

MODUL PRAKTIKUM

**ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN
MATERNAL NEONATAL**



**Universitas
Alma Ata**
The Globe Inspiring University

**DISUSUN OLEH :
TIM PRAKTIKUM**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ALMA ATA**

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Mata Kuliah : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal
Neonatal
Kode Mata Kuliah : IB017
Pelaksanaan : Semester Genap
Dosen Pengampu Praktikum :

1. dr. Taufik Rahman, Sp. OG
2. Fatimah, SST, M. Kes
3. Prasetya Lestari, SST, M. Kes
4. Lia Dian Ayuningrum, M. Tr. Keb
5. Arantika Meidya Pratiwi, S. ST., M. Kes.
6. Indah Wijayanti, M. Keb. Bd.
7. Baiq Rina Wulandari, S. ST., M. Keb.

Yogyakarta, Februari 2023

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Kebidanan
Universitas Alma Ata Yogyakarta



Dyah Pradnya Paramita, SST., M. Kes

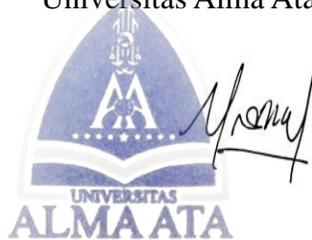
Liaison Officer



Fatimah, SSiT., M. Kes

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

Universitas Alma Ata Yogyakarta



Dr. Yhona Paratmanitya, S. Gz., Dietisien., MPH.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayahNya, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Panduan Praktikum Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Buku panduan ini diperuntukkan bagi mahasiswa semester IV Program Studi Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta, sebagai pedoman dan alat evaluasi pelaksanaan praktikum Praktikum Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

Buku panduan ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran, kritik demi kesempurnaan sangat kami harapkan. Dalam kesempatan ini tim penyusun mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ketua Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta
2. Pihak-pihak lain yang turut mendukung pelaksanaan praktikum Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal.

Semoga Allah SWT memberikan kebaikan dan kemudahan kepada kita semua. Aamiin.

Yogyakarta, Februari 2023

Liaison Officer

Fatimah, SSiT., M.Kes

PENDAHULUAN

A. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memberikan asuhan kebidanan pada memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan maternal neonatal. Mata kuliah ini memiliki beban 2 SKS praktikum yang dicapai dengan kegiatan praktikum sebanyak 32 kali pertemuan @ 2 jam (100 menit). Kegiatan praktikum askeb gadar dilakukan secara luring. Praktikum luring dilakukan di laboratorium skill lab Kebidanan dengan kelompok kecil sesuai dengan protocol Covid-19.

B. TUJUAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan maternal neonatal.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pertolongan persalinan pada presentasi bokong
- b. Melakukan pertolongan persalinan pada distosia bahu
- c. Melakukan penanganan retensio placenta dengan placenta manual
- d. Melakukan penanganan perdarahan post partum primer dengan Kompresi Manual Interna (KBI) dan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)
- e. Melakukan penanganan syok hipovolemik pada kasus obstetrik
- f. Melakukan persiapan curetase
- g. Melakukan penanganan asfiksia neonatorum dengan langkah awal, ventilasi dan resusitasi
- h. Melakukan penanganan perdarahan dengan kondom kateter
- i. Melakukan pertolongan kejang bayi dan anak
- j. Penatalaksanaan Kehamilan dg penyulit obstetri, hiperemesis gravidarum, hipertensi dan infeksi pd kehamilan, kehamilan ektopik terganggu, solusio plasenta, plasenta previa, preeklamsi, kejang, henti napas, penurunan kesadaran, henti nafas dan henti jantung
- k. Melakukan pendokumentasian asuhan kegawatdaruratan maternal sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

1. Melakukan pendokumentasian asuhan kegawatdaruratan neonatal sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

C. SASARAN

Mahasiswa semester IV Program Studi Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta

D. BEBAN SKS

Praktikum asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal memiliki beban 2 SKS praktikum

E. DOSEN INSTRUKTUR

1. Fatimah, S.ST, M.Kes
2. Prasetya Lestari, SST, M.Kes
3. Lia Dian Ayuningrum, M.Tr.Keb
4. Indah Wijayanti, M.Keb, Bd.
5. Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes.
6. Baiq Rina Wulandari, S.ST., M.Keb.

F. DAFTAR PERASAT

N	Daftar Perasat	Jenis Praktikum
1	Pertolongan persalinan presentasi bokong	Demonstrasi, Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
2	Pertolongan persalinan presentasi bokong dengan distosia bahu	Demonstrasi, Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
3	Penanganan kegawatdaruratan retensio placenta dengan placenta	Demonstrasi, Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
4	Penanganan perdarahan primer KBI KBE	Demonstrasi , Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
5	Persiapan Kuretase	Demonstrasi, dan Evauasi (Tatap Muka)
6	Penanganan asfiksia neonatorum dengan langkah awal, ventilasi	Demonstrasi, Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
7	Dokumentasi gadar maternal dan neonatal	Demo dan Evaluasi (Daring)

8	Penatalaksanaan Kehamilan dg penyulit obstetri, hiperemesis gravidarum, hipertensi dan infeksi pd kehamilan, kehamilan ektopik terganggu, solusio plasenta, plasenta previa, preeklamsi, kejang, henti napas, penurunan	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)
---	---	--------------------------------

	kesadaran, henti nafas dan henti jantung	
9	Penanganan syok hipovolemik dan Manajemen cairan dan elektrolit pada kasus	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)
1	Kondom Kateter	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)
1	Penanganan Kejang	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)

G. DAFTAR ALAT YANG DIGUNAKAN

No	NAMA BARANG	JUMLAH	PRAKTIKUM
	Phantom panggul	1 buah	
	Phantom bayi	1 buah	
	Partus set	1 set	
	bak instrument	1 buah	
	Resusitasi set	1 set	
	Handuk	2 lembar	
	duk steril	1 lembar	
	Perlak	1 lembar	
	Uterotonika (oksitosin)	2 ampul	
	sprit 3 cc	2 buah	
	Celemek	1 buah	
	sepatu boot	1 pasang	
	Topi	1 buah	
	Masker	12 buah	
	Kacamata	1 buah	
	Handscoen	1 box	
	Bethadine	1 botol	
	kapas sublimat	20 buah	
	kassa lipat steril	10 buah	
	Larutan chlorine 0,5 %	1 liter	
	baskom clhorine	1 buah	
	Bengkok	1 buah	
	Lampu sorot	1 buah	
	kom kecil	2 buah	
	Phantom panggul	1 buah	
	Phantom bayi	1 buah	
	Partus set	1 set	
	bak instrumen	1 buah	
	Resusitasi set	1 set	
	Handuk	2 lembar	
	duk steril	2 lembar	
	Perlak	1 lembar	
	Uterotonika (oksitosin)	2 ampul	
	sprit 3 cc	2 buah	
	Celemek	1 buah	

sepatu boot	1 pasang
Topi	2 buah
Masker	12 buah
kacamata	1 buah
handscoen	1 box
Bethadine	1 botol
kapas sublimat	20 buah
kassa lipat steril	10 buah
Larutan chlorine 0,5 %	1 liter
baskom clhorine	1 buah
Bengkok	1 buah
kom kecil	2 buah
Phantom panggul	1 buah
Perlak	1 lembar
Tranfusi set	1 buah
cairan infus	1 buah
abocath ukuran 16 dan 18	masing- masing 1 buah
Partus set	1 set
bak instrumen	1 buah
sprit 3 cc	3 buah
Plester	1 rol
Gunting	2 buah
kassa lipat steril	10 buah
Betadin	1 botol
kapas sublimat	20 buah
Alcohol	1 botol
Bengkok	2 buah
tempat sampah	1 buah
Tempat plasenta	1 buah
kom kecil	2 buah
O2 set (O2 dalam tabungnya, selang O2, regulator,	1 set
Sarung tangan panjang dan pendek steril/ DTT	1 pasang
Celemek	1 lembar
sepatu boot	1 pasang
Masker	12 buah
kacamata	1 buah
Topi	1 buah
Duk steril/ DTT	2 lembar
oksitosin	2 ampul

ergometrin	1 ampul	
methergin	1 ampul	
Kateter uretra	1 buah	
Larutan klorin 0,5 %	1 liter	
baskom clhorine	1 buah	
Phantom dan bayi		
Phantom panggul dan bayi	1 buah	
Phantom bayi	1 buah	
Partus set	1 set	
bak instrumen	1 buah	
infus set	2 buah	
jarum infuse no 16/18	masing - masing	
cairan infus RL	2 buah	
Kateter uretra	1 buah	
Uterotonika (oksitosin dan ergometrin)	3 buah	
sprit 3 cc	3 buah	
sarung tangan panjang dan pendek steril/ DTT	1 pasang	
Celemek	1 buah	
sepatu boot	1 pasang	
Topi	1 buah	
Masker	1 box	
kacamata	1 buah	
handscoen	1 box	
Bengkok	1 buah	
com kecil	2 buah	
baskom clhorine	1 buah	
Larutan klorin 0,5 %	1 botol	
air DTT	1 botol	
Bethadin	1 botol	
kapas sublimat	20 buah	
kapas injeksi	10 buah	
kassa lipat steril	10 buah	
Phantom dan bayi		
Air Bag	1 buah	
Oropharyngeal air way	1 buah	
Face mask	1 buah	
Endotracheal tube	1 buah	
Infus set	2 buah	
abocath ukuran 16,18,20,22	masing- masing 2 buah	

Cairan infuse : RL, NaCl 0,9%, D 5% D 10%	masing- masing 2 buah
Set intubasi	1 buah
Obat-obat emergency, andrenalin, sulfas atropine, dopamine, aminophilin, difenhidramin HCl dll	masing - masing
Tranfusi set	2 buah
Oksigen	1 buah
Handscoon	1 box
Bengkok	1 buah
Phantom manusia	1 buah
Alat tenun, terdiri dari :	
baju operasi	1 buah
Laken	1 lembar
doek kecil	1 lembar
Alat-alat kuretase dalam bak instrument steril :	
Speculum dua buah (graves speculum (1) dan SIMS/L (2) ukuran S/M/L)	2 buah
Sonde (penduga) uterus	1 buah
Cunam porsio	1 buah
Berbagai ukuran busi (dilatator) Hegar	1 set
Satu set sendok kuret	1 set
Cunam tampon (1 buah)	1 buah
Pinset dan kassa steril	2 buah
Kain steril	1 lembar
Sarung tangan steril	2 pasang
Ranjang ginekologi dengan penopang kaki	1 buah
Tenakulum (1 buah)	1 buah
Klem ovum/fenster (2 buah)	2 buah
Persiapan Obat-obatan sesuai petunjuk dokter, seperti :	
Analgetik (petidin 1-2 mg/Kg BB)	1
Ketamin HCL 0.5 ml/ Kg BB	1
Tramadol 1-2 mg/ BB	1
Sedativa (diazepam 10 mg)	1
Atropine sulfas 0.25- 0.50 mg/ml	1

	Oksigen dan regulator	1	
	Larutan anti septik (povidon iodine)	1 botol	
	Tempat tidur gynecologi	1 buah	
	Sprit 5 cc	5 buah	
	Infuse set	1 buah	
	Kapas dan kassa steril	1 rol	
	Phantom panggul	1 buah	
	Meja resusitasi dan lampu sorot	1 buah	
	Selang oksigen, tabung oksigen	1 buah	
	Resusitasi set	1 set	
	Alas meja resusitasi	1 buah	
	Bak instrument	1 buah	
	Handsoon bersih	1 box	
	Korentang dalam tempatnya	1 buah	
	De ley cateter	1 buah	
	Pengganjal bahu bayi	1 buah	
	Kain bersih 2 lembar	2 buah	
	Topi dan baju bayi	2 set	
	APD (gown, sepatu, penutup kepala, masker,	1 set	
	Jam/stopwatch	1 buah	
	Stetoskop anak	1 buah	
	Bengkok	1 buah	
	Balon dan sungkup untuk Ventilasi	1 buah	
	Larutan chlorin 0,5 % dalam Comb	1 buah	
	Selaput kondom kateter	1 buah	
	Strip elastic	1 buah	
	Kantung penampung urine dengan	1 buah	
	Baskom dengan air hangat dan Sabun	1 buah	
	Handuk dan waslap	1 buah	
	Selimut mandi	1 buah	
	Sarung tangan	1 buah	
	Gunting	1 buah	
9.	obat-obat emergency, adrenalin, sulfas atropine, dopamine, aminophilin, difenhidramin HCl, MgSo4, ondansetron atau obat- obatan anti mual,		Penatalaksanaan Kehamilan dg penyulit obstetri, hiperemesis

	dopamet atau obat hipertensi, antibiotik, analgetik, antipireutik, obat anti kejang (Diazepam, phenytoin, dan natrium amobarbital) dll		hipertensi dan infeksi pd kehamilan, kehamilan ektopik terganggu, solusio plasenta, plasenta previa, preeklamsi, kejang, henti napas, penurunan kesadaran, henti nafas dan henti jantung
	Handscoen	3 box	Pemasangan Infus
	Bengkok	1 buah	
	Pengalas	1 buah	
	Kapas alcohol	1 rol	
	Plester/ dan Hypafix	1 pack	
	Gunting plester	2 buah	
	cairan infus :RL	1 buah	
	Dextrose	1 buah	
	NaCl	1 buah	
	Kassa steril 2x2 cm	2 pack	
	Tourniket/manset	2 buah	
	Infus set	2 buah	
	Phantom lengan	1 buah	
	Tiang infus	1 buah	
	Abocath ukuran 16,18,20,22,24,26	masing-masing 5 buah	
			Penanganan asfiksia pd orang dewasa
	Phantom RJP dewasa	1 buah	
	baskom klorin	2 buah	
	Bengkok	3 buah	
	bak instrument	1 buah	
	ambubag sungkup dewasa	1 buah	
	Handscoon	1 buah	
	Tissue	1 buah	
	Mayo/Gudel warna hijau 80 mm	4 buah	
	Mayo/Gudel warna hijau 90 mm	5 buah	
			Penanganan kejang pada orang dewasa
	Tongue spatel	2 buah	
	Diazepam	4 ampul	
	Kassa	2 pack	

	Handsoon	1 box	
	set oksigen	1	
	sprit 3 cc	3 buah	
	kapas alcohol	1 pack	
	standar infus	1 buah	
	Sarung tangan bersih	1 buah	
	Transfusi set	1	Tranfusi darah
	4NaCl 0,9%	1 buah	
	Darah sesuai dengan kebutuhan Pasien		
	Jarum infus/abocath atau sejenisnya sesuai dengan ukuran.	1	
	Pengalas	1 buah	
	Tourniquet	1 buah	
	Kapas alcohol		
	Plester	1 buah	
	Gunting	1 buah	
	Kasa steril		
	Betadine		
			Penanganan Kejang Pada Anak (Bayi dan Balita)
	Tongue spatel	2 buah	
	Diazepam	4 ampul	
	Kassa	2 pack	
	Handsoon	1 box	
	set oksigen	1 set	
	sprit 3 cc	3 buah	
	kapas alcohol	1 pack	
	standar infus	1 buah	
	Sarung tangan bersih	1 buah	
	Pen Light Medical	1 buah	
	Stetoskop anak	1 buah	

H. TATA TERTIB MAHASISWA

1. Tata Tertib Praktikum

- a. Mahasiswa wajib hadir dan mengikututi praktikum 100% baik praktikum daring maupun luring.
- b. Mahasiswa wajib presensi pada form yang telah disediakan oleh tim pengampu.
- c. Mahasiswa wajib melakukan pengisian *self assessment* setiap dua hari sekali yang akan diberikan informasi lebih lanjut oleh prodi.

- d. Untuk praktikum luring mahasiswa dalam keadaan sehat, tidak mengalami demam/batuk/pilek/gangguan indra penciuman dan perasa.
- e. Mahasiswa sudah di DIY lebih dari 14 hari, apabila belum 14 hari, maka mahasiswa yang bersangkutan harap melakukan isolasi mandiri dan menunda praktikum di laboratorium.
- f. Selama proses pembelajaran praktikum wajib mentaati protocol COVID-19 yang ada di UAA.
- g. Mahasiswa menyiapkan diri 15 menit di depan laboratorium sebelum praktikum dimulai apabila terlambat lebih dari 15 menit, tidak diijinkan mengikuti praktikum

- h. Selama praktikum berlangsung, mahasiswa tidak boleh meninggalkan laboratorium tanpa izin dosen, bersendau gurau dan harus bersikap sopan
- i. Mahasiswa wajib membereskan alat-alat yang dipakai untuk praktikum dan dikembalikan dalam keadaan rapi dan bersih
- j. Mahasiswa diwajibkan mengganti peralatan jika terjadi kerusakan paling lambat 2 hari setelah praktikum
- k. Mahasiswa yang tidak dapat mengikuti praktikum karena berhalangan atau gagal dalam praktikum harus menggulang atau mengganti pada hari lain sesuai dengan jadwal yang telah diatur (sesuai kebijakan dosen)

2. Tata Tertib Pemakaian Alat Praktikum

- a. Setiap mahasiswa berhak meminjam/ menggunakan alat-alat laboratorium dengan persetujuan kepala laboratorium
- b. Setiap mahasiswa yang akan praktik laboratorium wajib memberitahu/ pesan alat kepada petugas 3 hari sebelum praktik dilaksanakan
- c. Mahasiswa/ peminjam wajib mengisi formulir peminjaman alat/ bon alat yang telah disediakan dengan lengkap yang meliputi (nama, kelas/ jurusan, hari/ tanggal, waktu, dosen, jenis ketrampilan, nama alat, jumlah, keterangan, tanda tangan)
- d. Mahasiswa atau peminjam bertanggung jawab atas kebersihan dan keutuhan alat-alat yang dipinjam
- e. Mahasiswa wajib merapikan dan membersihkan kembali peralatan yang dipinjam setelah selesai menggunakan alat laboratorium
- f. Alat-alat laboratorium dikembalikan segera setelah melaksanakan kegiatan praktik
- g. Alat-alat laboratorium yang dipinjam dikembalikan tepat waktu dan dalam keadaan bersih dan utuh
- h. Mahasiswa diperbolehkan meninggalkan ruangan setelah serah terima alat-alat yang dipinjam kepada kepala laboratorium
- i. Keterlambatan mengembalikan alat atau mengembalikan alat dalam keadaan kotor, maka mahasiswa dikenakan denda Rp.10.000/hari/alat
- j. Peminjam alat laboratorium harus mengganti alat yang rusak/hilang dalam waktu kurang dari dua hari setelah alat rusak/ hilang.

PENANGANAN PERTOLONGAN PERSALINAN DENGAN PRESENTASI BOKONG

1. PENGERTIAN

Letak sungsang/presentasi bokong merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2008)

2. KLASIFIKASI

- a. *Presentasi bokong murni (frank breech) (50-70%)*. Pada presentasi bokong akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat keatas sehingga ujungnya terdapat setinggi bahu atau kepala janin. Dengan demikian pada pemeriksaan dalam hanya dapat diraba bokong.
- b. *Presentasi bokong kaki sempurna(complete breech) (5-10%)*. Pada presentasi bokong kaki sempurna disamping bokong dapat diraba kaki.
- c. *Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (incomplete or footling) (10-30%)*. Pada presentasi bokong kaki tidak sempurna hanya terdapat satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat keatas. Pada presentasi kaki bagian paling rendah adalah satu atau dua kaki (Cunningham, 2005).



FIGURE 24-2 Frank breech presentation.



FIGURE 24-3 Complete breech presentation.



FIGURE 24-4 Incomplete breech presentation.

3. ETIOLOGI

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan didalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relative lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan

demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang, ataupun

letak lintang. Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relative berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada dalam ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Faktor-faktor lain yang memegang peranan dalam terjadinya letak sungsang diantaranya adalah :

- a. Multiparitas,
- b. Hamil kembar,
- c. Hidramnion,
- d. Hidrosefalus,
- e. Plasenta previa
- f. Panggul sempit.

Kadang-kadang letak sungsang disebabkan karena kelainan uterus dan kelainan bentuk uterus. Plasenta yang terletak di daerah kornu fundus uteri dapat pula menyebabkan letak sungsang karena plasenta mengurangi luas ruangan di daerah fundus (Prawirohardjo, 2008).

4. DIAGNOSIS

- a. **Palpasi**

Kepala teraba difundus, bagian bawah bokong, dan punggung di kiri atau kanan (Mochtar, 2010)

- b. **Auskultasi**

Denyut jantung janin paling jelas terdengar pada tempat yang lebih tinggi dari pusat(Mochtar, 2010)

- c. **Pemeriksaan dalam**

Dapat diraba oss sacrum, tuber ischii, dan anus kadang-kadang kaki (pada letak kaki) (Mochtar, 2010).

d. USG

Peranan ultrasonografi penting dalam diagnosis dan penilaian risiko pada presentasi bokong. Taksiran berat janin, penilaian volume air ketuban, konfirmasi letak plasenta, jenis presentasi bokong, keadaan hiperekstensi kepala, kelainan kongenital, dan kesejahteraan janin dapat diperiksa menggunakan ultrasonografi (Prawirohardjo, 2010).

5. PERSALINAN LETAK SUNGSANG

a. Pervaginam

Persalinan letak sungsang dengan pervaginam mempunyai syarat yang harus dipenuhi yaitu pembukaan benar-benar lengkap, kulit ketuban sudah pecah, his adekuat dan tafsiran berat badan janin < 3600 gram.

Persalinan pervaginam tidak dilakukan apabila didapatkan kontraindikasi persalinan pervaginam bagi ibu dan janin, presentasi kaki, hiperekstensi kepala janin dan berat bayi > 3600 gram, tidak adanya *informed consent*, dan tidak adanya petugas yang berpengalaman dalam melakukan pertolongan persalinan (Prawirohardjo, 2010).

1) Persalinan Spontan Bracht (*spontaneous breech*)

Yaitu janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri (carabracht). Pada persalinan spontan bracht ada 3 tahapan yaitu tahapan pertama yaitu fase lambat, fase cepat, dan fase lambat, seperti berikut :

a) Tahap pertama

Fase lambat, yaitu mulai lahirnya bokong sampai pusat (scapula depan). Disebut fase lambat karena fase ini hanya untuk melahirkan bokong, yaitu bagian yang tidak begitu berbahaya.

b) Tahap kedua

Fase cepat, yaitu mulai dari lahirnya pusat sampai lahirnya mulut. Disebut fase cepat karena pada fase ini kepala janin mulai masuk pintu atas panggul, sehingga kemungkinan tali pusat terjepit. Oleh karena itu fase ini harus segera diselesaikan dan talipusat segera dilonggarkan. Bila mulut sudah lahir, janin dapat bernafas lewat mulut.

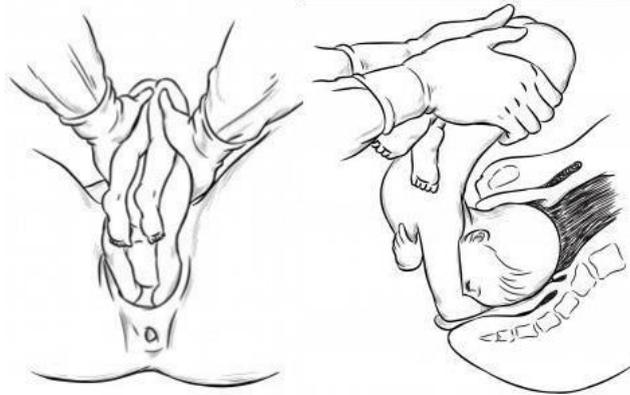
c) Tahap ketiga

Fase lambat, yaitu mulai lahirnya mulut sampai seluruh kepala lahir. Disebut fase lambat karena kepala akan keluar dari ruangan yang bertekanan

tinggi (uterus), kedunia luar yang tekanannya lebih rendah, sehingga kepala harus dilahirkan secara perlahan-lahan untuk menghindari terjadinya perdarahan intra kranial (adanya ruptur tentorium serebelli).

Berikut ini prosedur melahirkan secara bracht :

- a) Ibu dalam posisi litotomi, sedang penolong berdiri di depan vulva.
- b) Saat bokong membuka vulva, lakukan episiotomy. Segera setelah bokong lahir, bokong dicengkram secara bracht yaitu kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panjang paha sedangkan jari-jari lain memegang panggul.
- c) Pada waktu tali pusat lahir dan tampak teregang, segera kendorkan tali pusat tersebut.
- d) Penolong melakukan hiperlordosis pada badan janin dengan cara punggung janin didekatkan keperut ibu. Penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa melakukan tarikan.
- e) Dengan gerakan hiperlordosis ini berturut-turut lahir puser, perut, bahu dan lengan, dagu, mulut, dan seluruh kepala (Prawirohardjo, 2008).



2) Manual Aid

Yaitu janin dilahirkan dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Pada persalinan dengan cara manual aid ada 3 tahap yaitu :

- ✚ Tahap satu :Lahirnya bokong sampai puser, dilahirkan dengan kekuatan ibu sendiri.
- ✚ Tahap dua :lahirnya bahu dan lengan yang memakai tenaga penolong dengan cara *klasik, Mueller, lovset*.
- ✚ Tahap tiga : lahirnya kepala dengan cara/prasat *mauriceau*.

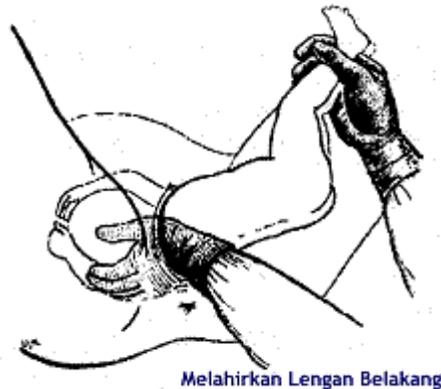
a) *Persalinan Bahu dengan cara KLASIK/DEVENTER*

Prinsip

Melahirkan **lengan belakang** lebih dulu (oleh karena ruangan panggul sebelah belakang/sacrum relative lebih luas didepan ruang panggul sebelah depan) dan kemudian melahirkan lengan depan dibawah arcus pubis.

Langkah-langkah :

- (1) Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi keatas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.
- (2) Bersamaan dengan itu tangan kiri penolong dimasukkan kedalam jalan lahir dengan jari telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada fossa cubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.
- (3) Untuk melahirkan lengan depan,pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam kebawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu. Dengan cara yang sama lengan dapat dilahirkan.



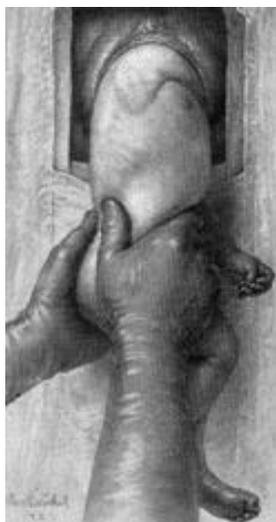
b) Persalinan Bahu dengancara MUELLER

✚ Melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu di bawah simfisis melalui ekstraksi ; disusul melahirkan lengan belakang di belakang (depan sacrum)

✚ Dipilih bila bahu tersangkut di Pintu Bawah Panggul

Langkah-langkah :

- (1) Bokong dipegang dengan pegangan “*femuropelvik*”.
- (2) Dengan cara pegangan tersebut, dilakukan traksi curam bawah pada tubuh janin sampai bahu depan lahir (*gambar1*) dibawah arcus pubis dan selanjutnya lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan depan bagian bawah.
- (3) Setelah bahu dan lengan depan lahir, pergelangan kaki dicekap dengan tangan kanan dan dilakukan elevasi serta traksi keatas (*gambar 2*), traksi dan elevasi sesuai arah tanda panah) sampai bahu belakang lahir dengan sendirinya. Bila tidak dapat lahir dengan sendirinya, dilakukan kaitan untuk melahirkan lengan belakang anak (inset pada *gambar 2*)



Gambar 1



Gambar 2

(Sumber :Prawirohardjo, 2008)

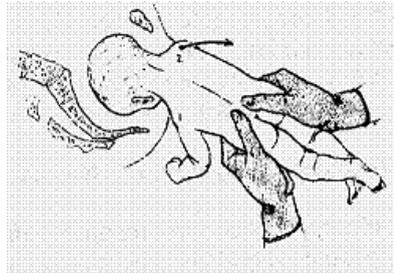
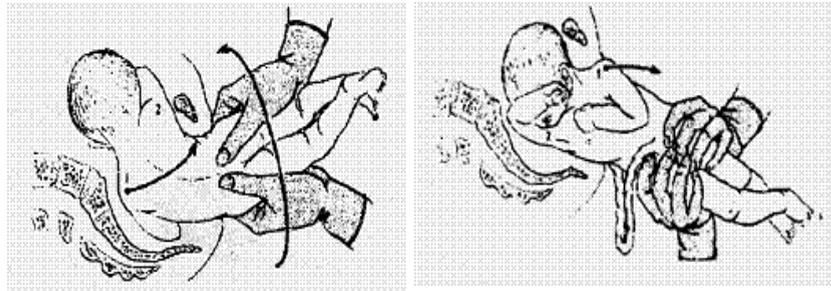
c) Persalinan Bahu dengan cara LOVSET

Prinsip

Memutar badan janin setengah lingkaran (180^0) searah dan berlawanan arah jarum jam sambil melakukan traksi curam kebawah sehingga bahu yang semula dibelakang akan lahir didepan (dibawah simfisis).

Langkah-Langkah :

- (1) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam kebawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan.
- (2) Sambil melakukan traksi, badan janin diputar kembali kearah yang berlawanan setengah lingkaran demikian seterusnya bolak-balik sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.



- (2) Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk serta jari ke empat mencengkeram fossa canina sedangkan jari yang lain mencengkeram leher.

- (3) Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ke tiga penolong mencengkeram leher janin dari arah punggung.
- (4) Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan fundal pressure.
- (5) Saat suboksiput tampak di bawah simfisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya seluruh kepala.



DAFTAR PUSTAKA

- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT. Bina Pustaka
Cunningham, FG. 2005. Obstetri Williams. Jakarta : EGC
Mochtar, Rustam. 2010. Sinopsis Obstetry Jilid I. Jakarta : EGC

**DAFTAR TILIK PENANGANAN PERTOLONGAN PERSALINAN DENGAN
PRESENTASI BOKONG**

No	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Kenakan APD c. Patahkan Ampul d. Mendekatkan peralatan			
PERSIAPAN				
6.	Korentang dalam tempatnya, partus set dalam bak instrument steril, kapas alcohol dalam comb kecil, kassa steril, bed resusitasi dan lampu, lampu sorot, resusitasi set, handuk pribadi, duk steril, uterotonika (oksitosin) dan spuit 3 cc, APD (celemek, sepatu, topi, masker, kacamata, handscoon steril, handscoen panjang), bethadine, larutan chlorine 0.5 % dalam baskom			
PERSIAPAN				
7.	Atur posisi klien dengan posisi dorsal recumbant			
PERSIAPAN PENOLONG				
8.	Pakai sarung tangan			
9.	Sedot oksitosin 10 IU dengan <i>one hand technique</i>			
PELAKSANAAN				
10.	Dengan mengucapkan " Basmalah " lakukan vulva hygiene, pastikan pembukaan lengkap. Lakukan amniotomi jika selaput ketuban			
11.	Cuci sarung tangan pada larutan chlorine 0,5 %, lepas secara terbalik			
12.	Oberservasi detak jantung janin			
13.	Jika bokong sudah di dasar panggul, pasang duk/ handuk di atas perut			
14.	Pakai sarung tangan panjang steril			
15.	Pimpin persalinan			

16.	Setelah bokong menekan perineum dan perineum merenggang, lakukan episiotomi			
17.	<p>SPONTANEUS BREECH</p> <p>a. Setelah bokong lahir, cengkram bokong bayi secara bracht, yaitu kedua ibu jari sejajar sumbu panjang paha bayi, sedangkan jari- jari memegang panggul</p> <p>b. Anjurkan ibu untuk meneran setiap kali ada his</p> <p>c. Kendorkan tali pusat dengan salah satu jari tangan pada saat pusat lahir</p> <p>d. Lakukan hiperlordosis pada badan janin secara perlahan (bokong bayi dibawa kearah perut ibu). Penolong hanya mengikuti gerakan ini tanpa tarikan sampai kepala lahir. Sementara itu minta asisten untuk melakukan penekan kebawah daerah suprapubik ibu untuk mempertahankan agar kepala janin tetap dalam keadaan fleksi.</p>			
18.	<p>KLASIK (DEVENTER)</p> <p>Prinsip : melahirkan bahu belakang terlebih dahulu.</p> <p>a. Tarik badan bayi kearah bawah sampai ujung scapula terlihat di bawah simphisis</p> <p>b. Pegang kedua pergelangan kaki bayi dengan tangan penolong yang bertentangan dengan bahu yang akan dilahirkan dan ditarik sejauh mungkin ke arah sisi perut ibu yang berlawanan dengan punggung ibu</p> <p>c. Masukkan salah satu tangan penolong ke dalam jalan lahir, dengan jari tengah dan telunjuk menyusuri bahu janin hingga pada fosa cubiti. Kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka bayi (lengan kiri dilahirkan dengan tangan kiri dan sebaliknya)</p> <p>d. Untuk melahirkan bahu depan, pegang pergelangan kaki bayi dengan berganti tangan</p> <p>e. Tarik bayi curam ke arah bawah dengan beralaskan duk bersih (agar tidak licin).</p> <p>f. Dengan tangan yang satunya, penolong melahirkan lengan atas dengan teknik yang sama seperti melahirkan</p>			
19.	<p>MUELLER</p> <p>Prinsip : melahirkan bahu depan dahulu</p> <p>a. Pegang bokong janin dengan kedua ibu jari diletakkan di spina sakralis media dan jari telunjuk pada Krista iliaka dan jari-jari lain mencengkram pada bagian depan (teknik duimbekken greep), kemudian bayi ditarik curam ke arah bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah simphisis</p> <p>b. Lahirkan lengan dengan mengaitnya ke luar seolah-olah seperti mengusap muka</p> <p>c. Setelah bahu dan lengan depan lahir, dengan posisi</p>			

	<p>yang sama tarik bayi ke arah atas sampai lengan belakang lahir dengan sendirinya maka dengan jari telunjuk dan</p>			
20.	<p>LOVSET Dengan memegang bayi secara <i>duimbekken greep</i> putar badan bayi 180° (setengah lingkaran) beberapa kali sampai bahu dan lengan lahir, bila lengan tidak bisa lahir dengan sendirinya, kait lengan</p>			
21.	<p>MELAHIRKAN KEPALA SECARA MAURICEAU Setelah bahu lahir, maka lahirkan kepala dengan teknik mauriceau (veit smellie). Pastikan tidak ada lilitan tali pusat pada leher janin. Jika terdapat lilitan tali pusat, maka lakukan pemotongan tali pusat terlebih dahulu di dekat pusat.</p> <ol style="list-style-type: none"> Posisikan janin telungkup menghadap ke bawah, letakkan tubuhnya di tangan dan lengan penolong sehingga kaki janin berada di kiri kanan tangan penolong Tempatkan jari telunjuk dan jari manis penolong di tulang pipi janin Gunakan tangan yang lain untuk memegang bahu dari arah punggung dan dipergunakan untuk melakukan traksi Buatlah kepala janin fleksi dengan cara menekan tulang pipi janin ke arah dadanya Bila belum terjadi putar paksi dalam, penolong melakukan gerakan putar paksi dengan tetap menjaga kepala tetap fleksi dan traksi pada bahu mengikuti arah sumbu panggul Bila sudah terjadi putar paksi dalam, lakukan traksi ke bawah dengan mempertahankan posisi kepala janin fleksi dan traksi pada bahu mengikuti arah sumbu panggul Setelah suboksiput lahir di bawah simfisis, badan janin sedikit demi sedikit dielevasi ke atas (kearah perut ibu) dengan suboksiput sebagai hipomoklion. Minta asisten untuk melakukan penekanan ke bawah pada daerah suprapubik. 			
22.	<p>EKSTRAKSI KAKI (Bila bayi harus segera dilahirkan)</p> <ol style="list-style-type: none"> Masukkan tangan ke dalam kavum uteri Cari kaki dengan menelusuri bokong, pangkal paha sampai ke lutut janin Lakukan abduksi dan fleksi pada paha janin sehingga kaki bawah menjadi fleksi Pegang pergelangan kaki janin dengan telunjuk dan jari tengah, tuntun keluar sampai batas lutut Tangan yang diluar mendorong fundus uteri ke bawah Kedua tangan memegang betis bayi dengan kedua ibu jari diletakkan dibagian belakang betis sejajar sumbu panjang betis dengan jari-jari lain ada di bagian depan betis Tarik betis curam ke bawah sampai pangkal paha lahir Pindahkan pegangan ini sejauh mungkin pada pangkal paha dengan posisi pegangan tetap Tarik pangkal paha curam ke bawah sampai trochanter 			

	<p>belakang lahir kemudian dielevasi sampai trochanter belakang lahir</p> <p>j. Selanjutnya gunakan teknik pegangan <i>duimbekken greep</i> (femuro pelviks), langkah selanjutnya sama dengan manual aid</p>			
23.	Mengucapkan “Hamdalah” ketika bayi lahir			
PENANGANAN BAYI BARU LAHIR				
24.	<p>Lakukan penilaian (selintaas)</p> <p>:</p> <p>a. Apakah Bayi cukup bulan ?</p> <p>b. Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium ?</p> <p>c. Apakah Bayi menangis kuat dan atau bernafas kesulitan ?</p> <p>d. Apakah Bayi bergerak dengan aktif ?</p> <p>Bila salah satu jawaban adalah ”TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia Bayi baru lahir (lanjut ke langkah</p>			
25.	<p>Keringkan Tubuh Bayi :</p> <p>Keringkan Bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. G</p>			
26.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam			
27.	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus			
28.	<p>Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit</p> <p>IM (Intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral</p>			
29.	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi.Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu)			
30.	<p>Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <p>a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi)dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.</p> <p>b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya</p> <p>c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan</p>			
31.	<p>Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.</p> <p>Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada ibu/perut ibu.Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.</p>			
32.	Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala Bayi			
PROSEDUR PASCA PERSALINAN				
33.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan			
34.	Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling			

	<p>1 jam.</p> <p>a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.</p> <p>b. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun</p>			
35.	Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K ₁ 1 mg intramuscular di			
36.	Setelah satu jam pemberian Vitamin k, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral. <p>a. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.</p> <p>b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan dibiarkan</p>			
EVALUA				
37.	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. <p>a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan</p> <p>b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan</p> <p>c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan</p> <p>d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan</p>			
38.	Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai			
39.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah			
40.	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. <p>a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.</p> <p>b. Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang</p>			
41.	Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x per menit) serta suhu tubuh normal (30,5-37,5) ⁰ C			
KEBERSIHAN DAN KEAMANAN				
42.	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan			
43.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang			
44.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, bersihkan sisa air ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang			
45.	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.			

	keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.			
46.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan			
47.	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.			
48.	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5%			
49.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir			
DOKUMENTA				
50.	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital			
TEKNI		0	1	2
51.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
52.	Menjaga privasi ibu			
53.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Total Score : 106				

Yogyakarta,
Penguji,

(.....)

PENANGANAN PERTOLONGAN PERSALINAN DENGAN DISTOSIA BAHU

1. PENGERTIAN

Menurut buku acuan Nasional Pelayanan Maternal dan Neonatal (2005), setelah kelahiran kepala, akan terjadi putaran paksi luar yang menyebabkan kepala berada pada sumbu normal dengan tulang belakang bahu pada umumnya akan berada pada sumbu miring (oblique) di bawah ramus pubis. Dorongan pada saat ibu mengedan akan menyebabkan bahu depan (anterior) berada di bawah pubis, bila bahu gagal untuk mengadakan putaran menyesuaikan dengan sumbu miring dan tetap berada pada posisi anteroposterior, pada bayi yang besar akan terjadi benturan bahu depan terhadap simfisis.

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas sacral promontory walaupun jarang terjadi dan karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (Mochtar R, 2010).

2. PENILAIAN KLINIK

- a. Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva
- b. Kepala bayi tidak melakukan putaran paksi luar
- c. Daggu tertarik dan menekan perineum
- d. Tanda kepala kura-kura yaitu penarikan kembali kepala terhadap perineum sehingga tampak masuk kembali ke dalam vagina.
- e. Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang symphisis (Siafudin, 2002).

3. FAKTOR RESIKO

- a. Ibu dengan diabetes
- b. Riwayat obstetri/persalinan dengan bayi besar
- c. Ibu dengan obesitas
- d. Postdates
- e. Janin besar karena macrossomia
- f. Riwayat obstetri dengan persalinan lama / persalinan sulit

- g. Cephalopelvic disproportion (Mochtar, 2010)

DAFTAR PUSTAKA

Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka

Mochtar, Rustam. 2010. *Sinopsis Obstetry Jilid I*. Jakarta : EGC

DepKes RI. 2004. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi.

Saifuddin Abdul B. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo:

PENANGANAN PERTOLONGAN PERSALINAN DENGAN DISTOSIA BAHU

No	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Kenakan APD c. Patahkan Ampul d. Mendekatkan peralatan			
	PERSIAPAN			
6.	Korentang dalam tempatnya, partus set dalam bak instrumen steril, kapas alcohol dalam comb kecil, kassa steril, resusitasi set, handuk, duk steril, uterotonika (oksitosin) dan spuit 3 cc, APD (celemek, sepatu, topi, masker, kacamata, handscoon steril), bethadine, larutan			
	PERSIAPAN			
7.	Atur posisi klien dengan posisi dorsal recumbant			
	PERSIAPAN PENOLONG			
8.	Pakai sarung tangan			
9.	Sedot oksitosin 10 IU dengan <i>one hand technique</i>			
10.	Pakai sarung tangan panjang untuk tangan kanan dan sarung tangan pendek untuk tangan kiri			
	PELAKSANAAN			
11.	Lakukan vulva hygiene dengan terlebih dahulu mengucapkan			
12.	Pastikan pembukaan lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.			
13.	Cuci tangan dalam larutan chlorine 0,5 % dan lepaskan sarung			
14.	Periksa DJJ			
15.	Pimpin ibu untuk meneran bila ada his			
16.	Setelah kepala tampak pada vulva 5-6 cm, letakan handuk pada perut			
17.	Buka tutup bak instrumen, pakai sarung tangan steril			
18.	Terus pimpin ibu untuk meneran			
19.	Saat occiput tampak di bawah simphisis, tangan kanan melindungi			

	tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir (minta ibu untuk tidak meneran dengan bernafas pendek-pendek)			
20.	Usap muka janin dengan kassa steril untuk membersihkan muka			
21.	Periksa adanya lilitan tali pusat			
22.	Tunggu hingga kepala janin melakukan putar paksi luar secara spontan. Ternyata kepala bayi maju mundur (turtle sign) dan tidak ada putaran paksi luar atau putaran paksi luar tidak			
	MELAHIRKAN BAHU SECARA MC.ROBERT			
23.	a. Tarik kedua paha ibu sedekat mungkin dengan dada dengan kedua tangan ibu, dan kepala ibu menunduk semaksimal mungkin sehingga dagu menyentuh dada ibu b. Letakkan tangan penolong dengan posisi biparietal, tarik kepala bayi kearah posterior untuk melahirkan bahu depan, kemudian tarik kepala bayi kearah anterior untuk			
	MELAHIRKAN BAHU DEPAN DAHULU			
24.	a. Masukkan satu tangan penolong yang sesuai dengan punggung bayi ke dalam jalan lahir dan diletakkan pada scapula depan b. Saat his, putar bahu depan sehingga sumbu kedua bahu miring terhadap panggul dan dibarengi tarikan ringan pada kepala kearah bawah. c. Seorang asisten membantu menekan bahu dari luar ke arah bawah bagian suprapubik ibu. Kadang-kadang jari telunjuk dapat dikaitkan pada ketiak anak untuk membantu menarik. Apabila usaha ini gagal, upayakan			
25.	Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya melahirkan badan bayi			
	PENANGANAN BAYI BARU LAHIR			
26.	Setelah bayi lahir seluruhnya, letakkan bayi di perut ibu dan			
27.	Klem tali pusat			
28.	Potong tali pusat diantara kedua klem			
29.	Ganti bungkus bayi pada ibunya			
	MANAJEMEN AKTIF KALA III			
30.	Pastikan janin tunggal			
31.	Beritahu ibu bahwa akan disuntik			
32.	Suntik oksitosin 10 IU			
33.	Lakukan PTT dan dorongan dorsokranial saat ada kontraksi uterus			

34.	Setelah plasenta terlihat di depan introitus vagina, pegang plasenta dengan kedua tangan, putar searah jarum jam dengan hati-			
35.	Setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri			
36.	Periksa kelengkapan plasenta			
37.	Sambil melakukan masase uterus, observasi perdarahan dan kontraksi			
38.	Cuci tangan dengan larutan klorin 0,5%, bilas dengan air DTT			
PENGIKATAN TALI PUSAT				
39.	Lakukan pengikatan tali pusat (bila tidak ada perdarahan aktif dari			
40.	Lakukan IMD			
41.	Periksa KU ibu, perdarahan, kontraksi uterus dan periksa nadi ibu			
42.	Lakukan penjahitan perineum			
43.	Periksa ulang perdarahan dan kontraksi uterus			
44.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan			
45.	Lakukan pendokumentasian tindakan dan hasilnya			
TEKNI		0	1	2
46.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
47.	Menjaga privasi ibu			
48.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Total Score : 96				

Yogyakarta,
Penguji,

(.....)

PENANGANAN RETENSIO PLACENTA DENGAN PLACENTA MANUAL

A.RETENSIO PLASENTA

1. Pengertian

Retensio placentae adalah plasenta belum lahir setelah ½ jam bayi lahir (Ashari, 2010). Retensio placentae adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio placentae (habitual retensio placentae). Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi ganas korion karsinoma. Sewaktu suatu bagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Gejala dan tanda yang bisa ditemui adalah perdarahan segera, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang (Prawiraharjo, 2005).

2. Etiologi

Penyebab retensio placentae menurut Sastrawinata (2005) :

- a. His kurang kuat (penyebab terpenting).
- b. Plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba) dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil).

3. Jenis-jenis Retensio Placentae :

- a. Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- b. Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau memasuki miometrium.
- c. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- d. Plasenta adhesiva adalah plasenta yang implantasinya kuat dari jonjot korion plasenta hingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta didalam cavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uterus (Prawirohardjo, 2008).

4. Penatalaksanaan

- a. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Dalam kondisi tertentu apabila memungkinkan, sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual. Kuretase harus dilakukan dirumah skait dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.

- b. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau peroral.
- c. Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan (Depkes, 2007)

B. MANUAL PLASENTA

1. Pengertian

Manual plasenta adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari kavum uteri secara manual yaitu dengan melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung kedalam kavum uteri (Prawirohardjo, 2008).

Manual plasenta merupakan tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan retensio plasenta. Teknik operasi plasenta manual tidaklah sukar, tetapi harus diperkirakan bagaimana persiapan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita (Manuaba, 2009)

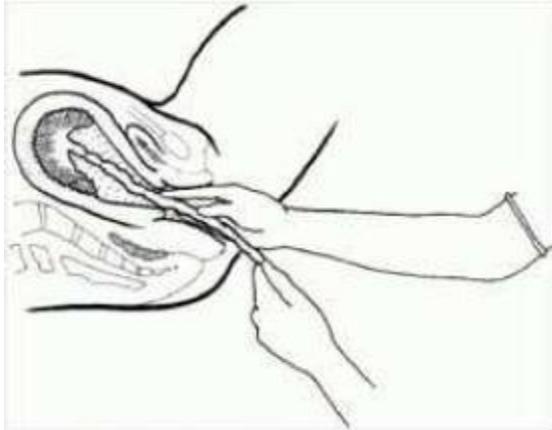
2. Indikasi

Indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah :

- a. pada keadaan perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc yang tidak dapat dihentikan dengan uterotonika dan masase,
- b. retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir,
- c. setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir
- d. tali pusat putus (Prawirohardjo, 2008).

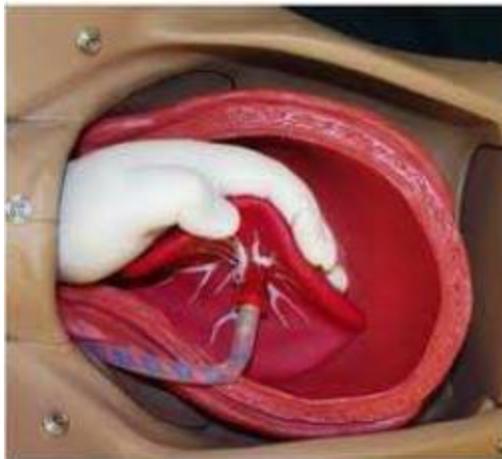
3. Garis Besar Teknik Manual Plasenta

- a. Penetrasi ke Kavum Uteri



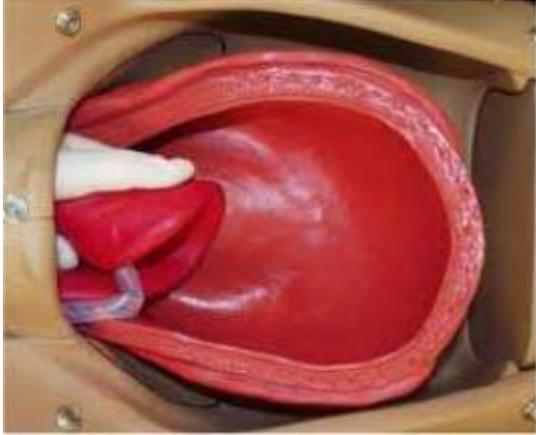
Masukkan tangan secara obstetrik kedalam uterus (kelima ujung jari disatukan, masukkan tangan ke dalam vagina dengan posisi di bawah tali pusat dan punggung tangan menghadap ke bawah. Telusuri tali pusat bagian bawah sampai ke dalam uterus.)

b. Melepas Plasenta dari Dinding Uterus



Pindahkan tangan kiri ke fundus uteri untuk menahan uterus ketika dilakukan tindakan manual plasenta. Setelah tangan kanan berada pada kavum uteri, buka telapak tangan, rapatkan jari-jari dan posisikan telapak tangan agak menekuk (sesuai dengan keadaan uterus), cari bagian plasenta yang telah terlepas. Secara perlahan lepaskan bagian plasenta yang belum terlepas dengan menggunakan sisi tangan yang sejajar dengan ulna.

c. Mengeluarkan Plasenta



Pindahkan tangan kiri ke supra pubik untuk menahan uterus bagian bawah saat tangan kanan keluar dari kavum uteri. Setelah seluruh bagian plasenta terlepas, keluarkan plasenta dan tangan dari dalam kavum uteri. Letakkan plasenta dalam tempat yang datar dan pastikan kelengkapan plasenta. Lakukan eksplorasi untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal.

DAFTAR PUSTAKA

- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Manuaba. 2009. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungandan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC
- Sastrawinata, Sulaiman. 2005. *Obstetri Fisiologi*. Jakarta : EGC.

**DAFTAR TILIK PENANGANAN RETENSIO PLACENTA DENGAN PLACENTA
MANUAL**

N	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan			
	Catatan : Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan,			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah,			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Kenakan APD c. Patahkan Ampul d. Mendekatkan peralatan			
	PERSIAPAN			

6.	Korentang dalam tempatnya , partus set dalam bak instrument steril, infus set (cairan infus, selang infus, vena kateter ukuran 16/ 18), O2 set (O2 dalam tabungnya, selang O2, regulator, humidifier), douer cateter, spuit 3 cc. uterotonika (oksitosin, methyl ergometrin), kassa steril, kapas alcohol dalam comb kecil plester, duk steril dan handuk, bengkok, tempat plasenta, gunting plester, sarung tangan panjang dan pendek steril, celemek, sepatu, masker, kaca mata dan penutup kepala,			
	PELAKSANAAN			
7.	Mengucapkan “Basmalah” sebelum melakukan tindakan			
8.	Awasi KU dan vital sign klien serta observasi perdarahan			
9.	Beri ibu O2			
10.	Pasang infus dan oksitosin 10 IU drip			
11.	Atur posisi klien dengan posisi litotomi atau dorsal recumbent			
12.	Masukkan spuit 3 cc dalam bak steril			
13.	Patahkan ampul ergometrin			
14.	Pasang alas bokong dan tutupi perut ibu dengan duk steril/ DTT			
15.	Pakai sarung tangan steril			
16.	Sedot ergometrin			
17.	Bersihkan vulva dari darah dengan kapas dan air DTT			
18.	Jika kandung kemih penuh, lakukan pengosongan kandung			
19.	Lepaskan sarung tangan kanan dan rendam pada larutan chlorin			
20.	Tangan kiri membuka labia			
21.	Masukkan tangan secara obstetrik kedalam uterus (kelima ujung jari disatukan, masukkan tangan ke dalam vagina dengan posisi di bawah tali pusat dan punggung tangan menghadap ke			
22.	Pindahkan tangan kiri ke fundus uteri untuk menahan uterus			
23.	Setelah tangan kanan berada pada kavum uteri, buka telapak tangan, rapatkan jari-jari dan posisikan telapak tangan agak menekuk (sesuai dengan keadaan uterus), cari bagian			
24.	Secara perlahan lepaskan bagian plasenta yang belum terlepas			
25.	Lakukan tindakan pelepas plasenta hanya dengan satu kali tindakan (sebelum plasenta dan tangan keluar dari kavum			
26.	Pindahkan tangan kiri ke supra pubik untuk menahan uterus			
27.	Setelah seluruh bagian plasenta terlepas, keluarkan plasenta dan			
28.	Letakkan plasenta dalam tempat yang datar dan pastikan			
29.	Lakukan eksplorasi untuk memastikan tidak ada bagian			

	yang tertinggal			
30.	Lakukan masase pada fundus uteri secara <i>palmar</i> dan pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta tidak terdapat			
31.	Beritahu ibu bahwa akan diberikan suntikan			
32.	Lakukan injeksi ergometrin 10 IU per IM			
33.	Perhatikan KU ibu selama dilakukan Tindakan			
34.	Memberitahukan kepada ibu bahwa tindakan telah selesai			
35.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan			
	DEKONTAMINA			
36.	Buang bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah			
37.	Bersihkan ibu, bantu untuk mengenakan pakaian dan pastikan			
38.	Rendam sarung tangan dan peralatan yang telah terkontaminasi			
39.	Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun			
40.	Observasi KU, vital sign, volume perdarahan dan kontraksi			
41.	Lakukan pendokumentasian pada lembar catatan medik dan			
	TEKNI	0	1	2
42.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
43.	Menjaga privasi ibu			
44.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Total Score : 88				

Yogyakarta,
Penguji,

(.....)

PENANGANAN PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER DENGAN KOMPRESI MANUAL INTERNA (KBI) DAN KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNA (KBE)

A. PERDARAHAN POSTPARTUM

1. Definisi

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang melebihi 500ml setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2008).

2. Klasifikasi

Menurut Prawirohardjo (2008), perdarahan postpartum diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

a. Perdarahan postpartum primer

Adalah perdarahan yang berlangsung dalam 24 jam pertama persalinan dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, dan restensi sisa plasenta.

b. Perdarahan postpartum sekunder

Adalah perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam persalinan.

3. Penyebab Perdarahan Postpartum

Penyebab perdarahan postpartum menurut Anggraeni (2010) antara lain :

a. Atonia uteri

- b. Laserasi jalan lahir
- c. Robekan serviks
- d. Robekan perineum
- e. Retensio plasenta
- f. Retensio sisa plasenta
- g. Inversio uteri

4. Faktor Predisposisi

Menurut Manuaba (2008) faktor predisposisi perdarahan postpartum antara lain :

1. Keadaan umum pasien yang mempunyai gizi rendah
2. Kelemahan dan kelelahan otot rahim
3. Pertolongan persalinan dengan tindakan
4. Overdistensi pada kehamilan (hidramnion, gemeli, TBJ > 4000gr)

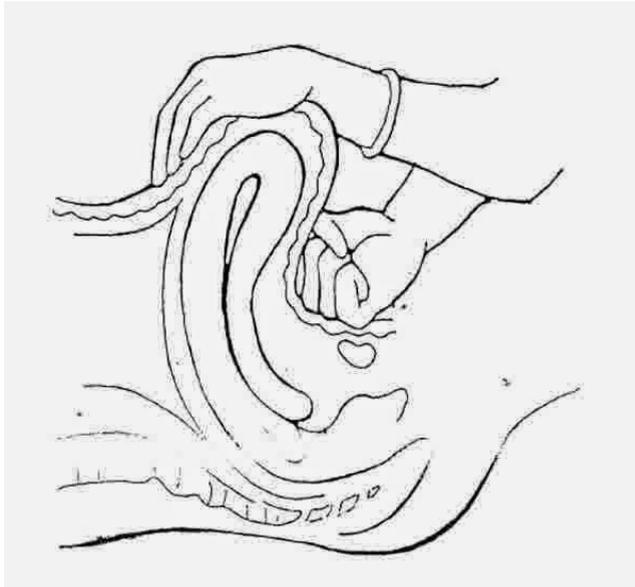
B. KOMPRESI BIMANUAL

Kompresi bimanual adalah suatu tindakan untuk mengontrol dengan segera homorrage postpartum. dinamakan demikian karena secara literature melibatkan kompresi uterus diantara dua tangan (Varney, 2004).

a. Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

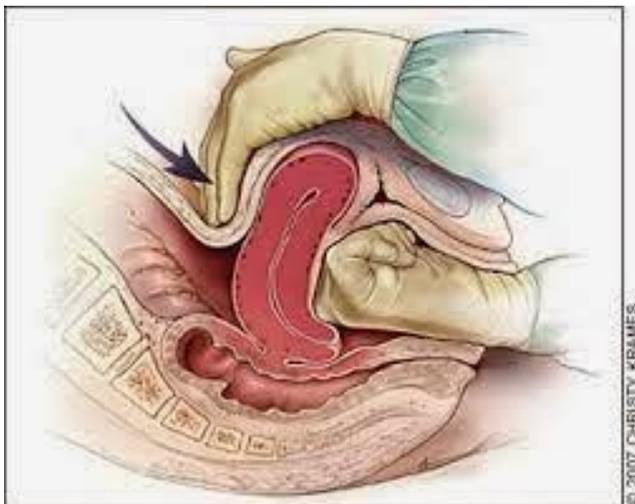
Kompresi bimanual eksterna merupakan tindakan yang efektif untuk mengendalikan perdarahan misalnya akibat atonia uteri. Kompresi bimanual ini diteruskan sampai uterus dipastikan berkontraksi dan perdarahan dapat dihentikan. ini dapat di uji dengan melepaskan sesaat tekanan pada uterus dan kemudian mengevaluasi konsistensi uterus dan jumlah perdarahan.

KBE dilakukan dengan menekan uterus melalui dinding abdomen dengan jalan saling mendekatkan kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus. Pantau aliran darah yang keluar. Bila perdarahan berkurang, kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi. Bila belum berhasil dilakukan kompresi bimanual internal.



b. Kompresi Bimanual Interna (KBI)

Kompresi bimanual interna yaitu penanganan perdarahan postpartum dengan salah satu tangan penolong yang dominan dimasukkan ke dalam vagina dan sambil membuat kepala diletakkan pada forniks anterior vagina. Tangan kanan diletakkan pada perut penderita dengan memegang fundus uteri dengan telapak tangan dan dengan ibu jari didepan serta jari-jari lain dibelakang uterus.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni Y. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka
- Manuaba. 2008. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungandan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Varney, Helen. 2004. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2*. Jakarta : EGC.

DAFTAR TILIK PENANGANAN PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER DENGAN KOMPRESI MANUAL INTERNA (KBI) DAN KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNA (KBE)

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan			
3	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga			
	Catatan : Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan, sedangkan persetujuan tindakan dapat			
4	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan,			
	PERSIAPAN ALAT			
5	Korentang dalam tempatnya, partus set dalam			

	instrument steril, infus set (cairan infus, selang infus, vena kateter ukuran 16/ 18), O2 set (O2 dalam tabungnya, selang O2, regulator, humidifier), douer cateter, spuit 3 cc, uterotonika (oksitosin, methyl ergometrin), kassa steril, kapas alcohol dalam comb kecil plester, duk steril dan handuk, bengkok, tempat plasenta, gunting plester, sarung tangan panjang dan pendek steril,			
	PERSIAPAN PASIEN			
6	Atur posisi pasien dengan posisi dorsal rekumbent			
	PERSIAPAN PENOLONG			
7	Gunakan APD (celemek, sepatu, penutup kepala, masker			
8	Lepaskan perhiasan cuci tangan dengan sabun dan air			
9	Pakai sarung tangan panjang untuk tangan kanan dan			
	PELAKSANAAN			
10.	Apabila setelah plasenta lahir lengkap dan dilakukan masase uterus selama 15 detik ternyata uterus			
11.	Diawali dengan " <i>Basmalah</i> " periksa kandung kemih			
12.	Lakukan vulva higien untuk membersihkan jalan lahir			
13.	Lakukan KBI selama 5 menit, dengan teknik : <ul style="list-style-type: none"> a. Buka labia dengan tangan kiri dan tangan kanan masuk ke vagina secara obstetric b. Letakkan tangan kiri pada korpus uteri posterior seluas mungkin c. Letakkan tangan kanan pada fornix anterior dengan posisi tangan menggenggam d. Tekan uterus dengan cara menjepitnya menggunakan kedua tangan sekuat mungkin Catatan : Apabila setelah dilakukan tindakan KBI selama 5 menit uterus berkontraksi, kemudian lanjutkan tindakan KBI selama 2 menit (total waktu KBI 7 menit). Selanjutnya lakukan perawatan rutin. Namun jika setelah			
14.	Mengajarkan pada keluarga atau asisten untuk melakukan tindakan KBE, dengan teknik : <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan tangan kiri pada korpus uteri posterior, dan raba seluas mungkin b. Letakkan tangan kanan di tepi atas 			

	c. Tekan uterus sekuat mungkin dengan menjepitnya menggunakan kedua tangan			
1 5.	Berikan injeksi methyl ergometrin 0,2 mg per IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal (ergometrin			
1 6.	Pasang infus dengan larutan RL 500 cc dan 20 IU (2 x 10 IU) oksitosin dengan loss clam/ guyur dihabiskan			
1	Lakukan tindakan KBI kembali			
1 8.	Apabila uterus berkontraksi, lakukan perawatan dan pengawasan kala IV, namun apabila uterus tetap belum berkontraksi, rujuk pasien dan tetap lakukan tindakan KBI dan pemberian cairan infus. Dosis infuse pasca guyur : a. RL 500 cc dan 20 IU oksitosin yang dihabiskan dalam waktu 1 jam, maksimal 1,5 liter b. selanjutnya infuse RL 500 cc dan 20 IU oksitosin dihabiskan dalam waktu 4 jam (125 cc/ jam) c. Jika cairan infus tidak cukup, infuskan 500			
1 9.	Mengucapkan Hamdalah dan Assalamu'alaikum Wr.			
2 0.	Dokumentasikan tindakan dan hasilnya pada lembar			
	TEKNI	0	1	2
2	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
2	Menjaga privasi ibu			
2 3.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif &			
Total Score : 46				

Yogyakarta,
Penguji,

(.....)

PENANGANAN SYOK HIPOVOLEMIC

A. DEFINISI

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah kedalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan dan tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme (Prawirohardjo, 2008).

Syok hipovolemik merupakan kondisi medis atau bedah dimana terjadi kehilangan cairan dengan cepat yang berakhir pada kegagalan beberapa organ, disebabkan oleh volume sirkulasi yang tidak adekuat dan berakibat pada perfusi yang tidak adekuat. Paling sering, syok hipovolemik merupakan akibat kehilangan darah yang cepat (syok hemoragik) (Dewi dan Rahayu, 2010).

Syok hipovolemik adalah suatu keadaan akut dimana tubuh kehilangan cairan tubuh, cairan ini dapat berupa darah, plasma, dan elektrolit (Grace, 2006).

B. ETIOLOGI

Syok hipovolemik dapat disebabkan oleh kehilangan volume massive yang disebabkan oleh: perdarahan gastro intestinal, internal dan eksternal hemoragi, atau kondisi yang menurunkan volume sirkulasi intravascular atau cairan tubuh lain, intestinal obstruction, peritonitis, acute pancreatitis, ascites, dehidrasi dari excessive perspiration, diare berat atau muntah, diabetes insipidus, diuresis, atau intake cairan yang tidak adekuat (Dewi dan Rahayu, 2010)

C. TANDA DAN GEJALA

Secara khas, riwayat pasien meliputi kondisi-kondisi yang menyebabkan penurunan volume darah, seperti gastrointestinal hemoragi, trauma, diare berat dan muntah. Pengkajian yang didapatkan meliputi:

1. Kulit pucat,
2. Penurunan sensori,
3. Pernafasan cepat dan dangkal,
4. Urin output kurang dari 25ml/jam,
5. Kulit teraba dingin,
6. Clammy skin,
7. MAP di bawah 60 mm Hg dan nadi melemah,
8. Penurunan CVP
9. Penurunan tekanan
10. Atrial kanan,
11. Penurunan PAWP, dan
12. Penurunan
13. Cardiac output (Dewi dan Rahayu, 2010)

D. PENATALAKSANAAN

Tujuan utama dalam mengatasi syok hipovolemik adalah :

1. Memulihkan volume intravascular untuk membalik urutan peristiwa sehingga tidak mengarah pada perfusi jaringan yang tidak adekuat.
2. Meredistribusi volume cairan
3. Memperbaiki penyebab yang mendasari kehilangan cairan secepat mungkin.

Terapi non Farmakologi :

1. Pengobatan penyebab yang mendasari

Jika pasien sedang mengalami hemoragi, upaya dilakukan untuk menghentikan perdarahan. Mencakup pemasangan tekanan pada tempat perdarahan atau mungkin diperlukan pembedahan untuk menghentikan perdarahan internal.

2. Penggantian cairan darah

Pemasangan dua jalur intra vena dengan kjarum besar dipasang untuk membuat akses intra vena guna pemberian cairan. Maksudnya memungkinkan pemberian secara simultan terapi cairan dan komponen darah jika diperlukan.

Contohnya : Ringer Laktat dan Natrium clorida 0,9 %, Koloid (albumin dan dekstran 6 %).

3. Redistribusi Cairan

Pemberian posisi trendelenberg yang dimodifikasi dengan meninggikan tungkai pasien, sekitar 20 derajat, lutut diluruskan, trunchus horizontal dan kepala agak dinaikan. Tujuannya, untuk meningkatkan arus balik vena yang dipengaruhi oleh gaya gravitasi (Dewi dan Rahayu, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka

Dewi E, Rahayu S. 2010. *Kegawatdaruratan Syok Hipovolemik*. Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 2. No. 2. Juni 2010, 93-96

Grace A, Neil R B. 2006. *At a Glance Ilmu Bedah*. Jakarta : Erlangga

DAFTAR TILIK PENANGANAN SYOK HIPOVOLEMIC

No	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan			
	Catatan : Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan, sedangkan			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar			
5.	Persiapan Penolong :			

	a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
	PERSIAPA			
	Air Bag			
	Oropharyngeal air way			
	Face mask			
	Endotracheal tube			
	Perlengkapan infuse : IV keteter segala ukuran, cairan infuse : RL,			
	Perlengkapan pemasangan dower cateter segala ukuran			
	Set intubasi			
	Obat-obat emergency, adrenalin, sulfas atropine, dopamine,			
	Beri penjelasan tentang prosedur tindakan terhadap keluarga/pasien			
	Tranfusi set			
B.	CONTENT/I			
6.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
7.	Kaji tanda-tanda vital dan perdarahan			
8.	Kaji tanda-tanda kekurangan cairan mukosa kering, mata cekung			
9.	Bila disebabkan karena perdarahan, hentikan dengan tourniket,			
10.	Meletakkan penderita dalam posisi syok			
11.	Kepala setinggi atau lebih tinggi dari dada			
12.	Tubuh horizontal atau dada lebih rendah, kedua tungkai lurus, diangkat 20°			
13.	Beri oksigen 4-6 liter dengan ambu bag.			
14.	Bila pasien tidak sadar lakukan gerakan triple (ekstensi kepala,			
15.	Bila pasien henti nafas (apnea) segera lakukan ventilasi 2 kali			
16.	Setelah 2 x ventilasi buatan awal, segera raba arteri karotis atau			
17.	Bila nadi berdenyut tetapi pasien masih henti nafas teruskan ventilasi buatan 12 kali/menit sampai timbul ventilasi spontan			
18.	Bila tidak teraba berarti terjadi henti jantung (cardiac arrest) segera lakukan kompresi jantung luar 15 kali dengan laju 80-100 kali/menit yang kemudian dilakukan ventilasi 2 kali			
19.	Pasang infuse NaCl/ RL 1-2 liter dalam 30-60 menit, bila syok disebabkan oleh vomitus atau GEA sambil memonitor tanda-			
20.	Pasang infuse NaCl/RL 1-2 liter dalam 30-60 menit dan persiapkan transfuse bila karena perdarahan. Sebelum tersedia darah diberikan plasmaexpander : plasmafusin maksimal 20 ml/Kg BB, Dekstan			

21.	Berikan paket red cell (PRC) bila diperlukan hingga Ht>30%			
22.	Pasang dower cateter untuk memonitor produk urine			
23.	Cek elektrolit dan koreksi kelainannya			
24.	Koreksi asidosis, bila dari pemeriksaan AGD terjadi asidosis			
25.	Evaluasi vital sign tiap menit sampai terlihat kembalinya organ			
26.	Otak : kembalinya kesadaran			
27.	Ginjal : volume urine bertambah sekitar 30 cc/jam			
28.	Jantung : denyut nadi turun, tensi mengingot			
29.	Kulit : ekstremitas menjadi hangat			
30.	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			
31.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan			
	TEKNIK			
32.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
33.	Menjaga privasi pasien			
34.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
Total Score : 68				

Yogyakarta,

Penguji,

(.....)

PERSIAPAN PASIEN

CURETTAGE A. PENGERTIAN

Kuratase adalah cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat kuratase (sendok kerokan). Sebelum melakukan kuratase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misalnya perforasi (Andriyani, 2014).

B. TUJUAN KURETASE

1. Kuret sebagai diagnostik suatu penyakit rahim

Yaitu mengambil sedikit jaringan lapis lendir rahim, sehingga dapat diketahui penyebab dari perdarahan abnormal yang terjadi misalnya perdarahan pervaginam yang tidak teratur, perdarahan hebat, kecurigaan akan kanker endometriosis atau kanker rahim, pemeriksaan kesuburan/ infertilitas.

2. Kuret sebagai terapi

Yaitu bertujuan menghentikan perdarahan yang terjadi pada keguguran kehamilan dengan cara mengeluarkan hasil kehamilan yang telah gagal berkembang, menghentikan perdarahan akibat mioma dan polip dengan cara mengambil mioma dan polip dari dalam rongga rahim, menghentikan perdarahan akibat gangguan hormon dengan cara mengeluarkan lapisan dalam rahim misalnya kasus keguguran, tertinggalnya sisa jaringan plasenta, atau sisa jaringan janin di dalam rahim setelah proses persalinan, hamil anggur, menghilangkan polip rahim (Damayanti, 2008).

C. INDIKASI KURETASE

1. Abortus Inkomplit

Abortus inkompletus adalah sebagian hasil konsepsi telah keluar dari *kavum uteri* dan masih ada yang tertinggal. Batasan ini juga masih terpancang pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Prawirorahardjo, 2009)

2. Kehamilan Mola

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan hidropik. Yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan

ukuran bervariasi dari beberapa milimeter sampai satu atau dua sentimeter (Prawirohardjo, 2009).

3. Blighted Ovum

Blighted Ovum (kehamilan unembrionik) adalah kehamilan patologik, dimana mudigah/embrio tidak terbentuk sejak awal. Blighted ovum harus dibedakan dari kehamilan muda yang normal, dimana mudigah masih terlalu kecil untuk dapat dideteksi dengan alat USG (biasanya kehamilan 5-6 minggu) (Prawirohardjo, 2009)

4. Missed Abortion

Retensi janin mati (Missed Abortion) adalah perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan retensi hasil konsepsi yang telah mati hingga 8 minggu atau lebih (Prawiroharjo, 2009).

Missed Abortion adalah kehilangan kehamilan dimana produk-produk konsepsi tidak keluar dari tubuh (Suseno dkk, 2009).

5. Retensi Sisa Plasenta

Sisa plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam uterus yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum primer atau perdarahn postpartum sekunder. Perdarahan postpartum dini dapat terjadi sebagai akibat tertinggalnya sisa plasenta atau selaput janin. Bila hal tersebut terjadi, harus dikeluarkan secara manual atau dikuretase disusul dengan pemberian obat-obat uterotonika intravena (Sujiatini, 2011).

D. PERSIAPAN KURETASE

1. Persiapan Pasien

a. Puasa

Saat akan menjalani kuretase, biasanya ibu harus mempersiapkan dirinya. Misal, berpuasa 4-6 jam sebelumnya. Tujuannya supaya perut dalam keadaan kosong sehingga kuret bisa dilakukan dengan maksimal.

b. Persiapan Psikologis

Setiap ibu memiliki pengalaman berbeda dalam menjalani kuret. Ada yang bilang kuret sangat menyakitkan sehingga ia kapok untuk mengalaminya lagi. Tetapi ada pula yang biasa-biasa saja. Sebenarnya, seperti halnya persalinan normal, sakit tidaknya kuret sangat individual. Sebab, segi psikis sangat berperan dalam menentukan hal ini. Bila ibu sudah ketakutan bahkan syok lebih dulu sebelum kuret, maka munculnya rasa sakit sangat mungkin terjadi. Sebab rasa takut akan menambah kuat rasa sakit.

Sebaliknya, bila saat akan dilakukan kuret ibu bisa tenang dan bisa mengatasi rasa takut, biasanya rasa sakit bisa teratasi dengan baik. Meskipun obat bius yang diberikan kecil sudah bisa bekerja dengan baik. Untuk itu sebaiknya sebelum menjalani kuret ibu harus mempersiapkan psikisnya dahulu supaya kuret dapat berjalan dengan baik. Persiapan psikis bisa dengan berusaha menenangkan diri untuk mengatasi rasa takut, pahami bahwa kuret adalah jalan yang terbaik untuk mengatasi masalah yang ada. Sangat baik bila ibu meminta bantuan kepada orang terdekat seperti suami, orangtua, sahabat, dan lainnya.

c. Meminta Penjelasan Dokter

Hal lain yang perlu dilakukan adalah meminta penjelasan kepada dokter secara lengkap, mulai apa itu kuret, alasan kenapa harus dikuret, persiapan yang harus dilakukan, hingga masalah atau risiko yang mungkin timbul. Jangan takut memintanya karena dokter wajib menjelaskan segala sesuatu tentang kuret. Dengan

penjelasan lengkap diharapkan dapat membuat ibu lebih memahami dan bisa lebih tenang dalam pelaksanaan kuret (Andriyani, 2014).

2. Persiapan Tenaga Kesehatan

Melakukan USG terlebih dahulu, mengukur tekanan darah pasien, dan melakukan pemeriksaan Hb, menghitung pernapasan, mengatasi perdarahan, dan memastikan pasien dalam kondisi sehat dan fit (Damayanti, 2008).

3. Persiapan Alat

a. Alat tenun,

- 1) Baju operasi
- 2) Laken
- 3) Doek kecil

b. Alat Kuretase

- 1) Spekulum dua buah (Spekulum cocor bebek (1) dan SIM/L (2) ukuran S/M/L)
- 2) Sonde penduga uterus
 - a) Untuk mengukur kedalaman rahim
 - b) Untuk mengetahui lebarnya lubang vagina
- 3) Cunam muzeus atau cunam porsio
- 4) Berbagai ukuran busi (dilatator) Hegar
- 5) Berbagai macam ukuran sendok kerokan (kuret 1 set)
- 6) Cunam tampon satu buah
- 7) Kain steril dan handscoon 2 pasang
- 8) Tenakulum 1 buah
- 9) kom
- 10) Lampu sorot
- 11) Larutan antiseptik
- 12) Tensimeter, stetoskop, sarung tangan DTT
- 13) Set infus, aboket, cairan infus
- 14) Kateter karet 1 buah
- 15) Spuit 3 cc dan 5 cc
- 16) Oksigen dan regulator (Andriyani, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

Damayanti et all 2008, Penanganan Masalah Sosial dan Psikologis Pasien Kanker stadium Lanjut dalam perawatan Paliatif, Universitas Indonesia, Jakarta.

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka

Sujiyatini dkk. 2011. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha medika

Suseno, Tutu dan Masruroh. 2009. *Kamus Kebidanan*. Citra Pustaka : Yogyakarta

DAFTAR TILIK PERSIAPAN PASIEN CURETTAGE

N O	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb			
	memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah,			
4.	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk			
B.	CONTENT/I			
5.	Melakukan konseling pra tindakan : a. Memberi informed consent b. Menjelaskan pada klien tentang penyakit yang diderita c. Menerangkan kepada pasien tentang tindakan kuretase yang akan dilakukan: garis besar prosedur tindakan, tujuan dan manfaat tindakan d. memeriksa keadaan umum pasien, bila memungkinkan pasien dipuasakan.			
6.	Persiapan alat : a. Alat tenun, terdiri dari : baju operasi, laken, doek kecil b. Alat-alat kuretase dalam bak instrument steril : ✦ Speculum dua buah (Spekullum cocor bebek (1) dan SIMS/L (2) ukuran S/M/L) ✦ Sonde (penduga) uterus ✦ Cunam porsio ✦ Berbagai ukuran busi (dilatator) Hegar ✦ Satu set sendok kuret ✦ Cunam tampon (1 buah) ✦ Pinset dam kassa steril ✦ Kain steril, dan sarung tangan dua pasang ✦ Ranjang ginekologi dengan penopang kaki ✦ Tenakulum (1 buah) ✦ Klem ovum/fenster (2 buah)			
7.	Persiapan Obat-obatan sesuai petunjuk dokter, seperti : a. Analgetik (petidin 1-2 mg/Kg BB) b. Ketamin HCL 0.5 ml/ Kg BB c. Tramadol 1-2 mg/ BB d. Sedativa (diazepam 10 mg) e. Atropine sulfas 0.25- 0.50 mg/ml f. Ergometrin 1 ampul g. Infus RL h. Oksigen dan regulator			

8.	Mengucapkan “Basmalah” sebelum melakukan			
9.	Pemeriksaan sebelum curretage : a. USG (ultrasonografi)			

	c. Memeriksa sistim pernafasan d. Cek darah lengkap			
10.	Persiapan pasien : a. Mempersiapkan psikologis pasien b. Menganjurkan pasien untuk melakukan puasa sebelum pelaksanaan curettage (bila diperlukan) c. Melakukan pemeriksaan vital sign dan KU d. Mengganti pasien dengan pakaian khusus e. Memberikan cairan per IV sebagai profilaksis f. Mengosongkan kandung kemih (bila perlu)			
11.	Mengakhiri kegiatan dengan mengucapkan			
12.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
C.	TEKNI			
13.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
14.	Menjaga privasi ibu			
15.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Total Score : 30				

PENANGANAN ASFIKSIA NEONATORUM

B. PENGERTIAN

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur. Bayi dengan riwayat gawat janin sebelum lahir, umumnya akan mengalami asfiksia pada saat dilahirkan. Masalah ini erat hubungannya dengan gangguan kesehatan ibu hamil, kelainan tali pusat, atau masalah yang mempengaruhi kesejahteraan bayi selama atau sesudah persalinan (Asuhan Persalinan Normal, 2007).

C. ETIOLOGI

Beberapa kondisi tertentu pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah uteroplasenter sehingga pasokan oksigen ke bayi menjadi berkurang. Hipoksia bayi di dalam rahim ditunjukkan dengan gawat janin yang dapat berlanjut menjadi asfiksia bayi baru lahir. Beberapa faktor tertentu diketahui dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir, diantaranya adalah faktor ibu, tali pusat dan bayi berikut ini:

1. Faktor ibu
 - a. Preeklampsia dan eklampsia
 - b. Pendarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta)
 - c. Partus lama atau partus macet
 - d. Demam selama persalinan Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV)
 - e. Kehamilan Lewat Waktu (sesudah 42 minggu kehamilan)
 2. Faktor Tali Pusat
 - a. Lilitan tali pusat
 - b. Tali pusat pendek
 - c. Simpul tali pusat
 - d. Prolapsus tali pusat
 3. Faktor Bayi
 - a. Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan)
 - b. Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forseps)
 - c. Kelainan bawaan (kongenital)
 - d. Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan)
- (Prawirohardjo, 2009)

D. KLASIFIKASI

1. Asfiksia neonatorum ringan : Skor APGAR 7-10. Bayi dianggap sehat, dan tidak memerlukan tindakan istimewa
2. Asfiksia neonatorum sedang : Skor APGAR 4-6. Pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada.
3. Asfiksia neonatorum berat : Skor APGAR 0-3. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100/menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, reflek iritabilitas tidak ada, pada asfiksia dengan henti jantung yaitu bunyi jantung fetus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap atau bunyi jantung menghilang post partum pemeriksaan fisik sama asfiksia berat (Wong, 2004).

DAFTAR PUSTAKA

- Wong. L Donna. 2004. Keperawatan Pediatrik. Edisi 1. Kedokteran. Jakarta. EGC
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka

DAFTAR TILIK PENANGANAN ASFIKSIA

NEONATORUM NO	BUTIR YANG DINILAI			
----------------------	---------------------------	--	--	--

NILAI

A	SIKAP DAN PERILAKU	0	1	2
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah,			
4.	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk pribadi			
	PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN			
5.	Tempat datar dan keras, alas /kain bersih dan kering, lampu sorot, kain ganjalan bahu, balon&sungkup untuk ventilasi, De Lee/slim sucker, bengkok, selang oksigen dan			
6.	Pakai celemek, lepaskan semua perhiasan dan aksesoris yang menempel, cuci tangan, keringkan dengan handuk bersih			
7.	Mengawali kegiatan dengan mengucapkan "Basmalah"			
8.	Penilaian (dalam beberapa detik) <ol style="list-style-type: none"> a. Apakah bayi lahir cukup bulan? b. Apakah cairan amnion bening? c. Apakah bayi bernafas spontan atau langsung menangis? d. Apakah tonus otot baik? e. Apakah kulit kemerahan? f. Apakah frekuensi jantung > 100x/menit? 			
9.	Menentukan apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi JIKA semua jawaban "Tidak" atau dengan melihat: <ol style="list-style-type: none"> a. Dada bayi: Megap-megap atau tidak ada usaha nafas b. Tonus otot: kurang baik c. Warna kulit pucat/kebiruan d. Frekuensi jantung < 			
B.	LANGKAH AWAL RESUSITASI			

10	<p>Memberi kehangatan pada bayi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan bayi di atas handuk yang ada di perut ibu. - Selimuti dan keringkan bayi dengan handuk tersebut. - Klem tali pusat dengan jarak 3 cm dari pusat, diurut ke arah maternal, dan klem tali pusat yang kedua dengan jarak 2 cm dari klem yang pertama, potong tali pusat (tangan kiri tetap melindungi perut bayi), ikat tali pusat, lepaskan klem. - Pindahkan bayi ke tempat resusitasi di bawah 			
11	<p>Atur posisi bayi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan bayi dengan kepala sedikit ekstensi 			

	<p>bantuan gulungan kain di bawah bahu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisi kepala sedikit miring 			
12	<p>Bersihkan jalan nafas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lendir diisap (mulut-hidung) 5cm-3cm - Pada alat penghisap mekanik: tekanan negatif \leq 100mmHg (jangan terlalu kuat atau dalam → 			
13	<p>Keringkan dan rangsang taktil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rangsang taktil dengan menepuk/menyentil telapak kaki, menggosok punggung/ perut/ dada/ 			
14	<p>Atur posisi kembali dan selimuti bayi dan selimuti bayi</p>			
15	<p>Lakukan Penilaian Kembali</p>			
16	<p>Jika bayi sudah bernafas spontan/menangis, lakukan perawatan pasca resusitasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaga kehangatan bayi - Lakukan pemantauan - Konseling - Pencatatan/dokumentasi <p>Jika bayi masih megap-megap/tidak bernafas,</p>			
17	<p>Pasang sungkup menutupi mulut, hidung, dan dagu. Lakukan ventilasi percobaan sebanyak 2x dengan tekanan 30 cm air</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihat apakah dada bayi mengembang <p>Bila dada bayi tidak mengembang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa posisi kepala, pastikan posisi benar - Periksa perlekatan sungkup, pastikan tidak ada kebocoran - Periksa ulang apakah jalan nafas tersumbat cairan atau lendir 			
18	<p>Lakukan ventilasi sebanyak 20x dalam 30 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan dengan tekanan 20 cm air 			
19	<p>Lakukan penilaian kembali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah pernafasan spontan? - Apakah frekuensi jantung $>$ 100 x/menit (hitung dalam 6 detik, kalikan 10) - Apakah warna kulit sudah kemerahan? 			
20	<p>Bila bayi sudah bernafas normal, hentikan ventilasi dan pantau bayi, lakukan perawatan pasca resusitasi. Bila bayi belum bernafas normal, lanjutkan ventilasi dengan ketentuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan ventilasi 20x dalam 30 detik selama 2 menit dengan tekanan 20 cm air - Evaluasi ventilasi tiap 30 detik 			

21	Apabila berhasil, maka lanjutkan dengan perawatan pasca resusitasi Apabila tidak berhasil (bayi belum bernafas normal), dan tidak bisa dilakukan rujukan, maka lanjutkan resusitasi sampai 20 menit. Apabila sampai 20 menit, bayi belum bernafas normal, maka pertimbangkan untuk menghentikan tindakan resusitasi.			
22	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
23	Berikan konseling dan dukungan moril pada ibu dan keluarga			
24	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir,			
25	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan			
C	TEKNIK			
26	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
27	Menjaga privasi ibu			
28	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Total Score : 56				

Yogyakarta,
Penguji,

(.....)

MANAJEMEN KEBIDANAN VARNEY DAN SOAP

1. Manajemen Varney

a. Pengumpulan Data

Kumpulkan semua data yang benar dan tepat dari semua sumber baik dari klien maupun dari pemeriksaan

Data yang diperlukan dalam pengumpulan data dasar

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan keperluannya
- 3) Memantau catatan sebelumnya atau catatan terbaru
- 4) Memantau hasil laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

b. Interpretasi Data

Melakukan identifikasi atau menganalisis data secara cepat dan tepat dari data yang sudah terkumpul

c. Identifikasi Diagnosa

Pada tahap ini bidan diminta untuk bisa mengidentifikasi problem dan diagnosa potensial terlebih dahulu baru sesudah itu menetapkan pencegahan yang bisa dilakukan

d. Tindakan segera

Mengidentifikasi apakah perlu tindakan segera atau perlu kolaborasi dengan dokter

e. Rencana

Merencanakan asuhan yang menyeluruh tidak hanya apa yang teridentifikasi dari masalah klien tetapi mengantisipasi masalah potensial

f. Pelaksanaan

Melaksanakan asuhan yang menyeluruh yang sudah terencana secara praktis dan aman. Bisa dilaksanakan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang lain

g. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifitasan tindakan yang sudah dilaksanakan

2. Manajemen SOAP (Mulyatisih, 2017)

a. Subjektif

Data subjektif berkaitan dengan problem dari sisi pasien. Ekspresi pasien mengenai keluhannya dan khawatiran yang dicatat sebagai ringkasan atau kutipan langsung yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis

b. Objektif

Data objektif merupakan pencatatan hasil pemeriksaan yang jujur, hasil observasi pasien, hasil pemeriksaan laboratorium. Informasi dari keluarga atau orang lain dan rekam medik bisa dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang

c. Analisa

Tahap ini merupakan pencatatan hasil interpretasi dan analisis kesimpulan dari data subjektif dan objektif

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mendokumentasikan semua penatalaksanaan dan perencanaan yang sudah diterlaksanakan misal tindakan segera, tindakan secara komprehensif, dukungan, penyuluhan, kolaborasi, tindakan antisipatif, follow up atau evaluasi serta rujukan.

PENATALASANAAN KEHAMILAN DG PENYULIT OBSTETRI, HIPEREMESIS GRAVIDARUM, HIPERTENSI DAN INFEKSI PD KEHAMILAN, KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU, SOLUSIO PLASENTA, PLASENTA PREVIA, PREEKLAMSI, KEJANG, HENTI NAPAS, PENURUNAN KESADARAN, HENTI NAFAS DAN HENTI JANTUNG

KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

TERAPI INTRAVENA

Adalah : memasukkan alat infus ke dalam vena untuk memberikan jalan masuk bagi pengobatan secara parenteral.

Indikasi

- Penggantian cairan
- Pemberian darah/produk darah
- Pemberian obat-obatan intravena

Pemilihan Vena

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemilihan intravena, antara lain :

- Riwayat kesehatan klien
- Usia, kondisi umum, dan tingkatan/ kemampuan klien dalam beraktivitas
- Kondisi vena
- Jenis cairan yang akan diberikan
- Rencana lamanya pemberian terapi intravena
- Kemampuan perawat dalam melakukan vena pungsi

Prinsip Pemilihan Vena

- Vena pada bagian distal terlebih dahulu
- Vena pada tangan non-dominan
- Vena besar, lupus, dan teraba

Vena yang Harus Dihindari

- Vena pada jari, karena mudah terjadi komplikasi (flebitis, infiltrasi) dan dekat dengan persyarafan
- Vena yang terletak di bawah vena yang terajdi flebitis dan infiltrasi
- Vena yang mengalami trombosis
- Area kulit yang mengalami inflamasi, lebam, dan terluka

- Lengan dimana dilakukan mastektomi radikal, edema, infeksi, arteriovenous shunt, fistula.

Komplikasi

- **Flebitis** (peradangan pembuluh vena), tanda-tanda: hangat, merah, bengkak di daerah luka tusukan.

Penyebab: kurangnya aliran darah di sekitar kanula, gesekan dari kanula di dalam vena, clotting pada ujung kanula.

Intervensi: ganti kanula, gunakan kompres hangat, gunakan krem heparin, kolaborasi pemberian analgesik anti inflamasi.

- **Hematoma**

Tanda-tanda: tenderness, memar.

Penyebab: vena tterembus, jarum tidak pada tempatnya dan darah mengalir.

Intervensi: kanul dipindahkan, gunakan tekanan dan kompres, cek kembali tempat keluar darah.

- **Infiltrat**

Merupakan kebocoran cairan infus ke jaringan sekitar.

Tanda-tanda: kepuccatan, bengkak, dingin, nyeri dan terhentinya tetesan infus.

Intervensi: kaji tingkat keparahan, lepas infus, tinggikan ekstremitas yang terpasang infus.

Pemilihan Kanul

Pemilihan kanula, tergantung pada vena yang digunakan. Kanula sebaiknya berukuran $\frac{3}{4}$ -11/4 inchi. Pemilihan kateter juga harus mempertimbangkan kondisi pasien dan jenis cairan yang akan diberikan. Di bawah ini adalah ukuran kateter serta penggunaannya:

24-22 : untuk anak-anak dan lansia

24-20 : untuk klien penyakit dalam dan post operasi

18 : untuk pasien operasi dan diberikan transfusi darah

16 : untuk pasien yang trauma dan memerlukan rehidrasi yang cepat.

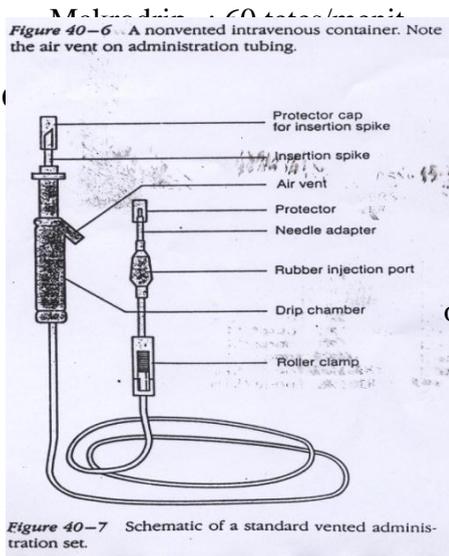
Cara Penghitungan Tetesan

$$\text{Volume} \times \text{drip faktor} = \text{tetesan/menit}$$

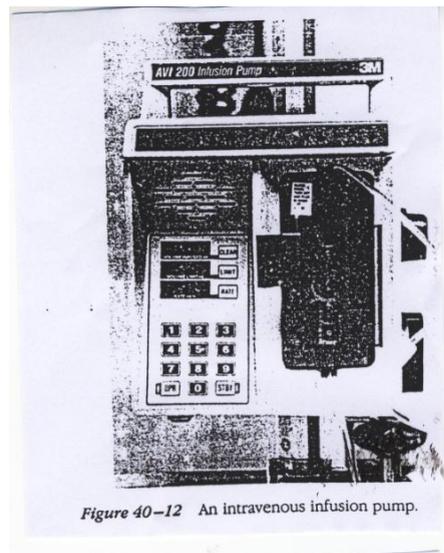
Waktu (dalam menit)

Keterangan:

Drip factor : 10 tetes/menit, 15 tetes/menit, 20 tetes/menit



in 8 hours (480 minutes) and drip factor is 20
should be:
ops/min



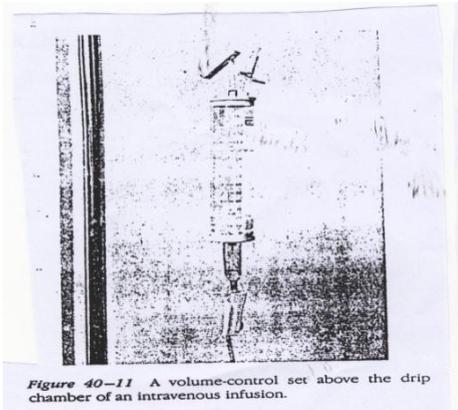


Figure 40-11 A volume-control set above the drip chamber of an intravenous infusion.

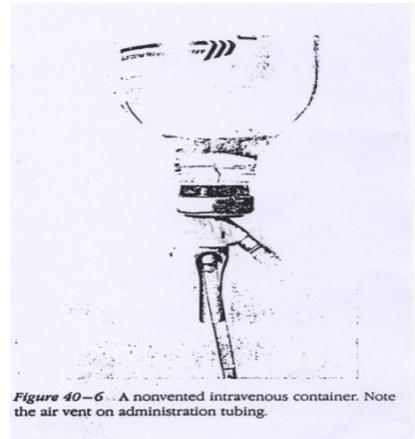


Figure 40-6 A nonvented intravenous container. Note the air vent on administration tubing.

TRANFUSI DARAH

1. Pengertian

Transfusi darah adalah proses menyalurkan darah atau produk berbasis darah dari satu orang ke sistem peredaran orang lainnya. Transfusi darah adalah suatu pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah, atau trombosit melalui jalur IV. Menurut Peraturan Pemerintah No.18, definisi transfusi darah adalah tindakan medis memberikan darah kepada seorang penderita yang darahnya telah tersedia dalam botol kantong plastik.

2. Tujuan

- a. Untuk meningkatkan volume sirkulasi darah setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan.
- b. Untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien yang menderita anemia berat.
- c. Untuk memberikan komponen seluler yang terpilih sebagai terapi pengganti (misalnya faktor-faktor pembekuan plasma untuk membantu mengontrol perdarahan pada klien penderita hemofilia).

Transfusi darah sudah menjadi bagian yang penting dalam pelayanan kesehatan. Salah satu kebutuhan yang diperlukan yaitu saat terdapat pasien yang dalam keadaan emergency. Transfusi darah sering dilakukang baik dalam bidang pembedahan maupun non pembedahan. Dalam bidang pembedahan transfusi bisa

dilakukan pada setiap prabedah. Sedangkan pada kasus non bedah, bias dilakukan setiap saat tergantung indikasi. Bila transfusi darah diterapkan secara benar, transfusi dapat menyelamatkan jiwa pasien dan bisa meningkatkan derajat kesehatan pasien tersebut.

Pasien dengan hematokrit normal secara umum ditransfusikan hanya jika terjadi kehilangan volume darah lebih dari 10-20% sesuai dengan kondisi medis pasien dan prosedur bedah. Jumlah kehilangan darah yang diperlukan agar hematokrit turun hingga 30% dapat dihitung sebagai berikut:

- a. Estimasi volume darah
- b. Estimasi volume sel darah merah (RBCV) pada hematokrit preoperatif (RBCV preop)
- c. Estimasi RBCV pada hematokrit 30% (RBCV 30%), dengan asumsi volume darah normal dipertahankan
- d. Hitung RBCV yang hilang bila hematokrit 30%, $RBCV \text{ lost} = RBCV \text{ preop} - RBCV \text{ 30\%}$

Kehilangan darah yang diperbolehkan = $RBCV \text{ lost} \times 3$.

3. Persiapan Alat

1. Transfusi set.
2. Cairan NaCl.
3. Persediaan darah yang sesuai dengan golongan darah klien, sesuai dengan kebutuhan.
4. Sarung tangan bersih

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN INFUS

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
II.	CONTENT/ ISI			
6.	Cek catatan pasien dan program terapi cairan			
7.	Siapkan alat-alat yang diperlukan : Sarung tangan bersih, Sput, Bengkok, Pengalas, Kapas Alkohol, Plester dan Gunting, Plester yang diberi tanggal, Cairan infus, Kasa steril 2 X 2 cm, Tourniket/ manset, Infus set, Albucat			
8.	Menanyakan keluhan utama klien			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Letakkan pasien pada posisi fowler atau supine jika tidak memungkinkan			
11.	Bebaskan lengan pasien dari lengan baju atau kemeja			
12.	Letakkan manset/ tourniquet 5 – 15 cm diatas tempat penusukan			
13.	Letakkan alas plastik dibawah lengan klien			
14.	Hubungkan cairan infus dengan infus set dan gantungkan			
15.	Periksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang akan diberikan			
16.	Alirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya			
17.	Kencangkan klem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan			

	sampai pemasangan pada tangan disiapkan			
18.	Kencangkan tourniquet/ manset (tekanan dibawah tekanan sistolik)			
19.	Anjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali,			
20.	palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk Gunakan sarung tangan			
21.	Ucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
22.	Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol, lalu diulangi			
23.	dengan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam ke luar lokasi. Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan pena 5 cm diatas atau dibawah tusukan			
24.	Pegang jari atau abucat pada posisi 30 derajat pada vena yang akan ditusuk, setelah pasti masuk lalu tusuk perlahan dengan pasti			
25.	Rendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik iv catheter ke dalam vena Tekan dengan jari ujung plastik iv catheter			
26.	Tarik jarum infus keluar			
27.	Sambungkan plastik iv catheter dengan ujung selang infus			
28.	Lepaskan manset			
29.	Buka selang infus sampai cairan mengalir lancar			
30.	Oleskan dengan salep betadin diatas penusukan, kemudian ditutup			
31.	dengan kapas steril Fiksasi posisi plastik iv catheter dengna plaster			
32.	Atur tetesan infus sesuai ketentuan, pasang plaster yang sudah diberi tanggal			
33.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
34.	Rapikan alat			
35.	Lepaskan sarung tangan			
36.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
37.	TEKNIK			
38.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
39.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			

TOTAL NILAI			
--------------------	--	--	--

Nilai batas lulus = 75%

RESUSITASI JANTUNG PARU (ASFIKZIA PADA ORANG DEWASA)

Resusitasi Jantung Paru adalah usaha yang dilakukan untuk memfungsikan kembali jantung dan paru. Ada tiga tahapan resusitasi, yaitu:

1. *Basic Life Support* (Bantuan Hidup Dasar)
2. *Advance Life Support* (Bantuan Hidup Lanjutan)
3. *Prolonged Life Support* (Bantuan Hidup Jangka Panjang)

Penderita membutuhkan tindakan RJP dengan memastikan penderita tidak sadar, tidak bernafas, dan nadi tidak berdenyut. Kompresi dada berhasil karena menekan jantung diantara sternum dan tulang belakang yang memaksa darah keluar. Bukti terbaru mengindikasikan bahwa mereka menghasilkan perubahan tekanan didalam rongga dada. Tekanan ini yang bertanggung jawab untuk meningkatkan sirkulasi ke seluruh tubuh.

A. BASIC LIFE SUPPORT (BHD)

Tujuan BHD:

- Mencegah berhentinya sirkulasi darah atau berhentinya pernafasan
- Memberikan bantuan eksternal pada korban yang mengalami henti jantung dan henti nafas berupa bantuan sirkulasi (melalui kompresi dada) dan bantuan ventilasi (melalui bantuan nafas) melalui rangkaian kegiatan resusitasi jantung paru (RJP).

DANGER

Sebelum mendekati penderita, penolong harus memastikan TKP aman.

RESPONSE

Setelah penolong memastikan tempat kejadian aman, penolong harus memeriksa kesadaran penderita. Memanggil nama dengan keras, disertai menyentuh atau menggoyangkan bahu dengan mantap

—Touch and Talkl.

Jika pasien sadar pindah ketempat yang lebih aman, observasi dan kaji ulang secara regular

Jika tidak sadar/tidak berespon

Berteriak minta tolong, atura posisi klien, atur posisi penolong, cek kepatenan jalan nafas.

AIRWAY

Untuk persiapan RJP, letakkan penderita pada posisi terlentang. Jika penderita dalam posisi telungkup ubah posisi penderita pada posisi terlentang. Buka jalan nafas dengan maneuver Head Tilt Chin Lift bila tidak ada trauma kepala atau cedera servical.



Maneuver Head Tilt Chin Lift
Maneuver Jaw Thrust

Bila petugas mencurigai adanya trauma servical, buka jalan nafas dengan maneuver *Jaw Thrust* tanpa ekstensi kepala.

Ambil benda apa saja yang terlihat menyumbat dengan sapuan jari (finger swap).

BREATHING

Cek pernafasan: —look, listen, and feelll selama 10 detik

- Lihat pergerakan dada
- Dengarkan suara nafas
- Rasakan hembusan/aliran nafas

Jika tidak bernafas

- Berikan bantuan nafas 2X
- Cara pemberian bias melalui:

- Mouth to mouth breathing
- Mouth to nose breathing
- Mouth/bag to stoma breathing
- Mouth to barrier device
- Air bag/AmbuBag

CIRCULATION

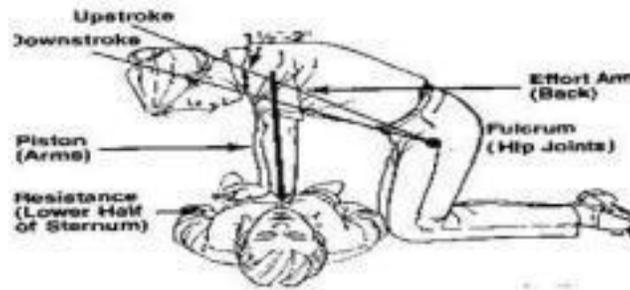
Petugas harus memeriksa nadi tidak boleh lebih dari 10 detik. Jika tidak teraba petugas harus memulai dengan kompresi dada.

Lokasi perabaan nadi:

- Dewasa : Carotis
- Anak/Bayi : Brachialis

Jika penderita tidak ada nadi lakukan kompresi.

Bayi Dewasa



BAGAN

Maneuver	Dewasa	Anak – anak (1 tahun - 12 tahun)	Bayi (sejak lahir – 1 tahun)
Airway	Head Tilt Chin Lift pada penderita curiga trauma servical gunakan Jaw Thrust		
Breathing	2 x tiap satu detik	2 x tiap satu detik	
Nafas bantuan tanpa bantuan	10 – 12 x/menit	12 – 20 x/menit	
Nafas bantuan dengan bantuan	8 – 10 x/menit		

Sumbatan jalan nafas karena benda asing	Abdominal Thrust		Back blow and Chest Thru
Sirkulasi: periksa	Nadi		Brachialis atau
Titik kompresi dada	Diantara puting susu pertengahan bawah		Dibawah garis puting
Metode kompresi	Menggunakan tumit tangan (dua tangan)	Menggunakan satu tangan	Menggunakan 2 ibu jari dengan posisi tangan melingkari
Kedalaman kompresi	1 ½ inci – 2 inci	± 1/3 - ½ dada	
Jumlah kompresi	± 100		
Rasio kompresi: ventilasi	Satu atau dua penolong	Satu penolong 30:2 Dua penolong 15:2	

- RJP dihentikan jika:
- Arena/kondisi menjadi tidak aman bagi penolong
 - Staf yang ahli telah datang
 - Tanda-tanda kehidupan muncul
 - Tanda-tanda kematian terlihat: Rigormortis dan dilatasi pupil
 - Kelelahan fisik penolong

Ceklist Ketrampilan Resusitasi Jantung Paru Metode ABC

No	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			

5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek			
B.	AIRWA V			
	Mengucapkan “Basmallah” pada awal kegiatan			
6.	Kaji respon klien Dewasa: panggil, goyangkan bahu Bayi: angkat tangan bayi			
7.	Panggil bantuan, posisi menolong			
8.	Atur posisi klien (terlentang dengan alas datar dan keras)			
9.	Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift maneuver, Jika ada trauma servikal dengan jaw thrust maneuver. *			
C	BREATHIN C			
10.	Periksa nafas, lakukan look, listen and feel (10 detik)			
11.	Bila tidak ada nafas, berikan ventilasi 2 kali*			
D	CIRCULATIO N			
12.	Raba Nadi (5 - 10 detik) Dewasa/ anak: karotis			
13.	Tentukan titik kompresi dengan benar:* Dewasa/ anak: 2 jari atas px			
14.	Berikan kompresi dada dengan kedalaman: Dewasa 4 – 5 cm Anak 3 – 4 cm			
15.	Lakukan kompresi dengan irama teratur, dilanjutkan ventilasi dengan perbandingan:* Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit, 30:2			
16.	Check nadi:			

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

	Dewasa/ anak/ bayi: setelah 5 siklus			
17 .	Check nafas: Jika ada nadi, tidak ada nafas maka beri ventilasi (pernafasan buatan) Dewasa: 10 – 12 x/menit (tiap 5 – 6 detik)			
18 .	Bayi/ anak: 12 – 20 x/menit (3 – 5 detik) Periksa nadi setiap 2 menit, jika tidak ada nadi lakukan RJP			
19	Pasien pulih, letakkan pada posisi stabil			
20 .	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
21 .	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
22 .	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
A .	TEKNIK			
23 .	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
24 .	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

SOP Ketrampilan Resusitasi Jantung Paru Metode CAB

N O.	LANGKAH KERJA	NIL AI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAK U			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent.</i>			

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

5 .	<p>Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.</p>			
B.	DENGER			
6 .	<p>Mengucapkan “Basmallah” pada awal kegiatan</p>			
7 .	<p>Pastikan keamanan penolong dan pasien</p>			
C.	RESPON			

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

8.	<p>Kaji respon klien</p> <p>Dewasa: panggil, goyangkan bahu</p> <p>Bayi: angkat tangan bayi</p>			
9.	<p>Panggil bantuan, ambil posisi menolong</p>			
D.	CIRCULATION			
10.	<p>Atur posisi klien (terlentang dengan alas datar dan keras)</p>			
11.	<p>Raba Nadi (5 - 10 detik) Dewasa/ anak: karotis</p> <p>Bayi: brachialis</p>			

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

12	<p>Tentukan titik kompresi dengan benar (Jika tidak ada nadi): Dewasa/ anak: 2 jari atas px Bayi 1 jari dibawah garis antar puting</p>			
13	<p>Berikan kompresi dada (30x) dengan kedalaman: Dewasa 4 – 5 cm Anak 3 – 4 cm Bayi 1,5 -2,5 cm Irama: Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit</p>			
E.	<p>A I R W</p>			

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

14	Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift maneuver, Jika ada trauma servikal dengan jaw thrust maneuver. Lakukan finger swap jika lidah menutup jalan nafas.			
F	B R E A T			
15	Periksa nafas, lakukan <i>look, listen and feel</i> (10 detik)			
16	Bila tidak ada nafas, berikan ventilasi 2 kali			

G	RJ P			
17.	Lakukan kompresi dengan irama teratur, dilanjutkan ventilasi dengan perbandingan: Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit, 30:2 selama 5 siklus			
18.	Check nadi: - Dewasa/ anak/ bayi: setelah 5 siklus			

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

19.	Check nafas: Jika ada nadi, tidak ada nafas maka beri ventilasi (pernafasan buatan) Dewasa: 10 – 12 x/menit (tiap 5 – 6 detik) Bayi/ anak: 12 – 20 x/menit (3 – 5 detik)			
20.	Periksa nadi setiap 2 menit, jika tidak ada nadi lakukan RJP			
21.	Pasien pulih, letakkan pada posisi stabil			
22.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
23.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
24.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
B .	TEKNIK			
25.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
26.	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

Program Studi DIII Kebidanan Universitas Alma Ata

KONDOM KATETER

Dr. Risanto Siswosudarmo, SpOG (K)

1. Penggunaan Tampon Kondom (LoC 3B).

Bila dengan masase dan kompresi bimanual kontraksi uterus masih lembek dan perdarahan masih berlangsung maka Anda bisa melakukan pemasangan tampon kondom. Metode ini dikembangkan di Bangladesh oleh seorang Ginekolog, Prof. Sayeba Achter. Pada awalnya kondom diikatkan dalam sebuah kateter, sehingga metode ini dahulunya disebut metode kondom kateter. Sekarang kondom diikatkan langsung dalam ujung selang infus, sehingga cara ini sekarang dikenal dengan metode tampon kondom. Fungsi utama metode ini adalah mengembangkan uterus dari dalam dengan mengembangkan kondom yang diisi air, sehingga kondom menekan pembuluh darah yang terbuka. Di RS H Ahmad Syah Pahang Malaysia, keberhasilan penggunaan tampon kondom mencapai lebih dari 80%.

Indikasi utama adalah perdarahan karena atoni uterius, yang gagal dikelola dengan cara medikamentosa, sementara uterus masih harus dipertahankan. Sebagai persiapan harus dipastikan bahwa tidak terdapat robekan jalan lahir maupun ruptur uterus, dan tidak terdapat sisa jaringan plasenta.

Alat dan bahan yang harus disiapkan adalah kondom, selang infus (atau lebih baik selang transfusi), larutan NaCl, tiang infus, dan *jegul* (kain kasa yang digulung menjadi bulat dengan diameter kurang lebih 6 cm). Pemasangan tampon kondom bisa bersifat permanen, yakni bila benar-benar perdarahan berhenti. Dengan demikian tujuan untuk mengkonservasi uterus dapat tercapai. Pemasangan bisa bersifat sementara, sebagai persiapan sebelum dirujuk, selama dalam rujukan atau menunggu persiapan operasi. Dalam situasi darurat di mana uterotonika tidak tersedia, maka penggunaan tampon kondom sangat dianjurkan, meskipun evidence nya rendah dan kualitas kekuatan rekomendasinya juga lemah.

Langkah-langkah pemasangan tampon kondom adalah sebagai berikut (Gambar 4a, b, c, LoC 3B).

- a. Pasien dalam posisi litotomi.
- b. Buka kondom, masukkan dalam selang infus, ikat dengan benang sutera atau benang tali talipusat steril.
- c. Masukkan ujung selang infus dengan tangan sampai ke dalam kavum uteri.
- d. Alirkan segera larutan NaCl kalau perlu dengan diperas.
- e. Sambil dialirkan, tahan kondom dengan tangan agar tidak terlepas.

- f. Alirkan antara 500 sampai 1000 ml cairan atau sampai aliran berhenti (Penulis pernah mengisi balon kondom dengan 1500 ml).
- g. Sumbat dengan *jegul* supaya kondom tidak lepas.
- h. Pasang kateter tinggal untuk monitor urin.
- i. Tampon kondom dikatakan berhasil bila dalam 30 menit sampai 1 jam darah yang keluar tidak lebih dari 25 sampai 50 ml.
- j. Berikan antibiotika sebagai profilaksi sebagaimana seharusnya.
- k. Pastikan bahwa infus, transfusi (bila ada) berjalan lancar.
- l. Lakukan monitoring tanda vital dan observasi jumlah urin yang keluar.

Cara melepas tampon kondom (LoC 4A).

- a. Bila dalam 24 jam kondisi pasien stabil, tampon kondom bisa dilepas. Alirkan cairan dalam kondom dengan membuka penutup aliran infus pada selang infus kondom.
- b. Alirkan secara bertahap, 100 ml tiap 5-10 menit sambil diobservasi apakah terjadi perdarahan baru atau tidak. Bila tidak teruskan sampai seluruh cairan habis.
- c. Angkat *jegul* atau tampon vagina, tarik selang dan selesai.



Gambar 4a. Memasang kondom pada ujung selang infus dan mengikat



Gambar 4b. Kondom berada di dalam kavum uteri (model)



Gambar 4b: Kalau perlu cairan diperas

Petunjuk praktis mengatasi perdarahan pascasalin.

Perdarahan pascasalin sering bersifat akut, dramatik, underestimate dan merupakan sebab utama kematian maternal. Secara ringkas, petunjuk praktis mengatasi perdarahan pascasalin di tingkat layanan primer adalah sebagai berikut:

1. **Minta tolong (ask for help).**
2. **Pasang infus 2 jalur dengan venocatheter no 18 atau 16.**
3. **Pasang oksigen 5-10 liter / menit.**
4. **Pasang kateter tinggal, monitor *urine output* paling tidak sampai mencapai 0,5 sd 1 mL/menit**
5. **Guyur 1000-1500 ml larutan RL dalam 15 menit.**
6. **Berikan cairan 3x dari jumlah darah yang hilang, sampai tekanan darah kembali normal (1 – 2 jam). Dosis pemeliharaan 40 tetes per menit sampai kondisi stabil.**
7. **Berikan uterotonika: oksitosin 1 ampul per botol (maksimal 6 ampul), metergin 1 ampul / botol (maksimal 5 ampul).**
8. **Jika kondisi perdarahan belum teratasi, berikan misoprostol 3 tablet secara rektal, maksimal 6 tablet (kontraindikasi asma bronkial).**
9. **Bila atoni uterus masih berlangsung, lakukan kompresi bimanual.**
10. **Selama melakukan kompresi bimanual siapkan pemasangan tampon kondom.**
11. **Pasang tampon kondom sebagai tindakan sementara, dan segera pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi sambil berusaha mendapatkan darah.**

Ringkasan:

1. Perdarahan pascasalin sering bersifat akut, dramatik, *underestimate* dan merupakan sebab utama kematian maternal.
2. Pendekatan risiko diperlukan untuk mengantisipasi kemungkinannya. Grandemultigavida merupakan faktor risiko utama dengan nilai *odds ratio* 20 kali.
3. Penanganan perdarahan pascasalin ditujukan pada 3 hal yakni pencegahan, penghentian perdarahan dan mengatasi *shock*.
4. Penanganan aktif kala III persalinan merupakan tindakan preventif yang harus diterapkan pada setiap persalinan.
5. Oksitosin dan metilergonovin merupakan obat **lini pertama** baik dalam upaya pencegahan maupun pengobatan. Misoprostol dengan dosis 600-1000 µg dapat dipakai bila obat lini pertama gagal.
6. Restorasi cairan melalui dua jalur infus dengan venokateter ukuran besar (16-18) adalah tindakan pertama mengatasi *shock* hemoragik. Larutan kristaloid sebanyak 3 kali estimasi jumlah darah yang hilang dapat mempertahankan perfusi jaringan.
7. Dalam keadaan yang sangat mendesak (perdarahan mencapai 40% volume darah) dan masih berlangsung, pemberian darah yang sesuai (golongan sama tanpa *crossmatching* adalah tindakan *life saving* yang dapat dibenarkan.
8. Tindakan bedah dilakukan bila usaha menghentikan perdarahan secara medis tidak berhasil. Tindakan tersebut adalah kompresi bimanual dan tamponade, kondom.

Kejang Demam

Tujuan umum

Setelah mengikuti modul ini peserta didik dipersiapkan untuk mempunyai keterampilan di dalam mengelola penyakit kejang demam melalui pembelajaran pengalaman klinis, dengan didahului serangkaian kegiatan berupa *pre-assesment*, diskusi, *role play*, dan berbagai penelusuran sumber pengetahuan.

Tujuan khusus

Setelah mengikuti modul ini peserta didik akan memiliki kemampuan untuk:

1. Mendiagnosis kejang demam
2. Mengetahui faktor risiko berulangnya kejang demam dan terjadinya epilepsi
3. Menatalaksana pasien dengan kejang demam beserta komplikasinya
4. Memberikan penjelasan upaya pencegahan.

Strategi pembelajaran

Tujuan 1. Mendiagnosis kejang demam beserta komplikasinya

Untuk mencapai tujuan ini maka dipilih metode pembelajaran berikut ini:

- *Interactive lecture*
- *Small group discussion.*
- *Peer assisted learning (PAL).*
- *Bedside teaching.*
- *Computer-assisted Learning.*

Must to know key points:

- Kondisi yang terkait dengan kejang demam
- Mengetahui etiologi, patogenesis, gejala klinis.
- Mengetahui komplikasinya.

Tujuan 2. Menatalaksana pasien dengan kejang demam

Untuk mencapai tujuan ini maka dipilih metode pembelajaran berikut ini:

- *Interactive lecture*
- *Journal reading and review.*
- *Video dan CAL.*
- *Bedside teaching.*
- *Studi Kasus dan Case Finding .*

Must to know key points:

- Prosedur perawatan (tirah baring, diet dll)
- Terapi medikamentosa pada fase akut
- Tata laksana pencegahannya.

Tujuan 3. Memberikan edukasi dalam upaya pencegahan

Untuk mencapai tujuan ini maka dipilih metode pembelajaran berikut ini:

- *Interactive lecture*
- Praktik pada model anatomi dan Penuntun Belajar.
- Studi Kasus dan *Case Findings.*
- *Demo and Coaching*
- Praktik pada klien.

Must to know key points:

- *Communication skill*
- Vaksinasi terhadap kejang demam

Persiapan Sesi

- Materi presentasi dalam program power point:

Kejang Demam

Slide

- 1 : Judul Topik (Kejang Demam)
 - 2 : Definisi
 - 3 : Insidens
 - 4 : Faktor Risiko
 - 5 : Prognosis
 - 6 : Masalah
 - 7 : Syarat
 - 8 : Pengobatan
 - 9 : Komplikasi
- Kasus : 1. Kejang Demam
 - Sarana dan Alat Bantu Latih :
 - Penuntun belajar (*learning guide*) terlampir
 - Tempat belajar (*training setting*): kamar perawatan, kamar tindakan, .

Kepustakaan

1. Poesponegoro HD, Widodo DP, Ismael S. konsensus kejang demam. UKK neurologi PP-IDAI 2005.
2. Camfield RP and Camfield SC. Management and treatment of febrile seizure. *Curr prob Pediatr* 1997; 27:6-13.
3. Nelson K, Ellenberg JH. Predictors of epilepsy in children who have experience febrile seizure. *N Eng J Med* 1976; 259:1029-33.
4. Soetomenggolo TS. Kejang Demam dan Penghentian Kejang. Dalam: Pusponegoro HD, Passat J, Mangunatmadja, Widodo DP, Soetomenggolo TS, Ismael S, editor. *Neurologi Anak dalam praktek: Sehari-hari*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1995: 209-21
5. Uhari M, Rantala H, VainionpaaL, et al. Effectof acetaminophen and of low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr* 1995; 126: 991-5
6. Knudsen FU, Paerregaard A, Anderson R, et al. Long term out come for Febrile Convulsions. *Arch Dis Child* 1996; 74: 13-18.
7. American Academy of Pediatrics. Practice Parameter: Long-term treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 1999; 103: 1307-9.
8. Consensus Development Panel: Febrile seizures: Long-term management of children with fever associated seizures. *Pediatrics* 1980; 66: 1009-12

Kompetensi

Mengenal dan melakukan penatalaksanaan kejang demam

Gambaran umum

Kejang demam didefinisikan sebagai bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (38° C, rektal), biasanya terjadi pada bayi dan anak antara umur 6 bulan dan 5 tahun yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium dan tidak terbukti adanya penyebab tertentu. Anak yang pernah mengalami kejang tanpa demam tidak termasuk.

Kejang demam biasanya terjadi pada awal demam. Sering diperkirakan bahwa cepatnya peningkatan temperatur merupakan pencetus untuk terjadinya kejang. Meskipun belum ada data yang menunjangnya.

Umumnya serangan kejang tonik-klonik, awalnya dapat berupa menangis, kemudian tidak sadar dan timbul kekakuan otot. Selama fase tonik, mungkin disertai henti nafas dan inkontinensia. Kemudian diikuti fase klonik berulang, ritmik dan akhirnya anak setelah kejang latergi atau tidur.

Bentuk kejang lain dapat juga terjadi seperti mata terbalik keatas dengan disertai kekakuan atau kelemahan, gerakan sentakan berulang tanpa didahului kekakuan, atau hanya sentakan atau kekakuan fokal. Serangan dalam bentuk absens atau mioklonik sangat jarang.

Sebagian besar kejang berlangsung kurang dari 5 menit, dan kurang dari 8% berlangsung lebih dari 15 menit, dan 4% kejang berlangsung lebih dari 30 menit. Jadi umumnya anak tidak kejang lagi pada waktu dibawa ke dokter. Bila anak kejang lagi perlu diidentifikasi apakah ada penyakit lain yang memerlukan pengobatan tersendiri. Perlu juga diketahui mengenai pengobatan sebelumnya, ada tidaknya trauma, perkembangan psikomotor, dan riwayat keluarga dengan epilepsi atau kejang demam.

Deskripsi lengkap mengenai kejang sebaiknya didapat dari orang yang melihatnya. Dari pemeriksaan fisik, derajat kesadaran, adanya meningismus, ubun-ubun besar yang tegang atau membonjol, tanda Kernig atau Brudzinski, kekuatan dan tonus, harus diperiksa dengan teliti dan dinilai ulang secara periodik. Kira-kira 6% anak akan mengalami rekurensi dalam 24 jam pertama, namun belum diketahui kasus yang mana akan cepat mengalami kejang kembali.

Penyebab lain dari kejang yang disertai demam harus disingkirkan, khususnya ensefalitis atau meningitis. Pungsi lumbal terindikasi bila ada kecurigaan klinis meningitis. Adanya sumber infeksi seperti otitis media tidak menyingkirkan meningitis, dan jika pasien telah mendapat antibiotik maka perlu pertimbangan lumbal pungsi.

Tanda klinis meningitis yang tipikal biasanya sulit diperoleh pada bayi kurang dari 12-18 bulan, sehingga pungsi lumbal sangat dianjurkan pada bayi berumur kurang dari 12 bulan dan dianjurkan pada penderita berumur kurang dari 18 bulan. Secara umum pungsi lumbal ini tidak sering dikerjakan. Jika dijumpai peninggian tekanan intrakranial, pungsi lumbal sebaiknya dikerjakan oleh dokter yang berpengalaman, mengingat risiko pungsi lumbal dan keterlambatan diagnosis meningitis.

Pemeriksaan laboratorium rutin tidak dianjurkan dan dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi. Foto X-ray kepala dan neuropencitraan seperti computed tomography (CT) atau magnetic resonance imaging (MRI) jarang dikerjakan dan tidak rutin.

Elektroensefalogram (EEG) yang dikerjakan 1 minggu setelah kejang demam dapat abnormal, biasanya berupa perlambatan di posterior. 95% kasus kejang demam EEGnya abnormal bila dikerjakan segera setelah kejang demam. Kira-kira 30% penderita akan memperlihatkan perlambatan di posterior dan akan menghilang 7 sampai 10 hari kemudian. Walaupun ada abnormalitas gambaran EEG yang tinggi pada anak dengan kejang demam, namun EEG tidak dapat memprediksi rekurensi atau risiko untuk terjadinya epilepsi dikemudian hari. AAP (*American Academy of Paediatric*) tidak menganjurkan untuk melakukan EEG pada penderita dengan kejang demam sederhana atau kompleks.

Pada penatalaksanaan kejang demam ada 3 hal yang perlu dikerjakan, yaitu : (1) Pengobatan pada fase akut; (2) mencari dan mengobati penyebab; (3) pengobatan profilaksis terhadap berulangnya kejang demam.

Contoh kasus

STUDI KASUS:

KEJANG DEMAM

Arahan

Baca dan lakukan analisa terhadap studi kasus secara perorangan. Bila yang lain dalam kelompok sudah selesai membaca, jawab pertanyaan dari studi kasus. Gunakan langkah dalam pengambilan keputusan klinik pada saat memberikan jawaban. Kelompok yang lain dalam ruangan bekerja dengan kasus yang sama atau serupa. Setelah semua kelompok selesai, dilakukan diskusi tentang studi kasus dan jawaban yang dikerjakan oleh masing-masing kelompok.

Studi kasus

Seorang anak laki-laki umur 16 bulan, datang dengan kejang-kejang sejak 15 menit yang lalu. Anak dengan demam tinggi sejak 10 jam yang lalu. Ini merupakan kejang ke 4. kejang pertama usia 8 bulan.

Penilaian

1. Apa yang anda harus segera lakukan untuk menilai keadaan anak tersebut dan mengapa ?

Jawaban:

Pecahkan masalah secara sistematis

Diagnosis

Temuan yang didapatkan sebagai hasil dari penilaian pada situasi yang ada adalah:

- ✦ Identifikasi faktor risiko
- ✦ Nilai keadaan keadaannya klinis pasien
- ✦ Lakukan pemeriksaan laboratorium segera: DPL, elektrolit.

2. Berdasarkan pada temuan yang ada, apakah diagnosis anak tersebut?

Jawaban: kejang demam kompleks

Pelayanan (perencanaan dan intervensi)

3. Berdasarkan ada masalah/kebutuhan (diagnosis), apakah rencana penatalaksanaan pada pasien ini ?

Jawaban:

- Apabila ada tanda meningitis lakukan pungsi lumbal

4. Berdasarkan diagnosis, lakukan tata laksana yang sesuai.

Jawaban:

- Tata laksana kejang akut: diazepam rektal dapat diulang 2 kali bila masih kejang. Bila tidak diberikan diazepam oral dengan dosis 0,3 mg/kg/kali 3 kali sehari (lihat bagan penanganan kejang akut dan status epileptikus).
- Apabila ada tanda infeksi bakteri dapat diberikan antibiotik. Anti piretik juga dapat diberikan

Penilaian ulang

5. Adakah rencana anda selanjutnya untuk ibu/orang tua dan mengapa?

Jawaban:

Penyuluhan kepada orang tua tentang perjalanan penyakit kejang demam serta kemungkinan terjadinya komplikasi.

Tujuan pembelajaran

Proses, materi dan metoda pembelajaran yang telah disiapkan bertujuan untuk alih pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang terkait dengan pencapaian kompetensi dan keterampilan yang diperlukan dalam mengenali dan menatalaksana kejang demam yang telah disebutkan di atas yaitu

:

1. Mengetahui patogenesis kejang demam
2. Menegakkan diagnosis kejang demam dan komplikasinya
3. Memberikan tata laksana kejang demam dan komplikasinya
4. Memberikan penyuluhan upaya antisipasi dampak komplikasi

Evaluasi

- Pada awal pertemuan dilaksanakan penilaian awal kompetensi kognitif dengan kuesioner 2 pilihan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana peserta didik telah mengenali materi atau

topik yang akan diajarkan.

- Materi esensial diberikan melalui kuliah interaktif dan *small group discussion* dimana pengajar akan melakukan evaluasi kognitif dari setiap peserta selama proses pembelajaran berlangsung.
- Membahas instrumen pembelajaran keterampilan (kompetensi psikomotor) dan mengenalkan penuntun belajar. Dilakukan demonstrasi tentang berbagai prosedur dan perasat untuk menatalaksana kejang demam. Peserta akan mempelajari prosedur klinik bersama kelompoknya (*Peer-assisted Learning*) sekaligus saling menilai tahapan akuisisi dan kompetensi prosedur tersebut pada model anatomi.
- Peserta didik belajar mandiri, bersama kelompok dan bimbingan pengajar/instruktur, baik dalam aspek kognitif, psikomotor maupun afektif. Setelah tahap akuisisi keterampilan maka peserta didik diwajibkan untuk mengaplikasikan langkah-langkah yang tertera dalam penuntun belajar dalam bentuk “*role play*” diikuti dengan penilaian mandiri atau oleh sesama peserta didik (menggunakan penuntun belajar)
- Setelah mencapai tingkatan kompeten pada model maka peserta didik akan diminta untuk melaksanakan penatalaksanaan kejang demam melalui 3 tahapan:
 1. Observasi prosedur yang dilakukan oleh instruktur
 2. Menjadi asisten instruktur
 3. Melaksanakan mandiri dibawah pengawasan langsung dari instrukturPeserta didik dinyatakan kompeten untuk melaksanakan prosedur tata laksana kejang demam apabila instruktur telah melakukan penilaian kinerja dengan menggunakan Daftar Tilik Penilaian Kinerja dan dinilai memuaskan
- Penilaian kompetensi pada akhir proses pembelajaran :
 - Ujian OSCE (K,P,A) dilakukan pada tahapan akhir pembelajaran oleh kolegium
 - Ujian akhir stase, setiap divisi/ unit kerja di sentra pendidikan

Instrumen penilaian

● Kuesioner awal

Instruksi: Pilih B bila pernyataan benar dan S bila pernyataan salah

1. Pada bayi berumur 25 hari dengan kejang dan demam, apakah harus dipikirkan kejang demam. B/S. Jawaban S. Tujuan 1.
2. Diagnosis pasti kejang demam adalah berdasarkan pemeriksaan EEG. B/S. Jawaban S. Tujuan 1.
3. Pengobatan kejang demam berdasarkan faktor risiko terjadinya kejang demam kembali dan timbulnya epilepsi. B/S. Jawaban B. Tujuan 2.

● **Kuesioner tengah**

MCQ

4. Etiologi kejang demam
 - a. Bakteri
 - b. Demam.
 - c. Tidak diketahui
 - d. Karena faktor genetik

5. Faktor risiko rekurensi

- a. Lama kejang.
- b. Umurnya dibawah 1 bulan c.
temperatur saat demam
- d. Umur.

6. Manifestasi klinis:

- a. Tidak bergantung kepada usia
- b. Demam biasanya mendadak tinggi
- c. kejang dapat bersifat fokal atau umum d.
Umumnya kejang berlangsung sebentar

7. Pengobatan kejang demam:

- a. Hanya dengan antibiotika
- b. Bila sedang kejang diberikan diazepam rektal atau intravenous\
- c. profilaksis intermiten atau rumatan
- d. fenobarbital

8. Profilaksis intermiten:

- a. fenobarbital
- b. diazepam oral 0,3 mg/kg/kali
- c. diazepam rektal 5-10 mg perkali pemberian d.
antipiretik.

9. Profilaksis rumatan:

- a. fenobarbital.
- b. asam valproat. c.
fenitoin.
- d. antipiretk.

10. kejang demam status

- a. lama kejang 15 menit b.
lama kejang 30 menit.
c. kejang berulang 2 kali dalam 24 jam. d.
Jarang terjadi.

Jawaban

4. C
5. B
6. A
7. A
8. A
9. B
10. A

PENUNTUN BELAJAR (*Learning Guide*)

Lakukan penilaian kinerja pada setiap langkah / tugas dengan menggunakan skala penilaian di bawah ini:

1	Perlu perbaikan	Langkah atau tugas tidak dikerjakan secara benar, atau dalam urutan yang salah (bila diperlukan) atau diabaikan
2	Cukup	Langkah atau tugas dikerjakan secara benar, dalam urutan yang benar (bila diperlukan), tetapi belum dikerjakan secara lancar
3	Baik	Langkah atau tugas dikerjakan secara efisien dan dikerjakan dalam urutan yang benar (bila diperlukan)

Nama peserta didik	Tanggal
Nama pasien	No Rekam Medis

PENUNTUN BELAJAR KEJANG DEMAM						
		Kesempatan ke				
		1	2	3	4	5
I.	ANAMNESIS					
1.	Sapa pasien dan keluarganya, perkenalkan diri, jelaskan maksud					
	Tanyakan keluhan utama(biasanya kejang)					
	Sudah berapa lama menderita demam?					
	Sudah berapa kali menderita kejang? Bila lebih dari 2 kali					
	apakah apakah ada yang berlangsung lebih atau sama dengan					
	Bagaimana jenis kejangnya, apakah jenis parsial atau umum atau					
	Pada saat demam: apakah diukur dengan termometer?					
	Apakah					
	Apakah ada faktor risiko berulangnya kejang demam ?					
3.	Apakah ada faktor risiko menjadi epilepsi ?					
4.	Apakah disertai dengan penurunan kesadaran ?					
5.	Keadaan kesehatan anak sebelum sakit sekarang ?					
	Apakah disertai mencret ?					
	Bagaimana bentuk dan warna tinja?					
7.	Apakah disertai batuk?					
8.	Bagaimana buang air kecilnya ? Apakah berwarna seperti teh?					
9.	Apakah disertai batuk dan sesak nafas?					
II.	PEMERIKSAAN JASMANI					
1.	Terangkan bahwa anda akan melakukan pemeriksaan jasmani					
2.	Tentukan keadaan sakit: ringan/sedang/berat					
3.	Lakukan pengukuran tanda vital: Kesadaran, tekanan darah, laju nadi, laju pernafasan, dan suhu tubuh					
4.	Apakah ada mikro atau makro sefali ?					
5.	Bagaimana ubun-ubun besarnya ?					

6.	Periksa konjungtiva palpebra: anemis?					
7.	Periksa gerak ke dua bola mata					
8.	Periksa leher: kuduk kaku ada atau tidak?					
9.	Periksa jantung					
10.	Periksa paru					
11.	Periksa abdomen					
12.	Periksa apakah ada kelumpuhan pada ekstremitas atas atau					
13.	Periksa tanda rangsang meningeal ?					
14.	Periksa refleksi fisiologis dan patologis?					
III	PEMERIKSAAN LABORATORIUM / RADIOLOGI					
1.	Periksa darah lengkap rutin					
2.	Periksa air seni rutin					
3.	Periksa tinja rutin					
4.	Periksa biakan dan uji resistensi bila diperlukan					
5.	Periksa biakan air seni bila diperlukan					
6.	Lakukan Benzidine test apabila diduga ada perdarahan usus.					
7.	Lakukan EKG bila diduga ada penyulit miokarditis atau					
IV	DIAGNOSIS					
1.	Berdasarkan hasil anamnesis: sebutkan.					
2.	Berdasarkan yang ditemukan pada pemeriksaan jasmani:					
3.	Laboratorium: anemi? lekopeni? trombositopeni? eosinofilia?					
4.	Hasil pemeriksaan biakan darah/air seni/					
V	TATALAKSANA					
1.	Umum: antipiretik, kompres air hangat an antibiotik bila perlu					
2.	Khusus: - Saat kejang: dengan diazepam rektal atau intravena - Saat tidak kejang: - Diazepam 0,3 mg/kg/kali, 3 kali sehari (oral) atau diazepam rektal 5 mg untuk BB < 10 Kg atau					
3.	Sampaikan penjelasan mengenai rencana pengobatan kepada					
4.	Pemantauan pasien, evaluasi hasil pengobatan, adakah efek					
VI	PENCEGAHAN					
1.	Jelaskan bahwa kejang demam umum prognosisnya baik, hanya sebahagian kecil yang berkembang menjadi menjadi					
2.	Jelaskan mengenai faktor-faktor yang mempermudah terjadinya					
3.	Terangkan mengenai pertolongan saat kejang terjadi					

DAFTAR TILIK

Berikan tanda □ dalam kotak yang tersedia bila keterampilan/tugas telah dikerjakan dengan memuaskan, dan berikan tanda ✖ bila tidak dikerjakan dengan memuaskan serta T/D bila tidak dilakukan pengamatan

□	Memuaskan	Langkah/ tugas dikerjakan sesuai dengan prosedur standar atau penuntun
✖	Tidak memuaskan	Tidak mampu untuk mengerjakan langkah/ tugas sesuai dengan prosedur standar atau penuntun
T/D	Tidak diamati	Langkah, tugas atau ketrampilan tidak dilakukan oleh peserta latihan selama penilaian oleh pelatih

Nama peserta didik	Tanggal
Nama pasien	No Rekam Medis

DAFTAR TILIK KEJANG DEMAM				
		Hasil penilaian		
		Memuaska	Tidak memuaskan	Tidak diamati
I.	ANAMNESIS			
1.	Sikap profesionalisme: - Menunjukkan penghargaan - Empati - Kasih sayang - Menumbuhkan kepercayaan - Peka terhadap kenyamanan pasien - Memahami bahasa tubuh			
2.	Menarik kesimpulan mengenai tipe kejang Demam			
3	Mencari gejala lain yang menyertai de			
4	Mencari penyebab			
5	Mencari komplikasi kejang			
II.	PEMERIKSAAN FISIK			
1.	Sikap profesionalisme: - Menunjukkan penghargaan - Empati - Kasih sayang - Menumbuhkan kepercayaan - Peka terhadap kenyamanan pasien - Memahami bahasa tubuh			
2.	Menentukan kesan sakit			
3.	Pengukuran tanda vital			
4.	Pemeriksaan kepala			
5.	Pemeriksaan konjungtiva palpebra			

6.	Pemeriksaan rongga mulut/lidah			
7.	Pemeriksaan leher: meningismus.			
8.	Pemeriksaan bunyi jantung			
9.	Pemeriksaan paru: apakah ditemukan ronki			
10.	Pemeriksaan abdomen			
11.	Mencari tanda rangsang meningeal			
12.	Mencari tanda kelumpuhan			
	USULAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM			
	Keterampilan dalam memilih rencana pemeriksaan (selektif dalam			
	DIAGNOSIS			
	Keterampilan dalam memberikan argumen			
V.	TATA LAKSANA PENGELOLAAN			
1.	Memilih jenis pengobatan atas pertimbangan keadaan klinis, ekonomi, nilai			
2.	Memberi penjelasan mengenai pengobatan			
3.	Memantau hasil pengobatan			
	PENCEGAHAN			
	Menerangkan cara pencegahan kejang			

Peserta dinyatakan

- Layak
 Tidak layak melakukan prosedur

Tanda tangan pembimbing

(Nama jelas)

Presentasi

- *Power points*
- Lampiran : skor, dll

Tanda tangan peserta didik

(Nama jelas)

Kotak komentar

--

--	--

Kepustakaan

1. World Health Organization (WHO). Attending to 136 million births every year. In: Lee JW, editor. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva; 2005. p. 61–78.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Y C. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw Hill Medical; 2010. 759 p.
3. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum haemorrhage. *Curr Obstet Gynaecol.* 2006;16(1):6–13.

4. Maughan KL, Heim SW, Galazka SIMS. Preventing Postpartum Hemorrhage : Managing the Third Stage of Labor. *Am Fam Physician*. 2006;73:1025–8.
5. Martel MJ, MacKinnon KJ, Arsenault MY, Bartellas E, Klein MC, Lane C a, et al. Hemorrhagic shock. *J Obs Gynaecol Can* [Internet]. 2002;24(6):504. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12196857>
6. Gutierrez G, Reines HD, Wulf-Gutierrez ME. Clinical review: hemorrhagic shock. *Crit Care* [Internet]. 2004;8(5):373–81. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1065003&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Risanto E, Siswosudarmo R. Angka Kematian Ibu di Provinsi DIY Tahun 2014. PIT VIII HOGSI VIII. Banjarmasin; 2015. p. 1–11.
8. Leduc D, Senikas V, Lalonde a B, Ballerman C, Biringer a, Delaney M, et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *J Obs Gynaecol Can* [Internet]. 2009;31(10):980–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941729>
9. Anonym. Management of the Third Stage of Labour. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2003;25(11):952–3. Available from: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/136E-JPS-November2003.pdf>
10. Mackinnon C. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *J Soc Obs Gynecol Can*. 2000;22(4):271–81.
11. Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and Pregnancy. *N Engl J Med*. 2001;344(1):38–47.
12. Gülmezoglu AM, Widmer M, Merialdi M, Qureshi Z, Piaggio G, Elbourne D, et al. Active management of the third stage of labour without controlled cord traction: a randomized non-inferiority controlled trial. *Reprod Health* [Internet]. 2009;6:2. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2647525&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007;(3):494. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000494.pub3>
14. Selo-Ojeme DO. Primary postpartum haemorrhage. *J Obstet Gynaecol*. 2002;22(5):463–9.
15. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2006;28(11):967–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17169221>

16. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1996;(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003249.pub3>
17. Leveno KJ, James M. Alexander M, Steven L. Bloom M, Brian M. Casey M, Jodi S. Dashe M, Scott W. Roberts M, et al., editors. *Williams_Manual_of_Pregnancy_Complication*. 23rd ed. New York: McGraw Hill Medical;2013. 205 p
18. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. *World Health*. 2009;62.
19. Georgiou C. Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2009;116(6):748–57. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&N=19432563> \n<http://sfx.scholarsportal.info/ryerson?sid=OVID:medline&id=pmid:19432563&id=doi:&issn=1470-0328&isbn=&volume=116&issue=6&spage=748&pages=748-57&date=2009&title=BJOG:+An>
20. Lim CKK. Uterine Tamponade [Internet]. Pahang; 2015. Available from: <http://hoshas.moh.gov.my/v4/attachments/article/76/PPH - Uterine Tamponade.pdf>

