

MODUL TEORI
KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN
NEONATAL



Disusun Oleh :
KURNIA DEWIANI, S.ST.,M.Keb
ASMARIYAH, S.ST.,M.Keb

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU
PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS BENGKULU

LEMBAR PENGESAHAN

**Modul Teori Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal ini sah untuk digunakan
di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas
Bengkulu**

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Yetti Purnama', written in a cursive style.

Yetti Purnama, S.ST.,M.Keb
NIP: 197705302007012007

Visi dan Misi

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

Visi

Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan yang Berbudaya, Unggul dan Profesional
Dalam Menjalankan Praktik Kebidanan Holistik Berdasarkan *Evidence Based
Midwifery* dengan Penerapan *Interprofessional Education*

Misi

1. Menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan akademik dan profesi bidan yang berbudaya, unggul dan profesional pada pelayanan kebidanan holistik berdasarkan *evidence based midwifery* dengan menerapkan Interprofessional Education (IPE)
2. Meningkatkan kualitas penelitian dan publikasi ilmiah yang berkontribusi pada IPTEK dan *evidence based midwifery* melalui pendekatan lintas profesi (*Interprofessional Collaboration/IPC*)
3. Menyebarkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan pengabdian masyarakat bidang asuhan kebidanan yang berorientasi pada pengembangan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.
4. Menerapkan sistem tata kelola yang dapat dipertanggungjawabkan;
5. Meningkatkan kerjasama bidang pendidikan dan penelitian dengan berbagai institusi tingkat nasional dan internasional

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Modul teori dengan Judul “Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal”. Penulisan Modul ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik bagi dosen maupun mahasiswa. Adanya Modul ini diharapkan dapat menjadi referensi, meningkatkan motivasi dan suasana akademik yang menyenangkan bagi mahasiswa karena sistematika yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran.

Modul ini dapat terselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penyusun mengucapkan terimakasih kepada:

1. Rektor Universitas Bengkulu
2. Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu
3. Koordinator Program Studi Sarjana Kebidanan FMIPA Universitas Bengkulu
4. Tim Dosen.
5. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya buku pedoman ini.

Penulis berharap semoga Modul ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Masukan dan saran yang konstruktif selalu diharapkan untuk kesempurnaan dimasa yang akan datang.

Penulis

Prevalensi dan Insiden Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

A. Definisi Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Kegawatdaruratan menurut Dorlan (2011) adalah kejadian tak terduga atau tiba-tiba yang seringkali berbahaya. Keadaan darurat juga dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan terkadang berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga serta memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan nyawa (Campbell, 2000). Sedangkan gawat darurat menurut Permenkes RI No. 47 tahun 2018 yaitu keadaan yang membutuhkan tindakan medis segera dalam upaya menyelamatkan nyawa. Kegawatdaruratan juga dapat diartikan sebagai situasi serius dan juga membahayakan yang terjadi dengan tiba-tiba dan harus dilakukan tindakan segera untuk menyelamatkan jiwa (Ani Triana et al., 2015). Kegawatdaruratan maternal dan neonatal merupakan kondisi kritis yang memerlukan penanganan cepat dan tepat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi. Kondisi ini bisa terjadi selama kehamilan, persalinan, atau periode postpartum, serta pada bayi baru lahir.

1. Kegawatdaruratan Maternal

Kegawatdaruratan maternal atau obstetric merupakan sebuah keadaan dimana nyawa seseorang terancam pada masa kehamilan, saat melahirkan, sesudah melahirkan dan masa kelahiran.

Kegawatdaruratan maternal dapat mengancam nyawa ibu dan juga janin apabila tidak segera ditangani (Siantar et al., 2022). Masalah darurat selama kehamilan dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan tertentu atau kondisi medis atau bedah yang terjadi bersamaan.

2. Kegawatdaruratan Neonatal

Kegawatdaruratan neonatal merupakan sebuah keadaan dimana bayi baru lahir dengan usia <28 hari mengalami sakit kritis dan memerlukan penanganan yang tepat. Untuk mencegah kondisi yang mengancam, diperlukan pengetahuan untuk mengenali perubahan. 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 kehami-

lannya 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 orang tua pada saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan. Kematian eksogen (kematian post-natal) adalah kematian bayi yang terjadi antara usia satu bulan atau sampai satu tahun disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan (Wandira & Indawati, 2012).

B. Prevalensi Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka kematian ibu atau AKI di Indonesia menjadi masalah kesehatan dan menjadi salah satu negara tertinggi di Asia Tenggara (Kepmenkes, 2017). Pembangunan kesehatan menjadi pertimbangan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Indikator derajat kesehatan masyarakat salah satunya adalah angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) (Permenkes, 2020). Angka kematian ibu (AKI) menjadi indikator penting untuk menentukan status kesehatan ibu di suatu wilayah, khususnya yang berkaitan dengan risiko kematian ibu hamil dan bersalin (Maryunani, 2016). Semakin tinggi angka kematian ibu dan bayi suatu negara menandakan bahwa derajat kesehatan negara tersebut buruk (Kemenkes, 2018).

Berdasarkan data Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan, sebanyak 7.389 kematian ibu terjadi di Indonesia pada tahun 2021. Jumlah tersebut meningkat 56,69% dari tahun sebelumnya. Berdasarkan Sistem Registrasi Sampling

(SRS) pada tahun 2018, sekitar 76% kematian ibu terjadi saat persalinan dan masa nifas, dimana 24% terjadi saat hamil, 36% saat persalinan dan 40% setelah persalinan, hal ini mengakibatkan lebih dari 62% kematian ibu dan bayi terjadi di rumah sakit. Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2022 mencapai 207 per 100.000 KH melebihi target rencana strategi atau renstra sebesar 190 per 100.000 KH. Tiga penyebab utama kematian ibu diantaranya yaitu perdarahan (30%), hipertensi dalam kehamilan atau Preeklampsia (25%), dan infeksi (12%). Kasus Preeklampsia atau eklampsia merupakan penyebab kedua terbanyak kematian ibu setelah perdarahan, berdasarkan data WHO kasus Preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang dari negara maju dengan prevalensi (1,8%-18%). Kasus Preeklampsia di Indonesia mencapai angka 128.273/tahun atau sekitar (5,3%) (Kepmenkes, 2017).

Salah satu agenda utama SDGs adalah menurunkan angka kematian ibu dan kematian Balita. Pemeriksaan antenatal yang berkualitas dan teratur selama kehamilan akan menentukan status kesehatan ibu hamil dan bayi yang dilahirkan. Hingga saat ini, Angka Kematian Ibu (AKI masih di kisaran 305 per 100.000 Kelahiran Hidup, belum mencapai target yang ditentukan yaitu 183 per 100.000 KH di tahun 2024. Demikian juga bayi dan balita yang masih harus kita selamatkan dari kematian. Target kematian Ibu dan anak dilakukan melalui intervensi spesifik yang dilakukan saat dan sebelum kelahiran. Kementerian Kesehatan RI menetapkan pemeriksaan ibu hamil atau antenatal *care* (ANC) dilakukan minimal sebanyak 6 kali selama 9 bulan sebagai bentuk komitmen untuk penyediaan layanan esensial bagi Ibu hamil.

C. Prevalensi Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi banyaknya kematian bayi usia di bawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah indikator penting dalam kesehatan masyarakat yang mengukur jumlah kematian bayi dalam 28 hari pertama kehidupan per 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian balita Jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi).

Angka Kematian bayi (AKB) merupakan salah satu permasalahan krusial yang menjadi tanggung jawab pemerintah Indonesia, karena kesehatan merupakan salah satu standar penting dalam kesejahteraan dan merupakan segi yang mudah dinilai untuk mengetahui tingkat kesejahteraan masyarakat. Tingkat kematian bayi Indonesia tergolong tinggi dengan berbagai macam penyebab di tingkat Asia Tenggara. 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 1.1. Perkembangan AKB (per 1.000 kelahiran hidup)
 Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2019 (Kemenkes RI*) Target RPJMN 2020-2024

D. Peran Pemerintah dalam penurunan AKI dan AKB

Salah satu agenda utama *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Keberhasilan SDGs ini tidak dapat dilepaskan dari peranan penting pemerintah. Pasalnya, pemerintah memiliki wewenang dan dana untuk melakukan berbagai inovasi, serta ujung tombak penyedia layanan publik dan berbagai kebijakan serta program pemerintah. Hingga saat ini, AKI masih di kisaran 305 per 100.000 kelahiran hidup, belum mencapai target yang ditentukan yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2024. Demikian juga bayi dan balita yang masih harus diselamatkan dari kematian.

Dalam rangka menurunkan AKI dan AKB upaya yang dilakukan Kementerian Kesehatan adalah dengan memastikan bahwa setiap ibu memiliki akses dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang meliputi pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan masa

nifas bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan apabila terdapat komplikasi, serta pelayanan KB. Adapun, upaya bagi kesehatan ibu meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil
2. Pelayanan imunisasi tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil
3. Pemberian tablet tambah darah
4. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
5. Pelayanan kesehatan ibu nifas
6. Penyelenggaraan kelas ibu hamil
7. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K),
8. Pelayanan KB
9. Pemeriksaan HIV dan Hepatitis B

Sedangkan menurut Permenkes Nomor 25 Tahun 2014, upaya kesehatan anak dapat dilakukan melalui:

1. Pelayanan kesehatan janin dalam kandungan
2. Kesehatan bayi baru lahir
3. Kesehatan bayi, balita, anak prasekolah
4. Kesehatan anak usia sekolah dan remaja
5. Perlindungan kesehatan anak

Selain peran dari pemerintah dan tenaga kesehatan terkait, peran keluarga sangatlah penting dalam menurunkan AKI dan AKB. Peran dari keluarga dapat dilakukan melalui pendekatan keluarga. Pelaksanaan pendekatan keluarga ini memiliki tiga hal yang harus diadakan atau dikembangkan, yaitu instrumen yang digunakan di tingkat keluarga, forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga, dan keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra.

Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Salah satu target SDG's (*Sustainable Development Goals*) adalah menurunkan rasio kematian ibu hamil rata-rata di seluruh dunia yang kurang dari 70 kematian ibu per 100.000 kelahiran pada tahun 2030. Untuk mencapai target global pengurangan angka kematian ibu menuntut setiap negara untuk mengurangi angka kematian ibu nasionalnya. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.00 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitivitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Kassebaum, dkk., 2017).

Tingginya AKI merupakan indikator masih rendahnya status kesehatan ibu hamil dan tingginya risiko kehamilan dan persalinan yang akan mempengaruhi kualitas generasi penerus yang dilahirkan, maka upaya mempercepat penurunan AKI menjadi penting dan perlu mendapatkan perhatian serius (Pacagnella, dkk., 2014). Berbagai faktor determinan turut berperan dalam proses terjadinya kematian ibu. Tiga model keterlambatan dalam merujuk ibu ke fasilitas kesehatan

rujukan (*three delay models*) merupakan determinan yang memiliki peran cukup besar dalam terjadinya kematian ibu di masyarakat. Faktor tersebut merupakan penyebab tidak langsung, namun menjadi penyebab mendasar dalam kematian ibu (Win, dkk., 2015). Keterlambatan pertama dalam merujuk yang harus segera dicegah agar tidak menyebabkan keterlambatan berikutnya yaitu terlambat mengambil keputusan keluarga dan terlambat mengenali tanda bahaya dalam kehamilan, di samping determinan yang lain seperti faktor pemeriksaan kehamilan dan faktor penolong pertama persalinan yang tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan (Alkema, dkk., 2016).

A. Pengertian Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

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

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 terjadinya kegawatdaruratan adalah dengan melakukan perencanaan yang baik, mengikuti panduan yang baik dan melakukan pemantauan yang terus menerus terhadap ibu/klien. Apabila terjadi kegawatdaruratan, anggota tim seharusnya mengetahui peran mereka dan bagaimana tim seharusnya berfungsi untuk berespons 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.

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 pembaringan 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.

B. Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Maternal

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. Pendarahan pervaginam

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

3. Klien tidak sadar/kejang

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

4. Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, lethargic, 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.

C. 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 preeklamsia 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.

1. Deteksi Preeklamsia

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

penderita dirujuk dalam kondisi yang sudah parah, sehingga perbaikan kualitas di pelayanan kebidanan di tingkat pelayanan dasar diharapkan dapat memperbaiki prognosis bagi ibu dan bayinya.

Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia

Metode skrining dapat dilakukan melalui berbagai cara seperti di bawah ini:



Gambar 2.1. Metode Skrining Preeklamsia/Eklamsia

2. Skrining/Deteksi Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Perdarahan pada kehamilan lanjut dan menjelang persalinan pada umumnya disebabkan oleh kelainan implantasi plasenta baik plasenta 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.

a. Perdarahan pada Kehamilan Muda

Perdarahan pada kehamilan muda merupakan perdarahan pada kehamilan di bawah 20 minggu atau perkiraan berat badan janin kurang dari 500 gram dimana janin belum memiliki kemampuan untuk hidup diluar kandungan. Jika seorang wanita datang ke tempat anda dengan keluhan terlambat haid 3 bulan, saat ini

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

1) Abortus

Langkah pertama dari serangkaian kegiatan penatalaksanaan *abortus incompit* 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 incompit* merupakan ancaman serius bila evakuasi sisa konsepsi tak segera dilaksanakan. Ingat: Beberapa jenis komplikasi *abortus incompit*, dapat timbul secara bersama sehingga dibutuhkan kecermatan petugas kesehatan atau penolong agar dapat membuat skala prioritas dalam menanggulangi masing-masing komplikasi tersebut.

Bila seorang pasien datang dengan dugaan suatu *abortus incompit*, 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. 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 *incomplit*, 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

2) Kehamilan Ektopik yang Terganggu

Kehamilan ektopik ialah terjadinya implantasi (kehamilan) diluar kavum uteri. Kebanyakan kehamilan ektopik di tuba, hanya sebagian kecil di ovarium, cavum abdomen, kornu. Kejadian kehamilan ektopik ialah 4,5- 19,7/1000 kehamilan. Beberapa faktor risiko ialah: radang pelvik, bekas

ektopik, operasi pelvik, anomalia tuba, endometriosis dan perokok. Gejala trias yang klasik ialah: amenorrhea, nyeri perut dan perdarahan pervaginam. Pada kondisi perdarahan akan ditemukan renjatan, dan nyeri hebat di perut bawah. Uterus mungkin lebih besar sedikit, dan mungkin terdapat massa tumor di adneksa. Dengan USG kehamilan intrauterin akan dapat ditentukan, sebaliknya harus dicari adanya kantong gestasi atau massa di adneksa/kavum douglas. Bila USG ditemukan kantong gestasi intrauterin (secara abdominal USG), biasanya kadar B hCG ialah 6500 iu; atau 1500 iu bila dilakukan USG transvaginal. Bila ditemukan kadar seperti itu dan tidak ditemukan kehamilan intrauterin, carilah adanya kehamilan ekstrauterin.

3. Perdarahan pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan

Perdarahan pada kehamilan lanjut dan persalinan merupakan perdarahan dalam kehamilan yang terjadi setelah usia gestasi di atas 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.

4. 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%).

D. 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 di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Neonatus mengalami masa perubahan dari kehidupan di dalam rahim yang serba tergantung pada ibu menjadi kehidupan di luar 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.

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. 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 terasa dingin. Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia diperlukan termometer ukuran rendah (*low reading thermometer*) sampai 25°C . Di samping 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 mellitus, 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 opisthotonus, ekstremitas terulur dan kaku, dahi berkerut, alis mata terangkat, sudut mulut tertarik ke bawah, muka risus sardonikus. Penyakit-penyakit pada ibu hamil.

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

5. Sindrom Gawat Nafas Neonatus

Sindrom gawat nafas neonatus merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea atau hiperkapnia dengan frekuensi pernapasan lebih dari 60 kali per menit, sianosis, merintih, waktu ekspirasi dan retraksi di daerah epigastrium, dan interkostal pada saat inspirasi. Resusitasi merupakan sebuah upaya menyediakan oksigen ke otak, jantung dan organ-organ vital lainnya

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

Deteksi Dini Dan Penanganan Awal Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Kegawatdaruratan maternal dapat terjadi setiap saat selama proses kehamilan, persalinan merupakan masa nifas. Sebelum Anda melakukan deteksi terhadap kegawatdaruratan maternal, maka anda perlu mengetahui apa saja penyebab kematian ibu Penyebab kematian ibu sangat kompleks, namun penyebab langsung seperti toksemia gravidarum, perdarahan, dan infeksi harus segera ditangani oleh tenaga kesehatan. 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.

Deteksi/Skrining Identifikasi wanita dengan risiko mempunyai keuntungan sebagai berikut:

- a. Pengawasan lebih ketat
- b. Diagnosis lebih akurat
- c. Intervensi tepat waktu
- d. Pencegahan komplikasi sejak dini

Deteksi Dini Risiko Kehamilan adalah tindakan untuk mengetahui seawal mungkin adanya komplikasi, kelainan dan penyakit baik saat

hamil, bersalin maupun nifas. Deteksi dini adalah suatu mekanisme yang berupa pemberian informasi secara tepat waktu dan efektif, melalui institusi yang dipilih, agar masyarakat/individu di daerah rawan mampu mengambil tindakan menghindari atau mengurangi resiko dan mampu bersiap-siap untuk merespons secara efektif (Imron, Asih dan Indrasari, 2016. Hal:2).

Manfaat deteksi dini dapat mencegah komplikasi lebih lanjut atau meminimalkan risiko terjadinya komplikasi pada kehamilan, bersalin hingga nifas. Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Kehamilan resiko tinggi adalah beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang selama masa kehamilan, bersalin, nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Atau dapat juga dikatakan bahwa deteksi dini merupakan upaya memberitahukan kepada seorang klien yang berpotensi dilanda suatu masalah untuk menyiagakan mereka dalam menghadapi kondisi dan situasi suatu masalah. Kunjungan Pemeriksaan Antenatal Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantau rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014 h; 278). Kunjungan pemeriksaan antenatal menurut Kemenkes RI (2013. h; 23) sebagai berikut:

- a. Trimester I Jumlah minimal satu kali dengan waktu yang dianjurkan adalah pada saat umur kehamilan sebelum minggu ke 16.
- b. Trimester II Jumlah kunjungan minimal satu kali dengan waktu kunjungan yang dianjurkan adalah pada saat umur kehamilan 24 – 28 minggu.
- c. Trimester III Jumlah kunjungan minimal dua kali dengan waktu kunjungan yang dianjurkan adalah pada saat umur kehamilan 30 – 32 minggu dan pada saat umur kehamilan 36 – 38 minggu.

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil/faktor risiko dengan sistem skor.

Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional. Fungsi dari KSPR adalah:

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE)
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6 -10 (kuning) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah). Kriteria Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian

dijumlahkan menjadi total skor akhir. Berdasarkan total skor kehamilan berisiko dibedakan menjadi:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.

2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 -10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditandatangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal.

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.1), adalah:

1. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- a. Primi muda: terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
- b. Primi Tua: terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
- c. Primi Tua Sekunder: jarak anak terkecil >10 tahun

- d. Anak terkecil < 2 tahun: terlalu cepat memiliki anak lagi
 - e. Grande multi: terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
 - f. Umur ibu ≥ 35 tahun: terlalu tua
 - g. Tinggi badan ≤ 145 cm: terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
 - h. Pernah gagal kehamilan
 - i. Persalinan yang lalu dengan tindakan
 - j. Bekas operasi sesar
2. Kelompok Faktor Risiko II
- a. Penyakit ibu: anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
 - b. Preeklampsia ringan
 - c. Hamil kembar
 - d. Hidramnion: air ketuban terlalu banyak
 - e. IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*): bayi mati dalam kandungan
 - f. Hamil serotinus: hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 - g. Letak sungsang
 - h. Letak Lintang
3. Kelompok Faktor Risiko III
- a. Perdarahan Antepartum: dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
 - b. Preeklampsia berat/eklampsia

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya. Sedangkan kegawatdaruratan obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Kegawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat

pada bayi baru lahir yang sakit kritis ($\leq$ usia 28 hari) membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu, berikut 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

A. Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Maternal

1. Preeklamsia/Eklamsia

Pre eklamsi/eklamsi merupakan suatu keadaan tekanan darah tinggi pada ibu hamil dengan usia kehamilan >20 minggu disertai dengan protein urin. Pre eklamsia 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. Pre-eklamsia atau sering juga disebut toksemia adalah suatu kondisi yang bisa dialami oleh setiap wanita hamil. Penyakit ini ditandai dengan meningkatnya tekanan darah yang diikuti oleh peningkatan kadar protein di dalam urine. Wanita

hamil dengan preeklampsia juga akan mengalami pembengkakan pada kaki dan tangan. Preeklampsia umumnya muncul pada pertengahan umur kehamilan, meskipun pada beberapa kasus ada yang ditemukan pada awal masa kehamilan.

Pre-eklampsia dalam kehamilan adalah apabila dijumpai tekanan darah 140/90 mmHg setelah kehamilan 20 minggu (akhir trisemester kedua sampai trisemester ketiga) atau bisa lebih awal terjadi. Pre-eklampsia adalah salah satu kasus gangguan kehamilan yang bisa menjadi penyebab kematian ibu. Kelainan ini terjadi selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang akan berdampak pada ibu dan bayi. Hipertensi (tekanan darah tinggi) di dalam kehamilan terbagi atas pre-eklampsia ringan, preklampsia berat, eklampsia, serta superimposed hipertensi (ibu hamil yang sebelum kehamilannya sudah memiliki hipertensi dan hipertensi berlanjut selama kehamilan).

Sedangkan Eklamsi merupakan suatu keadaan Pre eklampsia yang disertai dengan kejang. Deteksi dini kasus preeklamsia dapat dilakukan dengan anamnesa dan pemeriksaan tekanan darah secara rutin. Eklampsia merupakan kondisi lanjutan dari preeklampsia yang tidak teratasi dengan baik. Selain mengalami gejala preeklampsia, pada wanita yang terkena eklampsia juga sering mengalami kejang-kejang. Eklampsia dapat menyebabkan koma atau bahkan kematian baik sebelum, saat atau setelah melahirkan.

- a. Anamnesis yang penting dikaji untuk mengetahui resiko pre eklamsia
 - 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 risiko 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 preeklampsia 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 preeklampsia. 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 preeklamsi 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 $MgSO_4$ 40% dengan dosis awal 4 gr% diberikan secara pelan melalui IV $\pm$ 10 menit, kemudian dosis lanjutan 6 gr% dicampur dengan cairan infus
- 5) Jika terjadi kejang berikan berikan 2 gr% $MgSO_4$ secara IV diberikan pelan $\pm$ 5 menit
- 6) Pantau pernafasan, reflek patela dan urin

- 7) Jika terjadi keracunan $MgSO_4$ hentikan pemberian, kemudian berikan antidotum yaitu Calsium 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 di luar 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 3.1. 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 perlekcatannya sudah banyak terlepas dapat berakibat gawat janin. Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari tempat melekatnya yang normal pada uterus sebelum janin dilahirkan. Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya sebelum janin lahir diberi beragam sebutan; abruption plasenta, accidental haemorage. Beberapa jenis perdarahan akibat solusio plasenta biasanya merembes diantara selaput ketuban dan uterus dan kemudian lolos keluar menyebabkan perdarahan eksternal. Yang lebih jarang, darah tidak keluar dari tubuh tetapi tertahan diantara plasenta yang terlepas dan uterus serta menyebabkan perdarahan yang tersembunyi.

Sedangkan plasenta previa merupakan plasenta yang implantasinya 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. Plasenta previa merupakan plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah Rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan Rahim (*ostium uteri internum*). Secara harfiah berarti plasenta yang implantasinya (*nempelnya*) tidak pada tempat yang seharusnya, yaitu di bagian atas Rahim dan men-

jauhi jalan lahir, plasenta previa merupakan penyebab utama perdarahan pada trimester ke III. Gejalanya berupa perdarahan tanpa rasa nyeri. Timbulnya perdarahan akibat perbedaan kecepatan pertumbuhan antara segmen atas Rahim yang lebih cepat di bandingkan segemen bawah Rahim yang lebih lambat. Perdarahan ini akan lebih memicu perdarahan yang lebih banyak akibat darah yang keluar(melalui thrombin) akan merangsang timbulnya kontraksi.

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 Post Partum

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.

Tabel 3.2. 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 lanjutan 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

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 ke dalam alat genitalia 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 postpartum 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

B. Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Awal Kegawatdaruratan Neonatal

1. Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bisa bernafas secara normal dan teratur ketika lahir. Asfiksia adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur yang ditandai dengan hipoksimia dan asidosis. Asfiksia neonatorum

merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal nafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya. Asfiksia dapat terjadi karena kurangnya kemampuan organ pernafasan bayi dalam menjalankan fungsinya, seperti pengembangan paru-paru (Novi,dkk. 2016:237). Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia (Asfiksia Primer) atau mungkin dapat bernafas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir (Asfiksia Sekunder) (Sukarni, Icesmi & Sudarti, 2014: 158).

Asfiksia Neonatorium adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur. Bayi dengan riwayat gawat janin sebelum lahir, umumnya akan mengalami asfiksia pada saat dilahirkan (Erni & Lia, 2017:286).

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 per-menit 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:

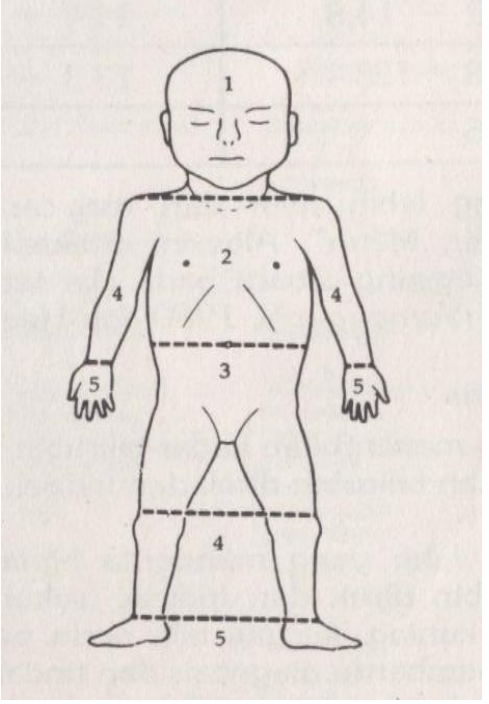
- 1) Premature,
- 2) BBLR
- 3) Asfiksia
- 4) Sepsis

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 3.1. 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 makan 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 pakaian bayi
- c. Masukkan tong spatel yang sudah dibungkus kasa
- d. Ciptakan lingkungan yang tenang
- e. Pemberian Asi sedikit demi sedikit saat bayi tidak kejang.

Peran Tenaga Kesehatan Dalam Tatalaksana Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Penanganan kegawatdaruratan obstetrik tidak hanya membutuhkan sebuah tim medis yang menangani kegawatdaruratan, tetapi lebih pada membutuhkan petugas kesehatan yang terlatih untuk setiap kasus-kasus kegawatdaruratan. Kematian ibu dan bayi terutama terjadi pada saat persalinan dan hari pertama kehidupan. Kebijakan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil seorang diri tidak dapat menjawab permasalahan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Oleh karena itu persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tim. Perlu dilakukan penguatan kapasitas tenaga kesehatan tersebut khususnya di fasilitas pelayanan kesehatan primer melalui pelatihan yang komprehensif dan tepat sasaran. Salah satunya adalah melalui pelatihan teknis yang disebut dengan Pelatihan Penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Puskesmas sehingga tenaga kesehatan tersebut memiliki pengetahuan dan kemampuan klinis, dalam melakukan resusitasi, stabilisasi dan transportasi saat memerlukan rujukan. Kompetensi yang diharapkan merupakan kompetensi tim namun tetap sesuai dengan kewenangannya masing-masing. Dengan dilakukan penguatan sistem pelayanan kesehatan primer/dasar tersebut diharapkan dapat memperluas jangkauan pelayanan kesehatan dan meminimalkan ketidakadilan akses pada kesehatan.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri

Pertolongan pertama kegawatdaruratan dapat terjadi dimana saja baik di rumah, lingkungan masyarakat atau rumah sakit. Penanganan kegawatdaruratan obstetri tidak dibatasi oleh bantuan medis saja tetapi juga bantuan non medis. Pada pertolongan pertama yang cepat dan tepat akan menyebabkan pasien dapat bertahan hidup untuk mendapatkan pertolongan yang lebih lanjut. Adapun keberhasilan ditentukan oleh tersedianya sumber daya yang terstandar. Standar kompetensi bidan berdasarkan Kepmenkes RI No. 369 tahun 2007 pada kompetensi ke4 menyatakan bahwa bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir. Beberapa faktor yang mempengaruhi dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri yaitu:

- 1) Pengetahuan
- 2) Ketrampilan
- 3) Pengambilan keputusan yang tepat dan benar
- 4) Pengalaman

Keberhasilan penanganan kasus gawatdarurat obstetri tidak terlepas dari aspek kompetensi. Kompetensi bidan merupakan kemampuan dan karakteristik yang dilandasi oleh pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang harus dimiliki seorang bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan secara aman dan bertanggungjawab sesuai dengan standart sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat. Kompetensi (pengetahuan, sikap dan ketrampilan) sangat penting bagi seorang bidan. Ketiganya sama-sama pentingnya, bidan tidak

hanya harus mempunyai pengetahuan yang baik saja, tetapi juga bidan harus memiliki sikap dan juga ketrampilan yang baik pula. Bidan yang berkompeten akan mampu melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetri dengan terampil, cepat dan tepat sehingga tujuan penanganan kegawatdaruratan obstetri untuk menurunkan angka kematian pada ibu dan bayi dapat tercapai.

Pengetahuan bidan yang luas tentang ilmu kebidanannya sangatlah penting bagi seorang bidan, dengan pengetahuan bidan akan mampu melakukan pekerjaan dengan efektif dan efisien terutama dalam kasus gawat darurat obstetrik. Selain pengetahuan sikap bidan juga penting dalam penanganan kegawatdaruratan, sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Bagaimana respons seseorang, terutama bidan yang melihat kejadian yang ada di depan matanya dengan kasus gawat darurat obstetric apa yang akan dilakukan oleh bidan, di sanalah dapat diukur bagaimana sikap bidan. Sebagai seorang bidan tidak hanya dituntut memiliki pengetahuan dan sikap, tetapi juga harus mempunyai ketrampilan sehingga bisa menjadi seorang bidan yang profesional dalam memberikan pelayanan baik pada individu, keluarga maupun Masyarakat sekitarnya. Ketrampilan merupakan kemampuan bagi bidan dalam melakukan tindakan kegawatdaruratan obstetri. Bidan yang terampil dan mampu akan dapat melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetric dengan tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayi., Seorang bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus mampu melakukan pertolongan kasus kegawatdaruratan obstetri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan kompetensi (pengetahuan, sikap dan ketrampilan) bidan terhadap penanganan kasus kegawatdaruratan obstetric neonatal.

Peran Bidan Terhadap Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri di Indonesia permasalahan gawat darurat obstetri tersebut terjadi karena mengalami empat keterlambatan yaitu terlambat mengenali tanda bahaya dan resiko, terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, terlambat mendapatkan transportasi untuk mencapai sarana pelayanan Kesehatan yang lebih mampu, dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas rujukan. Oleh karena itu pelayanan obstetri memerlukan kontinuitas pelayanan serta akses terhadap pelayanan kebidanan emergensi ketika timbul komplikasi. Sehingga setiap persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, peningkatan terhadap pelayanan obstetri emergensi ketika timbul komplikasi, serta sistem rujukan yang efektif. Salah satu hal yang penting yang berkontribusi terhadap kematian ibu adalah kualitas pelayanan obstetri pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan.

Menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu merupakan salah satu program kesehatan ibu dan anak. Dalam hal ini, bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam menurunkan angka kematian ibu tersebut karena bidan adalah diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggungjawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama hamil, masa persalinan dan nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri

dan memberikan asuhan kepada bayi lahir dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi, persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan. Peran dan fungsi bidan dalam kegawatdaruratan obstetri diorientasikan pada kemampuan memberikan asuhan meliputi upaya pencegahan (preventif), promosi terhadap pelaksanaan asuhan kebidanan normal, deteksi komplikasi pada ibu serta akses bantuan

medis maupun bantuan lain yang sesuai serta kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri. Bidan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan pada ibu, pengawasan bayi baru lahir (neonatus), dan pada persalinan, ibu post partum serta mampu mengidentifikasi penyimpangan dari kehamilan dan persalinan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat. Pengenalan dan penanganan kasus-kasus gawat yang seharusnya mendapat prioritas utama di dalam usaha menurunkan angka kesakitan terlebih lagi angka kematian ibu, walaupun tentu saja pencegahan lebih baik daripada pengobatan. Untuk mengoptimalkan perannya mengurangi angka kematian ibu, bidan harus dapat berkolaborasi dengan seluruh aspek yang ada di sekitarnya. Bidan harus mampu menjalin kerja sama yang baik dengan tenaga kesehatan lain dan masyarakat untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan. Bidan dapat melibatkan keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu hamil, melibatkan kader atau masyarakat dalam penjangkaran sasaran ibu hamil, pendeteksian ibu hamil dengan risiko, dan penyediaan transportasi rujukan.

Bidan dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan pada ibu, misalnya dengan ahli gizi, analis kesehatan, dan lain-lain. Bidan juga dapat berkolaborasi dengan dokter kandungan atau rumah sakit untuk merujuk kasus-kasus yang tidak sesuai dengan wewenangnya agar dapat ditangani dengan baik. Begitu banyak yang dapat bidan lakukan dalam upaya mengurangi angka kematian ibu. Ibu memiliki peranan yang penting dalam sebuah keluarga, jika tidak ada ibu dalam keluarga maka tentunya kesejahteraan keluarga tersebut tidak akan baik. Jika ibu mendapat pelayanan kesehatan yang baik terutama dari bidan, tentulah angka kematian ibu dapat ditekan. Oleh karena itu,

bidan harus berada pada lini terdepan dalam berperan mengurangi angka kematian ibu terutama dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri yang harus cepat dan tepat dalam penanganannya sehingga kematian ibu dapat diturunkan. Dalam memberikan penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri, peran bidan adalah :

- 1) Melakukan pengenalan dengan segera kondisi gawat darurat.
- 2) Stabilisasi klien/ibu, dengan oksigen, terapi cairan dan medikamentosa, dengan:
 - a. Menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki
 - b. fungsi sistem respirasi dan sirkulasi.
 - c. Menghentikan perdarahan.
 - d. Mengganti cairan tubuh yang hilang.
 - e. Mengatasi nyeri dan kegelisahan
- 3) Di tempat kerja, menyiapkan sarana dan prasarana dikamar bersalin, yaitu:
 - a. Menyiapkan radiant warmer/lampu pemanas untuk mencegah kehilangan panas pada bayi.
 - b. Menyiapkan alat resusitasi kit untuk ibu dan bayi.
 - c. Menyiapkan alat pelindung diri.
 - d. Menyiapkan obat-obatan emergensi.
- 4) Memiliki ketrampilan klinik, yaitu:
 - a. Mampu melakukan resusitasi pada ibu dan bayi dengan peralatan yang berkesinambungan. Peran organisasi sangat penting di dalam pengembangan sumber daya manusia (SDM) untuk meningkatkan keahlian.
 - b. Memahami dan mampu melakukan metode efektif dalam pelayanan ibu dan bayi baru lahir, yang meliputi *making pregnancy safer, safe motherhood, bonding attachment*, inisiasi menyusui dini dan lain-lainnya.

Sistem Rujukan Kasus Gawat Darurat Maternal Neonatal

A. 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. Arahkan 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 keterba-

atasan 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.

B. 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.

C. Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan

Pedoman rujukan nasional menurut Kemenkes (2012) adalah sebagai berikut:

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).

D. Perencanaan Rujukan

Perencanaan rujukan seyogyanya juga perlu diperhatikan karena juga akan berdampak pada pengambilan tindakan. Menurut Kemenkes (2012) tahapan perencanaan rujukan sebagai berikut:

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 pengenalan, 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.

E. 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 PONEC 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 PONEC 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, PONEC 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 PONEC atau RS PONEK. Kriteria ini harus dipenuhi agar transfer dapat dilakukan.
2. Fasilitas kesehatan PONEC 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 PONEC

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.

F. 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). Sistrute 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).

G. 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, kerja sama 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 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.

Pendokumentasian Asuhan Kasus Gawat Darurat Maternal Neonatal

Dokumentasi dalam pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal yang penting bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan. Dokumentasi asuhan kebidanan digunakan sebagai bukti pencatatan, pelaporan dan tanggung jawab dan tanggung gugat di hadapan hukum dan etika profesi. Dokumentasi kebidanan digunakan sebagai bukti tertulis ataupun terekam dalam sistem terkait dengan data yang didapatkan dari anamnesa pasien (subyektif) dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan penunjang lainnya (data obyektif), analisa atau diagnosa kebidanan, rencana/penatalaksanaan dan tindakan yang telah dilakukan serta evaluasi (Surtinah et al., 2019). Pasien gawat darurat adalah klien yang membutuhkan pelayanan segera untuk menyelamatkan nyawa klien. Klien gawat darurat akan didahulukan dalam mendapatkan pelayanan dibandingkan dengan klien lainnya. Klien gawat darurat, harus diprioritaskan atau langsung mendapatkan layanan agar nyawanya dapat diselamatkan. Ketika seorang klien dalam kondisi gawat darurat, akan dilakukan penanganan awal yang memenuhi kebutuhan klien sehingga klien diharapkan akan tertolong.

A. Definisi Dokumentasi

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis dan/atau dihasilkan secara elektronik yang menggambarkan status pasien

atau perawatan atau layanan asuhan yang diberikan kepada pasien tersebut. Potter & Perry (2010) dalam (Borsato et al., 2011). Dokumentasi adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien dan merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan profesional, atau komunikasi antara perawat dengan pasien. Dokumentasi 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 yang baik memiliki 6 (enam) karakteristik, yaitu nyata, tepat, menyelesaikan, tepat waktu (saat ini), terorganisir, dan sesuai dengan standar dalam asuhan.

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

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

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

1. Dokumentasi menyediakan sarana komunikasi antara anggota tim perawatan kesehatan dan memfasilitasi perencanaan yang terkoordinasi dan kesinambungan dalam pelayanan asuhan;

2. Dokumentasi yang jelas, lengkap, akurat dan faktual memberikan catatan perawatan pasien yang sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien;
3. Dokumentasi sebagai sarana tanggung jawab dan akuntabilitas profesional, karena dokumentasi merupakan bagian dari tanggungjawab keseluruhan perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien dan dapat membantu dalam berkoordinasi dengan tim kesehatan lain serta sebagai bahan evaluasi asuhan yang telah diberikan;
4. Dokumentasi dapat memberikan bukti tentang kondisi pasien saat ini;
5. Dokumentasi sebagai dasar hukum dan memberikan perlindungan kepada perawat yang menjalankan asuhan kepada pasien;
6. Dokumentasi sebagai dasar untuk mengevaluasi mutu dan kelayakan pelayanan asuhan yang diberikan karena sumber utama dari catatan pasien adalah data pasien;
7. Dokumentasi memberikan data yang berguna dalam dunia pendidikan termasuk riset penelitian;
8. Dokumentasi 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 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 Menurut (Grainger, 2008) dokumentasi 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;
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

B. Prinsip Dokumentasi

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 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 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.

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

Langkah – langkah asuhan kebidanan menurut varney (1997), yaitu sebagai berikut:

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun

informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung, data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber. Sumber yang dapat memberikan informasi paling akurat yang dapat diperoleh secepat mungkin dan upaya sekecil mungkin. Pasien adalah sumber informasi yang akurat dan ekonomis, yang disebut sebagai sumber data primer. Sumber data alternatif atau sumber data skunder adalah data yang sudah ada, praktikan kesehatan lain dan anggota keluarga. Teknik pengumpulan data ada tiga yaitu; Observasi, dimana pengumpulan data melalui indra penglihatan (perilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), penciuman (bau nafas, bau luka), perabaan (suhu badan, nadi). Wawancara, dimana pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan di arahkan data yang relevan, dan Pemeriksaan, dimana pengumpulan data yang dilakukan dengan memakai instrumen/alat mengukur. Dengan tujuan untuk memastikan batas dimensi angka, irama kuantitas. Misalnya pengukuran tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter. Data secara garis besar diklasifikasikan sebagai data subyektif dan data obyektif. Pada waktu mengumpulkan data subyektif harus mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan pasien/klien/yang diwawancarai, lebih diperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan mencemaskan, berupa pendapatan data/fakta yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah pasien (Mufdillah, dkk 2012).

2. Langkah II: Interpretasi Diagnosa atau Masalah Aktual
Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data - data yang di kumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan sehingga di temukan masalah atau diagnose yang spesifik. Langkah awal dari perumusan masalah/diagnose kebidanan adalah pengolahan/ analisa data yang menggabungkan dan menghubungkan satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta (Mufdillah, dkk).
3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnose Atau Masalah Potensial
Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnose/masalah potensial ini benar – benar terjadi(Mufdillah, dkk 2012).
Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan dapat diharapkan bersiap-siap bila diagnose/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.
4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.
Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang

paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdillah, dkk. 2012).

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Komprehensif atau Menyeluruh

Pada langkah ini di rencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atauantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap di lengkapi (Mufdillah, dkk, 2012). Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Rencana yang dibuat harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta evidence terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan dan Penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnose. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian belum efektif (Mufdillah, dkk, 2012).

Daftar Pustaka

- Ani Triana, S. S. T., Damayanti, I. P., Rita Afni, S. S. T., & Yanti, J. S. (2015). Buku Ajar Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal: Penuntun Belajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Deepublish.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. 48.
- Kusnan, A., Rahmawati, Hafizah, I., Haryati, Susanty, S., Mujur, Fitriani, Hajri, W. S., Kinik, D., Rangki, L., Sukmadi, A., & Saida. (2022). Pengantar Pencegahan Dan Pengendalian Infeski. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Ririn. (2023). Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). In *Eurekamediaaksara*. <http://www.nber.org/papers/w16019>
- Setyarini, D. I., & Suprpti. (2016). Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan PPSDM.
- Siantar, R. L., Rostianingsih, D., Ismiati, T., & Bunga, R. (2022). Buku ajar asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Rena Cipta Mandiri.
- Sulfianti, Hutomo; Cahyaning Setyo; Hasnindar; Suproadi, Rizky Febriyanti; Muzayyaroh; Arum, Dyah Noviawati; Syamsuriyati; Putri, Noviyati Rahardjo; Argaheni, Niken Bayu; Lestari, R. T. (2022) Gawat Darurat Maternal Neonatal. Medan: Yayasan Kita Menulis.

- Usnawati, N., & Sumaningsih, R. (2019). Modul Ajar Kebidanan Asuhan Persalinan dan BBL (T. S. Purwanto (ed.)). Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- WHO (2009) Pelayanan kesehatan anak di rumah sakit. Jakarta: World Health Organization Country Office for Indonesia.
- Yunus, M., Sos, S., Rosdianah, S., & Keb, M. (n.d.). Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal.