

Editor : Made Martini



KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL



Chentia Misse Issabella
Yustina Yantiana Guru
Siti Jumhati
Susilia Idyawati
Rd. Gita Mujahidah
Ika Subekti Wulandari
Sarah Fitria
Senditya Indah Mayasari
Ayu Rahmawati
Aldo Yuliano Mas Putra
Reina Dhamanik
Eleni Kenanga Purbasary
Titin Hidayatin



BUNGA RAMPAI

**KEGAWATDARURATAN
MATERNAL DAN NEONATAL**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Chentia Misse Issabella
Yustina Yantiana Guru
Siti Jumhati
Susilia Idyawati
Rd. Gita Mujahidah
Ika Subekti Wulandari
Sarah Fitria
Senditya Indah Mayasari
Ayu Rahmawati
Aldo Yuliano Mas Putra
Reina Dhamanik
Eleni Kenanga Purbasary
Titin Hidayatin

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Chentia Misse Issabella
Yustina Yantiana Guru
Siti Jumhati | Susilia Idyawati
Rd. Gita Mujahidah
Ika Subekti Wulandari | Sarah Fitria
Senditya Indah Mayasari
Ayu Rahmawati
Aldo Yuliano Mas Putra
Reina Dhamanik
Eleni Kenanga Purbasary
Titin Hidayatin

Editor :
Made Martini

Tata Letak :
Risma Birrang

Desain Cover :
Qonita Azizah

Ukuran :
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :
viii, 227

ISBN :
978-623-195-005-5

Terbit Pada :
Januari 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal”, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait tatalaksana kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Sistematika buku ini dengan judul “Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal”, mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 13 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai: Prevalensi dan Insiden Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal; Konsep Kegawatdaruratan Secara Umum dalam Aspek Maternal dan Neonatal; Aspek Hukum, Etik dan Kebijakan Terkait Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal; Deteksi Dini dan Penanganan Awal Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal; Peran Tenaga Kesehatan dalam Tatalaksana Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal; Konsep dan Penerapan *Patient Safety* dalam Asuhan Kegawatan Maternal Neonatal; Sistem Ponek dan Penanganan Kegawatdaruratan pada Proses Persalinan, Neonatus, Bayi Baru Lahir Di Tatanan Pelayanan Kebidanan; Resusitasi Di Lingkup Maternal dan Neonatal pada Kasus Kegawatdaruratan; Obat-Obatan *Emergency* Di Lingkup Kegawatdaruratan

Maternal dan Neonatal; Konsep dan Aplikasi Bantuan Hidup Dasar; Penanganan Kegawatdaruratan pada Postpartum; Konsep dan Aplikasi Sistem Rujukan dan Kolaborasi; Urgensi dan Optimalisasi Sistem Dokumentasi dalam Kasus Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai kegawatdaruratan maternal dan neonatal sesuai dengan *update* keilmuan dalam tatalaksana kegawatdaruratan maternal dan neonatal

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Desember 2022

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 PREVALENSI DAN INSIDEN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	1
Pendahuluan	1
Definisi Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	2
Prevalensi Angka Kematian Ibu (AKI)	5
Prevalensi Angka Kematian Bayi (AKB)	8
Penyebab Kematian Ibu	9
Penyebab Kematian Bayi.....	11
Peran Pemerintah dalam penurunan AKI dan AKB.....	12
2 KONSEP KEGAWATDARURATAN SECARA UMUM DALAM ASPEK MATERNAL DAN NEONATAL	19
Pendahuluan	19
Cara Mencegah Kegawatdaruratan	21
Cara Merespon Kegawatdaruratan.....	21
Penatalaksanaan Awal Terhadap Kasus Kegawatdaruratan Maternal.....	21
Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Maternal Secara Cepat.....	22
Deteksi Kegawatdaruratan Maternal	23
Deteksi Preeklamsia.....	25
Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia.....	25

	Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas	26
	Perdarahan pada Kehamilan Muda	26
	Penapisan Komplikasi Serius	27
	Derajat Abortus	27
	Kehamilan Ektopik yang Terganggu.....	28
	Perdarahan Pasca Kehamilan	29
	Sepsis Puerperium.....	30
	Deteksi Kegawatdaruratan Neonatal	30
	Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kegawatdaruratan pada Neonatus	31
	Kondisi-Kondisi yang Menyebabkan Kegawatdaruratan Neonatus.....	32
	Deteksi Kegawatdaruratan Bayi Muda	35
	Konsep Dasar MTBM	35
3	ASPEK HUKUM, ETIK DAN KEBIJAKAN TERKAIT KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	41
	Pendahuluan	41
	Aspek Hukum Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.....	42
	Etik Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	45
	Kebijakan Terkait Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.....	49
	Kesimpulan.....	50
4	DETEKSI DINI DAN PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	53

	Konsep Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	53
	Jenis-Jenis Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	55
	Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Maternal.....	55
	Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Awal Kegawatdaruratan Neonatal.....	62
5	PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM TATALAKSANA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	71
	Peran Tenaga Kesehatan.....	71
	Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	72
	Penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	74
	Peran Tenaga Kesehatan dalam Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Area Komunitas	77
	Peran Tenaga Kesehatan dalam Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Area Klinis	79
	Akhir Kata	81
6	KONSEP DAN PENERAPAN PATIENT SAFETY DALAM ASUHAN KEGAWATAN MATERNAL NEONATAL	87
	Pendahuluan	87
	<i>Patient Safety</i> pada Kegawatan Maternal	90
	<i>Patient Safety</i> pada Kegawatan Neonatal.....	94
	Penerapan <i>Patient Safety</i> pada Maternal dan Neonatal	97

7	SISTEM PONEK DAN PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PADA PROSES PERSALINAN, NEONATUS, BAYI BARU LAHIR DI TATANAN PELAYANAN KEBIDANAN.....	103
	Kematian Maternal	103
	Kematian Bayi	104
	Persalinan.....	105
	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit	108
8	RESUSITASI DI LINGKUP MATERNAL DAN NEONATAL PADA KASUS KEGAWATDARURATAN	119
	Resusitasi Di Lingkup Maternal	119
	Penyebab Syok Ibu Hamil	119
	Perubahan Fisiologis Trimester 3	120
	Bantuan Hidup Dasar (<i>Basic Life Support</i>)	121
	Resusitasi Di Lingkup Neonatal	122
	Alur Resusitasi	122
	Persiapan Resusitasi.....	123
	Langkah Resusitasi.....	128
	Stabilisasi Pasca Resusitasi	132
9	OBAT-OBATAN EMERGENCY DI LINGKUP KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	139
	<i>Emergency Neonatal</i>	139
	<i>Emergency Maternal</i>	142
10	KONSEP DAN APLIKASI BANTUAN HIDUP DASAR	157
	Pendahuluan	157

	Mata Rantai Keberhasilan Bantuan	
	Hidup Dasar	160
	Algoritma Bantuan Hidup Dasar	162
	Aplikasi Bantuan Hidup Dasar	167
11	PENANGANAN KEGAWATDARURATAN	
	PADA POSTPARTUM	173
	Keadaan Darurat Setelah Proses Persalinan	173
	Manajemen Tim dalam Kegawatdaruratan	
	Obstetri	173
	Pengkajian awal kasus Kegawatdaruratan	
	Postpartum	174
	Preeklampsia Pasca Persalinan	174
	Penatalaksanaan Preeklampsia Berat Pasca	
	Melahirkan	175
	Penatalaksanaan Eklampsia Pasca Persalinan....	175
	Endometritis Postpartum	176
	Penatalaksanaan Endometritis Postpartum	177
	Perdarahan Postpartum Sekunder (Secondary	
	Postpartum Haemorrhage)	177
	Perdarahan Obstetri Masif Pasca Melahirkan.....	178
	Manajemen Pra-Rumah Sakit perdarahan	
	Postpartum	181
	Lengkapi '3E' Setelah Setiap Darurat Obstetri	182
	Infeksi Pasca Melahirkan (Puerperal Sepsis)	183
	Manajemen Pra-Rumah Sakit Infeksi Pasca	
	Melahirkan	185
	Penanganan Komplikasi Payudara Postpartum...	185
	Mastitis.....	186

12	KONSEP DAN APLIKASI SISTEM RUJUKAN DAN KOLABORASI.....	191
	Sistem Rujukan	191
	Jenis Rujukan	193
	Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan.	194
	Perencanaan Rujukan.....	196
	Alur dan Skema Rujukan.....	198
	Aplikasi Sistem Rujukan.....	200
	Konsep Dasar Kolaborasi	202
13	URGENSI DAN OPTIMALISASI SISTEM DOKUMENTASI DALAM KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	209
	Pendahuluan	209
	Definisi Dokumentasi	211
	Faktor – Faktor yang Memengaruhi Dokumentasi Keperawatan	214
	Prinsip Dokumentasi Keperawatan	214
	Dokumentasi Keperawatan dalam Kasus Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	216

PREVALENSI DAN INSIDEN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Chentia Misse Issabella, S.S.T., Bdn., M.Tr.Keb
STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan investasi dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia. Sesuai dengan agenda pembangunan nasional; Peningkatan SDM yang berkualitas dan berdaya saing; Sektor kesehatan membutuhkan dukungan yang berkelanjutan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan universal, dengan fokus pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*). Salah satu strategi untuk mencapai hal tersebut adalah dengan mendorong peningkatan kesehatan ibu dan anak. Kesehatan Ibu dan Anak menjadi salah satu indikator penting dalam mengukur derajat kesehatan suatu Negara. Dan status kesehatan tersebut dapat dilihat dari kejadian angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) (Triana dkk, 2015).

Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal merupakan kondisi yang dapat mengancam nyawa seseorang, hal ini dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan bahkan kehamilan. Banyak sekali penyakit dan gangguan selama kehamilan yang dapat membahayakan keselamatan ibu

dan kelahirannya. Krisis ini harus segera ditangani karena jika tidak ditangani secara perlahan akan mengakibatkan kematian ibu dan bayi baru lahir (Purwo Astuti & Walyani, 2015).

Kematian ibu (AKI) dan kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang dapat menunjukkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan persalinan, atau pengobatannya, bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau jatuh, per 100.000 kelahiran hidup (KH). Angka kematian bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi di bawah usia satu per seribu kelahiran hidup (KH).

Definisi Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Krisis adalah peristiwa yang tidak terduga atau tiba-tiba, seringkali merupakan peristiwa yang berbahaya (Dorland, 2011). Keadaan darurat juga dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan terkadang berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga serta membutuhkan tindakan segera untuk menyelamatkan nyawa (Campbell, 2000). Kedaruratan Obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi selama kehamilan atau selama dan setelah persalinan dan persalinan. Ada beberapa penyakit dan gangguan selama kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan anak (Chamberlain dkk, 1999). Kegawatdaruratan Obstetri adalah peristiwa kelahiran yang jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian ibu dan janin. Peristiwa ini merupakan penyebab utama kematian ibu janin dan bayi (Saifuddin, 2002).

Masalah darurat selama kehamilan dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan tertentu atau kondisi medis atau bedah yang terjadi bersamaan. Krisis neonatal adalah situasi yang membutuhkan penilaian dan perawatan yang tepat untuk bayi baru lahir yang sakit kritis (≤ 28 hari) dan membutuhkan pengetahuan untuk mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang dapat muncul setiap saat (Sharieff, Brousseau, 2006). Pasien atau pasien gawat darurat adalah pasien yang memerlukan pertolongan yang tepat, akurat dan cepat untuk mencegah kematian/kecacatan. Keberhasilan bantuan ini diukur dari waktu respons penolong. Definisi lain dari pasien darurat adalah pasien yang tidak berdaya, akan meninggal atau cacat, yang membutuhkan diagnosis dan perawatan segera. Karena waktu yang terbatas, upaya pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan mengutamakan kegiatan-kegiatan yang memiliki fungsi vital.

Dalam *International Classification of Disease* (ICD 10) mengartikan Kematian Ibu adalah “Kematian seorang perempuan yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah akhir kehamilannya tanpa melihat usia dan letak kehamilannya yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya tetapi bukan dikarenakan karena cedera, kecelakaan atau insiden tertentu”. Penyebab kematian bisa secara langsung (*direct*) dan tidak langsung (*indirect*) (Triana dkk, 2015).

Kematian Bayi adalah banyaknya atau jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama atau kematian yang terjadi pada saat bayi lahir sampai satu hari sebelum hari ulang tahun pertama.

Kematian bayi menurut Prawirohardjo (2016) dibedakan menjadi beberapa kategori:

1. Kematian Janin (*fetal death*) ialah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna oleh ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan. Kematian dinilai dengan fakta bahwa sesudah dipisahkan dari ibunya, janin tidak bernafas atau menunjukkan tanda-tanda kehidupan, seperti denyut jantung, atau pulsasi tali pusat, atau kontraksi otot. Kematian janin dibagi menjadi 4 golongan, yaitu:
 - a. Kategori I yaitu kematian sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh
 - b. Kategori II yaitu kematian sesudah ibu hamil 20 hingga 28 minggu
 - c. Kategori III yaitu kematian sesudah masa kehamilan lebih 28 minggu (*late foetal death*)
 - d. Kategori IV yaitu kematian yang tidak dapat digolongkan pada ketiga golongan di atas.
2. Kelahiran mati (*stillbirth*) ialah kelahiran hasil konsepsi dalam keadaan mati yang telah mencapai umur kehamilan 28 minggu (atau berat badan lahir atau sama dengan 1000 gram).
3. Kematian perinatal dini (*early neonatal death*) ialah kematian bayi dalam 7 hari pertama kehidupannya.
4. Kematian *post-neonatal* adalah kematian bayi antara usia 1 bulan hingga 12 bulan.

Berdasarkan penyebabnya, kematian bayi dibedakan oleh faktor endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen (kematian neonatal) adalah kejadian kematian yang terjadi pada bulan pertama sejak bayi dilahirkan umumnya disebabkan oleh faktor yang dibawa sejak lahir, diwarisi oleh orangtua pada saat konsepsi atau didapat

dari ibunya selama kehamilan. Kematian eksogen (kematian postnatal) adalah kematian bayi yang terjadi antara usia satu bulan atau sampai satu tahun disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan (Wandira & Indawati, 2012).

Prevalensi Angka Kematian Ibu (AKI)

Menurut WHO (2019), Angka Kematian Ibu (*maternal mortality rate*) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan setelah masa persalinan yang dijadikan indikator kesehatan wanita. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu Tujuan Pembangunan Berkelanjutan Global (SDGs) untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Menurut WHO (2019), rasio kematian ibu (AKI) global adalah 303.000 orang. Angka kematian ibu (AKI) di ASEAN adalah 235 per 100.000 kelahiran hidup (Secretariat ASEAN 2017).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. Antara tahun 2012 dan 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) menurun menjadi 305/100.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Ibu di Indonesia pada tahun 2019 sebesar 4.221 (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang sangat serius di negara berkembang. Menurut studi tahun 2017 oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), rasio kematian ibu (AKI) tetap tinggi, dengan total 289.000 kematian di seluruh dunia.

Beberapa negara berkembang memiliki MMR yang relatif tinggi, seperti Afrika Sub-Sahara hingga 179.000 orang, Asia Selatan hingga 69.000 orang, dan Asia Tenggara

hingga 16.000 orang. AKI di negara-negara Asia Tenggara termasuk Indonesia adalah 190/100.000 kelahiran hidup, di Vietnam hingga 49/100.000 kelahiran hidup, di Thailand hingga 26/100.000 kelahiran hidup, di Brunei hingga 27/100.000 kelahiran hidup dan di Malaysia hingga 29/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2017).

Hasil data tersebut menunjukkan bahwa AKI Indonesia masih tinggi dibandingkan negara-negara ASEAN. Tingginya AKI tahun 2010-2013 disebabkan oleh perdarahan saat persalinan, juga terdapat 4 penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir (BBL) yang dapat disebabkan oleh perdarahan saat persalinan, infeksi sepsis, hipertensi dan preeklampsia atau eklampsia. dan persalinan terhenti atau dystocia (Purwoastuti & Walyani, 2015).

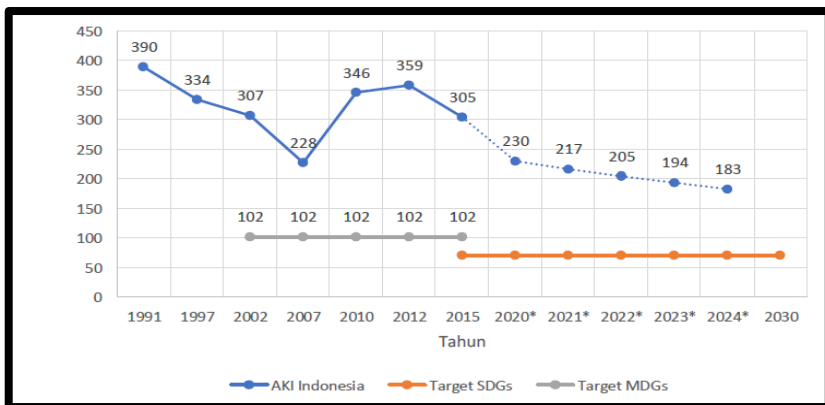
Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016, AKI di Indonesia menurun dari 390 menjadi 228/100.000 kelahiran hidup antara tahun 1991 dan 2007, dan meningkat secara signifikan sejak tahun 2012 yaitu kematian ibu 359/100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015, angka AKI turun dari 359 menjadi 305/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2016). AKI ini belum mencapai Millennium Development Goals (MDGs). Target *Millennium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 menurunkan angka kematian ibu sebesar 102/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2017). Di Indonesia, hingga tahun 2019 AKI masih tinggi, yaitu 305/100.000 kelahiran hidup, berada di atas *Sustainable Development Goal* (SDGs) dan kurang dari 70/100.000 kelahiran hidup (Susiana, 2019).

Hasil penelitian yang sebelumnya dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, menemukan bahwa kejadian penyakit jantung terkait kehamilan adalah 0,4-4,1% pada 11.199 kelahiran pada tahun 2005-2009. Terdapat 109 kasus penyakit jantung yang disebabkan oleh preeklampsia dan

17 kasus penyakit jantung, 1 kasus (0,9%) penyakit tiroid, dan 5 kasus yang tidak diketahui penyebabnya (Wiyati & Wibowo, 2013).

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia tahun 2019 adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, gangguan metabolisme dan lain-lain (Kementerian Kesehatan RI 2019). Sekitar 25-50% kematian ibu disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan persalinan (WHO, 2018).

Data menunjukkan tren penurunan indikator AKI (per 100.000 kelahiran hidup) dari 390 pada tahun 1991 menjadi 230 pada tahun 2020, atau turun -1,80% per tahun. Meskipun AKI menurun, namun belum mencapai MDGs 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran hidup, dan SDGs pada tahun 2030 yaitu kurang dari 70/100.000 kelahiran hidup (gambar 1.1).



Gambar 1.1. Perkembangan AKI (per 100.000 kelahiran hidup)
Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2019 (Kemenkes), Nota Keuangan APBN TA 2021*) Target RPJMN 2020-2024

Di tengah situasi pandemi COVID-19, angka kematian ibu dan anak meningkat. Kematian ibu meningkat 300 kasus dari tahun 2019 menjadi sekitar 4.400 kematian pada tahun 2020, sedangkan kematian anak sekitar 26.000

kasus pada tahun 2019, meningkat hampir 40 persen menjadi 44.000 kasus pada tahun 2020 (Kompas, 2021).

Prevalensi Angka Kematian Bayi (AKB)

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan 63 dari 59 ibu hamil terlahir dengan penyakit jantung. Ada 47 (74,6%) kasus dengan komplikasi. Komplikasi kehamilan terutama diamati pada 24 kasus bayi prematur dengan IUFD (*Intrauterine Fetal Death*) atau 6 kasus (9,5%) dan tidak lahir mati. Selain itu, 5 kasus (7,9%) meninggal dalam waktu 7 hari setelah kelahiran bayi yaitu 4 bayi dengan berat kurang dari 1000 gram dan 1 bayi lahir dengan asfiksia berat (Wiyati and Wibowo, 2013).

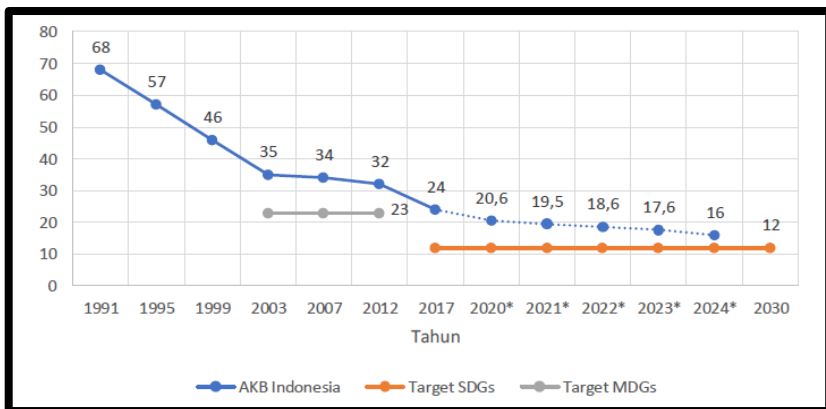
Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu adalah 19/1.000 kelahiran hidup, terhitung 59% dari kematian bayi. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23/1.000 kelahiran hidup, sejalan dengan target Millennium Development Goals (MDGs) sebesar 23 per kelahiran hidup. Kematian bayi pada bulan pertama kehidupan antara 0 sampai 11 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa AKB Indonesia masih tinggi yaitu 24/1.000 kelahiran hidup (KH), namun target yang diharapkan adalah menurunkan AKB menjadi 16/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2024 (Kemenkes, 2021).

AKB terjadi karena disebabkan oleh kehamilan risiko tinggi. Kehamilan Risiko Tinggi di Indonesia Tahun 2017, misalkan pada ibu dengan rentang usia <18 tahun dan > 34 tahun, jarak kelahiran kurang dari 2 tahun dan terlalu banyak anak > 3 (BKKBN, 2017). Angka kejadian komplikasi kehamilan sama pada wanita usia berisiko yaitu 20% dan 31,4%. Usia ibu tanpa risiko komplikasi

kehamilan masing-masing adalah 80% dan 68,6%. Ibu yang hamil pada usia <20 tahun dan > 35 tahun memiliki risiko komplikasi kehamilan yang tinggi. Hal ini dikarenakan kehamilan di usia >20 tahun, kondisi fisik ibu belum siap untuk hamil. Namun kehamilan ini lebih aman bila usia ibu lebih dari 20-35 tahun, risiko meningkat lagi bila usia ibu lebih dari 35 tahun (Syalfina, 2017).

Data indikator AKB menunjukkan tren penurunan dari 68 pada tahun 1991 menjadi 24 pada tahun 2017, atau turun sebesar -3,93% per tahun. Sama halnya dengan AKI, penurunan AKB tidak memenuhi target MDGs 23 tahun 2015 dan target SDGs 12 tahun 2030 (Gambar 2).



Gambar 1.2. Perkembangan AKB (per 1.000 kelahiran hidup)
 Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2019 (Kemenkes RI*)
 Target RPJMN 2020-2024

Penyebab Kematian Ibu

Penyebab kematian ibu dibagi menjadi 2 yaitu kematian dengan penyebab langsung (direk) dan kematian dengan penyebab tidak langsung (indirek).

1. Penyebab langsung kematian ibu

Secara global ada 5 penyebab utama kematian ibu yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, partus lama/macet dan abortus. Sedangkan di Indonesia penyebab utama kematian ibu didominasi oleh 3 penyebab utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan dan infeksi.

2. Penyebab tidak langsung kematian ibu

Kematian ibu juga mendefinisikan dari penyebab tidak langsung seperti halnya ibu hamil yang terkena penyakit seperti tuberkulosis, malaria, penyakit jantung, anemia dan masih banyak penyakit lainnya, dimana hal tersebut. Dengan adanya penyakit tersebut akan memperberat dan dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian pada ibu. Proporsi kematian ibu dengan penyebab tidak langsung (indirek) cukup tinggi sekitar 22% di Indonesia (Triana dkk, 2015).

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Prof. Abdul Kadir dalam Temu Media *World Patient Safety Day* Tahun 2021 yang digelar secara virtual pada Selasa (14/9/2021) menyampaikan bahwa “Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia tergolong masih tinggi (Kemenkes RI, 2021).

Kepala BKKBN Dr. (H.C) dr. Hasto Wardoyo SpOG (K) dalam webinar bertajuk Remaja Peduli Kesehatan Reproduksi, Stunting, dan Penurunan Angka Kematian Ibu, Senin (15/8/2022) menyatakan bahwa “angka kematian ibu dan bayi masih tinggi yaitu angka kematian bayi kita masih 24/1.000 yang artinya dalam 1.000 kelahiran ada 24 yang mati sedangkan bila 100 orang melahirkan yang mati antara 2 dan 3” (Kompas, 2022). Berdasarkan data *Sampling Registration System (SRS)* tahun 2018, sekitar 76% kematian ibu terjadi di fase persalinan dan pasca persalinan dengan proporsi 24%

terjadi saat hamil, 36% saat persalinan dan 40% pasca persalinan. Yang mana lebih dari 62% Kematian Ibu dan Bayi terjadi di rumah sakit yang artinya akses masyarakat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sudah cukup baik. Tingginya kematian ini disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosi dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyakit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain (Pranita, 2022).

Penyebab Kematian Bayi

Penelitian Melani (2022), menjelaskan berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan bahwa AKB 24/1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32/1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Balita telah mencapai Target Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs) 2030 yaitu sebesar 25/1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2018). Tinggi kematian bayi berusia di bawah lima tahun (balita) di Indonesia mencapai 28.158 jiwa pada 2020. Dari jumlah itu, sebanyak 20.266 balita (71,97%) meninggal dalam rentang usia 0-28 hari (neonatal). Sebanyak 5.386 balita (19,13%) meninggal dalam rentang usia 29 hari-11 bulan (post-neonatal). Sementara, 2.506 balita (8,9%) meninggal dalam rentang usia 12-59 bulan.

Kematian balita post-neonatal paling banyak karena pneumonia, yakni 14,5% (Kementkes RI, 2021). Ada pula kematian balita post-neonatal akibat diare sebesar 9,8%, kelainan kongenital lainnya 0,5%, penyakit syaraf 0,9%, dan faktor lainnya 73,9%. Sementara, 42,83% kematian balita dalam rentang usia 12-59 bulan karena infeksi parasit. Ada pula kematian balita dalam rentang usia

tersebut karena pneumonia sebesar 5,05%, diare 4,5%, tenggelam 0,05%, dan faktor lainnya 47,41% (Melani & Nurwahyuni, 2022).

Peran Pemerintah dalam penurunan AKI dan AKB

Peran Pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB dan langkah Penyelematan Ibu dan Bayi dengan Penguatan di Daerah yaitu:

1. Peningkatan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan ibu yaitu dengan melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan pada suatu wilayah sesuai dengan standar melalui peningkatan fasilitas kesehatan. Keselamatan ibu pada saat hamil, bersalin dan nifas dipengaruhi oleh kemudahan akses pelayanan kesehatan. Peningkatan cakupan kualitas dan pelayanan komprehensif terutama pada periode penting saat proses persalinan dan dalam 24 jam pasca persalinan. Kemudahan dalam mengakses kesehatan pada kasus tertentu seperti pada wilayah endemis malaria, HIV/AIDS, asuhan pada pasca keguguran dan kehamilan remaja agar tidak memperburuk keadaan ibu hamil.
2. Peningkatan peran pemerintah dalam mendukung program secara efektif pelaksanaan program sistem pelayanan kesehatan melalui peraturan dan kebijakan. Tenaga kesehatan menjadi garda terdepan sehingga diperlukan kebijakan dan peraturan dalam penempatan dan pemerataan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Dan dalam menjamin mutu pelayanan yang baik diperlukan kompetensi tenaga kesehatan.

3. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam pengaturan kehamilan dan persalinan. Sehingga ibu hamil selalu mendapatkan dukungan dan support dari keluarga dan lingkungan sekitarnya.
4. Program menuju penjaminan seluruh Puskesmas PONEK dan RS PONEK berjalan dan berfungsi sesuai dengan standar selama 24 jam 7 hari seminggu.
5. Program pelaksanaan rujukan yang efektif dan tersistem pada penanganan kasus komplikasi.
6. Peningkatan pemahaman dan pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), karena kasus kegawatdaruratan ini bisa terjadi kapan saja sehingga diharapkan para tenaga kesehatan mampu melakukan deteksi dini agar penanganan awal kasus dapat dilakukan, sehingga jangan sampai terjadi peningkatan angka kematian (Triana dkk, 2015).
7. Mengaktifkan Desa SIAGA dan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan ibu dan bayi bersama Kemendagri.
8. Peningkatan koordinasi dengan organisasi profesi (POGI, IDI, PDUI, IBI) untuk pemerataan SDM dan peningkatan kompetensi
9. Penguatan peran lintas sektor dalam pemberdayaan masyarakat dan penurunan AKI.
10. Optimalisasi dan monitoring pemanfaatan JKN, Jampersal dan DAK/Dekon untuk penurunan AKI.

Daftar Pustaka

- BKKBN. 2017. *Peraturan Kepala Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan Dan Pasca Keguguran*. Jakarta: BKKBN.
- Campbell, Neil A., dan Jane B. Reece. 2000. *Biologi*. Jakarta: Erlangga.
- Chamberlain, Geoffrey, dan Phillip Steer. 1999. *Perfect Health: The Complete Mind/ Body Guide*. New York: Random House Inc.
- Dorland, N. 2011. *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- . 2017. *Pusat Informasi Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- . 2018. “Potret Sehat Indonesia Dari Riskesdas 2018.” *Kementerian Kesehatan RI*.
- . 2019a. “Profil Kesehatan Indonesia 2019.” *Kementerian Kesehatan RI*. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profilkesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>.
- . 2019b. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- . 2021a. “Kemenkes Perkuat Upaya Penyelamatan Ibu Dan Bayi.” *Kementerian Kesehatan RI*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210914/3738491/kemenkes-perkuat-upaya-penyelamatan-ibu-dan-bayi/>.

- . 2021b. *Jumlah Kematian Ibu per Provinsi 2019-2020*. ed. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kompas. 2021. “Angka Kematian Ibu Dan Bayi Meningkat.” *Kompas*.
https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuanteknologi/2021/03/08/angka-kematian-ibu-dan-bayimeningkat/?status=sukses_login&status_login=login.
- Melani, Natalia, dan Atik Nurwahyuni. 2022. “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Demand Atas Pemanfaatan Penolong Persalinan Di Provinsi Banten: Analisis Data Susenas 2019.” *Jurnal Inovasi Penelitian* 2(10).
- Pranita, Ellyvon. 2022. “BKKBN: Angka Kematian Ibu Dan Bayi Masih Jadi Ancaman SDM Di Indonesia.” *Kompas*.
<https://www.kompas.com/sains/read/2022/08/16/160500023/bkkbn--angka-kematian-ibu-dan-bayi-masih-jadi-ancaman-sdm-di-indonesia?page=all>.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. *Buku Ilmu Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwoastuti, dan Walyani. 2015. *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Secretariat, ASEAN. 2017. *ASEAN Statistical Report on Millennium Development Goals 2017*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

- Susiana, Sali. 2019. *Angka Kematian Ibu Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya*. Jakarta: Bidang Kesejahteraan Sosial.
- Syalfina, A. D. 2017. “Analisis Faktor Risiko Komplikasi Kehamilan Trimester III.” In *Prosiding Seminar Nasional*, , 60–68.
- Triana, Ani, Ika Putri Damayanti, Rita Afni, dan Juli Selvi Yanti. 2015. *Buku Ajar Kebidanan: Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Yogyakarta: Deepublish.
- Wandira, A.K., dan R. Indawati. 2012. “Faktor Penyebab Kematian Bayi Di Kabupaten Sidoarjo.” *Jurnal Biometrika dan Kependudukan* 1(1).
- WHO. 2017. “World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.” *WHO*.
- . 2018. “Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi.” *World Bank*.
- . 2019. “Maternal Mortality Key Fact.” *WHO*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- Wiyati, P.S., dan B. Wibowo. 2013. “Luaran Maternal Dan Perinatal Pada Hamil Dengan Penyakit Jantung Di RSUD Dr. Kariadi Semarang.” *Majalah Obstetri Dan Ginekologi* 21(1).

Profil Penulis



**Chentia Misse Issabella, S.S.T., Bdn.,
M.Tr.Keb**

Penulis Lahir di Sleman, 4 Maret 1988. Penulis menyelesaikan program Pendidikan D3 kebidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, kemudian melanjutkan Pendidikan D4 Bidan pendidik di STIKES Aisyiyah Yogyakarta dan penulis melanjutkan Pendidikan S2 Magister Terapan Kebidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta Lulus Tahun 2018 dan telah menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan Lulus Tahun 2022 di Universitas Karya Husada Semarang. Saat ini penulis sebagai dosen aktif dan diamanahi menjadi Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal (LPMI) di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta mulai tahun 2018 sampai sekarang. Penulis juga sebagai pengurus organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) cabang Kabupaten Sleman. Penulis juga aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat, dan telah mendapatkan hibah penelitian dari Ristek BRIN dan pendanaan internal perguruan tinggi. Penulis juga terlibat dalam Tim Divisi Modul Ukom Retaker untuk mahasiswa Prodi D3 Kebidanan tingkat nasional. Adapun buku yang telah terbit yaitu *Book Chapter* Pengantar Manajemen Risiko, *Book Chapter* Ilmu Kesehatan Masyarakat, Metodologi Penelitian Pendidikan dan Buku Referensi Kehamilan Sehat di Masa Pandemi Covid-19. Selain itu saat ini penulis juga menjabat sebagai Direktur pada Lembaga Pelatihan dan Penelitian Indonesia (LAPPI) tahun 2017 sampai sekarang.

Email Penulis: chentiaissabella@gmail.com

KONSEP KEGAWATDARURATAN SECARA UMUM DALAM ASPEK MATERNAL DAN NEONATAL

Yustina Yantiana Guru, S.Kep., Ns., M.Kep
Universitas Nusa Nipa

Pendahuluan

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

1. Pengertian

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

Kegawatdaruratan dalam obstetri adalah suatu keadaan atau penyakit yang menimpa seorang wanita hamil atau

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

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

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

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

B (Breathing) : yaitu menjamin ventilasi lancar

C (Circulation): yaitu melakukan pemantauan peredaran darah

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

Istilah kegawatan dan kegawatdaruratan adalah suatu keadaan yang serius, yang harus mendapatkan pertolongan segera. Bila terlambat atau terlantar akan

berakibat buruk, baik memburuknya penyakit atau kematian. Kegawatan atau kegawatdaruratan dalam maternal adalah kegawatan atau kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita hamil, melahirkan atau nifas. Kegawatdaruratan dalam kebidanan dapat terjadi secara tiba tiba, bisa disertai dengan kejang, atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan tepat.

Cara Mencegah Kegawatdaruratan

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

Cara Merespon Kegawatdaruratan

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

Penatalaksanaan Awal Terhadap Kasus Kegawatdaruratan Maternal

Petugas kesehatan seharusnya tetap tenang, jangan panik, jangan membiarkan ibu sendirian tanpa penjaga/penunggu. Bila tidak ada petugas lain, berteriaklah untuk meminta bantuan. Jika ibu tidak

sadar, lakukan pengkajian jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi dengan cepat. Jika dicurigai adanya syok, mulai segera tindakan membaringan ibu miring ke kiri dengan bagian kaki ditinggikan, longgarkan pakaian yang ketat seperti BH/Bra. Ajak bicara ibu/klien dan bantu ibu/klien untuk tetap tenang. Lakukan pemeriksaan dengan cepat meliputi tanda tanda vital, warna kulit dan perdarahan yang keluar.

Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Maternal Secara Cepat

1. Jalan nafas dan pernafasan

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

2. Perdarahan pervaginam

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

3. Klien tidak sadar/kejang

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

4. Demam yang berbahaya

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

5. Nyeri abdomen

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

6. Perhatikan tanda-tanda berikut :

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

Deteksi Kegawatdaruratan Maternal

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

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

1. Melakukan deteksi preeklamsia/eklamsia dengan tepat
2. Melakukan deteksi perdarahan pada kehamilan dan persalinan dengan tepat
3. Melakukan deteksi perdarahan postpartum dengan tepat
4. Melakukan deteksi terjadinya Infeksi akut kasus obstetri dengan tepat

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

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

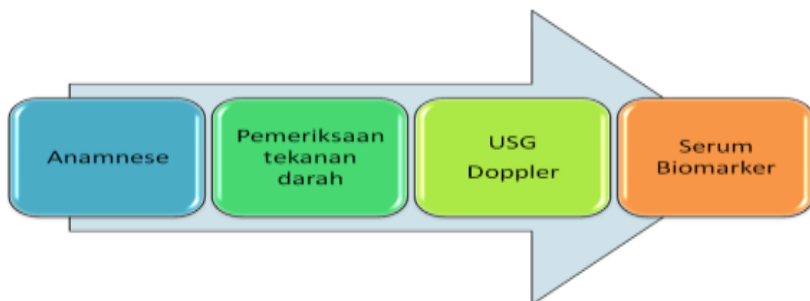
Skrining bertujuan mengidentifikasi anggota populasi yang tampak sehat yang memiliki risiko signifikan menderita penyakit tertentu. Syarat suatu skrining adalah murah dan mudah dikerjakan. Akan tetapi, skrining hanya dapat menunjukkan risiko terhadap suatu penyakit tertentu dan tidak mengkonfirmasi adanya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

Deteksi Preeklamsia

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

Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia

Metode skrining dapat dilakukan melalui berbagai cara seperti dibawah ini :



Gambar 2.1. Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia

Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas

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

Perdarahan pada Kehamilan Muda

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

Terjadinya perdarahan pada kehamilan muda memberikan suatu kemungkinan diagnosis yang bermacam-macam. Untuk memastikan apakah yang terjadi pada wanita tersebut, Anda harus melakukan penilaian klinik berdasar tanda dan gejala di bawah ini:

Abortus

Langkah pertama dari serangkaian kegiatan penatalaksanaan abortus inkomplit adalah penilaian kondisi klinik pasien. Penilaian ini juga terkait dengan upaya diagnosis dan pertolongan awal gawat darurat. Melalui langkah ini, dapat dikenali berbagai komplikasi yang dapat mengancam keselamatan pasien seperti syok, infeksi/sepsis, perdarahan hebat (massif) atau trauma

intra abdomen. Pengenalan ini sangat bermanfaat bagi upaya penyelamatan jiwa pasien. Walau tanpa komplikasi, abortus inkomplit merupakan ancaman serius bila evakuasi sisa konsepsi tak segera dilaksanakan.

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

Penapisan Komplikasi Serius

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

Derajat Abortus

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

evakuasi untuk menentukan adanya masa kehamilan dan bersihnya kavum uteri. Karena waktu paruh CG adalah 60 jam, pada berapa kasus, uji kehamilan dengan dasar deteksi hCG, akan memberi hasil positif beberapa hari pasca keguguran.

Tabel 2.3. Jenis dan Derajat Abortus

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

Kehamilan Ektopik yang Terganggu

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

ditentukan, sebaliknya harus dicari adanya kantong gestasi atau massa di adneksa/kavum douglas. Bila USG ditemukan kantong gestasi intrauterin (secara abdominal USG), biasanya kadar B hCG ialah 6500 iu; atau 1500 iu bila dilakukan USG transvaginal. Bila ditemukan kadar seperti itu dan tidak ditemukan kehamilan intrauterin, carilah adanya kehamilan ekstrauterin.

Perdarahan pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan

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

Perdarahan Pasca Kehamilan

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

Sepsis Puerperium

Sepsis puerperium didefinisikan sebagai infeksi saluran genital yang terjadi setelah pecah ketuban atau mules persalinan hingga 42 hari setelah persalinan atau aborsi. Selain demam, salah satu dari gejala berikut ini mungkin terjadi : Nyeri panggul dan ngilu; Cairan per vaginam yang abnormal; Cairan berbau tidak normal atau busuk; Terhambatnya involusi uterus.

Demam didefinisikan sebagai suhu oral $> 38^{\circ}\text{C}$ yang diukur pada dua waktu di luar 24 jam pasca persalinan, atau suhu $> 38,5^{\circ}\text{C}$ pada saat apapun.

Deteksi Kegawatdaruratan Neonatal

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

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

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

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

Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kegawatdaruratan pada Neonatus

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

Kondisi-Kondisi yang Menyebabkan Kegawatdaruratan Neonatus

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

1. Hipotermia

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

Akibat hipotermia adalah meningkatnya konsumsi oksigen (terjadi hipoksia), terjadinya metabolik asidosis sebagai konsekuensi glikolisis anaerobik, dan menurunnya simpanan glikogen dengan akibat hipoglikemia. Hilangnya kalori tampak dengan turunnya berat badan yang dapat ditanggulangi dengan meningkatkan intake kalori. Etiologi dan faktor predisposisi dari hipotermia antara lain: prematuritas, asfiksia, sepsis, kondisi neurologik seperti meningitis dan perdarahan cerebral, pengeringan yang tidak adekuat setelah kelahiran dan eksposur suhu lingkungan yang dingin.

2. Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas. Ketika suhu

tubuh cukup tinggi, hipertermia menjadi keadaan darurat medis dan membutuhkan perawatan segera untuk mencegah kecacatan dan kematian.

Penyebab paling umum adalah heat stroke dan reaksi negatif obat. Heat stroke adalah kondisi akut hipertermi yang disebabkan oleh kontak yang terlalu lama dengan benda yang mempunyai panas berlebihan. Sehingga mekanisme pengaturan panas tubuh menjadi tidak terkendali dan menyebabkan suhu tubuh naik tak terkendali. Hipertermia karena reaksi negatif obat jarang terjadi. Salah satu hipertermia karena reaksi negatif obat yaitu hipertensi maligna yang merupakan komplikasi yang terjadi karena beberapa jenis anestesi umum.

3. Hiperglikemia

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

Gejala hiperglikemia antara lain: polifagi (sering kelaparan), polidipsi (sering haus), poliuri (sering buang air kecil), penglihatan kabur, kelelahan, berat badan menurun, sulit terjadi penyembuhan luka, mulut kering, kulit kering atau gatal, impotensi (pria), infeksi berulang, kusmaul hiperventilasi, arrhythmia, pingsan, dan koma.

4. Tetanus neonatorum

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

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

5. Sindrom Gawat Nafas Neonatus

Sindrom gawat nafas neonatus merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea atau hiperkapnia dengan frekuensi pernapasan lebih dari 60 kali per menit, sianosis, merintih, waktu ekspirasi dan retraksi di daerah epigastrium, dan interkostal pada saat inspirasi.

Resusitasi merupakan sebuah upaya menyediakan oksigen ke otak, jantung dan organ-organ vital lainnya melalui sebuah tindakan yang meliputi

pemijatan jantung dan menjamin ventilasi yang adekuat (Rilantono, 1999). Tindakan ini merupakan tindakan kritis yang dilakukan pada saat terjadi kegawatdaruratan terutama pada sistem pernapasan dan sistem kardiovaskuler. Kegawatdaruratan pada kedua sistem tubuh ini dapat menimbulkan kematian dalam waktu yang singkat (sekitar 4-6 menit).

Deteksi Kegawatdaruratan Bayi Muda

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

Konsep Dasar MTBM

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

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

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

1. Penilaian dan klasifikasi

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

2. Tindakan dan Pengobatan

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

3. Konseling bagi ibu

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

4. Pelayanan Tindak lanjut

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

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

Daftar Pustaka

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

Profil Penulis



Yustina Yantiana Guru, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis Lulusan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Nusa Nipa tahun 2010. Menyelesaikan studi S2 di Program Studi Magister Keperawatan peminatan keperawatan kritis Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran tahun 2013. Aktif mengajar di Universitas Nusa Nipa sejak tahun 2009. Mengampu mata kuliah keperawatan gawat darurat, keperawatan kritis. Penulis aktif publikasi di jurnal ilmiah, buku ajar.

Email : yustinaunipamaumere@gmail.com

ASPEK HUKUM, ETIK DAN KEBIJAKAN TERKAIT KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Siti Jumhati, S.ST., SKM., M.Kes

Universitas Mohammad Husni Thamrin Jakarta

Pendahuluan

Kegawatdaruratan maternal merupakan kejadian yang mengancam jiwa, mengancam nyawa selama kehamilan akibat komplikasi kebidanan atau kelahiran. Kegawatdaruratan neonatus adalah kejadian yang mengancam nyawa bayi baru lahir yang berusia 0-28 hari. Kematian ibu didefinisikan sebagai kematian setiap wanita selama kehamilan, persalinan dan dalam waktu 42 hari sejak akhir kehamilan, terlepas dari lama kehamilan dan lokasi kehamilan. Organisasi Kesehatan Dunia Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa 800 wanita meninggal setiap hari karena kehamilan dan persalinan. Sekitar 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang.

Berdasarkan data Survei Penduduk (SUPAS) dan Angka Kematian Ibu (AKI) 2015 sebesar 305/100.000 Kelahiran Hidup (KH) dan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, Angka Kematian Bayi (AKB) 24/1000 KH sebagai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Target

tahun 2030, AKI mencapai 70/100.000 KH sedangkan AKB sebesar 12/1000 KH. Tenaga kesehatan termasuk bidan, perawat dan dokter sebagai salah satu tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam menurunkan AKI dan AKB serta mempersiapkan generasi penerus bangsa melalui manajemen krisis yang berkualitas dan berkelanjutan.

Praktek untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir adalah pemberian asuhan pada kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir. Dalam praktik ini, profesional kesehatan yang berkualitas dapat menerapkan teori, konsep, dan prinsip pelayanan secara holistik dalam pengelolaan krisis neonatal dan mengetahui cara mengintegrasikan kebijakan pemerintah untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan berkelanjutan untuk krisis neonatal. Untuk memberikan perawatan darurat yang berkualitas dan berkelanjutan secara holistik, profesional kesehatan harus memahami aspek hukum, etika, dan politik dari kedaruratan ibu dan bayi baru lahir.

Aspek Hukum Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Hukum kesehatan mencakup semua undang-undang yang terkait langsung dengan penyediaan layanan medis dan penerapannya pada hukum perdata, administrasi, dan pidana. Hukum kesehatan mencakup semua ketentuan hukum yang berkaitan langsung dengan pelayanan medis/pelayanan medis dan penerapannya. Ini berlaku untuk hak dan kewajiban individu dan lingkungan secara keseluruhan sebagai penerima dan penyelenggara layanan kesehatan dalam segala hal, organisasi, institusi, arah, standar layanan medis, ilmu kesehatan dan hukum serta sumber lainnya.

Aspek hukum di Indonesia seperti; Hukum, undang-undang dan peraturan, peraturan pemerintah, dll. dalam konteks perawatan darurat untuk ibu dan bayi:

1. Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 yang merupakan pengembangan dari Permenkes Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual: Berdasarkan isi peraturan tersebut sudah jelas bahwa tenaga kesehatan yaitu bidan, perawat dan dokter wajib memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien. Dalam sosiologi kesehatan salah satu dari istilah yang menunjukkan sumbangan atau peran sosiologi pada bidang kesehatan yaitu *Sociology in Medicine* dimana dokter, bidan dan perawat berusaha semaksimal memberikan perawatan dalam menangani suatu penyakit dan pengobatannya. Pelayanan kesehatan antara tenaga kesehatan dengan pasien, tentunya ada perjanjian yang mengikat keduanya terutama ketika akan melakukan suatu tindakan tertentu atau spesifik yang beresiko. Maka tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan tidak hanya melakukan pemeriksaan, tetapi berupaya juga memberikan penyembuhan melalui pengobatan, perawatan atau asuhan sesuai dengan kewenangan masing-masing profesi. Upaya ini dalam hukum kesehatan dikenal dengan perjanjian terapeutik. Perjanjian terapeutik adalah perjanjian antara tenaga kesehatan dengan pasien, berupa hubungan hukum yang melahirkan hak dan kewajiban bagi kedua belah pihak. Berbeda dengan transaksi yang biasa dilakukan oleh masyarakat, transaksi terapeutik memiliki sifat atau ciri yang khusus yang berbeda dengan perjanjian pada umumnya, kekhususan terletak pada atau mengenai

objek yang diperjanjikan. Objek dari perjanjian ini adalah berupa upaya atau terapi untuk penyembuhan pasien. Jadi perjanjian atau transaksi terapeutik, adalah suatu transaksi untuk menentukan atau upaya mencari terapi yang paling tepat bagi pasien yang dilakukan oleh dokter. Jadi menurut hukum, objek perjanjian dalam transaksi terapeutik bukan kesembuhan pasien, melainkan mencari upaya yang tepat untuk kesembuhan pasien;

2. Pasal 126 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Dalam kurun waktu 2 (dua) dekade terakhir, penurunan angka kematian ibu belum menunjukkan hasil yang diharapkan, sehingga perlu mendapat perhatian khusus. Pasal 58 (1); Setiap orang berhak menuntut ganti kerugian terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan penyelenggara kesehatan yang menimbulkan akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya;
3. Pasal 19 No. 8 tahun 1999 Undang-Undang Perlindungan Konsumen, menyebutkan bahwa hubungan tenaga medis dan pasien dikategorikan sebagai hubungan produsen dan konsumen. Pertanggungjawaban tenaga medis dalam Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 berupa kewajiban tenaga medis untuk memberikan ganti rugi berupa pengembalian barang atau uang setara senilainya, atau perawatan kesehatan dan atau pemberian santunan yang sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku apabila pasien mengalami kerugian atas tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga medis;

4. Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, di mana dalam Bab III Pasal 1 ayat (1) dan pasal 4 menyebutkan: pasal 1 (1): "Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi." Selanjutnya dalam pasal 4 dinyatakan: "Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal." Berbicara mengenai hak-hak pasien dalam pelayanan kesehatan, secara umum hak pasien tersebut dapat dirinci sebagai berikut: Pertama hak pasien atas pengobatan dan perawatan; Kedua hak untuk menolak cara pengobatan dan perawatan tertentu; Ketiga hak untuk memilih tenaga kesehatan dan rumah sakit yang akan merawat pasien; Keempat hak atas informasi. Kelima hak untuk menolak pengobatan dan perawatan tanpa izin; Keenam hak atas rasa aman; Ketujuh hak atas pembatasan terhadap pengaturan kebebasan pengobatan dan perawatan; Kedelapan hak untuk mengakhiri pengobatan dan perawatan. Kesembilan hak atas *twenty for a day visitor rights*; Kesepuluh hak pasien menggugat atau menuntut; Kesebelas hak pasien mengenai bantuan hukum; Keduabelas hak pasien untuk menasihatkan mengenai percobaan oleh tenaga kesehatan atau ahlinya.

Etik Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Etika atau Etika (Yunani kuno: "Ethikos" berarti "secara alami") adalah cabang utama filsafat yang mempelajari nilai atau kualitas, yaitu studi tentang standar dan penilaian moral. Etika melibatkan analisis dan penerapan konsep-konsep seperti benar, salah, baik, buruk dan tanggung jawab. Plato setuju dengan Socrates bahwa pengetahuan dan moralitas (etika) adalah satu kesatuan

yang tidak terpisahkan dan etika membutuhkan sikap refleksi yang kritis, metodis dan sistematis.

Berbeda dengan ilmu-ilmu lain yang juga memperhatikan perilaku manusia, etika memiliki perspektif normatif yaitu melihat aktivitas manusia dari sudut pandang baik dan buruk. Sebagai cabang filsafat yang memperhatikan tingkah laku manusia, etika memberikan standar atau penilaian terhadap tingkah laku itu. Orang dengan etika yang baik membantu secara spontan ketika mereka menemukan seseorang yang membutuhkan bantuan, bahkan tanpa memikirkan konsekuensinya. Ada empat klasifikasi etika (Komaruddin Hidayat, 22), yaitu:

1. Etika deskriptif:

yaitu etika yang hanya memberikan penilaian terhadap objek yang dipersepsikan;

2. Standar etika: etika, penilaian tentang benar dan salah, baik dan buruk, dan apa yang harus dilakukan;

3. Etika pribadi:

Etika adalah objeknya

4. Etika pribadi: Etika yang pokok bahasannya berkaitan dengan makna dan tujuan hidup;

5. Etika sosial:

Etika, yang berurusan dengan perilaku orang sebagai makhluk sosial dan hubungan mereka dengan orang lain.

Hukum kesehatan mencakup banyak disiplin ilmu, termasuk: Undang-undang (UU) Obat, UU Pengobatan, UU Kebidanan, UU Obat, UU Farmasi, UU Kesehatan, UU Obat dan lain-lain. Masing-masing disiplin ilmu tersebut biasanya memiliki kode etik profesi yang harus dipatuhi oleh para anggotanya. Demikian pula rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan juga memiliki etika yang ada di Indonesia dimana terangkum dalam Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI).

Proses disipliner etis dan profesional dilakukan secara terpisah dari proses perdata atau pidana karena ruang lingkup dan yurisdiksi yang berbeda. Badan etika atau disiplin umumnya tidak memiliki persyaratan pembuktian yang ketat seperti pengadilan pidana atau perdata. Misalnya, Aturan Disiplin dari Asosiasi Pengacara mengizinkan desas-desus dan bukti perilaku masa lalu pemohon. Ada cara untuk memberikan informasi yang membutuhkan sumpah, tetapi ada juga cara yang tidak.

Dalam sidang Komite Etik dan Disiplin, keputusan diambil berdasarkan bukti-bukti yang dianggap cukup kuat. Meskipun alat bukti tersebut tidak harus memiliki standar pembuktian seperti dalam proses pidana, yang setinggi yang tidak dapat diterima secara hukum, namun tidak diharuskan serendah dalam proses perdata, yaitu melalui bukti yang lebih banyak. Tingkat kepastian tanpa keraguan dianggap lebih besar dari 90%, sedangkan bukti yang dominan dianggap cukup jika 51% atau lebih. Banyak ahli berpendapat bahwa tingkat kepastian dalam masalah etika dan disiplin tergantung pada sifat pertanyaan yang diajukan. Semakin serius dugaan pelanggaran, semakin besar kepastiannya.

Pertimbangan hukum bagi petugas kesehatan terkait pelanggaran Kode Etik Pelayanan Gawat Darurat Ibu dan Bayi Baru Lahir, yaitu:

1. Sanksi dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) atas kelalaian yang mengakibatkan luka-luka atau bahkan hilangnya nyawa orang lain. Pasal 359 KUHP menyatakan: "Barangsiapa menyebabkan kematian orang lain karena kelalaian, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau paling lama satu tahun". Kelalaian yang membahayakan jiwa seseorang dapat diancam dengan sanksi pidana yang diatur dalam pasal 360 (KUHP): a) "Barang siapa menyebabkan kerugian yang serius

terhadap orang lain karena kelalaiannya diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana penjara yang lebih ringan sampai satu tahun."

b) Barang siapa dengan sembrono mencederai orang lain sedemikian rupa sehingga jatuh sakit atau menghalanginya untuk melakukan pekerjaan atau profesinya selama waktu tertentu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana kurungan paling lama enam bulan atau denda tidak lebih dari tiga ratus rupiah;

2. Sanksi Perdata Gugatan yang tidak dapat dibenarkan juga dapat melibatkan gugatan perdata oleh seseorang (pasien) terhadap dokter yang dengan sengaja (jahat) menyebabkan kerugian pada korban dan dengan demikian memaksa pelaku (dokter) untuk mengganti kerugian yang diderita. kepada pihak yang dirugikan menurut Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Jerman (KUHPerdata): "Setiap perbuatan yang bertentangan dengan hukum dan menimbulkan kerugian pada orang lain, mewajibkan orang yang mengakui kerugian karena kesalahannya untuk mengganti kerugian itu." Kerusakan akibat kelalaian kini diatur dalam KUHP 1366 , yang berbunyi: "Setiap orang bertanggung jawab tidak hanya atas kerugian yang disebabkan oleh dirinya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang disebabkan oleh kelalaian atau kecerobohan." KUHP Perdata 1370: dalam hal pembunuhan yang disengaja atau karena kelalaian (yang menyebabkan kematian orang lain), pasangan yang masih hidup, anak korban atau orang tua, yang biasanya mencari nafkah dari pekerjaan korban, berhak atas ganti rugi, sesuai dengan kedudukan dan harta benda kedua belah pihak dan keadaan;

3. Sanksi Administratif

Sanksi yang didapatkan akibat dari pelanggaran kode etik dalam hal pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal tahap pertama dapat berupa teguran lisan, bila masih diabaikan dilanjutkan dengan teguran tertulis dan pada prosesnya masih tetap terjadi pelanggaran maka dapat dicabutnya izin praktik bagi tenaga kesehatan.

Kebijakan Terkait Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Pedoman yang paling penting berkaitan dengan penerapan situasi persalinan dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Kunci kebijakan terkait pemberian layanan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir yang dapat didukung dimulai dari pelayanan dasar hingga pelayanan yang lebih komprehensif, dan ini dituangkan dalam kebijakan sistem rujukan ibu dan bayi.

Konsep sistem rujukan ibu dan bayi dalam kebijakan sistem rujukan kesehatan dan izin pelayanan kesehatan dasar serta rujukan. Kebijakan ini telah ada sebagai buku acuan atau panduan kehamilan, persalinan dan nifas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, kemudian dikembangkan di setiap provinsi dan kabupaten untuk menjadi pedoman atau peraturan daerah terkait dengan kedaruratan ibu dan bayi baru lahir. Kebijakan ini dikeluarkan oleh:

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2012 tentang Pedoman Sistem Transisi Nasional;
2. Kemenkes RI Tahun 2012 tentang Pedoman Rumah Sakit PONEK dan Buku Pedoman Puskesmas PONEK yang merupakan evolusi dari Kepmenkes No.1051/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman Pelaksanaan PONEK 24 /24 di Puskesmas dan Kemenkes RI 2012 tentang Sistem Rujukan Kesehatan dalam Buku Pedoman;

3. Penguatan sumber daya manusia dalam sistem rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi;
4. Selain kebijakan utama, ada kebijakan operasional alternatif untuk ibu dan bayi dalam keadaan darurat, seperti penggunaan SMS gateway untuk rujukan kegawatdaruratan ibu, khususnya mungkin SIJARIEMAS. Kebijakan operasional ini disesuaikan dengan wilayah masing-masing dengan mengikuti pedoman aturan daerah masing-masing.

Kesimpulan

Kegawatdaruratan maternal merupakan kejadian yang mengancam jiwa, yang dapat mengakibatkan kehilangan nyawa selama kehamilan akibat komplikasi kebidanan atau kelahiran, sedangkan kegawatdaruratan neonatus adalah kejadian yang mengancam bayi baru lahir yang berusia 0-28 hari dimana dapat mengakibatkan kehilangan nyawa bayi akibat persalinan. Untuk memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal harus memperhatikan dan memahami aspek hukum dan etik serta kebijakan yang sudah ada baik yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat atau daerah masing-masing yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan tersebut yang dituangkan dalam bentuk keputusan, panduan atau edaran dengan tujuan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal yang berkelanjutan dan berkualitas secara komprehensif. Apabila terjadi pelanggaran etik di pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal dapat berakibat pada diberikannya sanksi pidana yang tercantum dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), sanksi pidana, perdata dan administrasi dengan tahapan sesuai dengan berat ringannya pelanggaran yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tersebut.

Daftar Pustaka

- Hidana R, Ihwanudin N, dkk. (2020). Etika Profesi dan Aspek Hukum Bidang Kesehatan, Bandung, Jawa Barat : Widina Bhakti Persada Bandung
- Iriani D, (2017) Perlindungan Maternal, Perinatal, Neonatal dan Pemberian ASI Eksklusif Menurut Permen Kesehatan No. 97 Tahun 2014 dan UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009, *Justicia Islamica*, Vol. 14 No. 2.
- Rohaeni. E, Mardiani N, (2021). Alternatif Kebijakan Operasional Penggunaan Sms Gateway Pada Rujukan Kegawatdaruratan Maternal. STIKES Cirebon.
- Kemendes RI 2013. Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
- Subarsono, Ag. Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori Dan Aplikasi. Yogyakarta : Pustaka Pelajar; 2011.
- Mailita W, Ririn (2022) Tinjauan Kasus Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Andalas Padang, *Journal Of Comprehensive Science* Volume 1, No 2, September 2022, Page: 50-54.

Profil Penulis



Siti Jumhati, S.ST., SKM., M.Kes.

Lahir di Serang Banten pada tanggal 10 Mei 1981. Mengikuti pendidikan Akademi kebidanan di Poltekkes Jakarta I Fatmawati Jakarta Selatan lulus tahun 2002. Tahun 2004-2006 menempuh pendidikan S1 kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan reproduksi di Universitas Indonesia, dan menempuh pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Respati Indonesia lulus tahun 2009. Tahun 2010 mengikuti pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia Jakarta lulus tahun 2012. Tahun 2020 terdaftar aktif menjadi mahasiswa S3 Ilmu kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Pengalaman kerja sebagai Wakil Dekan selama (2015 s.d 2021) dan Pembina BEM FKes serta dosen di Fakultas Kesehatan Universitas Mohammad Husni Thamrin Jakarta. Penulis bertempat tinggal di Jl. Klengkeng IV No. 8 Blok E.0 PSP RT 02/RW 018 Pondok Sukatani Permai, Sukatani Tapos Depok Jawa Barat, 16454. Dalam keorganisasian, saat ini aktif sebagai Sekretaris Himpunan Perguruan Tinggi Kesehatan Wilayah DKI Jakarta dan Perkumpulan Perguruan Tinggi Kebidanan Indonesia, serta aktif juga di kepengurusan himpunan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Angkatan Tahun 2020. Aktif menulis artikel di jurnal ilmiah nasional dan internasional, menjadi tim reviewer hibah internal Universitas MH Thamrin, aktif menulis buku, aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat baik di tingkat lokal maupun nasional.

Email Penulis: jumhati1981@gmail.com

DETEKSI DINI DAN PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Susilia Idyawati, S.ST., M.Kes.
STIKES YARSI Mataram

Konsep Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Kegawatdaruratan merupakan suatu kejadian yang bisa terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga. Kegawatdaruratan juga bisa didefinisikan sebagai suatu keadaan yang serius dan berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga yang dapat mengancam jiwa atau nyawa sehingga membutuhkan Tindakan segera guna menyelamatkan jiwa atau nyawa. Kegawatdaruratan obstetri bisa diartikan sebagai suatu keadaan yang mengancam jiwa yang dapat terjadi Ketika hamil, bersalin ataupun Ketika masa nifas. Kasus kegawatdaruratan obstetric dapat mengancam Kesehatan ibu dan janin/ bayi dan jika tidak segera ditangani dapat berakibat kematian pada ibu atau pada bayi. Keberhasilan dari penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan adalah waktu tanggap atau *respon time* dari penolong. Sehingga diperlukan diagnosis penanganan segera agar penderita dapat tertolong. Tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dan tepat dengan mengutamakan pada fungsi vital yaitu ABC.

A= (*Airway*) membersihkan jalan nafas atau

membebaskan jalan nafas

B= (*Breathing*) menjamin sirkulasi pernafasan dengan baik dan lancar

C= (*Circulation*) yaitu melakukan pemantauan peredaran darah.

Jika ibu tidak sadar lakukan pengkajian jalan nafas, pernafasan dengan cepat dan pat, jika terjadi syok mulai segera dengan Tindakan dengan membaringkan ibu menghadap kekiri dengan posisi kakilebih tinggi dibandingkan kepala, longgarkan pakaianibu seperti BRA/BH kemudian anak ibu berbicara.

Pengkajian awal kasus kegawatdaruratan yaitu:

1. Jalan nafas dan pernafasan perhatikan adanya sianosis, gawat nafas
2. Kulit adakah pucat, dingin
3. Suara paru apakah ada weezing
4. Nadi cepat dan lemah > 110 kali/menit
5. Tekanan darah sistolik 90 mmHG.

Perdarahan pervaginam kaji apakah ibu hamil jika iya tanyakan usia kehamilan, pada ibu bersalin kaji Riwayat persalinan, kaji kondisi uterus kontraksi atau tidak, serta vulva apakah ada robekan atau tidak, kondisi kandung kemih apakah penuh,

Jika pasien/ klien tidak sadar tanyakan pada keluarga apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan kemudian lakukan pemeriksaan tekanan Darah tinggi jika diastolik lebih dari 90 mmHg

Jenis-Jenis Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

1. Kegawatdaruratan maternal
 - a. Preeklamsia/ Eklamsia
 - b. Perdarahan kehamilan Muda
 - c. Perdarahan kehamilan lanjut
 - d. Perdarahan post partum
 - e. Infeksi masa nifas
2. Kegawatdaruratan neonatal
 - a. Asfiksia
 - b. Gangguan nafas
 - c. Hipotermi
 - d. Hiperbilirubin
 - e. BBLR
 - f. Tetanus neonatorum

Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Maternal.

1. Preeklamsia/ eklamsia

Pre eklamsi atau eklamsi merupakan suatu keadaan tekanan darah tinggi pada ibu hamil dengan usia kehamilan >20 minggu disertai dengan protein urin. Preeklamsia dibagi menjadi pre eklamsi ringan dan pre eklamsi berat. Pre eklamsi ringan merupakan suatu keadaan tekanan darah 110/90 mmHg disertai dengan protein urin positif satu(+), sedangkan Pre Eklamsi Berat (PEB) merupakan suatu kondisi tekanan darah tinggi 160/110 mmHg disertai dengan protein urin positif dua (++) atau lebih. Sedangkan Eklamsi merupakan suatu keadaan Pre eklamsia yang disertai dengan kejang. Deteksi dini kasus

preeklamsia dapat dilakukan dengan anamnesa dan pemeriksaan tekanan darah secara rutin.

a. Anamnesis yang penting dikaji untuk mengetahui resiko pre eklamsia adalah

1) Usia

Ibu hamil yang memiliki usia < 20 tahun atau >35 tahun lebih rentan terkena hipertensi dibandingkan ibu yang berusia 20-35 tahun

2) Ras

Ras afrika memiliki resiko terkena preeklamsia dibandingkan ras asia

3) Status gravida

Ibu primigravida memiliki resiko lebih tinggi mengalami preeklamsi dibandingkan multigravida

4) Indeks masa Tubuh

Hasil penelitian menunjukkan indeks massa tubuh yang berlebihan dapat meningkatkan risiko pre eklamsi

5) Riwayat penyakit(hipertensi, diabetes,)

6) Riwayat kehamilan sebelumnya Riwayat kehamilan yang sebelumnya preeklamsia dapat meningkatkan terjadinya preeklamsi pada kehamilan yang akan datang.

b. Pemeriksaan Tekanan Darah

Pemeriksaan tekanan darah secara rutin setiap melakukan pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu cara deteksi dini preeklamsia. Hipertensi dapat didiagnosa apabila dilakukan pemeriksaan tekanan darah sistoliknya >140 mmHg atau diastoliknya >90 mmHg menetap

(selama setidaknya 4 jam). Selain itu Mean Arterial Pressure juga dapat mendiagnosis tekanan darah tinggi jika pada trimester ke 2 MAP >90 mmHg maka dapat beresiko 3,5 kali untuk terjadi pre eklamsi

Penanganan awal pada kasus pre eklamsi berat

- 1) Bebaskan jalan nafas dengan mengatur posisi ibu berbaring miring ke kiri
- 2) Berikan oksigen 4.6 liter
- 3) Observasi nadi tekanan serta pasang infus RL
- 4) Cegah kejang dengan memberikan MgSo₄ 40% dengan dosis awal 4 gr% diberikan secara pelan melalui IV ± 10 menit, kemudian dosis lanjutan 6 gr% dicampur dengan cairan infus
- 5) Jika terjadi kejang berikan berikan 2 gr% MgSo₄ secara IV diberikan pelan ±5 menit
- 6) Pantau pernafasan, reflek patela dan urin
- 7) Jika terjadi keracunan MgSO₄ hentikan pemberian, kemudian berikan antidotum yaitu Calcium Gluconas 10% atau 10 cc, berikan secara perlahan melalui intravena.
- 8) Anti hipertensi diberikan jika tekanan darah sistolik ≥ 160 mmhg dan diastolik ≥ 110 mmHg, (Nifedipin 10mg)
- 9) Dirujuk langsung kerumah sakit

2. Perdarahan kehamilan muda

Perdarahan kehamilan muda atau yang disebut juga dengan abortus merupakan pendarahan yang terjadi pada usia kehamilan < 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Perdarahan pada kehamilan muda dapat disebabkan oleh abortus, mola dan

Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) atau yang disebut kehamilan diluar rahim

- a. Tanda dan gejala perdarahan kehamilan muda
Keluar darah dari jalan lahir dengan usia kurang dari 20 minggu
Nyeri perut bagian bawah.
- b. Klasifikasi abortus

Tabel 4.1. Klasifikasi Abortus

Diagnosis	Perdarahan	Serviks	Besar Uterus
Abortus imminens	Bercak-bercak	Tertutup	Sesuai usia kehamilan
Abortus insipiens	Sedang- banyak	Terbuka	Sesuai Atau lebih kecil
Abortus incomplit	Sedang-banyak	Terbuka	Lebih kecil dari usia kehamilan
Abortus komplit	sedikit	Terbuka atau tertutup	Lebih kecil dari usia kehamilan

- c. Tanda gejala kehamilan ektopik terganggu
Amenorrhea
Nyeri goyang serviks
Nyeri perut bagian bawah yang hebat
Penatalaksanaan
Pasang infus (RL, NaCL)
Rujuk

3. Perdarahan kehamilan lanjut

Perdarahan kehamilan lanjut merupakan pendarahan yang terjadi pada usia kehamilan lebih dari 22 minggu.

- a. Penyebab perdarahan kehamilan lanjut yaitu solusio plasenta dan plasenta previa. Solusio

plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta terlepas sebelum waktunya dengan tanda gejala perut nyeri, darah merah kehitaman dan jika perlekatannya sudah banyak terlepas dapat berakibat gawat janin. Sedangkan plasenta previa merupakan plasenta yang implementasinya tidak normal seperti menutupi jalan lahir atau yang disebut dengan plasenta previa totalis. Tanda dan gejala dari plasenta previa adalah keluar darah segar tanpa nyeri perut bagian bawah, jika dilakukan pemeriksaan dengan inspekulo terlihat jaringan plasenta menutupi porsio.

b. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus perdarahan kehamilan lanjut

Tidak boleh ,melakukan VT atau pemeriksaan dalam jika diagnosis belum ditegakkan. Perdarahan antepartum merupakan kondisi yang mengancam ibu maupun janin sehingga perlu dilakukan rujukan segera.

4. Perdarahan PostPartum

Perdarahan postpartum dibagi menjadi perdarahan postpartum primer dan perdarahan postpartum sekunder. perdarahan postpartum primer merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam postpartum sedangkan, perdarahan postpartum sekunder perdarahan yang terjadi setelah 24 jam postpartum

a. Penyebab, tanda gejala perdarahan postpartum

Tabel 4.2. Penyebab, tanda gejala perdarahan postpartum

Tanda Gejala	Diagnosis	Penatalaksanaan
Uterus tidak berkontraksi dan lembek	Atonia uteri	- Kompresi bimanual internal selama 5 menit jika ada kontraksi lanjut 2 menit jika tidak ada kontraksi lanjutkan kompresi bimanual eksternal kemudian injeksi ergometrin 0,2 ml dan pasang infus RL dan oksitosin 20 IU diguyur
Darah segar mengalir setelah bayi lahir Kontraksi uterus baik Terlihat robekan jalan lahir Plasenta lahir lengkap	Robekan jalan lahir	- Jahit robekan jalan lahir
Plasenta tidak lahir setelah 30 menit	Retensio plasenta	- Rujuk - Manual plasenta
Plasenta tidak lahir lengkap	Sisa plasenta	- Jika memungkinkan keluarkan sisa plasenta dengan cara manual - Segera rujuk apabila sisa plasenta tidak bisa dikeluarkan secara manual untuk dilakukan kuretase
Uterus tidak teraba Terlihat uterus pada vagina	Inversio	- reposisi

b. Prinsip penatalaksanaan pada kasus perdarahan pasca persalinan adalah mengetahui penyebab pendarahan dan hentikan sumber pendarahan.

5. Infeksi Masa Nifas

Infeksi yang terjadi pada masa setelah persalinan sampai 42 hari post partum. Infeksi nifas merupakan semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman kedalam alat genetalia pada waktu persalinan atau dalam masa nifas.

- a. Tanda dan gejala infeksi masa nifas yaitu:
 - 1) Demam nyeri panggul
 - 2) Cairan pervaginam yang tidak normal
 - 3) Lochea berbau
 - 4) Terhambatnya involusi uterus
- b. Faktor risiko infeksi masa nifas
 - 1) Persalinan yang tidak higienis
 - 2) Ketuban pecah dini
 - 3) Persalinan yang berlangsung lama dengan komplikasi
 - 4) Persalinan dengan operasi
 - 5) Pengeluaran plasenta dengan manual
 - 6) Robekan jalan lahir
- c. Pencegahan dan Penatalaksanaan infeksi masa nifas
 - 1) Pencegahan infeksi masa nifas antara lain:
 - a) Perawatan luka post partum dengan tehnik aseptik
 - b) Semua peralatan yang digunakan bersih dan steril
 - c) Tidak mencampur ibu infeksi masa nifas dengan ibu nifas normal lainnya

- d) Monilisasi dini
- e) Mengurangi jumlah kunjungan
- 2) Penatalaksanaan masa nifas
 - a) Melakukan kultur jaringan
 - b) Memberikan antibiotik spektrum luas
 - c) Meningkatkan daya tahan tubuh

Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Awal Kegawatdaruratan Neonatal

1. Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bisa bernafas secara normal dan teratur ketika lahir.

- a. Tanda dan gejala asfiksia
 - 1) Bayi tidak menangis segera setelah lahir
 - 2) Tonus otot lemah
- b. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada asfiksia terdiri dari penatalaksanaan awal dan penatalaksanaan lanjutan dimana penatalaksanaan awal bayi dengan asfiksia adalah H A I K A P

- 1) Hangatkan
- 2) Atur posisi
- 3) Isap lendir
- 4) Keringkan
- 5) Atur posisi kembali
- 6) Dan lakukan penilaian

Jika penilaian menunjukkan DJJ kurang dari 100x kali permenit maka langkah lanjutan adalah resusitasi

2. Hipotermi

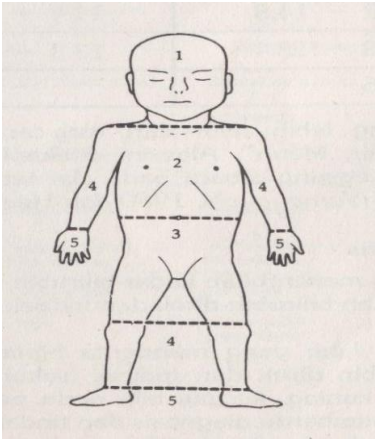
Hipotermi merupakan suatu kondisi dimana suhu tubuh bayi kurang dari 36°C. hipotermi dapat mengakibatkan peningkatan kebutuhan oksigen sehingga terjadinya metabolik asidosis yang dapat mengakibatkan penurunan kadar glikogen sehingga dapat menyebabkan hipoglikemia.

- a. Faktor penyebab atau faktor risiko terjadinya hipotermi yaitu
 - 1) Premature,
 - 2) BBLR
 - 3) Asfiksia
 - 4) Sepsis
- b. Penanganan hipotermi
 - 1) Selimuti bayi dengan selimut kering dan hangat
 - 2) tutup kepala bayi untuk mencegah kehilangan panas
 - 3) mengganti segera kain atau popok bayi jika bayi BAB atau BAK.
 - 4) menempatkan pada tempat yang bersih kering dan hangat.
 - 5) Memberikan asi
 - 6) Hindari tempat yang dingin
 - 7) Jaga bayi tetap hangat

3. Ikterus/ Hiperbilirubinemia

Merupakan suatu kondisi bayi terjadi perubahan warna kulit, konjungtiva atau mukosa menjadi kekuningan. Penyebab ikterus ini sebagian besar disebabkan hiperbilirubin dimana kadar bilirubin lebih dari 5gr% atau 85 umol/L. kadar bilirubin yang berlebihan dapat disebabkan karena pembentukan yang berlebihan dan gangguan pengeluaran. Ikterus fisiologi adalah ikterus yang muncul setelah 24 jam dan menghilang sebelum 14. Pembagian derajat ikterus menurut metode kremer.

Derajat ikterus	Daerah ikterus	Perkiraan bilirubin
1	Daerah kepala dan leher	5,0mg%
2	Sampai badan atas (diatas pusar)	9,0mg%
3	Sampai badan bawah hingga tungkai	11,4mg%
4	Sampai daerah lengan kaki bawah lutut	12,4mg%
5	Sampai daerah telapak tangan dan kaki	16,0mg%



Gambar 4.1. Pembagian derajat ikterus menurut metode kremer

- a. Faktor risiko terjadinya ikterus
 - 1) Berat badan lahir rendah (BBLR) < 2500 gram
 - 2) Asfiksia
 - 3) Infeksi
 - 4) Hipoksia
- b. Penatalaksanaan
 - 1) Anjurkan pemberian ASI sesering mungkin
 - 2) Jaga bayi tetap hangat
 - 3) Rujuk segera jika bayi semakin kuning

4. Gangguan Nafas

Gangguan nafas merupakan suatu kondisi bayi dimana bayi tidak bernafas secara normal yaitu jika frekuensi nafas bayi <30x/ menit atau lebih dari 60x/menit, biasanya diikuti oleh warna kulit yang kebiruan (sianosis), tarikan dinding dada, cuping hidung, dan merintih. Deteksi dini pada kegawatdaruratan terutama bayi dapat dilihat dari faktor risiko seperti:

- a. Riwayat persalinan yang berlangsung lama,
- b. Ketuban pecah dini,
- c. Riwayat air ketuban keruh,
- d. Gawat janin dan asfiksia.

Dengan mengetahui faktor risiko maka akan memudahkan untuk melakukan antisipasi dan tindakan segera agar tidak terjadi kegawatdaruratan.

Penatalaksanaan

- a. Atur posisi untuk membebaskan jalan nafas ganjal bahu bayi posisikan kepala bayi menengadah

- b. Bersihkan jalan nafas
- c. Berikan oksigen
- d. Jika terjadi apnea lakukan resusitasi

5. Berat badan Lahir Rendah (BBLR)

Merupakan suatu kondisi berat badan lahir rendah dengan berat lahir <2500 gram. Bayi dengan BBLR memiliki risiko tinggi terjadinya kegawatdaruratan neonatal terutama pada bayi yang kurang bulan atau prematur hal ini disebabkan karena belum sempurnanya organ-organ bayi sehingga dapat memperburuk kondisi bay.

- a. BBLR dapat diklasifikasikan menjadi:
 - 1) BBLR kurang bulan sesuai masa kehamilan adalah bayi BBLR yang lahir sesuai dengan usia kehamilan
 - 2) BBLR Kecil masa kehamilan adalah berat badan lahir rendah dengan usia kehamilan kurang bulan atau prematur
 - 3) BBLR sesuai masa kehamilan adalah berat badan lahir rendah dengan usia kehamilan cukup bulan atau aterm
- b. Penatalaksanaan BBLR
 - 1) Jaga agar bayi tetap hangat
 - 2) Perhatikan jalan nafas
 - 3) Pantau kondisi bayi
- c. Penatalaksanaan BBLR sehat
 - 1) Bayi sehat beri ASI
 - 2) Timbang bayi setiap hari

- 3) Bila berat bayi naik 20g/ hari selama tiga hari berturut-turut timbang bayi 2 kali seminggu
- 4) Jika BBLR dengan gangguan napas, minum atau kejang segera lakukan rujukan

6. Tetanus neonatorum

Merupakan suatu kondisi bayi usia kurang dari 28 hari yang menderita penyakit tetanus yang disebabkan oleh clostridium tetani.

Tanda dan gejala dari bayi dengan tetanus yaitu bayi demam dan tidak mau minum, mulut mencucu seperti mulut ikan, mudah terangsang terutama oleh cahaya, sering kejang disertai sianosis atau kebiruan, Penatalaksanaan yang dapat diberikan yaitu

- a. Bersihkan jalan nafas
- b. Longgarkan atau buka apakaian bayi
- c. Masukkan tong spatel yang sudah dibungkus kasa
- d. Ciptakan lingkungan yang tenang
- e. Pemberian Asi sedikit demi sedikit saat bayi tidak kejang.

Daftar Pustaka

- Bag. Obgin FK Unpad. 2004. *Obstetri Patologi*. Bandung.
- Bennett, V.R dan L.K. Brown. 1996. *Myles Textbook for Midwives*. Edisi ke-12. London: Churchill Livingstone.
- Bobak, Lowdermilk, Jensen. 2005. *Maternity Nursing*. Alih Bahasa: Maria A. Wijayarini, Peter I. Anugerah. Edisi ke-4. Jakarta: EGC
- Cunningham, F.G. dkk. 2005. *Williams Obstetrics*. Edisi ke-22. Bagian 39:911. USA: McGraw Hill
- Fadlun, Achmad Feryanto. 2013. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika. JNPK. 2002. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta.
- JHPIEGO, Pusdiknakes, dan WHO. 2003. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta. Mochtar, R. 1998.
- Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi*. Jilid II. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2000. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP. Saifuddin, A.B. 2000. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi 1. Cetakan 2. Jakarta: YBP-SP.
- Wiknjosastro, H. 1999. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Jakarta: YBPSP.
- Wiknjosastro, H. dkk. 2005. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Edisi ke-6. Jakarta: YBPSP.

Profil Penulis



Susilia Idyawati, S.ST., M.Kes.

Penulis tertarik menulis deteksi dini dan penatalaksanaan kegawatdaruratan maternal dan neonatal karena selain sebagai pengampu mata kuliah asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal penulis juga mengampu mata kuliah asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, selain itu penulis juga mengampu mata kuliah asuhan kebidanan pasca persalinan, Mutu layanan kebidanan dan Komunitas. Penulis memilih menjadi Dosen dengan menempuh D3 di Akademi Kebidanan Kesatria Praya tahun 2006 dan lulus tahun 2009 kemudian melanjutkan Studi D4 Kebidanan di Universitas kadiri tahun 2010 dan lulus tahun 2011, kemudian tahun 2015 melanjutkan S2 kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak, dan Kesehatan Reproduksi dan lulus tahun 2017. Penulis merupakan dosen Kebidanan jenjang D3 STIKES Yarsi Mataram sejak tahun 2014 hingga saat ini, dan untuk meningkatkan jenjang karier dosen penulis telah melakukan penelitian dan pengabdian tentang kesehatan ibu dan anak. Harapan penulis menulis buku ini agar bisa menjadi referensi terutama mahasiswa dalam belajar asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Karya buku dan HKI yang telah terbit adalah buku ajar Asuhan Kebidanan Komunitas. Selain itu penulis juga telah menulis artikel di berbagai jurnal nasional yang terakreditasi.

Email Penulis: Idyawatususilia004@gmail.com

PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM TATALAKSANA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Rd. Gita Mujahidah, S.Kep., Ns., M.Kep
STIKes Indramayu

Peran Tenaga Kesehatan

Pengertian peran menurut KBBI berarti bahwa perangkat tingkah yang diharapkan dalam masyarakat (KBBI, 2016) sedangkan secara etimologi peran merupakan tindakan seseorang yang berarti dan diharapkan oleh masyarakat. Peran juga dapat diartikan sebagai sebuah acuan untuk melakukan sebuah tindakan agar sesuai dengan yang diharapkan. Individu harus melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan peran tersebut.

Tenaga kesehatan adalah orang yang ikut andil dalam bidang kesehatan dan telah memiliki ilmu pengetahuan kesehatan sesuai dengan kepakarannya. Tenaga kesehatan dapat melakukan tugas sesuai dengan kewenangannya dan memiliki lisensi dalam bidang kesehatan tersebut.

Peran tenaga kesehatan merupakan tindakan seorang tenaga kesehatan yang harus dilakukan untuk menjalankan hak serta kewajibannya dalam

meningkatkan derajat kesehatan manusia sesuai dengan kepekarannya.

Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Kegawatdaruratan maternal adalah kejadian yang mendadak yang membutuhkan tindakan segera karena mengancam nyawa pada saat kehamilan, persalinan dan melahirkan. Masalah kesehatan ibu dan bayi di Indonesia masih menjadi momok menakutkan. Angka kematian ibu dan anak yang masih tinggi dan permasalahan kesakitan pada ibu dan anak juga wajib menjadi konsen utama tenaga kesehatan. Penyebab utama kematian ibu adalah komplikasi seperti pendarahan hebat setelah melahirkan, plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uterus, infeksi yang terjadi setelah melahirkan, tekanan darah tinggi selama kehamilan baik preeklampsia maupun eklampsia, komplikasi dari persalinan dan aborsi yang tidak aman. Penyebab kematian ibu juga terkait penyakit malaria dan AIDS selama kehamilan. Penyebab kematian dan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir (BBL) adalah prematuritas, komplikasi intrapartum dan infeksi. Dalam situasi darurat yang mungkin terjadi ada langkah cepat dan tepat yang harus diambil untuk mempertahankan kehidupan ibu, bayi ataupun keduanya. Komplikasi maternal neonatal ini tidak dapat diprediksi atau dicegah datangnya tetapi bisa dikelola.

Salah satu pengelolaannya yaitu dengan tersedianya pelayanan kegawatdaruratan yang bisa dilakukan secara tepat waktu. Dalam hal ini tenaga kesehatan perlu melihat tanda-tanda kegawatdaruratan dan memberikan perawatan yang efektif dan efisien sehingga dapat mencegah banyak kematian terkait kehamilan dan bayi baru lahir. Tenaga kesehatan juga harus menjalankan peran dan tugasnya secara paripurna. Peran dan tugas tenaga kesehatan dalam rangka menurunkan angka

kematian ibu dan bayi ini perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan dalam kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Tenaga kesehatan sendiri harus memperkuat dan menjaga komitmen dalam memberikan perawatan pada ibu dan bayi secara terjangkau dan juga berkualitas. Tenaga kesehatan perlu mengidentifikasi setiap informasi yang dibutuhkan setiap pasien dalam memberikan pendidikan kesehatan serta mampu menyaring kondisi kesehatan yang memerlukan rujukan ke tingkat perawatan yang lebih tinggi. Meningkatkan indikator kesehatan ibu dan bayi baru lahir adalah kunci untuk mencapai pembangunan kesehatan yang berkelanjutan. Ibu memerlukan akses ke pertolongan kesehatan yang memadai saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Untuk memaksimalkan pelayanan dan mengurangi dampak dari kurangnya pelayanan maka tenaga kesehatan harus mengetahui peran dalam penanganan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal tersebut.

Peran bidan dan perawat maternitas dimana sebagai praktisi tingkat menengah yang lebih dekat ke masyarakat harus siap saat dihadapkan dengan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Tenaga kesehatan yang terampil adalah tenaga kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang sudah kompeten, dididik, dilatih serta diatur oleh standar nasional dan internasional. Tenaga kesehatan tersebut harus berkompeten untuk:

1. Menyediakan dan mempromosikan perawatan berbasis bukti, hak asasi manusia, berkualitas, peka sosial budaya dan bermartabat kepada perempuan dan bayi baru lahir

2. Memfasilitasi proses fisiologis selama persalinan untuk memastikan pengalaman melahirkan yang tanpa trauma dan tetap berpikir positif.
3. Mengidentifikasi dan mampu mengelola atau merujuk ibu atau bayi baru lahir dengan komplikasi.

Sebagai bagian dari tim kesehatan yang profesional harus mampu melakukan semua peran dan fungsi dalam perawatan kegawatdaruratan ibu dan BBL untuk mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan BBL. Ketika tenaga kesehatan dilatih sesuai dengan standar nasional maupun internasional maka dapat memberikan asuhan perawatan penting yang dibutuhkan untuk ibu dan BBL. Jika tenaga kesehatan sudah terstandarisasi maka bisa mencegah lebih dari 80% kematian ibu, kelahiran mati dan kematian neonatal. Dalam mencapai hal tersebut maka tenaga kesehatan harus memiliki lisensi, regulasi, terintegrasi penuh dalam sistem kesehatan dan bekerja dalam tim interprofesional.

Tenaga kesehatan harus melakukan pencatatan asuhan perawatan yang berkualitas sehingga akan meningkatkan pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan juga dituntut untuk dapat memberikan layanan penting kepada ibu dan BBL bahkan dalam situasi yang paling sulit dan dalam terkena dampak konflik. Mendidik tenaga kesehatan dengan standar internasional adalah investasi untuk masa depan sekaligus dapat menghemat biaya perawatan dan mengurangi intervensi yang mahal dan juga tidak perlu.

Penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Peran tenaga kesehatan dalam tatalaksana kegawatdaruratan maternal menjadi sangat penting karena dapat menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Manajemen darurat juga tergantung dari

tindakan cepat seorang tenaga kesehatan dalam mengenali masalah dan melakukan tindakan tepat saat terjadi kegawatdaruratan. Tenaga kesehatan juga perlu mengenali kemungkinan komplikasi yang muncul dan melakukan tindakan penyelamatan berbasis bukti terbaru. Tenaga kesehatan disini harus mampu menjalin kolaboratif yang sinergis untuk hasil yang lebih cepat dan lebih baik.

Pada pelaksanaannya tenaga kesehatan harus menentukan garis komando, membuat sistem komunikasi agar tidak terjadi miss persepsi serta memelihara fasilitas dan peralatan darurat. Berbagai situasi darurat yang dapat terjadi selama proses kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir harus ditangani segera maka tenaga kesehatan harus memiliki pengetahuan yang mumpuni. Pengetahuan tenaga kesehatan menjadi penting karena harus mampu mengidentifikasi ibu berpotensi beresiko dan merujuk ibu untuk perawatan ahli. Pengetahuan tentang manajemen kegawatdaruratan akan meningkatkan keberhasilan dalam penanganan kegawatan maternal dan neonatal.

Manajemen kegawatdaruratan yang terampil, ilmu pengetahuan yang luas serta memberikan asuhan dengan penuh kasih sayang dan berempati kepada pasien dapat mengurangi kematian ibu, kematian bayi baru lahir serta meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan. Pemberi asuhan kesehatan yang berkualitas baik yang memberikan sebuah dukungan untuk melakukan pencegahan, mampu mengidentifikasi dan memberikan pelayanan dan rujukan dengan cepat serta memberikan pelayanan yang penuh rasa hormat.

Pada tatanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal tenaga kesehatan harus melakukan pencegahan dengan tepat waktu, memiliki manajemen resiko komplikasi dan melakukan konsultasi dan rujukan ke pelayanan lain

yang lebih memadai. Sebagai makhluk sosial, petugas kesehatan mampu menghormati keadaan dan pandangan terhadap pasien yang mereka hadapi, mampu bekerjasama dengan mitra yaitu klien dalam meningkatkan dan memperkuat derajat kesehatan perempuan dan anak. Dalam situasi kegawatdaruratan seluruh komponen yang berada di pelayanan kesehatan harus bekerja sama untuk memastikan bahwa ibu dan bayi menerima perawatan komprehensif sesuai dengan apa yang dibutuhkan.

Pada pelaksanaannya penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal harus tersedia di setiap tatanan pelayanan baik komunitas maupun klinis. Pelayanan kesehatan yang memiliki sumber daya yang memadai dan pelayanan yang tersebut dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Selain itu wanita, bayi dan keluarga membutuhkan perawatan yang mengedepankan rasa hormat, komunikasi dari petugas kesehatan yang baik dan enak, serta pemberian asuhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien bukan perlakuan sama terhadap semua pasien.

Tenaga kesehatan harus bekerja secara interdisipliner untuk memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan memberikan pelayanan prima. Setiap interdisipliner tersebut harus memastikan bahwa pelayanan tersedia sehingga pasien bisa tertangani dengan baik dan pada waktu yang tepat. Tanpa asuhan yang berkualitas, klien akan sulit untuk mengakses pelayanan yang mereka butuhkan padahal mereka sedang berada pada fase kegawatdaruratan. Peran tenaga kesehatan harus memahami bahwa terdapat perbedaan perawatan prioritas dari pasien satu ke pasien lainnya sesuai dengan kondisi kegawatdaruratan yang terjadi. Selain itu tenaga kesehatan harus dapat mengambil keputusan yang benar dalam fase ini.

Peran tenaga kesehatan dalam kegawatdaruratan bukanlah hal sederhana, berbagai tim interdisipliner harus melakukan perawatan preventif, suportif, menghargai, menghormati hak dengan respon cepat dalam waktu singkat. Hal ini mampu memberikan kenyamanan, keamanan secara fisik maupun emosional.

Peran Tenaga Kesehatan dalam Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Area Komunitas

Area komunitas merupakan area dimana masyarakat termasuk kedalam unsur yang berada didalamnya. Kegawatdaruratan yang terjadi di area komunitas bisa diantisipasi dengan melakukan tahapan pencegahan. Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang mempunyai tanggung jawab melakukan promosi dan prevensi kesehatan maka tenaga kesehatan yang berada di area komunitas harus mampu memutuskan dengan cepat tindakan apa yang harus dilakukan sebelum terjadinya komplikasi bahkan kematian.

Peran tenaga kesehatan sebagai educator dapat memberikan edukasi kepada masyarakat dalam upaya peningkatan pengetahuan ibu terhadap kegawatdaruratan maternal terkait pencegahan dan persiapan diri ibu apabila terjadi kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Peran tenaga kesehatan dalam memberikan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi selama kunjungan untuk meningkatkan kesadaran ibu terhadap kehamilan dan tanda bahaya kegawatdaruratan maternal neonatal. Dengan harapan setelah diberikan informasi ibu dapat segera mencari pertolongan apabila terjadi tanda kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Proses pertukaran informasi ini diharapkan bisa meningkatkan kemampuan serta kesiapan ibu dan keluarga terhadap kelahiran beserta komplikasinya.

Petugas kesehatan sebagai bagian pemberi asuhan harus mampu menyediakan layanan darurat, mengatur rujukan dan memutuskan tindakan lanjutan yang harus dilakukan. Peran tenaga kesehatan sebagai advokat harus menjelaskan kondisi pasien dan tindakan yang dilakukan kemudian, selanjutnya sebagai penengah bagi ibu dan keluarga untuk dapat memutuskan terkait tindakan yang akan dilakukan terhadap ibu dan bayi dengan segera. Tenaga kesehatan juga harus mampu mengadvokasi tindakan yang akan diambil yang berhubungan dengan tokoh masyarakat. Petugas kesehatan harus saling berkolaborasi menjalankan peran sesuai dengan keilmuan dalam penanganan kegawatdaruratan maternal agar ibu dan bayi bisa terselamatkan. Selain itu pemberi asuhan kesehatan juga harus memperhatikan keadaan biologis, psikologis, sosial dan budaya ibu dan bayi serta tidak memberikan intervensi yang tidak diperlukan.

Pemberian konsultasi selama kehamilan persalinan dan pasca persalinan dapat dilakukan secara komprehensif oleh petugas kesehatan agar apabila ada keluhan dari pasien terkait tanda dan gejala bisa dilakukan pencegahan awal. Selama proses konsultasi ini diharapkan terjadi hubungan saling percaya antara klien dengan petugas kesehatan sehingga klien bisa bersiap menerima semua komplikasi yang mungkin muncul, mengetahui apa yang menjadi bagian terpenting dan dapat memutuskan pilihan yang diambil. Peran tenaga kesehatan dalam tatanan kegawatdaruratan maternal ini harus mampu melakukan pemberian edukasi tentang tanda bahaya kehamilan, mendiskusikan dengan ibu dan keluarga tentang perencanaan persalinan dengan komplikasi dan saling berkolaborasi selama terjadi kegawatdaruratan maternal.

Pada kegawatdaruratan neonatal tenaga kesehatan harus mampu menilai dengan cepat keadaan bayi agar segera bisa tertangani dengan tepat. Tenaga kesehatan disini juga harus dapat memberikan tindakan segera apabila kejadian henti jantung terjadi pada bayi baru lahir. Tenaga kesehatan dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan penanganan kegawatdaruratan pada neonatal dan dapat memutuskan rujukan segera. Petugas kesehatan harus saling berkolaborasi menjadi sebuah tim yang solid dalam mengelola kegawatdaruratan neonatal karena jika keluarga klien melihat kondisi dimana tidak adanya kerjasama yang baik antar petugas kesehatan maka akan terjadinya ketegangan di keluarga.

Peran Tenaga Kesehatan dalam Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Area Klinis

Kegawatdaruratan maternal dan neonatal dalam area klinis bisa segera ditangani dengan tersedianya fasilitas penunjang yang memadai, tim kesehatan yang tanggap, perencanaan yang baik serta mengikuti pelatihan dan melakukan simulasi. Peran tenaga kesehatan dalam mempersiapkan keadaan darurat klinis adalah sebagai berikut:

1. Membuat Perencanaan

Dalam perencanaan ini tenaga kesehatan perlu melakukan penilaian resiko aktual maupun potensial di rawat jalan maupun rawat inap. Pada rawat jalan tenaga kesehatan harus memastikan ketersediaan obat dan prosedur tindakan yang dilakukan sedangkan pada area rawat inap harus menyiapkan data resiko terjadinya darurat umum dan jarang terjadi.

2. Penyedia Sumber Daya lanjutan di tatanan rawat jalan

Pada penyedia sumber daya lanjutan ini tenaga kesehatan harus mengecek ketersediaan *trolley emergency* termasuk dengan perlengkapan dan obat-obatan *emergency* yang dibutuhkan. Peralatan *emergency* tersebut harus ditempatkan sesuai dengan fungsinya. Apabila ada salah satu alat tersebut yang digunakan maka harus menggantinya kembali dan dikunci lagi seperti keadaan semula. Alat *emergency* tersebut harus dilakukan pengecekan setiap hari dan di cek tanggal kadaluarsanya. Tenaga kesehatan harus memastikan ketersediaan alat penghangat bayi, stok obat-obatan dan alat penunjang kegawatdaruratan lainnya. Sumber daya manusia juga harus memadai karena dengan ini petugas kesehatan dapat melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan prosedur sesuai dengan keahliannya.

3. Sistem Peringatan Dini

Sistem peringatan dini yang dibentuk harus meliputi tim respon cepat, protokol dan proses komunikasi darurat. Tim respon cepat akan selalu siap sedia apabila terjadi kegawatdaruratan sehingga bisa segera ditangani. Protokol penanganan kegawatdaruratan juga harus dibuat agar petugas kesehatan dapat melakukan penanganan sesuai dengan alur. Komunikasi darurat harus dilaksanakan oleh petugas kesehatan karena berperan penting dalam setiap keputusan lanjutan yang diambil dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

4. Tim Reaksi Cepat

Tim ahli reaksi cepat harus mampu menilai berpikir cepat dan tepat sehingga tidak terjadi salah tindakan.

Tim ini harus mampu memberikan tindakan dimanapun saat dibutuhkan. Petugas kesehatan saling berkolaborasi dan menjelaskannya pada alat komunikasi SBAR. Dalam tim reaksi cepat ini petugas kesehatan harus memastikan terlebih dahulu keadaan kegawatdaruratan setelah itu merespon dengan cepat dan kemudian melakukan tindakan. Diagnosa yang cepat dan intervensi yang dilakukan tepat waktu maka akan mendapatkan hasil yang signifikan dalam manajemen kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

5. Latihan dan Simulasi Darurat

Latihan dan simulasi darurat digunakan untuk mempraktekan prinsip-prinsip komunikasi yang efektif pada situasi kritis serta meningkatkan standarisasi respon, kepuasan penyedia layanan dan kepuasan pasien. Simulasi darurat juga membiasakan tenaga kesehatan dalam menjalankan perannya sebagai tenaga profesional dalam menangani kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Akhir Kata

Kegawatdaruratan maternal dan neonatal bisa terjadi kapan dan dimana saja, sebagai tenaga kesehatan yang profesional harus mampu melakukan pengendalian dan penanganan. Penanganan yang cepat dan tepat dapat menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), meningkatkan derajat kesehatan dan mempertahankan kehidupan. Tenaga kesehatan harus menjalankan perannya sesuai dengan rumpun ilmu masing-masing dan mampu bekerja dalam tim sehingga penanganan yang dilakukan akan lebih komprehensif.

Daftar Pustaka

- KBBI (2016) *Pengertian Peran*. Available at: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/peran>.
- Fehling, M., Nelson, B. D., Ahn, R., Eckardt, M., Tiernan, M., Purcell, G., El-Bashir, A., & Burke, T. F. (2013). Development of a community-based maternal, newborn and child emergency training package in South Sudan. *Public Health*, 127(9), 797–805. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.01.010>
- Goldstein, K. M., Gierisch, J. M., Zullig, L. L., Alishahi, A., Brearly, T., Dedert, E. A., Raitz, G., Sata, S. S., Whited, J. D., Bosworth, H. B., McDuffie, J., & Williams, J. W. J. (2017). No Title.
- la Torre, H. G., Rodríguez-Rodríguez, R., & Martínez, A. M. (2020). RECOMENDACIONES Y MANEJO PRÁCTICO DE LA GESTANTE CON COVID-19: SCOPING REVIEW. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.009>
- Lamy, C., Zuily, S., Perdriolle, E., Gauchotte, E., Villeroy-de-Galhaus, S., Delaporte, M.-O., Wahl, D., Morel, O., & Judlin, P. (2012). [Management of postpartum infections]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 41(8), 886–903. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.09.024>
- Maru, S., Nirola, I., Thapa, A., Thapa, P., Kunwar, L., Wu, W.-J., Halliday, S., Citrin, D., Schwarz, R., Basnett, I., Kc, N., Karki, K., Chaudhari, P., & Maru, D. (2018). An integrated community health worker intervention in rural Nepal: a type 2 hybrid *effectiveness-implementation study protocol*. *Implementation Science*: IS, 13(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0741-x>

- Meroz, M. R., Yu, L. M., Sanders, J., & Rowe, R. (2022). Preparedness for maternal and neonatal emergencies in UK midwifery units: a national survey using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *Midwifery*, 110, 103336.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103336>
- Nurses, N. (2018). *Emergency Care for Patients During Pregnancy and the Postpartum Period: Emergency Nurses Association and Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Consensus Statement*.
- Pesak, E., & Montoalu, A. (2019). Qualitative Analysis of the Implementation of Neonatal Emergency Measures at the Puskesmas in the Working Area of the City Health Office in Manado. *Proceeding 2nd ...*, 77–81.
<https://ejurnal.poltekkes-manado.ac.id/index.php/PMHP2nd/article/download/940/716>
- Schnettler, W. T., Al Ahwel, Y., & Suhag, A. (2020). Severe ARDS in COVID-19-infected pregnancy: obstetric and intensive care considerations. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 100120.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100120>
- Walker, D., Cohen, S., Fritz, J., Olvera, M., Lamadrid-Figueroa, H., Cowan, J. G., Hernandez, D. G., Dettinger, J. C., & Fahey, J. O. (2014). Team training in obstetric and neonatal emergencies using highly realistic simulation in Mexico: Impact on process indicators. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12884-014-0367-1>
- Wang, Y., & Yang, Q. (2021). Post Abortion Care and Management After Induced Abortion During the COVID-19 Pandemic: A Chinese Expert Consensus.

Advances in Therapy, 38(2), 1011–1023.
<https://doi.org/10.1007/s12325-020-01610-9>

Yu, N., Li, W., Kang, Q., Xiong, Z., Wang, S., Lin, X., Liu, Y., Xiao, J., Liu, H., Deng, D., Chen, S., Zeng, W., Feng, L., & Wu, J. (2020). Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-center, descriptive study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 559–564.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30176-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30176-6)

Zemedu, T. G., Teshome, A., Tadesse, Y., Bekele, A., Keyes, E., Bailey, P., & Ruano, A. L. (2019). Healthcare workers' clinical knowledge on maternal and newborn care in Ethiopia: findings from 2016 national EmONC assessment. *BMC Health Services Research*, 19(1), 915. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4758-x>

Profil Penulis



Rd. Gita Mujahidah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Ciamis, 17 Juni 1992. Penulis menempuh pendidikan di Sekolah Dasar Negeri 1 Cinyasag, MTs Cinyasag dan SMAN 1 Panawangan yang berada di sebuah perbatasan antara Ciamis Majalengka kemudian melanjutkan kuliah di Fakultas Keperawatan tahun 2010 serta Magister Keperawatan pada tahun 2019 di Universitas Padjadjaran. Membaca dan menulis serta bersajak adalah salah satu hobi penulis. Saat ini penulis merupakan Dosen Tetap Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Indramayu. Mencintai siklus kehidupan menjadikan penulis memiliki ketertarikan dibidang Keperawatan Maternitas karena dari sanalah penulis merasa bahwa kehidupan berawal dari sebuah proses yang panjang. Moto yang selalu penulis tekankan dalam setiap kesempatan adalah tidak ada hasil yang indah tanpa proses yang hebat. Berikut adalah tulisan kedua saya yang menjadi sebuah buku. Buku ini penulis didedikasikan khusus untuk perempuan hebat di Dunia. Sebelumnya penulis berkontribusi dalam buku yang berjudul “Pencegahan dan Management Covid-19 di Area Keperawatan Maternitas dan Kesehatan Perempuan”.

Email Penulis: gitafkep2010@gmail.com

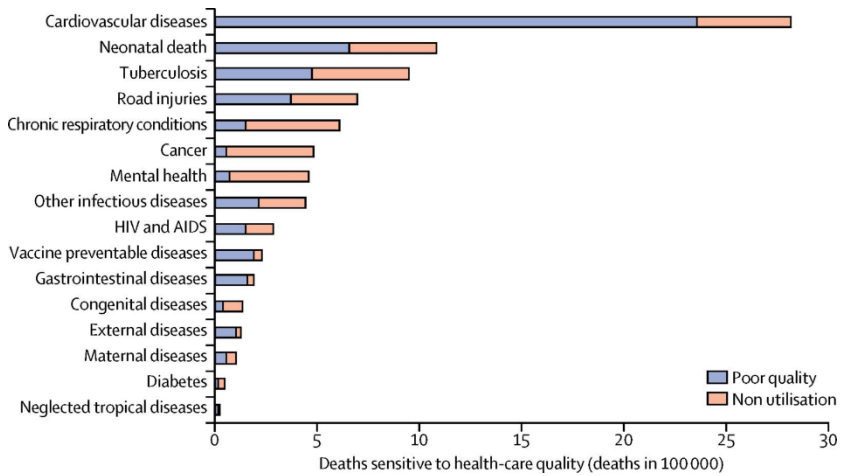
KONSEP DAN PENERAPAN PATIENT SAFETY DALAM ASUHAN KEGAWATAN MATERNAL NEONATAL

Ika Subekti Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep
Universitas Sebelas Maret Surakarta

Pendahuluan

Tindakan perawatan dan penanganan yang membahayakan pasien selama di rumah sakit baik disadari atau tidak disadari adalah salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (Balsarkar, 2021). Hal ini menjadi hal yang patut diperhatikan dalam praktik kebidanan. Keselamatan pasien adalah disiplin ilmu yang muncul karena semakin kompleksnya sistem perawatan kesehatan dengan banyaknya tenaga kesehatan yang terlibat dan meningkatnya bahaya pasien selama perawatan (Lahariya, Choure and Singh, 2015). *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai tindakan minimalisasi risiko bahaya dalam pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien bertujuan untuk mengurangi kesalahan selama pelayanan kesehatan dan melindungi pasien dari bahaya akibat kesalahan medis (Balsarkar, 2021).

Dalam kasus rawat inap di negara berkembang dan menengah, ada 134 juta kejadian buruk setiap tahunnya, yang kemudian menyebabkan 2,6 juta kematian. Di negara maju, sekitar satu dari sepuluh pasien dirugikan saat menerima perawatan di rumah sakit (Acavut, Vural and Karasahin, 2022). Ruang bersalin adalah tempat di mana risiko terhadap keselamatan pasien tinggi dan seringnya kondisi yang menuntut pengambilan keputusan segera. Sepanjang proses, dari mulai adanya kehamilan sampai nifas, banyak masalah yang mungkin terjadi, seperti ketidaktepatan dalam pemberian terapi atau obat, reaksi anafilaksis terhadap obat tertentu, resiko pasien jatuh, perdarahan pasca persalinan karena kondisi tertentu dan pengambilan keputusan yang tertunda semuanya berkontribusi pada kondisi yang membahayakan pasien. Pada tahun 2019 terdapat 5,1 juta kematian anak dibawah 5 tahun, di mana 2,5 juta kematian terjadi pada bulan pertama kehidupan. Sebanyak 80% kematian bayi disebabkan karena tiga kondisi yang sebenarnya dapat dicegah yaitu premature, asfiksia dan infeksi neonatus. Sebanyak 2,3 juta bayi dapat bertahan hidup tapi dengan kecacatan (Nurses *et al.*, 2019). Kualitas perawatan yang buruk menyumbang 61% kematian neonatal dan setengah dari kematian ibu. Perbandingan penyebab kematian neonatus lebih banyak dikarenakan faktor kualitas layanan yang buruk dibandingkan faktor non perawatan yaitu 60%:40%. Kematian neonatus akibat kualitas layanan yang buruk menempati urutan kedua setelah penyakit kardiovaskuler seperti dapat dilihat pada gambar berikut ini (Balsarkar, 2021).



Gambar 6.1 Perbandingan penyebab kematian pada bayi

Tema yang dipilih untuk Hari Keselamatan Pasien Sedunia 2021 adalah “Perawatan ibu dan bayi baru lahir yang aman”, karena tingginya beban risiko dan bahaya yang dihadapi perempuan dan bayi baru lahir saat menerima perawatan selama persalinan. Masalah ini semakin diperparah oleh pandemi COVID-19, yang menyebabkan terganggunya layanan kesehatan esensial karena putusnya rantai pasokan, ketidakmampuan perempuan untuk mengakses perawatan, dan kekurangan profesional kesehatan yang terampil. Bahkan sebelum pandemi, sekitar 810 wanita dan 6700 bayi baru lahir meninggal setiap hari, dengan penyebab terutama pada saat melahirkan. Meskipun ada kemajuan signifikan yang dicapai dalam mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir, target SDG 3 masih jauh dari target yang ingin dicapai (Balsarkar, 2021)

Dari 2 juta bayi yang lahir mati setiap tahun, 40% diantaranya terjadi selama proses persalinan. Kasus ini sebenarnya bisa dihindari melalui penyediaan perawatan yang aman dan berkualitas oleh tenaga profesional kesehatan yang terampil dan dengan sumber daya yang mendukung. Pelayanan pada sapek maternitas juga

dipengaruhi oleh isu-isu kesetaraan gender, kekerasan, pengalaman perempuan selama persalinan yang menimbulkan kerusakan dan trauma emosional ibu. Oleh karena itu, slogan “*Act now for safe and respectful childbirth!*” menyerukan kepada para pemangku kepentingan untuk mempercepat tindakan yang diperlukan untuk memastikan persalinan yang aman dan terhormat (Raju, Suresh and Higgins, 2011). Diharapkan bahwa momentum yang dihasilkan oleh Hari Keselamatan Pasien Sedunia 2021 akan mengubah upaya pemangku kepentingan untuk mencapai cakupan kesehatan universal untuk semua wanita dan bayi baru lahir dan pada akhirnya mencapai target SDG 3 ibu dan bayi baru lahir.

Patient Safety pada Kegawatan Maternal

Sebagai salah satu solusi, usaha peningkatan *Quality Improvement* (QI) yang harus dilakukan rumah sakit tidak hanya berfokus meningkatkan kualitas dan keamanan perawatan maternitas, tetapi juga harus memperhatikan *outcome* kesehatan ibu setelah melahirkan yaitu dengan penerapan tanda peringatan dini dan penggunaan “*bundel*” keselamatan pasien. *Bundel* didefinisikan sebagai “serangkaian praktik berbasis bukti yang ketika dilakukan secara kolektif dan andal, telah terbukti meningkatkan hasil pasien (Anggraini N *et al.*, 2017). Bundel keselamatan ibu telah menunjukkan keberhasilan dalam mendorong peningkatan, terutama yang berkaitan dengan perdarahan obstetrik, hipertensi berat dalam kehamilan, dan persalinan sesar yang tidak diindikasikan secara medis. Selain itu juga mempersempit kesenjangan perbedaan *outcome* kesehatan ibu setelah melahirkan.

Ada berbagai kerangka kerja dalam desain dan implementasi bundel untuk keselamatan ibu hamil. Satu rubrik yang digunakan oleh *Alliance for Innovation on*

Maternal Health (AIM), sebuah program yang dilaksanakan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) dengan pendanaan dari *Health Resources and Services Administration* (HRSA), mengatur rekomendasi berbasis bukti untuk keselamatan pasien bundel menjadi empat domain, atau **empat "R"** yaitu ***Readiness, Recognition and Prevention, Response, Reporting and System learning*** (Random, Memory and Mram, 2011). Sebagai contoh rekomendasi bundel AIM untuk menangani perdarahan obstetri meliputi:

1. *Readiness*

Trolley dan peralatan penanganan perdarahan sesuai kebutuhan

2. *Recognition and Prevention*

Penghitungan akumulasi kehilangan darah yang tepat

3. *Response*

Standar pelayanan emergency pada perdarahan post partum

4. *Reporting and System learning*

Keterlibatan multidisiplin dalam penanganan kasus secara komprehensif

Joint Commission International (JCI) adalah lembaga yang mendedikasikan diri dalam peningkatan kualitas dan keselamatan kesehatan. Tindakan pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan tepat waktu untuk perdarahan post partum dan hipertensi/preeklampsia berat memiliki dampak positif mengurangi resiko komplikasi pada ibu. Pendekatan ini didukung oleh panel beberapa ahli yang dibentuk oleh *The Joint Commission*, menghasilkan pengembangan intervensi yang berfokus pada masalah perdarahan post partum dan hipertensi kehamilan (Nurses *et al.*, 2019):

1. **Patient safety** pada kasus perdarahan post partum

- a. Lengkapi penilaian menggunakan instrumen yang valid untuk menentukan risiko perdarahan ibu saat masa persalinan dan periode postpartum. Penilaian dan analisa terhadap resiko perdarahan pasien akan membantu tim dalam mengidentifikasi kebutuhan persiapan dan penanganan yang tepat, karena resiko perdarahan dapat berubah-ubah sesuai kondisi klinis.
- b. Melakukan intervensi berdasarkan *evidence based* sesuai stadium resiko perdarahan meliputi:
 - 1) Peralatan dan obat-obat emergency yang masuk dalam algoritma penanganan perdarahan post partum harus siap tersedia di unit obstetri
 - 2) Anggota tim yang tanggap dan berkompeten dalam penanganan perdarahan post partum
 - 3) Sistem aktivasi tim dan prosedur dalam kondisi gawat darurat
 - 4) Ketersediaan dan aksesibilitas bank darah dalam mensuplai kebutuhan transfusi darah
 - 5) Adanya alur yang jelas dalam sistem rujukan pasien
 - 6) Adanya panduan tentang komunikasi kondisi gawat darurat kepada keluarga
 - 7) Evaluasi tim setelah penanganan kepada pasien untuk perbaikan selanjutnya
- c. Setiap unit kebidanan memiliki persediaan peralatan penanganan perdarahan yang terstandarisasi, aman, dan khusus yang harus disimpan sesuai dengan proses yang ditentukan rumah sakit.

- d. Melakukan pelatihan khusus kepada staff dan penyedia layanan tentang manajemen kasus kegawatan pasien perdarahan post partum dan diupdate setiap 2 tahun sekali.
- e. Lakukan studi kasus untuk mengevaluasi keefektifan perawatan, pengobatan, dan layanan yang diberikan oleh tim dalam penanganan perdarahan post partum.
- f. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala perdarahan post partum dan kapan harus segera mencari layanan kesehatan. Ibu perlu mengetahui gejala apa yang dianggap berbahaya, kapan harus meminta bantuan dan rawat inap, kapan mencari perawatan setelah pulang. Ibu juga harus memahami a) jumlah perdarahan yang perlu diperhatikan, dan b) kemungkinan tanda-tanda perdarahan internal yang dirasakan atau bahkan tidak disadari (misalnya nyeri perut, kelelahan ekstrem, atau detak jantung yang cepat).

2. *Patient safety* pada kasus hipertensi kehamilan

- a. Tersedianya prosedur pengukuran tekanan darah yang jelas. Prosedur harus membahas pengukuran tekanan darah yang tepat, termasuk ukuran manset, posisi pasien yang tepat, dan frekuensi pengukuran. Pengukuran yang tidak akurat dapat menyebabkan seorang ibu tidak menerima perawatan yang tepat dan dipulangkan dengan tekanan darah tinggi. Hipertensi yang tidak diobati dapat menyebabkan morbiditas atau bahkan kematian.
- b. Melakukan intervensi berdasarkan evidence based dalam manajemen penanganan hipertensi kehamilan meliputi:

- 1) Peralatan dan obat-obat emergency harus tersedia dan mudah di akses di unit obstetric
 - 2) Penggunaan anti kejang (seizure prophylaxis)
 - 3) Panduan tentang kapan diperlukan *continuous fetal monitoring*
 - 4) Memberikan edukasi kepada pasien minimal mengenai tanda dan gejala bahaya hipertensi kehamilan dan kapan harus mencari layanan kesehatan.
- c. Melakukan pelatihan khusus kepada staff dan penyedia layanan tentang manajemen kasus kegawatan hipertensi pada kehamilan dan diupdate setiap 2 tahun sekali.
- d. Lakukan studi kasus untuk mengevaluasi keefektifan perawatan, pengobatan, dan layanan yang diberikan oleh tim dalam penanganan hipertensi dalam kehamilan.

Patient Safety pada Kegawatan Neonatal

Dalam manajemen patient safety neonatal khususnya di *Intensive Care Unit* terdapat tiga bidang prioritas yang harus diidentifikasi untuk meningkatkan keamanan pasien meliputi (Andrade *et al.*, 2022):

1. Safe care structure

Pada aspek safe care structure meliputi 3 domain yaitu terkait infrastruktur, bahan dan peralatan serta sumber daya manusia.

- a. Infrastruktur
 - 1) Pengaturan ruangan dengan memperhatikan suhu dan pencahayaan
 - 2) Kalibrasi peralatan kesehatan

- 3) Ketersediaan ruang prosedur tindakan secara terpisah
 - 4) Ketersediaan ruang penyimpanan yang sesuai standar
 - 5) Pada ruang penyiapan obat harus diberikan label “area harus bebas dari gangguan penyiapan obat”
 - 6) Ketersediaan ruang penyimpanan obat dan pengawasan yang ketat
- b. Bahan dan peralatan
- 1) Ketersediaan saturasi oksigen dan manset sesuai ukuran bayi baru lahir
 - 2) Terdapat gel alcohol di setiap tempat tidur
 - 3) Terdapat alat kateter vena sentral dan kateter umbilical
- c. Sumber daya manusia.

Setiap tenaga kesehatan yang bertugas di unit intensive maupun emergency harus memiliki pelatihan khusus sesuai bidang dan kompetensinya.

2. *Safe care process*

Pada aspek *safe care process* meliputi 6 domain yaitu terkait identifikasi pasien, komunikasi yang efektif antara profesional dan keluarga, pencegahan infeksi, penggunaan obat yang aman, pencegahan resiko jatuh dan pencegahan *pressure ulcer*.

a. Identifikasi pasien

Protokol yang jelas tentang validasi identitas pasien sebelum melakukan tindakan

- b. Komunikasi yang efektif antara profesional dan keluarga

Mendokumentasikan secara jelas tentang segala perubahan dan riwayat kondisi pasien dalam rekam medis serta memberikan informasi yang jelas kepada keluarga pasien tentang aturan perawatan atau intervensi yang dilakukan.

- c. Pencegahan infeksi

- 1) Pengawasan terhadap kepatuhan cuci tangan tenaga kesehatan
- 2) Ketersediaan panduan cuci tangan untuk pengunjung dan keluarga
- 3) Adanya control penggunaan antimikroba

- d. Penggunaan obat yang aman

Gunakan *double check* dengan rekan sejawat sebelum penggunaan obat

- e. Pencegahan resiko jatuh

Ketersediaan tanda resiko jatuh pada pintu masuk unit yang beresiko

- f. Pencegahan pressure ulcer.

Pertimbangkan adanya *skin injury* selama perawatan

3. Safe care result

Pada aspek *safe care result* meliputi 1 domain yaitu terkait indikator patient safety. Fokus pada meminimalisir berbagai kejadian yang tidak diinginkan yaitu tentang peristiwa keselamatan yang berpotensi dapat dihindari dan merupakan peluang untuk perbaikan dalam pemberian perawatan. Khususnya, potensi komplikasi di rumah sakit serta

efek samping setelah operasi, prosedur perawatan dan persalinan.

Penerapan *Patient Safety* pada Maternal dan Neonatal

Joint Commission International (JCI) mengeluarkan 6 Goals keselamatan pasien (*International Patient Safety Goals/IPSIG*) yang menjadi pegangan (SPO) di hampir seluruh rumah sakit di dunia. Berikut penerapan 6 Goals Keselamatan Pasien (*International Patient Safety Goals*) khususnya dalam ranah maternal dan neonatal:

1. Identifikasi Pasien Secara Tepat/*Identify Patients Correctly.*

- a. Mengecek identitas pasien, nama lengkap, tanggal lahir, nomor register dan alamat sebelum masuk ruang bersalin
- b. Memvalidasi identitas melalui gelang pasien sebelum melakukan tindakan apapun
- c. Mengecek nomor bed dan kamar pasien
- d. Saat bayi lahir segera memasang tanda dan identitas bayi meliputi nama ibu, jenis kelamin dan waktu lahir

2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif/*Improve Effective Communication*

- a. Tidak menerima instruksi melalui lisan atau telepon kecuali untuk kondisi darurat
- b. Menulis, membacakan Kembali dan meminta dokter mengkonfirmasi ulang ketika menerima instruksi melalui lisan atau telepon
- c. Mendokumentasikan semua prosedur tindakan kegawatdaruratan yang telah dilakukan, menggunakan singkatan yang dibakukan.

- d. Menyampaikan semua informasi pasien kepada tim jaga saat pergantian shift
 - e. Memberikan informasi yang jelas kepada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan
- 3. Meningkatkan Keamanan Penggunaan Obat yang membutuhkan perhatian/ *Improve the safety of High-Alert Medications***
- a. Mengklasifikasikan obat menurut namanya
 - b. Penyimpanan obat menurut cold chain
 - c. Mencatat jam, tanggal buka obat
 - d. Mengkaji riwayat konsumsi obat ibu hamil
 - e. Mengkaji Riwayat alergi obat pada ibu hamil
 - f. Mengaplikasikan 8 benar pemberian obat
- 4. Meningkatkan benar lokasi, benar pasien, benar prosedur pembedahan/ *Ensure Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery***
- a. Monitor tanda-tanda vital, nyeri dan kesadaran ibu hamil/post partum
 - b. Monitor jumlah perdarahan pada ibu post partum
 - c. Monitor kualitas dan kuantitas kontraksi uterus pasca melahirkan
 - d. Melakukan monitoring perdarahan pada umbilikus bayi
 - e. Memvalidasi dokumen *surgical list*/catatan operasi
- 5. Mengurangi Risiko Infeksi/ *Reduce the risk of healthcare-Associated Infections***
- a. Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan kepada pasien

- b. Mengecek resiko penyakit menular pada hasil lab darah pasien
- c. Menggunakan tehnik aseptik selama perawatan
- d. Mengecek tanggal sterilisasi peralatan kesehatan
- e. Memberikan perawatan perineum pada ibu post partum
- f. Menggunakan suction steril saat mengaspirasi jalan nafas bayi
- g. Segera menyusukan bayi setelah lahir

6. Mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh/*Reduce the risk of patient harm resulting from falls*

- a. Memasang pengaman bed untuk ibu hamil/post partum
- b. Menggunakan stretcher atau kursi roda untuk mentransfer ibu hamil/postpartum
- c. Menggunakan inkubator untuk mentransfer bayi
- d. Tidak meninggalkan ibu dan bayi sendirian di ruang bersaling
- e. Menggendong bayi dengan aman (menopang bayi dengan memegang kepala dan badan, memantau apakah tali pusat melingkari leher bayi, dan menjaga bayi sejajar dengan vagina saat lahir)
- f. Meletakkan bayi pada *warmer* segera setelah lahir.

Daftar Pustaka

- Acavut, G., Vural, G. and Karasahin, K. E. (2022) 'Evaluation of Midwifery and Nursing Practices for Maternal and Neonatal Safety in the Delivery Room', *Bezmialem Science*, 10(1), pp. 73–80. doi: 10.14235/bas.galenos.2020.4604.
- Andrade, F. B. De *et al.* (2022) 'Neonatal patient safety assessment: construction and validation of a protocol and a checklist', *Acta Paul Enferm.*
- Anggraini N, D. G. *et al.* (2017) 'Implementation of Patient Safety in Obstetric Primary Care Health Center Padang Based Malcolm Baldrige Performance Excellence', *Primary Health Care Open Access*, 07(01), pp. 7–10. doi: 10.4172/2167-1079.1000267.
- Balsarkar, G. (2021) 'World Patient Safety Day 2021: "Safe Maternal and Newborn Care"', *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 71(5), pp. 465–467. doi: 10.1007/s13224-021-01547-1.
- Lahariya, C., Choure, A. and Singh, B. (2015) 'Patient safety in maternal healthcare at secondary and tertiary level facilities in Delhi, India.', *Journal of family medicine and primary care*, 4(4), pp. 529–534. doi: 10.4103/2249-4863.174276.
- Nurses, N. *et al.* (2019) 'Levels of Maternal Care', *Obstetrics & Gynecology*, 134(2), pp. e41–e55. doi: 10.1097/aog.0000000000003383.
- Raju, T. N. K., Suresh, G. and Higgins, R. D. (2011) 'Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities.', *Pediatric research*, 70(1), pp. 109–115. doi: 10.1203/PDR.0b013e3182182853.
- Random, M., Memory, A. and Mram, G. (2011) 'Evidence-based best practices for hospitals in managing obstetric emergencies and other key contributors to maternal health disparities', pp. 2–5.

Profi Penulis



Ika Subekti Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk Program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners di Universitas Diponegoro Semarang dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke program magister keperawatan dengan peminatan gawat darurat di Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2014.

Penulis tertarik dengan berbagai bidang dalam ilmu keperawatan khususnya keperawatan gawat darurat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Email Penulis: bektiakbar@gmail.com

SISTEM PONEK DAN PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PADA PROSES PERSALINAN, NEONATUS, BAYI BARU LAHIR DI TATANAN PELAYANAN KEBIDANAN

Sarah Fitria, M.Tr.Keb
Universitas Muhammadiyah Riau

Kematian Maternal

Kematian maternal adalah kematian seorang wanita saat masa hamil atau dalam 42 hari setelah terminasi kehamilan, terlepas dari durasi dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau pengelolaannya, tetapi bukan dari sebab-sebab kebetulan atau incidental. (WHO et al, 2012)

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan kematian tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung adalah merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan

yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular (Prawirohardjo 2014). Klasifikasi kematian ibu ada tiga, yaitu kematian ibu langsung, kematian ibu tidak langsung dan kematian nonmaternal. Kematian ibu langsung mencakup kematian ibu akibat penyulit obstetri pada kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan akibat dari intervensi, kelalaian, kesalahan terapi, atau rangkaian kejadian yang disebutkan oleh faktor-faktor tersebut. Contohnya adalah kematian ibu akibat perdarahan karena ruptur uteri. Kematian ibu tidak langsung mencakup kematian ibu yang tidak secara langsung disebabkan oleh kausa obstetri, melainkan akibat penyakit yang sudah ada sebelumnya, atau suatu penyakit yang timbul saat hamil, melahirkan, atau masa nifas, tetapi diperbuat oleh adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilannya. Contohnya adalah kematian ibu akibat penyulit stenosis mitral. Kematian nonmaternal adalah kematian ibu yang terjadi akibat kecelakaan atau kausa insidental yang tidak berkaitan dengan kehamilan. Contohnya adalah kematian akibat kecelakaan lalu lintas (Cunningham et al. 2013).

Kematian Bayi

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada saat bayi lahir sampai satu hari sebelum hari ulang tahun pertama. Berdasarkan penyebabnya, kematian bayi dibedakan oleh faktor endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen (kematian neonatal) adalah kejadian kematian yang terjadi pada bulan pertama sejak bayi dilahirkan umumnya disebabkan oleh faktor yang dibawa sejak lahir, diwarisi oleh orangtua pada saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan. Kematian eksogen (kematian postnatal) adalah kematian bayi yang terjadi antara usia satu bulan atau sampai satu tahun

disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan (Wandira & Indawati, 2012).

Menurut peneliti kematian bayi diakibatkan karena kondisi ibu saat hamil kurang baik. Ibu jarang memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan, jarak kelahiran yang terlalu sempit, dan makanan yang dikonsumsi ibu tidak bersih menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah dan rentan akan penyakit yang dapat memperbesar risiko kematian bayi.

Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2014). Sedangkan menurut APN (2004) persalinan adalah proses alamiah dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Memasuki masa persalinan merupakan suatu periode yang kritis bagi para ibu hamil karena segala kemungkinan dapat terjadi sebelum berakhir dengan selamat atau dengan kematian. Sejumlah faktor memandirikan peranan dalam proses ini, mulai dari ada tidaknya faktor resiko kesehatan ibu, pemilihan penolong persalinan, keterjangkauan dan ketersediaan pelayanan kesehatan, kemampuan penolong persalinan sampai sikap keluarga dalam menghadapi keadaan gawat.

Di daerah pedesaan, kebanyakan ibu hamil masih mempercayai dukun beranak untuk menolong persalinan yang biasanya dilakukan di rumah. Pemilihan dukun beranak sebagai penolong persalinan pada dasarnya disebabkan karena beberapa alasan antara lain dikenal secara dekat, biaya murah, mengerti dan dapat membantu dalam upacara adat yang berkaitan dengan

kelahiran anak serta merawat ibu dan bayi sampai 40 hari. Disamping itu juga masih adanya keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan yang ada. Walaupun sudah banyak dukun beranak yang dilatih, namun praktek-praktek tradisional tertentu masih dilakukan. interaksi antara kondisi kesehatan ibu hamil dengan kemampuan penolong persalinan sangat menentukan hasil persalinan yaitu kematian atau bertahan hidup. Secara medis, penyebab klasik kematian ibu akibat melahirkan adalah perdarahan, infeksi dan eklamsia (keracunan kehamilan). Kondisi-kondisi tersebut bila tidak ditangani secara tepat dan profesional dapat berakibat fatal bagi ibu dalam proses persalinan. Namun, kefatalan ini sering terjadi tidak hanya karena penanganan yang kurang baik tepat tetapi juga karena ada faktor keterlambatan pengambilan keputusan dalam keluarga. Umumnya, terutama di daerah pedesaan, keputusan terhadap perawatan medis apa yang akan dipilih harus dengan persetujuan kerabat yang lebih tua; atau keputusan berada di tangan suami yang seringkali menjadi panik melihat keadaan krisis yang terjadi. Kepanikan dan ketidaktahuan akan gejala-gejala tertentu saat persalinan dapat menghambat tindakan yang seharusnya dilakukan dengan cepat. Tidak jarang pula nasehat-nasehat yang diberikan oleh teman atau tetangga mempengaruhi keputusan yang diambil. Keadaan ini seringkali pula diperberat oleh faktor geografis, dimana jarak rumah si ibu dengan tempat pelayanan kesehatan cukup jauh, tidak tersedianya transportasi, atau oleh faktor kendala ekonomi dimana ada anggapan bahwa membawa si ibu ke rumah sakit akan memakan biaya yang mahal. Selain dari faktor keterlambatan dalam pengambilan keputusan, faktor geografis dan kendala ekonomi, keterlambatan mencari pertolongan disebabkan juga oleh adanya suatu keyakinan dan sikap pasrah dari

masyarakat bahwa segala sesuatu yang terjadi merupakan takdir yang tak dapat.

Indikasi komplikasi persalinan: perdarahan, partus macet, kelahiran presentasi, eklamsi, kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia karena inersia uteri primer, postterm dan preterm serta tali pusat menubung. Indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin, CPD.

Kasus tersebut, harus segera ditangani dengan cara mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu. Rujukan yang dilakukan harus sesuai SOP yang berlaku dan telah ditetapkan. (Jannah, N. 2017)

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan prioritas pembangunan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020 – 2024, untuk itu diperlukan sebagai upaya untuk menurunkan AKI dan AKB. Kondisi saat ini adalah AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup (SUPAS, 2015) dan AKB sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2017). Dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB diperlukan peningkatan peran Rumah Sakit agar di tahun 2024 tercapai AKI sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 16 per 1000 kelahiran hidup.

Sehubungan dengan hal tersebut, untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang mendukung Kesehatan ibu dan bayi di Indonesia. Pemerintah memberikan instruksi kepada rumah sakit tipe A dilakukan melalui : Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) yang siap selama 24 jam 7 hari.

Pelayanan obstetri Neonatal merupakan upaya penyediaan pelayanan untuk Ibu dan Bayi Baru Lahir terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar. RS tipe A sebagai RS PONEK 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan pelayanan kedaruratan maternal Neonatal, diharapkan dapat menurunkan angka kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir yang masih cukup tinggi.

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit

1. Definisi PONEK

Regionalisasi Pelayanan Obstetrik dan Neonatal adalah suatu sistem pembagian wilayah kerja rumah sakit dengan cakupan area pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat dalam waktu kurang dari 1 jam, agar dapat memberikan tindakan darurat sesuai standar. Regionalisasi menjamin agar sistem rujukan kesehatan berjalan secara optimal.

Upaya peningkatan PONEK di Rumah Sakit dilakukan melalui upaya pelatihan Tim PONEK Rumah Sakit, pemenuhan peralatan PONEK di Rumah Sakit Kabupaten /Kota, Bimbingan Teknis, Manajemen Pelayanan Keperawatan dan pelayanan darah yang aman / Bank Darah di Rumah Sakit. Pelayanan Obstetrik dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar(PONED) di tingkat Puskesmas. Program PONEK memiliki visi seperti Tujuan Pembangunan Millenium

(Millenium Development Goals) pada tahun 2015 yaitu sebagai berikut:

- a. Mengurangi angka kematian bayi dan balita sebesar dua pertiga dari AKB pada tahun 1990 menjadi 20 dari 25/1000 kelahiran hidup.
- b. Mengurangi angka kematian ibu sebesar tiga per empat dari AKI pada tahun 1990 menjadi 125/100.000 kelahiran hidup. Adapun misi dari 27 program PONEK yaitu menyelenggarakan Pelayanan Obstetrik dan neonatal yang bermutu melalui standarisasi Rumah Sakit PONEK 24 jam, dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Indonesia.

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif atau biasa disebut dengan PONEK adalah merupakan salah satu upaya pelayanan yang ditujukan pada penurunan AKI dan AKB sesuai dengan target MDGs 4 dan 5. Lebih luas lagi, upaya pelayanan PONEK harus dapat mengupayakan kesehatan reproduksi ibu yang baik dan pencapaian tumbuh kembang anak yang optimal sesuai dengan potensi genetiknya (Kementerian Kesehatan RI 2018).

PONEK merupakan program yang terintegrasi tidak hanya melibatkan peran dari kebijakan dan manajemen rumah sakit, tetapi juga melibatkan peran dari banyak pihak yaitu dinas kesehatan kabupaten atau kota, puskesmas serta unsur-unsur atau pihak-pihak yang berkepentingan terhadap kesehatan ibu dan anak sehingga pelayanan yang bersifat komprehensif berjalan dengan optimal.

Tujuan program PONEK 24 jam yaitu:

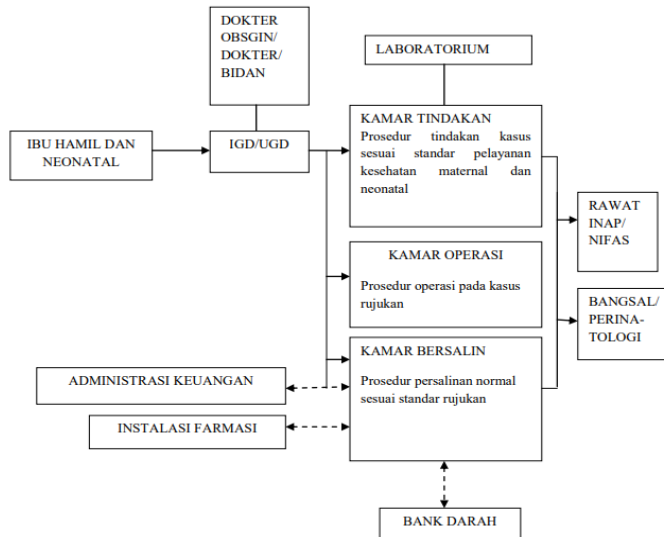
- a. Adanya kebijakan rumah sakit dan dukungan penuh manajemen dalam pelayanan PONEK.

- b. Terbentuknya tim PONEK rumah sakit yang dilantik oleh pimpinan rumah sakit dan memiliki surat keputusan atau surat tugas.
 - c. Tercapainya kemampuan teknis tim PONEK sesuai standar kinerja manajemen dan standar kinerja klinis.
 - d. Adanya proses konsultasi dan pembinaan dalam pelayanan obstetri dan neonatal emergensi antar rumah sakit PONEK, puskesmas PONEK, Puskesmas Pembantu, Dokter dan Bidan Praktik Mandiri Serta Rumah Sakit swasta.
 - e. Adanya koordinasi dan sinkronisasi antara pengelola dan penanggung jawab program pada tingkat kabupaten/kota, propinsi dan pusat dalam manajemen program PONEK.
2. Rumah Sakit MAMPU PONEK 24 Jam

Rumah Sakit MAMPU PONEK 24 jam adalah rumah sakit yang MAMPU menyelenggarakan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal secara komprehensif dan terintegrasi 24 jam dalam sehari, tujuh hari dalam seminggu. Hal ini harus dapat terukur melalui penilaian kinerja manajemen dan penilaian kinerja klinis yang berpedoman pada Buku Asuhan Neonatal Esensial dan Buku Paket Pelatihan PONEK yang berisi protokol bagi tenaga pelaksana (Kementerian Kesehatan RI 2012).

- a. Ruang Lingkup Ruang lingkup pelayanan PONEK di RS dimulai dari garis depan/UGD dilanjutkan ke kamar operasi/ruang tindakan sampai ke ruang perawatan. Secara singkat dapat dideskripsikan sebagai berikut (Path, 2013):

- 1) Stabilisasi di UGD dan persiapan untuk pengobatan definitif.
 - 2) Penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK RS di ruang tindakan.
 - 3) Penanganan operatif dan tepat meliputi laparotomi dan seksio sesaria.
 - 4) Perawatan intermediate dan intensif ibu dan bayi.
 - 5) Pelayanan Asuhan Antenatal resiko tinggi.
- b. Alur Berikut mekanisme alur pasien rujukan maternal dan neonatal di rumah sakit:



Gambar 7.1. Alur Rujukan Maternal dan Neonatal di Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2012)

- c. Kriteria Umum RS Mampu PONEK 24 Jam
- 1) Ada dokter jaga terlatih di UGD untuk mengatasi kasus emergensi baik secara umum maupun emergency obstetric-neonatal.

- 2) Dokter, bidan dan perawat terlatih melakukan resusitasi neonatus dan kegawatdaruratan obstetri neonatal.
- 3) Mempunyai standar operating prosedur penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan obstetric dan neonatal.
- 4) Jika memungkinkan, terdapat kebijakan tidak ada uang muka bagi pasien kegawatdaruratan obstetric dan neonatal.
- 5) Mempunyai prosedur pendelegasian wewenang tertentu.
- 6) Mempunyai standar respon time di UGD (diupayakan 5 menit), di kamar bersalin (diupayakan kurang dari 30 menit), pelayanan darah (diupayakan kurang dari 1 jam).
- 7) Tersedia kamar operasi yang siap (siaga 24 jam) untuk melakukan operasi, bila ada kasus emergensi obstetri atau umum.
- 8) Tersedia kamar bersalin yang mampu menyiapkan operasi dengan target dalam waktu kurang dari 30 menit.
- 9) Memiliki kru/awak yang siap melakukan operasi atau melaksanakan tugas sewaktu-waktu, meskipun on call.
- 10) Adanya dukungan semua pihak dalam tim pelayanan PONEK, antara lain Dokter Kebidanan, Dokter Anak, Dokter/Petugas Anestesi, Dokter Penyakit Dalam, Dokter Spesialis Lain serta Dokter Umum, Bidan dan Perawat.
- 11) Mengupayakan tersedianya pelayanan darah yang siap 24 jam.

3. PONEK Rumah Sakit Kelas B

a. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis

- 1) Pelayanan Kehamilan
- 2) Pelayanan Persalinan normal dan Persalinan dengan tindakan operatif
- 3) Pelayanan Nifas
- 4) Asuhan Bayi Baru Lahir
- 5) Imunisasi dan Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)
- 6) Intensive Care Unit (ICU)
- 7) NICU
- 8) Endoskopi

b. Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal dengan risiko tinggi

Masa Antenatal : Mulai dari perdarahan pada kehamilan muda / abortus, nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut/kehamilan ektopik (KE) & Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) hipertensi, Preeklampsia / Eklampsia Perdarahan pada masa Kehamilan sampai Kehamilan Metabolik Kelainan Vaskular / Jantung.

Masa Intranatal : Mulai dari Persalinan dengan parut uterus, Persalinan dengan distensi uterus, Gawat janin dalam persalinan, Pelayanan terhadap syok, Ketuban pecah dini, Persalinan macet, Induksi dan akselerasi persalinan, Aspirasi vakum manual, Ekstraksi Cunam, Seksio sesarea, Episiotomi, Kraniotomi dan kraniosentesis, Malpresentasi dan malposisi, Distosia bahu, Prolapsus tali pusat, Plasenta manual, Perbaikan

robekan serviks, Perbaikan robekan vagina dan perineum sampai Perbaikan robekan dinding uterus, Reposisi Inversio Uteri, Histerektomi, Sukar bernafas, Kompresi bimanual dan aorta, Dilatasi dan kuretase

Masa Post Natal ; Mulai dari Masa nifas, Demam pasca persalinan, Perdarahan pasca persalinan, Nyeri perut pasca persalinan, Keluarga Berencana, Asuhan bayi baru lahir sakit.

4. PONEK Rumah Sakit Kelas C

- a. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis Mulai dari pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas, asuhan bayi baru lahir sampai imunisasi dan stimulasi, deteksi, intervensi dini tumbuh kembang.
- b. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal dengan Risiko Tinggi

Masa Antenatal: Mulai dari Perdarahan pada kehamilan muda, Nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut, gerak janin tidak dirasakan, demam dalam kehamilan dan persalinan, kehamilan ektopik (KE) dan Kehamilan Ektopik Terganggu (KET), Kehamilan dengan Nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang dan/koma, tekanan darah tinggi

Masa Intranatal: Mulai dari Persalinan dengan parut uterus, gawat janin dalam persalinan, pelayanan terhadap syok, ketuban pecah dini sampai Blok Paraservikal, Block pudendal (bila memerlukan pemeriksaan spesialisik, dirujuk ke RSIA/ RSU)

Masa Post Natal: Mulai dari Masa nifas, demam pasca persalinan, perdarahan pasca persalinan, nyeri perut pasca persalinan, KB sampai bayi baru lahir sakit.

- 1) Pelayanan Kesehatan Neonatal Mulai dari hiperbilirubinemia, asfiksia, trauma kelahiran, hipoglikemia Kejang, sepsis neonatal, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan pernapasan, kelainan jantung (payah jantung, payah jantung bawaan, PDA), gangguan perdarahan, renjatan (shock), aspirasi mekonium, koma, Inisiasi dini ASI (Breast Feeding), Kangaroo Mother Care, Resusitasi Neonatus, penyakit Membran Hyalin sampai dengan pemberian minum pada bayi risiko tinggi,
- 2) Perawatan Khusus / *High Care Unit* dan Transfusi Darah.

Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik .(2015). Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Tersedia <https://sirusa.bps.go.id/index.php/dasar/pdf?kd=2&th=2015>. Diakses tanggal 27 November 2022
- Cunningham, et al.(2013). Obstetri Williams Edisi 23 Volume 1. EGC: Jakarta
- Jannah, N. (2017). Persalinan Berbasis Kompetensi. EGC :Jakarta.
- Kemendes RI. (2012). Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit. *Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik* . Jakarta
- Kemendes RI. (2018). Hasil Utama RISKESDAS 2018. *Kemendes RI: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Path. (2013). Basic Emergency Obstetric Care : *First Response*. Seattle.WA, USA.
- Prawirohardjo, Sarwono.(2014). Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. *PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo* :Jakarta.
- Saifuddin, A. (2014). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. *Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharohardjo* :Jakarta.
- Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). (2017). BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, dan ICF International: Jakarta
- Wandira, A.K., dan Indawati, R. (2012). Faktor Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Sidoarjo. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, Vol. 1, No. 1, Agustus 2012.
- WHO. (2012). Angka kematian Bayi. *Geneva: WHO*

Profil Penulis



Sarah Fitria, M.Tr.Keb

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2012 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah kesehatan di Poltekkes Kemenkes Padang dengan jurusan D4 Kebidanan Klinis dan berhasil lulus pada tahun 2017. Penulis kemudian melanjutkan studi magister dan berhasil menyelesaikan studi S2 di prodi Magister Terapan Kebidanan pada tahun 2019.

Penulis memiliki kepakaran dibidang holistic Ibu dan Bayi dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Litbang Dikti PP Muhammadiyah. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Penulis juga sudah menghasilkan karya HAKI dalam bentuk buku dan video.

Email Penulis: sarahfitria@umri.ac.id

RESUSITASI DI LINGKUP MATERNAL DAN NEONATAL PADA KASUS KEGAWATDARURATAN

Senditya Indah Mayasari, S.SiT., M.Kes
STIKES Widyagama Husada Malang

Resusitasi Di Lingkup Maternal

Angka kejadian syok pada ibu hamil terjadi 1: 30.000 hal ini dapat mengakibatkan terjadinya mortalitas yang cukup tinggi. Pada kondisi ini perlu dipertimbangkan kondisi ibu dan janinnya. Sebagai upaya penatalaksanaan terjadinya syok pada ibu adalah dengan pemberian resusitasi. Keberhasilan resusitasi tergantung dari beberapa hal, antara lain : penyebab syok, kecepatan resusitasi, keterampilan dan dukungan alat. Kasus henti jantung pada pasien hamil, maka penolong harus memberikan resusitasi yang tepat berdasarkan pertimbangan perubahan fisiologis yang disebabkan oleh kehamilan (Shahabuddin et al., 2015)

Penyebab Syok Ibu Hamil

Beberapa kondisi yang menyebabkan terjadinya syok pada ibu hamil, antara lain :

1. Tindakan pembiusan. Tindakan pembiusan pada ibu hamil dilakukan pada saat akan dilakukan persalinan

dengan sectio. Pembedahan pada ibu hamil dapat mengakibatkan beberapa keadaan :

- a. Gagal intubasi
 - b. Aspirasi isi lambung
 - c. Blok spinal total
 - d. Reaksi obat
 - e. Toksisitas obat anestesi lokal
2. Tindakan obstetri, seperti :
- a. Perdarahan masif
 - b. Emboli air ketuban
 - c. Tromboemboli vena
 - d. Perdarahan intrakranial
 - e. Toksisitas MgSO₄
 - f. Lain-lain: trauma, penyakit kardiovaskular

Perubahan Fisiologis Trimester 3

Beberapa perubahan secara fisiologis yang terjadi selama kehamilan trimester 3, antara lain :

1. Jalan nafas dapat mengakibatkan edema larynx yang disebabkan karena adanya penambahan berat badan
2. Respirasi terjadi perubahan :
 - a. Ventilasi meningkat
 - b. Peningkatan kebutuhan oksigen
 - c. Peningkatan tahanan dada
 - d. Peningkatan compliance diafragma

3. Kardiovaskuler terjadi kompresi aortocaval oleh uterus
4. Gastrointestinal terjadi perubahan:
 - a. Inkompetensia sfingter gastroesofagus
 - b. Peningkatan tekanan gaster
 - c. Peningkatan resiko regurgitasi
5. Lain-lain: hipertrofi payudara

Bantuan Hidup Dasar (*Basic Life Support*)

Dalam bantuan hidup dasar pada ibu hamil yang penting diperhatikan antara lain: Protokol standar resusitasi, Posisikan terlentang sedikit miring ke kiri, serta Resusitasi dilakukan sambil memasang jalur intravena dan mengatasi penyebab.

Airway

1. *Manuver head tilt-jaw thrust / head tilt-chin lift*
2. Bersihkan benda asing dari mulut
3. Lakukan penghisapan muntahan isi lambung
4. Pasang alat *oropharyngeal airway*

Breathing

Berikan ventilasi tekanan positif intermiten dengan:

1. Mulut ke mulut, mulut ke hidung atau mulut ke alat bantu nafas
2. *Self-inflating bag*, sungkup dan oksigen 100%
3. Penekanan krikoid sampai terpasang pipa endotrakeal

Circulation

Bila denyut karotis atau femoral:

1. Mulai lakukan kompresi dada dan bantuan nafas dengan rasio 30:2
2. Geser uterus ke kiri secara manual / ganjal punggung kanan

Selama resusitasi perhatikan beberapa hal berikut :

1. Koreksi penyebab reversible
2. Periksa posisi elektrode ECG
3. Pasang jalur IV, alat jalan nafas, berikan O₂
4. Mengamankan jalan nafas tidak boleh mengganggu kompresi
5. Beri adrenalin 1 mg tiap 3-5 menit
6. Pertimbangkan amiodaron, SA, magnesium

Resusitasi Di Lingkup Neonatal

Resusitasi pada neonatal merupakan serangkaian intervensi sistematis dan terkoordinasi yang ditujukan untuk memulihkan pernapasan dan sirkulasi bayi baru lahir untuk mencegah kematian atau cacat permanen. Wajib diketahui dan dipahami sebelum menolong persalinan alur dan persiapan resusitasi (Department of Maternal, Newborn, Health, 2016)

Alur Resusitasi

1. Konseling Antenatal, pengarahan tim, pemeriksaan alat
 - a. Perencanaan tim yaitu memilih ketua, penanggung jawab dokumentasi, pendelegasian tugas.

- b. Pengarahan tim yaitu membahas situasi klinis, rencana tindakan sesuai faktor risiko perinatal.
 - c. Alat harus dicatat, diperiksa dan dipastikan siap ketika dibutuhkan.
2. Waktu dari langkah awal hingga pemberian bantuan pernapasan.
3. Pertimbangkan penggunaan EKG selain pemantauan SpO₂ saat memberikan VTP, CPAP, atau oksigen tambahan.
4. Posisi penolong yang melakukan kompresi dada
 - a. Jika diperlukan kompresi dada, ketua Tim harus melakukan intubasi terlebih dahulu.
 - b. Posisi orang yang melakukan kompresi dada dapat diubah dengan ketua Tim untuk memfasilitasi penyisipan kateter umbilikal emergensi (bila perlu).

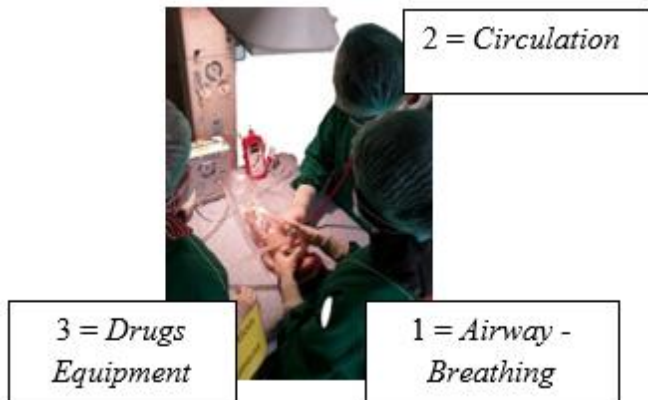
Persiapan Resusitasi

1. Persiapan Tim Resusitasi

Setiap persalinan harus dianggap sebagai resiko tinggi, sehingga perlu Tim yang memiliki kemampuan dalam melakukan resusitasi. Dibutuhkan komunikasi yang efektif antar Tim serta informasi tugas dan peran tim yang jelas. Hal ini diharapkan dapat mengurangi resiko terjadinya kesalahan dalam tindakan resusitasi (De Caen et al., 2015)

- a. Orang Pertama : Sebagai Leader / Pemimpin Tim
 - 1) Posisi : Tepat didepan kepala bayi baru lahir
 - 2) Dianggap paling terampil dan paling mampu
 - 3) Tugas utama : *airway* dan *breathing*

- b. Orang Kedua : Asisten Sirkulasi
 - 1) Posisi : sebelah kanan bayi baru lahir
 - 2) Tugas utama : sirkulasi, mendengarkan LDJ, mengatur PIP dan FiO, melakukan VTP
 - 3) Pemasangan umbilikal kateter
 - 4) Pemasangan *pulse oximetry*
- c. Orang Ketiga: Asisten Peralatan, Obat dan Cairan
 - 1) Posisi : sebelah kiri bayi baru lahir
 - 2) Tugas utama: penyiapan alat, penyiapan obat dan cairan, mengukur suhu, pemasangan monitor suhu.



Gambar 8.1. Posisi Tim Resusitasi

Keterangan :

Apabila penolong hanya 2 orang maka tugas orang ketiga dilakukan oleh orang kedua.

2. Pengenalan Faktor Resiko Ibu dan Bayi Baru Lahir
 - a. Faktor Resiko Pada iBu Sebelum Persalinan
 - 1) Ketuban pecah dini ≥ 18 jam
 - 2) Perdarahan pada trimester ke-2 dan ke-3

- 3) Tekanan darah tinggi (hipertensi) selama kehamilan
- 4) Hipertensi kronis
- 5) Penyalahgunaan obat
- 6) Mengonsumsi obat (seperti lithium, magnesium, penghambat adrenergik dan narkotika)
- 7) Diabetes mellitus
- 8) Penyakit kronik (anemia, penyakit jantung bawaan sianotik)
- 9) Demam
- 10) Infeksi
- 11) Korioamnionitis
- 12) Abortus habitualis
- 13) Tidak pernah atau tidak rutin melakukan pemeriksaan kehamilan

b. Faktor Resiko Janin Sebelum Persalinan

- 1) Kehamilan multiple
- 2) Prematur
- 3) Lebih bulan (pada usia kehamilan >41 minggu)
- 4) Besar masa kehamilan (large for gestational age)
- 5) Pertumbuhan janin melambat
- 6) Penyakit hemolitik autoimun (misalnya anti-D, anti-Kell, terutama bila ada anemia/hidrops fetalis.
- 7) Polihidramnion dan oligohidramnion.

- 8) Pergerakan janin berkurang sebelum lahir.
 - 9) Kelainan bawaan yang memengaruhi pernapasan, fungsi kardiovaskular, atau proses trance.
 - 10) Infeksi intrauterin.
 - 11) Hidrops fetalis.
 - 12) Presentasi bokong.
 - 13) Distosia bahu.
- c. Faktor Resiko Ibu Pada Waktu Persalinan (Intrapartum)
- 1) Pola detak jantung yang mencurigakan pada kardiogram.
 - 2) Presentasi abnormal.
 - 3) Prolaps tali pusat.
 - 4) Persalinan/kala 2 memanjang.
 - 5) Persalinan yang sangat cepat.
 - 6) Perdarahan antepartum (misal solusio plasenta, plasenta previa, vasa previa)
 - 7) Cairan ketuban bercampur mekonium.
 - 8) Pemberian anestesi untuk meredakan rasa nyeri ibu dalam waktu 4 jam setelah melahirkan.
 - 9) Kelahiran dengan forseps.
 - 10) Kelahiran dengan vakum.
 - 11) Penerapan anestesi umum pada ibu.
 - 12) Seksio sesaria emergency.

3. Persiapan Lingkungan Resusitasi
 - a. Ruangan Resusitasi
 - 1) Hangat
 - 2) Ukuran ruangan cukup untuk tim melakukan resusitasi
 - 3) Cukup terang
 - 4) Letak ruangan yang berdekatan dengan ruang bersalin
 - b. Tempat Resusitasi
 - 1) Permukaan datar
 - 2) Ketinggian meja 90cm dengan alas kain kering dan bersih
 - 3) Dilengkapi pemancar panas
 - 4) Tidak dibawah pendingin ruangan
4. Persiapan Alat Resusitasi

Tabel 8.1. Persiapan Alat Resusitasi

Komponen Resusitasi	Fasilitas Lengkap	Fasilitas Terbatas
Termoregulasi	<i>Infant warmer</i>	Meja resusitasi dengan suhu ruangan 26°C dan diberi lampu 40/60/80 watt
Penghisap	<i>Suction unit</i>	<i>Midwifery suction catheter</i>
Ventilasi	CPAP dini pada bayi sesak	
	<i>T-piece resuscitator</i>	<i>Jackson-Rees</i>
	VTP dini pada bayi apneu	
	<i>T-piece resuscitator</i>	Balon sungkup dengan katup PEEP
	Mencampur O ₂ 100% dengan udara bertekanan	

	Oxygen Blender	Tabung oksigen dan udara yang disambungkan dengan <i>Y-Connector</i> <i>Oxygen concentrator</i> dan kompresor Tabung oksigen / oksigen konsentrator + <i>mini compressor</i>
Sirkulasi	Pemasangan jalur umbilikal emergensi sementara	
	Kateter umbilikal	Oral Gastric Tube
Transportasi	Inkubator transpor	Metode kanguru
Pelengkap	<i>Pulse oxymeter</i>	<i>Pulse oxymeter</i> harus tetap disediakan

5. Pencegahan Infeksi Pada Saat Melakukan Resusitasi
 - a. *Hand Hygiene*
 - b. Perlindungan diri
 - c. Sterilisasi alat

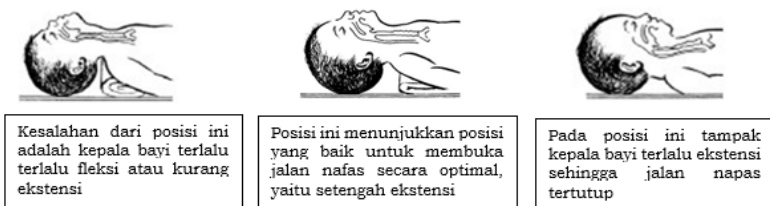
Langkah Resusitasi

1. Penilaian Awal, Langkah Awal dan *Airway*

Memastikan bayi tetap hangat :

- a. Melakukan resusitasi awal di bawah pemancar panas / lampu
- b. Menggunakan plastik dan topi

Membuka jalan napas :



Gambar 8.2. Posisi Kepala Bayi

Catatan: Jika ada upaya pernapasan tetapi tidak menghasilkan ventilasi yang efektif (denyut jantung <100x/menit), maka:

- a. Jalan napas mungkin ada hambatan
- b. Perbaiki jalan napas termasuk memposisikan kepala agar mulut terbuka, atau pada beberapa kasus diperlukan penghisapan lender.

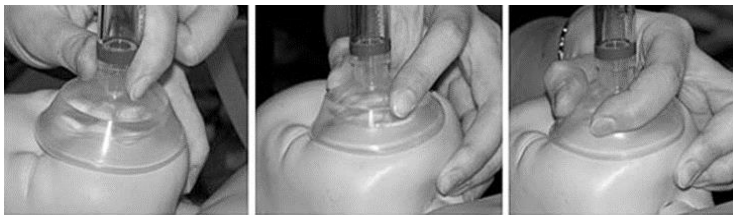
2. *Breathing*

Sungkup yang melekat erat pada wajah bayi sangat penting untuk keberhasilan resusitasi neonatus :

- a. Ukuran sungkup yang tepat
- b. Cara memegang sungkup yang benar.



Gambar 8.3. Ukuran Sungkup



Gambar 8.4. Cara Memegang Sungkup

Jika perlekatan sungkup sudah benar, maka lakukan ventilasi tekanan positif (VTP) 20-30 kali per 30 detik

Efektivitas melakukan Ventilasi Tekanan Positif (VTP):

- a. Peningkatan frekuensi denyut jantung diatas 100 x/menit
- b. Pengembangan dinding dada dan abdomen atas setiap inflasi
- c. Perbaiki oksigenasi

Tabel 8.2. Observasi Pernapasan

Hasil Observasi	Tindakan
Tidak ada usaha napas <i>Heart Rate</i> <100 bpm	Teruskan ventilasi tekanan positif (VTP)
Usaha napas tidak baik <i>Heart Rate</i> >100 bpm	CPAP
Usaha napas baik <i>Heart Rate</i> > 100 bpm	Perawatan post resusitasi
Tidak ada usaha napas <i>Heart Rate</i> < 60 bpm	VTP + kompresi dada

Perbaiki Saturasi Oksigen :

- a. Penilaian terbaik saturasi oksigen menggunakan pulse oxymetri, bukan penilaian visual
- b. Hasil penelitian menunjukkan survival rate meningkat pada neonatus saat diberikan resusitasi dengan udara ruangan dibandingkan dengan menggunakan 100% oksigen
- c. Upaya yang baik terlihat ketika pernapasan baik dan detak jantung 100x / menit, kemudian tunggu 5- 10 menit sampai bayi terlihat pink
- d. Jika tidak ada usaha pernapasan dan detak jantung menurun, berikan VTP 100 dan oksigen, tetapi berikan segera dengan oksigen rendah.

Tabel 8.3. Target Saturasi Oksigen Selama Resusitasi

Waktu Setelah Lahir	Target Saturasi Oksigen Selama Resusitasi
1 menit	60 – 70
2 menit	65 – 85
3 menit	70 – 90
4 menit	75 – 90
5 menit	80 – 90
10 menit	85 – 90

3. *Circulation*

Indikasi melakukan kompresi dada, adalah :

- a. Laju denyut jantung < 60x/menit meskipun telah melakukan VTP yang adekuat dengan O₂ selama 30 detik
- b. Miokardium tidak mampu berkonsentrasi cukup kuat untuk memompa darah ke paru-paru, maka perlu melakukan pompa jantung secara mekanis terus menerus sampai miokardium menjadi cukup oksigen untuk memulihkan fungsi yang adekuat.

Teknik Kompresi Dada :

- a. Teknik ibu jari : kompresi dada dilakukan dengan menggunakan ujung ibu jari, jari-jari yang lain melingkari dada.
- b. Teknik dua jari : kompresi dada dilakukan dengan ujung dua jari (jari tengah dan jari telunjuk), tangan yang satunya digunakan untuk menopang di punggung bayi.



Gambar 8.5. Teknik Ibu Jari



Gambar 8.6. Teknik Dua Jari

4. *Drug and Fluid*

Pemberian obat dan cairan tidak menghentikan VTP dan kompresi dada.

Rute pemberian obat dan cairan :

- a. Rute pemberian obat dan cairan : vena umbilikal
- b. Rute alternatif : EET dan vena perifer

Jenis Obat dan Cairan :

Cairan pengganti volume darah (volume expanders) yaitu Kristaloid Isotonik; NaCL (Vanden Hoek et al., 2010)

Stabilisasi Pasca Resusitasi

1. *Sugar and Safe Care*

- a. Menstabilkan kadar gula darah pada bayi baru lahir.
- b. Pada tahap awal kehidupan neonatal, penyerapan nutrisi berhenti setelah tali pusat dipotong.
- c. Bayi baru lahir membutuhkan asupan nutrisi sebagai upaya mempertahankan glukosa.
- d. Glukosa yang cukup diperlukan untuk melanjutkan metabolisme sel, terutama di sel-sel otak.
- e. Target gula darah : 50-110 mg/dl
- f. Bila terjadi hipoglikemia, maka :

- g. Pemberian cairan bolus D10% 2cc/kg
- h. Pasang akses intravena
- i. Pasang infus D10% dengan target GIR 4-6 mg/kg/menit

2. *Temperature*

Bayi yang paling rentan terjadi hipotermi adalah bayi dengan kondisi :

- a. Premature / BBLR
- b. Kecil Masa Kehamilan (KMK)
- c. Resusitasi berkepanjangan
- d. Bayi sakit
- e. Lain-lain, seperti gastroschisis / defek spinal

Temperature tubuh bayi (neonatus) berdasarkan klasifikasi hipotermia :

- a. Ringan : 36,4°C - 36°C
- b. Sedang 35,9°C - 32°C
- c. Berat < 32°C

3. *Airway* (Pernapasan)

Upaya dilakukan untuk membuka alveoli selama resusitasi, tetapi alveoli tidak sepenuhnya terbuka setelah resusitasi, maka nilai dan catat :

- a. Laju napas (frekuensi napas)
- b. Usaha napas :
 - 1) Kualitas air entry pada auskultasi
 - 2) Retraksi – lokasi, keparahan
 - 3) Merintih/grunting, napas cuping hidung

- 4) Apnea : frekuensi, lama, laju jantung dan saturasi O₂ selama apnea, hilang sendiri atau perlu stimulasi
 - c. Kebutuhan O₂
 - d. Saturasi O₂
 - e. Gas darah : jika membutuhkan O₂ atau curiga syok (jika ada)
4. *Blood Pressure*
- a. Pemantauan terjadinya syok
 - b. Syok terjadi akibat adanya gangguan perfusi dan oksigenasi
 - c. 3 jenis syok:
 - 1) Hipovolemia (tersering pada neonates)
 - 2) Kardiogenik
 - 3) Septik
 - d. Penyebab :
 - 1) Kehilangan darah saat intrauterine/ persalinan
 - 2) Kehilangan darah setelah lahir
 - 3) Dehidrasi
5. *Lab Work*
- Dilakukan pada bayi yang berisiko kemungkinan terjadinya infeksi:
- a. KPD > 18 jam
 - b. Ibu dengan riwayat korioamnionitis
 - c. Ibu sakit (infeksi) menjelang persalinan misalnya: keputihan, diare, suhu ibu > 38°C, persalinan premature, bayi dengan riwayat gawat janin

6. *Emotional Support*

- a. Beri penjelasan bila kondisi bayi mengalami permasalahan saat lahir, tindakan yang akan dilakukan.
- b. Dukungan emosional bagi orang tua atau keluarga bayi sangat penting karena ketika kondisi tidak sesuai dengan yang diharapkan, keadaan bisa menjadi emosional.
- c. Bila kondisi ibu memungkinkan, berikan kesempatan ibu untuk melihat bayinya, anjurkan ibu dan ayah untuk *bonding* dengan bayi (Nurjannah, 2018).

Daftar Pustaka

- De Caen, A. R., Berg, M. D., Chameides, L., Gooden, C. K., Hickey, R. W., Scott, H. F., Sutton, R. M., Tijssen, J. A., Topjian, A., Van Der Jagt, É. W., Schexnayder, S. M., & Samson, R. A. (2015). Part 12: Pediatric advanced life support: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18), S526–S542. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000266>
- Department of Maternal, Newborn, Health, C. and A. (2016). *Standards For Improving Quality Of Maternal And Newborn Care In Health Facilities*.
- Nurjannah, S. (2018). Sumber Daya Dalam Manajemen Asfiksia Pada Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif Di Kabupaten Demak. *Jurnal Kebidanan*, 7(2), 161–165. <https://doi.org/10.26714/jk.7.2.2018.161-165>
- Shahabuddin, A. S. M., Delvaux, T., Abouchadi, S., Sarker, M., & De Brouwere, V. (2015). Utilization of maternal health services among adolescent women in Bangladesh: A scoping review of the literature. *Tropical Medicine & International Health : TM & IH*, 20(7), 822–829. <https://doi.org/10.1111/TMI.12503>
- Vanden Hoek, T. L., Morrison, L. J., Shuster, M., Donnino, M., Sinz, E., Lavonas, E. J., Jeejeebhoy, F. M., & Gabrielli, A. (2010). Part 12: Cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(SUPPL. 3), S829–S861. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971069>

Profil Penulis



Senditya Indah Mayasari, S.SiT., M.Kes

Lahir di Malang, 15 Juni 1986. Telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo tahun 2008 dan melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak pada tahun 2016 dan lulus pada tahun 2018 di Institut Ilmu Kesehatan STRADA. Bekerja di STIKES Widyagama Husada Prodi DIII Kebidanan sejak tahun 2008 sebagai dosen tetap hingga saat ini. Mata kuliah yang diampu sebagai dosen antara lain mata kuliah ASKEB Nifas dan Menyusui; ASKEB Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Maternal Homecare (Asuhan Komplementer).

Email Penulis:

senditya.mayasari@widyagamahusada.ac.id

OBAT-OBATAN EMERGENCY DI LINGKUP KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

apt. Ayu Rahmawati, M.Farm
Universitas Muhammadiyah Riau

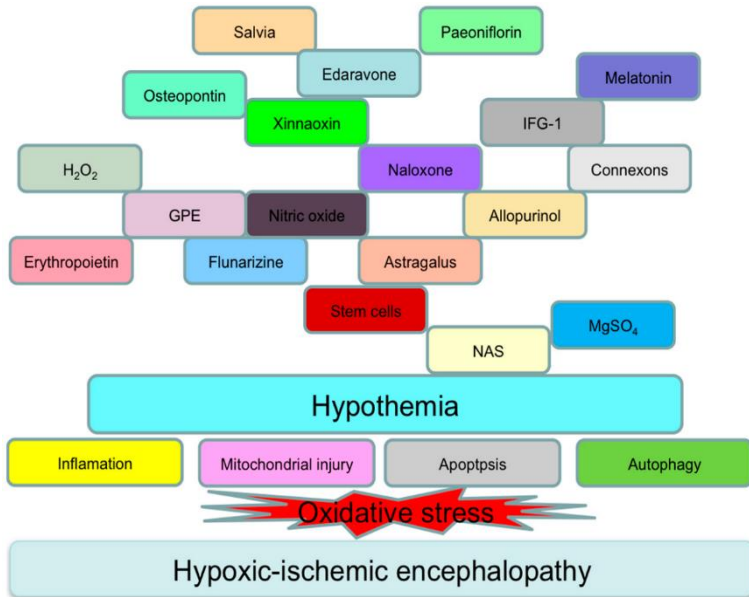
Emergency Neonatal

1. Ensefalopati Hipoksik-Iskemik (HIE)

Asfiksia perinatal atau ensefalopati hipoksik-iskemik (HIE) merupakan cedera otak akut akibat asfiksia yang disebabkan oleh penurunan aliran darah ke otak/(*Cerebral Blood Flow*) dan/atau hipoksia sistemik (Medscape, 2022c). Perawatan hipotermi menjadi terapi standar untuk neonatus yang mengalami asfiksia-ensefalopati hipoksik iskemik (HIE) (Escobar & Weiss, 2015). Pengobatan gentamisin dengan dosis dimodifikasi bersamaan dengan terapi hipotermia diperlukan pada pasien dengan HIE daripada hanya menerima terapi hipotermia saja (Choi & Park, 2018). Tercatat sekitar 50% kasus kejang terjadi pada neonatus, 24 jam awal kehidupannya, yang mengalami hipotermia, sehingga kejang itu harus segera ditangani menggunakan obat anti kejang . Dosis gentamisin yang digunakan 2.5mg/kgBB setiap 8 jam dengan tetap melakukan pemantauan terapi obat dan memonitoring fungsi dari organ ginjal. Antikonvulsan (fenobarbital, fenitoin, atau lorazepam)

diberikan sejak dini pada pasien HIE untuk menghindari timbulnya kejang.

Dosis awal pemberian fenobarbital 20 mg/kgBB dan dosis fenitoin dengan dosis 20 mg/kgBB, namun masih tercatat adanya kejang berulang setelah bolus awal salah satu obat tersebut. Dosis awal levetiracetam juga bisa digunakan pada kejang neonatus dengan dosis 40 mg sampai 60 mg/kgBB. Kejang yang muncul berulang bisa dilakukan penyesuaian peningkatan dosis (Glass, 2018). Selama dekade terakhir, secara mendalam penyelidikan pendekatan multi tager belum diteliti, dimana target intervensi tersebut: jalur peradangan, apoptosis, dan autofagi yang disertai dengan stres oksidatif pada gambar 1. Pemberian sediaan eritropoetin aman untuk otak neonatus dengan dosis awal pada 12 jam pertama kehidupan 1000 sampai 1500 U/kgBB (Zhao et al., 2016). Pemberian eritropoetin pada neonatus dengan *hypoxic-ischemic encephalopathy* tidak menimbulkan resiko kematian / gangguan perkembangan saraf dibandingkan dengan plasebo (Wu et al., 2022). Melatonin dosis 10 mg/kgBB kali 5, dapat diberikan bersamaan dengan perawatan hipotermi pada neonatus cukup bulan yang mengalami asfiksia dan melatonin dapat memperbaiki cedera pada otak (Aly et al., 2015).



Gambar 9.1. Target intervensi stres oksidatif pada *hypoxic- ischemic encephalopathy* (HIE) (Zhao et al., 2016)

2. Ikterus patologis

Terjadinya *Neonatal jaundice* atau *neonatal hyperbilirubinemia* akibat adanya peningkatan total serum bilirubin (TSB) yang bermanifestasi terhadap perubahan warna kekuningan pada kulit, sklera, dan membran mukosa (Gale et al., 2001). Ikterus dalam banyak kasus merupakan ikterus fisiologi, yang dapat sembuh dengan sendiri tanpa pengobatan, sedangkan ikterus patofisiologis merupakan bentuk yang lebih parah dari ikterus. Pemerian D-penicillamine, fenobarbital dan clofibrate mungkin terbukti bermanfaat, metalloporphyrins menghambat katabolisme heme dan produksi bilirubin dalam memberikan intervensi farmakologis untuk pengobatan ikterus neonatal. Keamanan dan kemanjuran terapi ini perlu dikonfirmasi sebelum digunakan secara luas (Dennery, 2002).

Fototerapi merupakan terapi utama untuk NNJ. Clofibrate, injeksi intravena imunoglobulin, albumin manusia dan fenobarbital memiliki bukti terbatas untuk terapi *neonatus jaundice* (Bagou et al., 2022; Wan et al., 2017). Dosis 25 mg/kgBB clofibrate memberikan efek secara efektif untuk mengurangi *Total Serum Bilirubin* (TSB) pada neonatus dengan cukup bulan (Eghbali et al., 2022). Pemerian clofibrate dengan dosis 50 mg/kg untuk *neonatus jaundice* (Glass, 2018). Glucuronosyltransferase diinduksi oleh adanya clofibrate sehingga membuat peningkatan eliminasi bilirubin pada neonatus lahir dengan cukup bulan yang mengalami hiperbilirubinemia. Pemberian klofibrat secara oral dengan dosis tunggal 100 mg/kgBB dapat diberikan bersamaan dengan fototerapi (Mohammadzadeh et al., 2005). Dosis oral fenofibrate 10 mg/kgBB dosis tunggal bersama fototerapi lebih efektif daripada fenobarbital sediaan oral dosis 3 mg/kgBB untuk terapi ini (El-Frary et al., 2016). Pemberian kapsul probiotik *Clostridium butyricum* secara oral bersama dengan *blue light irradiation* pada *neonatal jaundice* dapat dengan cepat menurunkan kadar bilirubin total serum bila dibandingkan kelompok kontrol yang hanya menerima *blue light irradiation* (KE et al., 2021).

Emergency Maternal

1. Abortus

Penanganan medis untuk kejadian setelah keguguran berbeda-beda, tergantung jenis kegugurannya. Abortus komplit tidak memerlukan penanganan medis. Abortus insipiens, abortus inkomplit, dan *missed abortion* memerlukan adanya penanganan medis. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia mendukung untuk penggunaan aspirasi

vakum atau penggunaan obat-obat (medikamentosa). Abortus imminens, dalam pemberian obat, digunakan golongan sedatif, phenobarbital 30-120 mg/hari secara per oral dengan dosis terbagi 2 atau 3, dosis sehari tidak lebih dari 400 mg, dosis codein 15-60 mg secara oral setiap 4-6 jam, tidak lebih 360 mg per hari. Progesteron sebagai terapi hormon juga dapat diberikan. Abortus insipiens membutuhkan terapi oksitosin 20 unit pada infus RL dengan 40 tetes per menit. Abortus inkomplit harus segera diberi infus NaCl 09.% atau cairan ringer yang disusul dengan transfusi darah. Injeksi intramuskular ergotamin 0.2 mg atau misoprostol 400 µg perlu diberikan untuk mengurangi kontraksi otot rahim setelah kerokan. Abortus kompletus selama 2 minggu dapat diberikan sulfas ferosus dosis 600 mg per hari bila ditemukan adanya anemia sedang, namun bila terjadi anemia berat berikan transfusi berat (Maryunani dan Puspita, 2013).

Misoprostol dikontraindikasikan pada wanita hamil karena bersifat uterotropik dan menghasilkan kontraksi rahim (Wells et al., 2015). Dosis tunggal misoprostol 600µg dosis tunggal peroral atau 400 µg untuk abortus keguguran inkomplit pada kehamilan kecil dari 13 minggu. Penggunaan misoprostol 400 µg setiap 3 jam. *Missed abortion* menggunakan misoprostol dosis 600 µg secara sublingual atau 800 µg per vaginam untuk kehamilan sebelum 13 minggu. Kehamilan setelah 13 minggu, untuk kasus keguguran inkomplit menggunakan misoprostol 400 µg setiap 3 jam hingga terjadi ekspulsi melalui bukal, sublingual, atau pervaginam-bila tidak perdarahan pervaginam. Setelah 13 minggu kehamilan pada kasus *missed abortion* menggunakan dosis misoprostol 400 µg setiap 4-6 jam hingga terjadi ekspulsi secara sublingual atau pervaginam (bila tidak

ditemukan adanya perdarahan pervaginam) (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Pada aborsi medis, dosis minimum mifepristone yang efektif adalah 100 mg karena memiliki efektifitas yang sama pada dosis 200 mg pada kehamilan hingga 56 hari (Kapoor et al., 2014).

Abortus imminens, memerlukan progesteron untuk mengurangi kerentanan pada otot rahim, dengan dosis 10 mg sehari. Obat fenobarbital dapat diberikan sebagai penenang sebanyak tiga kali sehari 30 mg. Keguguran yang tak dihindari perlu pemberian injeksi ergotamin 0.5mg secara intramuskular bila terjadi pada kehamilan kurang dari 12 minggu. Keguguran yang tak dihindari yang terjadi pada kehamilan lebih dari 12 minggu perlu pemberian infus oksitosin dosis 10 IU dalam dekstrosa 5% 500 ml dengan tetesan per menit sebanyak 8 tetes kemudian dinaikkan hingga terjadi abortus komplit. Kehamilan inkomplit, perlu diberikan cairan infus NaCl 0.9% / ringer laktat bila terjadi syok karena perdarahan, kemudian pemberian injeksi ergotamin 0.2 mg secara intramuskular bila syok telah ditangani. Abortus komplit yang mengalami anemia, berikan sulfas ferosus (Irani, 2005). Dosis sulfas ferosus untuk pengobatan anemia 100-200 mg per oral dua kali sehari setiap 12 jam atau gunakan sekali sehari pada jenis sediaan *extended release* (Medscape, 2022a).

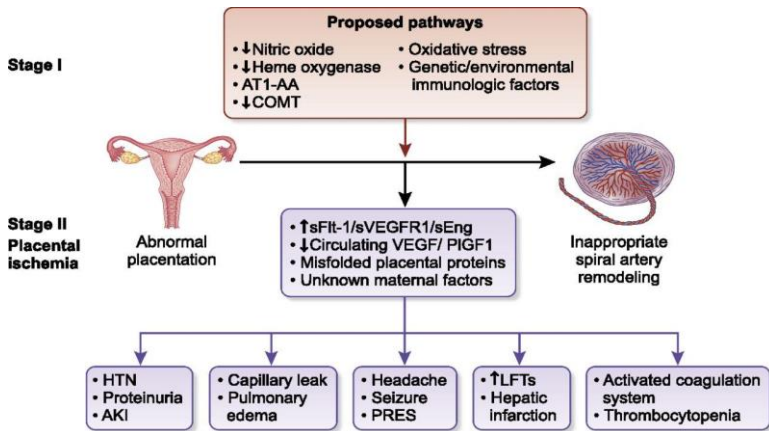
Antibiotik Profilaksis

Perlu adanya pemberian antibiotik profilaksis, seperti doksisisiklin, azitromisin, atau metronidazol, sebelum prosedur aspirasi vakum dan dilatasi dan evakuasi dilakukan (Kementerian Kesehatan RI, 2020). *American College of Obstetricians* merekomendasikan pemberian antibiotik sefalosporin generasi pertama, kedua, atau ketiga, namun tidak untuk pasien yang

sensitif terhadap β -laktam. Pemberian dosis tunggal antibiotik profilaksis metronidazole (500 mg per oral) dan doksisisiklin (200 mg per oral) sebelum operasi, efektif digunakan pada pasien dengan hipersensitivitas β -laktam. Pemberian antibiotik ini bertujuan untuk mengurangi tingkat infeksi setelah operasi (Dipiro et al., 2014).

2. Pre-eklamsi

Pre-eklamsi / kehamilan gestasional merupakan gangguan pada ibu hamil yang serius serta mempengaruhi semua organ tubuh yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan, onset dini preeklamsia terjadi sebelum minggu 34 minggu, dengan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan/atau 90 mmHg atau lebih tekanan darah diastolik, dapat dilihat pada gambar 2. Tekanan darah ini hanya terjadi saat ibu hamil dan sebelum kehamilan memiliki tekanan darah normal (Gynecologists, 2022).



Gambar 9.2. Patogenesis preeklamsia (Phipps et al., 2016)

Dosis injeksi intravena hidralazin dan injeksi intravena labetalol dapat digunakan sebelum induksi persalinan bila tercatat tekanan darah diastolik lebih besar dari 105 mmHg (target tekanan darah diastolik

95 sampai 105 mmHg) (Wells et al., 2015). Dosis awal injeksi IV/IM hidralazin hidroklorida 5-10 mg, kemudian 5-10 mg setiap 20-30 menit, atau infus IV 0,5-10 mg per jam (Medscape, 2022b). Dosis awal injeksi labetalol intravena 20mg, kemudian setiap 10 menit 40-80 mg injeksi intravena, dosis total tidak lebih dari 300 mg (Medscape, 2022d).

Aspirin dosis 75-81 mg/hari, dapat digunakan untuk mengurangi risiko preeklamsia ibu hamil dengan resiko preeklamsia setelah 12 minggu sebesar 17%. Penurunan sebesar 48% kejadian resiko pre-eklamsia saat pemberian kalsium dosis 1-2 g per hari (Wells et al., 2015). Terapi lini pertama untuk pre-eklamsi (Phipps et al., 2016)

Drug	Dose	Adverse Events in Pregnancy	Comments
Methyldopa (PO)	500 mg to 3 g in two divided doses	Peripheral edema, anxiety, nightmares, drowsiness, dry mouth, hypotension, maternal hepatitis, no major fetal adverse events	Contraindicated in depression
Labetalol (PO)	100–1200 mg/d in two to three divided doses	Persistent fetal bradycardia, hypotension, neonatal hypoglycemia, asthma	Risk of bronchospasm, bradycardia
Labetolol (IV)	10–20 mg; repeat 20–80 mg iv every 30 min or 1–2 mg/min; maximum of 300 mg/d	Persistent fetal bradycardia, hypotension, neonatal hypoglycemia, asthma	Avoid in asthma or heart failure
Nifedipine (PO)	30–120 mg/d	Hypotension and inhibition of particularly if used in combination with magnesium sulfate	Contraindicated in aortic stenosis; Immediate release nifedipine not recommended
Hydralazine (PO)	50–300 mg/d in two to four divided doses	Hypotension, neonatal thrombocytopenia, lupus-like syndrome, tachycardia	Flushing, headache
Hydralazine	5–10 mg iv/im; may repeat every 20–30 min to a maximum of 20 mg	Tachycardia, hypotension, headache, fetal distress	Hypotension and inhibition of labor, especially when combined with magnesium sulfate
Nicardipine (IV)	Initial: 5 mg/h increased by 2.5 mg/h every 15 min to a maximum of 15 mg/h	Headache, edema, tachycardia	Increased risk of hypotension and inhibition of labor, especially when combined with magnesium sulfate
Nitroprusside (IV)	0.3–0.5 to 2 µg/kg per minute; maximum duration of 24–48 h	Risk for fetal cyanide toxicity	Use >4 h and dose >2 µg/kg per minute associated with increased risk of cyanide toxicity; use only as a last resort

PO, oral; IV, intravenous.

Gambar 9.3. Pilihan obat lini pertama pengobatan preeklamsia

Aspirin dengan dosis dibawah 300 mg mencegah preeklamsia. Pemberian aspirin sebelum usia kehamilan 16 minggu dapat menurunkan kejadian pre-eklamsi sebesar 10%. Pemberian dosis 150 mg aspirin pada malam hari sebelum usia kehamilan 16 minggu dapat mengurangi kejadian preeklamsi sebesar 62% (Rolnik et al., 2020). Dosis harian aspirin besar dari 100 mg yang diberikan pada usia kehamilan sebelum 16 minggu dapat mengurangi resiko preeklampsia prematur (Roberge et al., 2018). Resiko perubahan preeklamsia menjadi eklamsi bisa dikurangi dengan pemberian magnesium sulfat dengan dosis awal 6g dan *maintenance dose* 2g/jam *continuous iv solution* (Landon et al., 2018). Gambar 4 di bawah ini menjelaskan kapan terapi dimulai dan kapan terapi dikatakan berhasil sesuai dengan beberapa sumber professional organisasi untuk obgyn.

Pemberian magnesium sulfat 6 g intravena pada wanita hamil dengan preeklampsia berat mengakibatkan penurunan indeks Doppler arteri umbilikalis, arteri uterina, dan arteri serebral tengah janin dengan penurunan resistensi terhadap aliran darah di pembuluh tersebut.

Table 2. BP targets

Society	When to Start Treatment	Treatment Goals
ACOG (89)	$\geq 160/105$ for chronic HTN or $160/110$ for gestational HTN or preeclampsia	120–160/80–105 for chronic HTN
SOGC (90)	BP lowered to $<160/110$ in severe HTN or BP of 140–159/90–109 for nonsevere HTN with comorbid conditions	130–155/80–105 for nonsevere HTN without comorbid conditions ^a or $<140/90$ nonsevere HTN with comorbid conditions
NICE (www.nice.org.uk/guidance/cg107)	$>150/100$ for uncomplicated chronic HTN/gestational HTN/preeclampsia or $>140/90$ for target organ damage secondary to chronic HTN	$<150/100$ but diastolic BP >80 for chronic HTN or $<150/80–100$ for gestational HTN and preeclampsia
SOMANZ (91)	$\geq 160/110$ for mild to moderate HTN or $\geq 170/110$ for severe HTN	None recommended
ISSHP (92)	160–170/110 for preeclampsia	None recommended

Numbers indicate systolic BP/diastolic BP in millimeters of mercury. ACOG, American College of Obstetrics and Gynecology; HTN, hypertension; SOGC, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; SOMANZ, Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand; ISSHP, International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy.

^aComorbid conditions: pregestational type 1 or 2 diabetes mellitus or kidney disease.

Gambar 9.4. Target pengobatan (Phipps et al., 2016)

3. Pengobatan Perdarahan Postpartum / *Postpartum Hemorrhage* (PPH)

Dua komponen utama dalam perawatan pasien *post partum hemorrhage*, yakni: (a) resusitasi dan manajemen perdarahan obstetri dan, mungkin, syok hipovolemik dan (b) identifikasi dan manajemen penyebab yang mendasari perdarahan. Kedua komponen ini harus berjalan secara bersamaan dan sistematis untuk penanganan *postpartum hemorrhage*. Pada BAB ini, kita hanya membahas komponen pertama, yakni resusitasi dan manajemen perdarahan obstetri dan, mungkin, syok hipovolemik. *WOMAN Trial Collaborators* melaporkan hasil uji coba terkontrol placebo secara *randomized double-blind*, pemberian 1 g asam traneksamat dengan cara *slow intravenous injection* secara signifikan mengurangi kematian akibat *postpartum hemorrhage* pada perdarahan wanita yang dibandingkan dengan kelompok plasebo, sebanyak 155 dari 10.036 pasien dibandingkan 191 dari 9985 pasien pada kelompok plasebo. Tiga jam setelah melahirkan efek asam traneksamat lebih besar dibandingkan kelompok plasebo, 89 [1.2%] vs 127 [1.7%] (Shakur et al., 2017). Misoprostol dapat digunakan untuk mencegah *postpartum hemorrhage* bila oksitosin tidak ditemukan dengan dosis sekali sehari 600 mcg per oral semenit setelah melahirkan dan dilanjutkan dengan dosis 800 mcg (Wells et al., 2015). Pengobatan *Postpartum Hemorrhage* dengan menggunakan beberapa obat ini: injeksi oksitosin 10-30 IU, 100µg bolus intravena carbetocin, dosis 0.2-0.4 mg methylergometrine secara intramuskular, misoprostol dosis 600 – 1000 µg ke dalam rektum juga bisa digunakan untuk terapi tersebut (Feduniw et al., 2020).

Lakukan resusitasi awal dengan cairan kristaloid volume besar, baik normal saline (NS) atau Lactated Ringer's solution (LRS), melalui jalur intravena perifer. Cairan infus normal saline cocok digunakan untuk sebagian

besar obat. Melalui intravena perifer, lakukan resusitasi awal dengan normal saline (NS) atau larutan ringer laktat. Jika sejumlah besar kristaloid sedang dipanaskan, perubahan ke ringer laktat dapat dilakukan. Larutan yang mengandung dekstrosa, seperti dekstrosa 5%, tidak berperan dalam pengobatan *postpartum hemorrhage*. Cairan kristaloid sebanyak 4-5 L dapat menggantikan kehilangan 1L darah. Perubahan ini, bersamaan dengan penggunaan oksitosin, dapat menyebabkan edema perifer setelah *postpartum hemorrhage*. Ginjal yang sehat dengan mudah mengeluarkan kelebihan cairan ini. Gunakan infus awal terbuka lebar, dengan tujuan infus volume penggantian yang diperlukan selama beberapa menit, bukan jam. Jika penyebab perdarahan *postpartum hemorrhage* (hingga 1500mL) telah dihentikan, maka penggunaan infus kristaloid bisa digunakan. Transfusi darah *Packed Red Blood Cell* diperlukan apabila lebih 1500 mL darah hilang.

Berdasarkan hasil penelitian komparatif yang dilakukan secara *randomized trials* pada pasien *postpartum hemorrhage* menunjukkan bahwa oksitosin menjadi pilihan untuk profilaksis dan pengobatan (Gibbins et al., 2013). Oksitosin secara intravena sebanyak 20 U dalam 1 L normal saline dialir cepat atau sebanyak 10 IU secara intramiometrium dengan jarum tulang belakang jika akses intravena segera tidak tersedia (Bagou et al., 2022). *Postpartum hemorrhage* primer efektif diobati dengan menggunakan misoprostol dosis 800 µg per rektum (Lokugamage et al., 2001). *Postpartum hemorrhage* mengalami penurunan fibrinogen, sehingga perlu diberikan terapi fibrinogen pada 90 menit setelah mengalami perdarahan pada kehamilan lebih 24 minggu (Zaidi et al., 2020).

Daftar Pustaka

- Aly, H., Elmahdy, H., El-Dib, M., & All, E. (2015). Melatonin use for neuroprotection in perinatal asphyxia: a randomized controlled pilot study. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association. Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 35(3), 186–191. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.186>
- Bagou, G., Sentilhes, L., Mercier, F. J., Berveiller, P., Blanc, J., Cesareo, E., Dewandre, P.-Y., Douai, B., Gloaguen, A., Gonzalez, M., Le Conte, P., Le Gouez, A., Madar, H., Maisonneuve, E., Morau, E., Rackelboom, T., Rossignol, M., Sibiude, J., Vaux, J., ... Chauvin, A. (2022). Guidelines for the management of urgent obstetric situations in emergency medicine, 2022. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 41(5), 101127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.accpm.2022.101127>
- Choi, D. W., & Park, J. H. (2018). Effect of hypothermia treatment on gentamicin pharmacokinetics in neonates with hypoxic-ischaemic encephalopathy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 484–492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpt.12711>
- Dennerly, P. A. (2002). Pharmacological interventions for the treatment of neonatal jaundice. *Seminars in Neonatology*, 7(2), 111–119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/siny.2002.0098>
- Dipiro, J. T., Talbert, R. L., Yee, G. C., Matzke, G. R., Wells, B. G., & Posey, L. M. (2014). Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach, ed. *Connecticut: Appleton and Lange*, 4, 141–142.

- Eghbalian, E., Dehkordi, A. H., & Raeisi, R. (2022). The Effects of Clofibrate on Neonatal Jaundice: A Systematic Review. *International Journal of Preventive Medicine*, 13(3), 1–6. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_407_20
- El-Frargy, M., El-Sharkawy, H., & Attia, G. (2016). Therapeutic difference in some treatment modalities of jaundice in Egyptian neonates. *Journal of Clinical Neonatology*, 5(3), 162. <https://doi.org/10.4103/2249-4847.191248>
- Escobar, M. D., & Weiss, M. D. (2015). Hypoxic-Ischemic Encephalopathy A Review for the Clinician. *JAMA Pediatr*, 397–403. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2118582>
- Feduniw, S., Warzecha, D., Szymusik, I., & Wielgos, M. (2020). Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage - a systematic review. *Ginekologia Polska*, 91(1), 38–44. <https://doi.org/10.5603/GP.2020.0009>
- Gale, R., Seidman, D. S., & Stevenson, D. K. (2001). Hyperbilirubinemia and early discharge. *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 21(1), 40–43. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200487>
- Gibbins, K. J., Albright, C. M., & Rouse, D. J. (2013). Postpartum hemorrhage in the developed world: whither misoprostol? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(3), 181–183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.07.034>

- Glass, H. C. (2018). Hypoxic-Ischemic Encephalopathy and Other Neonatal Encephalopathies. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*, 24(1, Child Neurology), 57–71.
<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000557>
- Gynecologists, T. A. C. of O. and. (2022). *Preeclampsia and High Blood Pressure During Pregnancy*. The American College of Obstetricians and Gynecologists.
<https://www.acog.org/womens-health/faqs/preeclampsia-and-high-blood-pressure-during-pregnancy>
- Irani, S. (2005). Handbook of Obstetric and Gynecologic Emergencies. In *The Obstetrician & Gynaecologist* (Vol. 7, Issue 2).
<https://doi.org/10.1576/toag.7.2.140.27081>
- Kapoor, G., Salhan, S., Sarda, N., & Aggarwal, D. (2014). Minimal effective dose of mifepristone for medical abortion. *Journal of the Indian Medical Association*, 112(2), 96–99.
<http://europepmc.org/abstract/MED/25935963>
- KE, G., Abbas, S. H., Faheem, A., Zeeshan, M., Masud, R., Akram, M., Awais, Z., Muhammad, S., Raza, A., & Laique, T. (2021). Therapeutic Effect of Micro-Ecologics Combined with Blue Light Irradiation on Neonatal Jaundice: Randomized Control Trial. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(8), 2294–2296.
<https://doi.org/10.53350/pjmhs211582294>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman nasional asuhan pasca keguguran yang komprehensif. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
<https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/Pedoman Nasional APK Komprehensif.pdf>

- Landon, M. B., Driscoll, D. A., & Jauniaux, E. R. M. (2018). *Gabbe's Obstetrics Essentials: Normal & Problem Pregnancies*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.id/books?id=opxYDwAAQBAJ&hl=id>
- Lokugamage, A. U., Sullivan, K. R., Niculescu, I., Tigere, P., Onyangunga, F., Refaey, H. E., Moodley, J., & Rodeck, C. H. (2001). A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus Syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary postpartum hemorrhage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(9), 835–839. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080009835.x>
- Maryunani, A., & Puspita, E. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal* (Cetakan Pe). CV. TRANS INFO MEDIA.
- Medscape. (2022a). *ferrous sulfate*. Medscape. <https://reference.medscape.com/drug/slow-fe-fer-in-sol-ferrous-sulfate-342161>
- Medscape. (2022b). *Hydralazine*. Medscape. <https://reference.medscape.com/drug/apresoline-hydralazine-342400>
- Medscape. (2022c). *Hypoxic-Ischemic Encephalopathy*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/973501-overview>
- Medscape. (2022d). *Labetalol*. Medscape. <https://reference.medscape.com/drug/trandate-labetalol-342359>
- Mohammadzadeh, A., Frhat, A. S., & Iranpour, R. (2005). Effect of clofibrate in jaundiced term newborns. *Indian J Pediatr*, 72, 123–126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF02760695>

- Phipps, E., Prasanna, D., Brima, W., & Jim, B. (2016). Preeclampsia: Updates in pathogenesis, definitions, and guidelines. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(6), 1102–1113. <https://doi.org/10.2215/CJN.12081115>
- Roberge, S., Bujold, E., & Nicolaides, K. H. (2018). Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(3), 287-293.e1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.561>
- Rolnik, D., NICOLAIDES, K., & POON, L. (2020). Prevention of preeclampsia with aspirin. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.045>
- Shakur, H., Roberts, I., Fawole, B., Chaudhri, R., El-Sheikh, M., Akintan, A., Qureshi, Z., Kidanto, H., Vwalika, B., Abdulkadir, A., Etuk, S., Noor, S., Asonganyi, E., Alfirevic, Z., Beaumont, D., Ronsmans, C., Arulkumaran, S., Grant, A., Afsana, K., ... Faye, G. E. (2017). Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 389(10084), 2105–2116. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30638-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30638-4)
- Wan, A. S. L., Mat Daud, S., Teh, S. H., Choo, Y. M., & Kutty, F. M. (2017). Management of neonatal jaundice in primary care. *Malaysian Family Physician*, 11(2–3), 16–19.
- Wells, B. G., Dipiro, J. T., Schwinghammer, T. L., & DiPiro, C. V. (2015). Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. In *United State: McGraw-Hill Education*.

- Wu, Y. W., D, M., & H, M. P. (2022). Trial of Erythropoietin for Hypoxic–Ischemic Encephalopathy in Newborns. *The New England Journal of Medicine*, 387, 148–159. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2119660>
- Zaidi, A., Kohli, R., Daru, J., Estcourt, L., Khan, K. S., Thangaratinam, S., & Green, L. (2020). Early Use of Fibrinogen Replacement Therapy in Postpartum Hemorrhage—A Systematic Review. *Transfusion Medicine Reviews*, 34(2), 101–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tmr.2019.12.002>
- Zhao, M., Zhu, P., Fujino, M., Zhuang, J., Guo, H., Sheikh, I., Zhao, L., & Li, X. K. (2016). Oxidative stress in hypoxic-ischemic encephalopathy: Molecular mechanisms and therapeutic strategies. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(12). <https://doi.org/10.3390/ijms17122078>.

Profil Penulis



apt. Ayu Rahmawati, M.Farm

Penulis lahir pada tanggal 09 Juni 1990 di Kota Duri, Provinsi Riau. Penulis menyelesaikan sekolah jenjang SD, SMP, dan SMA di Kota Pekanbaru. Penulis memperoleh gelar Sarjana Farmasi di Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Riau, Riau tahun 2011. Penulis menyelesaikan Profesi Apoteker tahun 2013 dan Magister Farmasi tahun 2014. Pada tahun yang sama, 2014 sampai dengan sekarang, penulis berkesempatan bekerja pada salah satu klinik pratama di Kota Pekanbaru. Tahun 2015 sampai dengan 2019, penulis bekerja menjadi guru farmasi di SMK Kesehatan Farmasi Kota Pekanbaru. Pada tahun 2019 sampai dengan sekarang, penulis berkesempatan menjadi dosen tetap Program Studi Farmasi di Universitas Muhammadiyah Riau di Kota Pekanbaru. Penulis memiliki kepakaran di bidang Farmasi Klinis dan aktif melakukan penelitian. Sekarang, penulis sedang melakukan riset yang didanai oleh Muhammadiyah Pusat. Penulis aktif sebagai pengurus di organisasi profesi Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Provinsi Riau dari tahun 2007 sampai 2020.

Email Penulis: rahmawatiayu@umri.ac.id

KONSEP DAN APLIKASI BANTUAN HIDUP DASAR

Ns. Aldo Yuliano Mas Putra, S.Kep., MM
Universitas Perintis Indonesia

Pendahuluan

Kematian jantung mendadak atau *Sudden Cardiac Death* (SCD) menjadi hal yang menakutkan untuk banyak orang. Kematian akibat serangan jantung merupakan masalah kesehatan masyarakat utama di Dunia yang diperkirakan mencapai 15%–20% dari semua kematian. Meskipun tingkat resusitasi umumnya meningkat di seluruh dunia, mayoritas individu yang mengalami serangan jantung mendadak tidak akan bertahan. (Hayashi, Shimizu, & Albert, 2015).

Menurut laporan, serangan jantung tetap menjadi krisis kesehatan masyarakat. Ada lebih dari 356.000 henti jantung di luar rumah sakit (OHCA) setiap tahun di AS, hampir 90% diantaranya berakibat fatal. Insiden OHCA non-traumatis dari segala usia diperkirakan 356.461, atau hampir 1.000 orang setiap hari. Kelangsungan hidup setelah keluar dari rumah sakit setelah henti jantung yang diobati dengan Layanan Kegawatdaruratan Medis (EMS) sekitar 10% (Tsao et al., 2022). Data terbaru dari Sampel Rawat Inap di Amerika Serikat menunjukkan bahwa henti jantung terjadi pada 1:12.000 persalinan. Data dari Belanda menunjukkan kejadian nyaris meninggal ibu sebesar 1:141 di bangsal bersalin. Di antara kasus dengan

morbiditas ibu yang parah, ada adalah tingkat kematian kasus secara keseluruhan 1:53,6. Defisit pengetahuan dan keterampilan resusitasi yang buruk bisa menjadi kontributor utama. Terlepas dari masalah ini, data terbaru menunjukkan bahwa tingkat kelangsungan hidup hingga keluar dari rumah sakit setelah serangan jantung ibu mungkin setinggi 58,9%, jauh lebih tinggi daripada kebanyakan populasi yang ditemui (Jeejeebhoy et al., 2015).

Pada usia kehamilan 20 minggu (atau saat rahim mencapai tingkat umbilikus), rahim dapat menyebabkan sindrom kompresi aortocaval pada pasien yang berbaring telentang, yang mengakibatkan penurunan aliran balik vena ke jantung. Hal ini selanjutnya membatasi aliran darah ke plasenta, dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin. Kompresi dada pada wanita hamil juga dipersulit oleh tulang rusuk yang melebar, diafragma yang terangkat, obesitas, dan hipertrofi payudara. Akibatnya, operasi caesar perimortem dini (PMCS) direkomendasikan untuk mengurangi kompresi pada sistem vena, dan untuk meningkatkan kemungkinan kembalinya sirkulasi spontan (ROSC) (Dhayyat, Morris, Sj, Id, & Hardeland, 2020)

Hasil kehamilan yang merugikan (termasuk gangguan hipertensi kehamilan, diabetes gestasional, kelahiran prematur, dan kecil untuk usia kehamilan saat lahir terjadi pada 10% sampai 20% kehamilan (Tsao et al., 2022). Lebih dari 20.000 bayi dan anak-anak mengalami henti jantung setiap tahun di Amerika Serikat. Meskipun kelangsungan hidup dan hasil penilaian neurologis yang baik meningkat setelah IHCA pediatrik, tingkat kelangsungan hidup setelah OHCA pediatrik tetap buruk, terutama pada bayi. Rekomendasi untuk bantuan hidup dasar pediatrik (PBLIS) dan CPR pada bayi, anak-anak, dan remaja telah digabungkan dengan rekomendasi

untuk bantuan hidup lanjutan pediatrik (PALS) dalam satu dokumen pada Pedoman *American Heart Association* 2020 (Lavonas; et al., 2020).

Sementara di Indonesia data kematian akibat serangan jantung mendadak tidak diketahui secara pasti, angka kejadian henti jantung yang tidak terpantau jika terjadi di luar rumah sakit karena ketersediaan penolong yang lebih rendah dibandingkan di dalam rumah sakit dan kecepatan memberikan pertolongan di luar rumah sakit lebih rendah dibandingkan di dalam rumah sakit. (Cristy et al., 2022)

Etiologi Henti Jantung pada Maternal dapat terjadi akibat: Komplikasi Anestetik, Perdarahan, Penyakit Kardiovaskular, Obat-obatan, Embolik, Demam, Penyebab non Obstetrik dan Hipertensi. Aritmia jantung adalah salah satu komplikasi paling umum terjadi pada ibu hamil dengan penyakit jantung. Sementara mekanisme yang tepat untuk peningkatan beban aritmia selama kehamilan masih belum jelas, hal ini kemungkinan disebabkan oleh kombinasi perubahan hemodinamik dan hormonal. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi aritmia sejak dini untuk memandu manajemen dan pengobatan antepartum dan intrapartum (Lavonas; et al., 2020; Roldan et al., 2022)

Sedangkan Angka Kematian Bayi di Indonesia menunjukkan angka penurunan dengan Penyebab kematian neonatal terbanyak pada tahun 2021 adalah kondisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 34,5% dan asfiksia sebesar 27,8%, namun hingga saat ini masih belum mencapai target SDGs (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2021).

Dalam menghadapi kondisi kegawatdaruratan seperti saat terjadinya kecelakaan, tersedak dan sebagainya, menuntut individu atau kelompok yang menemukan

korban untuk memberikan pertolongan segera. Akan tetapi, jika penolong tidak mengetahui cara yang baik dan benar dalam memberikan bantuan hidup dasar maka bisa berakibat fatal pada korban. Karena, lebih baik mengetahui pertolongan pertama dan tidak memerlukannya daripada memerlukan pertolongan pertama tetapi tidak mengetahuinya penanganan korban di tempat kejadian merupakan hal yang sangat fatal (Irene & Watung, 2021).

Mata Rantai Keberhasilan Bantuan Hidup Dasar

IHCA



OHCA

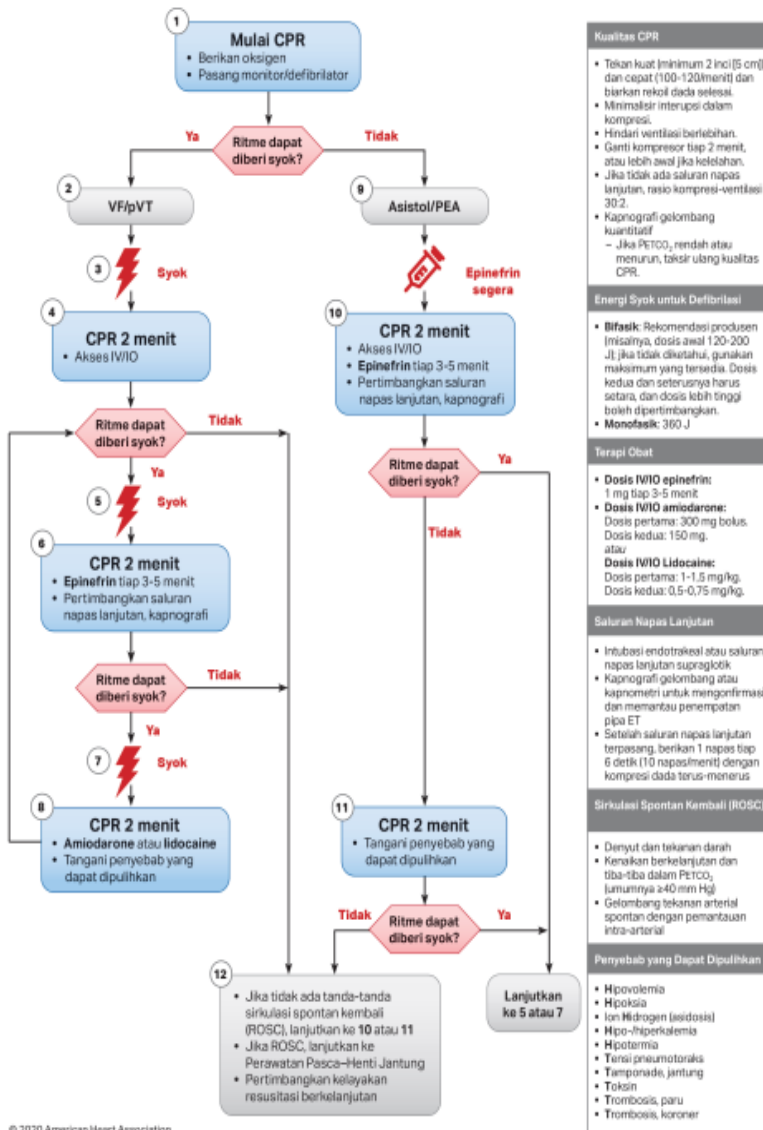


Gambar 10.1. Mata Rantai Keberhasilan BHD pada Orang Dewasa



Gambar 10.2. Mata Rantai Keberhasilan BHD pada Pediatrik (Lavonas; et al., 2020)

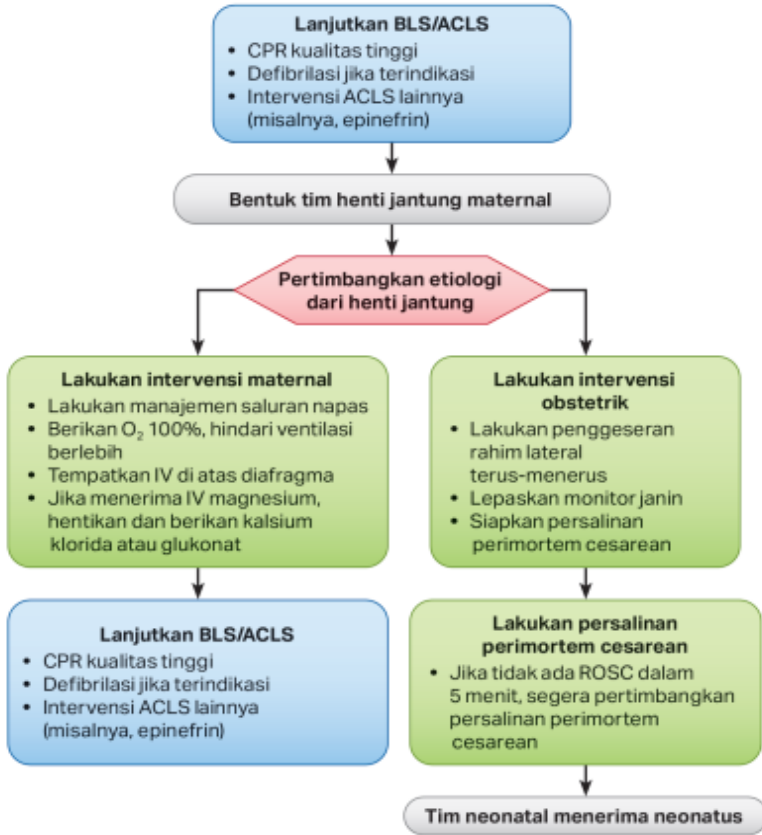
Algoritma Bantuan Hidup Dasar



© 2020 American Heart Association

Kualitas CPR
<ul style="list-style-type: none"> • Tekan kuat (minimum 2 inci [5 cm]) dan cepat (100-120/menit) dan biarkan recoil dada selesai. • Minimalisir interupsi dalam kompresi. • Hindari ventilasi berlebihan. • Ganti kompresor tiap 2 menit, atau lebih awal jika kelelahan. • Jika tidak ada saluran napas lanjutan, rasio kompresi-ventilasi 30:2. • Kapnografi gelombang kuantitatif <ul style="list-style-type: none"> - Jika P_{ETCO₂} rendah atau menurun, taksir ulang kualitas CPR.
Energi Syok untuk Defibrilasi
<ul style="list-style-type: none"> • Bifasik: Rekomendasi produsen (misalnya, dosis awal 120-200 J). Jika tidak diketahui, gunakan maksimum yang tersedia. Dosis kedua dan seterusnya harus setara, dan dosis lebih tinggi boleh dipertimbangkan. • Monofasik: 360 J
Terapi Obat
<ul style="list-style-type: none"> • Dosis IV/IO epinefrin: 1 mg tiap 3-5 menit • Dosis IV/IO amiodarone: Dosis pertama: 300 mg bolus. Dosis kedua: 150 mg, atau • Dosis IV/IO Lidocaine: Dosis pertama: 1-1,5 mg/kg. Dosis kedua: 0,5-0,75 mg/kg.
Saluran Napas Lanjutan
<ul style="list-style-type: none"> • Intubasi endotrakeal atau saluran napas lanjutan supraglotik • Kapnografi gelombang atau kapnometri untuk mengonfirmasi dan memantau penempatan pipa ET • Setelah saluran napas lanjutan terpasang, berikan 1 napas tiap 6 detik (10 napas/menit) dengan kompresi dada terus-menerus
Sirkulasi Spontan Kembali (ROSC)
<ul style="list-style-type: none"> • Demut dan tekanan darah • Kenaikan berkelanjutan dan tiba-tiba dalam P_{ETCO₂} (lunturnya >40 mm Hg) • Gelombang tekanan arterial spontan dengan pemantauan intra-arterial
Penyebab yang Dapat Dipulihkan
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipoksia • Ion Hidrogen (asidosis) • Hipo-/hiperkalemia • Hipotermia • Tensi pneumotoraks • Tamponade jantung • Toksin • Trombosis paru • Trombosis koroner

Gambar 9.4. Algoritma Henti Jantung Dewasa (Lavonas; et al., 2020)

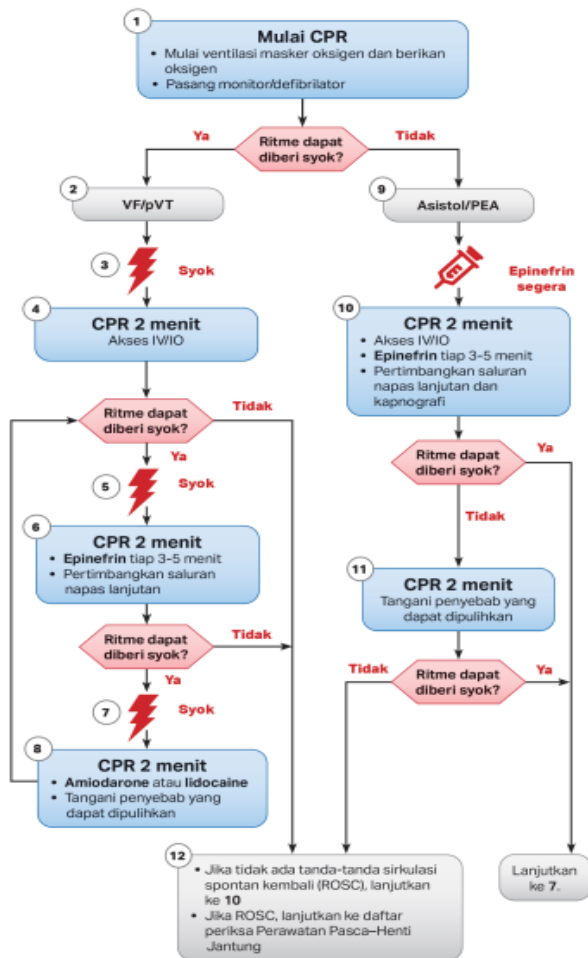


Gambar 9.5. Algoritma Henti Jantung pada Kehamilan di Rumah Sakit (Lavonas; et al., 2020)

Pada Resusitasi Ibu Hamil yang mengalami Henti Jantung maka perlu diperhatikan :

1. Perencanaan Tim dilakukan berkolaborasi dengan Layanan Obstetri, Neonatal, Darurat, Anestesi, Perawatan Intensif dan Henti Jantung.
2. Prioritas tindakan awal pada Ibu Hamil saat Henti Jantung yaitu Pemberian CPR berkualitas Tinggi dan Peringatan Kompresi Aortocaval dengan pergeseran rahim lateral.

3. Pertimbangan persalinan Perimortem Caesaria untuk meningkatkan hasil pada Maternal dan Janin.
4. Idealnya persalinan Perimortem Caesarea dilakukan dalam 5 menit tergantung pada sumberdaya dan set keterampilan yang ada.
5. Pemasangan Saluran Nafas Lanjutan menggunakan ETT dan memberikan nafas setiap 6 detik dengan kompresi dada terus menerus (Lavonas; et al., 2020).



Gambar 9.5 Algoritma Henti Jantung pada Anak (Lavonas; et al., 2020)

Rekomendasi Utama yang perlu dilakukan pada Resusitasi Bayi dan Anak diantaranya :

1. Untuk Bayi dan Anak-anak dengan denyut Nadi namun upaya nafas tidak ditemukan atau tidak memadai maka diberikan 1 Nafas setiap 2 – 3 detik (20 – 30x/ menit).
2. Saat melakukan CPR pada Bayi dan Anak – anak dengan saluran nafas lanjutan maka rentang laju pernafasan 1 napas setiap 2 – 3 Menit (20 – 30x/ menit).
3. Penggunaan ETT berbalon dan tidak berbalon sama-sama dapat diberikan pada resusitasi Bayi dan Anak-anak.
4. Penggunaan rutin tekanan krikoid tidak dianjurkan selama intubasi endotrakeal pada anak.
5. Pada pasien Anak dalam kondisi apapun, dosis awal Epinefrin diberikan dalam 5 menit sejak dimulainya kompresi dada.
6. Monitoring tekanan darah Diastolik untuk menilai keberhasilan resusitasi.
7. Mendeteksi dan Mengobati Kejang setelah ROSC.
8. Penderita Henti Jantung Pediatrik sebaiknya dievaluasi untuk mendapatkan Layanan Rehabilitasi.
9. Pasien dengan Kejut Septik perlu diberikan Bolus Cairan 10 – 20 ml/Kg dan dinilai ulang.
10. Pada bayi dan anak-anak dengan kejut septik refrakter cairan, Epinefrin atau Norepinefrin perlu digunakan sebagai infus vasoaktif awal.
11. Untuk bayi dan anak – anak dengan kejut septik yang tidak responsif terhadap cairan dan membutuhkan

dukungan vasoaktif, pemberian kortikosteroid dosis stres mungkin diperlukan.

12. Diantara bayi dan anak – anak dengan kejut hemoragik hipotensif setelah trauma, produk darah perlu diberikan, jika tersedia, dari pada kristaloid untuk resusitasi volume yang berkelanjutan.
13. Mengingat risiko tinggi dari henti jantung pada anak-anak dengan miokarditis akut yang menunjukkan aritmia, blok jantung, perubahan segmen ST, dan/atau curah jantung rendah, pilihan awal untuk pindah ke pemantauan dan terapi ICU dianjurkan (Lavonas; et al., 2020)

Sedangkan pada Resusitasi Neonatus perlu dilakukan penguatan berbagai aspek antara lain :

1. Persalinan harus ditolong oleh minimal 1 orang yang dapat melakukan langkah awal resusitasi bayi baru lahir dan memulai PPV dan bertanggung jawab untuk merawat bayi baru lahir saja.
2. Menempatkan bayi baru lahir sehat yang tidak memerlukan resusitasi kulit ke kulit setelah lahir dapat efektif dalam meningkatkan proses pemberian ASI, mengontrol Suhu, dan stabilitas Glukosa Darah.
3. Bayi baru lahir dengan kondisi lemah (Upaya Nafas tidak efektif/ Apnea) yang mengalami Meconium Stained Amniotic Fluid (MSAF) sebaiknya tidak menjalani prosedur laringoskopi rutin dengan atau tanpa Penyedotan Trakea.
4. Untuk bayi yang membutuhkan akses vaskular pada saat persalinan, vena umbilikalis adalah rute yang direkomendasikan. Jika akses IV tidak memungkinkan, rute IO perlu digunakan.
5. Pada bayi baru lahir yang dilakukan Resusitasi, jika tidak ada detak jantung ketika semua langkah

resusitasi telah dilakukan, upaya penghentian resusitasi harus didiskusikan dengan tim kesehatan dan keluarga. Bayi baru lahir yang gagal merespon resusitasi setelah sekitar 20 menit memiliki kemungkinan bertahan hidup yang rendah.

6. Perlunya Pelatihan penguatan individu ataupun kelompok lebih sering setiap 2 Tahun untuk meningkatkan Pengetahuan, Keterampilan dan Perilaku (Lavonas; et al., 2020)

Aplikasi Bantuan Hidup Dasar

Mengelola serangan jantung pada ibu hamil adalah tugas yang sangat menantang dan berat bagi staf gawat darurat karena ada dua pasien, ibu dan janin. Sejak henti jantung ibu di luar rumah sakit dalam kondisi buruk, layanan medis darurat (*Emergency Medical Service*) juga memainkan bagian integral dalam proses manajemen. Penatalaksanaan henti jantung maternal yang optimal memerlukan partisipasi dari beberapa tim non-darurat yang berbeda, serta penggunaan peralatan khusus yang keduanya tidak merupakan bagian dari protokol kode unit gawat darurat biasa. Ini akan mencakup tim kebidanan, tim anestesi, dan tim neonatal, serta peralatan untuk operasi Caesar Perimortem dan Resusitasi Neonatus. Memastikan bahwa staf dan peralatan yang tepat tiba di lokasi tepat waktu sangat penting tetapi seringkali sulit dilakukan (Jeejeebhoy & Morrison, 2013).

Pedoman American Heart Association (2020) memiliki Topik tersendiri dalam penanganan Henti Jantung pada Maternal. Salah satu prioritas pada ibu Hamil saat Henti Jantung mencakup tersedianya CPR berkualitas tinggi dan peringanan kompresi aortocaval dengan pergeseran rahim lateral. Sehingga menggeser uterus ke sisi kiri tubuh pasien (LUD) selama RJP direkomendasikan bila

uterus dapat dipalpasi atau terlihat ketinggian uterus diatas umbilikus (usia kehamilan 21-24 minggu) untuk mengurangi efek samping dari kompresi aortocaval oleh janin di uterus yang menyebabkan penurunan venous return dan cardiac output (Lavonas; et al., 2020; Permatasari & Kartolo, 2018).

Meski kejadian henti jantung pada Ibu Hamil sangat jarang terjadi namun jika dibandingkan wanita dewasa yang tidak hamil, ibu hamil memiliki kurang dari 4-6 menit untuk terjadinya kerusakan otak selama henti jantung berlangsung akibat perubahan fisiologis pada ibu hamil. Selama kehamilan berlangsung, terjadi peningkatan stroke volume, detak jantung, dan cardiac output secara progresif hingga puncaknya terjadi pada trimester ketiga dimana cardiac output dapat meningkat 45% dari sebelum kehamilan. Jika tidak ada respon dari bantuan hidup dasar dan lanjut selama 4 menit dan bayi dilahirkan 5 menit sejak henti jantung terjadi. Perimortem Sectio Caesaria (PMSC) dilakukan untuk menjamin hasil yang terbaik bagi bayi dan memfasilitasi RJP yang lebih baik pada ibu (Lavonas; et al., 2020; Permatasari & Kartolo, 2018)

Cedera otak anoxic terjadi dalam 4 menit setelah henti jantung diidentifikasi. Oleh karena itu, jika anggota tim tidak dapat mencapai ROSC dalam 4 menit pada pasien Ibu Hamil, dan terutama jika pasien > 20 minggu usia kehamilan, keputusan untuk melakukan PMCS harus dibuat. PMCS berguna karena memungkinkan dekompresi aortokaval lengkap setelah rahim dievakuasi. Ada laporan perbaikan mendadak dan dramatis pada ibu hemodinamik hanya setelah PMCS, menyarankan bahwa manuver manual mungkin tidak cukup untuk meredakan kompresi aortocaval dengan tujuan resusitasi (Jeejeebhoy & Morrison, 2013)

Informasi lebih lanjut diperlukan untuk menentukan kisaran komplikasi jantung jangka pendek dan jangka panjang yang mungkin terkait dengan COVID-19 selama kehamilan dan pasca persalinan. Selain itu, pasien hamil dengan COVID-19 lebih mungkin bertahan dari serangan jantung dibandingkan dengan populasi umum (Shields, Byrne, Munisteri, & Wood, 2021)

Asfiksia lahir adalah penyebab paling penting untuk resusitasi neonatus yang bertanggung jawab atas seperempat dari semua kematian neonatal secara global. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) merekomendasikan inisiasi kompresi dada dan ventilasi tekanan positif selama resusitasi neonatus setelah 30 detik ventilasi efektif, jika bayi tetap bradikardi (detak jantung kurang dari 60 denyut/menit). Neonatus yang membutuhkan resusitasi kardiopulmoner (CPR) berkepanjangan tanpa tanda-tanda kehidupan lebih dari 10 menit memiliki hasil, dengan kematian 83% yang dilaporkan, sehingga CPR yang efektif pada Neonatus sangatlah penting. (Aggelina et al., 2021).

Peningkatan pengetahuan dan keterampilan penolong awam sangat penting dalam memberikan bantuan awal pasien dengan henti jantung termasuk ibu hamil. Menurut penelitian edukasi bantuan hidup dasar dengan media booklet dan roleplay berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan (Nanda & Putri, 2021).

Daftar Pustaka

- Aggelina, A., Pantazopoulos, I., Giokas, G., Chalkias, A., Mavrovounis, G., & Papalois, A. (2021). Continuous chest compressions with asynchronous ventilation improve survival in a neonatal swine model of asphyxial cardiac arrest. *American Journal of Emergency Medicine*, 48, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.04.009>
- AHA. (2020). *Kejadian Penting Pedoman CPR dan ECC*. Retrieved from eccguidelines.heart.org
- Cristy, N. A., Ryalino, C., Suranadi, I. W., Agung, I. G., Utara, G., Studi, P., ... Paru, J. (2022). *Angka Keberhasilan Resusitasi Jantung Paru pada Pasien yang mengalami Henti Jantung di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah*. 11(4), 50–54. <https://doi.org/10.24843.MU.2022.V11.i06.P10>
- Dhayyat, A., Morris, A., Sj, K. D., Id, R. M. O., & Hardeland, C. (2020). *Development and validation of a questionnaire to assess healthcare personnel competence in cardiac arrest and resuscitation in pregnancy*. 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232984>
- Hayashi, M., Shimizu, W., & Albert, C. M. (2015). *Sudden Cardiac Death Compendium; The Spectrum of Epidemiology Underlying Sudden Cardiac Death*. 1887–1906. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.304521>
- Irene, G., & Watung, V. (2021). *Edukasi Pengetahun dan Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Pada Siswa Remaja SMA Negeri 3 Kotamobagu*. 2(Fajarwaty 2012), 21–27.
- Jeejeebhoy, F. M., & Morrison, L. J. (2013). *Maternal Cardiac Arrest : A Practical and Comprehensive Review*. 2013.

- Jeejeebhoy, F. M., Zelop, C. M., Lipman, S., Carvalho, B., Joglar, J., Mhyre, J. M., ... Callaway, C. W. (2015). *Cardiac Arrest in Pregnancy A Scientific Statement From the American Heart Association*. 1747–1773. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000300>
- Lavonas;, E. J., Magid;, D. J., Aziz, K. ;, Berg;, K. M., Cheng;, A., Hoover;, A. V., ... Sasson, C. (2020). *Highlights of the 2020 American Heart Association; Guidelines for CPR and ECC*. Retrieved from www.heart.org/purchaseoptions
- Nanda, N. E., & Putri, D. S. R. (2021). *PENGARUH EDUKASI BANTUAN HIDUP DASAR DENGAN MEDIA BOOKLET DAN ROLEPLAY TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN MAHASISWA*.
- Permatasari, Y., & Kartolo, W. Y. (2018). *Laporan Kasus : Perimortem Sectio Caesarea pada Ibu Hamil dengan Henti Jantung*. 9(2), 141–145. <https://doi.org/10.1556/ism.v9i2.196>
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Roldan, P., Mcgrath, L., Patel, K., Brook, K., Pare, E., & Khan, A. (2022). *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease Utility of continuous electrocardiographic monitoring in pregnant women with cardiovascular disease*. 7(November 2021), 0–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijcchd.2021.100305>
- Shields, A. D., Byrne, J. J., Munisteri, M., & Wood, M. (2021). *Case Report Survival from Maternal Cardiac Arrest Complicating Coronavirus Disease 2019*. 2021, 1–4.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Commodore-mensah, Y., Elkind, M. S. V, Evenson, K. R., ... Navaneethan, S. D. (2022). *Heart Disease and Stroke Statistics — 2022 Update : A Report From the American Heart Association*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>

Profil Penulis



Ns. Aldo Yuliano Mas Putra, S.Kep., MM

Lahir di Bukittinggi Sumatera Barat, 20 Juli 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Akper Perintis Bukittinggi dan Pendidikan Ners di STIKes Perintis Bukittinggi, melanjutkan jenjang Pendidikan Magister dengan Konsentrasi Manajemen Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia Malang.

Penulis adalah dosen tetap Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Perintis Indonesia konsentrasi pada bidang Kegawatdaruratan dan Bencana. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan Tridharma Perguruan Tinggi yakni melaksanakan pendidikan, meneliti dan mengabdikan kepada masyarakat dibidang tersebut. Beberapa Penelitian dan Pengabdian Kepada masyarakat yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemendikbud. Selain menjadi dosen di Program Studi Pendidikan Ners penulis juga sebagai Pembina UKM Kelompok Siaga Bencana Universitas Perintis Indonesia, Training of Trainer Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support oleh Kementerian Kesehatan. Penulis juga berperan di Organisasi Profesi sebagai Ketua DPD PPNI Kota Bukittinggi serta aktif menulis artikel pada jurnal Nasional dan Internasional.

Email Penulis: aldoyuliano@ymail.com

PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PADA POSTPARTUM

Ns. Reina Dhamanik, S.Kep., M.Kep.
Universitas Muhammadiyah Semarang

Kadaan Darurat Setelah Proses Persalinan

Periode setelah melahirkan merupakan periode berisiko tinggi bagi ibu dengan morbiditas dan bahkan mortalitas terkait kematian ibu di dunia.

Manajemen Tim dalam Kegawatdaruratan Obstetri

1. Kegawatdaruratan obstetric menjadi dasar adanya permasalahan yang harus ditangani baik pada periode antenatal, intranatal, dan postnatal pada ibu untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Kondisi ini berhubungan dengan baik faktor internal dan eksternal yang melandasi dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri, khususnya pada ibu setelah melahirkan. Berbagai kendala seperti, kurang pemahaman tenaga kesehatan mengenali manifestasi klinis komplikasi pasca melahirkan yang mengancam, kurang tepatnya pemutusan rencana tindakan yang tepat untuk dilakukan, jarak yang menjadi kendala dalam keterlambatan pemberian pertolongan pertama masalah pada ibu pasca melahirkan.

2. Profesional medis dilatih dan terampil untuk menangani keadaan darurat tetapi karena situasi ini jarang terjadi, alur proses penanganan ibu menjadi kurang optimal.
3. Ketika tim profesional multidisiplin bekerja sama secara terkoordinasi, hasil untuk ibu dan bayi terbukti membaik
4. Tim multidisiplin ini harus melibatkan semua tingkatan staf, mulai dari konsultan, perawat dan bidan bahkan staf pendukung.
5. Keuntungan memiliki tim yang efektif dalam upaya menangani kegawatdaruratan maternal (Chandrarahan and Arulkumaran, 2021) adalah :
 - a. Peningkatan keamanan ibu
 - b. Pengurangan kesalahan medis
 - c. Pengurangan kelelahan mental dan fisik
 - d. Peningkatan keseluruhan dalam pengalaman ibu

Pengkajian awal kasus Kegawatdaruratan Postpartum

Asesmen awal yang dilakukan pada kondisi kegawatdaruratan postpartum tetap harus memperhatikan kepatenan jalan nafas (*airways*), pernapasan (*breathing*), dan sirkulasi (*circulation*).

Preeklampsia Pasca Persalinan

Sebagian besar pasien tidak menunjukkan gejala pada preeklampsia ibu postpartum, namun keluhan sakit kepala, gangguan visual, dan nyeri epigastrium dengan tanda-tanda adanya peningkatan tekanan darah, penambahan berat badan yang berlebihan, dan edema dapat terjadi (Norwitz *et al.*, 2010).

Penatalaksanaan Preeklampsia Berat Pasca Melahirkan

Preeklampsia secara luas didefinisikan oleh timbulnya hipertensi tekanan darah sistolik >140 mmHg atau diastolik >90 mmHg dan pertama kali didiagnosis pada >20 minggu kehamilan. Oleh karena itu, penatalaksanaan ekspektatif paling baik dipertimbangkan ketika potensi manfaat perinatal cukup besar, biasanya pada usia kehamilan awal. Untuk perempuan dengan preeklampsia non-berat yang dipersulit oleh sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, jumlah trombosit yang rendah) pada usia kehamilan 24 minggu perlu pemberian kortikosteroid antenatal untuk percepatan janin dan maturitas paru. Penatalaksanaan preeklampsia ekspektatif mengacu pada percobaan perpanjangan kehamilan setelah periode pengamatan dan penilaian ibu dan janin serta stabilisasi ibu. Penatalaksanaan ekspektatif harus dilakukan hanya di unit berpengalaman di mana neonatus dapat dirawat pada usia kehamilan wanita saat ini (karena persalinan tidak dapat diantisipasi secara akurat). Penatalaksanaan ekspektatif pada 80% dan komplikasi ibu 27%-71% (termasuk satu kematian ibu). Penatalaksanaan ekspektatif pada 24 minggu dapat menurunkan sindrom gangguan pernapasan neonatal, nekrotikan enterocolitis dan perawatan intensif neonatal, meskipun kecepatan pertumbuhan janin yang buruk selama waktu yang diperoleh. Tingkat komplikasi ibu yang serius tampak sangat rendah (median <5%) namun, tingkat risiko ibu yang rendah ini didasarkan pada pengawasan ibu dan janin yang obsesif (Chandraharan and Arulkumaran, 2021).

Penatalaksanaan Eklampsia Pasca Persalinan

Sebagian besar kasus eklampsia pasca persalinan terjadi dalam 24 jam pertama tetapi dapat pula terjadi hingga 6 minggu pasca melahirkan. Diagnosa eklampsia pastilah

jelas karena adanya preeklamsia, namun ini juga dapat terjadi secara mendadak / perawatan harus diambil untuk tingkat keparahan penyakit dan kebutuhan antikonvulsan yang harus dimulai tanpa tertunda untuk mencegah perkembangan penyakit (Woollard *et al.*, 2010). Manajemen segera kondisi eklampsia harus mencakup mempertahankan fungsi vital ibu, kendalikan kejang dan tekanan darah , mencegah kejang berulang, dan evaluasi keadaan umum ibu (Soors *et al.*, 2007).

Endometritis Postpartum

Endometritis adalah infeksi rahim yang dapat meliputi lapisan rahim (endometrium), lapisan otot (miometrium), atau seluruh organ. Endometriosis PP terjadi pada sekitar 5% persalinan pervaginam dan hingga 6-7% persalinan caesar. Faktor risiko endometritis postpartum meliputi ketuban pecah, peningkatan jumlah pemeriksaan vagina, peningkatan durasi pemantauan janin internal, pengangkatan plasenta secara manual, status sosial ekonomi rendah, dan diabetes. Endometritis onsets lambat dapat dikaitkan dengan infeksi klamidia sebelumnya.

Endometritis PP dianggap terjadi dengan paparan persalinan atau selama prosedur operasi. Biasanya merupakan infeksi polimikrobial termasuk patogen kokus gram positif aerob dan anaerob (*Streptococcus*, *Enterococcus faecalis*) serta agen gram negatif aerob dan anaerob (*E. coli*, *Gardnrella vaginalis*). Pada pasien immunocompromised, patogen virus seperti virus herpes simplex dan cytomegalovirus juga berhubungan dengan endometritis PP. Tanda klinis meliputi peningkatan suhu > 40 derajat celcius dengan jarak minimal 6 jam, nyeri tekan uterus, dan keputihan purulen. Wanita yang mengalami infeksi setelah aborsi atau yang mengalami aborsi septik biasanya mengalami demam, nyeri perut

bagian bawah, perdarahan vagina, dan kemungkinan keluarnya hasil konsepsi (Angelini and LaFontaine, 2013).

Penatalaksanaan Endometritis Postpartum

Pengobatan yang digunakan untuk PP endometritis infeksi sedang hingga berat , diindikasikan terapi antibiotik intravena dengan spektrum luas seperti gentamisin . Untuk penanganan awal antibiotik bisa diberikan selama 24- hingga 48 jam. Dalam kasus bakteremia, antibiotik oral harus diberikan untuk total 14 hari dan tetap dalam pengawasan kesehatan (Borhart, 2017).

Perdarahan Postpartum Sekunder (Secondary Postpartum Haemorrhage)

Definisi

1. PPH didefinisikan sebagai:
2. Kehilangan darah >500 ml setelah melahirkan pervaginam
3. Kehilangan darah >1000 ml setelah persalinan caesar
4. Kehilangan darah yang signifikan yang menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik
5. PPH primer didefinisikan sebagai kehilangan darah dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. PPH sekunder didefinisikan sebagai kehilangan darah >24 jam setelah melahirkan tetapi dalam waktu 6 minggu pasca persalinan. Perdarahan obstetrik mayor didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml. itu dapat dibagi menjadi:
 - a. Sedang (1000 hingga 2000 ml kehilangan darah)
 - b. Parah (>2000 ml kehilangan darah)

6. Ada empat penyebab utama PPH (4T):
 - a. Nada (atonia uteri)
 - b. Trauma (ke saluran genital saat melahirkan)
 - c. Jaringan (produk sisa seperti plasenta)
 - d. Trombin (gangguan pakaian ibu) (buku 1)

Faktor risiko

1. APH atau PPH sebelumnya
2. Persalinan lama
3. Segala sesuatu yang memperbesar rahim kehamilan ganda, kelebihan cairan (polihidramnion), bayi besar
4. Usia ibu lebih dari 40 tahun
5. Kegemukan
6. Multiparitas (terutama dengan lima persalinan atau lebih)
7. Korioamnionitis (infeksi intrauterin)
8. Fibroid rahim yang dikenal
9. Pemisahan sebagian plasenta

Perdarahan Obstetri Masif Pasca Melahirkan

Definisi Kehilangan darah >2000 mL (atau >30% volume darah) didefinisikan sebagai perdarahan obstetrik masif (MOH). Jenis Perdarahan obstetri masif dapat terjadi baik pada periode antepartum sekunder akibat solusio plasenta, plasenta previa atau akreta atau pada periode postpartum karena '4 T' (tonus, trauma, jaringan dan trombin).

Tabel 11.1 penyebab kolaps maternal dengan 4H's, 4T's, dan E

4H's	Hipovolemia	Perdarahan karena penyebab kebidanan atau non kebidanan, sepsis,
	Hipoksia	Ibu hamil bisa menjadi lebih cepat hipoksia, kejadian jantung
	Hipo/hiperkalemia atau ketidakseimbangan elektrolit lainnya	Cari penyebab tidak hamil
	Hipotermia	Cari penyebab tidak hamil
4T's	Tromboemboli	Cairan ketuban, emboli paru, emboli udara
	Toksisitas	Magnesium, atau penyebab toksisitas lainnya
	Ketegangan pneumotoraks	Setelah trauma atau percobaan bunuh diri
	Tamponade	Setelah trauma atau percobaan bunuh diri
E	Eklampsia dan Preeklampsia	Termasuk kerusakan intrakranial

Sumber : Woollard *et al.*, 2010

Gangguan langka lainnya seperti *amniotic fluid embolism* (AFE) atau inversi akut rahim juga dapat terjadi dengan perdarahan postpartum masif . Insidensi Perdarahan postpartum (PPP) terjadi pada 2%-10% persalinan tetapi insidensi perdarahan obstetrik mayor diperkirakan 3,7-5 per 1000 persalinan. Penatalaksanaan perdarahan obstetrik masif harus mengikuti urutan langkah yang logis. Gambar 1.2 Menjelaskan algoritma untuk pengelolaan perdarahan obstetrik masif. HAEMOSTASIS yang menguraikan tindakan yang disarankan yang dapat memfasilitasi pengelolaan PPH atonik dengan cara yang logis dan bertahap. Keterlibatan tim multidisiplin ahli anestesi , ahli hematologi , dan intensivis sangat penting untuk meningkatkan hasil. Protokol Perdarahan Masif

Khusus seperti 'Code Blue' harus ada untuk manajemen multidisiplin yang efektif dari perdarahan obstetrik masif.

Tabel 11.2. Algoritma penatalaksanaan “HAEMOSTASIS” untuk perdarahan postpartum

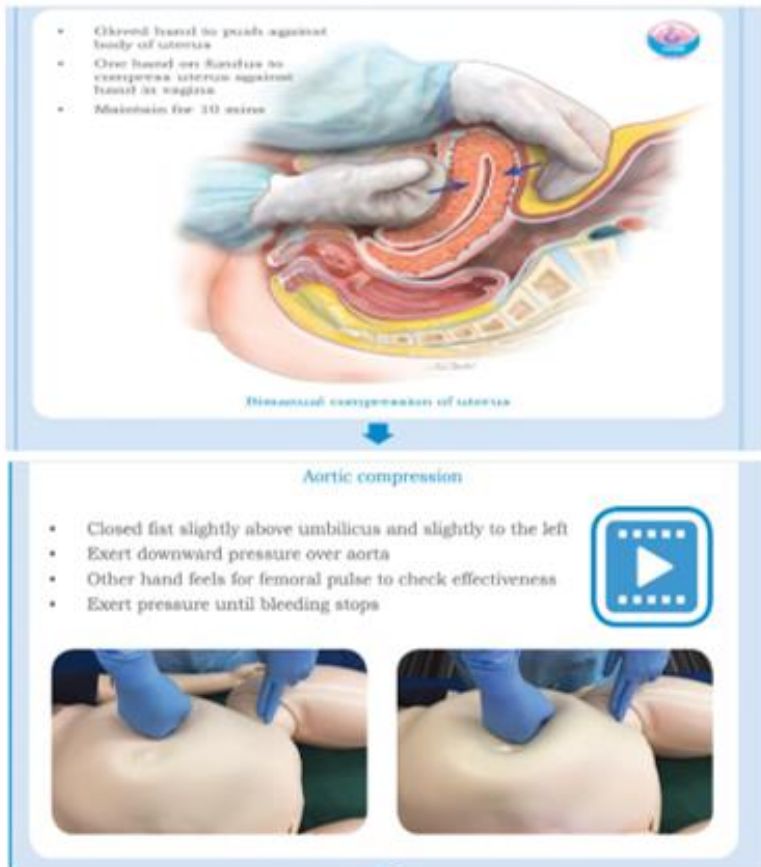
H	Ask for Help and Hands	Minta Bantuan dan Tangan di rahim (pijat rahim)
A	Assess (ABC)	Kaji (ABC) dan resusitasi (kristaloid 2L, koloid 1L, oksigen dengan masker (15 L/menit)
E	Establish aetiology	Mendirikan etiologi (atonik, traumatik, koagulopati atau trauma), pastikan ketersediaan darah dan berikan ecbolics (obat yang mengontrak rahim: oksitosin, ergometrin atau syntometrine secara intramuskular)
M	Massage uterus	Pijat rahim
O	Oxytocin	oksitosin /prostaglandin: IV/IM/ per rektal (obat lini kedua untuk mengontrak rahim)
S	Shifts to theatre	Pergeseran ke teater: tekanan aorta atau garmen anti kejut/ kompresi bimanual yang sesuai
T	Tamponade balloon	Tamponade balloon/uterine packing: setelah eksklusi jaringan dan trauma
A	Apply compression	Terapkan jahitan kompresi
S	Systematic	Vaskularisasi panggul sistemik : uterus/ovarium/quadruple/iliaka interna
I	Interventional	intervensi dan, jika perlu, embolisasi arteri uterina
S	Subtotal/total	Histerektomi abdominal subtotal/ total

Sumber :Chandharan and Arulkumaran, 2021

Manajemen Pra-Rumah Sakit perdarahan Postpartum

1. Sepenuhnya menilai ABC – kelola syok
2. Perkirakan jumlah perdarahan yang terlihat (lalu 'gandakan perkiraan').
3. Pertimbangkan penyebab PPH primer ('4Ts') – alasan paling umum adalah atonia uteri.
4. Rasakan fundus uteri – biasanya terasa 'keras dan kencang' dan baru mencapai umbilikus.
5. Jika uterus terasa 'lunak dan pucat', gunakan tangan yang memegang fundus untuk 'menggosok' kontraksi
6. Berikan dosis kedua obat oksitosin jika perdarahan berlanjut (misalnya IM syntometrine 1 ml atau misoprostol 800 mcg PR).
7. Dengan izin ibu, periksa daerah vulva dan perineum untuk mencari robekan yang mungkin berdarah. Kompresi lokal harus diterapkan untuk mengontrol perdarahan.
8. Jika memungkinkan, pertimbangkan kateterisasi untuk mengosongkan kandung kemih karena hal ini akan membantu kontraksi rahim.
9. Jika uterus tidak berkontraksi dan perdarahan meningkat, lakukan kompresi uterus bimanual. Ini jarang diperlukan tetapi mungkin merupakan manuver yang menyelamatkan jiwa .
10. Atur pemindahan cepat ke unit kebidanan yang memiliki staf (lampu dan sirine) jika perdarahan berlanjut.
11. Menginformasikan rumah sakit tentang kondisi pasien selama transfer.

12. Mintalah pihak kebidanan dan kebidanan untuk menginformasikan perkiraan waktu kedatangan Anda.



Gambar 11.1 Penatalaksanaan non bedah pada PPH

Lengkapi '3E' Setelah Setiap Darurat Obstetri

1. **Periksa** – untuk detak jantung, tekanan darah, kontraktilitas uterus dan perdarahan vagina dan monitor output urin. Mengisi kembali cairan, darah, dan produk darah yang hilang secara memadai.

2. **Jelaskan** peristiwa persalinan, kemungkinan alasan, komplikasi dan rencana perawatan di masa depan kepada pasien (yaitu tanya jawab).
3. **Tingkatkan** – lengkapi Formulir Pelaporan Insiden dan beri tahu kolega senior serta tim untuk mengidentifikasi point pembelajaran untuk terus meningkatkan perawatan pasien (Borhart, 2017).

Infeksi Pasca Melahirkan (Puerperal Sepsis)

Merupakan infeksi dalam 4-6 minggu setelah melahirkan yang biasanya terjadi di saluran bagian kelamin atas . Sepuluh persen ibu nifas pasca operasi caesar akan mengalami infeksi pasca persalinan , meskipun telah diberikan profilaksis antibiotik pada waktu operasi . Data menunjukkan bahwa 28% ibu yang mengalami sepsis telah mati dunia di masa nifas pasca persalinan . Sepsis adalah penyebab utama kedua kematian langsung pada ibu pasca melahirkan (Soors *et al.*, 2007).

Faktor risiko

1. infeksi, yang lebih umum pada kehamilan seperti infeksi saluran kemih
2. prosedur invasif seperti operasi caesar dan persalinan instrumental
3. keguguran dan/atau sisa hasil konsepsi
4. ketuban pecah berkepanjangan sebelum melahirkan (SRM)
5. korioamnionitis
6. persalinan yang berkepanjangan
7. hematoma yang terinfeksi
8. penyeka yang tertahan

Diagnosa

Organisme yang menginfeksi berasal dari sumber endogen dan eksogen. Bahan kimia yang dikeluarkan adalah:

1. Endotoksin dilepaskan dari organisme gram negatif biasanya *E. coli* dan *Strep. faecalis* pada kematian mereka baik secara alami atau ketika dibunuh oleh antibiotik.
2. Eksotoksin yang dihasilkan dari organisme gram positif biasanya *Streptococci*, *Streptococci* dan beta hemolytic B.

Tempat umum infeksi:

1. Endometritis : infeksi pada lapisan rahim, sering muncul dengan suhu dan malaise umum, lochea mungkin ofensif dan seringkali berat, dapat muncul sebagai PPH, kadang-kadang fokus infeksi adalah beberapa jaringan plasenta yang tertahan tetapi seringkali tidak ada jaringan yang tertinggal dipertahankan, jarang terjadi abses
2. Saluran kemih: ini adalah jenis infeksi yang sangat umum, muncul dengan frekuensi berkemih dan disuria, nyeri pinggang yang mungkin menandakan pielonefritis, suhu berayun, berkeringat, demam dan malaise umum, mual dan muntah dapat terjadi.
3. Luka: luka menjadi merah, panas dan meradang, mungkin ada area yang mengeras di atas atau di bawah luka tempat terbentuknya hematoma , luka mungkin terbuka sedikit sehingga nanah keluar, nyeri juga bisa dialami di lokasi luka, suhu akan hadir dan wanita tersebut mungkin merasa tidak enak badan secara umum.
4. Perineum: tempat robekan atau episiotomi dapat terinfeksi, hal ini sering menyebabkan kerusakan luka, lokia ofensif, suhu.

Manajemen Pra-Rumah Sakit Infeksi Pasca Melahirkan

1. Nilai dan obati ABCDE.
2. Jika luka jahitan abdomen terbuka: tutupi luka dengan balutan oklusif bersih yang lembab dan segera bawa ke rumah sakit.
3. Sebagian besar luka lain harus dibalut dengan balutan kering: pertimbangkan penilaian dan perawatan di pra-rumah sakit daripada dibawa ke rumah sakit
4. Pengobatan infeksi apapun adalah dengan antibiotik, tergantung pada kondisi klinis yang diberikan secara oral atau IV. Jika diberikan secara oral, pasien dapat dikelola di masyarakat dengan rujukan ke dokter umum dan/atau bidan.
5. Perbaikan luka segera biasanya tidak disarankan karena akan rusak lagi.
6. Gangren gas atau necrotising fasciitis harus dicurigai jika luka terlihat nekrotik atau terdapat lepuhan pada permukaan kulit. Transportasi ke rumah sakit untuk penilaian. (buku 2)

Penanganan Komplikasi Payudara Postpartum

Ibu nifas selama periode postpartum yang datang dengan masalah menyusui telah menjadi hal yang populer untuk penelitian di seluruh dunia , yang tentunya secara konsisten pertunjukan signifikansi manfaat baik untuk ibu dan bayi . peristiwa paling umum yang dialami ibu menyusui yaitu , *pembengkakan payudara* (pembengkakan payudara), saluran yang tersumbat , dan trauma puting susu , hingga terjadinya abses dan mastitis.

1. *Breast Engorgement* : dimana proses pembengkakan yang diakibatkan ketidakefektifan pengosongan air susu di payudara . Pembengkakan yang dialami ibu nifas biasanya terjadi perubahan pada fisik dan mempengaruhi psikologis ibu pasca persalinan .
2. *Postpartum Inflammatory Breast Disease* : istilah inflamasi payudara mengarah kepada abses payudara dan mastitis dimana kondisi infeksi *Staphylococcus aureus* yang terjadi jika tidak ditangani dengan tepat akan akibat gangguan dalam proses pemberian ASI. (buku 4) Manifestasi klinis yang muncul pada mastitis demam , menggigil , eritema , edema, nyeri , dan terjadi pada kebanyakan ibu primipara dengan kejadian biasanya selama minggu ketika pasca persalinan .

Mastitis

Mastitis adalah peradangan akut pada jaringan ikat interlobular di dalam kelenjar susu. Mastitis disebabkan oleh stagnasi ASI di payudara yang bocor ke jaringan payudara di sekitarnya. Abses payudara merupakan komplikasi pada 5 sampai 11% kasus mastitis yang muncul sebagai massa yang berfluktuasi atau indurasi dan membutuhkan drainase. Diperkirakan antara 2 dan 33% wanita menyusui mengalami mastitis laktasi. Meskipun dapat terjadi kapan saja selama menyusui, sebagian besar kasus terjadi pada 12 minggu pertama setelah melahirkan. Abses payudara merupakan komplikasi dari mastitis dan terjadi pada kasus mastitis. Faktor predisposisi meliputi: statis susu , pembengkakan payudara, riwayat mastitis, teknik menyusui yang tidak tepat, stres ibu, dan gangguan kulit lokal termasuk celah puting, luka, dan cedera traumatis (Angelini and LaFontaine, 2013).

Kondisi lain yang perlu diperhatikan dalam pengaturan nyeri payudara PP antara lain:

1. Fullness (bilateral, hangat, berat, keras, tidak ada eritema)
2. Pembengkakan (bilateral, lunak, eritema difus minimal, dengan atau tanpa demam ringan)
3. Saluran yang tersumbat (benjolan nyeri dengan eritema di atasnya, tidak ada demam, tampak jelas, partikel dalam susu).
4. Galaktokel (pembengkakan atau kista bulat halus)
5. Karsinoma payudara inflamasi (unilateral, difus dan berulang, eritema, indurasi)
6. Abses (massa payudara keras yang lunak, dengan atau tanpa fluktuasi, eritema kulit, indurasi, dengan atau tanpa demam)

Pengobatan dan Profilaksis

Aspek terpenting pengobatan mastitis adalah terapi suportif dan pengosongan payudara yang berkelanjutan. Melanjutkan menyusui atau mengeluarkan ASI dari payudara yang terkena sangat penting untuk mencegah stasis ASI lebih lanjut. Terapi antibiotik direkomendasikan, meskipun bukti manfaat kualitas tinggi masih kurang.

Daftar Pustaka

- Angelini, D.J. and LaFontaine, D. (2013) *Obstetric Triage and Emergency Care Protocols*. New York: Springer Publishing Company.
- Borhart, J. (2017) *Emergency department management of obstetric complications, Emergency Department Management of Obstetric Complications*. doi:10.1007/978-3-319-54410-6.
- Chandraharan, E. and Arulkumaran, S.S. (2021) *Obstetric and Intrapartum Emergencies Second Edition*. Second Edi. Cambridge University Press. Available at: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>.
- Norwitz, E.R. et al. (2010) *Obstetric Clinical Algorithms: Management and Evidence, Obstetric Clinical Algorithms: Management and Evidence*. doi:10.1002/9781444314489.
- Soors, W. et al. (2007) 'Monitoring emergency obstetric care', (March), pp. 149–164.
- Woollard, M. et al. (2010) *Pre-hospital obstetric emergency training: The practical approach, Pre-hospital Obstetric Emergency Training: The Practical Approach*. doi:10.1002/9781444309805.

Profil Penulis



Ns. Reina Dhamanik, S.Kep., M.Kep.

Dilahirkan di Kabupaten Semarang pada tanggal 05 Februari 1993. Jenjang pendidikan dimulai _ dari Sarjana Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang tahun 2016. Kemudian melanjutkan belajar Profesi Ners tahun 2017 dan memperoleh gelar Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro tahun 2020. Pengalaman kerja penulis awal dengan menjadi Asisten Dosen di Universitas Muhammadiyah Semarang tahun 2018 dan menjadi perawat pelaksana di ruang perinatologi RSUD Sragen serta pada saat ini penulis merupakan dosen muda tetap di program studi S1 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Semarang. Penulis memiliki kepakaran di bidang termasuk bersalin . Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional , penulis pun mulai aktif masuk sebagai penulis dan penelitian di bidang kepakarannya tersebut .

Email Penulis : reina.dhamanik@unimus.ac.id

KONSEP DAN APLIKASI SISTEM RUJUKAN DAN KOLABORASI

Eleni Kenanga Purbasary, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indramayu

Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah jaringan pelayanan kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan yang mengawasi pendelegasian tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara vertikal dan horizontal (Permenkes RI 001, 2012). Menurut World Health Organization (WHO), sistem rujukan (*referral system*) adalah suatu proses dimana tenaga kesehatan dengan sumber daya yang terbatas untuk mengobati kondisi klinis (obat, peralatan, kemampuan) pada satu tingkat sistem kesehatan mencari bantuan dari kesehatan yang lebih baik, fasilitas atau memiliki sumber daya tertentu pada tingkat yang sama atau lebih tinggi, atau mengambil alih pengelolaan kasus pasien (Michael, 2020).

Terdapat potensi untuk menghasilkan rujukan vertikal dan horizontal. Arahannya dapat dilakukan secara vertikal dari satu tingkat layanan ke tingkat layanan lainnya, baik dari tingkat layanan yang lebih rendah ke tingkat layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Dari rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B misalnya, yang memiliki fasilitas dan orang yang lebih terspesialisasi. Mulai dari rumah sakit kabupaten hingga rumah sakit provinsi. Rujukan antara penyedia yang beroperasi pada level yang sama

dikenal sebagai rujukan horizontal. Perujuk akan beralih ke rujukan horizontal ketika mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien mereka karena keterbatasan sementara atau permanen dalam hal fasilitas, peralatan, dan orang. Misalnya, komunikasi dan konsultasi lintas departemen di rumah sakit yang sama, seperti antara departemen kebidanan dan departemen kesehatan anak. Rujukan yang efektif membutuhkan komunikasi antar institusi; tujuannya adalah agar fasilitas yang direkomendasikan mengetahui kondisi pasien dan dapat mengatur perawatan yang diperlukan sebelum pasien datang (Ratnasari, 2017).

Menurut Wahyuni (2018) tujuan dari sistem rujukan meliputi:

1. Setiap pasien menerima perawatan dan dukungan dengan kualitas terbaik.
2. Dapat memberikan layanan perawatan kesehatan yang unggul sehingga tujuan layanan dapat dipenuhi tanpa mengeluarkan biaya yang tidak perlu, dan dapat mendorong kolaborasi dengan memindahkan pasien atau spesimen laboratorium dari unit dengan fasilitas lebih sedikit ke unit dengan fasilitas lebih.
3. Terwujudnya pemerataan kegiatan kesehatan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelayanan kesehatan terpadu.

Keuntungan sistem rujukan adalah sebagai berikut:

1. Pasien menerima layanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal mereka. Ini menyiratkan bahwa bantuan dapat diberikan lebih cepat, terjangkau, dan secara psikologis menawarkan pasien dan keluarga mereka rasa aman.

2. Peningkatan secara berkala diantisipasi untuk memperkuat pengetahuan dan kapasitas aparatur daerah sehingga lebih banyak kasus dapat ditangani di daerahnya masing-masing, dan mempermudah individu di pedesaan atau desa untuk menerima dan menggunakan tingkat keahlian yang lebih tinggi, dan fasilitas.

Jenis Rujukan

Dalam Sistem Kesehatan Nasional terdapat 2 jenis rujukan, yaitu: rujukan medis dan rujukan kesehatan.

1. Rujukan Medis

Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab terhadap masalah atau situasi medis yang berkembang baik secara vertikal maupun horizontal sebagai respon atas kegagalan fasilitas kesehatan dalam memenuhi tuntutan pasien agar dapat sembuh, mampu mengelola secara wajar, dan memulihkan keadaan kesehatan pasien (Primasari, 2015).

Kategori rujukan medis meliputi:

- a. *Transfer of specimen* (pemeriksaan laboratorium), pasokan bahan (spesimen) untuk melakukan analisis yang lebih lengkap di laboratorium.
- b. *Transfer of patient* (konsultasi diagnostik, tindakan) pengobatan, tindakan operatif.
- c. *Transfer of knowledge/personel* Kirimkan tenaga medis yang berkualitas untuk meningkatkan layanan kesehatan setempat. Melalui kuliah, konsultasi pasien, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi, para profesional dikirim ke daerah untuk memberikan informasi dan keterampilan.

2. Rujukan Kesehatan

Hubungan dengan fasilitas yang lebih mumpuni dan lengkap dalam hal pengiriman dan pemeriksaan barang atau sampel. Pemeliharaan dan perlindungan kesehatan seseorang adalah fokus utama kutipan ini. Pelaksanaan sistem rujukan adalah sebagai berikut: pasien yang dirujuk harus diperiksa terlebih dahulu, dan juga harus memenuhi kriteria rujukan. Pasien dirujuk jika satu atau lebih kriteria berikut terpenuhi:

- a. Hasil tes fisik menyimpulkan bahwa itu tidak dapat diatasi.
- b. Hasil tes fisik dan pemeriksaan medis yang menyertainya terbukti tidak dapat diatasi.
- c. Membutuhkan evaluasi dukungan medis yang lebih komprehensif, meskipun pasien harus hadir untuk pemeriksaan.
- d. Jika sudah diobati dan dirawat, maka ditetapkan perlu pengkajian dan pengobatan medis di fasilitas kesehatan yang lebih mampu.

Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan.

Pedoman rujukan nasional menurut Kemenkes (2012)

1. “Tingkat Rumah Tangga: Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.
2. Tingkat Masyarakat: Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh kelompok Paguyuban, PKK, Saka Bhakti Husada, Anggota RW, RT dan Masyarakat (Posyandu).
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat I: Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokter Swasta, Bidan, poliklinik swasta, dll.

4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat II: RS Kabupaten, RS Swasta, Laboratorium Swasta, dll.
5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat III: RS Tipe A dan B serta lembaga spesialis swasta, Laboratorium Kesehatan Daerah dan Laboratorium Klinik swasta”.

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus mampu merujuk ibu atau bayi ke institusi kesehatan rujukan yang sesuai secara tepat waktu. Rujukan yang sesuai dengan prinsip BAKSOKUDA efektif (Kemenkes RI, 2013). Dalam menyusun rujukan, akronim "BAKSOKUDA" dapat digunakan untuk mengingat poin-poin penting berikut: (B) Bidan: Pastikan bahwa ibu/bayi/klien didampingi oleh profesional perawatan kesehatan yang berkualitas yang mampu menangani keadaan darurat selama rujukan perjalanan. (A) Peralatan: Membawa alat dan perbekalan yang diperlukan (jarum suntik, infus set, pengukur tekanan darah, stetoskop, oksigen, dll); (K) Kendaraan: Siapkan kendaraan yang sesuai untuk membawa ke tempat rujukan, yang memungkinkan pasien untuk melakukan perjalanan dengan cepat dan nyaman ke lokasi rujukan; (S) Surat : Surat rujukan yang memuat nama pasien, penyebab rujukan, tindakan dan obat yang diberikan; (O) Obat-obatan: Bawalah obat-obatan yang diperlukan, seperti obat-obatan vital, selama perjalanan; Dampingi keluarga pasien dan beritahu mereka tentang kondisi terbaru pasien dan alasan rujukan. Anggota keluarga lainnya wajib menemani pasien ke pusat rujukan. Ingatkan keluarga untuk membawa dana yang cukup untuk persiapan administrasi di tempat rujukan. (DA) Darah: Siapkan kantong darah berdasarkan golongan darah pasien atau calon donor darah dari keluarga untuk mencari kasus potensial yang membutuhkan donor darah.

Proses rujukan yang tidak akurat dan lambat merupakan kelemahan sistem pelayanan kesehatan. Perempuan dan

bayi meninggal ketika layanan di fasilitas kesehatan kurang dimanfaatkan atau ketika layanan rujukan untuk ibu dan bayi tertunda, memaksa pasien untuk datang sangat terlambat ke fasilitas layanan rujukan (Tirtaningrum, 2018).

Perencanaan Rujukan

Menurut Kemenkes (2012)

1. Rujukan harus mendapat persetujuan dari pasien/anggota keluarga, dan beberapa hal harus dikomunikasikan, antara lain: diagnosis dan tindakan medis yang diperlukan; alasan merujuk ibu; risiko yang mungkin timbul jika rujukan tidak dilakukan; risiko yang mungkin timbul selama rujukan; waktu yang tepat untuk merujuk dan durasi yang diperlukan untuk merujuk; tujuan rujukan; modalitas dan moda transportasi yang digunakan; nama tenaga kesehatan yang akan mendampingi ibu; dan tujuan rujukan.
2. Menghubungi pusat pelayanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan memberikan informasi kepada petugas kesehatan yang akan menerima pasien sebagai berikut: indikasi rujukan, kondisi ibu dan janin, rencana terkait prosedur teknis rujukan (termasuk kondisi lingkungan dan cuaca di tujuan rujukan), kesiapan sarana dan prasarana di tempat tujuan rujukan, dan pengelolaan yang dilakukan selama dan sebelum pengangkutan.
3. Informasi yang harus dicatat oleh pusat pelayanan kesehatan yang akan menerima pasien adalah: nama pasien, nama tenaga kesehatan yang merujuk, alasan rujukan, kondisi ibu dan janin, pengobatan sebelumnya, serta nama dan profesi tenaga kesehatan pendamping.

4. Pastikan bahwa data tersebut telah didokumentasikan dan diketahui oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dimana pasien akan disambut saat berkomunikasi melalui telepon.
5. Lengkapi dan kirimkan dokumen-dokumen berikut ini (secara langsung atau melalui faksimili) sesegera mungkin: formulir rujukan pasien (berisi sekurang-kurangnya identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan pemberi pelayanan tenaga kesehatan); fotokopi rekam medis kunjungan antenatal; fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini; hasil pemeriksaan pendukung; dokumen lain untuk tanggung jawab fidusia; dokumen lain untuk tanggung jawab fidusia; dokumen lain untuk fidusia
6. Pastikan ibu yang dirujuk memakai gelang pengenal, dan bila ada indikasi, tempatkan pasien pada selang infus ukuran 16 atau 18.
7. Setelah mendiskusikan kondisi pasien dengan petugas kesehatan di lokasi yang dirujuk, segera mulai penatalaksanaan dan pemberian obat sesuai indikasi. Sebelum mengangkut pasien, semua perawatan darurat dan prosedur resusitasi harus diselesaikan.
8. Pastikan bahwa semua alat penelitian dan perlengkapan perjalanan yang diperlukan sudah dikemas, mengingat segudang masalah yang mungkin muncul selama perjalanan, dan selalu siap menghadapi skenario terburuk.
9. Evaluasi kembali faktor-faktor berikut sebelum merujuk pasien: kondisi pasien secara keseluruhan; tanda-tanda vital pasien (nadi, tekanan darah, suhu, dan pernapasan); detak jantung janin; presentasi

pasien; dilatasi serviks pasien; posisi janin pasien; kondisi ketuban; dan kekuatan, frekuensi, dan durasi kontraksi rahim pasien.

10. Melengkapi temuan pemeriksaan harus nama praktisi perawatan kesehatan yang melakukan pemeriksaan terakhir, serta tanggal dan waktu pemeriksaan tersebut.

Alur dan Skema Rujukan

Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas dilanjutkan dengan menentukan tempat rujukan, memberikan informasi kepada penderita dan keluarganya, mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju, persiapan penderita, dan mengirimkan penderita ke tempat rujukan serta tindak lanjut penderita.

Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah sebagai Berikut:

1. Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisiensi, efektifitas, dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan, dan setiap kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang ke PONED Puskesmas harus dikelola secara langsung sesuai dengan prosedur dan buku acuan nasional kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Setelah kondisi pasien stabil, diputuskan apakah akan dirawat di tingkat Puskesmas PONED atau dipindahkan ke RS PONEK untuk perawatan lebih lanjut.
3. Masyarakat umum memiliki akses langsung ke semua fasilitas perawatan kebidanan dan bayi baru lahir untuk keadaan darurat. Bidan di desa dan polindes

dapat memberikan asuhan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas yang datang sendiri atau dirujuk oleh kader masyarakat.

Kemampuan atau melakukan rujukan ke Puskesmas, PONEK dan PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan.

1. Pasien yang datang sendiri ke Puskesmas atau dirujuk oleh kader dan mengalami kegawatdaruratan obstetri atau neonatal harus distabilkan terlebih dahulu oleh Puskesmas sebelum dipindahkan ke RS PONEK atau RS PONEK. Kriteria ini harus dipenuhi agar transfer dapat dilakukan.
2. Fasilitas kesehatan PONEK dapat memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang datang sendiri atau yang dirujuk oleh kader, bidan desa, atau puskesmas. Layanan ini meliputi perawatan kehamilan, perawatan persalinan, perawatan nifas, dan perawatan bayi baru lahir. Asuhan kebidanan, asuhan nifas, dan asuhan ibu nifas merupakan bagian dari pelayanan tersebut, yang juga mencakup kemampuan dalam memberikan asuhan nifas. Puskesmas PONEK mampu menangani sendiri berbagai kondisi atau mengirim pasien ke RS PONEK sesuai dengan kemampuan dan bidang praktik yang diperbolehkan.
3. Rumah Sakit PONEK yang buka 24 jam sehari mampu memberikan perawatan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas, selain memberikan perawatan kepada bayi yang datang sendiri atau dirujuk.
4. Bantuan yang diberikan oleh pemerintah nasional, negara bagian, dan lokal di bidang manajemen, administrasi, dan keuangan sangat penting untuk pengoperasian layanan kebidanan darurat dan

perawatan neonatal yang efisien. Pokja/Satgas Gerakan Cinta Ibu (GSI) adalah semacam kemitraan fungsional yang melibatkan lembaga swadaya masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten, rumah sakit swasta, rumah bersalin, dokter, dan bidan praktek mandiri (BPM) yang berhasil mengkoordinasikan pekerjaan.

Aplikasi Sistem Rujukan

Pemerintah telah melaksanakan berbagai inisiatif operasional dan kebijakan. Salah satu upaya tersebut adalah pengembangan sistem informasi kesehatan nasional. Teknologi informasi sistem rujukan digital berbasis internet, dan aplikasi yang digunakan saat ini dikenal dengan Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE). Integrated Referral System (IRS) adalah aplikasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan antar fasilitas kesehatan atau proses rujukan antar fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan teknologi informasi berbasis internet untuk menghubungkan data pasien dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya dan setara dengan proses rujukan antar fasilitas pelayanan kesehatan (horizontal atau vertikal). Hal ini dilakukan untuk memudahkan dan mempercepat proses rujukan pasien sehingga tujuan pelayanan dapat tercapai dengan lebih efektif. Selain itu, IRS dapat dilihat sebagai sistem rujukan antara penyedia layanan kesehatan (Aulia, 2022; Setiawati & Nurriszka, 2019).

Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE), salah satu komponen sistem informasi manajemen BPJS Kesehatan, baru-baru ini diimplementasikan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di berbagai sektor. Secara luas diasumsikan bahwa puskesmas akan dapat memberikan rujukan kesehatan kepada masyarakat secara lebih tepat

waktu dan nyaman (Idris, 2013). Sisrute juga akan terintegrasi dengan SIMRS GOS, singkatan dari Global Open Source Hospital Information and Management System, dalam waktu yang tidak lama lagi. Seluruh Sistem Manajemen Sarana Pelayanan Kesehatan akan terhubung menjadi satu kesatuan sistem, sehingga memungkinkan pengguna dari berbagai sarana untuk berkomunikasi satu sama lain. Terlepas dari kemajuan yang dibuat oleh Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE), yang membantu kelancaran pengoperasian sistem rujukan, koneksi internet yang tidak dapat diprediksi tetap menjadi masalah.

Pemerintah Kabupaten Indramayu telah melaksanakan program sistem informasi dan komunikasi ibu hamil, tenaga kesehatan selama kehamilan, perencanaan, persalinan, dan pencegahan komplikasi, serta rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir, dengan tujuan menyelamatkan bayi dan balita. ibu. Sistem Rujukan Indramayu Maternal Neonatal adalah nama aplikasinya (SI BAYU). Daerah lain telah membentuk sistem rujukan sendiri, seperti yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Indramayu, yang menjalankan program untuk menawarkan akses informasi dan komunikasi kepada ibu hamil melalui teknologi informasi dan komunikasi (Dinkes, 2016). Kabupaten Bulukumba, misalnya, menguasai wilayah yang luas. Selain itu, Pemerintah Kabupaten Bulukumba memiliki sistem rujukan bagi ibu hamil yang disebut dengan SIJARIEMAS. SIJARIEMAS singkatan dari Sistem Informasi Jaringan Rujukan Maternal dan Neonatal. SIJARIEMAS adalah sistem informasi jaringan rujukan institusi kesehatan. Tujuan utamanya adalah untuk memungkinkan pertukaran rujukan darurat dan terencana untuk pasien hamil atau baru melahirkan (Saputra & Hamrun, 2022).

Konsep Dasar Kolaborasi

Menurut O'Leary, Van, dan Kim (2010), istilah "kolaboratif" berasal dari istilah "co" dan "labor," yang keduanya menandakan penyatuan energi atau kapasitas yang lebih besar yang digunakan untuk mencapai kesepakatan bersama. bertujuan. Saling membantu mengatasi kesulitan mereka. Asal etimologis dari istilah "kolaboratif" adalah "co" dan "labor." Kerja sama antar tenaga kesehatan dicontohkan dengan adanya hubungan kerja yang meliputi pemberian pelayanan kepada pasien atau klien, diskusi diagnosis, kerjasama dalam pelayanan kesehatan, konsultasi atau pembicaraan satu sama lain, dan masing-masing bertanggung jawab atas pekerjaannya masing-masing. Kolaborasi, terlepas dari bentuk atau lokasinya, selalu memerlukan pertukaran sudut pandang dalam bentuk ide atau sudut pandang (Titania, 2019).

The Six M Principles Manajerial Kolaborasi Menurut Saleh:

Secara manajerial harus didukung dan dilengkapi dengan *the six M principles* yang minimal terdiri atas berikut ini: "1) **Men**: personal yang terlibat dan kemungkinan juga person yang mendanai kegiatan tersebut; 2) **Money**: modal atau dana operasional yang dibutuhkan dalam berkolaborasi; 3) **Method**: metode, cara, teknis, dan strategi yang dibutuhkan dalam berkolaborasi; 4) **Material**: bahan-bahan yang dibutuhkan, baik yang berbentuk *tangible* maupun *intangible resource*, misalnya *hardware* atau *software*; 5) **Mesin**: peralatan yang digunakan, baik peralatan utama maupun peralatan pendukung; 6) **Market**: bukan pasar dalam pengertian bisnis, melainkan sasaran atau objek/tujuan yang ingin dicapai melalui kegiatan kolaborasi itu".

Manfaat Kolaborasi Tenaga Kesehatan yaitu antara lain :

1. Sebagai metode untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien, dengan tujuan memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik.
2. Sebagai cara untuk menyelesaikan perbedaan pendapat guna menemukan solusi atas suatu masalah atau isu.
3. Menawarkan contoh penelitian kesehatan yang luar biasa.

Budaya petugas kesehatan diturunkan dari budaya profesionalnya. Kapasitas untuk berkolaborasi ini memerlukan pemahaman tentang peran dan tanggung jawab profesi kesehatan, yang masing-masing memiliki budaya sendiri yang berasal dari budaya profesionalnya. Kapasitas kolaborasi ini meliputi mengetahui tugas dan tanggung jawab profesi kesehatan, memiliki nilai dan etika dalam bekerja sama dengan orang lain, kemampuan komunikasi, koordinasi, dan kepemimpinan, serta kepercayaan diri untuk berkolaborasi dengan profesi lain. Keterampilan komunikasi yang efektif, saling menghormati, kepercayaan, memberikan dan menerima kritik, pengambilan keputusan, dan manajemen konflik merupakan komponen penting dari kerja sama tim kesehatan.

Menurut Ernawati, dkk (2022). Tiga hal penting yang dapat memengaruhi seseorang dalam berkolaborasi, yaitu:

1. Peluang kerjasama di dalam perusahaan dan institusi, seperti ruang, waktu, fasilitas, infrastruktur, dan proses.
2. Kesiediaan untuk berkolaborasi berdasarkan pengalaman kerja sebelumnya, adanya kepercayaan, dan saling menghargai

3. Kemampuan untuk berkolaborasi/bekerja sama, kecakapan dalam layanan yang berfokus pada pasien, dan kecakapan dalam berkomunikasi dengan pasien dan profesional perawatan kesehatan

Menurut Family Health Teams (2005), terdapat 12 jenis kolaborasi tim, yaitu “1) perawatan reproduktif primer (misalnya, prenatal, kebidanan, pasca persalinan, dan perawatan bayi baru lahir), 2) perawatan kesehatan mental primer, perawatan paliatif primer; 3) in home/fasilitas penggunaan yang mendukung pelayanan, 4) pelayanan koordinasi/care navigation, 5) pendidikan pasien dan pencegahan, 6) prenatal, 7) kebidanan, 8) pasca melahirkan, dan 9) perawatan bayi baru lahir, 10) program penanganan penyakit kronis – diabetes, 11) penyakit jantung, obesitas, arthritis, asma, dan depresi, promosi kesehatan dan 12) pencegahan penyakit, kesehatan ibu/anak, kesehatan kerja, kesehatan lansia, pengobatan kecanduan, pelayanan rehabilitasi, dan pengasuhan”. Kolaborasi dalam tim layanan kesehatan sangat penting karena setiap profesional layanan kesehatan memiliki informasi, keterampilan, kapasitas, dan pengalaman yang unik. Mereka memiliki tujuan yang sama dengan ahli medis, yaitu menjamin keselamatan pasien. Selain itu, kemampuan tim kesehatan untuk berkolaborasi guna meningkatkan kinerja di bidang yang secara langsung relevan dengan sistem kesehatan dapat menghasilkan peningkatan saling pengertian dan hubungan kolaboratif yang lebih efisien.

Daftar Pustaka

- Aulia, N. W. (2022) *SISRUTE (Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi)*.
<http://rsudungaran.semarangkab.go.id/images/tentangSisrute.pdf>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. (2016). *Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu*. Indramayu.
- Ernawati, D. K., Sutiari, N. K., & Susilawati, L. K. P. A. (2022). *Modul Kolaborasi Dalam Medication Safety: Bagian 1*. Yogyakarta: Deepublish.
- Family Health Teams. (2005). *Guide to Collaborative Team Practice*. Canada: Ontario.
- Idris, F. (2013). *Pola Kerjasama BPJS Kesehatan-Rumah Sakit*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012) *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
<http://hukor.kemkes.go.id/hukor/permenkes/2012>.
- Kementerian Kesehatan RI (2013). *Buku Saku pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Jakarta: Unicef; USAID; UNFPA
- Michael, M. (2020). *Reviving the Functionality of the Referral System in Uganda*. Retrieved from <https://www.udn.or.ug/udn-media/news/147-reviving-the-functionality-of-the-referral-system-in-uganda.html>.

- O'Leary, R., Van Slyke, D.M., & Kim, S. (2010). *The future of public administration around the world*. Washington DC: Georgetown University Press.
<https://osf.io/qhxyw/download/?format=pdf>
- Primasari, K. L. (2015). Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia (ARSI)*, 1(2), 79-87.
<https://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2173/711>
- Ratnasari, D. (2017). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *JAKI*, 5(2), 145-154
<https://doi.org/10.20473/jaki.v5i2.2017.145-154>
- Saleh, C. *Konsep, Pengertian, dan Tujuan Kolaborasi*.
<https://pustaka.ut.ac.id/lib/wp-content/uploads/pdfmk/DAPU6107-M1.pdf>
- Saputra, L. N. H. A. & Hamrun. (2022) Sijariemas (Sistem Informasi Jejaring Rujukan Expanding Maternal And Newborn Survival) Di Kabupaten Bulukumba. *Journal of Government Studies*, 2(1), 21-29
<https://journal.unismuh.ac.id/index.php/kybernology/article/view/8431>
- Setiawati, M. E., & Nurrizka, R. H. (2019). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 8(01), 35-40.
<https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/43843/24256>
- Tirtaningrum, D. A., Sariatmi, A., & Suryoputro, A. (2018). Analisis Response Time Penatalaksanaan Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri Ibu Hamil. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(2), 139-146.
<https://doi.org/10.30597/mkmi.v14i2.2866>

- Titania, E. L. (2019). Pentingnya Kolaborasi Antar Tenaga Kesehatan Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien. *OSF Preprints*.1-9. <https://doi.org/10.31219/osf.io/9ebtq>.
- Wahyuni. E. D. (2018). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://pustaka.ut.ac.id/lib/wp-content/uploads/pdfmk/DAPU6107-M1.pdf>.

Profil Penulis



**Eleni Kenanga Purbasary, S.Kep., Ns.,
M.Kep., Sp.Kep.An.**

Penulis lahir di Dumai, 07 Mei 1987. Semenjak memasuki masa SMA penulis sudah tertarik untuk melanjutkan pendidikan perguruan tinggi di bidang keperawatan. Lulus SMA penulis melanjutkan pendidikan Strata 1 Ilmu Keperawatan Di STIKes Jenderal Achmad Yani dan berhasil menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan lulus pada tahun 2009 dan setelah lulus sarjana penulis melanjutkan Profesi Ners selama 1 tahun dan lulus tahun 2010 dari STIKes Jenderal Achmad Yani Cimahi.: Setelah lulus Penulis bekerja menjadi Dosen. Mata kuliah yang diampu, diantaranya: Keperawatan Dasar, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Teori dan falsafah Keperawatan. Tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2017. Setelah lulus Magister Keperawatan penulis melanjutkan pendidikan Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia dan lulus Tahun 2018. Saat ini penulis bekerja sebagai staf pengajar tetap di STIKes Indramayu sejak tahun 2013 dan saat ini home based penulis di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indramayu.

Email Penulis: eleni.kenanga@gmail.com

URGENSI DAN OPTIMALISASI SISTEM DOKUMENTASI DALAM KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Titin Hidayatin, S.Kep., Ns., M.Kep
STIKes Indramayu

Pendahuluan

Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih terbilang cukup tinggi. Hal ini merupakan masalah terbesar bagi seorang tenaga kesehatan yang salah satunya adalah peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Masalah kegawatdaruratan maternal dan neonatal bersifat cepat dan perlu tindakan yang tepat serta memerlukan pemikiran kritis. Perawat dalam menangani kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal harus kompeten dan terampil dalam melakukan proses keperawatan dibawah tekanan yang tinggi dan juga harus mampu membuat catatan keperawatan yang akurat serta relevan melalui sistem pendokumentasian.

Menurut (Nursalam, 2014) Komponen penting dalam pendokumentasian adalah komunikasi, proses keperawatan dan/atau standar asuhan keperawatan. Salah satu bentuk dari kegiatan keperawatan adalah membuat dokumentasi keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan sangat penting bagi perawat karena

pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami pasien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. (Patricia W. I & Nancy. H. C., 2004)

Dokumentasi keperawatan juga memungkinkan untuk berkomunikasi antara perawat dengan pasien atau perawat dengan tim kesehatan lainnya tentang asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien mempromosikan asuhan keperawatan yang baik dan mendukung perawat untuk menunjukkan bahwa asuhan keperawatan memenuhi standar profesional hukum (Borsato *et al.*, 2011). Dokumentasi keperawatan yang akurat mencatat setiap langkah perjalanan pasien melalui proses perawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan (Paans *et al.*, 2010). Menurut (Kaur *et al.*, 2021) Dokumentasi keperawatan juga menyiapkan akuntabilitas profesional karena menunjukkan bahwa pengetahuan, penilaian, dan keterampilan keperawatan telah digunakan untuk hubungan antara perawat – pasien sesuai dengan standar praktik asuhan keperawatan. Asosiasi perawat Amerika menyatakan bahwa dokumentasi yang jelas, akurat, dan dapat diakses adalah hal yang terpenting.

Keakuratan suatu data pasien dalam proses keperawatan saat ini menjadi tuntutan dari berbagai aspek bagi perawat, bermacam – macam bentuk upaya yang telah dilakukan selama bertahun – tahun untuk meningkatkan dokumentasi keperawatan, hal ini dilakukan dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. (Paans *et al.*, 2010)

Asuhan keperawatan masih dipengaruhi oleh model asuhan yang berpusat pada rumah sakit dan berpusat pada pada penyakit, bukan pada kebutuhan pasien, dengan demikian proses keperawatan menjadi penting karena pada proses keperawatan dapat memberikan kebutuhan pasien secara holistic. Semakin kritis situasi pasien semakin penting dan perlu memberikan asuhan keperawatan. (Pinto Okuno *et al.*, 2015)

Definisi Dokumentasi

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis dan/atau dihasilkan secara elektronik yang menggambarkan status pasien atau perawatan atau layanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut. Potter & Perry (2010) dalam (Borsato *et al.*, 2011).

Dokumentasi keperawatan adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien dan merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional, atau komunikasi antara perawat dengan pasien. Dokumentasi keperawatan dapat ditulis tangan atau dicetak atau disimpan dalam sistem audiovisual dan merupakan bagian permanen dari catatan medis pasien. (Chelagat D , Sum T , Obel M , Chebor A, 2015).

Menurut (Potter, 2010), dokumentasi keperawatan yang baik memiliki 6 (enam) karakteristik, yaitu nyata, tepat, menyelesaikan, tepat waktu (saat ini), terorganisir, dan sesuai dengan standar dalam asuhan keperawatan.

Menurut (Borsato *et al.*, 2011) Kualitas dokumentasi keperawatan sebagai berikut :

1. Memberikan bukti asuhan keperawatan dan pasien memberikan respon terhadap asuhan keperawatan yang diberikan;
2. Menjadi sumber referensi penting antara perawat dan anggota tim kesehatan lainnya;
3. Memberikan fasilitas yang berkualitas dan berkesinambungan dalam asuhan keperawatan dan memberikan informasi kepada semua anggota tim kesehatan yang terlibat dalam proses pelayanan tersebut;
4. Meningkatkan informasi yang dibutuhkan oleh keluarga pasien
5. Melindungi perawat dari tanggung gugat terhadap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Menurut (Chelagat D , Sum T , Obel M , Chebor A, 2015) alasan perawat perlu melakukan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Dokumentasi keperawatan menyediakan sarana komunikasi antara anggota tim perawatan kesehatan dan memfasilitasi perencanaan yang terkoordinasi dan kesinambungan dalam pelayanan asuhan keperawatan;
2. Dokumentasi keperawatan yang jelas, lengkap, akurat dan faktual memberikan catatan perawatan pasien yang sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien;
3. Dokumentasi keperawatan sebagai sarana tanggung jawab dan akuntabilitas profesional, karena dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari tanggung jawab keseluruhan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan

dapat membantu dalam berkoordinasi dengan tim kesehatan lain serta sebagai bahan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan;

4. Dokumentasi keperawatan dapat memberikan bukti tentang kondisi pasien saat ini;
5. Dokumentasi keperawatan sebagai dasar hukum dan memberikan perlindungan kepada perawat yang menjalankan asuhan keperawatan kepada pasien;
6. Dokumentasi keperawatan sebagai dasar untuk mengevaluasi mutu dan kelayakan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan karena sumber utama dari catatan pasien adalah data pasien;
7. Dokumentasi keperawatan memberikan data yang berguna dalam dunia pendidikan termasuk riset penelitian;
8. Dokumentasi keperawatan membantu dalam perencanaan dan penganggaran biaya. Perencanaan dan penganggaran yang tepat pada dasarnya akan membantu menetapkan jumlah staf yang dibutuhkan dan jumlah bahan serta peralatan yang dibutuhkan. Sebuah rumah sakit harus memberikan perawatan yang berkualitas untuk pasiennya;
9. Dokumentasi keperawatan membantu fasilitas pelayanan kesehatan dalam mendapatkan pembayaran kembali atas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Sebagian besar fasilitas pelayanan kesehatan memiliki lembar biaya untuk mendokumentasikan peralatan yang digunakan untuk setiap prosedur yang diberikan kepada pasien. Oleh karena itu, data yang cukup akan mengungkapkan semua perawatan yang diberikan kepada pasien dan hal ini akan membantu dalam penagihan yang tepat untuk layanan tersebut.

Faktor – Faktor yang Memengaruhi Dokumentasi Keperawatan

Menurut (Grainger, 2008) dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

1. Kurangnya pengetahuan dan pelatihan tentang proses keperawatan;
2. Kurangnya pengetahuan tentang kondisi pasien;
3. Waktu dan beban kerja perawat;
4. Model atau bentuk dokumentasi keperawatan;
5. Penghargaan buat perawat;
6. *Taxonomi* termasuk format yang sistematis dan penggunaan bahasa istilah yang baku dan benar;
7. Lingkungan fisik berupa sarana dan prasarana yang mendukung

Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Prinsip – prinsip umum yang harus diperhatikan terkait dokumentasi menurut *American Nurses Association*, 2005 dalam (Chelagat D , Sum T , Obel M , Chebor A, 2015) :

1. Objektif

Dokumentasi keperawatan dituliskan berdasarkan hasil pemeriksaan seperti hasil pemeriksaan fisik dan hasil observasi. Misalnya perawat mengobservasi klien yang mengalami perdarahan (berapa banyak kehilangan darah, lokasi perdarahan).

2. Spesifik

Pernyataan ambigu dan generalisasi dalam pembuatan dokumentasi keperawatan harus dihindari. Saat mendokumentasikan apa yang dikatakan pasien secara lisan, perawat harus

menggunakan kutipan langsung tanpa merubah apa yang sudah dikatakan oleh pasien.

3. Jelas dan konsisten

Penting untuk memastikan bahwa semua catatan keperawatan ditulis dalam kalimat yang tepat, ejaan yang jelas dan ditulis dengan rapi. Singkatan yang standar bisa digunakan, perawat tidak boleh menciptakannya sendiri karena dapat menyebabkan kebingungan dan salah tafsir bagi perawat yang lainnya atau bagi tim kesehatan lainnya. Perawat juga harus menuliskan nama lengkap dan tanda tangan pada semua prosedur yang diberikan pada pasien.

4. Informasi yang relevan

Informasi pasien harus dituliskan secara relevan agar dapat memudahkan berkomunikasi dengan anggota tim kesehatan lainnya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang akan diberikan kepada pasien.

5. Menghormati kerahasiaan

Catatan pasien hanya boleh dibagikan dengan tim perawatan kesehatan yang berpartisipasi dalam pemberian pelayanan kesehatan. Catatan pasien tidak boleh disebarluaskan kepada orang lain yang tidak berkepentingan dengan kesehatan pasien.

6. Kesalahan perekaman

Jika terjadi kesalahan dalam pendokumentasian, maka perawat hanya perlu mencoret dalam satu baris dan dituliskan “kesalahan” di atasnya dengan diikuti tanda tangan perawat yang melakukan kesalahan pendokumentasian.

Dokumentasi Keperawatan dalam Kasus Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Dalam melakukan pendokumentasian pada kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal diperlukan tahap – tahap proses keperawatan seperti :

1. Dokumentasi pengkajian keperawatan

Dalam kasus kegawatdaruratan pengkajian yang dilakukan adalah pengkajian primer (*primary survey*) dan pengkajian sekunder (*secondary survey*). Pengkajian adalah langkah pertama yang melibatkan keterampilan berpikir kritis dan pengumpulan data (subjektif dan objektif), data subjektif adalah pernyataan verbal dari pasien atau keluarga pasien sedangkan data objektif adalah data yang dapat diukur atau dihasilkan dari observasi. (Thayer., 2022). Menurut (Masudik, Yulita N, Herselowati, Elfifin, 2016) dan (Diklat AGD 118, no date) bahwa *Primary survey* adalah suatu proses melakukan penilaian keadaan korban gawat darurat dengan menggunakan prioritas *airway* (A), *breathing* (B), *circulation* (C), *disability* (D), *exposure* (E) dan resusitasi untuk menentukan kondisi patofisiologis korban dan pertolongan yang dibutuhkan dengan segera.

a. *Airway* (jalan napas) dengan kontrol servikal

- 1) Kaji apakah ada tanda – tanda fraktur servikal
- 2) *Look*: melihat adanya gerakan pengembangan dada
- 3) *Listen*: mendengarkan suara pernapasan. Suara ngorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan napas, *snoring*, *crowing* dan *wheezing*.

4) *Feel*: merasakan adanya hembusan nafas saat pasien melakukan ekspirasi yang bisa kita rasakan pada pipi maupun punggung tangan perawat/penolong.

b. *Breathing + Ventilation*

1) Inspeksi frekuensi napas, memastikan pasien bernapas atau tidak. Bila pasien bernapas (pastikan dengan adekuat atau tidak, apakah ada penggunaan otot bantu pernafasan, ada sesak napas, palpasi pengembangan paru, auskultasi adanya suara nafas tambahan seperti *ronchi*, *wheezing*, kaji adanya trauma pada dada yang dapat menyebabkan *takipnea* dan *dispnea*)

2) Frekuensi pernapasan normal atau tidak

3) Lakukan perkusi dada untuk menilai adanya udara (*hipersonor*) atau darah (*dull*) dalam rongga pleura.

4) Palpasi merasakan ada atau tidaknya suara krepitasi yang menandakan adanya fraktur, dislokasi atau keadaan mengancam lainnya.

5) Cek tidak volume

6) Cek tanda – tanda umum distress pernapasan (*takipnea*, berkeringat, sianosis, penggunaan otot bantu pernafasan, ventilasi tidak adekuat)

c. *Circulation*

Perdarahan merupakan sebab utama kematian pasca bedah dan perdarahan postpartum yang mungkin dapat diatasi dengan terapi yang cepat dan tepat di rumah sakit. Bila terjadi keadaan hipotensi harus dianggap disebabkan oleh

hypovolemia, sampai terbukti sebaliknya. Dengan demikian maka diperlukan penilaian yang cepat dari status hemodinamik pasien.

1) Pengenalan syok

Warna kulit dapat membantu diagnosis hypovolemia. Pasien trauma yang kulitnya kemerahan terutama pada wajah dan ekstremitas, jarang yang dalam keadaan hipovolemia. Sebaliknya, wajah pucat keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat serta dingin merupakan tanda syok.

- a) Nadi : cek kekuatan, kecepatan dan irama nadi
 - b) Periksa kehamilan : lakukan pemeriksaan terhadap usia kehamilan dan periksa denyut jantung janin (DJJ). Jika usia kehamilan \geq 20 minggu dengan pemeriksaan DJJ menunjukkan adanya fetal distress baik akselerasi maupun deselerasi segera baringkan ibu dalam posisi miring ke kiri dengan ketinggian 27 – 30°, berikan infus 2 jalur (*line*) menggunakan nomor besar pada intra vena catheter (IV Cath) dan menggunakan cairan *ringer laktat* (RL) 1 – 2 liter dan segera konsul ke dokter obgyn.
- 2) Kontrol perdarahan (internal dan eksternal)
 - 3) Tekanan darah
 - 4) Saturasi oksigen
 - 5) Lakukan askultasi jantung
 - 6) Palpasi suhu, denyut nadi perifer dan sentral

- d. *Disability* (pemeriksaan neurologis)
- 1) Melibatkan sistem saraf pusat
 - 2) Tingkat kesadaran
 - 3) Periksa pupil : nilai apakah ada perubahan pupil
 - 4) Cek *glasgow coma scale* (GCS) : sistem skoring yang sederhana dan dapat memprediksi hasil akhir motorik pasien. Perubahan kesadaran dapat mengganggu *airway* serta *breathing*. Penyebab utama perubahan tingkat kesadaran adalah hipoksia berat, perfusi serebral buruk, obat – obatan (sedative), kelainan serebral, hipoglikemia, alcohol
 - 5) Gangguan sensorik dan motorik (pergerakan)
- e. *Exposure* / kontrol lingkungan
- 1) Cegah hipotermi dengan mengecek suhu tubuh pasien
 - 2) Membuka baju pasien dengan tujuan untuk memeriksa secara detail dipusatkan pada bagian tubuh yang mengalami gangguan seperti pada pasien dengan kecurigaan syok anafilaksis ditemukan urtikaria pada seluruh tubuh, kaji adanya tanda – tanda trauma dan oedema.
- f. *Foley catheter*
- Kaji volume urin, warna urine, dan bau urine. Ambil sampel urine untuk pemeriksaan urin rutin dan kehamilan pada wanita hamil usia lanjut. Produksi urin merupakan indikator yang peka untuk menilai keadaan hemodinamik pasien.

g. *Gastric tube*

Kateter lambung dipakai untuk mengurangi distensi lambung dan mencegah muntah.

h. Monitor EKG

Di fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki monitor jantung sebaiknya pasien dipasang monitor jantung. Hal ini dapat membantu perawat dalam melakukan pemeriksaan pasien dan dapat melihat kondisi irama dan denyut jantung pasien. Sehingga bila sewaktu – waktu kondisi *cardiac arrest* atau kegawatan yang lain dapat segera diketahui dan dilakukan tindakan selanjutnya. Monitoring hasil resusitasi didasarkan pada ABC:

- 1) *Airway*: seharusnya sudah diatasi
- 2) *Breathing*: pemantauan laju napas (sekalius memantau *airway*) dan sturasi oksigen dicek dengan *pulse oximetry*.
- 3) *Circulation*: nadi, tekanan nadi, tekanan darah, suhu tubuh dan jumlah urin setiap jam. Bila ada sebaiknya terpasang monitor EKG
- 4) *Disability*: nilai tingkat kesadaran pasien dan adakah perubahan pupil.

Survei sekunder adalah pemeriksaan lebih lanjut dan lebih teliti pada semua bagian tubuh (bagian depan dan bagian belakang) pasien. Dimana tujuan survei sekunder untuk mencari cedera tambahan yang mungkin belum ditemukan pada saat pemeriksaan survei primer. Minimal ada empat (4) kelainan atau cidera yang harus ditemukan yaitu *deformity, open injury, tenderness and swelling*. Komponen dalam survei sekunder sebagai berikut :

- a. Keluhan utama : misalnya nyeri, sesak napas dan lain – lain.
- b. Riwayat kesehatan sekarang. Perlu dilakukan anamnesis yang lengkap mengenai riwayat trauma. Riwayat “AMPLE” (*Allergic, Medication, Past illness / pregnancy, Last meal, Event/environment*)
- c. Riwayat kesehatan dahulu
 - 1) Pernah menderita penyakit infeksi, penyakit tidak menular, penyakit menular
 - 2) Menggunakan tembakau (merokok) atau tidak
 - 3) Riwayat operasi : apakah pasien pernah menjalani operasi perlu dikaji dengan waktu, jenis operasi, kesimpulan akhir setelah operasi.
- d. Riwayat kesehatan keluarga

Dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga).
- e. Pemeriksaan fisik

Dilakukan pemeriksaan fisik dengan teliti dari kepala sampai kaki (*head to toe examination*), termasuk pemeriksaan tanda – tanda vital dan dicari adanya “*deformity, open injury, tenderness and swelling*” pada setiap bagian tubuh pasien.
- f. Pemeriksaan penunjang atau diagnostic seperti USG, photo rontgen, CT scan dan sebagainya.

2. Dokumentasi diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon manusia terhadap kondisi kesehatan/ proses kehidupan atau kerentanan terhadap respon tersebut oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil dimana perawat memiliki akuntabilitas. Diagnosa keperawatan dikembangkan berdasarkan data yang diperoleh selama pengkajian keperawatan dan memungkinkan perawat untuk mengembangkan rencana keperawatan. Tujuan diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. Membantu mengidentifikasi prioritas keperawatan dan membantu mengarahkan intervensi keperawatan berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan
- b. Membantu mengidentifikasi bagaimana pasien atau kelompok merespons proses kesehatan dan kehidupan aktual atau potensial
- c. Memberikan dasar evaluasi untuk menentukan apakah asuhan keperawatan bermanfaat bagi pasien
- d. Untuk mahasiswa keperawatan sebagai alat pengajaran yang efektif untuk mempertajam keterampilan pemecahan masalah dan pemikiran kritis bagi mahasiswa.

Sistematika asuhan keperawatan telah banyak digunakan dalam beberapa tahun terakhir sebagai metode ilmiah untuk melengkapi pendokumentasian keperawatan, selain itu juga memberikan dasar ilmiah untuk merencanakan tindakan keperawatan.

Dokumentasi keperawatan dapat memandu penilaian klinis perawat terhadap masalah kesehatan dihadapi pasien kegawatdaruratan maternal dan neonatal. (Pinto Okuno *et al.*, 2015).

3. Dokumentasi perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan adalah tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan. Memberikan perawatan fisik, dukungan emosional dan pendidikan kesehatan. Perawat biasanya melakukan tindakan ini sebagai bagian dari rencana asuhan keperawatan untuk memantau dan meningkatkan. Intervensi yang diberikan kepada pasien harus spesifik dan berfokus pada hasil yang dapat dicapai. Dalam melakukan intervensi keperawatan, ada tiga jenis intervensi keperawatan yaitu intervensi keperawatan mandiri, intervensi keperawatan ketergantungan dan intervensi keperawatan independen. (American Nurses Association, 2021).

4. Dokumentasi tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan membutuhkan pemikiran kritis dan penilaian klinis. Setelah rencana keperawatan awal dibuat, penilaian ulang pasien secara terus menerus diperlukan untuk memantau setiap perubahan kondisi pasien. Penilaian pasien secara terus menerus merupakan sifat dinamis dari proses keperawatan dan sangat penting untuk memberikan perawatan yang aman dan nyaman bagi pasien. Selama proses tindakan keperawatan perawat memprioritaskan intervensi yang sudah dibuat, menilai keselamatan pasien saat memberikan tindakan keperawatan sangat penting. Menurut hierarki Abraham Maslow dan kegawatdaruratan maka yang menjadi hal utama dalam tindakan

keperawatan adalah ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability dan exposure*). (American Nurses Association, 2021).

5. Dokumentasi evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi keperawatan berfokus pada keefektifan dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Pada evaluasi keperawatan perawat menggunakan pemikiran kritis untuk menganalisis data dan menentukan apakah hasil yang diharapkan pasien telah terpenuhi, terpenuhi sebagian atau tidak terpenuhi. Evaluasi keperawatan dilakukan setiap kali perawat berinteraksi dengan pasien, mendiskusikan kembali rencana keperawatan dengan tim kesehatan di dalam interprofesional. Rencana asuhan keperawatan harus diperbaharui saat tujuan prioritas yang lebih tinggi. (American Nurses Association, 2021).

Daftar Pustaka

- American Nurses Association (2021) 'Nursing: Scope and standards of practice (4th ed.)', in *American Nurses Association*.
- Borsato, F.G. *et al.* (2011) 'Assessment of quality of nursing documentation in a University Hospital | Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário', *ACTA Paulista de Enfermagem*, 24(4), pp. 527–533.
- Chelagat D , Sum T , Obel M , Chebor A, K.R. and B.B. (2015) 'Documentation: Historical Perspectives , Purposes , Benefits and Challenges as Faced by Nurses , International Journal of ...', (August 2013).
- Diklat AGD 118 (no date) *Buku panduan pelatihan penanganan gawat darurat obstetri neonatal. edisi 3*.
- Grainger, P.C. (2008) 'Nursing documentation in the emergency department: Nurses Perspectives', *Victoria University of Wellington*, (June), p. 173.
- Kaur, M. *et al.* (2021) 'Assessment of documentation practices of maternal Assessment and care by Nursing Personnel working in Tertiary Care Hospital', *Nursing & Midwifery Research Journal*, 17(3), pp. 125–133. Available at: <https://doi.org/10.1177/0974150X20210304>.
- Masudik, Yulita N, Herselowati, Elfin, K.W. (2016) *Penanganan penderita gawat darurat obstetri & neonatal (PPGD ON)*. Tidak di publish.
- Nursalam (2014) 'Manajemen keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4', in, p. 117.
- Paans, W. *et al.* (2010) 'Prevalence of accurate nursing documentation in patient records', *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), pp. 2481–2489. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x>.

- Patricia W. I & Nancy. H. C. (2004) 'Dokumentasi keperawatan: suatu pendekatan proses keperawatan edisi 3', in *Jakarta : EGC*. Jakarta : Salemba.
- Pinto Okuno, M.F. *et al.* (2015) 'The most used nursing diagnoses at an emergency service', *Cogitare Enfermagem*, 20(2), pp. 383–388.
- Potter, P.A.; A.G.P. (2010) *Fundamental of nursing 2 (edisi 7)*, Jakarta Salemba Medika.
- Thayer., T.J.T.-B.J.M. (2022) 'Nursing Process', *University of South Florida* [Preprint].

Profil Penulis



Titin Hidayatin, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Ilmu Keperawatan STIKes Indramayu pada tahun 2008 dan lulus profesi Ners pada tahun 2011 di STIKes Indramayu.

Penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta dan lulus pada tahun 2017.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI, hasil penelitian sudah di publish dalam bentuk jurnal.

Email Penulis: tienhidayatin85@gmail.com

- 1 PREVALENSI DAN INSIDEN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL
Chentia Misse Issabella
- 2 KONSEP KEGAWATDARURATAN SECARA UMUM DALAM ASPEK MATERNAL DAN NEONATAL
Yustina Yantiana Guru
- 3 ASPEK HUKUM, ETIK DAN KEBIJAKAN TERKAIT KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL
Siti Jumhati
- 4 DETEKSI DINI DAN PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL
Susilia Idyawati
- 5 PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM TATALAKSANA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL
Rd. Gita Mujahidah
- 6 KONSEP DAN PENERAPAN PATIENT SAFETY DALAM ASUHAN KEGAWATAN MATERNAL NEONATAL
Ika Subekti Wulandari
- 7 SISTEM PONEK DAN PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PADA PROSES PERSALINAN, NEONATUS, BAYI BARU LAHIR DI TATANAN PELAYANAN KEBIDANAN
Sarah Fitria
- 8 RESUSITASI DI LINGKUP MATERNAL DAN NEONATAL PADA KASUS KEGAWATDARURATAN
Senditya Indah Mayasari
- 9 OBAT-OBATAN EMERGENCY DI LINGKUP KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL
Ayu Rahmawati
- 10 KONSEP DAN APLIKASI BANTUAN HIDUP DASAR
Aldo Yuliano Mas Putra
- 11 PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PADA POSTPARTUM
Reina Dhamanik
- 12 KONSEP DAN APLIKASI SISTEM RUJUKAN DAN KOLABORASI
Eleni Kenanga Purbasary
- 13 URGENSI DAN OPTIMALISASI SISTEM DOKUMENTASI DALAM KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL
Titin Hidayatin

Editor :
Made Martini

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

