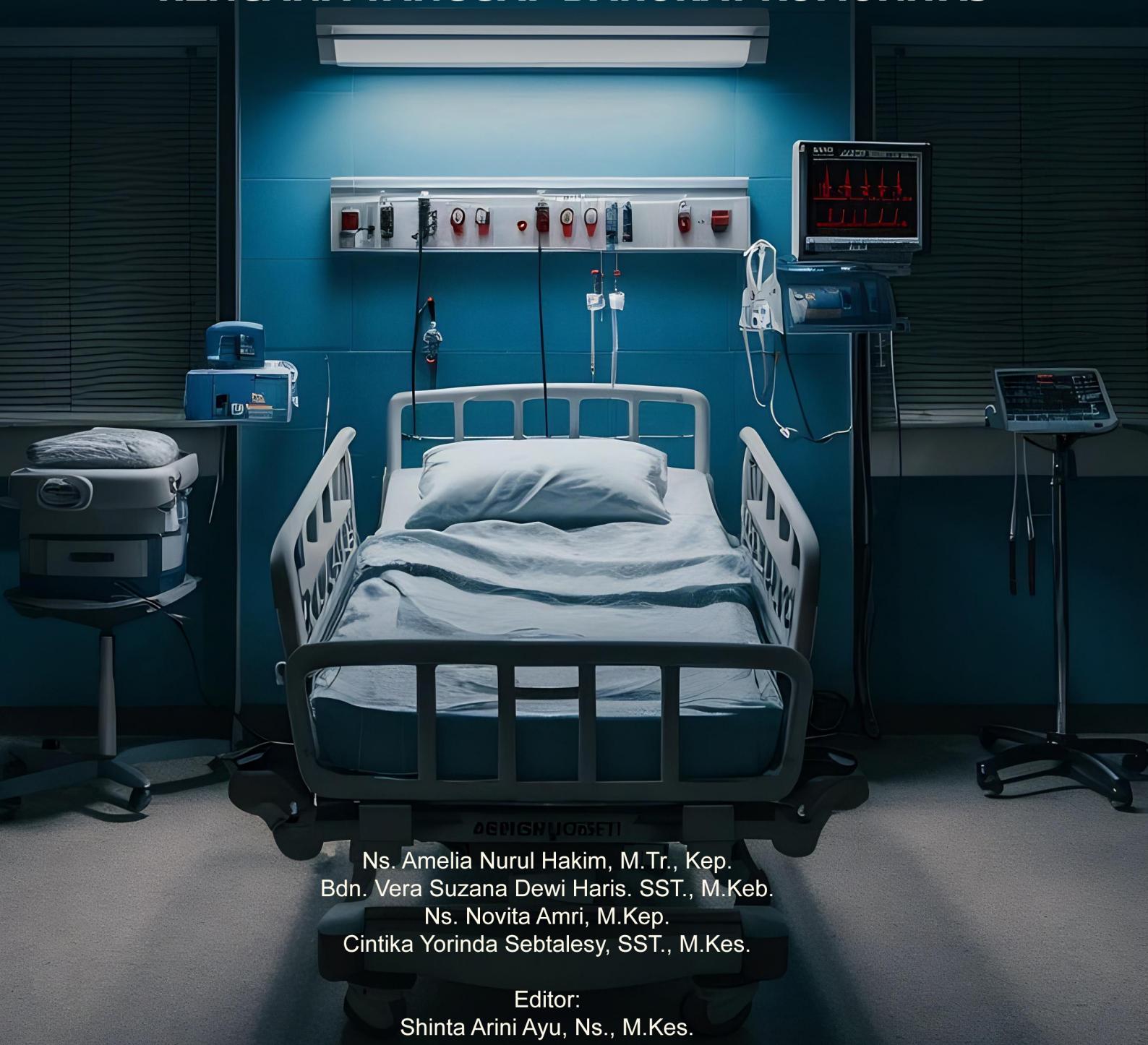


Bunga Rampai

PENGENALAN KEGAWATDARURATAN ANAK DAN BAYI: KONSEP DASAR, PENANGANAN, DAN RENCANA TANGGAP DARURAT KOMUNITAS



Ns. Amelia Nurul Hakim, M.Tr., Kep.
Bdn. Vera Suzana Dewi Haris. SST., M.Keb.
Ns. Novita Amri, M.Kep.
Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes.

Editor:
Shinta Arini Ayu, Ns., M.Kes.

BUNGA RAMPALI
PENGENALAN KEGAWATDARURATAN ANAK DAN BAYI:
KONSEP DASAR, PENANGANAN, DAN RENCANA
TANGGAP DARURAT KOMUNITAS

Penulis:

Ns. Amelia Nurul Hakim, M.Tr., Kep.
Bdn, Vera Suzana Dewi Haris. SST., M.Keb.
Ns. Novita Amri, M.Kep.
Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes.

Editor:

Shinta Arini Ayu, Ns., M.Kes.



BUNGA RAMPAI PENGENALAN KEGAWATDARURATAN ANAK DAN BAYI: KONSEP DASAR, PENANGANAN, DAN RENCANA TANGGAP DARURAT KOMUNITAS

Penulis: Ns. Amelia Nurul Hakim, M.Tr., Kep.
Bdn, Vera Suzana Dewi Haris. SST., M.Keb.
Ns. Novita Amri, M.Kep.
Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes.

Editor: Shinta Arini Ayu, Ns., M.Kes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano
Tata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-623-8775-52-1

Cetakan Pertama: Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024
by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Dalam dunia kesehatan, kegawatdaruratan pada anak dan bayi adalah isu yang memerlukan perhatian khusus. Meskipun mereka merupakan kelompok yang paling rentan, seringkali penanganan terhadap mereka masih kurang mendapatkan perhatian yang memadai. Buku bunga rampai ini hadir sebagai upaya untuk menjembatani kesenjangan pengetahuan dan keterampilan yang ada di masyarakat, terutama bagi para orang tua, pendidik, dan tenaga kesehatan.

Buku bunga rampai ini terdiri dari empat bagian utama. Bagian pertama membahas konsep dasar penanganan kegawatdaruratan, memberikan pemahaman tentang berbagai kondisi yang mungkin dihadapi dan bagaimana cara mengidentifikasinya. Bagian kedua berfokus pada prioritas dalam penanganan, agar pembaca dapat memahami langkah-langkah yang harus diambil dalam situasi darurat.

Selanjutnya, bagian ketiga menyajikan studi kasus yang nyata untuk memberikan konteks dan aplikasi praktis dari teori yang telah dibahas. Dengan menganalisis kasus-kasus ini, diharapkan pembaca dapat mengembangkan kemampuan berpikir kritis dan responsif dalam situasi yang mendesak. Terakhir, bagian keempat menawarkan panduan untuk merancang rencana tanggap darurat komunitas, menekankan pentingnya kolaborasi dan kesiapsiagaan dalam mencegah dan menangani situasi darurat.

Melalui buku bunga rampai ini, kami berharap dapat memberikan wawasan yang lebih baik tentang penanganan kegawatdaruratan anak dan bayi serta mendorong masyarakat untuk lebih siap dan responsif dalam menghadapi berbagai tantangan yang mungkin timbul. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat menjadi sumber pengetahuan yang berharga bagi pembaca.

Selamat membaca!

Jakarta, 15 Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB I: PENDAHULUAN DAN KONSEP DASAR DAN PENILAIAN AWAL DAN PRIORITAS	1
Ns. Amelia Nurul Hakim, M.Tr.Kep.	
A. Pendahuluan.....	1
B. Tujuan Penilaian Awal/ Assessment.....	3
C. Prinsip Penilaian Awal	4
D. Simpulan	10
E. Daftar Referensi.....	11
BAB II: KEGAWATDARURATAN ANAK-ANAK, BAYI, BALITA DAN MATERNITAS.....	13
Bdn. Vera Suzana Dewi Haris, SST., M.Keb.	
A. Pendahuluan.....	13
B. Kegawatdaruratan Anak-anak, Bayi dan Balita	14
C. Kegawatdaruratan Maternal	29
D. Kesimpulan.....	84
E. Daftar Referensi.....	85
BAB III: STUDI KASUS DAN CONTOH PENANGANAN.....	87
Ns. Novita Amri, S.Kep., M.Kep.	
A. Kasus Anak, Bayi, Dan Maternitas.....	87
B. Kasus Icu Dan Igdi	94
C. Kasus Etika dan Legalitas	98
D. Kasus Komunitas	100
E. Kasus Triase	102
F. Daftar Referensi.....	104

BAB IV: RENCANA TANGGAP DARURAT KOMUNITAS 105

Cintika Yorinda Sebtalesy, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog.....	105
B. Manajemen Bencana	105
C. Undang - Undang Penanggulangan Bencana	107
D. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)	109
E. Assessment atau Kajian Cepat.....	111
F. Perencanaan dan Pemilihan Lokasi Penampungan.....	114
G. Pengelolaan Air Bersih.....	117
H. Peran Makanan atau Gizi Saat dan Pasca Bencana.....	123
I. Penanganan Penyakit Menular.....	126
J. Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana.....	132
K. Simpulan.....	140
L. Daftar Referensi.....	140
GLOSARIUM	141
PROFIL PENULIS.....	173
SINOPSIS BUKU.....	176

BAB I

PENDAHULUAN DAN KONSEP DASAR DAN PENILAIAN AWAL DAN PRIORITAS

Ns. Amelia Nurul Hakim, M.Tr.Kep.

A. Pendahuluan

Penilaian awal merupakan pengkajian awal yang dilakukan oleh tim medis kesehatan pada menit pertama dalam menangani pasien sesuai kondisi gawat darurat dan trauma. *Initial assessment* merupakan proses penilaian secara cepat terhadap pasien gawat dan kritis yang diikuti oleh tindakan resusitasi. Initial assessment terdapat lima bagian yaitu; *Airway* (Jalan napas dengan kontrol servikal), *Breathing* (pernapasan dengan ventilasi dan curiga adanya tension pneumothorax), *Circulation* (sirkulasi dengan kontrol perdarahan), *Disability* (gangguan neurologis dan penilaian GCS), *Exposure* (paparan) (AHA, 2020). *Initial assessment* merupakan suatu penilaian awal yang dilakukan secara cepat dan tepat oleh tim pelayanan kesehatan sebagai penentu keberhasilan penanganan pasien. *Initial assessment* terdiri dari dua tahap diantaranya; *Primary survey* dan *Secondary survey*.

Unit gawat darurat memiliki beberapa bagian untuk merawat pasien dengan kriteria menurut (Vanchopo, 2022) sebagai berikut:

1. Prioritas I (Label merah), pasien dengan keadaan darurat yang mengancam jiwa. Kasus seperti ini membutuhkan pertolongan segera seperti gagal napas, gagal jantung, gangguan jiwa berat dan gangguan kesadaran.
2. Prioritas II (Label Kuning), pasien dalam kondisi darurat dan memerlukan evaluasi dan pengobatan menyeluruh sebagai bagian dari stabilisasi, diagnosis dan pengobatan definitif. Perawatan dan pengobatan tidak boleh ditunda terlalu lama seperti risiko syok, patah tulang panggul, luka bakar yang luas, kehilangan kesadaran atau trauma kepala.
3. Prioritas III (Label Hijau), pasien darurat semu yang tidak memerlukan pemeriksaan atau pengobatan segera.

4. Prioritas IV (Label hitam), pasien yang datang ke RS tetapi sudah meninggal dunia.

Pelaksanaan triase sangat mempengaruhi response time, jika triase tidak dilakukan dengan tepat maka akan memperlambat waktu tanggap (*response time*) yang akan diterima pasien sehingga akan meningkatkan resiko kerusakan organ atau kecacatan, dan bahkan sampai pada kematian pasien. Selain itu juga akan berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit dan akan menambah biaya perawatan pasien tersebut. Penurunan penilaian skala triase atau ketidaktepatan triase akan memperpanjang waktu penanganan yang seharusnya di terima oleh pasien sesuai dengan kondisi klinisnya dan kemudian akan beresiko menurunkan angka keselamatan pasien dan kualitas dari layanan kesehatan (Khairina, Marini & Huriani, 2018).

Skala *Emergency Severity Indeks* (ESI) diterjemahkan kedalam bahasa Brasil Portugis oleh perawat dan dokter yang bertanggung jawab perawatan pasien (Schuetz et al, 2017). Skala ESI digunakan oleh perawat untuk mengklasifikasikan risiko pasien berdasarkan indeks keparahan darurat melalui beberapa pertanyaan:

1. apakah pasien membutuhkan intervensi cepat?
2. apakah pasien tersebut perlu ditunggu?
3. Berapa banyak sumber daya yang dibutuhkan pasien?
4. Apa saja hasil tanda-tanda vitalnya?

Pasien yang berisiko meninggal diklasifikasikan sebagai darurat (level 1 dan 2). Klasifikasi lainnya (dari level 3 hingga 5) didasarkan pada jumlah sumber daya diperlukan (tes diagnosis komplementer dan terapeutik prosedur) dan tanda-tanda vital. Level-level tersebut merupakan urgensi (perawatan cepat, level 3), (tidak mendesak, level 4) dan tidak mendesak (level 5). Dua level terakhir merupakan supertrack yang terdiri dari sistem ruangan atau area cepat, yang bertujuan untuk resolusi protokol cepat pasien yang tidak parah. Dalam skala ESI, pasien diklasifikasikan dan diprioritaskan berdasarkan tingkat keparahan penyakit pasien dengan memperkirakan jumlah sumber daya yang dibutuhkan untuk perawatannya. Lebih sedikit pasien yang parah seringkali membutuhkan lebih sedikit sumber daya dan pasien diklasifikasikan sebagai ESI level 5 sedangkan kondisi pasien yang lebih parah memerlukan empat atau lebih sumber daya dan diklasifikasikan

pada level 1. Pasien diklasifikan kebutuhan pada level 1 perawatan medis segera, pasien diklasifikasikan sebagai level 2 dan 3 membutuhkan perawatan dalam waktu 15 menit dan diklasifikan karena level 4 dan 5 membutuhkan perawatan dalam waktu 30 menit.

B. Tujuan Penilaian Awal/ Assessment

- Mengidentifikasi tingkat keparahan pasien berdasarkan tingkat keparahan kegawatannya;
- Memberikan pengobatan untuk mencegah kematian dini karena trauma;
- Menghambat risiko kerusakan organ;
- Meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kondisi gawat darurat dapat terjadi dimana saja, baik pre hospital maupun in hospital ataupun post hospital. Oleh karena itu, tujuan dari pertolongan gawat darurat lain ada tiga bagian yaitu:

1. *Pre Hospital*

Rentang kondisi gawat darurat pada pre hospital dapat dilakukan orang awam khusus maupun petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan tindakan penanganan berupa:

- a. Menyingkirkan benda-benda berbahay ditempat kejadian yang berisiko menyebabkan jatuh korban lagi, misalnya pecahan kaca yang masih menggantung dan lain-lain.
- b. Melakukan triase atau memilih dan menentukan kondisi gawat darurat serta memberikan pertolongan pertama sebelum petugas kesehatan yang lebih ahli datang untuk membantu
- c. Melakukan fiksasi atau stabilisasi sementara
- d. Melakukan evakuasi yaitu korban dipindahkan ke tempat yang lebih aman atau dikirim ke pelayanan kesehatan yang sesuai kondisi korban
- e. Mempersiapkan masyarakat awam khusus dan petugas kesehatan melalui pelatihan siaga terhadap bencana.

2. *In Hospital*

Kondisi gawat darurat in hospital dilakukan tindakan menolong korban oleh petugas kesehatan. tujuan pertolongan di rumah sakit diantaranya:

- a. Memberikan pertolongan profesional kepada korban secara sesuai dengan kondisinya.

- b. Memberikan bantuan hidup dasar (BHD) dan bantuan hidup lanjut (BHL)
- c. Melakukan stabilisasi dan mempertahankan hemodinamika yang akurat.
- d. Melakukan rehabilitasi agar produktivitas korban setelah kembali ke masyarakat setidaknya setara bila dibanding bencana menimpanya
- e. Melakukan pendidikan kesehatan dan melatih korban mengenali kondisinya dengan segala kelebihan yang dimiliki.

3. Post Hospital

Kondisi gawat darurat post hospital hampir semua pihak menyaakan sudah tidak ada lagi kondisi gawat darurat padahal kondisi gawat darurat ada yang terjadi setelah diberikan pelayanan di rumah sakit, contohnya korban resiko bunuh diri. Korban resiko bunuh diri mengalami gangguan trauma psikis yang mendalam seperti merasa tidak berharga, harga diri rendah, sehingga mengambil jalan pintas dengan mengahiri hidupnya sendiri. Tujuan diberikan pelayanan dalam rentang post hospital adalah:

- a. Memotivasi serta mengembalikan kembali rasa percaya diri korban
- b. Mengembalikan harga diri yang hilang sehingga dapat tumbuh dan berkembang
- c. Memberikan atau meningkatkan kemampuan bersosialisasi pada orang-orang terdekat dan masyarakat yang lebih luas
- d. Meningkatkan persepsi terhadap realitas kehidupannya pada masa yang akan datang (Jainurakhman, 2021).

C. Prinsip Penilaian Awal

Menurut Kartikwati (2014) Prinsip triage adalah:

- Dilakukan dengan cepat
- Respon cepat terhadap kondisi pasien dapat menyelamatkan pasein
- Pengkajian dilakukan secara valid dan akurat
- Kunci dari proses pengkajian yaitu mendapatkan data yang tepat dan akurat
- Intervensi dilakukan sesuai dengan kondisi pasien

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi Penilaian Awal

Menurut (Team INTC, 2017) proses penilaian awal sebaiknya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berpengalaman. Faktor-faktor penilaian awal diantaranya:

- a. Derajat ancaman hidup (CAB)
- b. Beratnya cidera
- c. Kemungkinan hidup
- d. Sumber logistik dan SDM
- e. Waktu
- f. Informasi yang didapatkan
- g. Keputusan dalam mengambil tindakan

2. Proses Penilaian Awal

Penilaian awal tetap harus dilakukan dengan waktu yang cepat dan jelas. Pelaksanaan penilaian awal mengumpulkan data yang sesuai dengan kondisi pasien sehingga dapat mengkategorikan pada tingkatan kondisi pasien dan melanjutkan perencanaan tindakan, tetapi bukan mendiagnosis. Sebelum melakukan tindakan penilaian awal, perawat tetap memperhatikan universal precaution meliputi:

- a. Mulai dari perawat melakukan perkenalan dan mengidentifikasi pasien.
- b. Pelaksanaan penilaian awal berdasarkan tingkatan kondisi pasien sebagai upaya untuk melanjutkan tindakan keperawatan
- c. Mendokumentasikan secara singkat, jelas dan tepat perawatan bagi pasien.

3. Tahapan Penilaian Awal

a. Primary Survey

Primary survey merupakan penilaian cepat dan sistematik untuk mengidentifikasi dan mengenali kondisi mengancam hidup pasien dengan tindakan sesegera mungkin sebagai penentu keberhasilan penanganan pasien. Tahapan primary survey diantaranya:

1) Airway (jalan napas) + Control servikal

- a) Pegang kepala (fiksasi) – pasang *neck collar* (bila curiga *fraktur cervikal*) curiga fraktur tulang cervical, bila:
 - Trauma kapitis dengan penurunan kesadaran
 - Multi Trauma
 - Terdapat jejas diatas clavicula kearah cranial

- Biomekanika trauma mendukung
- b) Periksa airway – Look, Listen, Feel
- Bila gurgling lakukan suction/dimiringkan (log roll)
 - Bila snoring lakukan jaw thrust/chin lift (tindakan manual)
 - Gunakan OPA (pasien tidak sadar) atau NPA (pasien sadar).
 - **(Hati-hati fraktur basis crani).**
- c) Bila terdengar stridor – perlu airway definitive (intubasi/surgical airway)
Curiga fraktur tulang *basis crani*.
- Perdarahan dari mulut, tulang hidung dan telinga
 - *Racoon eyes*
 - *Beetle sign*
 - *Brill hematoma*.

2) **Breathing (Perapasan + Oksigenasi/ Ventilasi)**

Pengkajian pernafasan dilakukan dengan cara inspeksi dan palpasi, jika diperlukan maka dapat dilakukan auskultasi dan perkusi. Tahapan penilaian breathing diantaranya:

- a) **Inspeksi** dada korban; jumlah, ritme dan tipe pernafasan, kesimetrisan pengembangan dada, jejas/kerusakan kulit, retraksi dinding dada.
- b) **Palpasi** dada korban
 - Adakah nyeri tekan pada dada pasien?
 - Adakah penurunan ekspansi paru pada pasien?
- c) **Auskultasi**
 - Apakah bunyi napas pasien normal?
 - Apakah bunyi napas pasien ada suara napas tambahan seperti wheezing, ronchi, pleural friktionrub?
- d) **Perkusi**
 - Melakukan ketukan didaerah thorak secara hati-hati dengan beberapa hasil yang akan didapatkan sonor (normal), hipersonoratau timpani (ada udara di thorak), pekat atau dullness (konsolidasi atau cairan).
 - Mengecek saturasi oksigen pasien (SPO₂ 97%-100%).

Penanganan penilaian breathing diantaranya:

 - Memberikan posisi yang nyaman;
 - Memberikan bantuan napas/oksigen;

- Memberikan inhalasi;
- Memberikan ventilasi bag-mask;
- Dekompresi ketegangan apabila terdapat pneumothorak.

Nilai frekuensi pernapasan, kemudian berikan oksigen bila ada masalah terhadap ABCD. Pilihan:

- Canul, 2-6 LPM.
- Face mask/RM (Rebreathing mask), 6 sampai 10 LPM.
- NRM (Non Rebreathing mask), 10 sampai 12 LPM.
- BVM (Bag valve mask) bila pernapasannya tidak adekuat atau apneu berikan ventilasi tambahan dengan teknik bagging/ventilator.

Pada pasien trauma waspada terhadap gangguan/masalah breathing yang cepat dapat menyebabkan kematian, diantaranya:

- *Tension Pneumothoraks* (terperangkapnya udara didalam rongga pleura), dengan pemeriksaan lapp temukan tanda dan gejalanya sebagai berikut:
 - Pasien sangat sesak, frekuensi napas cepat dan dangkal
 - Ekspansi dinding dada tidak simetris disertai jejas pada daerah thorax
 - Hasil auskultasi negative
 - Hasil perkusi *hypersonor*
 - *Trakhea* bergeser
 - *Distensi vena jugularis*.

Tindakan penyelamatan setelah pemebrian O₂ yaitu dekompreksi, *needle thoracosintesis* di ICS 2 *midclavicular*.

- *Open pneumothoraks*, (luka terbuka pada thorax), terutama tanda dan gejalanya sebagai berikut:
 - Pasien sangat sesak, frekuensi napas cepat dan dangkal
 - Ekspansi dinding dada tidak simetris
 - Luka terbuka/tembus pada thoraks
 - Hasil perkusi hypersonor

- Terdengar suara *sucking chest wound*.
 - Tindakan setelah pemberian O₂, tutup dengan kassa 3 sisi yang kedap udara
 - *Massive hemathoraks* (perdarahan didalam rongga pleura/thorax) dengan pemeriksaan IAPP temukan tanda dan gejalanya sebagai berikut:
 - Pasien sangat sesak, frekuensi napas cepat dan dangkal
 - Ekspansi dinding dada tidak simetris disertai jejas/fraktur pada adaerah thorax
 - Hasil auskultasi negatif
 - Hasil perkusi dullness/pekkak.redup
 - Terdapat tanda-tanda shock hemorrhagic dengan perdarahan.
 - *Flail chest* dengan *kontusio paru* (*fraktur* pada *costae* lebih dari 2 segmen) dengan pemeriksaan IAPP temukan tanda-gejalanya sebagai berikut:
 - Pasien sangat sesak, frekuensi napas cepat dan dangkal
 - Ekspansi dinding dada tampak paradoksal
 - Pasien nyeri hebat saat bernapas sehingga cenderung takut bernapas
- Tindakan setelah pemberian O₂ analgetik, assisted ventilasi – perlu definitif/intubasi (semua perlu kolaborasi dokter)

3) *Circulation + Control Perdarahan dan Perbaikan*

- Penilaian *circulation* bertujuan untuk mengetahui dan menilai kemampuan janung memompa darah keseluruh tubuh. Penilaian circulation diantaranya:
- Melakukan pengukuran tekanan darah;
- Melakukan palpasi denyut nadi (60-100 menit);
- Mengecek *Capillary Refill Time* (CRT) <2 detik;
- Mengecek keadaan akral (apakah teraba dingin atau hangat, sianosis);
- Meraba leher (apakah ada bendungan vena jugularis).

Penanganan penilaian *Circulation* diantaranya:

- Menghentikan perdarahan (apabila ada);
- Mengangkat kaki lebih tinggi dari kepala;
- Pemberian infus saline;
- Memberikan akses intravena.

Volume:

Perdarahan external: lakukan balut tekan (hati-hati terhadap sumber perdarahan yang potensial cepat mengancam nyawa), cek akral dan nadi, bila ada tanda-tanda syok hemoragic (hipovolemik) berikan infus 2 jalur dengan cairan ringer laktat (RL) yang hangat 1-2 liter diguyur (pertimbangan 3:1 resusitasi cairan).

Perdarahan internal: perbaiki volumen untuk cegah syok lebih lanjut, pelvis gurita, femur bidai, thorax konsul dokter bedah (torakkotomy), abdomen & retroperitoneal konsul dokter bedah. Tentukan penatalaksanaannya.

Pertimbangan pemberian transfusi darah.

4) *Dissability (pemeriksaan status neurologis)*

- Penilaian dissability merupakan tindakan pengecekan tingkat kesadaran pasien, diantaranya:
- Mengecek AVPU;
- Reflek pupil terhadap cahaya;
- Kadar gula darah;
- Gerakan (*movement*).

Penanganan dissability diantaranya:

- Melakukan pengecekan kembali pernapasan;
- Melakukan pengecekan kembali sirkulasi;
- Pemulihan posisi;
- Manajemen glukosa untuk hipoglikemia.

Nilai GCS

Eye:

- 4 buka mata spontan
- 3 buka mata terhadap suara
- 2 buka mata terhadap nyeri
- 1 tidak ada respon

Verbal:

- 5 orientasi baik
- 4 berbicara bingung

- 3 berbicara tidak jelas
- 2 merintih/mengerang
- 1 tidak ada respon

Motorik:

- 6 bergerak mengikuti perintah
- 5 bergerak terhadap nyeri dan dapat melokalisir nyeri
- 4 berlawanan dengan rangsangan nyeri
- Fleksi abnormal (*dekortikasi*)
- Ekstensi abnormal (*desebrasi*)

5) *Exposure*

Penilaian exposure merupakan kondisi adanya trauma yang dapat mempengaruhi exposure, reaksi kulit, adanya tusukan dan tanda-tanda lainnya.

b. Secondary Survey

Penilaian secondary survey merupakan tindakan pengkajian lengkap head toe-toe pada pasien. Tahapan *secondary survey* diantaranya:

- 1) Pengukuran tanda-tanda vital, melakukan lima intervensi meliputi pemasangan monitor jantung, memasang nasogastric tube (jika diperlukan), pemasangan folley catheter, pemeriksaan laboratorium, pemasangan oksimetri, menfasilitasi kehadiran keluarga sebagai bagian dari dukungan koping keluarga;
- 2) Memberikan kenyamanan pada pasien terhadap tindakan yang diberikan oleh tim pelayanan kesehatan;
- 3) Melakukan pengkajian riwayat pasien meliputi pengobatan, alergi, riwayat penyakit dan pemeriksaan head toe-toe;
- 4) Melakukan pemeriksaan posisi tubuh untuk memastikan apakah adanya jejas, lebam, perubahan warna kulit dan luka terbuka dengan cara palpasi.

D. Simpulan

Penilaian awal merupakan proses penilaian yang cepat dan pengelolaan yang tepat guna menghindari kematian pada pasien gawat darurat kritis. Penilaian awal dilakukan berdasarkan prioritas kegawatan pada penderita berdasarkan adanya gangguan pada jalan napas (Airway), Pernapasan (Breathing) dan sirkulasi (Circulation). Proses penilaian awal pada dasarnya meliputi :

1. Primary survey

Primary survey merupakan penanganan yang dilakukan pertama, yang telah baku menurut ATLS mencakup pembahasan ABCDE. A (airway), B (Breathing), C (Circulation), D (Disability), E (Exposure).

2. Secondary survey

Pada tahap ini meliputi pemeriksaan head to toe, jika menemukan pasien yang saat secondary survey mengalami progress buruk, maka kembali lakukan primary survey.

3. Penanganan Definitif

Pada tahap ini penanganan yang diberikan kepada klien yang telah melewati masa akut, setelah primary survey dan secondary survey.

E. Referensi

- American Heart Association (AHA). (2015). Fokus Utama Pembaruan Pedoman American Heart Association 2015 untuk CPR dan ECC. Diakses pada 6 Juni 2024, dari <https://www.cercp.org/wpcontent/uploads/2015/10/Guidelines-RCP-AHA-2015-Full.pdf>
- American Heart Association (AHA). (2020). Kejadian penting AHA tahun 2020 pedoman CPR dan ECC. Diakses pada 6 Juni 2024, dari <https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines>
- Ariyani, H., & Robby, A. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat: Mengacu Pada Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia Tahun 2022*. EDU PUBLISHER.
- Baroto, SP. (2023). PRESUMED CONSENT ATAS TINDAKAN MEDIS BERISIKO TINGGI PADA KEGAWATDARURATAN: PERSPEKTIF UU NOMOR 17 TAHUN 2023. *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, 67-81.
- Garbez, A. R., Carrieri-kohlman, V., Stotts, N., Chan, G., Neighbor, M., & Francisco, S. (2011). Factors Influencing Patient Assignment to Level 2 and Level 3 Within the 5-Level ESI Triage System. YMEN, 37(6), 526–532. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.07.010>
- Jainurakhma, J., Hariyanto, S., Mataputun, D. R., Silalahi, L. E., Koerniawan, D., Rahayu, C. E., ... & Djuwadi, G. (2021). *Asuhan keperawatan gawat darurat*. Yayasan Kita Menulis.
- Kartikawati, N.D. (2014). Buku AjarDasar-DasarKeperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika
- Kemenkes. 2018. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 47 tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawat daruratan

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Khairari, N. D. (2021). The Initial Assessment of Nurse Knowledge to Response Time in Traffic Accident Case. *Media Keperawatan Indonesia*, 4(2), 127.

Khairina, I., Malini, H., Huriani, E. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengambilan Keputusan Perawat Dalam Ketepatan Triase Di Kota Padang. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Indonesia. Indonesian Journal For Health Science Vol.02, No.01

Schuetz, Philipp, et al. (2017). Optimizing Triage And Hospitalisation Adult General Medical Emergency Patient: The Triage Project. *BMC Emergency Medicine* 1-11

Team INTC. (2017). Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS) In Disaster. Jakarta: Sagung Seto.

Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 117-121.

Vanchapo, A. R., & MKes, M. (2020). *Beban kerja dan stres kerja*. Penerbit Qiara Media.

BAB II

KEGAWATDARURATAN ANAK-ANAK, BAYI, BALITA DAN MATERNITAS

Bdn. Vera Suzana Dewi Haris, SST., M.Keb.

A. Pendahuluan

Angka kematian neonatal di Indonesia sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup menempati 55, 9% dari angka kematian bayi. Meskipun berbagai pelayanan kesehatan ibu dan anak sudah banyak dikembangkan, penurunan kematian *neonatal* masih lambat. Upaya menurunkan kematian *neonatal* saat ini dilakukan melalui pemberian pelayanan kunjungan *neonatal* yang meliputi pemberian vitamin K injeksi, pemberian salep mata, deteksi dini tanda bahaya, dan pemberian imunisasi HB0 (Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan, 2015). Masa *neonatus*, bayi, dan balita ini merupakan masa yang memerlukan perhatian dan asuhan yang mana sering pada fase bayi memerlukan perawatan tambahan jika ada gangguan pada kondisi setelah bayi lahir masa *neonatus*, bayi, dan masa balita. Kondisi ini sering terjadi karena pada masa *neonatus* mengalami adaptasi di luar kandungan. Penanganan bayi baru lahir sehat yang kurang baik dapat menyebabkan kelainan atau gangguan yang bisa mengakibatkan cacat seumur hidup dan bahkan bisa menyebabkan kematian. Proses pertumbuhan dan perkembangan pada bayi dan balita sangat penting dan memerlukan pemantauan secara terus menerus karena masa-masa balita merupakan masa emas atau biasa disebut dengan *golden age* (Baiq Ricca Afrida, 2022).

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Keberhasilan dari upaya kesehatan ibu dan anak diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan *Angka Kematian Bayi* (AKB) (Kemenkes RI, 2016). AKI telah disepakati sebagai salah satu indikator keberhasilan program kesehatan ibu dan sekaligus mencerminkan status social wanita. Meskipun dinilai sebagai indikator yang ideal, namun

untuk mengukur atau menghitung AKI tidaklah mudah. Mengurangi AKI dan AKB merupakan salah satu indikator dalam *Goals* ke 3 dari program SDGs yang merupakan kelanjutan dari program MDGs. Target SGDs pada tahun 2030 yaitu mengurangi AKI hingga dibawah 70 per 100.000 KH dan menurunkan AKB hingga dibawah 12 per 1.000 KH (Panduan SDGs, 2016).

Keadaan darurat Maternal adalah kejadian berbahaya yang berpotensi mengancam nyawa akibat masalah kehamilan, persalinan, atau nifas. Maka penting untuk dilakukan asuhan maternitas untuk mencegah terjadinya kegawat darurat maternal. Kegawatdaruratan neonatal merupakan suatu kejadian yang membahayakan nyawa bayi baru lahir pada usia 0 sampai dengan 28 hari. Kegawat darurat ini bisa terjadi melalui berbagai hal, mulai dari perawatan, pencegahan infeksi sampai dengan cara mengasuh bayi (Mailita, 2022).

B. Kegawatdaruratan Anak-anak, Bayi dan Balita

Kegawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat pada bayi baru lahir yang sakit kritis (\leq usia 28 hari), serta membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu. Kegawatdaruratan neonatus dapat terjadi kapan saja sejak bayi baru lahir. Hal ini membutuhkan kemampuan petugas untuk mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang bisa timbul sewaktu waktu. Faktor yang dapat menyebabkan kegawatdaruratan neonates adalah faktor kehamilan, faktor saat persalinan, dan faktor bayi. kondisi yang menyebabkan kegawatdaruratan neonatus yaitu hipotermi, hipertermia, hiperglikemia, tetanus neonatorum, penyakit penyakit pada ibu hamil dan syndrom gawat nafas pada neonatus.

Kondisi demikian, memungkinkan ancaman baik dari individu dan lingkungan yang dapat memunculkan permasalahan terkait dengan kehidupan bayi sehingga menjadi permasalahan kegawatdaruratan neonatal. Permasalahan kegawatdaruratan neonatal bisa berdampak meningkatnya Angka Kematian Bayi (AKB) yang sangat membutuhkan ketrampilan menyelamatkan nasib anak bangsa. Upaya yang dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan agar dapat memberikan layanan tepat dan tepat (Setyarini, 2016). Kasus kegawatdaruratan anak-anak, bayi dan balita antara lain:

1. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Ada dua macam BBLR, yang pertama bayi lahir kecil akibat kurang bulan, dan yang kedua adalah bayi lahir kecil dengan berat badan yang seharusnya untuk masa gestasi (dismatur).

Bayi lahir kecil akibat kurang bulan (prematur), masa gestasi < 37 minggu. Faktor penyebabnya adalah sebagai berikut; Ibu mengalami perdarahan antepartum, trauma fisik/psikologis atau usia ibu masih terlalu muda (< 20 tahun) dan multigravida dengan jarak kehamilan yang dekat, keadaan sosial ekonomi rendah, kehamilan ganda atau hidramnion. Ciri-ciri bayi prematur adalah sebagai berikut:

- Berat kurang <2500 gram
- Lingkar dada < 30 cm
- Panjang badan < 45 cm
- Lingkar kepala <33 cm
- Kepala lebih besar dari badannya
- Kulitnya tipis transparan dan banyak lanugo
- Lemak subkutan minimal

Bayi lahir kecil dengan berat badan yang seharusnya untuk masa gestasi (dismatur). Kondisi ini dapat terjadi preterm, aterm, maupun posterm. Bayi yang lahir dengan berat sangat kecil (BB< 1500 gram atau usia 32 minggu) sering mengalami masalah berat seperti:

- Sukar bernafas
- Sukar minum
- Ikterus berat
- Infeksi

2. Asfiksia

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. Tanda dan Gejala dari Asfiksia:

- Tidak bernafas atau bernafas megap-megap
- Warna kulit kebiruan
- Kejang
- Penurunan kesadaran

- Tersumbatnya jalan nafas
- Penyakit yang menyumbat saluran pernafasan, seperti: laryngitis difteri atau tumor laring.
- Trauma mekanik
- Keracunan bahan yang menmbulkan depresi pusat pernafasan.

a. Faktor-Faktor Penyebab Asfiksia

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

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

2) Faktor Tali Pusat

- Lilitan tali pusat
- Tali pusat pendek
- Simpul tali pusat
- Prolapsus tali pusat

3) Faktor Janin

- Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan)
- Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep)
- Kelainan bawaan (kongenital)
- Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan).

4) Penanganan Asfiksia pada Bayi Baru Lahir

Tindakan resusitasi bayi baru lahir mengikuti tahapan-tahapan yang dikenal sebagai ABC resusitasi, yaitu:

- Memastikan saluran terbuka

- Meletakkan bayi dalam posisi kepala defleksi bahu diganjal 2-3 cm.
- Menghisap mulut, hidung dan kadang trachea.
- Bila perlu masukkan pipa endo trachel (pipa ET) untuk memastikan saluran pernafasan terbuka.
- Memulai pernafasan
- Memakai rangsangan taksil untuk memulai pernafasan
- Memakai VTP bila perlu seperti: sungkup dan balon pipa ET dan balon atau mulut ke mulut (hindari paparan infeksi)
- Mempertahankan sirkulasi
- Rangsangan dan pertahankan sirkulasi darah dengan cara Kompresi dada.

3. Kejang

a. Definisi

Kejang pada neonatus sulit didiagnosis karena terdapat beberapa gejala yang tidak khas sehingga terjadi beberapa keterlambatan atau diagnosis yang berlebihan. Demikian juga dalam hal tatalaksana seringkali kita hanya terpaku pada pemberantasan kejang sehingga upaya untuk mencari dan mengobati etiologi terlambat dan kurang tepat. Selain itu masih terdapat kontroversi dalam hal tatalaksana kejang terutama pemilihan obat anti konvulsan yang tepat. Dignosis kejang sangat di perlukan secara dini melalui deteksi kejang secara dini, penelusuran etiologi serta tatalaksana yang mencakup emberantasan kejang dan terai spesifik terhadap etiologi sangat menentukan mortalitas dan morbiditas neonatus.

Kejang merupakan keadaan emergensi atau tanda bahaya yang sering terjadi pada neonatus, karena kejang dapat mengakibatkan hipoksia otak yang cukup berbahaya bagi ke langsungan hidup bayi atau dapat mengakibatkan sekuele di kemudian hari di samping itu kejan dapat merupakan tanda atau gejala dari 1 masalah atau lebih. Walaupun neonatus mempunyai daya tahan terhadap kerusakan otak lebih baik, namun efek jangka panjang berupa penurunan ambang kejang, gangguan belajar dan daya ingat tetap terjadi. Aktivitas kejang yang terjadi pada waktu diferensiasi neuron, mielinisasi dan proliferasi glia pada bayi baru

lahir dianggap sebagai penyebab terjadinya kerusakan otak (Gomella, 2013).

b. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik kejang pada neonatus sangat berbeda dengan kejang pada anak yang lebih besar, bahkan bayi kurang bulan berbeda dengan cukup bulan. Perbedaan ini karena susunan neuroanatomik, fisiologis dan biokimia pada berbagai tahap perkembangan otak berlainan. Meskipun komponen korteks neonatus relatif lengkap tetapi sinaps aksodendrit masih kurang dan mielinisasi sel otak belum sempurna terutama antara kedua hemister. Bangkitan kejang kebanyakan dimulai antara 12 hingga 48 jam setelah lahir.

Penelitian pada binatang menunjukkan bahwa kejang muncul 3-13 jam setelah terjadi keadaan hipoksik iskemik dan sesuai dengan yang kita ketahui tentang pelepasan dan penghancuran glutamat selama fase reperfusi sekunder. Keadaan yang sama dapat terjadi pada bayi. Kejang pada neonatus biasanya fokal dan agak sulit dikenali. Sering juga timbul kejang klonik yang berpindah pindah, kejang pada ekstremitas hemilateral, atau kejang primitif subkortikal (apnea). Gerakan mengunyah, gerakan mata abnormal, perubahan tonus otot periodik). Kejang tonik klonik/ grand mal jarang terjadi pada neonatus. Kejang harus dibedakan dengan keadaan lain yang menyerupai kejang pada neonatus antara lain jittery, apne, hiperekpleksia dan Spasme. Kejang pada neonatus harus dibedakan dari aktifitas normal pada bayi prematur, bayi cukup bulan dan gerakan abnormal lain yang bukan kejang. Jitteriness merupakan salah satu gejala gangguan pergerakan yang sulit dibedakan dengan kejang. Penyebab tersering jitteriness adalah ensefalopati hipoksik-iskemik, hipokalsemia, hipoglikemia dan gejala putus obat. Aktifitas lain pada neonatus yang menyerupai kejang: pada saat sadar dan mengantuk/ drowsy, napak gerakan bola mata kearah horizontal berupa nystagmoid jerk yang tidak menetap. Dapat dibedakan dari gerakan bola mata pada subtle seizure yang berupa deviasi tonik horizontal bola mata yang menetap, dengan atau tanpa jerking. Pada saat tidur, sering dijumpai myoclonic jerk yang bersifat fragmenter dan multipel. Sering disebut benign neonatal sleep myoclonus.

Hiperekpleksia suatu respons yang berlebihan terhadap stimulus (suara atau taktil) berupa mioklonik umum seperti terkejut/kaget (startle response). Klonus Gerakan-gerakan tersebut dapat dibedakan dari kejang dengan cara menahan gerakan tersebut berhenti. Dengan kemajuan teknologi seperti pemakaian video-EEG monitoring kejang neonatus dapat dibedakan menjadi epileptik dan nonepileptik. Disebut epileptik jika manifestasi kejang berkorelasi kuat dan konsisten dengan aktifitas epileptik pada pemeriksaan EEG.

Patofisiologi kejang epileptik disebabkan oleh lepas muatan listrik yang berlebihan dan paroksismal di neuron korteks serta peningkatan eksitasi seluler, sinaps dan aktifitas penyebaran gelombang epilepsi. Disebut non-epileptik jika manifestasi kejang tidak berkorelasi dan atau tidak konsisten dengan aktifitas epileptik pada pemeriksaan EEG. Fokus kejang berasal dari tingkat subkortikal (sistem limbik, diensefalon dan batang otak) dan tidak menyebar ke korteks karena imaturitas pembentukan sinaps serta proyeksi kortikal.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan untuk menegakkan diagnosis kejang serta faktor penyebabnya yang terdiri dari laboratorium, Elektro Ensefalografi (EEG). Pemeriksaan penunjang untuk diagnosis kejang neonatus meliputi:

- 1) Pemeriksaan laboratorium (Sarosa, 2014)
- 2) Pemeriksaan gula darah, elektrolit (atrium, kalsium, magnesium), amonia/ BUN, laktat
- 3) Pemeriksaan darah rutin: hemoglobin, hemotokrit, trombosit, leukosit,
- 4) Hitung jenis lekosit
- 5) Analisa gas darah,
- 6) Analisa cairn serebrospinal.
- 7) "*Septic work up*". Kultur dan uji kepekaan kuman (jika di curigai infeksi)
- 8) Kadar bilirubin total/ direk dan indirek.
- 9) Elektro Ensefalografi (EEG) (Sarosa, 2014)
- 10) Pemeriksaan EEG pada kejang dapat membantu diagnosis, lamanya pengobatan dan prognosis di kemudian hari. Gambaran

EEG abnormal pada BBL dapat berupa: Gangguan kontinuitas, amplitudo atau frekuensi; Asimetri atau asinkron interhemisfer; bentuk gelombang abnormal; Gangguan dari fase tidur; Aktifitas kejang mungkin dapat dijumpai. *The International League Against Epilepsy*

- 11) Mempertimbangkan kriteria kejang sebagai berikut:

- Non epileptic: Berdasarkan gejala klinik kejang semata
- Epileptic: Berdasarkan konfirmasi pemeriksaan EEG (Elektroensefalografi) Secara klinis tidak tampak kejang, namun secara elektrografik masih mengalami kejang.

4. Kejang Elektrografik (Sarosa, 2014)

Kejang pada BBL mempunyai tipe dan lokasi onset, morfologi dan perambatan yang bervariasi. Bayi *preterm* maupun *aterm*, keduanya mempunyai kemampuan menciptakan peristiwa ital yang sangat bervariasi, lokasi asal kejang yang paling umum adalah lobus temporal. Beberapa penelitian telah menghitung durasi kejang pada BBL. Clancy dan Ledigo menggunakan pembatasan menurut mereka sendiri yaitu 10 detik sebagai durasi minimal dan definisi ini juga diadopsi oleh Sher dkk. Yang lainnya menggunakan batasan 5 detik.

a. Pencitraan

Pemeriksaan pencitraan dilakukan berdasarkan indikasi sebagai berikut:

- USG kepala (Sarosa, 2014)

Sonografi kepala dilakukan jika dicurigai adanya perdarahan intrakranial atau intraventrikuler. Pada perdarahan subaraknoid atau lesi kortikal sulit dinilai dengan pemeriksaan ini Skintigrafi kepala (CT-scan Cranium) Pemeriksaan ini lebih sensitive dibanding sonografi untuk mengetahui kelainan parenkim otak.

- MRI (Sarosa, 2014)

Pemeriksaan paling sensitif untuk mengetahui malformasi subtle yang kadang tidak terdeteksi dengan pemeriksaan CT-scan Cranium.

- Pemeriksaan Lain

Foto radiologi kepala, perlu dikerjakan apabila pada pengukuran terdapat lingkaran yang lebih kecil atau lebih besar dari ukuran standard normal.

- Uji tapis obat-obatan.

5. Hiperbilirubinemia

a. Definisi

Merupakan suatu kondisi bayi baru lahir dengan kadar bilirubin serum total lebih dari 10 mg% pada minggu pertama yang ditandai dengan ikterus, yang dikenal dengan ikterus neonatorum patologis. Hiperbilirubinemia yang merupakan suatu keadaan meningkatnya kadar bilirubin di dalam jaringan ekstravaskular, sehingga konjungtiva, kulit, dan mukosa akan berwarna kuning. Keadaan tersebut juga berpotensi besar terjadi ikterus, yaitu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak. Bayi yang mengalami hiperbilirubinemia memiliki ciri sebagai berikut: adanya ikterus terjadi pada 24 jam pertama, peningkatan konsentrasi bilirubin serum 10 mg% atau lebih setiap 24 jam, konsentrasi bilirubin serum 10 mg% pada neonatus yang cukup bulan dan 12,5 mg% pada neonatus yang kurang bulan, ikterus disertai dengan proses hemolisis kemudian ikterus yang disertai dengan keadaan berat badan lahir kurang dari 2000 gram, masa gestasi kurang dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, sindrom gangguan pernapasan, dan lain-lain.

b. Manifestasi Klinis

Gejala atau tanda hiperbilirubinemia yaitu adanya ikterus yang timbul. Ikterus ada dua macam, yaitu ikterus fisiologis dan ikterus patologis. Ikterus fisiologis timbul pada hari kedua dan hari ketiga dan menghilang pada minggu pertama, selambat-lambatnya adalah 10 hari pertama setelah lahir. Kadar bilirubin indirek tidak melebihi 10 mg% pada neonatus yang cukup bulan dan 12,5 mg% untuk neonatus yang kurang bulan, kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg% setiap hari, kadar bilirubin direk tidak melebihi 1 mg%. Jenis ikterus yang kedua adalah ikterus patologis, di mana ikterus ini terjadi pada 24 jam pertama, kadar bilirubin serum melebihi 10 mg% pada neonatus cukup bulan dan melebihi 12,5 mg% pada neonatus yang kurang bulan, terjadi peningkatan bilirubin lebih dari 5 mg% per hari, ikterusnya menetap sesudah dua minggu pertama dan kadar bilirubin direk melebihi 1 mg%.

c. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan pada klien dengan hiperbilirubin adalah sebagai berikut. Apabila terjadi risiko tinggi cedera karena dampak peningkatan kadar bilirubin, maka intervensi yang dapat dilakukan adalah mengkaji dan mengawasi dampak perubahan kadar bilirubin, seperti adanya jaundice, konsentrasi urine, letargi, kesulitan makan, refleks moro, adanya tremor, iritabilitas, memantau hemoglobin dan hematokrit, serta pencatatan penurunan; melakukan fototerapi dengan mengatur waktu sesuai dengan prosedur; dan menyiapkan untuk melakukan transfusi tukar.

Dengan mempertimbangkan risiko cedera karena efek dari transfusi tukar, maka intervensi yang dapat dilakukan adalah memantau kadar bilirubin, hemoglobin, hematokrit sebelum dan sesudah transfusi tukar tiap 4-6 jam selama 24 jam pascatransfusi tukar, memantau tekanan darah, nadi, dan temperatur; mempertahankan sistem kardiovaskular dan pernapasan; mengkaji kulit pada abdomen, ketegangan, muntah, dan sianosis, mempertahankan kalori, kebutuhan cairan sampai dengan pascatransfusi tukar, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian obat untuk meningkatkan transportasi dan konjugasi, seperti pemberian albumin atau pemberian plasma dengan dosis 15-20 ml/kgBB. Albumin biasanya diberikan sebelum transfusi tukar karena albumin dapat mempercepat keluarnya bilirubin dari ekstravaskular ke vaskular, sehingga bilirubin yang diikat lebih mudah keluar dengan transfusi tukar.

Foto terapi merupakan tindakandengan memberikan terapi melalui sinar yang menggunakan lampu. Lampu yang digunakan sebaiknya tidak lebih dari 500 jam untuk menghindari turunnya energi yang dihasilkan oleh lampu. Cara melakukan fototerapi adalah sebagai berikut.

- Pakaian bayi dibuka agar seluruh bagian tubuh bayi kena sinar.
- Kedua mata dan gonad ditutup dengan penutup yang memantulkan cahaya.
- Jarak bayi dengan lampu kurang lebih 40 cm
- Posisi bayi sebaiknya diubah setiap 6 jam sekali. Lakukan pengukuran suhu setiap 4-6 jam.

- Periksa kadar bilirubin setiap 8 jam atau sekurang-kurangnya sekali dalam 24 jam.
- Lakukan pemeriksaan hemoglobin secara berkala terutama pada pasien yang mengalami hemolisis.
- Lakukan observasi dan catat lamanya terapi sinar.
- Berikan atau sediakan lampu masing-masing 20 watt sebanyak 8-10 buah yang disusun secara paralel.
- Berikan air susu ibu yang cukup. Pada saat memberikan ASI, bayi dikeluarkan dari tempat terapi dan dipangku (posisi menyusui), penutup mata dibuka, serta diobservasi ada tidaknya iritasi.

Transfusi tukar merupakan cara yang dilakukan dengan tujuan mencegah peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Pemberian transfusi tukar dilakukan apabila kadar bilirubin indirek 20 mg%, kenaikan kadar bilirubin yang cepat yaitu 0,3-1 mg/jam, anemia berat dengan gejala gagal jantung dan kadar hemoglobin tali pusat 14 mg%, dan uji Coombs direk positif. Cara pelaksanaan transfusi tukar adalah sebagai berikut:

- Dianjurkan pasien bayi untuk puasa 3-4 jam sebelum transfusi tukar.
- Pasien disiapkan di kamar khusus.
- Pasang lampu pemanas dan arahkan kepada bayi. Baringkan pasien dalam keadaan telentang dan buka pakaian pada daerah perut. Lakukan transfusi tukar sesuai dengan protap.
- Lakukan observasi keadaan umum pasien, catat jumlah darah yang keluar dan masuk.
- Lakukan pengawasan adanya perdarahan pada tali pusat.
- Periksa kadar hemoglobin dan bilirubin setiap 12 jam.

6. Hipotermia

Hipotermia adalah bayi yang kaki dan tangannya teraba dingin dan sering menangis karena produksi panas yang kurang akibat sirkulasi masih belum sempurna, respirasi masih lemah dan konsumsi oksigen rendah, inaktivitas otot serta asupan makanan rendah. Bayi yang mengalami hipotermia sedang (suhu 32-36°C), disebut hipotermia berat bila suhu <32°C. Hipotermia umumnya terjadi pada bayi baru lahir terutama yang prematur, yang belum mampu beradaptasi terhadap

lingkungan baru dengan suhu lebih rendah dari suhu di dalam perut ibunya.

Bayi prematur cenderung memiliki suhu yang abnormal disebabkan oleh produksi panas yang buruk dan peningkatan kehilangan panas. Kegagalan untuk menghasilkan panas yang adekuat disebabkan tidak adanya jaringan adiposa coklat (yang mempunyai aktivitas metabolismik yang tinggi), pernafasan yang lemah dengan pembakaran oksigen yang buruk, dan masukan makanan yang rendah. Kehilangan panas yang meningkat karena adanya permukaan tubuh yang relatif besar dan tidak adanya lemak subkutan, tidak adanya pengaturan panas bayi sebagian disebabkan oleh panas immature dari pusat pengatur panas dan sebagian akibat kegagalan untuk memberikan respon terhadap stimulus dari luar. Pada minggu pertama dari kehidupan, bayi prematur memperlihatkan fluktiasi (naik turunnya) nyata dalam suhu tubuh dan hal ini berhubungan dengan fluktiasi suhu lingkungan (Maryunani, 2013:49)

Dampak dari hipotermi yang akan terjadi pada bayi baru lahir apabila tidak segera ditangani yaitu:

- Hipoglikemi asidosis metabolic karena vasokonstriksi perifer dengan metabolisme anaerob.
- Kebutuhan oksigen yang meningkat.
- Metabolisme meningkat sehingga metabolisme terganggu.
- gangguan pembekuan darah sehingga meningkatkan pulmonal yang menyertai hipotermia berat.
- Shock.
- Apnea.
- Perdarahan intra ventrikuler.
- Hipoksemia dan berlanjut dengan kematian

Hipotermia adalah penyebab utama kesakitan dan kematian bayi baru lahir di negara berkembang. Salah satu asuhan untuk mencegah hipotermia adalah dengan melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD). Hal-hal yang bisa dilakukan untuk penanganan hipotermia sedang antarala lain:

- menutup kepala bayi dengan topi
- pakaian yang kering
- bayi selalu dalam keadaan kering

- tidak menempatkan bayi di arah hembusan angin dari jendela / pintu / pendingin ruangan
- sebelum memandikan bayi perlu disiapkan baju, handuk, dan air hangat
- setelah dimandikan, bayi segera dikeringkan dengan handuk dan dipakaikan baju.

7. Hipoglikemia

Hipoglikemi neonatorum disebabkan oleh beberapa hal diantaranya berkurangnya simpanan glukosa dan menurunnya produksi glukosa pada bayi premature, pelepasan insulin yang berlebihan oleh pancreas, asfiksia perinatal, penundaan pemberian asupan/puasa dan mengalami hipotermia, meningkatnya pemakaian glukosa pada bayi pada bayi besar untuk masa kehamilan, polisitemia, eritroblastosis fetalis (isoimunisasi Rhberat), sindroma Beckwith-Wiedemann dan nesidioblastosis atau adenoma pankreatik, lain-lain seperti insufisiensi adrenal, sepsis, penyakit penyimpanan glikogen (glycogen storage disease), transfuse tukar, penyakit jantung kongenital, hipopituitarisme kongenital serta penggunaan obat pada ibu seperti beta blocker dan steroid (Ai & Yulianti, 2019; Rukmono, 2017). Beberapa faktor resiko terjadinya hipoglikemi neonatorum antara lain:

- Kelahiran kurang bulan (usia kehamilan <37 minggu)
- Berat badan lahir rendah (<2500 gram)
- Ibu dengan diabetes, macrosomia, asfiksia intrapartum berat, infeksi, pemberian air susu ibu tidak adekuat.
- Ibu dengan konsumsi obat (seperti penggunaan beta blocker), riwayat keluarga dengan kelainan metabolik.

8. Infeksi

a. Definisi

Infeksi perinatal adalah infeksi pada neonatus yang terjadi pada masa neonatal, intranatal dan postnatal. Infeksi neonatorum adalah infeksi bakteri umum generalisata yang biasanya terjadi pada bulan pertama kehidupan yang menyebar ke seluruh tubuh bayi baru lahir. Infeksi merupakan sindrom yang dikarakteristik oleh tanda-tanda klinis dan gejala-gejala infeksi yang parah yang dapat berkembang

septisemia dan syok septik. Infeksi merupakan respon tubuh terhadap infeksi yang menyebar melalui darah dan jaringan lain. Infeksi terjadi pada kurang dari 1% bayi baru lahir tetapi merupakan penyebab dari 30% kematian pada bayi baru lahir.

Infeksi bakteri 5 kali lebih sering terjadi pada bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2,75 kg dan 2 kali lebih sering menyerang bayi laki-laki. Pada lebih dari 50% kasus, infeksi mulai timbul dalam waktu 6 jam setelah bayi lahir, tetapi kebanyakan muncul dalam waktu 72 jam setelah lahir. Infeksi yang baru timbul dalam waktu hari atau lebih kemungkinan disebabkan oleh infeksi nasokomial (infeksi yang didapat di rumah sakit).

b. Pembagian Inkfesi:

1) Inkfesi Dini

- Terjadi 7 hari pertama kehidupan
- Karakteristik: sumber organisme pada saluran genital ibu dan atau cairan amnion, biasanya fulminan dengan angka mortalitas tinggi.

2) Inkfesi lanjutan/*nosocomial*

Yaitu terjadi setelah minggu pertama kehidupan dan didapat dari lingkungan pasca lahir. Karakteristik: Didapat dari kontak langsung atau tak langsung dengan organisme yang ditemukan dari lingkungan tempat perawatan bayi, sering mengalami komplikasi.

c. Klasifikasi

1) Infeksi Berat

Sepsis, meningitis, pneumonia, diare, tetanus neonatoruma

2) Infeksi Ringan

Infeksi kulit, oftalmia, omfalitis dan moniliasis.

d. Etiologi

1) Infeksi perinatal dapat disebabkan oleh berbagai bakteri seperti *escherichia coli*, *pseudomonas pyocyaneus*, *klebsielia*, *staphylococcus aureus*, dan *coccus gonococcus*. Infeksi bisa terjadi pada saat antenatal, intranatal, dan postnatal.

2) Infeksi antenatal

Infeksi yang terjadi pada masa kehamilan ketika kuman masuk ke tubuh janin melalui sirkulasi darah ibu, lalu masuk melewati plasenta

dan akhirnya ke dalam sirkulasi darah umbilikus. Berikut adalah kuman yang menginvasi dalam janin.

3) Infeksi intranatal

4) Infeksi terjadi pada persalinan. Infeksi sering terjadi ketika mikroorganisme masuk dari vagina, lalu naik dan kemudian masuk ke dalam rongga amnion, biasanya setelah selaput ketuban pecah. Ketuban yang pecah lebih dari 12 jam akan menjadi penyebab timbulnya plasentitis dan amnionitis. Infeksi dapat terjadi pula walaupun air ketuban belum pecah, yaitu pada partus lama yang sering dilakukan manipulasi vagina, termasuk periksa dalam dan kromilage (melebarkan jalan lahir dengan jari tangan penolong). Infeksi dapat pula terjadi melalui kontak langsung dengan kuman yang berasal dari vagina, misalnya pada blennorhoe.

5) Infeksi postnatal

Infeksi pada periode ini dapat terjadi setelah bayi lahir lengkap, misalnya melalui kontaminasi langsung dengan alat-alat yang tidak tindakan yang tidak antiseptik atau dapat juga terjadi akibat infeksi silang, misalnya pada neonatus neonatorum, omfalitis dan lain-lain.

e. Menifestasi Klinis Non-Spesifik Pada Bayi Baru Lahir

- Umum
- Demam, hipotermia, "tidak merasa baik", tidak mau makan, sklerema
- Sistem Gastrointenstinal
- Perut kembung, muntah, diare, hepatomegaly
- Sistem Pernafasan
- Apnea, disapnea, takipnea, retraksi flaring, grunting sianosis
- Sistem Ginjal
- Oliguria.

f. Penatalaksanaan

- Berikan posisi semifowler agar sesak berkurang
- Apabila suhu tinggi, lakukan kompres dingin
- Berikan ASI perlahan-lahan, sedikit demi sedikit
- Apabila bayi muntah, lakukan perawatan muntah yaitu posisi tidur miring ke kiri atau kanan Apabila diare, perhatikan personal higien dan keadaan lingkungan

- Rujuk segera ke rumah sakit, lakukan informed consent pada keluarga.

g. Pencegahan Dan Pengobatan

Sepsis neonatorum adalah penyebab kematian utama pada neonates. Tanpa pengobatan yang memadai, gangguan ini dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. Oleh karena itu tindakan pencegahan mempunyai arti penting karena dapat mencegah terjadinya kesakitan dan kematian. Perawatan antenatal meliputi pemeriksaan kesehatan ibu secara berkala, imunisasi, pengobatan terhadap penyakit infeksi yang diderita ibu, asupan gizi yang memadai, penanganan segera terhadap keadaan yang dapat menurunkan kesehatan ibu dan janin, rujukan segera ketempat pelayanan yang memadai bila diperlukan.

1) Pada masa intranatal

Perawatan ibu selama persalinan dilakukan secara aseptic, dalam arti persalinan diperlukan sebagai tindakan operasi. Tindakan intervensi ibu dan bayi seminimal mungkin dilakukan (bila bener benar diperlukan). Mengawasi keadaan ibu dan janin yang baik selama proses persalinan. Melaku kan rujukan secepatnya bila diperlukan dan menghindari perlukaan kulit dan selaput lendir.

2) Sesudah masa postnatal

Perawatan sesudah pesalinan meliputi menerapkan rawat gabung bila bayi normal, pemberian ASI secepatnya, mengupayakan lingkungan dan peralatan tetap bersih, setiap bayi menggunakan peralatan sendiri. Perawatan luka umbilicus secara steril. Tindakan invasive harus dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip aseptik. Mengin dari perlukaan selaput lendir dan kulit, mencuci tangan dengan menggunakan larutan desinfektan sebelum dan sesudah memgang setiap bayi. Pemantauan keadaan bayi secara teliti disertai pendokumentasian data-data yang benar dan baik.

3) Infeksi Tali Pusat

Tali pusat biasanya puput 1 minggu setelah lahir dan luka sembuh dalam 15 hari. Sebelum luka sembuh merupakan jalan masuk untuk infeksi, yang dapat dengan cepat menyebabkan

sepsis. Pengenalan dan pengobatan secara dini infeksi tali pusat sangat penting untuk mencegah sepsis.

4) Tetanus Neonatoruma

Penyakit tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonates (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh clostridium tetani yaitu kuman yang mengeluarkan toksin yang menyerang sistem saraf pusat. Spora kuman tersebut masuk ke dalam tubuh bayi melalui pintu masuk satu-satunya, yaitu tali pusat, yang dapat terjadi pada saat pemotongan tali pusat ketika bayi lahir maupun pada saat perawatannya sebelum puput. Masa inkubasi 3-28 hari, rata-rata 6 hari. Apabila masa inkubasi kurang dari 7 hari, biasanya penyakit lebih parah dan angka kematiannya tinggi.

C. Kegawatdaruratan Maternal

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya. Sedangkan kegawatdaruratan maternal adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Kegawatdaruratan maternal dapat terjadi setiap saat selama proses kehamilan, persalinan maupun masa nifas. Dengan pemeriksaan antenatal secara teratur dapat mendeteksi kondisi kondisi yang berisiko terhadap terjadinya kegawatdaruratan. Skrining bertujuan mengidentifikasi anggota populasi yang tampak sehat yang memiliki risiko signifikan menderita penyakit tertentu. Syarat suatu skrining adalah murahdan mudah dikerjakan. Akantetapi, skrining hanya dapat menunjukkan risiko terhadap suatu penyakit tertentu dan tidak mengkonfirmasi adanya penyakit. Deteksi/Skrining Identifikasi wanita dengan risiko mempunyai keuntungan seperti pengawasan lebih ketat, diagnosis lebih akurat, intervensi tepat dan waktu pencegahan komplikasi sejak dini (Yunus, 2022). Kasus kegawatdaruratan maternal antara lain:

1. Preeklampsia/Eklampsia

a. Definisi

Preeklampsia adalah sindrom spesifik kehamilan berupa kurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel. Preeklampsia adalah gangguan multisistem yang bersifat spesifik terhadap kehamilan dan masa nifas. Lebih tepatnya penyakit ini adalah penyakit plasenta karena juga terjadi pada kehamilan yaitu terdapat trofoblas tetapi tidak ada jaringan janin (kehamilan mola komplit). Preeklampsia adalah penyakit pada kehamilan yaitu terjadi peningkatan tekanan darah disertai proteinuria akibat kehamilan, terutama pada primigravida, terjadi setelah usia kehamilan 20 sampai 40 minggu, kecuali jika terdapat penyakit trofoblastik.

Preeklampsia merupakan salah satu penyakit hipertensi dalam kehamilan. Preeklampsia dapat dideskripsikan sebagai kondisi yang tidak dapat diprediksi dan progresif serta berpotensi mengakibatkan disfungsi dan gagal multiorgan yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan berdampak negatif terhadap lingkungan janin.

Eklampsia adalah kondisi medis serius yang ditandai dengan munculnya kejang pada wanita hamil yang sebelumnya didiagnosis dengan preeklampsia, namun tidak memiliki riwayat kejang sebelumnya. Eklampsia dapat mengakibatkan komplikasi serius bagi ibu dan janin, termasuk disfungsi multiorgan, abrupsi plasenta, dan kematian ibu maupun janin jika tidak segera ditangani (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

b. Faktor Predisposisi

Apa yang menjadi penyebab dari preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab musabab dari penyakit ini, akan tetapi tidak ada yang dapat memberi jawaban yang memuaskan, oleh karena itu penyakit ini disebut sebagai disease of theory. Teori yang dapat diterima harus dapat menerangkan hal-hal berikut:

- Sebab bertambahnya pada frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa.
- Sebab bertambahnya frekuensi dengan semakinnya kehamilan.
- Sebab dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam rahim.
- Sebab jarang terjadinya preeklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya.

- Sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang, dan koma. Teori yang dewasa ini banyak dikemukakan adalah teori iskemia plasenta.

Peran bidan dalam hubungannya dengan gangguan tekanan darah tinggi selama kehamilan terletak pada ketelitian melakukan pemeriksaan, mengidentifikasi dini, dan melakukan kolaborasi atau kosultasi dengan dokter. Preeklampsia ini banyak menimbulkan dampak yang sangat serius baik pada janin dan ibu. Oleh karena itu, mempertahankan tingkat kecurigaan yang tinggi dan menghindari asumsi berlebihan bahwa temuan adalah dalam kondisi yang normal akan membantu menegakkan diagnose yang tepat.

Walaupun diketahui bahwa preeklampsia merupakan penyakit yang tidak dapat diprediksi dan dapat terjadi pada ibu yang tidak memiliki faktor predisposisi, pemeriksaan penapisan belum tentu menunjukkan hasil yang memadai untuk mengetahui tingkat risiko suatu populasi. Oleh karena itu, pendekatan yang bijaksana adalah mengidentifikasi wanita yang berisiko atau mereka yang menunjukkan suatu gejala. Kondisi yang dihubungkan dengan preeklampsia adalah sebagai berikut:

- Nulliparitas
- Riwayat preeklampsia sebelumnya
- Usia ibu yang ekstrem (≤ 15 atau ≥ 35 tahun)
- Molahidatidosa
- Kehamilan kembar
- Ibu dengan Diabetes Melitus

c. Klasifikasi

Bidan digaris depan pemberian perawatan maternitas idealnya ditempatkan pada surveilans primer dan deteksi dini preeclampsia. Aktivitas tindak lanjut yang dilakukan oleh bidan saat kondisi telah terdeteksi akan menentukan waktu saat ibu masuk ketingkat perawatan sekunder / tersier. Hal ini dapat mencegah terjadinya kondisi kegawatdaruratan sehingga aktivitas tersebut sangat penting untuk hasil kehamilan tersebut. Oleh karena itu, bidan khususnya harus cermat dalam memberikan perawatan. Hal ini dapat menjamin tidak adanya tindakan kelalaian atau kesalahan dalam menjalankan peran

profesionalnya, yang secara langsung dapat turut berperan dalam penurunan angka morbiditas dan mortalitas.

Bersarkan hal diatas maka penting kiranya untuk mengetahui klasifikasi dari preeklampsia itu sendiri, dikarenakan agar penanganan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan atau asuhan kebidanan yang tepat khususnya bagi bidan dan sesuai dengan standar profesi. Preeklampsia diklasifikasikan kedalam dua bagian, yaitu: Preeklampsia ringan dan Preeklampsia berat.

d. Tanda dan Gejala

Tabel 3.1: Tanda dan Gejala Preeklampsia

Kelainan	Preeklampsia ringan	Preeklampsia Berat
Tekanan darah diastolic	< 100 mmHg	110 mmHg atau lebih
Proteinuria	Samar sampai +1	+2
Nyeri kepala	-	Ada
Gangguan penglihatan	-	Ada
Nyeri abdomen atas	-	Ada
Oliguria	-	Ada
Kejang	-	Ada (eklampsia)
Kreatinin serum	Normal	Meningkat
Trombositopenia	-	Ada
Peningkatan enzim hati	Minimal	Nyata
Pertumbuhan janin terhambat	-	Jelas
Edema paru	-	Ada

e. Penanganan

Penanganan preeklampsia melibatkan pemantauan ketat terhadap tekanan darah dan kesehatan ibu serta janin. Pengobatan mungkin termasuk pemberian obat antihipertensi untuk mengontrol tekanan darah dan kortikosteroid untuk mempercepat pematangan paru-paru janin jika persalinan dini diperlukan. Istirahat dan pengurangan aktivitas fisik juga sering dianjurkan untuk membantu mengurangi tekanan darah. Pada kasus preeklampsia berat, persalinan segera mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi yang lebih serius bagi ibu dan janin. Penanganan eklampsia dimulai dengan mengontrol kejang menggunakan magnesium sulfat sebagai obat

pilihan utama. Setelah kejang terkendali, stabilisasi kondisi ibu menjadi prioritas, termasuk mengelola tekanan darah tinggi dan memantau fungsi organ. Persalinan segera setelah stabilisasi kondisi ibu seringkali diperlukan untuk mencegah kekambuhan kejang dan komplikasi lebih lanjut.

Pengobatan pasien preeklampsia bertujuan untuk mengendalikan tekanan darah tinggi dan mencegah perkembangan menjadi eklampsia atau komplikasi lain yang serius. Obat antihipertensi seperti labetalol, nifedipin, dan methyldopa sering digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada wanita hamil dengan preeklampsia. Kortikosteroid seperti betametason atau deksametason dapat diberikan untuk mempercepat pematangan paru-paru janin jika persalinan prematur diperlukan. Untuk pasien dengan eklampsia, penanganan awal yang penting adalah mengendalikan kejang dengan pemberian magnesium sulfat intravena, yang merupakan standar emas dalam pengobatan kejang pada eklampsia. Setelah kejang terkendali, perhatian harus diberikan pada stabilisasi tekanan darah dan kondisi ibu, serta pemantauan fungsi organ. Jika kondisi ibu stabil, persalinan segera biasanya dianjurkan untuk mencegah risiko lebih lanjut bagi ibu dan janin (Magee, L. A., et al. 2014).

f. Perdarahan Antepartum

1) Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi yang usia kehamilannya kurang dari 20 minggu. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya amenore, tanda-tanda kehamilan, perdarahan hebat per vagina, pengeluaran jaringan plasenta dan kemungkinan kematian janin. Pada abortus septik, perdarahan per vagina yang banyak atau sedang, demam (menggigil), kemungkinan gejala iritasi peritoneum, dan kemungkinan syok.

a) Etiologi

Abortus pada Wanita hamil bisa terjadi karena beberapa sebab diantaranya:

- Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi. Kelainan inilah yang paling umum menyebabkan abortus pada kehamilan

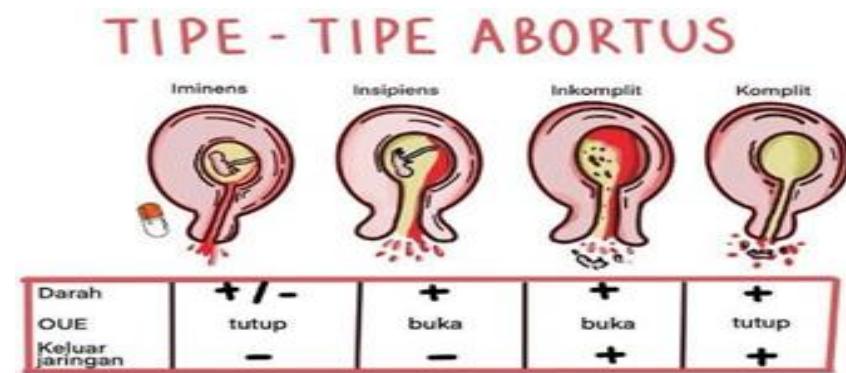
sebelum umur kehamilan 8 minggu. Beberapa faktor yang menyebabkan kelainan ini antara lain kelainan kromoson/genetik, lingkungan tempat menempelnya hasil pembuahan yang tidak bagus atau kurang sempurna dan pengaruh zat-zat yang berbahaya bagi janin seperti radiasi, obat-obatan, tembakau, alkohol dan infeksi virus.

- Kelainan pada plasenta. Kelainan ini bisa berupa gangguan pembentukan pembuluh darah pada plasenta yang disebabkan oleh karena penyakit darah tinggi yang menahun.
- Faktor ibu seperti penyakit penyakit kronis yang diderita oleh sang ibu seperti radang paru-paru, tifus, anemia berat, keracunan dan infeksi virus toxoplasma.
- Kelainan yang terjadi pada organ kelamin ibu seperti gangguan pada mulut rahim, kelainan bentuk rahim terutama rahim yang lengkungannya ke belakang (secara umum rahim melengkung ke depan), mioma uteri, dan kelainan bawaan pada rahim).

b) Klasifikasi

- Abortus dibagi-bagi lagi menjadi beberapa bagian, antara lain:
 - Abortus komplet: Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari rahim pada kehamilan kurang dari 20 minggu.
 - Abortus inkomplet: Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari rahim dan masih ada yang tertinggal.
 - Abortus Insipiens: abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks yang telah mendatar, sedangkan hasil konsepsi masih berada lengkap di dalam rahim.
 - Abortus iminens: abortus tingkat permulaan, terjadi perdarahan per vaginam, sedangkan jalan lahir masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik di dalam rahim.
 - Missed abortion: abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih dalam kandungan.

- Abortus habitualis: abortus yang terjadi sebanyak tiga kali berturut turut atau lebih.
- Abortus infeksius: abortus yang disertai infeksi organ genitalia.
- Abortus septik: abortus yang terinfeksi dengan penyebaran mikroorganisme dan produknya kedalam sirkulasi sistemik ibu.



Gambar 2.1: Tipe-Tipe Abortus

c) Penanganan

Untuk menangani pasien abortus, ada beberapa langkah yang dibedakan menurut jenis abortus yang dialami, antara lain:

- Abortus komplet: tidak memerlukan penanganan khusus, hanya apabila menderita anemia ringan perlu diberikan tablet besi dan dianjurkan supaya makan makanan yang mengandung banyak protein, vitamin dan mineral.
- Abortus inkomplet: bila disertai dengan syok akibat perdarahan maka pasien diinfus dan dilanjutkan transfusi darah. Setelah syok teratasi, dilakukan kuretase, bila perlu pasien dianjurkan untuk rawat inap.
- Abortus insipiens: biasanya dilakukan tindakan kuretase bila umur kehamilan kurang dari 12 minggu yang disertai dengan perdarahan.
- Abortus iminens: istirahat baring, tidur berbaring merupakan unsur penting dalam pengobatan karena cara ini akan mengurangi rangsangan mekanis dan menambah aliran darah ke rahim. Ditambahkan obat penenang bila pasien gelisah.

- Missed abortion: dilakukan kuretase, harus hati-hati karena terkadang plasenta melekat erat pada rahim.

d) Terapi

Terapi untuk perdarahan yang tidak mengancam nyawa adalah dengan Macrodex, Haemaccel, Periston, Plasmagel, Plasmafundin (pengekspansi plasma pengganti darah) dan perawatan di rumah sakit. Terapi untuk perdarahan yang mengancam nyawa (syok hemoragik) dan memerlukan anestesi, harus dilakukan dengan sangat hati-hati jika kehilangan darah banyak. Pada syok berat, lebih dipilih kuretase tanpa anestesi kemudian Methergin. Pada abortus pada demam menggigil, tindakan utamanya dengan penisilin, ampisilin, sefalotin, rebofasin, dan pemberian infus.

2) Plasenta Previa

Terapi untuk perdarahan yang tidak mengancam nyawa adalah dengan Macrodex, Haemaccel, Periston, Plasmagel, Plasmafundin (pengekspansi plasma pengganti darah) dan perawatan di rumah sakit. Terapi untuk perdarahan yang mengancam nyawa (syok hemoragik) dan memerlukan anestesi, harus dilakukan dengan sangat hati-hati jika kehilangan darah banyak. Pada syok berat, lebih dipilih kuretase tanpa anestesi kemudian Methergin. Pada abortus pada demam menggigil, tindakan utamanya dengan penisilin, ampisilin, sefalotin, rebofasin, dan pemberian infus.

a) Etiologi

- Usia 35 Tahun Atau Lebih

Penelitian yang dilakukan oleh Sihombing mencari hubungan usia ibu dengan kejadian Plasenta previa. Metode penelitian yang digunakan berupa observasional analitik dengan Pendekatan cross sectional yang dilakukan di Rumah Sakit Camatha Sahidya Kota Batam Tahun 2019. Data diambil dari catatan rekam medik pasien dari periode 1 Juni – 31 Juni 2019.

Teknik Pengambilan sampel adalah Total sampling dimana jumlah sampel sama dengan populasi sebesar 135

orang pada periode bulan Juni tahun 2019. Hasil penelitian dianalisis dengan distribusi Frekuensi di tabulasi silang kemudian diuji dengan uji Chi-square. Hasil penelitian ini Menunjukkan bahwa dari 135 ibu didapatkan 4 ibu (17,4%) dari 23 ibu Usia >35 tahun dinyatakan kedalam kelompok Plasenta Previa dan 19 ibu (82,6%) dari 23 ibu Usia >35 tahun dinyatakan dalam kelompok Tidak Plasenta Previa. Serta didapatkan 112 orang ibu yang berusia 20-35 tahun dari 135 ibu yang mana ada 2 ibu (1,8%) yang dinyatakan dalam kelompok Plasenta Previa dan 110 ibu (98,2%) dinyatakan dalam kelompok Tidak Plasenta Previa. Hasil analisis Chi-Square didapatkan nilai signifikansinya $p = 0,008$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan yang bermakna antara Usia Ibu dengan kejadian Plasenta Previa (Sihombing, 2020).

- Bukan kehamilan pertama

Penelitian yang dilakukan Qamar et al pada tahun 2019 untuk mengetahui hubungan Plasenta previa dengan multiparitas dan riwayat seksio sesarea pada ibu hamil. Penelitian dilakukan di Bagian Obstetri dan Ginekologi RS Gabungan Militer Lahore, dari Januari 2017 sampai Juni 2017. Bahan dan Metode: Penelitian ini melibatkan 254 pasien dengan plasenta previa yang dilaporkan di Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Gawat Darurat RS Gabungan Militer Lahore. Setelah mengambil persetujuan, variabel hasil yaitu paritas dan riwayat persalinan sesar sebelumnya bersama dengan demografi pasien dicatat pada proforma yang dirancang khusus.

Hasil yang diperoleh dari 254 pasien dengan plasenta previa, mayoritas berada pada kelompok usia 31-40 tahun yaitu 55,51%. Kelompok usia 20-30 tahun berturut-turut adalah 37,79%. Analisis distribusi paritas menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dengan plasenta previa adalah multigravida yaitu 81,10% dan hanya 18,89% kasus primigravida. Sebagian besar pasien yang datang pada usia kehamilan 37 minggu yaitu 57,08% dan 62,59% kasus

memiliki riwayat operasi caesar sebelumnya (Qamar et al., 2019).

- Persalinan Ceser Sebelumnya

Penelitian yang dilakukan Sindiani et al untuk mengevaluasi dampak seksio sesarea segmen bawah sebelumnya pada hasil ibu dan janin pasien dengan non-adherent placenta previa. Metode yang digunakan adalah studi retrospektif dari semua pasien yang melahirkan di rumah Sakit universitas rujukan tersier melalui operasi caesar uterus bagian bawah dengan non-adherent.

- Plasenta previa, selama periode 10 tahun.

Didapatkan Sembilan puluh pasien dengan plasenta Previa yang tidak melekat dimasukkan, 54 pasien tanpa riwayat sesar sebelumnya dan 36 pasien dengan riwayat bedah sesar sebelumnya. Pasien dengan riwayat *seksio sesarea* secara signifikan lebih mungkin mengalami cedera organ yang tidak disengaja, transfuse 4 atau lebih unit sel darah merah, transfusi plasma beku, jahitan kompresi uteri, *ligasi arteri uterina*, dan *histerektomi peripartum*. Ada peningkatan yang signifikan dalam insiden cedera viskus sekitar yang tidak disengaja, transfusi 4 unit atau lebih sel darah merah, transfusi plasma beku segar, jahitan kompresi *brace uterus*, *ligasi arteri uterina*, dan *histerektomi peripartum* pada pasien dengan *non-Adherent plasenta previa* dan operasi caesar sebelumnya, dibandingkan dengan adherent placenta previa dan pasien yang tidak ada riwayat operasi caesar sebelumnya, dengan tidak ada perbedaan dalam hasil perinatal (Sindiani et al., 2021).

- Merokok

Merokok dapat meningkatkan dua kali lipat risiko plasenta previa pada wanita yang merokok. Hal ini terjadi karena karbon dioksida yang terhirup dapat menyebabkan hipertrofi plasenta sehingga mempengaruhi perkembangan plasenta. Metode pengambilan sampel dengan accidental sampling sebanyak 20 responden yang mengalami Plasenta previa pada bulan November 2107-Mei 2018. Dari hasil

penelitian dapat disimpulkan bahwa ibu dengan plasenta previa perokok pasif sebanyak 15 orang (75%) dan ibu pemberian plasenta previa perokok pasif sebanyak 5 orang (25%) Kesimpulannya, terdapat 15 ibu bersalin perokok pasif plasenta previa (75%) di RSUD Kendal (Mursiti and Nurhidayati, 2020).

b) Klasifikasi

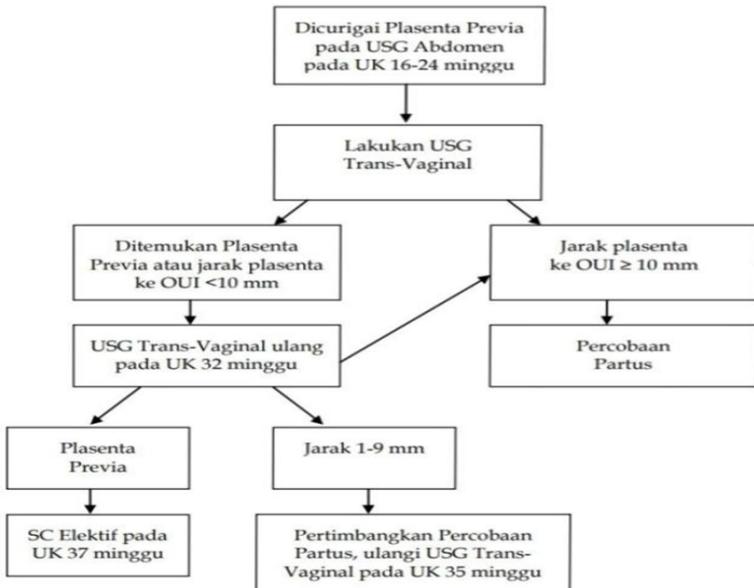
- *Plasenta Previa Totalis* atau komplit adalah Plasenta yang menutupi seluruh Ostium Uteri Internum. Pada jenis ini, jelas tidak mungkin bayi dilahirkan secara normal, karena risiko perdarahan sangat hebat. *Plasenta Previa Parsialis* adalah Plasenta yang menutupi sebagian *Ostium Uteri Internum*. Pada jenis ini pun risiko perdarahan sangat besar dan biasanya janin tetap tidak dilahirkan secara normal.
- *Plasenta Previa Marginalis* adalah Plasenta yang tepinya berada pada pinggir *Ostium Uteri Internum*. Hanya bagian tepi Plasenta yang menutupi jalan lahir. Janin bisa dilahirkan secara normal, tetapi risiko perdarahan tetap besar.
- *Plasenta letak rendah*, Plasenta Lateralis atau kadang disebut juga Dangerous Placenta adalah Plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari *Ostium Uteri Internum*. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap Plasenta letak normal. Risiko perdarahan tetap ada namun tidak besar dan janin bisa dilahirkan secara normal asal tetap berhati-hati.



Gambar 2.2: Klasifikasi Plasenta Previa

c) Manajemen Plasenta Previa

Berikut ini urutan manajemen plasenta previa.



Gambar 2.3: Manajemen Plasenta Previa

3) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik ialah suatu kehamilan dengan pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi dan tidak menempel pada dinding endometrium kavum uterus. Bila kehamilan tersebut mengalami proses pengakhiran (abortus) maka disebut dengan kehamilan ektopik terganggu (KET). (1) Sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba fallopi (90-95%) dengan 70-80% di ampula. Sangat jarang terjadi di ovarium, cavum abdominal, canalis servikalis, dan intraligamenter.

Menurut World Health Organization (2007), kehamilan ektopik adalah penyebab hampir 5% kematian di negara maju. Namun kematian akibat kehamilan ektopik di Amerika Serikat kini semakin jarang terjadi sejak tahun 1970-an. Kematian kasus kehamilan ektopik turun tajam dari tahun 1980 hingga 1992. Riwayat kerusakan tuba, baik karena kehamilan ektopik sebelumnya atau karena pembedahan tuba merupakan risiko tertinggi terjadinya kehamilan ektopik. Riwayat infeksi tuba atau penyakit menular seksual lain juga merupakan faktor risiko umum. Satu kali serangan salpingitis dapat diikuti oleh kehamilan ektopik pada hampir 9% Wanita.

Kehamilan ektopik diidentifikasi dengan menggabungkan temuan klinis serta pemeriksaan serum dan sonografi transvagina. Temuan klinis yang dinilai adalah riwayat amenore, perdarahan pervaginam dan nyeri perut bawah. Ketika nyeri semakin berat yang disertai pemeriksaan cavum douglass menonjol maka didiagnosis dengan KET. Mereka yang diperkirakan ruptur tuba perlu segera menjalani terapi pembedahan.

Terapi medis dengan metotreksat (MTX) menjadi pilihan utama setelah diagnosis KE dengan USG dan kadar β HCG yang tanpa memerlukan tindakan bedah. Indikasi pemberian MTX dapat diberikan pada pasien stabil, asimptomatis, kadar β HCG \leq 3000–5000 mIU/mL dan tanpa bukti hemoperitonium maupun aktivitas jantung janin pada USG. Pada kasus tertentu, kehamilan tuba dini dengan kadar β HCG yang stabil atau menurun dapat diobservasi (expectant management). Tindakan ini dipilih pada pasien asimptomatis dengan kadar β HCG yang rendah serta bersedia untuk dilakukan observasi. Dilaporkan pada kasus KE tuba, angka keberhasilan terapi 80% jika kadar awal β HCG 13% dalam lebih dari 48 jam.

Kehamilan ektopik berperan penting dalam peningkatan mortalitas dan morbiditas maternal pada trimester pertama. Namun pengenalan dini terhadap faktor risiko dan diagnosis kehamilan ektopik serta tatalaksana bedah sesegera mungkin akan membantu memperbaiki prognosis reproduksi selanjutnya. Prognosis buruk dihubungkan dengan kurangnya keberhasilan hamil dengan baik setelah kehamilan ektopik terjadi.

Pada kehamilan ektopik terganggu nyeri perut bawah yang dialami semakin hebat. Rasa nyeri mungkin unilateral atau bilateral pada abdomen bagian bawah maupun pada keseluruhan abdomen. Diperkirakan bahwa serangan nyeri hebat pada ruptur kehamilan ektopik ini disebabkan oleh darah yang mengalir ke kavum peritoneum. Pada saat terjadinya KET tekanan darah pasien turun menjadi 100/60 mmHg dan HR:110x/menit. Menurut teori disebutkan tekanan darah akan turun dan nadi meningkat hanya jika perdarahan berlanjut dan hipovolemiannya menjadi signifikan.

a) Gejala

Pengidap kehamilan ektopik biasanya tetap merasakan gejala layaknya orang hamil pada umumnya, seperti mual, muntah, dan perut yang membesar. Ketika saluran indung telur tidak dapat menampung hasil pembuahan yang semakin besar di usia kehamilan tertentu, pengidap biasanya merasakan gejala sebagai berikut:

- Nyeri yang sangat hebat, nyeri tajam hilang timbul dengan intensitas yang berbeda. Nyeri dapat dirasakan di daerah panggul, perut, atau bahkan menjalar hingga bahu dan leher.
- Perdarahan pada Miss V, perdarahan muncul dengan jumlah yang dapat lebih banyak atau lebih sedikit daripada saa haid.
- Gejala pada daerah perut, seperti mual, muntah, dan rasa penuh atau tidak enak di perut.
- Lemah, pusing, hingga pingsan.

b) Faktor Risiko Utama

- Wanita yang sudah pernah mengalami kehamilan ektopik.

Wanita yang sudah pernah mengalami kehamilan ektopik akan mempengaruhi kesuburnya dan itu meningkatkan risiko untuk mengalami kehamilan ektopik lagi. Ketika kehamilan ektopik tumbuh dalam tuba fallopii, itu dapat merusak jaringan tuba sekitarnya. Ini memungkinkan telur akan terjebak di sana di kehamilan selanjutnya. Tetapi deteksi dan perawatan dini dapat meminimalkan efek negatif dari kehamilan ektopik. Selain itu, juga akan dipengaruhi oleh kombinasi faktor risiko lainnya.

- Riwayat Operasi Panggul Sebelumnya

Dapat meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dikarenakan hal itu dapat menyebabkan perlengketan. Adhesi akan terbentuk pada wanita setelah menjalani operasi panggul ginekologis. Studi menunjukkan bahwa adhesi terbentuk pada 55-100% pasien yang menjalani operasi panggul, baik terbuka atau laparoskopi.

- Penggunaan alat kontrasepsi (IUD)

IUD dalam rongga rahim dapat mencegah telur masuk ke dalam rahim, IUD hanya bisa mencegah kehamilan intrauterin, bukan kehamilan ektopik, dan bakteri yang

dibawa melalui pemasangan IUD dapat menyebabkan infeksi tuba falopi, sehingga dapat meningkatkan risiko kehamilan ektopik.

- Penyakit radang panggul (PID)

Merupakan infeksi endometrium, tuba falopi dan/atau struktur yang lainnya yang berdekatan, dan disebabkan oleh kenaikan mikroorganisme dari saluran genital bawah. Pada umumnya wanita mengalami PID setelah terkena infeksi menular seksual (IMS), seperti klamidia, sifilis, atau gonore.

- Merokok pada saat pembuahan

Merokok dapat mengubah pergantian sel epitel tuba dan dikaitkan dengan perubahan struktural dan fungsional, yang mempengaruhi kejadian dari kehamilan ektopik. Insiden kehamilan ektopik menunjukkan peningkatan yang stabil dengan peningkatan usia ibu saat pembuahan 1,4% dari semua kehamilan pada wanita berusia 21 tahun menjadi 6,9% dari kehamilan pada wanita berusia 44 tahun atau lebih karena kelainan kromosom pada jaringan trofoblastik (Abdulkareem, T. A., & Eidan, 2017).

c) Lokasi

Tempat yang mungkin untuk terjadinya kehamilan ektopik adalah pada: tuba falopii (ampula, istmus, interstisial, fimbria, ligamen tuba- ovarium), ovarium, cerviks dan abdomen.

- Ampula, bagian tengah tuba falopi yang terluas dan terpanjang dan menjadi tempat bertemunya sel telur dan sel sperma.
- Isthmus. Merupakan saluran sempit yang menghubungkan ampula dengan rongga rahim atau uterus.
- Bagian tuba falopi yang memanjang hingga bagian atas rahim.
- Saluran tuba adalah saluran bilateral antara ovarium dan rahim di panggul wanita. Mereka berfungsi sebagai saluran transportasi dan pembuahan oosit

d) Diagnosis

Dokter melakukan pemeriksaan daerah panggul dan perut untuk memastikan adanya perdarahan pada daerah sekitar yang diakibatkan pecahnya hasil pembuahan. Beberapa pemeriksaan penunjang berikut diperlukan untuk memastikan diagnosis kehamilan ektopik:

- Tes kehamilan, dokter dapat meminta tes kehamilan dari darah berupa kadar hCG untuk memastikan pengidap benar-benar hamil.
- USG, dilakukan untuk melihat adanya kantong kehamilan pada lokasi-lokasi tertentu seperti di saluran indung telur. USG dapat dilakukan melalui Miss V (USG transvagina) atau dapat melalui dinding perut (USG abdomen).
- Darah rutin, tes darah rutin dapat dilakukan untuk melihat apakah pengidap mengalami anemia yang diakibatkan oleh perdarahan dari pecahnya kantung kehamilan. Dokter dapat merencanakan pemberian transfusi dari hasil tes darah rutin.

e) Pengobatan

Keadaan kehamilan ektopik dengan perdarahan merupakan keadaan gawat darurat yang harus dilakukan tindakan secepat mungkin. Kehamilan ektopik dapat diobati dalam beberapa cara sebagai berikut:

- Penggunaan metotreksat, dapat diberikan pada kehamilan ektopik yang telah dideteksi secara dini sehingga tidak menimbulkan gangguan lainnya. Metotreksat dapat membantu penyerapan kantung kehamilan dan menyelamatkan saluran indung telur. Terapi ini hanya boleh dilakukan oleh dokter dengan pertimbangan usia dan progresivitas kehamilan.
- Jika saluran indung telur telah meregang atau bahkan robek dan mengalami perdarahan, sebagian atau seluruh jaringan tersebut harus segera diangkat untuk menghentikan perdarahan. Seluruh akibat perdarahan yang dihasilkan karena kehamilan ektopik merupakan keadaan gawat darurat dan harus ditangani segera dengan pembedahan.
- Bedah laparaskopi, prosedur ini merupakan tindakan untuk mengevakuasi perdarahan yang terjadi di dalam rongga

perut atau rongga panggul dengan sayatan kecil untuk memasukkan kamera dan alat laparaskopi. Penyembuhan cenderung lebih cepat dibandingkan prosedur bedah konvensional.

f) Pencegahan

Secara umum, kehamilan ektopik tidak dapat dicegah, tetapi yang dapat dicegah yaitu komplikasi serius dengan diagnosis dan perawatan dini. Jika memiliki satu atau lebih faktor risiko kehamilan ektopik, pasien dan dokter dapat memonitor di minggu awal kehamilan. Mengurangi risiko tertular infeksi menular seksual (IMS), seperti gonore, sifilis, atau klamidia karena dapat meningkatkan peluang wanita untuk mengalami kehamilan ektopik. Untuk mengurangi risiko kehamilan ektopik pada wanita dengan tuba fallopii yang rusak secara unilateral, salpingektomi menjadi perawatan bedah yang dipilih, daripada mencoba penyelamatan tuba dan perbaikan (Abdulkareem, T. A., & Eidan, 2017).

4) Solusio Plasenta

Luas plasenta yang terlepas melebihi 50% dan jumlah darah yang keluar mencapai 1000 mL. Gejala yang muncul seperti keadaan umum penderita buruk disertai syok dan pada sebagian besar kasus terjadi kematian janin. Klasifikasi terbaru menetapkan abruptio plasenta berat jika terjadi minimal satu komplikasi maternal (DIC, syok hipovolemik, gangguan transfusi darah, histerektomi, gagal ginjal, atau kematian), janin (kesejahteraan janin, IUGR, atau kematian janin), atau neonatal (pertumbuhan janin terhambat, kelahiran prematur). Dengan kriteria ini, sekitar 2/3 kejadian abruptio plasenta ditetapkan sebagai Abruptio plasenta berat.

a) Diagnosis

Diagnosis *abruptio plasenta* ditetapkan secara klinis (perdarahan per-vagina disertai nyeri abdomen, kesejahteraan janin terganggu). Diagnosis secara klinis dapat ditetapkan setelah menyingkirkan penyebab perdarahan per vagina pada trimester kedua atau ketiga lainnya. Pemeriksaan ultrasonografi berguna untuk menyingkirkan plasenta previa atau vasa previa. Ultrasonografi memiliki sensitivitas yang rendah yaitu sebesar

24% dan spesifisitas 96% dalam mendiagnosis abruptio plasenta, sehingga ultrasonografi lebih efektif untuk menyingkarkan penyebab perdarahan ante-partum lainnya. Diagnosis secara USG dengan ditemukannya:

- Daerah bebas echo (echo free area) di belakang plasenta
- Penebalan plasenta
- Penonjolan chorionic plate di daerah plasenta ke arah rongga amnion.

b) Tanda dan Gejala

Pada Abruptio plasenta yang ringan yang umumnya tanpa gejala, diagnosis secara klinis maupun secara USG sulit dilakukan. CT scan digunakan untuk mendeteksi abruptio plasenta pada pasien trauma. CT scan memiliki sensitivitas sebesar 86% dan spesifisitas 98% dalam mendeteksi abruptio plasenta. MRI juga digunakan untuk mengidentifikasi abruptio plasenta. MRI memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan USG dalam mendiagnosis abruptio plasenta. Pemeriksaan laboratorium yang didapatkan pada abruptio plasenta adalah pemanjangan PT, PTT, hipofibrinogenemia, dan trombositopenia. Peningkatan D-dimer dapat terjadi pada abruptio yang disertai dengan DIC, namun pada beberapa penelitian belum memberikan hasil yang konklusif sehingga tidak rutin dilakukan.

c) Komplikasi Maternal

Beberapa komplikasi maternal dari abruptio plasenta:

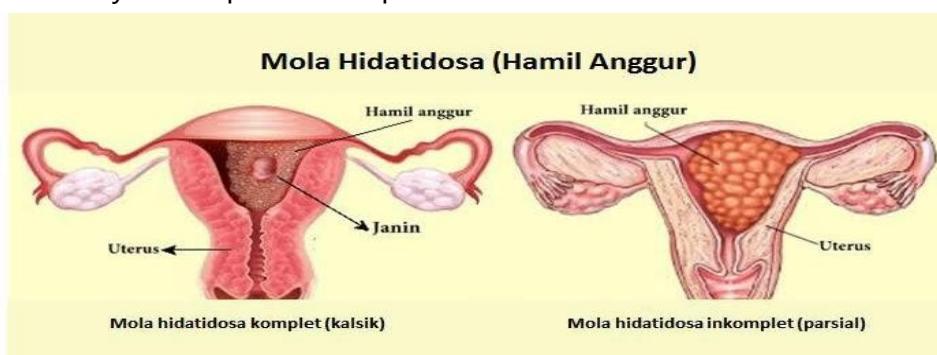
- Edema pulmo
- Gagal nafas akut
- Gagal jantung akut
- Kardiomiopati
- Syok hipovolemik
- DIC (Disseminated Intravascular Coagulation)
- Kegagalan fungsi ginjal akut
- Perdarahan post-partum akibat atonia uteri

Komplikasi Perinatal. Beberapa komplikasi perinatal dari abruptio plasenta:

- Mortalitas fetal dan neonatal (terjadi 4 – 12 per 1000 kelahiran)
- Persalinan premature
- Pertumbuhan janin terhambat.

5) Mola Hidatidosa

Mola Hidatidosa (Hamil Anggur) adalah suatu massa atau pertumbuhan di dalam rahim yang terjadi pada awal kehamilan. Mola Hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dimana seluruh villi korialisnya mengalami perubahan hidrofobik. Mola hidatidosa juga dihubungkan dengan edema vesikular dari vili khorialis plasenta dan biasanya tidak disertai fetus yang intak. Secara histologist, ditemukan proliferasi trofoblast dengan berbagai tingkatan hiperplasia dan displasia. Vili khorialis terisi cairan, membengkak, dan hanya terdapat sedikit pembuluh darah.



Gambar 2.4: Mola Hidatidosa

a) Penyebab

Kehamilan mola disebabkan karena adanya ketidaksejajasan dalam bahan genetik (kromosom) selama masa kehamilan. Hal yang paling sering terjadi adalah ketika sel telur yang tidak sering terjadi adalah ketika sel telur yang tidak mengandung informasi genetik kemudian dibuahi oleh sperma. Selain itu, bisa juga terjadi ketika sel telur normal dibuahi oleh dua sel sperma. ada beberapa faktor yang berkemungkinan menjadi penyebab terjadinya kehamilan mola, diantaranya seperti:

- Sel telur yang secara patologi sudah mati, tetapi terlambat untuk dikeluarkan.
- Adanya imunoselektif dari trofoblas
- Status sosial ekonomi yang rendah.

- Paritas yang tinggi.
- Defisiensi protein.
- Adanya infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas.

b) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala kehamilan dini didapatkan pada mola hidatidosa. Kecurigaaan biasanya terjadi pada minggu ke 14 - 16 dimana ukuran rahim lebih besar dari kehamilan biasa, pembesaran rahim yang terkadang diikuti perdarahan, dan bercak berwarna merah darah beserta keluarnya materi seperti anggur pada pakaian dalam. Tanda dan gejala, yaitu:

- Mual dan muntah yang parah yang menyebabkan 10% pasien masuk RS
- Pembesaran rahim yang tidak sesuai dengan usia kehamilan (lebih besar)
- Gejala gejala hipertitoidisme seperti intoleransi panas, gugup, penurunan BB yang tidak dapat dijelaskan, tangan gemetar dan berkeringat, kulit lembab Gejala gejala pre-eklampsia seperti pembengkakan pada kaki dan tungkai, peningkatan tekanan darah, proteinuria.

c) Manifestasi Klinis

- Amenorrhoe dan tanda-tanda kehamilan.
- Perdarahan pervaginam dari bercak sampai perdarahan berat. merupakan gejala utama dari mola hidatidosa, sifat perdarahan bisa intermiten selama berapa minggu sampai beberapa bulan sehingga dapat menyebabkan anemia defisiensi besi.
- Uterus sering membesar lebih cepat dari biasanya tidak sesuai dengan kehamilan. usia
- Tidak dirasakan tanda-tanda adanya gerakan janin maupun ballottement.
- Hiperemesis, pasien dapat mengalami mual dan muntah cukup berat.
- Preklampsi dan eklampsia sebelum minggu ke-24
- d) Keluar jaringan mola seperti buah anggur, yang merupakan diagnosa pasti gejala tirotoksikosis.

e) Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, USG dan histologis. Pada mola hidatidosa yang komplet terdapat tanda dan gejala klasik yakni:

- Perdarahan vaginam
- Hiperemesis
- Hipertiroid
- Penatalaksanaan
- Perbaiki keadaan umum.
- Bila mola sudah keluar spontan dilakukan kuret atau kuret isap. Bila Kanalis servikalis belum terbuka dipasang laminaria dan 12 jam. kemudian dilakukan kuret.
- Memberikan obat-obatan antibiotik, uterotonika dan perbaiki keadaan umum penderita.
- 10 hari setelah kerokan pertama, dilakukan kerokan ke dua untuk membersihkan sisa-sisa jaringan.

6) Ruptur Uterus

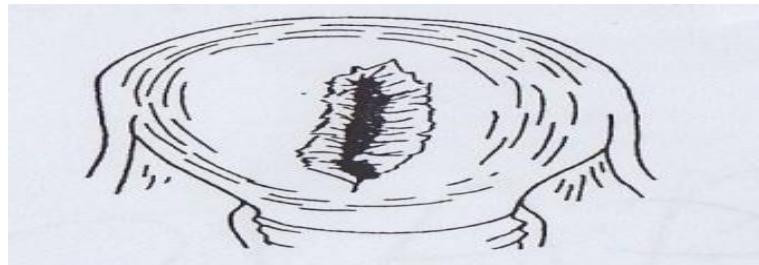
a) Pengertian

Ruptur uteri adalah kondisi medis serius yang terjadi ketika dinding rahim robek selama kehamilan atau persalinan. Kondisi ini dapat mengakibatkan perdarahan hebat dan berisiko tinggi terhadap nyawa ibu dan janin. Ruptur uteri biasanya terjadi pada bekas luka operasi caesar sebelumnya, tetapi juga dapat terjadi pada rahim yang tidak pernah mengalami operasi sebelumnya, meskipun lebih jarang (Al-Zirqi, I., et al. 2012).

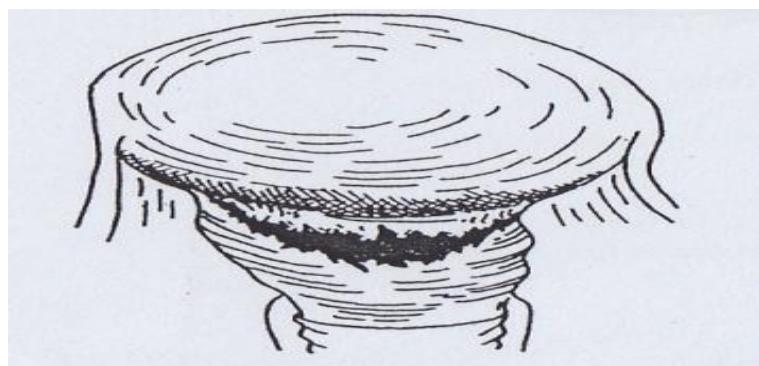
b) Klasifikasi

Ruptur uteri (RU) dapat dibagi menurut beberapa cara:

- Menurut waktu terjadinya (when)
- Ruptur uteri gravidarum
- Pada waktu hamil. Lokasi tersering pada korpus.
- Ruptur uteri durante partum
- Waktu melahirkan anak. Terjadi pada segmen bawah rahim (SBR).
- Menurut lokasinya (where)
- Korpus uteri
- Terjadi pada rahim yang sudah pernah mengalami operasi.



Gambar 2.5: Ruptur Uteri Pada Korpus Uteri SBR
Terjadi pada partus yang sulit dan lama tidak maju.



Gambar 2.6: Ruptur Uteri Pada SBR

c) Menurut etiologinya (what)

Ruptur uteri spontan ada dua:

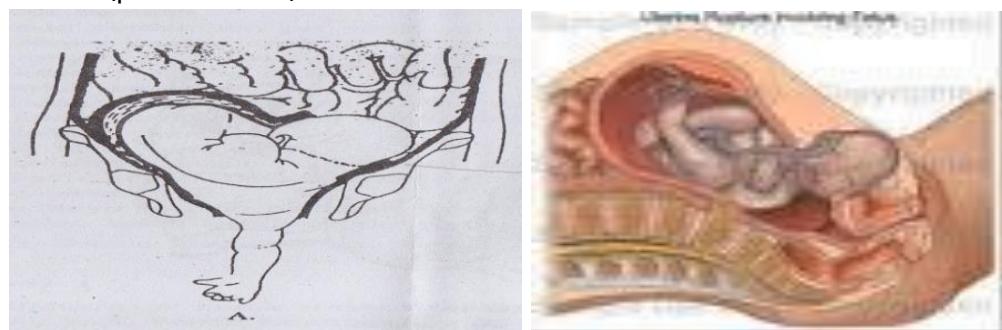
- Pada dinding rahim yang lemah dan cacat.
- Pada dinding rahim yang utuh
- Karena peregangan yang luar biasa pada rahim.

Ruptur uteri violent (traumatika)

- Karena tindakan dan trauma lain.

Menurut robeknya peritoneum (how)

- Ruptur uteri komplit
- Robekan pada dinding uterus berikut peritoneumnya (perimetrium).



Gambar 2.7: Ruptur Uteri Komplit

Ruptur uteri inkomplit

Robekan otot rahim tanpa ikut robek peritoneumnya.



Gambar 2.8: Ruptur Uteri Inkomplit

d) Mekanisme Terjadinya dan gejala

Pada umumnya uterus dibagi atas 2 bagian besar korpus uteri dan serviks uteri. Batas keduanya disebut isthmus uteri. Bila kehamilan sudah kira-kira kurang lebih dari 20 minggu, maka mulailah terbentuk SBR isthmus ini. Batas antara korpus yang kontraktile dan SBR yang pasif disebut lingkaran dari bandl. Bila lingkaran bandl meninggi, kita harus waspada terhadap kemungkinan adanya ruptur uteri mengancam (RUM).

Ruptur uteri terutama disebabkan oleh peregangan yang luar biasa dari uterus, sedangkan uterus yang sudah cacat, mudah dimengerti, karena adanya lokus minoris resisten.

Rumus mekanisme terjadinya ruptur uteri:

$$\boxed{\mathbf{R} = \mathbf{H} + \mathbf{O}}$$

Dimana: R = Ruptur

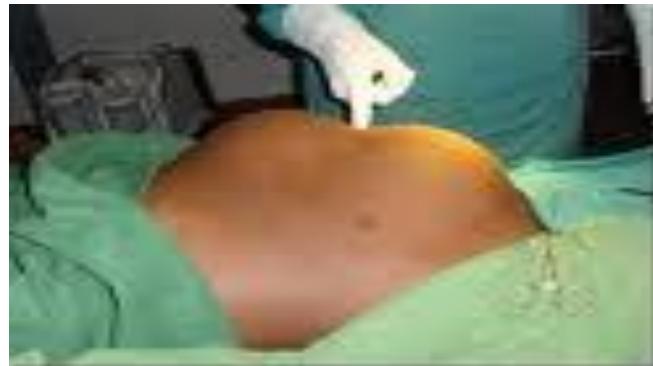
H = His kuat (tenaga)

O = Obstruksi (halangan)

Secara klasik, ruptur uteri ditandai dengan nyeri abdomen akut dan perdarahan pervaginam berwarna merah segar, berhentinya kontraksi uterus, serta distres janin yang ditandai dengan bradikardi janin. Gejala ruptur uteri 'iminen':

- Penderita tampak gelisah dan kesakitan.
- Pernapasan dan nadi cepat.
- SBR tegang dan nyeri pada perabaan dan dirasakan terus menerus.

- Lingkaran retraksi patologis Bandl.
- Ligamentum rotundum tegang.
- Gawat janin.



Gambar 2.9: Lingkaran Retraksi Patologis (Lingkaran Bandl)

Gejala ruptur uteri "sebenarnya":

- Rasa nyeri.
- Syok.
- Palpasi: nyeri, Bagian janin mudah diraba, teraba uterus berkontraksi disamping janin.
- Auskultasi: bradikardi janin (gawat janin sampai mati).
- Periksa dalam: Perdarahan segar dari vagina, bagian terendah janin mudah terdorong keatas, teraba robekan pada dinding rahim.
- Kateterisasi: Hematuri yang hebat menandakan ada robekan pada kandung kemih.

e) Penaganan

Penatalaksanaan ruptur uteri adalah tindakan darurat yang memerlukan intervensi cepat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin. Langkah-langkah penatalaksanaan ruptur uteri meliputi:

- Stabilisasi Pasien:

Segera memberikan cairan intravena dan produk darah untuk mengatasi perdarahan hebat dan mencegah syok hipovolemik.

- Memantau tanda-tanda vital secara ketat, termasuk tekanan darah, denyut jantung, dan saturasi oksigen.
- Persiapan dan Pelaksanaan Bedah Darurat:

Segera mempersiapkan ruang operasi dan tim bedah untuk laparotomi darurat. Jika janin masih hidup, dilakukan persalinan sesar darurat untuk menyelamatkan janin.

- Menilai dan memperbaiki kerusakan pada uterus; dalam beberapa kasus, mungkin diperlukan histerektomi (pengangkatan rahim) jika kerusakan terlalu parah atau perdarahan tidak dapat dikontrol.
- Penanganan Pasca Bedah:

Mengawasi kondisi ibu secara intensif di unit perawatan intensif (ICU) untuk pemulihan dan pemantauan lebih lanjut.

- Melanjutkan pemberian cairan intravena, produk darah, dan obat-obatan sesuai kebutuhan untuk stabilisasi kondisi ibu.
- Memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga setelah kejadian traumatis ini (Al-Zirqi, I., et al. 2012).

7) Infeksi Berat

a) Pengertian

Infeksi berat pada maternal merujuk pada kondisi infeksi yang serius dan mengancam jiwa yang terjadi pada ibu selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas (pasca persalinan). Infeksi ini bisa melibatkan sistem organ yang berbeda dan dapat menyebabkan sepsis atau kondisi infeksi sistemik lainnya yang mempengaruhi kesehatan ibu secara signifikan. Infeksi berat pada maternal dapat timbul dari berbagai penyebab seperti infeksi saluran kemih yang tidak diobati, endometritis setelah persalinan atau intervensi pada rahim, pneumonia, atau infeksi lain yang terkait dengan kondisi medis tertentu atau prosedur medis seperti seksio sesarea.

Penting untuk mendeteksi dan mengobati infeksi berat pada maternal dengan cepat untuk mencegah komplikasi yang lebih serius seperti syok septik atau kegagalan organ. Penanganan yang tepat termasuk pemberian antibiotik yang sesuai, perawatan suportif, dan pengawasan yang ketat terhadap kondisi ibu untuk memastikan pemulihan yang optimal (World Health Organization, 2017).

b) Penyebab

Infeksi berat pada maternal dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik sebelum, selama, atau pasca kehamilan. Berikut adalah beberapa penyebab umum infeksi berat pada maternal:

- Infeksi Saluran Kemih (ISK): Infeksi ini dapat naik ke ginjal dan menyebabkan pionefritis, yang merupakan infeksi serius pada sistem kemih.
- Endometritis: Infeksi pada rongga rahim yang sering terjadi setelah persalinan atau prosedur operasi pada rahim seperti persalinan dengan seksio sesarea.
- Sepsis: Infeksi bakteri yang menyebar melalui aliran darah dan dapat mempengaruhi seluruh tubuh, termasuk organ vital seperti jantung, paru-paru, dan ginjal.
- Pneumonia: Infeksi paru-paru yang serius dapat terjadi pada ibu hamil atau pasca persalinan, terutama jika terdapat faktor risiko seperti penurunan imunitas atau perubahan anatomic akibat kehamilan.
- Infeksi Cesar atau Luka Operasi: Infeksi pada luka bekas operasi seperti seksio sesarea atau episiotomi yang tidak diobati dengan baik dapat berkembang menjadi infeksi berat.
- Infeksi Virus seperti Influenza atau COVID-19: Infeksi virus yang menyebabkan pneumonia atau sepsis pada ibu hamil juga dapat menjadi penyebab infeksi berat pada maternal.
- Infeksi Kronis atau Penyakit Menular Seksual (PMS): Infeksi seperti HIV atau hepatitis B atau C dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil secara serius jika tidak terdiagnosa atau diobati dengan baik.
- Kondisi Medis Predisposisi: Beberapa kondisi medis seperti diabetes yang tidak terkontrol, obesitas, atau penyakit autoimun dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi berat pada ibu hamil (Acosta, C. D., 2016).

c) **Gejala**

Gejala infeksi berat pada maternal dapat bervariasi tergantung pada jenis infeksinya dan seberapa parah kondisi tersebut. Gejala umum yang dapat muncul meliputi:

- Demam tinggi: Suhu tubuh di atas 38°C yang berlangsung lebih dari beberapa jam atau hari.

- Kehilangan nafsu makan dan mual: Tanda umum dari respons tubuh terhadap infeksi.
- Nyeri atau ketidaknyamanan: Terutama di area rahim atau perut bagian bawah, yang dapat menunjukkan endometritis atau infeksi saluran kemih.
- Sakit kepala: Terkadang disertai dengan kebingungan atau perubahan perilaku, terutama pada kasus sepsis yang parah.
- Perdarahan yang tidak normal: Misalnya, perdarahan abnormal pasca persalinan yang lebih dari yang diharapkan, dapat menjadi tanda infeksi rahim atau komplikasi lainnya.
- Sesak napas atau nyeri dada: Gejala yang dapat mengindikasikan pneumonia atau komplikasi pernapasan lainnya akibat infeksi.
- Tekanan darah rendah: Tanda dari syok septik, di mana infeksi menyebabkan penurunan tekanan darah yang berbahaya.
- Gejala lain yang tidak biasa: Seperti pengeluaran cairan dari luka operasi (seperti seksio sesarea) yang berbau atau berwarna tidak normal, atau gejala lain yang menunjukkan infeksi organ tertentu.

Gejala-gejala ini perlu diidentifikasi dan ditangani dengan cepat oleh tenaga medis terlatih untuk mencegah komplikasi lebih lanjut yang dapat membahayakan nyawa ibu. Penting bagi wanita hamil atau baru melahirkan untuk memantau perubahan-perubahan dalam tubuh mereka dan segera menghubungi profesional kesehatan jika mengalami gejala yang mencurigakan (Acosta, C. D., et al. 2016).

d) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan infeksi berat pada maternal melibatkan pendekatan yang cepat dan komprehensif untuk mengurangi risiko komplikasi serius dan memastikan pemulihan yang optimal bagi ibu. Berikut adalah langkah-langkah umum dalam penanganan infeksi berat pada maternal:

- Identifikasi dan Diagnosis Cepat:
Mengumpulkan riwayat medis lengkap, termasuk riwayat kehamilan dan persalinan.
- Melakukan pemeriksaan fisik dan penilaian tanda vital secara berkala untuk memantau perkembangan infeksi.

- Melakukan tes laboratorium seperti tes darah lengkap, kultur darah, dan tes fungsi organ untuk menentukan jenis infeksi dan seberapa parah kondisinya.
- Pemberian Antibiotik yang Sesuai:
Berdasarkan hasil kultur dan sensitivitas, memberikan antibiotik spektrum luas untuk menangani infeksi bakteri.
- Penggunaan antibiotik harus sesuai dengan pedoman dan protokol pengobatan infeksi pada wanita hamil, dengan mempertimbangkan kemungkinan pengaruh terhadap janin.
- Manajemen Cairan dan Dukungan Hemodinamik:
Mengelola kebutuhan cairan ibu untuk mencegah dehidrasi dan mengoptimalkan fungsi organ.
- Monitor tekanan darah secara ketat dan berikan dukungan hemodinamik sesuai kebutuhan untuk menghindari syok septik.
- Perawatan Intensif dan Monitorisasi:
Menempatkan ibu dalam unit perawatan intensif (ICU) jika diperlukan untuk pemantauan yang lebih intensif dan perawatan yang lebih mendetail.
- Memantau tanda-tanda vital secara teratur, termasuk pengukuran suhu, tekanan darah, denyut jantung, dan saturasi oksigen.
- Evaluasi dan Tindak Lanjut:
Menilai respon terhadap pengobatan secara berkala dengan memantau perkembangan gejala dan tanda infeksi.
- Evaluasi ulang terapi antibiotik berdasarkan respons klinis dan hasil tes laboratorium.
- Edukasi dan Dukungan Psikologis:
Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi dan perawatan yang diberikan.
- Menyediakan dukungan psikologis dan emosional kepada ibu dan keluarganya selama periode perawatan dan pemulihan.
- Penatalaksanaan infeksi berat pada maternal sering kali memerlukan kerjasama antara tim medis multidisiplin termasuk obstetri, anestesiologi, mikrobiologi, dan perawatan intensif. Prioritas utama adalah untuk mengendalikan infeksi dengan efektif, mengelola komplikasi yang mungkin timbul, dan

memastikan keselamatan dan kesehatan ibu serta janin (Acosta, C. D., et al. 2016).

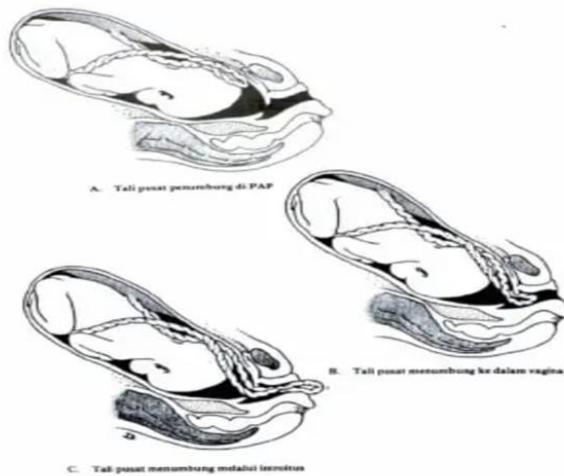
8) Prolapsus Tali Pusat

a) Pengertian

Tali pusat menumbung adalah keadaan dimana tali pusat berada disamping atau melewati bagian terendah janin di dalam jalan lahir setelah ketuban pecah. Penekanan tali pusat antara bagian terbawah janin dengan panggul ibu mengurangi atau menghentikan aliran darah ke janin dan apabila tidak dikoreksi akan menyebabkan kematian bayi.

b) Klasifikasi

Terletak di samping bagian terbawah janin di PAP. Penumbungan yang tidak begitu nyata seperti ini lebih sering dari umumnya diduga. Keadaan ini dapat menyebabkan kematian bayi dalam persalinan tanpa meninggalkan bukti-bukti sedikitpun pada persalinan pervaginam. Turun ke vagina. Melewati introitus dan keluar dari vagina.



Gambar 2.10: Klasifikasi Prolapsus Uteri

c) Penyebab

Penyebab terjadinya tali pusat menumbung adalah presentasi abnormal, prematuritas, kehamilan ganda, hydroamnion, plasenta previa dan letak plasenta rendah, bagian terendah yang tinggi, dan tali pusat yang panjang.

d) Diagnosis

Diagnosis tali pusat menumbung dibuat dengan dua cara, diantaranya: yang pertama melihat tali pusat di luar vulva dan yang kedua adalah meraba tali pusat pada pemeriksaan vaginal.

e) Penanganan

Tali pusat menumbung dibiarkan dan persalinan diteruskan pada keadaan- keadaan sebagai berikut:

- Bila janin sudah meninggal.
- Janin diketahui abnormal (mis. *Anencephalus*).
- Bila janin masih sangat prematur sehingga tidak ada harapan untuk dapat hidup. Tidak ada gunanya memberikan risiko pada ibu.
- Usaha-usaha untuk mengurangi kompresi tali pusat dan memperbaiki. Keadaan janin adalah sebagai berikut:
 - Penolong mamasukkan satu tangan ke dalam vagina dan mendorong bagian terendah ke atas mejauhi tali pusat. Pada waktu yang berasamaan dilakukan persiapan untuk menolong persalinan.
 - Pasien diletakkan dalam sikap lutut-dada (knee chest) atau Trendelenburg, dengan pinggul di atas dan kepala di bawah.
 - Diberikan oksigen dengan masker kepada ibu.
 - Denyut jantung janin sering diperiksa dengan teliti.
 - Dilakukan pemeriksaan vaginal untuk menentukan presentasi, pembukaan cervix, turunnya bagian terendah dan keadaan tali pusat.
 - Jika pembukaan sudah lengkap dilakukan usaha-usaha untuk berbagai presentasi sebagai berikut:
 - Presentasi kepala, kepala rendah di dalam panggul: Ekstraksi dengan forceps.
 - Presentasi kepala. Kepala tinggi: versi ekstraksi. Cara ini mengandung bahaya terjadinya ruptura uteri tetapi oleh karena ini merupakan usaha dalam keadaan putus asa untuk menyelamatkan anak maka risiko tersebut harus diambil.
 - Presentasi bokong: Kedua kaki diturunkan dan bayi dilahirkan sebagai presentasi bokong kaki secepat mungkin.
 - Letak lintang: Versi dalam menjadi presentasi kaki dan segera dilakukan ekstraksi.

- Jika pembukaan belum lengkap dilakukan usaha-usaha sebagai berikut:
 - Sectio caesarea merupakan pilihan utama selama bayinya cukup bulan dan dalam keadaan baik. Nasib bayi pada sectio caesarea jauh lebih baik dibanding kelahiran dengan cara lain. Bahaya untuk ibu juga sangat kurang dibanding dengan melahirkan bayi secara paksa pada pembukaan yang belum lengkap. Sementara dilakukan persiapan operasi, diadakan usaha-usaha untuk mengurangi kompresi tali pusat seperti tersebut di atas.
 - Reposisi tali pusat dapat dicoba jika tidak dapat dikerjakan sectio caesarea. Tali pusat dibawa ke atas ke dalam uterus, sedang bagian terendah janin didorong ke bawah masuk panggul kemudian ditahan. Kadang-kadang reposisi tali pusat berhasil tetapi umumnya kita kehilangan banyak waktu yang berharga pada waktu melakukannya.
 - Jika usaha ini tidak berhasil. Pasien dipertahankan dalam posisi Trendelenburg dengan harpan tali pusat tidak tertekan sehingga bayi tetap dapat hidup sampai pembukaan menjadi cukup lebar untuk memungkinkan lahirnya bayi.
 - Dilatasi cervix secara manual, insisi cervix, dan cara-cara lain untuk memaksakan pembukaan cervix tidak akan pernah dapat diterima. Keberhasilannya kecil sedang risiko untuk ibu besar.

9) Distosia Bahu

a) Pengertian

Distosia bahu adalah kegawatdaruratan obstetrik yang terjadi selama persalinan pervaginam ketika bahu janin tidak dapat lahir dengan sendirinya setelah kepala janin dilahirkan.

b) Faktor Resiko

Laporan pada penelitian (Akbar, H. & Prabowo, 2017) mengklasifikasikan faktor risiko distosia bahu menjadi dua.

- Antepartum
 - Riwayat distosia bahu
 - Usia ibu 35 tahun

- Makrosomia
 - Diabetes (Melitus atau gestasional)
 - IMT >30kg/m
 - Disporporksi sefalopelvik relatif
 - Induksi persalinan
 - Kehamilan post-term.
- Intrapartum
- Kala I persalinan memanjang
 - Secondary arrest
 - Kalla II persalinan memanjang
 - Augmentasi Oksitosin
 - Persalinan pervaginam yang ditolong dengan instrumen (Forceps atau vakum).

c) Tanda Klinis

Meski sudah berusaha sekutu tenaga dan gerakan yang tepat, traksi pada kepala bayi tidak mampu melahirkan bahu yang masih berada di kranial simfisis pubis. Bayi tidak dapat dilahirkan karena bahu tertahan, tetapi kepala bayi telah lahir. Kepala bayi telah lahir, tetapi tetap menekan vulva dengan kencang. Dagu tertarik dan menekan perineum.

Turtle sign adalah kepala bayi tiba-tiba masuk ke dalam perineum ibu setelah keluar dari vagina. Pipi bayi yang menonjol menyerupai kepala kura-kura yang kembali ke cangkangnya. Penarikan kepala bayi dilakukan karena bahu depan bayi terperangkap di tulang pubis ibu, sehingga mencegah kelahiran tubuh bayi.



Gambar 2.11: Turtle Sign

d) Komplikasi

Efek samping distosia bahu pada janin antara lain Fraktur tulang (*klavikula* dan *humerus*), kerusakan *pleksus brakialis*, dan *hipoksia*, yang secara permanen dapat membahayakan otak. Menarik dan memutar kepala dan leher berpotensi mengakibatkan dislokasi tulang belakang leher yang fatal.

- Maternal

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu bersalin dengan distosia bahu adalah kehilangan darah yang signifikan akibat laserasi vagina dan vulva. Pendarahan dapat terlihat selama persalinan atau pada periode postpartum. Bisa karena laserasi atau atonia yang terjadi. Persalinan yang melibatkan distosia bahu telah dilaporkan sebagai penyebab ruptur uteri. Atonia kandung kemih, yang seringkali bersifat sementara, dapat disebabkan oleh penekanan bahu depan langsung pada kandung kemih ketika terjadi distosia bahu. Hiperrefleksi berlebihan dalam upaya mengeluarkan bahu dapat memisahkan simfisis pubis atau membahayakan saraf femoral kulit.

- Neonatus

Setelah melahirkan dengan distosia bahu, 20% bayi akan mengalami beberapa cedera sementara atau permanen. Cedera yang paling sering terjadi antara lain:

- Cedera *pleksus brakhialis*

Pleksus brakialis berasal dari saraf CS-C8 ke TI. Cedera pada pleksus brakialis dapat terletak di bagian atas atau bawah pleksus. Ini biasanya hasil dari traksi ke bawah pleksus brakialis saat melahirkan bahu depan.

- Fraktur klavikula

Fraktur klavikula adalah cedera kedua yang paling sering terjadi. Distosia bahu rata-rata mempengaruhi 10% dari semua persalinan. Tekanan yang signifikan dihasilkan untuk memaksa kepala. Bayi keluar dari jalan lahir jika bahu dan dada bayi lebih besar dari panggul ibu. Ketegangan pada bayi baru lahir tertentu dapat menyebabkan patah tulang selangka, yang dapat membuat dada dan bahu bayi lebih kecil untuk melahirkan.

- Fraktur Humerus

Sekitar 4% bayi baru lahir dengan distosia bahu lahir dengan fraktur humerus. Fraktur pada humerus sembuh dengan cepat

- Kontusio

Persalinan dengan distosia bahu berisiko menyebabkan kontusio akibat tekanan oleh tulang pubis.

10) Asfiksia

Komplikasi yang paling ditakuti dari distosia bahu adalah asfiksia bayi. Selama kelahiran kepala dan tubuh bayi, pH arteri umbilikalis turun 0,04 unit per menit. Artinya, dalam waktu lima menit setelah melahirkan, pH bayi bisa turun dari 7.2 menjadi 7.0 yang didefinisikan sebagai asfiksia. Penatalaksanaan Manuver dalam mengatasi Distosia Bahu

a) *Manuver Rubin*

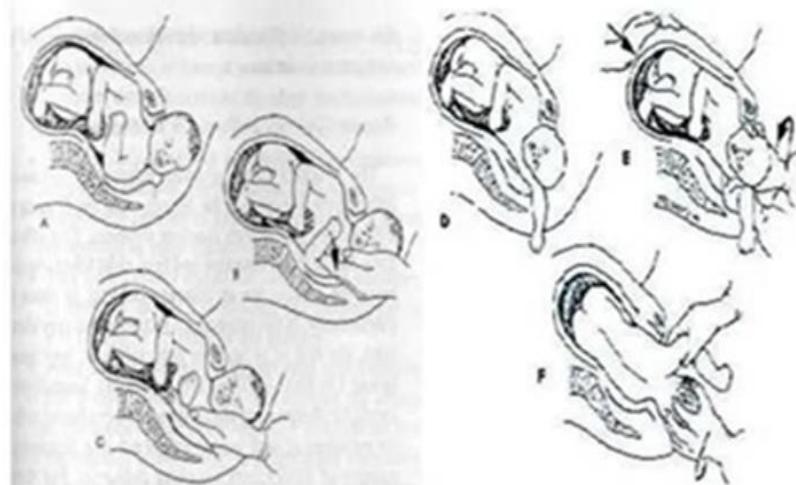
Rubin menyarankan dua tindakan. Dengan menekan perut, bahu janin pertama-tama digerakkan dari sisi ke sisi. Jika tidak berhasil, tangan di pinggul mencengkeram bahu terdekat dan menekannya ke permukaan anterior bahu. Biasanya hal ini karena abduksi kedua bahu, menyebabkan diameter antara bahu dan pergeseran bahu anterior dari belakang simfisis pubis. Satu tangan dimasukkan dari depan atau belakang, dan bahu diputar 30 sehingga bertemu pada diameter miring panggul (Boulogne, et al., 2016).



Gambar 2.12. Manuver Rubin

b) *Manuver Jacquemir*

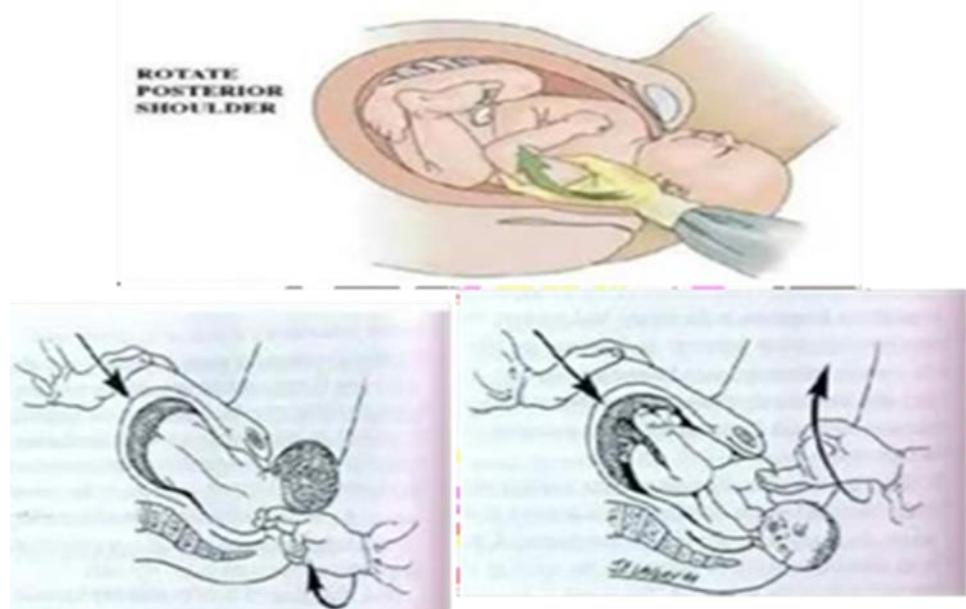
Mengeluarkan bahu belakang secara manual adalah prinsip dari manuver ini. Penyusuran lengan setelah turunnya lengan belakang janin dengan hati-hati hingga mencapai dada. Bahu depan kemudian dilahirkan setelah cingulum pektoral diputar ke arah salah satu diameter miring panggul.



Gambar 2.13: Manuver Jacquemir

c) **Manuver Woodscrew**

Bahu depan yang menyempit dapat dibebaskan dengan memutar bahu belakang secara bertahap searah jarum jam 180° atau berlawanan arah jarum jam dengan gerakan membuka botol. Intinya, gerakan ini memutar bahu dari posisi posterior ke posisi anterior.

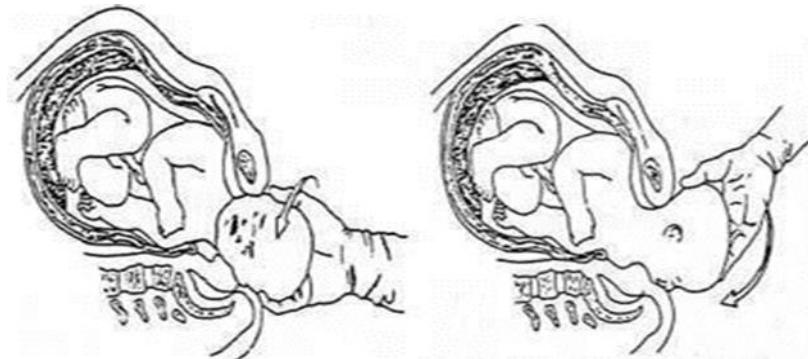


Gambar 2.14: Manuver Woodscrew

d) **Manuver Zavanelli**

Prosedur Zavanelli dilakukan dengan menempatkan kepala kembali ke dalam rongga panggul, dan bayi kemudian dilahirkan melalui operasi caesar. Bila kepala janin terpelintir dari posisi tersebut, langkah awal manuver ini adalah mengembalikannya ke posisi oksiput anterior atau

posterior. Langkah kedua yaitu kepala kemudian ditekuk dengan hati-hati dan didorong kembali ke dalam vagina, yang diikuti dengan kelahiran sesar.



Gambar 2.15: Manuver Zavanelli

e) Kleidotomi

Kleidotomi merupakan pemotongan tulang klavikula dengan gunting atau benda tajam lain untuk memperpendek diameter biacromial. Tindakan ini dilakukan jika manuver lain gagal dilakukan. Biasanya dilakukan ada bayi yang sudah mati.

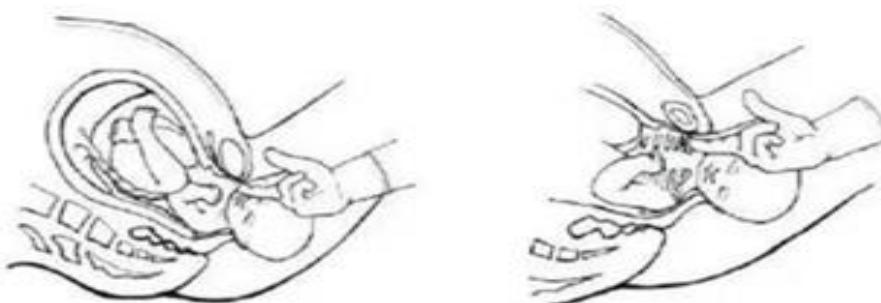
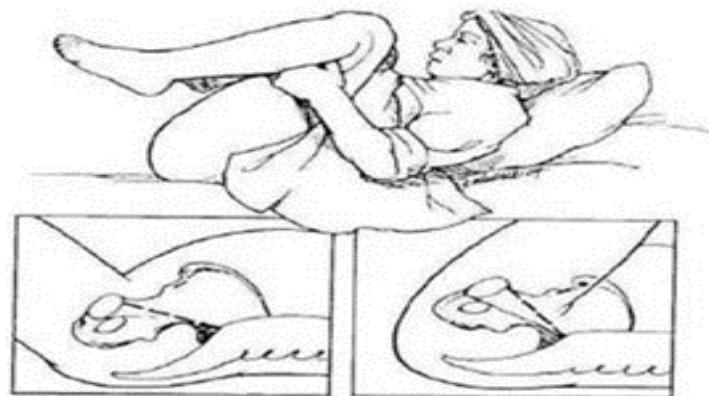


Figure 11 - Breaking the clavicle

Gambar 2.16: Kleidotomi

f) Manuver *McRobert*

Putar kaki ke luar sambil melenturkan paha untuk membawa lutut sedekat mungkin ke dada (abduksi). Episiotomi cukup luas. Bahu posterior dapat melewati tanjung dan masuk ke panggul dengan lebih mudah ketika episiotomi dan postur McRobert digabungkan.



Gambar 2.17: Manuver McRobert

g) Manuver Mazzanti

Seorang asisten menerapkan penekanan suprapubik sementara penyelamat terus menerapkan traksi ke bawah yang kuat untuk melahirkan bahu depan.



Gambar 2.18: Manuver Mazzanti

h) Manuver Gaskin

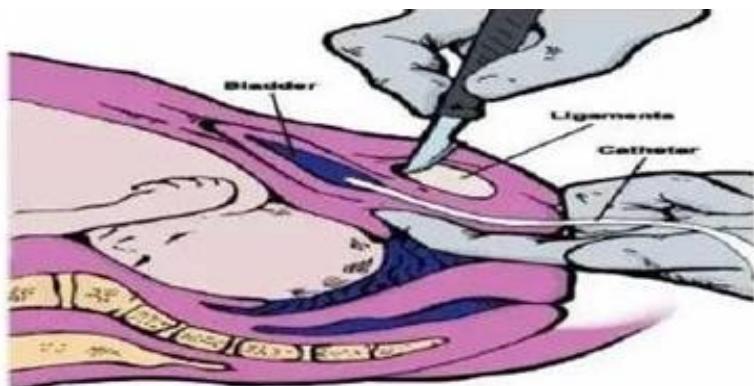
Pergerakan sendi sakroiliaka saat merangkak harus menghasilkan peningkatan satu hingga dua sentimeter pada diameter sagital panggul.



Gambar 2.19: Manuver Gaskin

i) **Simfisiotomi**

Simfisiotomi juga dilakukan jika manuver lain gagal



Gambar 2.20: Simfisiotomi

Menurut beberapa literatur, ada banyak perawatan untuk mengobati distonia bahu, termasuk manajemen 4P dan ALARMER. Dalam proses penanganan distosia bahu dilakukan upaya untuk menghindari 4P yaitu:

- Pull: Risiko cedera plexus brachialis meningkat dengan traksi kepala/leher yang kuat atau lateral.
- Push: Mendorong fundus karena tidak membantu ketika bahu sepenuhnya impaksi dan kemungkinan ruptur uteri. Meningkatkan
- Panic: Setiap penolong harus menjaga ketenangannya sehingga dia dapat mendengar dan memahami ketika ibu membutuhkan bantuan dan agar dia dapat dengan jelas menunjukkan kapan harus mendorong dan kapan tidak mendorong. Semua penanganan dilakukan melalui manuver yang sistematis.
- Pivot: Hiperfleksi kepala dengan *Os. Cocygeus* sebagai poros.

11) Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc. Atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala 1 yaitu serviks membuka kurang dari 4 em sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum serjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2014).

Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah pendarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2014).

a) Jenis Perdarahan

Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu perdarahan postpartum primer/dini dan perdarahan postpartum sekunder/lanjut.

- Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.
- Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Manuaba. 2014).

b) Etiologi Perdarahan Postpartum

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu tone (tonus: atonia uteri), tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi: laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah). Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma seperti laserasi, ruptura uteri dll. Sebesar 20%, tisure (jaringan) seperti retensio plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta thrombin (koagulopati) atau gangguan pembekuan darah seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), thombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH.

c) Pengelolaan dan Penatalaksanaan

- Manajemen aktif persalinan kala tiga terbukti mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Manajemen aktif persalinan kala tiga terdiri dari tiga tindakan yaitu injeksi oksitosin segera setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali, dan masase uterus pasca kelahiran plasenta.

- Prosedur penanganan perdarahan postpartum dapat disingkat dengan HAEMOSTASIS. Tatalaksana ini terdiri dari tatalaksana awal diantaranya meminta bantuan, memasang jalur intravena dengan kateter ukuran besar, mencari etiologi dan melakukan masase uterus. Langkah selanjutnya yaitu memberikan obat-obatan berupa preparat uterotonika, diantaranya oksitosin, metilergometrin, dan Misoprostol. Oksitosin diberikan 10-20 unit dalam 500 mL NaCl 0,9% atau 10 unit intramuskular. Misoprostol merupakan analog prostaglandin E, diberikan dengan dosis 600-1000 mcg dengan rute pemberian per oral, rektal atau vaginal.
- Setelah memberikan obat-obatan, langkah selanjutnya adalah memberikan tatalaksana konservatif non bedah, seperti menyingkirkan faktor sisa plasenta atau robekan jalan lahir, melakukan kompresi bimanual atau kompresi aorta abdominal.

12) Atonia Uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Sylvi Wafda, 2019). Atonia uteri adalah suatu keadaan berupa kegagalan uterus berkontraksi dengan baik setelah proses persalinan. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yang merupakan suatu keadaan darurat obstetri. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri. Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi. Hal ini merupakan penyebab perdarahan postpartum yang paling penting dan biasa terjadi segera setelah lahir hingga 4 jam persalinan. Atonia uteri menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik.

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 yaitu tone (tonus; atonia uteri), tissue (jaringan; retensi plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah). Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma seperti laserasi, ruptura uteri dll. sebesar 20%, tissue (jaringan) seperti retensi

plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta thrombin (koagulopati) atau gangguan pembekuan darah seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), thrombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH.

Faktor-faktor predisposisi atonia uteri meliputi beberapa hal berikut:

- Persalinan lama
- Persalinan cepat, distensi uterus (kehamilan multijanin, polihidramnion, makrosomia janin)
- Fibroid Rahim
- Korioamnionitis
- Indikasi infus magnesium sulfat dan penggunaan oksitosin dalam waktu lama
- Kontraksi uterus yang tidak efektif baik secara vokal maupun difus
- Kelainan plasenta (seperti perlekatan plasenta yang tidak sehat, plasenta previa, dan solusio plasenta)
- Koagulopati (peningkatan produk degradasi fibrin)
- Inversio uteri
- Indeks massa tubuh (BMI) di atas 40 (obesitas kelas III) juga diketahui merupakan faktor risiko atonia uteri pasca

a) Tanda dan Gejala Atonia Uteri

- Perdarahan pervaginam
Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Peristiwa sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan disebabkan tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.
- Konsistensi rahim lunak
Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.
- Fundus uteri naik.
- Terdapat tanda-tanda syok
- Nadi cepat dan lemah (110 kali/menit atau lebih).
- Tekanan darah sangat rendah tekanan sistolik < 90 mmHg.
- Pucat.
- Keringat/kulit terasa dingin dan lembab.
- Pernafasan cepat frekuensi 30 kali/menit atau lebih..

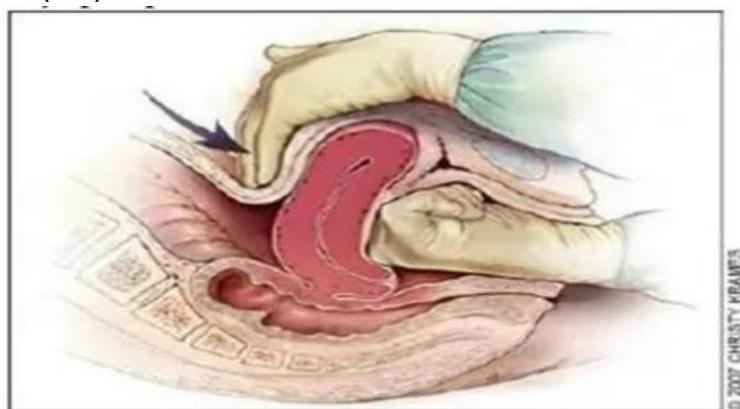
- Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran.
- Urine yang sedikit (<30 cc/jam).

b) Diagnosis Atonia Uteri

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian dalah pengganti.

c) Penatalaksanaan

Jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan Rangsangan taktil (masase) fundus uteri maka patut di duga telah terjadi Atonia uteri. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI).

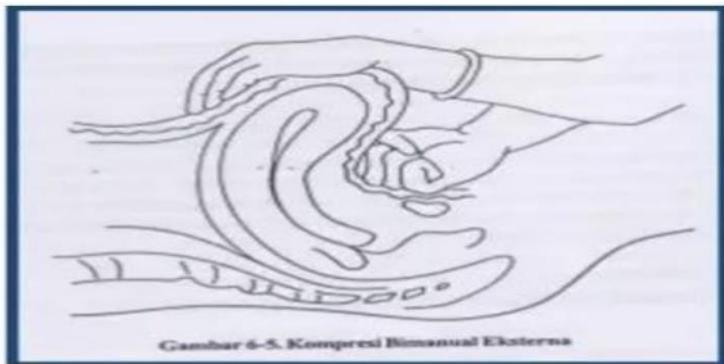


Gambar 2.21: Kompresi Bimanual Internal (KBI)

- Pakai sarung tangan DTT/steril, kemudian secara hati-hati masukkan satu tangan secara obstetrik menyatukan kelima ujung jari (melalui introitus kedalam vagina).
- Periksa vagina dan serviks jika ada bekuan darah pada kavum uteri maka segera keluarkan karena kondisi ini dapat menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.
- Setelah melewati introitus dan berada di dalam vagina maka kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior. Dengan dataran jari-jari tangan dalam, tekan dinding anterior segmen bawah uterus ke arah tangan luar sedang sedang

mendorongg dinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus di jepit dari arah depan dan belakang.

- Aplikasikan tekanan yang kuat pada uterus di antara kedua Tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang berjalan diantara miometrium dan juga merangsang miometrium untuk segera berkontraksi.
- Evaluasi keberhasilan:
 - Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan panatu ibu secara melekat selama kala IV.
 - Jika uterus erkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung. periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan.
 - Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE). Langkah-langkah Kompresi Bimanual Eksternal (KBE):



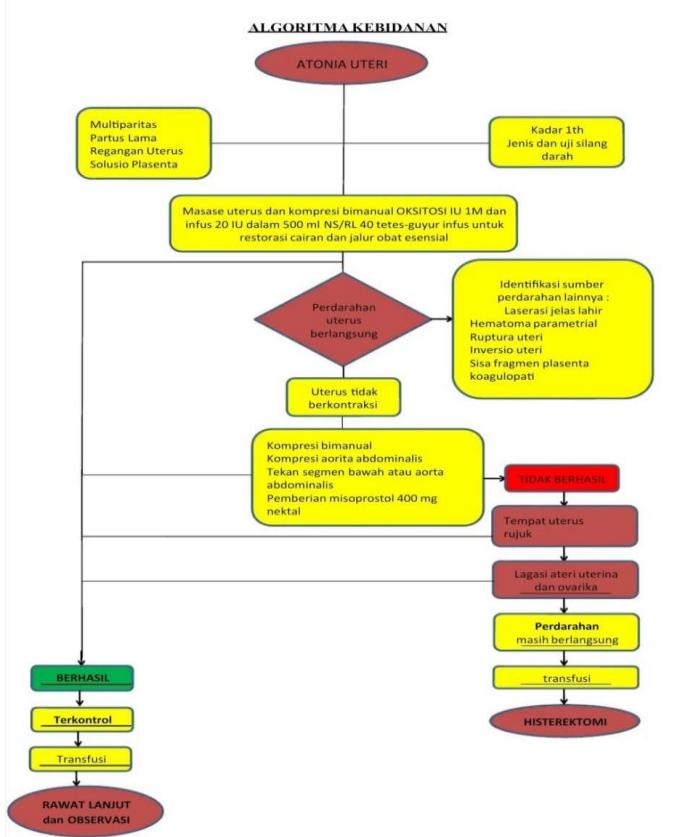
Gambar 2.22: Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)

- Letakkan satu tangan pada dinding abdomen, di dinding depan korpus uteri di atas simfisis pubis.
- Letakkan tangan lain pada dinding bdomen dan dinding belakang korpus uteri, sejajar dengan dinding depan korpus uteri. Usahakan untuk mencakup / memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.
- Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam anyaman miometrium dapat di jepit secara manual. Cara ini

dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.

- Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 mcg per rektal. Jangan berikan ergometrin pada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat manaiakan tekanan darah.
- Gunakan jarum berdiameter (ukuran 16 atau 18), pasang infus larutan kristaloid untuk restorasi cairan secara cepat dan berikan oksitosin 20 IU dalam 500 cc larutan linder laktat dengan kecepatan 30 tetes/ menit.
- Pakai sarung tangan DTT/ steril kemudian ulangi KBI
- Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana. Ibu Membutuhkan tindakan gawatdarurat di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- Sambil membawa ibu ketempat rujukan, teruskan pemberian infus dan uterotonika, juga KBI/ KBE.

d) Algoritma Atonia Uteri



Gambar 2.23: Algoritma Atonia Uteri

13) Perlukaan Jalan Lahir

Rupture perineum adalah perlukaan jalan lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat maupun tidak menggunakan alat. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan. Keluhan ruptur perineum tidak hanya berperan atau menjadi bagian penting dari proses persalinan, tetapi juga diperlukan untuk mengontrol buang air besar dan buang air kecil, menjaga aktivitas peristaltik normal (dengan menjaga tekanan intra abdomen) dan fungsi seksual yang sehat. Rupture perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama, dan tidak juga pada persalinan berikutnya. Semua laserasi perineum, kecuali yang sangat super fisial akan disertai perlukaan vagina bagian bawah dengan derajat yang bervariasi (Widiasari, K. R., & Lestari, 2021).

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 yaitu tone (tonus; atonia uteri), tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah). Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma seperti laserasi, ruptura uteri dll. sebesar 20%, tisuue (jaringan) seperti retensio plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta thrombin (koagulopati) atau gangguan pembekuan darah seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), thombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH.

a) Penyebab

Rupture perineum merupakan penyebab kedua perdarahan post partum setelah atonia uteri. Ruptur Perineum dapat terjadi pada persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Rupture perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama, dan tidak juga pada persalinan berikutnya. Semua laserasi perineum, kecuali yang sangat super fisial akan disertai perlukaan vagina bagian bawah dengan derajat yang bervariasi. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina. Kesalahan pada teknik mengejan juga bisa berdampak terjadinya robekan perineum yaitu bilamana ibu bersalin mengejan sambil mengangkat bokong, selain itu membuat

proses mengejan tidak maksimal, juga bisa memperparah robekan perineum (daerah antara vagina dan anus). Robekan yang semacam itu dapat mencapai kedalaman tertentu itu sehingga mengenai muskulus spinterani dan dapat meluas dalam dinding vagina dengan berbagai kedalaman (Cunningham, et. Al. 2006 dalam (Widiasari, K. R., & Lestari, 2021).

Penyebab-penyebab terjadinya rupture perineum dibagi dua yaitu penyebab maternal dan penyebab neonatal. Penyebab maternal yakni primipara, partus presipitatus, Partus diselesaikan secara tergesa-gesa, edema dan kerapuhan pada perineum, varikositas yang melemahkan jaringan perineum, arcus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang juga sempit sehingga menekan kepala bayi ke arah posterior, peluasan episiotomi sedangkan penyebab neonatal yakni Bayi besar yaitu bayi >4000 gram, posisi kepala yang abnormal, misalnya presentasi muka occipito posterior, kelahiran bokong letak sungsang, ekstraksi forceps. Yang sukar, distosia bahu, anomali konginetal, seperti hidrosepalus (Widiasari, K. R., & Lestari, 2021).

Bahaya distosia bahu sebagian besar diakibatkan ketidaktahuan klinisi tentang menangani kedaruratan dengan tepat. Situasi ini memberikan sedikit waktu untuk mengatasi masalah sebelum bayi mengalami cedera atau kematian.

b) Gejala-Gejala

- Janin besar
- Diabetes maternal
- Lewat waktu
- Riwayat obstetri bayi besar
- Riwayat keluarga dengan saudara kandung besar
- Obesitas maternal
- Riwayat obstetri kesulitan pelahiran atau distosia bahu sebelumnya
- Disproporsi sefalopelvik
- Fase aktif yang tidak tentu pada kala I persalinan
- Kala II persalinan yang memanjang
- Ada indikasi perlu rotasi midpelvis atau pelahiran dengan forsep atau vakum ekstraktor.

c) Tingkatan Robekan Perineum

- Tingkat I
Kulit perineum dan mukosa vagina
- Tingkat II
Kulit perineum, mukosa, dinding belakang vagina dan jaringan ikat yg menghubungkan otot-otot diafragma urogenitalis terluka
- Tingkat III
Kulit perineum, mukosa vagina, dinding depan rektum, sfingter Ani eksternus robek
- Tingkat IV atau total ruptur
Bila seperti diatas robek dan total muskulus sfingterani baik inter maupun eksternus robek
- Robekan tingkat III & IV
Sebaiknya dirujuk ke RS untuk dapat dijahit secara sempurna Pada robekan total, perlu penanganan pasca bedah yaitu penderita diberi makanan yg tdk mengandung selulosa dan mulai hari ke dua diberikan obat parafinum liquidum 2 x sesendok makan dan bila perlu pd hr ke 6 di klisma minyak.

d) Penanganan/Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *rupture perineum* terdiri dari penatalaksanaan derajat I, robekan ini diperbaiki sesederhana mungkin, derajat II robekan ini lebih dalam Pada robekan ini akan dilakukan perbaikan. Lapis demi lapis, sedangkan derajat III dan IV biasanya dilakukan oleh dokter umum atau dokter obgyn karena luka dalam bahkan hingga rectum diperbaiki sama lapis demi lapis (Hidayat, AAA. 2007 dalam (Widia, 2017)).

Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah robekan pada perineum saat bersalin adalah dengan atau pijat perineum. Pijat perineum adalah salah satu cara yang paling kuno dan paling pasti untuk meningkatkan kesehatan, aliran darah, elastisitas, dan relaksasi otot-otot dasar panggul. Jika sampai terjadi ruptur perineum, pemijatan perineum dapat mempercepat proses penyembuhan perineum (Beckmann and Andrea J, 2006 dalam (Mutmainah, April 2019).

Pijat perineum adalah salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan, aliran darah, elastisitas, dan relaksasi otot-otot dasar

panggul. Teknik ini, jika dilatih pada tahap akhir kehamilan (mulai minggu ke-34) sebelum persalinan, juga akan membantu mengenali dan membiasakan diri dengan jaringan yang akan dibuat rileks dan bagian yang akan dilalui oleh bayi (Morgan, 2007 dalam (Mutmainah, April 2019).

14) Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya Plasenta selama 30 menit setelah bayi lahir. Hal itu disebabkan karena Plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan Tetapi belum dilahirkan. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan Pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara Plasenta dan uterus. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal dalam Uterus dan dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau Lebih sering sekunder. Proses kala III didahului dengan tahap pelepasan Atau separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara Pelepasan Duncan) atau plasenta sudah lepas tetapi tidak keluar Pervaginam (cara pelepasan Schultze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, Plasenta lahir. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan Perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala tiga) dan harus Diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala Uri belum lewat setengah jam. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensi plasenta berulang (habitual retensi plasenta).

a) Jenis-jenis Retensio Plasenta

Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu:

- *Plasenta Adhesiva*

Tipis sampai hilangnya lapisan jaringan ikat Nitabush, Sebagian atau seluruhnya sehingga menyulitkan lepasnya plasenta Saat terjadi saat terjadi kontrakti dan retraksi otot uterus.

- *Plasenta Akreta*

Hilangnya lapisan jaringan ikat longgar nitabush sehingga Plasenta sebagian atau seluruhnya mencapai lapisan desidua Basalis. Dengan demikian agak sulit melepaskan diri saat kontraksi atau Retraksi otot uterus. Dapat terjadi tidak diikuti perdarahan karena sulitnya plasenta Lepas. Plasenta manual sering tidak lengkap sehingga perlu diikuti Dengan kuretase.

- *Plasenta Inkreta*

Implantasi jonjot plasenta sampai mencapai otot uterus, Sehingga tidak mungkin lepas sendiri. Perlu dilakukan plasenta manual, tetapi tidak akan lengkap dan Harus diikuti: Kuretase tajam dan dalam dan Histerektomi.

- *Plasenta Perkreta*

Jonjot plasenta menembus lapisan otot dan sampai lapisan peritoneumkavum abdominalis. Retensio plasenta tidak diikuti perdarahan. Plasenta manual sangat sukar, bila dipaksa akan terjadi perdarahan dan sulit dihentikan atau perforasi. Tindakan definitif hanya histerektomi.

- *Plasenta Inkarserata*

Plasenta telah lepas dari implantasinya, tetapi tertahan oleh karena kontraksi SBR. Pada kasus retensio, plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan perdarahan dan infeksi. Jika plasenta tidak dikeluarkan, maka dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi sel ganas korio karsinoma.

b) Tanda-Tanda Retensio Plasenta

Dibagi menjadi dua yaitu:

- Tanda-tanda yang selalu ada
 - Plasenta belum lahir 30 menit setelah anak lahir
 - Ada perdarahan
 - Kontraksi uterus baik
 - Pada eksplorasi jalan lahir tidak ada robekan.
- Tanda-tanda yang kadang menyertai
 - Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
 - Inverio uteri akibat tarikan
 - Perdarahan lanjutan.

c) Faktor-faktor penyebab terjadinya retensio plasenta

- Manajemen aktif kala III yang salah, salah satunya pengeluaran plasenta yang tidak hati-hati
- His kurang kuat
- Bentuknya (*plasenta membranacea, plasenta anularis*), dan ukurannya yang sangat kecil juga menjadi faktor penyebab terjadinya retensio plasenta.

- Ketidaknormalan perlekatan plasenta pada miometrium, atau karena plasenta telah berhasil terlepas namun tetap berada dalam uterus karena sebagian serviks tertutup. Kegagalan pelepasan plasenta jauh lebih mengkhawatirkan daripada terperangkapnya plasenta di dalam uterus.
 - Kelainan pertumbuhan rahim: uterus sub septus dan uterus bicornis. Terdapat tiga mekanisme utama penyebab dari retensi plasenta, yaitu:
 - **Invasive Plasenta**
- Perlekatan plasenta yang tidak normal yang disebabkan karena trauma pada endometrium karena prosedure operasi sebelumnya. Hal ini menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta adherent, akreta hingga perkreta. Proses ini menghambat pelepasan plasenta yang mengarah ke retensi plasenta. Mekanisme ini terdapat pada karakteristik pasien dan riwayat obstetrik.
- **Hipoperfusi Plasenta**

Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensi plasenta adalah adanya oxidative stress, yang diakibatkan oleh remodelling arteri spiral yang tidak lengkap dan plasentasi yang dangkal, hal ini umum pada hipoperfusi plasenta dengan retensi plasenta. Pada model kedua ini terdapat pada hipoperfusi plasenta, berkaitan dengan komplikasi kehamilan terkait plasenta. Kontraktilitas yang tidak Adekuat Tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium adalah mekanisme ke tiga yang menyebabkan retensi plasenta.

d) Faktor-faktor yang Berhubungan Retensi Plasenta

- Usia

Faktor usia berpengaruh terhadap faktor power dan passage dalam kaitannya dengan fungsi dan morfologi sistem reproduksi. Retensi plasenta pada ibu bersalin juga dapat dipengaruhi oleh usia ibu. Usia kehamilan yang berisiko adalah <20 tahun dan 35 tahun. Faktor usia yaitu karena kehamilan di usia <20 tahun secara biologis organ reproduksinya masih belum matang, pengetahuannya masih Kurang sehingga rentan terkena anemia yang dapat mengganggu kerja uterus, sehingga risiko

terjadinya perdarahan pasca persalinan akan semakin tinggi. Pada usia 35 tahun terkait dengan kemunduran fungsi organ reproduksi dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit kronis yang meningkatkan risiko terjadinya perdarahan.

Hasil penelitian RSUD Dr. Ibnu Sutowo Baturaja tahun 2017 didapatkan dari 37 responden yang mengalami kejadian retensi plasenta dengan usia beresiko yaitu 26 responden (15,6%). Hasil uji statistik Chi-Square di dapatkan p value 0,050 ini menunjukkan menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kejadian retensi plasenta. Maka hipotesa yang menyatakan menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kejadian retensi plasenta di RSUD Dr Ibnu Sutowo Baturaja terbukti. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Khotijah dkk (2011) di RSUD Banjar Negara menunjukkan ada hubungan yang antara umur dengan kejadian retensi plasenta dengan nilai p value 0,028 ($p < 0,005$).

- Paritas

Primipara adalah seorang wanita yang pernah melihatkan satu kali satu janin atau lebih yang telat mencapai viabilitas. *Multipara* adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga viabilitas. Faktor paritas yaitu Semakin sering ibu Melahirkan maka elastisitas uterus akan semakin terganggu, sehingga risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan akan semakin tinggi.

Ibu pada multipara akan terjadi kemunduran dan cacat pada endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas implantasi plasenta pada persalinan sebelumnya, sehingga vaskularisasi menjadi berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan janin. Pada multipara dan grandemultipara terjadi penurunan elastisitas uterus sehingga miometrium tidak dapat berkonsentrasi dan ber retraksi dengan maksimal yang mengakibatkan terjadinya retensi plasenta.

Hasil penelitian Haryanti 2019 menunjukkan bahwa ada hubungan paritas ibu bersalin dengan kejadian retensi plasenta di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang tahun 2018 dengan p value 0,000 ($p < 0,05$), hal ini sesuai dengan

penelitian yang dilakukan oleh Sari, dkk (2014) yang menyatakan adanya hubungan paritas ibu bersalin dengan kejadian retensi plasenta di RSUD Tamiang Layang Tahun 2013 dengan p value = 0,003 ($p > 0,05$).

- Riwayat *Sectio Cesarea*

Sectio Cesarea atau operasi sesar adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Retensi plasenta atau perlengketan plasenta perlu diwaspadai terjadi pada Vaginal Birth After Caesar (VBAC) saat melakukan penatalaksanaan pada kala tiga. Hal ini dikarenakan perlengketan plasenta yang tidak normal dapat disebabkan oleh trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya sehingga menyebabkan kelainan pada perlengketan plasenta mulai dari plasenta adhesiva, akreta, hingga perkreta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eran et al menyatakan bahwa Wanita dengan riwayat seksio cesara sebelumnya (OR 1,71, 95% CI 1,23-2,36). Riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya ada hubungan dengan kejadian retensi plasenta dengan p value sebesar 0,001.

- Anemia

Anemia pada ibu hamil dan bersalin dapat menyebabkan kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlengketan plasenta menjadi lemah sehingga memperbesar risiko terjadinya retensi plasenta karena myometrium tidak dapat berkontraksi. Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala urin yang diikuti retensi plasenta dan perdarahan postpartum. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi hemoglobin yang rendah ($> 11\text{ g/dL}$) dapat mengalami penurunan yang lebih cepat lagi jika terjadi perdarahan, bagaimanapun kecilnya. Anemia berkaitan dengan debilitas yang merupakan penyebab lebih langsung terjadinya retensi plasenta.

Hasil penelitian menyimpulkan terdapat hubungan antara anemia dengan kejadian retensi plasenta ($p=0,016 \leq 0,05$). Terdapat ibu bersalin dengan anemia berjumlah 29,0% mengalami

retensi plasenta. Ibu bersalin dengan anemia mempunyai risiko 3,467 kali untuk mengalami retensi plasenta dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak anemia (POR 3,467; 95% CI: 1,343-8,951).

- Riwayat Manual Plasenta

Manual Plasenta adalah tindakan prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari cavum uteri secara manual. Arti dari manual adalah dengan melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam kavum uterus. Indikasi dari manual plasenta adalah retensi plasenta/plasenta adhesiva.

- Pre Eklamsia

Pre eklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai proteinuria. Pre eklamsia merupakan penyakit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum. Dari gejala-gejala klinik preeklamsia dapat dibagi menjadi preeklamsia ringan dan preeklamsia berat. Penelitian yang dilakukan oleh M Endler mengungkapkan bahwa pre eklamsia berhubungan dengan kejadian retensi plasenta.

Kondisi ini sering ditemukan bersamaan dengan IUGR dan IUFD. Hal ini dianggap menyebabkan gangguan plasentasi sehingga plasenta melekat lebih dalam. Plasentasi yang terganggu dan IUGR terjadi akibat dari perbedaan model arteri spiral yang tidak sempurna dengan otot polos di arteri spiral plasenta menyebabkan reperfusi cedera perfusi di dalam jaringan plasenta dan stres oksidatif. Plasenta pada kehamilan dengan preeklamsia dan IUGR ditandai dengan atherosclerosis dan peningkatan tanda-tanda histologis maternal seperti plasenta infark, meningkat ikatan jaringan dan fibrosis vili terminal. Preeklamsia juga terkait dengan respon inflamasi sistemik yang berlebihan pada tubuh ibu dan jaringan plasenta namun histologis akut peradangan tidak meningkat.

- Persalinan *Pre-term*

Persalinan preterm adalah persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu

gestasi ke-37. Persalinan prematur mencapai puncaknya pada kelahiran prematur yang merupakan hampir 12 persen dari semua kelahiran di Amerika Serikat dan merupakan urutan kedua penyebab defek kelahiran sebagai penyebab utama mortalitas neonatus. Faktor predisposisi dari persalinan preterm adalah abrupsi plasenta atau plasenta previa dan kematian janin. Apabila dilihat dari Faktor predisposisinya hal ini berkaitan dengan faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh M Endler mengungkapkan bahwa pre term berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Semakin kecil usia kehamilan, risiko terjadinya retensio plasenta juga semakin meningkat. Retensio plasenta ditemukan sangat berkaitan dengan persalinan premature, terutama kurang dari 27 minggu usia kehamilan. Hal ini diyakini bahwa faktor risiko seperti serangan jantung atau degenerasi fibrinoid dari arteriol desidua sering menyebabkan persalinan prematur dan perlekatan abnormal dari plasenta.

- Kehamilan Kembar

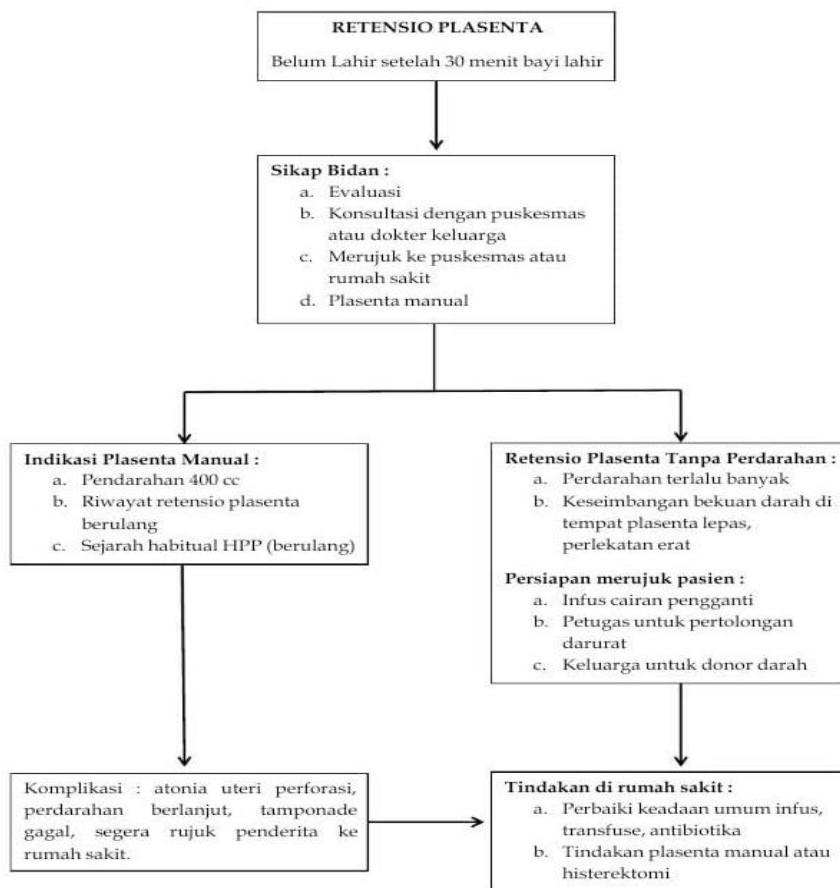
Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Setelah persalinan, terjadi gangguan kontraksi otot rahim yang menyebabkan atonia uteri, retensio plasenta, dan plasenta rest. Pada kehamilan kembar perlu di waspadai komplikasi postpartum berupa retensio plasenta, atonia uteri, plasenta rest, perdarahan postpartum, dan infeksi.

- Riwayat Abortus

Abortus adalah terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu, berat janin kurang dari 1000 gram. Abortus merupakan salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kejadian retensio plasenta. Teori menyatakan bahwa riwayat abortus merupakan etiologi dari terjadinya plasenta akreta karena gangguan perlekatan plasenta pada myometrium.

15) Penatalaksanaan

PENATALAKSANAAN RETENSIO PLASENTA



Gambar 2.24: Penatalaksanaan Retensio Plasenta

a) Sisa Plasenta

Sisa plasenta terjadi ketika sebagian atau seluruh plasenta tidak keluar setelah bayi lahir. Penyebab utama adalah retensi plasenta atau fragmen plasenta yang tertinggal dalam rahim. Sisa plasenta dapat menyebabkan perdarahan hebat karena pembuluh darah plasenta yang terputus tidak dapat berkontraksi secara efektif. Kehadiran sisa plasenta harus segera diidentifikasi dan diatasi untuk mencegah kehilangan darah yang berlebihan, sebab sisa plasenta meningkatkan risiko infeksi uterus dikarenakan meninggalkan "tempat terbuka" yang dapat menjadi tempat bakteri berkembang. Infeksi ini dapat menyebabkan demam, nyeri, dan dapat berkembang menjadi kondisi serius. Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan fisik dan ultrasonografi. Penanganan pada kasus ini melibatkan pengangkatan

sisa plasenta dengan cermat dan seringkali memerlukan prosedur seperti kuretase. Pencegahan melibatkan manajemen aktif persalinan dan pemantauan yang cermat selama pasca persalinan.

- Ciri-ciri Sisa Plasenta
- Adanya sisa plasenta setelah persalinan dapat ditandai dengan pendarahan yang terus-menerus, nyeri perut bagian bawah, atau perdarahan tidak normal. Pemeriksaan medis segera diperlukan untuk mendiagnosis dan mengelola kondisi ini.
- Faktor Risiko
 - Riwayat persalinan sebelumnya dengan sisa plasenta.
 - Pembedahan sebelumnya, seperti operasi caesar.
 - Adanya infeksi pada rahim.
 - Kelainan bentuk atau ukuran rahim.
- Tanda dan Gejala
 - Perdarahan yang berlebihan setelah persalinan.
 - Nyeri perut bagian bawah.
 - Perut yang teraba keras dan nyeri.
 - Demam dan gejala infeksi.
- Penanganan
 - Evakuasi sisa plasenta dengan dilakukan kuretase.
 - Pemberian antibiotik untuk mencegah atau mengatasi infeksi.
 - Pemberian obat oksitosin untuk merangsang kontraksi rahim.
- Pencegahan
 - Pemantauan ketat selama persalinan dan setelahnya.
 - Pemeriksaan USG untuk memastikan keluar seluruh plasenta.
 - Perawatan yang baik pada persalinan sebelumnya dengan sisa plasenta.
 - Dampak pada Neonatus
 - Risiko infeksi pada bayi.
 - Gangguan aliran oksigen dan nutrisi pada bayi selama perdarahan.

D. Simpulan

Tanda bahaya bayi baru lahir adalah suatu keadaan atau masalah pada bayi baru lahir yang dapat mengakibatkan kematian pada bayi. Setiap bayi

baru lahir akan mengalami bahaya jiwa saat proses kelahirannya. Ancaman jiwa berupa kematian tidak dapat diduga secara pasti walaupun dengan bantuan alat-alat medis modern sekalipun, karena sering kali memberikan gambaran berbeda terhadap kondisi bayi saat lahir. Oleh karena itu kemauan dan keterampilan tenaga medis yang menangani kelahiran bayi sangat dibutuhkan. Deteksi dini komplikasi dan penanganan awal kegawatdaruratan pada neonatus, bayi, dan balita perlu diketahui untuk menurunkan angka kematian neonatus, bayi, dan balita.

Kegawatdaruratan maternal adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Sedangkan kegawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat pada bayi baru lahir yang sakit kritis (\leq usia 28 hari), serta membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu.

E. Referensi

- Abdulkareem, T. A., & Eidan, S. M. (2017). Ectopic Pregnancy: Diagnosis, Prevention and Management. 3, 49–66.
- Acosta, C. D., et al. (2016). Maternal sepsis : a Scottish population-based case-control study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 651–660.
- Akbar, H. & Prabowo, A. Y. (2017). Kehamilan Aterm dengan distosia Bahu. 7, 1–7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin, 203.
- Baiq Ricca Afrida, D. (2022). Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah.
- Kemenkes RI. (2016). Modul Bahan Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.
- Mailita, W. & R. (2022). Tinjauan Kasus Kegawat Daruratan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Andalas Padang. Journal Of Comprehensive Science, 50–54.
- Setyarini, D. I. & S. (2016). Buku Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. Pusdik SDM Kesehatan.
- Widiasari, K. R., & Lestari, N. M. S. D. (2021). Kehamilan Ektopik. 1, 20–27.
- Yunus, M. & R. (2022). Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. PT Cahaya Bintang Cemerlang.

BAB III

STUDI KASUS DAN CONTOH PENANGANAN

Ns. Novita Amri, M.Kep.

A. Pendahuluan

Kasus gawat darurat adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa atau terjadi tiba-tiba dan mendesak. Keperawatan kegawatdaruratan merupakan asuhan keperawatan yang sistematis yang diberikan kepada pasien dari semua usia, tentunya dalam kondisi yang mengancam keselamatan dan kehidupan pasien yang membutuhkan tindakan cepat, tepat, tenang, teliti dan berhati-hati.

Dalam dunia keperawatan merupakan pekerjaan yang cukup menantang dan fatal jika penanganan telambat. Peran seorang perawat memiliki sangat harus cepat dan tepat dalam memberikan perawatan kegawatdaruratan, banyak kasus yang harus segera ditangani dan banyak resiko yang berakibat fatal jika pasien lambat diberikan asuhan keperawatan. Dalam menangani kasus kegawatdarutan Asuhan Keperawatan yang diberikan tetap harus sistematis mulai dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi. Dalam judul BAB ini membahas contoh kasus dan penanganan pada kasus kegawatdaruratan.

B. Kasus Anak, Bayi, Dan Maternitas

1. Seorang ibu berusia 36 tahun, baru saja melahirkan anak ke 4 di sebuah rumah sakit dengan keluhan pusing dan sesak nafas setelah 30 menit plasenta lahir. Perawat telah memeriksa tanda-tanda vital pasien. Hasil pemeriksaan TD:90/60 mmHg N: 110xi RR: 24xi S: 36 C, HB: 8 mg/dl, CRT > 2 detik dan kembali dalam 3 detik, kontraksi uterus lembek, plasenta lahir lengkap, perdarahan 200 cc. GCS 15 E 4 V5 M6. Ibu tampak lemas dan pucat Kesadaran Composmentis.

Berdasarkan riwayat pemeriksaan kehamilan ditemukan ibu memiliki riwayat penyakit anemia. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

a. Pengkajian:

Airway:

Ibu tampak sesak nafas

Breathing:

24x menit

Circulation:

N: 110x menit, CRT > 2 detik dan kembali dalam 3 detik

Disability:

Kesadaran Composmentis

GCS 15

E 4 V5 M6

b. Diagnosa Keperawatan

1) Pola Nafas Tidak Efektif

2) Risiko Syok.

c. Intervensi

1) Pola Nafas Tidak Efektif

- a) Monitor jalan nafas
- b) Monitor bunyi nafas tambahan
- c) Posisikan semi fowler atau fowler
- d) Berikan minum air hangat
- e) Berikan oksigen, bila perlu

2) Risiko syok

- a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD)
- b) Monitor status oksigen
- c) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- d) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%
- e) Pasang jalur IV, jika perlu
- f) Kolaborasi pemberian IV
- g) Kolaborasi pemberian transfusi darah.

d. Implementasi: -

e. Evaluasi

Penatalaksanaan syok hipovolemik tidak terlepas dari penerapan algoritma ABC, dimana perawat gawat darurat berperan untuk menangani gangguan Aiway, breathing dan circulation segera.

Tujuan penanganan tahap awal pada pasien syok adalah mengembalikan perfusi dan oksigenasi jaringan dengan memulihkan volume sirkulasi intravaskuler. Penatalaksanaan syok hiovopolemik meliputi mengembalikan tanda-tanda vital dan hemodinamik kepada kondisi dalam dalam batas normal. Selanjutnya kondisi tersebut dipertahankan dan dijaga agar tetap pada kondisi tersebut. Penatalaksanaan syok yang utama adalah terapi cairan tubuh atau darah yang hilang (Deswita, 2023).

2. Balita perempuan, usia 4 tahun di rawat di bangsal anak Rumah Sakit dengan keluhan sesak nafas. Hasil pengkajian TD 80/40 mmHg. Frekuensi nadi 90x menit, frekuensi nafas 50x menit, anak terlihat sianosis, cepat lelah, lemas, tampak edema palpebra. Kesadaran Composmentis GCS 15 E 4 V5 M6. Hasil foto rontgen thorak edema paru, saat ini didiagnosis dokter Atrium Septal Defek. Apa diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Pengkajian:
Airway:
Anak tampak sesak nafas
Breathing:
50x menit
Circulation:
N: 90x menit
Disability:
Kesadaran Composmentis
GCS 15
E 4 V5 M6
 - b. Diagnosa Keperawatan: Pola Nafas Tidak Efektif
 - c. Intervensi
Pola Nafas Tidak Efektif
 - 1) Monitor jalan nafas
 - 2) Monitor bunyi nafas tambahan
 - 3) Posisikan semi fowler atau fowler
 - 4) Berikan minum air hangat
 - 5) Berikan oksigen, bila perlu
 - d. Implementasi: -
 - e. Evaluasi

Menurut Wardhana, Ardyan (2022) Adapun tatalasana untuk kondisi tersebut adalah: Keluhan sesak napas bisa disertai gangguan ABCD. Survei primer merupakan langkah pertama dan sifatnya krusial pada keluhan sesak napas. Kondisi-kondisi yang mengancam nyawa segera harus disingkirkan atau dike- nali agar segera ditangani. Kondisi-kondisi tersebut antara lain: obstruksi jalan napas atas berat, tension pneumothoraks, dan tamponade kordis.

A: Cari tanda obstruksi total/parsial karena kondisi obstruksi jalan napas atas merupakan penyebab distres napas yang harus ada paling awal di pikiran dokter. Ketidakmampuan mengeluarkan suara menandakan obstruksi jalan napas atas total. Suara mendengkur merupakan tanda obstruksi parsial akibat lidah jatuh, sedangkan suara stridor merupakan parsial di laring/trakhea. Pastikan tidak ada benda asing, angioedema atau trauma inhalasi. Epiglotitis, croup, aspirasi benda asing, angioedema akibat anafilaksis, abses retrofaringeal harus dicurigai pada pasien anak dengan kecurigaan obstruksi jalan napas atas. Kasus anafilaksis harus segera diberikan bolus intravena 0.1- 0.2 mg Epinefrin konsentrasi 1:10000 atau via subkutan atau intramuskular 0.5 - 1 mg Epinefrin konsentrasi 1:1000 ditambah dengan Difenhidramin 25-50 mg bolus intravena/intramuskular. Manuver Heimlich dilakukan pada pasien obstruksi benda asing yang masih sadar. Laringoskopi direk dilakukan untuk pasien obstruksi benda asing yang mengalami penurunan kesadaran sebagai upaya identifikasi lokasi dan usaha untuk mengambil benda asing. Jika benda asing tidak terlihat, segera lakukan intubasi endotrakheal. Krikotirodotomi surgikal/jarum merupakan tindakan darurat yang bisa dilakukan untuk menyelamatkan nyawa pada kasus obstruksi jalan napas atas.

B: Nilai frekuensi dan pola pernapasan serta penggunaan otot- otot bantu napas (otot sternokleidomastoideus, sternoklavikularis, interkostalis nafas cuping hidung). tanda obstruksi Retraksi supraklavikular atau suprasternal menandakan adanya obstruksi saluran napas atas/bawah yang berat. Pola pergerakan perut paradoks cekung yang tidak sinkron dengan napas saat inspirasi menandakan adanya kelelahan otot diafragma atau obstruksi jalan napas. Singkirkan kondisi pneumothoraks terlebih dahulu: hipersonor unilateral disertai

penurunan suara vesikular paru di sisi sama. Jika ditambah dengan adanya hipotensi atau syok dan distensi vena jugularis, segera lakukan dekompreksi jarum/thorakosentesis untuk kondisi tension pneumothorax. Bicara patah-patah, keringat dingin, gelisah sampai dengan penurunan kesadaran, penggunaan otot bantu napas, pola napas paradoks menandakan distres napas berat dan mengarah ke gagal napas. Berikan suplementasi oksigen 100% via NRM atau BVM. Berikan bantuan ventilasi ketika pergerakan napas tidak adekuat di mana dada sulit terangkat. Pasien dengan kondisi berat biasanya memosisikan dirinya duduk dengan tangan menyangga ke lutut sambil kepala sedikit menengadah dan terengah-engah (posisi tripod). Pasien yang mulai kelelahan harus tetap dibantu dalam kondisi duduk dengan ditopang tempat tidur.

C: Cek kualitas dan frekuensi pulsasi. Jika ada ketidak-stabilan hemodinamik, segera lakukan resusitasi cairan dengan fluid challenge test sambil melihat respons pasien terhadap pemberian cairan. Hati-hati pemberian cairan pada usia tua dengan PPOK atau pada kecurigaan kasus gagal jantung dekompensata.

D: Nilai tingkat kesadaran Berikutnya lakukan pemasangan pemantauan tanda vital termasuk oksimetri pulsasi dan pemantauan irama jantung. Pemberian suplementasi oksigen dititrasi sesuai dengan target yang ingin dicapai. Target SpO₂ 92-96% sejauh ini merupakan target yang layak, pengecualian pada kasus PPOK yang mungkin memiliki target lebih rendah. Secara umum, SpO₂ 92-96% diperkirakan PaO₂ 60-80 mmHg. Jika SpO₂ <90-92% tanpa bantuan dengan skala AVPU, oksigen, PaO₂ diperkirakan di bawah 60 mmHg, yang mana masuk dalam kriteria gagal napas tipe hipoksemia.

Algoritma eskalasi bantuan perangkat kanul nasal aliran tinggi dan prediksi kebutuhan akan intubasi menggunakan indek ROX. Ricard JD, Roca O, Lemiale V, Corley A, Braunlich J, Jones P, Kang BJ, Lellouche F, Nava S, Rittayamai N, Spoletini G, Jaber S, Hernandez G. Use of nasal high flow oxygen during acute respiratory failure. Intensive Care Med. 2020, Dec;46(12):2238-2247.

Penggunaan perangkat kanul nasal aliran tinggi merupakan salah satu terapi oksigen sebagai penanganan awal pada kasus distres napas. Aliran tinggi ini akan mengurangi ruang rugi dengan mencegah

rebreathing dan memberikan tekanan positif akhir ekspirasi. Melalui perangkat ini, kita bisa memprediksi kebutuhan akan intubasi menggunakan indeks ROX. Rumus indeks ROX adalah $\text{SpO}_2 \text{ terukur}/\text{FiO}_2$ dari perangkat/laju napas. Jika nilainya ≥ 4.88 di jam ke-2, ke-6, dan ke-12, pasien memiliki kemungkinan kecil untuk diintubasi ke depannya. Jika nilainya < 2.85 di jam ke-2 atau < 3.47 di jam ke-6 atau < 3.85 di jam ke-12, kondisi pasien di- pertimbangkan untuk diintubasi. Jika nilainya di antara dua kisaran angka tersebut di tiap periode, pasien me- merlukan peningkatan laju aliran dan atau konsentrasi oksigen untuk kemudian dievaluasi 30 menit kemudian. Peningkatan indeks kurang dari 0.5 menunjukkan kebutuhan akan intubasi.

3. Bayi perempuan berusia 7 bulan, dibawa ibunya ke Rumah Sakit dengan keluhan BAB sudah 7x hari dengan konsistensi BAB cair, Muntah sudah 2x hari. Perawat sedang melakukan pengkajian pada bayi tersebut dapat didapatkan hasil pemeriksaan berikut:

Kesadaran Composmentis GCS 15 E 4 V5 M6, bayi tampak rewel, fontenai cekung, turgor kulit lambat, mata cekung, frekuensi nadi 150x menit, teraba lemah, suhu 36. Apa diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Pengkajian:

Airway: -

Breathing: -

Circulation:

N: 150x menit

Disability:

Kesadaran Composmentis, GCS 15: E4 V5 M6

- b. Diagnosa Keperawatan: Hipovolemia

- c. Intervensi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Hitung kebutuhan cairan
- 4) Berikan asupan cairan oral
- 5) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 6) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonic (misal NaCl, RL).

- d. Implementasi: -

e. Evaluasi:

Menurut Hasanah, dkk (2020) adapun penatalaksanaannya yaitu: Setelah perawat menentukan derajat dehidrasi, maka dapat ditentukan jenis terapi rehidrasi yang tepat untuk anak. Terapi rehidrasi dapat diberikan secara oral dan intravena sesuai dengan derajat dehidrasi yang dialami oleh anak. Rehidrasi intravena dapat dilakukan secara cepat (rapid rehydration intravenous) maupun secara lambat (slower rehydration).¹ Rapid rehydration intravenous dengan pemberian cairan 20-30 cc/kg BB IV selama 2 jam dapat mengurangi keparahan dehidrasidan gejala muntah pada anak dengan gastroenteritis akut pada setting IGD. Tindakan rapidrehydraton intravenous biasanya diberikan pada anak penderita gastroenteritis dengan kasus kegawatdaruratan. Rapid rehydraton intravenous dengan menggunakan pedoman dari WHO plan C lebih efektif untuk mengatasi dehidrasi pada anak dengan gastroenteritis akut dibandingkan dengan slower rehydraton di mana slower rehydration merupakan pemberian rehidrasi yang dilakukan selama 100 cc/ kg BB selama 8 jam baik anak dengan atau tanpa syok. Hal ini dilihat dari respons kardiovaskular, respirasi dan status neurologi pada anak.

Selain itu juga dilihat dari tingkat keparahan dehidrasi dan respons anak terhadap rehidrasi. WHO plan C menyarankan rapid rehydraton intravenous yaitu pada anak kurang dari 1 tahun tanpa syok, rehidrasi diberikan 100cc/ kg BB selama 6 jam, 1 jam pertama diberikan 30cc/ kg BB dan 70 cc/ kg BB diberikan pada 5 jam berikutnya. Pada anak di atas usia 1 tahun tanpa syok, rehidrasi diberikan selama 3 jam, 30 menit pertama diberikan 30 cc/ kg BB kemudian dilanjutkan 70 cc/ kg BB pada 2,5 jam berikutnya.²¹ Jika disertai shock pada anak, maka dilakukan resusitasi pada anak dengan rehidrasi pemberian pertama diganti menjadi 3 x 20 cc/ kg BB yang diberikan secara bolus baik untuk anak kurang dari 1 tahun maupun lebhdari 1 tahun.¹ Pemberian rehidrasi dapat menggunakan larutan isotonik seperti NaCl 0,9% dan ringer laktat (RL). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa rehidrasi dengan menggunakan WHO plan C untuk mengatasi dehidrasi berat pada anak dengan gastroenteritis akut dapat mengurangi keparahan dari derajat dehidrasi dan menurunkan lenght of stay (LOS) atau lama hari rawat pasien.²³ Maka dari itu, perawat dapat mengadopsi atau

menggunakan WHO plan C untuk pemberian implementasi rehidrasi pada anak gastroenteritis akut dengan dehidrasi berat.

C. Kasus Icu Dan Igd

1. Seorang wanita berusia 55 tahun dibawa ke Rumah Sakit dengan keluhan sulit bernafas, hasil pengkajian riwayat kesehatan yang lalu diketahui menderita bronkhitis sejak 7 tahun yang lalu, kesadaran stupor, GCS 6, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 130x menit, frekuensi nafas 32x menit, suhu 36,9 C. PH 7.20, PaO₂ 70 mmHg, PCO₂ 50 mmHg 23 mEq/L. Apa diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

a. Pengkajian:

Airway:

Pasien sulit bernafas

Breathing:

32x menit

Circulation:

N: 130x menit

Disability:

Kesadaran stupor

GCS 6

b. Diagnosa Keperawatan: Gangguan pertukaran gas

c. Intervensi

1) Monitor kecepatan aliran oksigen

2) Monitor posisi alat terapi oksigen

3) Monitor efektifitas terapi oksigen (Misal, oksimetri, analisa gas darah)

4) Pertahankan kepatenhan jalan nafas

5) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien

d. Implementasi: -

e. Evaluasi: -

Menurut Wardhana, Ardyan (2022) Adapun tatalasana untuk kondisi tersebut adalah: Keluhan sesak napas bisa disertai gangguan ABCD. Survei primer merupakan langkah pertama dan sifatnya krusial pada keluhan sesak napas. Kondisi-kondisi yang mengancam nyawa segera harus disingkirkan atau dike- nali agar segera ditangani. Kondisi-

kondisi tersebut antara lain: obstruksi jalan napas atas berat, tension pneumothoraks, dan tamponade kordis.

A: Cari tanda obstruksi total/parsial karena kondisi obstruksi jalan napas atas merupakan penyebab distres napas yang harus ada paling awal di pikiran dokter. Ketidakmampuan mengeluarkan suara menandakan obstruksi jalan napas atas total. Suara mendengkur merupakan tanda obstruksi parsial akibat lidah jatuh, sedangkan suara stridor merupakan tanda obstruksi parsial di laring/trakhea. Pastikan tidak ada benda asing, angioedema atau trauma inhalasi. Epiglotitis, croup, aspirasi benda asing, angioedema akibat anafilaksis, abses retrofaringeal harus dicurigai pada pasien anak dengan kecurigaan obstruksi jalan napas atas. Kasus anafilaksis harus segera diberikan bolus intravena 0.1- 0.2 mg Epinefrin konsentrasi 1:10000 atau via subkutan atau intramuskular 0.5 - 1 mg Epinefrin konsentrasi 1:1000 ditambah dengan Difenhidramin 25-50 mg bolus intravena/intramuskular. Manuver Heimlich dilakukan pada pasien obstruksi benda asing yang masih sadar. Laringoskopi direk dilakukan untuk pasien obstruksi benda asing yang mengalami penurunan kesadaran sebagai upaya identifikasi lokasi dan usaha untuk mengambil benda asing. Jika benda asing tidak terlihat, segera lakukan intubasi endotrakheal. Krikotiroidotomi surgikal/jarum merupakan tindakan darurat yang bisa dilakukan untuk menyelamatkan nyawa pada kasus obstruksi jalan napas atas.

B: Nilai frekuensi dan pola pernapasan serta penggunaan otot-otot bantu napas (otot sternokleidomastoideus, sternoklavikularis, interkostalis nafas cuping hidung). Retraksi supraklavikular atau suprasternal menandakan adanya obstruksi saluran napas atas/bawah yang berat. Pola pergerakan perut paradoks cekung yang tidak sinkron dengan napas saat inspirasi menandakan adanya kelelahan otot diafragma atau obstruksi jalan napas. Singkirkan kondisi pneumothoraks terlebih dahulu: hipersonor unilateral disertai penurunan suara vesikular paru di sisi sama. Jika ditambah dengan adanya hipotensi atau syok dan distensi vena jugularis, segera lakukan dekompreesi jarum/thorakosentesis untuk kondisi tension pneumothoraks. Bicara patah-patah, keringat dingin, gelisah sampai dengan penurunan kesadaran, penggunaan otot bantu napas, pola

napas paradoks me- nandakan distres napas berat dan mengarah ke gagal napas. Berikan suplementasi oksigen 100% via NRM atau BVM. Berikan bantuan ventilasi ketika pergerakan napas tidak adekuat di mana dada sulit terangkat. Pasien dengan kondisi berat biasanya memosisikan dirinya duduk dengan tangan menyangga ke lutut sambil kepala sedikit menengadah dan terengah-engah (posisi tripod). Pasien yang mulai kelelahan harus tetap dibantu dalam kondisi duduk dengan ditopang tempat tidur.

C: Cek kualitas dan frekuensi pulsasi. Jika ada ketidak-stabilan hemodinamik, segera lakukan resusitasi cairan dengan fluid challenge test sambil melihat respons pasien terhadap pemberian cairan. Hati-hati pemberian cairan pada usia tua dengan PPOK atau pada kecurigaan kasus gagal jantung dekompensata.

D: Nilai tingkat kesadaran Berikutnya lakukan pemasangan pemantauan tanda vital termasuk oksimetri pulsasi dan pemantauan irama jantung. Pemberian suplementasi oksigen dititrasi sesuai dengan target yang ingin dicapai. Target SpO₂ 92-96% sejauh ini merupakan target yang layak, pengecualian pada kasus PPOK yang mungkin memiliki target lebih rendah. Secara umum, SpO₂ 92-96% diperkirakan PaO₂ 60-80 mmHg. Jika SpO₂ <90-92% tanpa bantuan dengan skala AVPU, oksigen, PaO₂ diperkirakan di bawah 60 mmHg, yang mana masuk dalam kriteria gagal napas tipe hipoksemia. Algoritma eskalasi bantuan perangkat kanul nasal aliran tinggi dan prediksi kebutuhan akan intubasi menggunakan indek ROX. Ricard JD, Roca O, Lemiale V, Corley A, Braunlich J, Jones P, Kang BJ, Lellouche F, Nava S, Rittayamai N, Spoletini G, Jaber S, Hernandez G. Use of nasal high flow oxygen during acute respiratory failure. Intensive Care Med. 2022. Dec;46(12):2238-2247.

Penggunaan perangkat kanul nasal aliran tinggi merupakan salah satu terapi oksigen sebagai penanganan awal pada kasus distres napas. Aliran tinggi ini akan mengurangi ruang rugi dengan mencegah rebreathing dan memberikan tekanan positif akhir ekspirasi. Melalui perangkat ini, kita bisa memprediksi kebutuhan akan intubasi menggunakan indeks ROX. Rumus indeks ROX adalah SpO₂ terukur/FiO₂ dari perangkat/laju napas. Jika nilainya ≥4.88 di jam ke-2, ke-6, dan ke-12, pasien memiliki kemungkinan kecil untuk diintubasi ke

- depannya. Jika nilainya <2.85 di jam ke-2 atau <3.47 di jam ke-6 atau <3.85 di jam ke-12, kondisi pasien di- pertimbangkan untuk diintubasi. Jika nilainya di antara dua kisaran angka tersebut di tiap periode, pasien memerlukan peningkatan laju aliran dan atau konsentrasi oksigen untuk kemudian dievaluasi 30 menit kemudian. Peningkatan indeks kurang dari 0.5 menunjukkan kebutuhan akan intubasi.
2. Perempuan berusia 33 tahun dibawa ke IGD setelah mengalami kecelakaan lalu lintas dengan kondisi tidak sadarkan diri dan kesulitan bernafas. Perawat melakukan pengkajian pada pasien tersebut. Didapatkan hasil pengkajian: luka eksoriasi di wajah disertai keluar darah dari hidung dan telinga, terdengar suara nafas gurgling. luka menganga pada dinding dada sebelah kiri sepanjang 5 cm, akral teraba dingin. TD 90/60 mmHg, Nadi : 110x menit, RR 38x menit, Suhu 36 C. Setelah melakukan triage pasien tersebut di kelompokkan kedalam triase merah karena keadaan pasien dalam kondisi kritis sehingga memerlukan tindakan medis yang segera. Apakah maksud dari triase merah tersebut?
- a. Pengkajian:
- Airway:
- Pasien sulit bernafas, terdengar suara nafas gurgling
- Breathing:
- 38x menit
- Circulation:
- N: 110x menit
- Disability:
- Kesadaran menurun
- GCS 7
- Exposure:
- Luka menganga pada dinding dada sebelah kiri sepanjang 5 cm
- b. Diagnosa Keperawatan: Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif
- c. Intervensi
- 1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
 - 2) Monitor bunyi nafas tambahan
 - 3) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
 - 4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 - 5) Berikan oksigen jika perlu

d. Implementasi: -

e. Evaluasi:

Kategori triase secara umum menurut Nurmansyah & Sembiring (2021) yaitu:

- 1) Warna merah: cedera berat mengancam nyawa, membutuhkan penilaian cepat, resusitasi, transportasi rujukan.
- 2) Warna kuning: cedera berat, tidak mengancam nyawa, masih dapat menunggu pada periode waktu tertentu untuk diberikan perawatan
- 3) Warna hijau: cedera ringan, korban masih dapat berjalan, dan dapat menunggu pada periode waktu tertentu untuk diberikan perawatan.
- 4) Warna hitam: meninggal

D. Kasus Etika dan Legalitas

1. Seorang laki-laki dibawa ke IGD setelah mengalami kecelakaan lalu lintas ketika hendak menyebrang jalan dengan kondisi tidak sadarkan diri. Perawat melakukan pengkajian pada pasien tersebut. Didapatkan hasil pengkajian: luka di wajah disertai keluar darah dari hidung dan telinga, terdengar suara nafas gurgling, akral teraba dingin. TD 90/60 mmHg, Nadi: 110x menit, RR 37x menit, Suhu 36, 2 C, pada kedua kaki hancur karena diduga terlindas truk. Berdasarkan pemeriksaan dokter, kedua kaki pasien harus segera di amputasi. Oleh sebab itu Perawat tersebut harus meminta informed consent dari keluarga untuk tindakan tersebut. Akan tetapi, pasien tersebut tidak memiliki anggota keluarga karena merupakan seorang pedagang yang biasa bepindah-pindah kota. Karena kondisinya yang harus segera perlu ditangani akhirnya langsung dilakukan tindakan tanpa adanya informed consent. Apa prinsip yang dilakukan perawat tersebut?

Menurut Sartinah, dkk (2024), prinsip etika keperawatan yang harus dimiliki oleh seorang perawat, meliputi:

a. *Autonomy*

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan

tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

b. *Benefience*

Benefience berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahanan, penghapusan kesalahan atau kejahanan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

c. *Justice*

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpaji yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

d. Tidak merugikan (*Nonmaleficence*)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

e. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argumen mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "*doctors knows best*" sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang

kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

f. Menepati janji (*Fidelity*)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

g. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

h. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.

E. Kasus Komunitas

- Hasil pengkajian terhadap penduduk di suatu kelurahan yang terletak di pesisir bukit 57% adalah lansia. Padahal di daerah tersebut sangat rawan terkena banjir bila musim hujan. Menurut infomasi masyarakat, saat musim hujan datang rata-rata masyarakat menderita demam, diare dan muntah-muntah. Perawat dan Tim yang bertugas di Puskesmas daerah tersebut mendapatkan Pelatihan Bencana Banjir dari pemerintahan setempat. Apa manfaat perawat dan Tim melakukan pelatihan tersebut?

Keperawatan bencana bertujuan untuk memastikan bahwa perawat mampu untuk mengidentifikasi, mengadvokasi dan merawat dampak dari

semua fase bencana termasuk didalamnya adalah berpartisipasi aktif dalam perencanaan dan kesiapsiagaan bencana. Perawat harus mempunyai ketampilan teknis dan pengetahui tentang epidemiologi, fisiologi, farmakologi, struktur budaya dan social serta masalah psikososial sehingga dapat membantu dalam kesiapsiagaan bencana dan selama bencana sampai dengan tahap pemulihan.

Perawat bersama dengan dokter merupakan ujung tombak kesehatan pada saat bencana terjadi selama dalam kondisi kritis dan gawat darurat. Perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat baik yang bersifat kegawat daruratan maupun berkelanjutan seperti perawatan neonatal, pendidikan dan penyuluhan kepada masyarakat, mengidentifikasi penyakit dan imunisasi serta intervensi pada saat kesiapsiagaan dan tanggap darurat bencana (Setyaadi, dkk 2014).

F. Kasus Triase

1. Terjadi tragedi musibah masal pada suatu daerah A. Perawat menemukan pasien yang tidak bernafas namun, setelah dilakukan tindakan dengan membuka airway akhinya bisa kembali tetapi tidak bernafas spontan. Dikategorikan apakah pasien tersebut...

Menurut Nurmansyah & Sembiring (2021) Dalam sistem triase, pasien yang datang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) dikategorikan dalam 4 warna. Warna dalam triase pasien tersebut memiliki arti masing-masing serta mengacu pada kondisi pasien. Berikut penjelasan mengenai ke-4 warna atau kategori dari masing-masing warna tersebut:

- a) Merah

Pasien prioritas pertama ditunjukkan dengan warna merah dalam triase IGD. Pasien dengan triase warna merah membutuhkan penanganan medis secepat mungkin, karena biasanya pasien dengan triase warna ini berada dalam kondisi yang kritis dan dapat mengancam nyawa pasien. Pasien dengan triase warna merah memiliki kemungkinan besar meninggal dunia bila tidak diberikan penanganan yang cepat. Contoh pasien dalam triase warna merah ini seperti pasien yang terkena serangan jantung, kesulitan bernapas, mengalami trauma kepala serius karena kecelakaan ataupun mengalami pendarahan yang luar yang serius.

- b) Kuning

Pasien prioritas kedua setelah triase warna merah yang membutuhkan penanganan dengan segera adalah pasien dengan triase berwarna kuning. Pasien dengan triase berwarna kuning menjadi prioritas kedua, karena pasien masih dalam kondisi yang stabil sehingga masih dapat ditunda beberapa saat penanganannya. Walaupun pasien triase berwarna kuning tidak berada dalam kondisi yang kritis, namun masih perlu mendapatkan penanganan medis yang cepat. Hal ini disebabkan karena kondisi pasien dengan triase kuning dapat memburuk dengan cepat serta berpotensi menimbulkan kecacaran atau kerusakan organ. Pasien dengan triase berwarna kuning antara lain, luka bakar derajat tinggi, pasien patah tulang di beberapa tempat karena jatuh dari ketinggian ataupun trauma kepala ringan.

- c) Hijau

Pasien prioritas ketika adalah pasien dengan triase berwarna hijau. Pasien dengan triase warna hijau ini membutuhkan penanganan rumah sakit namun masih dapat ditunda bahkan hingga 30 menit. Pasien pada triase berwarna hijau ini akan segera mendapatkan penanganan setelah tenaga medis selesai menangani pasien yang lebih darurat (pasien dengan triase merah dan kuning). Pasien dalam kategori ini umumnya adalah pasien yang mengalami cedera, namun masih sadar dan dapat berjalan seperti biasanya. Misalnya pasien yang mengalami luka bakar derajat ringan, patah tulang ringan ataupun luka ringan.

d) Hitam

Pasien dengan kode atau triase berwarna hitam mengartikan bahwa kondisi pasien sangat kritis namun sulit untuk diselamatkan nyawanya. Walaupun mendapatkan penanganan secepat mungkin, pasien akan tetap meninggal dunia. Pasien dengan triase seperti ini umumnya pasien yang mengalami cedera yang sangat parah hingga sulit bernapas ataupun pasien yang telah kehilangan banyak darah akibat luka tembak.

2. Pada suatu daerah telah terjadi wabah DBD pada anak. 50% anak di daerah tersebut telah di diagnosa DBD. Perawat dan Tim yang bertugas di Puskesmas daerah tersebut mendapatkan Pelatihan Pencegahan dan penanggulangan Demam Berdarah Dengue dari pemerintahan setempat. Apa manfaat perawat dan Tim melakukan pelatihan tersebut?

Keperawatan bencana bertujuan untuk memastikan bahwa perawat mampu untuk mengidentifikasi, mengadvokasi dan merawat dampak dari semua fase bencana termasuk didalamnya adalah berpartisipasi aktif dalam perencanaan dan kesiapsiagaan bencana. Perawat harus mempunyai ketrampilan teknis dan pengetahui tentang epidemiologi, fisiologi, farmakologi, struktur budaya dan social serta masalah psikososial sehingga dapat membantu dalam kesiapsiagaan bencana dan selama bencana sampai dengan tahap pemulihan.

Perawat bersama dengan dokter merupakan ujung tombak kesehatan pada saat bencana terjadi selama dalam kondisi kritis dan gawat darurat. Perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat baik yang bersifat kegawat daruratan maupun berkelanjutan

seperti perawatan neonatal, pendidikan dan penyuluhan kepada masyarakat, mengidentifikasi penyakit dan imunisasi serta intervensi pada saat kesiapsiagaan dan tanggap darurat bencana (Setyaadi, dkk 2014).

G. Simpulan

Dari beberapa contoh studi kasus diatas dan penanganannya, dapat disimpulkan banyak sekali kasus yang terjadi dalam penanganan kasus gawat darurat. Sebagai perawat Dalam menangani kasus kegawatdaruratan tetap harus sesuai dengan prinsip penanganan kasus gawat darurat yaitu Menentukan masalah utama (diagnosis) dengan cepat, tepat, tenang, teliti dan berhati-hati. Perawat harus selalu mempertahankan asuhan keperawatan yang sistematis dan ukuran keberhasilan kasus gawat darurat adalah waktu tanggap (respon time) dari tim medis.

H. Referensi

- Adanu Abimata.
Cepat Kesehatan Kejadian Bencana Tanggap Darurat Bencana Erupsi Gunung Kelud Tahun 2014 Di Kabupaten Malang.
Deswita (2023). Penyakit Pada Pencernaan (Diare) Pada Anak. Indramayu: Adab CV.
Hasanah, dkk (2020). Manajemen Gastroenteritis pada Anak: Literature Review. Jurnal
Keperawatan Klinis dan Komunitas
Nurmansyah & Sembiring (2021). Keperawatan Bencana: Makassar: CV. Tohar Media
Sartinah (2023). Prinsip Atau Aspek Legal Etik Keperawatan.
Satyaadi, dkk (2014). Studi Penomenologi: Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Penilaian

BAB IV

RENCANA TANGGAP DARURAT KOMUNITAS

Cintika Yorinda Sebtalesy

A. Pendahuluan/Prolog

Bencana merupakan rangkaian peristiwa atau suatu peristiwa yang dapat mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia (konflik sosial) sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia. Bencana memiliki tiga jenis yaitu bencana alam, bencana non alam, dan bencana sosial (Djuwadi, 2022).

Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) adalah salah satu negara yang paling banyak terjadi bencana alam karena disebabkan dari faktor geografis, iklim dan juga demografinya. Dua benua dan dua samudera mengapit NKRI sehingga menyebabkan rawan terjadinya bencana namun juga memberikan kesempatan NKRI dalam bidang perekonomian. Tiga lempeng yang menyelimuti NKRI juga menjadi salah satu penyebab rawannya terjadi bencana alam yaitu terjadinya gempa, tsunami dan gerakan tanah/longsor, selain itu terdapat banyak gunung berapi yang masih aktif juga dapat menjadi penyebab bencana alam terjadi. Dari sisi demografi, Indonesia memiliki jumlah penduduk 3 paling tinggi di dunia dengan beragam suku, agama, budaya, ekonomi dan politik yang dapat memicu terjadinya masalah konflik kemajemukan (BNPB, 2021).

B. Manajemen Bencana

Bencana adalah suatu gangguan serius terhadap keberfungsiannya suatu masyarakat sehingga menyebabkan kerugian yang meluas pada kehidupan manusia maupun dari segi materi, ekonomi, atau lingkungan dan melampaui batas kemampuan masyarakat yang bersangkutan untuk mengatasinya dengan menggunakan sumber daya mereka sendiri. Ada 3 macam jenis bencana yaitu:

1. Bencana Alam

Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh antara lain gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan / puting beliung, tanah longsor.

2. Bencana Non Alam

Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa non alam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi dan wabah penyakit.

3. Bencana Sosial

Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dan terror.

Penyebab bencana banjir yaitu:

- Buang sampah di sungai
- Pendangkalan sungai
- Curah hujan tinggi
- Kurangnya tanah resapan
- Hutan Gundul
- Erosi
- Curah Hujan Tinggi

Penyebab bencana gunung meletus yaitu:

- Adanya tekanan tinggi
- Adanya pergeseran lempeng bumi
- Panas bumi meningkat

Penyebab bencana tsunami yaitu:

- Mencairnya es di kutub
- Adanya pergeseran lempeng bumi

Penyebab bencana kebakaran yaitu:

- Konsleting listrik
- Manusia
- Kompor / sejenisnya
- Hewan
- Alam

Penyebab bencana gempa bumi yaitu:

- Pergeseran lempeng bumi
- Gunung meletus

Penyebab bencana sosial yaitu:

- Sosial Ekonomi
- Rasa ketidak adilan
- Kurang pemahaman terhadap sesuatu (BNPB, 2021)

C. Undang - Undang Penanggulangan Bencana

1. Undang-undang Dasar 1945

Penanggulangan bencana sebagaimana dimaksud:

- a. kemanusiaan;
- b. keadilan;
- c. kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan;
- d. keseimbangan, keselarasan, dan keserasian;
- e. ketertiban dan kepastian hukum;
- f. kebersamaan;
- g. kelestarian lingkungan hidup; dan
- h. ilmu pengetahuan dan teknologi

Prinsip-prinsip dalam penanggulangan bencana sebagaimana dimaksud, yaitu:

- a. Cepat Dan Tepat;
- b. Prioritas;
- c. Koordinasi Dan Keterpaduan;
- d. Berdaya Guna Dan Berhasil Guna;
- e. Transparansi Dan Akuntabilitas;
- f. Kemitraan;
- g. Pemberdayaan;
- h. Nondiskriminatif; Dan
- i. Nonproletisi

2. UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana

Pengungulan bencana harus kolaborasi antara pemerintah, masyarakat dan sektor swasta. Hal ini termaktub pada pasal 5 yang berisi Pemerintah dan Pemerintah daerah menjadi penanggung jawab dalam penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. Pasal 26-27: Setiap orang berhak mendapat perlindungan sosial dan rasa aman, setiap orang berkewajiban melakukan kegiatan penanggulangan bencana. Pasal 28-29: Lembaga usaha mendapatkan kesempatan dalam menyelenggarakan penanggulangan bencana.

3. Peraturan Daerah

Penanggulangan bencana bertujuan untuk:

- a. memberikan pelindungan kepada masyarakat dari ancaman bencana;
- b. menyelaraskan peraturan perundang-undangan yang sudah ada;
- c. menjamin terselenggaranya penanggulangan bencana
- d. secara terencana, terpadu, terkoordinasi, dan menyeluruh;
- e. menghargai budaya lokal;
- f. membangun partisipasi dan kemitraan publik serta swasta;
- g. mendorong semangat gotong royong, kesetiakawanan, dan kedermawanan; dan
- h. menciptakan perdamaian dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara

Tanggung jawab Pemerintah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana, meliputi:

- a. pengurangan risiko bencana dan pemanduan pengurangan
- b. risiko bencana dengan program pembangunan; pelindungan masyarakat dari dampak bencana;
- c. penjaminan pemenuhan hak masyarakat dan pengungsi
- d. yang terkena bencana secara adil dan sesuai dengan standar pelayanan minimum;
- e. pemulihan kondisi dari dampak bencana;
- f. pengalokasian anggaran penanggulangan bencana dalam
- g. anggaran pendapatan dan belanja negara yang memadai;
- h. pengalokasian anggaran penanggulangan bencana dalam
- i. bentuk dana siap pakai; dan
- j. pemeliharaan arsip/dokumen otentik dan kredibel dari
- k. ancaman dan dampak bencana.

Wewenang Pemerintah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:

- a. penetapan kebijakan penanggulangan bencana selaras dengan kebijakan pembangunan nasional;
- b. pembuatan perencanaan pembangunan yang memasukkan unsur-unsur kebijakan penanggulangan bencana;
- c. penetapan status dan tingkatan bencana nasional dan daerah;
- d. penentuan kebijakan kerja sama dalam penanggulangan bencana dengan

- e. negara lain, badan-badan, atau pihak – pihak internasional lain;
- f. perumusan kebijakan tentang penggunaan teknologi yang berpotensi
- g. sebagai sumber ancaman atau bahaya bencana;
- h. perumusan kebijakan mencegah penguasaan dan pengurasan sumber
- i. daya alam yang melebihi kemampuan alam untuk melakukan pemulihan; dan
- j. pengendalian pengumpulan uang atau barang yang bersifat nasional. (BNBP, 2012)

D. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)

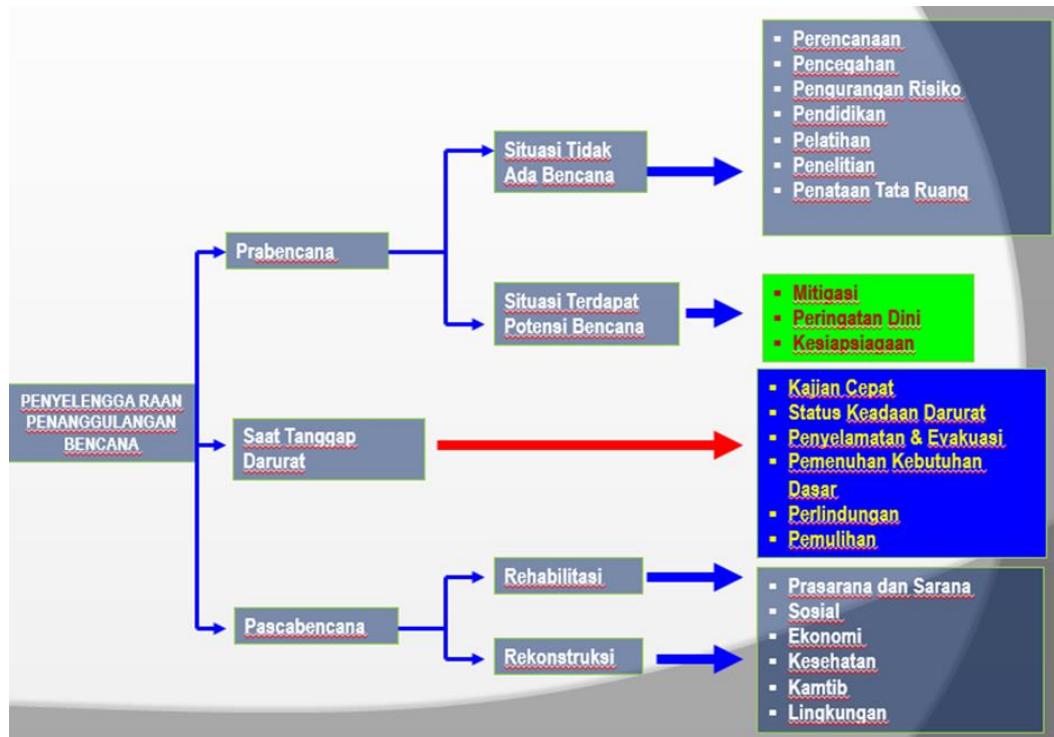
Tugas BNBP yaitu:

1. memberikan pedoman dan pengarahan terhadap usaha penanggulangan bencana yang mencakup pencegahan bencana, penanganan tanggap darurat, rehabilitasi, dan rekonstruksi secara adil dan setara;
2. menetapkan standardisasi dan kebutuhan penyelenggaraan penanggulangan bencana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
3. menyampaikan informasi kegiatan kepada masyarakat
4. melaporkan penyelenggaraan penanggulangan bencana kepada Presiden setiap sebulan sekali dalam kondisi normal dan pada setiap saat dalam kondisi darurat bencana;
5. menggunakan dan mempertanggungjawabkan sumbangan /bantuan nasional dan internasional;
6. mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran yang diterima dari anggaran pendapatan dan belanja negara;
7. melaksanakan kewajiban lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
8. menyusun pedoman pembentukan badan penanggulangan bencana daerah

Pelaksana penanggulangan bencana mempunyai tugas secara terintegrasi yang meliputi:

1. prabencana;
2. saat tanggap darurat; dan

3. pascabencana (Khambali, 2017)



Gambar 4.1: Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana (BNPB, 2021)



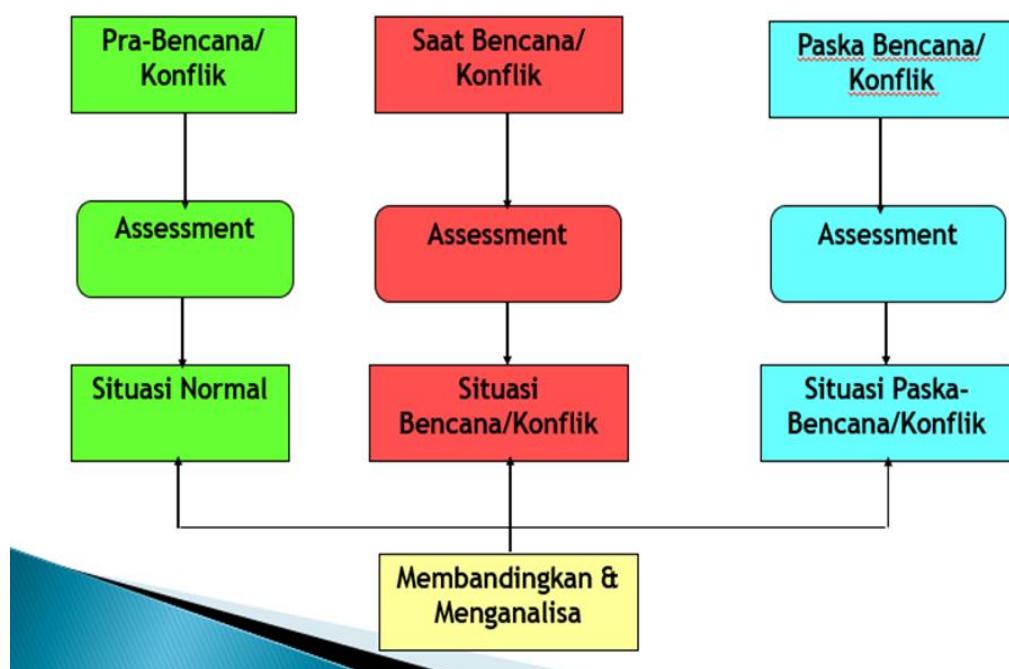
Gambar 4.2: Siklus Penanganan Bencana (BNPB, 2021)

E. Assessment atau Kajian Cepat

Assessment adalah serangkaian kegiatan dilakukan untuk medapatkan informasi dan data yang berguna untuk melakukan tindakan intervensi atau bisa juga diartikan sebagai Proses pengumpulan data pada situasi DARURAT yang mengidentifikasi kebutuhan, kapasitas, serta memaparkan situasi dan kondisi terakhir dari kondisi tersebut. Assessment merupakan pandangan mata suatu waktu tertentu pada saat bencana. Tujuan assessment yaitu untuk:

1. Mengobservasi situasi
2. Mengidentifikasi dampak suatu bencana/konflik
3. Mengumpulkan informasi dasar
4. Mengidentifikasi kelompok yang paling rentan
5. Mengidentifikasi kemampuan respons semua pihak yang terkait (Arsyad, 2017).

Periode Assessment



Gambar 4.3: Periode Assessment (BNPB, 2021)

Tabel 4.1: Jenis Assessment

Pra Bencana/ Konflik	Tanggap Darurat Bencana/Konflik	Paska Bencana/ Konflik
Pengumpulan Data Awal	<i>Rapid Assessment</i>	<i>Assessment Sektoral</i>
HVCA (<i>Hazard, Vulnerability, Capacity Assessment</i>)	<i>Detail Assessment</i>	
<i>Baseline Survey</i>	<i>Continual Assessment</i>	

1. Jenis *Assessment* saat Tanggap Darurat

a. Rapid Assessment

Dilakukan setelah terjadi perubahan besar, seperti bencana atau terjadi pengungsian mendadak, assessment memberikan informasi tentang kebutuhan, jenis intervensi/bantuan yang memungkinkan dan sumber daya yang dibutuhkan. Rapid assessment biasanya hanya bersifat sementara selama 1 x 24 jam dan berkelanjutan satu minggu atau kurang sesuai kondisi dilapangan, yang kemudian dilanjutkan dengan dengan detail assessment untuk informasi lebih komprehensif dan menyeluruh.

b. Detail Assessment

Detail assessment dilakukan berdasarkan beberapa alasan, seperti berikut:

- *Rapid assessment* telah dilaksanakan, tetapi detail informasi masih dibutuhkan.
- POSKO mempertimbangkan untuk memulai operasi pada sebuah wilayah dan membutuhkan informasi yang detail untuk mengambil keputusan.
- POSKO memperkirakan situasi akan cenderung berubah dan membutuhkan informasi tambahan lain (contohnya bencana kekeringan, banjir-curah hujan terus menerus).
- Secara umum detail assessment berlangsung satu bulan atau kurang, tergantung luas wilayah dan masalah yang dihadapi serta sumber daya yang tersedia

c. Assessment lanjutan

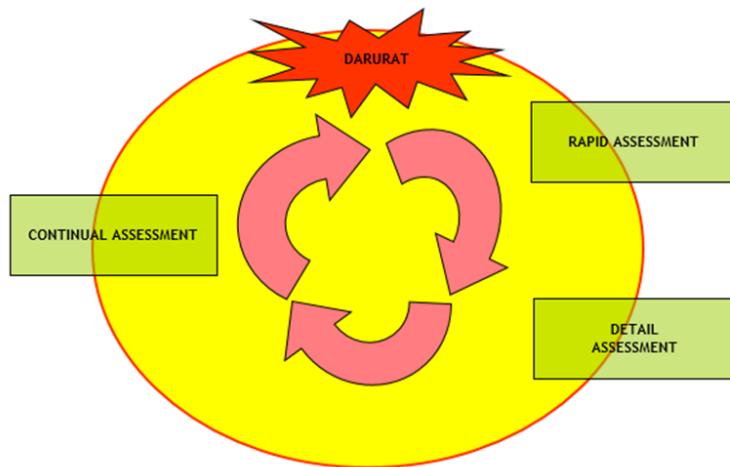
Hal ini dilakukan manakala POSKO telah melakukan kegiatan detail assessment dan sedang melakukan operasi. Assessment lanjutan

merupakan sebuah proses dimana informasi terbaru dibutuhkan (Popang, et al., 2023).

2. Alur Assessment

Saat situasi Tanggap Darurat Bencana/Konflik

Normalnya, *assessment* pada saat tanggap darurat mengikuti setiap tahapan yang ada.



Gambar 4.4: Alur Assessment (BNPB, 2021)

Tabel 4.2: Perbedaan *Assessment Cepat*, *Assessment Detil* dan *Assessment Continual*

INDIKATOR	RAPID ASSESSMENT	DETAIL ASSESSMENT	CONTINUAL ASSESSMENT
WAKTU	1 X 24 Jam (Maks 1 minggu)	Sekitar 1 bulan	Informasi dikumpulkan secara reguler berdasarkan periode waktu operasi
AKSES MENDAPATKAN INFORMASI	Terbatas Tidak ada waktu yang cukup untuk mengunjungi seluruh lokasi dan berbicara dengan nara sumber Atau Situasi keamanan yang mengambat kegiatan dan akses kepada orang	Memungkinkan mengunjungi sejumlah lokasi dan wawancara kepada sejumlah nara sumber	Akses luas
SUMBER INFORMASI	Data sekunder, pelayanan sosial (kesehatan, air dll) LSM, Pemerintah, masyarakat yang terkena dampak	Data sekunder, sejumlah nara sumber	Data sekunder, sumber nara sumber yang terpilih petunjuk lain, relawan
ASUMSI YANG DIGUNAKAN	Tinggi Waktu yang digunakan tidak cukup. Asumsi didasari oleh pengalaman sebelumnya	Rendah Waktu yang cukup memadai untuk mendapatkan informasi	Menengah Asumsi didasari oleh petunjuk dan informasi, tetapi dapat disesuaikan dengan sumber lainnya

Sumber: (BNPB, 2021)

Tahap Pelaksanaan Assessment

1. Menyusun perencanaan kegiatan assesment
2. Mengumpulkan data primer dan/atau sekunder
3. Membuat pemetaan lokasi kejadian bencana dan peta camp pengungsian
4. Membuat kajian dan analisis kondisi lokasi bencana secara tepat dan cepat
5. Menetukan titik lokasi pendampingan dan menentukan jenis bantuan yang akan diberikan
 - a. Melaporkan hasil assessment kepada Ketua Tanggap darurat bencana
 - b. Mempersiapkan assessment berikutnya jika diperlukan

F. Perencanaan dan Pemilihan Lokasi Penampungan

Penampungan pengungsi muncul dalam kondisi yang spesifik dan bertempat tinggal dalam beragam cara, seringnya berada dalam area yang tidak berpenghuni/ fasilitas umum dan bahkan membuat sebuah penampungan sendiri. Terkadang pula membuat sebuah perkampungan baru yang tersebar di beberapa tempat dan kadang tinggal pada rumah-rumah penduduk. Organisasi kemanusiaan terbiasa dihadapkan dengan dua kemungkinan situas yaitu penampungan yang sudah ada atas inisiatif sendiri atau bahkan yang baru akan dibuatkan oleh pemerintah/lembaga kemanusiaan sebelum mereka dipindahkan. Perencanaan dan pemilihan lokasi penampungan dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan akan keselamatan, keamanan dan kenyamanan pengungsi pada saat tinggal di penampungan atau memastikan kehidupan yang bermartabat untuk pengungsi pada saat tinggal di penampungan. Dalam menentukan lokasi penampungan, harus memperhatikan hal-hal berikut:

- Lokasi penampungan seharusnya berada didaerah yang bebas dari seluruh ancaman yang berpotensi terhadap gangguan keamanan baik internal maupun external;
- Jauh dari lokasi daerah rawan bencana;
- Hak penggunaan lahan seharusnya memiliki keabsahan yang jelas; diutamakan hasil dari koordinasi dengan pemerintah setempat;
- Memiliki akses jalan yang mudah;

- Dekat dengan sumber mata air, sehubungan dengan kegiatan memasak dan MCK;
- Dekat dengan sarana-sarana pelayanan sosial termasuk pelayanan kesehatan, olahraga, sekolah dan tempat beribadah atau dapat disediakan secara memadai

Hal-hal lain yang dapat dipertimbangkan:

- Idealnya, ada beberapa akses untuk memasuki areal penampungan dan bukan merupakan akses langsung dari komunitas terdekat;
- Tanah diareal penampungan seharusnya memiliki tingkat kemiringan yang landai untuk melancarkan saluran pembuangan air;
- Tanah diareal penampungan seharusnya bukan merupakan areal endemik penyakit
- Lokasi penampungan seharusnya tidak dekat dengan habitat yang dilindungi atau dilarang seperti kawasan konservasi hutan, perkebunan, lahan tanaman;
- Pengalokasian tempat penampungan seharusnya menggunakan cara yang bijak mengikuti dengan adat budaya setempat;
- Libatkan masyarakat dalam pemilihan lokasi dan perencanaan.

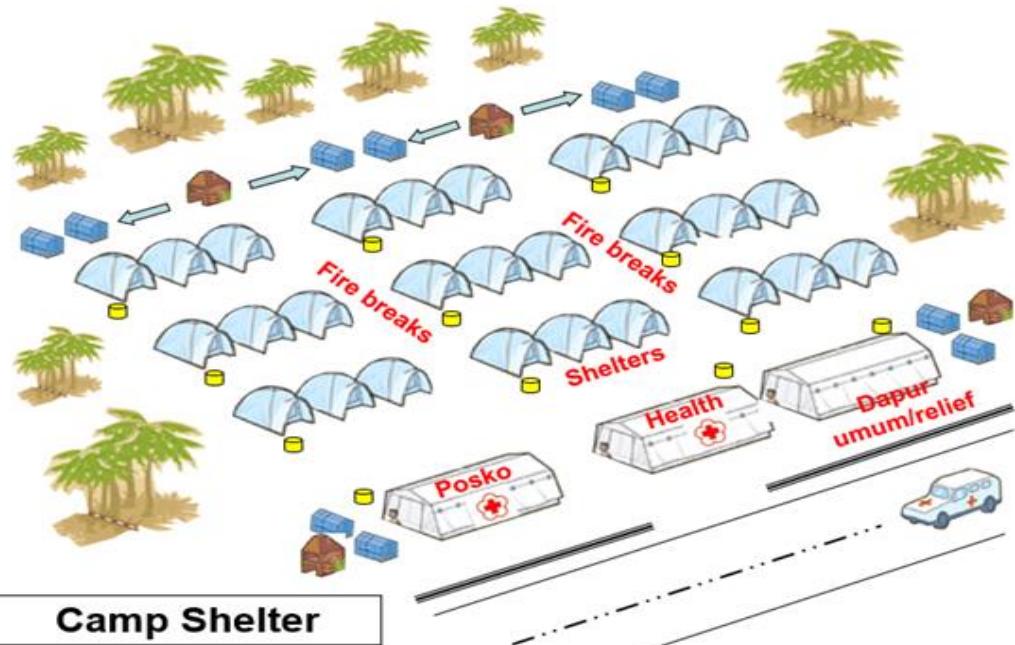
1. Perencanaan teknik *shelter* diantaranya yaitu:

- Lahan yang dibutuhkan untuk satu jiwa 45 m²;
- Ruang tenda/shelter per jiwa 3,5 m²;
- Jumlah jiwa untuk satu tempat pengambilan air = 250 jiwa;
- Jumlah jiwa untuk satu MCK = 20 jiwa
- Ukuran MCK = 1,5 m X 1,5 m (Kamar mandi = Kakus)
- Jarak ke sumber air tidak melampaui jarak 15 m;
- Jarak ke MCK 30 m;
- Jarak sumber air dengan MCK 100 m
- Jarak antara dua tenda/shelter minimal 2 m.

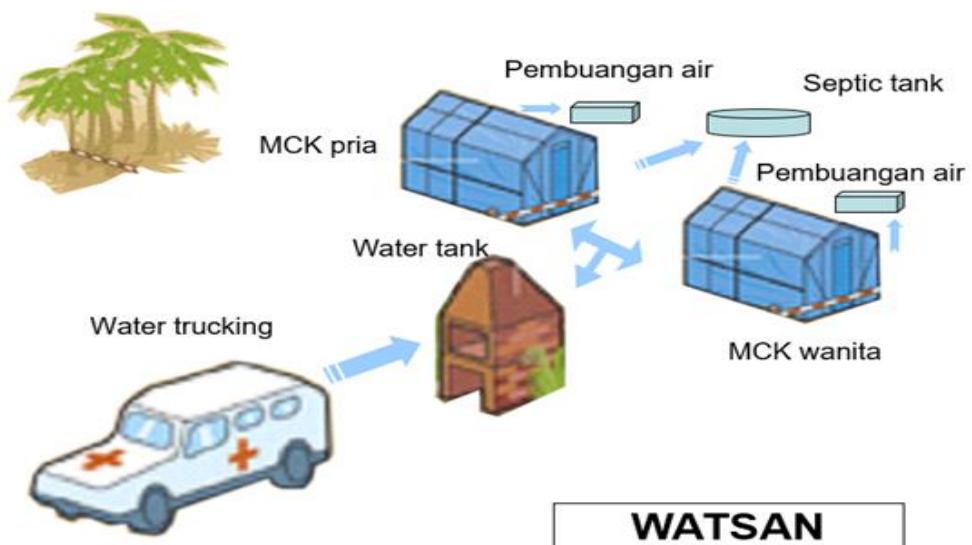
2. Persiapan pelayan *camp* dapat mencakup hal-hal di bawah ini:

- Posko
- Tempat registrasi;
- Tempat pelayanan kesehatan;
- Gudang untuk pemberian kebutuhan pangan/non pangan cepat;
- Tempat distribusi
- MCK, penampungan air dan sarana kebersihan;
- Tempat olahraga;

- Parkir;
- Dan bisa ditambahkan sesuai kebutuhan (RI, 2019)



Gambar 4.5: Camp Shelter



Gambar 4.6: Watsan



Gambar 4.7: Distribusi Relief (BNPB, 2021)

G. Pengelolaan Air Bersih

Sistem penyediaan sarana air bersih pada wilayah tanggap darurat, harus disesuaikan dengan karakteristik bencana yang terjadi, misalnya: banjir, tanah longsor, tsunami ataupun gunung meletus. Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah sistem pelayanan kebutuhan air bersih kepada para korban bencana tersebut. Beberapa sistem yang cocok digunakan untuk tanggap darurat bencana antara lain:

1. Sumur Gali (SGL)

Pemanfaatan sumur gali pada daerah tanggap bencana hanya bisa dimungkinkan selain daerah banjir, seperti gunung meletus, tanah longsor, ataupun tsunami tsunami. Dalam rencana pemilihan lokasi sumber air permukaan yang akan dimanfaatkan sebagai sumur gali, hendaknya memandang beberapa aspek yang bisa mempengaruhi kualitas airnya dari sebab-sebab yang bisa menimbulkan pencemaran secara kimia ataupun bakteriologis. Sebaiknya, SGL yang telah ditentukan memiliki radius 15 M dari semua aktifitas yang menghasilkan sampah, limbah ataupun kotoran, baik manusia ataupun hewan ternak.

2. Sumur Bor

Pemanfaatan sarana air bersih di daerah bencana dengan menggunakan sistem pengeboran adalah suatu upaya terakhir bila sumber-sumber air alternatif tidak bisa didapatkan, karena sumur bor adalah memanfaatkan air tanah yang keberadaanya pada zona aquifer

atau lapisan batuan dalam, yang sering disebut sebagai cadangan air di muka bumi ini.

3. Perlindungan Mata Air

Perlindungan Mata Air (PMA) adalah merupakan simpanan air permukaan yang mengalir pada resapan tanah atau bebatuan tertentu. Dan sebagian mata air mengalir dari hutan-hutan pegunungan menuju lereng-lereng bukit. Kualitas air PMA rata-rata baik karena masih alami. Pemanfaatan air PMA ini sebaiknya bagi lokasi tanggap bencana banjir ataupun tsunami, karena memang pada kondisi banjir dan tsunami, sumber-sumber air permukaan daratan dan pantai akan tercemar, sehingga jalan terbaik adalah mencari titik sumber yang terdekat yang bisa jadi itu adalah perlindungan mata air.

4. Penampungan Air hujan

Penampungan air hujan bisa dibuat, apabila dalam lokasi tanggap bencana itu memang tidak memungkinkan adanya sumber air permukaan, dan frekuensi curah hujan di lokasi sangat mendukung. Namun dalam kondisi yang darurat, penampungan air hujan juga sifatnya temporer, karena luasan air hujan yang tertampung juga terbatas pada tenda ataupun barak-barak sementara yang ada. Tempat penampungan air ini bisa berupa gentong, ember, drum, atau sejenisnya apabila belum ada tandon air yang permanen.

5. Dropping Air Bersih

Biasanya didalam situasi bencana sebagian besar terasa serba sulit dalam pemenuhan kebutuhan pokok sehingga apabila memang situasi sungguh tidak memungkinkan adanya sumber air yang bisa dimanfaatkan di lokasi tempat penanganan korban bencana, maka tim gerak cepat terpadu harus segera mengatasi dengan sistem dropping air bersih dari lokasi lain. Dalam proses dropping air ini diperlukan tenaga dan biaya lebih karena menyangkut operasionalnya seperti pengambilan air, pengangkutan air dengan mobil tangki, dan distribusi pada tandon-tandon atau wieber penampung air di sekitar lokasi penanganan korban bencana.

6. Pengolahan air sederhana

Proses pengolahan air sederhana dalam tanggap bencana tetap harus disiagakan, karena ini untuk mendukung kesiapan penyediaan air bersih kalau memang sudah tidak ada air bersih yang bisa dimanfaatkan,

namun masih ada air yang kotor yang kemungkinan bisa di proses menjadi air bersih.

Pada pengolahan sederhana, ada beberapa proses yang harus dijadikan acuan tahapan, yaitu:

- Proses sedimentasi/pengendapan
- Proses koagulasi/pemisahan kekeruhan
- Proses filtrasi/penyaringan
- Proses desinfeksi/membunuh kuman (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

7. Distribusi Air Bersih

Dalam pendistribusian air bersih di lokasi bencana, kita harus menerapkan standar yang ketat dalam pemakaian air. Karena dalam kondisi bencana berbeda dengan kondisi normal, air yang biasanya mudah akan menjadi sulit dan begitu berharga di saat bencana itu terjadi. Untuk itu para korban bencana harus diberikan pengertian tentang batas minimum dan maksimum dalam pemanfaatan air di lokasi bencana. Bila perlu dibuatkan aturan tertulis, misal dalam 1 (satu) kepala keluarga (KK) diberikan jatah 120 liter/hari atau bisa juga dengan jatah per org per liter. Distribusi air ini harus diperhitungkan betul, mengacu pada standar yang ada yaitu setiap orang membutuhkan kebutuhan air bersih setiap harinya dengan kisaran (65-85) Lt/hr. Sehingga petugas sanitarian harus bisa memperhitungkan antara kapasitas tandon air dengan jumlah warga korban yang akan dilayani (BNPB, 2021).

8. Perbaikan Kualitas Air Bersih Permukaan

Dalam situasi bencana apabila terjadi penyimpangan kualitas air bersih, maka harus dilakukan perbaikan kualitas secara tepat dan efisien, hal yang biasa terjadi dalam situasi bencana adalah sebagai berikut:

a. Air Keruh dan berwarna

Untuk menghilangkan tingkat kekeruhan dan warna dalam air, bisa kita hilangkan dengan proses penjernihan dengan metode aerasi yaitu dengan mengontakkan air dengan oksigen bebas dengan tujuan partikel penyebab warna akan terikat oleh oksigen bebas. Cara aerasi ini bisa dilakukan dengan cara mengalirkan air secara berundak ke bawak atau air dialirkan pada suatu wadah yang memiliki sekat penghalang kiri atau kanan.

- b. Air mengandung lumpur dan pasir

Jika air yang mengandung lumpur dan pasir, maka bisa kita lakukan dengan teknologi tepat guna dengan Saringan Pasir Cepat atau Tabung Saringan Pasir Cepat

- c. Air berbau tidak sedap

Jika kita temukan kualitas air yang berbau, dalam hal ini bukan bau belerang, maka air tersebut bisa kita lakukan penyaringan dengan arang aktif ataupun dengan cara aerasi dengan udara bebas

- d. Air terindikasi tercemar tinja, dll

Bila kualitas air yang positif tercemar, maka tindakan yang perlu dilakukan adalah dengan cara mendesinfeksi air tersebut dengan bahan kaporit atau kapur (yang mudah dan gampang ditemukan) dengan perbandingan 0,3 mg kaporit per liter atau setara dengan 1 sendok makan kaporit untuk 20 liter air. Selanjutnya untuk mengendapkan bisa digunakan tawas (aluminium sulfat). Dan untuk mendapatkan kualitas lebih bagus lagi dilakukan penyaringan dengan karbon/arang aktif (BNPB, 2021).

9. Pengawasan Kualitas Air Bersih

Pengawasan kualitas air bersih dilakukan melalui Pengamatan lapangan atau inspeksi sanitasi langsung yang bermaksud memberi gambaran tentang serangkaian informasi dan tempat-tempat yang berpotensi mempunyai masalah. Data yang diperoleh bisa menjabarkan kekurangan, ketidakteraturan, kesalahan penanganan dan data penyimpangan yang mungkin mempengaruhi kualitas air bersih itu sendiri. Inspeksi sanitasi dilaksanakan secara teratur waktunya (rutin) dan tepat guna.

10. Sistem Perpipaan (PDAM/BPAM/PAM Swata)

1. Pengamatan lapangan pada seluruh unit pengolahan air minum mulai dari sumber air baku, instalasi pengolahan, jaringan distribusi sampai dengan sambungan pelayanan rumah.
2. Pengamatan lapangan dengan pengisian formulir Inspeksi Sanitasi
3. Hasil setiap pengamatan harus segera diolah dan Analisis supaya dapat segera ditindak lanjuti/perbaikan kualitas.

11. Sarana Air Bersih (SGL, SPT, PAH, PMA)
 1. Inventarisasi seluruh sarana
 2. Pemetaan
 3. Pengamatan lapangan/sarana (sesuai dengan formulir inspeksi sanitasi menurut jenis sarana air bersih).

12. Perawatan Sarana Air Bersih

Sistem perawatan sarana air bersih (SAB) juga sangat mempengaruhi kualitas air yang akan dikonsumsi oleh konsumen, jadi harus diperhatikan masing-masing sesuai kontruksi SAB nya sebagai berikut:

- a. Sumur Gali (SGL)
 - 1) Dicek secara fisik kualitas airnya (bau, rasa, warna dan pH) secara periodik 2-3 hari sekali oleh sanitarian.
 - 2) Bila terjadi kerusakan konstruksi pada casing/bibir sumur gali, segera diperbaiki agar tidak menimbulkan pencemaran lebih lanjut.
 - 3) Bila terjadi perubahan warna dan bau yang tajam dan rasa yang tidak enak, hentikan penggunaan air, dan tunggu pemeriksaan sanitarian.
 - 4) Dalam kurun waktu minimal sebulan sekali harus dilakukan pengambilan sampel air, baik secara kimia atau bakteriologis.
- b. Sumur Pompa Tangan (SPT)
 - 1) Selalu rutin mengecek bagian-bagian pompa yang mudah aus dan berkarat, untuk menjaga kerusakan atau macet ataupun klep yang bocor.
 - 2) Dicek secara fisik kualitas airnya (bau, rasa, warna dan pH) secara periodik 2-3 hari sekali oleh sanitarian
 - 3) Bila terjadi kerusakan konstruksi pada pipa, ataupun pompa, segera lakukan perbaikan agar tidak menimbulkan pencemaran lebih lanjut.
 - 4) Bila terjadi perubahan warna dan bau yang tajam dan rasa yang tidak enak, hentikan penggunaan air, dan tunggu pemeriksaan sanitarian.
 - 5) Dalam kurun waktu minimal sebulan sekali harus dilakukan pengambilan sampel air, baik secara kimia atau bakteriologis

- c. Sumur Bor (SB)
 - 1) Selalu rutin mengecek bagian-bagian sumur bor yang mudah aus dan berkarat, untuk menjaga kerusakan atau macet ataupun pipa yang mungkin bocor.
 - 2) Selalu mengontrol area disekitar titik pengeboran, jangan sampai ada sumber pencemar yang kemungkinan bisa masuk, meresap ke titik sumber air sumur bor yang digunakan.
 - 3) Dicek secara fisik kualitas airnya (bau, rasa, warna dan pH) secara periodik 2-3 hari sekali oleh sanitarian.
 - 4) Bila terjadi kerusakan konstruksi pada pipa, ataupun mesian pompa, segera lakukan perbaikan agar tidak menimbulkan pencemaran lebih lanjut.
 - 5) Bila terjadi perubahan warna dan bau yang tajam dan rasa yang tidak enak, hentikan penggunaan air, dan tunggu pemeriksaan sanitarian.
 - 6) Dalam kurun waktu minimal sebulan sekali harus dilakukan pengambilan sampel air, baik secara kimia atau bakteriologis.
- d. Perlindungan Mata Air (PMA)
 - 1) Selalu rutin mengecek bagian-bagian bangunan PMA yang mudah retak dan bocor.
 - 2) Rutin mengecek jaringan distribusi perpipaan PMA, agar titik rawan bocor ataupun pipa yang patah segera diketahui, untuk menjaga kontinuitas dan kualitas air.
 - 3) Dicek secara fisik kualitas airnya (bau, rasa, warna dan pH) secara periodik 2-3 hari sekali oleh sanitarian
 - 4) Bila terjadi kerusakan konstruksi pada PMA, ataupun jaringan, segera lakukan perbaikan agar tidak menimbulkan pencemaran lebih lanjut.
 - 5) Bila terjadi perubahan warna dan bau yang tajam dan rasa yang tidak enak, hentikan penggunaan air, dan tunggu pemeriksaan sanitarian.
 - 6) Dalam kurun waktu minimal sebulan sekali harus dilakukan pengambilan sampel air, baik secara kimia atau bakteriologis.
- e. Penampungan Air Hujan (PAH)
 - 1) Selalu rutin mengecek bagian-bagian bangunan PAH yang mudah retak dan bocor.

- 2) Rutin mengecek saluaran peturasan dan saringan air hujan menuju PAH untuk mrnjaga kualitas air.
- 3) Dicek secara fisik kualitas airnya (bau, rasa, warna dan pH) secara periodik 2-3 hari sekali oleh sanitarian.
- 4) Bila terjadi kerusakan konstruksi pada PAH, ataupun salurannya, segera lakukan perbaikan agar tidak menimbulkan pencemaran lebih lanjut
- 5) Bila terjadi perubahan warna dan bau yang tajam dan rasa yang tidak enak, hentikan penggunaan air, dan tunggu pemeriksaan sanitarian.
- 6) Dalam kurun waktu minimal sebulan sekali harus dilakukan pengambilan sampel air, baik secara kimia atau bakteriologis.

H. Peran Makanan atau Gizi Saat dan Pasca Bencana

Menurut (BNBP, 2012), kegiatan Gizi Pada Situasi Darurat Bencana (siaga darurat, tanggap darurat, dan transisi darurat). Situasi keadaan darurat bencana terbagi menjadi 3 tahap, yaitu siaga darurat, tanggap darurat dan transisi darurat.:

- **Siaga Darurat**

Siaga darurat adalah suatu keadaan potensi terjadinya bencana yang ditandai dengan adanya pengungsi dan pergerakan sumber daya. Kegiatan penanganan gizi pada situasi siaga darurat sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat.

- **Tanggap Darurat**

Kegiatan penanganan gizi pada saat tanggap darurat dapat di kelompokkan dalam 2 (dua) tahap, yaitu tahap tanggap darurat awal dan tanggap darurat lanjut.

- **Transisi Darurat**

Transisi darurat adalah suatu keadaan sebelum dilakukan rehabilitasi dan rekonstruksi. Kegiatan penanganan gizi pada situasi transisi darurat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada, dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat

1. Tahap Tanggap Darurat Awal

Fase I Tanggap Darurat Awal antara lain ditandai dengan kondisi sebagai berikut: korban bencana bisa dalam pengungsian atau belum

dalam pengungsian, petugas belum sempat mengidentifikasi korban secara lengkap, bantuan pangan sudah mulai berdatangan dan adanya penyelenggaraan dapur umum jika diperlukan.

Lamanya fase 1 ini tergantung dari situasi dan kondisi setempat di daerah bencana yaitu maksimal sampai 3 hari setelah bencana.

Pada fase ini kegiatan yang dilakukan adalah:

- Memberikan makanan yang bertujuan agar pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya
- Mengawasi pendistribusian bantuan bahan makanan
- Menganalisis hasil Rapid Health Assessment (RHA) TANGGAP DARURAT
- a. Menghitung kebutuhan gizi

Berdasarkan analisis hasil Rapid Health Assessment (RHA) diketahui jumlah pengungsi berdasarkan kelompok umur, selanjutnya dapat dihitung ransum pengungsi dengan memperhitungkan setiap orang pengungsi membutuhkan 2.100kkal, 50gprotein dan 40 glemak, serta Menyusun menu yang didasarkan pada jenis bahan makanan yang tersedia.

- b. Pengelolaan penyelenggaraan makanan di dapur umum yang meliputi:
 - 1) Tempat pengolahan
 - 2) Sumber bahan makanan
 - 3) Petugas pelaksana
 - 4) Penyimpanan bahan makanan basah
 - 5) Penyimpanan bahan makanan kering
 - 6) Cara mengolah
 - 7) Cara distribusi
 - 8) Peralatan makan dan pengolahan
 - 9) Tempat pembuangan sampah sementara
 - 10) Pengawasan penyelenggaraan makanan
 - 11) Mendistribusikan makanan siap saji
 - 12) Pengawasan bantuan bahan makanan untuk melindungi korban bencana dari dampak buruk akibat bantuan tersebut seperti diare, infeksi, keracunan dan lain-lain, yang meliputi:

- a) Tempat penyimpanan bantuan bahan makanan harus dipisah antara bahan makanan umum dan bahan makanan khusus untuk bayi dan anak
- b) Jenis-jenis bahan makanan yang diwaspadai termasuk makanan dalam kemasan, susu formula dan makanan suplemen (Arsyad, 2017)

2. Tanggap Darurat Lanjut

Tahap tanggap darurat lanjut dilaksanakan setelah tahap tanggap darurat awal, dalam rangka penanganan masalah gizi sesuai tingkat kedaruratan. Lamanya tahap tanggap darurat lanjut tergantung dari situasi dan kondisi setempat didaerah bencana. Pada tahap ini sudah ada informasi lebih rinci tentang keadaan pengungsi, seperti jumlah menurut golongan umur dan jenis kelamin, keadaan lingkungan, keadaan penyakit, dan sebagainya. Kegiatan penanganan gizi pada tahap ini meliputi:

- a. Analisisf aktor penyulit berdasarkan hasil Rapid Health Assessment (RHA).
- b. Pengumpulan dataan tropometri balita (berat badan, panjang badan/tinggi badan), ibu hamil dan ibu menyusui (Lingkar Lengan Atas) (BNPB, 2021)

3. Masalah Umum

- a. Jenis bantuan dan waktu tibanya
- b. Ketepatannya untuk menangani status gizi, status kesehatan & kemiskinan masyarakat rentan
- c. Ketepatan sasaran
- d. Berkurangnya dalam proporsi bantuan
- e. Dampak terhadap harga di pasar, pola konsumsi, dan pola produksi
- f. Pangan sebagai hak, senjata, kesetaraan.

4. Sepuluh Masalah Bantuan Pangan

- a. Sumber tidak cukup
- b. Akuntabilitas dan kontrol yang buruk
- c. Terlalu banyaknya informasi
- d. Kehilangan, sisa, berlebihan
- e. Asumsi berlebihan
- f. Sistem distribusi tak terkontrol

- g. Keluarga tak dapat mencukupi kebutuhan
 - h. Kurangnya info sistem distribusi
 - i. Tak ada kontrol thd bahan distribusi
 - j. Masyarakat tak menerima bantuan.
- 5. Standar Minimum Ketahanan Pangan, Gizi, dan Bantuan Pangan**
- a. Analisis dan Pengkajian Ketahanan Pangan & Gizi
 - b. Ketahanan Pangan
 - c. Gizi
 - d. Bantuan Pangan



Gambar 4.8: Perencanaan Pangan atau Gizi (BNPB, 2021)

6. Standar Minimum Bantuan Pangan

- a. Perencanaan jatah
- b. Ketepatan & Penerimaan
- c. Kualitas & Keamanan Pangan
- d. Penanganan Makanan
- e. Pengelolaan Rantai Persediaan
- f. Distribusi

I. Penanganan Penyakit Menular

1. Pengertian Penyakit Menular

Penyakit yang disebabkan oleh penularan dari suatu agent infeksi atau produk racunnya dari orang atau hewan yang terinfeksi ke penjamu

yang peka baik secara langsung maupun tidak. Tiga Kelompok utama penyakit menular yaitu:

- a. Penyakit yang sangat berbahaya karena angka kematian cukup tinggi.
- b. Penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan kematian dan cacat, walaupun akibatnya lebih ringan dari yang pertama
- c. Penyakit menular yang jarang menimbulkan kematian dan cacat tetapi dapat mewabah yang menimbulkan kerugian materi

Penyakit yang disebabkan oleh bibit penyakit tertentu atau oleh produk toxin yang didapatkan melalui penularan bibit penyakit atau toxin yang diproduksi oleh bibit penyakit tersebut dari orang yang terinfeksi, dari binatang atau dari reservoir kepada orang yang rentan; baik secara langsung maupun tidak langsung melalui tumbuh-tumbuhan atau binatang pejamu, melalui vector atau melalui lingkungan. penyakit yang dapat ditularkan atau berpindah dari orang yang sakit ke orang yang sehat atau belum terkena penyakit menular tersebut. Penularan penyakit tersebut dapat terjadi baik melalui perantara maupun secara langsung (BNPB, 2021).

2. Jenis Penyakit Menular Yang Sering Terjadi

Tiga belas penyakit menular dan penyakit terkait bencana berada dalam pengamatan, terdiri dari:

- a. Campak
- b. Pneumonia
- c. Demam Berdarah
- d. Tetanus
- e. (DBD)
- f. Trauma (fisik)
- g. Diare berdarah
- h. Typhoid
- i. Diare biasa
- j. Hepatitis
- k. ISPA
- l. Keracunan Makanan
- m. Malaria
- n. Penyakit Kulit

Penyakit menular akan mempunyai potensi yang sangat besar untuk menjadi wabah maupun epidemi, sebagai akibat:

- a. Berkumpulnya manusia dalam jumlah yang banyak
- b. Sanitasi, air bersih, nutrisi yang tidak memadai
- c. Perpindahan penyakit karena perubahan lingkungan paska bencana,
- d. maupun karena perpindahan penduduk karena pengungsian

3. Masa Penularan

Adalah waktu pada saat dimana bibit penyakit mulai ditularkan baik secara langsung maupun tidak langsung dari orang yang sakit ke orang lain, dari binatang yang sakit ke manusia atau dari orang yang sakit ke binatang termasuk ke arthropoda. Untuk penyakit tertentu seperti Diphteria dan Infeksi Streptococcus dimana selaput lendir terkena sejak awal masuknya bibit penyakit, maka masa penularannya dihitung mulai dari saat kontak pertama dengan sumber infeksi sampai dengan saat bibit penyakit tidak lagi ditularkan dari selaput lendir yang terinfeksi, yaitu waktu sebelum munculnya gejala prodromal sampai berhentinya status sebagai carrier, jika yang bersangkutan berkembang menjadi carrier.

Ada penyakit-penyakit tertentu justru lebih menular pada masa inkubasi dibandingkan dengan pada waktu yang bersangkutan memang benar-benar jatuh sakit (contohnya adalah Hepatitis A, campak). Pada penyakit-penyakit seperti TBC, kusta, sifilis, gonorrhea dan jenis salmonella tertentu masa penularannya berlangsung lama dan terkadang intermiten pada saat lesi kronis secara terus menerus mengeluarkan cairan yang infeksius dari permukaan atau lubang-lubang tubuh. Untuk penyakit yang ditularkan oleh arthropoda seperti malaria, demam kuning, masa penularannya atau masa infektivitasnya adalah pada saat bibit penyakit ada dalam jumlah cukup dalam tubuh manusia baik itu dalam darah maupun jaringan tubuh lainnya dari orang yang terinfeksi sehingga memungkinkan vector terinfeksi dan menularkannya kepada orang lain. Masa penularan untuk vector arthropoda yaitu pada saat bibit penyakit dapat disemikan dalam jaringan tubuh arthropoda dalam bentuk tertentu dalam jaringan tertentu (stadium infektif) sehingga dapat ditularkan (BNPB, 2021).

4. Penyakit yang ada Sebelum Bencana

Umumnya, penyakit menular yang muncul setelah bencana terkait dengan penyakit endemis wilayah tersebut. Sehingga, risiko penularan penyakit paska bencana juga tidak ada jika organisme penyebab tidak ada di wilayah tersebut sebelumnya. Meskipun begitu, relawan yang datang ke wilayah bencana mempunyai risiko untuk menularkan penyakit, maupun tertular penyakit yang sudah ada di wilayah bencana.

5. Perubahan Ekologi Karena Bencana

Bencana alam seringkali akan menyebabkan perubahan ekologis lingkungan. Akibatnya risiko penularan penyakit bisa meningkat maupun berkurang, terutama penyakit yang ditularkan oleh vektor maupun penyakit yang ditularkan oleh air.

6. Pengungsian

Pengungsian dapat menyebabkan meningkatnya risiko relatif munculnya penyakit menular melalui mekanisme sebagai berikut: terbebaninya sistem layanan kesehatan dimana mereka mengungsi, tertularinya para pengungsi oleh penyakit endemis dimana mereka mengungsi, para pengungsi memperkenalkan agen infeksi baru pada lingkungan dimana mereka mengungsi.

7. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk merupakan faktor penting penularan penyakit terutama terkait dengan penularan melalui rute penularan melalui pernapasan dan kontak langsung. Bencana alam menyebabkan rusaknya rumah, yang berakibat meningkatnya kepadatan penduduk karena terkumpul dalam kemah - kemah pengungsian.

8. Rusaknya Fasilitas Publik

Listrik, air minum, maupun sistem pembuangan limbah akan terpengaruh oleh bencana alam. Hilangnya sarana MCK akan meningkatkan penyakit yang menular melalui makanan dan air. Kurangnya air untuk mencuci tangan maupun mandi juga akan meningkatkan penyebaran penyakit melalui kontak langsung.

9. Pemilihan Kasus Prioritas

Tidak semua penyakit menular muncul dalam situasi paska bencana dan tidak semua penyakit menular yang muncul merupakan penyakit yang harus mendapatkan prioritas dalam pengamatan maupun pengendalian. Beberapa penyakit menular menjadi prioritas pengamatan didasari oleh beberapa pertimbangan antara lain: Penyakit yang rentan epidemik (kondisi padat):

- Acute watery diarrhoea/cholera
- Diare berdarah
- Typhoid fever
- Hepatitis
- Meningitis

Penyakit yang penting dalam program pengendalian nasional

- Campak
- Tetanus

Penyakit endemis yang dapat meningkat paska bencana:

- Kenaikan kasus malaria
- Demam berdarah dengue

10. Pengamatan Pola Penyakit dan Kewaspadaan Dini

Dalam sistem surveilans rutin, pengamatan pola penyakit dan sistem kewaspadaan dini dibedakan dengan menggunakan formulir W1(kewaspadaan dini terhadap penyakit berpotensi KLB) serta W2 untuk melihat pola penyakit secara mingguan. Surveilans paska bencana sebenarnya tetap mencoba untuk mengakomodasi kedua kepentingan tersebut. meskipun menggunakan model yang lebih sederhana. Menggunakan sistem surveilans rutin dalam kondisi bencana tentu sesuatu usaha yang sia-sia, karena lumpuhnya sistem kesehatan yang menjadi tulang punggung kegiatan surveilans. Untuk itu pelaporan data penyakit dari fasilitas kesehatan ke dinas kesehatan harus dibuat dengan sistem sesederhana mungkin, tetapi dengan sensitivitas yang tetap tinggi.

Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, WHO merekomendasikan pelaporan surveilans mingguan untuk memonitor pola penyakit di wilayah bencana. Penyakit yang dimasukkan dalam daftar pengamatan merupakan penyakit prioritas yang sebaiknya dibatasi tidak terlalu

banyak (lebih kurang 10 penyakit prioritas). Prioritas didasarkan atas kriteria yang sudah dibahas di bagian sebelumnya.

Sistem kewaspadaan dini penyakit berpotensi KLB, apabila memungkinkan, dibuat berdasarkan komunikasi yang real-time. Untuk itu, sebaiknya seksi surveilans mendedikasikan satu nomor telepon yang bisa diakses selama 24 jam, agar penyakit yang muncul di wilayah bencana dapat secara cepat dideteksi. Nomor tersebut kemudian harus disosialisasikan kepada seluruh pihak yang melakukan layanan kesehatan di lapangan, berikut dengan definisi kasus dari penyakit yang wajib dilaporkan untuk kewaspadaan dini penyakit (Popang, Christina Tien; Sulistyawati, Anisa Nanang; Yuhanah; Hadija; A'yun, Qurratul; M, St. Munawwarah; Endriyani Martina Yunus, Cintika Yorinda Sebtalesy; Hariyani, Faridah; Argaheni, Niken Bayu; Abdullah, 2023)

11. Respon Cepat Pengendalian Penyakit

Untuk mencegah timbulnya kejadian luar biasa pada situasi bencana, maka deteksi kasus dan respons pengendalian harus dilakukan secara simultan. Setiap informasi yang mengarah munculnya sebuah kasus penyakit prioritas di wilayah bencana (meskipun dalam bentuk rumor), harus ditindak lanjuti dengan proses verifikasi segera dengan melakukan penyelidikan epidemiologis. Tim epidemiolog lapangan harus sesegera mungkin diterjunkan ke lapangan untuk mengambil sampel penderita, melakukan verifikasi laboratorium, yang apabila memungkinkan dengan menggunakan tes cepat (rapid test), agar verifikasi diagnosis dapat dilakukan pada saat itu juga.

Hasil penyelidikan epidemiologis, kemudian didiseminasi pada rapat koordinasi sektor kesehatan, agar semua relawan kesehatan yang berada di wilayah bencana mempunyai informasi tentang risiko penyebaran penyakit di wilayah mereka bekerja. Diseminasi ini juga diperlukan agar semua stakeholder yang terkait dengan kegiatan pengendalian penyakit dapat berkoordinasi untuk menyatukan sumber daya, dan merencanakan program intervensi yang sistematik. Untuk keperluan itulah mengapa surveilans penyakit pada situasi bencana juga menekankan pada aspek kecepatan mendapatkan data, mengolah, menganalisa dan mendesiminasikan informasi tersebut pada semua pihak terkait (BNPB, 2021).

J. Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana

1. Dasar Hukum

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana mengamanatkan pada pasal 35 dan 36 agar setiap daerah dalam upaya penanggulangan bencana, mempunyai perencanaan penanggulangan bencana. Secara lebih rinci disebutkan di dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. Peraturan Badan Nasional penanggulangan Bencana No. 4 tahun 2008, tentang pedoman penyusunan rencana penanggulangan bencana.

2. Perencanaan Dalam Penanggulangan Bencana

a. Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana

Pada dasarnya penyelenggaraan adalah tiga tahapan yakni:

- 1) Pra bencana yang meliputi: - situasi tidak terjadi bencana - situasi terdapat potensi bencana
- 2) Saat Tanggap Darurat yang dilakukan dalam situasi terjadi bencana
- 3) Pascabencana yang dilakukan dalam saat setelah terjadi bencana

b. Perencanaan dalam Penyelenggaraan

Tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana:

- 1) Pada tahap Prabencana dalam situasi tidak terjadi bencana, dilakukan penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana (Disaster Management Plan), yang merupakan rencana umum dan menyeluruh yang meliputi seluruh tahapan / bidang kerja kebencanaan. Secara khusus untuk upaya pencegahan dan mitigasi bencana tertentu terdapat rencana yang disebut rencana mitigasi misalnya Rencana Mitigasi Bencana Banjir DKI Jakarta.
- 2) Pada tahap Prabencana dalam situasi terdapat potensi bencana dilakukan penyusunan Rencana Kesiapsiagaan untuk menghadapi keadaan darurat yang didasarkan atas skenario menghadapi bencana tertentu (single hazard) maka disusun satu rencana yang disebut Rencana Kontijensi (*Contingency Plan*).
- 3) Pada Saat Tanggap Darurat dilakukan Rencana Operasi (*Operational Plan*) yang merupakan operasionalisasi/aktivasi dari

Rencana Kedaruratan atau Rencana Kontinjensi yang telah disusun sebelumnya.

- 4) Pada Tahap Pemulihan dilakukan Penyusunan Rencana Pemulihan (*Recovery Plan*) yang meliputi rencana rehabilitasi dan rekonstruksi yang dilakukan pada pasca bencana. Sedangkan jika bencana belum terjadi, maka untuk mengantisipasi kejadian bencana dimasa mendatang dilakukan penyusunan petunjuk /pedoman mekanisme penanggulangan pasca bencana.

3. Perencanaan Penanggulangan Bencana

Perencanaan penanggulangan bencana merupakan bagian dari perencanaan pembangunan. Setiap rencana yang dihasilkan dalam perencanaan ini merupakan program/kegiatan yang terkait dengan pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan yang dimasukkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP), Jangka Menengah (RPJM) maupun Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahunan.

Rencana penanggulangan bencana ditetapkan oleh Pemerintah dan pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun. Penyusunan rencana penanggulangan bencana dikoordinasikan oleh:

- a. 1.BNBP untuk tingkat nasional;
- b. 2.BPBD provinsi untuk tingkat provinsi; dan
- c. 3.BPBD kabupaten/kota untuk tingkat kabupaten/kota.

Rencana penanggulangan bencana ditinjau secara berkala setiap 2 (dua) tahun atau sewaktu-waktu apabila terjadi bencana

4. Proses Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana

Secara garis besar proses penyusunan/penulisan rencana penanggulangan bencana adalah sebagai berikut:



Gambar 4.9: Penyusunan/Penulisan Rencana Penanggulangan Bencana

5. Pemahaman Tentang Kerentanan Masyarakat

Kerentanan (*vulnerability*) adalah keadaan atau sifat/perilaku manusia atau masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan menghadapi bahaya atau ancaman. Kerentanan ini dapat berupa:

- a. Kerentanan Fisik Secara fisik bentuk kerentanan yang dimiliki masyarakat berupa daya tahan menghadapi bahaya tertentu, misalnya: kekuatan bangunan rumah bagi masyarakat yang berada di daerah rawan gempa, adanya tanggul pengaman banjir bagi masyarakat yang tinggal di bantaran sungai dan sebagainya.
- b. Kerentanan Ekonomi Kemampuan ekonomi suatu individu atau masyarakat sangat menentukan tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya. Pada umumnya masyarakat atau daerah yang miskin atau kurang mampu lebih rentan terhadap bahaya, karena tidak mempunyai kemampuan finansial yang memadai untuk melakukan upaya pencegahan atau mitigasi bencana.
- c. Kerentanan Sosial Kondisi sosial masyarakat juga mempengaruhi tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya. Dari segi pendidikan, kekurangan pengetahuan tentang risiko bahaya dan bencana akan mempertinggi tingkat kerentanan, demikian pula tingkat kesehatan masyarakat yang rendah juga mengakibatkan rentan menghadapi bahaya.
- d. Kerentanan Lingkungan Lingkungan hidup suatu masyarakat sangat mempengaruhi kerentanan. Masyarakat yang tinggal di daerah yang kering dan sulit air akan selalu terancam bahaya kekeringan. Penduduk yang tinggal di lereng bukit atau pegunungan rentan terhadap ancaman bencana tanah longsor dan sebagainya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

6. Analisis Kemungkinan Dampak Bencana

Hubungan antara ancaman bahaya, kerentanan dan kemampuan dapat dituliskan dengan persamaan berikut:

$$\text{Risiko} = f(\text{Bahaya} \times \text{Kerentanan/Kemampuan})$$

Semakin tinggi ancaman bahaya di suatu daerah, maka semakin tinggi risiko daerah tersebut terkena bencana. Demikian pula semakin tinggi tingkat kerentanan masayarakat atau penduduk, maka semakin tinggi

pula tingkat risikonya. Tetapi sebaliknya, semakin tinggi tingkat kemampuan masyarakat, maka semakin kecil risiko yang dihadapinya.

7. Tindakan Penanggulangan Bencana

a. Pencegahan dan Mitigasi

Upaya atau kegiatan dalam rangka pencegahan dan mitigasi yang dilakukan, bertujuan untuk menghindari terjadinya bencana serta mengurangi risiko yang ditimbulkan oleh bencana. Tindakan pencegahan yang tergolong dalam mitigasi pasif antara lain adalah:

- 1) Penyusunan peraturan perundang-undangan
- 2) Pembuatan peta rawan bencana dan pemetaan masalah.
- 3) Pembuatan pedoman/standar/prosedur
- 4) Pembuatan brosur/leaflet/poster
- 5) Penelitian / pengkajian karakteristik bencana
- 6) Pengkajian / analisis risiko bencana
- 7) Internalisasi PB dalam muatan lokal pendidikan
- 8) Pembentukan organisasi atau satuan gugus tugas bencana
- 9) Perkuatan unit-unit sosial dalam masyarakat, seperti forum
- 10) Pengarus-utamaan PB dalam perencanaan pembangunan

Sedangkan tindakan pencegahan yang tergolong dalam mitigasi aktif antara lain:

- 1) Pembuatan dan penempatan tanda-tanda peringatan, bahaya, larangan memasuki daerah rawan bencana dsb.
- 2) Pengawasan terhadap pelaksanaan berbagai peraturan tentang penataan ruang, ijin mendirikan bangunan (IMB), dan peraturan lain yang berkaitan dengan pencegahan bencana.
- 3) Pelatihan dasar kebencanaan bagi aparat dan masyarakat.
- 4) Pemindahan penduduk dari daerah yang rawan bencana ke daerah yang lebih aman.
- 5) Penyuluhan dan peningkatan kewaspadaan masyarakat.
- 6) Perencanaan daerah penampungan sementara dan jalur-jalur evakuasi jika terjadi bencana.
- 7) Pembuatan bangunan struktur yang berfungsi untuk mencegah, mengamankan dan mengurangi dampak yang ditimbulkan oleh bencana, seperti: tanggul, dam, penahan erosi pantai, bangunan tahan gempa dan sejenisnya.

Adakalanya kegiatan mitigasi ini digolongkan menjadi mitigasi yang bersifat non-struktural (berupa peraturan, penyuluhan, pendidikan) dan yang bersifat struktural (berupa bangunan dan prasarana).

8. Kesiapsiagaan Kesiapsiagaan

Dilaksanakan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya bencana guna menghindari jatuhnya korban jiwa, kerugian harta benda dan berubahnya tata kehidupan masyarakat. Upaya kesiapsiagaan dilakukan pada saat bencana mulai teridentifikasi akan terjadi, kegiatan yang dilakukan antara lain:

- a. Pengaktifan pos-pos siaga bencana dengan segenap unsur pendukungnya.
- b. Pelatihan siaga / simulasi / gladi / teknis bagi setiap sektor Penanggulangan bencana (SAR, sosial, kesehatan, prasarana dan pekerjaan umum).
- c. Inventarisasi sumber daya pendukung kedaruratan
- d. Penyiapan dukungan dan mobilisasi sumberdaya/logistik.
- e. Penyiapan sistem informasi dan komunikasi yang cepat dan terpadu guna mendukung tugas kebencanaan.
- f. Penyiapan dan pemasangan instrumen sistem peringatan dini (early warning)
- g. Penyusunan rencana kontinjensi (contingency plan)
- h. Mobilisasi sumber daya (personil dan prasarana/sarana peralatan)

9. Tanggap Darurat

Tahap Tanggap Darurat merupakan tahap penindakan atau penggerahan pertolongan untuk membantu masyarakat yang tertimpa bencana, guna menghindari bertambahnya korban jiwa. Penyelenggaraan penanggulangan bencana pada saat tanggap darurat meliputi:

- a. Pengkajian secara cepat dan tepat terhadap lokasi, kerusakan, kerugian, dan sumber daya;
- b. Penentuan status keadaan darurat bencana;
- c. Penyelamatan dan evakuasi masyarakat terkena bencana;
- d. Pemenuhan kebutuhan dasar;

- e. Perlindungan terhadap kelompok rentan; dan
- f. Pemulihan dengan segera prasarana dan sarana vital.

10. Pemulihan

Tahap pemulihan meliputi tahap rehabilitasi dan rekonstruksi. Upaya yang dilakukan pada tahap rehabilitasi adalah untuk mengembalikan kondisi daerah yang terkena bencana yang serba tidak menentu ke kondisi normal yang lebih baik, agar kehidupan dan penghidupan masyarakat dapat berjalan kembali. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan meliputi:

- a. Perbaikan lingkungan daerah bencana;
- b. Perbaikan prasarana dan sarana umum;
- c. Pemberian bantuan perbaikan rumah masyarakat;
- d. Pemulihan sosial psikologis
- e. Pelayanan kesehatan;
- f. Rekonsiliasi dan resolusi konflik;
- g. Pemulihan sosial, ekonomi, dan budaya;
- h. Pemulihan keamanan dan ketertiban;
- i. Pemulihan fungsi pemerintahan; dan
- j. Pemulihan fungsi pelayanan publik

Sedangkan tahap rekonstruksi merupakan tahap untuk membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana secara lebih baik dan sempurna. Oleh sebab itu pembangunannya harus dilakukan melalui suatu perencanaan yang didahului oleh pengkajian dari berbagai ahli dan sektor terkait. Sasaran kegiatannya meliputi:

- a. Pembangunan kembali prasarana dan sarana;
- b. Pembangunan kembali sarana sosial masyarakat;
- c. Pembangkitan kembali kehidupan sosial budaya masyarakat
- d. Penerapan rancangan bangunan yang tepat dan penggunaan peralatan yang lebih baik dan tahan bencana;
- e. Partisipasi dan peran serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan, dunia usaha dan masyarakat;
- f. Peningkatan kondisi sosial, ekonomi, dan budaya;
- g. Peningkatan fungsi pelayanan publik; atau
- h. Peningkatan pelayanan utama dalam masyarakat (Sari, D.A.P.; Kumalasari, N.; Jannah, N.; Sabilussalami, 2019)

11. Alokasi dan Peran Pelaku Kegiatan Penanggulangan Bencana

- a. Peran dan Fungsi Instansi Pemerintahan Terkait Peran Lintas Sektor adalah:
- 1) Sektor Pemerintahan, mengendalikan kegiatan pembinaan pembangunan daerah
 - 2) Sektor Kesehatan, merencanakan pelayanan kesehatan dan medik termasuk obat-obatan dan para medis
 - 3) Sektor Sosial, merencanakan kebutuhan pangan, sandang, dan kebutuhan dasar lainnya untuk para pengungsi
 - 4) Sektor Pekerjaan Umum, merencanakan tata ruang daerah, penyiapan lokasi dan jalur evakuasi, dan kebutuhan pemulihan sarana dan prasarana.
 - 5) Sektor Perhubungan, melakukan deteksi dini dan informasi cuaca/meteorologi dan merencanakan kebutuhan transportasi dan komunikasi
 - 6) Sektor Energi dan Sumber Daya Mineral, merencanakan dan mengendalikan upaya mitigatif di bidang bencana geologi dan bencana akibat ulah manusia yang terkait dengan bencana geologi sebelumnya
 - 7) Sektor Tenaga Kerja dan Transmigrasi, merencanakan penggerahan dan pemindahan korban bencana ke daerah yang aman bencana.
 - 8) Sektor Keuangan, penyiapan anggaran biaya kegiatan penyelenggaraan penanggulangan bencana pada masa pra bencana
 - 9) Sektor Kehutanan, merencanakan dan mengendalikan upaya mitigatif khususnya kebakaran hutan/lahan
 - 10) Sektor Lingkungan Hidup, merencanakan dan mengendalikan upaya yang bersifat preventif, advokasi, dan deteksi dini dalam pencegahan bencana. Sektor Kelautan, merencanakan dan mengendalikan upaya mitigatif di bidang bencana tsunami dan abrasi pantai.
 - 11) Sektor Lembaga Penelitian dan Peendidikan Tinggi, melakukan kajian dan penelitian sebagai bahan untuk merencanakan penyelenggaraan penanggulangan bencana pada masa pra bencana, tanggap darurat, rehabilitasi dan rekonstruksi.

- 12) TNI/POLRI, membantu dalam kegiatan SAR, dan pengamanan saat darurat termasuk mengamankan lokasi yang ditinggalkan karena penghuninya mengungsi

12. Peran dan Potensi Masyarakat

a. Masyarakat

Masyarakat sebagai pelaku awal penanggulangan bencana sekaligus korban bencana harus mampu dalam batasan tertentu menangani bencana sehingga diharapkan bencana tidak berkembang ke skala yang lebih besar.

b. Swasta

Peran swasta belum secara optimal diberdayakan. Peran swasta cukup menonjol pada saat kejadian bencana yaitu saat pemberian bantuan darurat. Partisipasi yang lebih luas dari sektor swasta ini akan sangat berguna bagi peningkatan ketahanan nasional dalam menghadapi bencana.

c. Lembaga Non-Pemerintah

Lembaga-lembaga Non Pemerintah pada dasarnya memiliki fleksibilitas dan kemampuan yang memadai dalam upaya penanggulangan bencana. Dengan koordinasi yang baik lembaga Non Pemerintah ini akan dapat memberikan kontribusi dalam upaya penanggulangan bencana mulai dari tahap sebelum, pada saat dan pasca bencana.

d. Perguruan Tinggi / Lembaga Penelitian Penanggulangan bencana

dapat efektif dan efisien jika dilakukan berdasarkan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi yang tepat. Untuk itu diperlukan kontribusi pemikiran dari para ahli dari lembaga-lembaga pendidikan dan penelitian

e. Media

Media memiliki kemampuan besar untuk membentuk opini publik. Untuk itu peran media sangat penting dalam hal membangun ketahanan masyarakat menghadapi bencana melalui kecepatan dan ketepatan dalam memberikan informasi kebencanaan berupa peringatan dini, kejadian bencana serta upaya penanggulangannya, serta pendidikan kebencanaan kepada masyarakat.

f. Lembaga Internasional

Pada dasarnya Pemerintah dapat menerima bantuan dari lembaga internasional, baik pada saat pra bencana, saat tanggap darurta maupun pasca bencana. Namun demikian harus mengikuti peraturan dan perundang-undangan yang berlaku

K. Simpulan

Penyakit menular meskipun merupakan konsekuensi logis dari perubahan ekologis lingkungan akibat bencana, tidak terjadi secara mendadak, dan tidak juga meningkatkan risiko penularan untuk semua penyakit. Rusaknya infrastruktur kesehatan sebagai tulang punggung kegiatan surveilans dan pengendalian penyakit, menyebabkan perlunya melaksanakan kegiatan surveilans paska bencana yang mempunyai sifat sesederhana mungkin, mengutamakan kecepatan mendapatkan informasi, dan mendiseminasi informasi tersebut. Untuk itu surveilans penyakit paska bencana umumnya menekankan pada sejumlah kecil penyakit prioritas yang sangat berpotensi menyebabkan terjadinya epidemi dan mengandalkan definisi kasus yang mempunyai sensitivitas yang tinggi. Respons cepat terhadap kasus yang muncul diperlukan karena risiko relatif penularan penyakit pada populasi yang terkena bencana akan lebih tinggi dibandingkan pada populasi normal.

L. Referensi

- BNPB, 2021. Penanggulangan Bencana Tahun 2021 Tentang Pedoman Umum Pengkajian Risiko 2. Jakarta: BNPB.
- Djuwadi, G., 2022. Manajemen Bencana. Madiun.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019. Penanggulangan Krisis Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khambali, I., 2017. Manajemen Penanggulangan Bencana. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Popang, Christina Tien; Sulistyawati, Anisa Nanang; Yuhanah; Hadija; A'yun, Qurratul; M, St. Munawwarah; Endriyani Martina Yunus, Cintika Yorinda Sebtalesy; Hariyani, Faridah; Argaheni, Niken Bayu; Abdullah, V.I., 2023. Asuhan Kebidanan dan Tanggap Darurat Bencana. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Sari, D.A.P.; Kumalasari, N.; Jannah, N.; Sabilussalam, N., 2019. Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Kedaruratan Bencana (RPKB). [online] Available at: <<http://www.bnrb.go.id>> [Accessed 29 September 2024].

GLOSARIUM

A

- Angka Kematian Neonatal (AKN) : Jumlah kematian bayi yang terjadi dalam 28 hari pertama kehidupan per 1.000 kelahiran hidup.
- Angka Kematian Bayi (AKB) : Jumlah kematian bayi di bawah usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup.
- Angka Kematian Ibu (AKI) : Jumlah kematian ibu akibat masalah selama kehamilan, persalinan, atau nifas per 100.000 kelahiran hidup
- Asfiksia : Keadaan di mana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur, sering disebabkan oleh masalah saat persalinan.
- Anemia : Kekurangan sel darah merah atau hemoglobin dalam darah, yang dapat menyebabkan kelelahan dan masalah kesehatan lainnya.
- Abortus : Pengeluaran hasil konsepsi sebelum 20 minggu kehamilan.
- Abortus Komple : Semua hasil konsepsi keluar dari rahim.
- Abortus Inkomplet : Sebagian hasil konsepsi keluar, sebagian tertinggal
- Abortus Insipiens : Abortus yang sedang mengancam dengan serviks mendatar.
- Abortus Iminens : Perdarahan awal dengan hasil konsepsi masih di rahim.
- Abortus Habitualis : Abortus yang terjadi tiga kali berturut-turut atau lebih.
- Abortus Infeksius : Abortus disertai infeksi organ genitalia.
- Ampula : Bagian tengah tuba fallopi yang terluas dan terpanjang, tempat bertemunya sel telur dan sperma.

Abruptio Plasenta	:	Terlepasnya plasenta dari dinding rahim yang bisa menyebabkan perdarahan dan komplikasi maternal serta janin.
Atonia Uteri	:	Keadaan lemahnya tonus atau kontraksi rahim yang mengakibatkan uterus tidak mampu menutup perdarahan setelah bayi dan plasenta lahir.
Anemia	:	Kekurangan sel darah merah atau hemoglobin yang dapat memengaruhi kontraksi rahim dan meningkatkan risiko retensi plasenta.
Airway	:	Pengkajian untuk memastikan bahwa jalan napas pasien terbuka dan tidak terhambat, termasuk kontrol servikal jika diperlukan.
AVPU	:	Sistem penilaian tingkat kesadaran pasien yang mencakup Respons terhadap Suara, Respons terhadap Nyeri, dan Respons Spontan.
Analgesik	:	Obat yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit.
Amenorrhoe	:	Tidak mengalami menstruasi
Anamnesis	:	Riwayat Medis Pasien
Assessment (Kajian Cepat)	:	Serangkaian kegiatan untuk mengumpulkan informasi dan data yang berguna dalam situasi darurat, dengan tujuan mengidentifikasi kebutuhan, kapasitas, dan memaparkan kondisi terkini.
Assessment	:	Proses pengumpulan data dan informasi yang dilakukan untuk mengidentifikasi kebutuhan, kapasitas, dan kondisi terkini dalam situasi darurat.
Assessment Lanjutan	:	Proses yang dilakukan setelah detail assessment untuk memperoleh informasi terbaru selama operasi penanggulangan bencana.

Aersi	: Proses pengolahan air dengan mengalirkan air secara berundak atau melalui wadah untuk mengontakkan air dengan oksigen, bertujuan menghilangkan kekeruhan
Analisis Kebutuhan Gizi	: Proses menghitung kebutuhan kalori, protein, dan lemak untuk pengungsi berdasarkan data demografi.
Agen Infeksi	: Organisme, seperti virus atau bakteri, yang dapat menyebabkan penyakit menular.
B	
Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	: Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Terdapat dua jenis: bayi lahir prematur (kurang bulan) dan bayi lahir dengan berat badan dismatur.
Bilirubin	: Zat kuning yang dihasilkan dari pemecahan sel darah merah, yang harus dikeluarkan dari tubuh melalui hati dan sistem pencernaan.
Blennorrhoe	: Infeksi mata pada bayi baru lahir, sering disebabkan oleh infeksi gonore.
Breathing	: Penilaian terhadap kualitas dan efektivitas pernapasan pasien, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
Bencana	: Rangkaian peristiwa atau suatu peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat, disebabkan oleh faktor alam, non-alam, atau manusia, yang mengakibatkan korban jiwa.
Bencana Alam	: Bencana yang disebabkan oleh peristiwa alam, seperti gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.
Bencana Non Alam	: Bencana yang disebabkan oleh peristiwa non-alam, seperti gagal teknologi, gagal

	modernisasi, serta epidemi dan wabah penyakit.
Bencana Sosial	: Bencana yang disebabkan oleh tindakan manusia, seperti konflik sosial antar kelompok dan terorisme.
Berdaya Guna dan Berhasil Guna	: Penggunaan sumber daya secara efektif.
Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)	: Lembaga yang bertugas memberikan pedoman, menetapkan standar, menyampaikan informasi, dan melaporkan kegiatan penanggulangan bencana.
C	
CT-Scan Cranium	: Pencitraan menggunakan sinar-X untuk memeriksa struktur kepala dan otak.
Cavum Douglas	: Ruang di belakang rahim dan depan rektum, sering diperiksa untuk mengidentifikasi penumpukan darah dalam kasus kehamilan ektopik yang pecah.
CT Scan (Computed Tomography Scan)	: Tes pencitraan yang menggunakan sinar-X untuk membuat gambar rinci dari bagian dalam tubuh.
Circulation (Sirkulasi)	: Penilaian kemampuan jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh, termasuk pengukuran tekanan darah, denyut nadi, dan pengisian kapiler.
Cepat dan Tepat	: Respons yang cepat dan sesuai dengan situasi bencana.

	D
DIC (Disseminated Intravascular Coagulation)	: Gangguan koagulasi darah yang ditandai dengan pembekuan darah di pembuluh darah kecil yang dapat menyebabkan pendarahan hebat.
D-dimer	: Fragment protein yang dihasilkan saat bekuan darah hancur, dapat meningkat

	pada kasus koagulasi intravaskular diseminata (DIC).
Distosia Bahu	: Kegawatdaruratan obstetrik di mana bahu janin tidak dapat lahir setelah kepala janin keluar.
Diabetes Melitus atau Gestasional	: Diabetes yang terjadi sebelum atau selama kehamilan, dapat meningkatkan risiko distosia bahu.
Disporporsi Sefalopelvik Relatif	: Ketidaksesuaian ukuran kepala janin dan panggul ibu.
Dislokasi Tulang Belakang Leher	: Perpindahan atau pemisahan tulang belakang di leher, yang bisa berakibat fatal jika terjadi akibat manipulasi saat kelahiran.
Disability (Gangguan Neurologis)	: Penilaian terhadap tingkat kesadaran dan fungsi neurologis pasien, termasuk pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale) dan refleks pupil.
Defisiensi Protein	: Kekurangan Protein dalam diet
Detail Assessment	: Penilaian mendalam yang dilakukan setelah rapid assessment untuk memperoleh informasi lebih rinci dan komprehensif mengenai situasi, berlangsung hingga satu bulan atau kurang tergantung kondisi.
Dropping Air Bersih	: Proses pengiriman air bersih dari lokasi lain ke area terdampak bencana ketika sumber air lokal tidak memadai.
Distribusi Air Bersih	: Proses penyebaran air bersih kepada korban bencana, di mana perlu diterapkan batasan dalam penggunaannya untuk memastikan ketersediaan.
Desinfeksi	: Proses membunuh kuman dan mikroorganisme dalam air dengan menggunakan bahan seperti kaporit atau kapur.

Dapur Umum	: Fasilitas yang disediakan untuk memasak dan mendistribusikan makanan kepada pengungsi selama keadaan darurat.
Demam Berdarah Dengue (DBD)	: Penyakit yang disebabkan oleh virus dengue, ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes.
Dapur Umum	: Fasilitas yang menyediakan makanan bagi pengungsi atau korban bencana.
Daya Tampung	:: Kapasitas maksimum dari suatu lokasi untuk menampung orang, terutama di lokasi pengungsian.
Desinfeksi	: Proses penghilangan atau membunuh patogen pada permukaan atau benda untuk mencegah penyebaran penyakit.
Distribusi	: Proses penyaluran bantuan atau makanan kepada penerima, terutama dalam situasi darurat.
Dampak Bencana	: Konsekuensi yang ditimbulkan oleh bencana terhadap masyarakat, infrastruktur, dan lingkungan.

E

Elektroensefalografi (EEG)	: Pemeriksaan yang digunakan untuk memantau aktivitas listrik otak dan membantu mendiagnosis kejang.
Eklampsia	: Komplikasi preeklampsia yang ditandai dengan kejang yang terjadi pada ibu hamil.
Expectant Management	: Pendekatan pengobatan yang melibatkan observasi tanpa intervensi aktif, dilakukan pada kehamilan ektopik yang stabil.
Exposure (Paparan)	: Pengkajian terhadap kemungkinan trauma atau kondisi lain yang mempengaruhi paparan kulit dan kondisi umum pasien.
ESI (Emergency Severity Index)	: Skala untuk mengklasifikasikan tingkat keparahan kondisi pasien berdasarkan

kebutuhan intervensi cepat dan jumlah sumber daya yang diperlukan.

Endometritis

: Infeksi pada rongga rahim, sering terjadi setelah persalinan atau prosedur operasi pada rahim.

Edema Vesikuler

: Pembengkakan dari vili korialis yang terisi cairan.

F

Fototerapi

: Pengobatan dengan menggunakan sinar untuk membantu menurunkan kadar bilirubin dalam darah bayi. Biasanya dilakukan dengan lampu khusus yang memancarkan cahaya biru.

Fibrinogen

: Protein dalam darah yang penting untuk pembekuan darah. Kekurangan fibrinogen dapat menyebabkan pendarahan

Fraktur Klavikula

: Patah pada tulang selangka, sering terjadi akibat distosia bahu.

Fraktur Humerus

: Patah pada tulang lengan atas, yang biasanya sembuh dengan cepat pada bayi baru lahir.

Flail Chest:

: Kondisi di mana fraktur pada beberapa tulang rusuk menyebabkan bagian dada bergerak secara paradoksal, mengganggu pernapasan.

Foley Catheter

: Kateter yang digunakan untuk mengalirkan urine dari kandung kemih.

G

Golden age

: Periode pertumbuhan dan perkembangan penting pada anak, sering disebut masa emas, yaitu masa bayi hingga balita.

Gonore

: Infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*, sering mempengaruhi saluran genital.

GCS (Glasgow Coma Scale)	: Skala untuk menilai tingkat kesadaran pasien berdasarkan respons mata, verbal, dan motorik.
Gejala	: Perdarahan pervaginam hebat, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik, tanda-tanda syok seperti nadi cepat, tekanan darah rendah, pucat, kulit dingin, pernafasan cepat, gelisah, dan urine sedikit.
Gizi	: Ilmu yang mempelajari tentang makanan dan pengaruhnya terhadap kesehatan dan pertumbuhan, terutama dalam konteks darurat bencana.

H

Hipoksia	: Kekurangan oksigen pada bayi di dalam rahim yang dapat menyebabkan gawat janin dan asfiksia.
Hipoglikemia	: Kondisi di mana kadar gula darah bayi terlalu rendah.
Hiperbilirubinemia	: Kondisi peningkatan kadar bilirubin dalam darah bayi baru lahir yang menyebabkan warna kuning pada kulit dan konjungtiva (ikterus). Dikenal sebagai ikterus neonatorum patologis jika terjadi dalam minggu pertama kehidupan dan dengan kadar bilirubin yang melebihi batas normal.
Hipotermia	: Kondisi di mana suhu tubuh bayi baru lahir berada di bawah rentang normal (kurang dari 36°C). Dapat menyebabkan komplikasi serius seperti hipoglikemia dan gangguan metabolisme.
Hipovolemia	: Kondisi kekurangan volume darah dalam sistem sirkulasi yang dapat mengakibatkan penurunan tekanan darah dan kejadian syok

Hiperrefleksi	: Peningkatan refleks berlebihan yang bisa mengakibatkan kerusakan pada simfisis pubis atau saraf femoral kulit.
Haemostasis	: Akronim untuk langkah-langkah dalam penanganan perdarahan postpartum, termasuk permintaan bantuan, pemasangan jalur intravena, pencarian etiologi, dan penggunaan obat-obatan.
Hipoperfusi Plasenta	: Kurangnya aliran darah ke plasenta yang dapat mengganggu plasentasi dan menyebabkan retensio plasenta.
Hemothorax	: Akumulasi darah dalam rongga pleura, sering kali akibat cedera pada dada
Histologi	: Studi tentang jaringan tubuh
Hipertiroidisme	: Gejala seperti intoleransi panas, gugup, penurunan berat badan, dan tangan gemetar.
Hiperemesis	: Mual muntah berat
Histologis	: Pemeriksaan jaringan di bawah mikroskop.
Hydroamnion	: Kondisi di mana terdapat terlalu banyak cairan amniotik, yang dapat meningkatkan risiko prolapsus tali pusat.
Histeroktomi	: Pengangkatan rahim jika kerusakan parah.

I

Ikterus	: Kondisi medis di mana kulit, konjungtiva, dan mukosa berubah warna menjadi kuning akibat penumpukan bilirubin dalam darah.
Infeksi Neonatorum	: Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir, dapat disebabkan oleh bakteri dan menyebar melalui darah serta jaringan tubuh lainnya.
Imunisasi	: Proses pemberian vaksin untuk melindungi tubuh dari infeksi penyakit tertentu.

Infeksi	: Definisi: Masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan komplikasi seperti abortus infeksi atau abortus septik.
Isthmus	: Saluran sempit yang menghubungkan ampula dengan rongga rahim atau uterus
Infeksi Menular Seksual (IMS)	: Infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, termasuk klamidia, sifilis, dan gonore.
IUD (Intrauterine Device)	: Alat kontrasepsi yang ditempatkan di dalam rongga rahim untuk mencegah kehamilan.
Infeksi Cesar atau Luka Operasi Infeksi pada luka bekas operasi seperti seksio sesarea atau episiotomi.	: Infeksi pada luka bekas operasi seperti seksio sesarea atau episiotomi.
Infeksi Virus Infeksi seperti influenza atau COVID-19 yang dapat menyebabkan pneumonia atau sepsis.	: Infeksi seperti influenza atau COVID-19 yang dapat menyebabkan pneumonia atau sepsis.
Infeksi Kronis	: Infeksi seperti HIV atau hepatitis B atau C yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil.
IMT (Indeks Massa Tubuh) $>30 \text{ kg/m}^2$: Kondisi obesitas ibu yang dapat meningkatkan risiko komplikasi selama persalinan.
Imunoselektif Trofoblas	: Respons imun yang tidak normal terhadap trofoblas.
Infeksi Virus dan Faktor Kromosom	: Infeksi atau kelainan kromosom yang belum teridentifikasi.
Inspeksi Sanitasi	: Pengamatan lapangan yang dilakukan untuk mengevaluasi kondisi sarana air bersih dan mengidentifikasi potensi

masalah yang dapat mempengaruhi kualitas air.

J

- Jittery : Gerakan tremor atau gemetar pada bayi yang dapat menyerupai kejang tetapi tidak disebabkan oleh aktivitas epileptik.

K

- Kunjungan Neonatal : Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada bayi baru lahir, termasuk pemberian vitamin K injeksi, salep mata, deteksi dini tanda bahaya, dan imunisasi HB0.
- Kegawatdaruratan Maternal : Kejadian berbahaya yang mengancam nyawa ibu selama kehamilan, persalinan, atau masa nifas.
- Kegawatdaruratan Neonatal : Kejadian yang mengancam nyawa bayi baru lahir (0-28 hari) yang memerlukan penanganan segera.
- Kejang Neonatus : Kejadian yang mengancam nyawa bayi baru lahir (0-28 hari) yang memerlukan penanganan segera.
- Kortikosteroid : Definisi: Obat yang digunakan untuk mempercepat pematangan paru-paru janin jika persalinan dini diperlukan (contoh: betametason, deksametason).
- Kuretase : Definisi: Prosedur medis untuk mengeluarkan sisa hasil konsepsi dari rahim, biasanya dilakukan jika ada bagian dari hasil konsepsi yang tertinggal.
- Kehamilan Ektopik : Kehamilan di mana sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uterus, melainkan di lokasi lain seperti tuba fallopi, ovarium, atau rongga abdominal.

Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)	:	Kehamilan ektopik yang mengalami proses pengakhiran atau abortus.
Kardiomiopati	:	Penyakit jantung yang menyebabkan gangguan fungsi jantung.
Klamidia	:	Infeksi bakteri yang sering menular melalui hubungan seksual dan dapat menyebabkan peradangan pada organ genital.
Kontusio	:	Memar atau cedera akibat tekanan, sering terjadi pada bayi akibat distosia bahu.
Kleidotomi	:	Prosedur pemotongan tulang klavikula untuk memperpendek diameter biacromial jika manuver lain gagal.
Kompressi Bimanual	:	Teknik kompresi rahim dengan dua tangan untuk mengatasi perdarahan postpartum.
Kompressi Aorta Abnominal	:	Teknik kompresi rahim dengan dua tangan untuk mengatasi perdarahan postpartum.
Kehamilan Kembar	:	Kehamilan yang melibatkan dua janin atau lebih, meningkatkan risiko komplikasi seperti retensio plasenta dan atonia uteri.
Kassa 3 Sisi	:	Penutupan luka terbuka pada dada dengan pembalut yang menutup luka di tiga sisi, membiarkan sisi keempat terbuka untuk mencegah penumpukan udara.
Kondisi Medis Predisposisi	:	Kondisi seperti diabetes, obesitas, atau penyakit autoimun yang meningkatkan risiko infeksi berat.
Kemampuan Respons	:	Kapasitas semua pihak yang terkait dalam memberikan bantuan dan dukungan dalam situasi darurat.
Kriteria Lokasi Penampungan	:	Bebas dari ancaman gangguan keamanan, Jauh dari daerah rawan bencana, Keabsahan hak penggunaan lahan, Akses jalan yang mudah, Dekat dengan sumber air dan pelayanan sosial.

Kerentanan (Vulnerability)	: Keadaan atau sifat manusia atau masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan menghadapi bahaya atau ancaman.
Kerentanan Fisik	: Daya tahan fisik masyarakat terhadap bahaya tertentu, seperti kekuatan bangunan di daerah rawan bencana.
Kerentanan Ekonomi	: Kemampuan ekonomi individu atau masyarakat yang memengaruhi tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya.
Kerentanan Sosial	: Kondisi sosial yang memengaruhi kerentanan, termasuk tingkat pendidikan dan kesehatan masyarakat.
Kerentanan Lingkungan	: Pengaruh lingkungan hidup terhadap kerentanan, seperti tinggal di daerah rawan kekeringan atau tanah longsor.
Kesiapsagaan	: Tindakan untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi kemungkinan terjadinya bencana.
Kerentanan (Vulnerability)	: Keadaan atau sifat manusia atau masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan menghadapi bahaya atau ancaman.
Kerentanan Fisik	: Daya tahan fisik masyarakat terhadap bahaya tertentu, seperti kekuatan bangunan di daerah rawan bencana.
Kerentanan Ekonomi	: Kemampuan ekonomi individu atau masyarakat yang memengaruhi tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya.
Kerentanan Sosial	: Kondisi sosial yang memengaruhi kerentanan, termasuk tingkat pendidikan dan kesehatan masyarakat.
Kerentanan Lingkungan	: Pengaruh lingkungan hidup terhadap kerentanan, seperti tinggal di daerah rawan kekeringan atau tanah longsor.

Ketahanan Pangan	: Kemampuan suatu komunitas untuk memperoleh, mengolah, dan mengkonsumsi pangan yang cukup dan bergizi.
Kedaruratan	: Situasi mendesak yang memerlukan penanganan segera, sering kali terkait dengan bencana.
Kepadatan Penduduk	: Jumlah penduduk yang tinggal di suatu area tertentu, yang mempengaruhi penyebaran penyakit
Kesehatan Masyarakat	: Bidang ilmu yang berfokus pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan di tingkat populasi.
Kualitas Air	: Standar yang menentukan kebersihan dan keamanan air untuk dikonsumsi

L

Laparaskopi	: Prosedur bedah minimal invasif yang menggunakan sayatan kecil dan kamera untuk melihat dan mengobati kondisi dalam rongga perut.
Laserasi	: Robekan pada jaringan vagina atau vulva ibu yang dapat menyebabkan kehilangan darah.
Lingkaran Bandl	: Retraksi patologis yang menandakan risiko ruptur.
Laparotomi Darurat	: Bedah darurat untuk memperbaiki kerusakan rahim.
Lembaga Non-Pemerintah (NGO)	: Organisasi yang berperan dalam penanggulangan bencana dengan fleksibilitas dan kemampuan yang memadai.
Lembaga Internasional	: Organisasi dari luar negeri yang dapat memberikan bantuan pada saat bencana, mengikuti peraturan yang berlaku.

MRI (Magnetic Resonance Imaging)	: Pemeriksaan pencitraan yang menggunakan medan magnet dan gelombang radio untuk mendeteksi malformasi atau kelainan otak yang tidak terdeteksi oleh CT scan.
M	
Molahidatidosa	: Kehamilan patologis di mana ada pertumbuhan jaringan trofoblastik abnormal tanpa adanya jaringan janin yang berkembang
Magnesium Sulfat	: Obat utama yang digunakan untuk mengendalikan kejang pada eklampsia.
Macrodex, Haemaccel, Periston, Plasmagel, Plasmafundin	: Pengekspansi plasma pengganti darah yang digunakan untuk mengatasi perdarahan, khususnya dalam situasi yang tidak mengancam nyawa.
Mathergin	: Obat yang digunakan untuk mengatasi perdarahan postpartum atau komplikasi terkait setelah kuretase.
Metotreksat (MTX)	: Obat yang digunakan untuk mengobati kehamilan ektopik dengan menghentikan pertumbuhan sel dan membantu tubuh menyerap kantung kehamilan.
Mola Hidatidosa (Hamil Anggur)	: Kondisi kehamilan abnormal di mana villi korialis (jaringan plasenta) mengalami perubahan hidrofobik, biasanya tanpa fetus yang intak.
Mised Abortion	: Embrio atau fetus meninggal dalam kandungan sebelum 20 minggu
Makrosomia	: Kondisi janin dengan ukuran tubuh yang lebih besar dari rata-rata, dapat menyebabkan distosia bahu.
Mual dan Muntah	: Gejala mual dan muntah parah yang bisa menyebabkan rawat inap.

Manuver Rubin	: Teknik untuk mengatasi distosia bahu dengan menekan perut ibu atau memutar bahu bayi.
Manuver Jacquemir	: Teknik untuk mengeluarkan bahu belakang bayi dengan menyusuri lengan bayi dan memutar bahu depan.
Manuver Woodscrew	: Teknik memutar bahu bayi searah atau berlawanan arah jarum jam untuk membebaskan bahu depan.
Manuver Zavanelli	: Teknik untuk mengembalikan kepala bayi ke dalam rongga panggul dan melanjutkan persalinan melalui operasi caesar.
Manuver McRobert	: Teknik memutar kaki ibu ke luar dan melenturkan paha untuk mempermudah kelahiran bahu posterior.
Manuver Mazzant	: Teknik penekanan suprapubik bersamaan dengan traksi kuat untuk melahirkan bahu depan bayi.
Manuver Gaskin	: Teknik mengubah posisi ibu menjadi merangkak untuk meningkatkan diameter sagital panggul.
Manajemen Aktif Kala Tiga	: Tindakan preventif untuk mengurangi risiko perdarahan postpartum, termasuk injeksi oksitosin dan masase uterus.
Misoprostol	: Analog prostaglandin E yang digunakan untuk mengontrol perdarahan postpartum.
Manajeman Bencana	: Proses pengelolaan yang bertujuan untuk mengurangi risiko dan dampak bencana, meliputi persiapan, respons, pemulihan, dan mitigasi.
Mengobservasi Situasi	: Aktivitas untuk memperhatikan dan menganalisis kondisi terkini di lapangan.

Mengidentifikasi Dampak	:	Proses menentukan efek yang ditimbulkan oleh bencana atau konflik terhadap masyarakat dan lingkungan.
Mengumpulkan Informasi Dasar	:	Aktivitas pengumpulan data fundamental yang diperlukan untuk mengambil keputusan dalam penanganan bencana.
Megidentifikasi Kelompok Rentan	:	Proses menentukan kelompok masyarakat yang paling berisiko atau terdampak akibat bencana, seperti anak-anak, lansia, dan penyandang disabilitas
Masalah Bantuan Pangan	:	Berbagai tantangan yang muncul dalam penyediaan bantuan makanan, termasuk akuntabilitas, distribusi, dan kualitas bahan makanan.
Media	:	Saluran informasi yang memiliki peran penting dalam membentuk opini publik dan memberikan informasi tentang kebencanaan
Mitigasi	:	Upaya untuk mencegah terjadinya bencana dan mengurangi risiko yang ditimbulkan

N

Needle Thoracostomy	:	Prosedur darurat untuk mengeluarkan udara atau cairan dari rongga pleura menggunakan jarum.
Nasogastric Tube	:	Tabung yang dimasukkan melalui hidung ke lambung untuk mengalirkan cairan atau nutrisi.
Nyeri Abdomen Akut	:	Nyeri tajam di perut.
Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI)	:	Negara yang rawan bencana alam akibat faktor geografis, iklim, dan demografi, terletak di antara dua benua dan dua samudera, serta memiliki tiga lempeng tektonik.
Nondiskriminatif	:	Perlakuan yang adil tanpa diskriminasi.

Nonproletisi	: Menghindari praktik yang merugikan masyarakat yang kurang mampu
O	
Obat Antihipertensi	: Obat yang digunakan untuk mengontrol tekanan darah tinggi pada preeklampsia (contoh: labetalol, nifedipin, methyldopa).
Oksitosin	: Hormon yang diberikan untuk merangsang kontraksi rahim dan mengurangi perdarahan postpartum.
P	
Preeklamsia	: Kondisi hipertensi dan proteinuria selama kehamilan yang dapat mengancam kesehatan ibu dan bayi.
Partus Lama	: Proses persalinan yang memakan waktu lebih lama dari normal, yang dapat menyebabkan komplikasi.
Peri/Postnatal	: Masa sekitar kelahiran (peri) dan setelah kelahiran (postnatal).
Pneumonia	: Infeksi pada paru-paru yang dapat menyebabkan kesulitan bernapas dan gejala seperti batuk dan demam.
Plasenta Previa	: Kondisi di mana plasenta menempel pada bagian bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.
Plasenta Previa Totalis	: Plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum.
Plasenta Previa Parsialis	: Plasenta menutupi sebagian ostium uteri internum.
Plasenta Previa Marginalis	: Tepi plasenta berada pada pinggir ostium uteri internum.
Plasenta Letak Rendah	: Plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim dengan jarak kurang dari 2 cm dari ostium uteri internum.
Penatalaksanaan	: Melibatkan Kompresi Bimanual Internal (KBI) dan Bimanual Eksternal (KBE),

		penggunaan uterotonika, infus cairan, dan rujukan jika tidak ada perbaikan.
Paritas tinggi	:	Jumlah kelahiran anak yang banyak.
Pre-eklampsi	:	Kondisi dengan pembengkakan kaki, peningkatan tekanan darah, dan proteinuria.
Pemeriksaan Fisik	:	Pemeriksaan tubuh pasien untuk tandatanda klinis.
Preeklamsi dan Eklampsi	:	Komplikasi kehamilan dengan tekanan darah tinggi dan kejang.
Perdarahan Pervaginam	:	Darah merah segar dari vagina.
Paritas	:	Jumlah kehamilan yang telah dilalui oleh seorang wanita, termasuk kehamilan yang berakhir dengan kelahiran hidup atau mati.
PT (Prothrombin Time)	:	Tes darah untuk mengukur waktu yang dibutuhkan darah untuk membeku, membantu diagnosis gangguan koagulasi.
PTT (Partial Thromboplastin Time)	:	Tes darah untuk mengukur seberapa cepat darah membeku dan membantu dalam diagnosis gangguan koagulasi.
Penyakit Radang Panggul (PID)	:	Infeksi yang mempengaruhi organ-organ reproduksi wanita, termasuk rahim, tuba fallopi, dan ovarium.
Prolapsus Tali Pusat	:	Tali Pusat Menumbung: Kondisi di mana tali pusat berada di samping atau melewati bagian terendah janin di jalan lahir setelah ketuban pecah.
Presentasi Abnormal	:	Posisi janin yang tidak normal saat persalinan, dapat berkontribusi pada prolapsus tali pusat.
Pleksus Brakialis	:	Jaringan saraf di leher dan bahu yang mengendalikan gerakan dan sensasi di lengan. Cedera pada pleksus brakialis dapat mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan pada lengan bayi.

Perdarahan Postpartum	: Perdarahan yang terjadi setelah persalinan, baik primer (dalam 24 jam pertama) maupun sekunder (setelah 24 jam).
Plasenta Adhesiva	: Plasenta yang menempel pada dinding uterus karena hilangnya lapisan jaringan ikat Nitabush, menyulitkan pelepasan plasenta saat kontraksi.
Plasenta Akreta	: Plasenta yang menempel pada lapisan desidua basalis uterus karena hilangnya lapisan jaringan ikat longgar Nitabush, mengakibatkan kesulitan dalam pelepasan plasenta.
Plasenta Inkerta	: Plasenta yang menempel hingga mencapai otot uterus, membuat pelepasan plasenta tidak mungkin tanpa prosedur tambahan seperti kuretase atau histerektomi.
Plasenta Perkreta	: Plasenta yang menembus otot rahim hingga lapisan peritoneum, menyebabkan kesulitan dalam pelepasan dan berisiko perdarahan hebat serta perforasi jika dipaksa.
Plasenta Inkarserata	: Plasenta yang telah lepas dari tempat implantasinya tetapi tertahan di rahim, berisiko menimbulkan perdarahan dan infeksi.
Pijat Perineum	: Teknik pemijatan pada area perineum untuk meningkatkan elastisitas dan aliran darah, serta mengurangi risiko robekan saat persalinan.
Persalinan Preterm	: Persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, berisiko tinggi mengalami komplikasi seperti retensio plasenta.
Penilaian Awal (Initial Assessment)	: Proses penilaian cepat dan sistematik terhadap pasien dalam situasi gawat darurat dan trauma, meliputi identifikasi

	kondisi mengancam jiwa dan tindakan resusitasi.
Primary Survey	: Tahap awal dalam penilaian yang berfokus pada identifikasi dan penanganan kondisi mengancam jiwa dengan penilaian cepat terhadap Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure.
Pelvis Gurita	: Teknik untuk menstabilkan fraktur panggul guna mengurangi perdarahan internal dan mencegah syok lebih lanjut.
Penyebab Banjir	: Pembuangan sampah di sungai, Pendangkalan sungai, Curah hujan tinggi, Kurangnya tanah resapan, Hutan gundul, Erosi
Penyebab Gunung Meletus	: Tekanan tinggi, Pergeseran lempeng bumi, Peningkatan panas bumi
Penyebab Tsunami	: Mencairnya es di kutub, Pergeseran lempeng bumi
Penyebab Kebakaran	: Konsleting listrik, Faktor manusia, Penggunaan kompor/sejenisnya, Hewan, Faktor alam
Penyebab Gempa Bumi	: Pergeseran lempeng bumi, Aktivitas gunung meletus
Penyebab Bencana Sosial	: Masalah sosial ekonomi, Rasa ketidakadilan, Kurangnya pemahaman terhadap isu-isu tertentu
Prioritas	: Menetapkan prioritas dalam penanganan bencana
Pemberdayaan	: Meningkatkan kapasitas masyarakat dalam penanggulangan bencana.
Pasal 5	: Menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab dalam penanggulangan bencana.
Pasal 26-27	: Setiap orang berhak atas perlindungan sosial dan wajib berpartisipasi dalam penanggulangan bencana.

Peraturan Daerah	: Regulasi lokal yang mengatur penanggulangan bencana dengan tujuan memberikan perlindungan, menjamin pelaksanaan, dan menghargai budaya lokal.
Pelaksana Penanggulangan Bencana	: Tugas yang meliputi prabencana, tanggap darurat, dan pascabencana.
Proses Pengumpulan Data	: Aktivitas yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang relevan dan akurat mengenai situasi darurat
Perencanaan Kegiatan	: Menyusun rencana untuk pelaksanaan assessment
Pengumpulan Data	: Mengumpulkan data primer dan/atau sekunder.
Pemetaan Lokasi	: Membuat peta lokasi kejadian bencana dan lokasi camp pengungsian.
Penentuan Lokasi Pendampingan	: Menentukan titik lokasi pendampingan dan jenis bantuan yang akan diberikan.
Perencanaan dan Pemilihan Lokasi Penampungan	: Proses menentukan lokasi yang aman dan nyaman untuk penampungan pengungsi, memperhatikan berbagai faktor keamanan, aksesibilitas, dan kebutuhan sosial.
Pertimbangan Tambahan	: Akses masuk yang tidak langsung dari komunitas terdekat, Tanah dengan kemiringan landau, Tidak berada di area endemik penyakit, Tidak dekat dengan habitat yang dilindungi, Mengikuti adat budaya setempat dalam pengalokasian lokasi.
Perencanaan Teknik Shelter	: Rincian teknis terkait lahan dan ruang yang diperlukan untuk penampungan, termasuk ukuran tempat dan jarak antar fasilitas.
Persiapan Pelayanan Camp	: Hal-hal yang perlu disiapkan di dalam area penampungan, seperti posko, tempat

	registrasi, pelayanan kesehatan, gudang, tempat distribusi, MCK, dan fasilitas olahraga.
Pengelolaan Air Bersih	: Proses penyediaan dan pengolahan air bersih untuk memenuhi kebutuhan masyarakat selama situasi tanggap darurat bencana.
Perlindungan Mata Air (PMA)	: Upaya menjaga dan melestarikan sumber air alami yang mengalir dari resapan tanah, umumnya berasal dari hutan, untuk digunakan sebagai sumber air bersih
Penampungan Air Hujan	: Sistem untuk mengumpulkan air hujan sebagai sumber air bersih saat sumber air permukaan tidak tersedia, biasanya menggunakan wadah seperti gentong atau drum.
Pengolahan Air Sederhana	: Proses yang dilakukan untuk mengolah air kotor menjadi air bersih, mencakup tahapan sedimentasi, koagulasi, filtrasi, dan desinfeksi.
Perbaikan Kualitas Air Bersih	: Tindakan yang diambil untuk meningkatkan kualitas air bersih yang tercemar, termasuk metode untuk mengatasi air keruh, berbau, atau terindikasi tercemar.
Pengawasan Kualitas Air Bersih	: Proses pemantauan dan pemeriksaan kualitas air untuk memastikan bahwa air yang dikonsumsi aman dan memenuhi standar kesehatan
Perawatan Sarana Air Bersih	: Kegiatan pemeliharaan dan pemeriksaan rutin terhadap sarana air bersih untuk memastikan bahwa kualitas air tetap terjaga
Perlindungan Mata Air (PMA)	: Upaya untuk melindungi sumber air alami agar kualitasnya tetap terjaga, biasanya dilakukan dengan pemeriksaan rutin

Penampungan Air Hujan (PAH)	: Sistem untuk mengumpulkan dan menyimpan air hujan sebagai sumber air bersih yang memerlukan pemeliharaan untuk menjaga kualitas
Pengawasan Perdistribusian Makanan	: Proses monitoring untuk memastikan distribusi makanan dilakukan secara aman dan sesuai dengan kebutuhan gizi.
Penanganan Gizi	: Tindakan dan strategi yang diambil untuk memastikan kecukupan gizi pada situasi darurat.
Penyebaran Penyakit	: Proses di mana penyakit menular dari satu individu atau populasi ke yang lain.
Perawatan Sarana Air Bersih	: Aktivitas yang dilakukan untuk memastikan sarana air bersih tetap dalam kondisi baik dan aman digunakan.
Pengamatan Lapangan	: Proses pemantauan dan inspeksi untuk mengevaluasi kondisi suatu area atau sarana, termasuk kualitas air dan kesehatan masyarakat
Pengungsian	: Situasi di mana orang-orang terpaksa meninggalkan tempat tinggal mereka akibat bencana
Penyakit Menular	: Penyakit yang dapat berpindah dari satu individu ke individu lain, baik melalui kontak langsung maupun perantara.
Pemulihan	: Proses untuk mengembalikan kondisi masyarakat dan daerah pasca bencana melalui rehabilitasi dan rekonstruksi
Penyakit Menular	: Penyakit yang dapat menular dari satu individu ke individu lainnya, sering meningkat setelah bencana.
Pemulihan	: Proses untuk mengembalikan kondisi masyarakat dan daerah pasca bencana melalui rehabilitasi dan rekonstruksi.

R

Ruptur Uteri	: Robekan dinding rahim selama kehamilan atau persalinan.
Rupture Perineum	: Perlukaan pada jalan lahir yang terjadi pada perineum saat persalinan.
Retensio Plasenta	: Kondisi ketika plasenta belum keluar dari rahim dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, atau plasenta sudah lepas tapi belum dikeluarkan dari rahim.
Riwayat Abortus	: Terhentinya kehamilan sebelum usia 28 minggu, yang dapat mempengaruhi risiko retensio plasenta pada kehamilan berikutnya.
Riwayat Sectio Cesarea	: Riwayat operasi caesar yang dapat mempengaruhi risiko retensio plasenta pada persalinan berikutnya, terutama pada persalinan vaginal setelah caesar (VBAC).
Rehabilitasi	: Proses pemulihan untuk memulihkan fungsi dan kualitas hidup pasien setelah mengalami trauma atau penyakit.
Rapid Assesment	: Penilaian cepat yang dilakukan setelah terjadinya bencana atau pengungsian mendadak untuk mengidentifikasi kebutuhan, jenis intervensi, dan sumber daya yang diperlukan, berlangsung selama 1 x 24 jam hingga satu minggu
Rapid Health Assessment (RHA)	: Penilaian cepat untuk mengidentifikasi kebutuhan gizi dan kesehatan pengungsi pasca bencana.
Rencana Kontijensi	: Rencana yang disiapkan untuk menghadapi keadaan darurat tertentu, seperti bencana alam.
Rencana Pemulihan	: Strategi untuk rehabilitasi dan rekonstruksi setelah terjadi bencana.
Rencana Penanggulangan Bencana	: Dokumen yang merangkum langkah-langkah yang harus diambil sebelum, saat, dan setelah bencana

Risiko	: Ukuran yang menggambarkan kemungkinan terjadinya bencana, dihitung berdasarkan hubungan antara bahaya dan kerentanan.
Rehabilitasi	: Upaya mengembalikan kondisi daerah yang terkena bencana ke kondisi normal.
Reskontruksi	: Membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana dengan cara yang lebih baik
S	
Sonografi Kepala	: Pemeriksaan ultrasonografi yang digunakan untuk mengevaluasi struktur kepala bayi dan mendeteksi kemungkinan perdarahan atau lesi.
Skintigrafi Kepala	: Pemeriksaan pencitraan menggunakan isotop radioaktif untuk mengevaluasi kondisi otak.
Sepsis	: Infeksi sistemik yang parah yang dapat menyebabkan gangguan organ dan berpotensi mengancam jiwa.
Skrining	: Proses pemeriksaan awal untuk mendeteksi kemungkinan adanya penyakit atau kondisi medis sebelum gejala muncul.
Syok Hemoragik	: Kondisi kritis yang disebabkan oleh kehilangan darah yang signifikan, memerlukan penanganan dengan hati-hati termasuk transfusi darah
Seksio Sesarea	: Prosedur bedah untuk melahirkan bayi melalui sayatan di dinding perut dan rahim.
Solusio Plasenta	: Kondisi di mana plasenta terlepas dari dinding rahim sebelum kelahiran, menyebabkan perdarahan dan komplikasi.
Salpingitis	: Peradangan pada tuba fallopi yang sering disebabkan oleh infeksi menular seksual.

Sifilis	: Infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri <i>Treponema pallidum</i> , dapat mempengaruhi berbagai organ tubuh jika tidak diobati.
Sisa Plasenta	: Kondisi ketika sebagian atau seluruh plasenta tertinggal di rahim setelah bayi lahir, yang dapat menyebabkan perdarahan berlebihan dan risiko infeksi.
Secondary Survey	: Tahap berikutnya setelah primary survey, melibatkan penilaian yang lebih mendetail, termasuk pengukuran tanda-tanda vital dan pemeriksaan lengkap dari kepala hingga kaki.
Sucking Chest Wound	: Luka terbuka pada thorax yang menyebabkan udara masuk dan keluar dari rongga pleura, mengganggu pernapasan normal.
Status Sosial Ekonomi	: Faktor risiko yang terkait dengan tingkat ekonomi rendah.
Sel Telur Patologi	: Sel telur yang mati tetapi tidak dikeluarkan.
Segmen Bawah Rahim (SBR)	: Bagian bawah rahim yang sering terkena robekan saat melahirkan.
Stabilisasi Pasien	: Memberikan cairan dan produk darah untuk mengatasi perdarahan.
Situasi Darurat	: Keadaan yang memerlukan respon cepat dan efektif akibat bencana atau konflik yang terjadi.
Sumur Gali (SGL)	: Sumur yang digali secara manual untuk mendapatkan air permukaan. Penggunaan SGL harus menjauh dari aktivitas yang dapat mencemari air.
Sumur Bor	: Metode pengambilan air tanah melalui pengeboran untuk memperoleh sumber air yang lebih dalam, biasanya digunakan ketika sumber lain tidak tersedia.

Saringan Pasir Cepat	: Teknologi yang digunakan untuk menyaring air yang mengandung lumpur dan pasir dengan memanfaatkan media pasir dalam proses penyaringan.
Sistem Perpipaan	: Jaringan dan fasilitas yang digunakan untuk mendistribusikan air bersih, seperti PDAM (Perusahaan Daerah Air Minum) dan PAM Swasta.
Sarana Air Bersih	: Fasilitas atau sistem yang digunakan untuk menyediakan air bersih, termasuk sumur gali (SGL), sumur pompa tangan (SPT), sumur bor (SB), perlindungan mata air (PMA), dan penampungan air hujan (PAH)
Sumur Pompa Tangan (SPT)	: Sarana air bersih yang menggunakan pompa tangan untuk mengangkat air, yang juga perlu dirawat dan diperiksa secara rutin
Siaga Darurat	: Keadaan ketika potensi bencana muncul dan tindakan pencegahan diambil, termasuk pengelolaan gizi untuk pengungsi.
Sanitasi	: Praktik menjaga kebersihan untuk mencegah penyebaran penyakit, termasuk penyediaan air bersih dan pembuangan limbah yang aman.
Surveilans Penyakit	: Sistem pemantauan untuk mengidentifikasi dan mengendalikan penyebaran penyakit.
Sektor Pemerintahan	: Instansi pemerintah yang terlibat dalam penanggulangan bencana, termasuk perencanaan dan koordinasi
Surveilans	: Sistem pengamatan untuk mendeteksi dan memantau penyakit, terutama setelah bencana.

Sistem Peringatan Dini (Early Warning System)	: Mekanisme untuk memberikan informasi tentang ancaman bencana sebelum terjadi.
T	
Transfusi Tukar	: Prosedur medis untuk mengganti sebagian darah bayi dengan darah donor untuk mengurangi kadar bilirubin dan mengatasi anemia berat.
Trofoblas	: Sel-sel dari jaringan plasenta yang berfungsi untuk menanamkan embrio ke dalam dinding rahim dan menyediakan nutrisi selama kehamilan.
Tetanus Neonatorum	: Infeksi tetanus pada bayi baru lahir yang disebabkan oleh Clostridium tetani, biasanya masuk melalui luka tali pusat.
Transfusi Darah	: Proses pemberian darah atau produk darah untuk menggantikan volume darah yang hilang atau meningkatkan kadar komponen darah tertentu.
Tuba Fallopi	: Saluran bilateral antara ovarium dan rahim yang berfungsi sebagai saluran transportasi dan tempat pembuahan oosit. Terbagi menjadi beberapa bagian, termasuk ampula, istmus, fimbria, dan bagian interstisial.
Trombositopenia	: Kondisi di mana terdapat jumlah trombosit (sel darah merah) yang rendah, dapat menyebabkan masalah dengan pembekuan darah.
Triage	: Proses pengklasifikasian pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka untuk menentukan prioritas perawatan.
Tingkat I	: Hanya kulit perineum dan mukosa vagina.

Tingkat II	:	Kulit perineum, mukosa vagina, dinding belakang vagina, dan jaringan ikat diafragma urogenitalis.
Tingkat III	:	Kulit perineum, mukosa vagina, dinding depan rektum, dan sfingter ani eksternus.
Tingkat IV	:	Robekan total termasuk muskulus sfingterani internal dan eksternus.
Transparansi Akuntabilitas	dan	: Keterbukaan dalam pengelolaan sumber daya dan kegiatan.
Tanggung Pemerintah	Jawab	: Meliputi pengurangan risiko bencana, pelindungan masyarakat, pemenuhan hak masyarakat, pemulihan, dan alokasi anggaran.
Tugas BNBP	:	Memberikan pedoman penanggulangan bencana. Menetapkan standar penyelenggaraan bencana. Menyampaikan informasi kepada masyarakat. Melaporkan kegiatan kepada Presiden. Mempertanggungjawabkan penggunaan sumbangan. Menyusun pedoman pembentukan badan penanggulangan bencana daerah.
Tawas	:	Aluminium sulfat yang digunakan sebagai bahan pengendap dalam proses pengolahan air untuk menghilangkan kekeruhan.
Tahap Tanggap Darurat	:	Proses penanganan yang dilakukan selama situasi bencana, terbagi menjadi tiga fase: siaga darurat, tanggap darurat, dan transisi darurat
Tahap Darurat Awal	:	Fase awal setelah bencana di mana bantuan makanan mulai diterima dan pengawasan gizi dilakukan
Tanggap Darurat	:	Tahap penindakan yang bertujuan memberikan bantuan segera kepada masyarakat yang terdampak bencana.

U

- USG Transvagina : Pemeriksaan ultrasonografi yang dilakukan melalui vagina untuk visualisasi struktur pelvis dan deteksi kehamilan ektopik.
- USG Abdomen : Pemeriksaan ultrasonografi yang dilakukan melalui dinding perut untuk melihat kondisi organ-organ dalam abdomen.
- Uterus Membesar : Pembesaran rahim yang tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- USG Undang-Undang Dasar 1945 : Ultrasonografi untuk visualisasi rahim.
- Undang-Undang Dasar 1945 : Dokumen dasar hukum negara Indonesia yang mengatur prinsip-prinsip dalam penanggulangan bencana, seperti kemanusiaan, keadilan, dan keseimbangan lingkungan.
- UU Nomor 24 Tahun 2007 : Undang-undang yang mengatur penanggulangan bencana di Indonesia, menekankan kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, dan sektor Swasta

V

- Vasospasme : Penyempitan pembuluh darah akibat kontraksi otot dinding pembuluh darah, yang dapat mengurangi aliran darah dan oksigen ke organ-organ tubuh.
- Versi Ekstraksi : Prosedur untuk memutar janin dan mengeluarkannya jika terjepit.
- Villi Korialis : Jaringan dalam plasenta yang menghubungkan ibu dengan janin
- Vektor : Organisme, seperti nyamuk atau kutu, yang dapat membawa dan menularkan patogen penyebab penyakit.

W

- Wabah : Penyebaran penyakit yang terjadi dalam populasi dalam waktu yang singkat dan dalam jumlah yang tidak biasa.
- Waktu Penularan : Periode di mana patogen dapat ditularkan dari individu yang terinfeksi ke individu yang rentan.
- Wewenang Pemerintahan : Termasuk penetapan kebijakan, perencanaan, penetapan status bencana, dan kerja sama internasional.

PROFIL PENULIS



Ns. Amelia Nurul Hakim, M.Tr.Kep. tempat lahir Serang 06 Agustus 1997. Anak kelima dari pasangan seorang Papah Gubay dan Mamah Winarti. Penulis alumnus Poltekkes Kemenkes Semarang. Saat ini tengah aktif mengajar di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang sebagai Dosen Keperawatan Kegawatdaruratan Kritis. Selain mengajar penulis aktif melakukan kegiatan menulis, penelitian dan pengabdian masyarakat. Hibah penelitian yang pernah didapatkan yaitu Hibah Riset dari KemenRistekdikbud tahun 2023. Penulis juga telah banyak mempublikasikan beberapa jurnal dan Buku Pengajaran. Link karya Penulis: <https://scholar.google.com/citations?user=14BkMEsAAAAJ&hl=id>



Nama: **Bdn. Vera Suzana Dewi Haris, SST., M.Keb.** Tempat/Tgl Lahir: Jakarta, 13-01-1981. Pekerjaan: ASN. Nama Institusi: Poltekkes Kemenkes Jakarta 1. Alamat Institusi: Jl. Wijaya Kusuma No.47, RT.8/RW.4, Pondok Labu, Cilandak, Jakarta Selatan, Jakarta 12450. Alamat E-mail Institusi: vera.haris@poltekkesjakarta1.ac.id. Pengajar Mata Kuliah: Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Neonatus, Bayi dan balita, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, Ilmu Sosial Budaya Dasar, Etikolegal dan Hukum Kesehatan, Konsep Kebidanan, Keterampilan Dasar Klinik, Kebugaran Ibu dan Bayi. No. Telp/HP: 081318665027, 021 (7694844). Alamat E-mail Pribadi: verasuzanadewi@gmail.com. Alamat Tempat Tinggal: Jl. Wijaya Kusuma RT 09/RW 04 No 48A, kelurahan Pondok Labu, Kecamatan Cilandak, Jakarta Selatan 12450 Buku yang sudah di Terbitkan: 1. Ilmu Sosial Budaya Dasar, 2. Modul Mata Kuliah Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, 3. Panduan Praktikum Laboratorium Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, 4. Modul Ajar Kebidanan Ilmu Sosial & Budaya Dasar, 5. Modul Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, 6. Modul Bahan Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi Baru Lahir, 7. Kolaborasi Antar Profesi, 8. Merencanakan Kehamilan dengan Aman dan Nyaman, 9. Modul Teori Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, 10. Modul Praktik Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi Baru Lahir, 11. Buku Ajar Ilmu Sosial budaya Dasar Bagi Mahasiswa D III Kebidanan, 12. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan, 13. Kesehatan Gigi bagi Masyarakat Sekolah di Tingkat Dasar, 14. Buku Referensi Pendidikan Karakter dan Strategi Pembelajarannya, 15. Ending the Epidemic A Comprehensive Strategy for Tuberculosis Eradication in Indonesia by 2029, 16. Reviving Forgotten Principles Transforming Indonesia's Health Crisis through the Philosophy of Public Health, 17. Buku Referensi Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

PROFIL PENULIS



Ns. Novita Amri, S.Kep, M.Kep, Lahir Di Kota Sungai Penuh, Provinsi Jambi. Riwayat Pendidikan Keperawatan Mulai Dari Pendidikan Diploma III (DIII) Keperawatan di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti Tamat Pada Tahun 2007. Srata 1 (S1) dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Indonesia Maju (STIKIM) Jakarta tamat tahun 2010, dn menyelesaikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada Tahun 2017.

Riwayat Pekerjaan, sejak lulus dari pendidikan Ners tahun 2010 bekerja sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti sampai Saat ini.



Cintika Yorinda Sebtalesy lahir di Madiun, pada 9 Desember 1989. Ia telah menyelesaikan pendidikannya di Kota Surakarta. Alumni D-III Kebidanan tahun 2011, D-IV Kebidanan tahun 2012, dan S2 Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2014. Ia pernah bekerja di Akademi Kebidanan Dulang Mas tahun 2013 dan sekarang bekerja di STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun Tahun 2016-sekarang,. Saat ini penulis aktif dalam beberapa kegiatan penulisan buku ajar kebidanan dan kegiatan sosial PPA-SC Madiun. Ia dapat dihubungi melalui email cintikaylorindas@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Terbanggi Besar 24 Mei 1988. Memulai pendidikan formalnya pada SDN 01 Gunung Madu sampai kelas 3 SD lalu dilanjutkan di SDN 01 Yukum Jaya, Terbanggi Besar Lampung Tengah dan tamat pada tahun 2000, selanjutnya pendidikan menengah tingkat pertama pada SMP Negeri 01 Terbanggi Besar Lampung Tengah tahun 2003 dan akhirnya menamatkan pendidikan menengah tingkat atas pada SMA Negeri 1 Terusan Nunyai Lampung Tengah dan tamat pada tahun 2006. Wanita yang kerap disapa shinta adalah anak dari pasangan Totok Sugiarto (Ayah) dan Rugaiyah (Ibu). Menyelesaikan pendidikan pada Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan pada tahun 2009, selanjutnya menempuh pendidikan Profesi Ners di tempat yang sama hingga tahun 2010 dan lulus dengan predikat cumlaude. Pada tahun 2013 memulai pendidikan Magister Kesehatan di bidang Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Epidemiologi pada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Malahayati dan menyelesaikan pendidikannya pada tahun 2015. Karier sebagai Dosen pada STIKes Permata Nusantara Kab. Cianjur dimulai tahun 2021 sampai dengan saat ini. Penulis pernah bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati dimulai sejak tahun 2013-2017. Pernah juga bekerja sebagai tenaga pengajar AKPER PEMKAB Cianjur Jawa Barat sejak tahun 2018–2021 dan pernah bertugas pada Klinik Arrisalah Bandar Lampung tahun 2010–2013. Ikut serta dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang disertai dengan melakukan kolaborasi dalam penulisan buku dan artikel serta publikasi ilmiah pada tingkat nasional dan Internasional, juga ikut berperan serta dalam *oral presentation* seminar baik nasional maupun internasional. Aktif dalam penulisan buku pada bidang Keperawatan, Buku yang ditulis diantaranya Falsafah dan Teori Keperawatan, Epidemiologi Lingkungan, Keperawatan Gawat Darurat, Hematologi, Falsafah Keperawatan, Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), Kumpulan Latihan Soal UKOM DIII Keperawatan, Latihan Soal, Rubrik Penilaian dan Blueprint OSCE, Buku Ajar KMB (Kardiovaskuler, Hematologi, Pernafasan & Persyarafan), Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskular, Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Gawat Darurat, Pengayaan Soal UKOMNAS 2025 Untuk Profesi Ners dan HAKI (Buku Panduan Senam Cegah Hipertensi "CE'ESI").

SINOPSIS BUKU

Buku Bunga rampai "Pengenalan Kegawatdaruratan Anak Dan Bayi: Konsep Dasar, Penanganan, Dan Rencana Tanggap Darurat Komunitas" adalah buku yang dirancang untuk memberikan wawasan menyeluruh tentang penanganan kegawatdaruratan di kalangan anak dan bayi. Buku ini menyajikan empat bagian penting yang saling melengkapi, membekali pembaca dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani situasi darurat dengan percaya diri.

Bagian pertama membahas **konsep dasar penanganan kegawatdaruratan**, mengenalkan pembaca pada berbagai kondisi medis yang umum terjadi pada anak dan bayi, serta pentingnya pengenalan awal terhadap gejala-gejala yang mengkhawatirkan.

Selanjutnya, bagian kedua fokus pada **prioritas penanganan**, menjelaskan langkah-langkah yang harus diambil dalam situasi darurat untuk memastikan keselamatan anak dan bayi. Penjelasan yang jelas dan sistematis membantu pembaca memahami tindakan yang paling efektif dan efisien.

Bagian ketiga menyajikan **studi kasus penanganan kegawatdaruratan** yang mengilustrasikan berbagai skenario nyata. Melalui analisis kasus, pembaca dapat melihat penerapan teori dalam praktik, serta belajar dari pengalaman yang telah ada.

Akhirnya, bagian keempat menyajikan **rencana tanggap darurat komunitas**, memberikan panduan tentang bagaimana merancang strategi kolaboratif untuk meningkatkan kesiapsiagaan dan respons dalam menghadapi situasi darurat di tingkat komunitas.

Dengan pendekatan praktis dan berbasis bukti, buku ini menjadi sumber yang berharga bagi orang tua, pendidik, dan tenaga kesehatan, serta siapa saja yang berkomitmen untuk meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan anak-anak di lingkungan mereka. Buku ini diharapkan dapat mendorong pembaca untuk lebih siap dan responsif dalam menghadapi kegawatdaruratan, serta memperkuat rasa solidaritas dalam menjaga keselamatan anak-anak.

Buku "Bunga Rampai Panduan Lengkap Kegawatdaruratan Anak dan Bayi: Konsep Dasar, Penanganan, dan Rencana Tanggap Darurat Komunitas" adalah buku yang dirancang untuk memberikan wawasan menyeluruh tentang penanganan kegawatdaruratan di kalangan anak dan bayi. Buku ini menyajikan empat bagian penting yang saling melengkapi, membekali pembaca dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani situasi darurat dengan percaya diri.

Bagian pertama membahas konsep dasar penanganan kegawatdaruratan, mengenalkan pembaca pada berbagai kondisi medis yang umum terjadi pada anak dan bayi, serta pentingnya pengenalan awal terhadap gejala-gejala yang mengkhawatirkan.

Selanjutnya, bagian kedua fokus pada prioritas penanganan, menjelaskan langkah-langkah yang harus diambil dalam situasi darurat untuk memastikan keselamatan anak dan bayi. Penjelasan yang jelas dan sistematis membantu pembaca memahami tindakan yang paling efektif dan efisien.

Bagian ketiga menyajikan studi kasus penanganan kegawatdaruratan yang mengilustrasikan berbagai skenario nyata. Melalui analisis kasus, pembaca dapat melihat penerapan teori dalam praktik, serta belajar dari pengalaman yang telah ada.

Akhirnya, bagian keempat menyajikan rencana tanggap darurat komunitas, memberikan panduan tentang bagaimana merancang strategi kolaboratif untuk meningkatkan kesiapsiagaan dan respons dalam menghadapi situasi darurat di tingkat komunitas.

Dengan pendekatan praktis dan berbasis bukti, buku ini menjadi sumber yang berharga bagi orang tua, pendidik, dan tenaga kesehatan, serta siapa saja yang berkomitmen untuk meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan anak-anak di lingkungan mereka. Buku ini diharapkan dapat mendorong pembaca untuk lebih siap dan responsif dalam menghadapi kegawatdaruratan, serta memperkuat rasa solidaritas dalam menjaga keselamatan anak-anak.

ISBN 978-623-8775-52-1



Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

