

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BBL DENGAN INFEKSI NEONATORUM DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ABEPURA

Di Susun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura

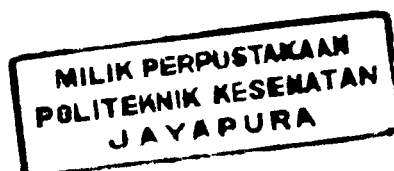


Oleh :

OKTOVINA ALFRIDA REBA

NIM : PO . 71. 24. 4. 05. 23

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2007**



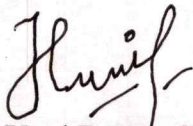
LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN INFEKSI NEONATORUM” di Ruang Perinatologi RSUD Abepura Jayapura.

Telah Mendapat Persetujuan Pembimbing Dan Dapat Diajukan Kehadapan Penguji Karya Tulis Ilmiah Pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

MENYETUJUI,

PEMBIMBING I



Heni Voni Rerev. SKM

NIP. 140 238 870

PEMBIMBING II



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 640 010 681

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Program Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 24 Juli 2007

Panitia Ujian Akhir Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA,



Dra. WELMINTJE SAPARI, M.Kes

NIP. 640 010 681



SEKRETARIS,



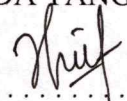
HENI VONI REREY, SKM

NIP. 140 238 870

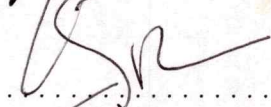
DOSEN PENGUJI

1. Heni Voni Rerey, SKM
NIP. 140 238 870
2. Frederika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659
3. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877

TANDA TANGAN

()

()

()

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN INFEKSI NEONATORUM** “. Penulis menyadari dengan segala keterbatasan yang ada, sehingga dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat diharapkan.

Selama penulisan hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak baik Moril maupun Materil oleh karena itu, dengan kerendahan hati perkenankanlah Penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bpk. Jan Piet Rumakewi, SKM., MM. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Pembimbing I dan II atas segenap ketekunan dan kerelaan hati, serta sumbangan pikirannya kepada Penulis.
4. Seluruh Dosen-dosen Kebidanan yang membimbing Penulis sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan pada jurusan D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

5. Direktur Rumah Sakit Umum Kelas C Abepura yang telah memberikan izin Penulis dalam melakukan tinjauan kasus langsung pada bayi.
6. Kepada Ruang Perinatologi, RSUD Abepura beserta Staf yang banyak membantu dalam pelaksanaan Asuhan Kebidanan.
7. Suami dan anakku – anakku yang tersayang yang telah memberikan motivasi baik material dan moral selama menempuh pendidikan.
9. Rekan-rekan mahasiswa/i Kebidanan Angkatan VI Politeknik Kesehatan Jayapura, atas persaudaraan yang terjalin baik dalam memberikan motivasi, kritik, saran bagi Penulis.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memenuhi kriteria penilaian dan mengisi Warna Almamater Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura dan dapat berguna dalam pelayanan kami.

Jayapura, 21 Juli 2007

Penulis,

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
DAFTAR ISI	vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Umum	5
D. Manfaat	6

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar	
1. Sepsis Neonatorum	7
2. Etiologi	7

3. Klasifikasi.....	9
4. Patofisiologi.....	10
5. Gambaran Klinik.....	12
6. Diagnosis.....	13
7. Penanganan.....	18
8. Komplikasi.....	20
9. Pencegahan.....	20

B Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal

1. Definisi	23
2. Tujuan	23
3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan.....	24
4. Proses Manajemen Kebidanan.....	25

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus	32
1. Analisa Type dan Karakteristik.	32
2. Wewenang.....	33
3. Struktur Organisasi dan Ketenagaan.....	33
4. Gambaran Umum Ruang Perinatologi.....	34

B. Asuhan Kebidanan Pada BBL Dengan Infeksi Neonatorum...	36
- Perawatan Hari Kedua.....	53
- Perawatan Hari Ketiga.....	58
- Perawatan Hari Empat.....	62
- Perawatan Hari Kelima.....	66
 BAB IV PEMBAHASAN	69
 BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	71
B. Saran	73

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Periode perinatal merupakan periode yang sangat penting dan mempunyai pengaruh yang sangat besar untuk kelangsungan hidup seorang bayi, masalah kesehatan yang terjadi selama perinatal tidak saja merupakan masalah kesehatan pada janin, karena pada masa antenatal dan masa intranatal keadaan janin sepenuhnya bergantung pada masa keadaan ibu.

Periode perinatal adalah periode kehidupan manusia sejak kehamilan 28 minggu sampai dengan usia 28 hari (1bulan) setelah lahir. Infeksi pada janin dapat terjadi dalam stadium awal kehamilan, sehingga terbentuk stigmata yang jelas pada saat lahir. (Cunningham, 1995).

Kondisi – kondisi tertentu yang terjadi pada saat persalinan seperti ketuban pecah dini. Partus lama dan pemeriksaan serta manipulasi digital serviks yang tidak memperhatikan tehnik dan antiseptik dapat meningkatkan secara nyata resiko untuk terkena infeksi neonatal.

Infeksi pada usia bayi kurang dari 72 jam biasanya (tapi tidak selalu) disebabkan oleh bakteri yang dapat secara in utero atau pada saat persalinan, sementara infeksi yang terjadi sesudah waktu tersebut paling besar kemungkinannya diperoleh saat lahir.

Ini disebabkan karena kemampuan imunologis yang aktif pada janin dan neonatus lebih rendah bila dibandingkan dengan anak – anak dan orang dewasa, sehingga janin dan neonatus beresiko terkena infeksi. Sekalipun imunitas pasif yang diperoleh janin/neonatus berasal dari ibu yang diberikan melalui plasenta, akan tetapi pada bayi prematur derajat imunitas ini jauh lebih rendah. (Cunningham, 1995).

Masalah perinatologi di Indonesia dewasa ini adalah masih tingginya angka kematian bayi berdasarkan survey demografi kesehatan Indonesia (SDKI,1997) angka kematian bayi di Indonesia adalah sekitar 52,2 per 1000 kelahiran hidup. (Tabloid Sinar Harapan, 2003). Untuk angka kematian neonatal adalah 25,0 per 1000 kelahiran hidup.

Dan angka tersebut untuk tahun 2000 menjadi 44 per 1000 kelahiran hidup sedangkan untuk daerah papua, angka kematian bayi pada tahun 2000 adalah 50 per 1000 kelahiran hidup.

Angka kematian perinatal (Perinatal Mortality Rate) dapat digunakan sebagai acuan untuk menilai kualitas pengawasan antenatal dan tingkat keberhasilan pelayanan kesehatan pada masa perinatal. Dalam hubungan ini, maka pada pengawasan antenatal hal – hal yang bersangkutan dengan keadaan janin dalam uterus mendapat banyak perhatian.

Angka kematian perinatal di Indonesia tidak diketahui dengan pasti karena belum ada data survey yang menyeluruh dan di daerah Papua juga belum ada data yang akurat yang disebabkan karena pemekaran wilayah – wilayah yang ada di Propinsi Papua.

Berdasarkan data dari rekaman medik rumah sakit umum daerah pada bagian perinatologi didapatkan bahwa jumlah neonatus (umur 0 – 28 hari) yang dirawat di RSUD Abepura pada tahun 2006 sebanyak 1.597 untuk kasus penyakit infeksi neonatorum sebanyak 0,37 % (6 kasus) dari jumlah neonatus yang dirawat.

Kasus infeksi masih merupakan salah satu penyebab kematian perinatal disamping penyebab lain penyebab lain seperti asfiksia neonatorum, trauma kelahiran, cacat bawaan, penyakit yang bergubungan dengan prematuritas dan dismaturitas, imaturitas dan lain – lain. (Wiknyosastro, 1999).

Berdasarkan hal tersebut diatas penulis tertarik untuk melaksanakan Manajemen Asuhan Kebidanan Tentang Infeksi Pada Neonatus.

B. Rumusan Masalah.

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis jabarkan, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana mengkaji bayi dengan infeksi neonatorum ?
2. Bagaimana menginterpretasi data dasar pada bayi dengan infeksi neonatorum ?
3. Bagaimana mengidentifikasi bayi dengan infeksi neonatorum ?
4. Bagaimana melakukan tindakan segera dan mengkolaborasi bayi dengan infeksi neonatorum ?
5. Bagaimana membuat perencanaan asuhan kebidanan pada bayi dengan infeksi neonatorum ?
6. Bagaimana melakukan asuhan kebidanan pada bayi dengan infeksi neonatorum ?
7. Bagaimana mengevaluasi kembali asuhan kebidanan yang telah diberikan pada bayi dengan infeksi neonatorum ?
8. Bagaimana mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah diberikan pada bayi dengan infeksi neonatorum ?

C. Tujuan Penulisan.

1. Tujuan Umum.

Mempelajari dan memahami tentang hal – hal yang mempengaruhi terjadi infeksi neonatus serta penanganannya dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan terhadap ibu dan bayi sesuai dengan asuhan kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengidentifikasi data tentang bayi dengan infeksi neonatorum.
- b. Mampu menginterpretasi data dasar pada bayi dengan infeksi neonatorum
- c. Mampu mengkaji masalah – masalah potensial yang terjadi pada bayi dengan kasus infeksi neonatorum.
- d. Dapat melakukan tindakan segera dan mengkolaborasi bayi dengan infeksi neonatorum.
- e. Membuat perencanaan asuhan kebidanan yang menyeluruh pada bayi dengan infeksi neonatorum.
- f. Melakukan asuhan kebidanan yang menyeluruh pada bayi dengan infeksi neonatorum.
- g. Mengevaluasi kembali asuhan yang telah diberikan pada bayi dengan infeksi neonatorum.
- h. Dapat mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan pada bayi dengan infeksi neonatorum.

D. Manfaat.

Adapun manfaat dari penulisan ini adalah :

1. Dapat meningkatkan pemahaman tentang asuhan kebidanan pada bayi dengan kasus infeksi neonatorum.
2. Asuhan kebidanan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi tempat pelayanan kesehatan ibu dan anak guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan anak terutama dalam masa perinatal.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar

Infeksi pada neonatus lebih sering ditemukan pada bayi berat badan lahir rendah, infeksi itu lebih sering ditemukan pada bayi yang lahir dirumah sakit. Bayi baru lahir mendapat imunitas tranplasenter terhadap kuman – kuman yang berasal dari ibunya sendiri, melainkan juga berasal dari ibu – ibu lain. terhadap kuman – kuman ini, bayi tidak mempunyai imunitas. (Wiknjosastro, 1999).

1. Sepsis Neonatarum

Definisi Sepsis neonatarum adalah infeksi sistematik (masuknya kuman ke dalam tubuh disertai manifestasi klinis) pada neonatus (Standar Pelayanan Medis RSUP dr. Sardjito, 2003)

2. Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh bakteri gram positif maupun bakteri negatif dan virus. Infeksi ini mempunyai mortalitas tinggi, dapat terjadi secara hematogen atau asenden.

Bayi baru lahir beresiko tinggi terinfeksi apabila ditemukan riwayat kehamilan :

1. Infeksi pada ibu selama kehamilan
2. Ibu menderita diabetes melitus
3. Ibu dengan Eklampsia
4. Ibu mempunyai penyakit bawaan.

Riwayat Kelahiran :

1. Persalinan lama
2. Persalinan dengan tindakan
3. Ketuban pecah dini
4. Air ketuban hijau kental
5. Pertolongan persalinan yang tidak steril.

Riwayat Bayi Baru Lahir

1. Trauma lahir
2. Lahir kurang bulan (Prematuritas)
3. Bayi kurang mendapat cairan dan kalori
4. Hipotermia pada bayi
5. Ruangan perawatan yang tidak memadai
6. Adanya infeksi fokal : stomatitis, luka lecet, pustulla, dll.

(Saifuddin AB, 2000)

3. Klasifikasi.

Infeksi pada neonatus dibagi (menurut berat ringannya) dalam 2 golongan besar, yaitu :

a. Infeksi Berat (Major Infections)

Antara lain : Sepsis Neonatal, Meningitis, Pneumonia, Diare Epidemic, Pielonefritis, Otitis Akut, Tetanus Neonatorum.

b. Infeksi Ringan (Minor Infections).

Antara lain : Infeksi pada kulit, Ophthalmia Neonatorum, Infeksi Umbilicus (Omfalitis), Moniliasis.

Sedangkan berdasarkan nilai timbulnya gejala klinis, sepsis dibagi menjadi 2 (dua), yaitu :

a. Early Onset :

Gejala mulai nampak pada hari – hari pertama kehidupan (rata – rata 48 jam), biasanya infeksi berkaitan dengan faktor ibu (infeksi transplasenta dari cairan amnion yang terinfeksi waktu bayi melalui jalan lahir). Kuman penyebab adalah steptokokkus group beta, H. Influenza, S. Pneumoniae, E Colli, Klebsiella SPP, L. Monocytogenes, Mortalitas 30 – 100 %.

b. Late On Set :

gejala yang timbul setelah 1 minggu pada bayi tanpa kelainan perinatal, infeksi didapat dari lingkungan atau rumah sakit (nosokomial). Sering terjadi komplikasi susunan saraf pusat kuman penyebabnya, biasanya *S. Aureus*, *S. Epidermis*, *Pseudomonas spp*, dan dapat juga dari flora vagina seperti streptokokus grup beta, *L. Monocytogenes* dan *E. Colli*.
(RS Sardjito, 2000)

4. Patofisiologi.

Infeksi neonatus dapat melalui beberapa cara Blanc (1961) membaginya dalam 3 (tiga) golongan yaitu :

1. Infeksi Antenatal
2. Infeksi Intranatal
3. Infeksi Postnatal

Pada infeksi antenatal, kuman mencapai janin melalui sirkulasi peredaran darah ibu ke plasenta. Dalam hal ini, kuman melewati batas plasenta dan menyebabkan intervillitis, selanjtnya infeksi melalui vena umbilikal masuk ke janin. Kuman yang dapat menyerang janin melalui jalan ini adalah :

a. Golongan Virus, seperti :

Rubella, Poliomyelitis, Koksakie, Variola, Vaccina, Sitomegalovirus.

b. Golongan Spirokaela, seperti :

Siffilis atau Treponema Pallidum

c. Golongan Bakteri

Jarang sekali terjadi, kecuali *escherichia* dan *listeria monocytogenes*, tuberkulosis congenital dapat terjadi melalui infeksi plasenta. Fokus/serang pada plasenta pecah ke cairan amnion dan akibatnya janin mendapat tuberculosi melalui inhalasi cairan amnion tersebut.

Infeksi yang lebih sering terjadi pada neonatus yakni infeksi pada saat intranatal. Infeksi intranatal terjadi pada saat kuman atau mikroorganisme dari vagina naik dan masuk kedalam rongga amnion setelah ketubuh pecah lama (jarak waktu antara pecahnya ketuban dan lahirnya bayi lebih dari 12 jam) mempunyai peranan penting dalam terjadinya plasentitis dan amnionitiis. Infeksi dapat pula terjadi walaupun ketuban masih utuh, misalnya pada partus lama dan sering kali dilakukan pemeriksaan vaginal. Infeksi janin dengan inhalasi likuor yang septik sehingga terjadi pneumonia kongenital atau karena kuman – kuman memasuki peredaran darah janin sehingga menyebabkan septikemia. Infeksi intranatal dapat juga terjadi melalui kontak langsung dengan kuman yang berasal dari vagina, misalnya blenorhoe dan oral trush.

Sedangkan infeksi yang diperoleh, sebagian besar infeksi yang berakibat fatal terjadi sesudah lahir sebagai akibat kontaminasi pada saat penggunaan alat atau akibat perawatan. Seringkali bayi yang lahir dirumah sakit mendapat infeksi dengan kuman yang sudah tahan terhadap banyak jenis antibiotik sehingga pengobatannya cukup sulit.

5. Gambaran Klinik.

Neonatus terutama BBLR yang dapat hidup selama 72 jam pertama dan bayi tersebut tidak menderita penyakit atau kelainan kongenital tertentu, namun tiba – tiba tingkah lakunya berubah, hendaknya harus selalu diingat bahwa kelainan tersebut mungkin sekali disebabkan oleh infeksi.

(Hutchinson, 1972).

Gejala infeksi pada neonatus biasanya tidak khas seperti yang terdapat pada bayi yang lebih tua atau pada anak. Beberapa gejala yang dapat disebutkan, diantaranya :

- a) Malas minum
- b) Gelisah atau mungkin tampak letargis
- c) Frekuensi penafasan meningkat
- d) Berat badan tiba – tiba turun
- e) Pergerakan kurang
- f) Muntah dan diare

Selain itu, dapat terjadi :

- a) Edema
- b) Skelerma
- c) Purpura atau perdarahan
- d) Ikterus
- e) Hepatosplenomegali dan kejang
- f) Suhu tubuh dapat meninggi, normal atau dapat pula kurang dari normal.
- g) Untuk bayi dengan BBLR seringkali terdapat hipotermia dan sklerema.

Umumnya dapat dikatakan bahwa bayi kemungkinan besar menderita infeksi, apabila bayi tersebut “ Not doing well” , ada/terdapat faktor resiko, klinis ada gangguan fungsi tubuh / organ serta kelaianan hasil laboratorium atau perubahan – perubahan parameter darah.

6. Diagnosis

Diagnosis infeksi pada bayi tidaklah mudah. Tanda khas seperti yang terdapat pada bayi yang lebih tua seringkali tidak ditemukan. Biasanya diagnosis dapat ditegakkan dengan observasi yang teliti, anamnesis kehamilan dan persalinan yang teliti dan akhirnya dengan pemeriksaan fisik dan laboratorium. Diagnosis seringkali didahului dengan persangkaan adanya infeksi, kemudian berdasarkan persangkaan itu, diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan selanjutnya.

Infeksi pada neonatus cepat sekali meluas menjadi infeksi umum, sehingga gejala – gejala infeksi lokal tidak menonjol lagi. Diagnosis dini dibuat dengan memperhatikan kelainan tingkah laku bayi yang merupakan tanda – tanda permulaan infeksi umum. Diagnosis sepsis neonatorum didasarkan atas terdapatnya lebih dari 1 (satu) gejala / tanda paling tidak 4 (empat) kelompok gejala sebagai berikut :

a. Gejala Umum

1. Bayi tampak sakit
2. Bayi tidak mau minum
3. Hypotermi/ Hipotermi (kenaikan/penurunan suhu tubuh)
4. Lethargy
5. Sclerema

b. Gejala Saluran Pernapasan

1. Dypnea/apnea
2. Retraksi / tachypnea
3. Napas cuping hidung dan
4. Merintih/gruting

c. Gejala Sistem Saraf Pusat.

1. Pusat /Cyanosis
2. Tremor/Kejang
3. Refleks mara tidak ada dan
4. Ubun – ubun besar bulging

d. Gejala Gastrointestinal

1. Muntah
2. Diare
3. Hepatomegali dan
4. Perut kembung

e. Gejala Kardiovaskular

1. Takikardia
2. Edema dan
3. Dehidrasi

f. Gejala Hematologi

1. Ikterus
2. Splenomegali
3. Petekie atau perdarahan
4. Leucopenia (leukosit) $5000/\text{mm}^3$; rasio batang/tembereng $\geq 0,2$).

Diagnosis sepsis neonatorum dikategorikan menjadi 3 kelompok :

1. Possible Sepsis

Bila terdapat 3 (tiga) gejala klinik dari 6 (enam) kelompok gejala klinik:

2. Propable Sepsis.

Bila terdapat 3(tiga) gejala klinik dan kelainan dari hasil kultur laboratorium.

3. Proven Sepsis

Bila terdapat 3 (tiga) gejala klinik dan hasil kultur darah yang positif.

(Makalah pedoman diagnosa dan terapi neonatologi RSUD dr. Soetomo, 1998).

Selain hal – hal diatas, pemeriksaan lain yang membantu diagnosis sepsis neonatorium adalah :

- a) KED meninggi
- b) Trombostopenia
- c) Granulasi toksik atau vakuolisasi pada PMN
- d) CRP > 2 mg/dl
- e) Radiologik menunjukkan gambaran pneumonia.

Juga dapat dilakukan pemeriksaan lain, yaitu septic work up untuk membantu menegaskan diagnosa yaitu dengan melakukan pemeriksaan :

- 1) Kultur darah, cairan cerebro spinalis, urine dan faeces (atas indikasi).
- 2) Pungsi lumbal dengan analisa cairan serebro spinalis (jumlah sel, kimia, pengecatan gram).
- 3) Foto thorax
- 4) Darah lengkap
- 5) Urine lengkap
- 6) Faeces lengkap.
- 7) Pemeriksaan lain, tergantung indikasi seperti pemeriksaan bilirubin, gula darah, analisa gas darah, foto abdomen, USG kepala dan lain – lain.

(Makalah pedoman diagnosa dan terapi neonatologi RSUD dr. Soetomo, 1998).

Diagnosis pasti ditegakkan dengan ditemukannya mikro organisme pada biakan fokus yang penting seperti : darah, cairan serebrospinal, urine, tinja, usapan faring, mata sekret dari umbilicus, telinga, hidung, luka, aspirasi cairan selulitis dan abses.

(RS. Sardjito, 2000).

7. Penanganan

Penderita sepsis neonatorum harus dirawat di RS atau rawat inap. Tatalaksana penanganan terdiri dari :

a. Pemantauan

1. Keadaan umum dan tanda – tanda vital
2. Nutrisi dan keseimbangan cairan
3. Disesuaikan dengan keadaan : pemeriksaan darah tepi, CRP, elektronik, kadar gula sesaat, analisa gas darah, kadar imunoglobulin, dan lain – lain.

b. Perawatan Umum.

1. Tindakan perawatan aseptik terutama mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi, dengan sabun dan air mengalir.
2. Suhu tubuh dijaga antara $36,5 - 37^{\circ}\text{C}$
3. Jalan napas dijaga supaya tetap bebas
4. Pemberian oksigen yang cukup
5. Perawatan tali pusat
6. Pemberian cairan dan elektrolit secara intravena (infus D5 $\frac{1}{4}$ saline) dan harus memperhitungkan kebutuhan nutrisi.

c. Medikamentosa

1. Ampicillin 50 100 mg i.v/kg bb/hari i.v dibagi 2 dosis
2. Gentamisin 5 mg/kg bb/hari dibagi 2 dosis

Diberikan selama 7 hari, jika dalam 3-5 hari tidak ada perubahan/perbaikan, diganti dengan golongan sefalosporin (generasi ke 3) dengan dosis 50 – 100 mg/kg.BB i.v. dibagi dalam 2 dosis.

Segera setelah diketahui kuman penyebab dan uji sensitivitas kuman, pemberian obat yang sesuai harus diberikan secepatnya. Pada neonatus yang terbukti sepsis, antibiotik diberikan selama 10 – 14hari atau 5 – 7 hari setelah tampak tanda perbaikan klinis dan tidak disertai adanya abses atau kerusakan jaringan yang dalam.

d. Lain –lain.

Disesuaikan dengan gejala yang ada. Misalnya pada kejang diberikan anti konvulsan, transfusi PRC untuk mempertahankan Hb $\geq$ 11 gr %.

Penderita dinyatakan sembuh apabila :

1. Gejala dan tanda klinis sepsis menghilang didukung pemeriksaan laboratorium.
2. Dapat minum dengan baik.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada bayi dengan infeksi antara lain, kejang yang mana bila tidak ditangani dengan baik, dapat menyebabkan terjadinya Respiratory Distress Syndrom karena serangan kejang ulang yang mengakibatkan gangguan oksigenasi. Perdarahan pada neonatus dapat berupa petekie pada kulit atau pada otak akibat kejang, komplikasi lain dapat terjadi karena bayi yang terinfeksi rentan terhadap serangan mikro organisme lain, seperti adanya monilliasis/jamur pada mulut/hidung atau juga infeksi pada tali pusat akibat perawatan yang tidak benar.

9. Pencegahan.

Infeksi pada neonatus merupakan penyakit yang berat dan sangat baik diobati. Infeksi ini berbahaya untuk neonatus yang mendapat infeksi dan bagi bangsal perawatan bayi baru lahir, terdapat bayi tersebut dirawat karena dapat mengakibatkan infeksi silang. Oleh karena itu penting sekali mencegah terjadinya infeksi daripada mengobati bayi yang mendapat infeksi.

Cara pencegahan infeksi pada neonatus dibagi sebagai berikut :

1. Perbaiki kesehatan ibu dan pengawasan antenatal yang baik, antara lain memperbaiki keadaan gizi ibu yang rendah, imunisasi TT bagi ibu hamil, pemberian tablet besi dan penanggulangan anemi, serta menemukan ibu dengan kehamilan beresiko tinggi dirawat dan diobati.

2. Ibu hamil dengan resiko tinggi, hendaknya melahirkan di Rumah Sakit yang memiliki fasilitas yang lengkap.
3. Semua pertolongan persalinan harus berpegang pada prinsip “3B” (bersih alat, bersih penolong dan bersih tempat).
4. Melaksanakan tindakan persalinan dengan memperhatikan teknik anti septik, terutama pada kasus – kasus risiko tinggi terjadinya infeksi pada bayi.
5. Penanganan bayi baru lahir sesuai dengan prosedur yang benar.
6. Perawatan tali pusat dengan cara steril sampai tali pusat lepas.
7. Melaksanakan tindakan aseptik, mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.
8. Membatasi pengunjung pada ruangan perawatan guna mencegah infeksi dari luar.
9. Persediaan tempat perawatan yang khusus bagi bayi yang lahir dengan kasus – kasus resiko tinggi/infeksi mencakup personalia, fasilitas perawatan dan obat yang digunakan. Perlengkapan baju/masker/sandal yang khusus bagi tenaga kesehatan diruangan perawatan bayi.

Cara Khusus

1. Pemakaian antibiotik hanya untuk tujuan dan indikasi yang jelas.
2. Pada beberapa kondisi seperti ketuban pecah lama (lebih dari 12 jam), air ketuban keruh, infeksi sistematik pada ibu, partus lama dan banyak manipulasi intravaginal, resusitasi yang berat sering timbul keraguan apakah akan digunakan antibiotik secara profilaksis, maka kebijakan yang dapat diambil adalah : bila kemampuan pengawasan klinis dan laboratorium cukup baik, sebaiknya perlu memberikan antibiotik profilaksis. Antibiotik boleh diberikan apabila sudah ada tanda infeksi. Bila kemampuan tersebut tidak ada, kiranya dapat dipertanggung jawabkan dengan pemberian Antibiotika Profilaksis, berupa Ampisillin 100mg/kg bb/hari dan Gentamicin 3-5/kg bb/hari selama 3 – 5 hari.

B. Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal

1. Definisi :

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisir pikiran serta tindakan berdasarkan teori yang ilmiah, penemuan – penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien.

(Varney, 1997).

Kehamilan menunjukan saat yang menyenangkan dan dinanti – nantikan oleh ibu dan keluarganya, semua ibu menginginkan kehamilan maupun persalinannya berjalan aman, lancar dan normal, tetapi kehamilan juga dapat juga menjadi saat kegelisahan dan keprihatinan. Hubungan yang serasi dan saling percaya harus dimiliki baik penolong maupun pasien.

2. Tujuan.

Tujuan Manajemen Kebidanan adalah melaksanakan pelayanan kebidanan melalui asuhan kebidanan yang menyeluruh dan terpadu terhadap ibu, anak dan keluarga tidak hanya terbatas pada pemeriksaan kehamilan dan pertolongan, persalinan tetapi juga meluas sampai ke konseling dan pendidikan kesehatan. Asuhan kebidanan meliputi pencegahan, pendeteksian dini keadaan abnormal dan mengupayakan bantuan medik bila diperlukan dan melakukan pertolongan gawat darurat pada saat tidak ada tenaga medik lainnya.

3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan.

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut ACNM (1999)

- American College Of Nurse Midwife terdiri dari 9 (sembilan standar) berikut :

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan klien termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
- d. memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya
- e. membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

- h. merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi daurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. melakukan asuhan bersama klien terhadap asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

4. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kesehatan menurut Helen Varney (1997). Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan masalah yang ditentukan oleh perawat bidan awal pada tahun 1970-an.

Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan.

Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat dicapai.

Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan hasil temuan dan pelayanan yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah I (Pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu :

- a. Riwayat kesehatan.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai kebutuhannya.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi.

Pada keadaan tertentu, langkah pertama akan overlap dengan langkah 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah – langkah tersebut). Karena data yang diperlukan, diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain.

Langkah II (Kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah ini menyertai diagnosa.

Masalah berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya.

Langkah III (Ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ketiga adalah mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Langkah Empat IV (Keempat) : Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dokter.

Langkah V (Kelima) : Merencanakan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya.

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah menunjuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan social ekonomi cultural atau masalah psikologi .

Dengan perkataan lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang bersangkutan dengan setiap aspek asuhan Kesehatan Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak,yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut Oleh karena itu pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan bebar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien.

Langkah VI (Keenam) : Melaksanakan Perencanaan.

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh bidan dan sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani klien yang mengalami komplikasi maka keterlambatan dalam manajemen asuhan bagi kita tetap bertanggung jawab terhadap terlaksanannya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah ke VII (Ketujuh) Evaluasi

Pada langkah ke VII ini di lakukan Evaluasi Keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan

Apakah benar- benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah di identifikasi di dalam masalah dan diagnosa.

Rencana tersaebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif melalui proses manajemen tidak melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

1. Analisa Type Dan Karakteristik

Type Rumah Sakit Umum Daerah Abepura termasuk Type C dengan Peraturan Daerah Nomor : 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dan Surat Keputusan No :78 Tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di Undang - Undangkan dengan Lembaran Daerah Propinsi DATI I Irian Jaya Nomor : 163, 13 juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit,maka disusul dengan pengisian jabatan strukturak dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah,Rumah Sakit Umum Daerah bergerak dibidang Non Komersial. Rumah Sakit Umum Daerah Abepura memiliki 162 kapasitas tempat tidur,dengan beberapa ruang rawat nginap yakni : Bangsal Pria bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan perinatologi, ruang ICU, VIP dan ruang kelas.

Tercapainya kriteria sebagai Rumah Sakit Type C dapat dilihat dari beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan jumlah tenaga termasuk tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

2. Wewenang.

a. Tugas Pokok

Rumah Sakit Umum Daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

b. Fungsi

1. Menyelenggarakan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis
2. Menyelenggarakan Pelayanan Medis
3. Menyelenggarakan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan.
4. Menyelenggarakan Pelayanan dan Rujukan
5. Menyelenggarakan Pendidikan dan Pelatihan
6. Menyelenggarakan Administrasi Umum dan Keuangan

3. Struktur Organisasi Dan Ketenagaan

a. Struktur Organisasi

1. Direktur
2. Seksi Keperawatan
3. Seksi pelayanan
4. Sub. Bagian
5. Sub. Seksi

6. Urusan
7. Instalansi Kebidanan
8. Komite Medis dan Staf Medis Fungsional.

b. Ketenagaan

1. Jumlah Dokter Spesialis : 16 Orang
2. Jumlah Dokter Umum : 11 Orang
3. Dokter Gigi : 4 Orang
4. Perawat : 104 Orang
5. Bidan : 17 Orang
6. Gizi : 31 Orang
7. Kesehatan Lingkungan : 6 Orang

4. Gambaran Umum Ruang Perinatologi.

1. Ruang NCU I

Merawat bayi yang patologi

2. Ruang NCU II

Merawat bayi yang pemulihan dari NCU I

3. Ruang ICCU

Untuk merawat bayi yang bermasalah tetapi tidak tergolong patologi.

4. Kasus yang dirawat secara umum diruang pernatologi antara lain : Bayi premature, serotinus, dengan gangguan pernafasan bayi lahir dengan sectiaon caeserea, forcep, VE, ikterus. Berat badan lebih dari 4 kg, bayi dengan infeksi partus lama dan ketuban pecah dini.

5. Dengan jumlah tenaga medis sebagai berikut :

- Dokter Spesealis : 1 Orang
- Dokter Umum : 3 Orang
- D.III Kebidanan : 1 Orang
- D.III Keperawatan : 10 Orang
- Perawat Bidan : 4 Orang
- Perawat : 1 Orang

6. Jumlah Kapasitas.

- Jumlah box : 3 buah
- 3 Vacuum Set : 6 buah
- Forcep : 1 buah
- 4 Troli : 1 buah
- 6 Tempat Tidur : 1 buah
- 1 Buah Lampu Sorot : 1 buah

B. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Infeksi Neonatorium

1. Pengkajian

a. Identitas

1. Klien

- a. Nama : By. Ny. S
- b. Umur : 1 hari (lahir 9-03-2007)
- c. Diagnosa Medis : Infeksi Neonatorium
- d. Tanggal Pengkajian : 10-3-2007, jam 15.⁰⁰ WIT

2. Orang Tua

Ayah

- a. Nama : Tn. B
- b. Umur : 28 Tahun
- c. Agama : Islam
- d. Pendidikan : SLTA
- e. Pekerjaan : Swasta (jualan)
- f. Suku/Bangsa : Ujung Pandang / Indonesia
- g. Penghasilan : Rp. 50.000 – 100.000 per hari
- h. Nikah ke : I (Pertama)
- i. Lama menikah : 1 (satu) tahun
- j. Alamat : Pasar Youtefa

Ibu :

- a. Nama : Ny. S
- b. Umur : 26 Tahun
- c. Agama : Islam
- d. Pendidikan : SMP
- e. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- f. Suku/Bangsa : Ujung Pandang / Indonesia
- g. Penghasilan : -
- h. Nikah ke : I (Pertama)
- i. Lama menikah : 1 (satu) tahun
- j. Alamat : Pasar Youtefa

b. Riwayat Kelahiran Yang Lalu

Kehamilan I / Kelahiran I

c. Status Gravida Ibu

- a. G I P : O A : O
- b. Usia kehamilan : 40 – 41 minggu
- c. HPHT : 20 – 5 – 2006
- d. TP : 27 – 2 – 2007

- e. Pemeriksaan ANC : Praktek dokter 1 x (dr. Elisabeth. SPOG)
 Puskesmas di Hedam 3 x, Imunisasi TT 2 x
 (lengkap)
- f. Komplikasi ANC : tidak ada

d. Riwayat Persalinan

1. Persalinan : ditolong oleh : dr. Elisabeth. SPOG
2. BB / TB Ibu : 60 kg / 1 56
3. Keadaan Umum Ibu : baik
4. Tanda-tanda vital :
 - Tekanan darah : 120/ 80 mmHg
 - Nadi : 78 ^x/menit
 - Respirasi : 24 ^x / menit
 - Suhu badan : 37 ⁰C
5. Jenis Persalinan : Operasi Sectio Caeserea
6. Indikasi : KPD 3 hari
7. Komplikasi Persalinan : Ketuban Pecah Dini
8. Lama Ketuban Pecah : 3 hari (tgl 6-9 Maret 2007)
9. Kondisi Ketuban : Warna hijau kental (lumpur) dan bau

e. Keadaan Bayi Saat Lahir

1. Lahir : 9 – 3 – 2007 , jam 15.⁰⁰ WIT
2. Kelahiran : Operasi section caeserea
3. Nilai Apgar : 3 / 5

TANDA	SKOR			NILAI
	0	1	2	
Appereance (warna kulit)	Pucat/biru	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh badan merah	1/1
Pulse rate (Frekuensi jantung)	Tidak ada	< 100 x/menit	< 100 x/menit	1/1
Grimace (refeks)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat, batuk/bersin	0/1
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas agak fleksi	Gerakan aktif	0/1
Respiration (usaha bernapas)	Tidak ada	Lambat. Tidak teratur	Menangis kuat	1/1

f. Riwayat Kelahiran Bayi

1. Riwayat Utama : Bayi dengan operasi
SC + KPD 3 hari dengan sesak, cyanosis
merintih dan asfiksia berat.
2. Riwayat Pengamatan : Bayi tampak lelah, refleks tidak ada pernapasan
cuping hidung, sesak, cyanosis adanya retraksi
intes costal saat menarik napas. Bayi terlihat
pucat, sementara bayi dipuasakan dan terpasang
cairan infus Dextrose 5% (cairan 4:1 Bicnat)
Tali Pusat terawat, tidak ada perdarahan.

g. Pengkajian Fisik

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Berat badan
Berat badan lahir : 2900 gram
3. Panjang badan
Panjang badan lahir : 48 cm
4. Lingkar kepala : 33 cm
5. Lingkar dada : 30 cm
6. Denyut jantung : 108 x/menit
7. Pernapasan : 86 x/menit

8. Suhu badan : 36,5 °C

9. Kepala

- Bentuk

Bulat : ya

- Caput Succedaneum : tidak ada

- Ubun-ubun

Besar : (cembung/cekung)

Kecil : (cembung/cekung)

Sutura : teraba

- Mata

Posisi : simetris

Kotoran : tidak ada

Perdarahan : tidak ada

- Telinga

Posisi : simetris

Bentuk : bulat

Lubang telinga : ada

- Mulut

Simetris : ya

Palatum Molle : ada

Palatum Durum : ada

Gigi tidak ada : tidak ada

- Hidung

Lubang hidung : ada

Pengeluaran : tidak ada

Pernapasan cuing hidung: ada

- Leher

Pergerakan : tidak ada

10. Tubuh

- Warna

Pink : ya

Pucat : ya

Cyanosis : ada

Kuning : tidak

- Pergerakan

Aktif : tidak

Kurang : ya

- Kulit

Lanugo : ada

Vermiks : ada

- Dada
 - Simetris : ya
 - Retraksi : ya
 - Paru-paru : weezing kiri / kanan ada
 - Ronchi kiri / kanan ada
- Perut
 - Lembak : ya
 - Kembung : tidak ada
 - Benjolan : tidak ada
 - Bising usus : ada
- Punggung
 - Fleksibilitas tulang punggung: tidak ada
 - Simetris : ya
- Genetalia
 - Laki-laki : ya
 - Hipospadia : tidak ada
 - Testis : ada
- Bak I : tgl / jam : 9-03-2007 jam 20.⁰⁰ WIT
- Bak I : tgl / jam : 9-03-2007 jam 23.⁰⁰ WIT
- Anus : ada

11. Ekstremitas

Jari tangan	: lengkap
Jari kaki	: lengkap
Kelainan	: tidak ada
Pergerakan	: -
Tidak aktif	: ya
Asimteris	: tidak
Tremor	: tidak

12. Refleks

Mengisap	: tidak ada
Menggenggam	: tidak ada
Morro	: tidak ada
Babinski	: tidak ada
Menangis	: tidak ada

13. Data lain yang menunjang : Hb 12 gr %

2. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : Bayi lahir, umur kehamilan 40 – 41 minggu dengan infeksi
Neonatorum, Asfiksia Berat

Dasar

DS : Tidak ada

DO :

- a. P1 A0 (HPHT 20-5-2006 TP 27-3-2007)
- b. Cara lahir : Operasi SC tgl 9-3-2007 jam 15.⁰⁰ WIT
- c. Ketuban Pecah Dini/merembes selama 3 hari (tgl 6-9 Maret 2007)
- d. Kondisi Ketuban : warna hijau kental seperti lumpur dan berbau
- e. Keadaan umum lemah
- f. Tanda-tanda vital : Respirasi 86 x/menit, Bunyi jantung 118 x /menit, SB 36,5 °C
- g. Nilai Apgar Score 3 / 5
- h. Pernapasan cuping hidung, adanya retraksi intercostals, cynosis, sesak
- i. Ukuran-ukuran tubuh :

Berat badan	: 2.900 gram
Panjang badan	: 48 cm
Lingkar kepala	: 33 cm
Lingkar dada	: 30 cm
Lingkar lengan	: 10 cm

Masalah :

1. Pola pernapasan yang tidak efektif

Dasar :

Adanya Pernapasan cuping hidung, cyanosis dan retraksi intercostals
frekuensi pernapasan 86 x/menit, wheezing dan ronchi pada paru kanan kiri

2. Gangguan pola nutrisi

dasar :

Bayi puasa, respirasi tidak teratur

Keadaan umum lemah

Kebutuhan:

1. Mengatur posisi kepala lebih ekstensi dengan mengganjal punggung
memberikan oksigen 1- 2 liter/ menit

Melakukan pengisapan lendir dari mulut / hidung

2. Pemberian cairan secara parental

Pemantauan pemasukan dan pengeluaran cairan / 2 jam

Pemantauan keadaan eliminasi

3. Diagnosa Potensial

1. Resiko terjadinya kejang

Dasar

Keadaan asfiksia berat menyebabkan ensefalopati hipoksik - iskemik sebagai penyebab terjadinya kejang.

2. Resiko terjadinya gangguan tumbuh kembang anak

Dasar:

Bayi dengan asfiksia beresiko terjadi gangguan pada saraf karena asfiksia menyebabkan kerusakan pada susunan saraf pusat berupa degenerasi dan nekrosis (hipoksik-iskemik)

3. Resiko terjadinya infeksi berat / sepsis

Dasar :

Ketuban pecah dini / merembes dalam jangka waktu selama 3 hari (tgl 6 – 9 Maret 2007) memberikan peluang yang sangat besar untuk terjadinya kontak antara kuman dan bayi

4. Resiko terjadinya hypovolemia

Dasar

Bayi dipuasakan

4. Tindakan Segera

Kolaborasi dokter

- a. Pemberian oksigen nasal dengan kecepatan 1 – 2 liter/menit
- b. Pemberian cairan 4:1 Bicarbonat Natricus (Dextrose 10 %)
- c. Pemberian antibiotik, anti kejang dan vitamin K

5. Rencana Asuhan Kebidanan Menyeluruh

- a. Pemberian oksigen nasal dengan kecepatan 1 -2- liter/ menit
- b. Pantau keadaan umum dan tanda- tanda vital tiap 4 jam., bila terjadi panas pengukuran suhu badan tiap jam
- c. Pemberian cairan secara parenteral yaitu cairan 4:1 Bicarbonat Natricus dalam larutan Dextrose 10% dengan kecepatan 6 - 8 tetes micro/menit
- d. Pemberian obat - obatan berupa

Cefotaxime 2 x 150 mg jam 10.00 - 22.00 Wit

Kalmethason 3 x 0,5 mg jam 10.00 - 18.00 - 02.00 Wit

Aminophillin 3 x 2,4 mg jam 10.00 - 18.00 - 02.00 Wit

Vitamin K 1 x 1 mg jam 10.00 Wit

Stesolid rectal 5 mg dan dilantin 50 mg, selanjutnya 4 jam, kemudian berikan dilantin 2 x 15 mg

- e. Lakukan perawatan tali pusat dengan kasa alkohol 70 %
- f. Monitor perdarahan dari tali pusat
- g. Hangatkan bayi dengan pancaran sinar lampu
- h. Lakukan perawatan kulit

Usapkan dengan minyak hangat tiap pagi

Ganti popok tiap kali bab / bak

Berikan bedak / talk di daerah lipatan paha, lengan, leher dan bokong

Tempat tidur / box selalu dalam keadaan bersih dari kering

- i. Pantau keadaan eliminasi tiap 8 jam
- j. Pantau tetesan cairan dan jumlah cairan masuk dan keluar selama 24 jam
- k. Lakukan pengawasan kemungkinan terjadinya kejang
- l. Lakukan perawatan dengan tehnik aseptik & antiseptik

6. Implementasi Kebidanan

Tanggal 10-03-2007 Jam: 18.00. WIT

- a. Memberikan O₂ nasal dengan kecepatan 1-2 liter/ menit
- b. Melakukan observasi terhadap keadaan umum bayi serta mengukur tanda-tanda vital tiap 4 jam yaitu : Repirasi, Denyut Jantung dan Suhu Badan
- c. Memberikan infus cairan secara parenteral yaitu: cairan 4:1 bicarbonat natrius (Dex 10%) dengan kecepatan 6 - 8 tetes micro/ menit
- d. Memberikan obat - obat suntikan sesuai dengan jam pemberian
- e. Melakukan perawatan tali pusat dengan kompres alkohol 70%
- f. Mengawasi kemungkinan terjadinya perdarahan pada tali pusat
- g. Membungkus bayi dengan selimut, mengatur posisi tidur bayi dengan kepala sedikit ekstensi, meletakkan bayi dibawah pancaran sinar lampu
- h. Melakukan perawatan kulit setelah mandi dan setelah bab/bak
- i. Memantau keadaan eliminasi bayi yaitu waktu bab & bak tiap 8 jam
- j. Melakukan observasi keadaan tetesan cairan dan mengukur cairan masuk dan keluar selama 24 jam.

- k. Melakukan pengawasan kemungkinan terjadi kejang spastic
- l. Melakukan perawatan terhadap bayi dengan selalu memakai peralatan yang bersih dan steril serta mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

7. Evaluasi

Tanggal 10-03-2007 Jam 21.00

- a. Terpasang O₂ dengan kecepatan 1 - 2 liter / menit
- b. Keadaan Umum: lemah / payah, pernapasan cuping hidung, sesak, retraksi intercostal, akral hangat, bayi tampak pucat, masih dipuasakan
Tanda - tanda vital : respirasi 92x/menit, denyut jantung 118x/menit, suhu badan 37⁰ C
- c. Terpasang cairan infus Dextrose 10% (cairan 4-1 bicarbonat mtricus) dengan Kecepatan 6-8 tetes micro / menit
Jumlah cairan masuk : 260 cc
Sisa cairan : 240 cc
- d. Obat suntikan telah diberikan
Tidak ada reaksi alergi obat, keadaan bayi belum ada perubahan
- e. Perawatan tali pusat dengan kasa alkohol 70 % baik.
- f. Perdarahan dari tanda - tanda infeksi dari tali pusat tidak ada
- g. Bayi dihangatkan diincubator
- h. Perawatan kulit baik, tidak ada tanda - tanda iritasi kulit

i. Bak : jumlah : banyak

warna : kuning jernih

Frekuensi : 6 x

Bab : jumlah : sedikit

warna : kehitaman (meconium)

frekuensi : 2x

j. Tidak terjadi kejang spastic

k. Semua prosedur kerja selalu memperhatikan tehnik septic dan anti septic, tangan dicuci sebelum dan sesudah memegang bayi, semua peralatan yang dipakai selalu dalam keadaan bersih dan steril.

Tanggal, 10 - 03 - 2007

Perawatan Hari ke-II

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

DS : Tidak ada

DO :

- a. keadaan umum lemah / payah
- b. pernapasan cuping hidung cyanosis, sesak, retraksi intercostals
- c. O₂ terpasang dengan kecepatan 1-2 liter/menit
- d. Bayi sementara dipuasakan, muntah tidak ada, kembung tidak ada, masih terpasang cairan infus Dextrose 10 % (cairan 4 : 1 bicarbonat natrius) dengan kecepatan 6-8 tetes micro / menit
- e. Bak dan bak lancar
- f. Tanda-tanda Vital
Respirasi 80 x / menit
Jantung 96 x / menit
Suhu Badan 36,5' C
- g. Jam 11.30 terjadi kejang spastic $\leq$ 2 menit
- h. Infus di kaki kanan udema, cairan tidak menetes

Langkah II : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : Bayi cukup bulan, umur 2 hari dengan gangguan pola Pernapasan

Langkah III : Diagnosa Potensial

- a. Resiko terjadi gangguan sirkulasi O_2 ke otak

Dasar

Terjadi kejang spastic

Pola pernapasan belum teratur

- b. Resiko terjadinya phlebitis pada lokasi pemasangan infus

Dasar

Adanya oedema pada lokasi infus / kaki

Cairan tidak menetes dengan baik

Langkah : Tindakan Segera

- a. Atur posisi tidur dengan kepala sedikit ekstensi
- b. Pemberian O_2 yang adekuat
- c. Lanjutkan therapy medis

Langkah V. Rencana Asuhan Kebidanan Menyeluruh

1. Pantau keadaan umum dan tanda – tanda vital tiap 4 jam
2. Lanjutkan pemberian obat-obatan termasuk anti kejang yaitu pemberian stesolid rectal 5 mg dan Dilantin 50 mg, selanjutnya Dilantin 2 x 15 mg
3. Lakukan perawatan kulit setelah mandi atau pun sesudah bab / bak

4. Perawatan tali pusat dengan kasa alkohol 70%
5. Pemberian oksigen nasal dengan kecepatan 1 - 21 liter / menit
6. Lanjutkan pemberian cairan parenteral Dextrose 10 % (cairan 4 : 1 bicarbonat natricus) dengan kecepatan 6 - 8 tetes / menit
7. Pemasangan infus ulang, perawatan kaki yang udema & pengawasan tetesan cal ran infus tiap 24 Jam
8. Pemeriksaan Hb ulang dengan cara sahli
9. Pengambilan contoh darah 1 cc untuk pemeriksaan golongan darah dan permintaan plasma darah untuk transfusi
10. Lakukan perawatan dengan tehnik septic dan anti septic

Langkah VI : Implementasi Kebidanan

Tanggal : 10-03-2007 Jam : 16.00 wit

1. Melakukan pengawasan keadaan umum pasien, tanda-tanda vital tiap 4 jam dan mencatat semua perubahan yang terjadi
2. Melakukan perawatan kulit dengan dilap dan memberikan bedak/talk pada leher lipatan ketiak, bokong dan punggung.
3. Melakukan perawatan tali pusat dengan alkohol 70% setiap pagi dan tiap kali tali pusat basah / kotor
4. Memberikan O₂ nasal dengan kecepatan 1-2 liter/ menit

5. Memberikan suntikan obat-obatan juga obat anti kejang sesuai dengan jam pemberian.
6. Melanjutkan pemberian cairan secara parenteral yakni cairan Dextrose 10% (cairan 4 : 1 bicarbonat natricus.) dengan kecepatan 6 - 8 tetes micro / menit
7. Melakukan pemasangan infus ulang di kaki sebelah kiri, merawat bekas pemasangan infus yang udema dengan thrombopop salep melakukan pengawasan tetesan cairan serta mencatat semua pemasukan dan pengeluaran cairan tiap 24 jam
8. Melakukan pemeriksaan Hb ulangan secara Sahli
9. Melakukan pengambilan contoh darah 1 cc guna pemeriksaan golongan darah dan permintaan plasma darah sebanyak 30 cc
10. Melaksanakan semua perawatan dengan tetap memperhatikan teknik septic dan antiseptic.

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal :10-03-2007 Jam 19 00 wit

- a) Keadaan umum tampak lemah payah, pernapasan belum teratur (cuping hidung cyanosis pada ujung jari tangan dan adanya retraksi intercostal. Bayi mulai merintih
- b) Tanda - tanda vital : Respirasi 80x / menit, Suhu Badan 37° C
- c) Bayi masih dipuaskan, muntah tidak ada, kembung tidak ada
- d) Tali pusat terawat, perdarahan tidak ada, tanda - tanda infeksi tidak ada
- e) Oksigen masih terpasang dengan kecepatan 1-2 liter / menit
- f) Infus menetes lancar, oedema tidak ada, cairan masuk : 220 cc, cairan kolf II sisa: 280 cc
- g) Obat - obat sudah diberikan, tidak terjadi kejang ulangan
- h) Jumlah Hb 13,9 gr %, golongan darah "B", tersedia phisma darah 30 cc
- i) Kulit bayi bersih dan kering, tidak ada initasi kulit
- j) Bayi dalam pengawasan ketat

Tanggal 11-03-2007

Perawatan Hari ke-III

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

DS : tidak ada

DO :

- a. Keadaan umum lemah /payah
- b. Tanda - tanda vital : R 80 x/menit, N 102x/menit SB 38,5'C
- c. Refleks menangis ada
- d. Respirasi tidak teratur, sesak, eyamosis pada ujung-ujung jari, retaksi intercostal, suhu badan meningkat.
- e. tidak ada kejang, sklerema pada kedua tungkai
- f. Bayi masih dipuaskan, muntah tidak ada, masih terpasang infus cairan 4 : 1 bicarbonat natricus kecepatan 6 - 8 tetes micro / menit
- g. O₂ terpasang, kecepatan 1-2 liter/menit
- h. Keadaan eliminasi bab / bak lancar
- i. Persiapan plasma darah 30 cc

Langkah II : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : bayi cukup bulan, umur 3 hari, dengan infeksi neonatorum dan terjadi sklerema pada tungkai.

Langkah III : Diagnosa Potensial

Tidak ada

Langkah IV : Tindakan Segera/ Kolaborasi

- Pemberian plasma darah
- Lanjutkan therapie medis

Langkah V : Rencana Asuhan Kebidanan Menyeluruh

1. Berikan kompres dingin pada dahi
2. Pantau keadaan umum tanda-tanda vital tiap 4 jam dan suhu badan tiap jam
3. Pemberian O₂ nasal masih dengan kecepatan 1 - 2 liter/ menit
4. Perawatan tali pusat dengan kasa alkohol 70%
5. Perawatan kulit setelah mandi dan setelah bab/bak
6. Pemantauan tetesan cairan infus dan pemasukan cairan tiap 24 jam
7. Pemberian suntikan obat - obatan sesuai dengan jam pemberian
8. Pemberian injeksi lasix 1 mg
9. Pemberian plasma darah secara bertahap sebanyak 30 cc
10. Pantau keadaan eliminasi
11. Lakukan perawatan dengan tehnik septic dan antiseptic
12. Pantau terjadinya kejang ulangan

Langkah IV : Implementasi Kebidanan

Tanggal 11-03-2007 Jam 14.00 wit

1. Memberikan kompres dingin pada dahi
2. Memantau kondisi bayi dan mengukur tanda-tanda vital tiap 4 jam dan mengukur suhu badan tiap jam
3. Memberikan O₂ nasal dengan kecepatan 1 -2 liter/ menit
4. Melakukan perawatan kulit tiap kali bayi mandi, bab / bak
5. Membersihkan tali pusat dan rawat dengan kasa alkohol 70%
6. Mengatur tetesan cairan infus, menghitung jumlah cairan yang masuk dan mencatat dalam, catatan observasi tiap 24 jam
7. Memberikan suntikan obat sesuai dengan jam pemberian
8. Memberikan injeksi lasix 1 mg secara i.v
9. Memberikan plasma darah secara i.v perlahan - lahan dan bertahap yakni 30 cc selama 45 menit
10. Memantau keadaan eliminasi bayi
11. Melakukan perawatan dengan selalu memperhatikan keadaan aseptik/anti septic
12. Melakukan pengawasan kemungkinan terjadi kejang

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal 11-03-2007 jam 21.00 WIT

- a) Keadaan umum lemah
- b) Tanda - tanda vital : R 84x/menit SB 37,4°C
- c) Pernapasan belum teratur, sesak, cyanosis pada ujung ujung jari, retraksi intercostal ada
- d) Bayi masih dipuaskan, muntah tidak ada, Infus menetes lancar, jumlah cairan masuk : 150 cc, sisa cairan 350 cc
- e) Refleks ada, menangis kuat
- f) Sklerema dikedua tungkai
- g) Tali pusat terawat baik, tidak ada peradangan
- h) Oksigen terpasang kecepatan 1-2 liter/menit
- i) Plasma darah masuk 30 cc
- j) Therapy obat telah diberikan, tidak ada reaksi alergi

Tanggal 12-03-2007

Perawatan hari ke-IV

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

DS : Tidak ada

DO :

- a) Keadaan umum lemah / sedang
- b) Pernapasan cuping hidung, sesak berkurang, cyanosis tidak ada
- c) Tanda-tanda vital: R 84,x/menit SB 38,5 C
- d) Bayi dipuaskan, muntah tidak ada, bab/bak ada, infus masih terpasang
Dextrose 10% (cairan 4 : I bicarbopat natricus) dengan sisa cairan 350 cc
- e) sklerema. pada, kedua tungkai
- f) O₂ terpasang dengan kecepatan 1 -2 liter
- g) Persiapan plasma darah untuk pemberian ke-2x

Langkah II : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : bayi cukup bulan, umur 3 hari dengan infeksi neonatorum.

Langkah III : Diagnosa Potensial

Tidak ada

Langkah IV : Tindakan Segera / Kolaborasi

- Kompres hangat
- Pemberian plasma darah
- Lanjutkan intervensi hari ke-III
- Lanjutkan therapy medis

Langkah V : Rencana Asuran Kebidanan Menyeluruh

1. Berikan kompres hangat pada dahi
2. Pantau keadaan umum dan tanda - tanda vital tiap 4 jam dan untuk suhu badan tiap 1 jam
3. Perawatan kulit sesudah mandi dan setelah bab/bak
4. Pemberian O₂ nasal dengan kecepatan 1 - 2 liter / menit
5. Perawatan tali pusat dengan kasa alkohol 70 %
6. Pemberian obat suntikan sesuai dengan jam pemberian
7. Pemantauan tetesan cairan infus dan pemasukan cairan setiap 24 jam
8. Pantau keadaan eliminasi
9. Pengawasan terjadinya kejang
10. Pemeriksaan Hb ulang post transfur plasma

Langkah VI : Implementasi Kebidanan

Tanggal 12-03-2007 Jam : 14.00 wit

1. Memberikan kompres pada dahi dan lipatan - lipatan paha
2. Memantau keadaan umum bayi dan perubahan - perubahan yang terjadi serta mengukur tanda - tanda vital tiap 1 jam sampai suhu badan stabil
3. Melakukan perawatan kulit tiap kali mandi atau bab/bak. Membersihkan dan merapihkan box bayi
4. Memberikan O₂ nasal dengan kecepatan 1 - 2 liter / menit
5. Melakukan perawatan tali pusat dengan alkohol 70%
6. Memberikan suntikan obat sesuai dengan jam pemberian
7. Memantau tetesan cairan dan mengukur jumlah cairan masuk 24 jam
8. Memantau keadaan eliminasi bayi
9. Mengawasi kemungkinan terjadinya kejang
10. Melakukan pemeriksaan Hb menurut cara Sahli

Langkah VII: E v a l u a s i**Tanggal 12-03-2007 Jam : 21.00 WIT**

- a. Keadaan umum lemah / sedang
- b. Tanda -tanda vital : R 76x/menit SB 37°C
- c. Cyanosis tidak ada, sesak berkurang
- d. Bayi mulai aktif menangis
- e. O₂ masih terpasang dengan kecepatan 1-2 liter/menit
- f. Infus terpasang Dex 5% (cairan ¼ Saline) dengan kecepatan tetesan 6 - 8 tetes mikro/menit, jumlah cairan masuk: 250 cc, sisa cairan: 100cc, bayi masih dipuaskan
- g. Tidak terjadi kejang, sklerema berkurang
- h. Keadaan eliminasi lancar
- i. Hasil pemeriksaan Hb 14 gr %
- j. Pemberian obat sesuai dengan waktu pemberian

Tanggal 13-03-2007

Perawatan hari ke- V

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

DS : tidak ada

DO :

- a. Keadaan umum lemah / sedang
- b. Tanda vital: R 72x/menit SB 37°C
- c. Pernapasan cuping, hidung tidak ada, sesak berkurang, cyanosis tidak ada
- d. Bayi mufal aktif / menangis
- e. Tidak terjadi kejang, sklerema mulai berkurang
- f. Bayi masih dipuasakan
- g. Mulut tampak kotor / ada bercak putih- putih
- h. Keadaan eliminasi lancar
- i. O₂ masih terpasang dengan kecepatan 1 - 2 liter / menit
- j. Cairan menetes lancar, yakni Dex 5% (cairan ¼ Saline) kecepatan 6 – 8 tetes mikro / menit
- k. Pemberian obat sesuai dengan jam pemberian

Langkah II : Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : Bayi Cukup Bulan, umur 4 hari dengan Infeksi
Neonatorum

Langkah III : Diagnosa Pontesial

Tidak Ada

Langkah IV : Tindakan Segera/Kolaborasi

- Kompres hangat
- Lanjutkan therapy medis

Langkan V : Rencana Asuhan Kebidanan Menyeluruh

1. Berikan kompres hangat pada dahi
2. Pantau keadaan umum dan tanda - tanda vital tiap 4 jam dan untuk suhu badan tiap 1 jam
3. Perawatan kulit sesudah mandi dan setelah bab/bak
4. Pemberian O₂ nasal dengan kecepatan 1 - 2 liter / menit
5. Perawatan tali pusat dengan kasa alkohol 70 %
6. Pantau keadaan eliminasi
7. Pengawasan terjadinya kejang
8. Pemeriksaan Hb ulang post transfur plasma

Langkah VI : Implementasi Kebidanan

Tanggal 13-03-2007 Jam 18.00 wit

1. Memantau keadaan umum dan tanda - tanda vital serta perubahan – perubahan yang terjadi
2. Melakukan perawatan kulit tiap kali mandi, bab/bak
3. Melakukan perawatan mulut dengan larutan borax gliserin, yaitu mulut bayi dibersihkan dengan kasa steril yang telah dibasahi dengan larutan borax setelah itu dilanjutkan dengan kasa steril yang dibasahi dengan cairan NaCl, setelah bersih kemudian diberikan tetesan Mycostatin sebanyak 5 ml
4. Memberikan O₂ nasal dengan kecepatan 1 - 2 liter / menit
5. Melakukan perawatan tali pusat dengan alkohol 70 %
6. Memberikan suntikan obat - obatan sesuai dengan waktu pemberian
7. Memantau tetesan cairan dan mengukur jumlah cairan masuk dan keluar
8. Memantau keadaan eliminasi
9. Mengawasi kemungkinan terjadinya kejang

Langkah VII: Evaluasi

Tanggal 13-03-2007 Jam 21.00 wit

- a. keadaan umum sedang
- b. Tanda - tanda vital : R 56x/menit SB 37° C
- c. Pernapasan cuping hidung tidak ada, cyanosis tidak ada, sesak tidak ada
- d. Bayi masih dipuaskan, muntah tidak ada, kembung sedikit
- e. Perawatan mulut baik, bercak - bercak putih telah dibersihkan
- f. Perawatan kulit baik, tidak tampak iritasi kulit
- g. Perawatan tali pusat baik
- h. Bayi mulai rewel / menangis untuk minum
- i. Refleks isap kuat
- j. Pemberian O₂ 1 - 2 liter/menit
- k. cairan menetes lancar yaitu cairan Dex 5% (cairan ¼ Saline dengan kecepatan tetesan 6 - 8 tetes micro / menit
- l. Sklerema berkurang
- m. Tidak terjadi kejang
- n. Keadaan eliminasi lancar
- o. Pemberian suntikan obat - obatan masih diteruskan sesuai jadwal pemberian

BAB. IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan data yang telah diungkapkan dalam peninjauan kasus bayi dengan masalah Infeksi Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Abepura, maka pada kesempatan ini penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan kasus tersebut.

Dalam pengkajian didapatkan data adanya persangkaan terjadinya infeksi melalui riwayat ketuban pecah dini 3 hari yang lalu (tanggal 6 – 9 Maret 2007), dan juga ditemui denyut jantung bayi yang tidak normal 108x/m yang menandakan bayi dalam kondisi gawat janin. Air ketuban sudah merembes 3 hari yang lalu dan berwarna hijau kental (berlumpur) dan berbau. Pada kasus bayi Ny. S pengakhiran persalinan dilakukan dengan cara operasi Sectio Caesarea, bayi lahir dengan sisa ketuban berwarna hijau kental lumpur dan berbau serta mengalami asfiksia berat dengan nilai apgar score 3/5, keadaan umum lemah, refleks tidak ada. Pernapasan cuping hidung, sesak, cyanosis adanya retraksi intercostal saat menarik napas. Bayi terlihat pucat sementara bayi dipuasakan dan bayi dirawat secara insentif. Selanjutnya melakukan kolaborasi dengan dokter untuk perawatan dan pengobatan kasus bayi Ny. S. penanganan lebih banyak dilakukan adalah tindakan untuk mengatasi masalah asfiksia yaitu oksigenasi yang mantap dengan pemberian oksigen 40 % 1 – 2 liter/menit, obat – obatan anti depresi pernapasan.

Pemberian antibiotik serta pemberian cairan parenteral dan merawat tali pusat. Pada kasus bayi Ny. S terjadi komplikasi kejang dan sudah ditangani sesuai prosedur yang ada antara lain tatalaksana penanganan kejang dengan obat – obatan anti konvulsa.

Hasil evaluasi dari asuhan kebidanan pada bayi dengan Infeksi Neonatorum ini berhasil baik yaitu pada hari perawatan ke-5 telah terjadi banyak perubahan kearah yang membaik, yaitu pola pernapasan yang semakin baik, refleks bayi yang semakin baik, dan bayi telah minum sedikit antara 10 - 12,5 cc dan pada hari perawatan ke-6 boleh dicoba. pemberian ASI langsung, dan pemberian cairan parenteral dihentikan. Dari hasil observasi serta perawatan dan penanganan yang maksimal tersebut maka bayi dinyatakan telah sembuh dan boleh dibawa pulang setelah dirawat selama satu minggu.

Bagi orang tua dari klien terutama ibu diharapkan hal ini sebagai suatu pengalaman dalam masa kehamilan, untuk masa yang akan datang agar tidak terjadi hal yang sama dengan pemahaman yang lebih baik tentang komplikasi kehamilan dan pentingnya ANC yang teratur. Untuk perawatan lanjutan di rumah kepada orang tua diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan tali pusat, perawatan kulit, pemberian obat - obatan serta tanda - tanda bahaya pada bayi yang harus segera dibawa ke rumah sakit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kejadian infeksi pada neonatarum sebenarnya dapat dicegah apabila seorang ibu hamil mau melaksanakan antenatal care yang teratur selama masa kehamilannya. Karena proses infeksi ini dapat terjadi pada masa antenatal, intranatal dan pada saat postnatal. Bila seorang ibu hamil banyak memperoleh pelayanan kesehatan saat hamil, maka dengan sendirinya ibu tersebut selalu dalam pengawasan petugas kesehatan dan banyak memperoleh informasi tentang perawatan kesehatan ibu dan anak yang baik, sehingga apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan maka ibu tersebut akan segera kembali untuk memeriksakan diri serta berkonsultasi tentang masalah yang dihadapinya.

Begitu juga pada saat intranatal diharapkan tidak melakukan pemeriksaan vaginal yang sering kali walaupun ketuban masih utuh, terutama pada persalinan yang lama. Pada pertolongan persalinan tetap berpedoman pada prinsip "3 B" yakni bersih alat, bersih penolong dan bersih tempat pertolongan persalinan.

Petugas kesehatan terutama seorang bidan dalam bekerja harus memperhatikan tindakan aseptik dan antiseptik sebagai tindakan untuk membatasi kontaminasi terhadap mikroorganisme penyebab infeksi. Untuk kasus - kasus dengan persangkaan adanya infeksi sebaiknya ditangani dengan prosedur yang benar sehingga penyebaran infeksi dapat dicegah atau dibatasi.

Demikian pula setelah postnatal diharapkan bayi yang dirawat diruangan permatologi tetap dalam pengawasan yang baik, terutama tindakan aseptik dalam melaksanakan asuhan kebidanan. Petugas harus membiasakan diri untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi, karena hal ini dapat mengurangi terjadinya infeksi nosokomial. Perawatan bayi dengan kasus infeksi sebaiknya dirawat tersendiri yakni dalam bangsal khusus / isolasi dengan fasilitas tenaga dan peralatan tersendiri agar tidak terjadi penyebaran infeksi terhadap bayi yang lain. Tenaga kesehatan yang bertugas pada bangsal perawatan bayi khusus/ruangan perinatologi harus memiliki pendidikan khusus serta mutu pelayanan yang baik karena kelangsungan hidup dari bayi yang dirawat ini juga bergantung kepada kualitas pelayanan yang diperoleh selama perawatan.

Informasi tentang perawatan kesehatan ibu dan anak harus selalu disampaikan pada saat penyuluhan kesehatan kepada ibu - ibu hamil saat melakukan pemeriksaan di tempat - tempat pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan pendidikan mereka tentang pentingnya perawatan kesehatan ibu dan anak.

Juga informasi untuk teratur memeriksa kehamilan minimal 4 x dalam masa kehamilan karena selain mendapat pelayanan kesehatan, ibu hamil ini akan memperoleh imunisasi TT serta pemberian vitamin penambah darah yang dapat membantu meningkatkan kondisi tubuh.

Dengan demikian diharapkan setiap anak yang lahir tentu dilahirkan oleh seorang ibu yang sehat dan menjadi anak yang sehat serta memiliki kualitas sebagai generasi penerus bangsa yang kelak akan menjadi pemimpin bangsa di masa yang akan datang.

B. Saran

Untuk orang tua dari bayi:

- a) Tetap melakukan pengawasan yang baik dalam masa pertumbuhan dan perkembangan anak sampai usia lima tahun
- b) Mengambil hikmah dari peristiwa ini sebagai suatu pengalaman hidup untuk masa yang akan datang di kehamilan yang berikut.

Untuk ruangan perinatologi

- a) Melaksanakan tindakan asuhan perawatan dengan memperhatikan teknik aseptik / antiseptik yang baik
- b) Bayi yang lahir dengan kasus - kasus infeksi harus dirawat dalam ruangan tersendiri / isolasi untuk mencegah terjadinya Infleksi Nosokomial

Untuk pendidikan

- a) perlu adanya buku - buku pedoman yang berkualitas serta khusus dalam membahas tentang Manajemen Kebidanan pada Bayi Baru Lahir sehingga dapat membantu mahasiswa dalam penyusunan / penulisan karya tulis.

DAFTAR PUSTAKA

- Behrman R.E, Vaughan V.C, *Ilmu Kesehatan Anak Nelson*; Ed. 12 bag 1, EGC - Jakarta, 1988
- Bobak I.M, Jensen M.D, *Perawatan Matematis dan Ginekologi*, Bandung, 2000
- Cunningham, dkk, *Obstetri Williams* Ed. 18, EGC- Jakarta, 1995
- Doengoess M.E, Moodiouse MY, *Rencana Perawatan Matenal Bayi Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien*. Ed.2, EGC-Jakarta, 2001
- Hamilton P.M, *Dasar- Dasar Keperawatan Maternitas*, Ed.6, EGC-Jakarta, 1995
- Hasan F, Alatas H, editor, *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak*, 3. FKUI, 1985
- Jumiarni, dkk, *Asuhan Keperawatan Perinatal*, EGC-Jakarta, 1994
- Ngastiyah, *Perawatan-Anak Sakit*, EGC - Jakarta, 1997
- RSUP dr. Sardjito, *Standar Pelayanan Medis*, Yogyakarta 2000
- Saifuddin A.B, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta 2001
- Prawirohardjo S. dkk, *Pedoman Diagnosa dan Therapi Neonatologi*, RSUD dr. Soetomo, Surabaya – 1998
- Tabloid Sinar Harapan, tajuk *Iptek – Kesehatan*, 5 - 9 – 2003
- Tucker S.M, dkk, *Standar Perawatan Pasien Proses Keperawatan Diagnosis dan Evaluasi*, Ed. V, EGC-Jakarta, 1998
- Wiknjosastro. H, editor ketua, *Ilmu Kebidanan*, ed ketiga cetakan kelima, YBP-SP, Jakarta, 1999