

***BASIC EMERGENCY OBSTETRIC NEWBORN CARE
(BEmONC) TRAINING***

TANGGAL 27 – 29 OKTOBER 2023



Oleh :

Ety Nurhayati, S.Kp., M.Kep., Ns. Sp. Kep. Mat

**KEPERAWATAN, FAKULTAS ILMU-ILMU
KESEHATAN**

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

BAB I PENDAHULUAN

Di seluruh dunia, perkiraan sebanyak 15% kelahiran disertai dengan komplikasi dan mengancam jiwa ibu dan bayi yang dialami sejak masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengembangkan Panduan Perawatan Kegawatdaruratan Obstetri dan Bayi Baru Lahir (BEmONC) untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia telah menurun dari 305 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Survei Penduduk Antar Sensus, 2015) menjadi 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Sensus Penduduk, 2020). Hasil tersebut menunjukkan sebuah penurunan yang signifikan, bahkan jauh lebih rendah dari target di tahun 2022 yaitu 205 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Pencapaian tersebut harus tetap dipertahankan, bahkan didorong menjadi lebih baik lagi untuk mencapai target di Tahun 2024 yaitu 183 Kematian per 100.000 Kelahiran Hidup dan 70 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup di Tahun 2030 sesuai dengan target SDGs.

Berdasarkan hasil Sample Registration System (SRS) Litbangkes Tahun 2016, tiga penyebab utama kematian ibu adalah gangguan hipertensi (33,07%), perdarahan obstetri (27,03%) dan komplikasi non obstetrik (15,7%). Sedangkan berdasarkan data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) tanggal 21 September 2021, tiga penyebab teratas kematian ibu adalah Eklamsi (37,1%), Perdarahan (27,3%), Infeksi (10,4%) dengan tempat/lokasi kematian tertingginya adalah di Rumah Sakit (84%). Salah satu upaya percepatan penurunan AKI-AKB melalui Pelayanan Perawatan Kegawatdaruratan Obstetri dan Bayi Baru Lahir (BEmONC). Kapasitas perawat dalam manage situasi emergency di area obstetri dan BBL dengan pelayanan yang baik dan berkualitas adalah kompetensi yang penting untuk dipahami dan dikuasai perawat karena perawat memiliki tugas yang kompleks termasuk di area kegawatdaruratan obstetri dan BBL.

Kompetensi Basic Emergency and Newborn Care (BEmONC) perlu dimiliki oleh seluruh tenaga kesehatan yang membantu persalinan di fase akut tanggap darurat seperti Perawat Maternitas, Bidan, Dokter praktik umum, Dokter spesialis obstetric gynecology. Salah satu tindakan dasar yang sangat penting dilakukan yaitu *Rapid Initial Assessment And Managing Emergencies*.

Initial Assessment merupakan pengkajian awal yang dilakukan pada menit pertama dalam menangani kegawat-daruratan pada pasien trauma yang sangat berat dan menentukan keselamatan pasien (Suharya et al., 2018). *Initial assessment* merupakan suatu siklus penilaian yang dilakukan dengan cepat untuk menangani pasien gawat dan kritis yang diikuti dengan tindakan resusitasi (Khairari, 2021). Pengkajian ini dilakukan untuk menemukan dengan segera kondisi pasien yang mengancam nyawa (Campbell & Alson, 2016). Perawat harus menyelesaikan pengkajian fisik dan psikososial secara cepat dan berkelanjutan untuk melihat masalah keperawatan yang muncul dalam ruang lingkup kegawatdaruratan.

HASIL PELATIHAN

RAPID INITIAL ASSESMENT AND MANAGING EMERGENCIES

A. RAPID INITIAL ASSESSMENT

1. Pengertian Initial Assessment

Initial assessment merupakan suatu siklus penilaian yang dilakukan dengan cepat untuk menangani pasien gawat dan kritis yang diikuti dengan tindakan resusitasi. Tindakan *initial assessment* dimulai dengan mengidentifikasi identitas pasien, melakukan triase dan setelah itu dilanjutkan dengan tindakan *survey primer* yaitu penilaian pada ABCDE.

Pertolongan pada kasus kegawatdaruratan harus dilakukan dengan cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Penyebab utama kematian pada pasien trauma adalah adanya obstruksi jalan napas, gagal napas, syok hemoragik, dan cedera otak, perawat harus mengenal tanda dan gejala dari masalah tersebut dan juga harus mampu menangani bila masalah itu muncul pada pasien. Oleh sebab itu, daerah-daerah inilah yang menjadi sasaran pada *initial assessment* (Planas, Jason H. ; Waseem Muhammad ; sigmon, 2021). *Initial assessment* digunakan untuk mengetahui dan melihat kondisi awal pasien secara tepat dan cepat sehingga dengan adanya *initial assessment* penanganan pasien dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien. Penilaian *Initial assessment* digunakan untuk penanganan gawat darurat seperti kecelakaan atau bencana alam yang memakan korban lebih dari satu pasien (Media Perawat, 2021)).

2. Tindakan Initial Assessment

Tindakan *initial assessment* dimulai dengan mengidentifikasi identitas pasien, melakukan triase dan setelah itu dilanjutkan dengan tindakan *survey primer* yaitu penilaian pada ABCDE. Pada *initial assessment* yang pertama kali dilakukan adalah memeriksa kesadaran pasien kemudian melakukan pengecekan pada jalan napas, pemeriksaan pada *breathing* dan *circulation* harus dilakukan dengan cepat karena jika memungkinkan dilakukan resusitasi jantung paru secara simultan. Pada *initial assessment* seharusnya dilakukan dengan cepat agar kejadian yang mengancam nyawa dapat diatasi secara efektif (Massa, 2018).

3. Komponen Penilaian initial assessment

Lima komponen penilaian dalam *initial assessment*, yaitu *Airway*, *Breathing*, *Circulation*, *Disability*, *Exposure*. Penilaian ABCDE ini diberikan untuk pasien dengan tanda dan gejala yang bersifat darurat. Penilaian ini bertujuan untuk memberikan tindakan untuk menyelamatkan jiwa, mengelompokkan tingkat keparahan pasien sehingga bisa ditangani secara efektif dan efisien, sebagai algoritma penilaian dan penanganan untuk menegakkan diagnosis dan pengobatan. Penilaian ABCDE tidak direkomendasikan untuk korban atau pasien dengan gagal jantung. (Media Perawat, 2021).

Langkah- langkah pelaksanaan *initial assessment* tersebut menurut (Media Perawat, 2021) yaitu *airway, breathing, circulating, disability, dan exposure*.

a. Airway

Airway dinilai dengan mengajukan pertanyaan. Jika pasien dapat berbicara dengan koheren, pasien responsif, dan jalan napas terbuka. Apabila pasien mampu merespon dengan suara normal maka jalan napas itu normal (paten). Tanda-tanda adanya obstruksi jalan napas atau jalan napas yang terganggu adalah sebagai berikut: adanya suara stridor, sesak napas (kesulitan bernapas), respirasi paradox, penurunan tingkat kesadaran dan adanya suara mendengkur. Penanganan untuk masalah *Airway* adalah *Head tilt and chin lift, jaw thrust*, pemberian oksigen, dan suction. Sedangkan untuk membuka jalan nafas dilakukan dengan cara *head tilt chin lift* atau *jaw thrust* jika dicurigai adanya cedera cervical. Bila terdapat benda asing, sekret harus dikeluarkan. Jika ada penyebab lain yang menyebabkan obstruksi maka jalan napas definitif harus ditetapkan apakah melalui intubasi atau pembuatan jalan napas bedah seperti krikotiroidotomi. Selama evaluasi ini dan kemungkinan intervensi, kehati-hatian harus digunakan untuk memastikan bahwa tulang belakang leher diimobilisasi dan dipertahankan in-line. Tulang belakang leher harus distabilkan dengan mempertahankan leher secara manual dalam posisi netral, sejajar dengan tubuh. Dalam prosedur ini, teknik stabilisasi tulang belakang dua orang direkomendasikan. Ini berarti satu penyedia mempertahankan imobilisasi in-line, dan yang lainnya mengelola jalan napas. Setelah pasien stabil dalam skenario ini leher harus diamankan dengan kerah serviks. Perlindungan jalan napas diperlukan pada banyak pasien trauma. Pasien dengan obstruksi jalan napas membutuhkan intervensi segera.

b. Breathing

Breathing merupakan penilaian yang perlu dilakukan dalam tahap penilaian pernapasan : Frekuensi pernafasan, Adanya retraksi dinding dada, Perkusi dada, Auskultasi paru serta Oksimetri (97%- 100%). Penanganan dalam masalah pernapasan dengan memberikan posisi yang nyaman, menyelamatkan jalan napas, pemberian bantuan napas dengan oksigen serta ventilasi *bag valve mask* dan dekompresi dada pada pneumothorax.

c. Circulation

Circulation menitik beratkan pada penilaian tentang sirkulasi darah yang dapat dilihat dengan penilaian sebagai berikut : warna kulit, *capillary refill time* <2 detik, palpasi denyut nadi (60-100) menit, Auskultasi jantung (sistolik 100-140 mmHg) dan Penilaian EKG. Penanganan masalah sirkulasi adalah sebagai berikut menghentikan pendarahan, mengangkat kaki lebih tinggi dari kepala, Akses intravena dan pemberian cairan infuse.

d. *Disability*

Disability merupakan suatu tindakan sebagai berikut : Tangani jalan napas, Manajemen pernapasan, Manajemen sirkulasi, Pemulihan posisi, Manajemen glukosa untuk hipoglikemia Penilaian untuk disability adalah untuk menilai bagaimana tingkat kesadaran, dapat dengan cepat dinilai menggunakan metode AVPU: A (*alert*) Kewaspadaan, V (*voice responsive*) Respon Suara, P (*pain responsive*) Respon Rasa Nyeri dan U (*unresponsive*) Tidak Responsif.

e. *Exposure*

Exposure merupakan penanganan berupa perawatan untuk mengatasi trauma dan cari penyebab utamanya. Dalam penilaian exposure dapat diperhatikan hal-hal sebagai berikut: Eksposur kulit dan Keadaan suhu tubuh (Media Perawat, 2021).

4. Cepat Tanggap Darurat “*QUICK CHECK.*”

a. *Quick Check*

Merespon pada keadaan darurat secara tepat dan efektif membutuhkan tim yang mengetahui perannya masing-masing dan bagaimana tim tersebut mampu merespon keadaan darurat secara efektif. Inisiasi cepat dalam pengobatan/perawatan membutuhkan kemampuan mengetahui kasus spesifik dan tindakan yang sigap. Penyedia layanan/tenaga kesehatan dan staff yang lainnya harus bekerja sama untuk merancang cara bagaimana menghadapi situasi darurat dan semua instrument dan peralatan yang dibutuhkan saat keadaan darurat harus selalu tersedia dan dalam keadaan siap pakai.

Setiap staff dalam fasilitas kesehatan harus siap untuk membantu apabila ada seorang ibu/wanita yang datang dengan keadaan darurat obstetri atau adanya tanda dan gejala pada persalinan lanjut. Staff yang pertama mendapatkan keadaan tersebut harus mampu mengidentifikasi pasien dengan tanda bahaya dalam kehamilan atau persalinan lanjut, membawa pasien tersebut ke area persalinan/pengobatan dan memanggil tenaga kesehatan yang berpengalaman.

Kondisi kegawatan harus segera ditangani dan memerlukan tim yang dapat cepat tanggap dan merespon dengan cepat sehingga harus membentuk staf yang mampu merespon keadaan darurat obstetric, tenaga kesehatan yang berpengalaman harus memberikan pelatihan dan pengetahuan agar mereka mampu melaksanakan tugasnya jika terjadi keadaan darurat. Semua staff yang berada di fasilitas kesehatan harus mampu melakukan *quick check*.

b. Langkah-langkah *quick check*

Langkah-langkah *quick check* (periksa segera)

- 1) Lihat keadaan Ibu/wanita tersebut: Apakah ada yang membawa pasien tersebut ke pos kesehatan? (kemungkinan adanya tanda syok). Apakah ada darah pada baju dan atau pada lantai yang dipijak pasien? (tanda perdarahan pada kehamilan). Apakah pasien mengerang, mendengkur atau mencejan?

(kemungkinan tanda-tanda persalinan lanjut).

- 2) Tanya kepada Ibu/wanita atau seseorang yang sedang bersama Ibu/wanita tersebut apakah ibu pernah atau sedang mengalami: perdarahan pervaginam, sakit kepala berat/ pandangan yang kabur, kejang atau penurunan kesadaran, kesulitan bernapas, demam tinggi, nyeri perut yang berat, nyeri persalinan. Apabila ibu/wanita tersebut sedang mengalami atau baru mengalami tanda-tanda bahaya atau tanda gejala dari persalinan lanjut, segera: cari pertolongan, tetap tenang. Fokus pada Ibu, jangan tinggalkan Ibu/Wanita tersebut sendirian, beri tahu professional yang berpengalaman.
 - 3) Apabila wanita pada usia subur mengalami masalah, lakukan pengkajian inisiasi cepat (*rapid initial assessment*) untuk menentukan apa yang diperlukan untuk stabilisasi segera, manajemen dan rujukan. Kaji kondisi pasien dengan pemeriksaan cepat dengan mengkaji tanda-tanda vital termasuk tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu dan warna kulit untuk menentukan derajat keparahan.
5. Mengimplementasikan Skema Rapid Initial Assessment

Pengobatan inisiasi cepat memerlukan penilaian segera pada masalah spesifik dan aksi cepat. Ini bisa dilakukan dengan:

Pelatihan seluruh staf, termasuk satpam, petugas kebersihan, operator, untuk merespon dengan cara yang telah disepakati (misal “bunyikan alarm”, panggil bantuan) ketika seorang pasien wanita datang ke fasilitas kesehatan dengan kondisi darurat obstetri atau komplikasi pada kehamilan atau saat fasilitas kesehatan sudah diberitahu bahwa pasien sedang dirujuk ke tempat tersebut.

Pelatihan klinis atau darurat dengan staf untuk memastikan kesiapan staf di semua tingkatan. Memastikan akses tidak diblokir (kunci tersedia) dan peralatan berfungsi dengan baik (pemeriksaan harian) dan staf dilatih dengan baik untuk menggunakannya. Memiliki norma dan protocol (dan mengetahui cara menggunakannya) untuk mengenali keadaan darurat dan mengetahui cara bereaksi dengan segera.

Mengidentifikasi dengan jelas pasien wanita mana yang berada di ruang tunggu (bahkan mereka yang sedang menunggu konsultasi rutin) memerlukan perhatian segera dari petugas kesehatan dan oleh karena itu harus didahulukan dalam antrian (sesuai dengan yang dijelaskan pada table 6.1 bahwa pasien wanita bersalin atau hamil yang memiliki masalah apapun harus segera diperiksa oleh petugas kesehatan). Menyetujui skema dimana pasien wanita dalam keadaan darurat dapat dibebaskan dari pembayaran, setidaknya untuk sementara (skema asuransi local, dana darurat komite kesehatan).

TABEL 1. *Rapid Initial Assesment*

Kaji	Tanda Bahaya	Pertimbangan
<i>Airway and Breathing</i>	LIHAT: Sianosis (kebiruan) Distress pernafasan PERIKSA: Kulit: pucat Suara paru-paru: wheezing atau rales	Anemia berat Gagal jantung Pneumonia Asma Lihat adanya kesulitan bernapas
<i>Circulation (tanda-tanda syok)</i>	PERIKSA: Kulit: dingin dan basah Nadi: cepat (>110x/menit) dan lemah Tekanan darah: rendah (sistolik < 90 mmHg)	Syok
<i>Vaginal bleeding (masa awal atau akhir kehamilan atau setelah melahirkan)</i>	TANYA APAKAH: Hamil, umur kehamilan Baru melahirkan Plasenta telah lahir PERIKSA Vulva: banyaknya perdarahan, sisa plasenta, robekan yang jelas Uterus: atonia Kandung kemih: penuh JANGAN MELAKUKAN PEMERIKSAAN VAGINA PADA STAGE INI	Aborsi Kehamilan ektopik Kehamilan mola Abruptio placenta Ruptured uterus Plasenta previa Atonia uteri Robekan pada serviks dan vagina Sisa plasenta Inverted uterus
Tidak sadar atau kejang	TANYA APAKAH Hamil, umur kehamilan PERIKSA Tekanan darah: tinggi (diastole >90mmHg) Suhu: >38 ⁰ C	Eklamsia Malaria Epilepsy Tetanus
<i>Dangerous Fever</i>	TANYA APAKAH Lemah, lesu BAK sering, menyakitkan PERIKSA Suhu: >38 ⁰ C Tidak sadar Leher: kaku Paru-paru: nafas pendek dan dangkal Abdomen: sangat lunak Vulva: keluar cairan purulent Payudara: lunak	Infeksi kandung kemih Malaria Metritis Abses pelvis Peritonitis Infeksi payudara Komplikasi dari aborsi Pneumonia
Nyeri abdomen	TANYA APAKAH Hamil, umur kehamilan PERIKSA Tekanan darah: rendah (<90mmHg) Nadi: cepat (>110x/mnt) Suhu: >38 ⁰ C Uterus: keadaan kehamilan	Kista ovarium Apendisitis Kehamilan ektopik Kemungkinan melahirkan aterm atau preterm Amnionitis Abruptio placenta Ruptur uterus

B. MANAGING EMERGENCIES

1. Prinsip Manajemen Emergency

- a. Tetap tenang. Berpikir logis dan fokus pada kebutuhan pasien
- b. Jangan meninggalkan pasien tersebut tanpa pengawasan
- c. Ambil alih kendali. Hindari kebingungan dengan memiliki satu orang penanggungjawab
- d. PANGGIL BANTUAN. Mintalah satu orang untuk mencari bantuan dan minyallah orang lain untuk mengumpulkan peralatan dan persediaan darurat (misalnya tabung oksigen, peralatan darurat)
- e. Jika pasien tersebut tidak sadarkan diri, kaji jalan napas, pernapasan dan sirkulasinya
- f. Jika dicurigai terjadi syok, segera mulai pengobatan. Bahkan jika tidak ada tanda-tanda syok, tetap bersiaga dengan mengevaluasi pasien tersebut lebih lanjut karena statusnya dapat memburuk dengan cepat. Jika terjadi syok, penting untuk segera memulai pengobatan.
- g. Posisikan pasien berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan. Kendurkan pakaian ketat
- h. Bicaralah pada pasien tersebut dan bantu untuk tetap tenang. Tanyakan apa yang terjadi dan gejala apa yang dialaminya
- i. Lakukan pemeriksaan cepat meliputi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu) dan warna kulit. Perkirakan jumlah darah yang hilang dan kaji gejala dan tandanya.

2. Merujuk Pasien Wanita Untuk Perawatan

- a. Setelah penanganan darurat, diskusikan keputusan untuk merujuk pada ibu dan keluarga
- b. Dengan cepat mengatur transportasi dan kemungkinan bantuan keuangan
- c. Informasikan kepada pusat rujukan melalui telepon
- d. Berikan wanita tersebut slip rujukan yang berisi informasi berikut:
 - 1) Nama, umur, Alamat
 - 2) Riwayat obstetric (paritas, usia kehamilan, komplikasi antenatal)
 - 3) Komplikasi obstetrik masa lalu yang relevan
 - 4) Masalah khusus yang menjadi rujukannya
 - 5) Perawatan yang diterapkan sejauh ini dan hasilnya
- e. Kirim bersama pasien wanita tersebut
 - 1) Seorang petugas kesehatan yang terlatih dalam perawatan persalinan
 - 2) Obat-obatan dan perbekanan darurat yang penting
 - 3) Anggota keluarga yang dapat mendonorkan darahnya
 - 4) Jika ada bayi baru lahir, berangkat bersama ibunya jika ada anggota keluarga yang bisa ikut bersama ibu untuk merawat neonatus tersebut,
- f. Selama perjalanan:
 - 1) Pertahankan infus intravena
 - 2) Pastikan pasien hangat (dan bayi baru lahir, jika dilahirkan) tetapi jangansampai kepanasan
 - 3) Bila perjalanan jauh, berikan pengobatan yang sesuai dalam perjalanan

- 4) Catat semua cairan intravena, obat yang diberikan, waktu pemberian dan kondisi pasien tersebut.

3. *Managing A Patient In "Shock"*

Syok ditandai dengan kegagalan system peredaran darah dalam mempertahankan perfusi yang memadai ke organ-organ vital. Syok merupakan kondisi yang mengancam jiwa yang memerlukan penanganan segera dan intensif.

a. Antisipasi Gejala

Curigai atau antisipasi syok jika paling sedikit terdapat salah satu dari gejala berikut ini:

- 1) Perdarahan pada awal kehamilan atau persalinan (misalnya plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri)
- 2) Perdarahan setelah melahirkan (misalnya ruptur uterus, atonia uteri, robekan saluran genital, sisa plasenta atau pecahan plasenta)
- 3) Infeksi (misalnya aborsi yang tidak aman, amnionitis, metritis, pielonefritis)
- 4) Trauma (misalnya cedera pada rahim atau usus saat aborsi, ruptur rahim, robekan saluran genital)

b. Tanda dan Gejala Syok

Diagnosis syok bisa ditegakkan jika terdapat gejala dan tanda berikut:

- 1) Denyut nadi cepat dan lemah (>110 x/menit)
- 2) Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg) Gejala dan tanda syok lainnya meliputi:
- 3) Pucat (terutama pada kelopak mata bagian dalam, telapak tangan atau sekitar mulut)
- 4) Kulit berkeringat atau dingin dan lembab
- 5) Nafas cepat (>30 x/menit)
- 6) Kecemasan, kebingungan atau penurunan kesadaran
- 7) Keluaran urin sedikit (<30 ml/jam)

c. Manajemen Umum

1) Manajemen Segera

- a) MEMINTA BANTUAN. Segera mobilisasi semua personel yang tersedia
- b) Pantau tanda-tanda vital (denyut nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu)
- c) Miringkan ibu ke kiri untuk meminimalkan resiko aspirasi jika ia muntah dan untuk memastikan jalan napas terbuka
- d) Jaga agar ibu tetap hangat tetapi jangan terlalu panas karena hal ini akan meningkatkan sirkulasi perifer dan mengurangi suplai darah ke organ-organ vital
- e) Tinggikan kaki untuk meningkatkan aliran darah kembali ke jantung (jika memungkinkan, angkat ujung kaki ke tempat tidur)

2) Manajemen Khusus

a) Akses IV Line

- Pasang infus intravena dua line jika memungkinkan menggunakan kanula atau jarum besar (ukuran 16 atau terbesar yang tersedia). Kumpulkan darah untuk pemeriksaan hemoglobin, cross-match dan factor pembekuan sesaat sebelum pemberian cairan.
- Infus cairan secara cepat (normal saline atau ringer laktat) awal dengan 1 liter habis dalam 15-20 menit.
- Berikan minimal 2 liter cairan ini dalam satu jam pertama, untuk penggantian cairan karena kehilangan cairan yang terus menerus.
- Catatan: kecepatan infus yang lebih cepat diperlukan dalam penatalaksanaan syok akibat perdarahan. Bertujuan untuk mengganti 2-3 kali perkiraan kehilangan darah.
- Jangan memberikan cairan melewati mulut apabila pasien sedang syok.
- Apabila vena perifer tidak dapat diinfus, lakukan pemotongan/insisi pada vena.
- Lanjutkan pemantauan tanda-tanda vital (setiap 15 menit) dan keluaran darah
- Lakukan pemasangan kateter kandung kemih dan pantau cairan yang masuk dan urin yang keluar (intake-output).
- Berikan oksigen 6-8 liter/menit melalui masker oksigen atau nasal kanul.

b) Lakukan Test Faktor di Samping Tempat Tidur

Kaji status pembekuan dengan cara bedside clotting test

- Ambil 2 ml sampel darah vena ke tabung kaca yang kecil, kering dan polos
- Pegang tabung dengan tabung tertutup agar tetap hangat ($+37^{\circ}\text{C}$)
- Setelah 4 menit, balikkan tabung secara perlahan untuk melihat apakah terbentuk gumpalan. kemudian miringkan lagi setiap menit hingga darah menggumpal dan tabung dapat dibalikkan
- Kegagalan pembentukan bekuan setelah 7 menit atau gumpalan lunak yang mudahpecah menunjukkan koagulopati.

c) Menentukan dan Mengelola Penyebab Syok

- Menentukan penyebab syok setelah pasien telah dilakukan stabilisasi. Apabila perdarahan berat dicurigai sebagai penyebab syok, lakukan tindakan secara bersamaan untuk menghentikan perdarahan (misalnya oksitosin, pijat uterus, kompresi bimanual, kompresi aorta, persiapan intervensi bedah) dan tentukan penyebab perdarahan dan kelola.
- Jika perdarahan terjadi pada umur awal kehamilan 28 minggu: suspek aborsi, kehamilan ektopik atau kehamilan mola.
- Jika perdarahan terjadi pada umur kehamilan setelah 28 minggu atau saat masa persalinan tapi belum melahirkan: suspek plasenta previam abruptio plasenta atau ruptur uterus.

- Jika perdarahan terjadi setelah melahirkan: suspek ruptur uterus, atonia uteri, robekan pada saluran genital, sisa plasenta atau fragmen plasenta.
- Kaji ulang kondisi pasien apakah ada tanda-tanda perbaikan.
- Pertimbangkan konsultasi/rujukkan untuk transfuse secepatnya untuk menggantikan kehilangan darah.
- Apabila dicurigai infeksi sebagai penyebab syok, kumpulkan sampel yang sesuai (darah, urin, pus) untuk kultur mikroba sebelum memulai memberikan antibiotik, apabila fasilitas tersedia dan berikan pasien kombinasi antibiotik untuk mengatasi infeksi aerob dan anaerob dan dilanjutkan sampai pasien tidak mengalami demam dalam 48 jam seperti penisilin G 2 juta unit atau ampicilin 2 gram IV setiap 6 jam, gentamicin 5mg/kgbb IV setiap 24 jam (~80mg setiap hari), dan metronidazole 500mg IV setiap 8 jam. Jangan berikan antibiotik per oral apabila pasien syok. Kaji ulang kondisi pasien apakah ada tanda-tanda perbaikan. Apabila trauma dicurigai sebagai penyebab syok, siapkan tindakan bedah

d) Penilaian Ulang

- Kaji ulang respon pasien terhadap cairan dalam 30 menit untuk menentukan apakah kondisi pasien perbaikan. tanda-tanda perbaikan termasuk: stabilisasi nadi (<90 x/menit), tekanan darah meningkat (sistolik >100 mmHg), status mental meningkat (kebingungan dan kecemasan menurun), dan peningkatan keluaran urin (>30 ml/jam).
- Apabila kondisi pasien membaik, atur kecepatan infus menjadi 1 liter dalam 6 jam, lanjutkan pengelolaan penyebab utama syok. Apabila kondisi pasien gagal perbaikan atau stabil, pasien tersebut membutuhkan pengelolaan lanjutan.

e) Manajemen Lanjutan

- Lanjutkan pemberian cairan infus melalui intravena, atur kecepatan infus menjadi 1 liter dalam 6 jam dan berikan oksigen pada 6-8 liter per menit
- Pantau ketat kondisi pasien
- Lakukan pemeriksaan laboratorium termasuk hematokrit, golongan darah dan golongan rhesus dan pertimbangkan rujukan/konsultasi apabila membutuhkan transfusi.

4. Manajemen Syok

Ada beberapa macam syok berdasarkan penyebabnya, yaitu: syok hipovolemik, syok sepsis, syok kardiogenik, syok neurogenic, dan syok anafilaktik.

a. **Syok hipovolemik** disebabkan oleh hilangnya cairan atau darah dalam jumlah banyak, misalnya akibat dehidrasi berat, perdarahan pada kecelakaan, atau diare berat. tanda dan gejala dari Syok hipovolemik yaitu :

- 1) Tekanan darah rendah: Tekanan darah yang signifikan lebih rendah dari nilai normal. Ini bisa menyebabkan pusing, kelemahan, dan kesadaran yang menurun.
- 2) Nadi cepat: Detak jantung meningkat sebagai upaya tubuh untuk

mengkompensasi kekurangan volume darah dengan memompa lebih keras dan lebih cepat.

- 3) Kulit pucat dan dingin: Kulit dapat menjadi pucat atau kebiruan karena aliran darah ke kulit dikurangi untuk menjaga aliran darah ke organ-organ penting.
- 4) Kelemahan dan kebingungan: Kekurangan aliran darah ke otak dapat menyebabkan kebingungan, kesulitan berkonsentrasi, dan kelemahan.
- 5) Nyeri dada: Penderita syok hipovolemik bisa merasakan nyeri dada atau sesak napas karena jantung bekerja keras untuk mencoba memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.
- 6) Oliguria: Produksi urin yang berkurang atau bahkan tidak ada. Ini merupakan upaya tubuh untuk menghemat cairan dengan mengurangi produksi urin.
- 7) Kedinginan dan gemetar: Tubuh bisa menggigil sebagai respons terhadap penurunan suhu tubuh akibat aliran darah yang kurang efektif.
- 8) Mual dan muntah: Kondisi ini juga bisa disertai dengan mual dan muntah.
- 9) Dehidrasi: Bibir dan mulut kering, serta tanda-tanda dehidrasi seperti mata cekung dan kurangnya turgor kulit (kulit yang tidak kembali dalam posisi semula saat ditekan).
- 10) Perubahan kesadaran: Pada tingkat yang lebih parah, syok hipovolemik dapat menyebabkan kehilangan kesadaran atau koma.

Penatalaksanaan pada syok hipovolemik

- 1) Evaluasi dan identifikasi: Langkah pertama adalah mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala syok hipovolemik, seperti penurunan tekanan darah, tachycardia (denyut jantung cepat), kulit pucat, keringat dingin, dan perubahan kesadaran.
- 2) Pemberian oksigen: Pasien mungkin memerlukan pemberian oksigen untuk mengatasi hipoksia (kekurangan oksigen) yang dapat terjadi dalam syok.
- 3) Pemasangan akses vena: Untuk menggantikan volume darah yang hilang, akses vena harus segera dipasang. Ini dapat dilakukan dengan memasang kateter intravena perifer atau akses sentral (misalnya, kateter sentral) jika diperlukan.
- 4) Pemberian cairan intravena: Cairan intravena (biasanya larutan kristaloid seperti Ringer Laktat atau NaCl 0,9%) harus diberikan dengan cepat untuk menggantikan volume darah yang hilang. Volume cairan yang diberikan akan tergantung pada tingkat kehilangan darah dan keadaan pasien. Tujuannya adalah untuk memulihkan sirkulasi darah yang adekuat.
- 5) Transfusi darah: Jika kehilangan darah sangat besar atau pasien mengalami anemia akibat kehilangan darah, transfusi darah dapat diperlukan untuk menggantikan sel darah merah yang hilang.
- 6) Evaluasi dan penanganan penyebab: Identifikasi penyebab kehilangan darah dan tindakan penanganan yang sesuai merupakan bagian penting dari manajemen syok hipovolemik. Ini mungkin melibatkan penanganan luka atau cedera yang menyebabkan perdarahan.
- 7) Monitoring tanda vital: Pasien harus dipantau secara ketat untuk memastikan respons terhadap pengobatan dan mengidentifikasi komplikasi potensial. Ini

termasuk pengukuran tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, dan produksi urine.

- 8) Perawatan pendukung: Selain mengganti volume darah yang hilang, perawatan pendukung seperti menjaga suhu tubuh yang normal, memberikan nutrisi yang adekuat, dan mengendalikan nyeri juga perlu diberikan

b. **Syok sepsis** disebabkan oleh infeksi yang masuk ke aliran darah (sepsis) dan memicu peradangan atau inflamasi. Syok sepsis umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Tanda dan gejala dari syok sepsis :

- 1) Demam atau suhu tubuh rendah: Penderita sepsis dapat mengalami demam, di mana suhu tubuh meningkat, atau suhu tubuh yang rendah, terutama pada kasus sepsis yang lebih parah.
- 2) Nadi cepat: Detak jantung yang lebih cepat dari biasanya (takikardia) adalah tanda umum sepsis. Hal ini terjadi karena tubuh mencoba melawan infeksi dengan meningkatkan aliran darah.
- 3) Kesulitan bernapas: Sesak napas atau pernapasan cepat adalah gejala lainnya. Sepsis dapat mempengaruhi fungsi paru-paru, sehingga pernapasan menjadi sulit.
- 4) Tekanan darah rendah: Sepsis dapat menyebabkan penurunan tekanan darah, yang dapat mengakibatkan pusing, kebingungan, atau kehilangan kesadaran.
- 5) Gangguan mental: Penderita sepsis dapat mengalami kebingungan, delirium, atau penurunan kesadaran.
- 6) Nyeri otot dan persendian: Gejala ini sering terjadi pada sepsis, dan penderita mungkin merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada otot dan persendian.
- 7) Berkeringat berlebihan: Penderita sepsis bisa mengalami keringat berlebihan atau kulit yang dingin dan lengket.
- 8) Gangguan pencernaan: Sepsis bisa menyebabkan mual, muntah, diare, atau gangguan pencernaan lainnya.
- 9) Berkurangnya produksi urin: Penderita sepsis dapat mengalami penurunan produksi urin, yang disebut oliguria, atau bahkan tidak ada produksi urin sama sekali.
- 10) Kulit pucat atau kebiruan: Kulit penderita sepsis bisa menjadi pucat atau kebiruan akibat penurunan aliran darah ke kulit

Penatalaksanaan pada syok septik

- 1) Evaluasi cepat dan identifikasi: Evaluasi awal untuk mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala sepsis, seperti demam, peningkatan denyut jantung, pernapasan cepat, tekanan darah rendah, perubahan mental, dan tanda-tanda organ yang terganggu.
- 2) Pengobatan infeksi: Identifikasi sumber infeksi dan pemberian antibiotik yang sesuai merupakan langkah penting dalam penanganan sepsis. Antibiotik harus diberikan sesegera mungkin setelah diagnosis ditegakkan.
- 3) Cairan intravena: Pemberian cairan intravena (biasanya larutan kristaloid seperti RingerLaktat) diperlukan untuk mengatasi hipotensi dan menggantikan volume darah yang hilang akibat perubahan sirkulasi dan peningkatan permeabilitas kapiler.
- 4) Vasopresor: Jika tekanan darah tetap rendah setelah pemberian cairan intravena,

vasopresor seperti norepinefrin dapat digunakan untuk meningkatkan tekanan darah dan menjaga aliran darah ke organ vital.

- 5) Pemantauan tanda vital dan pemantauan: Pasien harus dipantau secara ketat, termasuk pengukuran tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, produksi urine, dan tanda-tanda vital lainnya. Pemantauan yang ketat membantu dalam mengevaluasi respons terhadap pengobatan.
- 6) Dukungan pernapasan: Jika pasien mengalami kesulitan bernapas, pemantauan dan dukungan pernapasan seperti pemberian oksigen atau ventilasi mekanis mungkin diperlukan.
- 7) Manajemen komplikasi: Syok sepsis dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kegagalan organ. Oleh karena itu, manajemen komplikasi seperti manajemen kegagal ginjal, gangguan koagulasi, dan gangguan lainnya perlu dilakukan.
- 8) Nutrisi dan perawatan pendukung: Memberikan nutrisi yang adekuat dan merawat perawatan pendukung lainnya seperti menjaga suhu tubuh normal dan mengendalikan nyeri juga merupakan bagian penting dari manajemen pasien sepsis.

c. **Syok kardiogenik** disebabkan oleh gangguan pada jantung, seperti serangan jantung, henti jantung mendadak, atau gagal jantung. Tanda dan gejala dari syok kardiogenik meliputi :

- 1) Sesak napas: Sesak napas adalah gejala utama syok kardiogenik. Ini terjadi karena jantung yang lemah tidak dapat memompa darah dengan cukup kuat, sehingga cairan dapat menumpuk di paru-paru.
- 2) Nadi cepat: Detak jantung akan meningkat sebagai respons terhadap penurunan aliran darah. Nadi cepat (takikardia) adalah gejala umum syok kardiogenik.
- 3) Tekanan darah rendah: Tekanan darah seringkali rendah karena jantung yang lemah tidak dapat memompa darah dengan cukup kuat.
- 4) Peningkatan beban kerja pernapasan: Penderita syok kardiogenik mungkin mengalami peningkatan upaya pernapasan dan penggunaan otot-otot pernapasan tambahan.
- 5) Berkeringat berlebihan: Keringat berlebihan, terutama di wajah dan dahi, bisa menjadi gejala syok kardiogenik.
- 6) Kelemahan dan kelelahan: Karena tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen dan sirkulasi darah yang baik, penderita mungkin merasa sangat lemah dan kelelahan.
- 7) Nyeri dada: Nyeri dada atau ketidaknyamanan di dada bisa terjadi karena kekurangan pasokan darah ke jantung.
- 8) Pucat atau kulit kebiruan: Karena penurunan sirkulasi darah, kulit mungkin menjadi pucat atau kebiruan.
- 9) Perubahan kesadaran: Syok kardiogenik yang parah dapat menyebabkan perubahan kesadaran, seperti kebingungan atau penurunan kesadaran.
- 10) Pembengkakan kaki dan pergelangan kaki: Kondisi ini dapat terjadi sebagai akibat penumpukan cairan di ekstremitas tubuh.

Penatalaksanaan pada syok kardiogenik

- 1) Evaluasi dan identifikasi: Identifikasi tanda-tanda dan gejala syok kardiogenik, seperti tekanan darah rendah, takikardia (denyut jantung cepat), dispnea (sesak napas), dan tanda-tanda kekurangan perfusi organ (seperti sianosis dan gangguan mental).
- 2) Monitor tanda vital: Pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, dan monitor elektrokardiografi (ECG) diperlukan untuk memantau respons terhadap pengobatan dan mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi.
- 3) Pemberian oksigen: Pasien mungkin memerlukan pemberian oksigen untuk mengatasi hipoksia dan memastikan pasokan oksigen yang adekuat ke jantung dan organ lain.
- 4) Terapi obat: Terapi obat, seperti diuretik untuk mengurangi beban kerja jantung dengan mengurangi volume darah yang berlebihan, dan vasodilator untuk mengurangi beban kerja jantung dan meningkatkan aliran darah ke jantung, dapat digunakan sesuai kebutuhan.
- 5) Terapi inotropik: Obat-obatan inotropik, seperti dobutamine atau milrinone, dapat digunakan untuk meningkatkan kontraksi jantung dan memperbaiki output jantung.
- 6) Revaskularisasi: Jika syok kardiogenik disebabkan oleh sindrom koroner akut atau infark miokard, tindakan revaskularisasi seperti angioplasti koroner atau pemasangan stent dapat diperlukan untuk mengembalikan aliran darah ke jantung.
- 7) Manajemen cairan: Manajemen hati-hati cairan mungkin diperlukan untuk menghindari edema paru dan memperbaiki fungsi jantung.
- 8) Monitor invasif: Pasien mungkin memerlukan pemantauan invasif seperti kateterisasi jantung untuk menilai tekanan dalam jantung dan arteri.
- 9) Manajemen ritme: Jika aritmia jantung menyebabkan syok kardiogenik, pengelolaan ritme seperti penggunaan defibrilator atau pengatur pacu jantung dapat diperlukan.
- 10) Perawatan pendukung: Perawatan pendukung lainnya seperti nutrisi yang adekuat, manajemen nyeri, dan menjaga suhu tubuh yang normal juga harus diberikan.

d. **Syok neurogenik** disebabkan oleh gangguan pada sistem saraf. Kondisi ini biasanya terjadi karena cedera saraf tulang belakang akibat kecelakaan saat berkendara atau beraktivitas. Tanda dan gejala dari syok neurogenic meliputi :

- 1) Penurunan tekanan darah: Tekanan darah secara tiba-tiba turun drastis. Ini adalah gejala utama syok neurogenik.
- 2) Bradikardia: Detak jantung menjadi lebih lambat dari biasanya. Tekanan darah yang rendah dapat menyebabkan jantung memperlambat denyutnya sebagai respons.
- 3) Kelemahan atau pusing: Penderita syok neurogenik mungkin merasa sangat lemah, pusing, atau bahkan kehilangan kesadaran.
- 4) Kulit pucat: Karena penurunan aliran darah, kulit dapat menjadi pucat.
- 5) Berkeringat berlebihan: Penderita syok neurogenik mungkin mengalami keringat berlebihan, terutama di wajah dan kening.
- 6) Nyeri atau kelemahan otot: Penderita dapat mengalami nyeri otot atau kelemahan otot.

- 7) Gangguan sensorik: Gejala seperti mati rasa, kesemutan, atau gangguan sensorik lainnya dapat terjadi karena gangguan pada sistem saraf.
- 8) Masalah pernapasan: Pernapasan mungkin menjadi dangkal atau terganggu.
- 9) Inkontinensia urin: Syok neurogenik dapat memengaruhi kontrol kandung kemih, yang dapat menyebabkan inkontinensia urin.
- 10) Perubahan pada suhu tubuh: Penderita syok neurogenik mungkin mengalami perubahan suhu tubuh, seperti kulit terasa panas atau dingin.

Penatalaksanaan pada syok neurogenik

- 1) Evaluasi dan identifikasi: Evaluasi awal untuk mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala syok neurogenik, seperti tekanan darah yang rendah, denyut jantung yang lambat, dan hilangnya respons refleks seperti refleks Babinski.
 - 2) Posisi pasien: Pasien sering ditempatkan dalam posisi Trendelenburg (dengan kaki lebih tinggi dari kepala) atau posisi supine datar untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mempertahankan tekanan darah.
 - 3) Pemberian cairan intravena: Cairan intravena (biasanya larutan kristaloid) dapat diberikan untuk menggantikan volume darah yang mungkin hilang atau untuk menjaga tekanan darah yang stabil.
 - 4) Pemantauan tanda vital: Pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, dan suhu tubuh penting untuk mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi dan mengevaluasi respons terhadap pengobatan.
 - 5) Pengobatan simptomatik: Pengobatan simptomatik seperti pemberian obat vasopresor (misalnya, norepinefrin) mungkin diperlukan untuk meningkatkan tekanan darah jika itu turun menjadi sangat rendah.
 - 6) Identifikasi penyebab: Penting untuk mencari penyebab syok neurogenik, seperti cedera tulang belakang atau trauma pada sistem saraf. Penanganan cedera atau penyebab lain harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
 - 7) Manajemen cedera tulang belakang: Jika syok neurogenik disebabkan oleh cedera tulang belakang, perawatan dan imobilisasi tulang belakang adalah bagian penting dari penanganan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.
 - 8) Perawatan pendukung: Perawatan pendukung lainnya seperti menjaga suhu tubuh yang normal dan perawatan nyeri juga perlu diberikan.
- e. **Syok anafilaktik** disebabkan oleh alergi akibat gigitan serangga, obat-obatan, atau makanan dan minuman. Tanda dan gejala syok anafilaktik meliputi :
- 1) Gatal-gatal dan ruam kulit: Biasanya dimulai dengan gatal-gatal intens di kulit, diikuti oleh ruam merah yang dapat muncul di berbagai bagian tubuh.
 - 2) Pembengkakan: Pembengkakan pada area wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan adalah gejala yang sering terjadi dan dapat menyebabkan kesulitan bernapas atau menelan.
 - 3) Sesak napas: Penderita mungkin mengalami sesak napas, perasaan tercekik, atau suara "ngiakan" akibat pembengkakan di saluran napas.
 - 4) Tekanan darah rendah: Tekanan darah tiba-tiba turun secara signifikan, yang dapat menyebabkan pusing, kelemahan, atau bahkan pingsan.

- 5) Detak jantung cepat: Detak jantung menjadi lebih cepat (takikardia) sebagai upaya tubuh untuk mengkompensasi penurunan tekanan darah.
- 6) Mual, muntah, atau diare: Gangguan gastrointestinal seperti mual, muntah, atau diare bisa terjadi.
- 7) Perut kram: Penderita mungkin merasa kram perut atau ketidaknyamanan di daerah perut.
- 8) Keringat berlebihan: Berkeringat berlebihan adalah gejala umum.
- 9) Kebingungan atau penurunan kesadaran: Pada tingkat yang lebih parah, syok anafilaktik dapat menyebabkan kebingungan, penurunan kesadaran, atau bahkan kehilangan kesadaran.
- 10) Kelemahan umum: Penderita dapat merasa sangat lemah atau kelelahan.

Penatalaksanaan pada syok anafilaktik

- 1) Evaluasi cepat dan identifikasi: Evaluasi awal untuk mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala syok anafilaktik, seperti kulit kemerahan atau gatal-gatal, pembengkakan wajah atau tenggorokan, sesak napas, tekanan darah rendah, denyut jantung cepat, dan perasaan cemas.
- 2) Hentikan kontak dengan alergen: Jika mungkin, hindari atau hentikan kontak dengan alergen yang memicu reaksi anafilaksis.
- 3) Pemberian epinefrin: Epinefrin adalah obat yang sangat penting dalam penanganan syok anafilaktik. Biasanya diberikan melalui suntikan intramuskular pada paha atau lengan. Dosisnya harus disesuaikan dengan berat badan pasien. Epinefrin membantu merelaksasi saluran napas, meningkatkan tekanan darah, dan memblokir gejala alergi.
- 4) Pemberian antihistamin dan kortikosteroid: Setelah pemberian epinefrin, antihistamin seperti cetirizine atau diphenhydramine, serta kortikosteroid seperti metilprednisolon, dapat diberikan untuk mengurangi gejala alergi dan mengurangi peradangan.
- 5) Pemberian cairan intravena: Cairan intravena mungkin diperlukan untuk mengatasi hipotensi (tekanan darah rendah) yang dapat terjadi dalam syok anafilaktik.
- 6) Pemantauan tanda vital: Pasien harus dipantau secara ketat untuk mengidentifikasi perubahan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, dan produksi urine.
- 7) Manajemen pernapasan: Jika pasien mengalami sesak napas, pemberian oksigen dan perawatan pendukung pernapasan dapat diperlukan.
- 8) Identifikasi penyebab: Identifikasi penyebab reaksi alergi dan hindari kontak ulang dengan alergen.
- 9) Perawatan pendukung: Memberikan perawatan pendukung lainnya seperti menjaga suhu tubuh yang normal dan mengendalikan nyeri juga penting.

AIRWAY BREATHING MANAGEMENT

Masalah

Ibu/wanita yang sedang hamil, saat melahirkan atau setelah persalinan mengalami kesulitan bernafas

Pengelolaan Umum

1. Lakukan evaluasi segera pada kondisi umum pasien termasuk tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, respirasi, suhu)
2. Miringkan pasien ke sebelah kiri
3. Mulai lakukan infus intravena dan berikan cairan melalui intravena
4. Berikan oksigen 4-6 liter per menit melalui masker oksigen atau nasal kanul
5. Perkirakan nilai hemoglobin

Manajemen

A. Anemia Berat

1. Jika dicurigai plasmodium falciparum malaria, kelola sebagai malaria berat
2. Apabila berada di daerah endemik cacing tambang (prevalensi >20%), berikansalah satu dari dari obat anthelmintic berikut:
 - a. Albendazole 400mg per oral
 - b. ATAU mebendazole 500mg per oral satu kali atau 100mg dua kali sehariselama 3 hari
 - c. ATAU levamisole 2,5mg/kgbb per oral satu kali sehari selama 3 hari
 - d. ATAU pyrantel 10mg/kgbb per oral satu kali sehari selama 3 hari.
 1. Apabila berada di daerah sangat endemik cacing tambang (prevalensi >50%),ulangi obat anthelmintic 12 minggu sejak dosis pertama
 2. Konsul/rujuk untuk transfusi apabila diperlukan.

B. GAGAL JANTUNG

GAGAL JANTUNG KARENA ANEMIA

Konsul/rujuk untuk transfusi *packed or sedimented cells* (hampir semua pentingpada gagal jantung karena anemia)

GAGAL JANTUNG KARENA PENYAKIT JANTUNG

1. Atasi gagal jantung akut. obat yang mungkin diberikan termasuk
 - a. morfin 10mg IM sebagai dosis tunggal
 - b. ATAU furosemide 40mg IV, ulangi jika perlu
 - c. ATAU digoxin 0,5mg IM sebagai dosis tunggal
 - d. ATAU nitroglycerine 0,3mg di bawah lidah, ulangi setiap 15 menit, jika perlu.
2. Rujuk ke level yang lebih tinggi apabila diperlakukan.

MANAJEMEN GAGAL JANTUNG SAAT PERSALINAN

Kasus seperti ini harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi; tapi lakukan langkah-langkah berikut ini apabila pasien datang terlambat dalam persalinanan atau di dalam semua kasus sampai dirujuk.

1. Posisikan pasien ke sebelah kiri

2. Batasi pemberian cairan infus untuk menurunkan resiko *circulatory overload* dan pertahankan grafik keseimbangan cairan yang ketat
3. Pastikan pemberian analgetik yang adekuat
catatan: jangan berikan ergometrine
4. Mintalah pasien untuk tidak mengejan secara terus menerus pada tahap eksplosif, jika memungkinkan
5. Jika diperlukan untuk menurunkan beban pasien saat melahirkan, lakukan episiotomidan bantu persalinan dengan vakum atau forsep
6. Pastikan manajemen aktif pada tahap ketiga.

C. PNEUMONIA

Inflamasi pada pneumonia berefek pada parenkim paru dan meliputi pernapasan bronkiolus dan alveoli sehingga terjadi hilangnya kapasitas paru paru yang kurang dapat ditoleransi oleh ibu hamil.

1. Rontgen thorax mungkin dibutuhkan untuk mengkonfirmasi diagnosis pneumonia
2. Berikan erythromycin base 500mg per oral 4 kali sehari selama 7 hari
3. Berikan inhalasi/nebulasi
Pertimbangkan kemungkinan tuberkulosis di daerah yang sering terjadi penyakit ini.

D. ASMA BRONKIAL

Asma bronkial mempersulit 3-4% kehamilan, kehamilan dikaitkan dengan memburuknya gejala pada sepertiga wanita yang memiliki penyakit ini

1. Apabila terjadi bronkospasme, berikan bronkodilator (misalnya salbutamol 4mg peroral setiap 4 jam atau 250 mcg aerosol setiap 15 menit untuk 3 dosis)
2. Apabila tidak ada respon terhadap bronkodilator, berikan kortikosteroid seperti hidrocortisone 2mg/kgbb IV setiap 4 jam apabila diperlukan
3. Apabila ada tanda infeksi (bronkhitis), berikan ampisilin 2gram IV setiap 6 jam
4. Hindari penggunaan prostaglandin. untuk pencegahan dan pengobatan perdarahan post partum, berikan oksitosin 10 unit IM atau berikan ergometrine 0,2mg IM
5. Setelah akut eksaserbasi sudah teratasi, lanjutkan pengobatan dengan bronkodilator inhalasi dan kortikosteroid inhalasi untuk mencegah episode akutberulang.

E. OKSIGENASI

Oksigen harus masuk ke dalam paru-paru dengan syarat airway clear, ada usaha nafas dilihat dari gerakan dada. Jika tidak ada, berikan nafas buatan. Tujuan dari pemberian oksigenasi adalah untuk mengatasi hipoksia, menurunkan kerja pernafasan dan menurunkan beban kerja otot jantung.

Cara pemberian oksigen:

1. Mulut ke mulut: Ini adalah cara yang paling sederhana jika tidak tersedia alat lain. Kekurangannya adalah potensi penyebaran penyakit, potensial konyak cairan tubuhdan oksigen yang diberikan hanya 15-16 %
2. Mulut ke masker (pocket mask): oksigen 15-16%, beresiko hiperinflasi paru dan distensi gaster sehingga merangsang muntah
3. Nasal kanul: flownya 2-4 liter per menit, konsentrasi 24-32%

4. Masker sederhana: flow 6-8 liter per menit, konsentrasi 60-80%
5. Masker Non Rebreathing: flow 8-10 liter per menit, konsentrasi 80-100%
6. BVM (Bivalve mask): bisa tanpa oksigen (konsentrasu 21%), bila dengan oksigen (konsentrasi 60%), bila dengan oksigen dan reserviar (konsentrasi 100%). Ini tidak bisa digunakan pada pasien yang bernafas spontan.
7. Jecsoon rees: konsentrasi 100%, harus ada sumber oksigen, balon tidak boleh bocor
8. Ventilator: oksigenasi tingkat lanjut, perlu tenaga ahli. Bantun nafas yang efektif adalah asal dada mengembang.

AIRWAY = JALAN NAFAS

PERLU PENANGANAN ; CEPAT – TEPAT – CERMAT

- Functional Residual Capacity = 2500 ml
- Kadar O₂ 15% X 2500 ml = 375 ml
- Kebutuhan O₂ permenit = 250 ml
- Bila ada sumbatan total O₂ dalam paru habis dalam: $375/250 = 1,5$ menit (dibulatkan 2menit).

MENILAI KLINIS JALAN NAFAS

1. LOOK = LIHAT
 - a. Gerak dada dan perut
 - b. Tanda distress nafas
 - c. Warna mukosa kulit
 - d. Kesadaran
2. LISTEN = DENGARKAN
Gerak udara nafas dengan telinga
3. FEEL = RABA/RASAKAN Gerak udara nafas dengan pipi

SUMBATAN JALAN NAFAS

1. TOTAL
 - a. Sumbatan benda asing (tersedak) memiliki ciri-ciri: kesulitan bernafas (memegangi leher), tidak teraba hawa nafas, pernafasan see saw. Cara membebaskan jalan nafas ada dua cara:
 - b. Tanpa alat : Back blow, Heimlich manouber-abdominal thrust, chest thrust
 - c. Dengan alat: magyl forcep, needle cricotyroidektomi
2. PARSIAL
 - a. Ditandai dengan snoring, gargling dan crowing. Snoring terjadi karena pangkal lidah jatuh ke belakang, gargling karena adanya secret dan crowing terjadi karena adanya spasme pelica vocalis atau edema laring. Membebaskan jalan nafas ada dua cara yaitu:
 - b. Tanpa alat: head tilt, chin lift, jaw thrust
 - c. Dengan alat: ETT, suction, oropharing, nasopharyng, trakeostomi.

ALAT BANTU NAFAS BUATAN

1. Oropharyngeal tube = tidak untuk yang masih ada reflek muntah dan GCS > 8
2. Nasopharyngeal tube = tidak merangsang muntah

BANTUAN HIDUP DASAR

Keadaan henti jantung saat ini menjadi penyebab tertinggi kasus kematian di berbagai belahan dunia. Henti jantung dapat terjadi kapan saja, di mana saja, dan disebabkan oleh berbagai kondisi dan lingkungan yang beragam. Oleh karena itu, dibutuhkan serangkaian tindakan guna mencegah kematian yang diakibatkan oleh henti jantung.

Untuk melakukan pertolongan terhadap kejadian ini, diperlukan sebuah teknik untuk menolong nyawa pasca henti jantung. Teknik ini dinamakan dengan Bantuan Hidup Dasar (BHD). Bantuan ini tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan, namun setiap warga pada umumnya dapat melakukan BHD ini dengan mempelajari langkah-langkahnya.

Langkah-langkah bantuan Hidup Dasar :

1. Mengenali kondisi Korban

Jika penolong menemukan seseorang yang tidak responsif (tidak ada pergerakan atau respons terhadap rangsangan) atau menyaksikan seseorang jatuh terkapar maka tindakan pertama dari rangkaian BHD dimulai. Penolong harus dapat memastikan korban tidak responsif dengan cara berteriak/menepuk-nepuk, atau menggoyangkan bahu pasien, setelah itu dapat dilanjutkan dengan memberikan rangsang nyeri dan tidak bernafas dengan normal setelah sebelumnya mengamankan lingkungan kejadian dan diri sendiri serta memperkenalkan diri pada orang sekitar jika ada. Bersamaan dengan itu, penolong juga perlu memeriksa pernapasan korban, jika pasien tidak bernapas atau bernapas secara abnormal (terengah-engah), penolong harus mengasumsikan pasien mengalami henti jantung.

2. Meminta tolong/ bantuan

Cara minta tolong dengan benar :

- a. Teriak ke sekitar untuk meminta bantuan
- b. Telepon ke nomor darurat (119) kemudian sebutkan nama, alamat, jenis kejadian, jumlah dan kondisi korban, dan Apa yang diperlukan).
- c. Jika kejadian di Rumah Sakit -> Aktifkan sistem CODE BLUE

3. Melakukan penilaian korban/ cek respon korban

Dalam melakukan penilaian, kita dapat melakukan 3A dan MARCH yang terdiri atas:

- a. 3A : Aman diri , Aman Pasien. Aman Lingkungan
- b. MARCH: *Massive hemorrhage, Airway, Respiration (Breathing), Circulation, Head Injury* M pada MARCH merupakan *Massive hemorrhage* yang berarti:
 - 1) Kita harus melakukan pemeriksaan apakah pasien memiliki perdarahan banyak “banjir” yang dapat mengancam nyawa
 - 2) Pasangkan torniket saat ditemukan perdarahan, ekspose/buka pakaian pada bagian yang cedera, gunakan sedekat mungkin dengan luk
 - 3) Catat waktu pemasangan torniket, lalu bawa segera ke rumah sakit terdekat

Selanjutnya adalah A pada MARCH merupakan *Airway* yang berarti:

- 1) Periksa apakah pasien terdapat gangguan pada saluran napas pasien, penolong dapat mengajak pasien berbicara, selanjutnya menilai apakah terdapat respons, jika tidak ada respons, penolong dapat membuka jalan nafas dengan melakukan *jaw thrust / chin lift* (yaitu dengan dengan meletakkan telapak tangan pada dahi korban dan menengadahkan kepala korban. Gunakan tangan yang lain untuk menarik dagu korban sehingga jalan napas dapat terbuka)
- 2) Jika pasien sadar, ijinakan pasien untuk mencari posisi nyaman dan untuk menjaga jalan nafas
- 3) Selanjutnya adalah R pada MARCH yang merupakan *Respiration– Breathing*, yaitu:
- 4) Periksa apakah pasien bernafas atau tidak dan liat apakah dadanya mengembang secarasimetris atau tidak
- 5) Pastikan bahwa : Posisikan pasien nyaman mungkin dan Longgarkan pakaian pasien, jangan dikerubungi
- 6) Selanjutnya adalah C pada MARCH yang merupakan *Circulation*, dengan memeriksa:
- 7) Tangan dan kaki pasien pucat, dingin, dan lembab?
- 8) Terdapat perdarahan eksternal?
- 9) Jika terdapat perdarahan, segera tutup dan tekan luka Perdarahan
- 10) Lalu baringkan pasien dalam posisi “syok”, dengan kaki diangkat/ dielevasi
- 11) Yang terakhir adalah H pada MARCH , merupakan *Head Injury - Hipotermia* dengan memeriksa:
- 12) Memeriksa tanda-tanda trauma kepala dengan melihat apakah terdapat darah di hidung atau telinga?
- 13) Memeriksa tanda-tanda hipotermia dengan memeriksa apakah pasien dalam keadaan menggigil, pucat, dingin?
- 14) Kita harus berhati2 karena hipotermia akan menurunkan fungsi pembekuan darah. untuk mencegah pasien jatuh dalam keadaan tersebut segera ganti pakaian basah, selimuti pasien, dan matikan AC.

4. Kompresi Dada

Golden Period RJP

Idealnya, BHD harus segera dilakukan saat pasien mengalami henti jantung. Terdapat golden period atau waktu emas dalam melakukan bantuan hidup dasar.

- a. Untuk Keterlambatan BHD selama 1 menit, maka kemungkinan berhasilnya 98 dari 100
 - b. Untuk Keterlambatan BHD selama 4 menit, maka kemungkinan berhasilnya 50 dari 100
 - c. Untuk Keterlambatan BHD selama 10 menit, maka kemungkinan berhasilnya 1 dari 100
- Saat otak tidak mendapatkan oksigen selama 6-8 menit maka pasien dapat menyebabkan kematian. Pasien disebut dengan mati klinis (henti nafas dan henti jantung) jika tidak mendapatkan oksigen dalam waktu 6 - 8 menit dan akan mengalami mati biologis (mati batang otak) jika tidak mendapatkan oksigen dalam waktu 8 - 10 menit/lebih.

Bagaimana melakukan kompresi jantung yang berkualitas?

Kompresi dada yang efektif dilakukan dengan prinsip push hard, push fast, minimal interruption, complete recoil.² Untuk memaksimalkan efektivitas kompresi dada, korban harus

berada di tempat yang permukaannya rata. Penolong berlutut di samping korban apabila lokasi kejadian di luar rumah sakit atau berdiri di samping korban apabila di rumah sakit. Penolong meletakkan tumit tangannya di bagian bawah tulang dada korban dan meletakkan tumit tangan yang lain di atas tangan yang pertama. Penolong memberikan kompresi dada dengan kedalaman kurang lebih 2 inci/ 5cm.² Penolong memberikan kompresi dada dengan frekuensi 100-120 kali permenit. Penolong juga harus memberikan waktu bagi dada korban untuk mengembang kembali agar aliran darah ke berbagai organ tidak berkurang. Penolong juga harus meminimalisasi frekuensi dan durasi dari interupsi dalam kompresi untuk memaksimalkan RJP yang dilakukan. Rasio kompresi dan napas bantuan yang dilakukan adalah 30:2.²

Penolong yang kelelahan dapat mengganggu frekuensi dan kedalaman kompresi dada. Pada umumnya, kelelahan penolong mulai muncul setelah 1 menit melakukan RJP dan akan sangat terasa setelah 5 menit melakukan RJP. Ketika terdapat lebih dari satu penolong, dianjurkan untuk memberikan RJP secara bergiliran setiap 2 menit sekali atau setelah 5 siklus untuk menghindari berkurangnya kualitas RJP. Satu siklus RJP terdiri dari kompresi dan napas bantuan dengan rasio 30:2. RJP dilakukan hingga AED tiba (setelah itu tetap dilanjutkan), korban bangun, terdapat tanda-tanda pasti kematian atau petugas yang lebih ahli datang. Selama melakukan RJP, interupsi misalnya seperti memeriksa nadi korban harus diminimalkan.²

5. Memberikan Napas Bantuan

Napas bantuan diberikan dalam waktu satu detik. Gunakan rasio kompresi dan napas bantuan 30:2. Napas bantuan dapat diberikan dengan berbagai cara. Cara pertama, bantuan napas dari mulut ke mulut, dilakukan dengan membuka jalan napas korban, menutup hidung korban, dan memberikan napas bantuan dalam waktu 1 detik. Pastikan terdapat kenaikan dada ketika dilakukan napas bantuan. Pemberian volume udara yang berlebihan harus dihindari karena dapat memperburuk kondisi korban, sesuaikan dengan volume saat menarik napas dan membuang napas secara biasa dari paru manusia normal. Lakukan sebanyak 5 siklus, baru cek denyut nadi setelah itu.

Bantuan nafas yang diberikan dapat berupa

- a. Bantuan pernafasan mulut ke mulut
- b. Bantuan pernafasan mulut ke hidung
- c. Bantuan pernafasan mulut ke sungkup
- d. Bantuan pernafasan dengan kantung nafas buatan (bag mask)

RJP Hands Only

Jika pada saat kejadian henti jantung, alat tidak memadai atau alat pelindung diri (APD) tidak, kita dapat melakukan RJP Hands Only

Langkah-langkah RJP "Hands Only" :

1. Safety : 3A : Amankan diri, Amankan pasien/orban, Amankan lingkungan
2. Periksa respon, pernafasan (5-10 menit) Tepuk-tepuk bahu, tanya "Anda Kenapa? "
Bila ada respon : Biarkan berbaring, cari penyebabnya, panggul bantuan medis, sambil mengawasi

3. Panggil bantuan :
Panggil Bantuan " : Hubungi Call center PSC 119/112
4. Kompresi dada :
Lakukan Kompresi Dada tanpa interupsi sampai pasien ada respon

RJP dapat dihentikan jika ditemukan kondisi2 seperti kembalinya denyut jantung dan napas spontan (pasien bergerak spontan), Pasien alih rawat ke tempat perawatan, Penolong terancam keselamatannya, Penolong kelelahan, *Do not resuscitate* (DNR). Jika pada pasien sudah ditemukan tanda2 pasti kematian seperti lebam mayat, kaku mayat, dan pembusukkan maka dapat dipastikan bahwa pasien sudah meninggal.Hanya dokter yang dapat menyatakan bahwa korban meninggal dunia. Melakukan kejut jantung dengan AED. AED merupakan alat yang dapat memberikan kejut listrik pada korban. Langkah Pemakaian :

1. Pastikan korban tidak sadar, tidak bernapas, nadi tidak teraba dan dalam kondisi kering
2. Nyalakan AED dan pasang pad AED pada dada korban
3. Ikuti instruksi AED. Bila AED mengindikasikan kejut jantung, maka tekan tombol

Recovery Position atau Posisi pemulihan

Posisi ini dilakukan jika korban sudah bernapas dengan normal dan sirkulasinya sudah adekuat. Posisi ini dilakukan untuk menjaga jalan napas tetap terbuka dan mengurangi risiko tersumbatnya jalan napas dan tersedak.Korban dimiringkan dengan meletakkan tangan di bawah kepala korban.

1. Korban tidur terlentang pada posisi supine, penolong berlutut di sisi kanan korban
2. Tangan kanan korban diluruskan di sisi kepala korban
3. Tangan kiri korban ditekuk menyilang dada hingga posisi telapak tangan berada dibahu kanan korban.
4. Lutut kaki kiri korban ditekuk ke kanan. Posisi tangan kiri penolong di bahu kiri korban, tangan kanan penolong di lipatan lutut kiri korban. Tarik korban

Bantuan Hidup Dasar pada Anak-anak

Teknik dasar untuk bantuan hidup dasar pada anak-anak sama seperti pada dewasa. Perbedaannya terletak untuk bayi dengan usia 1 - 12 bulan, dapat melakukan kompresi dada menggunakan 2 jari, dan untuk anak usia 1-8 tahun, dapat dilakukan kompresi dada dengan satu tangan. Kompresi dapat menggunakan jari telunjuk + jari tengah atau jari tengah + jari manis, pada bayidapat menggunakan dua ibu jari.

Kesalahan yang sering terjadi pada bantuan hidup dasar

1. Posisi mengunci jari tangan yang salah , kemudian pastikan posisi siku lurus
2. Teknik kompresi dada yang salah
3. Kompresi dada yang benar harus dengan
4. Kedalaman minimal 5 cm (tidak lebih dari 6 cm)
5. Kecepatan 100 – 120 x/menit, teratur
6. Rekoil komplit
7. Minimal interupsi, kecuali untuk memberi nafas buatan atau memindahkan pasien (tidak bolehberhenti >10 detik)

DIAGNOSIS

TABEL DIAGNOSIS

Gejala yang muncul dan gejala serta tanda lain yang biasanya ada	Tanda dan Gejala yang Terkadang Ada	Possible diagnosis
Kesulitan bernafas Konjungtiva, bibir, kuku dan atau telapak tangan pucat Hemoglobin <7g/dL Hematokrit <20%	Lemah dan lesu Kuku datar atau cekung	Anemia berat
Tanda dan gejala anemia berat	Edema Batuk <i>Rales</i> Kaki begkak Pembesaran liver Vena leher menonjol	Gagal jantung karena anemia
Kesulitan bernafas Murmur diastolic dan atau Murmur sistolik yang keras dengan jelas dirasakan	<i>Heart rate</i> ireguler Pembesaran jantung <i>Rales</i> Sianosis (kebiruan) Batuk Pembengkakan kaki Pembesaran liver Vena leher menonjol	Gagal jantung karena penyakit jantung
Kesulitan bernafas Demam Batuk berdahak nyeri dada	Kolidasi Tenggorokan tersumbat Napas cepat Ronchi/ <i>rales</i>	Pneumonia
Kesulitan bernafas <i>Wheezing</i>	Batuk berdahak Ronchi/ <i>rales</i>	Asma bronkiale
Kesulitan bernafas Hipertensi Proteinuria	<i>Rales</i> Batuk berbusa	Edema paru berhubungan dengan pre eklamsia

APPLICATION OBSTETRICAL PRIORITY LEVEL

Application obstetrical priority level Untuk menentukan alasan utama ibu hamil datang ke rumah sakit, rekognisi dan intervensi komplikasi dan kelainan, tingkatan level perawatan berdasarkan kondisi, dan respon kondisi secara tepat waktu dan konsisten serta menilai kontraksi uterus dan pola denyut jantung janin dalam persalinan, mengenali kelainan dan menanggapi dengan tepat.

MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Score)

Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) adalah cara memformalkan pengukuran variabel fisiologis. Nilai-nilai observasi tersebut dapat diterjemahkan menjadi skor ringkasan yang memiliki ambang kritis, di mana tinjauan medis dan intervensi keperawatan diperlukan. Hal ini diyakini bahwa perubahan kecil dalam variabel fisiologis gabungan yang diukur dengan MEOWS dapat menggambarkan gangguan lebih awal dengan adanya perubahan parameter fisiologis individu. Deteksi dini akan memicu prompt intervensi selanjutnya yang akan memperbaiki penurunan parameter fisiologis lebih lanjut atau memfasilitasi rujukan tepat waktu ke personil yang tepat.

TRIASE

Triase adalah proses standar untuk menentukan pasien mana yang perlu dinilai segera dan mana pasien dapat menunggu dengan aman.

MRP (The Most Responsible Provider)

Penyedia yang paling bertanggungjawab atau praktisi yang paling bertanggungjawab, umumnya mengacu pada dokter atau professional kesehatan lain yang diatur oleh kebijakan internal (yaitu perawat/bidan), yang memiliki tanggungjawab keseluruhan untuk mengarahkan dan mengkoordinasikan perawatan dan manajemen pasien pada titik waktu tertentu

OTAS (Obstetric Triage Acuity Scale)

Semua pasien yang datang ke area triase maternitas harus diprioritaskan sesuai dengan OTAS tools. Ini harus digunakan berdasarkan stadium kehamilan pasien yaitu awal kehamilan (0-20 minggu kehamilan), kehamilan (usia kehamilan >20 minggu) dan post partum. Dengan penerapan OTAS tools yang sesuai, diharapkan bisa memastikan praktik

Early Pregnancy (0-20 weeks gestation)

Obstetrical Triage Acuity Scale (OTAS)©

OTAS-Early Pregnancy (<20 wks)		Level 1 (Resuscitative)	Level 2 (Emergent)	Level 3 (Urgent)	Level 4 (Less Urgent)	Level 5 (Non-Urgent)
Time to Initial Assessment		Immediate	Immediate	5-10 minutes	5-10 minutes	5-10 minutes
Time to Health Care Practitioner		Immediate	< 15 minutes	< 30 minutes	< 60 minutes	< 120 minutes
Re-assessment		Continuous Nursing Care	Every 15 minutes	Every 15 minutes	Every 30 minutes	Every 60 minutes
Complaint Oriented Triage (COT)	OB		- Pelvic pressure with abdominal cramping, back pain - Expulsion is imminent	- Cramping - Possible leaking fluid	- Mild cramps and back pain	
			- Heavy vaginal bleeding	- Mild – moderate vaginal bleeding	- Vaginal bleeding: spotting	- Pink mucousy discharge
			- Acute severe abdominal/pelvic pain	- Mild/mod abdominal pain, flank pain		- Discomforts of pregnancy
		- Major trauma-penetrating	- Major trauma-blunt	- Minor trauma	- Fall, no direct trauma	
					- UTI complaints, hematuria	- Rashes - vaginal discharge
			- Nausea and vomiting with severe dehydration	- Nausea and vomiting with mild dehydration	- Nausea and vomiting with potential for dehydration	- Occasional heartburn/nausea
		- Loss of consciousness	- Sudden, worst headache - Moderate respiratory distress	- Mild/mod headache - Mild respiratory distress		
Medical Complications		- s/s depression and planned/attempted suicide	- High emotional stress/situational crisis - s/s depression/suicidal thoughts - Syncope with position changes	- Unable to cope - s/s depression/no suicidal ideation		

NOTE: Modifiers (Hemodynamic Stability, Respiratory Distress) may increase acuity

Obstetrical Triage Acuity Scale (OTAS)©

OTAS		Level 1 (Resuscitative)	Level 2 (Emergent)	Level 3 (Urgent)	Level 4 (Less Urgent)	Level 5 (Non-Urgent)		
Time to Initial Assessment		Immediate	Immediate	5-10 minutes	5-10 minutes	5-10 minutes		
Time to Health Care Practitioner		Immediate	< 15 minutes	< 30 minutes	< 60 minutes	< 120 minutes		
Re-assessment		Continuous Nursing Care	Every 15 minutes	Every 15 minutes	Every 30 minutes	Every 60 minutes		
Complaint Oriented Triage (COT)	OB	Signs/symptoms of Labour/Fluid Loss	-Suspected imminent birth -Cord prolapse	-<37 weeks, uterine contractions <5 minutes apart -<37 weeks vaginal fluid loss -Unplanned/unattended birth	-≥37 weeks, contractions 2-4 minutes apart	-Contractions >5 minutes apart -Vaginal fluid loss ≥37wks	-Cervical ripening -Pre-booked maternal visits (eg., Rh Immune Globulin)	
		Antenatal Bleeding		-Active vaginal bleeding	-History of bleeding prior to presentation	-Spotting		
		Fetal Assessment	-No fetal movement	-Decreased fetal movement -FH concerns, abnormal BPP/dopplers (clinic)				-NST (booked) -ECV assessment
		Hypertensive Neurological Signs/symptoms	-Actively seizing, postictal -Loss/altered consciousness	-Sudden severe headache -Visual disturbance, epigastric pain -CVA like symptoms	-Mild/Mod/Subacute headache -Edema (non-dependent)	-Follow up to Hypertension (OB clinic) e.g. blood work		-Chronic recurring headache
		Pain		-Acute severe abdominal/pelvic pain -Chest pain	-Mild/Mod abdominal pain -Back pain -Flank pain			-Pregnancy discomforts
		Abdominal Trauma	-Major trauma-penetrating	-Major trauma-blunt	-Minor trauma (e.g., minor MVC/fall)	-Fall, no direct abdominal trauma		
		Signs of Infection			-Fever, chills, uterine tenderness (not r/t contractions)		-UTI complaints, hematuria -Fever, cough, congestion	-Rashes
					-Nausea/vomiting/diarrhea s/s moderate dehydration	-Nausea/vomiting/diarrhea, s/s mild dehydration	-Nausea/vomiting/diarrhea	
Respiratory	-Severe respiratory distress	-Moderate respiratory distress	-Mild respiratory distress					
Medical Complications	Substance Use/Mental Health		-High risk/unknown substance use/uncertain flight or safety risk -s/s depression and planned/attempted suicide	-Situational crisis (physical, emotional) -s/s substance withdrawal (e.g. anxiety/agitation, nausea, vomiting) -s/s depression/suicidal thoughts		-s/s depression/no suicidal ideation		

NOTE: Modifiers (Hemodynamic Stability, Respiratory Distress, Fetal Well-being, Cervical Dilatation) may increase acuity

Postpartum

Obstetrical Triage Acuity Scale (OTAS)©

OTAS-Postpartum		Level 1 (Resuscitative)	Level 2 (Emergent)	Level 3 (Urgent)	Level 4 (Less Urgent)	Level 5 (Non-Urgent)
Time to Initial Assessment		Immediate	Immediate	5-10 minutes	5-10 minutes	5-10 minutes
Time to Health Care Practitioner		Immediate	< 15 minutes	< 30 minutes	< 60 minutes	< 120 minutes (2 hours)
Re-assessment		Continuous Nursing Care	Every 15 minutes	Every 15 minutes	Every 30 minutes	Every 60 minutes
Complaint Oriented Triage (COT)	OB	Postnatal Bleeding	-Active vaginal bleeding with clots	-Bright red bleeding >spotting <5 days postpartum	-Bleeding/spotting with cramping >10 days postpartum	
		Hypertensive Neurological Signs/symptoms	-Seizure activity -Loss/altered consciousness	-Sudden severe headache -Visual disturbance, epigastric pain -CVA symptoms	-Mild/Mod/Subacute headache -Edema (non-dependent)	-Follow up to Hypertension (OB clinic) e.g. blood work
	Signs of Infection		-Chills, wound redness, or purulent drainage -Pelvic/abd pain with abn vaginal discharge -Unable to empty bladder/dysuria <72 hours postpartum	-Wound redness/swelling with serosanguinous drainage -Pelvic/abd pain	-Redness/swelling/pain in breast with fever -Dysuria	-Wound/incision check (scheduled) -Redness, tenderness in breast
	Respiratory	-Severe respiratory distress	-Moderate respiratory distress -Chest pain/pleuritic pain	-Mild respiratory distress -Unilateral reddened hot limb with fever/severe pain	-Unilateral reddened hot limb without fever -Constipation without fever	-Fatigue, malaise
	Medical Complications	Substance Use/Mental Health		-High risk/unknown substance use/uncertain flight or safety risk -s/s depression and planned/attempted suicide	-Persistent headache (r/t epidural insertion with labour/birth) -Situational crisis (physical, emotional) -s/s substance withdrawal (e.g. anxiety/agitation, nausea, vomiting) -s/s depression/suicidal thoughts	-s/s depression/no suicidal ideation
NOTE: Modifiers (Hemodynamic Stability, Respiratory Distress) may increase acuity						

Figure 4. OTAS acuity modifiers

Obstetrical Triage Acuity Scale (OTAS)

The following table is used to confirm or increase the acuity assigned based on the presenting complaint. The vital sign parameters are taken from CTAS¹¹ the Maternal Early Warning Criteria,¹² MEOWS.¹³ Any one of the modifiers can increase the acuity.

Modifiers		Level 1 (Resuscitative)	Level 2 (Emergent)	Level 3 (Urgent)	Level 4 (Less Urgent)	Level 5 (Non-Urgent)
Hemodynamic Stability	General	Signs of shock	Signs of hemodynamic compromise	Vitals signs lower range of normal	Vital signs within normal range for patient	
	Pregnancy Specific	Systolic BP <90 mmHg AND HR >120	Systolic BP <90 mmHg AND HR -100-120			
		Systolic BP >160 Diastolic >100 mmHg	Systolic BP >140 Diastolic >90 mmHg			
Respiratory Distress	General	Severe distress	Moderate distress	Mild distress		
	Pregnancy Specific	O ₂ sat <95% AND RR <10 or >30	O ₂ sat <95% AND RR 21-30	O ₂ sat <95% AND Normal RR		
Fetal Well-being (Fetal Heart Rate (FHR))			FHR <110 or >160 bpm Abnormal/Atypical EFM Meconium stained fluid			
Cervical Dilatation		Fully and pushing	≥6 cm dilatation			

Table 2. Signs of hemodynamic instability and respiratory distress³

Definitions and Information

Hemodynamic stability	<p>Shock: Evidence of severe end-organ hypoperfusion: marked pallor, cool skin, diaphoresis, weak or thready pulse, hypotension, postural syncope, significant tachycardia or bradycardia, ineffective ventilation or oxygenation, decreased level of consciousness</p> <p>Hemodynamic compromise: Evidence of borderline perfusion, pale, history of diaphoresis, unexplained tachycardia, postural hypotension (by history), or suspected hypotension (lower-than-normal blood pressure or expected blood pressure for a given patient)</p> <p>Vital signs at the upper and lower ends of normal as they relate to the presenting complaint, especially if they differ from the usual values for the specific patient</p>
Respiratory distress	<p>Severe: Cyanosis, lethargic or confused, fatigue from increased work of breathing, oxygen saturation < 95%</p> <p>Moderate: Increased work of breathing, significant or worsening stridor</p> <p>Mild: Dyspnea, tachypnea, shortness of breath with exertion</p>

MATERNAL CRITICAL CARE

Maternal critical care, high dependency care and high risk maternity tidak dapat saling menggantikan. Ini menentukan tingkat perawatan kritis yang dibutuhkan oleh ibu dan tergantung jumlah organ support yang diperlukan. Materbal critical care dibagi ke dalam 4 level berdasarkan ketergantung pada organ support dan level monitoring yang dibutuhkan berdasarkan kondisi klinik dan diagnosis yaitu:

1. Level 0 : Pasien yang kebutuhannya dapat dipenuhi melalui perawatan biasa (ruang rawat inap)
2. Level 1 : pasien yang beresiko kondisinya memburuk dan membutuhkan tingkat observasi yang lebih tinggi atau mereka yang baru-baru ini ditransfer dari tingkat perawatan yang lebih tinggi
3. Level 2 : pasien yang membutuhkan pemantauan atau intervensi invasive yang mencakup dukungan untuk kegagalan satu fungsi organ (tidak termasuk dukungan pernapasan lanjutan)
4. Level 3 : pasien membutuhkan dukungan pernapasan lanjutan (ventilasi mekanik) atau dukungan pernafasan dasar bersama dengan dukungan setidaknya satu organ tambahan.

Pasien yang diidentifikasi berisiko mengalami perburukan secara klinis terdiri dari tiga tingkatan berikut:

1. Kelompok skor rendah (MEWS = 3): peningkatan frekuensi observasi dan bidan/perawat yang bertugas disiagakan
2. Kelompok skor menengah (Mews = 4,5): aktivasi tim reaksi cepat. Personel dengan kompetensi inti untuk kondisi akut
3. Kelompok skor tinggi (MEWS >6): panggilan darurat ke tim dengan kompetensi perawatan kritis dan tim persalinan. Tim tersebut harus menyertakan seorang praktisi medis yang terampil dalam penilaian pasien yang kritis, yang memiliki kompetensi *Advanced Lifes Support*. Harus ada penanganan segera.

Ibu yang memerlukan transfer ke area perawatan kritis untuk tingkat perawatan yang lebih tinggi (baik level 2 dan level 3) baik sebelum melahirkan dan pasca melahirkan. Transfer harus memenuhi standar disertai dengan rencana tambahan yang menangani kebutuhan ibu, janin pasca melahirkan.

Table 1 Examples of Maternity Care Required at ICS Levels of Support for Critical Care**

Level of Care	Maternity Example
Level 0: normal ward care	Care of low risk mother
Level 1: Additional monitoring or intervention, or step down from higher level of care	<ul style="list-style-type: none"> » Risk of haemorrhage » Oxytocin infusion » Mild pre-eclampsia on oral anti-hypertensives/fluid restriction etc » Woman with medical condition such as congenital heart disease, diabetic on insulin infusion
Level 2: single organ support	<p>Basic Respiratory Support (BRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> » 50% or more oxygen via face-mask to maintain oxygen saturation » Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), Bi-Level Positive Airway Pressure (BIPAP) <p>Basic Cardiovascular Support (BCVS)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Intravenous anti-hypertensives, to control blood pressure in pre-eclampsia » Arterial line used for pressure monitoring or sampling » CVP line used for fluid management and CVP monitoring to guide therapy <p>Advanced Cardiovascular Support (ACVS)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Simultaneous use of at least two intravenous, anti-arrhythmic/anti-hypertensive/vasoactive drugs, one of which must be a vasoactive drug » Need to measure and treat cardiac output <p>Neurological Support</p> <ul style="list-style-type: none"> » Magnesium infusion to control seizures (not prophylaxis) » Intracranial pressure monitoring » Hepatic support » Management of acute fulminant hepatic failure, e.g. from HELLP syndrome or acute fatty liver, such that transplantation is being considered
Level 3: advanced respiratory support alone, or support of two or more organ systems above	<p>Advanced Respiratory Support</p> <ul style="list-style-type: none"> » Invasive mechanical ventilation <p>Support of two or more organ systems</p> <ul style="list-style-type: none"> » Renal support and BRS » BRS/BCVS and an additional organ supported*
*a BRS and BCVS occurring simultaneously during the episode count as a single organ support	

MEWS (MATERNAL EARLY WARNING SCORE)

Menurut Supas, 2015 bahwa angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi yaitu 395 per100.000 kelahiran. Setiap minggu ada 256 ibu, setiap hari ada 27 ibu dan setiap jam ada 2 ibu yang meninggal. Sebagian besar kematian tersebut seharusnya bisa dicegah dan diselamatkan. AKI terjadi karena tidak mendapatkan upaya pencegahan dan penanganan yang seharusnya atau akibat komplikasi obstetric yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu. Sekitar 15% dari kehamilan/persalinan mengalami komplikasi. Masalahnya Sebagian besar komplikasi tidak dapat diprediksi. Sekitar 75% kematian ibu disebabkan oleh:

1. Perdarahan berat (Sebagian besar perdarahan pasca salin)
2. Infeksi (biasanya pasca salin)
3. Tekanan darah tinggi saat kehamilan (Pre eklamsia/ eklamsia)
4. Partus lama/macet
5. Aborsi yang tidak aman

Moribiditas dan mortalitas ibu seringkali dapat dicegah. System peringatan dini (obstetric) memperingatkan pemberi asuhan perawatan terhadap penyakit kritis yang mungkin akan terjadi sehingga dapat meningkatkan keselamatan ibu (Friedman, et.all, 2018). Observasi pasien rutin yang hanya periodic dilakukan pada interval tetap/kadang-kadang tidak dilakukan, tidak memadai untuk keadaan darurat obstetric yang memburuk secara akut dimana kolaps ibu dan kematian dapat terjadi secara tiba-tiba. Sebagian besar kehamilan dan persalinan cenderung peristiwa fisiologis normal, tetapi potensi resiko komplikasi dan perburukan ada pada setiap kasus dan karena tidak semua perburukan dapat diprediksi.

MATERNAL EARLY WARNING SCORE (MEWS)

MEWS adalah panduan dan proses untuk deteksi dini kondisi yang mengancam kehidupan pada masa kehamilan sampai 42 hari pasca melahirkan (O'Connor, Reid, 2010). MEWS adalah suatu metode monitoring yang mendeteksi perubahan kondisi pasien maternitas secara dini. Ini digunakan untuk pasien maternitas yang rawat inap, didiagnosa secara klinis dengan kehamilan hingga 42 hari pasca melahirkan periode terlepas dari usia, lokasi atau alasan dirawat. MEWS tidak digunakan untuk pasien bersalin dan pasien high care/intensif care karena tanda-tanda vital pada proses persalinan dicatat pada partograph.

Tujuan adanya MEWS adalah untuk meningkatkan kemampuan untuk deteksi perburukan secara akut dan mencegah kemarian, memerlukan solusi Langkah yang bijaksan yang melibatkan pendidikan staf, pemantauan pasien, rekognisi penurunan kesadaran pasien, system untuk meminta bantuan, respon klinis yang efektif.

MEWS juga sebagai *chain of prevention*, menyediakan struktur bagi rumah sakit untuk merancang proses perawatan guna mencegah dan mendeteksi perburukan dan kematian pasien. Skor MEWS memberikan solusi dan dapat menjadi dasar bagi pendekatan tim untuk perawatan kegawatdaruratan maternal.

TUJUAN MEWS

1. Mengidentifikasi ibu hamil dan post partum yang berpotensi beresikomengalami perburukan
2. Mencegah perburukan lebih lanjut pada ibu
3. Memastikan rujukan yang tepat waktu dan tepat dibuat
4. Memastikan intervensi yang sesuai terjadi dan pengembangan rencana perawatan individual tanpa penundaan
5. Memastikan semua staf memahami bagaimana menggunakan sistem penilaian MEWS dan mengetahui bagaimana meningkatkan bantuan lebih lanjut dengan tepat, termasuk memulai kapan memulai resusitasi jika perlu
6. Memberikan perawatan secara tepat di unit bersalin atau di unit perawatan highcare, dan perawatan kritis

Tanda-tanda vital yang dipantau di MEWS:

1. Laju pernapasan
2. Denyut jantung
3. Tekanan darah- sistolik dan diastolic
4. Suhu
5. Saturasi oksigen
6. Tingkat kesadaran

 <p>Tekanan Darah saat dirawat:</p> <p>Usia gestasi saat dirawat:</p> <p>Hubungi segera DPJP apabila didapatkan 1 Pink dan 2 Yellow pada satu waktu untuk mendapatkan intervensi segera</p>	MEWS Trigger	0	1	2	3
	Respiratory rate (x/m)	11-19	20-24	25-29	≥30
	SpO2 (%)	96-100	-	-	≤95
	Temperature (°C)	36,0-37,4	35,0-35,9 or 37,5-38,0	39,0-39,9	≥40
	Nadi (x/m)	60-99	50-59 or 100-109	≥120	<50 or ≥180
	TD Systolic (mmHg)	100-139	90-99 or 140-159	<90 or ≥160	<80 or ≥200
	TD Diastolic (mmHg)	50-89	40-49 or 90-99	<40 or ≥100	<40 or ≥110
	AVPU	Alert	Voice	Pain	Unresponsive
ASUHAN YANG DIBERIKAN BERDASARKAN KONDISI KLINIK		ASUHAN YANG DIBERIKAN BERDASARKAN HASIL SCORE MEWS			
Antenatal low risk (in-patient) Ibu tanpa komplikasi kehamilan: Pemeriksaan tanda-tanda vital dan dicatat di MEWS saat pertama kali dirawat. Selanjutnya disesuaikan dengan keadaan klinis	0	1-2	3= LOW RISK	4-5=MEDIUM RISK	>6 =HIGH RISK
Postnatal low risk (in-patient) Ibu tanpa komplikasi kehamilan dan persalinan: Monitoring selama proses persalinan sesuai dengan keadaan klinis.	Lanjutkan observasi/ monitoring secara rutin minimal /8 jam	Lanjutkan observasi/ monitoring secara rutin /4-6 jam	Lapor DPJP, dokumentasikan intervensi, re-score dalam waktu 1 jam	Lapor DPJP untuk melakukan review dan perbaikan asuhan, peningkatan frekuensi observasi min/ jam	Observasi /30 menit, lapor DPJP untuk asesmen lanjutan dan penyiapan monitoring ketat (high care unit)
Hypertensive disorders of pregnancy: Tanda-tanda vital dan urinalisis dilaporkan setiap hari. Selanjutnya untuk TD diobservasi setiap 4 jam.					
Suspected and/or confirmed maternal infection: Monitoring tanda-tanda vital setiap 6 jam					
Post caesarean section atau post surgery during pregnancy/postnatal period (termasuk nemiulihan)					

MANFAAT MEWS

Pendekatan dengan penggunaan EWS/MEWS memberikan keuntungan karena telah memfasilitasi beberapa aspek manajemen pada kondisi kritis. Terutama pada level 2, akan menjadi syarat area perawatan yang dituju harus memiliki staf yang kompeten dengan keahlian klinis yang tepat. Untuk mengelola situasi klinis, baik secara mandiri/kolaborasi dalam perawatan antara staf medis / keperawatan / kebidanan. Contoh: perawatan akan mewajibkan pemantauan kardiovaskular invasif dan intervensi untuk preeklampsia atau perdarahan masif di ruang bersalin. Manfaat dari pendekatan ini → manajemen penyakit kritis, terutama pada perawatan level 2, dimana level ini memiliki staf yang kompeten dengan keahlian klinis yang tepat untuk mengelola situasi klinis, baik dengan atau secara independen konsultan perawatan kritis baik itu medis / keperawatan / staf kebidanan.

Indicator efektifitas MEWS:

1. Penurunan jumlah kasus level 3
2. Penurunan jumlah kasus yang harus dirawat di level 2
3. Length of stay
4. Tranfer eksternal
5. Mortalitas maternal
6. *Patient reported outcome measures*

Keberhasilan Implementasi MEWS

1. Dukungan administrative dan leadership
2. Dedikasi sumber daya
3. Peningkatan koordinasi antara dokter, perawat dan PPA lainnya
4. Optimalisasi teknologi informasi
5. Kualifikasi, kompetensi dan pelatihan yang efektif

BAB III

Kesimpulan

Keadaan darurat dapat terjadi secara tiba-tiba, seperti kejang, atau dapat terjadi akibat komplikasi yang tidak ditangani atau dipantau dengan baik. Semua keadaan darurat bisa dicegah dengan perencanaan yang hati-hati dan matang, mengikuti pedoman klinis, dan memantau ketat pasien wanita. Menanggapi keadaan darurat dengan cepat dan efektif mengharuskan anggota tim klinis mengetahui peran mereka dan bagaimana tim harus berfungsi untuk merespon keadaan darurat dengan paling efektif. Anggota tim juga harus mengetahui situasi klinis dan diagnosis serta pengobatannya, obat-obatan dan penggunaannya, cara pemberian dan efek psampingnya, serta Peralatan darurat dan cara kerjanya.

Menanggapi keadaan darurat dengan cepat dan efektif memerlukan anggota tim klinis yang mengetahui peran mereka dan bagaimana tim harus mampu untuk merespons keadaan darurat secara efektif. Inisiasi pengobatan dan perawatan yang cepat memerlukan pengenalan masalah yang spesifik dan tindakan yang sigap. Petugas kesehatan yang terampil harus melakukan penilaian awal yang cepat untuk menentukan apa yang diperlukan untuk melakukan stabilisasi segera, penatalaksanaan, dan rujukan. Itu merupakan tanggung jawab petugas kesehatan yang terampil (perawat, bidan, atau dokter) untuk memastikan semua staf di institusi kesehatan (baik petugas, satpam, petugas kebersihan, dll.) mengetahui cara menanggapi keadaan darurat dan memberikan perawatan darurat obstetrik.

DOKUMENTASI *BASIC EMERGENCY OBSTETRIC NEWBORN CARE (BEmONC)*
TRAINING

Bandung, 27 – 29 OKTOBER 2023



DOKUMENTASI SOSIALISASI PELATIHAN



SOSIALISASI HASIL PELATIHAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL

Hari/Tanggal : Rabu, 08 November 2023
Perihal : Rapat Internal Program Studi Ners

No	Nama	Jabatan	Email/HP	Paraf
1	Ns. Anita Sukarno, S.Kep., M.Sc	Keprobi SI	087740781478	
2	Dr. Rian Adi Pamungkas, S.Kep, MNS, PHN	Dosen	082959810212	
3	Ns. Widia Sari, S.Kep, M.Kep		082311902288	
4	Ns. Ratna Dewi, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB	Dosen	nsratna@esaunggul.ac.id	
5	Ety Nurhayati, SKp, M.Kep, Ns.Sp.Kep.Mat	Dosen	ety.nurhayati@esaunggul.ac.id	
6	Dr. Mira Asmirajanti, S.Kp, M.Kep			
7	Satria Gobel, S.Kp, M.Kep			
8	Yuliati, S.Kep, M.Kep, MM			
9	Ns. Abdurrasyid, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.Kom			
10	Ns. Budi Mulyana, S.Kep, BSN, M.Kep			
11	Adam Astrada, S.Kep., Ns. MHS,CNS,DHSc,FACCWS	Dosen	adam.astrada@esaunggul.ac.id	
12	Diah Sukaesti, S.Kep, Ns, M.Kep			
13	Antia, S.Kp, M.Kep	Dosen	085798719554	
14	Kartini, S.Kep., NERS, Ns.Sp.Kep.Mat	Dosen	089075046372	
15	Ns. Erialinda Rosya, S.kep., M.Kep	Dosen	081363460980	
16	Silma Nuha Nafsiya, S.AP	staf	081259852172	

SERTIFIKAT PELATIHAN



Universitas
Esa Unggul
No. 278/NDP/PT/UM/UN/2023

Universitas
Esa U

Diberikan Kepada :

Ety Nurhayati, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

Atas partisipasinya sebagai **PESERTA** pada acara
" Basic Emergency Obstetric Newborn Care (BEmGNC) Training "
yang diselenggarakan oleh PW IPEMI Jawa Barat secara Blended,
pada tanggal 27 - 28 Oktober 2023 melalui Zoom Meeting & tanggal 29 Secara luring di Grand Tjokro Premiere Bandung
dengan jumlah 34 jam pelatihan @45 menit.

Bandung, 29 Oktober 2023



Agusyo, M.Kep., Ns., Sp.Kep., Mat
Ketua PW IPEMI Jawa Barat

Darmayanti, S.Kep., Ners., M.Kep
Sekretaris

MATA PELAJARAN

I. Materi Dasar

1. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia
2. Aspek Etik legal dan Peta Budaya dalam Keperawatan Maternitas
3. Uptake Peran Perawat dalam Emergency Maternal dan Neonatal
4. Kapasitas Manajerial perawat BEmGNC dan kualitas layanan BEmGNC

II. Materi Inti

1. Women Friendly Care
2. Infection Prevention in Maternal/Neonatal Care
3. Rapid Initial Assessment And Managing Emergencies
4. Managing a patient in "SHOCK"
5. Airway Breathing Management
6. Basic Life Support
7. Application Obstetrical Priority Level
8. Maternity Early Warning Score (MEWS)

Pregnancy Care :

9. Vaginal Bleeding in early pregnancy and post-abortion care
10. Vaginal Bleeding in later pregnancy and labor
11. Headache, blurred vision, convulsions or loss of consciousness, elevated blood pressure
12. Fever during pregnancy and labor
13. Pre-labor rupture of membranes

Child Birth Case (Labor, Delivery And Immediate Post Partum) :

14. Partographic follow-up of labor
15. Integritas care for PHECT

16. Perawatan Bayi Baru Lahir
17. Resusitasi Bayi Baru Lahir

Care And Complications During Child Birth :

18. Respond to problems in the immediate post partum
19. Vaginal bleeding after childbirth (PPH)

III. Materi Pemanjang

1. Building Learning Communities (BLZ)
2. Rencana Tindak Lanjut

IV. Skill Site

- Skill Site 1 : Rapid initial assessment, Emergency management principles.
- Skill Site 2 : Airway Management
- Skill Site 3 : Basic Life Support
- Skill Site 4 : Management Shock in Obstetrics
- Skill Site 5 : Management PPH Obstetrical
- Skill Site 6 : Estimasi Jumlah Perdarahan
- Skill Site 7 : Resusitasi Bayi Baru Lahir
- Skill Site 8 : Application Obstetrical Priority Level
- Skill Site 9 : Maternity Early Warning Score (MEWS)
- Skill Site 10 : Partograf

DOI Number : 41 NEDWPPH/SKUCS/UK/2023

Nilai DOI : Papua 1 DOI Perancis 1 SKI Perancis 2 SKI dan Perancis 2

SURAT TUGAS

10/28/23, 7:53 AM

Surat Tugas Dinas



UNIVERSITAS ESA UNGGUL

Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510. Telp (021) 5674223, (021) 5682510

SURAT TUGAS DINAS

Nomor : 1131/ESA UNGGUL/STD/IX/2023

Bersama ini diberikan tugas kepada :

Nama : ETY NURHAYATI, SKp,M.Kep,Ns.Sp.Kep.Mat
Jabatan / Unit : / Fikes/Program Studi Ilmu Keperawatan
Alamat : PESONA BUMYAGARA BLOK F 19, NO.4 MUSTIKA JAYA, BEKASI TIMUR

Untuk Melaksanakan tugas dinas :

Dalam Rangka : Pelatihan Basic Emergency Obstetric Newborn Care (BEmONC) training
Instansi : Ikatan Perawat Maternitas (IPEMI) Jawa Barat
Alamat : Bandung Jawa Barat
Tanggal : 27 Oktober 2023 s/d 29 Oktober 2023

Mengetahui,

Yang Menugaskan,

Jakarta, 24 September 2023
an. Kepala Biro Pengembangan
Sumber Daya Manusia



Ikatan Perawat Maternitas
(IPEMI) Jawa Barat

Prof. Dr. APRILITA RINA YANTI
EFF, M.Biomed, Apt

ARYA IKHSAN ARIEF, SE., M.Sc.

Catatan :

1. Surat Tugas Dinas ini agar dikembalikan kepada , setelah tugas diselesaikan diketahui instansi yang dikunjungi
2. Bila Tugas Dinas merupakan Pelatihan/Seminar/Lokakarya atau sejenisnya, agar melampirkan Formulir Persetujuan mengikuti pelatihan. (Formulir dapat diambil di)

Report User : 215080601

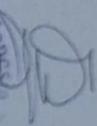
Report Date : 28 Oktober 2023

KWETANSI PELATIHAN



IKATAN PERAWAT MATERNITAS INDONESIA (IPEMI)
PROVINSI JAWA BARAT
Sekretariat : DPW PPNI Provinsi Jawa Barat
Jl. Pasteur No. 21, Pasir Kaliki, Kec. Cicendo, Kota
Bandung, Telp (022) 4230802

NO : 12
Tanggal : 18 Oktober 2023
Sudah terima dari : Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat
Jumlah : *Dua juta dua ratus lima puluh ribu rupiah*
Untuk Pembayaran : Pelatihan *Basic Emergency Obstetric and Newborn Care (BEmONC) IPEMI JABAR*
Tanggal 27,28 (Online), 29 Oktober 2023 (Offline) di Hotel Grand Tjokro Cihampelas
Bandung
Total : Rp. 2.250.000, -

Yang menerima,

(Astri Murjar, S.Kep, Ners, MSN)

