

MODUL I. KONSEP DASAR KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL

1. Tema Modul : Modul Praktikum Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kegawatdaruratan maternal neonatal

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum konsep dasar kegawatdaruratan maternal neonatal dengan melakukan pembuatan media manual plasenta dan uterus (KBI) .

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan konsep dasar kegawatdaruratan maternal neonatal

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kegawatdaruratan maternal neonatal

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, pembuatan media manual plasenta dan uterus (KBI)
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Mahasiswa membuat media manual plasenta dan uterus (KBI)

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

**MATERI**

**A. Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal**

1. Definisi, Tujuan, Ruang Lingkup
2. Definisi

Kegawatdaruratan dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamtkan jiwa/ nyawa.

Kegawatdaruratan maternal adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Kasus gawat darurat maternal adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir.

1. Tujuan
2. Mencegah kematian dan cacat (to save life and limb) pada ibu dengan kegawatdaruratan.
3. Merujuk ibu dengan kegawatdaruratan melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang Iebih memadai.
4. Ruang Lingkup
5. Ruang lingkup pada masa kehamilan

Kegawatdaruratan dapat terjadi selama proses kehamilan, antara lain :

1. Abortus : ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan batasan umur kehamilan < 20 mgg atau bb <500 gram penyebab: kelainan pertumbuhn hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit ibu yang kronis, faktor nutrisi, faktor psikologis
2. Solusio plasenta : terlepasnyasebagian/ seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat Implantasinya. Penyebab: sebab primer belum diketahui pasti, namun ada keadaan tertentu, kategori sos-eko, kategori fisik, kelainan dalam rahim, penyakit ibu.
3. Plasenta Previa : Plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh/ sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada di depan jalan lahir.

Pre eklamsia dan Eklamsia

1. Preeklamsia ringan adalah hipertensi disertai proteinuria/edema setelah UK 20 minggu pada penyakit tropolas.
2. Preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai timbulnya hipertensi 160/100 mmHg / lebih disertai proteinuria/ edema pada UK 20 minggu / lebih.
3. Eklamsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan/ masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang yang sebelumya sudah menimbulkan gejala- gejala pre eklamsia.
4. Kegawatdaruratan pada persalinan
5. Distosia Bahu

Kegagalan melahirkan bahu secara spontan. Penyebab: deformias panggul dan kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul 2.

1. Perdarahan PP

Perdarahan melebihi 500ml yang terjadi setelah bayi lahir.

1. Atonia Uteri

Terjadi bila miometrium tidak berkontraksi. Penyebab: polihidramnion, kehamilan kembar, makrosomia, persalinan lama, persalinan terlalu cepat, persalinan dengan induksi/ akselerasi oksitosin, infeksi intrapartum, paritas tinggi.

1. Perlukaan jalan lahir

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik. terdiri dari : robekan perineum, hematoma vulva, robekan dinding vagina, robekan serviks, ruptura uteri 5.

1. Retensio Plasenta

Plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Penyebab: plasenta adhesiva, akreta, inkarserata.

1. Kegawatdaruratan pada masa nifas
2. Infeksi Nifas

Infeksi pada dan melalui fraktus genetalis setelah persalinan, suhu 38˚c atau lebih yang terjadi antara hari ke 2- 10 PP. Penyebab kurang gizi, anemia, higiene, kelelahan, proses persalinan bermasalah, partus lama/ macet, korioamniontis, persalinan traumatik, periksa dalam yang berlebihan

1. Metritis

Infeksi uterus Bila terlambat pengobatan dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik, trombosis vena yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvik yang menahun, penyumbatan tuba dan infertilitas.

1. Bendungan Payudara

Peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dlam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi.

**B. Konsep Dasar Kegawatdaruratan Neonatal**

1. Definisi, Tujuan, Ruang Lingkup

a) Definisi

Kegawatdaruratan adalah mencakup diagnosis dan tindakan terhadap semua pasien yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak atau terhadap pasien dengan penyakit atau cidera akut untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien

Neonatus adalah organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke ekstrauterin. Masa neonates adalah periode selama satu bulan ( lebih tepat 4 minggu atau 28 hari setelah bayi lahir)

Kegawatdaruratan neonatal adalah mencakup diagnosis dan tindakan terhadap organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke ekstrauterin yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak, serta untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien

b) Tujuan

Untuk mengetahui kegawatdaruratan pada neonates

Untuk mengetahui kondisi – kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan pada neonates

Untuk mengetahui penanganan kegawatdaruratan pada neonatal

c) Ruang lingkup

Ruang lingkup kegawatdaruratan neonatal yaitu :

1. BBLR

Pengertian : BB bayi lahir yang kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi

Penyebab : Persalinan kurang bulan / premature dan bayi lahir kecil untuk masa kehamilan

1. Asfiksia pada Bayi Baru Lahir

Pengertian : Kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat bayi lahir / beberapa saat setelah lahir

Penyebab : Berkaitan dengan kondisi ibu, masalah pada tali pusat dan plasenta, dan masalah pada bayi selama / sesudah persalinan

1. Kejang pada Bayi Baru Lahir

Perubahan secara tiba-tiba fungsi neurologi baik fungsi motoric maupun fungsi otonomik karena kelebihan pancaran listrik pada otak

**C. Prinsip Umum Penanganan Kegawatdaruratan Maternal**

1. Pastikan jalan nafas bebas

2. Pemberian oksigen

3. Pemberian cairan intravena

4. Pemberian transfuse darah

5. Pasang kateter kandung kemih

6. Pemberian antibiotika

7. Obat pengurang rasa nyeri

8. Penanganan masalah utama

9. Rujukan

**D. Prinsip Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal**

1. Prinsip dasar, penilaian awal, penilaian klinik awal

a) Prinsip dasar

1. Menghormati hak pasien

Setiap pasien harus diperlakukan dengan rasa hormat, tanpa memandang status social dan ekonominya. Dalam hal ini petugas harus memahami dan peka bahwa dalam situasi dan kondisi gawatdarurat perasaan cemas, ketakutan , dan keprihatinan adalah wajar bagi setiap manusia dan keluarga yang mengalaminya

2. Gentlenes

Dalam melakukan pemeriksaan ataupun memberikan pengobatan setiap langkah harus dilakukan dengan penuh kelembutan, termasuk menjelaskan kepada pasien bahwa rasa sakit atau kurang enak tidak dapat dihindari sewaktu melakukan pemeriksaan atau memberikan pengobatan, tetapi prosedur akan dilakukan selembut mungkin sehingga perasaan kurang enak itu diupayakan sesedikit mungkin

3.Komunikatif

Petugas kesehatan harus berkomunikasi dengan pasien dalam bahasa dan kalimat yang tepat, mudah dipahami, dan memperhatikan nilai norma kultur setempat. Dalam melakukan pemeriksaan, petugas kesehatan harus menjelaskan kepada pasien apa yang akan diperiksa dan apa yang diharapkan. Apabila hasil pemeriksaan normal atau kondisi pasien sudah stabil, upaya untuk memastikan hal itu harus dilakukan. Menjelaskan kondisi yang sebenarnya kepada pasien sangatlah penting.

1. Hak pasien

Hak-hak pasien harus dihormati seperti penjelasan informed consent, hak pasien untuk menolak pengobatan yang akan diberikan dan kerahasiaan status medic pasien

1. Dukungan Keluarga ( family support )

Dukungan keluarag bagi pasien sangat dibutuhkah. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus mengupayakan hal itu antara lain dengan senantiasa memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang kondisi pasien, peka akan masalah keluarga yang berkaitan dengan keterbatasan keuangan, keterbatasan transportasi, dan sebagainya.

Dalam kondisi tertentu, prinsip-prinsip tersebut dapat dinomor duakan, misalnya apabila pasien dalam keadaan syok, dan petugas kesehatan kebetulan hanya sendirian, maka tidak mungkin untuk meminta informed consent kepada keluarga pasien. Prosedur untuk menyelamatkan jiwa pasien harus dilakukan walaupun keluarga pasien belum diberi informasi

b) Penilaian awal

Penilaian awal adalah langkah untuk menentukan dengan cepat kasus obstetric yang dicurigai dalam keadaan kegawatdaruratan dan membutuhkan pertolongan segera dengan mengidentifikasi penyulit yang dihadapi. Dalam penilaian awal ini, anamnesis lengkap belum dilakukan. Anamnesa awal dilakukan bersama-sama periksa pandang, raba, dan menilaian tanda vital dan hanya untuk mendapatkan informasi yang sangat penting berkaitan dengan kasus

c) Penilaian Klinik Awal

Pemeriksaan yang dilakukan untuk penilaian awal adalah sebagai berikut :

1. Penilaian dengan periksa pandang

Menilai kesadaran penderita

Menilai wajah penderita

Menilai pernafasan

Menilai perdarahan dari kemaluan

1. Penilaian dengan periksa raba (palpasi)

Kulit, nadi, kaki/tungkai bawah

1. Penilaian tanda vital

Tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan

****

RANGKUMAN

1. Kegawatdarurat maternal adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir.
2. Kegawatdaruratan neonatal adalah mencakup diagnosis dan tindakan terhadap organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke ekstrauterin yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak, serta untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien
3. Prinsip umum penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal yaitu,pastikan jalan nafas bebas, pemberian oksigen, pemberian cairan intravena, pemberian transfuse darah, pasang kateter kandung kemih, pemberian antibiotika, obat pengurang rasa nyeri, penanganan masalah utama, rujukan
4. Prinsip dasar penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal yaitu, menghormati hak pasien, gentlenes, komunikatif, hak pasien, dukungan keluarga (family support)
5. Pemeriksaan yang dilakukan untuk penilaian awal adalah penilaian dengan periksa pandang, periksa raba, dan tanda vital

** TUGAS**

Lakukan pembuatan media manual plasenta dan uterus (KBI) !



**POST TEST**

Seorang ibu usia 24 tahun G1P0A0, mengeluh mual muntah, susah tidur, cepat lelah, urin berwarna cokelat seperti teh sejak 2 minggu yang lalu, TD : 100/70 mmhg, Nadi : 80x/i, pernapasan 22x/i, T : 37 c. pada pemeriksaan fisik muka kuning pucat, konjungtiva pucat, sclera kuning, kuku kuning pucat, Hb 10 gr%.

1.  Apakah diagnosa yang tepat pada kasus diatas ?

a.       Kehamilan ektopik c. Hiperemisis gravidarum e. pre-eklamsi

b.      Endometriosis d. Hepatitis kehamilan

2.  Pemeriksaan penunjang yang dilkukan dalam pemeriksaan darah berupa ?

a.       Bilirubin total c. SGOT dan SGPT e. a,b dan c benar

b.      Bilirubin direct d. Kolestrol

3.  Komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan ibu adalah ?

a.       Abortus c. Diabetes Melitus e. a dan b benar

b.      Partus prematurus d. KET

4.  Komplikasi yang dapat terjadi pada janin adalah ?

a.      Prematurus c. Makrosomia e. a dan b benar

b.      KJDK d. Anencepali

5.  Sebagai bidan pendidikan kesehatan yang dapat diberikan adalah ?

a.       Istirahat total

b.      Meningkatkan karbohidrat

c.       Pemberian protei yang sesuai

d.      Menigkatkan lemak

e.       a, b dan c benar

KUNCI JAWABAN

1. D
2. E
3. E
4. E
5. E

 **EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL II. MERUJUK KASUS GAWAT DARURAT MATERNAL NEONATAL**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Merujuk Kasus Gawat Darurat Maternal
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan merujuk kasus gawat darurat maternal neonatal.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum merujuk kasus gawat darurat maternal neonatal dengan melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan stabilisasi pasien .

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan merujuk kasus gawat darurat maternal neonatal

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan merujuk kasus gawat darurat maternal neonatal

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan stabilisasi pasien
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Dosen melakukan demonstrasi mandiri keterampilan stabilisasi pasien dan mahasiswa melakukan praktik mandiri keterampilan stabilisasi pasien

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **MERUJUK KASUS GAWAT DARURAT MATERNAL**
2. Identifikasi kasus yang dirujuk
3. Prinsip umum dalam merujuk

Elemen-elemen penting dalam stabilisasi pasien adalah :

1. Menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki fungsi system respirasi dan sirkulasi (pembebasan jalan nafas)

2. Menghentikan sumber perdarahan (control perdarahan)

3. Mengganti cairan tubuh yang hilang (pemberian cairan infus dan trasfusi darah)

4. Mengatasi rasa nyeri atau gelisah (pemberian obat-obatan analgetika)

5. Menyertakan ringkasan kasus

Prinsip umum dalam pemberian obat

Faktor penting yang perlu dipertimbangkan dalam pemberian obat adalah bagaimana keadaan pasien apabila mendapat obat itu, bagaimana kebutuhan pasien terhadap obat serta cara pemberian obat. Tanyakan apakah pasien pernah alergi obat. Jangan berikan obat peroral bila syok. Obat dapat diberikan secara intravena (IV) pada keadaan syok, kondisi gawat darurat yang membutuhkan pembedahan segera, setiap infeksi yang serius, termasuk sepsis dan syok sepsic. Sedangkan pemberian obat diberikan intra muskuler (IM) pada keadaan pemberian IV tidak memungkinkan untuk dilakukan dan apabila obat yang terpilih dapat diberikan dengan cara ini. Pemberian obat per oral diberikan pada kasus yang stabil kondisinya dan mampu menelan obat per oral.

1. **MERUJUK KASUS GAWAT DARURAT NEONATAL**
2. Identifikasi kasus yang perlu dirujuk

Indikasi rujukan harus sudah mulai dipikirkan sejak bayi masih dalam kandungan, oleh karena tindakan dan penanganan kehamilan resiko tinggi maupun tindakan dan penanganan penyulit/ komplikasi persalinan yang kurang memadai akan sangat berpengaruh pada kelangsungan hidup dan kualitas tumbuh kembang anak di masa yang akan dating apabila anak tersebut lolos dari kematian pada masa neonatal.

Kondisi/tanda-tanda berikut ini merupakan indikasi rujukan (disesuaikan dengan fasilitas setempat), yaitu :

1. BBLR < 1750 gram
2. BBLR 1750-2000 gram dengan kejang, gangguan nafas, gangguan pemberian minum
3. Bayi tidak mau minum ASI
4. Bayi yang mengalami hipotermi berat
5. Gangguan nafas sedang dan berat, apapun penyebabnya
6. Asfiksi yang tidak memberikan renpons pada tindakan resusitasi, sebaiknya dalam 10 menit pertama
7. Bayi mengalami perdarahan atau tersangka perdarahan
8. Bayi mengalami kejang yang tidak teratasi
9. Bayi mengalami gangguan saluran cerna disertai muntah-muntah, diare atau tidak buang air besar sama sekali dengan perut membuncit
10. Icterus yang tidak memberikan respon dengan fototherapi
11. Bayi menunjukkan tanda infeksi berat seperti meningitis atau sepsis/ dengan komplikasi
12. Bayi menyandang kelainan bawaan
13. Kasus bedah neonates
14. Kemungkinan penyakit jantung bawaan
15. Bayi ibu diabetes mellitus dengan hipoglikemia simtomatik
16. Tersangka infeksi (sepsis, meningitis) berat/ dengan komplikasi
17. Penyakit hemolysis
18. Tersangka renjatan yang tidak memberi respons baik
19. Hipoglikemia yang tidak dapat teratasi
20. Prinsip umum dalam merujuk

Beberapa penangan stabilisasi sebelum pengiriman sebagai berikut :

1. Bayi dengan dehidrasi harus diberi infus untuk memberikan cairan
2. Bayi dengan kejang-kejang perlu diberi pengobatan antikonvulsi terlebih dahulu agar kondisi bayi tidak bertambah berat
3. Bayi sesak nafas dengan sianosis harus diberi oksigen
4. Suhu tubuh bayi dipertahankan agar tetap hangat dalam batasan normal (36,5 – 37,5 0C) dengan menggunakan thermometer yang dapat membaca suhu rendah. Jika suhu bayi kurang panas, sedangkan fasilitas incubator tidak ada, bayi dapat digendong dengan cara kanguru oleh ibu, ayah atau anggota keluarganya, atau bayi dibungkus dengan selimut plastic, atau diantara selimut pembungkus bayi diletakkan aluminium foil. Salah satu cara mempertahankan suhu tubuh bayi adalah dengan metode kangguru
5. Pemeriksaan gula darah apabila memungkinkan dilakukan dengan dekstrostiks dan apabila hasilnya menunjukkan hipoglikemi pemberian infus disesuaikan
6. Bayi yang muntah-muntah atau kejang atau mengalami aspirasi sebaiknya dipasang selang masuk ke dalam lambung (selang nasogastric) untuk dekompresi
7. Jejas yang terbuka seperti meningocele, gastroskikis, ditutup dengan kasa yang dibasahi dengan cairan NaCl 0,9 % hangat

Keadaan usaha menstabilkan ini harus dipertahankan selama dalam perjalanan. Bila keadaan bayi tidak stabil, tidak dianjurkan membawa bayi ke fasilitas rujukan karena akan membahayakan jiwanya.

****

RANGKUMAN

1. Prinsip-prinsip dalam melakukan rujukan adalah stabilisasi penderita, prinsip umum dalam pemberian obat, obat pengurang rasa nyeri (analgetika), toksoid tetanus, diuretika
2. Indikasi rujukan harus sudah mulai dipikirkan sejak bayi masih dalam kandungan
3. Keadaan paling ideal untuk merujuk adalah rujukan antepartum (rujukan pada saat bayi masih berada dalam kandungan ibu)
4. Apabila bayi dirujuk ke fasilitas yang lebih lengkap yakinkan bayi mendapatkan keuntungan/ nilai positif dibanding bila hanya tetap dirawat di tempat asalnya. Harus diperhatikan bahwa saat merujuk, bayi harus dalam keadaan stabil atau minimal tanda bahaya sudah dikelola lebih dahulu

**TUGAS**

Lakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan stabilisasi pasien !

**POST TEST**

Ny. M GVI PIII AII umur 34 tahun, hamil 29 minggu, datang ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan pervaginam merah kehitaman, nyeri perut menetap, gerakan janin tidak dirasakan oleh ibu, sebelumnya ibu mengaku pernah terpleset dan jatuh terduduk. Hasil pemeriksaan DJJ (-), palpasi ditemukan perut teraba keras TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36OC.

1.  Diagnosis yang dapat ditegakkan pada kasus di atas adalah ....

a.       Vasa previa

b.      Plasenta previa

c.       Solutio placenta

d.      Placenta letak rendah

e.       Hipertensi dalam [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

2.  Faktor predisposisi kasus Ny. M adalah ....

a.       Usia ibu

b.      Riwayat hipertensi

c.       Grandemulti gravida

d.      [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) trimester III

e.       Gerakan janin yang aktif

3.   Komplikasi yang terjadi pada kasus di atas adalah ....

a.       Bayi Baru Lahir Normal

b.      Kecil Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

c.       Besar Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

d.      Intra Uterine Foetal Death\

e.       Partus Prematur

4.  Komplikasi yang terjadi pada Ny. M adalah...

a.       Syok sepsis

b.      Syok anafilaktik

c.       Syok haemoragic

d.      Syok neurogenic

e.       Syok hipovolemik

5.  Tindakan yang dapat dilakukan pada Ny. M di RS adalah ....

a.       Vacum ekstrasi

b.      Tirah baring total

c.       Pimpin [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

d.      Persiapan seksio sesaria

e.       Pantau kemajuan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

KUNCI JAWABAN

1. C
2. C
3. D
4. D
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Etikolegal dalam Praktek Kebidanan. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**CHECKLIST PENILAIAN AWAL (STABILISASI PASIEN)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| **1.** | **Menyambut klien dengan sopan dan ramah**   1. Tidak dilakukan 2. Memberikan salam tanpa memandang klien 3. Memberi salam dengan memandang klien |  |  |  |
| **2.** | **Memperkenalkan diri kepada klien**   1. Tidak dilakukan 2. Memperkenalkan diri sebagai bidan tanpa menyebut nama 3. Memperkenalkan diri sebagai bidan dengan menyebut nama sambil berjabat tangan/memberikan sentuhan kepada klien dengan ramah |  |  |  |
| **3.** | **Merespon terhadap reaksi klien**   1. Tidak merespon acuh tak acuh 2. Merespon reaksi klien tetapi tidak menanggapi dengan tepat, kurang sempurna 3. Merespon reaksi klien dengan tepat dan sopan |  |  |  |
| **4.** | **Percaya diri**   1. Teruji gugup,tidak melakukan kontak mata dan suara kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu, kurang percaya diri 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| **5.** | **Teruji memberikan rasa empati pada klien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
|  | **Total score : 10** |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| **6.** | **Tanyakan masalah/keluhan utama yang menjadi alasan pasien datang ke klinik**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **7.** | **Tanyakan riwayat penyakit/masalah tersebut**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **8.** | **Tanyakan tanggal pertama haid yang terakhir dan riwayat haid**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **9.** | **Tanyakan riwayat kehamilan yang sekarang**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **10.** | **Tanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu termasuk kondisi anak**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **11.** | **Tanyakan riwayat penyakit yang pernah di derita**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **12.** | **Tanyakan riwayat alergi terhadap obat**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **13.** | **Nilai keadaan umum dan kesadaran pasien apakah pingsan/koma, kejang-kejang, gelisah, tampak kesakitan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **14.** | **Nilai wajah ibu apakah pucat, kemerahan, banyak berkeringat**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **15.** | **Nilai pernafasan apakah cepat, sesak nafas**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **16.** | **Bebaskan jalan nafas dan periksa tanda vital**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **17.** | **Persiapan** : APD (celemek, topi, kacamata , masker & alas kaki tertutup) telah digunakan dengan benar, cuci tangan dan sarung tangan DTT telah terpasang   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **18.** | **Nilai perdarahan dari kemaluan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **19.** | **Periksa kulit apakah dingin atau demam**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **20.** | **Periksa nadi apakah lemah/kuat, cepat/normal**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **21.** | **Periksa kaki/tungkai bawah apakah bengkak/tidak**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **22.** | **Tinggikan kaki/tungkai bawah & jangan diberi minuman**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **23.** | **Beri oksigen 6-8 liter/menit**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **24.** | **Pasang infus RL intravena 1 liter/20 menit**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
| **25.** | **Siapkan rujukan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan kurang tepat 3. Dilakukan dengan dengan tepat |  |  |  |
|  | **Total score : 40** |  |  |  |
| **C** | **TEKNIK** |  |  |  |
| **26.** | **Teruji melakukan prosedur secara sistematis**   1. Tidak dilakukan 2. Melakukan prosedur tetapi tidak secara urut. 3. Melakukan prosedur secara urut/runtun. |  |  |  |
| **27.** | **Teruji menerapkan tekhnik pencegahan infeksi**   1. Tidak dilakukan 2. Menerapkan tekhnik pencegahan infeksi kurang tepat 3. Menerapkan tekhnik pencegahan infeksi dg tepat |  |  |  |
| **28.** | **Teruji melaksanakan komunikasi selama pemeriksaan**   1. Tidak dilakukan 2. Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh pasien 3. Melaksanakan komunikasi dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien |  |  |  |
| **29.** | **Menjaga privasi klien**   1. Tidak dilakukan 2. Menjaga privasi dengan ucapan atau memperagakan menutup pintu/ sampiran saja 3. Menjaga privasi dengan ucapan dan memperagakan menutup pintu / sampiran |  |  |  |
| **30.** | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan tanpa identitas pelaksana 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |

**TOTAL SCORE = 60**

**NILAI AKHIR = Σ Score x 100**

**60**

**MODUL III. KONDISI MATERNAL YANG BERESIKO KEGAWATDARURATAN**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kondisi Maternal yang Berisiko Kegawatdaruratan
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kondisi maternal yang berisiko kegawatdaruratan.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kondisi maternal yang berisiko kegawatdaruratan dengan melakukan resume hasil jurnal penelitian dan presentasi :Abortus, KET, Mola Hidatidosa, Plasenta Previa .

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kondisi maternal yang berisiko kegawatdaruratan

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kondisi maternal yang berisiko kegawatdaruratan

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Melakukan resume hasil jurnal penelitian dan presentasi :Abortus, KET, Mola Hidatidosa, Plasenta Previa
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan resume hasil jurnal penelitian dan presentasi :Abortus, KET, Mola Hidatidosa, Plasenta Previa

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **KONDISI MATERNAL YANG BERESIKO KEGAWATDARURATAN**
2. Syok Septik

Syok septik adalah syok yang disebabkan oleh infeksi yang menyebar luas yang merupakan bentuk paling umum syok distributif. Pada kasus trauma, syok septik dapat  terjadi bila pasien datang terlambat beberapa jam ke rumah sakit. Syok septik terutama terjadi pada pasien-pasien dengan luka tembus abdomen dan kontaminasi rongga peritonium dengan isi usus.

Gejala syok septik yang mengalami hipovolemia sukar dibedakan dengan syok hipovolemia (takikardia, vasokonstriksi perifer, produksi urin < 0.5 cc/kg/jam, tekanan darah sistolik turun dan menyempitnya tekanan nadi). Pasien-pasien sepsis dengan volume intravaskuler normal atau hampir normal, mempunyai gejala takikardia, kulit hangat, tekanan sistolik hampir normal, dan tekanan nadi yang melebar.

Penatalaksanaan

1. Pengumpulan spesimen urin, darah, sputum dan drainase luka dilakukan dengan tekhnik aseptik.
2. Pemberian suplementasi nutrisi tinggi kandungan protein secara agresif dilakukan selama 4 hari dari awitan syok.
3. Pemberian cairan intravena dan obat-obatan yang diresepkan termasuk antibiotik Dopamin, dan Vasopresor untuk optimalisasi volume intravaskuler

Komplikasi

1. Kegagalan multi organ akibat penurunan aliran darah dan hipoksia jaringan yang berkepanjangan
2. Sindrom distres pernapasan dewasa akibat destruksi pertemuan alveolus kapiler karena hipoksia

****

RANGKUMAN

1. Syok septik adalah syok yang disebabkan oleh infeksi yang menyebar luas yang merupakan bentuk paling umum syok distributifIndikasi rujukan harus sudah mulai dipikirkan sejak bayi masih dalam kandungan
2. Gejala syok septik yang mengalami hipovolemia sukar dibedakan dengan syok hipovolemia (takikardia, vasokonstriksi perifer, produksi urin < 0.5 cc/kg/jam, tekanan darah sistolik turun dan menyempitnya tekanan nadi).

**TUGAS**

Lakukan Resume hasil jurnal penelitian dan presentasi :

1. Abortus
2. KET
3. Mola Hidatidosa
4. Plasenta Previa

**POST TEST**

Ny. M GVI PIII AII umur 34 tahun, hamil 29 minggu, datang ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan pervaginam merah kehitaman, nyeri perut menetap, gerakan janin tidak dirasakan oleh ibu, sebelumnya ibu mengaku pernah terpleset dan jatuh terduduk. Hasil pemeriksaan DJJ (-), palpasi ditemukan perut teraba keras TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36OC.

1.  Diagnosis yang dapat ditegakkan pada kasus di atas adalah ....

a.       Vasa previa

b.      Plasenta previa

c.       Solutio placenta

d.      Placenta letak rendah

e.       Hipertensi dalam [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

2.  Faktor predisposisi kasus Ny. M adalah ....

a.       Usia ibu

b.      Riwayat hipertensi

c.       Grandemulti gravida

d.      [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) trimester III

e.       Gerakan janin yang aktif

3.   Komplikasi yang terjadi pada kasus di atas adalah ....

a.       Bayi Baru Lahir Normal

b.      Kecil Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

c.       Besar Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

d.      Intra Uterine Foetal Death\

e.       Partus Prematur

4.  Komplikasi yang terjadi pada Ny. M adalah...

a.       Syok sepsis

b.      Syok anafilaktik

c.       Syok haemoragic

d.      Syok neurogenic

e.       Syok hipovolemik

5.  Tindakan yang dapat dilakukan pada Ny. M di RS adalah ....

a.       Vacum ekstrasi

b.      Tirah baring total

c.       Pimpin [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

d.      Persiapan seksio sesaria

e.       Pantau kemajuan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

KUNCI JAWABAN

1. C
2. C
3. D
4. D
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL IV. KASUS PERDARAHAN DALAM OBSTETRI**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Perdarahan dalam Obstetri
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus perdarahan dalam obstetri dengan melakukan resume hasil jurnal penelitian dan presentasi : Solusio Plasenta, Atonia uteri, Retensio plasenta

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Resume hasil jurnal penelitian dan presentasi : Solusio Plasenta, Atonia uteri, Retensio plasenta
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan resume hasil jurnal penelitian dan presentasi : Solusio Plasenta, Atonia uteri, Retensio plasenta

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **KASUS PERDARAHAN DALAM OBSTETRIC**
2. **Abortus**

Abortus adalah terhentinya proses kehamilan yang sedang berlangsung sebelum mencapai umur 28 minggu  atau berat janin sekitar 500 gram (Manuaba :2007)

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Sarwono, 2008).

Abortus adalah berakhirnya kehamilan melalui cara apapun, spontan maupun buatan, sebelum janin mampu bertahan hidup. Batasan ini berdasar umur kehamilan dan berat badan. Dengan lain perkataan abortus adalah terminasi kehamilan sebelum 20 minggu atau dengan berat kurang dari 500 gr (Handono, 2009).

**KLASIFIKASI ABORTUS**

Sarwono (2008) membagi abortus menjadi beberapa klasifikasi yaitu

1. *Abortus spontan*

Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus, maka abortus tersebut dinamai  abortus spontan. Kata lain yang luas digunakan adalah keguguran (Miscarriage)

1. *Abortus imminens (keguguran mengancam)*

Peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks.

1. *Abortus incipiene (keguguran berlangsung)*

Peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum  20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Dalam hal ini rasa mules menjadi lebih sering dan kuat, perdarahan bertambah.

1. Abortus incomplet (keguguran tidak lengkap) Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal  dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadangkadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum.
2. Abortus complet (keguguran lengkap) Perdarahan pada kehamilan muda di mana seluruh hasil konsepsi telah di keluarkan dari kavum uteri. Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap.
3. Abortus infeksiosa dan Abortus septik

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia, sedangkan  abortus septik adalah  abortus infeksiosa berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya ke dalam peredaran darah atau  peritoneum.

Ditemukan pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis.

1. Missed abortion (retensi janin mati)

Kematian janin sebelum berusia 20 minggu, tetapi janin yang mati tertahan di dalam kavum uteri tidak dikeluarkkan selama 8 minggu atau lebih.

1. Abortus habitualis

Keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturutturut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita  tidak sukar menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

1. Abortus provokatus

Abortus terinduksi adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup.

*Abortus ini terbagi lagi menjadi:*

1. Abortus therapeutic (Abortus medisinalis)

Abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

1. Abortus kriminalis

Abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

1. Unsafe Abortion

Upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksana tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien.

**ETIOLOGI ABORTUS**

Penyebab abortus ada berbagai macam yang diantaranya adalah (Mochtar, 2002):

1. Faktor maternal

Kelainan genetalia ibu Misalnya pada ibu yang menderita:

1. Anomali kongenital (hipoplasia uteri, uterus bikornis, dan lain-lain).
2. Kelainan letak dari uterus seperti retrofleksi uteri fiksata.
3. Tidak sempurnanya persiapan uterus dalam menanti nidasi dari ovum yang sudah dibuahi, seperti kurangnya progesteron atau estrogen, endometritis, dan mioma submukosa.
4. Uterus terlalu cepat teregang (kehamilan ganda, mola hidatidosa).
5. Distorsia uterus, misalnya karena terdorong oleh tumor pelvis
6. Penyakit-penyakit ibu

Penyebab abortus belum diketahui secara pasti penyebabnya meskipun sekarang berbagai penyakit medis, kondisi lingkungan, dan kelainan perkembangan diperkirakan  berperan dalam abortus. Misalnya pada:

1. Penyakit infeksi yang menyebabkan demam tinggi seperti pneumonia, tifoid, pielitis,  rubeola, demam malta, dan sebagainya. Kematian fetus dapat disebabkan karena  toksin dari ibu atau invasi kuman atau virus pada fetus.
2. Keracunan Pb, nikotin, gas racun, alkohol, dan lain-lain.
3. Ibu yang asfiksia seperti pada  dekompensasi kordis, penyakit paru berat, anemi gravis.
4. Malnutrisi, avitaminosis dan gangguan metabolisme, hipotiroid, kekurangan vitamin A, C, atau E, diabetes melitus.
5. Antagonis rhesus

Pada antagonis rhesus, darah ibu yang melalui plasenta merusak darah fetus, sehingga terjadi anemia pada fetus yang berakibat meninggalnya fetus.

Perangsangan pada ibu yang menyebabkan uterus berkontraksi. Misalnya, sangat terkejut, obat-obat uterotonika, ketakutan, laparatomi, dan lain-lain. Dapat juga karena trauma langsung terhadap fetus: selaput janin rusak langsung karena instrument, benda, dan obat-obatan

1. Gangguan sirkulasi plasenta

Dijumpai pada ibu yang menderita penyakit nefritis, hipertensi, toksemia gravidarum, anomali plasenta, dan endarteritis oleh karena lues.

1. Usia ibu

Usia juga dapat mempengaruhi kejadian abortus karena pada usia kurang dari 20 tahun belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin,  sedangkan abortus yang terjadi pada usia lebih dari 35 tahun disebabkan berkurangnya fungsi alat reproduksi, kelainan pada kromosom, dan penyakit kronis (Manuaba, 1998).

1. Faktor  janin

Menurut Hertig dkk, pertumbuhan abnormal dari fetus sering menyebabkan abortus spontan. Menurut penyelidikan mereka, dari 1000 abortus spontan, maka 48,9% disebabkan karena ovum yang patologis; 3,2% disebabkan oleh kelainan letak embrio; dan 9,6% disebabkan karena plasenta yang abnormal.

Pada ovum abnormal 6% diantaranya terdapat degenerasi hidatid vili. Abortus spontan yang disebabkan oleh karena kelainan dari ovum berkurang kemungkinannya kalau kehamilan sudah lebih dari satu bulan, artinya makin muda kehamilan saat  terjadinya abortus makin besar kemungkinan disebabkan oleh kelainan ovum (50-80%).

1. Faktor paternal

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya abortus. Yang jelas, translokasi kromosom pada sperma dapat menyebabkan abortus. Saat ini abnormalitas kromosom pada sperma berhubungan dengan abortus (Carrel, 2003). Penyakit ayah: umur lanjut, penyakit kronis  seperti TBC, anemi,  dekompensasi kordis, malnutrisi, nefritis, sifilis, keracunan (alcohol, nikotin, Pb, dan lain-lain), sinar rontgen, avitaminosis (Muchtar, 2002).

**PATOLOGI  ABORTUS**

Pada awal abortus terjadi perdarahan dalam  decidua basalis, diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing didalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya.

Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan seluruhnya, karena vili koreales belum menembus desidua terlalu dalam, sedangkan pada kehamilan 8 sampai 14 minggu, telah masuk agak tinggi, karena plasenta tidak dikeluarkan secara utuh sehingga banyak terjadi perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu keatas, yang umumnya bila  kantong ketuban pecah maka disusul dengan pengeluaran janin dan plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak terjadi jika plasenta terlepas dengan lengkap.

**KOMPLIKASI ABORTUS**

Komplikasi yang berbahaya pada abortus adalah

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

1. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi  terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi  peristiwa ini, penderita pelu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi.  Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persolan gawat karena perlukaan uterus  biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus.

1. Infeksi

Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis. Apabila infeksi menyebar lebih jauh, terjadilah peritonitis umum atau sepsis, dengan kemungkinan diikuti oleh syok.

1. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan infeksi berat (syok endoseptik).

1. Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut yang persisten pada kasus abortus biasanya berasal dari efek infeksi dan hipovolemik yang lebih dari satu. Bentuk syok bakterial yang sangat berat sering disertai dengan kerusakan ginjal intensif. Setiap kali terjadi infeksi klostridium yang disertai dengan komplikasi hemoglobenimia intensif, maka gagal ginjal pasti terjadi. Pada keadaan ini, harus sudah menyusun rencana untuk memulai dialysis yang efektif secara  dini sebelum gangguan metabolik menjadi berat (Cunningham, 2005).

**MISSED ABORTION**

Kematian janin sebelum berusia 20 minggu, tetapi janin yang mati tertahan di dalam kavum uteri tidak dikeluarkkan selama 8 minggu atau lebih.

Missed abortion biasanya didahului oleh tanda-tanda abortus imminens yang kemudian menghilang secara spontan atau setelah pengobatan. Gejala subyektif kehamilan menghilang, mammae agak mengendor lagi, uterus tidak membesar lagi malah mengecil, dan tes kehamilan menjadi negatif. Dengan ultrasonografi dapat ditentukan segera apakah janin sudah mati dan besarnya sesuai dengan usia kehamilan.

Hasil konsepsi pada missed abortus dikeluarkan dalam berbagai bentuk. janin telah mati lama disebut  missed abortion. Apabila mudigah yang mati tidak dikeluarkan dalam waktu singkat, maka ovum akan dikelilingi oleh kapsul gumpalan darah, isi uterus dinamakan  mola kruenta. Bentuk ini menjadi  mola karneosa apabila pigmen darah diserap sehingga semuanya tampak seperti daging.

Pada janin yang telah meninggal dan tidak dikeluarkan dapat terjadi proses mumifikasi: janin mengering dan menjadi agak gepeng atau  fetus compressus  karena cairan amnion yang diserap. Dalam tingkat lebih lanjut janin menjadi tipis seperti kertas perkamen atau fetus papiraseus. Kemungkinan lain yang terjadi apabila janin yang meninggal tidak dikeluarkan dari uterus yaitu terjadinya maserasi,  kulit terkupas, tengkorak menjadi lembek, dan seluruh janin berwarna kemerahmerahan (Sarwono, 2008).

**PENATALAKSANAAN MISSED ABORTION**

1. Pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu dilakukan evakuasi langsung dengan dilakukan dilatasi dan kuratase bila serviks memungkinkan
2. Pada usia kehamilan 12-20 mg dengan serviks kaku dilakukan induksi terlebih dahulu untuk mematangkan kanalis servikakis dengan memberikan infus oksitosin dimulai dosis 10 unit dalam 500cc dekstrose 5% tetesan 20 tetes/menit
3. Bila tak berhasil, klien diistirahatkan 1 hari kemudian ulangi induksi mAksimal 3x
4. Beri antibiotika dan uterotonika
5. **KET**

# Kehamilan Ektopik Terganggu adalah Kehamilan berawal dari sel telur yang telah dibuahi. Dalam proses normal, janin akan menempel pada dinding rahim dan berkembang selama sembilan bulan. Namun ada sekitar dua persen sel telur yang telah dibuahi menempel pada organ selain rahim sehingga disebut kehamilan ektopik. Tuba falopi merupakan organ yang paling sering ditempeli sel telur tersebut. Sementara organ lain yang mungkin menjadi lokasi berkembangnya kehamilan ektopik meliputi rongga perut, ovarium, serta leher rahim atau serviks.

Penyebab kehamilan ektopik yang paling umum terjadi adalah kerusakan tuba falopi, misalnya karena inflamasi. Kerusakan ini akan menghalangi sel telur yang telah dibuahi untuk masuk ke rahim sehingga akhirnya menempel dalam tuba falopi itu sendiri atau organ lain. Di samping itu, kadar hormon yang tidak seimbang atau perkembangan abnormal semasa wanita sedang dalam kandungan juga terkadang dapat berperan sebagai pemicu.

**Gejala Kehamilan Ektopik**

Pada awalnya, kehamilan ektopik cenderung tanpa gejala atau memiliki tanda yang mirip dengan kehamilan biasa sebelum akhirnya muncul gejala lain yang mengindikasikan kehamilan ektopik. Di antaranya adalah:

* 1. [Sakit perut](http://www.alodokter.com/sakit-perut/).
  2. Nyeri pada tulang panggul.
  3. Menstruasi berhenti.
  4. Pendarahan ringan dari vagina.
  5. [Pusing](http://www.alodokter.com/pusing) atau lemas.
  6. Mual dan muntah.
  7. Nyeri pada bahu.
  8. Rasa sakit atau tekanan pada rektum saat buang air besar.
  9. Jika tuba falopi sobek, akan terjadi pendarahan hebat yang mungkin memicu hilangnya kesadaran.

Kehamilan ektopik termasuk kondisi medis yang membutuhkan penanganan darurat. Karena itu, sebaiknya Anda segera ke rumah sakit jika mengalami gejala-gejala seperti di atas.

**Diagnosis Kehamilan Ektopik**

Selain menanyakan kondisi kesehatan secara umum, dokter akan mengadakan pemeriksaan fisik pada rongga panggul. Tetapi kehamilan ektopik tidak bisa dipastikan hanya melalui pemeriksaan fisik. Dokter juga membutuhkan USG atau tes darah.

Metode USG yang paling akurat untuk mendeteksi kehamilan ektopik adalah USG transvaginal. Prosedur ini akan mengonfirmasi lokasi kehamilan ektopik sekaligus detak jantung janin.

Jika lokasi kehamilan ektopik tidak dapat diketahui melalui USG dan kondisi Anda stabil, dokter akan menganjurkan tes darah untuk konfirmasi. Tes ini digunakan untuk mendeteksi keberadaan hormon hCG (Human chorionic gonadotropin). Hormon ini diproduksi plasenta selama awal kehamilan.

**Langkah Penanganan Kehamilan Ektopik**

Sel telur yang telah dibuahi tidak akan bisa tumbuh dengan normal jika tidak di dalam rahim. Karena itu, jaringan ektopik harus diangkat untuk menghindari komplikasi yang dapat berakibat fatal.

Wanita yang dicurigai mengalami kehamilan ektopik segera dibawa ke rumah sakit untuk menjalani penanganan secepatnya. Kehamilan ektopik yang terdeteksi secara dini tanpa rasa nyeri yang signifikan dan tidak ada janin yang berkembang secara normal dalam rahim umumnya ditangani dengan suntikan methotrexate. Obat ini akan menghentikan pertumbuhan sekaligus menghancurkan sel-sel yang sudah terbentuk.

Dokter akan memantau kadar hCG pasien setelah menerima suntikan. Jika kadar hCG dalam darah pasien tetap tinggi, hal ini biasanya mengindikasikan bahwa pasien membutuhkan suntikan methotrexate lagi. Potensi efek samping obat ini meliputi mual, muntah, serta gangguan hati.

Kehamilan ektopik juga dapat ditangani dengan operasi. Prosedur ini biasanya dilakukan melalui operasi lubang kunci atau laparoskopi. Tuba falopi yang ditumbuhi jaringan ektopik akan diperbaiki jika memungkinkan.

Diagnosis dan hasil tes yang tepat tentunya sangat membantu. Diperkirakan lebih dari 80 persen wanita yang didiagnosis mengalami kehamilan ektopik dapat pulih dengan terapi obat dan/atau prosedur laparoskopi tanpa pengangkatan tuba falopi.

**Komplikasi Kehamilan Ektopik**

Diagnosis yang tidak tepat dan penanganan yang terlambat untuk kehamilan ektopik dapat memicu pendarahan hebat dan bahkan kematian akibat sobeknya tuba falopi atau rahim. Jika mengalami komplikasi ini, pasien harus menjalani operasi darurat melalui bedah terbuka. Tuba falopi kemungkinan dapat diperbaiki, tapi umumnya harus diangkat.

Penanganan dengan operasi pun memiliki risiko tersendiri, seperti pendarahan, infeksi, serta kerusakan pada organ-organ di sekitar bagian yang dioperasi.

Kehamilan ektopik tidak bisa dicegah sepenuhnya. Tetapi Anda tetap dapat menurunkan kemungkinannya dengan menghindari atau mengurangi faktor risiko tertentu. Misalnya, melakukan pemeriksaan dengan tes darah dan USG sebagai pendeteksian awal atau memantau perkembangan kehamilan, khususnya wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

1. **MOLA HIDATIDOSA**
2. **Definisi**

Mola berasal dari bahasa latin yang berarti massa dan hidatidosa berasal dari kata *Hydats*  yang berarti  tetesan air.

Mola hidatidosa adalah kehamilan yang berkembang tidak wajar ( konsepsi yang patologis) dimana tidak ditemukan  janin dan hampir seluruh vili korialis mengalalami perubahan hidropik. Dalam hal demikian disebut Mola Hidatidosa  atau  *Complete* *mole* sedangkan bila disertai janin atau bagian janin disebut sebagai Mola Parsialis atau *Partial mole.*

1. **Etiologi dan faktor resiko**

Penyebab dari mola belum sepenuhnya diketahui dengan pasti tetapi ada beberapa dugaan yang bisa menyebabkan terjadinya mola :

1. Faktor ovum  memang sudah patologik, tetapi terlambat untuk dikeluarkan
2. Imunoselektif dari trofoblas
3. Keadaan sosioekonomi yang rendah
4. Malnutrisi, defisiensi protein, asam folat, karoten, vitamin, lemak hewani
5. Paritas tinggi
6. Umur, resiko tinggi kehamilan dibawah 20 atau diatas 40 tahun
7. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas
8. Suku bangsa ( ras ) dan faktor geografi yang  belum jelas
9. **Klasifikasi**

Ada 4 tipe *Gestasional Trophoblastic Disease* / Penyakit Trofoblas menurut ACS (American Cancer Society) yaitu:

1. Mola hidatidosa (komplit dan parsial)
2. Mola invasiv / koriokarsinoma villosum
3. koriokarsinoma / koriokarsinoma non villosum
4. placental site trophoblastic disease
5. **Komplikasi**
6. Komplikasi non maligna
   * 1. Perforasi uterus

Selama kehamilan kadang-kadang terjadi dan jika terjadi perforasi uterus , kuretase harus dihentikan. Laparoskopi atau laparotomiharus dilakukan untuk mengetahui tempat terjadinya perforasi.

* + 1. Perdarahan

Merupakan komplikasi yang terjadi sebelum selama dan bahkan setelah tindakan kuretase. Oleh karena itu oksitosin intravena dilakukan sebelum memulai tindakan kuretase sehingga mengurangi kejadian perdarahan ini.

* + 1. DIC

Faktor yang dilepaskan jaringan mola mempunyai aktivitas fibinolitik. Semua pasien di-skreening untuk melihat adanya koagulopati.

* + 1. Embolisme tropoblastik

Dapat menyebabkan insufisiensi pernapasan akut. Faktor resiko terbesar terjadi pada uterus yang lebih besar dari yang diharapkan pada usia gestasi 16 minggu. Keadaan ini bisa fatal.

* + 1. Infeksi pada sevikal atau vaginal.

Perforasi pada dinding uterus yang tipis selama evakuasi mola dapat menyebabkan penyebaran infeksi. Ruptur uteri spontan bisa terjadi pada mola benigna dan mola maligna.

1. Komplikasi  maligna

mola invasif atau koriokarsinoma berkembang pada 20 % kasus mola dan identifikasi pasien penting untuk tindakan selanjutnya setelah mola komplit invasi uteri terjadi pada 15 % pasien dan metastase 4 pasien. Tidak terdapat kasus koriokarsinoma yang dilaporkan selah terjadi mola incomplete meskipun ada juga yang menjadi penyakit tropoblastik non metastase yang menetap yang membutuhkan kemoterapi.

****

RANGKUMAN

1. Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Sarwono, 2008).
2. Kehamilan Ektopik Terganggu adalah Kehamilan berawal dari sel telur yang telah dibuahi. Dalam proses normal, janin akan menempel pada dinding rahim dan berkembang selama sembilan bulan.Namun ada sekitar dua persen sel telur yang telah dibuahi menempel pada organ selain rahim sehingga disebut kehamilan ektopik.
3. Diagnosis yang tidak tepat dan penanganan yang terlambat untuk kehamilan ektopik dapat memicu pendarahan hebat dan bahkan kematian akibat sobeknya tuba falopi atau rahim. Jika mengalami komplikasi ini, pasien harus menjalani operasi darurat melalui bedah terbuka. Tuba falopi kemungkinan dapat diperbaiki, tapi umumnya harus diangkat.
4. Mola hidatidosa adalah kehamilan yang berkembang tidak wajar ( konsepsi yang patologis) dimana tidak ditemukan  janin dan hampir seluruh vili korialis mengalalami perubahan hidropik.

**TUGAS**

Lakuka resume hasil jurnal penelitian dan presentasi :

1. Solusio Plasenta
2. Atonia uteri
3. Retensio plasenta

**POST TEST**

Ny F 36 tahun G1P0A0 hamil 30 minggu datang ke BPM dengan keluhan sejak 3 hari yang lalu waktu bangun tidur mengeluarkan darah merah segar lewat jalan lahir, semakin hari semakin banyak, tidak disertai nyeri perut. Hasil pemeriksaan KU lemah, pucat TD 90/60, Nadi : 90x/i, pernapasan : 22x/i, Hb: 8,4 gr %.

1. Diagnosa untuk Ny. F adalah....

a.    Ruptura uteri

b.   Abortus iminens

c.    Plasenta previa

d.   Solusio plasenta

e.    Abortus incompletes

2. Tindakan yang *tidak boleh* dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) pada Ny. F adalah....

a.       Inspekulo

b.      Konseling

c.       Pasang infuse

d.      Palpasi abdomen

e.       Periksa dalam pervaginan

3. Penanganan yang tepat untuk Ny. F adalah....

a.       Transfusi darah

b.      Konseling dan rujuk

c.       Infus NaCl 0,9 %, dan rujuk

d.      Informed consent dan rujuk

e.       Infus NaCl 0,9 %, informed consent dan rujuk

4. Komplikasi yang dapat terjadi pada Ny. F adalah....

a.       Syok septic

b.      Syok anafilatik

c.       Syok neurogenik

d.      Syok hipovolemik

e.       Syok hoemorargik

5. Untuk mempertahankan kesejahteraan janin Ny. F perlu tindakan....

a.       Injeksi vit K

b.      Oksigenasi

c.       Tidur 0,5 duduk

d.      Infus NaCl 0,9 %

e.       Tidur miring ke kiri

KUNCI JAWABAN

1. C
2. E
3. E
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL V. KASUS PERDARAHAN DALAM OBSTETRI**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Perdarahan dalam Obstetri
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus perdarahan dalam obstetri dengan membuat resume hasil jurnal penelitian dan presentasi : Rupture uteri, Pre Eklampsia / Eklampsia, Asfiksia.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : membuat resume hasil jurnal penelitian dan presentasi : Rupture uteri, Pre Eklampsia / Eklampsia, Asfiksia
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Membuat resume hasil jurnal penelitian dan presentasi : Rupture uteri, Pre Eklampsia / Eklampsia, Asfiksia

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **PLASENTA PREVIA**

Selama masa kehamilan, rahim seorang wanita akan berkembang dan plasenta yang normal akan melebar ke arah atas, menjauhi leher rahim atau serviks. Jika tetap berada di bagian bawah rahim atau di dekat serviks, plasenta dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir sang bayi. Kondisi inilah yang disebut plasenta previa.

**Gejala-gejala Plasenta Previa**

Plasenta previa merupakan kondisi yang jarang dialami oleh ibu hamil. Tetapi risiko ini tetap harus diwaspadai karena dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi di kandungan. Ibu hamil dengan plasenta previa terbukti memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami pendarahan sebelum kelahiran.

Gejala utama dari kondisi ini adalah pendarahan tanpa disertai rasa sakit, yang biasanya terjadi pada tiga bulan terakhir masa kehamilan. Tetapi tidak semua ibu hamil dengan kondisi ini akan mengalami pendarahan.

Pendarahan umumnya terjadi secara tiba-tiba dan volume darah bisa banyak atau sedikit. Pendarahan dapat berhenti dengan sendirinya, tapi akan kembali muncul dalam beberapa hari atau beberapa minggu kemudian. Selain itu, sebagian ibu hamil juga ada yang mengalami kontraksi dan nyeri di punggung atau perut bagian bawah.

Jika mengalami pendarahan dalam trimester kedua atau ketiga, sebaiknya Anda segera menghubungi dokter. Ibu hamil yang mengalami pendarahan hebat dianjurkan untuk segera ke rumah sakit.

**Faktor Risiko Plasenta Previa**

Penyebab pasti plasenta previa belum diketahui, tapi ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko ibu hamil mengalaminya. Beberapa faktor risikonya antara lain:

* Pernah mengalami plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.
* Pernah menjalani operasi caesar.
* Pernah menjalani operasi pada rahim, misalnya kuret atau pengangkatan [miom](http://www.alodokter.com/miom).
* Berusia 35 tahun atau lebih.
* Pernah melahirkan sebelumnya.
* Pernah menjalani operasi pada rahim.
* Menggunakan kokain.

**Proses Diagnosis Plasenta Previa**

Posisi plasenta biasanya akan diketahui melalui pemeriksaan USG pada usia kehamilan 18-21 minggu. Jika pernah mengalami pendarahan selama kehamilan, Anda akan dianjurkan untuk menjalani USG transvaginal. Proses ini akan memberikan pencitraan yang lebih mendetail.

Jika Anda positif terdiagnosis mengalami plasenta previa, dokter akan menghindari pemeriksaan fisik rutin melalui vagina selama kehamilan. Ini dilakukan guna mengurangi risiko pendarahan. Anda juga biasanya akan kembali menjalani proses USG sebelum melahirkan untuk memeriksa lokasi plasenta serta detak jantung bayi.

Plasenta previa dapat dibagi dalam 4 kategori. Pengelompokan ini ditentukan berdasarkan posisi plasenta dan meliputi:

* Kategori 1 – plasenta hanya tertanam di rahim bagian bawah tanpa menutupi lubang serviks.
* Kategori 2 – plasenta mencapai lubang serviks bagian dalam, tapi tidak menutupinya.
* Kategori 3 – plasenta menutupi sebagian lubang serviks.
* Kategori 4 – plasenta menutupi seluruh lubang serviks termasuk saat lubang serviks terbuka dan melebar.

Ibu hamil yang mengalami plasenta previa kategori 1 dan 2 biasanya masih diizinkan untuk melahirkan secara normal. Sedangkan plasenta previa kategori 3 dan 4 akan membutuhkan prosedur caesar.

**Penanganan dan Komplikasi Plasenta Previa**

Penanganan untuk plasenta previa biasanya meliputi istirahat sebanyak-banyaknya, transfusi darah jika perli, serta operasi caesar. Langkah penanganan yang dipilih tergantung pada beberapa faktor, yaitu:

* Apakah terjadi pendarahan atau tidak.
* Tingkat keparahan pendarahan.
* Kondisi kesehatan sang ibu dan bayi.
* Usia kandungan.
* Posisi plasenta dan bayi.

Ibu hamil yang tidak atau hanya mengalami sedikit pendarahan biasanya tidak membutuhkan perawatan di rumah sakit, tapi harus tetap waspada. Dokter umumnya akan menganjurkan istirahat di rumah. Terkadang bahkan ada ibu hamil yang dianjurkan untuk terus berbaring dan hanya boleh duduk atau berdiri jika benar-benar diperlukan. Berhubungan seks juga sebaiknya dihindari karena dapat memicu pendarahan pada penderita plasenta previa. Begitu juga dengan olahraga. Jika terjadi pendarahan, ibu hamil dihimbau untuk segera ke rumah sakit sebelum pendarahan bertambah parah.

Sementara itu, ibu hamil yang pernah mengalami pendarahan selama masa kehamilan disarankan untuk menjalani sisa masa kehamilan di rumah sakit dari minggu ke-34. Langkah ini dianjurkan agar pertolongan darurat, seperti transfusi darah, bisa segera diberikan jika pendarahan kembali terjadi. Prosedur caesar juga akan dilakukan begitu kehamilan mencapai batas usia yang cukup, yaitu minggu ke-36. Sebelum menjalaninya, sang ibu biasanya akan diberi kortikosteroid guna mempercepat perkembangan paru-paru bayi dalam kandungannya.

Bagi ibu hamil dengan pendarahan yang tidak kunjung berhenti, dokter akan menganjurkan prosedur caesar meski usia kandungan belum cukup.

Jika tidak ditangani, plasenta previa dapat menyebabkan komplikasi serius dan berakibat fatal bagi ibu dan bayi, misalnya pendarahan hebat pada saat melahirkan dan bahkan setelahnya.

1. **SOLUSIO PLASENTA**

Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari dinding rahim bagian dalam sebelum proses persalinan, baik seluruhnya maupun sebagian, dan merupakan komplikasi kehamilan yang serius namun jarang terjadi. Plasenta berfungsi memberikan nutrisi serta oksigen pada janin yang dikandung, dan merupakan organ yang tumbuh di dalam rahim selama masa kehamilan.

Solusio plasenta bisa membahayakan nyawa ibu dan bayi yang dikandung jika tidak segera ditangani. Hal ini dikarenakan solusio plasenta bisa menyebabkan pendarahan hebat bagi sang ibu, dan bayi yang dikandung bisa kekurangan asupan nutrisi serta oksigen.

**Gejala Solusio Plasenta**

Usia kehamilan enam bulan ke atas, terutama beberapa pekan sebelum proses persalinan merupakan waktu yang paling sering mengalami solusio plasenta. Di bawah ini adalah beberapa gejala solusio plasenta yang bisa terjadi:

* Nyeri punggung.
* Kontraksi berlangsung cepat.
* Pendarahan pada vagina.
* Rahim terasa sakit.
* Nyeri perut.
* Kurang bergeraknya bayi yang berada dalam kandungan atau tidak seperti biasanya.

**Penyebab Solusio Plasenta**

Hingga saat ini penyebab pasti terjadinya solusio plasenta belum diketahui, namun ada beberapa hal yang bisa meningkatkan risiko solusio plasenta, yaitu:

* Wanita yang merokok atau yang menyalahgunakan narkoba.
* Wanita yang berusia di atas 40 tahun.
* Wanita yang pernah mengalami solusio plasenta sebelumnya.
* Wanita yang pernah melahirkan bayi kembar.
* Wanita yang memiliki tekanan darah tinggi atau hipertensi.
* Wanita yang memiliki gangguan pembekuan darah.
* Wanita yang pernah mengalami trauma pada perut, seperti terjatuh atau terkena pukulan.
* Air ketuban bocor atau pecah terlalu awal.

**Diagnosis Solusio Plasenta**

Untuk mendiagnosis solusio plasenta, awalnya dokter akan melakukan pemeriksaan fisik guna memeriksa tekanan rahim, apakah lunak atau keras. Dan mungkin diperlukan tes darah atau ultrasound untuk membantu mengetahui penyebab terjadinya pendarahaan vagina. Ultrasound frekuensi tinggi juga bisa digunakan untuk melihat rahim, namun tidak selalu bisa untuk melihat adanya solusio plasenta.

**Komplikasi Solusio Plasenta**

Solusio plasenta dapat menimbulkan komplikasi dan membahayakan jiwa ibu dan bayi yang dikandung. Ibu hamil yang menderita solusio plasenta kemungkinan bisa mengalami gangguan pembekuan darah dan syok akibat kehilangan darah. Selain itu, komplikasi akibat solusio plasenta juga bisa menyebabkan kondisi gagal ginjal atau gagal organ tubuh lainnya. Pendarahan juga kemungkinan terjadi setelah proses persalinan. Operasi histerektomi atau pengangkatan rahim mungkin akan dilakukan jika pendarahan yang terjadi tidak bisa dikendalikan.

Sedangkan komplikasi akibat solusio plasenta pada bayi yang dikandung dapat menyebabkan kelahiran prematur serta kekurangan asupan nutrisi dan oksigen. Bahkan komplikasi yang serius dapat menyebabkan bayi terlahir dalam keadaan meninggal.

1. **RETENSIO PLASENTA**

Retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera. Bila retensio plasenta tidak diikuti perdarahan maka perlu diperhatikan ada kemungkinan terjadi plasenta adhesive, plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta. (Manuaba (2006:176).

Plasenta inkarserata artinya plasenta telah lepas tetapi tertinggal dalam uterus karena terjadi kontraksi di bagian bawah uterus atau uteri sehingga plasenta tertahan di dalam uterus. (Manuaba (2006:176).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa retensio plasenta ialah plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir, keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera.

**Jenis-jenis retensio plasenta:**

* + - 1. Plasenta Adhesive : Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
      2. Plasenta Akreta : Implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
      3. Plasenta Inkreta : Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
      4. Plasenta Prekreta : Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus hingga ke peritoneum
      5. Plasenta Inkarserata : Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstriksi ostium uteri. (Sarwono, Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2002:178).

Perdarahan hanya terjadi pada plasenta yang sebagian atau seluruhnya telah lepas dari dinding rahim. Banyak atau sedikitnya perdarahan tergantung luasnya bagian plasenta yang telah lepas dan dapat timbul perdarahan. Melalui periksa dalam atau tarikan pada tali pusat dapat diketahui apakah plasenta sudah lepas atau belum dan bila lebih dari 30 menit maka kita dapat melakukan plasenta manual.

Retensio plasenta (*Placental Retention*) merupakan plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Sedangkan sisa plasenta (rest placenta) merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga rahim yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini (*Early Postpartum Hemorrhage*) atau perdarahan post partum lambat (*Late Postpartum Hemorrhage*) yang biasanya terjadi dalam 6-10 hari pasca persalinan.

**Tanda Dan Gejala Retensio Plasenta**

A. Plasenta Akreta Parsial / Separasi

1. Konsistensi uterus kenyal
2. TFU setinggi pusat\
3. Bentuk uterus discoid
4. Perdarahan sedang – banyak
5. Tali pusat terjulur sebagian
6. Ostium uteri terbuka
7. Separasi plasenta lepas sebagian
8. Syok sering

B. Plasenta Inkarserata

1. Konsistensi uterus keras
2. TFU 2 jari bawah pusat
3. Bentuk uterus globular
4. Perdarahan sedang
5. Tali pusat terjulur
6. Ostium uteri terbuka
7. Separasi plasenta sudah lepas
8. Syok jarang
9. Konsistensi uterus cukup
10. TFU setinggi pusat
11. Bentuk uterus discoid
12. Perdarahan sedikit / tidak ada
13. Tali pusat tidak terjulur
14. Ostium uteri terbuka
15. Separasi plasenta melekat seluruhnya
16. Syok jarang sekali, kecuali akibat inversio oleh tarikan kuat pada tali pusat.(Prawirohardjo, S. 2002 : 178

**Penatalaksanaan**

Penanganan retensio plasenta atau sebagian plasenta adalah:

1. Resusitasi. Pemberian oksigen 100%. Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.
2. *Drips oksitosin* (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan *Ringer laktat* atau NaCl 0.9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.
3. Plasenta coba dilahirkan dengan *Brandt Andrews*, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
4. Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah: Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.
5. Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus dilanjutkan kuretage sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
6. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
7. Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi sekunder. (Sulisetiya.blogspot.com/2010/03).

**Komplikasi**

Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya:

1. Perdarahan  
   Terjadi terlebih lagi bila retensio plasenta yang terdapat sedikit perlepasan hingga kontraksi memompa darah tetapi bagian yang melekat membuat luka tidak menutup.
2. Infeksi  
   Karena sebagai benda mati yang tertinggal di dalam rahim meningkatkan pertumbuhan bakteri dibantu dengan port d’entre dari tempat perlekatan plasenta.
3. Dapat terjadi plasenta inkarserata dimana plasenta melekat terus sedangkan kontraksi pada ostium baik hingga yang terjadi.
4. Terjadi polip plasenta sebagai massa proliferative yang mengalami infeksi sekunder dan nekrosis

Dengan masuknya mutagen, perlukaan yang semula fisiologik dapat berubah menjadi patologik (displastik-diskariotik) dan akhirnya menjadi karsinoma invasif. Sekali menjadi mikro invasive atau invasive, proses keganasan akan berjalan terus.

Sel ini tampak abnormal tetapi tidak ganas. Para ilmuwan yakin bahwa beberapa perubahan abnormal pada sel-sel ini merupakan langkah awal dari serangkaian perubahan yang berjalan lambat, yang beberapa tahun kemudian bisa menyebabkan kanker. Karena itu beberapa perubahan abnormal merupakan keadaan prekanker, yang bisa berubah menjadi kanker.

****

RANGKUMAN

1. Gejala utama dari kondisi plasenta previa adalah pendarahan tanpa disertai rasa sakit, yang biasanya terjadi pada tiga bulan terakhir masa kehamilan. Tetapi tidak semua ibu hamil dengan kondisi ini akan mengalami pendarahan.
2. Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari dinding rahim bagian dalam sebelum proses persalinan, baik seluruhnya maupun sebagian, dan merupakan komplikasi kehamilan yang serius namun jarang terjadi. Plasenta berfungsi memberikan nutrisi serta oksigen pada janin yang dikandung, dan merupakan organ yang tumbuh di dalam rahim selama masa kehamilan.
3. Retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera. Bila retensio plasenta tidak diikuti perdarahan maka perlu diperhatikan ada kemungkinan terjadi plasenta adhesive, plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta.

**TUGAS**

Buatlah resume hasil jurnal penelitian dan presentasi :

1. Rupture uteri
2. Pre Eklampsia / Eklampsia
3. Asfiksia

**POST TEST**

Ny F 36 tahun G1P0A0 hamil 30 minggu datang ke BPM dengan keluhan sejak 3 hari yang lalu waktu bangun tidur mengeluarkan darah merah segar lewat jalan lahir, semakin hari semakin banyak, tidak disertai nyeri perut. Hasil pemeriksaan KU lemah, pucat TD 90/60, Nadi : 90x/i, pernapasan : 22x/i, Hb: 8,4 gr %.

1. Diagnosa untuk Ny. F adalah....

a.    Ruptura uteri

b.   Abortus iminens

c.    Plasenta previa

d.   Solusio plasenta

e.    Abortus incompletes

2. Tindakan yang *tidak boleh* dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) pada Ny. F adalah....

a.       Inspekulo

b.      Konseling

c.       Pasang infuse

d.      Palpasi abdomen

e.       Periksa dalam pervaginan

3. Penanganan yang tepat untuk Ny. F adalah....

a.       Transfusi darah

b.      Konseling dan rujuk

c.       Infus NaCl 0,9 %, dan rujuk

d.      Informed consent dan rujuk

e.       Infus NaCl 0,9 %, informed consent dan rujuk

4. Komplikasi yang dapat terjadi pada Ny. F adalah....

a.       Syok septic

b.      Syok anafilatik

c.       Syok neurogenik

d.      Syok hipovolemik

e.       Syok hoemorargik

5. Untuk mempertahankan kesejahteraan janin Ny. F perlu tindakan....

a.       Injeksi vit K

b.      Oksigenasi

c.       Tidur 0,5 duduk

d.      Infus NaCl 0,9 %

e.       Tidur miring ke kiri

KUNCI JAWABAN

1. C
2. E
3. E
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL VI. KASUS PERDARAHAN DALAM OBSTETRI**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Perdarahan dalam Obstetri
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus perdarahan dalam obstetri dengan melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan KBI dan KBE.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan KBI dan KBE
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Dosen melakukan demonstrasi dan mahasiswa praktik mandiri keterampilan KBI dan KBE

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

**MATERI**

**ATONIA UTERI**

**Pengertian**

Atonia Uteri Adalah pendarahan obstetri yang disebabkan oleh kegagalan uterus untuk berkontraksi secara memadai setelah kelahiran (Cuningham, 2013:415).

Menurut JNPK-KR (2008), *Definisi atonia uteri adalah* suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan keluarnya darah dari tempat implantasi plasenta dan menjadi tidak terkendali.

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan pospartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan.

**Etiologi**

Overdistensi Uterus merupakan faktor resiko yang paling sering mengakibatkan terjadinya atonia uteri. Overdistensi uterus dapat disebabkan oleh kehamilan ganda, janin makrosomia, polihidramnion, abnormalitas janin, kelainan struktur uterus, atau distensi akibat akumulasi darah di uterus baik sebelum mapun sesudah plasenta lahir.

Pimpinan kala III yang salah, dengan memijat-mijat dan mendorong uterus. Lemahnya kontraksi miometrium merupakan akibat dari kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang memerlukan tenaga yang banyak, umur yang terlalu muda dan terlalu tua, terutama apabila diberikan stimulasi pada ibu. Selain itu pengaruh obat-obatan yang dapat mengakibatkan inhibisi kontraksi seperti: anastesi yang terhalogenisasi, nitrat, obat-obatan anti inflamasi nonsteroid, magnesium sufat dan nipedipin.

Ibu dengan keadaan umum yang buruk, anemis, atau menderita penyakit yang menahun.Penyebab lain yaitu: plasenta letak rendah, partus lama (terlantar) toksin bakteri (korioamnionitis, endometritis, septikemia), hipoksia akibat hipoperfusi atau uterus couvelaire pada abruptio plasenta.

[**Diagnosis Atonia Uteri**](http://www.landasanteori.com/)

Kecuali apabila penimbunan darah intrauterine dan intravagina mungkin tidak teridentifikasi, atau pada beberapa kasus ruptur uteri dengan pendarahan intraperitoneum, diagnosis pendarahan post partum seharusnya mudah. Pembedaan sementara antara pendarahan akibat atonia uteri dan akibat laserasi ditegakkan berdasarkan kondisi uterus. Apabila pendarahan berlanjut walaupun uterus berkontraksi kuat, penyebab pendarahan kemungkinan besar adalah laserasi. Darah merah segar juga menginsyaratkan adanya laserasi. Untuk memastikan peran laserasi sebagai penyebab pendarahan, harus dilakukan inspeksi yang cermat terhadap vagina, serviks, uterus.

Kadang-kadang pendarahan disebabkan baik oleh atonia maupun trauma, terutama setelah pelahiran operatif besar. Secara umum, harus dilakukan inspeksiserviks dan vagina setelah setiap pelahiran untuk mengidentifikasi pendarahan akibat laserasi. Anestesia harus adekuat untuk mencegah rasa tidak nyaman saat pemeriksaan. Pemeriksaan terhadap rongga uterus, serviks, dan keseluruhan vagina harus dilakukan setelah ekstraksi bokong, versi podalik internal, dan pelahiran pervaginam pada wanita yang pernah menjalani seksio sesarea. Hal yang sama berlaku pada pendarahan berlebihan selama kala dua persalinan (Cunningham, 2013).

[](http://3.bp.blogspot.com/-fiGj2pyMjaw/V1T16SA_-SI/AAAAAAAABS4/Be_vP8PrEGM2Z_cEL4mHEFbTHRzV65H8QCK4B/s1600/Pengertian+Atonia+Uteri.png)

[**Penatalaksanaan Atonia Uteri**](http://www.landasanteori.com/2015/09/pengertian-atonia-uteri-etiologi.html)

1. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus dan ke dalam vagina ibu.
2. Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tak dapat berkontraksi secara penuh.
3. Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus, ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus kea rah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan ke belakang.
4. Tekan kuat uterus di antara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta)  di  dinding  uterus  dan  juga merangsang  miometrium  untuk berkontraksi.
5. Evaluasi keberhasilan :

Jika uterus bekontraksi dan pendarahan berkurang, terus melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala empat.

Jika uterus berkontraksi tetapi pendarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan pendarahan. Jika uterus tidak berkontraksi selama 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

1. Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.
2. Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.
3. Pakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI.
4. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena ini merupakan bukan atonia uteri sederhana. Ibu membutuhkan tindakan gawatdarurat di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
5. Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan. Infus 500 ml pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit.Berikan tambahan 500 ml/jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125cc/jam. Jika cairan infus tidak cukup, infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.

****

RANGKUMAN

.Atonia Uteri Adalah pendarahan obstetri yang disebabkan oleh kegagalan uterus untuk berkontraksi secara memadai setelah kelahiran (Cuningham, 2013:415).



**TUGAS**

Demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan KBI dan KBE

**POST TEST**

Ny F 36 tahun G1P0A0 hamil 30 minggu datang ke BPM dengan keluhan sejak 3 hari yang lalu waktu bangun tidur mengeluarkan darah merah segar lewat jalan lahir, semakin hari semakin banyak, tidak disertai nyeri perut. Hasil pemeriksaan KU lemah, pucat TD 90/60, Nadi : 90x/i, pernapasan : 22x/i, Hb: 8,4 gr %.

1. Diagnosa untuk Ny. F adalah....

a.    Ruptura uteri

b.   Abortus iminens

c.    Plasenta previa

d.   Solusio plasenta

e.    Abortus incompletes

2. Tindakan yang *tidak boleh* dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) pada Ny. F adalah....

a.       Inspekulo

b.      Konseling

c.       Pasang infuse

d.      Palpasi abdomen

e.       Periksa dalam pervaginan

3. Penanganan yang tepat untuk Ny. F adalah....

a.       Transfusi darah

b.      Konseling dan rujuk

c.       Infus NaCl 0,9 %, dan rujuk

d.      Informed consent dan rujuk

e.       Infus NaCl 0,9 %, informed consent dan rujuk

4. Komplikasi yang dapat terjadi pada Ny. F adalah....

a.       Syok septic

b.      Syok anafilatik

c.       Syok neurogenik

d.      Syok hipovolemik

e.       Syok hoemorargik

5. Untuk mempertahankan kesejahteraan janin Ny. F perlu tindakan....

a.       Injeksi vit K

b.      Oksigenasi

c.       Tidur 0,5 duduk

d.      Infus NaCl 0,9 %

e.       Tidur miring ke kiri

KUNCI JAWABAN

1. C
2. E
3. E
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN KOMPRESI BIMANUAL INTERNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NiLAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| **1.** | **Menyapa dengan sopan dan ramah serta memposisikan pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menyapa saja tanpa memposisikan pasien 3. Menyapa dan memposisikan pasien |  |  |  |
| **2.** | **Memperkenalkan diri kepada pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memperkenalkan diri sebagai bidan tanpa menyebut nama 3. Memperkenalkan diri sebagai bidan dengan menyebut nama sambil berjabat tangan |  |  |  |
| **3.** | **Merespon terhadap reaksi pasien**   1. Tidak merespon 2. Merespon reaksi pasien tetapi tidak ditanggapi dengan tepat 3. Merespon reaksi pasien dengan tepat |  |  |  |
| **4.** | **Percaya diri**   1. Teruji gugup,tidak melakukan kontak mata dan suara kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| **5.** | **Teruji memberikan rasa empati pada pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| **6.** | **Menggunakan APD (celemek, topi, masker, alas kaki)**  0 Tidak dikerjakan  1 Dilakukan dengan tidak sempurna.  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **7.** | **Memakai sarung tangan pendek pada kedua tangan**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan benar |  |  |  |
| **8.** | **Melakukan massage uterus dengan tangan kiri untuk mengeluarkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari uterus**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **9.** | **Mengosongkan kandung kemih**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **10.** | **Melepas sarung tangan pendek dan mengganti dengan sarung tangan panjang pada tangan kanan \***   * + 1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar  1. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **11.** | **Memasukkan tangan kanan secara obstetrik ke dalam lumen vagina \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **12.** | **Merubah tangan obstetrik menjadi kepalan tangan dengan ibu jari dalam kepalan \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **13.** | **Meletakkan dataran punggung jari telunjuk hingga kelingking pada forniks anterior \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **14.** | **Mendorong segmen bawah rahim ke arah kranio anterior\***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **15.** | **Upayakan tangan diluar mencakup bagian belakang korpus uteri sebanyak mungkin \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **16.** | **Melakukan kompresi uterus dengan mendekatkan telapak tangan luar dengan kepalan pada forniks anterior selama 5 menit \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **17.** | **Lepaskan tekanan sambil mengevaluasi kontraksi uterus dan perdarahan (tangan kanan tidak dikeluarkan) \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **18.** | **Setelah uterus berkontraksi pertahankan KBI selama 2 menit**   1. Tidak mempertahankan posisi uterus 2. Mempertahankan posisi tanpa dievaluasi apakah kontraksi sudah baik atau belum langsung dilepas 3. Mempertahankan kontraksi hingga uterus berkontraksi baik dengan mengatakan “ibu ini perutnya sudah keras, apakah ibu sudah merasakan mules? “ |  |  |  |
| **19** | **Mengeluarkan tangan secara perlahan dengan terlebih dahulu mengubah kepalan menjadi tangan obstetrik**   1. Mengeluarkan tangan tanpa merubah kepalan 2. Mengeluarkan tangan terlalu cepat 3. Mengubah kepalan menjadi tangan obstetrik dan dikeluarkan secara perlahan |  |  |  |
| **20** | **Alat-alat dibereskan direndam dalam larutan klorin 0, 5 %**   1. Tidak dikerjakan 2. Dikerjakan dengan tidak sempurna 3. Dikerjakan dengan sempurna |  |  |  |
| **21** | **Mencuci tangan ke dalam larutan klorin kemudian melepaskan sarung tangan secara terbalik**   1. Tidak dikerjakan 2. Dikerjakan dengan tidak sempurna 3. Dikerjakan dengan sempurna |  |  |  |
| **C.** | **TEKNIK** |  |  |  |
| **22** | **Teruji melakukan secara sistematis**   1. Tidak dilakukan 2. Melakukan sebagian tindakan dan tidak berurutan 3. Melakukan tindakan secara urut |  |  |  |
| **23** | **Teruji menerapkan teknik pencegahan infeksi**   1. Tidak dilakukan 2. Menerapkan teknik pencegahan infeksi kurang tepat 3. Menerapkan teknik PI dengan tepat |  |  |  |
| **24** | **Menjaga privasi pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menjaga privasi dengan ucapan atau memperagakan menutup pintu/ sampiran saja 3. Menjaga privasi dengan ucapan dan memperagakan menutup pintu / sampiran |  |  |  |
| **25** | **Teruji melaksanakan komunikasi selama tindakan**   1. Tidak dilakukan 2. Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh pasien 3. Melaksanakan komunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien |  |  |  |
| **26** | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan tanpa identitas pelaksana 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |
|  | **Total score seluruhnya : 52** |  |  |  |
|  | **NILAI AKHIR** |  |  |  |

**NILAI AKHIR = Σ Score x 100**

**52**

**CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| **1.** | **Menyapa dengan sopan dan ramah serta memposisikan pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menyapa saja tanpa memposisikan pasien 3. Menyapa dan memposisikan pasien |  |  |  |
| **2.** | **Memperkenalkan diri kepada pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memperkenalkan diri sebagai bidan tanpa menyebut nama 3. Memperkenalkan diri sebagai bidan dengan menyebut nama sambil berjabat tangan |  |  |  |
| **3.** | **Merespon terhadap reaksi pasien**   1. Tidak merespon 2. Merespon reaksi pasien tetapi tidak ditanggapi dengan tepat 3. Merespon reaksi pasien dengan tepat |  |  |  |
| **4.** | **Percaya diri**   1. Teruji gugup,tidak melakukan kontak mata dan suara kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| **5.** | **Memberikan rasa empati pada pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| **6.** | **Menggunakan APD (celemek, topi, masker, alas kaki)**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak sempurna. 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **7.** | **Memakai sarung tangan pendek pada kedua tangan**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan benar |  |  |  |
| **8.** | **Melakukan massage uterus dengan tangan kiri**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **9.** | **Mengosongkan kandung kemih**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **10.** | **Menempatkan satu tangan di atas symphisis dan tangan yang lain mencakup sedemikian rupa sehingga kedua tangan saling bertemu \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **11.** | **Melakukan kompresi uterus dengan mendekatkan kedua tangan \***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **12.** | **Lepaskan tekanan sambil mengevaluasi kontraksi uterus dan perdarahan\***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **13.** | **Setelah uterus berkontraksi lepaskan tangan secara perlahan**   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **14** | **Alat-alat dibereskan direndam dalam larutan klorin 0, 5 %**   1. Tidak dikerjakan 2. Dikerjakan dengan tidak sempurna 3. Dikerjakan dengan sempurna |  |  |  |
| **15.** | **Mencuci tangan ke dalam larutan klorin kemudian melepaskan sarung tangan secara terbalik**   1. Tidak dikerjakan 2. Dikerjakan dengan tidak sempurna 3. Dikerjakan dengan sempurna |  |  |  |
| **C.** | **TEKNIK** |  |  |  |
| **16.** | **Teruji melakukan secara sistematis**   1. Tidak dilakukan 2. Melakukan sebagian tindakan dan tidak berurutan 3. Melakukan tindakan secara urut |  |  |  |
| **17.** | **Teruji menerapkan teknik pencegahan infeksi**   1. Tidakdilakukan 2. Menerapkan teknik pencegahan infeksi kurang tepat 3. Menerapkan teknik pencegahan infeksi dengan tepat |  |  |  |
| **18.** | **Menjaga privasi pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menjaga privasi dengan ucapan atau memperagakan menutup pintu/ sampiran saja 3. Menjaga privasi dengan ucapan dan memperagakan menutup pintu / sampiran |  |  |  |
| **19.** | **Teruji melaksanakan komunikasi selama tindakan**   1. Tidak dilakukan 2. Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh pasien 3. Melaksanakan komunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien |  |  |  |
| **20.** | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan tanpa identitas pelaksana 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |
|  | **Total score seluruhnya : 40** |  |  |  |

**NILAI AKHIR = Σ Score x 100**

40

**MODUL VII. KASUS PERDARAHAN DALAM OBSTETRI**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Perdarahan dalam Obstetri
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus perdarahan dalam obstetri dengan melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan manual placenta.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus perdarahan dalam obstetri

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan manual placenta
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Dosen melakukan demonstrasi dan mahasiswa praktik mandiri keterampilan manual placenta

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

**PERDARAHAN POST PARTUM**

A.    **Definisi**

Perdarahan post partum didefinisikan sebagai hilangnya 500 ml atau lebih darah setelah anak lahir. Pritchard dkk mendapatkan bahwa sekitar 5% wanita yang melahirkan pervaginam kehilangan lebih dari 1000 ml darah.

B.     **Epidemiologi**

Perdarahan post partum dini jarang disebabkan oleh retensi potongan plasenta yang kecil, tetapi plasenta yang tersisa sering menyebabkan perdarahan pada akhir masa nifas.Kadang-kadang plasenta tidak segera terlepas. Bidang obstetri membuat batas-batas durasi kala tiga secara agak ketat sebagai upaya untuk mendefenisikan retensio plasenta shingga perdarahan akibat terlalu lambatnya pemisahan plasenta dapat dikurangi. Combs dan Laros meneliti 12.275 persalinan pervaginam tunggal dan melaporkan median durasi kala III adalah 6 menit dan 3,3% berlangsung lebih dari 30 menit. Beberapa tindakan untuk mengatasi perdarahan, termasuk kuretase atau transfusi, menigkat pada kala tiga yang mendekati 30 menit atau lebih.

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gambaran perdarahan post partum yang dapat mengecohkan adalah nadi dan tekanan darah yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah yang sangat banyak.

C.     **Klasifikasi**

Klasifikasi perdarahan postpartum :

1.      Perdarahan post partum primer / dini  *(early postpartum hemarrhage), yaitu* perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utamanya adalah atonia uteri, retention plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Banyaknya terjadi pada 2 jam pertama

2.     Perdarahan Post Partum Sekunder / lambat *(late postpartum hemorrhage),* yaitu-perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama.

**D. Diagnosis**

Pada tiap-tiap perdarahan postpartum harus dicari apa penyebabnya. Secara ringkas membuat diagnosis adalah seperti bagan di halaman berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Palpasi uterus : bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri |  |  |
| (2)  Memeriksa plasenta dan ketuban : apakah lengkap atau tidak |  | 1.    Atonia uteri |
| (3)  Lakukan eksplorasi kavum uteri untuk mencari : |  | 2.    sisa-sisa plasenta dan ketuban  3.    robekan jalan lahir |
| -   sisa plasenta dan ketuban  -   robekan rahim  -   olasenta suksenturiata |  | 4.    Penyakit darah (kelainan pembekuan darah). |
| (4)  Inspekulo: untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah. |  |  |
| (5)  Pemeriksaan laboratorium: periksa darah, Hb, *clot observation test* (COT),  dan lain-lain |  |  |

Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dapat waktu singkat ibu dapat jatuh ke dalam keadaan syok. Atau dapat berupa perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus-terusan yang juga berbahaya karena kita tidak menyangka akhirnya perdarahan berjumlah banyak, ibu menjadi lemas dan juga jatuh dalam subsyok atau syok. Karena itu adalah penting sekali pada setiap ibu yang bersalin dilakukan pengukuran kadar darah secara rutin; serta pengawasan tekanan darah, nadi, pernafasan ibu, dan periksa juga kontraksi uterus dan perdarahan selama 1 jam.

**D. Etiologi Perdarahan Post Partum**

1. Atonia Uteri

Uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan

**Penyebab**

1. Partus lama yang mengakibatkan insersi uteri
2. Pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil seperti pada kehamilan kembar, hidramnion atau janin kembar
3. Multiparitas
4. Anestesi umum, terutama halotan atau siklopropana
5. Kesalahan penatalaksanaan kala III
6. Pemisahan plasenta inkomplit
7. Retensi kotiledon, fragmen plasenta atau membrane
8. Persalinan cepat
9. Placenta previa
10. Abrupsio plasenta
11. Kandung kemih penuh
12. Factor lain yang belum diketahui

Faktor pencetus yang meningkatkan risiko perdarahan pascapartum

1. Riwayat perdarahan pascapartum atu retensi plasenta
2. Paritas tinggi
3. Adanya fibroid
4. Ketoasidosis
5. Retensio Plasenta

Plasenta atau bagian-bagiannya dapat tetap berada di dalam uterus setelah bayi lahir.

**Penyebab**

1. Plasenta belum lepas dari dinding uterus
2. Plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan (disebabkan karena tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III)
3. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta
4. Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korealis menembus desidua sampai miometrium-ssampai dibawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta)
5. Sisa Plasenta dan selaput ketuban  
   hal ini bisa disebakan karena pelekatan yang abnormal (plasaenta akreta dan perkreta) atau tidak ada kelainan perlekatan (plasenta seccenturia)
6. Trauma jalan lahir  
   a. Episiotomi yang lebar  
   b. Lacerasi perineum, vagina, serviks, forniks dan rahim  
   c. Rupture uteri
7. Penyakit darah : Kelainan pembekuan darah misalnya afibrinogenemia/hipofibrinogenemia

Tanda yang sering dijumpai :

a. Perdarahan yang banyak.Solusio plasenta.

b. Kematian janin yang lama dalam kandungan.

c. Pre eklampsia dan eklampsia.

d. Infeksi, hepatitis dan syok septik.

1. Sub Involusio
2. Hematoma
3. Inversi Uterus

**ALUR PENANGANAN ATONIA UTERI**

**Uterus tidak berkontraksi (Setelah 15 detik)**

**Lakukan Masase Uterus**

**Uterus tidak berkontrasi Uterus berkontraksi lanjutkan asuhan kala IV**

**Lakukan Pengosongan kandung kemih**

**Uterus tidak berkontraksi Uterus kontraksi**

**Lakukan evakuasi/Eksplorasi Lanjutkan Asuhan Kala IV**

**(dengan tangan kanan masuk didalam vagina didepan portio, tidak masuk kedalam cavum uteri membersihkan hingga tidak ada stolsel yang masih ada di dalam cavum uteri).**

**Uterus tidak kontraksi Uterus kontraksi Lanjutkan asuhan kala IV**

**Lakukan Kompresi Bimanual Interna (KBI)**

Lakukan KBE oleh Asisten atau keluarga

Suntikkan ergometrin 0,2 mg (IM)

Pasang Infus RL drip Oxitosin 20 IU (guyur)

**Bila pasien hendak dirujuk, setelah tindakan KBI bisa dilakukan pemasangan kondom kateter. Kondom kateter bisa dipertahankan 2 x 24 Jam.**

**Rujuk**

****

RANGKUMAN

Perdarahan post partum didefinisikan sebagai hilangnya 500 ml atau lebih darah setelah anak lahir. Pritchard dkk mendapatkan bahwa sekitar 5% wanita yang melahirkan pervaginam kehilangan lebih dari 1000 ml darah

.

**TUGAS**

Demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan manual plasenta

**CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN MANUAL PLASENTA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| **1.** | **Menyambut klien dengan sopan dan ramah**   1. Tidak dilakukan 2. Memberikan salam tanpa memandang klien 3. Memberi salam dengan memandang klien |  |  |  |
| **2.** | **Memperkenalkan diri kepada klien**   1. Tidak dilakukan 2. Memperkenalkan diri sebagai bidan tanpa menyebut nama 3. Memperkenalkan diri sebagai bidan dengan menyebut nama sambil berjabat tangan/memberikan sentuhan kepada klien dengan ramah |  |  |  |
| **3.** | **Merespon terhadap reaksi klien**   1. Tidak merespon acuh tak acuh 2. Merespon reaksi klien tetapi tidak menanggapi dengan tepat , kurang sempurna 3. Merespon reaksi klien dengan tepat dan sopan |  |  |  |
| **4.** | **Percaya diri**   1. Teruji gugup,tidak melakukan kontak mata dan suara kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu, kurang percaya diri 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| **5.** | **Teruji memberikan rasa empati pada klien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| **6.** | **Memposisikan klien dengan posisi litotomi/dorsal recumbent**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan secara sempurna dengan memposisikan litotomi/dorsal recumbent |  |  |  |
| **7.** | **Menggunakan APD (celemek, topi, masker, alas kaki)**   1. Tidak digunakan 2. Digunakan dengan tidak lengkap 3. Digunakan dengan lengkap |  |  |  |
| **8.** | **Mencuci tangan**   1. Tidak dikerjakan 2. Dikerjakan tidak dengan 7 langkah 3. Dikerjakan dengan 7 langkah |  |  |  |
| **9.** | **Menggunakan sarung tangan pendek DTT/Steril pada kedua tangan**   1. Tidak menggunakan 2. Menggunakan tanpa memperhatikan prinsip sterilitas 3. Menggunakan dengan memperhatikan prinsip sterilitas |  |  |  |
| **10.** | **Memastikan kandung kemih kosong \***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan palpasi suprapubik |  |  |  |
| **11.** | **Melepas sarung tangan pendek sebelah kanan dan mengenakan sarung tangan panjang DTT/Steril \***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan memperhatikan prinsip sterilitas |  |  |  |
| **12.** | **Tangan kiri menegangkan tali pusat dengan klem, sejajar dengan lantai \***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **13.** | **Tangan kanan masuk ke dalam vagina secara obstetrik \***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **14.** | **Tangan kanan masuk ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat (punggung tangan menghadap ke bawah) \***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **15.** | **Setelah mencapai serviks, minta asisten untuk menegangkan klem tali pusat. Kemudian memindahkan tangan kiri untuk menahan fundus uteri \***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan secara sempurna (tangan kiri tepat berada di fundus) |  |  |  |
| **16.** | **Sambil menahan fundus uteri, memasukkan tangan ke dalam kavum uteri sampai mencapai tempat implantasi plasenta \***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **17.** | **Membentangkan tangan obstetrik menjadi datar (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari lain saling merapat)\***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan sempurna (jari-jari merapat) |  |  |  |
| **18.** | **Menentukan implantasi plasenta dan menemukan bagian plasenta yang sudah lepas \***   1. Tidak melakukan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **19.** | **Memasukkan ujung jari di antara plasenta dan dinding uterus \***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **20.** | **Memperluas pelepasan plasenta dengan menggeser tangan ke kanan dan ke kiri (dengan sisi ulna) sambil digeserkan ke atas (kranial ibu) sampai semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus \***   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan sempurna (posisi tangan kiri tetap berada di fundus) |  |  |  |
| **21.** | **Sementara tangan kanan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal \***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **22.** | **Memindahkan tangan kiri dari fundus ke supra simphysis (menahan segmen bawah uterus)\***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan meletakkan tangan kiri tepat di supra simphysis |  |  |  |
| **23.** | **Menginstruksikan asisten untuk menarik tali pusat sambil tangan kanan membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah) \***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **24.** | **Melakukan penekanan uterus ke arah dorso kranial (dengan tangan kiri) \***   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **25.** | **Menempatkan plasenta ke dalam wadah yang telah disediakan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **26.** | **Membereskan alat**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan secara tidak rapi atau masih ada yang tertinggal 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **27.** | **Merendam alat dalam larutan klorin 0,5%**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **28.** | **Melakukan dekontaminasi celemek dengan larutan klorin 0,5%**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan dengan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **29.** | **Mencuci sarung tangan kemudian melepasnya dalam larutan klorin 0,5% secara terbalikserta merendamnya**  0 Tidak melakukan  1 Dilakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **30.** | **Mencuci tangan dengan sabun dan air mengallir**   1. Tidak dikerjakan 2. Dikerjakan tidak dengan 7 langkah   2 Dikerjakan dengan 7 langkah |  |  |  |
| **31.** | **Melepas APD**  0 Tidak dikerjakan  1 Dilakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **32.** | **Memberitahukan hasil tindakan kepada klien**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan tidak sempurna   2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **C.** | **TEKNIK** |  |  |  |
| **33.** | **Teruji melakukan secara sistematis**   1. Tidak dilakukan 2. Melakukan sebagian tindakan dan tidak berurutan 3. Melakukan tindakan secara urut |  |  |  |
| **34.** | **Teruji menerapkan tekhnik pencegahan infeksi (PI)**   1. Tidak dilakukan 2. Menerapkan tekhnik PI kurang tepat 3. Menerapkan tekhnik PI dengan tepat |  |  |  |
| **35.** | **Teruji melaksanakan komunikasi selama tindakan**  0 Tidak dilakukan  1 Melaksanakan komunikasi tetapi dengan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh klien  2 Melaksanakan komunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien |  |  |  |
| **36.** | **Menjaga privasi klien**   1. Tidak dilakukan 2. Menjaga privasi dengan ucapan atau memperagakan menutup pintu / sampiran saja 3. Menjaga privasi dengan ucapan dan memperagakan menutup pintu / sampiran |  |  |  |
| **37.** | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan, tetapi tidak lengkap 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |
|  | **Total score seluruhnya : 74** |  |  |  |

**POST TEST**

Ny F 36 tahun G1P0A0 hamil 30 minggu datang ke BPM dengan keluhan sejak 3 hari yang lalu waktu bangun tidur mengeluarkan darah merah segar lewat jalan lahir, semakin hari semakin banyak, tidak disertai nyeri perut. Hasil pemeriksaan KU lemah, pucat TD 90/60, Nadi : 90x/i, pernapasan : 22x/i, Hb: 8,4 gr %.

1. Diagnosa untuk Ny. F adalah....

a.    Ruptura uteri

b.   Abortus iminens

c.    Plasenta previa

d.   Solusio plasenta

e.    Abortus incompletes

2. Tindakan yang *tidak boleh* dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) pada Ny. F adalah....

a.       Inspekulo

b.      Konseling

c.       Pasang infuse

d.      Palpasi abdomen

e.       Periksa dalam pervaginan

3. Penanganan yang tepat untuk Ny. F adalah....

a.       Transfusi darah

b.      Konseling dan rujuk

c.       Infus NaCl 0,9 %, dan rujuk

d.      Informed consent dan rujuk

e.       Infus NaCl 0,9 %, informed consent dan rujuk

4. Komplikasi yang dapat terjadi pada Ny. F adalah....

a.       Syok septic

b.      Syok anafilatik

c.       Syok neurogenik

d.      Syok hipovolemik

e.       Syok hoemorargik

5. Untuk mempertahankan kesejahteraan janin Ny. F perlu tindakan....

a.       Injeksi vit K

b.      Oksigenasi

c.       Tidur 0,5 duduk

d.      Infus NaCl 0,9 %

e.       Tidur miring ke kiri

KUNCI JAWABAN

1. C
2. E
3. E
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL VIII. KASUS HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Hipertensi dalam Kehamilan dan Persalinan
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus hipertensi dalam kehamilan dan persalinan

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus hipertensi dalam kehamilan dan persalinan dengan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pemberian MgSO4 .

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus hipertensi dalam kehamilan dan persalina

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus hipertensi dalam kehamilan dan persalina

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pemberian MgSO4
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Dosen melakukan demonstrasi dan mahasiswa praktik mandiri keterampilan pemberian MgSO4

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **PREEKLAMSIA**

Preeklampsia pada ibu hamil - ini merupakan salah satu penyebab kematian pada kehamilan. hal ini disebabkan karena tidak mendapat penanganan yang tepat akibat minim pengetahuan ibu terhadap Tanda dan bahaya pada kehamilan.

[Tekanan darah tinggi](http://www.idmedis.com/2014/12/bahaya-tekanan-darah-tinggi-selama-kehamilan.html) dapat mempengaruhi otak, ginjal, hati, dan paru-paru. Preeklamsia secara tradisional dianggap sebagai kondisi yang paling sering mendahului Eklampsia (kejang karena tekanan darah tinggi pada kehamilan).

Preeklampsia menyebabkan kelahiran prematur (baik spontan maupun untuk menyelamatkan bayi dan ibu), kelahiran bayi cacat atau perkembangan janin tidak sempurna, bahkan berpotensi mengancam jiwa.

Pengertian Preeklampsia

PreEklampsia sering juga disebut toksemia, adalah ketika seorang wanita hamil mengembangkan tekanan darah tinggi dan adanya proteinuria selama kehamilan.

Setidaknya Mempengaruhi 5 persen dari seluruh kehamilan, itu merupakan kondisi yang kompleks ditandai dengan tekanan darah tinggi, pembengkakan pada tungkai atau wajah, dan adanya protein dalam urin.

[Pre-eklampsia](http://www.idmedis.com/2014/12/preeklampsia-pada-ibu-hamil-penyebab-gejala-dan-faktor-resiko.html) dapat mencegah plasenta mendapatkan atau menyuplai darah yang cukup. Jika plasenta tidak mendapatkan cukup darah sehingga janin mendapat pasokan nutrisi yang kurang. Hal ini dapat menyebabkan berat badan lahir rendah dan masalah lainnya untuk bayi.

Tanda dan Gejala pre-eklampsia

Gejala yang muncul bervariasi dari satu wanita dengan wanita yang lain dan dapat muncul tiba-tiba. namun secara umum gejala yang ditunjukkan meliputi:

1. Tekanan darah lebih dari 140 / 90mmHg
2. Proteinuria
3. Pusing
4. Agitasi dan kebingungan
5. Perubahan status mental
6. Output urine berkurang atau tidak ada output urin
7. Sakit kepala
8. Mual dan muntah
9. Nyeri di bagian atas kanan perut
10. Sesak napas
11. Berat badan tiba-tiba lebih tinggi
12. Pembengkakan pada wajah atau tangan
13. gangguan penglihatan, pandangan menjadi kabur.

Penyebab dari pre-eklampsia termasuk

Para ahli percaya bahwa masalah kelainan plasenta merupakan faktor utama yang menyebabkan pre eklampsia. Namun, penyebab pasti pre-eklampsia tidak diketahui. kemungkinan penyebab Preekslamsia sebagai berikut

1. Gangguan aliran darah ke plasenta atau uterus
2. Kerusakan pada pembuluh darah plasenta
3. [Gizi buruk](http://www.idmedis.com/2014/11/definisi-gizi-buruk-pada-anak-gejala.html)
4. Penyakit autoimun
5. Lemak tubuh yang tinggi
6. Gen

Faktor risiko untuk pre-eklampsia termasuk

1. Kehamilan pertama
2. Jika ibu hamil lebih muda dari 18 tahun atau lebih tua dari 40 tahun.
3. berhubungan dengan jarak antara dua kehamilan.
4. Status sosial ekonomi rendah.
5. Beberapa kehamilan seperti kembar atau kembar tiga.
6. Kehamilan mola, kondisi abnormal yang meniru kehamilan normal tetapi sebenarnya tumor.
7. Riwayat tekanan darah tinggi kronis, diabetes, gangguan ginjal, migrain, rheumatoid arthritis
8. Riwayat keluarga pra-eklampsia (yaitu, ibu, adik, nenek atau bibi yang memiliki gangguan tersebut).
9. Wanita dengan lemak tubuh lebih tinggi dari rata-rata.

Jenis-jenis Preeklamsia

Preeklamsia dibagi menjadi dua jenis sesuai dengan berat dan ringannya penyakit yang diderita.

Preeklamsia ringan

ketika tekanan darah tetap di bawah 160 sistolik (angka yang lebih besar), atau 110 diastolik (angka yang lebih kecil), dan tidak ada gejala penyakit yang parah.

Preeklamsia berat

ketika tekanan darah sistolik melebihi 160 atau 110 diastolik, dan atau disertai dengan gejala adanya penyakit tertentu seperti dibawah ini:

1. perubahan visual dan gangguan penglihatan, penglihatan kabur.
2. Sakit kepala yang terus menerus
3. kesulitan bernapas akibat kelebihan cairan di paru-paru
4. sakit perut parah bagian atas
5. penurunan output urin, lebih dari 5000 miligram protein dalam sampel 24 jam,
6. trombosit rendah secara signifikan (bagian dari darah yang membantu gumpalan darah)
7. disfungsi hati atau janin yang sangat kecil atau terlalu sedikit cairan ketuban di sekitarnya.

Diagnosis pre-eklampsia dan pengobatan

1. Studi menyeluruh tentang riwayat kesehatan.
2. tanda-tanda-fisik wajah, tangan dan / atau kaki. diagnosa pembengkakan
3. Ukur tekanan darah secara berkala - Tekanan darah tinggi dari 140 / 90mmHg. adanya tekanan darah tinggi tunggal tidak berarti bahwa wanita hamil memiliki pre-eklampsia. Tapi, pembacaan kedua diambil 6-jam kemudian dapat membantu mengkonfirmasi kecurigaan pre-eklampsia.
4. Tes Urine untuk menilai Adanya protein dalam urin.
5. Hitung darah lengkap, atau CBC, untuk mencari jumlah sel darah yang abnormal seperti trombosit kurang dari 100.000 atau rendah jumlah sel darah merah.
6. Tes fungsi hati dapat menunjukkan enzim hati yang normal atau lebih tinggi.
7. USG untuk memeriksa usia dan kondisi janin mungkin diperlukan

**B. EKLAMSIA**

**Definisi**

Eklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang serius, dan dapat dikarakteristikkan dengan adanya kejang. Biasanya eklamsia merupakan lanjutan dari pre- eklamsia walaupun kadang – kadang tidak diketahui terlebih dahulu. Definisi lain dari eklamsia adalah onset baru hipertensi gestasi yang diikuti dengan kejang grand mal (Zeeman, Fleckenstein, twickler,& Cunningham,2004), dan kejang pada pre-eklampsia yang tidak bisa dikaitkan dengan penyebab lain (Abbrescia & Sheridan,2003). Kejang pada eklampsia tidak berhubungan dengan kondisi otak dan biasanya terjadi setelah 20 minggu kehamilan.

**Etiologi**

### Eklamsia dapat terjadi apabila pre-eklampsia tidak ditangani, sehingga penyebab dari eklampsia sama dengan penyabab pre-eklampsia. Ada beberapa factor resiko predisposisi tertentu yang dikenal, antara lain: a) Status primigravida

### b) Riwayat keluarga pre-eklamsia atau eklamsia

### c) Pernah eklamsia atau pre-eklamsia

### d) Suami baru

### e) Usia ibu yang ekstrem (<> 35 tahun)

### f) Sejak awal menderita hipertensi vascular, penyakit ginjal atau autoimun

### g) Diabetes Mellitus

h) Kehamilan ganda

### Manifestasi Kinis

### Gejala dan tanda yang terdapat pada pasien eklamsia berhubungan dengan organ yang dipengaruhinya, antara lain yaitu: Oliguria (kurang dari 400ml/24 jam atau urin tetap kurang dari 30 ml/jam, Nyeri Epigastrium, Penglihatan kabur, Dyspnea, Sakit kepala, Nausea dan Vomitting, Scotoma, dan Kejang. Kebanyakan kasus dihubung-hubungkan dengan hipertensi dikarenakan kehamilan dan proteinuria tapi satu – satunya tanda nyata dari eklamsia adalah terjadinya kejang eklamtik, yang dibagi menjadi empat fase. I. Stadium Premonitory

### Fase ini biasanya tidak diketahui kecuali dengan monitoring secara konstan, mata berputar – putar ketika otot wajah dan tangan tegang.

### II. Stadium Tonik

### Segera setelah fase premonitory tangan yang tegang berubah menjadi mengepal. Terkadang ibu menggigit lidah seiring dengan ibu mengatupkan gigi, sementara tangan dan kaki menjadi kaku. Otot respirasi menjadi spasme, yang dapat menyebabkan ibu berhenti bernafas. Stadium ini berlangsung selama sekitar 30 menit.

### III. Stadium Klonik

### Pada fase ini spasme berhenti tetapi otot mulai tersentak dengan hebat. Berbusa, saliva yang bercampur sedikit darah pada bibir dan kadang – kadang bisa menarik nafas. Setelah sekitar dua menit kejang berhenti, menuju keadaan koma, tapi beberapa kasus menuju gagal jantung.

### IV. Stadium coma

### Ibu tidak sadar, suara nafas berisik. Keadaan ini bisa berlangsung hanya beberapa menit atau bahkan dpat menetap sampai beberapa jam.

### Patofisiologi Pada kehamilan normal, volume vascular dan cardiac output meningkat. Meskipun meningkat, tekanan darah tidak normal pada kehamilan normal. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena wanita hhamil menjadi resisten terhadap efek vasokonstriktor, seperti angitensin II. Tahanan vascular perifer meningkat karena efek beberapa vasodilator seperti prostacyclin (PGI2), prostaglandin E (PGE), dan endothelium derived relaxing factor(EDRF). Rasio tromboxan dan PGI2 meningkat. Tromboxane diproduksi oleh ginjal dan jaringan trophoblastic, menyebabkan vasokonstriksi dan agregasi platelet.

### Vasospasme menurunkan diameter pembuluh darah, yang akan merusak sel endothelial dan menurunkan EDRF. Vasokonstriksi juga akan mengganggu darah dan meningkatkan tekanan darah. Hasilnya, sirkulasi ke seluruh organ tubuh termasuk ginjal, hati, otak, dan placenta menurun.

### Perubahan – perubahan yang terjadi adalah sebagai berikut:

### § Penurunan perfusi ginjal menyebabkan penurunan glomerular filtration rate (GFR); sehingga urea nitrogen darah, kreatinin, dan asam urat mulai meningkat.

### § Penurunan aliran darah ke ginjal juga menyebabkan kerusakan ginjal. Hal ini menyebabkan protein dapat melewati membrane glomerular yang pada normalnya adalah impermeable terhadap molekul protein yang besar. Kehilangan protein menyebabkan tekanan koloid osmotic menurun dan cairan dapat berpindah ke ruang intersisial. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya edema dan penurunan volume intravascular, yang meningkatkan viskositas darah dan meningktanya hematokrit. Respon untuk mengurangi volume intravascular, angiotensin II dan aldosteron akan dikeluarkan untuk memicu retensi air dan sodium. Terjadilah lingkaran proses patologik: penambahan angiotensin II semakin mengakibatkan vasospasme dan hipertensi; aldosteron meningkatkan retensi carian dan edema akan semakin parah.

### § Penurunan sirkulasi ke hati mengakibatkan kerusakan fungsi hati dan edema hepatic dan perdarahan sibcapsular, yang dapat mengakibatkan hemorrhagic necrosis. Di manifestasikan dengan peningkatan enzim hati dalam serum ibu.

### § Vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan tekanan yang akan menghancurkan dinding tipis kapiler, dan perdarahan kecil cerebral. Gejala vasospasme arteri adalah sakit kepala, gangguan penglihatan, seperti penglihatan kabur, spot, dan hiperaktif reflek tendon dalam.

### § Penurunan tekanan koloid onkotik dapat menyebabkan bocornya kapiler pulmonal mengakibatkan edema pulmonal. Gejala primer adalah dyspnea

### § Penurunan sirkulasi plasenta mengakibatkan infark yang meningktakan factor resiko abruptio placentae dan DIC. Ketika aliran darah maternal melalui placenta berkurang, mengakibatkan pembatasan perkembangan intrauterinejanin dan janin mengalami hipoksemia dan asidosis.

****

RANGKUMAN

* + - 1. Preeklampsia menyebabkan kelahiran prematur (baik spontan maupun untuk menyelamatkan bayi dan ibu), kelahiran bayi cacat atau perkembangan janin tidak sempurna, bahkan berpotensi mengancam jiwa.

Pengertian Preeklampsia

* + - 1. Eklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang serius, dan dapat dikarakteristikkan dengan adanya kejang. Biasanya eklamsia merupakan lanjutan dari pre- eklamsia walaupun kadang – kadang tidak diketahui terlebih dahulu. Definisi lain dari eklamsia adalah onset baru hipertensi gestasi yang diikuti dengan kejang grand mal (Zeeman, Fleckenstein, twickler,& Cunningham,2004), dan kejang pada pre-eklampsia yang tidak bisa dikaitkan dengan penyebab lain (Abbrescia & Sheridan,2003). Kejang pada eklampsia tidak berhubungan dengan kondisi otak dan biasanya terjadi setelah 20 minggu kehamilan.



**TUGAS**

Demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pemberian MgSO4

**CHECKLIST PEMBERIAN MgSO4 DOSIS AWAL DAN PEMELIHARAAN PADA PASIEN PEB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| 1. | **Menyambut pasien dengan ramah, sopandan memperkenalkan diri**   1. Tidak dilakukan 2. Menyambut atau memperkenalkan diri saja 3. Menyambut dan memperkenalkan diri dengan ramah dan sopan |  |  |  |
| 2. | **Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan**   1. Tidak dilakukan 2. Menjelaskan tujuan atau prosedur saja 3. Menjelaskantujuan dan prosedur |  |  |  |
| 3. | **Merespon terhadap reaksi pasien**   1. Tidak merespon 2. Merespon reaksi pasien tetapi tidak ditanggapi dengan tepat 3. Merespon reaksi pasien dengan tepat |  |  |  |
| 4. | **Percaya diri**   1. Teruji gugup,tidak melakukan kontak mata dan suara kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| 5. | **Teruji memberikan rasa empati pada pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| 6 | **Mencuci tangan**   1. Tidak dilakukan 2. Cuci tangan dilakukan tidak tepat 3. Cuci tangan dilakukan dengan tepat dengan 7 langkah |  |  |  |
| 7. | **Mengambil obat MgSO4 40 % 10 cc dengan menggunakan spuit ukuran 10 ml dan 15 cc dengan menggunakan spuit 20 ml.\***   1. Tidak dilakukan atau dilakukan tapi tidak tepat 2. Dilakukandengantepat |  |  |  |
| 8. | **Memberitahu bahwa ibu akan merasakan panas pada saat MgSO4 diberikan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan dengan tidak benar 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| 9. | **PEMBERIAN DOSIS AWAL MgSO4 :**  **Memberikan 4 g MgSO4 40% (10 cc) IV secara perlahan-lahan selama 5 menit bersamaan dengan loss klem 100-200cc\***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| 10. | **PEMBERIAN DOSIS PEMELIHARAAN MgSO4 :**  **Melanjutkan pemberian 6 g MgSO4 40% (15 ml) dalam larutan RL selama 6 jam.\***   1. Tidak dikerjakan atau dilakukan dengan tidak benar 2. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **C.** | **TEKNIK** |  |  |  |
| 11. | **Teruji melakukan secara sistematis**   1. Tidak dilakukan 2. Melakukan sebagian tindakan dan tidak berurutan 3. Melakukan tindakan secara urut |  |  |  |
| 12. | **Menerapkan tekhnik pencegahan infeksi \***   1. Tidak dilakukan atau menerapkan tekhnik pencegahan infeksi kurang tepat 2. Menerapkan tekhnik PI dengan tepat |  |  |  |
| 13. | **Teruji melaksanakan komunikasi selama tindakan**   1. Tidak dilakukan 2. Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh pasien 3. Melaksanakan komunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien |  |  |  |
| 14. | **Menjaga privasi pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menjaga privasi dengan ucapan **atau** memperagakan menutup pintu/ sampiran saja 3. Menjaga privasi dengan ucapan **dan** memperagakan menutup pintu / sampiran |  |  |  |
| 15. | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan tanpa identitas pelaksana 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama , dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |
|  | **Total score seluruhnya : 30** |  |  |  |

**NILAI AKHIR = Σ Score x 100**

**30**

**POST TEST**

Ny. M GVI PIII AII umur 34 tahun, hamil 29 minggu, datang ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan pervaginam merah kehitaman, nyeri perut menetap, gerakan janin tidak dirasakan oleh ibu, sebelumnya ibu mengaku pernah terpleset dan jatuh terduduk. Hasil pemeriksaan DJJ (-), palpasi ditemukan perut teraba keras TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36OC.

1.  Diagnosis yang dapat ditegakkan pada kasus di atas adalah ....

a.       Vasa previa

b.      Plasenta previa

c.       Solutio placenta

d.      Placenta letak rendah

e.       Hipertensi dalam [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

2.  Faktor predisposisi kasus Ny. M adalah ....

a.       Usia ibu

b.      Riwayat hipertensi

c.       Grandemulti gravida

d.      [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) trimester III

e.       Gerakan janin yang aktif

3.   Komplikasi yang terjadi pada kasus di atas adalah ....

a.       Bayi Baru Lahir Normal

b.      Kecil Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

c.       Besar Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

d.      Intra Uterine Foetal Death\

e.       Partus Prematur

4.  Komplikasi yang terjadi pada Ny. M adalah...

a.       Syok sepsis

b.      Syok anafilaktik

c.       Syok haemoragic

d.      Syok neurogenic

e.       Syok hipovolemik

5.  Tindakan yang dapat dilakukan pada Ny. M di RS adalah ....

a.       Vacum ekstrasi

b.      Tirah baring total

c.       Pimpin [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

d.      Persiapan seksio sesaria

e.       Pantau kemajuan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

KUNCI JAWABAN

1. C
2. C
3. D
4. D
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL IX. KASUS PERSALINAN MACET DAN DISTOSIA BAHU**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Persalinan Macet dan Distosia Bahu
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus persalinan macet dan distosia bahu

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus persalinan macet dan distosia bahu dengan melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pertolongan persalinan dengan distosia bahu (Mc. Robert).

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus persalinan macet dan distosia bahu

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus persalinan macet dan distosia bahu

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pertolongan persalinan dengan distosia bahu (Mc. Robert).
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Dosen melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pertolongan persalinan dengan distosia bahu (Mc. Robert).

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **Partus Lama**

           Istilah partus lama, ada juga yang menyebutnya dengan partus kasep dan partus terlantar. Persalinan pada primi biasanya lebih lama 5-6 jam dari pada multi. Bila persalinan berlangsung lama, dapat mmenimbulkan kompilikasi-komplikasi baik terhadap ibu maupun terhadap anak, dan dapat meningkatkan angka kematian ibu dan anak.

            Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi.

           Partus kasep menurut Harjono merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu, serta asfiksi dan Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK). (Mochtar, 1998).

Partus lama adalah persalinan dengan tidak ada penurunan kepala > 1 jam untuk nulipara dan multipara. (Sarwono, 2008)

         Sebagian besar partus lama menunjukan pemanjangan kala I. Adapun yang menjadi penyebabnya yaitu, serviks gagal membuka penuh dalam jangaka waktu yang layak. (Harry, 2010)

      Harus pula kita bedakan dengan partus tak maju, yaitu suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putaran paksi selama 2 jam terakhir.

        Persalinan pada primi tua biasanya lebih lama. Pendapat umum ada yang mengatakan bahwa persalinan banyak terjadi pada malam hari, ini disebabkan keyataan bahwa biasanya persalinan berlangsung selama 12 jam atau lebih, jadi permulaan dan berakhirnya partus biasanya malam hari. Insiden partus lama menurut penelitian adalah 2,8-4,9%.

**B. Etiologi Partus Lama**

Sebab-sebab terjadinya partus lama adalah multikomplek dan tentu saja bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya.

Faktor-faktor penyebab antara lain :

1. Kelainan letak janin
2. Letak sungsang
3. Letak lintang
4. Kelainan-kelainan panggul

Dapat disebabkan oleh : gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi, penyakit kolumna vertebralis, kelainan ektremitas inferior. Kelainan panggul dapat menyebabkan kesempitan panggul.

1. Kelainan his

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazin terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan

1. Pimpinan partus yang salah
2. Janin besar atau ada kelainan kongenital.
3. Hidrosefalus
4. Makrosemia
5. Anensefalus
6. Kembarsiam
7. Primitua
8. Perut gantung, grande multi.
9. Ketubanpecahdini

**Gejala Klinik Partus Lama**

1. Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernafasan cepat, dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai lingkaran Bandle tinggi, edema vulva ,edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

1. Pada bayi

Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur, bahkan negatif.

Air ketuban terdapat mekonium, kental kehijauan, berbau.

Caput sucsadaneum yang besar

Moulage kepala yang hebat

Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK)

Kematian Janin Intra Partal (KJIP). (Mochtar, 1998).

**D. Tanda Dan Gejala Partus Lama**

1. Ibu tampak kelelahan dan lemah.
2. Kontraksi tidak teratur tetapi kuat.
3. Dilatasi serviks lambat atau tidak terjadi.
4. Tidak terjadi penurunan bagian terbawah janin, walaupun kontraksi adekuat.
5. molding  sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

**E. Akibat Partus Lama**

**Ibu:**

Akibat untuk ibu adalah penurunan semangat, kelelahan, dehidrasi, asidosis, infeksi dan resiko ruptura uteri. Perlunya intervensi bedah meningatkan mortalitas dan morbiditas. Ketoasidosis dengan sendirinya dapat mengakibatkan aktivitas uterus yang buruk dan memperlama persalinan.

**Janin:**

Akibat untuk janin meliputi trauma, asidosis, kerusakan hipoksik, infeksi dan peningkatan mortalitas serta morbiditas perinatal.

**F. Penanangan Rujukan Partus Lama/Macet**

**Tujuan**

Mengetahui dengan segera dan penanganan yang tepat keadaan darurat pada partus lama/ macet

**Pernyataan Standar**

Bidan mengenali secara tepat dan dini tanda dan gejala partus macet. Bidan akan mengambil tindakan yang tepat, memulai perawatan, merujuk ibu dan/melaksanakan penanganan kegawatdaruratan yang tepat.

**Hasil**

1. Mengenali secara dini gejala dan tanda partus lama serta tindakan yang tepat
2. Penggunaan partograf secara tepat dan seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan
3. Penurunan kematian/kesakitan ibu/bayi akibat partus lama
4. Ibu mendapat perawatan kegawatdaruratan obstetric yang cepat dan tepat

**Prasyarat**

1. Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mulas/ketuban pecah
2. Bidan sudah dilatih dengan tepat dan terampil untuk :
3. menggunakan partograf dan catatan persalinan
4. melakukan periksa dalam secara baik
5. mengenali hal-hal yang menyebabkan partus lama/macet
6. mengidentifikasi presentasi abnormal (selain vertex/presentasi belakanag kepala) kehamilan
7. penatalaksanaan penting yang tepat untuk partus lama dan macet
8. Tesedianya alat untuk pertolongan persalinan DTT termasuk beberapa pasang sarung tangan dan kateter steril/DTT
9. Tersedianya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman, seperti air bersih yang mengalir, sabun dan handuk bersih, dua handuk/kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan bayi, yang lain untuk dipakai kemudian), pembalut wanita, dan tempat plasenta. Bidan menggunakan sarung tangan.
10. Tersedianya partograf dan Kartu Ibu, buku KIA. Partograf digunakan dengan tepat untuk setiap ibu dalam proses persalinan, semua perawatan dan pengamatan dicatat tepat waktu. Tindakan tepat diambil sesuai dengan temuan yang dicatat pada parograf

**Proses**

Bidan harus :

1. Memantau dan mencatat secara berkala keadaan ibu dan janin, his dan kemajuan persalinan pada partograf dan catatan persalinan. Lengkapi semua komponen pada partograf dengan cermat pada saat pengamatan dilakukan.
2. Jika terdapat penyimpangan dlam kemajuan persalinan (misalnya garis waspada pada partograf tercapai, his terlalu kuat/cepat/lemah sekali, nadi melemah dan cepat, atau DJJ menjadi cepat/tidak teratur/lambat), maka lakukan palpasi uterus dengan teliti untuk mendeteksi gejala-gejala dan tanda lingkaran retraksi patologis/lingkaran Bandl
3. Jaga ibu agar mendapat hidrasi yang baik salaam proses persalinan, anjurkan ibu agar sering minum
4. Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan, dan merubah posisi selama proses persalinan dan kelahiran. Jangan biarkan ibu berbaring terlentang selama proses persalinan dan kelahiran
5. Mintalah ibu sering buang air kecil selama proses persalinan (sedikitnya setiap 2 jam). Kandung kemih yang penuh akan memperlambat penurunan bayi dan membuat ibu tidak nyaman. Pakailah kateter hanya bil aibu tidak bisa kencing sendiri dan kandung kemih dapat dipalpasi. Hanya gunakan kateter dari karet. (hati-hati bila memasang kateter, sebab uretra mudah terluka pada partus lama/ macet)
6. Amati tanda-tanda partus macet dan lama dengan melakukan palpasi abdomen, menilai penurunan janin, dan periksa dalam, menilai penyusupan janin, dan pembukaan serviks paling sedikit setiap 4 jam selama fase laten dan aktif persalinan. Catat semua temuan pada partograf. Lihat standar 9 untuk melihat semua pengamatan yang diperlukan untuk partograf
7. Selalu amati tanda-tanda gawat ibu atau gawat janin, rujuk dengan cepat dan tepat jika hal ini terjadi
8. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan hingga betul-betul kering dengan handuk bersih setiap kali sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien (kuku harus dipotong pendek dan bersih). Gunakan sarung tangan DTT/steril untuk semua periksa dalam. Selalu menggunakan teknik aseptic pada saat melakukan periksa dalam

Periksa dengan teliti vagina dan kondisinya (jika vagina panas/gejala infeksi dan kering/gejala ketuban minimal, maka menunjukkan ibu dalam keadaan bahaya). Periksa juga letak janin, pembukaan seviks serta apakah serviks tipis, tegang, atau mengalami edema. Coba untuk menentukan posisi dan derajat penurunan kepala. Jika ada kelainan atau bila garis waspada pada partograf dilewati persiapkan rujukan yang tepat.

1. Rujuk dengan tepat untuk fase laten persalinan yang memanjang (0-4 cm): berlangsung lebih dari 8 jam
2. Rujuk dengan tepat untuk fase aktif yang memanjang, kurang adri 1cm/jam dan garis waspada pada partograf telah dilewati
3. Rujuk dengan tepat untuk kala II persalinan yang memanjang :
4. 2 jam meneran untuk primipara
5. 1 jam meneran untuk multipara
6. Jika ada tanda dan gejala persalinan macet, gawat janin, atau tanda bahaya pada ibu, maka ibu dibaringkan ke sisi kiri dan berikan cairan IV RL. Rujuk ke rumah sakit. Damping ibu untuk menjaga agar keadaan ibu tetap baik. Jelaskan kepada ibu, suami/keluarganya apa yang terjadi dan mengapa ibu perlu dibawa ke rumah sakit
7. Jika dicurigai adanya rupture uteri (his tiba-tiba berhenti atau syok berat), maka rujuk segera. Berikan antibiotika dan cairan IV (RL), iasanya diberikan ampisilin1 gr IM, diikuti pemberian 500mg setiap 6 jam secara IM, lalu 500mg per oral setiap 6 jam setelah bayi lahir
8. Bila kondisi ibu/bayi buruk, dan pembukaan serviks sudah lengkap, maka bantu kelahiran bayi dengan ekstraksi vacuum (lihat standar 19)
9. Bila keterlambatan terjadi sesudah kepal lahir (distosia bayi):
10. Lakukan episiotomy
11. Dengan ibu dalam posisi berbaring terlentang, minta ibu melipat kedua paha, dan menekuk lutut kea rah dada sedekat mungkin (minta dua orang untuk membantu, mungkin suami atau anggota keluarga lainnya, untuk menekan lutu ibu dengan mantap kearah dada. Maneuver Mc Robert)
12. Gunakan sarung tangan DTT/ steril

Lakukan tarikan curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan. Hindarkan tarikan berlebihan pada kepal akarena mungkin akan melukai bayi. Pada saat melakukan tarikan pada kepala, minta seseorang untuk melakukan tekanan suprapubis ke bawah untuk membantu kelahiran bahu. Jangan pernah melakukan dorongan pada fundus. Pemberian dorongan pada fundus akan dapat mempengaruhi bahu lebih jauh dan menyebabkan rupture uteri

1. Jika bayi tetap tidak lahir :
   1. Dengan menggunakan sarung tangan DTT/steril, masukkan satu tangan ke dalam vagina
   2. Berikan tekanan pada bahu anterior ke arah sternum bayi untuk mengurangi diameter bahu
2. Kemudian jika bahu masih tetap tidak lahir
   1. Masukkan satu tangan ke dalam vagina
   2. Pegang tulang lengan atas yang berada pada posisi posterior, lengan fleksi dibagian siku, tempatkan lengan melintang di dada. Cara ini akan memberikan ruang untuk bahu anterior bergerak di bawah simpisis pubis
   3. Mematahkan clavikula bayi hanya dilakukan jika semua pilihan telah gagal
3. Isi partograf, kartu ibu, dan catatan kemajuan persalinan dengan lengkap dan menyeluruh. Jika ibu dirujuk ke rumah sakit atau puskesmas kirimkan satu copy partograf ibu dan dokumen lain bersama ibu.
4. **Distosia Bahu**

DISTOSIA BAHU

A. PENGERTIAN DISTOSIA BAHU

Distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Selain itu distosia bahu juga dapat di defenisikan sebagai ketidakmampuan melahirkan bahu dengan mekanisme atau cara biasa.

B. FAKTOR RESIKO TERJADINYA DISTOSIA BAHU

Kelainan bentuk panggul, diabetes gestasional, kehamilan postmature, riwayat persalinan dengan distosia bahu dan ibu yang pendek.

* 1. Maternal

• Kelainan anatomi panggul

• Diabetes Gestational

• Kehamilan postmatur

• Riwayat distosia bahu

• Tubuh ibu pendek

* 1. Fetal

• Dugaan macrosomia

* 1. Masalah persalinan

• Assisted vaginal delivery (forceps atau vacum)

• “Protracted active phase” pada kala I persalinan

• “Protracted” pada kala II persalinan

Distosia bahu sering terjadi pada persalinan dengan tindakan cunam tengah atau pada gangguan persalinan kala I dan atau kala II yang memanjang.

C. TANDA DAN GEJALA TERJADINYA DISTOSIA BAHU

1. Pada proses persalinan normal kepala lahir melalui gerakan ekstensi. Pada distosia bahu kepala akan tertarik kedalam dan tidak dapat mengalami putar paksi luar yang normal.  
2. Ukuran kepala dan bentuk pipi menunjukkan bahwa bayi gemuk dan besar. Begitu pula dengan postur tubuh parturien yang biasanya juga obese.

3. Usaha untuk melakukan putar paksi luar, fleksi lateral dan traksi tidak berhasil melahirkan bahu.

D. DIAGNOSA DISTOSIA BAHU

• Kepala janin dapat dilahirkan tetapi tettap berada dekat vulva.

• Dagu tertarik dan menekan perineum.

• Tarikan pada kepala gagal melahirkan bahu yang terperangkap di belakang simfisis pubis.

E. KOMPLIKASI DISTOSIA BAHU

1. Komplikasi Maternal

• Perdarahan pasca persalinan

• Fistula Rectovaginal

• Simfisiolisis atau diathesis, dengan atau tanpa “transient femoral neuropathy”

• Robekan perineum derajat III atau IV

• Rupture Uteri

1. Komplikasi Fetal

• Brachial plexus palsy

• Fraktura Clavicle

• Kematian janin

• Hipoksia janin , dengan atau tanpa kerusakan neurololgis permanen

• Fraktura humerus

F. PENATALAKSANAAN DISTOSIA BAHU

Rekomendasi dari American College of Obstetricians and Gynecologist (2002) untuk penatalaksanaan pasien dengan riwayat distosia bahu pada persalinan yang lalu:

1. Perlu dilakukan evaluasi cermat terhadap perkiraan berat janin, usia kehamilan, intoleransi glukosa maternal dan tingkatan cedera janin pada kehamilan sebelumnya.

2. Keuntungan dan kerugian untuk dilakukannya tindakan SC harus dibahas secara baik dengan pasien dan keluarganya.

American College Of Obstetricians and Gynecologist (2002) : Penelitian yang dilakukan dengan metode evidence based menyimpulkan bahwa :

1. Sebagian besar kasus distosia bahu tidak dapat diramalkan atau dicegah.  
2. Tindakan SC yang dilakukan pada semua pasien yang diduga mengandung janin makrosomia adalah sikap yang berlebihan, kecuali bila sudah diduga adanya kehamilan yang melebihi 5000 gram atau dugaan berat badan janin yang dikandung oleh penderita diabetes lebih dari 4500 gram.

Untuk penatalaksanaannya:

1. Beritahu ibu bahwa terjadi komplikasi yang gawat dan diperlukan kerja sama lebih lanjut.  
2. Geser posisi ibu sehingga bokong berada dipinggir tempat persalinan agar memudahkan traksi curam bawah kepala anak.

3. Pakai sarung tangan DTT atau steril

4. Lakukan episotomi secukupnya

5. Lakukan manuver Mc Robert’s

 Posisi ibu berbaring pada punggungya, minta ibu untuk menarik lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya. Minta suami atau anggota keluarga untuk membantu ibu

Maneuver Mc Robert

⎫ Tehnik ini ditemukan pertama kali oleh Gonik dkk tahun 1983 dan selanjutnya William A Mc Robert mempopulerkannya di University of Texas di Houston.

⎫ Maneuver ini terdiri dari melepaskan kaki dari penyangga dan melakukan fleksi sehingga paha menempel pada abdomen ibu

⎫ Tindakan ini dapat menyebabkan sacrum mendatar, rotasi simfisis pubis kearah kepala maternal dan mengurangi sudut inklinasi. Meskipun ukuran panggul tak berubah, rotasi cephalad panggul cenderung untuk membebaskan bahu depan yang terhimpit.

Fleksi sendi lutut dan paha serta mendekatkan paha ibu pada abdomen sebaaimana terlihat pada (panah horisontal). Asisten melakukan tekanan suprapubic secara bersamaan (panah vertikal)  
  
6. Lakukan fleksi maksimal pada sendi paha dan sendi lutut kedua tungkai ibu sedemikian rupa sehingga lutut hampir menempel pada bahu. Penolong persalinan menahan kepala anak dan pada saat yang sama seorang asisten memberikan tekanan diatas simfisis.

7. Tekan kepala bayi secara mantap dan terus menerus kearah bawah(kearah anus ibu) untuk menggerakkan bahu anterior di bawah simfisis pubis.

8. Tekanan suprapubik ini dimaksudkan untuk membebaskan bahu depan dari tepi bawah simfsis pubis. Ibu diminta untuk meneran sekuat tenaga saat penolong persalinan berusaha untuk melahirkan bahu.

⎫ Meminta seorang asisten untuk melakukan tekanan secara simultan kearah bawah pada daerah suprapubis untuk membantu persalinan bahu.

Catatan :   
-jangan lakukan dorongan pada fundus, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan rupture uteri.

-Tekanan ringan pada suprapubic

-Dilakukan tekanan ringan pada daerah suprapubik dan secara bersamaan dilakukan traksi curam bawah pada kepala janin.

-Tekanan ringan dilakukan oleh asisten pada daerah suprapubic saat traksi curam bawah pada kepala janin.

9. Bila prosedur diatas tidak membawa hasil maka lahirkan bahu belakang:

1. Masukkan telapak tangan kanan kejalan lahir diantara bahu belakang dan dinding belakang vagina. Ruangan sacrum cukup luas untuk meneuver ini

2. Telusuri bahu sampai mencapai siku. Lakukan gerakan fleksi pada sendi siku dan lahirkan lengan belakang melalui bagian depan dada. Dengan lahirnya lengan belakang ini maka bahu belakang anak juga lahir.

3. Bahu depan dilahirkan lebih lanjut dengan melakukan traksi curam bawah kepala (traksi ke posterior)  
4. Bila bahu depan masih belum dapat dilahirkan maka tubuh anak harus dirotasi 1800 .Saat melakukan gerakan rotasi tersebut, tubuh anak dicekap. Arah putaran sesuai dengan bahu yang sudah dilahirkan (putar tubuh anak mengikuti bagian bahu yang sudah dilahirkan). Bahu yang terperangkap dapat dibebaskan dengan memasukkan tangan ke bagian posterior seperti 3 hal yang sudah dijelaskan diatas

Maneuver Woods ( “Wood crock screw maneuver” )

Dengan melakukan rotasi bahu posterior 1800 secara “crock screw” maka bahu anterior yang terjepit pada simfisis pubis akan terbebas.

Tangan kanan penolong dibelakang bahu posterior janin. Bahu kemudian diputar 180 derajat sehingga bahu anterior terbebas dari tepi bawah simfisis pubis

melahirkan bahu belakang

Usaha melahirkan bahu jangan dilakukan dengan kepanikan. Bila prosedur ini dapat diselesaikan dalam waktu kurang dari 5 menit maka diperkirakan tidak akan terjadi cedera pada otak anak. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah fraktura klavikula – fraktura humerus – Erb’s paralysa (paralisa pleksus brachialis. Jangan buang-buang waktu dengan melakukan menuver yang tidak efektif.

⎫ Operator memasukkan tangan kedalam vagina menyusuri humerus posterior janin dan kemudian melakukan fleksi lengan posterior atas didepan dada dengan mempertahankan posisi fleksi siku

⎫ Tangan janin dicekap dan lengan diluruskan melalui wajah janin

⎫ Lengan posterior dilahirkan

Maneuver Rubin

Terdiri dari 2 langkah :

A. Mengguncang bahu anak dari satu sisi ke sisi lain dengan melakukan tekanan pada abdomen ibu, bila tidak berhasil maka dilakukan langkah berikutnya yaitu :

B. Tangan mencari bahu anak yang paling mudah untuk dijangkau dan kemudian ditekan kedepan kearah dada anak. Tindakan ini untuk melakukan abduksi kedua bahu anak sehingga diameter bahu mengecil dan melepaskan bahu depan dari simfisis pubis

Maneuver Rubin II

A. Diameter bahu terlihat antara kedua tanda panah

B. Bahu anak yang paling mudah dijangkau didorong kearah dada anak sehingga diameter bahu mengecil dan membebaskan bahu anterior yang terjepit

10. Pematahan klavikula

dilakukan dengan menekan klavikula anterior kearah SP.

11. Maneuver Zavanelli

mengembalikan kepala kedalam jalan lahir dan anak dilahirkan melalui SC. Memutar kepala anak menjadi occiput anterior atau posterior sesuai dengan PPL yang sudah terjadi.Membuat kepala anak menjadi fleksi dan secara perlahan mendorong kepala kedalam vagina.

1. Kleidotomi

dilakukan pada janin mati yaitu dengan cara menggunting klavikula.

1. Simfisiotomi.

Hernandez dan Wendell (1990) menyarankan untuk melakukan serangkaian tindakan emergensi berikut ini pada kasus distosia bahu

1. Minta bantuan – asisten , ahli anaesthesi dan ahli anaesthesi.

2. Kosongkan vesica urinaria bila penuh.

3. Lakukan episiotomi mediolateral luas.

4. Lakukan tekanan suprapubic bersamaan dengan traksi curam bawah untuk melahirkan kepala.  
5. Lakukan maneuver Mc Robert dengan bantuan 2 asisten.

****

RANGKUMAN

  Persalinan pada primi tua biasanya lebih lama. Pendapat umum ada yang mengatakan bahwa persalinan banyak terjadi pada malam hari, ini disebabkan keyataan bahwa biasanya persalinan berlangsung selama 12 jam atau lebih, jadi permulaan dan berakhirnya partus biasanya malam hari. Insiden partus lama menurut penelitian

Distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Selain itu distosia bahu juga dapat di defenisikan sebagai ketidakmampuan melahirkan bahu dengan mekanisme atau cara biasa.



**TUGAS**

Lakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan pertolongan persalinan dengan distosia bahu (Mc. Robert) !

**CHECKLIST PENANGANAN PERSALINAN DISTOSIA BAHU DENGAN MC. ROBERT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| **1.** | **Menyambut klien dengan sopan dan ramah**   1. Tidak dilakukan 2. Memberikan salam tanpa memandang klien 3. Memberi salam dengan memandang klien |  |  |  |
| **2.** | **Memperkenalkan diri kepada klien**   1. Tidak dilakukan 2. Memperkenalkan diri sebagai [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) tanpa menyebut nama 3. Memperkenalkan diri sebagai [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) dengan menyebut nama sambil berjabat tangan/memberikan sentuhan kepada klien dengan ramah |  |  |  |
| **3.** | **Merespon terhadap reaksi klien**   1. Tidak merespon acuh tak acuh 2. Merespon reaksi klien tetapi tidak menanggapi dengan tepat , kurang sempurna 3. Merespon reaksi klien dengan tepat dan sopan |  |  |  |
| **4.** | **Percaya diri**   1. Terujigugup,tidak melakukan kontak mata dan suara  kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu, kurang percaya diri 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| **5.** | **Teruji menjaga privacy klien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| **6.** | **Memakai APD (celemek, topi, kacamata, masker,sepatu)**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi kurang 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **7.** | **Mencuci tangan dengan teknik 7 langkah**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi tidak 7 langkah 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **8.** | **Memakai sarung tangan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi kurang memperhatikan aseptik 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **9.** | **Memposisikan ibu dengan mengangkat dan menarik kedua paha ibu sejauh mungkin ke arah dada ibu**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi kurang tepat 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **10.** | **Lakukan episiotomy untuk melebarkan jalan lahir**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi tidak melakukan dengan baik 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **11.** | **Menganjurkan ibu untuk mengejan pada saat ada his, sambil kedua paha ditarik sejauh mungkin kearah dada**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan mengejan tapi tidak mengangkat kaki 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **12.** | **Menarik kepala curam ke bawah untuk melahirkan bahu anterior dengan posisi tangan biparietal (hindari tekanan yang berlebihan pada kepala bayi karena mungkin akan melukainya) dan secara bersamaan mintalah assisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis dengan lembut**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi kurang tepat 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **13.** | **Setelah bahu anterior lahir, lahirkan bahu posterior dengan menarik kepala  curam ke atas dengan posisi tangan biparietal**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi tidak sesuai sumbu jalan lahir 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **14.** | **Melahirkan badan bayi seluruhnya secara sangga susur.**   1. Tidak menyangga dan menyusur 2. Dilakukan hanya salah satu saja 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **15.** | **Membereskan alat-alat dan merendam ke dalam larutan klorine 0,5%.**   1. Tidak dilakukan 2. Membereskan tapi tidak merendam di larutan klorine 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **16.** | **Mencuci sarung tangan kedalam larutan klorine 0,5% dan melepasnya secara terbalik**   1. Tidak dilakukan 2. Langsung merendam tanpa mencuci terlebih dulu 3. Dilakukan dengan baik keduanya |  |  |  |
| **17.** | **Mencuci tangan dengan teknik 7 langkah**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi tidak tujuh langkah 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **18.** | **Melepas APD**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi kurang lengkap 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **19.** | **Memberi tahukan hasil tindakan kepada ibu dan suami/keluarga.**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tapi kurang jelas 3. Dilakukan dengan baik |  |  |  |
| **C.** | **TEKNIK** |  |  |  |
| **20.** | **Teruji melakukan secara sistematis**   1. Tidak dilakukan 2. Melakukan sebagian tindakan dan tidak berurutan 3. Melakukan tindakan secara urut |  |  |  |
| **21.** | **Teruji menerapkan tekhnik pencegahan infeksi**   1. Tidak dilakukan 2. Menerapkan tekhnik pencegahan infeksi kurang tepat 3. Menerapkan tekhnik pencegahan infeksi dengan tepat |  |  |  |
| **22.** | **Teruji melaksanakan komunikasi selama tindakan**   1. Tidak dilakukan 2. Melaksanakan komunikasi tetapi dengan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh klien 3. Melaksanakan komunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien |  |  |  |
| **23.** | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan tetapi tidak lengkap 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |
|  | **Total score seluruhnya : 46** |  |  |  |

**NILAI AKHIR = Σ Score x 100**

**46**

**POST TEST**

Ny. M GVI PIII AII umur 34 tahun, hamil 29 minggu, datang ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan pervaginam merah kehitaman, nyeri perut menetap, gerakan janin tidak dirasakan oleh ibu, sebelumnya ibu mengaku pernah terpleset dan jatuh terduduk. Hasil pemeriksaan DJJ (-), palpasi ditemukan perut teraba keras TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36OC.

1.  Diagnosis yang dapat ditegakkan pada kasus di atas adalah ....

a.       Vasa previa

b.      Plasenta previa

c.       Solutio placenta

d.      Placenta letak rendah

e.       Hipertensi dalam [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

2.  Faktor predisposisi kasus Ny. M adalah ....

a.       Usia ibu

b.      Riwayat hipertensi

c.       Grandemulti gravida

d.      [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) trimester III

e.       Gerakan janin yang aktif

3.   Komplikasi yang terjadi pada kasus di atas adalah ....

a.       Bayi Baru Lahir Normal

b.      Kecil Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

c.       Besar Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

d.      Intra Uterine Foetal Death\

e.       Partus Prematur

4.  Komplikasi yang terjadi pada Ny. M adalah...

a.       Syok sepsis

b.      Syok anafilaktik

c.       Syok haemoragic

d.      Syok neurogenic

e.       Syok hipovolemik

5.  Tindakan yang dapat dilakukan pada Ny. M di RS adalah ....

a.       Vacum ekstrasi

b.      Tirah baring total

c.       Pimpin [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

d.      Persiapan seksio sesaria

e.       Pantau kemajuan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

KUNCI JAWABAN

1. C
2. C
3. D
4. D
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL X. KONDISI NEONATAL YANG BERISIKO KEGAWATDARURATAN**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kondisi Neonatal yang Berisikp Kegawatdaruratan
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kondisi neonatal yang berisiko kegawatdaruratan

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kondisi neonatal yang berisiko kegawatdaruratan dengan melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kondisi neonatal yang berisiko kegawatdaruratan

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kondisi neonatal yang berisiko kegawatdaruratan

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **ASFIKSIA INTRAUTERIN**

**Definisi**

Asfiksia intrauterin adalah keadaan kekurangan oksigen dan adanya penimbunan karbondioksida yang menyebabkan asidosis intrauterin akibat gangguan pertukaran gas melalui plasenta.

**Patofisiologi**

Hipoksia janin yang menyebabkan asfiksia neonatorum terjadi karena gangguan pertukaran gas serta transpor oksigen dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan oksigen dan dalam menghilangkan karbondioksida. Gangguan ini dapat berlangsung secara menahun akibat kondisi atau kelainan pada ibu selama kehamilan, atau secara mendadak karena hal-hal yang diderita ibu dalam persalinan.

Perubahan pertukaran gas dan transpor oksigen selama kehamilan dan persalinan akan mempengaruhi oksigenasi sel-sel tubuh yang selanjutnya dapat mengakibatkan gangguan fungsi sel. Gangguan fungsi ini dapat ringan serta sementara atau menetap, tergantung dari perubahan homeostatis yang terdapat pada janin. Perubahan homeostatis ini berhubungan erat dengan beratnya dan lamanya anoksia atau hipoksia yang diderita.

Pada tingkat permulaan gangguan pertukaran gas transpor oksigen mungkin hanya menimbulkan asidosis respiratorik. Bila gangguan berlanjut, dalam tubuh terjadi metabolisme anaerobik. Proses ini berupa glikolisis glikogen tubuh, sehingga sumber-sumber glikogen tubuh terutama dalam jantung dan hati berkurang. Asam-asam organik yang dihasilkan akibat metabolisme akan menyebabkan terjadinya asidosis metabolik. Pada tingkat lanjut terjadi gangguan kardiovaskular yang disebabkan oleh:

1.   Kerja jantung yang terganggu akibat dipakainya simpanan glikogen dalam jaringan jantung

2.   Asidosis metabolik yang menggangu fungsi sel-sel jantung

3.  Gangguan peredaran darah ke paru-paru karena tetap tingginya *pulmonary vascular resistance*.

Asidosis dan gangguan kardiovaskular ini mempunyai akibat buruk terhadap sel-sel otak dan dapat menyebabkan kematian anak atau timbulnya gejala-gejala lanjut pada anak yang hidup. Dalam garis besar perubahan-perubahan yang terjadi pada asfiksia adalah:

- Menurunnya tekanan oksigen arterial

                         - Meningkatnya tekanan karbondioksida

                                        - Turunnya pH darah

                                   - Dipakainya simpanan glikogen tubuh untuk metabolisme anaerob

                                    - Terjadinya perubahan fungsi sistem kardiovaskular

**Klasifikasi**

1.    Akut

Klinis berupa episoda hipoksemia sementara, yang tidak disertai asidosis

2.    Kronis

Klinis berupa hipoksemia yang menetap, disertai asidosis metabolik atau respiratorik.

**Etiologi**

1.   Insufisiensi utero plasenta

2.   Kompresi tali pusat

3.   Komplikasi janin misalnya akibat sepsis atau perdarahan

**Diagnosis**

1.  Asfiksia Akut

a.            Profil biofisik janin (seperti gerakan nafas, gerakan tubuh, tonus fleksor janin) berkurang atau menghilang

b.            NST dan OCT memperlihatkan kelainan

c.             Terdapat tanda-tanda gawat janin

2.  Asfiksia Kronis

a.            Oligohidramnion

b.            PJT

c.             Pewarnaan mekonium pada cairan ketuban maupun bagian luar janin

d.            Sonografi Doppler : memperlihatkan adanya pertumbuhan janin terhambat

**Komplikasi**

1.   IUGR

Merupakan terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, sehingga beberapa parameter janin berada dibawah sepuluh persentil (kurang dari 2 SD) dari umur kehamilan yang seharusnya. Hal ini disebabkan keadaan hipoksia.

2.   Asidosis

Hipoksia juga menyebabkan terjadinya metabolisme anerobik sehingga menyebabkan asidosis (penurunan pH darah janin). Perubahan pertukaran gas dan transpor oksigen selama kehamilan dan persalinan akan mempengaruhi oksigenasi sel-sel tubuh yang selanjutnya dapat mengakibatkan gangguan fungsi sel. Pada tingkat permulaan gangguan ini mungkin hanya menimbulkan asidosis respiratorik. Bila gangguan berlanjut, dalam tubuh terjadi metabolisme anaerobik.  Proses ini berupa glikolisis glikogen tubuh, sehingga sumber-sumber glikogen tubuh terutama dalam jantung dan hati berkurang. Asam-asam organik yang dihasilkan akibat metabolisme akan menyebabkan terjadinya asidosis metabolik.

3.   Iskemia usus dan ginjal, serta perdarahan intraventrikuler di otak.

Pada hipoksia terjadi pengalihan pasokan darah dari organ yang kurang penting (usus dan ginjal) sampai organ yang penting (otak dan jantung). Dengan demikian maka hipoksia akan menyebabkan iskemia usus dan ginjal serta perdarahan intraventrikuler di otak.

4.   Iskemia miokardium dan serebral

Hipoksia berat akan menyebabkan penurunan curah jantung sehingga terjadi iskemia miokardium dan serebral. Hal ini terjadi karena kerja jantung yang terganggu akibat dipakainya simpanan glikogen di dalam jaringan jantung. Asidosis metabolik yang terjadi juga mengganggu fungsi sel-sel jantung dan paru.

5.   IUFD

Keadaan di mana tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam kandungan. Pada dasarnya kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin dan akibat dari infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak diobati.

Asidosis dan gangguan kardiovaskular akibat hipoksia mempunyai akibat buruk terhadap sel-sel otak dan dapat menyebabkan kematian anak atau timbulnya gejala-gejala lanjut pada anak yang hidup.

6.   Stillbirth

Kelahiran mati ialah kelahiran hasil konsepsi dalam keadaan mati yang telah mencapai umur kehamilan 28 minggu (atau berat lahir lebih atau sama dengan 1000 gram).

Asidosis dan gangguan kardiovaskular akibat hipoksia mempunyai akibat buruk terhadap sel-sel otak dan dapat menyebabkan kematian anak pada saat kehamilan atau pada saat proses persalinan.

7.   Asfiksia Neonatorum

Asfiksia yang terjadi pada bayi baru lahir biasanya merupakan kelanjutan dari anoxia / hipoksia janin.

1. **Asfiksia Neonatorum**

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan kegagalan nafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Perubahan-perubahan yang terjadi pada asfiksia antara lain hipoksia, hiperkapnia dan asidosis metabolik. Pada asidosis metabolik, terjadi perubahan metabolism aerob menjadi anaerob yang akan menyebabkan kelainan biokimiawi darah yang lebih parah. Keadaan ini akan mempengaruhi metabolisme sel, jaringan dan organ khususnya organ vital seperti otak, jantung, ginjal, paru-paru yang berdampak pada gangguan fungsi, gagal organ sampai kematian.

Asfiksia Neonatorum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan [dan](http://en.wikipedia.org/wiki/Dan_%28rank%29) teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam [uterus](http://en.wikipedia.org/wiki/Uterus) dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan atau segera lahir (Prawiro Hardjo, Sarwono, 1997).

Asfiksianeonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir yang tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan dimana hipoksia dan hiperapneu serta sering berakhir dengan asidosis (Santoso NI, 1992).

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (Hutchinson, 1967). Keadaan ini disertai dengan hipoksia, hiperkapnia dan berakhir dengan asidosis. Hipoksia yang terdapat pada penderita asfiksia ini merupakan faktor terpenting yang dapat menghambat adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan ekstrauterin (Gabriel Duc, 1971). Penilaian statistik dan pengalaman klinis atau patologi anatomis menunjukan bahwa keadaan ini merupakan penyebab utama mortalitas dan morbiditas bayi baru lahir. Hal ini dibuktikan oleh Drage dan Berendes (1966) yang mendapatkan bahwa skor Apgar yang rendah sebagai manifestasi hipoksia berat pada bayi saat lahir akan memperlihatkan angka kematian yang tinggi.

Haupt (1971) memperlihatkan bahwa frekuensi gangguan perdarahan pada bayi sebagai akibat hipoksia sangat tinggi. Asidosis, gangguan kerdiovaskular serta komplikasinya sebagai akibat langsung dari hipoksia merupakan penyebab utama kegagalan adaptasi bayi baru lahir (James, 1958). Kegagalan ini akan sering berlanjut menjadi sindrom gangguan pernafasan pada hari-hari pertama setelah lahir (James, 1959). Penyelidikan patologi anatomis yang dilakukan oleh Larrhoce dan Amakawa (1971) menunjukkan nekrosis berat dan difus  pada jaringan otak bayi yang meninggal karena hipoksia. Karena itu tidaklah mengherankan bahwa sekuele neurologis sering ditemukan pada penderita asfiksia berat. Keadaan ini sangat menghambat pertumbuhan fisik dan mental bayi di kemudian hari. Untuk menghindari atau mengurangi kemungkinan tersebut, perlu dipikirkan tindakan khusus yang tepat dan rasional sesuai dengan perubahan yang mungkin terjadi pada penderita asfiksia.

Asfiksia akan bertambah buruk apabila penanganan bayi tidak dilakukan dengan sempurna, sehingga tindakan perawatan dilaksanakan untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan mengatasi gejala lanjut yang mungkin timbul. Untuk mendapatkan hasil yang memuaskan, beberapa faktor perlu dipertimbangkan dalam menghadapi bayi dengan asfiksia.

**Etiologi**

Setiap janin akan mengalami hipoksia relatif pada saat segera setelah lahir dan bayi akan beradaptasi, sehingga bayi menangis dan bernafas. Asfiksia merupakan kelanjutan dari hipoksia ibu dan janin intrauterine yang disebabkan banyak faktor.

Faktor ibu yag dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum, adalah hipoksia ibu, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida lebih dari empat, sosial ekonomi rendah, penyakit pembuluh darah yang mengganggu pertukaran dan pengangkutan oksigen, antara lain hipertensi, hipotensi, gangguan kontraksi uterus dan lain-lain.

Faktor plasenta juga dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum, diantaranya adalah plasenta yang tipis, kecil, tidak menempel sempurna, solusio plasenta, plasenta previa dan lain-lain. Faktor janin yang dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum diantaranya adalah prematur, Intra Uterin Growth Retardation (IUGR), kehamilan ganda (gemelli), tali pusat menumbung, kelainan kongenital dan lain-lain. Faktor persalinan juga turut meningkatkan terjadinya kejadian asfiksia neonatorum, yaitu partus lama serta partus dengan tindakan.

Pengembangan paru-paru bayi baru lahir terjadi pada menit-menit pertama kelahiran dan kemudian disusul dengan pernafasan teratur. Bila terdapat gangguan pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin, akan terjadi asfiksia janin atau neonatus. Gangguan ini dapat timbul pada masa kehamilan, persalinan atau segera setelah lahir. Hampir sebagian besar asfiksia bayi baru lahir ini merupakan kelanjutan asfiksia janin, karena itu penilaian janin selama masa kehamilan dan persalinan memegang peranan yang sangat penting untuk keselamatan bayi. Gangguan yang timbul pada akhir kehamilan atau persalinan hampir selalu disertai anoksia atau hipoksia janin dan berakhir dengan asfiksia neonatorum dan bayi mendapat perawatan yang adekuat dan maksimal pada saat lahir.

Secara umum berikut ini adalah faktor-faktor penyebab kegagalan pernafasan pada bayi, meliputi :

1.      Faktor ibu

Hipoksia ibu dapat menimbulkan hipoksia janin. Hipoksia ibu ini dapat terjadi kerena hipoventilasi akibat pemberian obat analgetika atau anastesia. Gangguan aliran darah uterus dapat mengurangi aliran darah pada uterus yang menyebabkan berkurangnya aliran oksigen ke plasenta dan janin. Hal ini sering ditemukan pada keadaan gangguan kontraksi uterus, misalnya hipertoni, hipotoni atau tetani uterus akibat penyakit atau obat, hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan, hipertensi pada penyakit eklamsi dan lain-lain.

2.     Faktor plasenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia janin akan terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta, misalnya solusio plasenta, perdarahan plasenta dan lain-lain.

3.      Faktor fetus atau janin

Kompresi umbilikus akan mengakibatkan gangguan aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin. Gangguan aliran darah ini dapat ditemukan pada keadaan tali pusat menumbung, tali pusat melilit leher, kompresi tali pusat antara janin serta jalan lahir dan lain-lain.

4.      Faktor neonatus

Depresi pusat pernafasan pada bayi baru lahir dapat terjadi karena pemakaian obat anastesi atau analgetika yang berlebihan pada ibu secara langsung dapat menimbulkan depresi pusat pernafasan janin, trauma yang terjadi pada persalinan misalnya perdarahan intracranial, kelainan kongenital pada bayi misalnya hernia diafragmatika, atresia atau stenosis saluran pernafasan, hipoplasia paru dan lain-lain.

**Patofisiologi**

Selama kehidupan di dalam rahim, paru-paru janin tidak berperan dalam pertukaran gas karena plasenta menyediakan  oksigen dan mengangkat CO2 keluar dari tubuh janin. Pada keadaan ini paru-paru janin tidak berisi udara, sedangkan [alveoli](http://en.wikipedia.org/wiki/Pulmonary_alveolus) janin berisi cairan yang diproduksi didalam paru sehingga paru janin tidak berfungsi untuk respirasi. Sirkulasi darah dalamparu- paru saat ini sangat rendah dibandingkan dengan setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh karena konstriksi dari arteriol dalam paru-paru janin. Sebagian besar sirkulasi darah paru akan melewati Duktus Arteriosus (DA) tidak banyak yang masuk kedalam arteriol paru.

Segera setelah lahir bayi akan menarik nafas yang pertama kali (menangis), pada saat ini paru-paru janin mulai berfungsi untuk respirasi. Alveoli akan mengembang lalu udara akan masuk dan cairan yang ada didalam alveoli akan meninggalkan alveoli secara bertahap. Bersamaan dengan ini arteriol paru akan mengembang dan aliran darah kedalam paru akan meningkat secara memadai. Duktus Arteriosus (DA) akan mulai menutup bersamaan dengan meningkatnya tekanan oksigen dalam aliran darah. Darah dari jantung kanan (janin) yang sebelumnya melewati DA dan masuk kedalam aorta akan mulai memberi aliran darah yang cukup berarti kedalam arteriol paru yang mulai mengembang, Duktus Arteriosus (DA) akan tetap tertutup sehingga [bentuk](http://en.wikipedia.org/wiki/Colotomy) sirkulasi ekstrauterin akan dipertahankan.

Hipoksia janin atau bayi baru lahir sebagai akibat dari vasokonstriksi dan penurunan perfusi paru-paru yang berlanjut dengan asfiksia pada awalnya akan terjadi konstriksi arteriol pada usus, ginjal, otot dan kulit sehingga penyediaan oksigen untuk organ vital seperti jantung dan otak akan meningkat. Apabila askfisia berlanjut maka terjadi gangguan pada fungsi miokard dan [cardiac output](http://en.wikipedia.org/wiki/Cardiac_output) sehingga terjadi penurunan penyediaan oksigen pada organ vital dan saat ini akan mulai terjadi suatu “Hypoxic Ischemic Enchephalopathy” (HIE) yang akan memberikan gangguan yang menetap pada bayi sampai dengan kematian bayi baru lahir. “Hypoxic Ischemic Enchephalopathy” (HIE) ini pada bayi baru lahir akan terjadi secara cepat dalam waktu 1-2 jam bila tidak diatasi secara cepat dan tepat(Aliyah Anna, 1997).

**Tanda dan Gejala**

Pada asfiksia, tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan yang disebabkan oleh beberapa keadaan diantaranya adalah :

1.     Hilang sumber glikogen dalam jantung yang akan mempengaruhi fungsi jantung.

2.     Terjadinya asidosis metabolic yang akan mengakibatkan menurunnya sel jaringan termasuk otot jantung sehingga menimbulkan kelemahan jantung.

3.     Pengisian udara alveolus yang kurang adekuat akan menyebabkan tetap tingginya resistensi pembuluh darah paru sehingga sirkulasi darah mengalami gangguan.

Gejala klinis bayi yang mengalami kekurangan O2 akan terjadi pernafasan yang cepat dalam periode yang singkat apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernafasan akan berhenti, denyut jantung juga menurun, sedangkan tonus neuromuskular berkurang secara barangsur-angsur dan memasuki periode apnue primer. Gejala dan tanda asfiksia neonatorum yang khas antara lain meliputi pernafasan cepat, pernafasan cuping hidung, sianosis dan nadi cepat.

Berikut ini adalah gejala lanjut pada asfiksia :

1.     Pernafasan megap-megap dalam

2.     Denyut jantung terus menurun

3.     Tekanan darah mulai menurun

4.     Bayi terlihat lemas (flaccid)

5.     Menurunnya tekanan O2 anaerob (PaO2)

6.     Meningkatnya tekanan CO2 darah (PaO2)

7.     Menurunnya PH (akibat asidosis respiratorik dan metabolik)

8.     Dipakainya sumber glikogen tubuh anak metabolisme anaerob

9.     Terjadinya perubahan sistem kardiovaskular

10.  Pernafasan terganggu

11.  Detak jantung berkurang

12.  Reflek atau respon bayi melemah

13.  Tonus otot menurun

14.  Warna kulit biru atau pucat

Diagnosis asfiksia neonatorum juga dapat ditegakkan dengan cara menghitung nilai APGAR, memperhatikan keadaan klinis, adanya sianosis, bradikardi dan hipotoni. Pemeriksaan dan kardiotokografi (KTG) nilai APGAR 7-10 dikategorikan sebagai asfiksia ringan atau bayi normal, nilai APGAR 4-6 dikategorikan sebagai asfiksia sedang, nilai APGAR 1-3 dikategorikan sebagai asfiksia berat.

**Komplikasi**

Komplikasi yang dapat muncul pada asfiksia neonatorum antara lain :

1.     Oedema otak danperdarahan otak

Pada penderita asfiksia dengan gangguan fungsi jantung yang telah berlanjut sehingga terjadi renjatan neonatus, sehingga aliran darah ke otak pun akan menurun. Keadaaan ini akan menyebabkan hipoksia dan iskemik otak yang berakibat terjadinya oedema otak, hal ini juga dapat menimbulkan perdarahan otak.

2.     Anuria atau oliguria

Disfungsi ventrikel jantung dapat pula terjadi pada penderita asfiksia, keadaan ini dikenal istilah disfungsi miokardium pada saat terjadinya yang disertai dengan perubahan sirkulasi. Pada keadaan ini curah jantung akan lebih banyak mengalir ke organ seperti mesentrium dan ginjal. Hal inilah yang menyebabkan terjadinya hipoksemia pada pembuluh darah mesentrium dan ginjal yang menyebabkan pengeluaran urine sedikit.

3.     Kejang

Pada bayi yang mengalami asfiksia akan mengalami gangguan pertukaran gas dan transport O2 sehingga penderita kekurangan persediaan O2 dan kesulitan pengeluaran CO2 hal ini dapat menyebabkan kejang pada anak karena perfusi jaringan tidak efektif.

1. Koma

Apabila pada pasien asfiksia berat segera tidak ditangani akan menyebabkan koma karena beberapa hal diantaranya yaitu hipoksemia dan perdarahan pada otak.

**Pencegahan dan Penanganan**

Pencegahan yang komprehensif dimulai dari masa kehamilan persalinan dan beberapa saat setelah persalinan. Pencegahan yang dilakukan berupa :

1.     Melakukan pemeriksaan antenatal rutin minimal 4 kali kunjungan

2.     Melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap pada kehamilan yang diduga beresiko bayinya lahir dengan asfiksia neonatorum

3.     Memberikan terapi kortikosteroid antenatal untuk persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu

4.     Melakukan pemantauan yang baik terhadap kesejahteraan janin dan deteksi dini terhadap tanda-tanda asfiksia fetal selama persalinan dengan kardiotokografi

5.     Meningkatkan ketrampilan tenaga obstetri dalam penanganan asfiksia neonatorum di masing-masing tingkat pelayanan kesehatan

6.     Meningkatkan kerjasama tenaga obstetri dalam pemantauan dan penanganan persalinan

7.     Melakukan Perawatan Neonatal Esensial yang terdiri dari :

a.    Persalinan yang bersih dan aman

b.   Stabilisasi suhu

c.    Inisiasi pernapasan spontan

d.   Inisiasi menyusu dini

e.    Pencegahan infeksi serta pemberian imunisasi

Penatalaksanaan khusus pada bayi asfiksia neonatorum adalah dengan tindakan resusitasi segera setelah lahir. Resusitasi segera setelah lahir adalah upaya untuk membuka jalan nafas, mengusahakan agar oksigen masuk tubuh bayi dengan meniupkan nafas ke mulut bayi (resusitasi pernafasan), menggerakkan jantung (resusitasi jantung) sampai bayi mampu bernafas spontan dan jantung berdenyut spontan secara teratur.

Resusitasi dilakukan sesuai dengan tahap resusitasi dan sangat bergantung pada derajat asfiksia (ringan, sedang dan berat), keadaan tidak bernafas disertai gangguan fungsi jantung, keadaan tidak bernafas dengan keadaan jantung tidak berdenyut, serta ada tidaknya aspirasi mekonium. Pada asfiksia berat diperlukan pemasangan endotrakheal tube. Natrium Bikarbonat hanya diberikan pada keadaan asidosis metabolik dan diberikan secara hati-hati, karena cairan ini bersifat hipertonis yang memudahkan terjadinya perdarahan intracranial.

Selain tindakan resusitasi, bayi dengan asfiksia neonatorum juga membutuhkan terapi suportif dan terapi medikamentosa. Terapi suportif diberikan dalam bentuk cairan infus dextrose 5-10% untuk mencegah hipoglikemia, cairan elektrolit untuk mencukupi kebutuhan elektrolit dan pemberian oksigen yang adekuat. Terapi medikkamentosa dimaksudkan untuk mencegah terjadinya oedema cerebri dengan pemberian kortikosteroid (masih kontroversi) dan phenobarbital untuk melokalisir perdarahan dan mengurangi metabolism serebral.

Pada intinya penanganan asfiksia pada bayi baru lahir yaitu dengan tindakan resusitasi bayi baru lahir mengikuti tahapan-tahapan yang dikenal sebagai ABC (Airway, Breath, Circulation) resusitasi, yaitu :

1.     Memastikan saluran terbuka

a.      Meletakkan bayi dalam posisi kepala defleksi dan bahu diganjal 2-3 cm

b.     Menghisap mulut, hidung dan kadang trachea

c.      Bila perlu masukkan pipa endo trachel (pipa ET) untuk memastikan saluran pernafasan terbuka

2.     Memulai pernafasan

a.      Memakai rangsangan taktil untuk memulai pernafasan

b.     Memakai VTP bila perlu seperti : sungkup dan balon pipa endotrakheal dan balon atau mulut ke mulut (hindari paparan infeksi)

3.     Mempertahankan sirkulasi

a.      Rangsangan dan pertahankan sirkulasi darah

b.     Kompresi dada

c.      Pengobatan

****

RANGKUMAN

Asfiksia intrauterin adalah keadaan kekurangan oksigen dan adanya penimbunan karbondioksida yang menyebabkan asidosis intrauterin akibat gangguan pertukaran gas melalui plasenta.

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan kegagalan nafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Perubahan-perubahan yang terjadi pada asfiksia antara lain hipoksia, hiperkapnia dan asidosis metabolik. Pada asidosis metabolik, terjadi perubahan metabolism aerob menjadi anaerob yang akan menyebabkan kelainan biokimiawi darah yang lebih parah. Keadaan ini akan mempengaruhi metabolisme sel, jaringan dan organ khususnya organ vital seperti otak, jantung, ginjal, paru-paru yang berdampak pada gangguan fungsi, gagal organ sampai kematian.

Penatalaksanaan khusus pada bayi asfiksia neonatorum adalah dengan tindakan resusitasi segera setelah lahir. Resusitasi segera setelah lahir adalah upaya untuk membuka jalan nafas, mengusahakan agar oksigen masuk tubuh bayi dengan meniupkan nafas ke mulut bayi (resusitasi pernafasan), menggerakkan jantung (resusitasi jantung) sampai bayi mampu bernafas spontan dan jantung berdenyut spontan secara teratur.

**TUGAS**

Lakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL !

**CHECKLIST RESUSITASI BBL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BUTIR YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **SIKAP** |  |  |  |
| **1.** | **Menyapa dengan sopan dan ramah serta memposisikan pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menyapa saja tanpa memposisikan pasien 3. Menyapa dan memposisikan pasien |  |  |  |
| **2.** | **Memperkenalkan diri kepada keluarga pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memperkenalkan diri sebagai bidan tanpa menyebut nama 3. Memperkenalkan diri sebagai bidan dengan menyebut nama sambil berjabat tangan |  |  |  |
| **3.** | **Merespon terhadap reaksi pasien**   1. Tidak merespon 2. Merespon reaksi pasien tetapi tidak ditanggapi dengan tepat 3. Merespon reaksi pasien dengan tepat |  |  |  |
| **4.** | **Percaya diri**   1. Teruji gugup,tidak melakukan kontak mata dan suara kurang jelas 2. Terlihat tergesa-gesa dan ragu-ragu 3. Terlihat tenang dan melakukan dengan percaya diri |  |  |  |
| **5.** | **Teruji memberikan rasa empati pada pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan tetapi tidak merespon dengan baik 3. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan dan segera memberikan tanggapan dengan baik. |  |  |  |
| **B.** | **CONTENT** |  |  |  |
| **6.** | **Menggunakan APD**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **7.** | **Cuci tangan**   1. Tidak dikerjakan 2. Dilakukan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **8.** | **Menjelaskan indikasi tindakan resusitasi yaitu : bayi tidak bernafas/nafas megap-megap, tonus otot jelek dan masa gestasi kurang\***  0 Tidak menyebutkan atau menyebutkan tidak lengkap  2 Melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **9.** | **Memakai sarung tangan pendek pada kedua tangan**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **10.** | **Langkah awal:**  **Menjaga bayi tetap hangat: mengganti selimut bayi dengan selimut kering, bayi dibungkus agar hangat, kecuali bagian muka bayi, kemudian pindahkan bayi ke meja resusitasi/meja tindakan\***  0 Tidak dilakukan atau melakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **11.** | **Mengatur posisi bayi : baringkan bayi terlentang dengan kepala didekat penolong, ganjal bahu agar kepala sedikit ekstensi dan pastikan jalan nafas terbuka\***  0 Tidak dilakukan atau melakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurn*a* |  |  |  |
| **12.** | **Membersihkan jalan nafas dengan menghisap mulut dan hidung tidak terlalu dalam di tenggorokan dengan dee lee. Menghisap lender dari mulut dulu baru hidung,mulut tidak lebih dari 5 cm, hidung tidak lebih dari 3 cm\***  0 Tidak dilakukan atau melakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **13.** | **Mengeringkan seluruh tubuh bayi dengan posisi dimiringkan ke salah satu sisi, satu tangan penolong memegang ketiak bayi tangan yang lain mengeringkan dengan memberikan sedikit tekanan dan memberikan rangsangan taktil dengan lembut (menggosok punggung bayi dengan lembut)\***  0 Tidak dilakukan atau melakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **14.** | **Mengganti kain yang basah dengan kain kering**   1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan tidak sempurna 3. Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **15.** | **Mengatur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi\***  0 Tidak dilakukan atau melakukan dengan tidak sempurna  2 Dilakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **16.** | **Menilai ulang keadaan bayi\***   1. tidak dilakukan 2. Menilai keadaan bayi |  |  |  |
| **17.** | **Melakukan tindakan ventilasi : Memasang sungkup pada wajah bayi, menutupi mulut, hidung dan dagu\***   1. Tidak dilakukan 2. Memasang sungkup pada wajah bayi,menutupi mulut,hidung dan dagu |  |  |  |
| **18.** | **Merapatkan pelekatan sungkup dengan wajah\***   1. Tidak merapatkan pelekatan sungkup dengan benar 2. Merapatkan pelekatan sungkup dengan benar |  |  |  |
| **19.** | **Cek pelekatan sungkup dengan 2 x ventilasi dan amati pengembangan dada\***   1. tidak melakukan 2. melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **20.** | **Lakukan ventilasi dengan 20 x tiupan dalam waktu 30 detik, sambil mengamati pengembangan dada dan berhenti untuk menilai jalan nafas dengan menggunakan stetoskop\***   1. Tidak melakukan 2. Melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **21.** | **Membereskan alat dan merendam dalam larutan klorin 0,5 %**   1. Tidak melakukan 2. Melakukan tapi tidak sempurna 3. Melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **22.** | **Melepas sarung tangan ,sebelumnya dicuci dalam lart klorin,melepas dalam keadaan terbalik**   1. Tidak melakukan 2. Melakukan tapi tidak sempurna 3. Melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **23.** | **Mencuci tangan**   1. Tidak melakukan 2. Melakukan tapi tidak sempurna 3. Melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **24.** | **Memberitahu hasil tindakan ke orangtua**   1. Tidak melakukan 2. Melakukan tapi tidak sempurna 3. Melakukan dengan sempurna |  |  |  |
| **C.** | **TEKNIK** |  |  |  |
| **25.** | **Teruji melakukan secara sistematis**   1. Melakukan sebagian tindakan dan tidak berurutan   2 Melakukan tindakan secara urut |  |  |  |
| **26.** | **Teruji menerapkan teknik pencegahan infeksi**   1. Menerapkan teknik pencegahan infeksi kurang tepat   2 Menerapkan teknik pencegahan infeksi dengan tepat |  |  |  |
| **27.** | **Menjaga privasi pasien**   1. Tidak dilakukan 2. Menjaga privasi hanya dengan ucapan **atau**memperagakan menutup pintu/ sampiran saja 3. Menjaga privasi dengan ucapan **dan** memperagakan menutup pintu / sampiran |  |  |  |
| **28.** | **Teruji melaksanakan komunikasi selama tindakan**   1. Tidak dilakukan 2. Melaksanakan komunikasi tetapi dengan menggunakan bahasa yang tidak mudah dimengerti oleh pasien 3. Melaksanakan komunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien |  |  |  |
| **29.** | **Teruji mendokumentasikan hasil tindakan dengan baik**   1. Tidak dilakukan 2. Mendokumentasikan hasil tindakan tanpa identitas pelaksana 3. Mendokumentasikan seluruh hasil tindakan dengan tanggal, jam,nama dan tanda tangan pelaksana |  |  |  |
|  | **Total score seluruhnya : 58** |  |  |  |

**NILAI AKHIR = Σ Score x 100**

**58**

**POST TEST**

Ny. M GVI PIII AII umur 34 tahun, hamil 29 minggu, datang ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan pervaginam merah kehitaman, nyeri perut menetap, gerakan janin tidak dirasakan oleh ibu, sebelumnya ibu mengaku pernah terpleset dan jatuh terduduk. Hasil pemeriksaan DJJ (-), palpasi ditemukan perut teraba keras TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36OC.

1.  Diagnosis yang dapat ditegakkan pada kasus di atas adalah ....

a.       Vasa previa

b.      Plasenta previa

c.       Solutio placenta

d.      Placenta letak rendah

e.       Hipertensi dalam [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

2.  Faktor predisposisi kasus Ny. M adalah ....

a.       Usia ibu

b.      Riwayat hipertensi

c.       Grandemulti gravida

d.      [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) trimester III

e.       Gerakan janin yang aktif

3.   Komplikasi yang terjadi pada kasus di atas adalah ....

a.       Bayi Baru Lahir Normal

b.      Kecil Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

c.       Besar Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

d.      Intra Uterine Foetal Death\

e.       Partus Prematur

4.  Komplikasi yang terjadi pada Ny. M adalah...

a.       Syok sepsis

b.      Syok anafilaktik

c.       Syok haemoragic

d.      Syok neurogenic

e.       Syok hipovolemik

5.  Tindakan yang dapat dilakukan pada Ny. M di RS adalah ....

a.       Vacum ekstrasi

b.      Tirah baring total

c.       Pimpin [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

d.      Persiapan seksio sesaria

e.       Pantau kemajuan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

KUNCI JAWABAN

1. C
2. C
3. D
4. D
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL XI. KASUS BAYI BARU LAHIR DENGAN HIPOGLIKEMIA, SEPSIS, DAN KEJANG**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Kasus Bayi Baru Lahir dengan Hipoglikemia, Sepsis, dan Kejang
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus bayi baru lahir dengan hipoglikemia, sepsis, dan kejang

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum kasus bayi baru lahir dengan hipoglikemia, sepsis, dan kejang dengan melakukan demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL (lanjutan)

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan kasus bayi baru lahir dengan hipoglikemia, sepsis, dan kejang

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan kasus bayi baru lahir dengan hipoglikemia, sepsis, dan kejang

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL (lanjutan)
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Dosen melakukan demonstrasi dan mahasiswa praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL (lanjutan)

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

1. **BAYI BARU LAHIR DENGAN HIPOGLIKEMIA**

**Glukosa**

* Pengaturan bahan bakar manusia
* Sumber penyimpanan energi dalam bentuk glikogen, lemak dan protein
* Sumber energi cepat
* Penting untuk metabolisme energi cerebral

**Penelitian**

* Otak bayi dapat menggunakan glukosa pada kecepatan melebihi 4-5 mg/100 gr berat otak/menit
* Otak neonatus cukup bulan beratnya 420 gram, pada bayi BB 3500 gram memerlukan glukosa dengan kecepatan 20 mg/menit
* Otak tumbuh cepat pada 1 tahun pertama  karena proporsi pergantian glukosa lebih besar yang digunakan untuk metabolisme otak maka hipoglikemia dapat berulang

**Hipoglikemia pada neonatus**

* Untuk setiap neonatus manapun, kadar glukosa <40-45mg/dL dianggap tidak normal
* Menurut WHO hipoglikemi adalah bila kadar glukosa/gula darah <47 mg/dL
* Gejala sering tidak jelas/asimptomatik, semua tenaga kesehatan perlu mewaspadai kemungkinan adanya hipoglikemia
* Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dapat mencegah konsekuensi yang serius

**Penyebab dan mekanisme hipoglikemia**

Berkurangnya persediaan dan menurunnya produksi glukosa

Neonatus yang mempunyai resiko untuk keadaan ini :

* Janin yang mengalami pertumbuhan janin terhambat(PJT) atau kecil masa kehamilan
* Bayi prematur atau pun lebih bulan
* Neonatus yang mengalami penundaan pemberian asupan
* Neonatus yang menderita asfiksia perinatal
* Neonatus dengan hipotermia dan atau stress dingin

Peningkatan pemakaian glukosa (hiperinsulinisme)

Neonatus yang berisiko untuk keadaan ini :

* IDM-BMK (besar masa kehamilan)
* Neonatus dengan polisitemia
* Neonatus yang menderita eritroblastosis fetalis (isoimunisasi Rh-berat)
* Neonatus dengan sindrom Beckwith-Wiedemann
* Neonatus dengan nesidioblastosis atau adenoma pankretik
* Malposisi kateter UA

Kedua mekanisme tersebut

Lain-lain

* Insufisiensi adrenal
* Sepsis
* Penyakit penyimpanan glikogen (glycogen storage)
* Transfusi tukar
* Penyakit jantung kongenital
* Obat untuk ibu (steroid, beta blocker)

**Insiden**

* 2-3/1000 kelahiran hidup
* Kejadian meningkat pada :
  + Prematuritas, hal ini terkait dengan penyimpanan glikogen hati, protein otot rendah, asuoan tidak adekuat, hipotermi, asfiksia dan lemak badan yang tidak cukup
  + Ibu DM (75%)

**Batasan**

* Timbul bila kadar glukosa serum lebih rendah daripada kisaran bayi normal sesuai usia pasca lahir
* Bayi atterm BB 2500 gr : gula darah <30 mg/dl : 72 jam, selanjutnya 40mg/dl
* BBLR : GD <25 mg/dl

**Faktor resiko**

* Bayi dari ibu dengan dibetes melitus (IDM)
* Neonatus yang besar untuk massa kehamilan (BMK)
* Bayi prematur dan lebih bulan
* BBLR yang KMK/bayi kembar dapat terjadi penurunan cadangan glikogen hati dan lemak tubuh
* Bayi sakit berat karena meningkatnya kebutuhan metabolisme yang melebihi cadangan kalori
* Neonatus yang sakit atau stress (sindrom gawat napas, hipotermia)
* Bayi dengan kelainan genetik/gangguan metabolik (penyakit cadangan glikogen, intoleransi glukosa)
* Neonatus puasa
* Neonatus dengan polisitemia
* Neonatus dengan eritroblastosis
* Obat-obat maternal misalnya steroid, beta simpatomimetik dan beta blocker

**Diagnosis**

* Untuk mencegah abnormalitas perkembangan syaraf, identifikasi dan pengobatan tepat waktu untuk hipoglikemia adalah sangat penting
* Pemantauan glukosa di tempat tidur adalah tindakan tepat untuk penapisan dan deteksi awal
* Hipoglikemia harus dikonfirmasi oleh nilai serum dari laboratorium jika memungkinkan

*Anamnesis*

* Riwayat bayi asfiksia, hipotermi, hipertemi, gangguan pernafasan, prematur
* Riwayat bayi dengan ibu DM

*Manifestasi klinis*

Kasus bisa menunjukan gejala ataupun tidak. Kecurigaan tinggi harus selalu diterapkan dan selalu antisipasi hipoglikemia pada neonatus dengan faktor risiko

* Tremor
* Sianosis
* Apatis
* Kejang
* Apnea intermitten
* Tangisan lemah/melengking
* Letargi
* Kesulitan minum
* Gerakan mata berputar/nistagmus
* Keringat dingin
* Pucat
* Hipotermi
* Refleks hisap kurang
* Muntah

**Penatalaksanaan**

Memantau kadar glukosa darah

Semua neonatus berisiko tinggi harus ditapis :

* Pada saat lahir
* 30 menit setelah lahir
* Kemudian setiap 2-4 jam selama 48 jam atau sampai pemberian minum berjalan baik dan kadar glukosa normal tercapai

Pencegahan hipoglikemia

* Menhindari faktor resiko yang dapat dicegah, contohnya hipotermia
* Pemberian makan enteral merupakan tindakan preventif tunggal paling penting
* Jika bayi tidak mungkin menyusui, mulailah pemberian minum dengan menggunakan sonde dalam waktu 1-3 jam setelah lahir
* Neonatus yang berisiko tinggi harus dipantau nilai glukosanya sampai asupannya penuh dan 3x pengukuran normal sebelum pemberian minum berada diatas 45 mg/dL
* Jika ini gagal, terapi intravena dengan glukosa 10% harus dimulai dan kadar glukosa dipantau

Perawatan hipoglikemia

* Koreksi segera dengan bolus 200 mg/kg dengan dekstrosa 10% = 2 cc/kg dan diberikan melalui intravena selama 5 menit dan diulang sesuai keperluan
* Infus tak terputus (continual) glukosa 10% dengan kecepatan 6-8 mg/kg/menit harus dimulai
* Kecepatan infus glukosa (GIR) dihitung menurut formula berikut :

GIR (mg/kg/min)= kecepatan cairan (cc/jam) x konsenterasi dextrose(%)

6x berat (Kg)

* Pemantauan glukosa ditempat tidur (bed side) secara sering diperlukan untuk memastikan bahwa neonatus mendapatkan glukosa yang memadai
* Ketika pemberian makan telah dapat ditoleransi dan nilai pemantauan glukosa di tempat tidur (bed side) sudah normal maka infus dapat diturunkan secara bertahap. Tindakan ini mungkin memerlukan waktu 24-48 jam atau lebih untuk menghindari kambuhnya hipoglikemia

Hipoglikemia refraktori

Kebutuhan glukosa >12 mg/kg/menit menunjukan adanya hiperinsulinisme. Keadaan ini dapat diperbaiki dengan

* Hidrokortison 5 mg/kg IV atau IM setiap 12 jam
* Glukagon 200 ug IV (segera atau infus berkesinambungan 10 ug/kg/jam)
* Diazoxide 10 mg/kg/hari setiap 8 jam menghambat sekresi insulin pankreas

**Terapi**

* Tanpa kejang, bolus intravena 200 mg/BB (2 ml/kgBB) glukosa 10%
* Ada kejang, larutan glukosa 10-25%, dosis total 1-2 gr/kgBB, dilanjutkan infus glukosa 4-8 mg/kgBB/menit
* Hipoglikemi berulang, infus glukosa 15-20%, bila tidak mencukupi beri hidrokortison 2,5 mg/kgBB/12 jam atau prednison 1 mg/kgBB/24 jam
* Pemeriksaan gula darah sampai kadar diatas 40 mg/dl kemudian pemeriksaan dilanjutkan tiap 4-6 jam
* Bila gula darah normal terapi dihentikan
* Berikan ASI
* Penanganan penyulit

**Prognosa**

* Bila tidak ada kelainan bawaan
* Dengan pengobatan adekuat kejadian hipoglikemia masih berulang pada 10-15%
* Hipoglikemia berat dan berlangsung lama, dapat menimbulkan gejala sisa neurologik dan kematian

**BAYI DARI IBU DENGAN DIABETES MELITUS (IDM)**

Pengendalian diabetes pada ibu merupakan faktor kunci dalam menentukan hasil keluaran (outcome) janin. Data terbaru menunjukan bahwa angka kesakitan dan kematian perinatal pada anak dari ibu yang mengidap diabetes melitus membaik dengan adanya tata laksana diit dan terapi insulin

**Insiden**

* Diabetes yang bergantung pada insulin terjadi pada 0,5% kehamilan
* 1-3% ibu menunjukan kelainan biokimia selama kehamilan adalah konsisten dengan diabetes kehamilan

**Patofisiologi**

* Makrosomia

Karena hiperglikemia ibu-alur hiperinsulinemia janin

* Kecil untuk masa kehamilan

Ibu dengan penyakit ginjal, retinal atau jantung mempunyai kecenderungan melahirkan bayi kecil untuk masa kehamilan atau prematur, melahirkan bayi dengan kondisi yang buruk, gawat janin atau kematian janin

**Gangguan spesifik yang sering ditemui pada IDM**

Gangguan metabolik

*Hipoglikemia*

* Terjadi pada hampir 40% IDM
* Terjadi dalam waktu 1-2 jam setelah persalinan
* Pada saat persalinan, pasokan glukosa melalui plasenta terhenti, dan karena tingginya konsentrasi plasma insulin, kadar glukosa darah menurun tajam

*Hipokalsemia*

* Terjadi pada hampir 50% IDM
* Tingkat keparahan berkaitan dengan keparahan diabetes ibu dan melibatkan penurunan fungsi kelenjar parathyroid
* Paling rendah pada usia 24-72 jam

*Hipomagnesemia*

* Berkaitan dengan hipomagnesemia ibu dan keparahan diabetes ibu

Gangguan kardiorespiratori

*Asfiksia perinatal*

* Terjadi pada hampir 25% IDM
* Diakibatkan oleh prematuritas, SC, intrauterine hipoksia yang disebabkan oleh penyakit vaskuler ibu atau makrosomia

*Penyakit membran hyaline* (HMD)

* Terjadi karena persalinan prematur
* Tertundanya kematangan produksi surfaktan pulmonar (hiperinsulinisme bertentangan dengan kerja kortisol)
* Persalinan melalui SC elektif

Gangguan hematologis

*Polistemia dan hiperviskositas*

Penyebabnya tidak jelas tapi mungkin berhubungan dengan ;

* Meningkatnya kadar erythropoietin
* Meningkatnya produksi sel darah merah sekunder terhadap hipoksia janin pada ibu dengan penyakit vaskular
* Transfusi plasenta intrauterus yang disebabkan oleh hipoksia akut selama persalinan dan melahirkan

*Hiperbilirubinemia*

* Sekunder terhadap prematuritas, makrosomia, hipoglikemia, dan polisitemia
* Menurunnya usia sel darah merah dan menurunkan konjugasi hepatik karena imaturitas enzim

*Trombosis vena ginjal*

* Komplikasi jarang
* Paling mungkin disebabkan oleh hiperviskositas, hipotensi dan koagulasi intravaskular diseminata
* Mungkin terlihat sebagai hematuria dan masa abdomen yang di diagnosis oleh USG abdomen

Gangguan morfologis dan fungsional

*Cidera lahir*

* Mungkin termasuk fraktur klavikula, Erb’s palsy dan cidera sistem syaraf karena makrosomia dan prematuritas

*Malformasi kongenital*

* Terjadi pada 6,4% IDM
* Pengendalian diabetes yang buruk pada trimester pertama berkaitan dengan semakin tingginya persentase malformasi kongenital
* Cacat jantung (TGA, VSD atau ASD)
* Cacat renal, misalnya agenesis
* Cacat saluran gastrointestinal, misalnya small left colon syndrome atau situs inversus
* Cacat neurologis, misalnya anensefali atau meningocele syndrome
* Wajah abnormal
* Micropthalmos

**Presentasi klinis**

Pada saat lahir

* Sembab, wajah plethoric
* Tremulous dan hipereksitasia
* Mungkin besar atau kecil untuk masa kehamilan

Setelah lahir

* Hipoglikemia
* Tanda gawat nafas
* Mungkin ada penyakit jantung. Didiagnosis dengan adanya pembesaran cardiothymic ratio pada X-ray dada atau bukti fisis kegagalan jantung
* Anomali kongenital mungkin diketahui pada saat pemeriksaan fisis

**Diagnosis**

Pemeriksaan laboratorium

*Kadar glukosa serum*

* Diperiksa dengan dextrostix pada saat persalinan dan pada usia ½, 1, 2, 4, 8, 12, 24, 36, dan 48 jam
* Pengukuran <45 mg/dL dengan dextrostix harus diverifikasi oleh pengukuran serum glukosa

*Kadar serum kalsium*

* Pada usia 6, 24 dan 48 jam
* Jika kadar serum kalsium rendah, kadar serum magnesium harus diukur

*Hematokrit*

* Pada saat lahir dan pada usia 24 jam

*Kadar serum bilirubin*

* Sesuai indikasi pemeriksaan fisis

*Tes lain*

* Kadar gas darah arteri
* Hitungan sel darah lengkap (CBC), kultur dan pewarnaan gram dilakukan sesuai indikasi klinis

Pemeriksaan radiologi

Tidak diperlukan kecuali ada bukti masalah jantung, pernafasan atau kerangka

Electrocardiography dan echocardiography

Jika dicurigai adanya hypertropic cardiomyopathy atau malformasi jantung

**Penatalaksanaan**

Tata laksana metabolik

*Hipoglikemia*

* 2 ml/kg dextrose 10% selama 5 menit, ulangi sesuai kebutuhan
* Infusion terus menerus glukosa 10% dengan kecepatan 6-8 mg/kg/min
* Mulai pemberian minum enteral secepatnya
* Kortikosteroid : pada hipoglikemia persisten (hidrokortison : 5 mg/kg/12 jam) pertimbangkan pemberian glukagon dan epinefrin

*Hipokalsemia*

* Dosis awal 1-2 ml/kg/dosis IV kalsium glukonat 10% yang diberikan perlahan selama 10 menit
* Pantau tanda ekstravasasi
* Dosis pemeliharaan diberikan melalui infus intravena terus menerus, 2-8 ml/kg/hari berespon dalam waktu 3-4 hari

*Hipomagnesemia*

* Magnesium sulfat – 2mEq/kg/dosis setiap 6 jam IV atau IM

Masalah kardiorespiratori

* Asfiksia perinatal
* Penyakit membran hyaline
* Kardiomyopati

Rawat dengan propanolol. Digoxin merupakan kontraindikasi karena kemungkinan obstruksi aliran darah dari ventrikular

Masalah hematologis

*Hiperbilirubinemia*

* Pantau kadar serum bilirubin
* Fototerapi dan transfusi tukar jika diperlukan

*Polisitemia*

Tata laksana makrosomia dan cidera lahir

**Prognosis**

* Penurunan kesakitan dan kematian terjadi dengan adanya pengendalian kehamilan diabetes yang tepat
* Resiko diabetes melitus pada bayi dari IDM sedikitnya 10x lebih besar daripada populasi normal
* Perkembangan fisis normal tapi obesitas pada anak mungkin terjadi

1. **BAYI BARU LAHIR DENGAN SEPSIS**

[Pengertian Sepsis Neonatorum Dan Pencegahan Sepsis](http://www.posnegeri.com/) – Sepsis neonatorum merupakan semua infeksi pada aliran darah bayi selama 28 hari pertama sejak dilahirkan. Infeksi ini dapat menyebar secara nenyeluruh atau terlokasi hanya pada 1 (satu) organ saja yaitu seperti paru-paru dengan pneumonia. Infeksi pada sepsis bisa terjadi atau didapatkan pada saat sebelum persalinan (intrauterine sepsis) maupun setelah persalinan (extrauterine sepsis) dan dapat disebabkan karena virus (rubella,herpes ), bakteri (streptococcus B), dan fungi atau jamur (candida) meskipun jarang ditemui. (John Mersch, MD, FAAP, 2009).

Sepsis neonatorum ialah infeksi berat yang diderita neonatus dengan gejala sistemik dan terdapat bakteri didalam darah. Perjalanan penyakit sepsis dapat berlangsung cepat sehingga sering kali tidak terpantau tanpa pengobatan yang memadai, sehingga neonatus dapat meninggal dalam waktu hitungan 24 sampai 48 hari. (Surasmi, 2003).

Sepsis neonatorum juga merupakan infeksi yang terjadi pada bayi dalam 28 hari pertama setelah kelahiran bayi. (Mochtar, 2005).

* **Etiologi**

Penyebab neonatus sepsis atau sepsis neonatorum yaitu dikarenakan berbagai macam kuman seperti bakteri, virus, parasit, dan jamur.

Resiko terjadinya sepsis meningkat yaitu pada Ketuban pecah sebelum waktunya dan Perdarahan atau infeksi pada ibu.

Bayi prematur yang menjalani perawatan intensif akan rentan terhadap sepsis karena sistem imun mereka yang belum berkembang dan mereka biasanya menjalani prosedur-prosedur invasif seperti  pemasangan sejumlah kateter, infus jangka panjang, dan bernafas melalui selang yang dihubungkan dengan ventilator. Organisme yang normalnya hidup di permukaan kulit dapat masuk ke dalam tubuh kemudian ke dalam aliran darah melalui alat-alat seperti yang telah disebut di atas.

Faktor-faktor yang mempengaruhi sepsis pada bayi yang baru lahir dapat di bagi menjadi 3 kategori yaitu:

1. Faktor maternal yang terdiri dari:

* Ruptur selaput ketuban yang lama
* Persalinan prematur
* Manipulasi berlebihan selama proses persalinan
* Persalinan yang lama
* Amnionitis klinis
* Demam maternal
* Status paritas (wanita multipara atau gravida lebih dari 3) dan umur ibu (kurang dari 20 tahun atua lebih dari 30 tahun.
* Status sosial-ekonomi ibu, ras, dan latar belakang. Mempengaruhi kecenderungan terjadinya infeksi dengan alasan yang tidak diketahui sepenuhnya. Ibu yang berstatus sosio- ekonomi rendah mungkin nutrisinya buruk dan tempat tinggalnya padat dan tidak higienis. Bayi kulit hitam lebih banyak mengalami infeksi dari pada bayi berkulit putih.

2. Pengaruh lingkungan

Pengaruh lingkungan yang dapat menjadi predisposisi bayi yang terkena sepsis, tetapi tidak terbatas pada buruknya praktek cuci tangan dan teknik perawatan, kateter umbilikus arteri dan vena, selang sentral, berbagai pemasangan kateter selang trakeaeknologi invasive, dan pemberian susu formula. (Wijayarini, 2005).

3. Faktor Neonatatal

* Prematurius ( berat badan bayi kurang dari 1500 gram),

     Prematurius merupakan faktor resiko utama untuk sepsis neonatal. Umumnya imunitas bayi kurang bulan lebih rendah dari pada bayi cukup bulan. Transpor imunuglobulin melalui plasenta terutama terjadi pada paruh terakhir trimester ketiga. Setelah lahir, konsentrasi imunoglobulin serum terus menurun, menyebabkan hipigamaglobulinemia berat. Imaturitas kulit juga melemahkan pertahanan kulit.

* Defisiensi imun,

   Neonatus bisa mengalami kekurangan IgG spesifik, khususnya terhadap streptokokus atau Haemophilus influenza. IgG dan IgA tidak melewati plasenta dan hampir tidak terdeteksi dalam darah tali pusat. Dengan adanya hal tersebut, aktifitas lintasan komplemen terlambat, dan C3 serta faktor B tidak diproduksi sebagai respon terhadap lipopolisakarida. Kombinasi antara defisiensi imun dan penurunan antibodi total dan spesifik, bersama dengan penurunan fibronektin, menyebabkan sebagian besar penurunan aktivitas opsonisasi.

* Laki-laki dan kehamilan kembar, Insidens sepsis pada bayi laki- laki 4 kali lebih besar dari pada bayi perempuan.

**Pencegahan Sepsis Neonatorum**

Untuk melakukan atau mengantisipasi akan terjadinya Sepsis Neonatorum maka dapat dilakukan seperti pada masa berikut ini :

1. Pada masa Antenatal

Perawatan antenatal meliputi pemeriksaan kesehatan ibu secara berkala, imunisasi, pengobatan terhadap penyakit infeksi yang diderita ibu, asupan gizi yang memadai, penanganan segera terhadap keadaan yang dapat menurunkan kesehatan ibu dan janin. Rujuk ke pusat kesehatan bila diperlukan.

1. Pada masa persalinan

Perawatan ibu selama persalinan dilakukan secara aseptik

1. Pada masa pasca persalinan

Rawat gabung bila bayi normal, pemberian ASI secepatnya, jaga lingkungan, peralatan tetap bersih, dan perawatan luka umbilicus secara steril.

**Manifestasi klinik**

* Suhu tubuh tidak stabil (< 36 0C atau > 37,5 0C).
* Laju nadi > 180 x/menit atau < 100 x/menit.
* Laju nafas > 60 x/menit, dengan retraksi atau desaturasi oksigen, apnea atau laju nafas < 30x/menit.
* Letargi
* Intoleransi glukosa : hiperglikemia (plasma glukosa >10 mmol/L atau >170 mg/dl) atau hipoglikemia (< 2,5 mmol/L atau < 45 mg/dl)
* Intoleransi minum
* Tekanan darah < 2 SD menurut usia bayi
* Tekanan darah sistolik < 50 mmHg (usia 1 hari)
* Tekanan darah sistolik < 65 mmHg (usia < 1 bulan)
* Pengisian kembali kapiler/capillary refill timeØ > 3 detik.

Gejala lainnya sebagai berikut :

* gangguan pernafasan
* kejang
* jaundice (sakit kuning)
* muntah
* diare
* perut kembung

**Penalaksanaan**

1. Diberikan kombinasi antibiotika golongan Ampisilin dosis 200 mg/kg BB/24 jam i.v (dibagi 2 dosis untuk neonatus umur < 7 hari, untuk neonatus umur > 7 hari dibagi 3 dosis), dan Netylmycin (Amino glikosida) dosis 1/2 mg/kg BB/per hari i.m/i.v dibagi 2 dosis.
2. Dilakukan septic work up sebelum antibiotika diberikan (darah lengkap, urine, lengkap, feses lengkap, kultur darah, cairan serebrospinal, urine dan feses (atas indikasi).
3. Pengobatan suportif meliputi :

* Termoregulasi
* Terapi oksigen/ventilasi mekanik
* Terapi syok
* Terapi hipoglikemi/hiperglikemi
* Transfusi darah
* Trombosit dan terapi kejang

1. **BAYI BARU LAHIR DENGAN KEJANG**

**[Definisi](https://www.blogger.com/null)**

            Kejang adalah kelainan sistem saraf pusat yang terjadi secara mendadak dengan manifestasi klinik kehilangan koordinasi neuromotorik.

            Kejang pada bayi baru lahir adalah kejang yang timbul dalam masa neonatus atau dalam 38 hari sesudah lahir. Kejang ini merupakan tanda penting akan adanya penyakit lain sebagai penyebab kejang, yang dapat menyebabkan gejala sisa yang menetap di kemudian hari. Bila penyebabnya diketahui, penyakit ini harus segera diobati. Kejang nenonatus tidak sama dengan kejang pada anak atau orang dewasa karena konvulsi klonik cenderung tidak terjadi selama umur bulan pertama. Proses penyembuhan akson dan tonjolan dendrit juga mielinisasi tidak sempurna pada otak neonatus.

**[Etiologi](https://www.blogger.com/null)**

         Komplikasi perinatal

-       Hipoksi-iskhemik ensefalopati. Biasanya kejang timbul pada 24 jam pertama kelahiran.

-       Trauma susunan saraf pusat. Dapat terjadi pada persalinan presentasi bokong, ekstraksi cunam atau ekstraksi vakum berat.

-       Perdarahan intrakranial.

         Kelainan metabolisme

-       Hipoglikemia

-       Hipokalsemia

-       Hipomagnesemia

-       Hiponatremia

-       Hipernatremia

-       Hiperbilirubinemia

-       Ketergantungan pridoksin

-       Kelainan metabolisme asam amino

         Infeksi

Dapat disebabkan bakteri dan virus termasuk TORCH

         Ketergantungan obat

         Polisitemia

         Penyebab yang tidka diketahui (3-25%)

**[Klasifikasi Kejang](https://www.blogger.com/null)**

a.       Subtle

Merupakan tipe kejang tersering yang terjadi pada bayi kurang bulan. Bentuk kejang ini hamper tidak terlihat, biasanya berupa pergerakkan muka, mulut, atau lidah berupa menyeringai, terkejat-kejat, mengisap, menguyang, menelan, atau menguap. Manifestasi kejang subtle pada mata adalah pergerakkan bola mata berkedip-kedip, deviasi bola mata horizontal dan pergerakkan bola mata yang cepat (nystagmus jerk). Pada anggota gerak didapatkan pergerakkan mengayuh atau seperti berenang. Manifestasi pada pernapasan biasanya berupa apnea.

b.      Klonik

Bentuk klinis kejang klonik berlangsung 1-3 detik, tidak disertai gangguan kesadaran. Bentuk kejang ini di akibatkan trauma fokal pada kontusio cerebri pada bayi besar atau bayi cukup bulan, atau pada kelainan ensefalopati metabolik.

c.       Tonik

Kejang tonik biasa didapatkan pada bayi berat lahir rendah dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu dan bayi-bayi dengan komplikasi perinatal berat seperti perdarahan intraventrikuler. Bentuk klinis kejang ini yaitu pergerakkan tungkai yang menyerupai sikap deseberasi atau ekstensi tungkai dan fleksi lengan bawah dengan bentuk dekortikasi.

d.      Mioklonik

Manifestasi klinis kejang mioklonik yang terlihat adalah gerakan ekstensi atau fleksi dari lengan atau keempat anggota gerak yang berulang dan terjadi dengan cepat. Gerakan tersebut seperti gerak refleks Moro. Kejang ini merupakan pertanda kerusakan susunan saraf pusat yang luas dan hebat, seperti pada bayi baru lahir yang dilahirkan dari ibu kecanduan obat.

**Penilaian Diagnosis**

      Penilaian untuk membuat diagnosis antara lain dilakukan penilaian dengan urutan sebagai berikut:

1.      Anamnesis yang teliti tentang keluarga, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, dan kelahiran.

-          Riwayat kehamilan

         Bayi kecil untuk masa kehamilan

         Bayi kurang bulan

         Ibu tidak disuntik tetanus toksoid

         Ibu menderita diabetes mellitus

-          Riwayat persalinan

         Persalinan pervaginam dengan tindakan (cunam, ekstraktor vakum)

         Persalinan presipitatus

         Gawat janin

-          Riwayat kelahiran

         Trauma lahir

         Lahir asfiksia

         Pemotongan tali pusat dengan alat

2.      Pemeriksaan kelainan fisik bayi baru lahir

-        Kesadaran (normal, apatis, somnolen, sopor, koma)

-        Suhu tubuh (normal, hipertermia atau hipotermia)

-        Tanda-tanda infeksi lainnya

3.      Penilaian kejang

-       Bentuk kejang

Gerakan bola mata yang abnormal, nystagmus, kedipan mata paroksismal, gerakan mengunyah, gerakan otot-otot muka, timbulnya apnea yang episode, adanya kelemahan umum  yang periodik, tremor, *jitterness,* gerakan klonik sebagian ekstermitas, tubuh kaku.

-       Lama kejang

-       Apakah pernah terjadi sebelumnya

4.      Pemeriksaan laboratorium

-       Punksi lumbal

-       Punksi subdural

-       Gula darah

-       Kadar kalsium (Ca++)

-       Kadar Magnesium

-       Kultur darah

-       TORCH

     Pada *jitterness* dapat dibedakan dari kejang:

           Tidak didapatkan kelainan pandang dan pergerakan mata

           Timbulnya karena stimulasi, sedangkan kejang biasanya spontan

           Gerakan berupa tremor, bukan hentakan klonik

           Biasanya menghilang apabila dilakukan fleksi pasif

           Pada umumnya disebabkan oleh dipokalsemia, hipoglikemia, hiposi-iskhemik ensefalopati, *drug withdrawal*

**Kelainan Fisik dan Diagnosis Banding**

      Tabel kelainan fisik dan diagnosis banding kejang pada bayi baru lahir

|  |  |
| --- | --- |
| **KELAINAN FISIK** | **DIAGNOSIS BANDING** |
| Kejang dengan kondisi:           Biru, gagal nafas.           Trauma lahir pada kepala bayi.           Mikrosefali.           Perut buncit.           Hepatosplenomegali.           Mulut mecucu. |   Anoksia susunan saraf pusat.    Perdarahan otak.    Cacat bawaan.    Sepsis.    Sepsis.    Tetanus. |

**Penanganan**

      **Prinsip dasar mengatasi kejang pada bayi baru lahir sebagai berikut:**

1.         Mengatasi kejang dengan memberikan obat anti kejang.

       (misalnya Diazepam, Fenobarbital, Fenitoin/Dilantin)

2.         Menjaga jalan nafas tetap bebas.

       (perhatikan ABCD resusitasi)

3.         Mencari faktor penyebab kejang.

       (perhatikan riwayat kehamilan, persalinan dan kelahiran, kelainan fisik ditemukan, bentuk kejang, dan hasil laboratorium)

4.         Mengobati penyebab kejang.

       (mengobati hipoglikemia, hipokalsemia, dan lain-lain)

      **Obat anti kejang**

-            Diazepam

Dosis 0,1-0,3 mg/kgbb IV, disuntikkan perlahan-lahan sampai kejang berhenti. Dapat diulangi pada kejang berulang, tetapi tidak dianjurkan untuk digunakan pada  dosis pemeliharaan.

-            Fenobarbital

Dosis 5-10 mg/kgbb IV disuntikkan perlahan-lahan selama beberapa menit. Apabila kejang berlanjut, Fenobarbital dapat diulangi dengan dosis maksimal 20 mg/kgbb. Dosis pemeliharaan ialah 5-8 mg/kgbb/hari dibagi dalam 2 dosis.

-            Fenitoin (Dilantin)

Dosis 5-10 mg/kgbb IV disuntikkan dalam 5-10 menit. Dapat diulangi lagi 5-10 menit. Fenitoin diberikan apabila kejang tidak dapat diatasi dengan Fenobarbital dosis 10-20 mg/kgbb. Sebaiknya Fenitoin diberikan 10-15 mg/kgbb IV pada hari pertama, dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 4-7 mg/kgbb IV atau oral dalam 2 dosis.

      **Penanganan kejang pada bayi baru lahir**

-            Bayi diletakkan dalam tempat yang hangat. Pastikan bahwa bayi tidak kedinginan. Suhu bayi dipertahankan 36.5o – 37o C.

-            Jalan napasbayi dibersihkan dengan tindakan penghisapan lendir diseputar mulut, hidung sampai nasofaring.

-            Bila bayi apnea, dilakukan pertolongan agar bayi bernapas lagi dengan alat bantu balon dan sungkup, diberi O2 (oksigen) dengan kecepatan 2 liter/menit.

-            Dilakukan pemasangan infus intravena di pembuluh darah perifer; di tangan, kaki, atau kepala. Bila bayi diduga dilahirkan oleh ibu berpenyakit diabetes mellitus, dilakukan pemasangan infus melalui vena umbilikus.

-            Bila infus sudah terpasang, diberi obat anti kejang diazepam 0,5 mg/kg suppositoria/IM setiap 2 menit sampai kejang teratasi. Kemudian ditambah luminal  (fenobarbital) 30 mg IM/IV.

-            Nilai kondisi bayi selama 15 menit. Perhatikan kelainan fisik yang ada.

-            Bila kejang sudah teratasi, diberi cairan infus Dekstrose 10% dengan kecepatan 60 ml/kgbb/hari.

-            Dilakukan anamnesis mengenai keadaan bayi untuk mencari faktor penyebab kejang (perhatikan riwayat kehamilan, persalinan, dan kelahiran):

1.      apakah kemungkinan bayi dilahirkan oleh ibu berpenyakit diabetes mellitus.

2.      Apakah bayi kemungkinan prematur.

3.      Apakah kemungkinan bayi mengalami aspiksia.

4.      Apakah kemungkinan ibu bayi pengidap/menggunakan bahan narkotika.

-            Bila kejang sudah teratasi, diambil bahan untuk pemeriksaan laboratorium untuk mencari faktor penyebab kejang, misalnya:

1. darah tepi,

2. elektrolit darah

3. gula darah,

4. kimia darah (kalsium, magnesium)

5. kultur darah,

6. pemeriksaan TORCH, dan lain-lain.

-                 Bila ada kecurigaan kearah sepsis dilakukan pemeriksaan fungsi lumbal.

-                 Obat diberikan sesuai dengan penilaian ulang .

-                 Apabila kejang masih berulang, diazepam dapat diberikan lagi sampai 2 kali.

1.      bila kejang terus, diberi Fenitoin (dilantin) dalam dosis 15 mg/kgbb sebagai bolus IV diteruskan dalam dosis 2 mg/kgbb IV setiap 12 jam.

2.      Untuk hipoglikemia (hasil dextrostix/gula darah < 40 mg%) diberi infus dekstrose 10%.

3.      Untuk hipokalsemia (hasil kalsium darah < 8 mg%) diberi kalsium glukonas 10% 2 ml/kgbb dalam waktu 5-10 menit.

4.      Apabila belum teratasi juga, diberi Piridoksin 25-50 mg IV.

**Bagan Penanganan Kejang Pada Bayi Baru Lahir**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TANDA – TANDA** | Tremor, hiperaktif, kejang- kejang, tiba- tiba menangis melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran pergerakan-pergerakan yang tidak terkendali (involuntary movements), nistagmus atau mata mengedip- mngedip  paroksiksmal. | |
| **KATEGORI** |    Tetanus neonaturum     Sepsis     Menginitis     Ensepalitas |          Ganguan metabolik ( hipoglikemik atau hipokalsemik).           Anoksia susunan saraf pusat.           Pendarahan otak. |
| **PENILAIAN** |  | |
|          Bentuk kejang           Lama kejang           Suhu tubuh           Kesadaran           Tanda- tanda infeksi laninya |          Seluruh badan / lokal           Sekejap atau < 1 menit           Dengan panas           Kesadaran berkurang           Lesu / ngatuk /tidak mau minum |          Seluruh badan / lokal           Sekejap atau < 1 menit           Tanpak panas           Sadar           Normal, mau minum |
| **PENANGANAN** |  | |
| **Bidan Atau Puskesmas** |          Bersihkan jalan nafas           Masukan sendok/ sepatel di bungkus kain untuk menekan lidah           Beri oksigen           Atasi kejang dengan Diazepam 0,5 mg/ kg supositoria/ i.m. tiap 2 menit sampai kejeng teratasi.           Diberi fenobarbital 30 mg i.m.           Infus Dektrose 10% ( liat tabel kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus )           Diberi antibiotika 1 dosis ( liat tabel jenis dan dosis antibiotika).           Rujuk rumah sakit. | |
| **RUMAH SAKIT** |          Sama dengan di atas           Bayi dalam indikator / dihangatkan           Beri oksigen           Beri Diazepam 0,5 mg/kg supositorial/i.m / i.v           Kemudian diberi fenobarbital 30 mg i.v/i.m           Bila masih kejang diberi fenitoin 15 mg/ kg i.v dilanjutkan 2 mg /kg tiap 12 jam.           Infus Dektrose 10%  6o cc/ kg           Beri kalsium glukonas 2 ml/ kg  dalam waktu 5-10 menit. | |

****

RANGKUMAN

* Kejang adalah kelainan sistem saraf pusat yang terjadi secara mendadak dengan manifestasi klinik kehilangan koordinasi neuromotorik. Kejang pada bayi baru lahir adalah kejang yang timbul dalam masa neonatus atau dalam 38 hari sesudah lahir.
* Kejang pada neonatus dibagi menjadi 4 jenis, yaitu kejang subtle, klonik, tonik dan mioloklonik. Tanda dan gejalanya yaitu Tremor, hiperaktif, kejang- kejang, tiba- tiba menangis melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran pergerakan-pergerakan yang tidak terkendali (involuntary movements), nistagmus atau mata mengedip- mngedip  paroksiksmal.
* Bentuk penanganannya yaitu mengatasi kejang dengan memberikan obat anti kejang, menjaga jalan nafas tetap bebas, mencari faktor penyebab kejang, mengobati penyebab kejang.
* Sepsis neonatorum ialah infeksi berat yang diderita neonatus dengan gejala sistemik dan terdapat bakteri didalam darah. Perjalanan penyakit sepsis dapat berlangsung cepat sehingga sering kali tidak terpantau tanpa pengobatan yang memadai, sehingga neonatus dapat meninggal dalam waktu hitungan 24 sampai 48 hari.



**TUGAS**

Demonstrasi dan praktik mandiri keterampilan resusitasi pada BBL (lanjutan) !

**POST TEST**

Ny. M GVI PIII AII umur 34 tahun, hamil 29 minggu, datang ke rumah sakit dengan keluhan perdarahan pervaginam merah kehitaman, nyeri perut menetap, gerakan janin tidak dirasakan oleh ibu, sebelumnya ibu mengaku pernah terpleset dan jatuh terduduk. Hasil pemeriksaan DJJ (-), palpasi ditemukan perut teraba keras TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36OC.

1.  Diagnosis yang dapat ditegakkan pada kasus di atas adalah ....

a.       Vasa previa

b.      Plasenta previa

c.       Solutio placenta

d.      Placenta letak rendah

e.       Hipertensi dalam [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

2.  Faktor predisposisi kasus Ny. M adalah ....

a.       Usia ibu

b.      Riwayat hipertensi

c.       Grandemulti gravida

d.      [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) trimester III

e.       Gerakan janin yang aktif

3.   Komplikasi yang terjadi pada kasus di atas adalah ....

a.       Bayi Baru Lahir Normal

b.      Kecil Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

c.       Besar Masa [Kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

d.      Intra Uterine Foetal Death\

e.       Partus Prematur

4.  Komplikasi yang terjadi pada Ny. M adalah...

a.       Syok sepsis

b.      Syok anafilaktik

c.       Syok haemoragic

d.      Syok neurogenic

e.       Syok hipovolemik

5.  Tindakan yang dapat dilakukan pada Ny. M di RS adalah ....

a.       Vacum ekstrasi

b.      Tirah baring total

c.       Pimpin [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

d.      Persiapan seksio sesaria

e.       Pantau kemajuan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

KUNCI JAWABAN

1. C
2. C
3. D
4. D
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL XII. DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Dokumentasi Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan dokumentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum dokumentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal dengan kuis.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan dokumentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan dokumentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, kuis
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan kuis

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

**Dokumentasi**

                   Dokumentasi berasal dari kata ‘dokumen’ yang berarti ‘bahan pustaka’ , baik berbentuk tulisan maupun berbentuk rekaman lainnya seperti pita suara/kaset, video, film, gambar dan foto (Suyono trimo 1987, hal 7 ). Dokumentasi dalam bahasa inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan diatasnya.

Dokumentasi dalam bidang kesehatan atau kebidanan adalah suatu pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (bidan,dokter/perawat dan petugas kesehatan lainnya). Pendokumentasian dari asuhan  kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik.

Dokumentasi kebidanan menurut SK Menkes RI No 749 a adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas : anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan Unit Rawat Inap.

Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang member bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

**B.  Pengertian Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah proses Pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk Mengorganisasi pikiran serta tindakan berdasar kan teori yang ilmiah. Penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian Tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen asuhan pada kebidanan Antenatal terdiri dari 7 langkah yang berurutan di mulai dengan pengumpulan data dasar hingga evaluasi.

**C.  Metode Pendokumentasian**

    Metode pendokumentasian yaitu dengan menggunakan metode SOAPIER, SOPIED, SOAPIE dan SOAP. Semua metode dokumentasi memiliki kesamaan dalam pengkajiannya, tetapi dari semua metode tersebut yang dipakai dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada saat ini, yaitu memakai metode SOAP. S merupakan Data Subjektif, O = Data Objektif, A = Analisa/ Assessment/ Pengkajian dan P = Plan/ Planning/ Perencanaan.

Alasan pemakaian SOAP dalam pendokumentasian asuhan kebidanan, yaitu :

1.       Karena SOAP merupakan pencatatan yang memuat kemajuan informasi yang sistemis, mengorganisasikan penemuan kesimpulan sehingga terbentuk suatu rencana asuhan.

2.      SOAP merupakan intisari dari manajemen kebidanan untuk penyediaan pendokumentasian.

3.      SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan mengorganisasikan pikiran dalam pemberian asuhan yang bersifat komprehensif.

**D.  Langkah-langkah Dalam Manajemen Varney**

1.     Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan, menilai keadaan klien secara keseluruhan

a.    Pengkajian Data

Data yang harus dikumpulkan pada pasien dengan gangguan system reproduksi, meliputi : biodata/ identitas baik pada pasien maupun suami / keluarga, data sunjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan labolatorium / penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari pasien dan suami / keluarganya, meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap.

Data subjektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi :

1)      Keluhan utama dan kunjungan saat ini kunjungan pertama atau kunjungan ulang.

2)     Riwayat perkawinan, terdiri atas : status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.

3)     Riwayat menstruasi, meliputi : HPMT, siklus menstruasi, lama menstruasi, dismenorhroe, perdarahan pervaginam dan fluor albus.

4)     Riwayat onstetri para (P)… Abortus (Ab)… Anak Hidup (Ah)…, meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi kurang dari 2. 500 gram atau lebih dari 4. 000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

5)     Riwayat keluarga berencana, meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga, dan tempat saat pemasangan dan berhenti , keluhan atau alas an berhenti.

6)     Riwayat kesehatan, meliputi : riwayat penyakit sistemik yang sedang / pernah diderita (penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS, riwayat penyakit sistemik keluarga, riwayat penyakit ginekologi dan riwayat penyakit sekarang.

7)     Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat atau makanan.

8)     Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygine, aktifitas dan istirahat.

9)     Keadaan psikologis meliputi : pengetahuan dan respon pasien terhadap keluhan / kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga dirumah, respon keluarga terhadap keadaan pasien, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga dan pilihan mendapatkan pengobatan.

Data objektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi :

a)    Pemeriksaan fisik, meliputi :

1.     Keadaan umum, meliputi kesadaran, keadaan emosi dan postur badan pasien selama pemeriksaan, BB.

2.    Tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan.

3.    Kepala dan leher, meliputi : edema wajah, mata (kelopak mata pucat, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan, keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher (pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe).

4.    Abdomen, meliputi : adanya bentuk, adanya bekas luka, benjolan / masa tumor, nyeri  tekan.

5.    Ekstremitas, meliputi : edema tangan dan kaki,  pucat pada kuku jari, reflex patella, varices.

6.    Genitalia, meliputi : luka, varices, kandiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan gatal /panas), keadaan kelenjar bartolini (pembengkakan, cairan, kist), nyeri tekan, hemaroid dan kelainan lain.

7.    Punggung ada kelainan atau tidak.

8.    Kebersihan kulit.

b). Pemeriksaan ginekologi

Inspekulo, meliputi : keadaan serviks (cairan / darah, luka / peradangan / tanda-tanda keganasan), keadaan dinding vagina (cairan / darah, luka).

Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan / goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya masa.

c)    Pemeriksaan penunjang

Pada kondisi tertentu, pasien harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan  menegakkan diagnosis pasien.

Beberapa pemeriksaan labolatorium yang harus dilakukan pada pasie dengan gangguan reproduksi, adalah pemeriksaan melalui sampel darah, secret / cairan pervaginam, atau biopsy pemeriksaan diagnostic, antara lain : USG. Histerosalfinngografi (HSG) atau laparaskopi dan lain-lain.

2.    Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretansi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretansikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Contoh :    Diagnosis   :  P3 Ab0 Ah3 umur 25 tahun dengan kistoma ovarii.

Masalah       :  perasaan mual terus menerus, tidak sampai muntah.

Kebutuhan    : konseling tentang penyebab mual dan nutrisi yang adekuat.

3.    Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan mengantisipasi penangannya

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Contoh :

Diagnosis potensial : kistoma ovarii potensial terjadi keganasan.

Masalah potensial : mual terus menerus potensial kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi.

4.    Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta berdasarkan kondisi klien

                   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesenambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

                    Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menuggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan bertindak cepat, antara lain :

Secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerja sama dengan bagian diit untuk meneentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesislis untuk memeriksa Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

5.    Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah yang selanjutnya

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesenambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menuggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan bertindak cepat, antara lain :

Secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerja sama dengan bagian diit untuk meneentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesislis untuk memeriksa Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

6.    Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidansebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan ssendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya ( misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana ).

Bila perlu berkolabarasi dengan doktert misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan

7.    Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif

Pada langkah ini dievaluasi keekfektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apa bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkenbangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai batasan ideal anak.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencaana tersebut terlaksanana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang kesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan yang terdri dari atas tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan / diterapkan  dalam setiap situasi.

**E.    Tujuan Dokumentasi**

Macam-macam tujuan dari dokumentasi :

Sebagai dokumen rahasia yang mengidentifikasi pasien yang dibuat oleh tenaga kesehatan, mempunyai tujuan dokumentasi, antara lain :

1.         Sebagai alat komunikasi antar tim kesehatan

Merupakan alat komunikasi bagi tenaga kebidanan walaupun para tenaga-tenaga kebidanan berkomunikasi secara lisan tetapi catatan kebidanan di perlukan karena sifatnya permanen. Catatan dalam kebidanan ini berguna untuk :

a.        Koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang.

b.        Mencegah pemberian informasi yang berulang-ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan lainnya.

c.        Mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam pelaksanaan asuhan kebidanan.

d.        Membantu tenaga kebidanan menggunakan waktu yang sebaik-baiknya serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih.

2.        Mempunyai aspek financial ekonomi

Suatu berkas pencatatan mempunyai nilai ekonomi karena isinya dapat dijadikan bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit atau unit pelayanan lainnya. Tanpa adanya bukti pencatatan tindakan maka pembayaran tidak dapat di pertanggung jawabkan.

3.        Bermanfaat untuk materi penelitian.

Dengan mempelajari asuhan kebidanan dan pengobatan terhadap sejumlah pasien dengan penyakit yang sama maka informasi yang diperoeh akan membantu untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien dengan penyakit yang sama.

4.        Sebagai mekanisme peryanggung jawaban

a.        Dapat diperrtanggung jawabkan kwalitas kebenarannya

b.        Secara hukum untuk melindungi tenaga kesehatan

5.        Metode pengumpulan Data

a.        Mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi

b.        Sebagai bahan penelitian

c.        Kemajuan pasien yang reliable (objektif)

**F.  Sasaran Manajemen Kebidanan**

Bidan sesuai dengan perannya sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajibsan memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh pasien atau klien dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut, serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan didalam melaksanakn asuhan dan pelayanan kebidanan.

Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu, akan tetapi dapat juga diterapkan didalam pelaksanakan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat. Manajemen kebidanan mendorong bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional, sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam memecahkan masalah pasien dan kliennya. Dan kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu atau anak yang sehat, dapat dicapai.

Sebagaimana dikemukakan diatas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggung jawab bidan, maka sasaran manajemen kebidanan ditujukan baik kepada individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat. Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan didalam melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawabnya.

****

RANGKUMAN

* Dokumentasi kebidanan menurut SK Menkes RI No 749 a adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas : anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan Unit Rawat Inap.
* Bidan sesuai dengan perannya sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajibsan memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh pasien atau klien dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut, serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan didalam melaksanakn asuhan dan pelayanan kebidanan.



**TUGAS**

Lakukan Kuis !

**POST TEST**

Seorang ibu usia 24 tahun G1P0A0, mengeluh mual muntah, susah tidur, cepat lelah, urin berwarna cokelat seperti teh sejak 2 minggu yang lalu, TD : 100/70 mmhg, Nadi : 80x/i, pernapasan 22x/i, T : 37 c. pada pemeriksaan fisik muka kuning pucat, konjungtiva pucat, sclera kuning, kuku kuning pucat, Hb 10 gr%.

1.  Apakah diagnosa yang tepat pada kasus diatas ?

a.       Kehamilan ektopik c. Hiperemisis gravidarum e. pre-eklamsi

b.      Endometriosis d. Hepatitis kehamilan

2.  Pemeriksaan penunjang yang dilkukan dalam pemeriksaan darah berupa ?

a.       Bilirubin total c. SGOT dan SGPT e. a,b dan c benar

b.      Bilirubin direct d. Kolestrol

3.  Komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan ibu adalah ?

a.       Abortus c. Diabetes Melitus e. a dan b benar

b.      Partus prematurus d. KET

4.  Komplikasi yang dapat terjadi pada janin adalah ?

a.      Prematurus c. Makrosomia e. a dan b benar

b.      KJDK d. Anencepali

5.  Sebagai bidan pendidikan kesehatan yang dapat diberikan adalah ?

a.       Istirahat total

b.      Meningkatkan karbohidrat

c.       Pemberian protei yang sesuai

d.      Menigkatkan lemak

e.       a, b dan c benar

KUNCI JAWABAN

1. D
2. E
3. E
4. E
5. E

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL XIII. ASUHAN KEBIDANAN KASUS KEGAWATDARURATAN MATERNAL**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Kasus Kegawatdaruratan Maternal
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan maternal.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan maternal dengan presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan maternal

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan maternal l

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

**Dokumentasi**

                   Dokumentasi berasal dari kata ‘dokumen’ yang berarti ‘bahan pustaka’ , baik berbentuk tulisan maupun berbentuk rekaman lainnya seperti pita suara/kaset, video, film, gambar dan foto (Suyono trimo 1987, hal 7 ). Dokumentasi dalam bahasa inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan diatasnya.

Dokumentasi dalam bidang kesehatan atau kebidanan adalah suatu pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (bidan,dokter/perawat dan petugas kesehatan lainnya). Pendokumentasian dari asuhan  kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik.

Dokumentasi kebidanan menurut SK Menkes RI No 749 a adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas : anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan Unit Rawat Inap.

Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang member bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

**B.  Pengertian Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah proses Pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk Mengorganisasi pikiran serta tindakan berdasar kan teori yang ilmiah. Penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian Tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen asuhan pada kebidanan Antenatal terdiri dari 7 langkah yang berurutan di mulai dengan pengumpulan data dasar hingga evaluasi.

**C.  Metode Pendokumentasian**

    Metode pendokumentasian yaitu dengan menggunakan metode SOAPIER, SOPIED, SOAPIE dan SOAP. Semua metode dokumentasi memiliki kesamaan dalam pengkajiannya, tetapi dari semua metode tersebut yang dipakai dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada saat ini, yaitu memakai metode SOAP. S merupakan Data Subjektif, O = Data Objektif, A = Analisa/ Assessment/ Pengkajian dan P = Plan/ Planning/ Perencanaan.

Alasan pemakaian SOAP dalam pendokumentasian asuhan kebidanan, yaitu :

1.       Karena SOAP merupakan pencatatan yang memuat kemajuan informasi yang sistemis, mengorganisasikan penemuan kesimpulan sehingga terbentuk suatu rencana asuhan.

2.      SOAP merupakan intisari dari manajemen kebidanan untuk penyediaan pendokumentasian.

3.      SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan mengorganisasikan pikiran dalam pemberian asuhan yang bersifat komprehensif.

**D.  Langkah-langkah Dalam Manajemen Varney**

1.     Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan, menilai keadaan klien secara keseluruhan

a.    Pengkajian Data

Data yang harus dikumpulkan pada pasien dengan gangguan system reproduksi, meliputi : biodata/ identitas baik pada pasien maupun suami / keluarga, data sunjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan labolatorium / penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari pasien dan suami / keluarganya, meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap.

Data subjektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi :

1)      Keluhan utama dan kunjungan saat ini kunjungan pertama atau kunjungan ulang.

2)     Riwayat perkawinan, terdiri atas : status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.

3)     Riwayat menstruasi, meliputi : HPMT, siklus menstruasi, lama menstruasi, dismenorhroe, perdarahan pervaginam dan fluor albus.

4)     Riwayat onstetri para (P)… Abortus (Ab)… Anak Hidup (Ah)…, meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi kurang dari 2. 500 gram atau lebih dari 4. 000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

5)     Riwayat keluarga berencana, meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga, dan tempat saat pemasangan dan berhenti , keluhan atau alas an berhenti.

6)     Riwayat kesehatan, meliputi : riwayat penyakit sistemik yang sedang / pernah diderita (penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS, riwayat penyakit sistemik keluarga, riwayat penyakit ginekologi dan riwayat penyakit sekarang.

7)     Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat atau makanan.

8)     Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygine, aktifitas dan istirahat.

9)     Keadaan psikologis meliputi : pengetahuan dan respon pasien terhadap keluhan / kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga dirumah, respon keluarga terhadap keadaan pasien, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga dan pilihan mendapatkan pengobatan.

Data objektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi :

a)    Pemeriksaan fisik, meliputi :

1.     Keadaan umum, meliputi kesadaran, keadaan emosi dan postur badan pasien selama pemeriksaan, BB.

2.    Tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan.

3.    Kepala dan leher, meliputi : edema wajah, mata (kelopak mata pucat, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan, keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher (pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe).

4.    Abdomen, meliputi : adanya bentuk, adanya bekas luka, benjolan / masa tumor, nyeri  tekan.

5.    Ekstremitas, meliputi : edema tangan dan kaki,  pucat pada kuku jari, reflex patella, varices.

6.    Genitalia, meliputi : luka, varices, kandiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan gatal /panas), keadaan kelenjar bartolini (pembengkakan, cairan, kist), nyeri tekan, hemaroid dan kelainan lain.

7.    Punggung ada kelainan atau tidak.

8.    Kebersihan kulit.

b). Pemeriksaan ginekologi

Inspekulo, meliputi : keadaan serviks (cairan / darah, luka / peradangan / tanda-tanda keganasan), keadaan dinding vagina (cairan / darah, luka).

Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan / goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya masa.

c)    Pemeriksaan penunjang

Pada kondisi tertentu, pasien harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan  menegakkan diagnosis pasien.

Beberapa pemeriksaan labolatorium yang harus dilakukan pada pasie dengan gangguan reproduksi, adalah pemeriksaan melalui sampel darah, secret / cairan pervaginam, atau biopsy pemeriksaan diagnostic, antara lain : USG. Histerosalfinngografi (HSG) atau laparaskopi dan lain-lain.

2.    Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretansi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretansikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Contoh :    Diagnosis   :  P3 Ab0 Ah3 umur 25 tahun dengan kistoma ovarii.

Masalah       :  perasaan mual terus menerus, tidak sampai muntah.

Kebutuhan    : konseling tentang penyebab mual dan nutrisi yang adekuat.

3.    Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan mengantisipasi penangannya

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Contoh :

Diagnosis potensial : kistoma ovarii potensial terjadi keganasan.

Masalah potensial : mual terus menerus potensial kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi.

4.    Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta berdasarkan kondisi klien

                   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesenambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

                    Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menuggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan bertindak cepat, antara lain :

Secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerja sama dengan bagian diit untuk meneentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesislis untuk memeriksa Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

5.    Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah yang selanjutnya

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesenambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menuggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan bertindak cepat, antara lain :

Secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerja sama dengan bagian diit untuk meneentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesislis untuk memeriksa Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

6.    Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidansebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan ssendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya ( misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana ).

Bila perlu berkolabarasi dengan doktert misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan

7.    Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif

Pada langkah ini dievaluasi keekfektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apa bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkenbangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai batasan ideal anak.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencaana tersebut terlaksanana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang kesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan yang terdri dari atas tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan / diterapkan  dalam setiap situasi.

**E.    Tujuan Dokumentasi**

Macam-macam tujuan dari dokumentasi :

Sebagai dokumen rahasia yang mengidentifikasi pasien yang dibuat oleh tenaga kesehatan, mempunyai tujuan dokumentasi, antara lain :

1.         Sebagai alat komunikasi antar tim kesehatan

Merupakan alat komunikasi bagi tenaga kebidanan walaupun para tenaga-tenaga kebidanan berkomunikasi secara lisan tetapi catatan kebidanan di perlukan karena sifatnya permanen. Catatan dalam kebidanan ini berguna untuk :

a.        Koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang.

b.        Mencegah pemberian informasi yang berulang-ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan lainnya.

c.        Mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam pelaksanaan asuhan kebidanan.

d.        Membantu tenaga kebidanan menggunakan waktu yang sebaik-baiknya serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih.

2.        Mempunyai aspek financial ekonomi

Suatu berkas pencatatan mempunyai nilai ekonomi karena isinya dapat dijadikan bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit atau unit pelayanan lainnya. Tanpa adanya bukti pencatatan tindakan maka pembayaran tidak dapat di pertanggung jawabkan.

3.        Bermanfaat untuk materi penelitian.

Dengan mempelajari asuhan kebidanan dan pengobatan terhadap sejumlah pasien dengan penyakit yang sama maka informasi yang diperoeh akan membantu untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien dengan penyakit yang sama.

4.        Sebagai mekanisme peryanggung jawaban

a.        Dapat diperrtanggung jawabkan kwalitas kebenarannya

b.        Secara hukum untuk melindungi tenaga kesehatan

5.        Metode pengumpulan Data

a.        Mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi

b.        Sebagai bahan penelitian

c.        Kemajuan pasien yang reliable (objektif)

**F.  Sasaran Manajemen Kebidanan**

Bidan sesuai dengan perannya sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajibsan memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh pasien atau klien dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut, serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan didalam melaksanakn asuhan dan pelayanan kebidanan.

Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu, akan tetapi dapat juga diterapkan didalam pelaksanakan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat. Manajemen kebidanan mendorong bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional, sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam memecahkan masalah pasien dan kliennya. Dan kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu atau anak yang sehat, dapat dicapai.

Sebagaimana dikemukakan diatas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggung jawab bidan, maka sasaran manajemen kebidanan ditujukan baik kepada individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat. Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan didalam melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawabnya.

****

RANGKUMAN

* Dokumentasi kebidanan menurut SK Menkes RI No 749 a adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas : anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan Unit Rawat Inap.
* Bidan sesuai dengan perannya sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajibsan memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh pasien atau klien dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut, serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan didalam melaksanakn asuhan dan pelayanan kebidanan.



**TUGAS**

Lakukan presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal!

**POST TEST**

Seorang ibu usia 24 tahun G1P0A0, mengeluh mual muntah, susah tidur, cepat lelah, urin berwarna cokelat seperti teh sejak 2 minggu yang lalu, TD : 100/70 mmhg, Nadi : 80x/i, pernapasan 22x/i, T : 37 c. pada pemeriksaan fisik muka kuning pucat, konjungtiva pucat, sclera kuning, kuku kuning pucat, Hb 10 gr%.

1.  Apakah diagnosa yang tepat pada kasus diatas ?

a.       Kehamilan ektopik c. Hiperemisis gravidarum e. pre-eklamsi

b.      Endometriosis d. Hepatitis kehamilan

2.  Pemeriksaan penunjang yang dilkukan dalam pemeriksaan darah berupa ?

a.       Bilirubin total c. SGOT dan SGPT e. a,b dan c benar

b.      Bilirubin direct d. Kolestrol

3.  Komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan ibu adalah ?

a.       Abortus c. Diabetes Melitus e. a dan b benar

b.      Partus prematurus d. KET

4.  Komplikasi yang dapat terjadi pada janin adalah ?

a.      Prematurus c. Makrosomia e. a dan b benar

b.      KJDK d. Anencepali

5.  Sebagai bidan pendidikan kesehatan yang dapat diberikan adalah ?

a.       Istirahat total

b.      Meningkatkan karbohidrat

c.       Pemberian protei yang sesuai

d.      Menigkatkan lemak

e.       a, b dan c benar

KUNCI JAWABAN

1. D
2. E
3. E
4. E
5. E

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL XIV. DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN NEONATAL**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Kasus Kegawatdaruratan Neonatal
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T : 2 SKS, P : 2 SKS)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan maternal neonatal.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan neonatal dengan presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu Biologi dasar dan perkembangan, ilmu social dan budaya dasar, konsep dasar manusia, konsep kebidanan, agama, kewarganegaraan, etikolegal dalam praktik kebidanan, asuhan kebidanan kehamilan, ketrampilan dasar kebidanan,komunikasi dalam praktik kebidanan, medical science, pendidikan karakter dan budi pekerti luhur, praktik ketrampilan dasar kebidanan, Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, praktik klinik kebidanan fisiologis.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan neonatal

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan kasus kegawatdaruratan neonatal

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan neonatal
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan neonatal

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Anik Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta : TIM.
8. Lilis Lisnawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM.
9. Mochtar, Roestam. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
10. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2009. Jakarta : JHPIEGO.
11. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. YBPSP.

materi

**Dokumentasi**

                   Dokumentasi berasal dari kata ‘dokumen’ yang berarti ‘bahan pustaka’ , baik berbentuk tulisan maupun berbentuk rekaman lainnya seperti pita suara/kaset, video, film, gambar dan foto (Suyono trimo 1987, hal 7 ). Dokumentasi dalam bahasa inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan diatasnya.

Dokumentasi dalam bidang kesehatan atau kebidanan adalah suatu pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (bidan,dokter/perawat dan petugas kesehatan lainnya). Pendokumentasian dari asuhan  kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik.

Dokumentasi kebidanan menurut SK Menkes RI No 749 a adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas : anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan Unit Rawat Inap.

Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang member bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

**B.  Pengertian Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah proses Pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk Mengorganisasi pikiran serta tindakan berdasar kan teori yang ilmiah. Penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian Tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen asuhan pada kebidanan Antenatal terdiri dari 7 langkah yang berurutan di mulai dengan pengumpulan data dasar hingga evaluasi.

**C.  Metode Pendokumentasian**

    Metode pendokumentasian yaitu dengan menggunakan metode SOAPIER, SOPIED, SOAPIE dan SOAP. Semua metode dokumentasi memiliki kesamaan dalam pengkajiannya, tetapi dari semua metode tersebut yang dipakai dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada saat ini, yaitu memakai metode SOAP. S merupakan Data Subjektif, O = Data Objektif, A = Analisa/ Assessment/ Pengkajian dan P = Plan/ Planning/ Perencanaan.

Alasan pemakaian SOAP dalam pendokumentasian asuhan kebidanan, yaitu :

1.       Karena SOAP merupakan pencatatan yang memuat kemajuan informasi yang sistemis, mengorganisasikan penemuan kesimpulan sehingga terbentuk suatu rencana asuhan.

2.      SOAP merupakan intisari dari manajemen kebidanan untuk penyediaan pendokumentasian.

3.      SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan mengorganisasikan pikiran dalam pemberian asuhan yang bersifat komprehensif.

**D.  Langkah-langkah Dalam Manajemen Varney**

1.     Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan, menilai keadaan klien secara keseluruhan

a.    Pengkajian Data

Data yang harus dikumpulkan pada pasien dengan gangguan system reproduksi, meliputi : biodata/ identitas baik pada pasien maupun suami / keluarga, data sunjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan labolatorium / penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari pasien dan suami / keluarganya, meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap.

Data subjektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi :

1)      Keluhan utama dan kunjungan saat ini kunjungan pertama atau kunjungan ulang.

2)     Riwayat perkawinan, terdiri atas : status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan.

3)     Riwayat menstruasi, meliputi : HPMT, siklus menstruasi, lama menstruasi, dismenorhroe, perdarahan pervaginam dan fluor albus.

4)     Riwayat onstetri para (P)… Abortus (Ab)… Anak Hidup (Ah)…, meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi kurang dari 2. 500 gram atau lebih dari 4. 000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

5)     Riwayat keluarga berencana, meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga, dan tempat saat pemasangan dan berhenti , keluhan atau alas an berhenti.

6)     Riwayat kesehatan, meliputi : riwayat penyakit sistemik yang sedang / pernah diderita (penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsy, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS, riwayat penyakit sistemik keluarga, riwayat penyakit ginekologi dan riwayat penyakit sekarang.

7)     Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat atau makanan.

8)     Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygine, aktifitas dan istirahat.

9)     Keadaan psikologis meliputi : pengetahuan dan respon pasien terhadap keluhan / kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga dirumah, respon keluarga terhadap keadaan pasien, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga dan pilihan mendapatkan pengobatan.

Data objektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi :

a)    Pemeriksaan fisik, meliputi :

1.     Keadaan umum, meliputi kesadaran, keadaan emosi dan postur badan pasien selama pemeriksaan, BB.

2.    Tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan.

3.    Kepala dan leher, meliputi : edema wajah, mata (kelopak mata pucat, warna sclera), mulut (rahang pucat, kebersihan, keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher (pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe).

4.    Abdomen, meliputi : adanya bentuk, adanya bekas luka, benjolan / masa tumor, nyeri  tekan.

5.    Ekstremitas, meliputi : edema tangan dan kaki,  pucat pada kuku jari, reflex patella, varices.

6.    Genitalia, meliputi : luka, varices, kandiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan gatal /panas), keadaan kelenjar bartolini (pembengkakan, cairan, kist), nyeri tekan, hemaroid dan kelainan lain.

7.    Punggung ada kelainan atau tidak.

8.    Kebersihan kulit.

b). Pemeriksaan ginekologi

Inspekulo, meliputi : keadaan serviks (cairan / darah, luka / peradangan / tanda-tanda keganasan), keadaan dinding vagina (cairan / darah, luka).

Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan / goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya masa.

c)    Pemeriksaan penunjang

Pada kondisi tertentu, pasien harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan  menegakkan diagnosis pasien.

Beberapa pemeriksaan labolatorium yang harus dilakukan pada pasie dengan gangguan reproduksi, adalah pemeriksaan melalui sampel darah, secret / cairan pervaginam, atau biopsy pemeriksaan diagnostic, antara lain : USG. Histerosalfinngografi (HSG) atau laparaskopi dan lain-lain.

2.    Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretansi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretansikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Contoh :    Diagnosis   :  P3 Ab0 Ah3 umur 25 tahun dengan kistoma ovarii.

Masalah       :  perasaan mual terus menerus, tidak sampai muntah.

Kebutuhan    : konseling tentang penyebab mual dan nutrisi yang adekuat.

3.    Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan mengantisipasi penangannya

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Contoh :

Diagnosis potensial : kistoma ovarii potensial terjadi keganasan.

Masalah potensial : mual terus menerus potensial kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi.

4.    Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta berdasarkan kondisi klien

                   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesenambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

                    Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menuggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan bertindak cepat, antara lain :

Secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerja sama dengan bagian diit untuk meneentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesislis untuk memeriksa Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

5.    Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah yang selanjutnya

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesenambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menuggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan bertindak cepat, antara lain :

Secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerja sama dengan bagian diit untuk meneentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesislis untuk memeriksa Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

6.    Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidansebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan ssendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya ( misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana ).

Bila perlu berkolabarasi dengan doktert misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan

7.    Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif

Pada langkah ini dievaluasi keekfektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apa bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkenbangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai batasan ideal anak.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencaana tersebut terlaksanana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang kesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan yang terdri dari atas tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan / diterapkan  dalam setiap situasi.

****

RANGKUMAN

* Dokumentasi kebidanan menurut SK Menkes RI No 749 a adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas : anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan Unit Rawat Inap.
* Bidan sesuai dengan perannya sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajibsan memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh pasien atau klien dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut, serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan didalam melaksanakn asuhan dan pelayanan kebidanan.

**TUGAS**

Lakukan presentasi asuhan kebidanan kegawatdaruratan neonatal !

**POST TEST**

Seorang ibu usia 24 tahun G1P0A0, mengeluh mual muntah, susah tidur, cepat lelah, urin berwarna cokelat seperti teh sejak 2 minggu yang lalu, TD : 100/70 mmhg, Nadi : 80x/i, pernapasan 22x/i, T : 37 c. pada pemeriksaan fisik muka kuning pucat, konjungtiva pucat, sclera kuning, kuku kuning pucat, Hb 10 gr%.

1.  Apakah diagnosa yang tepat pada kasus diatas ?

a.       Kehamilan ektopik c. Hiperemisis gravidarum e. pre-eklamsi

b.      Endometriosis d. Hepatitis kehamilan

2.  Pemeriksaan penunjang yang dilkukan dalam pemeriksaan darah berupa ?

a.       Bilirubin total c. SGOT dan SGPT e. a,b dan c benar

b.      Bilirubin direct d. Kolestrol

3.  Komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan ibu adalah ?

a.       Abortus c. Diabetes Melitus e. a dan b benar

b.      Partus prematurus d. KET

4.  Komplikasi yang dapat terjadi pada janin adalah ?

a.      Prematurus c. Makrosomia e. a dan b benar

b.      KJDK d. Anencepali

5.  Sebagai bidan pendidikan kesehatan yang dapat diberikan adalah ?

a.       Istirahat total

b.      Meningkatkan karbohidrat

c.       Pemberian protei yang sesuai

d.      Menigkatkan lemak

e.       a, b dan c benar

KUNCI JAWABAN

1. D
2. E
3. E
4. E
5. E

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.