengan kedua tangan dengan kuat untuk memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah didalam dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi

- e. Bila uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang teruskan KBI selama dua menit kemudian secara perlahan keluarkan tangan dari dalam vagina. Evaluasi kondisi ibu secara ketat selama kala empat.
2. Apabila dalam lima menit tidak terjadi kontraksi maka lakukan:
 - a. Ajarkan keluarga kompresi bimanual eksterna dengan langkah sebagai berikut:
 - a) Letakkan satu tangan pada abdomen didepan uterus tepat di atas symphysis
 - b) Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan memegang bagian belakang uterus seluas mungkin
 - c) Lakukan gerakan saling menekan atau merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus diantara kedua tangan tersebut sehingga mengakibatkan uterus berkontraksi.
 - b. Berikan suntikan methylergometrin 0,2 mg IM
3. Pasang infus RL 500 cc dan tambahkan oksitosin 20 IU
4. Ulangi KBI, apabila terjadi kontraksi pertahankan tangan didalam selama dua menit kemudian keluarkan dan awasi kala IV dengan ketat. Apabila tidak terjadi kontraksi maka segera rujuk ke fasilitas yang dapat melakukan tindakan transfusi dan pembedahan
5. Apabila terjadi kontraksi setelah dilakukan KBI pertahankan tangan didalam selama dua menit dan bila tetap terjadi kontraksi maka tangan dikeluarkan dan evaluasi kala IV
6. Kompresi aorta abdominalis
 Raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri kepalkan tangan kemudian tekan pada umbilicus tegak lurus dengan sumber badan, sehingga mencapai tekanan vertebralis arteri femoralis. Bila perdarahan terus berlanjut lakukan histerektomi supravagina.

11.2.2 Retensio Plasenta

Retensio plasenta merupakan kondisi dimana plasenta belum lahir hingga melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta menjadi etiologi tersering kedua dari perdarahan postpartum. Retensio plasenta dapat terjadi karena plasenta belum lepas dari implantasinya atau plasenta sudah terlepas tetapi belum dilahirkan. Kasus ini perlu didiagnosis dengan segera karena dapat menyebabkan terjadinya perdarahan post partum yang tinggi.

Terdapat beberapa jenis kelainan implantasi plasenta yang menyebabkan terjadinya retensio plasenta diantaranya:

1. Plasenta adhesiva yaitu plasenta yang implantasinya kuat dari jonjot korion sehingga dapat menyebabkan mekanisme separasi fisiologis
2. Plasenta akreta yaitu plasenta yang implantasinya memasuki lapisan miometrium
3. Plasenta inkreta yaitu plasenta yang implantasinya menembus lapisan serosa dinding uterus
4. Plasenta perkreta yaitu plasenta yang implantasinya menembus serosa dinding uterus
5. Plasenta inkarserata yaitu plasenta yang tertahan di dalam kavum uteri oleh karena konstriksi ostium uteri.

Penanganan retensio plasenta berupa pengeluaran plasenta yang dilakukan apabila plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit dan disertai perdarahan, langkah yang dilakukan sebagai berikut (Oxorn, 2020):

1. Berikan oksigen 100%, lakukan pemasangan IV line dengan kateter berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid. Evaluasi tekanan darah, nadi dan saturasi oksigen.
2. Drip oksitosin 20 IU ke dalam 500ml larutan RL atau NaCl 0,9% sampai uterus berkontraksi

3. Coba lahirkan plasenta dengan Brandt Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drip oksitosin untuk mempertahankan uterus. Pastikan bahwa kandung kemih kosong dan tunggu terjadinya kontraksi, kemudian lahirkan plasenta dengan melakukan peregangan tali pusat terkendali
4. Bila plasenta tidak terlepas lakukan tindakan manual plasenta.
5. Manual plasenta dilakukan dengan indikasi terjadi perdarahan pada kala III persalinan kurang lebih 400 cc. Manual plasenta dilakukan dengan langkah sebagai berikut:
 - a. Memasang infus cairan dekstrose 5%
 - b. Posisikan litotomi
 - c. Tangan kiri diletakkan difundus uteri, tangan kanan dimasukkan ke dalam rongga rahim dengan menyusui tali pusat sebagai penuntun. Tepi plasenta dilepas disisihkan dengan tepi jari-jari tangan dan bila sudah terlepas ditarik keluar. Lakukan eksplorasi apakah terdapat sisa plasenta, bila ada bersihkan.
6. Bila plasenta manual tidak memungkinkan jaringan dapat dikeluarkan dengan cunam abortus dan dilanjutkan dengan kuretase. Tindakan ini dapat dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada kasus abortus.
7. Berikan obat uterotonika melalui suntikan atau oral dan berikan antibiotika bila ada tanda-tanda infeksi untuk pencegahan infeksi sekunder.

11.2.3 Inversio Uteri Obstetri

Inversio uteri obstetri merupakan suatu kejadian terbalikny uterus bagian dalam kearah luar sehingga bagian fundus uteri dipaksa melalui serviks dan menonjol ke dalam atau keluar dari vagina yang terjadi pada pasca melahirkan. Insiden inversio uteri terjadi pada 1 dari 2.000 hingga 10.000 persalinan

dengan rata-rata 1 dari 6.000 persalinan. Faktor predisposisi inversio uteri meliputi tekanan fundus, riwayat inversi uterus sebelumnya, traksi tali pusat sebelum adanya kontraksi uterus, atonia uteri, insersio fundus plasenta, dinding uterus yang tipis atau kendor, serta tekanan abdomen yang meningkat secara tiba-tiba berkaitan dengan atonia uteri.

Inversio uteri sering tidak menampilkan gejala yang khas, namun beberapa kejadian dapat menimbulkan gejala seperti perdarahan pasca persalinan, nyeri perut, massa pada vagina hingga menimbulkan keadaan syok yang diawali dengan tekanan darah rendah. Perdarahan yang terjadi bisa sedikit ataupun perdarahan hebat. Kondisi inversio uteri yang mengalami prolaps dengan plasenta yang telah lepas maka akan dapat mengakibatkan perdarahan terus menerus karena uterus tidak mengalami kontraksi yang dapat menghentikan perdarahan. Akibat perdarahan yang hebat pasien dapat mengalami syok serta mengalami nyeri hebat yang diakibatkan oleh ligamentum yang terjepit oleh cincin serviks serta tarikan peritoneum (Bhalla, 2009).

Penatalaksanaan inversio uteri adalah dengan mengatasi keadaan umum agar tidak terjadi syok dan kematian. Diagnosis yang dilakukan dengan cepat akan dapat meminimalisir risiko kematian karena semakin lama uterus prolaps maka akan semakin sulit dalam pengembaliannya. Penatalaksanaan terhadap perdarahan dan syok sebaiknya diberikan penggantian cairan tubuh dan pertimbangkan untuk memasang akses intravena tambahan, kesiapan anestesi, dan tindakan rujukan untuk operatif. Evaluasi tanda-tanda vital harus dilakukan secara ketat.

Penatalaksanaan dilanjutkan dengan tindakan reposisi untuk pengembalian posisi fundus uteri. Reposisi dapat dilakukan secara manual maupun operatif. Reposisi manual dilakukan dengan teknik Johnson dan teknik O'Sullivan dengan cara sebagai berikut:

1. Teknik Johnson.

Teknik ini dilakukan dengan memasukkan seluruh tangan ke dalam jalan lahir sehingga ibu jari dan jari lain berada pada cervial utero junction dan telapak tangan menampung fundus uteri. Selanjutnya uterus didorong masuk ke dalam rongga panggul dan perut. Tangan penolong tetap berada dalam rahim hingga uterus berkontraksi dengan keras.

2. Teknik O'Sullivan

Teknik ini menggunakan hidrostatik untuk mereposisi inversio uteri. Cairan garam fisiologis sebanyak dua liter ditempatkan pada tiang infus dengan ketinggian dua meter dari permukaan lantai. Dua buah tube karet diletakkan pada forniks posterior vagina. Sementara itu cairan dibiarkan mengalir cepat dan tangan penolong menutup jalan lahir untuk mencegah cairan keluar. Dinding vagina mulai teregang dan fundus uteri mulai terangkat. Setelah inversio terposisi cairan dalam vagina secara perlahan dikeluarkan. Reposisi ini berlangsung selama lima sampai sepuluh menit.

Reposisi prolaps uteri juga dapat dilakukan secara operatif dengan menggunakan beberapa teknik diantaranya teknik Huntington, teknik Haultain, teknik Spinelli dan teknik Kustner (Bhalla, 2009).

11.2.4 Ruptur Uteri

Ruptur uteri merupakan salah satu kondisi yang paling gawat dalam bidang kebidanan karena angka kematiannya cukup tinggi. Kejadian ruptur uteri yang terjadi di luar rumah sakit hampir dipastikan janinnya akan mengalami kematian di dalam kavum abdomen. Janin hanya dapat ditolong apabila pada saat terjadinya ruptur janin masih hidup dan segera dilakukan laparotomi untuk melahirkannya.

Ruptur uteri adalah suatu kondisi robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang

miometrium. Ruptur uteri dapat terjadi pada saat kehamilan atau dalam persalinan dengan atau tanpa adanya robekan peritoneum visceral(Rosdianah, 2019) .

Ruptur uteri dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Menurut keadaan robek
Dapat dibedakan menjadi:
 - a. Ruptur uteri inkomplit
Ruptur uteri yang hanya robek pada dinding uteru sedangkan lapisan serosa peritoneum tetap utuh
 - b. Ruptur uteri komplrit
Ruptur uteri yang robek pada dinding uterus hiingga lapisan serosa peritoneum sehingga dapat berada di rongga perut
2. Menurut waktu terjadi
 - a. Ruptur uteri gravidarum, terjadi oleh karena dinding uterus lemah yang disebabkan oleh bekas sectio caesaria, bekas mioma uteri, bekas kuretase, sepsis post partum serta hipoplasia uteri
 - b. Ruptur uteri intrapartum yang disebabkan oleh karena tindakan ekstraksi forcep, ekstraksi bahu, dan manual plasenta
3. Menurut etiologi
 - a. Ruptur uteri spontan
Ruptur uteri terjadi karena beberapa penyebab yang mengakibatkan persalinan tidak maju seperti adanya distosia pada jalan lahir, hidrosefalus, makrosomia, letak lintang, letak bokong, serta hamil gemeli.
 - b. Ruptur uteri traumatika
Faktor trauma pada uterus seperi misalnya kecelakaan yang tidak berhubungan dengan kehamilan dan persalian serta tindakan yang dilakukan pada kehamilan dan persalinan seperti versi ekstraksi, ekstraksi forcep, alat-alat embriotomi, serta manual plasenta.
 - c. Ruptur uteri jaringan parut

Terjadi karena adanya locus minoris pada dinding uterus oleh karena adanya jaringan parut bekas luka operasi pada uterus sebelumnya.

Penegakan diagnosis atonia uteri dapat dilakukan dengan:(Ratna Dewi, 2015)

1. Anamnesis

- a. Ada riwayat partus lama
- b. Ada riwayat partus dengan manipulasi petugas
- c. Ada riwayat operasi

2. Gambaran klinis

Gambaran klinis dapat terlihat dengan didahului oleh his yang kuat dan terus menerus, adanya rasa nyeri yang hebat di perut bagian bawah, nyeri saat ditekan, gelisah, pernafasan dan nadi cepat, segmen bawah rahim tegang, nyeri pada perabaan, terlihat lingkaran retraksi (lingkaran Bandle) yang meninggi sampai mendekati pusat serta ligamentum rotunda menegang. Saat terjadinya ruptur uteri pasien merasakan sangat kesakitan. Keadaan umum tidak baik, dapat terjadi kondisi anemia hingga tanda-tanda syok.

3. Pemeriksaan luar

Pemeriksaan luar dilakukan dengan mengkaji nyeri tekan abdominal, evaluasi perdarahan pervaginam, pada palpasi bagian bawah janin akan lebih mudah teraba, dibagian bawah teraba uterus sebesar kepala bayi, DJJ ditemukan biasanya sudah negatif, terdapat tanda-tanda cairan bebas dan jika kejadian ruptur telah lama maka akan dapat menimbulkan gejala meteorismus dan defans muskular yang menguat sehingga akan sulit untuk meraba bagian janin.

4. Pemeriksaan dalam

Pada ruptur uteri inkomplit perdarahan pervaginam akan disertai perdarahan intra abdomen sehingga didapatkan tanda cairan bebas. Pemeriksaan vagina tidak ditemukan bagian bawah janin atau teraba tinggi dalam jalan lahir,

kepala atau bagian terbawah janin dapat dengan mudah didorong keatas, terkadang dapat teraba robekan pada dinding rahim dan bila jari tangan dapat melalui robekan tadi maka tangan dapat merasakan omentum, usus dan bagian janin.

Pada ruptur uteri inkomplit perdarahan biasanya tidak terlalu banyak, darah berkumpul di bawah peritoneum atau mengalir keluar melalui vagina, janin biasanya tetap berada dalam uterus dan pada kateterisasi didapat urin berdarah.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah dengan memperbaiki keadaan umum pasien yaitu dengan mengatasi syok melalui pemberian cairan dan darah, pemberian antibiotika serta oksigen, tatalaksana khusus dilakukan dengan tindakan laparatomi aitu dengan histerektomi bila ada indikasi kondisi buruk yang membahayakan serta fungsi reproduksi yang sudah tidak diharapkan lagi atau melalui tindakan repair uterus dengan indikasi kondisi klinis ibu masih stabil, ruptur tidak berkomplikasi serta pasien masih mengharapkan fungsi reproduksinya (Prawirohardjo S, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Bhalla, R.W.R.O.F.K.R.U. 2009. 'Acute Inversion of The Uterus', *The Obstetrician & Gynaecologist*, 11(1), pp. 13–18.
- C Thongrong, P.K.S.S. 2013. 'Amniotic Fluid Embolism', *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 3(1), pp. 51–57.
- H Toy. 2009. 'Amniotic Fluid Embolism', *European Journal of General Medicine*, 6(2), pp. 108–115.
- JD Dedhia, M.M. 2007. 'Amniotic Fluid Embolism', *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain*, 7(2), pp. 152–156.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Oxorn, H.& F.W.R. 2020. *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Persalinan (Human Labor and Birth)*. Yogyakarta: ANDI.
- Prawirohardjo S. 2010. *Ilmu Kebidanan Edisi-5*. Yayasan Bina Pustaka.
- Ratna Dewi. 2015. 'Ruptur Uteri', *Jurnal Unila*, 5(9).
- Rosdianah, N.R.N. 2019. *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Cahaya Bintang Cemerlang.
- Sulistiyanti, D. and Uyun, Y. 2020. 'Diagnosis dan Tatalaksana Emboli Air Ketuban', *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 3(2).
- Winkjosastro, H. dkk. 2005. *Ilmu Kedah Kebidanan*. YBPSP.

BAB 11

KEGAWATDARURATAN MASA NIFAS

Oleh Dyah Noviawati Setya Arum

12.1 Pendahuluan

Kehamilan, persalinan dan menyusui merupakan proses fisiologi yang perlu dipersiapkan oleh wanita dari pasangan subur agar dapat dilalui dengan aman. Selama masa kehamilan, ibu dan janin adalah unit fungsi yang tak terpisahkan. Setelah proses persalinan berlangsung, tubuh serta fungsinya akan kembali pada keadaan semula atau yang biasa disebut dengan proses involusi. Dalam proses involusi, diawali dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Proses tersebut disebut juga masa puerperium atau periode pemulihan pascapartum yang akan berlangsung sekitar 6-8 minggu (Soetjiningsih, 2012; Ambarwati, 2016; Novianingtyas, 2016)(Winkjosastro, 2014).

Dalam masa puerperium diperlukan pengawasan dan pengamatan yang serius karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Salah satu penyebab kematian yang terjadi adalah dalam masa masa nifas karena infeksi. Untuk itu, diharapkan pemberi pelayanan kebidanan khususnya untuk pada ibu nifas dapat meningkatkan kompetensinya terkait dengan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan masalah yang mungkin terjadi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Materi asuhan kebidanan kegawatdaruratan nifas (prinsip dasar, penilaian awal, penilaian klinik lengkap, dan penatalaksanaan dari masing-masing kasus), akan dijabarkan dalam beberapa bahasan sebagai berikut :

1. Perdarahan post partum sekunder
2. Sepsis puerpuralis
3. Metritis
4. Mastitis
5. Bendungan payudara

12.2 Perdarahan Post Partum

Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai perdarahan terukur lebih dari 500 ml untuk persalinan pervaginam dan lebih dari 1000 ml untuk persalinan sesar, terjadi dalam 24 jam pertama persalinan. Namun, definisi ini tidak berfokus pada tanda klinis dan gejala perdarahan, sehingga mencegah deteksi dini dalam banyak kasus. Oleh karena itu, pada tahun 2017, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) mengubah definisi menjadi kehilangan darah lebih dari atau sama dengan 1000 ml, atau kehilangan darah yang disertai dengan tanda atau gejala hipovolemia yang terjadi dalam 24 jam setelah lahir, terlepas dari metode kelahiran. Sebaliknya, *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) mendefinisikan PPH menurut volume darah yang hilang: minor (antara 500 dan 1000 ml) dan mayor (>1000 ml). Perdarahan postpartum primer terjadi dalam 24 jam pertama persalinan, sedangkan perdarahan postpartum sekunder terjadi antara 24 jam dan 12 minggu setelah melahirkan dan lebih jarang terjadi.

12.2.1 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

uterus (Saifuddin, 2014).Sebab-sebab perdarahan postpartum primer dibagi menjadi empat kelompok utama yaitu:

a. Tonus (*Tone*)

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 dan Forte, 2016). 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. 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 (Winkjosastro and Saifuddin, 2014).

b. Trauma

Terjadinya postpartum hemorrhage dapat disebabkan oleh trauma pada traktus genitalia yang terjadi secara spontan maupun perlukaan yang dibuat untuk memudahkan jalan lahir. Pada persalinan caesarean menyebabkan jumlah perdarahan dua kali lipat dibandingkan dengan persalinan pervagina. Trauma dapat dalam bentuk laserasi di perineum, vagina, dan serviks pada persalinan pervagina. Derajat laserasi dinilai dari kedalamannya mulai dari derajat 1 hingga 4. Beberapa derajat laserasi dapat mempersulit sebesar 60% dengan 80% diantaranya merupakan kasus ringan namun pada derajat 3 hingga 4 dapat membahayakan struktur disekitar traktus genitalia seperti uretra, arteri vagina, dan sfingter anal. Pada laserasi berat memerlukan intervensi bedah serta tranfusi darah (Medscape, 2018; Papazian dan Kacmar, 2017).

c. *Tissue (Jaringan)*

Jaringan yang tertinggal di uterus baik plasenta, fragmen plasenta, dan gumpalan darah setelah kala III selesai dilaksanakan dapat mencegah uterus untuk berkontraksi secara optimal sehingga menyebabkan perdarahan postpartum. Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah bayi lahir disebut sebagai retensio plasenta. Plasenta yang sulit dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Adanya sisa plasenta bisa disebabkan karena kotiledon atau selaput ketuban tersisa, plasenta susenteriota, dan plasenta akreta, inkreta, serta perkreta. Bila plasenta sampai menembus *desidua basalis* dan *nitabuch layer* maka disebut sebagai plasenta akreta, bila plasenta sampai menembus miometrium disebut sebagai plasenta inkreta, sedangkan bila vili korialis sampai menembus perimetrium disebut plasenta perkreta (Prawirohardjo, 2014).

d. *Thrombin*

Faktor utama penyebab komplikasi perdarahan yang terjadi yaitu berkurangnya faktor pembekuan akibat kerusakan dari sel-sel darah yang berlebihan sehingga terjadi penurunan jumlah sel-sel darah termasuk trombosit. Saat trombosit turun fungsinya sebagai pembentuk sumbat mekanis sebagai respon hemostasis normal dalam tubuh akan terganggu. Perdarahan postpartum karena gangguan pembekuan darah (thrombin) baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi disertai riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Pada gangguan pembekuan darah akan terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan, perdarahan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung, dan lain-lain (Oxorn, 2016).

12.2.2 Tanda, gejala, dan penyebab perdarahan post partum sekunder

Tabel 12.1. Tanda gejala dan penyebab perdarahan post partum sekunder

Gejala dan Tanda	Diagnosis Kerja	Penyulit
a. Uterus tidak berkontraksi dan lembek b. Perdarahan segera setelah anak lahir	Atonia Uteri	a. Syok b. Bekuan darah pada serviks atau posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar
a. Darah segar mengalir segera setelah bayi lahir b. Uterus berkontraksi dan keras c. Plasenta lengkap	Luka/ robekan jalan lahir	a. Pucat b. Lemah c. Menggigil
a. Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap b. Sub-involusi uterus c. Perdarahan	Retensia sisa plasenta	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang
a. Uterus berkontraksi dan lembek b. Plasenta lahir lengkap c. Perdarahan d. Riwayat perdarahan lama	Gangguan pembekuan darah	a. Pucat dan limbung b. Anemia c. Demam

Sumber : (Nurhayati, 2019)

Setelah anda memahami tanda gejala serta penyebabnya langkah berikutnya adalah bagaimana penatalaksanaannya. Penanganan perdarahan post partum sekunder yang dilakukan dalam 2 komponen, yaitu resusitasi dan penanganan perdarahan obstetri serta kemungkinan syok hipovolemik dan penatalaksanaan perdarahan postpartum.

12.2.3 Penatalaksanaan perdarahan post partum

Penanganan pasien dengan PPP 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 (Numfor *et al.*, 2020).

12.2.4 Pencegahan perdarahan post partum

Banyak organisasi telah merekomendasikan manajemen aktif persalinan kala tiga sebagai metode untuk mengurangi kejadian perdarahan postpartum. Tiga komponen penatalaksanaan

aktif adalah pemberian oksitosin, masase uterus, dan traksi tali pusat. Oksitosin profilaksis, dengan infus intravena encer (dosis bolus 10 unit), atau injeksi intramuskular (10 unit), tetap menjadi obat yang paling efektif dengan efek samping paling sedikit. Oksitosin plus metilergonovin atau oksitosin dalam kombinasi dengan misoprostol tampaknya tidak lebih efektif daripada oksitosin yang digunakan sendiri untuk profilaksis. Waktu pemberian oksitosin—setelah penundaan penjepitan tali pusat, dengan melahirkan bahu anterior, atau dengan melahirkan plasenta—belum dipelajari secara memadai atau ditemukan berhubungan dengan perbedaan dalam risiko perdarahan (Borovac-Pinheiroa, 2018).

Secara khusus, menunda oksitosin sampai setelah penundaan penjepitan tali pusat belum ditemukan meningkatkan risiko perdarahan. *WHO, ACOG, American Academy of Family Physicians, dan Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* merekomendasikan pemberian uterotonika (biasanya oksitosin) setelah semua kelahiran untuk pencegahan perdarahan postpartum. Oleh karena itu, semua fasilitas pelayanan kebidanan harus memiliki pedoman untuk pemberian uterotonika secara rutin pada periode postpartum segera (Shields, 2017).

12.2.5 Faktor predisposisi perdarahan post partum

1. Usia

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum 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

Paritas menunjukan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. 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, 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, 2013).

4. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadap terjadinya 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. Besar bayi

Bayi dengan perkiraan berat lahir lebih dari >4000 gram sering menimbulkan perdarahan postpartum karena laserasi jalan lahir. Bayi berat lahir lebih juga mengakibatkan overdistensi uterus sehingga lebih berisiko menyebabkan atonia uteri dan pada akhirnya menyebabkan perdarahan postpartum. Selain itu Bayi besar juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan sehingga terjadi robekan pada jalan lahir.

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.

12.3 Sepsis Puerperalis

Sepsis puerperalis merupakan infeksi pada traktus genitalia yang dapat terjadi setiap saat antara pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus (Manuaba I, 2020). Infeksi postpartum merupakan bagian yang signifikan, dan seringkali dapat dicegah, dari permasalahan kesehatan global. Sepsis nifas adalah salah satu dari lima penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia dan menyumbang 10-15% kematian pada periode postpartum (Dalton and Castilo, 2014).

Infeksi nifas adalah istilah umum yang digunakan untuk menyatakan adanya infeksi bakteri apapun yang menyerang saluran reproduksi setelah kelahiran (Cunningham, 2018). Menurut Saifuddin (2014) infeksi nifas adalah infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan. Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2—10 postpartum dan diukur per oral sedikitnya 4 kali (Manuaba, 2013). Sedangkan menurut Manuaba dkk. (2013) infeksi puerperium adalah infeksi yang terjadi segera setelah persalinan dengan peningkatan temperatur lebih dari 38°C sejak hari kedua persalinan atau selama 2 hari dari 10 hari pertama masa puerperium tanpa menghitung hari pertamanya.

12.3.1 Etiologi sepsis puerperalis

Sepsis biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri (meskipun sepsis dapat disebabkan oleh virus, atau semakin sering, disebabkan oleh jamur). Mikroorganisme kausal yang paling sering ditemukan pada orang dewasa adalah *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, dan *Streptococcus pneumonia*. Spesies *Enterococcus*, *Klebsiella*, dan *Pseudomonas* juga sering ditemukan. Umumnya, sepsis merupakan suatu interaksi yang kompleks

antara efek toksik langsung dari mikroorganisme penyebab infeksi dan gangguan respons inflamasi normal dari host terhadap infeksi.

12.3.2 Tahapan sepsis

- 1. *Uncomplicated sepsis*, disebabkan oleh infeksi, seperti flu atau abses gigi. Hal ini sangat umum dan biasanya tidak memerlukan perawatan rumah sakit.
- 2. Sepsis berat, terjadi ketika respons tubuh terhadap infeksi sudah mulai mengganggu fungsi organ-organ vital, seperti jantung, ginjal, paru-paru atau hati.
- 3. Syok septik, terjadi pada kasus sepsis yang parah, ketika tekanan darah turun ke tingkat yang sangat rendah.

12.3.3 Klasifikasi kegawatdaruratan nifas dengan sepsis puerperalis

Tabel 12.2. Klasifikasi Kegawatdaruratan Nifas dengan Sepsis Puerperalis

Infeksi yang Terbatas pada Perineum, Vulva, Vagina, Cerviks dan Endometrium	
Vulvitis	Pada infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak ; jahitan ini mudah terlepas dan luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.
Vaginitis	Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, dan getah mengandung nanah yang keluar dari daerah ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal

Infeksi yang Terbatas pada Perineum, Vulva, Vagina, Cerviks dan Endometrium	
	terbatas.
Servisit	Infeksi sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan meluas dan langsung kedasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium
Endometritis	Jenis infeksi yang paling sering ialah endometritis. Kumankuman memasuki endometrium, biasanya pada luka bekas Insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium
Komplikasi	
Peritonitis	Peritonitis menyeluruh adalah peradangan pada semua bagian peritonium, ini berarti baik peritoneum parietal, yaitu membran yang melapisi dinding abdomen,maupaun peritoneum viseral,yang terletak di atas vasera atau organ-organ internal meradang.
Salpingo-ooforitis dan parametritis	• Salpingo-ooforitis adalah infeksi pada ovarium dan tuba fallopi. • Parametritis adalah infeksi pada parametrium, jaringan yang memanjang sampai kesisi servik dan pertengahan lapisan- lapisan ligamen besar
Septikemia	Septikemia adalah ada dan berkembangbiaknya bakteri di dalam aliran darah.

Infeksi yang Terbatas pada Perineum, Vulva, Vagina, Cerviks dan Endometrium	
Abses	Masa yang menonjol dan berfluktuasi pada pemeriksaan vagina, nyeri yang hebat dan nyeri tekan, demam tidak menurun meskipun diberikan antibiotik

Sumber: Manuaba, 2020

12.3.4 Alur pengelolaan penderita kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerperium

1. Menilai kondisi pasien
 - a. Keadaan umum
 - b. Tanda-tanda vital
2. Resusitasi dan isolasi
 - a. Isolasi pasien yang diduga infeksi untuk memudahkan pengamatan
 - b. Berikan pemasangan infus
 - c. Mengisolasi sesegera mungkin pasien yang diduga infeksi
3. Mengambil spesimen
4. Pengobatan
 - a. Obati secara aktif jika diduga, tanpa menunggu kepastian diagnosis.
 - b. Mulai dengan antibiotik seperti: benzil penisilin ditambah dengan gentamisin dan metronidazol, cairan 4 dan analgesik (seperti petidin 50-100 mg secara IM setiap 6 jam).
 - c. Jika tersedia, pasang selang nasogastrik (NGT) dan aspirasikan isi lambung.
5. Rujuk
 - a. Dirujuk Langsung ke RUMAH SAKIT
 - b. BAKSOKU (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, Keluarga, Uang)

12.4 Metritis

Metritis adalah infeksi pada uterus setelah persalinan. Keterlambatan terapi akan menyebabkan abses, peritonitis, syok, trombosis vena, emboli paru, infeksi panggul kronik, sumbatan tuba, infertilitas (Walyani, 2015). Metritis adalah infeksi uterus pada saat pasca persalinan dikenal sebagai endometritis, endometriometritis, dan endoparametritis. Infeksi yang timbul tidak hanya mengenai desidua, miometrium, dan jaringan parametrium, maka terminologi yang lebih di sukai ialah metritis disertai selulitis pelvis. Pada beberapa wanita yang mengalami metritis pasca seksio sesaria dapat terjadi selulitis parametrium yang bersifat unilateral. Selulitis parametrium ringan dapat menyebabkan suhu yang meninggi dalam nifas.

12.4.1 Faktor predisposisi

1. Infeksi abortus dan partus

Penggunaan alat- alat yang tidak steril atau tindakan yang tidak sesuai prosedur dapat menyebabkan alat- alat kandungan mengalami infeksi. Penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim

2. Infeksi post curettage

Metritis dapat terjadi pada post kuret apabila alat- alat yang digunakan pada post kuret tidak steril, sehingga menyebabkan kuman-kuman masuk ke dalam miometrium

3. Persalinan pervaginam

Jika dibandingkan persalinan perabdominm atau seksio sesaria, maka timbulnya metritis pada persalinan pervaginam relative jarang. Bila persalinan pervaginam disertai penyulit yaitu pada ketuban pecah premature yang lama, partus lama dan pemeriksaan dalam berulang, maka kejadian metritis akan meningkat sampai mendekati 6 %. Bila terjadi korioamnionitis intrapartum, maka kejadian metritis akan lebih tinggi yaitu mencapai 13 %.

4. Persalinan seksio sesaria

Seksio sesaria merupakan faktor predisposisi utama timbulnya metritis dan erat kaitannya dengan status sosioekonomi penderita. Faktor resiko penting untuk timbulnya infeksi adalah lamanya proses persalinan dan ketuban pecah, pemeriksaan dalam berulang dan pemakaian alat monitoring janin internal. Karena adanya resiko tersebut, American College of Obstetricians and Gynecologists menganjurkan pemberian antibiotik profilaksis pada tindakan seksio sesaria.

12.4.2 Tanda dan gejala

1. Demam $>38^{\circ}\text{C}$ dapat disertai menggigil
2. Nyeri perut bawah
3. Lokia berbau dan purulent
4. Nyeri tekan uterus
5. Subinvolusi uterus
6. Dapat disertai perdarahan pervaginam dan syok

12.4.3 Klasifikasi

1. Metritis Akuta

Metritis Akuta biasanya terdapat pada abortus septik atau infeksi postpartum. Penyakit ini tidak berdiri sendiri, akan tetapi merupakan bagian dari infeksi yang lebih luas. Kerokan pada wanita dengan endometrium yang meradang (endometritis) dapat menimbulkan metritis akut. Pada penyakit ini miometrium menunjukkan reaksi radang berupa pembengkakan dan infiltrasi sel-sel radang. Perluasan dapat terjadi lewat jalan limfe atau lewat tromboflebitis dan kadang-kadang dapat terjadi abses.

2. Metritis kronik

Metritis kronik adalah diagnosis yang dahulu banyak dibuat atas dasar menometroragia dengan uterus lebih besar dari biasa, sakit pinggang dan leukorea. Akan tetapi pembesaran

uterus pada seorang multipara umumnya disebabkan oleh pertambahan jaringan ikat akibat kelamin. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik, dispareunia, trombosis vena yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvik yang menahun, penyumbatan tuba dan infertilitas.

12.4.3 Tatalaksana

1. Segera berikan transfusi, jika ada perdarahan.
2. Berikan antibiotika kombinasi sampai ibu bebas demam selama 48 jam.
 - a. Ampisillin 2gram IV setiap 6 jam, ditambah gentamisin 5 mg/kg BB IV tiap 24 jam, ditambah metronidazol 500 mg IV tiap 8 jam
 - b. Jika demam masih ada 72 jam setelah terapi, kaji ulang diagnostik.
3. Jika diduga ada sisa plasenta, lakukan eksplorasi digital dan keluarkan bekuan serta sisa kotiledon.
4. Jika tidak ada kemajuan dengan terapi konservatif, dan ada peritonitis (demam, nyeri lepas, dan nyeri abdomen), lakukan laparatomi dan drain abdomen.
5. Jika uterus terinfeksi dan nekrotik, lakukan histerektomi subtotal.

12.5 Mastitis

Mastitis adalah infeksi peradangan pada mamma, terutama pada primipara yang biasanya disebabkan oleh *staphylococcus aureus*, infeksi terjadi melalui luka pada putting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah. Bila tidak segera ditangani menyebabkan Abses Payudara (pengumpulan nanah lokal di dalam payudara) merupakan komplikasi berat dari mastitis (Indahsari, 2017).

12.5.1 Patofisiologis mastitis

Pada umumnya porte de entry menyebabkan puting menjadi luka dan lecet, kemudian bakteri menjalar pada duktus- duktus yang berkembang biak sehingga terjadi pus. Terjadinya mastitis diawali dengan peningkatan tekanan di dalam duktus (saluran ASI) akibat stasis ASI. Bila ASI tidak segera dikeluarkan maka terjadi tegangan alveoli yang berlebihan dan mengakibatkan sel epitel yang memproduksi ASI menjadi datar dan tertekan, sehingga permeabilitas jaringan ikat meningkat. Beberapa komponen (terutama protein kekebalan tubuh dan natrium) dari plasma masuk ke dalam ASI dan selanjutnya ke jaringan sekitar sel sehingga memicu respons imun. Stasis ASI, adanya respons inflamasi, dan kerusakan jaringan memudahkan terjadinya infeksi (Novianingtyas, 2016).

12.5.2 Macam-macam mastitis

Tabel 12.3. Macam Mastitis

Dibedakan berdasar tempat serta penyebab dan kondisinya		
a. Mastitis yang menyebabkan abses di bawah areola mammae		
b. Mastitis di tengah-tengah mammae yang menyebabkan abses di tempat itu		
c. Mastitis pada jaringan di bawah dorsal dari kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara mammae dan otot-otot di bawahnya.		
Menurut penyebab dan kondisinya		
Mastitis Periductal	Mastitis Puerperalis/ lactational	Mastitis Supurativa
a. Muncul pada wanita di usia	a. Banyak dialami oleh wanita	a. Paling banyak dijumpai.

menjelang menopause	hamil atau menyusui.	b. Penyebabnya bisa dari kuman Staphylococcus, jamur, kuman TBC dan juga sifilis. Infeksi kuman TBC memerlukan penanganan yang ekstra intensif.
b. Penyebab utamanya tidak jelas diketahui.	b. Penyebab utama mastitis puerperalis yaitu kuman yang menginfeksi payudara ibu, yang ditransmisi ke puting ibu melalui kontak langsung	
c. Keadaan ini dikenal juga dengan sebutan mammary duct ectasia, yang berarti peleburan saluran karena adanya penyumbatan pada saluran di payudara.		

Sumber : (BPPSDMK, 2018)

Untuk menentukan adanya kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis, dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul, biasanya terjadinya akhir minggu pertama pasca partum. Hal ini berkaitan erat dengan produksi dari ASI yang dihasilkan oleh kelenjar acinin yang dalam alveoli dan tidak dapat dipancarkan keluar. Dengan demikian Anda akan mendapatkan tanda gejala kegawatdaruratan ibu nifas dengan mastitis seperti dibawah ini :

- a. Adanya nyeri ringan sampai berat
- b. Payudara nampak besar dan memerah
- c. Badan terasa demam seperti hendak flu, nyeri otot, sakit kepala, keletihan

12.5.3 Penatalaksanaan Mastitis

Dilakukan penatalaksanaan mastitis dengan tujuan mencegah terjadinya komplikasi lanjut. Penatalaksanaan bisa berupa medis dan non-medis, dimana medis melibatkan obat antibiotik dan analgesik sedangkan non-medis berupa tindakan suportif.

1. Penatalaksanaan Medis

Antibiotik diberikan jika dalam 12-24 jam tidak ada perubahan atau tidak ada perubahan, antibiotik yang diberikan berupa *penicillin resistan-penisilinase*. Jika ibu alergi terhadap penisilinase dapat diberikan Eritromisin. Terapi yang paling umum adalah Dikloksasilin. Berikut antibiotik yang efektif terhadap infeksi *Staphylococcus aureus*. Pemberian antibiotik dikonsultasikan oleh dokter supaya mendapat antibiotik yang tepat dan aman untuk ibu menyusui. Selain itu, bila badan terasa panas sebaiknya diberikan obat penurun panas. Namun jika infeksi tidak hilang maka dilakukan kultur ASI. Selanjutnya pemberian Analgesik untuk mengurangi rasa nyeri. Rasa nyeri menjadi penghambat hormon oksitosin yang berperan dalam proses pengeluaran ASI. Analgesik yang diberikan berupa ibuprofen dengan dosis 1,6 gram per hari karena lebih efektif dalam menurunkan peradangan dibandingkan dengan parasetamol dan asetaminofen. Sehingga direkomendasikan pada ibu menyusui yang mengalami mastitis (Novianingtyas, 2016). Selain analgesik, untuk mengatasi nyeri dan payudara terasa keras bisa diberikan kompres kentang.

2. Penatalaksanaan non-medis

Penatalaksanaan non-medis dapat dilakukan berupa tindakan suportif untuk mencegah mastitis semakin buruk. Tindakan suportif yang diberikan yaitu guna untuk menjaga kebersihan dan kenyamanan meliputi (Soetjiningasih, 2012; Ambarwati, 2016; Novianingtyas, 2016):

- a. Sebelum menyusui sebaiknya ASI dikeluarkan sedikit lalu oleskan pada daerah payudara dan puting. Cara ini bertujuan untuk menjada kelembapan puting susu.
- b. Kemudian bayi diletakkan menghadap payudara ibu. Posisi ibu bisa duduk atau berbaring dengan santai, bila ibu memilih posisi duduk sebaiknya menggunakan kursi yang lebih rendah supaya kaki ibu tidak menggantung dan punggung ibu bisa bersandar.
- c. Selanjutnya bayi dipegang pada belakang bahu dengan menggunakan satu lengan, dengan posisi kepala bayi terletak di lengkung siku ibu (kepala bayi tidak boleh menengadah dan bokong bayi disangga dengan telapak tangan).
- d. Tangan bayi diletakkan dibelakan badan ibu dan tangan satu didepan, perut bayi ditempelkan pada badan ibu dengan kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya menengokkan kepala bayi).
- e. Payudara dipegang dengan jari jempol diatas dan jari lainnya menopang payudara, seperti huruf C.

12.6 Bendungan Payudara

Bendungan payudara adalah bendungan yang terjadi pada kelenjar payudara oleh karena ekspansi dan tekanan dari produksi dan penampungan ASI. Bendungan ASI (*Engorgement*) adalah penyempitan pada duktus laktiferus, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembekakan (Winkjosastro and Saifuddin, 2014). Bendungan ASI adalah pembendungan ASI karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar yang tidak d kosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu, payudara yang membengkak ini yang sering terjadi biasanya terjadi sesudah melahirkan pada hari ketiga atau ke empat.

12.6.1 Tanda dan gejala

Perlu dibedakan antara payudara bengkak dan payudara penuh/bendungan ASI. Pada payudara bengkak adalah payudara udem, sakit, puting susu kencang, kulit mengkilap walau tidak merah, dan ASI tidak keluar kemudian badan menjadi demam setelah 24 jam. Sementara pada payudara penuh/bendungan ASI adalah payudara terasa berat, panas, dan keras, bila ASI dikeluarkan tidak terjadi demam (Sunarsih, 2011). Tanda dan gejala yang selalu ada adalah payudara nyeri dan bengkak pada hari ke 3-5 postpartum, sedangkan tanda gejala yang terkadang ada adalah kedua payudara bengkak (Walyani and Purwoastuti, 2015).

12.6.2 Faktor penyebab

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya bendungan ASI) antara lain (Saifuddin, 2016) :

1. Frekuensi menyusui

Rentang yang optimal frekuensi menyusui adalah antara 8 hingga 12 kali setiap hari. Bayi akan berhenti menyusui bila bayi tampak kenyang (isyarat kenyang meliputi relaksasi seluruh tubuh, tidur saat menyusu dan melepaskan puting.

2. Kondisi puting

Kesulitan yang timbul selama proses laktasi yaitu puting yang retak-retak, puting yang masuk ke dalam, mastitis infektif dan laktasi yang tidak memadahi oleh karena banyak sekali masalah yang timbul selama proses menyusui, maka perlu dilakukan perawatan antenatal yang baik karena ASI berperan penting untuk membuat bayi sehat dan kuat. Teknik menyusui yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya atau bayi enggan menyusu.

3. Posisi menyusui

Posisi kepala bayi yang tidak benar bisa menyebabkan hisapan bayi yang salah, karena puting susu dan areola yang

tidak masuk semua ke mulut bayi. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya puting lecet. Terjadinya puting lecet dapat menjadi resiko terjadinya pengeluaran ASI yang tidak maksimal dan pembengkakan pada payudara.

4. Perawatan payudara

Tindakan perawatan payudara yang dilaksanakan, baik sendiri maupun dibantu orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi.

12.6.3 Tatalaksana

Penanganan bendungan air susu dilakukan dengan pemakaian bra untuk penyangga payudara dan pemberian analgetika, dianjurkan menyusui segera dan lebih sering, kompres hangat, air susu dikeluarkan dengan pompa dan dilakukan pijatan (masase) serta perawatan payudara. Perawatan Payudara yang dilakukan secara baik dan teratur mampu mengurangi terjadinya bendungan ASI pada ibu nifas serta melancarkan produksi AS, maka perlu diadakan peningkatan sosialisasi tentang perawatan payudara dan sebagai bahasan rujukan untuk penelitian berikutnya (Aulya, 2021). Berikan supresi laktasi untuk sementara (2–3 hari) agar bendungan berkurang dan memungkinkan air susu dikeluarkan dengan pijatan. Metode pompa ASI (MPA) adalah metode paling cepat dan efisien untuk meningkatkan produksi ASI, selain itu akan memberikan rasa nyaman pada ibu dan rasa percaya diri untuk terus menyusui juga semakin bertambah. Sehingga keinginan untuk menyusui secara eksklusif itu bertambah (Sulistyawati, 2015). Keadaan ini pada umumnya akan menurun dalam berapa hari dan bayi dapat menyusu dengan normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, W. 2016. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Aulya, Y. and Supriaten, Y. 2021. 'Pengaruh Perawatan Payudara Terhadap Bendungan ASI Pada Ibu Nifas', *Jurnal Menara Medika*, 3(2), pp. 169–175. Available at: <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/article/view/2418/1936>.
- Borovac-Pinheiroa, et al. 2018. 'Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- BPPSDMK, K. K. R. 2018. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Edited by K. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Cunningham, F. 2018. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Dalton, E. and Castilo, E. 2014. 'Post partum infections: A review for the non-OBGYN', *Obstetric Medicine*, 7(3), pp. 98–102. doi: 10.1177/1753495X14522784.
- Dewi, Vivian Nanny Lia; Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indahsari, M. and Chotimah, C. 2017. 'Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas tentang Perawatan Payudara dengan Kejadian Bendungan ASI di RB Suko Asih Sukoharjo', *Indonesian Journal on Medical Science*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Buku saku pelayanan kesehatan Ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan*.
- Manuaba. 2013. 'Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB', in ECG (ed.). Jakarta.
- Manuaba I. 2020. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. EGC. Jakarta.
- Novianingtyas. 2016. *Upaya Untuk Mencegah Terjadinya Komplikasi Pada Mastitis*. Jakarta.

- Numfor, E. *et al.* 2020. 'Oxytocin Versus Misoprostol Plus Oxytocin in the Prevention of Postpartum Hemorrhage at a Semi-Urban Hospital in sub-Saharan Africa: A Retrospective Cohort Study', *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS (IJMA)*, 9(3), pp. 287–296. doi: 10.21106/ijma.365.
- Nurhayati, E. 2019. *Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Oxorn dan Forte. 2016. *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Prawirohardjo, S. 2014. 'Ilmu Kebidanan', *Jakarta : Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo*.
- Saifuddin, A. B. 2016. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Shields, L. ., Goffman, D. and Caughey, A. . 2017. 'Postpartum Hemorrhage', *American College of Obstetritian and Gynecoligist*, 130(4).
- Soetjiningsih. 2012. *Buku Ajar II Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Sulistyawati. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Walyani and Purwoastuti. 2015. *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Winkjosastro, H. and Saifuddin, A. B. 2014. *Ilmu Kebidanan 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

BAB 13

PERTOLONGAN PERTAMA PADA KECELAKAAN KERACUNAN DI MASYARAKAT

Oleh Eko Sri Wulaningtyas

13.1 Pendahuluan

Racun adalah zat yang memiliki kemampuan untuk menyakiti sel dan beberapa bagian tubuh berfungsi secara tidak normal. Keracunan bisa disebabkan oleh obat-obatan, produk kimia, dan makanan dalam dosis besar. Jika keracunan terjadi, perawatan segera dan tepat diperlukan. Itulah mengapa penting untuk mengetahui tindakan pertolongan pertama untuk keracunan. Risiko keracunan bukanlah lelucon, karena bisa berakibat fatal. Keracunan makanan adalah krisis yang disebabkan oleh konsumsi suatu zat atau makanan masuk ke dalam tubuh melalui mulut, yang merusak tubuh. Bahan racun yang terserap ke tubuh bisa mengganggu organ tubuh tertentu misalnya paru-paru, hati, ginjal dan lain lain. (Zaidin Ali, 2010)

Pertolongan pertama untuk keracunan berbeda, pada kasus yang parah keracunan memerlukan pertolongan pertama. Namun, pertolongan pertama membantu mencegah risiko keracunan yang berbahaya. Pengobatan atau penanganan keracunan pada manusia dapat berbeda-beda tergantung dari kondisi dan penyebab keracunan tersebut, baik itu dari makanan, obat-obatan maupun bahan kimia.

13.2 Keracunan

13.2.1 Pengertian

Keracunan adalah suatu kondisi yang terjadi ketika zat berbahaya bagi tubuh tertelan, tercium, disentuh atau disemprotkan. Sejarah mengatakan racun itu efeknya bagi kesehatan sudah jelas karena ditemukan jamur mengandung racun dan menyebabkan kematian bagi yang memakannya saat dikonsumsi saat itu racun yang terkandung di dalamnya belum dipelajari pembentukan jamur karena adanya zat berbahaya (Junaidi,2011)

13.2.2 Macam – macam keracunan

Keracunan sesuai aksinya adalah :

1. Racun Korosif

Racun merupakan zat pengiritasi yang sangat aktif yang menghasilkan peradangan dan ulserasi, jaringan terdiri dari asam kuat dan basa

2. Racun Iritan

Racun yang menghasilkan gejala sakit diperut, muntah terdiri dari:

- a. Racun Anorganik terbagi logam (arsen, merkuri, timbal, tembaga dan antimon dan non logam (fosfor, klorin, bromin dan iodin)
- b. Racun organik: tumbuh-tumbuhan (minyak jarak), hewan (ular, kalajengking, laba-laba)
- c. Racun mekanik : bubuk kaca, debu berlian

3. Racun saraf

Racun yang mengenai sistem saraf pusat. Gejalanya adalah sakit kepala, ngantuk, pusing, delirium, stupor, koma dan kejang. Macam macam racun saraf adalah :

- a. Racun serebral : opium, alkohol, agen, sedatif, agen hipnotik, anestetik
- b. Racun spinal : Strychnine

- c. Periferal : Curare
- 4. Racun jantung : Digitalis, rokok
- 5. *Asphyxiants* : Gas batubara, CO, CO₂, *war gasses*
- 6. Lain-lain : Analgesik, antipiretik, penenang, antidepresan (Chadha, 2003)

13.2.3 Penggolongan Keracunan

1. Berdasarkan cara terjadinya
 - a. Meracuni diri (*Self poisoning*). Korban melakukan bunuh diri dengan menarik perhatian orang lain dengan menelan racun dalam dosis besar yang bisa membahayakan dirinya misalnya baygon (Anonim, 2009)
 - b. Usaha bunuh diri (*attempted suicide*). Korban benar benar bunuh diri dan bisa berakhir dengan kematian
 - c. Keracunan karena kecelakaan (*accidental poisoning*)
Keracunan yang diakibatkan murni karena kecelakaan
 - d. Keracunan karena pembunuhan (*homicidal poisoning*) terjadi akibat tindak pidana yaitu peracunan terhadap pasien
 - e. Keracunan karena ketergantungan obat
Keracunan disebabkan oleh toleransi obat, dan karenanya memerlukan peningkatan dosis. Peningkatan dosis yang tidak terukur/tidak diawasi dapat menyebabkan overdosis yang fatal
2. Berdasarkan cepat lambat nya proses keracunan
 - a. Keracunan akut
Gejala keracunan muncul dengan cepat setelah korban menelan atau bersentuhan dengan zat beracun seperti keracunan makanan, sianida, dan pestisida.
 - b. Keracunan Kronik
Gejala timbul relative lama dan korban tidak mengetahui kalau terjadi keracunan misalnya

keracunan bromid, salisilat, fenitoin dan digitalis karena tidak diawasi.

3. Berdasarkan organ yang terkena

Keracunan ini dibagi menurut organ yang terkena yaitu neurotoksik (racun saraf), kardiotoxik (racun pada jantung), nefrotoksik dan hepatotoksik. Terdapat satu zat racun yang dapat mempengaruhi beberapa organ sekaligus misalnya CCl_4 yang mempengaruhi hepar, ginjal dan jantung

4. Bahan kimia

Zat kimia dari golongan yang sama biasanya menyebabkan gejala keracunan yang sama seperti keracunan alkohol, logam berat, fenol, dan organofosfat.

13.3 Mekanisme terjadinya Keracunan

Absorpsi racun ditandai oleh masuknya racun dari tempat paparan menuju sirkulasi sistemik tubuh atau pembuluh limfe. Absorpsi didefinisikan sebagai jumlah racun yang mencapai sistem sirkulasi sistemik dalam bentuk tidak berubah. Racun dapat terabsorpsi umumnya apabila berada dalam bentuk terlarut atau terdispersi molekular. Jalur utama absorpsi racun adalah saluran cerna, paru-paru dan kulit. Setelah racun mencapai sistemik, ia bersama darah akan diedarkan ke seluruh tubuh. Dari sistem sirkulasi sistemik ia akan terdistribusi lebih jauh melewati membran sel menuju sistem organ atau ke jaringan- jaringan tubuh. Selanjutnya racun akan mengalami reaksi biotransformasi (metabolisme) dan ekskresi racun melalui ginjal, empedu, saluran pencernaan dan jalur ekskresi lainnya (kelenjar keringat, kelenjar mammae, kelenjar ludah dan paru-paru). Jalur eliminasi yang paling penting adalah eliminasi melalui hati (reaksi metabolisme) dan ekskresi melalui ginjal (Wirasuta dan Niruri, 2006)

13.4 Jalur Masuk Racun

13.4.1 Keracunan melalui mulut/alat pencernaan

Umumnya terkait dengan bahan-bahan yang terdapat dirumah tangga. Obat-obatan misalnya obat tidur/ penenang yang dikonsumsi dalam jumlah banyak atau diminum dengan bahan lain sehingga menimbulkan keracunan, makanan yang mengandung racun (misal : singkong beracun), makanan kadaluarsa serta makanan yang tidak dipersiapkan dengan baik/tercemar, obat nyamuk, mimhyak tanah, dll, makanan yang mengandung alkohol (minuman keras).

13.4.2 Keracunan melalui pernafasan

Umumnya berupa gas, uap dan bahan semprotan. Menghirup gas/udara beracun misalnya gas mobil dalam keadaan mobil tertutup, uap minyak tanah dan sebagainya. Kebocoran gas industri misalnya amonia, klorin, dsb.

13.4.3 Keracunan melalui kulit/kontak (absorpsi)

Racun yang terserap ada kalanya dapat merusak kulit. Racun yang masuk dari kulit secara perlahan terserap aliran darah. Umumnya zat kimia pertanian seperti insectisida, pestisida maupun zat kimia yang bersifat.

13.5 Efek racun terhadap tubuh

1. Lokal

Efek lokal terbatas pada beberapa bagian tubuh yang kontak dengan zat kimia yaitu kulit , mata, jalur udara dan usus. Contoh efek racun lokal yakni kulit terbakar, mata berair dan iritasi pada tenggorokan yang menyebabkan batuk. Banyak racun yang menyebabkan efek lokalnamun ada juga yang tidak.

a. Kulit

Bahan kimia yang membahayakan kulit menyebabkan kulit memerah, sakit ketika kulit disentuh, tapi tidak menyebabkan rasa terbakar ketika sudah dicuci. Agen korosif dapat dengan cepat menyebabkan rasa sakit dan terbakar dan membahayakan kulit. Mungkin ada rasa melepuh dan kulit berubah warna menjadi abu-abu atau coklat (WHO, 1997)

b. Mata

Agen pengiritasi atau agen korosif dapat menyebabkan sakit yang parah ketika terpapar dimata. Mereka dapat dengan cepat membakar permukaan mata dan menyebabkan bekas luka bahkan kebutaan. Mata akan terlihat merah dan berair. Pasien yang terkena racun mungkin tidak ingin membuka matanya dan cahaya akan menyebabkan rasa sakit dimata (WHO, 1997)

c. Usus

Bahan kimia beracun dapat membahayakan mulut dan tenggorokan atau usus. Pasien mungkin merasakan sakit perut, muntah dan diare serta muntah dan fesesnya mungkin mengandung darah. Jika tenggorokan terbakar maka dengan cepat membengkak dan menyebabkan pasien sulit bernafas (WHO, 1997)

d. Saluran udara dan paru-paru

Beberapa gas dan uap dapat mengiritasi hidung, tenggorokan dan saluran udara bagian atas dan menyebabkan batuk dan terjadi dengan cepat ketika pasien menghirup zat racun atau ketika setelah 48 jam. Cairan dalam paru-paru menyebabkan pasien tidak dapat bernafas dengan benar dan harus segera dibawa ke rumah sakit karena memiliki edema. Beberapa gas beracun seperti karbon monoksida tidak memiliki efek pada hidung dan tenggorokan. Gas beracun yang tidak

menyebabkan batuk dan tersedak sangat berbahaya karena pasien tidak tahu ketika sudah menghirup zat tersebut. Ketika saluran udara pasien tidak menutup, makanan minuman atau muntah dapat masuk ke paru-paru dan menghalangi saluran udara atau menyebabkan edema paru. Itulah mengapa sangat berbahaya untuk memberikan makanan, minuman atau obat-obatan untuk pasien yang sadar.

e. Lokasi Injeksi

Racun yang mengiritasi yang disuntikkan kedalam kulit, seperti racun dari sengatan serangga dan gigitan ular, dapat menyebabkan rasa sakit dan bengkak ditempat mereka disuntikkan. Pasien-pasien yang sengaja menyuntikkan diri dengan produk hewan mungkin mendapatkan efek lokal

2. Sistemik

Ada banyak cara dimana racun dapat menyebabkan kerusakan.

- a. Dengan merusak organ-organ seperti otak, saraf, jantung, hati, paru-paru, ginjal atau kulit. Kebanyakan racun memiliki efek lebih besar pada satu atau dua organ daripada bagian lain tubuh. Organ yang paling terpengaruh disebut organ sasaran.
- b. Dengan memblokir pesan antara saraf
- c. Dengan menghentikan tubuh bekerja dengan baik misalnya dengan memblokir pasokan energi atau suplai oksigen.

Efek sistemik hanya terjadi ketika jumlah racun dalam tubuh lebih besar dari jumlah yang dapat tubuh tangani. Biasanya bila kontak dengan racun berlangsung hanya dalam waktu singkat (akut), efek terjadi segera setelah terpapar dan tidak berlangsung lama. Namun dalam beberapa kasus, efek racun yang tidak terlihat selama beberapa jam atau bahkan hari

setelah akut. Ketika paparan racun berlangsung untuk waktu yang lama (WHO, 1997)

3. Efek racun terhadap bayi dalam rahim

Beberapa racun dapat membahayakan bayi dalam rahim. Hal ini kemungkinan besar selama tiga bulan pertama kehamilan ketika sistem saraf dan semua organ utama mulai terbentuk. Bagian-bagian tubuh dari bayi biasanya terkena adalah tulang, mata, telinga, mulut dan otak. Jika kerusakan sangat buruk, bayi akan berhenti tumbuh dan mati. Beberapa bahan kimia beracun dapat membahayakan bayi dalam kandungan tanpa merugikan ibu. Jika ibu minum alkohol atau merokok selama kehamilan dapat membahayakan bayinya. Obat-obatan juga dapat membahayakan bayi dalam kandung. Wanita hamil tidak harus meminum obat-obatan kecuali yang diresepkan oleh dokter (WHO, 1997)

13.6 Gejala Keracunan

Gejala klinis akibat keracunan dapat bervariasi, hal ini tergantung dari penyebabnya. Contoh berbagai macam gangguan klinis dan penyebab keracunan:

13.6.1 Gangguan klinis (penyebab keracunan), Sistem yang dipengaruhi dilihat dari Penampilan secara umum gangguan sistem syaraf :

1. Agitasi (amfetamin, kokain)
2. Lyergis
3. Opiat withdrawal apathy
4. Apathy
5. Drowsiness
6. Koma (hypnotik, pelarut organik, litium)
7. Electro-encephalogram/EEG (central depressant),
8. fungsi motorik (alkohol, penyalahgunaan obat),

9. Gangguan berjalan/bergerak (halusinogen, amfetamin, karbamazepin, litium, kokain),
10. kejang (Hardiman, 2014)

13.6.2 Tanda Tanda vital

1. Status mental : Psikosis (*Illicit drugs*), disorientasi
2. Tekanan darah : Hipotensi (fenotiazin), hipertensi (kortikosteroid, kokain, fenilpropanolamin, antikolinergik)
3. Jantung : Nadi tidak teratur
4. Temperatur : Hipertermi
5. Respirasi : Depresi Pernafasan, Hipoventilasi
6. Otot : Spasme dan kram
7. Kulit : Kering, berwarna merah (karbon monoksida), berwarna biru (sianosis), kuning (liver damage : alkohol, jamur, rifampisin)
8. Mata : pinpoint, dilatasi pupil. Kemerahan
9. Hidung : Nasal septum komplikasi
10. Dada : Hasil radiography (bronkokonstriksi, logam, aspirasi)
11. Perut : Diare
12. Bau : Bisa dilihat dari keringat, pakaian, sisa muntah : Alkohol (etanol, pembersih), aseton (aseton, asidosis, metabolik), ammonia (ammonia), almond (sianida) pemutih/klorin (hipoklorit/klorit), desinfektan (kreosol, fenol, tar), formaldehid (formaldehid, metanol), bawang (arsen, dimethylsulfoxid), asap (nikotin, karbonmonoksida), pelarut organik (dietil eter, kloroform, diklormetan, kacang (rodentisida)(Arisman,2009)

13.7 Diagnosa Keracunan

Dilihat dari riwayat pasien, uji fisik, pemeriksaan laboratorium dan toxicological screening

1. Riwayat pasien

Indikator yang paling penting untuk racun yang tertelan adalah dilihat riwayat pasien sehingga bisa mengidentifikasi racun, berapa banyak obat dan lama waktu terkena. Mengetahui obat apa yang telah diminum, obat bebas dan zat berbahaya lainnya yang harus diketahui. Anamnesa kepada semua orang yang didekat korban dan pengobatan terakhir yang diberikan ke korban. (Chada, 2003)

2. Uji Fisik

Nilai jalan nafas, respirasi dan sirkulasi. Status mental, suhu tubuh, ukuran pupil, otot, refleks, kulit dan aktivitas perlu diperiksa dan tentukan status apakah masuk dalam depressed status atau agitated status.

3. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium terdapat :

- a. Anion gap
- b. Osmolal gap
- c. Arterial oksigen saturation gap

Racun yang berhubungan dengan peningkatan Arterial oksigen saturation gap termasuk karbonmonoksida dan methemoglobin. Racun ini menghambat oksigen mengikat hemoglobindan dengan demikian secara signifikan menurunkan kadar oksigen tanpa menurunkan PaO₂ (Cadha, 2003)

4. Toxicological screening

Uji ini dapat mengetahui dengan pasti yang tertelan namun pertolongan tetap segera dilakukan. Uji ini sebagai dasar untuk menyediakan pengobatan dengan antidot yang spesifik atau metode untuk meningkatkan eliminasi obat dan juga mengidentifikasi obat yang digunakan untuk terapi selanjutnya dan mencari tanda karakteristik dari berbagai jenis keracunan sementara tindakan pengobatan diawal dilakukan.(WHO,1997)

13.8 Pertolongan Pertama pada keracunan di masyarakat

Secara umum penatalaksanaan keracunan adalah :

1. Airway
Hilangnya refleksi perlindungan jalan nafas karena obstruksi jalan nafas karena lidah kaku merupakan hal yang paling berpengaruh pada kematian karena overdosis obat dan keracunan. Atur posisi jalan nafas dan intubasi endotrakeal bila perlu. Kesadaran pasien bisa dipulihkan dengan menggunakan naloxon atau flumazenil karena keracunan opioid atau benzodiazepin secara berturut turut sampai intubasi endotrakeal tidak diperlukan lagi (Olson, 2004)
2. Breathing
Mengetahui pernafasan yang adekuat dengan mengukur gas darah arteri. Pernafasan dengan bantuan ventilasi segera dimulai dan diperlukan pada kondisi kadar pCO_2 darah naik misalnya $>60\text{mm Hg}$. (Olsom, 2004)
3. Circulation
Yang dilakukan dalam sirkulasi ini adalah diuji dengan menghitung denyut nadi, Tekanan darah dan ritme. Bila tidak teraba denyut nadi Lakukan CPR (Cardiopulmonary resuscitation)dan jika terjadi aritmia dan shock lakukan Advance Cardiac Life Support (ACLS). Pasang infus cairan Ringert laktat, Larutan dekstosa 5% dalam air atau normal salin. Pada pasien dengan koma hipotensi , kejang(Junaidi,2011)
4. Dekontaminasi
5. Antidotum

DAFTAR PUSTAKA

- Arisman. 2009. Keracunan Makanan. Jakarta: EGC
- Chadha, I.A., 2003. Poisoning, Indian J. Anaesth. 2003;47(5):402-411
- Hardiman. 2014. Gawat Darurat Medis Praktis. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Junaidi, I. 2011. Pedoman Pertolongan Pertama yang Harus Dilakukan saat Gawat & Darurat Medis. Jakarta: Penerbit Andi.
- Olson, Kent, editor, 2004, Poisoning And Drug Overdose Fourth Edition, California, California Poison Control System.
- Wahyudi, A. D. 2016. Pengetahuan Masyarakat tentang Penanganan Keracunan Makanan di Masyarakat.
- World Health Organization 1997, Management of Poisoning : A handbook for health care workers, World Health Organization
- Zaidin Ali. 2010. Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan. Jakarta: Trans Info Media

BAB 14

KOMPLIKASI DAN PENYULIT PADA PERSALINAN KALA I, II, III DAN IV DI KOMUNITAS

Oleh Yuliva

14.1 Pendahuluan

Hamil dan melahirkan merupakan suatu proses yang tidak mudah untuk dilalui. Kemungkinan adanya masalah tidak hanya bisa datang saat hamil, tapi ibu juga dapat mengalami komplikasi atau tanda bahaya saat proses persalinan berlangsung. Apa saja komplikasi atau yang biasa disebut juga sebagai penyulit yang mungkin terjadi saat persalinan. Risiko munculnya komplikasi bisa datang kapan saja selama proses persalinan atau melahirkan berlangsung. Risiko komplikasi asuhan persalinan normal dapat terjadi pada setiap kala persalinan, yaitu kala I hingga kala IV. Komplikasi yang terjadi dipengaruhi oleh kondisi selama kehamilan, kondisi ibu, dan kondisi janin (Saifudin, 2010)

14.2 Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala I

Penyulit persalinan yang dialami ibu melahirkan kala I adalah:

1. Partus lama, hal ini terkait dengan kontraksi uterus yang tidak adekuat atau dilatasi serviks yang tidak sempurna. Tanda – tanda dari partus lama antara lain:
 - a. **Fase Laten Memanjang**
Fase laten yang memanjang ditandai dari pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam dengan kontraksi teratur (lebih dari 2 kali dalam 10 menit).

b. Fase Aktif Memanjang

Istilah fase aktif memanjang mengacu pada kemajuan pembukaan yang tidak adekuat setelah didirikan diagnosa kala I fase aktif, dengan didasari atas : Pembukaan kurang dari 1 cm per jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan. Kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan kurang dari 1,5 cm pada multipara. Lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam).

Karakteristik Fase Aktif Memanjang :

- 1) Kontraksi melemah sehingga menjadi kurang kuat, lebih singkat dan atau lebih jarang.
- 2) Kualitas kontraksi sama seperti semula tidak mengalami kemajuan
- 3) Pada pemeriksaan vaginal, serviks tidak mengalami perubahan.

Penyebab Fase Aktif Memanjang

- a. Malposisi (presentasi selain belakang kepala).
 - b. Makrosomia (bayi besar) atau disproporsi kepala-panggul (CPD).
- 4) Intensitas kontraksi yang tidak adekuat
 - 5) Serviks yang menetap
 - 6) Kelainan fisik ibu (misalnya :pinggang pendek)
 - 7) Kombinasi penyebab atau penyebab yang tidak diketahui

Akibat dari persalinan yang lama (partus lama) adalah :

a. Terhadap janin.

Akibat untuk janin dapat mengakibatkan terjadinya trauma, asidosis, kerusakan hipoksik, infeksi, peningkatan mortalitas serta morbiditas perinatal.

b. Terhadap Ibu

Akibat untuk ibu dapat mengakibatkan terjadinya penurunan semangat, kelelahan, dehidrasi, asidosis, infeksi, resiko ruptur uterus, perlunya intervensi bedah meningkatkan mortalitas dan morbiditas. (Saifudin, 2010)

Penanganan Umum Partus Lama

- 1) Nilai dengan segera keadaan umum ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat hidrasi).
- 2) Kaji kembali partograf, tentukan apakah pasien berada dalam persalinan.
- 3) Nilai frekuensi dan lamanya his.
- 4) Perbaiki keadaan umum dengan :
- 5) Dukungan emosional, perubahan posisi (sesuai dengan penanganan persalinan normal). Periksa keton dalam urine dan berikan cairan, baik oral maupun parenteral, dan upayakan buang air kecil (kateterisasi bila perlu).
- 6) Berikan analgesik : tramadol atau penitidin 25 mg I.M (maksimum 1 mg/kgBB) atau morfin 10 mg I.M, jika pasien merasakan nyeri yang sangat. (Saifudin, 2010).
- 7) Tentukan keadaan janin.
- 8) Periksa denyut jantung janin selama atau segera setelah his. Hitung frekuensinya sekurang kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II. Jika terdapat gawat janin,

lakukan secsio sesaria. Kecuali jika syarat-syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forcep.

- 9) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah. Pikirkan kemungkinan gawat janin.
- 10) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin.
- 11) Bila penderita merasakan nyeri yang sangat berikan analgesik : tramadol atau penitidin 25mg dinaikkan samapai maksimum 1 mg/Kg atau morfin 10 mg IM.

Penanganan Khusus:

- a. Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.
- b. Nilai his :
Jika his adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inersia uteri. Jika his adekuat (3 kali dalam 10 mmenit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi, dan mal presentasi.
- c. Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan. (Saifudin, 2010)

2. Ketuban pecah dini (KPD), yaitu pecahnya ketuban sebelum ada tanda inpartu. Penyulit pada kala I (KPD) dapat mengakibatkan timbulnya komplikasi pada janin, sehingga penting bagi petugas kesehatan untuk memastikan keselamatan dan kondisi janin. Ketuban pecah dini pada prinsipnya adalah ketuban yang pecah sebelum waktunya.

Ada teori yang menghitung berapa jam sebelum in partu, misalnya 2 atau 4 atau 6 jam sebelum in partu. Ada juga yang menyatakan dalam ukuran pembukaan serviks pada kala I, misalnya ketuban yang pecah sebelum pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, dan sebagainya. Komplikasi yang dapat terjadi akibat adanya penyulit KPD adalah: 1). Asfiksia, yang dapat menyebabkan *intrauterine fetal death* (IUFD). Asfiksia adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan segera setelah lahir, 2) Sepsis neonatorum, dapat terjadi karena infeksi akibat Ketuban Pecah Dini.

Komplikasi Ketuban Pecah Dini :

- a. Infeksi intra partum (korioamnionitis) ascendens dari vagina ke intrauterin.
- b. Persalinan preterm, jika terjadi pada usia kehamilan preterm.
- c. Prolaps tali pusat, bisa sampai gawat janin dan kematian janin akibat hipoksia

3. Malposisi / Malpresentasi

Malposisi adalah merupakan posisi abnormal dari verteks kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Malpresentasi adalah semua presentasi lain dari janin, selain presentasi verteks. Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll) atau presentasi ganda (adanya bagian janin, seperti lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala).

1) Masalah :

Janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi sering menyebabkan partus lama atau partus macet.

2) Penanganan Umum :

- a. Lakukan penilaian cepat mengenai kondisi ibu termasuk tanda vital (nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu) .

- b. Lakukan penilaian kondisi janin :
- c. Dengarkan denyut jantung janin (DJJ) segera setelah his : Hitung DJJ selama satu menit penuh paling sedikit setiap 30 menit selama fase aktif dan setiap 5 menit selama fase kedua. Jika DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali permenit kemungkinan gawat janin.
- d. Jika ketuban pecah, lihat warna cairan ketuban : Jika ada mekonium yang kental, awasi lebih ketat atau lakukan intervensi untuk penanganan gawat janin. Tidak adanya cairan pada saat ketuban pecah menandakan adanya pengurangan jumlah air ketuban yang mungkin ada hubungannya dengan gawat janin.
- e. Berikan dukungan moral dan perawatan pendukung lainnya.
- f. Lakukan penilaian kemajuan persalinan memakai partograf.

4. Kelainan Tenaga Atau His

Kelainan his terutama ditemukan pada primigravida khususnya primigravida tua. Pada multipara lebih banyak ditemukan yang bersifat inersia uteri. Faktor herediter mungkin memegang peranan yang sangat penting dalam kelainan his. Satu sebab yang penting dalam kelainan his, khususnya inersia uteri adalah bagian bawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah uterus seperti misalnya pada kelainan letak janin atau pada kelainan CPD.

Penanganan :

- a. Setelah diagnosis inersia uteri ditetapkan, harus diperiksa keadaan servik, presentasi serta posisi janin, turunnya kepala janin dalam panggul dan keadaan panggul.

- b. Apabila ada disproporsi chepalopelvik yang berarti, sebaiknya diambil keputusan untuk melakukan SC.
- c. Keadaan umum pasien sementara diperbaiki, dan kandung kencing serta rectum dikosongkan, apabila kepala atau bokong janin sudah masuk ke dalam panggul, penderita di sarankan untuk berjalan-jalan terlebih dahulu.
- d. Untuk merangsang his selain dengan pemecahan ketuban bisa diberikan oksitosin, 5 satuan oksitosin dimasukan ke dalam larutan glukosa 5% dan diberikan secara infus IV (dengan kecepatan kira-kira 12 tetes permenit yang perlahan dapat dinaikan sampai kira-kira 50 tetes.
- e. Kalau 50 tetes tidak dapat berhasil bisa dengan memberikan dosis lebih tinggi dengan cara pasien harus di awasi dengan ketat dan tidak boleh ditinggalkan.
- f. Oksitosin yang diberikan dengan suntikan IM akan dapat menimbulkan incoordinate uterin action.

5. Partus Presipitatus

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus sering berkaitan dengan Solusio plasenta (20%) Aspirasi mekonium, Perdarahan post partum, Pengguna cocain, Apgar score rendah. Komplikasi maternal jarang terjadi bila dilatasi servik dapat berlangsung secara normal. Bila servik panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan servik dan jalan lahir yang luas, Emboli air ketuban (jarang), Atonia uteri dengan akibat HPP. terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, Trauma intrakranial akibat tahanan jalan lahir.

Penatalaksanaan

Kejadian ini biasanya berulang, sehingga perlu informasi dan pengawasan yang baik pada kehamilan yang sedang berlangsung.

14.3 Penyulit dan Komplikasi Kala II

Penyulit pada ibu melahirkan kala II adalah distosia atau persalinan kala II yang memanjang. Di mana waktu persalinan pada primipara lebih dari 2 jam, atau pada multipara lebih dari 1 jam, tanpa anestesi epidural.

Distosia dapat terjadi akibat lilitan tali pusat atau bayi besar/makrosomia. Setelah lahir, kepala bayi perlu diperiksa apakah ada lilitan tali pusat di leher, karena dapat menyebabkan komplikasi pada janin seperti hipovolemia, anemia, syok hipoksik-iskemik, bahkan ensefalopati. Janin makrosomia dapat menyebabkan distosian bahu.

Kondisi ini dapat menyebabkan risiko komplikasi korioamnionitis, endometritis, infeksi saluran kemih dan retensi urin. (Saifudin, 2010)

14.4 Penyulit dan Komplikasi Kala III

Pada kala III persalinan, penyulit yang dapat terjadi adalah retensio plasenta. Retensio plasenta yaitu plasenta tidak lahir spontan dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Pada keadaan ini, perlu dilakukan tindakan manual plasenta. Komplikasi dari retensio plasenta dapat menyebabkan terjadinya perdarahan postpartum. (Saifudin, 2010)

14.5 Penyulit dan Komplikasi Kala IV

Pada kala IV persalinan, penyulit persalinan yang paling sering terjadi adalah perdarahan postpartum, yaitu jumlah perdarahan pervaginam setelah bayi lahir lebih dari 500 cc atau dapat mempengaruhi hemodinamik pasien. Penyebab perdarahan

postpartum terdiri dari 4T, yaitu *tone* (atonia uteri), *tissue* (sisa jaringan plasenta), *trauma* (ruptur uteri, serviks, atau vagina), dan *thrombin* (gangguan faktor koagulopati). (Hidayat Asri, 2010)

1) Atonia Uteri

Atonia uteri akan segera terlihat segera setelah bayi lahir. Tanda kontraksi uterus tidak baik adalah uterus teraba lembek. Kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan masif sehingga pasien mengalami syok hipovolemik. (Astuti, 2011)

2) Sisa Jaringan Plasenta,

Plasenta yang dikeluarkan tidak lengkap dan tertinggal di dalam uterus, dapat menyebabkan perdarahan pervaginam hingga 6-10 hari setelah partus.

3) Trauma Jalan Lahir

Ruptur uteri dapat terjadi pada pasien dengan riwayat sectio caesarea sebelumnya. Laserasi serviks dan vagina sering terjadi jika persalinan dengan bantuan vakum atau forseps.

4) Gangguan Faktor Koagulopati

Kelainan faktor pembekuan darah biasanya tidak menyebabkan perdarahan hebat. Namun, dapat memburuk bila kondisi ibu dengan penyulit seperti solusio plasenta, emboli air ketuban, atau eklamsia. Perdarahan karena kelainan faktor pembekuan darah biasanya encer dan tidak terdapat gumpalan darah. (Ari Kurniawan, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Kurniawan. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, Cetakan I. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Astuti. 2011. *Masa Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Hidayat Asri. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Saifudin Abd. Bari. 2010. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta: YBD - SP

BIODATA PENULIS



Yanik Muyassaroh, S.ST, MPH

Dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang

Yanik Muyassaroh, S.ST, MPH. Lahir di Blora, 21 Juli 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan dan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang berturut turut pada tahun 2010 dan 2011, kemudian melanjutkan pendidikan S-2 di Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus pada tahun 2016. Saat ini aktif bekerja sebagai pengajar di Poltekkes Kemenkes Semarang.

BIODATA PENULIS



Lina Haryani, SST., M.Keb.

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan
Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi

Penulis lahir di Bandung tanggal 01 November 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Padjajaran. Penulis pun merupakan anggota profesi IBI (Ikatan Bidan Indonesia) dan sekretaris IBI ranting Universitas Jenderal Achmad Yani Kota Cimahi periode 2018-2023.

BIODATA PENULIS



Zummatul Atika, SST, M.K.M

Dosen Prodi D3 Kebidanan Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya

Penulis lahir di Surabaya, tanggal 23 Agustus 1988. Tahun 2011 menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surabaya Gelar : Amd. Keb, Tahun 2014 menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Jombang Gelar : SST, Tahun 2018 menyelesaikan pendidikan di Universitas Sebelas Maret Surakarta Gelar : M.K.M, dan pada Tahun 2022 sedang melanjutkan pendidikan profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Jombang gelar Bdn.

Pmbzummatulatika@gmail.com. Telepon 089656280307

BIODATA PENULIS



Sri Susilawati

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Penulis lahir di Tasikmalaya tanggal 25 Juni 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. Menyelesaikan pendidikan Bidan Pendidik Diploma IV di STIKes Kharismas Karawang dan melanjutkan S2 pada Program Studi Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis pernah mendapat penghargaan *Best Presenter* in the 1st Cirebon International Conference Cirebon, West Java pada Tanggal 9 September 2020, dan Penerima Hibah Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat (DRPM) Skema PDP Kemenristek/BRIN Tahun 2020. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Fitria., S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Kebidanan dan Pendidikan Profesi
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Denpasar tanggal 25 Nopember 1987. Penulis adalah dosen program studi D IV Terapan Kebidana dan Pendidikan Profesi Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Menyelesaikan pendidikan diploma tiga kebidanan, melanjutkan pendidikan diploma empat kebidanan, melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan. Praktisi mom, baby n kids spa, prenatal postnatal yoga. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat serta publikasi tentang kebidanan.

BIODATA PENULIS



Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.

Dosen Kebidanan di Stikes Banyuwangi

Penulis menyelesaikan pendidikan di SPK Bethesda Yogyakarta tahun 1997, PPB Akper Bethesda Yogyakarta lulus tahun 1998, D3 Kebidanan di Akbid Depkes Jember lulus tahun 2001, D4 Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran lulus tahun 2004, Magister Kesehatan di Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2010. Riwayat pekerjaan sebagai Bidan Praktik Mandiri di Banyuwangi pada tahun 1998-2001, sebagai Bidan di RSUD Genteng Banyuwangi pada tahun 2001-2002, sebagai Dosen di Akbid Estu Utomo Boyolali pada tahun 2002-2016, sebagai Dosen Kebidanan di Stikes Banyuwangi dari tahun 2017 sampai sekarang. Tercatat sebagai Dosen Profesional tersertifikasi di bidang Ilmu Kebidanan sejak tahun 2014 sampai sekarang. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain: Askeb Kehamilan, Askeb Persalinan, Askeb Nifas dan Menyusui, Pelayanan KB dan Kespro, Askeb Komunitas, dsb. Aktif sebagai anggota IBI sejak 2009 sampai sekarang. Aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mengikuti pelatihan pengembangan diri, menulis di beberapa jurnal ilmiah penelitian dan pengabmas, serta menulis

buku ajar dan beberapa book chapter. Penulis bisa dihubungi melalui E-mail: nuruleko25@gmail.com

BIODATA PENULIS



Nirwana, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Akademi Kebidanan Minasa Upa

Penulis lahir di Lobo tanggal 27 Januari 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Minasa Upa. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Minasa Upa Tahun 2014, DIV Bidan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar Tahun 2018 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2021. Penulis aktif sebagai dosen di Prodi DIII Kebidanan Akbid Minasa Upa.

BIODATA PENULIS



Muzayyana, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Institut Kesehatan Dan Teknologi Graha Medika

Penulis lahir di Jatie, 29 Juni 1992. Telah menyelesaikan studi DIII Kebidanan di Akbid Sandi Karsa Makassar (2010-2013). Selesai Diploma Empat di Program Studi D-IV Kebidanan STikes Mega Rezky Makassar (2014-2015). Lulus Pascasarjana (S2) di Program Studi Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar (2017-2019).

Karirnya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Puangrimaggalatung (2014-2019). Kemudian pindah jadi Dosen tetap di STIKES Graha Medika yang sekarang berubah bentuk menjadi Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika (2019-sekarang) sebagai kepala program studi DIII kebidanan.

Buku yang telah dihasilkan antara lain: Asuhan Kebidanan Kehamilan, Komunikasi Dalam Praktik Klinik Kebidanan, dan Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan di Masa Pandemi Covid-19, Keterampilan Klinik Praktek Kebidanan, Tatalkasana Bayi Baru Lahir, Yoga, Konsep Dasar Kebidanan, Penyuluhan Kesehatan Ibu dan Anak. Selain menulis

buku, penulis juga aktif dalam aktivitas penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

BIODATA PENULIS



Nur Indah Noviyanti, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Pare-Pare 20 November 1991, adalah se orang dosen yang saat ini aktif mengajar di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan (UBT). Menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan di Akbid Pelamonia Makassar (2009- 2012), D-IV bidan pendidik di Stikes Mega Rezky Makassar (2013-2014), program S2 Magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar (2015-2017). Pengalaman kerja menjadi bidan IGD RSIA bahagia Makassar dan Dosen tetap Akbid Pelamonia Makassar. Saat ini penulis aktif dalam menulis jurnal penelitian dan buku. Selain itu penulis juga aktif di beberapa organisasi yaitu sebagai ketua Alumni Akbid Pelamonia Makassar, anggota Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Kota Tarakan. Tahun 2015-2018 Penulis telah mendapatkan dana hibah penelitian dan pengabdian masyarakat dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Penulis juga aktif dalam beberapa kegiatan MBKM (merdeka Belajar Kampus Merdeka) dengan menjadi Duta Kampus Mereka Provinsi Kalimantan Utara tahun 2022.

BIODATA PENULIS



Dewi Nurdianti

Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Penulis lahir di Tasikmalaya tanggal 6 Juni 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. Menyelesaikan Pendidikan Bidan Pendidik Diploma IV di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya dan melanjutkan S2 pada Program Studi Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis pernah mendapat hibah penelitian dosen pemula Kemenristekdikti pada tahun 2020 dan tahun 2021.

BIODATA PENULIS



Lina Anggaraeni Dwijayanti, S.S.T., M.Kes

Dosen Program Studi Diploma III dan Sarjana Kebidanan di STIKes Buleleng

Penulis dengan nama lengkap Lina Anggaraeni Dwijayanti, S.S.T., M.Kes menyelesaikan studi S2 pada program studi Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana tahun 2017. Penulis merupakan salah satu dosen pengajar mata kuliah Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal pada Program Studi Diploma III dan Sarjana Kebidanan di STIKes Buleleng. Penulis juga menjadi salah satu Pembina Unit Kegiatan Mahasiswa dalam bidang kegawatdaruratan dengan nama *Community Emergency Scientific* sejak tahun 2019. Karya lain penulis sebagai bentuk ketertarikan dalam bidang kegawatdaruratan juga ditunjukkan dengan menghasilkan Modul Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal bagi mahasiswa kebidanan. Penulis juga aktif mengembangkan keilmuan serta keterampilannya dengan mengikuti berbagai pertemuan ilmiah, seminar maupun pelatihan. Penulis dapat dihubungi melalui email anggaraenilina@yahoo.com.

BIODATA PENULIS



Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT, Bdn, M.Keb

Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Penulis lahir di Bantul pada 2 November 1980. Bekerja sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta sejak tahun 2001 hingga sekarang. Pendidikan yang telah diselesaikan penulis yaitu Diploma III Kebidanan lulus tahun 2001 di AKBID 'Aisyiyah Yogyakarta, Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2004, S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung lulus tahun 2010 dan Pendidikan Profesi Bidan lulus tahun 2022 di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Eko Sri Wulaningtyas, S.ST..M.Keb

Nama lengkap Eko Sri Wulaningtyas, S.ST.,M.Keb yang lahir di Kediri 02 Februari 1981. Merupakan anak pertama dari 3 bersaudara telah menikah dan mempunyai tiga orang putra dan putri. Penulis merupakan alumnus dari fakultas Ilmu kedokteran program magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang Jawa Timur pada tahun 2017. Mengajar di program Diploma III kebidanan sejak tahun 2015. Penulis sangat menyukai hal-hal yang berkaitan dengan Kesehatan ibu dan anak dan hal ini memotivasinya untuk mengembangkan teori-teori kebidanan dengan berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah dipublikasikan di beberapa jurnal. Penulis pernah menulis buku yang merupakan luaran dari hasil penelitian yang berjudul perspektif Kesehatan ibu dan sebelum menjadi dosen penulis pernah bekerja di RS Amelia Pare Kediri dan RSI Al Arafah Kediri sejak tahun 2001 sampai dengan tahun 2008.

BIODATA PENULIS



Dr. Yuliva, S.SiT, M.Kes

Dosen Program Studi D III Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Padang

Penulis lahir di Padang, 10 Juli 1973. Dosen tetap pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Program Studi D III Kebidanan ini menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di FK UGM Yogyakarta tahun 2001, Pendidikan Magister di Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat FK UGM tahun 2007 dan pendidikan S3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Andalas tahun 2017. Penulis pernah menjabat sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat dan saat ini Penulis merupakan Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang. Penulis juga merupakan Reviewer Penelitian Nasional dan Reviewer dan Pengelola Jurnal pada Jurnal Sehat Mandiri Poltekkes Kemenkes Padang dan Jurnal Medika Saintika. Karya tulis yang telah dihasilkan berupa publikasi ilmiah di jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi . Untuk keperluan profesional dapat dihubungi melalui yulivabakar@yahoo.co.id