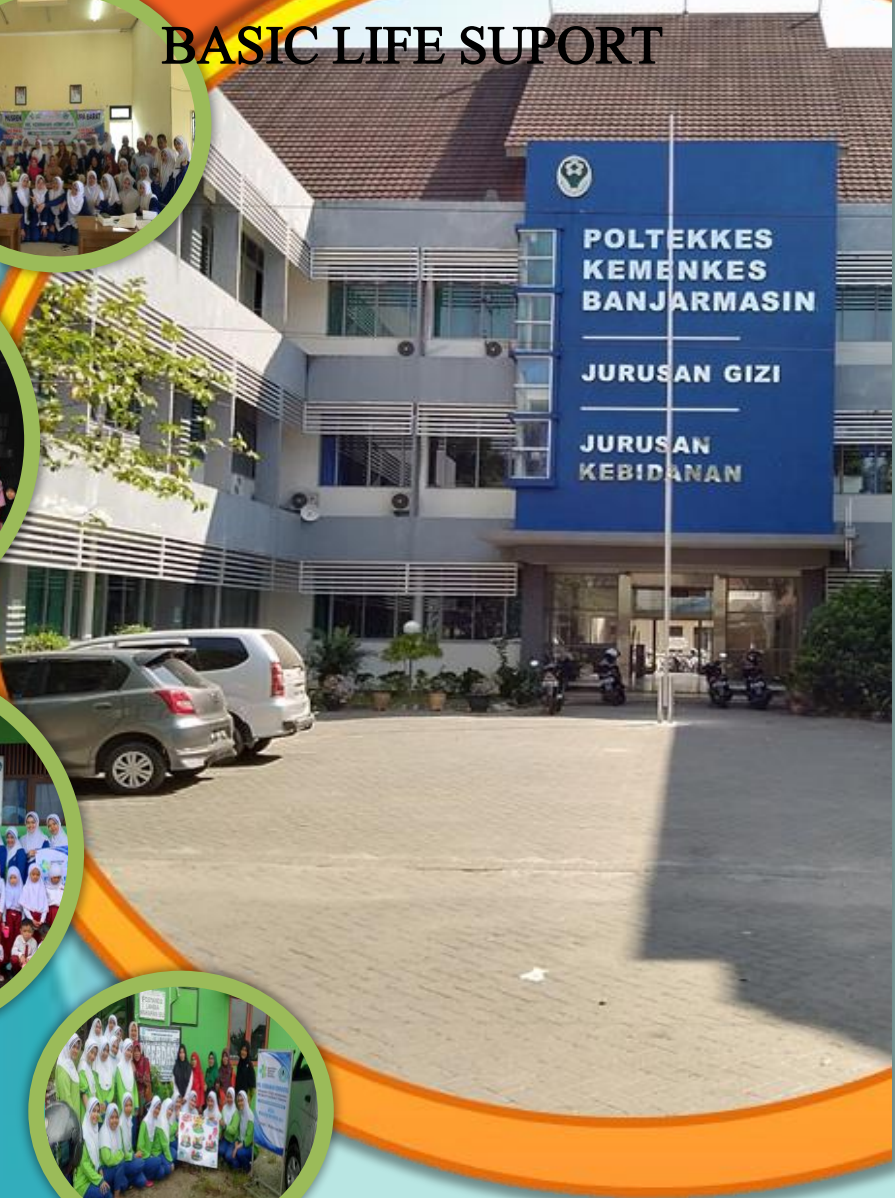




KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL PRAKTIK KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL & BASIC LIFE SUPORT



POLTEKKES
KEMENKES
BANJARMASIN

JURUSAN GIZI

JURUSAN
KEBIDANAN

MODUL PRAKTIK KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL & BASIC LIFE SUPORT (Lembar Kegiatan Mahasiswa)

Modul Praktik ini berisi topik :

TOPIK 1: Konsep Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

1. Penilaian awal kegawatdaruratan maternal neonatal
2. Penanganan awal secara cepat, tepat dan aman

TOPIK 2: Pencegahan infeksi dalam kegawatdaruratan maternal neonatal

3. Pemrosesan alat

TOPIK 3: Kegawatdaruratan pada hamil muda

4. Abortus
5. Kehamilan Ektopik
6. Molahidatidosa
7. Hiperemesis gravidarum

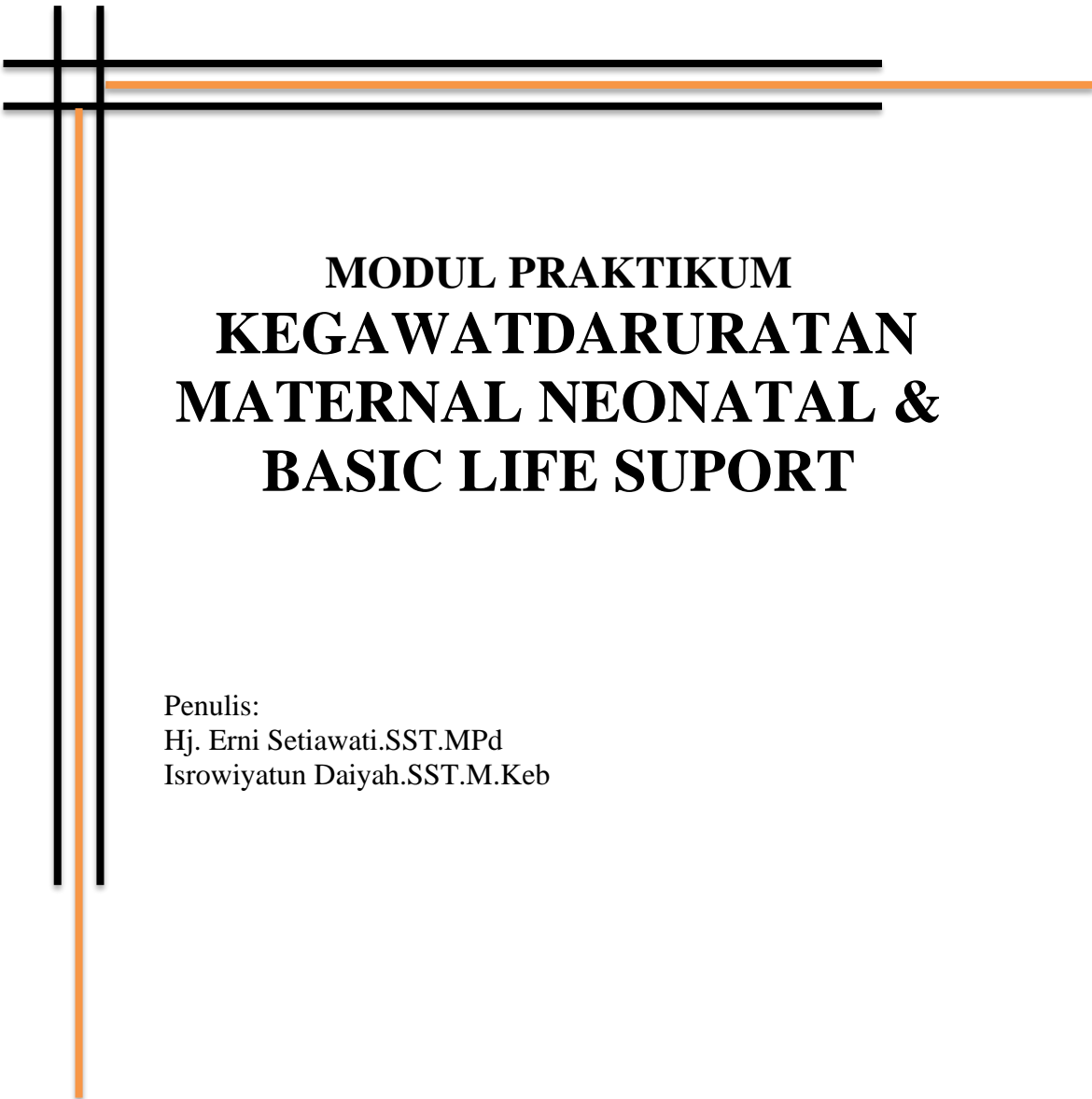
TOPIK 4:

10.
11.
12.
13.
14.

Penerbit:
Forum Ilmiah Kesehatan

ISBN 978-623-7307-70-9





MODUL PRAKTIKUM KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL & BASIC LIFE SUPORT

Penulis:

Hj. Erni Setiawati.SST.MPd

Isrowiyatun Daiyah.SST.M.Keb

Penerbit:

Forum Ilmiah Kesehatan

MODUL PRAKTIKUM

Kegawatdaruratan Maternal Neonatal & Basic Life Support

Oleh :

Hj. Erni Setiawati. SST.MPd

Isrowiyatun Daiyah. SST.M.Keb

Cetakan Pertama	: November 2018
Editor	: Serilaila, SKM.MPH
Tata Letak	: Serilaila, SKM.MPH
Tata Muka	: Hj. Erni Setiawati. SST.MPd

Diterbitkan Oleh: **Forum Ilmiah Kesehatan**

ISBN: 978-623-7307-70-9

© Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002.
Dilarang memperbanyak/menyebarkan dalam bentuk apapun
tanpa izin tertulis dari penerbit Prodi Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Banjarmasin

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT dan atas petunjuk-Nya maka penulis dapat menyelesaikan Modul Praktik mata kuliah Kegawatdaruratan Maternal Neonatal & Basic Life Support. Modul ini sebagai bahan bacaan selain buku-buku yang sama yang telah diterbitkan. Modul ini disusun atas dasar Kurikulum Nasional Berbasis Kompetensi untuk mahasiswa Program Diploma Tiga.

Modul ini disusun agar dapat memberikan deskripsi yang jelas, akurat sehingga mahasiswa dapat memahami asuhan kegawatdaruratan maternal neonatal & Basic Life Support.

Harapan kami agar mahasiswa lebih sering membaca dan mengaplikasikannya dalam kegiatan praktik dilahan praktik, kami juga berharap agar modul ini dapat dijadikan rujukan dalam menangani kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Basic Life Support.

Semoga modul praktik ini dapat bermanfaat dan berguna untuk perkembangan ilmu Kebidanan dan dapat menghantarkan lulusan diploma tiga kebidanan menjadi Bidan yang profesional beretika, berakhlak mulia, bermartabat, berinovasi, dan mandiri

Tim Dosen Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

DAFTAR KOMPETENSI



TOPIK 1: Konsep Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Kegiatan Belajar 1 : Penilaian awal kegawatdaruratan

TOPIK 2: Asuhan Kegawatdaruratan Pada Kehamilan

Kegiatan Belajar 2 : Abortus

Kegiatan Belajar 3 : Plasenta Previa

Kegiatan Belajar 4 : Solusio Plasenta

Kegiatan Belajar 5 : Pre Eklamsi dan Eklamsi

TOPIK 3: Kegawat Daruratan Pada Kala III dan IV Perdarahan Pasca Salin

Kegiatan Belajar 6 : Emboli Air Ketuban

Kegiatan Belajar 7 : Distosia Bahu

Kegiatan Belajar 8 : Persalinan Sungsang

Kegiatan Belajar 9 : Atonia Uteri

Kegiatan Belajar 10 : Retensio Plasenta

TOPIK 4: Kegawatdaruratan Ibu Nifas Sepsis Puerperium

Kegiatan Belajar 11 : Sepsis Puerpuralis

TOPIK 5: Manajemen Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Resusitasi

Kegiatan Belajar 12 : Asfiksia Neonatorum

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR

iv

DAFTAR KOMPETENSI

v

DAFTAR ISI

ivi

Topik 1: Konsep Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

KB 1 Penilaian awal kegawatdaruratan

4

Topik 2: Asuhan Kegawatdaruratan Pada Kehamilan

KB 2 Abortus

.....

 14

KB 3 Plasenta Previa

.....

 17

KB 4 Solusio Plasenta

.....

 19

KB 5 Pre Eklamsi dan Eklamsi

.....

 21

Topik 3: Kegawat Daruratan Pada Kala III dan IV Perdarahan

Pasca Salin

KB 6 Emboli Air Ketuban

.....

 24

KB 7 Distosia Bahu

.....
.....
26

KB 8 Persalinan Sungsang

.....
.....
30

KB 9 Atonia Uteri

.....
.....
30

KB 10 Retensio Plasenta

.....
.....
36

Topik 4: Kegawatdaruratan Ibu Nifas Sepsis Puerperium

KB 11 Sepsis Puerpuralis

.....
.....
39

Topik 5: Manajemen Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Resusitasi

KB 12 Asfiksia Neonatorum

.....
.....
42

TOPIK 1
Konsep Kegawatdauatan maternal Neonatal dan Basic Life Supot

KB 1 . Penilaian awal kegawatdaruratan

Pendahuluan Topik 1

Pada topik ini akan dibahas tentang penilaian awal pada kasus kegawatdaruratan sehingga anda dapat membeikan tindakan yang cepat dan tepat , sebab kasus kasus kegawatdaruratan maternal neonatal kalau tidak segera diberikan tindakan akan berakibat kesakitan bertambah berat dan bahkan akan menyebabkan kematian bagi ibu dan juga bayinya.

Mengenal kasus kegawatdaruratan obstetrik secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Mengingat manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan obstetri yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, mengenal kasus tersebut tidak selalu mudah dilakukan, bergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir dan daya analisis, serta pengalaman tenaga penolong. Kesalahan ataupun kelambatan dalam menentukan kasus dapat berakibat fatal. Dalam prinsip, pada saat menerima setiap kasus yang dihadapi harus dianggap gawatdarurat atau setidaknya dianggap berpotensi gawatdarurat, sampai ternyata setelah pemeriksaan selesai kasus itu ternyata bukan kasus gawatdarurat

Dalam menanagani kasus kegawatdaruratan, penentuan permasalahan utama (diagnosa) dan tindakan pertolongannya harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan tenang tidak panik, walaupun suasana keluarga pasien ataupun pengantarnya mungkin dalam kepanikan.Semuanya dilakukan dengan cepat, cermat, dan terarah. Walaupun prosedur pemeriksaan dan pertolongan dilakukan dengan cepat, prinsip komunikasi dan hubungan antara dokter-pasien dalam menerima dan menangani pasien harus tetap diperhatikan.

Modul praktik ini disusun agar mahasiswa dapat memahami bagaimana cara menilai awal pada kasus kegawatdaruratan sehingga dfapat menentukan tindakan selanjutnya dengan cepat, tepat dan aman

Modul ini ddpap digunakan untuk memantau kemajuan belajar yang telah dicapai dan mengetahui apa yang perlu diperbaiki. Dalam melaksanakan praktik ini tidak bias sendirian tapi buat kelompok yang dalam satu kelompok terdiri dari 3 orang ,satu berperan sebagai observer, dan dua lainnya berperan sebagai klien dan anggota keluarga. Setelah tindakan dipraktikan, observer melakukan evaluasi atas semua tindakan yang sudah dilakukan yang bertujuan untuk memberikan umpan balik tentang kegiatan yang sudah dilaksanakan,dan dapat dilakukan perbaikan atas kekurangan-kekurangan dari tindakan tersebut (pengetahuan, sikap dan kerampilan) pada kegiatan pembelajaran selanjutnya. Pedoman praktik ini digunakan dalam usaha untuk meningkatkan ketrampilan oleh karena itu penilaian harus dilakukan secara hati-hati dan seobjektif mungkin.

Tujuan kegiatan belajar praktik adalah:

Setelah melakukan kegiatan belajar praktik di laboratorium kelas mahasiswa dapat melakukan penilaian secara cepat, tepat pada kasus kegawatdaruratan.

Selama kegiatan praktik mahasiswa dibimbing oleh instruktur/pembimbing/dosen pengampu mata kuliah.

Bimbingan dilakukan :

Pada awal pembelajaran praktik laboratorium praktikan akan mendapatkan penjelasan dan selalu didahului demonstrasi oleh instruktur pengampu mata kuliah secara klasikal, Selanjutnya praktikan melakukan praktik yang dilakukan secara berkelompok antara 4-5 orang secara bergantian sesuai dengan kelompok yang telah ditentukan.

Semua anggota kelompok praktik memegang daftar tilik .

Sebelum praktik dilaksanakan harus mengisi daftar peminjaman alat dan penggunaan ruang laboratorium.

Kemudian praktikan melakukan praktik secara mandiri dengan kelompok dan melanjutkan penilaian mandiri dengan daftar tilik.

Dinyatakan trampil apabila praktikan mendapatkan penilaian berdasarkan tiga kriteria sebagai berikut :

- 0 Perlu perbaikan: langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya atau ada langkah yang tidak dikerjakan
- 1 Mampu: langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak dilakukan secara efisien.
- 2 Mahir: langkah-langkah dilakukan dengan efisien, sesuai dengan urutannya dan tepat.

Konsep kegawatdaruratan maternal neonatal & Basic life support

Teori Singkat

Kegawatdaruratan adalah suatu keadaan kritis akut yang mengancam nyawa dan mengakibatkan kecacatan, yang dapat menimpa seseorang dan sekelompok masyarakat yang dapat terjadi dimana saja, kapan saja dalam skala yang dapat diatasi setempat.

Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu yang disingkat dengan SPGDT, dilandasi dengan pengelolaan waktu (*Time Management*) yang merupakan implementasi dari "*Time Saving Is A life and Limb Saving*" mengandung unsur kecepatan atau *quick response* dan ketepatan berupa pertolongan pertama ditempat kejadian oleh awam dan awam khusus yang terlatih, dan tenaga kesehatan profesional kegawatdaruratan, ambulans, dokter sebagai ujung tombak, dan bila perlu rujukan ke rumah sakit

SPGDT-S sehari-hari adalah rangkaian upaya pelayanan gawatdarurat yang saling terkait yang dilaksanakan ditingkat pra rumah sakit – rumah sakit –antar rumah sakit yang terjalin dalam suatu sistem. Bertujuan agar korban/pasien tetap hidup meliputi berbagai rangkaian kegiatan sebagai berikut :

1. Pra Rumah Sakit
 - a. Diketahui adanya penderita gawatdarurat oleh masyarakat
 - b. Penderita gawatdarurat dilaporkan ke unit gawatdarurat agar mendapatkan pertolongan medik
 - c. Pertolongan ditempat kejadian dilakukan oleh masyarakat awam atau awam khusus
 - d. Pengangkutan penderita kegawatdaruratan untuk pertolongan lanjutan dari tempat kejadian ke rumah sakit (sistem pelayanan ambulans)
2. Dalam Rumah Sakit
 - a. pertolongan di unit gawatdarurat rumah sakit
 - b. pertolongan dikamar bedah (jika diperlukan)
 - c. pertolongan di ICU/ICCU
3. Antar Rumah Sakit
 - a. Rujukan ke Rumah Sakit lain
 - b. Organisasi dan komunikasi

Manajemen jalan nafas dan pernafasan

Tujuan Praktik

Setelah melakukan pembelajaran praktik, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mampu mengetahui sumbatan jalan nafas dan pengelolannya
2. Mengenali tanda – tanda gangguan pada system pernapasan
3. Dapat melakukan tehnik-tehnik menjaga jalan nafas
4. Dapat membebaskan jalan nafas secara manual ataupun dengan alat
5. Dapat memberikan dan melakukan terafi oksigen

A. Sistem Respirasi :

Manusia membutuhkan suplai oksigen secara terus menerus untuk proses respirasi sel, dan membuang kelebihan karbondioksida sebagai limbah beracun produk dari proses tersebut. Oksigen masuk kedalam tubuh melalui perantaraan alat pernapasan yang berada diluar. Pada manusia alveolus yang terdapat di paru-paru berfungsi sebagai permukaan untuk tempat pertukaran gas

B. Airway (jalan nafas)

Sumbatan jalan nafas yang berat atau total dapat mengakibatkan kematian dalam beberapa menit kalau tidak dikelola dengan benar

Pada orang yang tidak sadar mudah terjadi sumbatan jalan nafas yang disebabkan oleh jatuhnya pangkal lidah kebelakang ataupun karena benda asing. Sumbatan jalan nafas karena benda asing merupakan penyebab henti jantung dan dapat dicegah

C. Mengenali Sumbatan Benda Asing

Adanya sumbatan jalan nafas karena benda asing harus dicurigai pada seseorang yang mendadak mengalami kesulitan bernafas dan menjadi biru (sianosis) dan tidak sadar dengan sebab yang tidak jelas. Benda asing dapat menyebabkan sumbatan jalan nafas sebagian atau total. Pada sumbatan jalan nafas sebagian, sikorban masih mampu bernafas (ada pertukaran gas), artinya pasien masih sadar dan dapat batuk meskipun ada suara *wheezing* diantara batuknya. Pada kondisi ini pasien disuruh batuk sampai benda asing keluar, pantau terus keadaan pasien, bila berkelanjutan segera minta bantuan layana gawatdarurat.

D. Macam – macam sumbatan jalan nafas

1. Obstruksi Total

Pada obstruksi total yang akut biasanya disebabkan tertelannya benda asing yang menyangkut dan menyumbat di pangkal

- #### 2. Obstruksi parsial , disebabkan oleh beberapa hal. Biasanya penderita masih dapat bernafas sehingga tibul berbagai macam suara, tergantung penyebabnya.

Penilaian Awal Kegawatdaruratan

Petunjuk Praktikan

1. Baca dan pahami materi tentang kegawatdaruratan maternal neonatal
2. Praktikan boleh menambah bacaan lain dengan melakukan penelusuran pustaka
3. Siapkan alat sesuai kegiatan praktik
4. Kerjakan kegiatan praktik secara individual

Tata Tertib

1. Praktikan wajib mentaati peraturan yang berlaku saat praktik
2. Kehadiran praktikan harus sesuai jadwal yang ditetapkan.
3. Berpenampilan sopan dan rapi sesuai atribut kampus.
4. Menandatangani daftar hadir praktik (terlampir) dan diketahui oleh pembimbing.
5. Bila praktikan berhalangan hadir, harus meminta ijin kepada pembimbing (sakit: melampirkan surat keterangan dokter, ijin: melampirkan surat keterangan dari orangtua/wali) dan harus menggantikan di hari lain sesuai kesepakatan dosen pembimbing dan praktikan.

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
Penilaian awal kegawatdaruratan jalan nafas dan nafas

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).				
1 : Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).				
2 : Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).				
PENILAIAN AWAL KEGAWATDARURATAN JALAN NAPAS DAN NAPAS				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Memposisikan pasien nyaman mungkin			
7.	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan			
8.	Menilai kesulitan bernapas (*)			
9.	Menilai sianosis sentral(*)			
10.	Gawat napas berat (Severe Respiratory Distress) (*)			
11.	Bebaskan jalan napas (*)			
12.	Membuat kesimpulan kemungkinan (Pneomonia, Anemia berat dengan gagal jantung, sumbatan jalan napas, asma			
13.	Lakukan penilaian sirkulasi (kulit keringat dingin, nadi cepat dan lemah			
14.	Lakukan pemeriksaan tekanan darah (mungkin syok bila sistolik < 90 mmHg atau nadi 110 permenit) (*)			
15.	Posisikan miring kiri dan kaki lebih tinggi dari dada			
16.	Pasang infus dengan cairan cepat (*)			
17.	Jaga pasien tetap hangat			
18.	Siapkan rujukan			

TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
17.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
18.	Menjaga privasi klien			
19.	Melakukan komunikasi dan merespon klien /keluarga			

**PERDARAHAN PERVAGINA
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0	:	Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).		
1	:	Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).		
2	:	Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).		
PENILAIAN AWAL KEGAWATDARURATAN PERDARAHAN PERVAGINA HAMIL MUDA				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Tanyakan /lakukan pemeriksaan apakah pasien : hamil muda, hamil tua, inpartu,post partum) (*)			
Hamil muda perdarahan banyak :				
7.	Pasang infus dengan tetesan cepat (*)			
8.	Beri oksitosin 10 IU/0.2 mg ergometrine IM (*)			
9	Ulangi oksitosin 10 IU/0.2 mg ergometrine IM/IV bila perdarahan masih berlangsung			
10.	Bila didapatkan abortus infeksius kolaborasikan untuk pemberian antibiotika yang adekuat (*)			
11.	Siapkan rujukan			
12.	Perdarahan ringan : pertimbangan adanya kehamilan/KET			
13	Kalau ada kemungkinan hamil, lakukan tindakan yang sesuai			
Kehamilan lanjut				
14.	Tidak melakukan periksa dalam (*)			
15.	Pasang infus tetesan cepat (*)			
Inpartu				
16.	Tidak melakukan periksa dalam (*)			

17.	Lakukan pemasangan infus tetesan cepat (*)			
Post partum Perdarahan < 300 ml / lebih				
18.	Masase fundus sampai uterus berkontraksi			
19.	Beri oksitosin 10 IU, teriak minta tolong			
20.	Pasang infus , dengan oksitosin 20 IU dengan tetesan 60 tetes/menit			
21.	Kosongkan kandung kemih kalau perlu lakukan kateterisasi			
22.	Periksa dan catat tekanan darah dan nadi			
23.	Bila plasenta belum lahir : lahirkan plasenta / manual plasenta			
24.	Beri antibiotik			
25.	Bila tidak berhasil siapkan rujukan			
26.	Bila plasenta lahir lengkap : keluarkan bekuan darah, sisa selaput ketuban			
27.	Bila uterus lembek beri oksitosin 10 IU/ ergometrine 0.2 mg IV			
28.	Lanjutkan cairan infus dengan 20 IU oksitosin dengan tetesan 30 tetes/menit			
29.	Lanjutkan masase sampai uterus teraba keras			
30.	Bila plasenta lahir tidak lengkap : lahirkan sisa plasenta			
31.	Beri antibiotic IM/IV			
32.	Tidak berhasil rujuk ke rumah sakit			
Bila masih tetap berdarah				
33.	Cek apakah ada laserasi jalan lahir, kalau ada lakukan penjahitan			
34.	Lakukan BMI /kompresi Aorta bimanual			
35.	Beri antibiotika			
36.	Lakukan rujukan			
Bila perdarahan berhenti				
37.	Lanjutkan drip oksitosin			
38.	Observasi ketat, catat tiap 30 menit selama 4 jam			
39.	Lihat perawatan post partum			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
14.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
15.	Menjaga privasi klien			
16.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
TIDAK SADAR / KONVULSI**

<p>Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:</p> <p>0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).</p> <p>1 : Dikerjakan kurang tepat(langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).</p> <p>2 : Dikerjakan dengan tepat(semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).</p>				
PENILAIAN AWAL KEGAWATDARURATAN TIDAK SADAR/KONVULSI				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Menanyakan keluarga : Apakah pernah tidak sadar/konvulsi sebelumnya Apakah hamil atau baru saja melahirkan			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Jaga jangan sampai jatuh, luka dan cari bantuan			
7.	Posisikan miring setelah konvulsi berhenti			
8.	Pasang infus dengan tetesan 30 tetes/ menit			
9	Bila hamil tua, atau post partum beri magnesium sulphate/ diazepam IV/rectal			
10.	Bila tsuhu >38° C, lihat demam pada kehamilan /post partum			
11.	Siapkan rujukan			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
12.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
13.	Menjaga privasi klien			
14.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
Nyeri perut yang sangat hebat (bukan inpartu normal)

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).				
1 : Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).				
2 : Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).				
PENILAIAN AWAL KEGAWATDARURATAN NYERI PERUT YANG HEBAT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Pasang infus			
7.	Bila diastole > 90 mmHg : beri cairan pelan (30 tetes/menit) Bila < 90 mmHg : beri cairan dengan tetesan cepat			
8.	Bila suhu > 38° beri antibiotika yang sesuai			
9.	Bila suhu > 38° disertai sesak napas, kaku kuduk, letargi, sangat lemah dan tidak bias berdiri beri arthemeter IM (bila tidak ada Quinine)			
10.	Beri glucosa			
11.	Siapkan rujukan dan rujuk ke rumah sakit			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
12.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
13.	Menjaga privasi klien			
14.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

TOPIK 2

ASUHAN KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN

Pendahuluan

Kehamilan merupakan hal yang fisiologis, namun secara mendadak bias menjadi keadaan patologis sehingga dapat mengancam jiwa ibu dan janin.

Keadaan patologis dapat diprediksi ataupun tidak bias diprediksi (mendadak), sehingga perlu mendapatkan perhatian yang serius, keadaan patologis berkaitan dengan keadaan kegawatdaruratan.

Peran petugas kesehatan sangat penting agar dapat melakukan deteksi awal, penatalaksanaan kegawatdaruratan serta melakukan rujukan, oleh karena itu petugas kesehatan memerlukan kompetensi khusus dalam melakukan asuhan kegawatdaruratan kehamilan sehingga penatalaksanaan bias dilakukan secara cepat, tepat dan benar

Setelah mempelajari topik 2 ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Memberikan asuhan kegawatdaruratan pada hamil muda
2. Memberikan asuhan kegawatdaruratan pada kehamilan lanjut

Modul ini disusun agar dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa dalam mendeteksi dan melakukan penanganan kegawatdaruratan.

Petunjuk :

1. Baca dengan seksama dan pahami materi yang dibahas
2. Kerjakan latihan tugas yang diberikan
3. Tanyakan pada instruktur/pembimbing bila kurang jelas
4. Buat ringkasan setelah selesai dipelajari

ABORTUS

Dasar Teori

Abortus adalah kehamilan yang terhenti prosesnya pada masa gestasi telah mencapai 22 minggu atau lebih dan berat janin 500 gram atau lebih

a. Mekanisme terjadinya Abortus

Mdimulai dengan terjadinya perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan sekitarnya. Sehingga menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing didalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkannya.

b. Penyebab Abortus

- a). wanita itu sendiri (maternal)
- b). Janin
- c). Sperma
- d). Penyebab eksternal
- e). Penyebab lain yang tidak diketahui

c. Klasifikasi Abortus

- a). Abortus Iminens atau abortus mengancam : terjadi perdarahan dari uterus dan hasil konsepsi masih berada didalam uterus tanpa adanya dilatasi serviks
- b). Abortus Insipiens, terjadi perdarahan dari uterus disertai dilatasi servik yang meningkat, mules yang sering dan kuat, perdarahan bertambah, hasil konsepsi masih ada dalam Rahim
- c). Abortus inkomplit
terjadi pengeluaran sebagian hasil konsepsi, pada pemeriksaan vagina kanalis servikalis terbuka, jaringan dapat diraba dalam cavum uteri, kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum
- d). Abortus komplit
seluruh hasil konsepsi sudah keluar semua, osteum uteri menutup, uterus mengecil
- e). Missed Abortion

keadaan dimana janin sudah meninggal tetapi tetap berada dalam Rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih

f). Abortus infeksius

Abortus yang disertai dengan infeksi pada genitalia

g). Abortus Septik

abortus infeksi berat disertai penyebaran kuman atau toksin kedalam peredaran darah atau perineum



Petuniuk

1. Baca dan pelajari lembar modul praktek
2. Siapkan alat dan bahan yang di butuhkan dalam penatalaksanaan abortus.
3. Ikuti petunjuk instruktur/pembimbing.
4. Tanyakan kepada instruktur/pembimbing tentang hal hal yang kurang di mengerti dalam pelaksanaan praktik.
5. Laporkan hasil setelah selesai melakukan tindakan.



Keselamatan Kerja

1. Bekerja secara hati -hati
2. Jaga privasi pasien
3. Bersikap empati pada klien.

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ABORTUS

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0	:	Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).		
1	:	Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).		
2	:	Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).		
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan Alat, susun secara ergonomis			
7.	Cuci tangan 7 langkah			
8.	Lakukan penilaian sistimatis dan pemeriksaan tanda- tanda vital			
9.	Jika terdapat tanda-tanda syok,lakukan penanganan syok			
10.	Pasang infus dengan tetesan cepat (500 ml dalam 2 jam pertama)			
11.	lakukan penanganan yang spesifik sesuai abortus yang terjadi.			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
12.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
13.	Menjaga privasi klien			
14.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

LATIHAN

1. Jelaskan macam-macam abortus
2. Bagaimana mekanisme terjadinya abortus

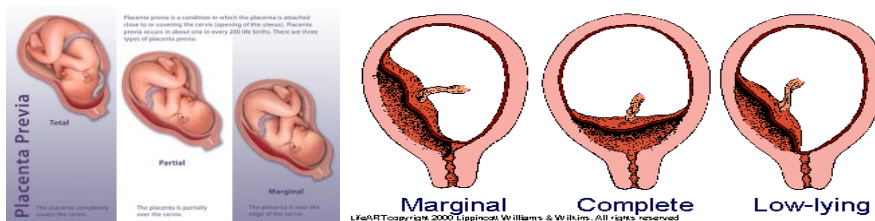
PLASENTA PREVIA

Teori Singkat

Plasenta previa adalah Plasenta dengan implantasi di sekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh OUI .Terjadi perdarahan pada kehamilan \pm 28 minggu,Sifat perdarahan terjadi tiba – tiba, tanpa rasa sakit,tanpa sebab yang jelas, dapat berulang

Pembagian Klinis :

1. Plasenta Previa totalis : menutupi seluruh OUI pada pembukaan 4 cm
2. PP partialis : menutupi sebagian OUI
3. PP marginalis : tepi plasenta berada sekitar pinggir OUI



Faktor Resiko Plasenta Previa :

Kelainan endometrium :

1. bekas operasi, curetase atau plasenta manual
2. mioma atau polip uteri
3. malnutrisi

Diagnosis Plasenta Previa :

1. Anamnesa
 - a. Perdarahan pada kehamilan \pm 28 minggu
 - b. Sifat perdarahan : terjadi tiba – tiba, tanpa rasa sakit,tanpa sebab yang jelas, dapat berulang, perdarahan encer dan menggumpal, ibu tampak anemis
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum bervariasi : dari normal hingga syok
 - b. Kesadaran bervariasi : dari baik hingga koma, kadang dijumpai tekanan darah, nadi, pernapasan dalam batas normal/meningkat, akral dingin, tampak anemis
3. Pemeriksaan khusus kebidanan :

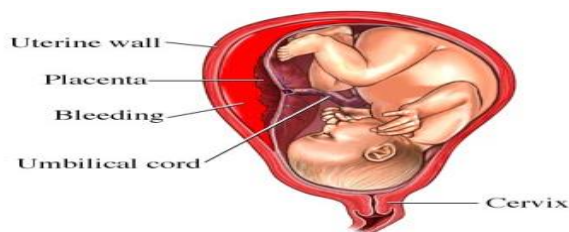
- a. Palpasi abdomen: janin belum cukup bulan, TFU sesuai usia kehamilan, kelainan letak janin dalam rahim & bagian terendah masih tinggi
- b. Pemeriksaan Denyut Jantung Janin : bervariasi
- c. Pemeriksaan Dalam : **hanya dilakukan di meja operasi**
- d. Pemeriksaan Penunjang : USG

Penanganan plasenta previa :

- a. Merupakan keadaan darurat kebidanan
- b. Harus segera melakukan operasi persalinan untuk menyelamatkan jiwa ibu dan anak
- c. Rujuk segera dengan dilengkapi pemasangan infus untuk mengimbangi perdarahan, sedapat mungkin diantar petugas, persiapkan donor untuk transfusi darah

SOLUSIO PLASENTA

Terlepasnya plasenta sebelum waktunya dari implantasi normal pada kehamilan trimester ketiga



Penyebab :

- trauma langsung terhadap uterus : terjatuh, tendangan anak yang sedang digendong, dll
- trauma kebidanan : versi luar, amniotomi
- kehamilan dengan tali pusat yang pendek : usia ibu yang tua, hipertensi, kekurangan asam folat

Solusio Plasenta Ringan

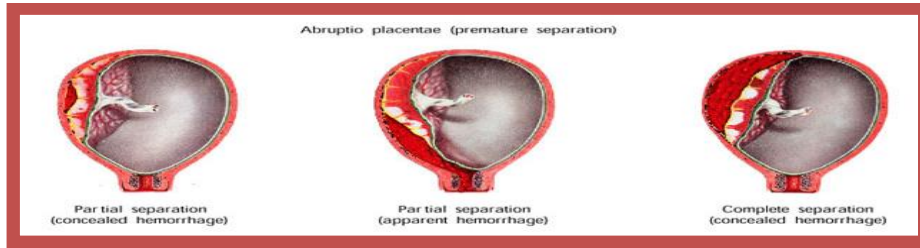
- Terlepasnya plasenta $< \frac{1}{4}$ luasnya tangan
- Tidak memberikan gejala klinis → ditemukan setelah persalinan
- Keadaan umum ibu & janin tidak terganggu
- Persalinan dapat berjalan dengan lancar, per-vaginam

Solusio Plasenta Sedang

- Terlepasnya plasenta $> \frac{1}{4}$ namun kurang dari bagian tangan
- Gejala klinis : perdarahan dengan rasa sakit, perut terasa tegang, gerakan janin berkurang, palpasi : bagian janin sulit diraba, asfiksia janin ringan – sedang, PD ; ketuban menonjol, dapat terjadi gangguan pembekuan darah

Solusio Plasenta Berat

- Lepasnya plasenta $>$ bagian tangan
- Terjadi perdarahan disertai rasa nyeri hebat
- Penyulit pada ibu : syok (tekanan darah menurun, nadi dan pernapasan meningkat), anemis, dapat terjadi gangguan pembekuan darah, abdomen tegang, bagian janin sulit diraba, dinding perut nyeri & janin telah meninggal, PD : ketuban tegang & menonjol



Penanganan Solusio Plasenta Ringan

- Perut sedikit tegang, perdarahan tidak terlalu banyak
- Keadaan janin masih baik, dapat dilakukan penanganan secara konservatif
- Jika perdarahan berlangsung terus & ketegangan makin meningkat serta janin masih baik → SC
- Perdarahan yang berhenti & keadaan baik, kehamilan preterm → rawat inap

Penanganan Solusio Plasenta Sedang - Berat

- Harus di Rumah Sakit karena dapat membahayakan jiwa
- Pemasangan infus dan transfusi darah
- Amniotomi
- Induksi persalinan atau SC

Kegiatan Belajar 5

PRE EKLAMSI DAN EKLAMSI

Teori singkat

Pre Eklamsi :

adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, proteinuria, dan edema yang timbul selama kehamilan atau sampai 48 jam postpartum (Bobak & Jensen, 1995). Sering terjadi pada trimester III kehamilan.

Pre-eklampsia dikenal juga dengan sebutan Pregnancy Induced Hipertension (PIH) gestosis atau toksemia gravidarum.

Petunjuk

1. Baca dan pelajari modul praktik ini
2. Siapkan alat dan bahan yang di butuhkan
3. Ikuti petunjuk instruktur/pembimbing.
4. Tanyakan kepada instruktur/pembimbing tentang hal hal yang kurang di mengerti dalam pelaksanaan praktik.
5. Laporkan hasil setelah selesai melakukan tindakan

Keselamatan Kerja

secara sistimatis

2. Lakukan pencegahan infeksi

Langkah kegiatan

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PRE EKLAMSI DAN EKLAMSI

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:

0 : **Tidak dikerjakan** (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).

1	:	Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).			
2	:	Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).			
Langkah Kegiatan		Kasus			
		0	1	2	
SIKAP DAN PERILAKU					
Langkah Kegiatan		Kasus			
		0	1	2	
1.		Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.		Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.		Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.		Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.		Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT					
Langkah Kegiatan		Kasus			
		0	1	2	
6.		Persiapan Alat : a. Alat partus b. MGSO4 c. Anti konvulsan d. antidotum			
7.		Cuci tangan 7 langkah			
8.		Pasang infus dengan jarum besar 16 G atau lebih dan anti kejang (MgSO4) dengan catatan refleks patella (+), pernafasan harus > 16 x/menit			
9.		Ukur keseimbangan cairan			
10.		Pasang kateter			
11.		Siapkan alat – alat pertolongan persalinan sesuai dengan yang dibutuhkan apabila syarat partus pervaginam terpenuhi.			
12.		Bila tidak lakukan rujukan. Dampingi pasien sampai ke tempat rujukan			
TEKNIK					
Langkah Kegiatan		Kasus			
		0	1	2	
13.		Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
14.		Menjaga privasi klien			
15.		Melakukan komunikasi dan merespon klien			

Topik 3

ASUHAN KEGAWATDARURATAN PERSALINAN

Pendahuluan

Tujuan dari asuhan persalinan adalah jangan sampai terjadi komplikasi, karena itu perlu dilakukan pencegahan sedini mungkin dengan melakukan deteksi dan pencegahan. Karena itu perlu adanya tenaga penolong persalinan yang terlatih, sehingga dapat melakukan pengawasan pada setiap kala dalam persalinan untuk mencegah komplikasi. Setelah selesai topik 3 ini dipelajari diharapkan praktikan dapat :

1. Mengidentifikasi kegawatdaruratan pada persalinan
2. Memberikan asuhan kegawatdaruratan pada persalinan

Petuniuk

1. Baca dan pelajari topik 3 ini
2. Siapkan alat dan bahan yang di butuhkan
3. Ikuti petunjuk instruktur/pembimbing.
4. Tanyakan kepada instruktur/pembimbing tentang hal hal yang kurang di mengerti dalam pelaksanaan praktik.
5. Buat laporan hasil setelah selesai melaksanakan praktik.

Keselamatan Kerja

1. Terapkan prinsip pencegahan infeksi.
2. Pastikan bahwa semua peralatan, perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik, semua peralatan harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
3. Berhati-hati saat menangani benda tajam.

RINGKASAN TEORI

Emboli air ketuban adalah dimana cairan ketuban memasuki pembuluh darah, sehingga terjadi gangguan pernapasan yang tiba-tiba bahkan sampai shock.

Mekanisme terjadinya diduga karena adanya kerusakan penghalang yang normal antara ibu dan janin, mengakibatkan bolus cairan amnion memasuki pembuluh darah ibu selanjutnya ke paru dan menyebabkan kegagalan perfusi secara masif, tidak bisa bernapas, dan terjadi renjatan/kejang

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL EMBOLI AIR KETUBAN

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0	:	Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).		
1	:	Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).		
2	:	Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).		
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan Alat			
7.	Cuci tangan 7 langkah			
8.	Berikan oksigen			
9.	Berikan morphin 0,01 – 0,02 sub cutan Atau atropis 0,001 – 0,003 IV perlahan – lahan. Atau papaverin 0,004 IV			
10.	Pasang torniket pada lengan dan tungkai untuk meringankan sisi kanan jantung.			
11.	Siapkan rujukan dan rujuk pasien			

TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
13.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
14.	Menjaga privasi klien			
15.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

Kegiatan Belajar 7

DISTOSIA BAHU

DASAR TEORI

Distosia Bahu adalah tersangkutnya bahu setelah kepala janin lahir atau ketidakmampuan melahirkan bahu dengan mekanisme atau cara biasa.

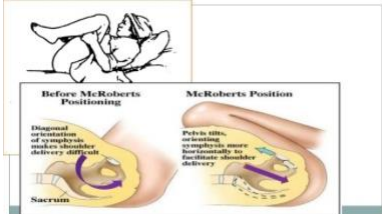
Penyebab :




1. Kelainan bentuk panggul
2. Diabetes Gestasional
3. Kehamilan postmatur
4. Riwayat distosia bahu
5. Ibu yang pendek
6. Macrosomia janin

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL DISTOSIA BAHU

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:

- | | |
|---|--|
| 0 | : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan). |
| 1 | : Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan). |

2 : Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Minta bantuan, jangan melakukan tarikan atau dorongan sebelum memastikan bahwa bahu posterior sudah masuk kepanggul (sulit untuk dilahirkan).			
7.	<p>a. Lakukan episiotomy yang luas untuk mengendorkan ketegangan yang menyulitkan bahu posterior masuk panggul atau</p> <p>b. Posisi Mc Robert atau posisi dada lutut</p>  <p>- Suruh ibu menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya.</p> <p>- Minta Dua asisten untuk membantu ibu mengatur posisinya sedemikian rupa.</p> <p>c. Metode Manuver Massanty:</p> <p>- Ibu tetap pada posisi seperti Mc Robert's, secara bersamaan mintalah salah satu asisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis ke arah bawah dengan lembut dengan mempergunakan kedua telapak tangan.</p> <p>- Jangan lakukan dorongan pada fundus, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan ruptur uteri.</p>			

				
	<p>d. Metode Manuver Rubin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan lakukan penekanan pada bahu anterior ke arah sternum bayi, untuk memutar bahu bayi sebesar 45° untuk mengurangi diameter bahu. - Jika perlu, lakukan penekanan pada bahu posterior ke arah sternum 			
	<p>e. Metode Manuver Woods:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan ibu dengan posisi knee chest. - Bagian depan bahu belakang ditekan, dan dilakukan rotasi 180° ke arah anterior (kearah dada bayi). 			
	<p>f. Metode Manuver Removal Posterior Arm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan pegang tulang lengan atas yang berada pada posisi posterior. - Fleksikan lengan bayi di bagian siku dan letakkan lengan tersebut melintang di dada bayi. 			
8.	Persiapkan rujukan dan lakukan rujukan kalau semua metoda tidak berhasil			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
9.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
10.	Menjaga privasi klien			
11.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

Latihan

1. sebutkan etiologi distosia bahu
2. penatalaksanaan distosia bahu

PERSALINAN SUNGSANG

Uraian Teori

A. Pengertian

Persalinan sungsang adalah persalinan dengan presentasi bokong, letak bayi sesuai dengan sumbu panggul

B. Penyebab :

1. Faktor ibu :
 - a. Keadaan Rahim
 - b. Keadaan plasenta
 - c. Keadaan jalan lahir
2. Faktor Janin
 - a. Tali pusat pendek/lilitan tali pusat
 - b. Kehamilan kembar
 - c. Hidramnion
 - d. Prematuritas

C. Tanda dan Gejala :

1. Pemeriksaan palpasi :
 - Letak memanjang
 - Pada fundus teraba kepala dan pada panggul teraba bokong
2. Auskultasi terdengar diatas pusat
3. Pemeriksaan dalam : teraba 3 tonjolan tulang, teraba anus, pada sarung tangan kadang terlihat meconium

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
Pertolongan persalinan sungsang

<p>Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:</p> <p>0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).</p> <p>1 : Dikerjakan kurang tepat(langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).</p> <p>2 : Dikerjakan dengan tepat(semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).</p>				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan alat dan bahan			
7.	Persiapan pasien			
8.	Melihat tanda gejala kala II			
9.	Melakukan vulva hygiene			
10.	Memastikan kala II melalui periksa dalam: porsio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban negatif, presentasi bokongi H.III+/-dasar panggul,			
11.	Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai			
12.	Memimpin persalinan dengan menganjurkan pada ibu untuk meneran perlahan-lahan			
13.	Jika his berkurang anjurkan ibu istirahat dan beri rehidrasi			
14.	Membuka partus set			
15.	Memasang handuk bersih diatas perut ibu			
16.	Memakai sarung tangan DTT			
17.	Memasukkan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik			
18.	Memasang 1/3 duk steril dibawah bokong			
19.	Melakukan anastesi local dan lakukan episiotomi pada saat bokong membuka vulva			

20	Segera setelah bokong lahir, bokong dicekam dengan kedua ibu jari penolong sejajar dengan paha ibu jari jari lain memegang panggul			
21	Paha dicekam, dan tidak melakukan intervensi apapun ikuti proses keluarnya janin sesuai sumbu jalan lahir sambil ibu dipimpin meneran saat ada his			
22	Setelah perut dan sebagian dada lahir, Longgarkan tali pusat			
23	Pada saat angulus scapula inferior tampak dibawah simphisis minta asisten untuk melakukan tekanan pada supra simpisis agar kepala tetap dalam keadaan fleksi, kemudian lakukan hiperlasrdosis			
24	Meletakkan bayi diatas perut ibu sambil melakukan gerakan sepietas (warna kulit, by menangis kuat, pergerakan aktif).			
25	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Urut tali pusat kearah plasenta mulai dari klem I kemudian jepit dengan klem II kira-kira 2 cm .			
26	Memotong tali pusat diantara kedua klem dengan tangan kiri melindungi perut bayi dari gunting			
27	Mengganti handuk yang basah dengan kain kering dan bersih, serta menutup kepala dan tubuh bayi kecuali muka dan dada			
28	Lakukan IMD			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
29.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
30.	Menjaga privasi klien			
31.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

latihan

1. Bagaimana Cara mengetahui kehamilan letak sungsang
2. Penanganan kehamilan letak sungsang

ATONIA UTERI

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali

DepkesRI (2006 mengatakan bahwa), Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri, setelah lahirnya plasenta

Atonia terjadi karena salah dalam penanganan kala III

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ATONIA UTERI

<p>Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:</p> <p>0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).</p> <p>1 : Dikerjakan kurang tepat(langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).</p> <p>2 : Dikerjakan dengan tepat(semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).</p>				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan alat dan bahan			
7.	Cuci tangan 7 langkah			
8.	Memakai sarung tangan DTT panjang (pada salah satu tangan)			
9.	Membersihkan vagina dari selaput ketuban dan gumpalan darah			
10.	Memasukkan tangan secara obstetric kedalam vagina. Sampai fornix anterior, mengubah menjadi kepalan tangan dan tekan dinding fornix anterior uterus.			
11.	Telapak tangan lainnya pada abdomen menekan dengan kuat dinding belakang uterus ke arah kepalan tangan di dalam			
12.	Menekan kuat uterus diantara kedua tangan selama 5 menit			
13.	Melonggarkan kepalan tangan untuk evaluasi perdarahan dan kontraksi uterus. Perdarahan masih berlangsung			
14.	lakukan KBE: Mengajarkan keluarga untuk melakukan KBE dan minta keluarga menyiapkan rujukan			
15.	Mengeluarkan tangan dengan hati-hati secara obstetric saat keluarga melakukan KBE			

16	Memberikan ergometrin 0,2 mg IM			
17	Memasang infus RL 500 ml + 20 unit oksitosin dengan jarum ukuran 16/18 dan berikan dengan tetesan cepat			
18	Memakai sarung tangan DTT			
19	Melakukan KBI ulang			
20	Mengevaluasi kontraksi uterus dalam waktu 1-2 menit. <ul style="list-style-type: none"> • Bila tidak ada Kontraksi : lakukan rujukan dan teruskan pemberian infus • Bila kontraksi baik : pertahankan kompresi selama 2 menit 			
21	Mengajari ibu untuk memasase uterus			
22	Memeriksa laserasi jalan lahir			
23	Membersihkan daerah genital secara lembut dengan air disinfeksi tingkat tinggi kemudian keringkan dan membersihkan tempat tidur dengan larutan klorin			
24	Memosisikan ibu dengan nyaman dan menutup bagian genitalia dengan kain bersih			
25	Membereskan alat-alat dan memasukkan dalam larutan klorin,			
26	Mencuci tangan dalam larutan klorin 0,5%, melepas sarung tangan dan merendamnya, cuci tangan di air mengalir			
27	Melakukan pemantauan kala IV			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
13.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
14.	Menjaga privasi klien			
15.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

latihan

1. Pengertian atonia uteri
2. Jelaskan tata pelaksanaan pada atonia uteri
3. Tanda tanda ibu dengan atonia uteri

RETENSIO PLASENTA

Teori singkat

Atonia uteri adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta sampai atau melebihi 30 menit setelah bayi lahir

Retensio placenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi, placenta inkarsirata, polip plasenta, dll. Dalam melakukan pengeluaran placenta secara manual perlu diperhatikan tekniknya sehingga tidak menimbulkan komplikasi.

Manual Plasenta:

Adalah tindakan kebidanan untuk penatalaksanaan retensio plasenta. Dalam melakukan pengeluaran placenta secara manual perlu diperhatikan tekniknya sehingga tidak menimbulkan komplikasi

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
MANUAL PLASENTA**

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).				
1 : Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).				
2 : Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan alat dan bahan			
7.	Cuci tangan 7 langkah			
8.	Memeriksa pelepasan placenta			
9.	Menempatkan klem dari ujung tali pusat kira-kira 5-10 cm dari vulva			
10.	Melakukan peregang tali pusat terkendali saat uterus berkontraksi, tangan kiri diatas simpisis mendorong bagian bawah rahim kearah dorsokranial			
11.	Apabila dalam waktu 15 menit placenta belum lepas, berikan lagi injeksi oksitosi 10 IU pada bagian lateral paha ibu (1/3 paha atas)			
12.	Melakukan peregang tali pusat terkendali saat uterus berkontraksi, tangan kiri diatas simpisis mendorong bagian bawah rahim kearah dorsokranial			
13.	Setelah 30 menit placenta belum lepas, lakukan placenta manual			
14.	Memasang infus			
15.	Memberikan sedative atau analgetik melalui karet infus			
16.	Melakukan kateterisasi kandung kemih			

17	Mengganti sarung tangan dengan sarung tangan panjang (pada salah satu tangan)			
18	Menjepit tali pusat dengan klem kocher pada jarak 5-10 cm dari vulva dan meregangkan dengan satu tangan sejajar lantai			
19	Memasukkan tangan lainnya secara obstetrik (punggung tangan menghadap kebawah) kedalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat			
20	Setelah tangan mencapai pembukaan cerviks, pindahkan tangan lain penolong untuk menahan fundus uteri			
21	Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan kedalam kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi placenta			
22	Membuka tangan obstetrik menjadi seperti memberi salam (ibu jari merapat kepangkal jari telunjuk)			
23	Mencari pinggir plasenta yang sudah terlepas			
24	Mengupas pinggir plasenta yang terlepas menggunakan sisi ulnaris dengan cara menggerakkan tangan kekiri dan kanan sambil bergeser ke kranial sehingga semua permukaan plasenta dapat dilepaskan .			
25	Melakukan eksplorasi ulang, tangan di luar tetap menahan fundus untuk memastikan tidak ada bagian yang masih melekat pada dinding uterus			
26	Memindahkan tangan luar ke supra simfisis untuk menahan uterus saat plasenta dikeluarkan			
27	Menyambut plasenta dengan kedua tangan dan melahirkan dengan gerakan memutar ke satu arah .			
28	Periksa kelengkapan placenta.			
29	Bersihkan ibu, pastikan ibu merasa nyaman			
30	Bereskan alat, lakukan dekontaminasi			
31	Buka sarung tangan secara terbalik			
32	Cuci tangan			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
33.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
34.	Menjaga privasi klien			
35.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

latihan

Demonstrasikan kembali langkah-langkah manual plasenta

TOPIK 4
KEGAWATDARURATAN IBU NIFAS
SEPSIS PUERPERIUM

PENDAHULUAN

Pada topik ini anda akan mempelajari tentang kegawatdaruratan ibu nifas. Sepsis puerpuralis merupakan infeksi yang terjadi pada genitalia setelah 42 hari persalinan atau abortus.

Setelah mempelajari topic ini diharapkan anda mampu melakukan :

1. melakukan asuhan kegawatdaruratan ibu nifas dengan sepsis puerpuralis
2. menentukan tanda gejala infeksi nifas

Petuniuk

1. Baca dan pelajari topik 4 ini
2. Siapkan alat dan bahan yang di butuhkan
3. Ikuti petunjuk instruktur/pembimbing.
4. Tanyakan kepada instruktur/pembimbing tentang hal hal yang kurang di mengerti dalam pelaksanaan praktik.
5. Buat laporan hasil setelah selesai melaksanakan praktik.

Keselamatan Keria

1. Terapkan prinsip pencegahan infeksi.
2. Pastikan bahwa semua peralatan, perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik, semua peralatan harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
3. Berhati-hati saat menangani benda tajam

SEPSIS PUERPURALIS

TEORI SINGKAT

Sepsis puerperalis adalah infeksi yang terjadi pada masa nifas yaitu dari pecahnya ketuban sampai 42 hari setelah melahirkan

Tanda dan gejala :

1. Nyeri pelvik
2. Demam $> 38,5^{\circ}$ c diukur melalui oral kapan saja
3. Vagina abnormal dan berbau busuk
4. Sub involusi

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
SEPSIS PUERPURALIS**

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).				
1 : Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).				
2 : Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa pasien/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada pasien /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan pasien/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan alat dan bahan			
7.	Cuci tangan 7 langkah			
8.	Nilai kondisi pasien			
9.	Lakukan pemeriksaan tanda – tanda vital			
10.	Pasang infus			
11.	Ambil spesiemen untuk pemeriksaan laboratorium			

12	Beri antibiotic berspektrum luas : bensil penisilin ditambah gentamisin dan metronidasol			
13	Berikan anlgetik IM (tiap 6 jam)			
14	Pasang NGT dan aspirasikan isi lambung			
15	Persiapan rujukan dan rujuk ke rumah sakit			
16	Bereskan alat, lakukan dekontaminasi			
17	Cuci tangan			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
18.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
19.	Menjaga privasi klien			
20.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

latihan

Jelaskan penatalaksanaan infeksi nifas

Topik 5
MANAJEMEN ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR
RESUSITASI

PENDAHULUAN

Sebelum melakukan pertolongan bayi baru lahir, lakukan komunikasi terapeutik dengan keluarga mengenai kemungkinan-kemungkinan yang akan terjadi pada bayi.

Apabila BBL tidak cukup bulan, dan atau bayi bernapas megap-megap atau tidak bernapas, dan atau tonus otot tidak adekuat, maka sambil melakukan langkah awal beritahukan ibu dan keluarga tentang kondisi bayinya dan katakan bahwa bayinya akan segera ditolong.

Bersamaan dengan itu mintalah salah seorang anggota keluarga untuk mendampingi ibu untuk memberi dukungan moral, menjaga ibu dan melaporkan jika ada perdarahan .

Petunjuk

1. Baca dan pelajari lembar modul ini
2. Siapkan alat dan bahan yang di butuhkan
3. Ikuti petunjuk instruktur/pembimbing.
4. Tanyakan kepada instruktur/pembimbing tentang hal hal yang kurang di mengerti dalam pelaksanaan praktik.
5. Buat laporan hasil setelah selesai melaksanakan praktik.

Keselamatan Kerja

1. Terapkan prinsip pencegahan infeksi.
2. Pastikan bahwa semua peralatan, perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik, semua peralatan harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

ASFIKSIA NEONATORUM

Dasar Teori

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir

Menurut AAP asfiksia adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh kurangnya O₂ pada udara respirasi, yang ditandai dengan:

1. Asidosis (pH <7,0) pada darah arteri umbilikal
2. Nilai APGAR setelah menit ke-5 tetep 0-3
3. Manifestasi neurologis (kejang, hipotoni, koma atau hipoksik iskemia ensefalopati)
4. Gangguan multiorgan sistem.

Patofisiologi

Gangguan suplai darah teroksigenasi melalui vena umbilical dapat terjadi pada saat antepartum, intrapartum, dan pascapartum saat tali pusat dipotong. Hal ini diikuti oleh serangkaian kejadian yang dapat diperkirakan ketika asfiksia bertambah berat.

Penyebab

Faktor-faktor yang dapat menimbulkan gawat janin (asfiksia) antara lain :

a. Faktor ibu

- 1) Preeklampsia dan eklampsia
- 2) Pendarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta)
- 3) Partus lama atau partus macet
- 4) Demam selama persalinan Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV)
- 5) Kehamilan Lewat Waktu (sesudah 42 minggu kehamilan)

b. Faktor Tali Pusat

- 1) Lilitan tali pusat
- 2) Tali pusat pendek
- 3) Simpul tali pusat
- 4) Prolapsus tali pusat.

c. Faktor bayi

- 1) Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan)
- 2) Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep)

3) Kelainan bawaan (kongenital)

4) Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan)

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
RESUSITASI BBL**

Berikan nilai kinerja di setiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut:				
0 : Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan tidak dikerjakan).				
1 : Dikerjakan kurang tepat (langkah atau prosedur belum dikerjakan dengan baik dan benar, dikerjakan namun tidak sistematis, beberapa langkah tidak dikerjakan).				
2 : Dikerjakan dengan tepat (semua langkah atau prosedur dikerjakan dengan baik dan benar, serta sistematis).				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
1.	Menyapa ibu/keluarga dengan sopan dan ramah			
2.	Memperkenalkan diri pada pasien/keluarga			
3.	Menjelaskan pada ibu /keluarga keadaannya dan tindakan yang akan dilakukan			
4.	Merespon keluhan ibu/keluarga			
5.	Buat persetujuan tindakan medis (inform consent)			
CONTENT				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
6.	Persiapan alat dan bahan			
7.	Cuci tangan 7 langkah			
8.	Nilai kondisi bayi			
9.	Memposisikan bayi sedikit ekstensi			
10.	Membersihkan jalan nafas dengan menghisap mulut lalu hidung, tidak terlalu dalam di tenggorokan dengan de lee			
11.	Mengeringkan dan memberikan rangsangan taktil dengan lembut (menggosok punggung bayi atau menyentil kaki bayi atau menepuk dengan lembut)			
12.	Mengatur posisi bayi kembali dengan posisi sedikit ekstensi			
13.	Nilai ulang keadaan bayi			
14.	Menjelaskan keadaan bayi dan tindakan			
15.	Memasang sungkup pada wajah bayi (melingkupi mulut, hidung, dan dagu)			
16.	Merapatkan perlekatan sungkup dengan wajah			
17.	Melakukan pengujian perlekatan sungkup dengan 2x ventilasi sambil mengamati pengembangan dada bayi.			

18	Lakukan ventilasi sebanyak 20x tiupan dalam waktu 30 detik,sambil memantau gerakan naik turun dinding dada.			
19	Melakukan penilaian pernafasan dalam 10 detik.			
20	Bila belum bernafas spontan , melakukan kembali ventilasi sebanyak 20x tiupan dalam waktu 30 detik,sambil memantau gerakan naik turun dinding dada.			
21	Melakukan penilaian pernafasan tiap 30 detik.			
22	Melakukan perawatan bayi baru lahir setelah bayi dapat bernafas spontan			
23	Cuci tangan			
TEKNIK				
Langkah Kegiatan		Kasus		
		0	1	2
24.	Melaksanakan tindakan secara sistimatis dan hati - hati			
25.	Menjaga kehangatan bayi			

latihan

Demonstrasikan kembali penatalaksanaan resusitasi BBL