

MODUL PRAKTIKUM MIDWIFERY CARE OF WOMEN AND CHILDREN IN EMERGENCY PB030

2021/2022



Universitas
Alma Ata

Program Studi Kebidanan
Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Universitas Alma Ata Yogyakarta

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Mata Kuliah : *Midwifery Care Of Women And Children In
Emergency*

Kode Mata Kuliah : PB030

Pelaksanaan : Semester Genap

Dosen Pengampu Praktikum :

1. Prasetya Lestari, S.ST, M.Kes
2. Isti Chana Z, S.ST., M.Keb
3. Bidan Rumah Sakit
4. Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb., Bdn

Yogyakarta,

2022

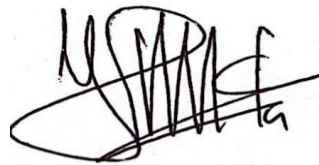
Mengetahui,

Ketua Prodi S1 Kebidanan
Universitas Alma Ata Yogyakarta



Fatimatasari, M.Keb., Bd

Liaison Officer



Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb., Bdn

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan
Universitas Alma Ata Yogyakarta



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

KATA PENGANTAR

Bismillahirohmaanirrohim

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayahNya, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Panduan Praktikum *Midwifery Care Of Women And Children In Emergency*. Buku panduan ini diperuntukkan bagi mahasiswa semester VI Program Studi Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta, sebagai pedoman dan alat evaluasi pelaksanaan praktikum *Midwifery Care Of Women And Children In Emergency*.

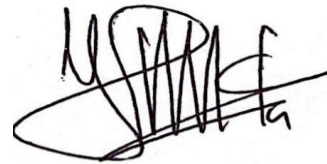
Buku panduan ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran, kritik demi kesempurnaan sangat kami harapkan. Dalam kesempatan ini tim penyusun mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ketua Program Studi S1 Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta
2. Pihak-pihak lain yang turut mendukung pelaksanaan praktikum *Midwifery Care Of Women And Children In Emergency*.

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

Yogyakarta, Maret 2022

Liaison Officer



Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb., Bdn

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). Pada tahun 2021 di era new normal pandemi COVID-19, kegiatan praktikum askeb gadar dilakukan secara daring dan luring. Praktikum daring dilakukan melalui platform *uaa lesson/google meet/zoom/classroom* atau yang sejenisnya. Untuk 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 :

1. Melakukan pertolongan persalinan pada presentasi bokong
2. Melakukan pertolongan persalinan pada distosia bahu
3. Melakukan penanganan retensio placenta dengan placenta manual
4. Melakukan penanganan perdarahan post partum primer dengan Kompresi Manual Interna (KBI) dan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)
5. Melakukan penanganan syok hipovolemik pada kasus obstetrik
6. Melakukan Persiapan kuretase dan MVA (Manual Vacuum Aspiration)
7. Melakukan penanganan asfiksia neonatorum dengan langkah awal
8. Melakukan penanganan asfiksia neonatorum dengan ventilasi dan resusitasi
9. Melakukan Pemberian terapi pada bayi dengan syringe pump
10. Melakukan pendokumentasian asuhan kegawatdaruratan maternal sesuai dengan standar pelayanan kebidanan
11. Melakukan pendokumentasian asuhan kegawatdaruratan neonatal sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

C. SASARAN

Mahasiswa semester VI 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. Prasetya Lestari, S.ST, M.Kes
2. Isti Chana Z, S.ST., M.Keb
3. Bidan Rumah Sakit
4. Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb., Bdn

F. DAFTAR PERASAT

No	Daftar Perasat	Jenis Praktikum
1	Persiapan kuretase dan MVA (Manual Vacuum Aspiration)	Demonstrasi(Daring) dan Evauasi (Tatap Muka)
2	Pertolongan persalinan presentasi bokong	Demonstrasi(Daring), Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
3	Pertolongan persalinan dengan distosia bahu	Demonstrasi(Daring), Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
4	retensio placenta dengan placenta manual	Demonstrasi(Daring), Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
5	Pemberian terapi pada bayi dengan syringe pump	Demonstrasi(Daring), Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
6	Penanganan perdarahan primer dengan : Kompresi Manual Interna (KBI) Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)	Demonstrasi(Daring), Trial dan Evauasi (Tatap Muka)
7	Penangan perdarahan dengan kondom infuse	Demo, Trial dan Evaluasi (Daring)
8	Penanganan syok hipovolemik dan Manajemen cairan dan elektrolit pada kasus obstetri	Demo, Trial dan Evaluasi (Daring)
9	Pendokumentasian asuhan kegawatdaruratan maternal neonatal sesuai standar pelayanan kebidanan	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)
10	Penanganan asfiksia neonatorum dengan ventilasi dan resusitasi	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)
11	Mahasiswa mampu Mempraktekkan Penanganan asfiksia neonatorum dengan langkah awal	Demo, Trial, Evaluasi (Luring)

G. DAFTAR ALAT YANG DIGUNAKAN

1	Manual plasenta	Phantum manual plasenta	2 buah
		Phantum persalinan	2 buah
		Hascoon panjang	8 pasang
		Hansoon pendek	2 box
		Kassa	2 buah
		Transfusi set	2 buah
		Cairan RL	2 buah
		Oksitosin	2 buah
		Metergin	2 buah
		Sputi 3 cc	2 buah
		Tampon (kasa + kapas)	2 buah
		Bak instrument	2 buah
		Kom plasenta	2 buah
		Kom kecil	2 buah
		Jarit ibu	2 buah
		Betadine	2 buah
		Perlak	2 buah
		Underpad	2 buah
		Gelas ukur	2 buah
		Bengkok	2 buah
2	Asuhan persalinan dengan presbo	Dopler	2 buah
		Jely	2 buah
		Selimut	2 buah
		Celemek	2 buah
		Topi	2 buah
		Kacamata	2 buah
		Masker	2 buah
		Sepatu boat	2 buah
		Penutup kepala	2 buah
		Jam tangan atau stopwatch	2 buah
		kapas vulva hygiene dan tempatnya	2 buah
		Bak instrumen	2 buah
		1/2 Kocher	2 buah
		Gunting Episiotomi	2 buah
		Klem tali pusat	2 buah
		Gunting tali pusat	4 buah
		Umbilical cord atau karet tali pusat	2 buah
		set pakaian ibu	2 buah
		Handuk	2 buah
		Set pakaian bayi	2 buah
		Bedong	2 buah
		Perlak	2 buah
		Underpad	2 buah
		kom plasenta	2 buah
		Duk kain	2 buah
		Kasa	2 buah
		Delle	2 buah
		Kom klorin	2 buah
		Hanscoon	2 buah
		Sputi 3 cc	2 buah
Oksitosin	2 buah		
Metergin	2 buah		

		Kapas injeksi	2 buah
		Korentang dan tempatnya	2 buah
		Phantum persalinan, bayi dan plasenta	2 buah
3	Asuhan persalinan dengan distocia bahu	Dopler	2 buah
		Jely	2 buah
		Selimut	2 buah
		Celemek	2 buah
		Topi	2 buah
		Kacamata	2 buah
		Masker	2 buah
		Sepatu boat	2 buah
		Penutup kepala	2 buah
		Jam tangan atau stopwatch	2 buah
		kapas vulva hygiene dan tempatnya	2 buah
		Bak instrumen	2 buah
		1/2 Kocher	2 buah
		Gunting Episiotomi	2 buah
		Klem tali pusat	2 buah
		Gunting tali pusat	4 buah
		Umbilical cord atau karet tali pusat	2 buah
		set pakaian ibu	2 buah
		Handuk	2 buah
		Set pakaian bayi	2 buah
		Bedong	2 buah
		Perlak	2 buah
		Underpad	2 buah
		kom plasenta	2 buah
		Duk kain	2 buah
		Kasa	2 buah
		Delle	2 buah
		Kom klorin	2 buah
		Hanscoon	2 buah
		Sput 3 cc	2 buah
Oksitosin	2 buah		
Metergin	2 buah		
Kapas injeksi	2 buah		
Korentang dan tempatnya	2 buah		
Phantum persalinan, bayi dan plasenta	2 buah		
4	Persiapan kuretase	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
	Kateter nelaton	1 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
	Lampu sorot	1 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 iodin)	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
	kom kecil	2 buah
	kom plasenta	1 buah
5	MVA (Manual Vacum Aspiration)	
	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
	Manual vacum aspiration kit	1 set
	Easy Grip Canulla (4,5,6,7,8,9,10,12)	masing-masing 1 buah
	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
		Oksitosin, ergometrin	masing-masing 1 buah
		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
		povidon iodine	1 buah
		Oksigen dan regulator	1
		Larutan anti septik (povidon iodin)	1 botol
		Tempat tidur gynecologi	1 buah
		Spuit 5 cc	5 buah
		Nelaton kateter	1 buah
		Gel KY	1 BUAH
		Infuse set	1 buah
		Alat TTV	1 buah
		Kapas dan kassa steril	1 rol
		Phantom panggul	1 buah
		Bengkok	1 buah
		Bak instrumen	1 buah
		Perlak dan underpad	2 buah
		kom kecil	2 buah
		kom plasenta	1 buah
6	KBI dan KBE	Phantom panggul dan bayi	1 buah
		Phantom uterus	1 buah
		Partus set	1 set
		bak instrumen	1 buah
		infus set	2 buah
		jarum infuse no 16/18	masing-masing 2 buah
		cairan infus RL	2 buah
		Kateter uretra	1 buah
		Uterotonika (oksitosin dan ergometrin)	3 buah
		spuit 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
		comb kecil	2 buah
		baskom clhorine	1 buah
		Larutan klorin 0,5 %	1 botol
		air DTT	1 botol
		Bethadin	1 botol
		kassa	20 buah
		kapas	10 buah
		kom kecil	2 buah
		kom plasenta	1 buah
7	Penangan	Selaput kondom kateter	2 buah

	perdarahan dengan	selang infuse	2 buah
		cairan RL	4 buah
		nasal kanul	2 buah
		Oksigen	2 tabung
		oksitosin	2 ampul
		Metergin	2 ampul
		misoprostol	6 tablet
		Sarung tangan panjang steril	10 pasang
		Hanscoon	2 box
		Set APD lengkap	2 pasang
		Phantum panggul ibu bersalin	1 buah
		Phantum manual plasenta	1 buah
		Underpad	2 buah
		waslap	2 buah
		Baskom sedang	2 buah
		kom kecil	2 buah
		povidon iodine	2 buah
		perlak persalinan	2 buah
		Bak instrumen	2 buah
		Korentang dan tempat	1 buah
		Tensimeter	1 buah
		Stetoskop	1 buah
		Termometer	1 buah
		Jarit	2 buah
	pakaian ganti ibu	1 stel	
8	Penanganan syok hipovolemik, manajemen cairan elektrolit pada kasus obstetric	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, adrenalin, sulfas atropine, dopamine, aminophilin, difenhidramin HCl dll	masing-masing 1 buah
		Tranfusi set	2 buah
		Oksigen	1 buah
		Handscoon	1 box
		Bengkok	1 buah
		Phantom manusia	1 buah
		kom kecil	2 buah
		kom plasenta	1 buah
9	Penanganan asfiksia neonatorum dengan langkah awal,	Meja resusitasi dan lampu sorot	2 buah
		Selang oksigen, tabung oksigen	2 buah
		Resusitasi set	2 set
		Alas meja resusitasi	2 buah
		Bak instrumen	2 buah
		Handscoon bersih	2 box

	ventilasi dan resusitasi	Korentang dalam tempatnya	2 buah
		De ley cateter	2 buah
		Pengganjal bahu bayi	2 buah
		Kain bersih 2 lembar	2 buah
		Topi dan baju bayi	2 set
		APD (gown, sepatu, penutup kepala, masker, kaca mata)	2 set
		Jam/stopwatch	2 buah
		Stetoskop	2 buah
		Larutan chlorin 0,5 % dalam comb	2 buah
		air bag	2 buah
10	Pemberian terapi pada bayi dengan syringe pump	Infus set	2 buah
		abocath threeway ukuran 22, 16	2 buah
		Ciaran RL	2 buah
		Obat -obatan : dopamin, dobutamin, nor epinefrin	masing-masing 2 buah
		Sput 20 cc, 30 cc, 50 cc	masing-masing 1 buah
		Stetoskop	1 buah
		Termometer	1 buah
		Sput 3 cc	2 buah
		Bak instrumen	2 buah
		Mesin siring pump	1 buah
		Kom kecil	2 buah
		Phantum bayi	1 buah
		Hanscoon	2 box
		APD set	2 buah

H. TATA TERTIB MAHASISWA

1. Tata Tertib Praktikum

- a. Mahasiswa wajib hadir dan mengikuti 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.

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. hidrocefalus,
- e. plasenta previa,
- f. dan 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

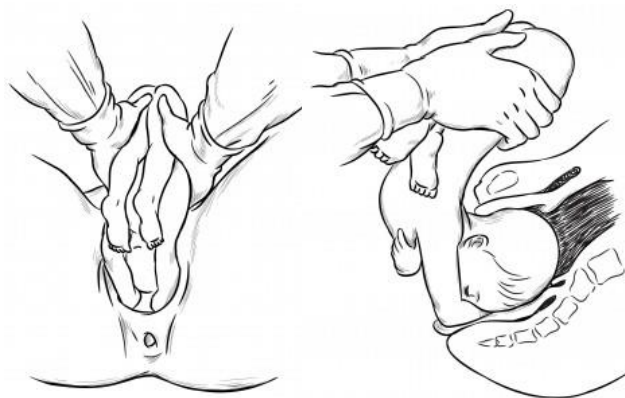
Fase cepat, yaitu mulai dari lahirnya pusar sampai lahirnya mulut. Disebut fase cepat karena pada fase ini kepala janin mulai masuk pintu atas panggul, sehingga kemungkinan tali pusat terjepit. Oleh karena itu fase ini harus segera diselesaikan dan tali pusat segera dilonggarkan. Bila mulut sudah lahir, 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), ke dunia 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 pusar, 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 tahapnya yaitu :

- ✚ Tahap satu :Lahirnya bokong sampai pusar, 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*.

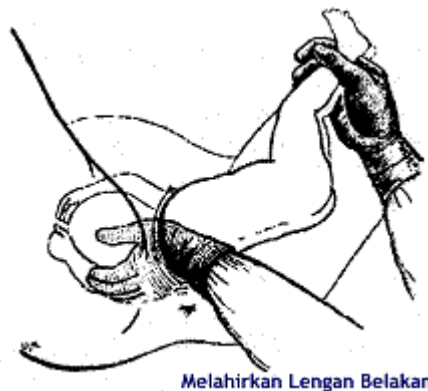
a) Persalinan Bahu dengan cara KLASIK/DEVENTER

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

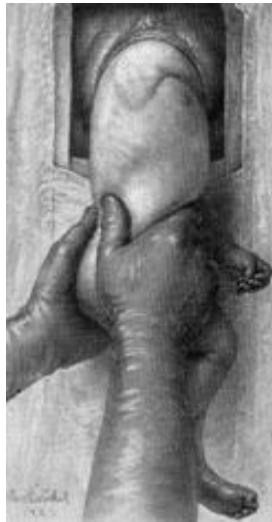
✚ Melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dibawah simfisis melalui ekstraksi ; disusul melahirkan lengan belakang di belakang (depan sacrum)

✚ 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 (*gambar 1*) 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)

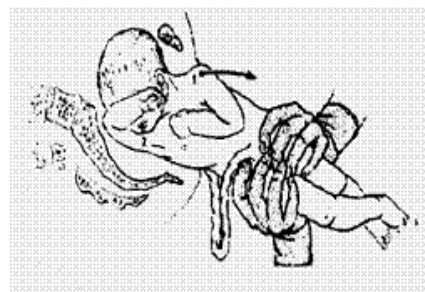
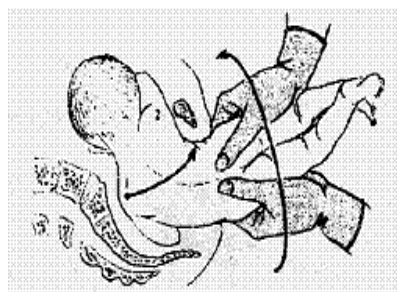
c) Persalinan Bahu dengan cara LOVSET

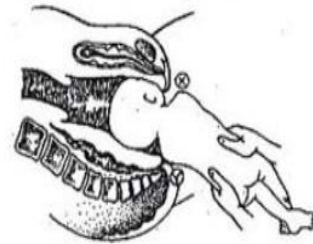
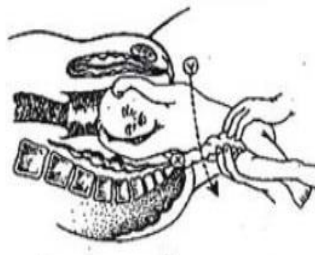
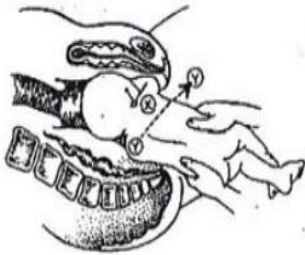
Prinsip

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.

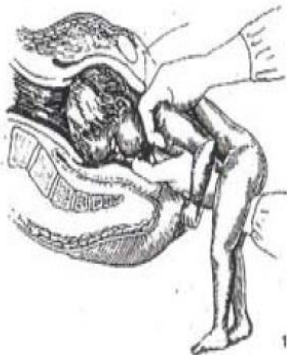




lan lahir.
at

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 diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Kenakan APD c. Patahkan Ampul d. Mendekatkan peralatan e. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
PERSIAPAN ALAT				
6.	Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan: 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 2) dan spuit 3 cc, APD (celemek, sepatu, topi, masker, kacamata, handscoon steril, handscoen panjang), bethadine,			

	larutan chlorine 0,5 % dalam baskom, kapas DTT, penghisap lendir			
PERSIAPAN KLIEN				
7.	Atur posisi klien dengan posisi litotomi			
8.	Menyiapkan tempat resusitasi serta ganjal bahu			
PERSIAPAN PENOLONG				
9.	Pakai sarung tangan			
10.	Sedot oksitosin 10 IU dengan <i>one hand technique</i>			
PELAKSANAAN				
11.	Dengan mengucapkan " Basmalah " lakukan vulva hygiene, pastikan pembukaan lengkap. Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah			
12.	Cuci sarung tangan pada larutan chlorine 0,5 %, lepas secara terbalik dan rendam dalam larutan chlorine 0,5 %			
13.	Oberservasi detak jantung janin			
14.	Menjelaskan kepada ibu pembukaan lengkap dan keadaan janin			
15.	Mengajarkan teknik <i>kristeller</i> pada asisten/ pendampin persalinan			
16.	Jika bokong sudah di dasar panggul , pasang duk/ handuk di atas perut ibu dan di bawah bokong ibu, buka bak instrument			
17.	Pakai sarung tangan panjang steril			
18.	Pimpin persalinan			
19.	Setelah bokong menekan perineum dan perineum merenggang, lakukan episiotomy (Bila Perlu)			
20.	<p>SPONTANEUS BREECH</p> <p>a. Menyuntikkan oksitosin/sintostinon 5 unit secara IM</p> <p>b. Sifat penolong adalah pasif, hanya membuka vulva. Setelah bokong lahir, cengkram bokong bayi secara bracht, yaitu kedua ibu jari sejajar sumbu panjang paha bayi, sedangkan jari-jari memegang panggul/pelvis (bila perlu menggunakan duk untuk memegang bokong bayi)</p> <p>c. Anjurkan ibu untuk meneran setiap kali ada his</p> <p>d. Lahirnya tali pusat sampai mulut. Saat tali pusat lahir, Kendorkan tali pusat dengan salah satu jari tangan sampai ujung scapula terlihat dibawah symphysis</p> <p>e. 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> <p>Bila ada kemacetan saat melahirkan bahu atau kepala maka, perasat bracht dinyatakan gagal. Untuk melahirkan bahu, dilakukan tindakan manual aid (<i>partial breech extraction</i>).</p>			
21.	<p>KLASIK (DEVENTER)</p> <p>Prinsip : melahirkan bahu belakang terlebih dahulu.</p> <p>a. Kedua kaki janin dipegang dengan tangan penolong pada pergelangan kaki, ditarik ke atas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.</p> <p>b. Bersamaan dengan ibu tangan kiri penolong yaitu jari telunjuk</p>			

	<p>dan jari tengah masuk ke jalan lahir menelusuri bahu, fosa cubiti, kemudian lengan dilahirkan seolah-olah mengusap muka janin.</p> <p>c. Untuk melahirkan bahu lengan depan kaki janin dipegang dengan tangan kanan ditarik curam ke bawah kearah punggung ibu kemudian dilahirkan.</p> <p>d. Bila lengan depan sulit dilahirkan maka harus diputar menjadi lengan belakang yaitu lengan yang sudah lahir disekam dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari penolong terletak di punggung dan sejajar dengan sumbu badan janin sedang jari yang lain mencekam dada, kemudian diputar punggung melewati symphysis sehingga lengan depan menjadi lengan depan, lalu lengan dilahirkan dengan teknik tersebut diatas.</p>			
22.	<p>MUELLER 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 iliaca dan jari-jari lain mencengkram pada bagian depan (teknik <i>duimbekken greep</i>), kemudian bayi ditarik curam ke arah bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah symphysis</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 pegangan yang sama tarik bayi ke arah atas sampai lengan belakang lahir dengan sendirinya maka dengan jari telunjuk dan jari tengah penolong mengaitnya keluar</p>			
23.	<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 bayi.</p>			
24.	<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> <p>a. Posisikan janin telungkup menghadap ke bawah, letakkan tubuhnya di tangan dan lengan penolong sehingga kaki janin berada di kiri kanan tangan penolong</p> <p>b. Tangan penolong yang dekat muka janin (tangan yang dekat dengan perut janin) dimasukkan ke dalam jalan lahir yaitu jari tengah dimasukkan ke dalam mulut janin, jari telunjuk dan jari manis pada fossa kanina (melakukan fleksi pada kepala janin), sedangkan jari lain mencekam leher, kemudian badan bayi ditunggangkan pada lengan bawah.</p> <p>c. Kedua tangan penolong menarik curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan Kristeller ringan. Tenaga tarikan terutama dilakukan oleh tangan penolong yang mencekam leher janin. Bila oksiput tampak dibawah symphysis kepala janin dielevasi ke atas dengan suboksiput sebagai hipomoklion sehingga lahir berturut-turut dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya seluruh kepala</p>			
25.	<p>Mengucapkan “Hamdalah” ketika bayi lahir</p>			

PENANGANAN BAYI BARU LAHIR				
26.	Lakukan penilaian (selintas) : a. Apakah Bayi cukup bulan ? b. Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium ? c. Apakah Bayi menangis kuat dan atau bernafas kesulitan ? d. Apakah Bayi bergerak dengan aktif ? Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK" lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia Bayi baru lahir (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia Bayi baru lahir).			
27.	Keringkan Tubuh Bayi : Keringkan Bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. G			
28.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus(hamil tunggal)			
29.	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik			
30.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)			
31.	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) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama			
32.	Pemotongan dan pengikatan tali pusat a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi)dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. 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 c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan			
33.	Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. 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.			
34.	Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi			
PROSEDUR PASCA PERSALINAN				
35.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam			
36.	Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. b. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.			
37.	Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K ₁ 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral.			
38.	Setelah satu jam pemberian Vitamin k, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral. a. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.			

	b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan dibiarkan sampai bayi berhasil menyusui.			
EVALUASI				
39.	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.			
40.	Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.			
41.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah			
42.	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. a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan. b. Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.			
43.	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				
44.	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.			
45.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.			
46.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, bersihkan sisa air ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.			
47.	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.			
48.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb</i>			
49.	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.			
50.	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.			
51.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir			
DOKUMENTASI				
52.	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV			
TEKNIK		0	1	2
53.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
54.	Menjaga privasi ibu			
55.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Referensi: Buku Praktikum Asuhan Kebidanan Gadar Maternal Neonatal (2016), Buku Kemenkes Ri ; Modul Pelatihan Bagi Pelatih (Tot) Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Doter Umum, Bidan Dan Perawat, Buku Pertolongan Pertama Gadar Obstetri Dan Neonatal				

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 symphysis (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 macrosomia
- 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 diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Kenakan APD c. Patahkan Ampul d. Mendekatkan peralatan e. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
	PERSIAPAN ALAT			
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 chlorine 0,5 % baskom			
	PERSIAPAN KLIEN			
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 " <i>Basmalah</i> "			
12.	Pastikan pembukaan lengkap dan selaput ketuban sudah pecah. Lakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah			
13.	Cuci tangan dalam larutan chlorine 0,5 % dan lepaskan sarung tangan secara terbalik			
14.	Periksa DJJ			
15.	Pimpin ibu untuk meneran bila ada his			
16.	Setelah kepala tampak pada vulva 5-6 cm, letakan handuk pada perut			

	ibu dan letakkan duk di bawah bokong ibu			
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 perineum dengan dialasi lipatan kain di bawah bokong ibu, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir (minta ibu untuk tidak meneran dengan bernafas pendek-pendek) Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung janin menggunakan penghisap lendir De Lee			
20.	Usap muka janin dengan kassa steril untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah			
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 maksimal, bidan menyimpulkan bahwa terjadi distosia bahu			
23.	Melakukan episiotomi			
	MELAHIRKAN BAHU SECARA MC.ROBERT			
24.	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 belakang c. Bersamaan dengan itu seorang asisten membantu menekan bahu dari luar ke arah bawah bagian suprapubik ibu			
	MELAHIRKAN BAHU DEPAN DAHULU			
25.	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 melahirkan lengan belakang lebih dahulu dengan memutar bahu belakang kearah depan			
26.	Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya melahirkan badan bayi dengan <i>hand maneuver</i>			
	MANUVER CORKSCREW WOODS			
27.	Masukkan tangan ke dalam vagina pada sisi punggung bayi. Lakukan penekanan di sisi posterior pada bahu posterior untuk mengadduksikan bahu dan mengecilkan diameter bahu			
28.	Rotasikan bahu ke diameter oblik untuk membebaskan distosia bahu. Jika diperlukan, lakukan juga penekanan pada sisi posterior bahu anterior dan rotasikan bahu ke diameter oblik			
	MANUVER RUBIN			
29.	Pertama dengan menggoyang-goyang kedua bahu janin dari satu sisi ke sisi lain dengan memberikan tekanan pada abdomen.			
30.	Bila tidak berhasil, tangan yang berada di panggul meraih bahu yang paling mudah di akses, kemudian mendorongnya ke permukaan			

	anterior bahu. Hal ini biasanya akan menyebabkan abduksi kedua bahu kemudian akan menghasilkan diameter antar-bahu dan pergeseran bahu depan dari belakang simfisis pubis			
31.	MANUEVER HIBBARD			
32.	Menekan dagu dan leher janin ke arah rectum ibu dan seorang asisten menekan kuat fundus saat bahu depan dibebaskan. Penekanan fundus yang dilakukan pada saat yang salah akan mengakibatkan bahu depan semakin terjepit (Gross dkk., 1987)			
	POSISI MERANGKAK (MANUEVER GASKIN'S /ALL-FOURS)			
33.	Minta ibu untuk berganti posisi merangkak			
34.	Coba ganti kelahiran bayi tersebut dalam posisi ini dengan cara melakukan tarikan perlahan pada bahu anterior ke arah atas dengan hati-hati			
35.	Segera setelah lahir bahu anterior, lahirkan bahu posterior dengan tarikan perlahan ke arah bagian bawah dengan hati-hati.			
36.	Bila bahu masih belum dapat dilahirkan, lakukan Teknik Pelahiran Bahu Belakang: <ul style="list-style-type: none"> a. Ganti sarung tangan DTT dengan cepat b. Masukkan satu tangan ke dalam vagina mengikuti lengkung sakrum sampai jari penolong mencapai fosa antecubiti bahu posterior c. Dengan tekanan jari tengah, lipat lengan ke arah sternum d. Setelah terjadi fleksi tangan, keluarkan lengan dari vagina (menggunakan jari telunjuk untuk melewati dada dan kepala bayi, atau seperti mengusap muka bayi), kemudian tarik hingga bahu posterior dan seluruh lengan posterior dapat dilahirkan e. Bahu anterior dapat lahir dengan mudah setelah bahu dan lengan posterior dilahirkan f. Bila bahu anterior sulit dilahirkan, putar bahu posterior ke depan (jangan menarik lengan bayi tetapi dorong bahu posterior), dan putar bahu anterior ke belakang (mendorong anterior bahu depan dengan jari telunjuk dan jari tengah operator) mengikuti arah punggung bayi sehingga bahu anterior dapat dilahirkan. 			
37.	Jika semua tindakan di atas tetap tidak dapat melahirkan bahu, segera lakukan rujukan sambil terus melakukan usaha melahirkan bahu selama di perjalanan dan memasang oksigen pada bayi			
38.	Jika sudah berhasil lahir kemudian dilakukan penanganan bayi baru lahir			
	PENANGANAN BAYI BARU LAHIR			
39.	Setelah bayi lahir seluruhnya, letakkan bayi di perut ibu dan dikeringkan dan mengucapkan "Hamdalah"			
40.	Klem tali pusat			
41.	Potong tali pusat diantara kedua klem			
42.	Ganti bungkus bayi pada ibunya			
	MANAJEMEN AKTIF KALA III			
43.	Pastikan janin tunggal			
44.	Beritahu ibu bahwa akan disuntik			
45.	Suntik oksitosin 10 IU			
46.	Lakukan PTT dan dorongan dorsokranial saat ada kontraksi uterus			
47.	Setelah plasenta terlihat di depan introitus vagina, pegang plasenta dengan kedua tangan, putar searah jarum jam dengan hati-hati			
48.	Setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri			
49.	Periksa kelengkapan plasenta			

50.	Sambil melakukan masase uterus, observasi perdarahan dan kontraksi uterus			
51.	Cuci tangan dengan larutan klorin 0,5%, bilas dengan air DTT			
PENGIKATAN TALI PUSAT				
52.	Lakukan pengikatan tali pusat (bila tidak ada perdarahan aktif dari jalan lahir, bila ada perdarahan aktif lakukan penjahitan perineum)			
53.	Lakukan IMD			
54.	Periksa KU ibu, perdarahan, kontraksi uterus dan periksa nadi ibu			
55.	Lakukan penjahitan perineum			
56.	Periksa ulang perdarahan dan kontraksi uterus			
57.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb			
58.	Lakukan pendokumentasian tindakan dan hasilnya			
TEKNIK		0	1	2
59.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
60.	Menjaga privasi ibu			
61.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Refrensi: Buku Praktikum Asuhan Kebidanan Gadar Maternal Neonatal (2016), Buku Kemenkes Ri ; Nodul Pelatihan Bagi Pelatih (Tot) Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Doter Umum, Bidan Dan Perawat, Buku Pertolongan Pertama Gadar Obstetri Dan Neonatal				

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 inkarsinata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi ganas korio 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 plasenta 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 Plasenta :

- 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 uteri (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 sakit 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 mempersiapkan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita (Manuaba, 2009)

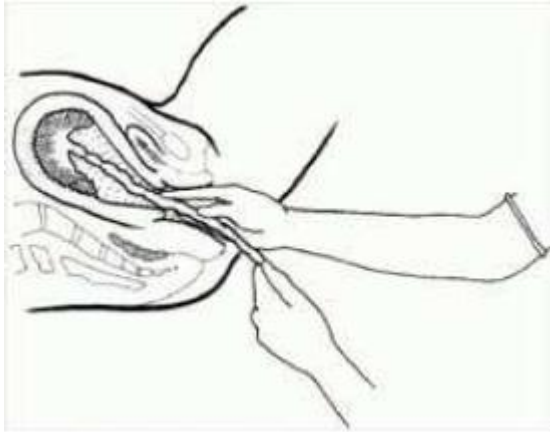
2. Indikasi

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).

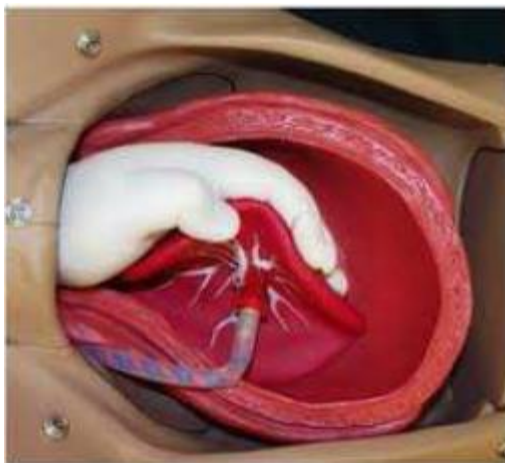
3. Garis Besar Teknik Manual Plasenta

- a. Penetrasi ke Kavum Uteri



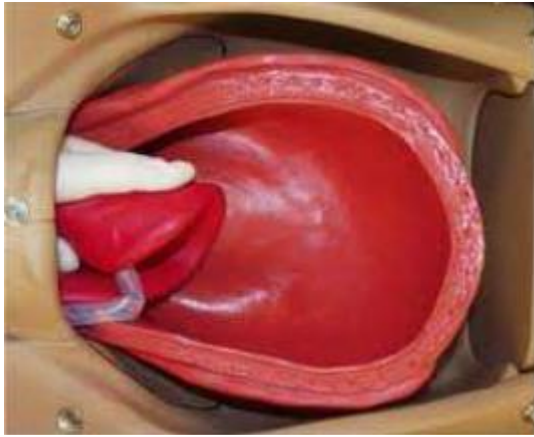
Masukkan tangan secara obstetrik kedalam uterus (kelima ujung jari disatukan, masukkan tangan ke dalam vagina dengan posisi di bawah tali pusat dan punggung tangan menghadap ke bawah. Telusuri tali pusat bagian bawah sampai ke dalam uterus.)

- 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 Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC

Sastrawinata, Sulaiman. 2005. *Obstetri Fisiologi*. Jakarta : EGC

DAFTAR TILIK PENANGANAN RETENSIO PLACENTA DENGAN PLACENTA MANUAL

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
	Catatan : Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan, sedangkan persetujuan tindakan dapat dilakukan segera.			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Kenakan APD c. Patahkan Ampul			

	d. Mendekatkan peralatan e. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
	PERSIAPAN ALAT			
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, bethadine, larutan klorin 0,5 % dan air DTT dalam tempatnya			
	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 darah dari jalan lahir dan vulva dengan kasa			
18.	Jika kandung kemih penuh, lakukan pengosongan kandung kemih dengan kateter			
19.	Lepaskan sarung tangan kanan dan rendam pada larutan chlorin 0,5 %, lalu gunakan sarung tangan panjang pada tangan kanan			
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 bawah. Telusuri tali pusat bagian bawah sampai ke dalam uterus.)			
22.	Pindahkan tangan kiri ke fundus uteri untuk menahan uterus ketika dilakukan tindakan manual plasenta			
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 plasenta yang telah terlepas			
24.	Secara perlahan lepaskan bagian plasenta yang belum terlepas dengan menggunakan sisi tangan yang sejajar dengan ulna			
25.	Lakukan tindakan pelepasan plasenta hanya dengan satu kali tindakan (sebelum plasenta dan tangan keluar dari kavum uteri, pastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal)			
26.	Pindahkan tangan kiri ke supra pubik untuk menahan uterus bagian bawah saat tangan kanan keluar dari kavum uteri			
27.	Setelah seluruh bagian plasenta terlepas, keluarkan plasenta dan tangan dari dalam kavum uteri			
28.	Letakkan plasenta dalam tempat yang datar dan pastikan kelengkapan plasenta			
29.	Lakukan masase pada fundus uteri secara <i>palmar</i> dan pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta tidak terdapat perdarahan abnormal			
30.	Beritahu ibu bahwa akan diberikan suntikan			
31.	Lakukan injeksi ergometrin 10 IU per IM			

32.	Perhatikan KU ibu selama dilakukan tindakan			
33.	Memberitahukan kepada ibu bahwa tindakan telah selesai dan mengucapkan <i>hamdallah</i>			
34.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan “Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
	DEKONTAMINASI			
35.	Buang bahan yang terkontaminasi pada tempat sampah			
36.	Bersihkan ibu, bantu untuk mengenakan pakaian dan pastikan ibu merasa nyaman			
37.	Rendam sarung tangan dan peralatan yang telah terkontaminasi pada larutan chlorin 0,5 %			
38.	Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun			
39.	Observasi KU, vital sign, volume perdarahan dan kontraksi uterus			
40.	Lakukan pendokumentasian pada lembar catatan medik dan lembar partograf			
	TEKNIK	0	1	2
41.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
42.	Menjaga privasi ibu			
43.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			

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)

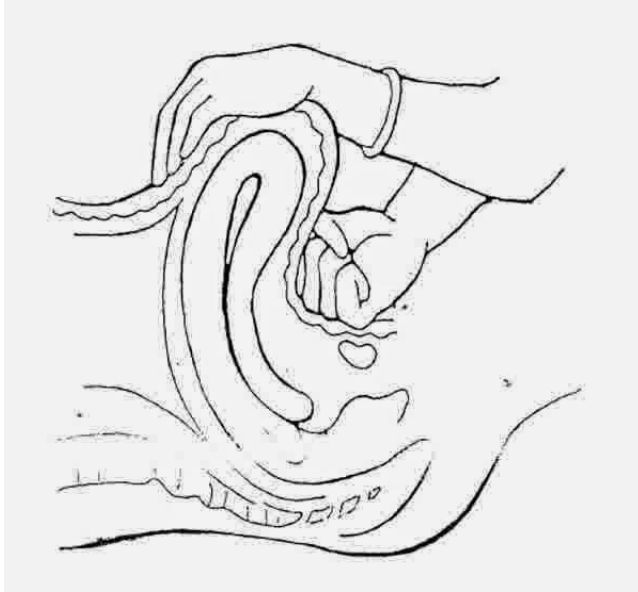
B. KOMPRESI BIMANUAL

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)

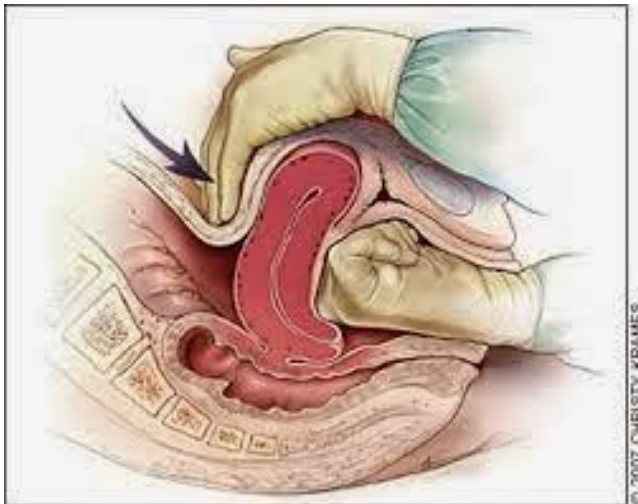
Kompresi bimanual eksterna merupakan tindakan yang efektif untuk mengendalikan perdarahan misalnya akibat atonia uteri. Kompresi bimanual ini diteruskan sampai uterus dipastikan berkontraksi dan perdarahan dapat dihentikan. ini dapat di uji dengan melepaskan sesaat tekanan pada uterus dan kemudian mengevaluasi 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
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			

3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
	Catatan : Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan, sedangkan persetujuan tindakan dapat dilakukan segera.			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
	PERSIAPAN ALAT			
5.	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, humadifier), 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, bethadine, larutan klorin 0,5 % dan air DTT dalam tempatnya			
	PERSIAPAN PASIEN			
6.	Atur posisi pasien dengan posisi dorsal recumbent			
7.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Perut bawah dan lipatan paha sudah dibersihkan dengan air dan sabun ✚ Cairan infus sudah terpasang jika diperlukan ✚ Uji fungsi dan kelengkapan peralatan ✚ Siapkan alas bokong, sarung kaki dan penutup perut bawah 			
8.				
	PERSIAPAN PENOLONG			
9.	Gunakan APD (celemek, sepatu, penutup kepala, masker dan kaca mata)			
10.	Lepaskan perhiasan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
11.	Pakai sarung tangan panjang untuk tangan kanan dan sarung tangan pendek untuk tangan kiri			
	PELAKSANAAN			
12.	Apabila setelah plasenta lahir lengkap dan dilakukan masase uterus selama 15 detik ternyata uterus tidak berkontraksi, maka dikatakan atonia uteri.			
13.	Diawali dengan “Basmalah” periksa kandung kemih pasien. Lakukan pengosongan kandung kemih bila perlu.			
14.	Masukkan tangan secara obstetrik (bila ada sarung tangan panjang/ pendek yang lain maka lapi tangan kanan dengan sarung tangan panjang/pendek). Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks			
15.	<p>Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit</p> <p>Kepalkan tangan kanan pada fornika anterior atau diatas porsio, sedangkan tangan yang ada diluar berusaha menjangkau sejauh mungkin seolah-olah tangan yang di dalam dan diluar dapat bertemu, lakukan penekanan selama 5 menit. Bila uterus berkontraksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teruskan KBI selama 2 menit • Keluarkan tangan perlahan -lahan 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Pantau kala empat dengan ketat 			
16.	<p>Bila uterus tidak berkontraksi, anjurkan keluarga untuk membantu melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta tangan keluarga sebelah kanan untuk menggantikan tangan penolong yang ada diluar, dengan menempatkan tangan keluarga diatas tangan kiri penolong. • Bimbing tangan kiri keluarga untuk mengempal, kemudian secara bersama-sama tangan kiri keluarga diletakkan diatas simfisis & tangan penolong dikeluarkan perlahan-lahan. 			
17.	Cuci tangan dalam larutan klorin 0,5 %, kemudian air DTT, dan keringkan			
18.	Berikan injeksi methyl ergometrin 0,2 mg per IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal (ergometrin tidak diberikan pada ibu dengan hipertensi)			
19.	Pasang infus dengan larutan RL 500 cc dan 20 IU (2 x 10 IU) oksitosin dengan loss clam/ guyur dihabiskan dalam 10 menit.			
20.	Siapkan surat rujukan, minta keluarga untuk menyiapkan kendaraan dan pendamping ibu/bayi			
21.	<p>ulangi KBI selama 2 menit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila uterus berkontraksi pada KBI yang ke-2 pertahankan KBI selama 5 menit, kemudian pantau ibu dengan seksama selama persalinan kala empat 			
22.	<p>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.</p> <p>Dosis infuse pasca guyur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan tambahkan dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi. 			
23.	Bila uterus tidak berkontraksi setelah 2 menit segera rujuk dan dampingi ibu ke tempat rujukan			
24.	Lanjutkan infus RL + 20 unit oksitosin dalam 500 cc larutan dengan laju 500 cc /jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga menghabiskan 1.5 liter infus. Kemudian berikan 125 cc/jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 cc kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minuman untuk rehidrasi			
25.	Mengucapkan Hamdalah dan Assalamu'alaikum Wr. Wb pada akhir pertemuan			
	DEKONTAMINASI			
26.	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi			
27.	Buang bahan - bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai			

28.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering			
29.	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarganya untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya			
30.	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%			
31.	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
32.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir			
33.	Dokumentasikan tindakan dan hasilnya pada lembar medik pasien dan partograf			
	TEKNIK	0	1	2
34.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
35.	Menjaga privasi ibu			
36.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Refrensi: Buku Praktikum Asuhan Kebidanan Gadar Maternal Neonatal (2016), Buku Kemenkes Ri ; Modul Pelatihan Bagi Pelatih (Tot) Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Doter Umum, Bidan Dan Perawat, Buku Pertolongan Pertama Gadar Obstetri Dan Neonatal				

Yogyakarta,
Penguji,

(.....)

PENANGANAN SYOK HIPOVOLEMIK

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 dibawah 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. mendistribusi 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 memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
	Catatan :			

	Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan, sedangkan persetujuan tindakan dapat dilakukan segera.			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
	PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN			
	Air Bag			
	Oropharyngeal air way			
	Face mask			
	Endotracheal tube			
	Perlengkapan infuse : IV keteter segala ukuran, cairan infuse : RL, NaCl 0,9% dll.			
	Perlengkapan pemasangan dower cateter segala ukuran			
	Set intubasi			
	Obat-obat emergency, adrenalin, sulfas atropine, dopamine, aminophilin, difenhidramin HCl dll			
	Beri penjelasan tentang prosedur tindakan terhadap keluarga/pasien tidak sadar			
	Tranfusi set			
B.	CONTENT/ISI			
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, balut tekan, atau penjahitan			
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, mendorong mandibula kedepan dan membuka mulut)			
15.	Bila pasien henti nafas (apnea) segera lakukan ventilasi 2 kali buatan, kalau memungkinkan dengan O2 murni (100%)			
16.	Setelah 2 x ventilasi buatan awal, segera raba arteri karotis atau arteri femoralis			
17.	Bila nadi berdenyut tetapi pasien masih henti nafas teruskan ventilasi buatan 12 kali/menit sampai timbul ventilasi spontan dan adekuat			
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 (ventilasi = 1-1 1/2 detik) dievaluasi setiap 1 menit, apakah tindakan efektif			
19.	Pasang infuse NaCl/ RL 1-2 liter dalam 30-60 menit, bila syok disebabkan oleh vomitus atau GEA sambil memonitor tanda-tanda vital dan CVP			
20.	Pasang infuse NaCl/RL 1-2 liter dalam 30-60 menit dan persiapan transfuse bila karena perdarahan. Sebelum tersedia darah diberikan plasmaexpander : plasmafusin maksimal 20 ml/Kg BB, Dekstan 70 maksimum 15 ml/Kg BB			
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 metabolic diberikan Na-Bikarbinat 0,3 x BB x base axces meq IV			
25.	Evaluasi vital sign tiap menit sampai terlihat kembalinya organ vital			
26.	Otak : kembalinya kesadaran			
27.	Ginjal : volume urine bertambah sekitar 30 cc/jam			
28.	Jantung : denyut nadi turun, tensi mengingat			
29.	Kulit : ekstremitas menjadi hangat			
30.	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			
31.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
	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 (Prawirohardjo, 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) S spuit 3 cc dan 5 cc
 - 16) Oksigen dan regulator (Andriyani, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

Andriyani. 2014. Abortus. <http://reniandriani065.blogspot.co.id/2014/03/abortus-dll.html>

Damayanti et al 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

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan			

	memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu dan berikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan			
4.	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk pribadi (pra dan pasca tindakan)			
	PERSIAPAN KLIEN			
5.	Melakukan konseling pra tindakan : a. Memberi informed consent b. Menjelaskan pada klien tentang kondisi ibu 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 dipuaskan.			
	PERSIAPAN TINDAKAN			
6.	Persiapan alat : a. Alat tenun, terdiri dari : baju operasi, laken, doek kecil b. Alat-alat kuretase dalam bak instrument steril : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Speculum dua buah (Spekulum cocor bebek (1) dan SIMS/L (2) ukuran S/M/L) ▪ Sonde (penduga) uterus ▪ Cunam porsio ▪ Berbagai ukuran busi (dilator) Hegar ▪ Satu set sendok kuret ▪ Cunam tampon (1 buah) ▪ Pinset dan kassa steril ▪ Kain steril, dan sarung tangan dua pasang ▪ Ranjang ginekologi dengan penopang kaki ▪ Tenakulum (1 buah) ▪ Klem ovum/fenster (2 buah) ▪ Larutan anti septik (povidon iodine) ▪ Duk lubang steril ▪ Kom kecil 			
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 tindakan			
9.	Pemeriksaan sebelum curetage : a. USG (ultrasonografi) b. Mengukur tensi dan Hb darah c. Memeriksa sistem pernafasan d. Cek darah lengkap e. Memastikan pasien dalam kondisi sehat dan fit			
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) g. Membersihkan genetalia eksterna h. Memosisikan pasien di tempat tidur gynecologi i. Perut bawah dan lipatan paha sudah dibersihkan dengan air dan sabun j. Cairan infus sudah terpasang jika diperlukan k. Cek kelengkapan peralatan l. Siapkan alas bokong, sarung kaki dan penutup perut bawah			
11.	Mengakhiri kegiatan dengan mengucapkan “Hamdalah”			
12.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
A.	TEKNIK			
13.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
14.	Menjaga privasi ibu			
15.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Total Score : 30				

AVM (Aspirasi Vakum Manual)

Adalah prosedur evakuasi produk uterus (berupa produk kehamilan atau produk uterus lain pada prosedur biopsi) menggunakan alat dan teknik vakum melalui cervix

Indikasi penggunaan

- Untuk aspirasi dan evakuasi produk uterus
- Sebagai opsi terapi yang direkomendasikan untuk abortus incomplete bagi umur kehamilan sampai dengan 13 minggu
- Diagnostik dan terapi (Biopsi endometrium)

Aspirator & Kanula



Pemilihan ukuran kanula

Ukuran uterus (minggu sejak haid terakhir)	Ukuran kanul yang disarankan (mm)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

Referensi

Ipas. (2013). *Woman-centered, comprehensive post abortion care: Reference manual*. 2nd edition. K.L. Turner & A. Huber (editor). Chapel Hill, North Carolina: Ipas • Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2010). An overview of disinfection and sterilization. In W. A.

Rutala (Ed.), *Disinfection, Sterilization and Antisepsis: Principles, Practices, Current Issues, New Research, and New Technologies*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). •

World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva: World Health Organization. World Health Organization (WHO). (2007). *Standard precautions in health care*. Retrieved from http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

PERSIAPAN MVA (MANUAL VACUUM ASPIRATION)

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
4	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
5	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk pribadi (pra dan pasca tindakan) dan memakai APD			
B.	CONTENT/ISI			
6	Persiapan alat : a. Periksa retensi vakum pada tabung aspirator, pastikan vakum bekerja b. Easy Grip Canulla (4,5,6,7,8,9,10,12) c. Spuit 5 cc dan 3cc d. Lidokain 2% e. Speculum f. Tampon tang g. Tenakulum h. Kom kecil i. Betadine j. Kom Plassenta k. Meja ginekologi l. Kain penutup m. Lampu sorot n. Perlak dan underpad o. Alat TTV p. Kapas dan kassa steril q. Phantom panggul r. Bak instrument s. Nelaton kateter t. Klem ovum/fenster (2 buah)			
7	Persiapan Obat-obatan sesuai petunjuk dokter, seperti : a. Doxycycline 200mg oral b. Azithromycin 500mg oral c. Metronidazole 500mg oral			
8	Mengucapkan "Basmalah" sebelum melakukan tindakan			
9	Persiapan pasien : a. Mempersiapkan psikologis pasien b. Pastikan analgetik dan antibiotika diberikan pada waktu yang tepat c. Minta pasien untuk mengosongkan kandung kemih d. Membantu pasien naik ke meja ginekologi dan memposisikan dengan baik dan nyaman e. Minta ijin untuk memulai tindakan f. Melakukan pemeriksaan bimanual			
10	Mengakhiri kegiatan dengan mengucapkan "Hamdalah"			
11	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan			

	Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
C.	TEKNIK			
12	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
13	Menjaga privasi ibu			
14	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Refrensi : prosedur AVM (dr. Eti Utami Risanto, Sp.OG(K))				

PENANGANAN ASFIKSIA NEONATORUM

A. 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).

B. 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 forsep)

- c. Kelainan bawaan (kongenital)
 - d. Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan)
- (Prawirohardjo, 2009)

C. 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 ASFIKSI NEONATORUM
VENTILASI DAN RESUSITASI**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk pribadi (pra dan pasca tindakan)			
	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 tabung oksigen, stetoskop anak			
6.	Pakai celemek, lepaskan semua perhiasan dan aksesoris yang menempel, cuci tangan, keringkan dengan handuk bersih dan kering, pakai handscoen.			
7.	Mengawali kegiatan dengan mengucapkan "Basmalah"			
8.	Penilaian (dalam beberapa detik) 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? g. Apakah reflek baik?			
9.	Menentukan apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi JIKA semua jawaban "Tidak" atau dengan melihat: a. Dada bayi: Megap-megap atau tidak ada usaha nafas b. Tonus otot: kurang baik c. Warna kulit pucat/kebiruan d. Frekuensi jantung < 100x/menit e. Reflek kurang baik			
B.	LANGKAH AWAL RESUSITASI DENGAN VENTILASI			
10.	Jika bayi sudah bernafas spontan/menangis, lakukan perawatan pasca resusitasi: - Jaga kehangatan bayi			

	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pemantauan - Konseling - Pencatatan/dokumentasi <p>Jika bayi masih megap-megap/tidak bernafas, lakukan ventilasi</p>			
11.	<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 <p>Bila dada bayi mengembang, lakukan tahap berikutnya</p>			
12.	<p>Lakukan ventilasi sebanyak 20x dalam 30 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan dengan tekanan 20 cm air - Pastikan udara masuk (dada tetap mengembang) 			
13.	<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? 			
14.	<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 - Siapkan rujukan sambil tetap melakukan ventilasi 			
15.	<p>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.</p>			
16.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
17.	Berikan konseling dan dukungan moril pada ibu dan keluarga dan lakukan pencatatan bayi meninggal.			
18.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
19.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
C.	TEKNIK			
20.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
21.	Menjaga privasi ibu			
22.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			

Buku Praktikum Asuhan Kebidanan Gadar Maternal Neonatal (2016), Buku Kemenkes Ri ; Modul Pelatihan Bagi Pelatih (Tot) Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Doter Umum, Bidan Dan Perawat, Buku Pertolongan Pertama Gadar Obstetri Dan Neonatal

Yogyakarta,

Penguji,

(.....)

**DAFTAR TILIK PENANGANAN ASFIKZIA NEONATORUM
DENGAN LANGKAH AWAL**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Melakukan cuci tangan dan keringkan dengan handuk pribadi (pra dan pasca tindakan)			
	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 tabung oksigen, stetoskop anak			
6.	Pakai celemek, lepaskan semua perhiasan dan aksesoris yang menempel, cuci tangan, keringkan dengan handuk bersih dan kering, pakai handscoen.			
7.	Mengawali kegiatan dengan mengucapkan "Basmalah"			
8.	Penilaian (dalam beberapa detik) h. Apakah bayi lahir cukup bulan? i. Apakah cairan amnion bening? j. Apakah bayi bernafas spontan atau langsung menangis? k. Apakah tonus otot baik? l. Apakah kulit kemerahan? m. Apakah frekuensi jantung > 100x/menit? n. Apakah reflek baik?			
9.	Menentukan apakah bayi memerlukan tindakan			

	resusitasi JIKA semua jawaban “Tidak“ atau dengan melihat: <ul style="list-style-type: none"> f. Dada bayi: Megap-megap atau tidak ada usaha nafas g. Tonus otot: kurang baik h. Warna kulit pucat/kebiruan i. Frekuensi jantung < 100x/menit j. Reflek kurang baik 			
D.	LANGKAH AWAL RESUSITASI			
10.	Memberi kehangatan pada bayi : <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 lampu sorot/pemancar panas 			
11.	Atur posisi bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan bayi dengan kepala sedikit ekstensi dengan bantuan gulungan kain di bawah bahu. - Posisi kepala sedikit miring 			
12.	Bersihkan jalan nafas: <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 \rightarrow reflek vagus \rightarrow bradikardi/apneu) 			
13.	Keringkan dan rangsang taktil: <ul style="list-style-type: none"> - Rangsang taktil dengan menepuk/menyentil telapak kaki, menggosok punggung/ perut/ dada/ ekstermitas 			
14.	Atur posisi kembali dan selimuti bayi dan selimuti bayi dengan kain alas yang sudah disiapkan sebelumnya			
15.	Lakukan Penilaian Kembali			
16.	Jika bayi sudah bernafas spontan/menangis, lakukan perawatan pasca resusitasi: <ul style="list-style-type: none"> - Jaga kehangatan bayi - Lakukan pemantauan - Konseling - Pencatatan/dokumentasi 			
17.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
18.	Berikan konseling dan dukungan moril pada ibu dan keluarga dan lakukan pencatatan bayi.			
19.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
20.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
	TEKNIK			
21.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
22.	Menjaga privasi ibu			
23.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
Refrensi: Buku Praktikum Asuhan Kebidanan Gadar Maternal Neonatal (2016), Buku Kemenkes Ri ; Modul Pelatihan Bagi Pelatih (Tot) Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Doter Umum, Bidan Dan Perawat, Buku Pertolongan Pertama Gadar Obstetri Dan Neonatal				

Yogyakarta,

Penguji,

(.....)

**CHECKLIST LABORATORIUM SKILLS
PEMBERIAN OBAT MELALUI SYRINGE PUMP**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1	Mempersiapkan alat: 1. Obat (6 Benar) 2. Syringe 3. NaCl 0,9% 4. Sarung tangan 5. Selang			
2	Cuci tangan			
PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN				
3	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
4	Mengkaji kondisi klien			
5	Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan			
6	Memberi kesempatan klien untuk bertanya			
7	Menanyakan kesediaan klien			

8	Menjaga <i>privacy</i> klien			
9	Memposisikan klien			
Tahap Kerja				
10	Mengawali kegiatan dengan mengucapkan “Basmalah”			
11	Tempatkan syringe pump dalam posisi stabil yang akan menopang beratnya.			
12	Pakai Sarung tangan bersih			
13	Dengan hati-hati hitung jumlah obat. Isi syringe dengan NaCl dalam jumlah yang tepat. Masukkan obat ke dalam syringe sesuai dengan dosis yang ditetapkan			
14	Tempatkan syringe pada syringe pump. Yakinkan posisi sudah benar			
15	Hubungkan kabel power supply ke outlet listrik dan syringe pump			
16	Tekan tombol ON untuk menghidupkan syringe pump			
17	Setting jenis obat			
18	Hubungkan selang dengan syringe, yakinkan tidak terhubung ke klien. Alirkan obat yang ada dalam syringe ke dalam selang sampai semua selang terisi.			
19	Hubungkan selang ke klien			
20	Setting syringe pump seperti nama obat, flow rate, mode volume/time atau limit volume, KVO, dll			
21	Mulai pemberian obat dengan menekan tombol start			
22	Jika ingin memberikan obat secara bolus, tekan tombol yang menandakan pemberian secara bolus sampai jumlah yang diinginkan.			
23	Pantau kondisi klien selama pemberian obat terhadap kemungkinan efek samping yang tidak dikehendaki. Perhatikan jika alarm berbunyi			
24	Lanjutkan sampai obat habis			
25	Matikan Syringe pump jika pemberian obat sudah selesai			
26	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
27	Cuci tangan dan Rapikan peralatan			
Tahap Terminasi				
28	Evaluasi hasil yang dicapai (subyektif dan obyektif)			
29	Beri <i>reinforcement</i> positif pada klien			
30	Kontrak pertemuan selanjutnya			
31	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
32	Cuci tangan			
33	Mendokumentasikan hasil kegiatan (SOAP)			
TEKNIK				
34	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
35	Menjaga privasi ibu			
36	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
JUMLAH SKOR TOTAL				
Refrensi: Modul praktikum keperawatan tahun 2020; Modul Pelatihan Bagi Pelatih (Tot) Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Doter Umum, Bidan Dan Perawat, Buku Pertolongan Pertama Gadar Obstetri Dan Neonatal				

Keterangan:

0=tidak dilakukan

1=dilakukan tapi tidak sempurna

2=dilakukan sempurna atau bila aspek tersebut

tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

Nilai :

(Skor total/66)X100 =

Yogyakarta, 2022

Penilai,

()

PENANGAN PERDARAHAN DENGAN KONDOM KATETER

Dr. Risanto Siswosudarmo, SpOG (K)

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 Ginekologist, 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 tanpon 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 kulaitas kekuatan rekomendasinya juga lemah.



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

Ringkasan:

1. Perdarahan pascasalin sering bersifat akut, dramatik, *underestimate* dan merupakan sebab utama kematian maternal.
2. Pendekatan risiko diperlukan untuk mengantisipasi kemungkinan kejadiannya. 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.

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>

**PENANGAN PERDARAHAN DENGAN KONDOM
KATETER**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
	Catatan : Apabila keadaan klien dalam kondisi emergency, maka penjelasan prosedur dapat dilakukan saat pelaksanaan tindakan, sedangkan persetujuan tindakan dapat dilakukan segera.			
4.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
	PERSIAPAN ALAT			
5.	kondom kateter selang infuse (tranfusi set) (3 buah) tiang infuse cairan NaCL (4 buah) <i>jegul</i> nasal kanul Oksigen Oksitosin (6 ampul) Metergin (5 ampul) misoprostol Sarung tangan panjang steril Hanscoon Set APD lengkap Phantum panggul ibu bersalin Phantum manual plasenta Underpad Waslap Baskom sedang kom kecil povidon iodine perlak persalinan Bak instrumen Korentang dan tempat Tensimeter Stetoskop			

	Termometer			
	PERSIAPAN PENOLONG			
6.	Gunakan APD (celemek, sepatu, penutup kepala, masker dan kaca mata)			
7.	Lepaskan perhiasan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
8.	Buka kondom, masukkan dalam selang infus, ikat dengan benang sutera atau benang tali talipusat steril.			
9.	Pakai sarung tangan panjang untuk tangan kanan dan sarung tangan pendek untuk tangan kiri			
	PERSIAPAN PASIEN			
10.	Atur posisi pasien dengan posisi litotomi			
	PETUNJUK PRAKTIS MENGATASI PERDARAHAN PASCA SALIN			
11.	Minta tolong (ask for help).			
12.	Pasang infus 2 jalur dengan venocatheter no 18 atau 16.			
13.	Pasang oksigen 5-10 liter / menit.			
14.	Pasang kateter tinggal, monitor <i>urine output</i> paling tidak sampai mencapai 0,5 sd 1 mL/menit			
15.	Guyur 1000-1500 ml larutan RL dalam 15 menit.			
16.	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.			
17.	Berikan uterotonika: oksitosin 1 ampul per botol (maksimal 6 ampul), metergin 1 ampul / botol (maksimal 5 ampul).			
18.	Jika kondisi perdarahan belum teratasi, berikan misoprostol 3 tablet secara rektal, maksimal 6 tablet (kontraindikasi asma bronkial).			
19.	Bila atoni uterus masih berlangsung, lakukan kompresi bimanual.			
20.	Selama melakukan kompresi bimanual siapkan			

	pemasangan tampon kondom.			
21.	Pasang tampon kondom sebagai tindakan sementara, dan segera pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi sambil berusaha mendapatkan darah			
	PELAKSANAAN			
22.	Diawali dengan " Basmalah " periksa kandung kemih pasien. Lakukan pengosongan kandung kemih bila perlu.			
23.	Masukkan ujung selang infus dengan tangan sampai ke dalam kavum uteri.			
24.	Alirkan segera larutan NaCl kalau perlu dengan diperas			
25.	Sambil dialirkan, tahan kondom dengan tangan agar tidak terlepas			
26.	Alirkan antara 500 sampai 1000 ml cairan atau sampai aliran berhenti (Penulis pernah mengisi balon kondom dengan 1500 ml).			
27.	Sumbat dengan <i>jegul</i> supaya kondom tidak lepas.			
28.	Tampon kondom dikatakan berhasil bila dalam 30 menit sampai 1 jam darah yang keluar tidak lebih dari 25 sampai 50 ml			
29.	Berikan antibiotika sebagai profilaksi sebagaimana seharusnya.			
30.	Pastikan bahwa infus, transfusi (bila ada) berjalan lancar			
31.	Lakukan monitoring tanda vital dan observasi jumlah urin yang keluar.			
	Cara melepas tampon kondom			
32.	Bila dalam 24 jam kondisi pasien stabil, tampon kondom bisa dilepas. Alirkan cairan dalam kondom dengan membuka penutup aliran infus pada selang infus kondom.			
33.	Alirkan secara bertahap, 100 ml tiap 5-10 menit sambil diobservasi apakah terjadi perdarahan baru atau tidak. Bila tidak teruskan sampai seluruh cairan habis.			
34.	Angkat <i>jegul</i> atau tampon vagina, tarik selang dan selesai			
35.	Mengucapkan Hamdalah dan Assalamu'alaikum Wr. Wb pada akhir pertemuan			
36.	Dokumentasikan tindakan dan hasilnya pada lembar medik pasien			
	TEKNIK	0	1	2

37.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
38.	Menjaga privasi ibu			
39.	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			

Yogyakarta,
Penguji,


(.....)



Jln. Brawijaya No.99 Yogyakarta 55183

 www.almaata.ac.id

 uaa@almaata.ac.id

 0274 4342288