
LAPORAN

KULIAH PRAKTIKI : ASKEB KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL



30 JULI 2025

SEMESTER GENAP 2024/2025
PROGRAM STUDI KEBIDANAN



UNIVERSITAS
FORT DE KOCK
BUKITTINGGI

VISI DAN MISI

PROGRAM STUDI

VISI

**“Mewujudkan Bidan Professional
Dengan Keunggulan Berjiwa
Entrepreneur Dan Mampu Bersaing
Di Era Global Tahun 2033”**

TEMA

“Stabilisasi Preeklamsi, Penanganan syok hipovolemik pada ibu bersalin, dan Penanganan kejang pada BBL”

NARASUMBER

Bdn. Yasnini, S.Keb, MKM

JADWAL

Waktu : Rabu/ 30 Juli 2025

Pukul : 09.00 s/d selesai

HAND OUT MATERI

Kelainan Tekanan Darah (Hypertensive disorders)		
Type	Kriteria	Keterangan
Pre-existing Hipertensi (Htn)	$\geq 140/90$ mm Hg, Sebelum hamil atau mulai >20 minggu	Biasanya menetap setelah 42 hr PP, 1-5% dr kehamilan
Gestational Hipertensi (Gest Htn)	$\geq 140/90$ mm Hg, mulai >20 minggu kehamilan	Biasanya hilang dalam 42 hr PP ; 6-7% dr kehamilan
Pre-eklampsia	Gest Htn + proteinuria ≥ 0.3 g/hr / ≥ 30 mg/mmol U Cr	Sampai 25% dari prevalensi Htn
Eklampsia	Pre-eklampsia + Kejang	Dibutuhkan pengakhiran kehamilan segera
Pre-existing Htn + superimposed Gestational Htn dg proteinuria	Pre-existing Htn+ diikuti perburukan TD + proteinuria ≥ 0.3 g/day] after 20 wks	
Antenatally unclassifiable hypertension	TD saat pertama kali diketahui setelah 20 minggu	Re- assessment setelah 24 hari PP

Definisi

- ✓ Hipertensi
 - Nilai absolut $\geq 140/90$ mmHg
 - Peningkatan $\geq 30/15$ mmHg
 - TD diastolik ≥ 90 mmHg
- ✓ Pada posisi duduk, lengan setinggi jantung
- ✓ Ukuran cuff sesuai
- ✓ Sfigmomanometer air raksa akurat
- ✓ Bunyi Korotkoff I dan IV direkam
- ✓ Konfirmasi TD dalam ≥ 4 jam kecuali sangat tinggi

Definisi

- ✓ Proteinuria
 - Protein urin $\geq 2+$ pada dipstick
 - Protein urin ≥ 300 mg/d pada urin 24 jam
- proteinuria mengindikasikan disfungsi glomerular
- ✓ Lakukan pemeriksaan urin 24 jam bila protein urin $\geq 1+$ pada dipstick
- ✓ Edema mungkin akibat dari vasospasme dan penurunan tekanan onkotik namun bukan
 - merupakan bagian definisi ○

DEFINISI PREEKLAMPSIA

Definisi lama

Preeklampsia ringan

- TD $>140/90$ mmHg
- Proteinuria >0.3 g/24hr

Preeklampsia Berat

- BP $>160/110$ mmHg
- Proteinuria >5 g/24hr
- HELLP syndrome
- CNS symptoms

ACOG Practice Bulletin 33, 2002

Definisi Baru

Preeclampsia without severe features (new term)

- BP $>140/90$
- Proteinuria >300 mg/24hr atau dipstick 1+ atau protein/creatinine ratio >0.3

Absence of proteinuria with any:

- Platelets $<100k$
- Creatinine >1.1
- LFT elevation
- CNS symptoms

ACOG Task Force HTN Pregnancy Nov 2013

Faktor Risiko Preeklampsia :

- Riwayat preeklampsia sebelumnya (OR 7) atau riwayat preeklampsia dalam keluarga (OR 2-4)
- Primipara
- IVF
- Diabetes
- Usia maternal >40
- Obesitas
- Chronic HTN or renal disease
- Kehamilan multipel
- Lupus

ACOG 2013 Task Force HTN Pregnancy

Preeklampsia berdasarkan waktu terjadinya

Preeklampsia onset dini

- Mortalitas lebih tinggi
- Rekurensi lebih tinggi
- Keadaan patologis di plasenta >> → PJT
- Komplikasi postpartum >>
- Risiko CVD >>>
- Risiko diabetes >>

Hypertension 2013;61:932-42

Preeklampsia onset lanjut

- PJT (-)
- Biasanya gejala dan komplikasi lebih ringan dibanding onset dini
- Risiko jangka panjang <<

Maternal Risk Factor	OR Increased Preeclampsia
Diabetes – Type I or II	3.5
Multiple Gestation	3
BMI increased	2.5
Maternal Age >40	2
Cardiovascular disease	3.8

Hum Genet 2007;120:607-612

o

Patogenesis Preeklampsia

“Disease of theory” -- “an Evolving disease”

Trimester 1

- ✓ Implantasi plasenta yang abnormal
- ✓ Perubahan remodelling arteri spiralis

Trimester 2

- ✓ Ketidakseimbangan faktor2 angiogenik

Trimester 3

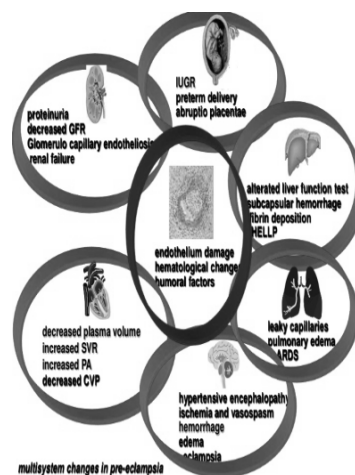
- ✓ Disfungsi endotel
- ✓ Perubahan hemodinamik
- ✓ Sistem kardiovaskular
- ✓ Gejala preeklampsia

Plasenta : Organ sentral sedangkan

Endotel : Organ target

Disfungsi endotel sistemik pada preeklampsia

- Disfungsi endotel generalisata → Gejala klinis preeklampsia.
- Hilangnya kontrol endotel terhadap pembuluh darah → hipertensi, menyebabkan meningkatnya permeabilitas vaskular glomerulus → proteinuria
- Gangguan ekspresi endotel pada faktor-faktor koagulasi → koagulopathy
- Trauma endotel akan menyebabkan vasokonstriksi & iskemia → disfungsi liver



Insidensi / Angka Kejadian

- ✓ 10% dari seluruh kehamilan dengan komplikasi:
Hipertensi, Pre-Eklampsia 5-8%, Eklampsia 0.4-0.6%, HELLP 1-1.5%
- ✓ Mayoritas preeklampsia pada pasien nullipara
 - Peningkatan risiko mortalitas pada gravida lebih tua
 - peningkatan risiko pada kehamilan pertama dengan pasangan baru
 - peningkatan risiko dengan hipertensi yang telah ada sebelumnya, penyakit ginjal, diabetes mellitus
- ✓ Preeklampsia merupakan penyebab utama mortalitas ibu langsung

Etiology / Penyebab

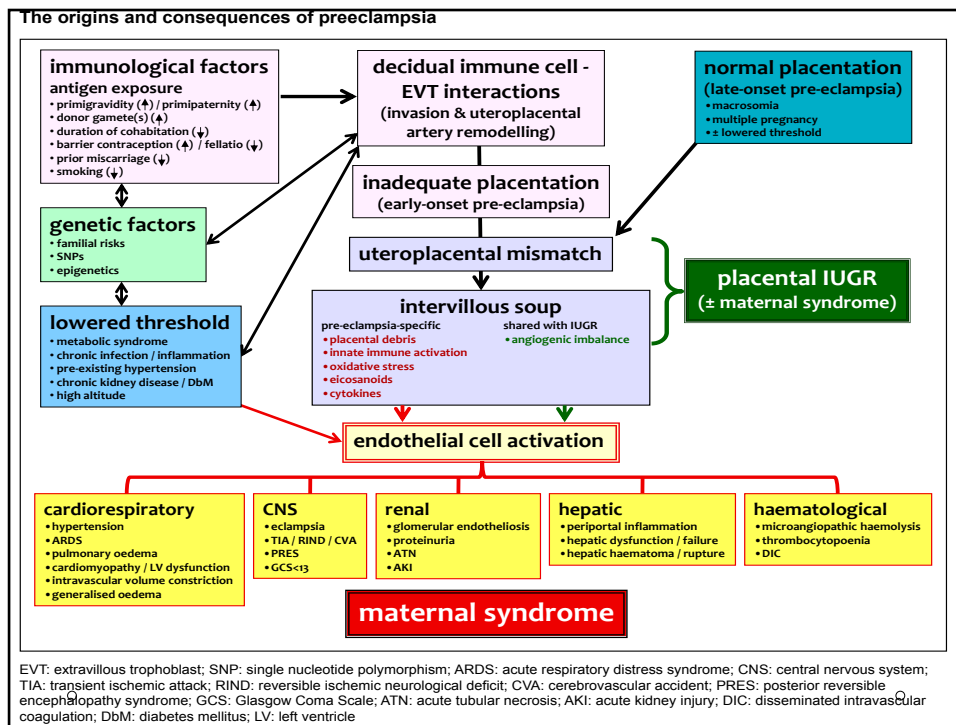
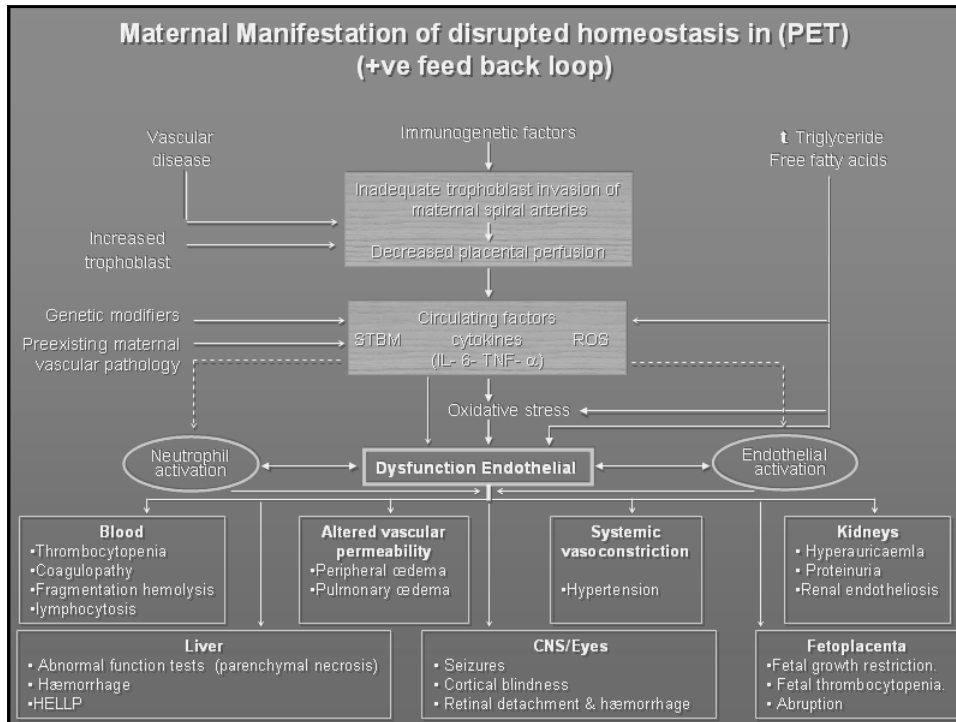
- Sampai saat ini belum diketahui secara pasti, diduga berhubungan dengan plasentasi yang abnormal.
- Preeklampsia sebagian besar menimbulkan gejala pada pertengahan kehamilan / pada trimester akhir.
- Merupakan penyakit dengan manifestasi multi organ berhubungan dengan vasospasme & kerusakan endotel.
- Pathology menunjukkan cedera endotel yang luas, edema, mikro-infark & mikro-hemorrhagia pada beberapa organ .
- Organ utama yang terkena adalah; otak, ginjal, hati, paru dan jantung

Pathogenesis 1

- Belum diketahui secara pasti
- Berhubungan dengan sirkulasi plasenta
- Diduga karena adanya invasi abnormal trofoblast pada dinding uterus
- Hal ini akan meningkatkan iskemia plasenta .
- Saat perkembangan plasenta & perkembangan janin iskemi menjadi lebih terlihat.
- Iskemia plasenta akan menyebabkan terlepasnya produk vasoactive .
- Terjadi peningkatan kerusakan endotel .
- Hasil akhirnya adalah vasospasme umum yang akan meningkatkan resistensi vaskular secara sistemik.

Pathogenesis (lanjutan)

- Peningkatan resistensi vaskuler sistemik akan meningkatkan tekanan darah
- Kerusakan Glomerular kapiler akan menyebabkan proteinuria.
- Hilangnya pengaturan otonom cerebral akan menyebabkan peningkatan perfusi otak yang akan merangsang timbulnya kejang dan perdarahan otak
- Perubahan hati akan menyebabkan HELLP



EVT: extravillous trophoblast; SNP: single nucleotide polymorphism; ARDS: acute respiratory distress syndrome; CNS: central nervous system; TIA: transient ischemic attack; RIND: reversible ischemic neurological deficit; CVA: cerebrovascular accident; PRES: posterior reversible encephalopathy syndrome; GCS: Glasgow Coma Scale; ATN: acute tubular necrosis; AKI: acute kidney injury; DIC: disseminated intravascular coagulation; DbM: diabetes mellitus; LV: left ventricle

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE		
Table 3. Adverse conditions and severe complications of preeclampsia		
Organ system affected	Adverse conditions (that increase the risk of severe complications)	Severe complications (that warrant delivery)
Central nervous system	Headache/visual symptoms	Eclampsia PRES Cortical blindness or retinal detachment Glasgow coma scale < 13 Stroke, TIA, or RIND
Cardiorespiratory	Chest pain/dyspnea Oxygen saturation < 97%	Uncontrolled severe hypertension (over a period of 12 h despite use of three antihypertensive agents) Oxygen saturation < 90%, need for $\geq 50\%$ oxygen for > 1 h, intubation (other than for Caesarean section), pulmonary edema Positive inotropic support Myocardial ischemia or infarction
Haematological	Elevated WBC count Elevated INR or aPTT Low platelet count	Platelet count < $50 \times 10^9/L$ Transfusion of any blood product
Renal	Elevated serum creatinine Elevated serum uric acid	Acute kidney injury (creatinine > $150 \mu M$ with no prior renal disease) New indication for dialysis
Hepatic	Nausea or vomiting RUQ or epigastric pain Elevated serum AST, ALT, LDH, or bilirubin Low plasma albumin	Hepatic dysfunction (INR > 2 in absence of DIC or warfarin) Hepatic haematoma or rupture
Feto-placental	Abnormal FHR IUGR Oligohydramnios Absent or reversed end-diastolic flow by Doppler velocimetry	Abruption with evidence of maternal or fetal compromise Reverse ductus venosus A wave Stillbirth

PRES: posterior reversible leukoencephalopathy syndrome; TIA: transient ischemic attack; RIND: reversible ischemic neurological deficit (< 48 hr); WBC: white blood cell; INR: international normalized ratio; aPTT: activated partial thromboplastin time; RUQ: right upper quadrant; AST: aspartate

Faktor Risiko

- ✓ Kehamilan pertama
- ✓ Lebih muda dari 18 dan lebih tua dari 35
- ✓ Riwayat Preeklampsia sebelumnya
- ✓ Riwayat keluarga
- ✓ Hamil Kembar
- ✓ Mola hydatidiform
- ✓ Hydrops
- ✓ Triploidy

Faktor Risiko (Lanj)

- ✓ Hipertensi kronik
- ✓ Diabetes
- ✓ Penyakit Ginjal
- ✓ SLE
- ✓ Thrombophilias (kelainan trombosis)
- ✓ Obesitas/ Kegemukan

o

o

Diagnosis

Manifestasi terpenting penyakit ini: **Hipertensi**, ***Proteinuria dan Edema*** yang bukan merupakan hal yang essential untuk diagnosis preeklampsia

Symptoms / Keluhan

- ✓ Nyeri kepala
- ✓ Gangguan penglihatan
- ✓ Nyeri epigastric atau nyeri ulu hati
- o ✓ Edema / peningkatan berat badan yang cepat.

Manifestasi Laboratorium

- ✓ Proteinuria
- ✓ Peningkatan creatinine
- ✓ Peningkatan uric acid
- ✓ Peningkatan liver enzymes
- ✓ Peningkatan hemoglobin
- ✓ Thrombocytopenia
- ✓ Peningkatan PT and PTT
- ✓ Microangiopathic hemolytic anemia

Manifestasi Ancaman Jiwa

- ✓ Kejang
- ✓ Perdarahan Otak
- ✓ Gagal Ginjal
- ✓ Gagal Hati
- ✓ Perdarahan Hati dan ruptur
- ✓ DIC
- ✓ Edema Paru
- ✓ Solusio Plasenta

Pengaruh pada Janin

Preeklampsia mempunyai pengaruh langsung pada janin termasuk :

- ✓ Pertumbuhan janin terhambat
- ✓ Solusio plasentae
- ✓ IUFD.
- ✓ Penurunan cairan amnion .

Penilaian Keadaan Ibu

Klinis

Hematologi

- ✓ Edema
- ✓ Perdarahan, petekiae

Hepatik

- ✓ Nyeri kuadran kanan atas dan epigastrik
- ✓ Mual dan muntah

Ginjal

- ✓ Output dan warna urin

Laboratorium

Hematologi

- ✓ Hemoglobin, platelet, apusan darah
- ✓ PTT, INR, fibrinogen
- ✓ LDH, asam urat, bilirubin

Hepatik

- ✓ ALT, AST
- ✓ (Glukosa, amonia terhadap R/O AFLP)

Ginjal

- ✓ Proteinuria
- ✓ Kreatinin, urea, asam urat

Penilaian Keadaan Janin

- ✓ Gerakan janin
- ✓ Penilaian denyut jantung janin
- ✓ Ultrasonografi untuk perkembangan
- ✓ Profil biofisik
- ✓ Volume cairan amnion
- ✓ Pemeriksaan Doppler flow

○

○

Tujuan Terapi Anti-hipertensi

- Meminimalkan risiko CVA pada ibu
- Memaksimalkan kondisi ibu untuk persalinan aman
- Mendapatkan waktu untuk penilaian lebih lanjut
- Memfasilitasi persalinan per vaginam bila mungkin
- Memperpanjang kehamilan bila tepat / mungkin

Terapi Akut - Obat Anti hipertensi

- ✓ Dilator arteri
Hidralazin
- ✓ Penyekat β
Labetalol
- ✓ Penyekat Kanal Kalsium
Nifedipin

○

○

Terapi Pemeliharaan Obat Anti-hipertensi

- ✓ Agen Simpatolitik yang bekerja sentral
Methyl-dopa
- ✓ Penyekat β
 - Atenolol
 - Labetalol
- ✓ Penyekat Kanal Kalsium
Nifedipin

✗ ACE inhibitor dikontraindikasikan pada kehamilan

Krisis Hipertensi

Stabilikan hipertensi berat

- ✓ Gunakan hidralazin, penyekat β , dan/atau Adalat-PA
- ✓ Tujuan → mempertahankan TD diastolik pada 90-100 mmHg
- ✓ Monitor status janin sementara menterapi TD

Profilaksis kejang

Status volume intravaskular

- ✓ Kateter Foley → jarang mengalami ARF
- ✓ Jangan kelebihan cairan → jarang membutuhkan CVP

Lahirkan

Profilaksis Kejang

- ✓ Sulit diprediksi siapa yang akan mengalami kejang
- ✓ Tidak berhubungan langsung dengan derajat hipertensi atau proteinuria
- ✓ Banyak jumlah penderita yang harus mendapat terapi pencegahan kejang
- ✓ Agent tidak memiliki berbahaya atau sangat efektif
- ✓ $MgSO_4$ merupakan agent pilihan bila profilaksis kejang diindikasikan

○

○

Magnesium Sulfat

- ✓ Standar obstetri namun tidak digunakan pada keadaan lain
- ✓ Superior terhadap fenitoin untuk profilaksis
- ✓ Superior terhadap fenitoin atau diazepam dalam mencegah rekurensi
- ✓ Dosis 4 g IV diikuti dengan 1-2 g / jam IV
- ✓ Efek samping - lemas, paralisis, toksisitas jantung
- ✓ Monitor - refleks, pernapasan, derajat kesadaran

○

○

Magnesium Sulfat - Overdosis

- ✓ Observasi efek samping
 - Lemas, paralisis pernapasan, somnolen
- ✓ Resiko tinggi terutama pada pasien dengan oliguria atau mendapat penyekat kanal Ca^{2+}

ANTIDOTE

- ✓ Hentikan infus magnesium
- ✓ Kalsium glukonas 10% 10 mL IV selama 3 menit

○

○

Transpor

- ✓ Pertimbangkan transpor hanya jika sumber daya terbatas dan kondisi ibu/janin memungkinkan
- ✓ TD dan gejala ibu stabil
- ✓ Status janin meyakinkan
- ✓ Pemberian agen anti-hipertensi yang sesuai dimulai
- ✓ MgSO_4 diberikan jika tepat
- ✓ Diskusikan dengan penerima dan pasien/keluarga
- ✓ MgSO_4 & agen anti-hipertensi antidote jika overdosis

○

○

Kapan Persalinan Dilakukan ?

- ✓ ≥ 37 minggu dengan Preeklampsia
- ✓ ≥ 34 minggu dengan Preeklampsia berat
- ✓ < 34 minggu dengan:
 - ✓ TD diastolik yang sulit dikontrol
 - ✓ Bukti lab adanya keterlibatan end-organ yang memburuk
 - ✓ Dugaan fetal compromise
 - ✓ Kejang tidak terkontrol
 - ✓ Gejala tidak responsif terhadap terapi yang sesuai

Persalinan- Pengobatan

- ✓ Persalinan pada saat yang tepat meminimalkan morbiditas ibuserta morbiditas & mortalitas neonatal
- ✓ Mengoptimalkan status ibu sebelum intervensi persalinan
- ✓ Tunda persalinan untuk mendapatkan maturitas janin
- ✓ Transfer hanya jika kondisi ibu & janin memungkinkan
- ✓ Preeklampsia merupakan penyakit progresif, manajemen menunggu sangat potensial berbahaya bila ada penyakit yang berat atau dugaan fetal compromise

Tatalaksana Peri & Post Partum

- ✓ Jangan turunkan TD terlalu rendah karena berisiko fetal compromise
- ✓ Jangan berikan cairan berlebih
- ✓ Analgesi epidural lebih dipilih bila tidak ada koagulopati atau jumlah platelet yang rendah
- ✓ Pendekatan multi disiplin (spesialisasi)
- ✓ Post-partum pasien harus dimonitor

o

o

Terima Kasih



o

o

POKOK BAHASAN

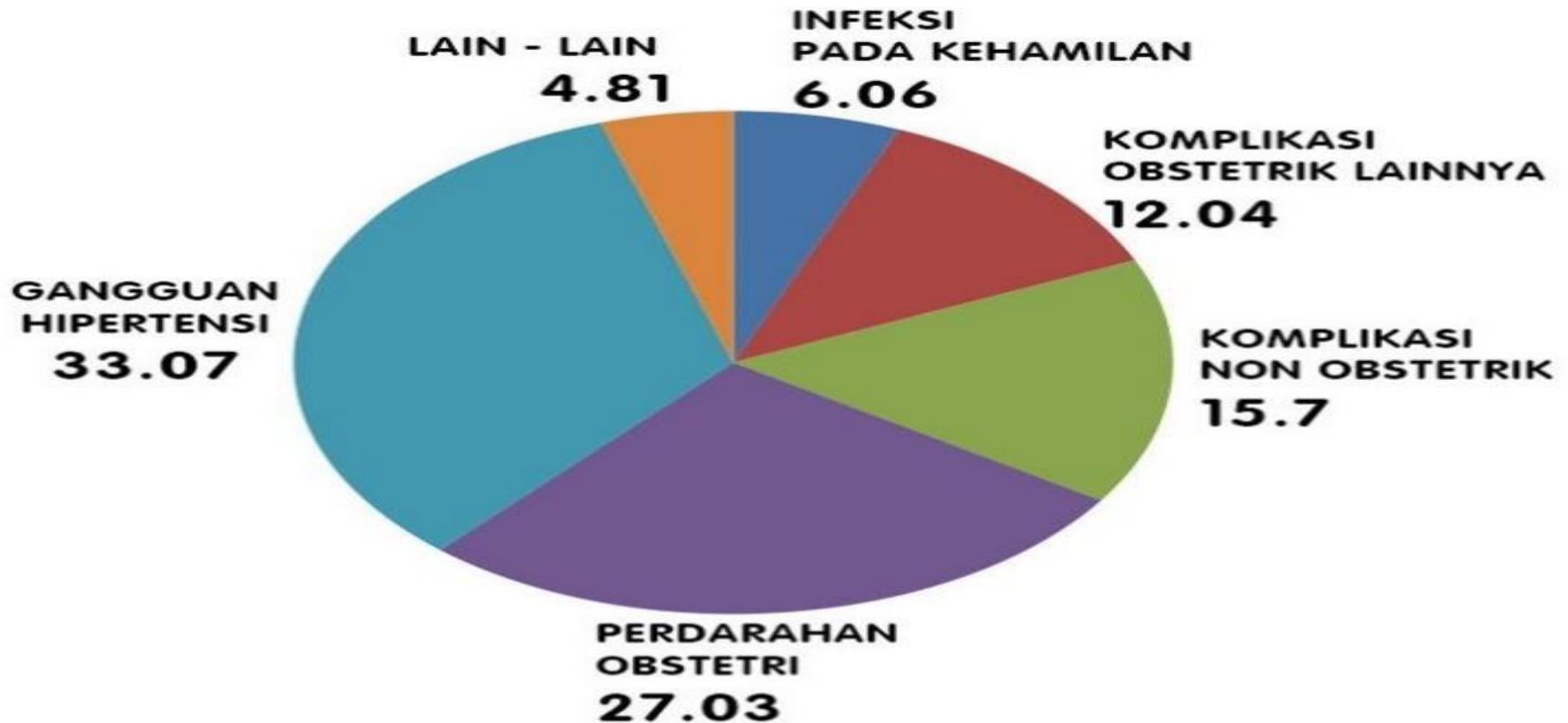
1. Pendahuluan/LB

2. Sistem Rujukan

3. Sistem Rujukan (Maternal & Neonatal)

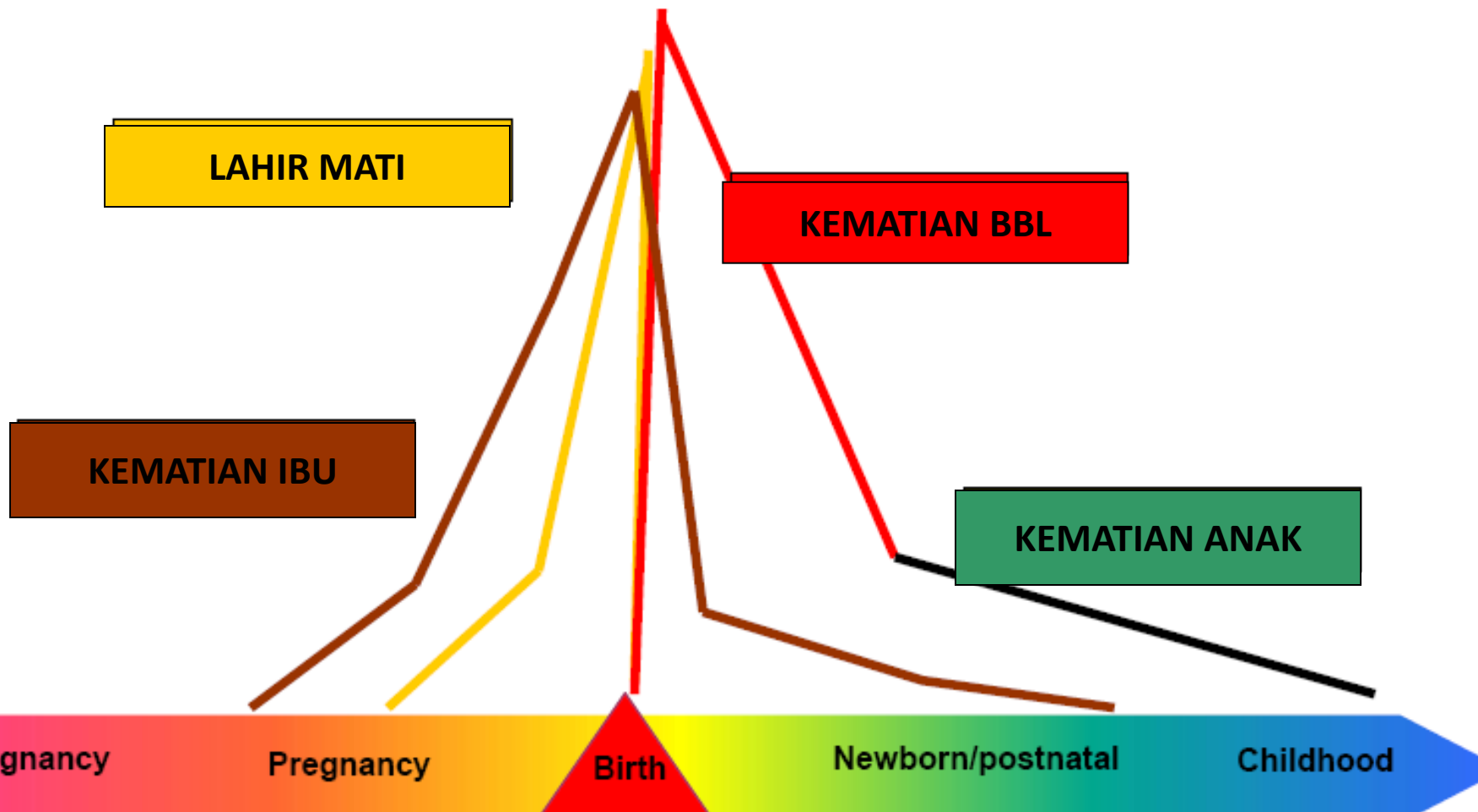
1. PENDAHULUAN/ LB

PENYEBAB KEMATIAN IBU

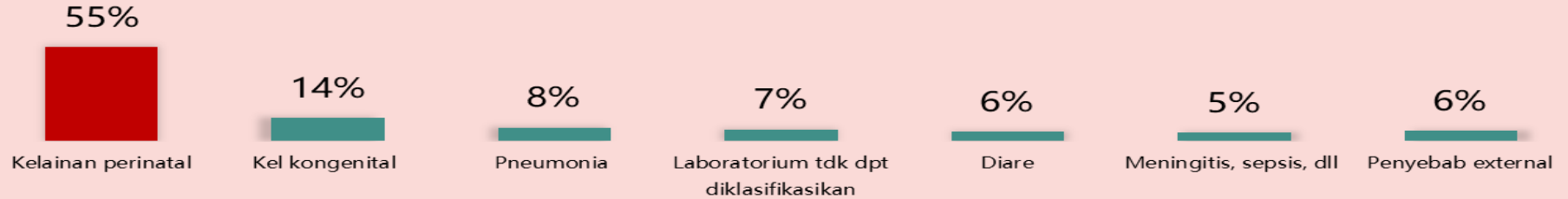


Risiko kematian ibu & anak terjadi paling banyak pada periode kelahiran

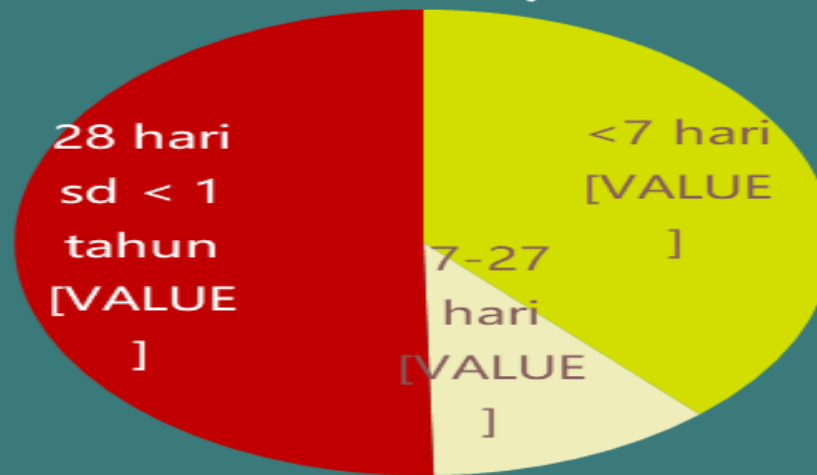
INDONESIA ADALAH SALAH SATU DARI 68 NEGARA YANG MEMILIKI KEMATIAN IBU DAN NEONATAL YANG BURUK



50% Kematian bayi terjadi= 28 HPK



Proporsi kematian bayi menurut kelompok umur



- < 7 hari
- 7-27 hari
- 28 sd < 1 tahun

KONDISI SAAT INI

MASALAH PELAYANAN MATERNAL & NEONATAL

A. RENDAHNYA AKSES DAN KUALITAS

PELAYANAN KESEHATAN :

1. Walaupun tersedia tenaga dokter, Bidan dan perawat tetapi sebagian besar RSUD Kab/Kota belum mampu melaksanakan **PONEK 24 jam**
2. Kelemahan Sistem Rujukan berjenjang menjadi penghalang untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan
3. Rendahnya validitas dan akurasi umpan balik Pencatatan-Pelaporan dan Rujukan mengacaukan penghitungan penyediaan dan tingkat kualitas pelayanan



MASALAH PELAYANAN MATERNAL & NEONATAL

B. RENDAHNYA KEMAMPUAN MASYARAKAT:

1. Tak mampu untuk memahami/menyelesaikan masalah (**tingkat pendidikan**)
2. Tak mampu memperoleh pelayanan yang layak (**Sosek lemah**)
3. Tak mampu memilih penolong persalinan yang profesional (**sosio-kultural**)
4. Tak mampu membuat **keputusan** yang menguntungkan (gender)
5. Tak mampu memperjuangkan keadilan (buta hukum)
6. Rujukan **terlambat** dengan segala permasalahan dasarnya baik dari aspek kesehatan maupun non-kesehatan.



MASALAH PELAYANAN MATERNAL & NEONATAL

C. TENAGA DAN MANAJEMEN KESEHATAN :

1. Distribusi tenaga dokter dan Bidan tidak merata → lebih memilih **kota-kota besar**
2. **Dukun/paraji** masih dipercaya oleh masyarakat untuk menolong persalinan
3. Pemanfaatan peran **OP dan Swasta** belum optimal untuk mendukung sistem pelayanan kesehatan
4. Belum efektifnya **BINTEK** dan manajemen dari Dinas dan fasilitas kesehatan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan primer
5. Ketidak-seimbangan **proporsi** aktifitas klinis dan non-klinis petugas kesehatan di Puskesmas (*Management Development System of Clinical Performance for Midwife & Nurse in Health Centre WHO*)

PENGUATAN PELAYANAN KESEHATAN

I
N
F
O
R
M
A
S
I

PROGRAM PENINGKATAN AKSES

- Sarana Prasarana
- Kompetensi SDM
- Alat Kesehatan

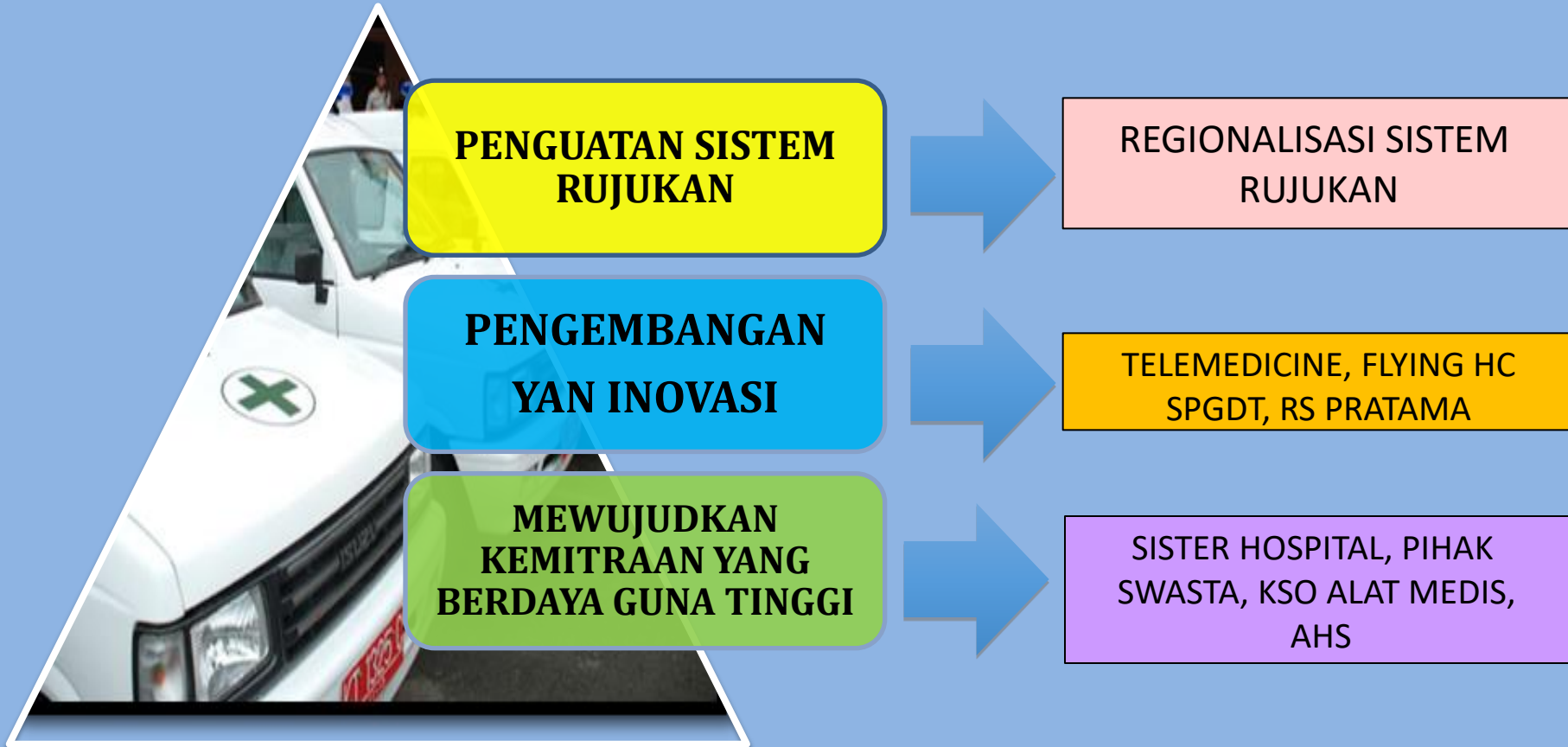
PROGRAM PENINGKATAN MUTU

- Akreditasi RS
- Akreditasi PKM

R
E
G
U
L
A
S
I

Terwujudnya **Akses Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan yang berkualitas** Bagi Masyarakat termasuk pelayanan maternal dan neonatal

PROGRAM PENINGKATAN AKSES



2. SISTEM RUJUKAN YANKES (M,N)

ADALAH merupakan penyelenggaraan kesehatan yang mengatur **pelimpahan tugas** dan tanggungjawab pelayanan Kes secara timbal balik, baik VERTIKAL maupun HORIZONTAL

SISTEM RUJUKAN

**REGIONALISASI SISTIM
RUJUKAN**



**MENDEKATKAN AKSES
PELAYANAN KEPADA
MASYARAKAT**



**KENDALI MUTU DAN KENDALI
BIAYA**

SDGs



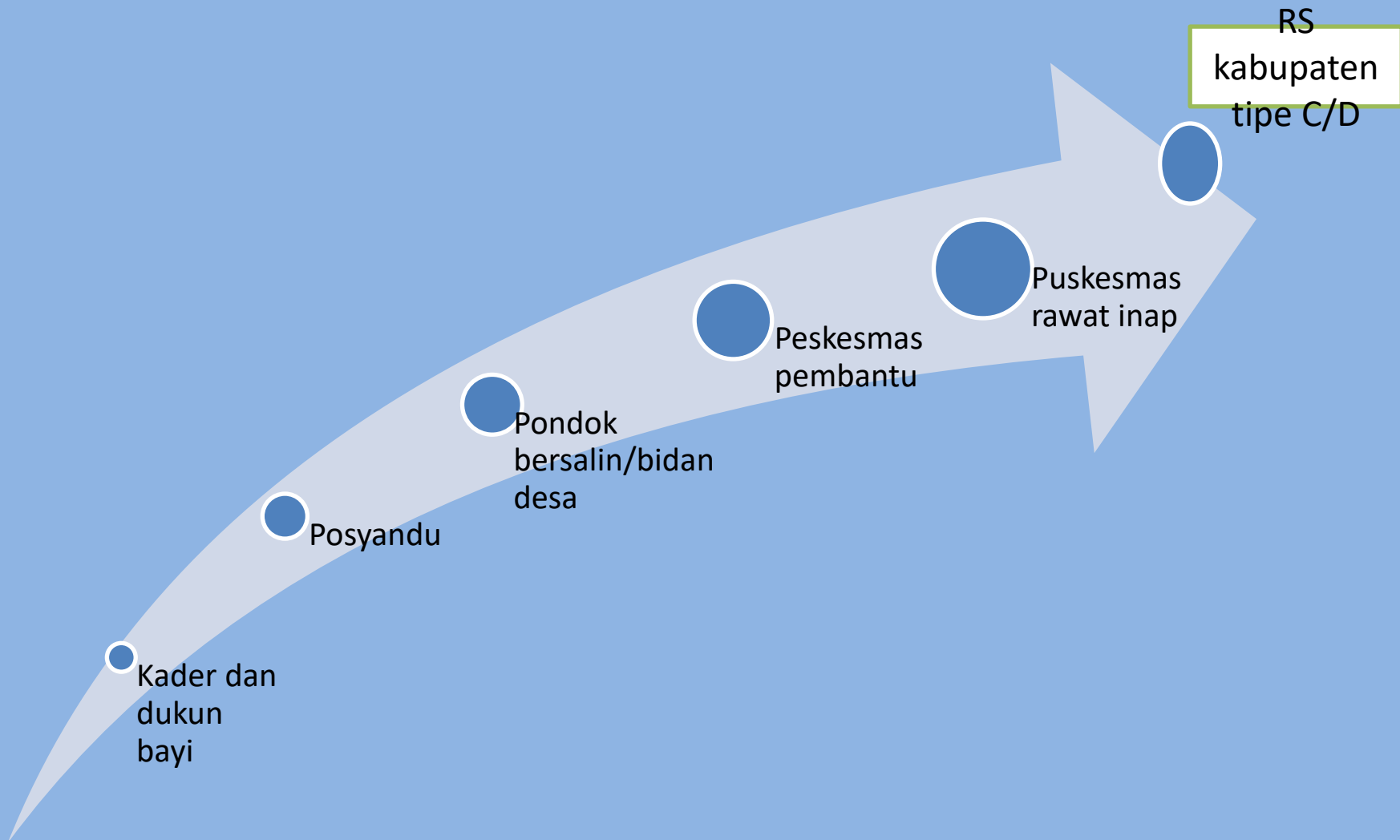
**Menurunkan
AKI dan AKB**



**Penguatan Rumah Sakit Rujukan
Nasional, Provinsi, Regional
Dan RSUD di Daerah Perbatasan**

- 1 Perbaikan Akses
- 2 Efisiensi
- 3 Sebaran Pelayanan
- 4 Keterbatasan Sumber Daya
- 5 Upaya Peningkatan dan Pemerataan Mutu

Rujukan medik Puskesmas dilakukan secara berjenjang mulai dari :



3. PELAYANAN KEBIDANAN “RUJUKAN”

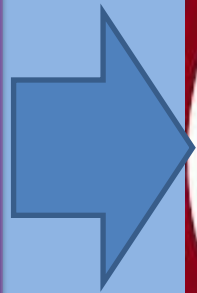
- Pelayanan yang dilakukan oleh BIDAN dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih TINGGI atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh Bidan sewaktu menerima rujukan dari Dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain secara HORIZOTAL maupun VERTIKAL

Skema Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia



TUJUAN UMUM RUJUKAN

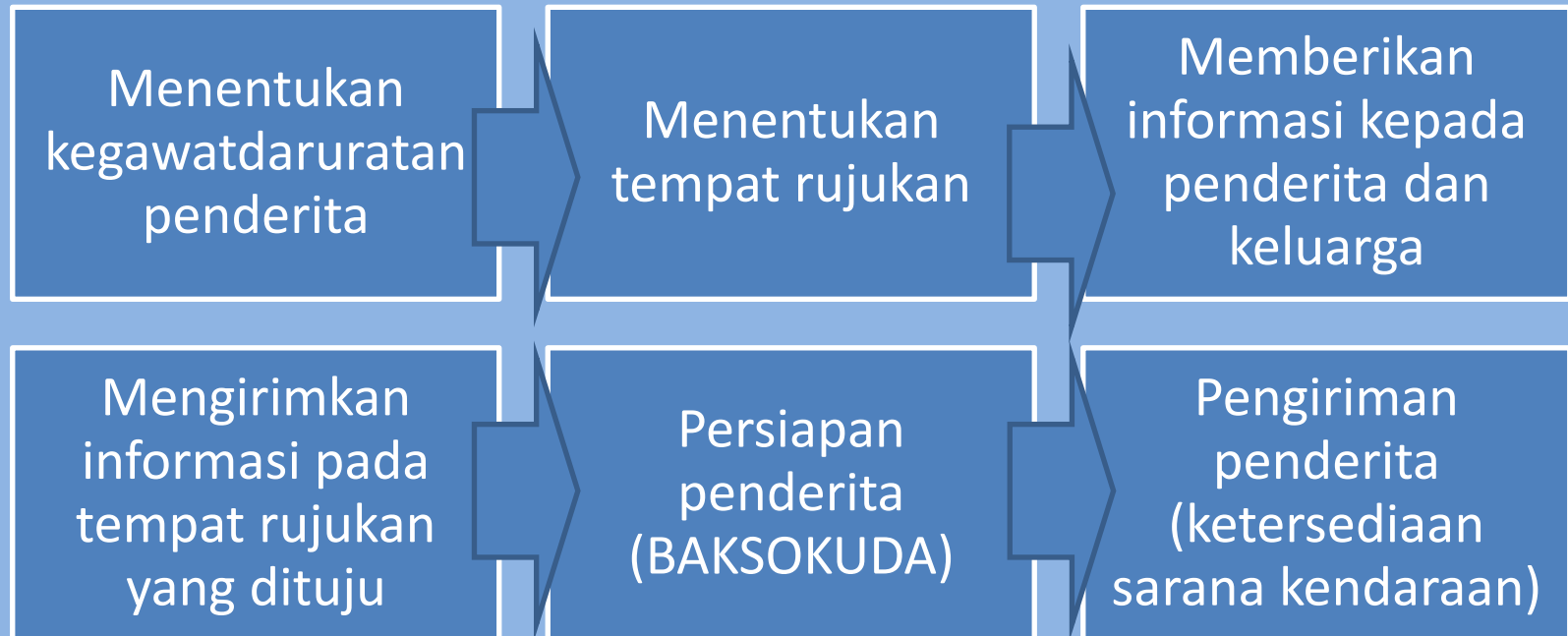
• **Memberikan petunjuk kepada petugas Puskesmas tentang pelaksanaan rujukan medis dalam rangka menurunkan IMR dan AMR**



TUJUAN KHUSUS RUJUKAN

1. Meningkatkan kemampuan Puskesmas dan peningkatannya dalam rangka **menangani rujukan** kasus risiko tinggi dan gawat darurat yang terkait dengan kematian ibu dan bayi
2. Menyeragamkan dan menyederhanakan **prosedur** rujukan di wilayah kerja Puskesmas

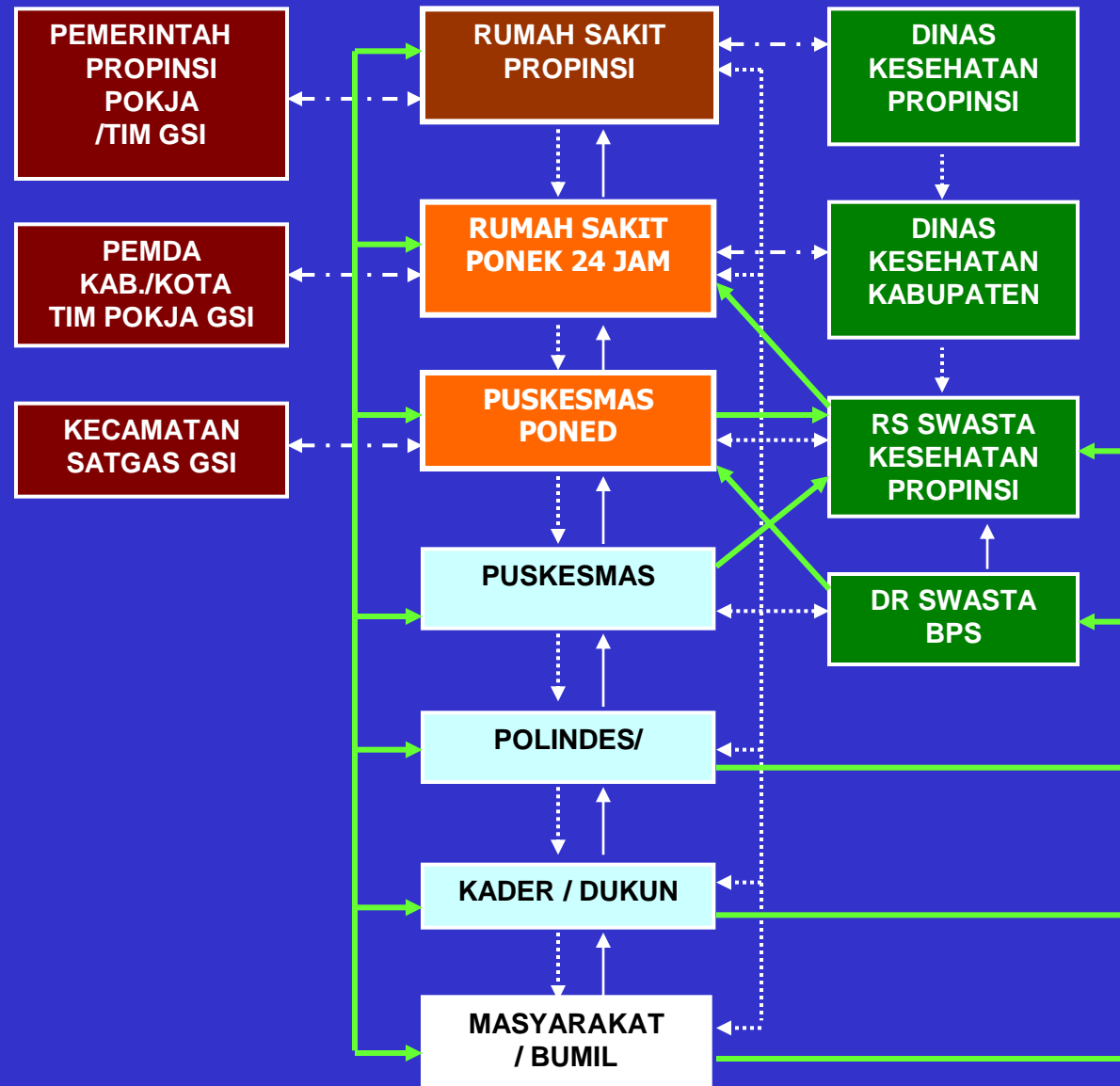
Tahapan Rujukan Maternal dan Neonatal



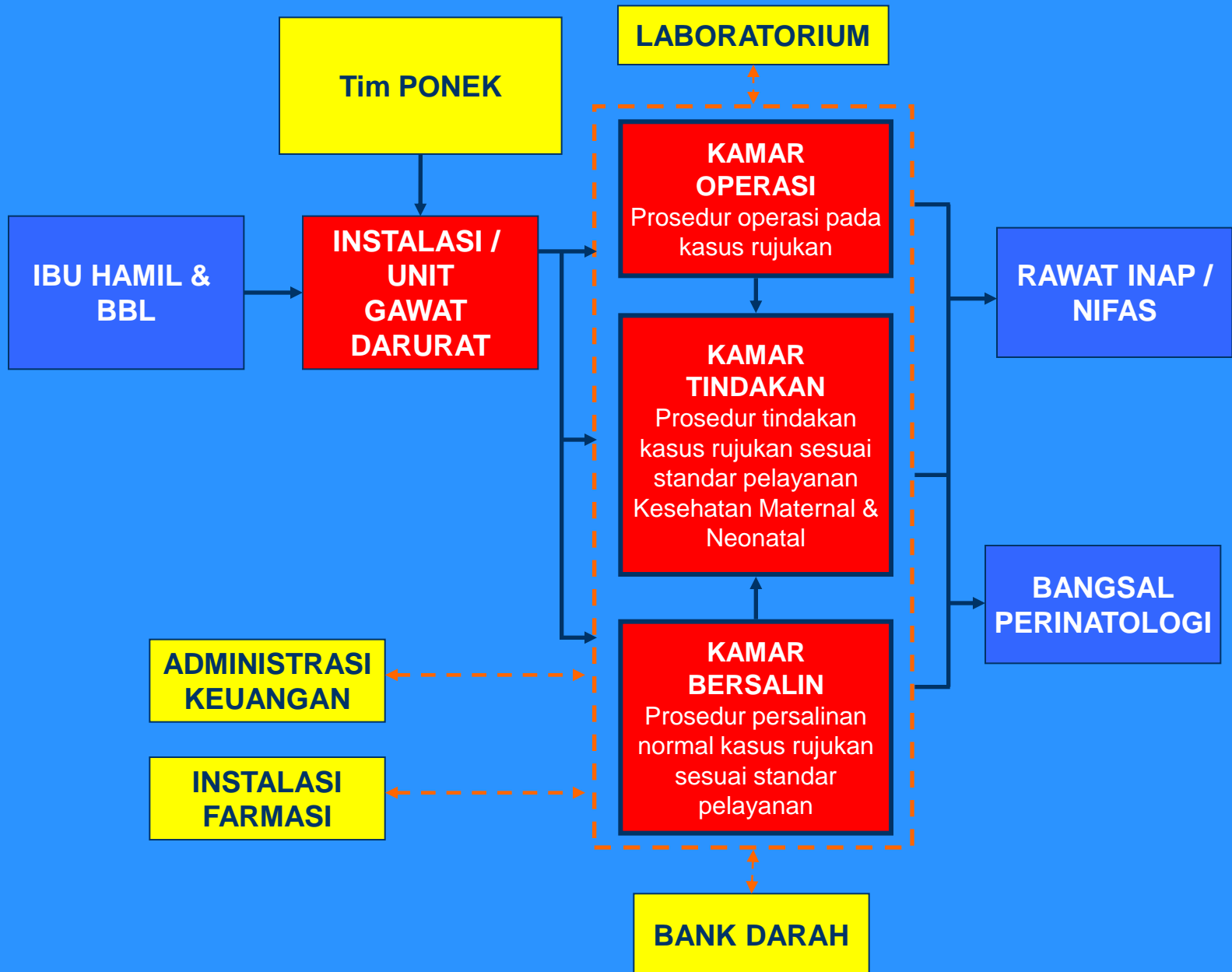
Kriteria RS PONEK 24 jam

1. Memberikan pelayanan PONEK 24 jam secara efektif (cepat, tepat-cermat dan purnawaktu) bagi bumil/bulin, bufas, BBL yang datang secara langsung atau rujukan
2. Kelengkapan sarana dan tenaga terampil untuk melaksanakan PONEK/PONEK (sesuai dengan standar yang dikembangkan)
3. Kemantapan institusi dan organisasi, termasuk kejelasan mekanisme kerja dan kewenangan unit pelaksana/tim PONEK (SK Direktur RS)
4. Dukungan penuh dari Bank Darah / UTD – RS, Kamar Operasi, HCU/ICU/NICU, IGD dan unit terkait lainnya
5. Tersedianya sarana/peralatan rawat intensif dan diagnostik pelengkap (laboratorium klinik, radiologi, EKG, EEG, USG, inkubator, CPAP/Ventilator, CPR, dll)

ALUR PELAYANAN RUJUKAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL & NEONATAL



MEKANISME ALUR PASIEN RUJUKAN MATERNAL & NEONATAL DI RS KABUPATEN



3-MODEL KETERLAMBATAN

1. Keterlambatan dalam mencari pelayanan/pertolongan.

1. Kemampuan untuk mengenal komplikasi
2. Keputusan untuk segera mencari pertolongan
3. Kemana untuk mendapatkan pertolongan

2. Keterlambatan dalam mencapai pelayanan medik= *Masalah transp*

3. Keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan medik

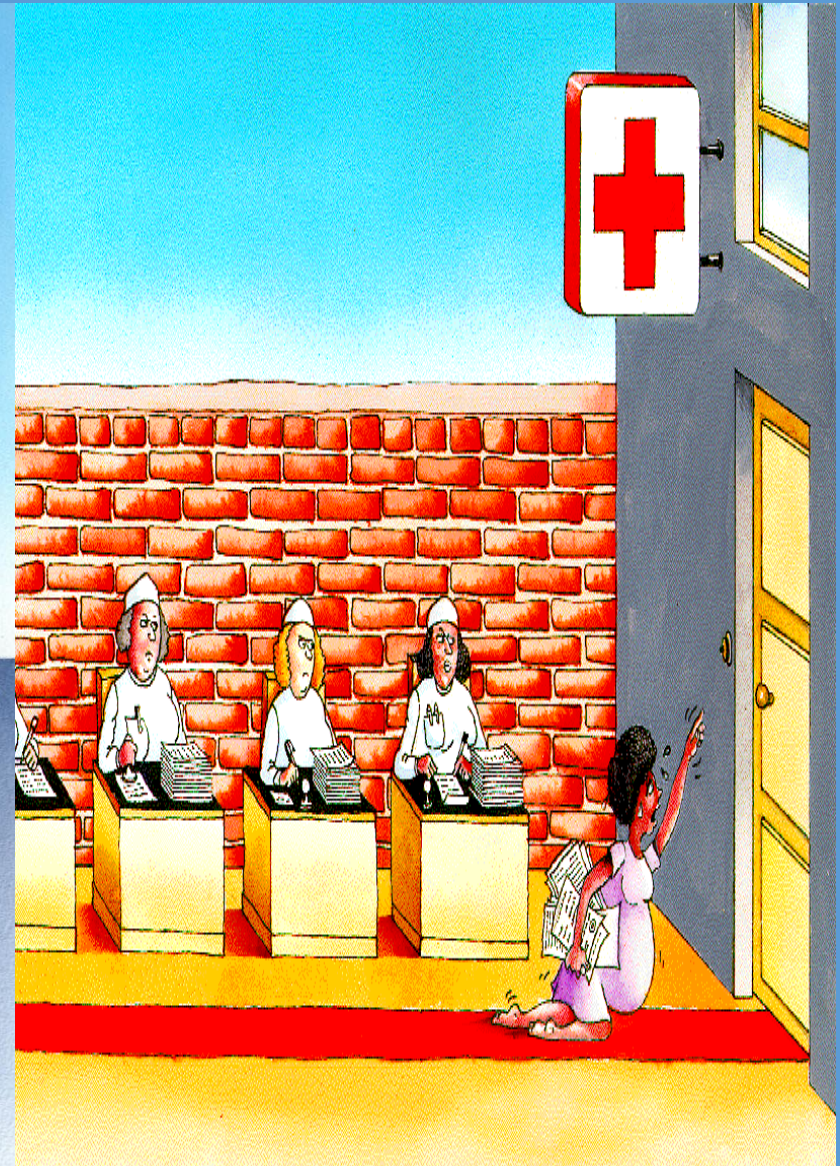
*Keterlambatan tenaga medik / paramedis di tempat **pelayanan***



MENGENALI

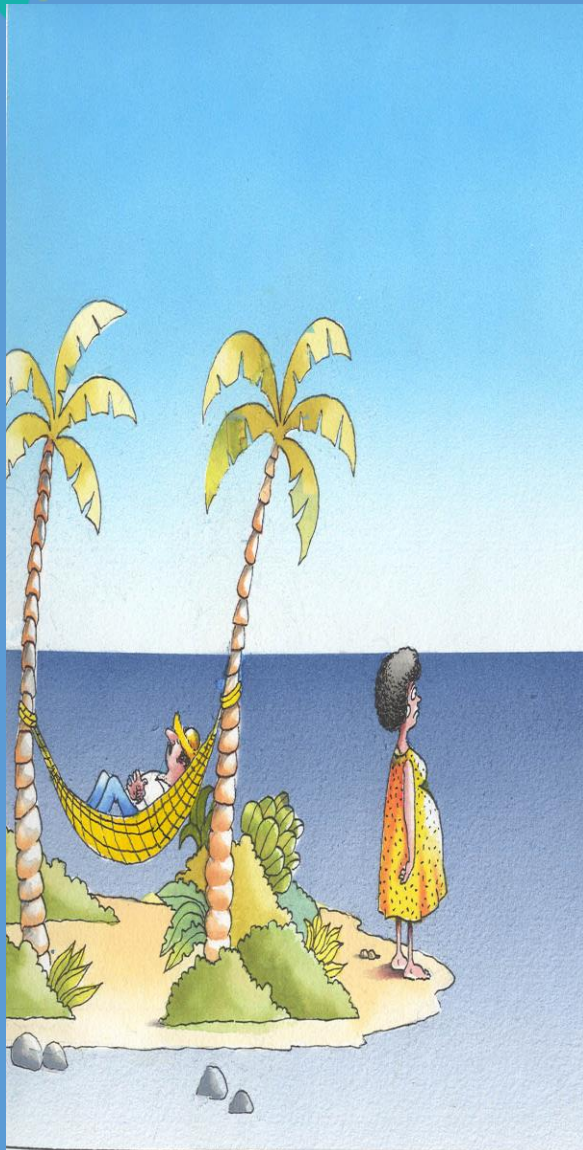
MERUJUK

MENANGGAPI



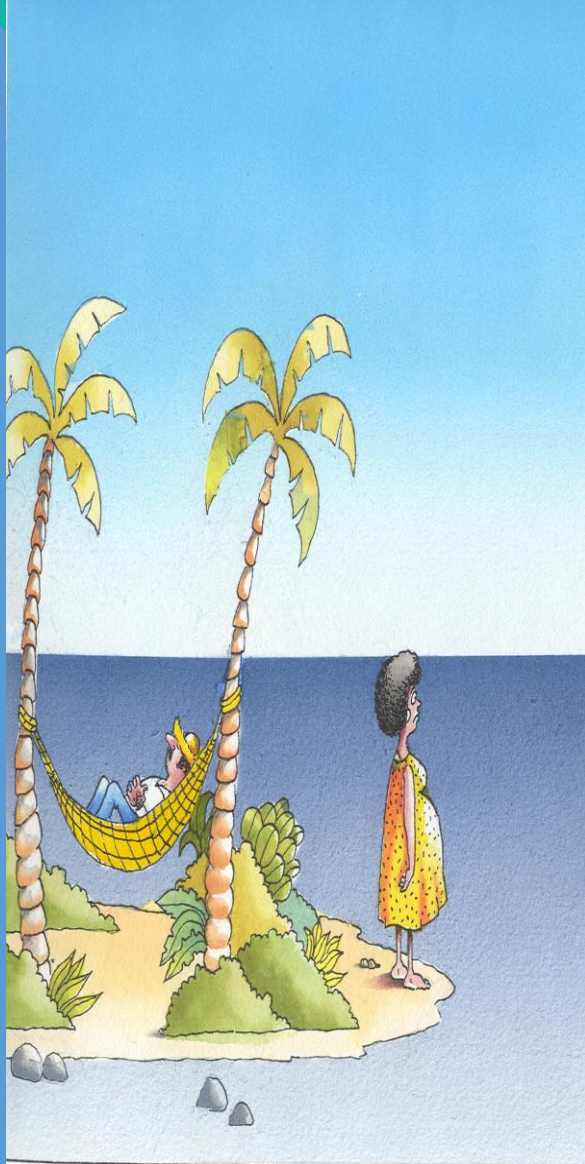
MENGENALI

INDONESIA



- Ibu A, 22 tahun, G1P0A0, hamil 38 minggu, dengan riwayat preeklampsia ringan pada kunjungan 1 minggu y.l. dengan hasil pemr.:
 - Tensi 140/90 mmHg, Nadi 84/menit, keluhan pusing (-), nyeri epigastrium (-), gangguan penglihatan (-).
- Klien mengeluhkan adanya pusing dan nyeri pada daerah epigastrium
 - Tensi 150/110 mmHg, Nadi 84/menit, terdapat keluhan pusing (+), nyeri pada daerah epigastrium (+) dan tidak didapatkan adanya gangguan penglihatan.
 - Pemeriksaan laboratorium: Proteinuria 2+
 - His teratur 3 kali dalam 10 menit 40-50 detik. Bagian terbawah janin kepala dengan penurunan 3/5, pembukaan serviks 4 cm, kulit ketuban masih utuh.

MENGENALI



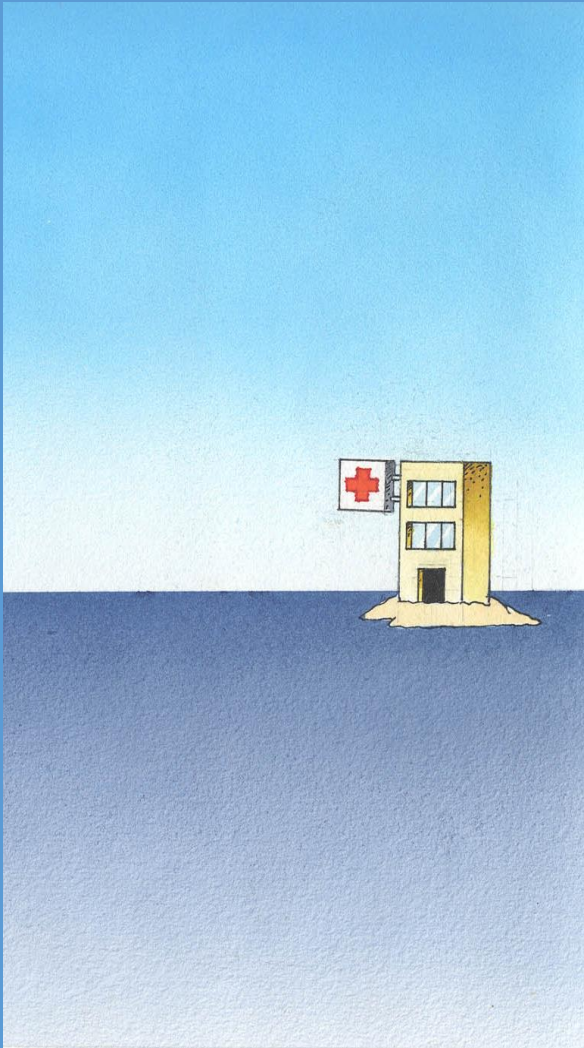
KEPUTUSAN KLINIK

- G1P0A0, 22 tahun, hamil 38 minggu
- Anak 1 hidup intrauterin, Letak kepala sudah masuk ke panggul
- Inpartu kala I, fase aktif
- Preeklampsia berat

SIKAP (Upaya stabilisasi)

- Pasang infus Ringer Laktat dan pemberian MgSO₄ 40% dosis inisial 4 gram, dosis pemeliharaan 6 gr MgSO₄ / 6 jam
- Rujuk, pertimbangkan jarak ke RS Rujukan
- Komunikasi dengan RSUD/RS SWASTA/Puskesmas

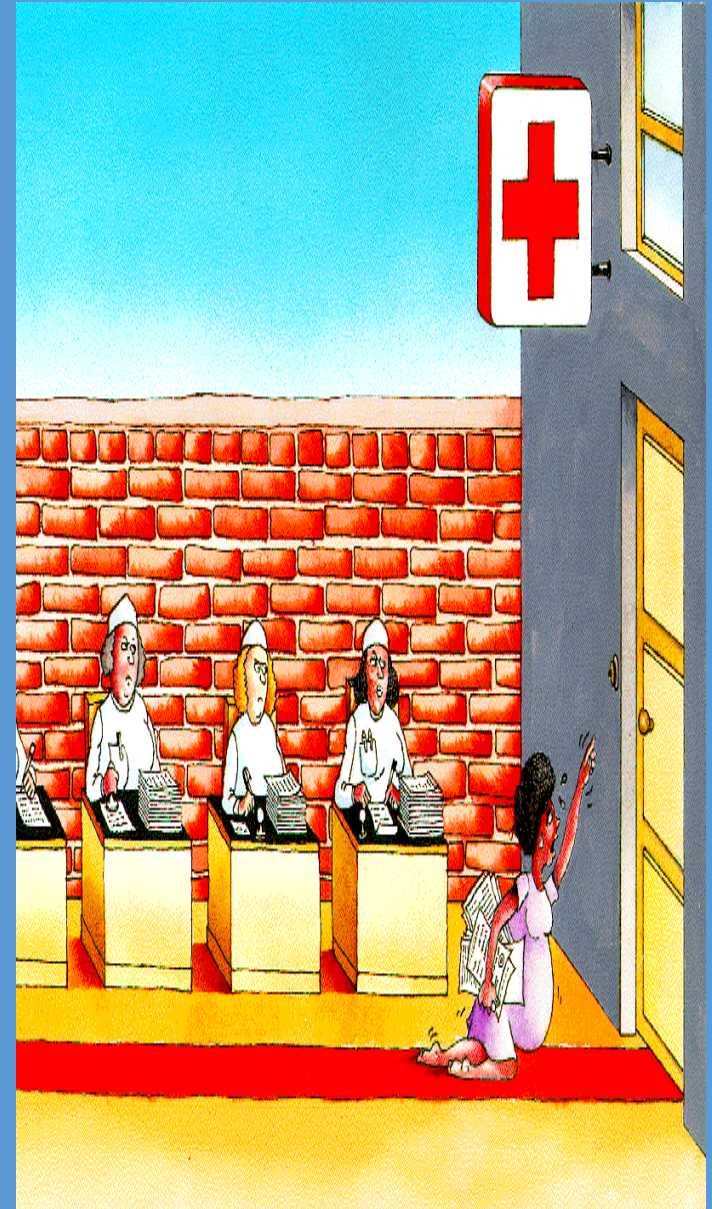
RUJUKAN



- Tenaga kesehatan terampil (Bidan)
- Alat
- Keluarga
- Surat rujukan
- Obat
- Kendaraan /Transportasi
- Uang. DA

- **Response time**
- Pengawasan keadaan umum
- Pengawasan persalinan dengan partograf
- **Koordinasi** dengan dr Sp. Obgin, Anak /disiplin lain
- Tindakan
- **Jawaban Rujukan**
- **Kontrasepsi**

TANGGAP



**PERKIRAAN LAMANYA WAKTU
SEJAK TERJADINYA KOMPLIKASI OBSTETRI
SAMPAI MENINGGAL BILA TIDAK ADA TINDAKAN**
(Statistic and Monitoring Section, UNICEF, 1992)

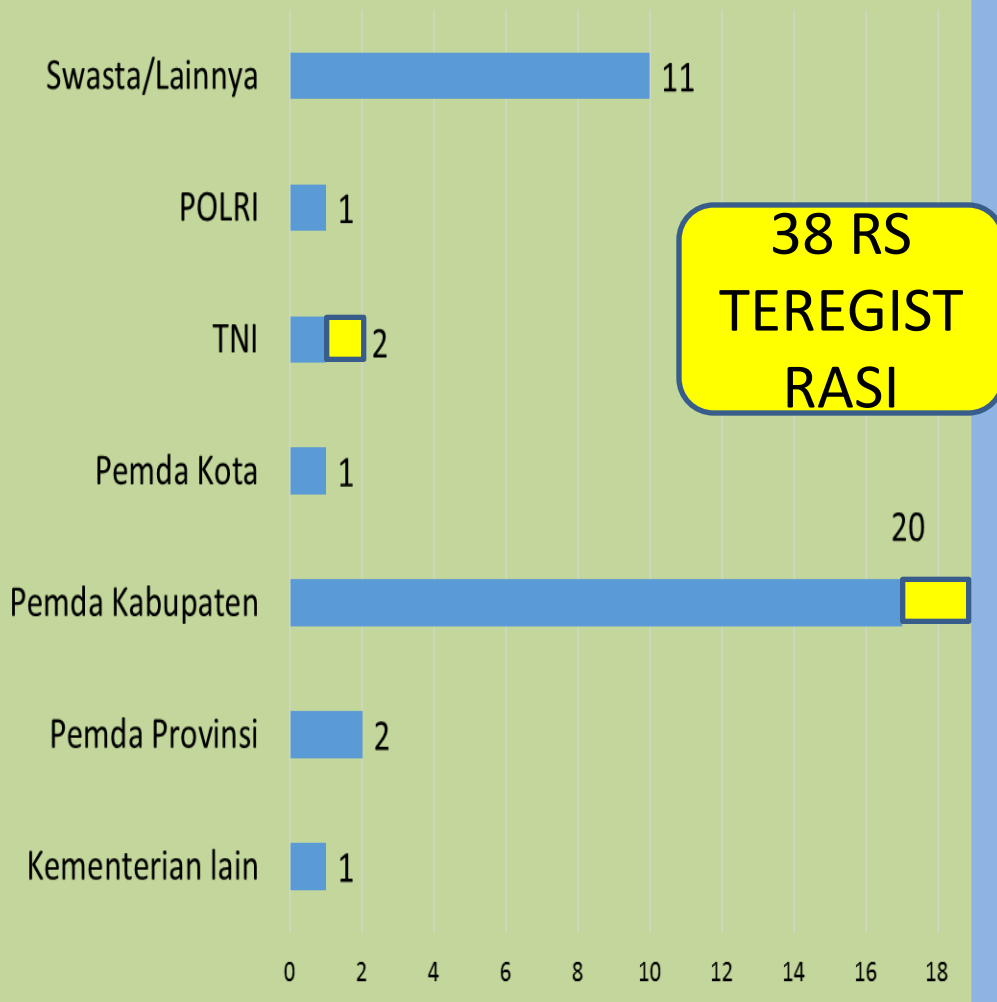
NO.	KOMPLIKASI OBSTETRIK	JAM	HARI
1.	PERDARAHAN		
	- Postpartum	2	
	- Antepartum	12	
1.	RUPTURA UTERI		1
2.	EKLAMPSIA		2
3.	PARTUS LAMA		3
4.	INFEKSI		6

Model Rujukan Terencana

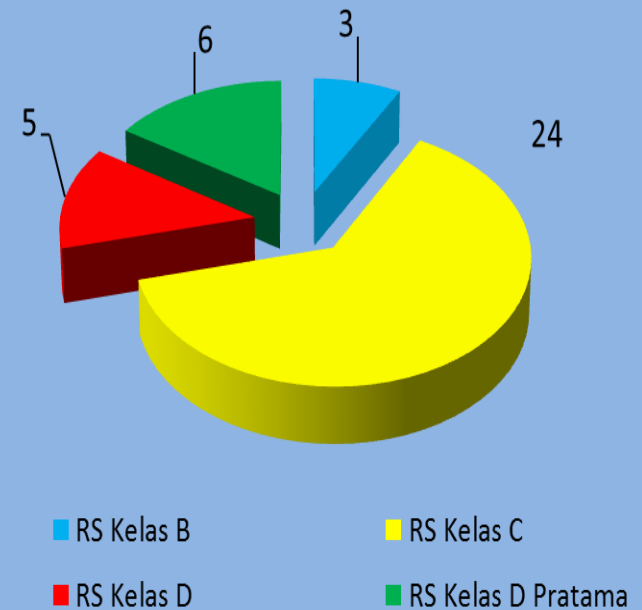
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) atau Rujukan Dalam Rahim (RDR)/ Rujukan In Utero (RIU),
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW).

PERKEMBANGAN FASKES RUJUKAN DI SULAWESI TENGAH (DINKES PROV SULTENG)

Distribusi RS Berdasar Kepemilikan Th. 2018



RUMAH SAKIT BERDASARKAN KELAS



HARAPAN

Dimulai dari tingkat **keluarga di masyarakat** oleh BIDAN dan PKK (BERMITRA) dengan dukungan dari penguasa wilayah setempat/PEMDA. Penyuluhan: bentuk KIE **berulang kali** diberikan sejak usia **kehamilan muda**. Hal ini diberikan untuk menimbulkan kesadaran, Bahkan sejak Pra konsepsi

TAHU- PEDULI-SEPAKAT DAN GERAK

Dengan pengambilan keputusan tentang adanya kebutuhan tempat, **penolong persalinan yang sesuai dengan tingkat risikonya menuju persalinan aman berencana.**

Melalui KIE dan Modul Rujukan Terencana, maka diharapkan rujukan terlambat akan berkurang, dan bahkan akan berangsur-angsur tidak terjadi lagi.

Institusi pendidikan : **“LULUSAN YANG KOMPETEN”**

Midwives save life



Terima Kasih

FOTO KEGIATAN









UNDANGAN NARASUMBER



YAYASAN FORT DE KOCK BUKITTINGGI UNIVERSITAS FORT DE KOCK

Jl. Soekarno Hatta, Kelurahan Manggis Gantung Kec. Mandiangin Koto Selayan Telp. 0752-31877 Fax. 0752-31878 Bukittinggi
e-mail : informasi@fdk.ac.id Website : <http://fdk.ac.id>

Bukittinggi, 1 Juli 2025

Nomor : 1346/ UFDK/VII/2025
Lamp : -
Perihal : Permintaan sebagai Narasumber

Kepada Yth:

Ibu Bdn. Yasnini, S.Keb, MKM

di

Tempat

Dengan Hormat,

Sebelumnya kami mendo'akan semoga Ibu dalam keadaan baik dan dalam lindungan Allah SWT, Amin Ya Rabbal 'Alamin.

Dalam rangka pemenuhan Kuliah praktikum dengan praktisi program Studi Kebidanan Tahun Akademik 2024/2025 Semester Genap, maka Program Studi Kebidanan Universitas Fort De Kock Bukittinggi akan melaksanakan kegiatan perkuliahan praktikum dengan praktisi dengan topik "Stabilisasi Preeklamsi, Penanganan syok hipovolemik pada ibu bersalin, dan Penanganan kejang pada BBL".

Oleh karena itu, Bersama surat ini kami mohon kepada Ibu untuk bersedia menjadi Narasumber kegiatan Kuliah Praktisi yang akan dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Rabu/ 30 Juli 2025

Waktu : 09.00 WIB s/d selesai

Tempat : Aula Universitas Fort De Kock Bukittinggi




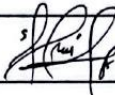


Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, besar harapan kami agar Ibu dapat menjadi Narasumber dalam kegiatan ini. Atas perhatian dari Ibu kami ucapkan terima kasih.

Rektor








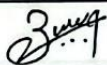

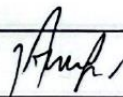




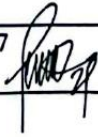

Dr. Eva Hirsita, S.Pd, Ns. M.Kes

DAFTAR HADIR

19	Syifa Salwa Ivani	2415201022	19 	
20	Wulandia Elvina	2415201023		20 
21	Yulia Azwinda	2415201024	21 	
22	Yusil Nusma	2415201025		22 
23	Zahra Arini Putri	2415201026	23 	
24	Nesa Rahmadhani	2415201027		24 

**ABSENSI PRAKTIKUM
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA**

Hari/Tanggal : Rabu/ 30 Juli 2025
Semester : II
Mata Kuliah : Askeb Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal
Narasumber : Bdn. Yasnini, S.Keb, M.MKM

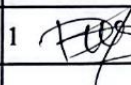

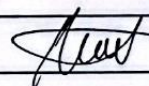
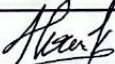
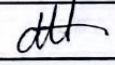




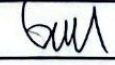




No	NAMA	NIM	TANDA TANGAN	
1	Anggi Nur Aini	2415201001	1	
2	Atikah Dhillah Afifah	2415201002		2 
3	Aurellia Tahira	2415201003	3	
4	Cantixa Salsabilla	2415201005		4 
5	Cindy Cenora	2415201006	5	
6	Difa Febriani	2415201007		6 
7	Elsa Fitri	2415201008	7	
8	Helza Azahra	2415201010		8 
9	Julia Robert	2415201011	9	
10	Maully Angelia Darma	2415201012		10 
11	Nathalie Regina Putri	2415201013	11	
12	Nurhasanah	2415201014		12
13	Rahmatul Fitri	2415201015	13	
14	Rahmi Kumullah	2415201016		14 
15	Rizki Fadhilah	2415201017	15	
16	Soviyani Ermita	2415201019		16 
17	Suci Rahmayani	2415201020	17	
18	Syariah	2415201021		18 








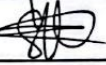



22	Nabila Nurfaiza	2315201023		22	
23	Nayli Hasanah Arifin	2315201024	23		
24	Nazwa Zakila Candra	2315201025		24	
25	Nelys Saadatin Nafisah	2315201026	25		
26	Nur Annisa Dini	2315201027		26	
27	Puji Maika Putri	2315201028	27		
28	Reva Nofria Ramadhani	2315201029		28	
29	Riskika Salsabila	2315201030	29		
30	Serly Syafitria Rahman	2315201031		30	
31	Shifa Nabila	2315201032	31		
32	Sonya Amelia	2315201033		32	
33	Syahidah Zahra E Pulungan	2315201034	33		
34	Syifa Aurera Khansa	2315201035		34	
35	Syindy Fetrichia	2315201036	35		
36	Tiara Sukma	2315201037		36	
37	Ummu Nasito	2315201038	37		
38	Utari Wardatul Jannah	2315201039		38	
39	Widya Handayani Putri	2315201040	39		
40	Rini Zafira Z	2315201041		40	
41	Maszulita Hasibuan	2315201042	41		

**ABSENSI PRAKTIKUM
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA**

Hari/Tanggal : Rabu/ 30 Juli 2025
Semester : IV
Mata Kuliah : Askeb Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal
Narasumber : Bdn. Yasnini, S.Keb, M.MKM

No	NAMA	NIM	TANDA TANGAN	
1	Afrilia Adinda Kesuma	2315201001	1	
2	Alfi Wahyuni	2315201002		2
3	Alya Syaqqillah Zahwa	2315201003	3	
4	Aulia Sawitri Abadi	2315201004		4 
5	Annisa Suci Suhadha	2315201005	5	
6	Astri Azila	2315201006		6 
7	Aura Kasywa	2315201007	7 	
8	Delly Octaviany Arnas	2315201008		8 
9	Desti Astika	2315201009	9 	
10	Dhea Sartika	2315201010		10
11	Dhezi Permata Bunda	2315201011	11 	
12	Dini Muvidah	2315201012		12 
13	Difa Aulia	2315201013	13 	
14	Fazilah Nayla Multi	2315201015		14
15	Gistia Amanda Sari	2315201016	15 	
16	Hafizatul Zahra	2315201017		16
17	Hayatun Najmi	2315201018	17 	
18	Indah Mutiara Adviani	2315201019		18 
19	Kesya Annisah Fitri	2315201020	19	
20	Lara Hermayanti	2315201021		20 
21	Mira Khoirunnisa	2315201022	21 	

20	Silvia Annisa Lubis	2215201026		20	
21	Sindi Adelia Putri	2215201027	21		
22	Sintia Mika Pertiwi	2215201028		22	
23	Syifa Faghira Ghaisani	2215201029	23		
24	Tiara Mawaddah	2215201031		24	
25	Ullia Putri Marbun	2215201032	25		
26	Viyona Aulia Putri	2215201033		26	
27	Dina Karmila	2215201036	27		
28	Fadhillah Stefany	2215201037		28	
29	Hilda Silfani	2115302014	29		
30	Intan Wulandari			30	

**ABSENSI PRAKTIKUM
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA**

Hari/Tanggal : Rabu/ 30 Juli 2025
Semester : VI
Mata Kuliah : Askeb Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal
Narasumber : Bdn. Yasnini, S.Keb, M.MKM

No	NAMA	NIM	TANDA TANGAN	
1	Arpina Nurtiara	2215201001	1	
2	Dinda Aprilia	2215201004		2 <i>Airil</i>
3	Dola Angria	2215201005	3 <i>Dola</i>	
4	Fadila Triananda Rofa	2215201007		4 <i>Fadila</i>
5	Ficka Juniyanti	2215201008	5 <i>Ficka</i>	
6	Fiona Nurul Natasha	2215201009		6 <i>Fiona</i>
7	Gusni Mardania	2215201010	7 <i>Gusni</i>	
8	Hanifah Diatul Hakki	2215201011		8 <i>Hanifah</i>
9	Intan Sekar Kinase	2215201012	9 <i>Intan</i>	
10	Jelyta	2215201013		10 <i>Jelyta</i>
11	Mitra Elita	2215201015	11 <i>Mitra</i>	
12	Nadiyahana	2215201016		12 <i>Nam</i>
13	Nurva Azizah	2215201018	13 <i>Nurva</i>	
14	Pebbi Dwi Rahayu	2215201019		14 <i>Pebbi</i>
15	Rahmi Anisa	2215201020	15 <i>Rahmi</i>	
16	Rela Hati	2215201021		16 <i>Rela</i>
17	Reni Susanti	2215201022	17 <i>Reni</i>	
18	Salsa Billa	2215201023		18 <i>Sals</i>
19	Santika Grahayu	2215201024	19 <i>Santika</i>	