ISBN 978-602-416-363-1

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

618. 920 1
Ind
p

PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL ESENSIAL

PEDOMAN TEKNIS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Kementerian Kesehatan RI
2019

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

618. 920 1
Ind
Jenderal
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat

Kesehatan Masyarakat
Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. – Jakarta:
Kementerian Kesehatan RI. 2017

ISBN 978-602-416-363-1
1. Judul I. INFANT, NEWBORN
II. OBSTETRICS III. HEALTH SERVICES

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL ESENSIAL

PEDOMAN TEKNIS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Kementerian Kesehatan RI

KATA PENGANTAR

Angka Kematian Bayi merupakan salah satu indikator untuk menilai derajat kesehatan suatu negara. Sebagai salah satu negara yang menandatangani kesepakatan global (MDGs) Indonesia telah berupaya secara keras untuk terus menekan laju Angka Kematian Bayi (AKB).

Dalam dua dekade terakhir, Indonesia berhasil menurunkan AKB secara signifikan, namun demikian dalam lima tahun terakhir ini pula penurunan AKB melambat, tidak sebagaimana yang diharapkan. Hal ini dapat dicermati pada data SDKI tahun 2003 yang menyatakan bahwa AKB adalah sebesar 35/1000 KH, tahun 2007 sebesar 34/1000 KH dan tahun 2012 sebesar 32/1000 KH. Dengan kenyataan ini, maka diperlukan suatu upaya untuk mempercepat penurunan AKB sesuai dengan RPJMN dan kesepakatan global itu sendiri.

Ditahun 2010 Kementerian Kesehatan Bersama Ikatan Dokter Anak Indonesia telah membuat buku saku Pelayanan Neonatal Esensial yang menjelaskan perawatan esensial bagi neonatus pada saat lahir dan setelah lahir, termasuk tindakan dan pengobatan bagi neonatus yang disesuaikan dengan manajemen asfiksia, manajemen BBLR dan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Buku tersebut diharapkan dapat digunakan sebagai bahan rujukan informasi berbagai pihak, baik petugas pemberi pelayanan pada tingkat puskesmas, maupun pengelola program kesehatan anak.

Dengan adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan kondisi aktual, buku tersebut juga dituntut untuk diperbaharui, agar selaras dengan kondisi saat ini dan tetap dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan bayi baru lahir di tingkat pelayanan kesehatan dasar.

Jakarta, 2 Januari 2018
Direktur Kesehatan Keluarga

dr. Eni Gustina, MPH

© UNICEF Indonesia/2007/Estey

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
UCAPAN TERIMA KASIH ix
TIM PENYUSUN EDISI REVISI TAHUN 2017 x
SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT xi
SAMBUTAN KETUA UMUM PP-IDAI xiii
DAFTAR GAMBAR xiv
DAFTAR TABEL xvi
PENDAHULUAN xvii

BAB I: PERSIAPAN PENANGANAN BAYI BARU LAHIR 1
1.1. Kewaspadaan Standar 2
1.1.1. Persiapan Diri 2
1.1.1.1 Kebersihan Tangan 2
1.1.1.2. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) 7
1.1.2. Persiapan alat, bahan habis pakai dan obat-obatan 10
1.1.3. Persiapan tempat 13
1.1.4. Persiapan keluarga 13

BAB II: PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL SAAT LAHIR (0-6 JAM) 15
2.1. Perawatan Neonatus pada 30 detik pertama (0-30 detik) 16
2.2. Perawatan Rutin Neonatus pada 30 detik – 90 menit 19
2.2.1. Menjaga Bayi Tetap Hangat 19
2.2.2. Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat 21
2.2.3. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) 22
2.2.4. Pemberian Identitas 28
2.2.5. Pencegahan Perdarahan dengan Injeksi Vitamin K1 28
2.2.6. Pencegahan Infeksi Mata dengan Salep/ Tetes Mata Antibiotika 29

2.3. Perawatan Rutin Neonatus pada 90 Menit – 6 Jam 30
2.3.1. Pemeriksaan Fisik Neonatus 30
2.3.2. Penentuan Usia Gestasi 35
2.3.3. Pemberian Imunisasi HB 0 40
2.3.4. Pemantauan Neonatus dalam Periode 90 Menit – 6 Jam 42

BAB III: PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL SETELAH LAHIR (6 JAM – 28 HARI) 43

3.1 Menjaga Bayi Tetap Hangat 44
3.2 Pemeriksaan Neonatus Menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) 44
3.2.1. Cara Pengisian Formulir Pencatatan Bayi Muda Kurang Dari 2 Bulan / Formulir MTBM 46
3.2.2. Penilaian dan Klasifikasi 48
3.2.2.1. Kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi bakteri 49
3.2.2.2. Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda dengan Ikterus 52
3.2.2.3. Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda dengan Diare 54
3.2.2.4. Memeriksa Status HIV 56
3.2.2.5. Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda untuk Kemungkinan Berat Badan Rendah dan/ atau Masalah Pemberian ASI 58
3.2.2.6. Masalah/Keluhan Lain 60
3.2.3. Tindakan dan Pengobatan dengan Menggunakan MTBM 60
3.2.3.1. Tindakan dan pengobatan pada Bayi Muda yang Memerlukan Rujukan 61
3.2.3.1.1. Menentukan Perlunya Rujukan bagi Neonatus 61
3.2.3.1.2. Tindakan dan Pengobatan Pra Rujukan 62
3.2.3.1.2.1. Menangani Gangguan Napas pada Bayi Muda dengan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi bakteri 63
3.2.3.1.2.2. Menangani Kejang dengan Obat Anti Kejang 63
3.2.3.1.2.3. Mencegah Agar Gula Darah Tidak Turun 65
3.2.3.1.2.4. Memberikan Cairan Intravena 67
3.2.3.1.2.5. Memberikan Antibiotika Intramuskular 68
3.2.3.1.2.6. Menghangatkan Tubuh Bayi Segera 69
3.2.3.2. Tindakan dan Pengobatan pada Neonatus yang Tidak Memerlukan Rujukan 69
3.2.3.2.1. Mengobati Infeksi Bakteri Lokal 70

3.2.3.2.2. Melakukan Rehidrasi Oral Baik di Klinik Maupun di Rumah 71
3.2.3.2.3. Mengobati Luka atau Bercak Putih di Mulut 74
3.2.3.2.4. Asuhan Dasar Neonatus 74
3.2.3.2.4.1. Mencegah Infeksi 74
3.2.3.2.4.2. Menjaga Neonatus Selalu Hangat 75
3.2.3.2.4.3. Memberi ASI Sesering Mungkin 75
3.2.3.2.4.4. Imunisasi 76
3.2.3.3. Tindakan atau Pengobatan terhadap Masalah/ Keluhan Ibu 76
3.2.3.4. Mengajari atau Menasihati ibu untuk Merawat Neonatus di Rumah 76
3.2.4. Memeriksa Status Penyuntikan Vitamin K1 dan Status Imunisasi pada Neonatus 77
3.2.5. Konseling Bagi Ibu 77
3.2.5.1. Menasihati Ibu Cara Pemberian Obat Oral di rumah 78
3.2.5.2. Menasihati dan Mengajari Ibu Cara Mengobati Infeksi Bakteri Lokal di Rumah 78
3.2.5.3. Mengajari Cara Merawat Tali Pusat 79
3.2.5.4. Mengajari Ibu Cara Menyusui dengan Baik 79
3.2.5.5. Mengajari Ibu Cara Memerah ASI 80
3.2.5.6. Mengajari Ibu Cara Meningkatkan Produksi ASI 80
3.2.5.7. Mengajari Ibu untuk Menjaga Bayi Berat Lahir Rendah Tetap Hangat di rumah 81
3.2.5.8. Menasihati Ibu tentang Kesehatan Dirinya 81
3.2.5.9. Menasihati Ibu Kapan Kembali Segera 81
3.2.5.10. Menasihati Ibu Kapan Kunjungan Ulang 82
3.2.5.11. Konseling untuk Bayi Risiko Tinggi 82
3.2.6. Pelayanan Tindak lanjut 83
3.2.6.1. Kunjungan Ulang Infeksi Bakteri Lokal 83
3.2.6.2. Kunjungan Ulang Infeksi Bakteri Ikterus 84
3.2.6.3. Kunjungan Ulang Diare tanpa Dehidrasi dan Dehidrasi Ringan/ Sedang 84
3.2.6.4. Kunjungan Ulang Berat Badan Rendah Menurut Umur 85
3.2.6.5. Kunjungan Ulang untuk Masalah Pemberian ASI 85
2.3.6.6. Kunjungan Ulang untuk Masalah Luka atau Bercak Putih *(Thrush)* di Mulut 86

3.3 Bimbingan Pemberian ASI dan Memantau Kecukupan ASI 87
3.3.1. Bimbingan Pemberian ASI 87
3.3.1.1. Posisi Menyusui yang Baik 87
3.3.1.2. Perlekatan yang Benar 91
3.3.2. Memantau Kecukupan ASI 93
3.4. Perawatan Metode Kanguru (PMK) 96
3.4.1. Definisi 96
3.4.2.Manfaat Perawatan Metode Kanguru 96
3.4.3. Kapan PMK Dapat Dimulai? 97
3.4.4. Tipe PMK 97
3.4.5. Komponen, Prasyarat dan Persyaratan PMK 98
3.4.6. Kriteria Ibu dan Bayi yang dapat melakukan PMK di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer 99
3.4.7. Cara Melakukan Metode Kanguru 99
3.4.8. Merawat Bayi dengan Posisi Kanguru 100
3.4.9. Pemantauan dalam Penerapan PMK di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 102
3.4.10. Pemantauan bayi dengan PMK di Rumah 103
3.4.10.1. Pemantauan Suhu 103
3.4.10.2. Pemantauan Pernapasan 103
3.4.10.3. Pemantauan Tanda Bahaya 103
3.4.10.4. Pemantauan Pertumbuhan 105
3.5. Pemantauan Pertumbuhan Neonatus 105
3.6. Masalah Yang Paling Sering Dijumpai Pada Neonatus 107

BAB IV. TATA LAKSANA NEONATUS YANG LAHIR DARI IBU DENGAN INFEKSI 113
4.1. Neonatus yang lahir dari Ibu dengan Hepatitis B 114
4.2. Neonatus yang lahir dari Ibu dengan HIV 115
4.3. Neonatus yang lahir dari Ibu dengan Sifilis 117
4.4. Neonatus yang lahir dari Ibu dengan Tuberkulosis 118

BAB V. PENCATATAN DAN PELAPORAN 121
5.1. Pencatatan 122
5.1.1. Pencatatan untuk Tenaga Kesehatan 122
5.1.1.1. Pencatatan Individu 123

5.1.1.2. Pencatatan Pemantauan Program Kesehatan Neonatus di Puskesmas dan Jejaringnya 125
5.1.2. Pencatatan untuk Keluarga 127
5.2. Pelaporan 127
5.2.1. Laporan Bulanan Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak 128
5.2.2. Laporan Kematian 128
5.3. PWS KIA (Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak) 130

LAMPIRAN **133**

1. Pedoman Cuci Tangan 134
2. Pencegahan Infeksi untuk Alat dan Bahan Habis Pakai 137
3. Cara Penyuntikan Intramuskular 140
4. Cara Penyuntikan Intradermal 142
5. Cara Penimbangan Bayi Baru Lahir 144
6. Cara Pengukuran Panjang Badan Bayi Baru Lahir 146
7. Grafik Pemantauan Berat Badan dan Panjang Badan menurut WHO 2005 149
8. Cara Pengukuran Lingkar Kepala 156
9. Grafik Pemantauan Lingkar Kepala Menurut Nellhaus 157
10. Keterangan Lahir 159
11. Register Kohor Bayi 160
12. Contoh Surat Rujukan 161

DAFTAR PUSTAKA

© UNICEF/UNI152365/Ferguson

UCAPAN TERIMA KASIH

Buku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial: Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar ini merupakan bentuk revisi dari buku dengan judul yang sama yang disusun pada tahun 2010. Dengan adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan kondisi aktual, buku tersebut juga dituntut untuk diperbaharui, dan diharapkan digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan neonatus di tingkat pelayanan kesehatan dasar.

Proses revisi ini dilakukan dengan mereview berbagai kepustakaan, pedoman dan modul pelatihan yang ada serta buku-buku pedoman yang diterbitkan Lintas Program, Organisasi Profesi, WHO dan UNICEF dengan melibatkan tim beranggotakan Unit Kerja Koordinasi (UKK) dan Satgas IDAI: UKK Neonatologi, UKK Respirologi, UKK Nutrisi dan Penyakit Metabolik, UKK Infeksi,Satgas ASI, Satgas HIV dan Satgas Imunisasi; Tim Penyusun Buku Manajemen Terpadu Balita Sakit serta berbagai pengelola program terkait di Kementerian Kesehatan. Direktorat Kesehatan Keluarga bekerja sama dengan UNICEF menyelenggarakan proses revisi hingga pencetakannya.

Terima kasih kepada semua pihak atas sumbangsih waktu, pikiran dan tenaga yang tercurah untuk menyelesaikan revisi buku ini, semoga upaya kita memberikan manfaat dalam meningkatkan kualitas pelayanan bayi baru lahir.

Jakarta, 2 Januari 2018
Direktur Kesehatan Keluarga

dr. Eni Gustina, MPH

TIM PENYUSUN

EDISI REVISI TAHUN 2017

PENANGGUNG-JAWAB

Eni Gustina, dr. MPH – Direktur Kesehatan Keluarga
Lukas C. Hermawan, dr. M.Kes – Kasubdit kesehatan Maternal dan Neonatal
Toto Wisnu Hendrarto, DR., dr.,Sp.A (K), DTMH – Ketua UKK Neonatologi, IDAI
UNICEF

KONTRIBUTOR (DISEBUTKAN DALAM URUTAN ABJAD)

Ade Dejani, dr.; Adhi Teguh Perma Iskandar, dr.,Sp.A; Afifa Ramadanti, dr., Sp.A (K); Diah Puspitasari, SKM, MKM; Dina Milana Anwar, dr.; Dina Muktiarti, dr., Sp.A (K); Dwi Hidayah, dr., Sp.A (K); Eko Sulistijono, dr., Sp.A (K); Elizabeth Yohmi, dr., Sp.A (K); Ema Alasiry, DR., dr., Sp.A (K), IBCLC; Farsely Mranani, dr., MKM; Febriana Dwi, P; Gatot Irawan Sarosa, dr., Sp.A (K); Irni Dwi A; Irwan Panca Wariaseno, dr., MKM ; Izra Haflinda; Karina Wiedowati, dr.; Lovely Daisy, dr., MKM; Lulu Ariyantheny Dewi, SKM, MIPH; Maria Sondang Margaret, dr.; Martono, dr., Sp.A (K); Mularsih Restianingrum, dr.; Mumziarti; Nanda Indah P; Naomi Esthernita, DR., dr., Sp.A (K); Nastiti Kaswandani, DR., dr., Sp.A (K) ; Netty, SKM; Nida Rohmawati, dr., MPH; Nindya Savitri, dr., MKM; Novayanti; Nur Sadji, SKM, M.Epi; Pertin Sianturi, dr., Sp.A (K); Rima Damayanti, dr., M.Kes; Rinawati Rohsiswatmo, DR., dr., Sp,A (K); Rocky Wilar, DR., dr., Sp.A (K); Setya Wandita, dr., Sp.A (K); Sri Sukamti, S.Kp, MKM.; Tetty Yuniati, dr., Sp.A (K); Theingi Myint, dr. ; Thomas Harry Adoe, dr., Sp.A; Titis Prawitasari, dr., Sp.A (K); Toto Wisnu Hendrarto, DR., dr., Sp.A (K), DTMH ; Trijoko Yudopuspito, dr., MSc-PH; Tunjung Wibowo, dr., Sp.A (K) ; Windy Oktavina, SKM, M.Kes.; Windyanti, dr. ; Yulia Iriani, DR. dr., Sp.A (K); Yulia Zubir.

ADMINISTRASI

Eka Emiseptianingsih, SKM.; Eriska Dwi Nursyanti, SE; Surya Hidayat, S,Kom

PENYUNTING

Dina Milana Anwar, dr. – Subdit Kesehatan Maternal dan Neonatal, Kemenkes RI
Toto Wisnu Hendrarto, DR., dr.,Sp.A (K), DTMH – UKK Neonatologi IDAI

SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

Kejadian kematian neonatus sangat berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan, yang dipengaruhi antara lain karena masih adanya persalinan di rumah, status gizi ibu selama kehamilan kurang baik, komplikasi pada kehamilan dan persalinan, kurangnya kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar-standar pelayanan dan rendahnya pengetahuan keluarga dalam perawatan bayi baru lahir. Untuk itu diperlukan perhatian khusus dalam memberikan pelayanan kesehatan neonatus terutama pada hari-hari pertama kehidupannya yang sangat rentan karena banyaknya perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim

Pada tahun ini Kementerian Kesehatan bersama Ikatan Dokter Anak Indonesia merevisi Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial yang diterbitkan pada tahun 2010. Buku ini menjelaskan perawatan neonatal esensial pada saat lahir dan setelah lahir termasuk tindakan dan pengobatan neonatal yang disesuaikan dengan Resusitasi Neonatus, Tatalaksana Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Pemberian ASI, Pemantauan Pertumbuhan dan Tatalaksana Bayi yang lahir dari Ibu dengan Infeksi. Kami berharap agar isi buku ini mampu dilaksanakan di tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar.

Harapan kami, buku ini dapat digunakan sebagai bahan rujukan informasi berbagai pihak, baik petugas pemberi pelayanan kesehatan neonatus di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah maupun swasta dan pengelola Program Kesehatan Anak di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota. Untuk tata laksana neonatus sakit yang memerlukan penanganan lebih lanjut dari buku ini, dapat merujuk kepada buku saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit.

Terima kasih kami ucapkan kepada para ahli dan narasumber dari berbagai perguruan tinggi dan organisasi profesi yang telah memberikan sumbangan pemikiran dan membantu dalam penyusunan, buku ini. Saran perbaikan bagi kesempurnaan buku ini dan dukungan implementasinya dalam pelayanan kesehatan neonatus sangat kami harapkan.

Jakarta, 2 Januari 2018
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

dr. Anung Sugihantono, M.Kes

© UNICEF/UNI95846/Estey

SAMBUTAN
KETUA UMUM PENGURUS PUSAT
IKATAN DOKTER ANAK INDONESIA

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat serta karunia-Nya sehingga revisi Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial dapat terselesaikan.

Tingginya angka kematian bayi dan angka kematian neonatus masih menjadi masalah yang belum terselesaikan hingga saat ini. Berdasarkan SDKI 2012 kematian neonatal menyumbang lebih dari setengah kematian bayi (59,4 persen), sedangkan jika dibandingkan dengan angka kematian balita, kematian neonatal menyumbangkan 47,5 persen. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) berkurang dari 11,1 persen tahun 2010 menjadi 10,2 persen pada tahun 2013. BBLR merupakan salah satu faktor terpenting kematian neonatal dengan penyumbang utama kematian BBLR berupa prematuritas, infeksi, asfiksia lahir, hipotermia dan pemberian ASI yang kurang adekuat. Terkait tujuan *Sustainable Development Goals (SDGs)* yaitu mengakhiri kematian bayi dengan menurunkan angka kematian neonatal hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan mengurangi 1/3 kematian prematur akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan perawatan. Butuh usaha ekstra dalam meningkatkan cakupan intervensi dan penanganan khusus untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan pada neonatus.

Buku pedoman ini membahas tentang pelayanan kesehatan pada neonatus, baik perawatan neonatal esensial pada saat lahir dan setelah lahir termasuk penanganan bayi lahir dari ibu dengan infeksi. Revisi yang dilakukan bertujuan untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan terutama di bidang Ilmu Kesehatan Anak.

Ucapan terima kasih dan penghargaan kami ucapkan kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian revisi Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Semoga buku ini dapat dimanfaatkan oleh teman sejawat di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama guna menurunkan angka kematian neonatal di Indonesia.

Jakarta, Januari 2018
Ketua Umum PP IDAI

DR. Dr. Aman Bhakti Pulungan, Sp.A(K), FAAP

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Lima Kesempatan Mencuci Tangan *(5 Moment Handhygiene)*	3
Gambar 2	Cara Mencuci Tangan	5
Gambar 3	Alat Pelindung Diri (APD)	7
Gambar 4	Peralatan Penanganan Bayi Baru Lahir	10
Gambar 5	Bahan Habis Pakai dan Obat-Obatan untuk Penanganan Bayi Baru Lahir	11
Gambar 6	Kamar Bersalin dengan Tempat Resusitasi	13
Gambar 7	Bagan Alur Resusitasi Neonatus	17
Gambar 8	Bagan Alur Perawatan Rutin Neonatus	18
Gambar 9	Tahapan Perilaku Bayi Selama IMD	26
Gambar 10	Gelang Identitas dan Surat Keterangan Lahir	28
Gambar 11	Pemberian Salep Mata Antibiotika untuk Pencegahan Infeksi Mata	29
Gambar 12	*Ballard Score*	39
Gambar 13	Cara Pemberian Imunisasi Hepatitis B dengan Vaksin Hepatitis B Uniject	40
Gambar 14	Cara Pemberian Diazepam per Rektal	65
Gambar 15	Bagan Alur Rencana Terapi C: Penanganan Dehidrasi Berat pada Neonatus	67
Gambar 16	Spuit 1ml	68
Gambar 17	Posisi Menyusui yang Baik	87
Gambar 18	Berbagai Posisi Menyusui	89-90
Gambar 19	Pelekatan yang Benar saat Bayi Menyusu	91
Gambar 20	Tangan Membentuk "Huruf C" Menopang Payudara saat Menyusui Bayi	91
Gambar 21	Proses Pelekatan Menyusui yang Baik	92
Gambar 22	Kolostrum, ASI Awal dan ASI Akhir	92
Gambar 23	Perubahan Tinja pada Neonatus di Hari-Hari Pertama Kehidupan	93
Gambar 24	Noda Urates pada Popok Bayi	94
Gambar 25	Pemantauan Kenaikan Berat Badan pada Neonatus	94
Gambar 26	Perawatan Metode Kanguru	96
Gambar 27	Posisi Melakukan Metode Kanguru	101
Gambar 28	Beberapa Cara Menggendong Bayi Kolik	109

Gambar 29	Sifilis Kongenital pada Neonatus	117
Gambar 30	Cara Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air Mengalir	135
Gambar 31	Cara Mencuci Tangan dengan Cairan Antiseptik Berbasis Alkohol	136
Gambar 32	Penyuntikan Intramuskular	140
Gambar 33	Penyuntikan Intradermal	142
Gambar 34	Jarum Penunjuk Timbangan Menunjukkan Angka Nol (0)	144
Gambar 35	Persiapan Alat Pengukur Panjang Badan	146
Gambar 36	Posisi Balita dan Pengukur	148
Gambar 37	Posisi Tangan Pengukuran 2 (memegang telinga) dan Posisi Kepala	148
Gambar 38	Posisi Pengukur 1 yang Benar (Mata Tegak Lurus ke Jendela Baca Alat Pengukur)	148
Gambar 39	Posisi Kaki yang Benar, Telapak Kaki Menempel Tegak Lurus pada Papan Penggeser	148
Gambar 40	Grafik Pemantauan Berat Badan dan Panjang badan menurut WHO 2005	150-155
Gambar 41	Cara Pengukuran Lingkar Kepala	156
Gambar 42	Kurva Pemantauan Lingkar Kepala Nellhaus untuk Laki-Laki dan Perempuan	157-158
Gambar 43	Surat Keterangan Lahir	159

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Penyebab Kematian Neonatal di Indonesia	xvii
Tabel 2	Pemilihan APD menurut Jenis Pajanan	9
Tabel 3	Peralatanan, Bahan Habis Pakai dan Obat-obatan untuk Penanganan Bayi Baru Lahir	12
Tabel 4	Dosis Pemberian Ampisilin dan Gentamisin	68
Tabel 5	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecukupan ASI	95
Tabel 6	Tabel Panduan Interpretasi Indikator Pertumbuhan menurut Z *Score* pada Grafik WHO	106
Tabel 7	Dosis Profilaksis ARV pada Neonatus dari Ibu yang terinfeksi HIV	115

PENDAHULUAN

Angka Kematian Bayi berhasil diturunkan secara tajam dari 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990-an menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2012). Penurunan kematian neonatal berlangsung lambat yaitu dari 32 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990an menjadi 19 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2012), dimana 59 persen dari kematian bayi terjadi pada periode neonatal, sekitar 78,5 persennya terjadi pada umur 0-6 hari (Riskesdas 2007).

Penyebab kematian neonatal di Indonesia disajikan pada tabel 1 dibawah.

TABEL 1. PENYEBAB KEMATIAN NEONATAL DI INDONESIA

PENYEBAB KEMATIAN NEONATAL BERDASARKAN SKRT TAHUN 2001		PENYEBAB KEMATIAN NEONATAL BERDASARKAN RISKESDAS TAHUN 2007	
Asfiksia	29%	Gangguan / Kelainan Pernapasan	35,9%
BBLR / Prematuritas	27%	Prematuritas	32,4%
Tetanus	10%	Sepsis	12%
Masalah Pemberian ASI	10%	Hipotermi	6,3%
Masalah Hematologi	6%	Kelainan darah / Ikterus	5,6%
Infeksi	5%	Post Matur	2,8%
		Kelainan Kongenital	1,4%

Masalah utama bayi baru lahir pada masa perinatal dapat menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan. Hal ini merupakan akibat dari kondisi kesehatan ibu yang kurang baik, perawatan selama kehamilan yang tidak adekuat, penanganan selama persalinan yang tidak tepat dan tidak bersih, serta perawatan neonatal yang tidak adekuat. Bila ibu meninggal saat melahirkan, kesempatan hidup yang dimiliki bayinya menjadi semakin kecil. Kematian neonatal tidak dapat diturunkan secara bermakna tanpa dukungan upaya menurunkan kematian ibu dan meningkatkan kesehatan ibu. Perawatan antenatal dan pertolongan persalinan sesuai standar, harus disertai dengan perawatan neonatal yang adekuat dan upaya-upaya untuk menurunkan kematian bayi akibat bayi berat lahir rendah, infeksi pasca lahir (seperti tetanus neonatorum, sepsis), hipotermia dan asfiksia. Sebagian besar kematian neonatal yang terjadi pasca lahir disebabkan oleh penyakit – penyakit yang dapat dicegah dan diobati dengan biaya yang tidak mahal, mudah dilakukan, bisa dikerjakan dan efektif. Intervensi imunisasi Tetanus Toxoid pada ibu hamil menurunkan kematian neonatal hingga 33-58 persen *(The Lancet Neonatal Survival 2005)*.

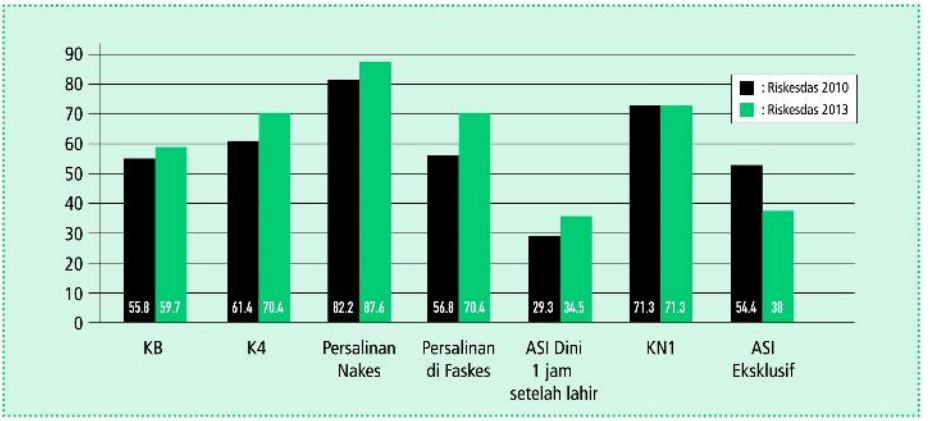
Di negara berkembang, sekitar 3 persen bayi mengalami asfiksia lahir tingkat sedang dan berat. Bayi asfiksia yang mampu bertahan hidup namun mengalami kerusakan otak, jumlahnya cukup banyak. Hal ini disebabkan karena resusitasi tidak adekuat atau salah prosedur. Resusitasi yang dilaksanakan secara adekuat dapat mencegah kematian dan kecacatan pada bayi karena hipoksia. Intervensi post natal terhadap peningkatan keterampilan resusitasi bayi baru lahir dapat menurunkan kematian neonatal hingga 6-42 persen *(The Lancet Neonatal Survival 2005)*.

Sekitar 10,2 persen bayi lahir dengan berat lahir rendah kurang dari 2500 gram (Riskesdas 2013). Data dari Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor terpenting kematian neonatal. Penyumbang utama kematian BBLR adalah prematuritas, infeksi, asfiksia lahir, hipotermia dan pemberian ASI yang kurang adekuat. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa kematian karena hipotermia pada bayi berat lahir rendah (BBLR) dan bayi prematur jumlahnya cukup bermakna. Perilaku/kebiasaan yang merugikan seperti memandikan bayi segera setelah lahir atau tidak segera menyelimuti bayi setelah lahir, dapat meningkatkan risiko hipotermia pada bayi baru lahir. Intervensi untuk menjaga bayi baru lahir tetap hangat dapat menurunkan kematian neonatal sebanyak 18-42 persen *(The Lancet Neonatal Survival 2005)*.

Salah satu penyakit infeksi yang merupakan penyebab kematian bayi baru lahir adalah Pneumonia, suatu infeksi yang dapat terjadi saat lahir atau setelah lahir. Faktor risiko terpenting terjadinya Pneumonia adalah perawatan yang tidak bersih, hipotermia dan pemberian ASI yang kurang adekuat. Pneumonia pada bayi baru lahir gejalanya tidak jelas dan seringkali tidak diketahui sampai keadaannya sudah sangat terlambat.

Air susu ibu (ASI) adalah makanan terbaik bagi bayi hingga berusia 6 bulan. Walaupun proporsi bayi yang pernah mendapat ASI cukup tinggi yaitu 94 persen (SDKI 2012), namun proporsi ASI eksklusif pada bayi 0 - 6 bulan masih rendah yaitu 38 persen (Riskesdas 2013), demikian juga dengan proporsi bayi mendapat ASI sekitar 1 jam setelah lahir yaitu 34,5 persen (Riskesdas 2013). Tidak memberikan kolostrum merupakan salah satu kebiasaan merugikan yang sering ditemukan. Pemberian ASI dapat menurunkan kematian neonatal hingga 55-87 persen *(The Lancet Neonatal Survival 2005)*.

Penurunan Angka Kematian Neonatal memerlukan upaya bersama tenaga kesehatan dengan melibatkan keluarga dan masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi ibu dan bayi baru lahir. Untuk mengukur keberhasilan penerapan intervensi yang efektif dan efisien, dapat dimonitor melalui indikator cakupan pelayanan yang mencerminkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Penurunan angka kematian neonatal dapat dicapai dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan sejak bayi dalam kandungan, saat lahir hingga masa neonatal.



GRAFIK CAPAIAN INDIKATOR KB, K4, PERSALINAN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN, IMD, KUNJUNGAN NEONATAL 1 DAN ASI EKSKLUSIF BERDASARKAN RISKESDAS 2010 DAN 2013

Grafik ini mengambarkan kesenjangan pelayanan kesehatan di tingkat nasional, yang ditandai persentase cakupan tidak sama tinggi. Penurunan kematian neonatal lebih mudah dicapai jika cakupan pelayanan kesehatan mencapai persentase yang sama tingginya, *The Lancet Neonatal Series* mensyaratkan sekurangnya 90 persen.

BUKU PEDOMAN INI MEMBAHAS PELAYANAN KESEHATAN PADA BAYI BARU LAHIR:

PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL PADA SAAT LAHIR :

- Perawatan Neonatus pada 30 Detik Pertama (0-30 Detik)
- Perawatan Rutin Neonatus pada 30 Detik – 90 Menit
  - Menjaga Bayi Tetap Hangat
  - Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat
  - Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
  - Pemberian Identitas
  - Pencegahan Perdarahan dengan Injeksi Vitamin K1
  - Pencegahan Infeksi Mata dengan Salep/Tetes Mata Antibiotika
- Perawatan Rutin Neonatus pada 90 Menit – 6 Jam
  - Pemeriksaan fisik
  - Penentuan Usia Gestasi
  - Pemberian Imunisasi HB 0
  - Pemantauan BBL dalam Periode 90 Menit – 6 Jam

PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL SETELAH LAHIR :

- Menjaga Bayi Tetap Hangat
- Pemeriksaan Setelah Lahir dengan Menggunakan Pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)
- Pemberian ASI
- Perawatan Metode Kanguru
- Pemantauan Pertumbuhan
- Masalah yang Paling Sering Dijumpai pada Neonatus

BAYI LAHIR DARI IBU DENGAN INFEKSI

- Neonatus yang Lahir dari Ibu dengan Hepatitis B
- Neonatus yang Lahir dari Ibu dengan HIV
- Neonatus yang Lahir dari Ibu dengan Sifilis
- Neonatus yang Lahir dari Ibu dengan Tuberculosis

PENCATATAN DAN PELAPORAN

BAB I

PERSIAPAN PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

1.1. KEWASPADAAN STANDAR

Kewaspadaan standar merupakan kewaspadaan utama yang dirancang secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, baik yang telah didiagnosis atau diduga terinfeksi atau kolonisasi. Kewaspadaan diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. (Permenkes No 27 tahun 2017)

Kewaspadaan standar yang dilakukan terkait pelayanan neonatal saat lahir meliputi:

1. Persiapan diri
2. Persiapan alat
3. Persiapan tempat

1.1.1. PERSIAPAN DIRI

Persiapan diri bertujuan agar penolong persalinan berada dalam kondisi yang bersih dan terlindung. Adapun yang termasuk dalam persiapan diri dalam hal ini adalah melakukan kebersihan tangan dan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD).

1.1.1.1. KEBERSIHAN TANGAN

Kebersihan tangan bertujuan untuk:

1. Meminimalkan dan menghilangkan mikroorganisme
2. Mencegah transmisi mikroorganisme dari pasien ke pasien lain, dari petugas ke pasien, alat-alat kesehatan, dan lingkungan.

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan. Baik dengan menggunakan sabun dan air bersih mengalir, ataupun dengan menggunakan cairan berbahan dasar alkohol *(alkohol-based handrub).*

Secara global hasil penelitian menunjukkan bahwa cuci tangan dapat menurunkan kejadian infeksi di fasilitas kesehatan atau HAI's *(Healthcare-Associated Infections)* sebesar 30 persen.

WHO menetapkan lima kesempatan untuk kebersihan tangan yaitu :

1. **Sebelum menyentuh pasien**
   Kapan? Membersihkan tangan pada waktu sebelum menyentuh pasien
   Mengapa? Untuk perlindungan pasien terhadap kuman berbahaya yang ada di tangan petugas

GAMBAR 1. LIMA KESEMPATAN MENCUCI TANGAN (5 MOMENT HANDHYGIENE)
Sumber : *WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, 2009*

2. **Sebelum melakukan tindakan aseptik**
   Kapan? Segera sebelum melakukan tindakan aseptik
   Mengapa? Untuk perlindungan pasien dan petugas kesehatan terhadap kuman berbahaya,
3. **Setelah melakukan prosedur atau terpapar cairan tubuh pasien**
   Kapan? Segera setelah terpapar cairan tubuh pasien
   Mengapa? Untuk melindungi diri sendiri dan lingkungan perawatan dari kuman berbahaya pasien
4. **Setelah menyentuh pasien**
   Kapan? Membersihkan tangan setelah menyentuh pasien dan lingkungan sekitarnya
   Mengapa? Untuk melindungi petugas kesehatan dan lingkungan perawatan dari kuman berbahaya pasien
5. **Setelah kontak dengan lingkungan pasien**
   Kapan? Membersihkan tangan setelah menyentuh objek di lingkungan sekitarnya walaupun tidak menyentuh pasien
   Mengapa? Untuk melindungi petugas kesehatan dan lingkungan perawatan dari kuman berbahaya pasien

Menurut jenisnya, ada 2 cara mencuci tangan, yakni:

1. CUCI TANGAN DENGAN AIR BERSIH MENGALIR DAN SABUN/ *HANDWASH*

Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dilakukan apabila:

1. Tangan terlihat kotor atau terkontaminasi darah dan cairan tubuh,
2. Setelah menggunakan toilet,
3. Terbukti atau dicurigai kuat memiliki kontak dengan patogen seperti diare,
4. Sebelum tindakan invasif.
5. Setelah melepas sarung tangan steril atau sarung tangan tidak steril.

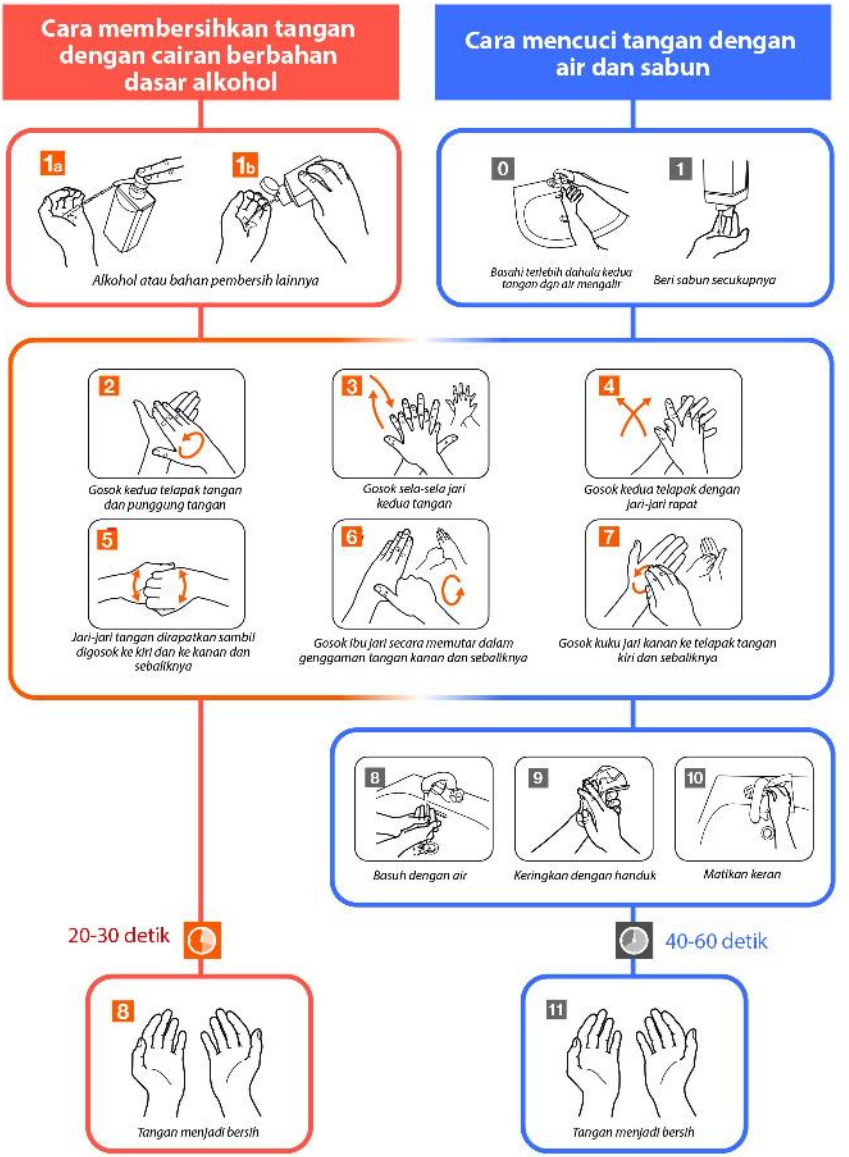
Untuk melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, diperlukan:

1. Sabun cuci tangan
2. Sarana wastafel dengan air mengalir
3. Tissue atau lap sekali pakai

Pelaksanaan *handwash* dengan menggunakan air mengalir selama 40 – 60 detik.

Sebelum melakukan cuci tangan Lepaskan jam tangan dan cincin atau perhiasan tangan lainnya. Langkah – langkah sebagai berikut :

0. Basahi terlebih dahulu kedua tangan dengan air mengalir
1. Beri sabun secukupnya
2. Gosok kedua telapak tangan dan punggung tangan
3. Gosok sela-sela jari kedua tangan
4. Gosok kedua telapak tangan jari-jari rapat
5. Jari-jari tangan dirapatkan sambil digosok kekiri dan kekanan dan sebaliknya
6. Gosok ibu jari secara memutar dalam gemnggaman tangan kanan dan sebaliknya
7. Gosok kuku jari tangan ke telapak tangan kiri dan sebaliknya
8. Basuh dengan air
9. Keringkan dengan handuk bersih sekali pakai atau tissue
10. Matikan keran



World Health Organization

GAMBAR 2 CARA MENCUCI TANGAN

Adaptasi *WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care:*
First Global Patient Safety Challenge, 2009 pada Membantu Bayi Bernapas *(Helping Babies Breathe Indonesia)*, 2013

2. CUCI TANGAN DENGAN CAIRAN BERBASIS ALKOHOL *(HANDRUB)*

Mencuci tangan dengan cairan berbasis alkohol dilakukan apabila:

1. Tangan tidak terlihat kotor
2. Sebelum dan sesudah menyentuh pasien atau lingkungan perawatan WHO merekomendasikan penggunaan cairan handrub berbasis alkohol karena cairan yang berbasis alkohol cepat bekerja dan aktivitasnya berspektrum luas, dapat digunakan tanpa bak cuci ataupun air bersih, meningkatkan kepatuhan, serta meningkatkan keamanan dan lebih dapat diterima.

   Seperti halnya *handwash*, pada *handrub* perlu persiapan alat – alat dalam pelaksanaannya yaitu Larutan *handrub*.

   Pelaksanaan *handrubs* dilakukan selama 20-30 detik.

   Sebelum melakukan *handrub* lepaskan jam tangan dan cincin atau perhiasan tangan lainnya serta gulung lengan baju sampai dengan siku. Selanjutnya pelaksanaan *handrub* meliputi dari langkah – langkah sebagai berikut :

   1.a dan b. Basahi tangan dengan alkohol/cairan pembersih berbasis alkohol
   2. Gosok kedua telapak tangan dan punggung tangan
   3. Gosok sela-sela jari kedua tangan
   4. Gosok kedua telapak tangan jari-jari rapat
   5. Jari-jari tangan dirapatkan sambil digosok kekiri dan kekanan dan sebaliknya
   6. Gosok ibu jari secara memutar dalam gemnggaman tangan kanan dan sebaliknya
   7. Gosok kuku jari tangan ke telapak tangan kiri dan sebaliknya

3. Tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh. Sementara cuci tangan dengan cairan berbahan dasar alkohol/ *handrubs* dilakukan apabila tangan tidak tampak kotor.

Siapa yang harus melakukan cuci tangan?

Mencuci tangan, tidak hanya harus dilakukan oleh penolong persalinan (dokter, bidan dan perawat), tenaga kesehatan lain yang mendukung pelayanan seperti terapis, teknis, petugas laboratorium, petugas gizi dan keluarga pasien serta pengunjung juga harus mencuci tangan.

1.1.1.2. ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. Pemakaian APD bertujuan untuk melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.

Pedoman umum alat pelindung diri

1. Tangan harus selalu bersih walaupun mengunakan APD.
2. Lepas atau ganti bila perlu segala perlengkapan APD yang dapat digunakan kembali jika sudah rusak atau sobek.
3. Lepaskan semua APD sesegera mungkin setelah selesai memberikan pelayanan dan hindari kontaminasi antara pasien dan petugas kesehatan.
4. Buang semua perlengkapan APD dengan hati-hati dan segera cuci tangan.
5. Pilih APD sesuai dengan perkiraan resiko terjadinya pajanan.
6. Menyediakan sarana APD yang sesuai.

Faktor – Faktor Penting Yang Harus Diperhatikan Pada Pemakaian Alat Pelindung Diri

1. Kenakan APD sebelum kontak dengan pasien, umumnya sebelum memasuki ruangan.
2. Gunakan dengan hati-hati dan jangan menyebarkan kontaminasi.
3. Lepas dan buang secara hati-hati ke tempat sampah infeksius yang telah disediakan. Lepas masker di luar ruangan.
4. Segera lakukan pembersihan tangan sesuai pedoman.

GAMBAR 3. ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

(Sumber: Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan)

Jenis-jenis APD:

1. **Sarung tangan:** melindungi tangan dari bahan yang dapat menularkan penyakit dan melindungi pasien dari mikroorganisme yang berada ditangan petugas kesehatan. Sarung tangan merupakan penghalang *(barrier)* fisik paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi. Sarung tangan harus diganti antara setiap kontak dengan satu pasien dengan pasien lainnya, untuk menghindari kontaminasi silang.
2. **Masker:** harus cukup besar untuk menutupi hidung, mulut, bagian bawah dagu, dan rambut pada wajah (jenggot). Masker digunakan untuk menahan percikan dari mulut ketika petugas kesehatan berbicara, batuk atau bersin serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan. Bila masker tidak terbuat dari bahan yang tahan dari cairan, maka masker tersebut tidak efektif untuk mencegah kedua hal tersebut.
3. **Alat pelindung mata:** melindungi petugas dari percikan darah atau cairan tubuh lainnya dengan cara melindungi mata. Pelindung mata mencakup kacamata *(goggles)* plastik bening, kacamata pengaman, pelindung wajah dan visor. Kacamata koreksi atau kacamata dengan lensa polos juga dapat digunakan, tetapi hanya jika ditambahkan pelindung pada bagian sisi mata. Petugas kesehatan harus menggunakan masker dan pelindung mata atau pelindung wajah, jika melakukan tugas yang memungkinkan adanya percikan cairan secara tidak sengaja kearah wajah. Bila tidak tersedia pelindung wajah, petugas kesehatan dapat menggunakan kacamata pelindung atau kacamata biasa serta masker.
4. **Topi:** digunakan untuk menutup rambut dan kulit kepala sehingga serpihan kulit dan rambut tidak masuk kedalam luka selama pembedahan. Topi harus cukup besar untuk menutup semua rambut. Meski pun topi dapat memberikan sejumlah perlindungan pada pasien, tetapi tujuan utamanya adalah untuk melindungi pemakainya dari darah atau cairan tubuh yang terpercik atau menyemprot.
5. **Gaun pelindung:** digunakan untuk menutupi atau mengganti pakai biasa atau seragam lain, pada saat merawat pasien yang diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular melalui droplet/ airbone. Pemakain gaun pelindung terutama adalah untuk melindungi baju dan kulit petugas kesehatan dari sekresi respirasi. Ketika merawat pasien yang diketahui atau dicurigai menderita penyakit menular tersebut, petugas kesehatan harus menggunakan gaun pelindung setiap masuk ruangan untuk merawat pasien karena ada kemungkinan percikan atau semprotan darah cairan tubuh, sekresi atau eksresi. Pangkal sarung tangan harus menutupi ujung lengan gaun sepenuhnya. Lepaskan gaun sebelum meninggalkan area pasien. Setelah gaun dilepas pastikan bahwa pakaian dan kulit tidak kontak dengan bagian potensial tercemar, lalu cuci tangan segera untuk berpindahnya organisme.

6. **Apron:** yang terbuat dari karet atau plastik, merupakan penghalang tahan air untuk sepanjang bagian depan tubuh petugas kesehatan. Petugas kesehatan harus mengunakan apron dibawah gaun penutup ketika melakukan perawatan langsung pada pasien, membersihkan pasien, atau melakukan prosedur dimana ada resiko tumpahan darah, cairan tubuh atau sekresi. Hal ini sangat penting bila gaun pelindung tidak tahan air, apron akan mencegah cairan tubuh pasien mengenai baju dan kulit petugas kesehatan.Kontaminasi pada pakaian yang dipakai saat bekerja dapat diturunkan 20-100 kali dengan memakai gaun pelindung. Tenaga kesehatan yang menggunakan apron plastik saat menolong persalinan dapat menurunkan transmisi S. Aureus 30 kali dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang memakai baju seragam dan ganti tiap hari.
7. **Pelindung kaki:** digunakan untuk melindung kaki dari cedera akibat benda tajam atau benda berat yang mungkin jatuh secara tidak segaja ke atas kaki. Oleh karena itu, sandal, "sandal jepit" atau sepatu yang terbuat dari bahan lunak (kain) tidak boleh dikenakan. Sepatu boot karet atau sepatu kulit tertutup memberikan lebih banyak perlindungan, tetapi harus dijaga tetap bersih dan bebas kontaminasi darah atau tumpahan cairan tubuh lain. Penutup sepatu tidak diperlukan jika sepatu bersih. Sepatu yang tahan terhadap benda tajam atau kedap air harus tersedia di ruang bersalin, sebuah penelitian menyatakan bahwa penutup sepatu dari kain atau kertas dapat meningkatkan kontaminasi karena memungkinkan darah merembes melalui sepatu. Kemudian melepas tanpa sarung tangan agar tidak terjadi pencemaran (Summers at al. 1992).

TABEL 2. PEMILIHAN APD MENURUT JENIS PAJANAN

JENIS PAJANAN	CONTOH	PILIHAN ALAT PELINDUNG DIRI
Risiko Rendah: ■ Kontak dengan Kulit ■ Tidak terpajan darah langsung	Injeksi vit. K	Sarung tangan
Risiko Sedang: Kemungkinan terpajan darah namun tidak ada cipratan	■ Pemasangan kateter intra vena ■ Pengambilan darah	■ Sarung tangan ■ Mungkin perlu gaun pelindung atau apron
Risiko Tinggi: ■ Kemungkinan terpajan darah dan kemungkinan terciprat ■ Perdarahan massif	Persalinan pervaginam	■ Topi ■ Sarung tangan ■ Apron ■ Kacamata pelindung ■ Masker ■ Sepatu

1.1.2. PERSIAPAN ALAT, BAHAN HABIS PAKAI SERTA OBAT-OBATAN

Persiapan alat dan bahan bertujuan untuk memastikan semua peralatan dan bahan yang akan digunakan dalam menangani neonatus dalam keadaan siap pakai, bersih dan lengkap

Berikut dibawah ini adalah peralatan dan bahan habis pakai serta obat-obatan yang harus disiapkan dalam penanganan neonatus:

GAMBAR 4. PERALATAN PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

GAMBAR 5. BAHAN HABIS PAKAI DAN OBAT-OBATAN UNTUK PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

TABEL 3. PERALATAN, BAHAN HABIS PAKAI DAN OBAT OBATAN UNTUK PENANGANAN BAYI BARU LAHIR (NOMOR PADA GAMBAR SESUAI KETERANGAN PADA TABEL)

NO	ALAT DAN BAHAN	JUMLAH	UNIT	KONDISI
■ **Alat**				
1	Gunting tali pusat	1	buah	steril
2	Klamp tali pusat	2	buah	steril
3	Pengikat tali pusat	1	buah	steril
4	Infant radiant warmer/ Meja resusitasi dengan lampu penghangat	1	unit	bersih
5	Plastik bening	2	buah	bersih
6	handuk	2	buah	bersih
7	Kain bedong	3	buah	bersih
8	Suction Unit/ Balon penghisap lendir	1	buah	steril
9	Balon sungkup + katup PEEP	1	set	bersih
10	Set sunkup lengkap	1	set	bersih
11	*Jackson Rees*	1	set	bersih
12	*T-Piece resusitator*	1	unit	bersih
13	*Pulse oxymeter*	1	unit	bersih
14	Stetoskop neonatus	1	unit	bersih
15	LMA supreme/ LMA Unique	1	buah	steril
■ **Bahan Habis Pakai dan Obat-obatan**				
1	Kain/ selimut bayi	1	buah	bersih
2	Baju bayi	1	buah	bersih
3	Topi bayi	1	buah	bersih
4	Sarung tangan	3	pasang	steril
5	Vitamin K1 injeksi	1	ampul	
6	Spuit 1 cc	1	buah	
7	Alcohol swab	4	buah	
8	Vaksin Hepatitis B 0 (nol)	1	buah	
9	Tetes/ Salep mata tetrasiklin 1%	1	*Eye drop/ tube*	
10	Gelang identitas	1	pasang	bersih

1.1.3. PERSIAPAN TEMPAT

GAMBAR 6. KAMAR BERSALIN DENGAN TEMPAT RESUSITASI
1. Bed Pasien, 2. Wastafel, 3. Tempat resusitasi dengan penghangat,
4. Timbangan Bayi, 5. Lemari penyimpanan alat dan bahan habis pakai

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resusitasi dekat pemancar panas, dan tidak berangin. Tutup jendela atau pintu. Apabila menggunakan *infant radian warmer,* siapkan dalam keadaan bersih dan nyalakan alat tersebut 20 menit sebelum persalinan. Apabila tidak ada, gunakan meja resusitasi dengan lampu pijar 60 watt yang berjarak 60 cm dari bayi.

1.1.4. PERSIAPAN KELUARGA

Penolong persalinan harus memberikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) serta dukungan kepada Ibu dan keluarga selama proses persalinan. KIE tersebut harus berisi tentang risiko persalinan terhadap ibu dan bayi. Ibu hamil yang terdeteksi berisiko tinggi, harus bersalin di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Jelaskan pula peran keluarga jika terjadi komplikasi pada ibu dan bayi.

Penjelasan yang sampaikan kepada ibu dan keluarga dibuktikan dengan tanda-tangan pada rekam medis dan buku KIA

BAB II

PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL SAAT LAHIR (0-6 JAM)

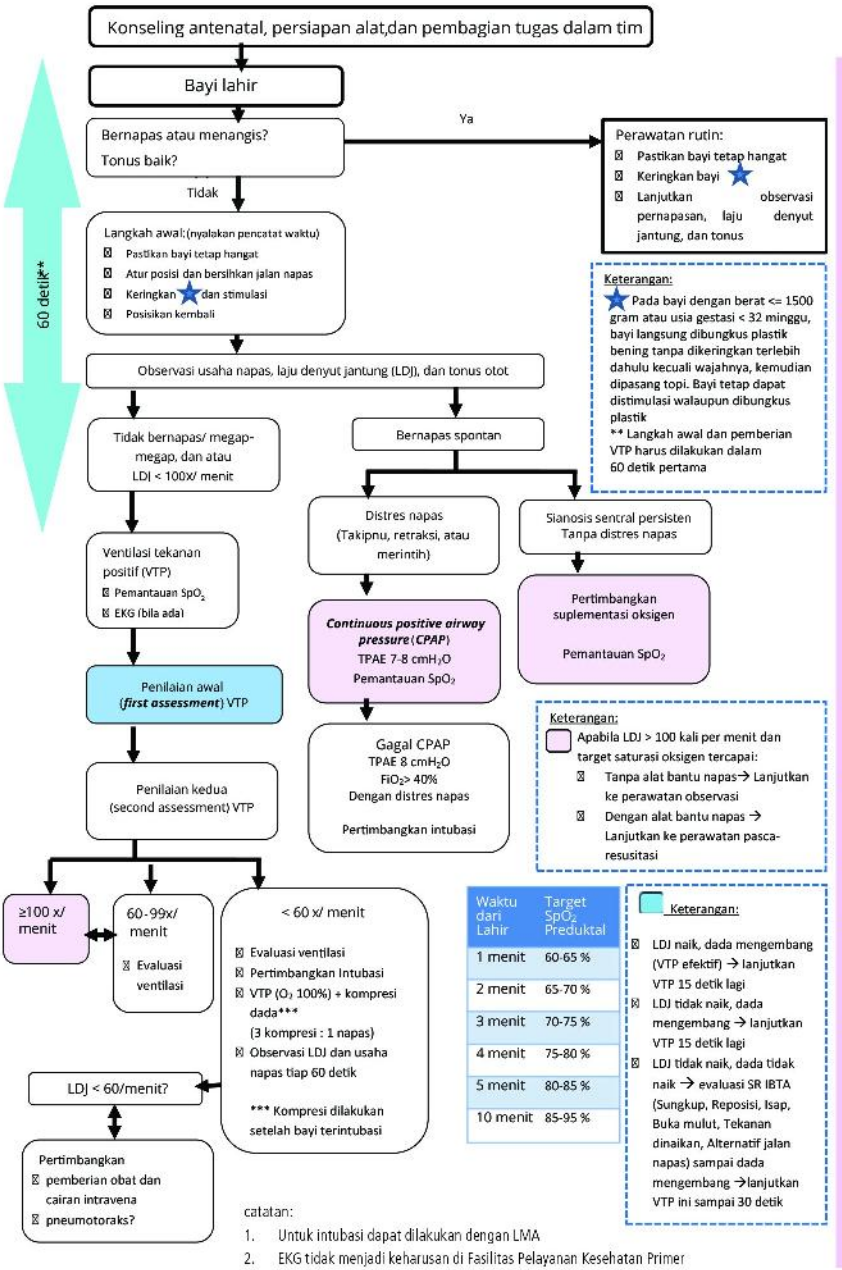
PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL SAAT LAHIR (0-6 JAM) MELIPUTI :

- **Perawatan Neonatus pada 0-30 detik**
- **Perawatan Neonatus pada 30 detik – 90 Menit**
- **Perawatan Neonatus 90 menit – 6 jam**

2.1 PERAWATAN NEONATUS PADA 30 DETIK PERTAMA (0-30 DETIK)

Tujuan utama dari perawatan BBL dalam 30 detik adalah memastikan apakah bayi memerlukan ventilasi atau tidak dengan menggunakan langkah sebagai berikut:

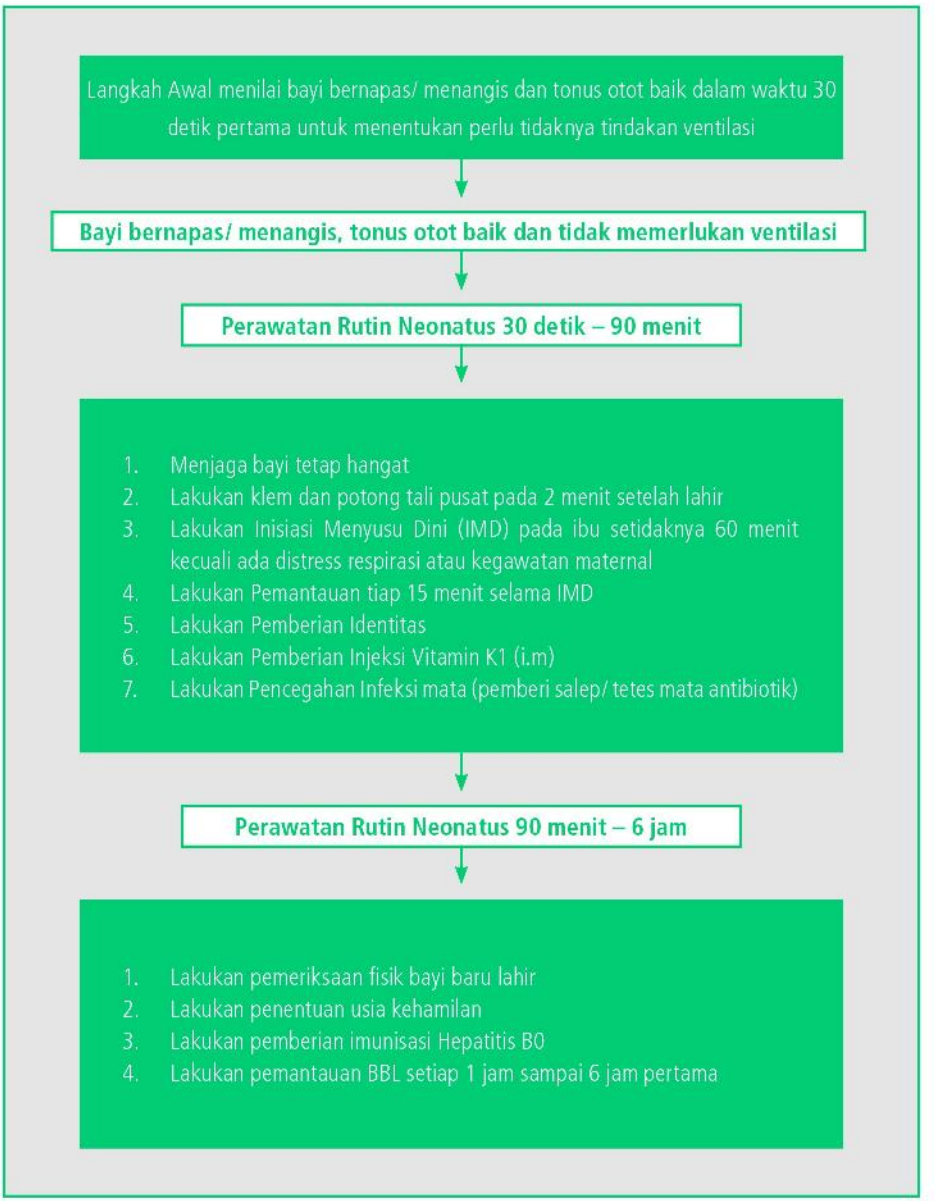
1. Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering yang hangat
2. Nilai bayi apakah bayi bernapas/ menangis, tonus otot baik dan perkiraan berat lahir lebih dari 2000 gram
3. Apabila jawaban poin 2 "YA", lakukan kontak kulit ke kulit dengan meletakkan bayi diatas permukaan perut ibu dan lanjutkan ke poin 5.
4. Apabila jawaban poin 2 "TIDAK", pindahkan bayi ke meja resusitasi dan lanjutkan dengan alur resusitasi pada bagan alur resusitasi neonatus
5. Posisikan bayi untuk memastikan jalan napas bersih dan bebas dari lendir
6. Keringkan dan rangsang bayi dengan melakukan usapan pada muka, kepala punggung, lengan dan tungkai
7. Selesai mengeringkan, singkirkan kain pengering
8. Selimuti seluruh tubuh bayi dengan kain hangat dan kering dan pasangkan topi pada kepala bayi
9. Nilai bayi terus menerus apakah bayi bernapas/ menangis, tonus otot baik
10. Apabila jawaban poin 9 "TIDAK", lihat poin 4
11. Apabila jawaban poin 9 "YA", lanjutkan dengan perawatan rutin
12. Seluruh kegiatan ini dilakukan tidak lebih dari 30 detik.



GAMBAR 7. BAGAN ALUR RESUSITASI NEONATUS

Sumber Gambar: Resusitasi Neonatus, Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2017

Bayi yang tidak memerlukan resusitasi, dapat diberikan perawatan rutin neonatus sebagaimana bagan dibawah ini:



GAMBAR 8. BAGAN ALUR PERAWATAN RUTIN NEONATUS

2.2. PERAWATAN RUTIN NEONATUS PADA 30 DETIK – 90 MENIT

PERAWATAN BAYI BARU LAHIR 30 DETIK – 90 MENIT

1. Menjaga bayi tetap hangat
2. Lakukan klem dan potong tali pusat pada 2 menit setelah lahir
3. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada ibu setidaknya 60 menit kecuali ada distress respirasi atau kegawatan maternal
4. Lakukan Pemantauan tiap 15 menit selama IMD
5. Lakukan Pemberian Identitas
6. Lakukan Pemberian Injeksi Vitamin K1 (i.m)
7. Lakukan Pencegahan Infeksi mata (pemberi salep/ tetes mata antibiotik)

2.2.1. MENJAGA BAYI TETAP HANGAT

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Hipotermia adalah keadaan suhu tubuh bayi $< 36{,}5\ ^{\circ}C$.

Neonatus dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

1. **Evaporasi** adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
2. **Konduksi** adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

3. **Konveksi** adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi/pendingin ruangan.
4. **Radiasi** adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

Cegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut:

- **Ruang bersalin yang hangat**
  Suhu ruangan minimal 25°C. Tutup semua pintu dan jendela.
- **Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks**
  Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.
- **Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi**
  Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.
- **Inisiasi Menyusu Dini (lihat bagian Inisiasi Menyusu Dini)**
- **Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas**
  Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
- **Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir**
  Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusu. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut.

- **Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari dua puluh empat jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil.**
  Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan BBL. Tunda memandikan bayi setidaknya sampai 24 jam.
- **Rawat Gabung**
  Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.
- **Resusitasi dalam lingkungan yang hangat**
  Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.
- **Transportasi hangat**
  Bayi yang perlu dirujuk, harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan.

2.2.2. PEMOTONGAN DAN PERAWATAN TALI PUSAT

MEMOTONG DAN MENGIKAT TALI PUSAT

- Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin pada ibu dilakukan sebelum tali pusat dipotong.
- Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.
- Ikat tali pusat dengan penjepit tali pusat atau benang DTT
- Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya Inisiasi Menyusu Dini.

PERAWATAN TALI PUSAT

- Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
- Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini juga kepada ibu dan keluarganya.
- Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi tali pusat, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- Berikan KIE pada ibu dan keluarga tentang perawatan tali pusat
  - Lipat popok di bawah puntung tali pusat.
  - Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
  - Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dan sabun bayi, kemudian segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih. Air DTT adalah air bersih yang direbus sampai mendidih selama 15 menit, dan didinginkan dalam keadaan tertutup. Air DTT hanya dapat digunakan untuk sekali pakai, tidak untuk digunakan berulang.
  - Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.

2.2.3. INISIASI MENYUSU DINI (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini adalah proses menyusu dimulai secepatnya segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya segera setelah lahir dan berlangsung minimal satu jam atau proses menyusu pertama selesai (apabila menyusu pertama terjadi lebih dari satu jam).

IMD dilakukan pada semua bayi dan ibu dalam kondisi bugar tanpa memandang jenis persalinan.

Untuk keberhasilan IMD diperlukan persiapan yang dimulai sejak perawatan antenatal. Petugas kesehatan menjelaskan terlebih dahulu kepada ibu dan suami/keluarga saat ANC dan sebelum proses persalinan tentang apa yang harus dilakukan dan diperhatikan selama proses IMD berlangsung.

Suami/keluarga harus mendampingi ibu sampai proses IMD selesai, tidak hanya saat persalinan saja. Suami/keluarga dapat membantu mengawasi kondisi bayi seperti pernafasan, warna kulit dan perlu mewaspadai risiko komplikasi kematian mendadak yang tidak terduga akibat hidung dan mulut bayi tertutup kulit ibu yang tidak segera dibebaskan (dengan cara memiringkan kepala bayi tanpa memindahkan bayi dari dada ibu)

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh) dan melatih refleks dan motorik bayi (asah).

IMD dilakukan pada semua bayi bugar tanpa memandang jenis persalinan

LANGKAH INISIASI MENYUSU DINI DALAM ASUHAN BAYI BARU LAHIR

Langkah 1

Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan:

1. Saat bayi lahir, **catat waktu kelahiran**
2. Sambil **meletakkan bayi di perut bawah ibu** lakukan penilaian apakah bayi perlu resusitasi atau tidak
3. Jika bayi tidak memerlukan resusitasi, **keringkan** tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem.
4. **Hindari mengeringkan tangan bayi.** Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

Langkah 2

Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam:

1. Setelah tali pusat dipotong dan diikat, **letakkan bayi tengkurap di dada ibu** tanpa pakaian/bedong. kulit bayi melekat pada kulit ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu tetapi lebih rendah dari puting.
2. **Selimuti ibu dan bayi** dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
3. Mintalah ibu untuk memeluk dan membelai bayinya. Jika perlu letakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi.

Langkah 3

Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu:

1. Biarkan bayi mencari, menemukan puting dan mulai menyusu
2. Anjurkan ibu dan orang lainnya untuk tidak menginterupsi proses menyusu misalnya memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Sebagian besar bayi akan berhasil menemukan puting ibu dalam waktu 30-60 menit tapi tetap biarkan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya 1 jam walaupun bayi sudah menemukan puting kurang dari 1 jam.
3. Menunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusu setidaknya 1 jam atau lebih bila bayi baru menemukan puting setelah 1 jam.
4. Bila bayi harus dipindah dari kamar bersalin sebelum 1 jam atau sebelum bayi menyusu, usahakan ibu dan bayi dipindah bersama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi.
5. Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya.
6. Jika bayi masih belum menemukan puting ibu dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K1, salep mata) dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusu.
7. Selama proses IMD bayi harus dipantau setiap 15 menit.

Langkah 4

Pemantauan bayi saat IMD

Selama IMD sebaiknya ibu dan bayi selalu didampingi dan dipantau. Pemantauan bisa oleh tenaga medis atau keluarga dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Posisi: Bayi diposisikan dengan mulut dan hidung yang terlihat dan tidak terhalang
2. Warna kulit: Warna pink (kulit dan / atau selaput lendir)
3. Pernapasan: Napas normal (tidak ada retraksi atau pernapasan cuping hidung) dan laju pernapasan normal: 40-60 kali/menit
4. Suhu tubuh:pada 60 dan 120 menit setelah kelahiran (kisaran normal: 36,5 °C - 37,5 °C)
5. Ibu dan bayi tidak pernah ditinggal sendirian
6. Sebaiknya pemantauan dilakukan dalam **15 menit, 30 menit, 45 menit, 60 menit, 75 menit, 90 menit dan 120 menit** setelah dilakukan IMD

CONTOH *CHECKLIST* PEMANTAUAN NEONATUS SAAT IMD

Nama:	Nama Ibu/Ayah:	Waktu sesudah lahir			
Tanggal Lahir:	Jam Lahir:	15 Menit	30 Menit	45 Menit	dst
Parameter yang harus dipantau					
1. Bayi diposisikan dengan mulut dan hidung yang terlihat dan tidak terhalang (Ya / Tidak)					
2. Warna kemerahan (kulit dan / atau selaput lendir) (Ya / Tidak)					
3. Napas normal (tidak ada retraksi atau pernapasan cuping hidung) (Ya / Tidak)					
4. Tingkat pernapasan normal: 40-60 napas / menit (Ya / Tidak)					
5. Suhu aksiler setelah kelahiran dalam kisaran normal (36,5 °C-37,5 °C)					
6. Ibu tidak pernah ditinggal sendiri dengan bayinya (Ya / Tidak)					
7. Upaya menyusui pertama (waktu)					
Catatan :					

Langkah 5

Pemantauan Pasca IMD, menjaga bayi tetap hangat

1. Kenakan pakaian atau tetap diselimuti bayi untuk menjaga kehangatannya. Tutupi kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi teraba dingin saat disentuh, buka pakaiannya kemudian telungkupkan kembali di dada ibu dan selimuti keduanya sampai bayi hangat kembali.
2. Tempatkan ibu dan bayi di ruangan yang sama. Bayi harus selalu dalam jangkauan ibu 24 jam dalam sehari sehingga bayi bisa menyusu sesering keinginannya.

SEMBILAN TAHAPAN PERILAKU SELAMA IMD:

1. Bayi menangis tanda paru mulai berfungsi

2. Bayi memasuki tahap Relaksasi

3. Pada menit ke-1 s.d. 5 bayi mulai bangun

4. Menit ke-4 s.d 12 bayi mulai bergerak, gerakan awal sedikit, mungkin pada lengan, bahu dan kepala

5. Beberapa kali bayi mungkin ingin beristirahat sebelum memulai gerakan berikutnya

6. Bayi akan mulai bergerak merangkak kearah payudara. Saat telah menemukan payudara, bayi cenderung beristirahat untuk sementara waktu. Seringkali hal ini dapat keliru sebagai bayi tidak lapar atau tidak ingin menyusu

7. Setelah istirahat di menit ke-29 s.d 62 bayi akan mulai membiasakan diri dengan payudara, mungkin mengendus, mencium dan menjilati sebelum akhirnya menempel untuk menyusu. Proses pembiasaan ini dapat memakan waktu 20 menit atau lebih

8. Sekitar menit ke-49 s.d 90, untuk pertama kali bayi menyusu di payudara selama beberapa waktu

9. Kemudian bayi akan tertidur hingga 1,5 s.d 2 jam

GAMBAR 9. TAHAPAN PERILAKU BAYI SELAMA IMD

10 LANGKAH MENUJU KESUKSESAN MENYUSUI (2017)

KUNCI PRAKTIK KLINIS:

- Berikan KIE tentang keuntungan dan Manajemen Menyusui kepada ibu dan keluarga, dimulai dari saat Pemeriksaan Antenatal
- Fasilitasi Ibu untuk melakukan kontak kulit ke kulit dan Inisiasi Menyusu Dini dengan bayinya, segera setelah lahir. Hal ini harus dilakukan dalam 1 jam pertama bayi lahir.
- Berikan dukungan kepada ibu untuk melakukan inisiasi, mempertahankan dan mengatasi masalah dalam menyusui bayinya
- Tidak memberikan cairan atau asupan selain ASI pada bayi yang disusui, kecuali atas indikasi medis
- Lakukan rawat gabung ibu dengan bayinya *(rooming in)*
- Sebagai bagian dari perlindungan, promosi dan dukungan terhadap Praktik Menyusui, ibu dan bayi yang keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan harus mendapatkan informasi tentang rencana pelayanan kesehatan selanjutnya untuk memastikan agar ibu dan bayinya mengerti dan mengakses pelayanan kesehatan yang tepat.

PROSEDUR MANAJEMEN KRITIS:

- Fasilitas pelayanan kesehatan yang melayani persalinan dan bayi baru lahir, harus memiliki kebijakan tertulis tentang Menyusui dan kebijakan tersebut harus dikomunikasikan kepada tenaga kesehatan dan orang tua bayi.
- Fasilitas pelayanan kesehatan yang melayani persalinan dan bayi baru lahir, harus memahami dan mematuhi Kode Pemasaran PASI
- Tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan KIE pemberian makan bagi bayi dan anak, termasuk menyusui, harus memiliki pengetahuan, kompetensi serta keterampilan yang memadai untuk memberikan dukungan kepada ibu untuk menyusui bayinya
- Fasilitas pelayanan kesehatan yang melayani persalinan dan bayi baru lahir harus melakukan monitoring yang berkesinambungan terhadap kepatuhan terhadap standar praktik klinis yang berlaku. Adapun hasil monitoring tersebut dapat ditunjukkan dalam bentuk laporan tertulis.

SUMBER: *BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE*, 2017

2.2.4. PEMBERIAN IDENTITAS

Undang-Undang nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas identitas diri. Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi.Hal ini sebaiknya dilakukan segera setelah IMD.

Gelang pengenal berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin (atau disesuaikan dengan ketentuan akreditasi Puskesmas). Apabila fasilitas memungkinkan, juga dilakukan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran. Apabila jenis kelamin bayi meragukan, akibat kelainan medis *(disorder of sex development)* maka sebaiknya sementara bayi diberi gelang berwarna netral tanpa dibubuhi jenis kelamin sampai dilakukan pemeriksaan kromosom sex.

Tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan menuliskan keterangan lahir untuk digunakan orang tua dalam memperoleh akte kelahiran bayi, lembar keterangan lahir terdapat di dalam Buku KIA.

GAMBAR 10.
GELANG IDENTITAS DAN SURAT KETERANGAN LAHIR

2.2.5. PENCEGAHAN PERDARAHAN DENGAN INJEKSI VITAMIN K1

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan tidak tergantung apakah bayi mendapat ASI atau susu formula atau usia kehamilan dan berat badan pada saat lahir. Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat, berupa perdarahan pada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi ataupun perdarahan intrakranial. Untuk mencegah kejadian diatas, maka pada semua bayi baru lahir, apalagi Bayi Berat Lahir Rendah diberikan suntikan vitamin K1 *(Phytomenadione)* sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri.

Untuk bayi berat lahir sangat rendah (≤ 1500gram) atau lahir diusia gestasi ≤32 minggu maka dosis vitamin K1 yang diberikan adalah 0,5 mg.

Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B 0. Pada bayi yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dan belum jelas status pemberian vitamin K1-nya, harus diberikan injeksi vitamin K1. Pemberian injeksi vitamin K1 dapat diberikan kepada bayi sampai usia 2 bulan.

Perlu diperhatikan dalam penggunaan sediaan Vitamin K1 yaitu ampul yang sudah dibuka tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali.

2.2.6. PENCEGAHAN INFEKSI MATA DENGAN SALEP/ TETES MATA ANTIBIOTIK

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep atau tetes mata antibiotik tetrasiklin 1 persen.

Cara pemberian salep mata antibiotik:

- Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih mengalir) kemudian keringkan
- Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut.
- Tarik kelopak mata bagian bawah kearah bawah.
- Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju kebagian luar mata atau tetes mata.
- Ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh mata bayi.
- Jangan menghapus salep dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat-obat tersebut.

GAMBAR 11.
PEMBERIAN SALEP MATA ANTIBIOTIKA UNTUK PENCEGAHAN INFEKSI MATA

2.3. PERAWATAN RUTIN NEONATUS PADA 90 MENIT – 6 JAM

2.3.1. PEMERIKSAAN FISIK NEONATUS

Hari pertama kelahiran bayi sangat penting. Banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim.

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

Waktu pemeriksaan BBL:

- Setelah lahir saat bayi stabil (90 menit - 6 jam)
- Pada usia 6-48 jam (Kunjungan neonatal 1)
- Pada usia 3-7 hari (Kunjungan neonatal 2)
- Pada usia 8-28 hari (Kunjungan neonatal 3)

Persiapan:

- **PERSIAPAN ALAT DAN TEMPAT**

  Alat yang digunakan untuk memeriksa:

  - Lampu yang berfungsi untuk penerangan dan memberikan kehangatan.
  - Air bersih, sabun, handuk kering dan hangat
    - Sarung tangan bersih
    - Kain bersih
    - Stetoskop
    - Jam dengan jarum detik
    - Termometer
    - Timbangan bayi
    - Pengukur panjang bayi
    - Pengukur lingkar kepala.

Tempat

- ☐ Pemeriksaan dilakukan di tempat yang datar, rata, bersih, kering, hangat dan terang

■ PERSIAPAN DIRI

- ☐ Sebelum memeriksa bayi, cucilah tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering atau dianginkan. Jangan menyentuh bayi jika tangan anda masih basah dan dingin.
- ☐ Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang ada darah, menyentuh anus yang terkontaminasi mekonium, tali pusat, atau memasukkan tangan ke dalam mulut bayi.
- ☐ Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan kemudian keringkan
- ☐ Jaga suhu bayi tetap hangat selama pemeriksaan. Buka hanya bagian yang akan diperiksa atau diamati dalam waktu singkat untuk mencegah kehilangan panas.

■ Persiapan keluarga

Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan kemudian hasilnya setelah selesai.

Langkah-langkah pemeriksaan

1. Anamnesis

Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu dan bayi:

1. Keluhan tentang bayinya
2. Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (Hipotiroid, hepatitis B, Tuberculosa, HIV, tanda-tanda korioamnionitis, dan penggunaan obat tertentu).
3. Cara, waktu, tempat bersalin, kondisi bayi saat lahir (langsung menangis /tidak) dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
4. Warna air ketuban
5. Riwayat buang air besar dan kecil
6. Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap

2. Pemeriksaan Fisik

Prinsip:

- Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
- Bayi dalam kondisi telanjang
- Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada kedalam, denyut jantung serta kondisi perut

	PEMERIKSAAN FISIK YANG DILAKUKAN	KEADAAN NORMAL
1	Lihat postur, tonus dan aktivitas	■ Posisi tungkai dan lengan fleksi ■ Bayi sehat akan bergerak aktif
2	Lihat kulit	■ Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul
3	Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada kedalam ketika bayi sedang tidak menangis	■ Frekuensi napas normal 40 - <60 kali per menit ■ Tidak ada tarikan dinding dada kedalam yang kuat
4	Hitung denyut jantung dengan meletakan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis	■ Frekuensi denyut jantung normal 100-160 kali per menit
5	Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer	■ Suhu normal adalah 36,5-37,5°C
6	Lihat dan raba bagian kepala	■ Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam ■ Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol pada saat bayi menangis
7	Lihat mata	■ Tidak ada kotoran/secret
8	Lihat bagian dalam mulut. Masukan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke mulut, raba langit-langit	■ Bibir, gusi, langit-langi utuh dan tidak ada bagian yang terbelah ■ Nilai kekuatan isap bayi ■ Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa
9	Lihat dan raba perut. Lihat tali pusat.	■ Perut bayi datar, teraba lemas ■ Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat

10	Lihat punggung dan raba tulang belakang	■ Kulit terlihat utuh tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
11	Lihat ekstremitas	■ Hitung jumlah jari tangan dan kaki ■ Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar ■ Lihat gerakan ekstremitas simetris atau tidak
12	Lihat lubang anus. Hindari memasukan alat atau jari dalam memeriksa anus. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah berak	■ Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar ■ Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir
13	Lihat dan raba alat kelamin luar. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah kencing	■ Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan ■ Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis ■ Pastikan bayi sudah kencing dalam 24 jam setelah lahir
14	Timbang bayi. Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi dengan berat selimut	■ Berat lahir 2,5 – 4 kg ■ Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali dan pada usia 7-10 hari umumnya telah mencapai berat lahirnya. ■ Penurunan berat badan maksimal untuk bayi baru lahir cukup bulan maksimal 10% untuk bayi kurang bulan maksimal 15%
15	Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi GAMBAR MENGUKUR LINGKAR KEPALA	■ Panjang lahir normal 48-52 cm ■ Lingkar kepala normal 33-37 cm
16	Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya 	■ Kepala dan badan dalam satu garis lurus; wajah bayi menghadap paudara; ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya ■ Bibir bawah membuka keluar, sehingga bagian besar areola berada di dalam mulut bayi ■ Menghisap dalam dan pelan kadang diserta berhenti sesaat

Formulir Bayi Baru Lahir

Catat hasil pemeriksaan di formulir bayi baru lahir. Formulir ini merupakan catatan medik yang harus disimpan oleh petugas kesehatan. Tuliskan juga hasil pemeriksaan di buku KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) beberapa informasi yang diperlukan sesuai dengan petunjuk penulisan buku KIA.

APABILA DIJUMPAI KEADAAN YANG TIDAK NORMAL, GUNAKAN FORMULIR MTBS UNTUK PEMERIKSAAN LEBIH LANJUT

FORMULIR BAYI BARU LAHIR

Pemeriksa (Nama dan Tanda tangan): .....
Nama bayi: ..... Jenis kelamin: .....
Nama orang tua: ..... Alamat: .....
Tanggal & jam lahir : ..... Lahir pada umur kehamilan: .....

PEMERIKSAAN	Tanggal .... Jam .... (saat lahir)	Keterangan
	Hasil	Hasil
1. Postur, tonus dan aktivitas		
2. Kulit bayi		
3. Pernapasan ketika bayi sedang tidak menangis		
4. Detak jantung		
5. Suhu ketiak		
6. Kepala		
7. Mata		
8. Mulut (lidah, selaput lendir)		
9. Perut dan tali pusat		
10. Punggung tulang belakang		
11. Lubang anus		
12. Alat kelamin		
13. Berat badan		
14. Panjang badan		
15. Lingkar kepala		

ASUHAN/KONSELING	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan	Keterangan
1. Inisiasi menyusu dini		
2. Salep mata antibiotika profilaksis		
3. Suntikan vitamin K1		
4. Imunisasi Hepatitis B1		
5. Rawat gabung dengan ibu		
6. Memandikan bayi		
7. Konseling menyusui		
8. Tanda-tanda bahaya pada bayi yang perlu dirujuk		
9. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan bayi di rumah		
10. Melengkapi catatan medis		
Waktu pemeriksaan kembali / Kunjungan Neonatal	Tanggal	

2.3.2. PENENTUAN USIA GESTASI

Semua bayi yang masuk ke Unit Pelayanan Neonatus harus mempunyai penilaian usia kehamilan yang lengkap. Jika mungkin, hal ini harus dilakukan satu jam setelah kelahiran dan tidak lebih dari 12 jam setelah kelahiran. Tujuan penilaian usia kehamilan adalah untuk:

1. Membandingkan bayi menurut nilai standar pertumbuhan neonatus berdasarkan usia kehamilan. Temuan dianggap akurat dengan kisaran ± 2 minggu.
2. Memverifikasi perkiraan obstetri untuk usia kehamilan dan identifikasi bayi kurang bulan, lebih bulan, besar atau kecil untuk usia kehamilan.
3. Memprediksi kemampuan adaptasi bayi berdasarkan taksiran usia gestasinya misalnya bayi dengan usia gestasi kurang dari 34 minggu akan sulit untuk menetek

Teknik Menilai Usia Kehamilan

1. Berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir

   (H + 7), (B-3), (T+1)

   Keterangan:

   H = Hari pertama haid terakhir

   B = Bulan haid terakhir

   T = Tahun haid terakhir
2. Teknik lain seperti pengukuran diameter biparietal janin melalui USG bisa memberikan informasi tentang usia kehamilan dan pertumbuhan janin serta perkembangannya sebelum lahir.
3. Instrumen alternatif yang berbeda untuk menilai usia kehamilan bayi, dengan mengevaluasi perkembangan fisik, neurologis dan neuromuskular. Skor New Ballard, yang merupakan penyederhanaan skor Dubowitz memberi nilai 1-5 untuk masing-masing dari enam tanda fisik dan neurologis.

Penilaian Skor New Ballard

Penilaian usia kehamilan tidak boleh dilakukan terburu-buru tapi harus sistematis dan dilakukan saat bayi stabil dan dalam keadaan tenang dan biasa. Maturitas fisik paling akurat dilakukan segera setelah lahir. Jika bayi mengalami proses yang sulit selama persalinan dan kelahiran atau terkena efek obat persalinan, maturitas neurologisnya mungkin tidak bisa dinilai secara akurat pada waktu ini dan dengan demikian harus diulang setelah 24 jam.

Jika penilaian neurologis tidak dapat dilakukan, perkiraan usia kehamilan bisa dilakukan berdasarkan skor ganda penilaian fisik. Prosedur penilaian harus dilakukan dengan tepat dan petugas pemeriksa berikutnya harus mempunyai kesempatan untuk mengkaji prosedur dengan staf yang lebih berpengalaman.

Melakukan Penilaian Usia Kehamilan

Perkiraan usia kehamilan menurut skor maturitas

Kaji riwayat persalinan dan catat informasi pada Bagan Perkiraan Usia Kehamilan menurut skor maturitas.

- Nama
- Usia saat diperiksa
- Waktu pemeriksaan
- Usia kehamilan menurut tanggal dan USG
- Menilai maturitas fisik bayi dan beri tanda "X" pada kotak dalam formulir yang paling menjelaskan tentang bayi. Jika pemeriksaan kedua dilakukan, tuliskan "0" pada kotak yang benar.
- Menilai maturitas neuromuskular bayi dan tuliskan "X" pada kotak dalam formulir yang paling menjelaskan tentang bayi. Jika pemeriksaan kedua dilakukan, tuliskan "0" pada kotak yang benar.
  - ***Postur*** paling baik jika dinilai saat bayi terlentang dan tenang. Amati fleksi tangan dan kaki, bandingkan dengan angka yang ada pada lembar kerja dan tuliskan "X" pada angka yang paling sesuai.
  - ***Square window*** dilakukan dengan melakukan fleksi pergelangan tangan bayi dan amati sudut antara ibu jari dan bagian lengan bawah. Lakukan fleksi sebanyak mungkin dengan hati-hati, bandingkan sudut ibu jari dengan angka yang ada pada lembar kerja dan pilih angka yang paling sesuai.
  - ***Arm recoil*** dievaluasi saat bayi terlentang. Pegang kedua tangan bayi dan lakukan fleksi lengan bagian bawah sejauh mungkin selama 5 detik, lanjutkan dengan merentangkan kedua lengan lalu lepaskan. Amati reaksi bayi saat lengan dilepaskan. Bayi yang tangannya tetap terentang atau gerakannya acak mendapatkan skor 0; fleksi parsial 140-180 derajat mendapatkan skor 1; fleksi 110-140 derajat mendapatkan skor 2; fleksi 90-100 derajat mendapatkan skor 3; dan kembali ke fleksi penuh dengan cepat mendapatkan skor 4.
  - Untuk menentukan **sudut popliteal,** letakkan bayi terlentang, kepala, punggung dan panggulnya menempel pada permukaan. Pegang paha bayi pada posisi fleksi dengan ibu jari dan telunjuk kiri anda. Dengan telunjuk tangan kanan, lurus kaki di belakang mata kaki dengan sedikit tekanan lembut. Bandingkan sudut di belakang lutut atau sudut popliteal, dengan angka pada lembar kerja.

- Untuk mengevaluasi ***scarf sign*** letakkan bayi terlentang. Pegang tangan bayi dan tempelkan lengannya melewati leher ke bahu yang berlawanan sejauh mungkin. Untuk melakukan manuver ini, siku mungkin perlu diangkat melewati badan, tapi kedua bahu tetap harus menempel di permukaan meja periksa dan kepala harus tetap lurus. Amati posisi sikut pada dada bayi dan bandingkan dengan angka pada lembar kerja, lalu catat skor manuver ini.
- ***Heel-to-ear-maneuver*** (manuver tumit telinga) juga dilakukan pada posisi terlentang. Pegang kaki bayi dengan ibu jari dan telunjuk, tarik sedekat mungkin dengan kepala tanpa memaksa dan pertahankan panggul pada permukaan meja periksa. Amati jarak antara kaki dan kepala serta tingkat ekstensi lutut lalu bandingkan dengan angka pada lembar kerja.

Setelah menyelesaikan penilaian fisik dan neuromuskular, jumlahkan nilai yang didapat pada setiap kotak yang diberi tanda dan tuliskan totalnya pada lembar kerja. Jika pemeriksaan hanya terdiri dari penilaian fisik, kalikan angka total dengan 2.

Gunakan Grafik Penilaian Maturitas, bandingkan nilai total yang didapatkan dari penilaian pada kolom Skor dengan perkiraan usia kehamilan pada Kolom minggu.

Gunakan informasi ini untuk mendokumentasi perkiraan yang tepat untuk bayi sesuai klasifikasi berikut:

- Kurang Bulan: < 37 minggu
- Cukup Bulan: 37-42 minggu
- Lebih Bulan: > 42 minggu

Pastikan untuk mencatat tanggal dan waktu pemeriksaan.
Pastikan untuk mencatat usia menurut tanggal.

Klasifikasi neonatus berdasarkan maturitas dan pertumbuhan intrauterin

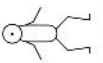
Kaji dan catat pengukuran fisik berikut ini pada grafik yang ada di Bagan Klasifikasi Neonatus berdasarkan maturitas dan pertumbuhan intrauterin.

- Nama
- Usia saat pemeriksaan
- Berat dalam gram
- Panjang dalam sentimeter
- Lingkar kepala dalam sentimeter

Gunakan perkiraan usia kehamilan dalam Perkiraan Usia Kehamilan Menurut Skor Maturitas, dokumentasikan berat, panjang dan lingkar kepala bayi.

- BMK (Besar masa kehamilan): di atas 90 persentil
- SMK (Sesuai masa kehamilan): 10 – 90 persentil
- KMK (Kecil masa kehamilan): di bawah 10 persentil

MATURITAS NEUROMUSKULAR

	-1	0	1	2	3	4	5
SIKAP TUBUH							
PERSEGI JENDELA (PERGELA-NGAN TANGAN)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
REKOLL LENGAN		180°	140°-180°	110° - 140°	90° - 110°	<90°	
SUDUT POPLITEAL	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
TANDA SELEMPANG							
TUMIT KE KUPING							

MATURITAS FISIK

KULIT	Lengket - *friable* transparant	Gelatinus merah translusen	Merah halus, tampak gambaran vena	Permukaan terkelupas & / ruam tampak bb vena	Pecah2 daerah gundul, vena sangat sedikit	Perkamen, terbelah dalam, tak terlihat vena	*Leathery cracked wrinkled*
LANUGO	Tidak ada	Jarang	Banyak	Halus	Daerah Kebotakan	Umumnya tanpa lanugo	
PERMUKAAN PLANTAR	Tumit-jari kaki 40-50mm: -1 <40mm : -2	>50 mm tanpa garis kaki	*Faint* bercak kemerahan	Garis kaki hanya di anterior	garis kaki s/d 2/3 anterior	garis kaki di seluruh telapak	
PAYUDARA	*Imperceptible*	Sedikit *Perceptible*	Aerola rata, tanpa bantalan	Aerola agak menonjol bantalan 1-2mm	Aerola menonjol bantalan 3-4mm	Aerola sangat menonjol bantalan 5-10mm	
MATA / TELINGA	Kerapatan kelopak: longgar: -1 rapat : -2	kelopak terbuka, daun telinga rata, tetap terlipat	Sedikit melengkung lunak, rekoil lambat	Lengkung terbentuk baik, lunak tapi rekoil baik	Bentuk & kekerasan sudah baik, rekoil langsung	TI rawan cukup tebal, daun telinga sudah kaku	
GENITAL (PRIA)	Skrotum rata, halus	Skrotum kosong, guratan kulit halus	Testis di bagian atas kanal, guratan kulit jarang	Testis sudah turun, terlihat guratan cukup jelas	Testis jelas dlm skrotum, ruga cukup jelas	Testis sudah bergelayut, ruga cukup dalam	
GENITAL (WANITA)	Klitoris menonjol, labia rata	Klitoris menonjol, labia minor kecil	Klitoris menonjol, labia minor membesar	Labia minor dan mayor sama menonjol	Labia mayor besar, labia minor kecil	Labia mayor menutup klitoris & labia minor	

TINGKAT MATURITAS

SKOR	MINGGU
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

GAMBAR 12. BALLARD SCORE
sumber: Ballard J; J. Pediatrs 119;417, 1991

2.3.3. PEMBERIAN IMUNISASI HB 0

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.

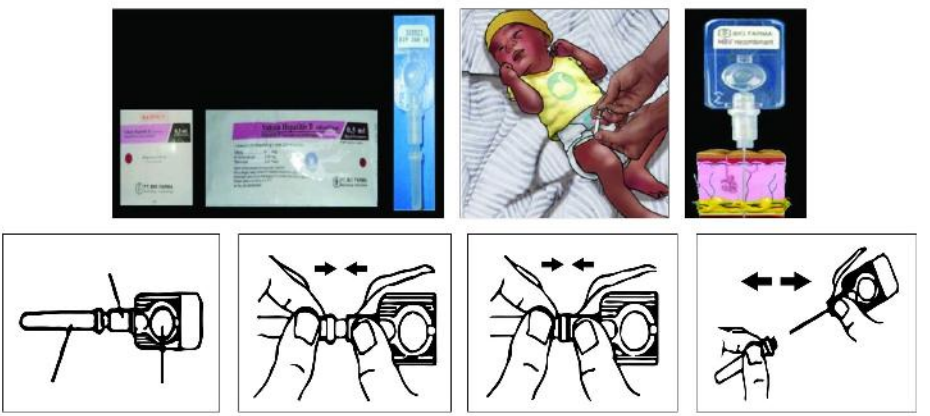
Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.

Penderita Hepatitis B ada yang sembuh dan ada yang tetap membawa virus Hepatitis B didalam tubuhnya sebagai carrier (pembawa) Hepatitis. Risiko penderita Hepatitis B untuk menjadi carrier tergantung umur pada waktu terinfeksi. Jika terinfeksi pada bayi baru lahir, maka risiko menjadi carrier 90%. Sedangkan yang terinfeksi pada umur dewasa risiko menjadi carrier 5-10%.

Imunisasi Hepatitis B diberikan intramuskular pada paha kanan bayi setelah bayi keadaan stabil. Vaksin Hepatitis B0 diberikan 2-3 jam setelah pemberian Vitamin K1 (intramuskular)

Imunisasi Hepatitis B (HB-0) harus diberikan pada bayi sebelum bayi berumur 24 jam karena:

- Sebagian ibu hamil merupakan carrier Hepatitis B.
- Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
- Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B.
- Proteksi pemberian Hepatitis B-0 setelah 24 jam menurunkan efek perlindungan terhadap bayi

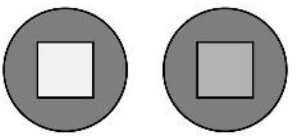


GAMBAR 13. CARA PEMBERIAN IMUNISASI HEPATITIS B DENGAN VAKSI HEPATITIS B UNIJECT

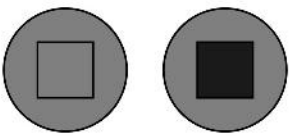
Imunisasi Hepatitis B diberikan dengan UNIJECT. Uniject adalah alat suntik (semprit dan jarum) sekali pakai yang sudah diisi vaksin dengan dosis yang tepat dari pabriknya. Cara pemberian imunisasi Hepatitis B adalah sebagai berikut :

1. Buka kotak wadah Uniject dan periksa:
   - Label jenis vaksin untuk memastikan bahwa Uniject tersebut memang berisi vaksin Hepatitis B
   - Tanggal kedaluwarsa
   - Warna pada tanda pemantau paparan panas (VVM = vaccine vial monitor) yang tertera atau menempel pada pembungkus Uniject (aluminium foil).

   Selama VVM tetap berwarna PUTIH atau LEBIH TERANG dari warna dalamlingkaran rujukan, maka vaksin Hepatitis B dalam Uniject masih layak dipakai.



   Bila warna VVM sudah SAMA atau LEBIH TUA dari warna lingkaran rujukan, maka vaksin dalam Uniject tersebut sudah tidak layak pakai.



2. Buka kantong aluminium/plastik dan keluarkan Uniject.
3. Pegang Uniject pada bagian leher dan bagian tutup jarum. Aktifkan Uniject dengan cara mendorong tutup jarum ke arah leher dengan tekanan dan gerakan cepat.
4. Saat Uniject diaktifkan akan terasa hambatan dan rasa menembus lapisan
5. Buka tutup jarum
6. Pilih daerah otot yang akan disuntik. Untuk memudahkan identifikasi, suntikan imunisasi HB 0 di paha kanan.
7. Bersihkan daerah suntikan dengan kasa atau bulatan kapas yang telah direndam dalam larutan antiseptik dan biarkan mengering
8. Yakinkan bahwa jenis vaksin yang diberikan sudah tepat.

9. Selanjutnya tetap pegang Uniject pada bagian leher dan tusukkan jarum pada pertengahan paha bayi secara intra muskular (im). Tidak perlu dilakukan aspirasi.
10. Pijit *reservoir* dengan kuat untuk menyuntikkan vaksin Hepatitis B. Jangan memasang kembali tutup jarum.
11. Buang Uniject yang telah dipakai tersebut kedalam wadah alat suntik bekas yang telah tersedia *(safety box)*

LAKUKAN PENCATATAN DAN ANJURKAN IBU UNTUK KEMBALI UNTUK MENDAPATKAN IMUNISASI BERIKUTNYA SESUAI JADWAL PEMBERIAN IMUNISASI.

2.3.4. PEMANTAUAN NEONATUS DALAM PERIODE 90 MENIT – 6 JAM

Pada periode 90 menit – 6 jam dilakukan pemantauan stabilisasi kondisi bayi periodik setiap 1 jam yang meliputi postur tubuh, aktivitas, pola napas, denyut jantung, perubahan suhu tubuh, warna kulit dan kemampuan menghisap. Waspadai tanda bahaya yang muncul pada periode ini, karena tanda tersebut bisa saja merupakan tanda gangguan sistem organ. Adapun tanda-tanda tersebut adalah:

- Napas cepat (> 60 kali permenit)
- Napas lambat (< 40 kali permenit)
- Sesak napas/sukar bernapas ditandain dengan merintih, tarikan dinding dada saat inspirasi
- Denyut jantung (< 100 kali permenit atau > 160 kali permenit)
- Gerakan bayi lemah
- Gerakan bayi berulang atau kejang
- Demam (> 37,5°C) atau Hipotermi (< 36,5°C)
- Perubahan warna kulit, misalkan biru atau pucat.
- Malas/ tidak bisa menyusu atau minum

Rujuk bayi ke fasilitas yang mampu menangani dengan terlebih dahulu melakukan persiapan prarujukan. Persiapan prarujukan mengacu pada Modul Pelatihan Penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal bagi Dokter Umum, Bidan dan Perawat.

BAB III

PERAWATAN NEONATUS ESENSIAL SETELAH LAHIR (6 JAM – 28 HARI)

3.1 MENJAGA BAYI TETAP HANGAT

Setelah bayi dilahirkan dan berhasil melalui adaptasi dari intra ke ekstra uterin, bayi harus dijaga tetap hangat. Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk menjaga bayi tetap hangat adalah:

1. Jelaskan kepada ibu bahwa menjaga bayi tetap hangat adalah sangat penting agar bayi tetap sehat
2. Yakinkan bayi menggunakan baju dan diselimuti (memakai pakaian yang lembut, hangat, kering dan bersih, memakai tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki serta diselimuti)
3. Bayi harus dirawat gabung dengan ibunya sehingga ibu mudah menjangkau bayinya
4. Jika telapak kaki bayi teraba dingin, letakkan bayi di dada ibu (kontak kulit ke kulit), atau ditambah selimut dan ulangi pemeriksaan suhu badan bayi
5. Jaga ruangan tetap hangat (suhu ruangan 22-28°C)

3.2 PEMERIKSAAN NEONATUS MENGGUNAKAN MANAJEMEN TERPADU BAYI MUDA (MTBM)

Setelah bayi lahir, pastikan suhu tubuh bayi dalam keadaan normal. Pemeriksaan neonatus diawali dengan menggunakan formulir bayi baru lahir seperti yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, kemudian dilanjutkan dengan menggunakan formulir MTBM.

Pemeriksaan dengan menggunakan formulir MTBM dilakukan pada saat :

1. Sebelum neonatus dipulangkan
2. Pada saat kunjungan ulang

Pengertian kunjungan ulang adalah :

1. Apabila neonatus dibawa oleh keluarga ke fasilitas kesehatan karena suatu masalah.
2. Sesuai jadwal kunjungan neonatus.

Pemeriksaan yang dilakukan mengacu pada Manajemen Terpadu Balita Sakit pada kelompok umur kurang dari 2 bulan atau yang dikenal sebagai **Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Pemeriksaan dengan pendekatan MTBM ini dilakukan untuk bayi muda sehat maupun sakit.**

Neonatus merupakan bagian dari Bayi Muda. Tanda atau gejala pada bayi muda kadang merupakan suatu masalah tersendiri atau bagian dari suatu penyakit. Untuk menangani masalah pada bayi muda dibuat suatu bagan. Dengan bagan ini petugas kesehatan diharapkan mampu menentukan klasifikasi. **Klasifikasi ini bukanlah diagnosis. Klasifikasi ditentukan sebagai dasar melakukan tindakan atau pengobatan, memberikan konseling dan pelayanan tindak lanjut.**

Klasifikasi digolongkan dalam 3 kelompok, yaitu:

1. Klasifikasi pada baris berwarna **merah muda** berarti bayi sakit berat dan harus dirujuk segera setelah diberi tindakan/pengobatan pra rujukan
2. Klasifikasi pada baris berwarna **kuning** berarti bayi dapat berobat jalan dan membutuhkan tindakan/pengobatan medis spesifik dan/atau nasihat
3. Klasifikasi pada baris berwarna **hijau** berarti bayi sehat atau sakit ringan, tidak memerlukan tindakan/pengobatan spesifik seperti antibiotik atau lainnya dan cukup diberi nasihat sederhana tentang penanganan di rumah

Pada saat memeriksa bayi muda, petugas kesehatan menggunakan keterampilan komunikasi yang baik untuk:

1. Menanyakan kepada ibu tentang masalah bayinya
2. Memeriksa bayi muda untuk tanda dan gejala, pemberian vitamin K1 dan imunisasi

Dalam setiap kunjungan neonatus, petugas harus mampu :

1. Menanyakan kepada ibu masalah yang dihadapi oleh bayinya
2. Memeriksa :
   - Kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri
   - Ikterus
   - Diare
   - Status HIV
   - Kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI
3. Menentukan status pemberian vitamin K1
4. Menentukan status imunisasi
5. Menentukan masalah atau keluhan lain pada bayi maupun ibu
6. Menentukan tindakan dan memberikan pengobatan bila diperlukan
7. Merujuk bayi muda dan memberi tindakan pra rujukan, bila diperlukan
8. Melakukan konseling bagi ibu
9. Memberikan pelayanan tindak lanjut.

3.2.1 CARA PENGISIAN FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA KURANG DARI 2 BULAN/ FORMULIR MTBM

Pada saat melakukan Kunjungan Neonatus, petugas kesehatan harus menuliskan hasil pemeriksaannya pada Formulir Pencatatan Bayi Muda Umur Kurang dari Dua Bulan (<2 bulan). Berikut ini adalah Formulir Pencatatan Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan yang terdiri dari 2 halaman.

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : _____ Alamat : _____

Nama Bayi : _____ L / P Nama Ibu : _____

Tgl Lahir /Umur : _____ BB : _____ gram PB : _____ cm Suhu : _____°C

Bayi sakit apa?_____ Kunj.Pertama ___ Kunj.Ulang ___ KN : 1 / 2 / 3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	**KLASIFIKASI**	**TINDAKAN / PENGOBATAN**
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua • Ada riwayat kejang • Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali • Hitung napas dalam 1 menit ___ kali / menit. Ulangi jika ≥ 60 kali / menit. Hitung napas kedua ___ kali / menit. Apakah : Napas cepat (≥ 60 x/menit), atau Napas lambat (< 40x/menit) • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Suhu tubuh ≥ 37,5°C • Suhu tubuh < 36,5°C • Mata bernanah : Banyak ___ Sedikit ___ • Pusar kemerahan • Pusar kemerahan meluas ke dinding perut >1 cm • Pusar bernanah • Ada pustul di kulit		
MEMERIKSA IKTERUS • Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) • Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari • Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki • Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki		
APAKAH BAYI DIARE ? **Ya ___ Tidak ___** • Bayi sudah diare selama ___ hari • Keadaan umum bayi : - Letargis atau tidak sadar - Gelisah atau rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)		
MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya__ Tidak__ - Jika ya, apakah hasilnya : Positif__ Negatif__ - Jika positif, apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah__ Belum__ - Jika sudah, apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya__ Tidak__ • Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya__ Tidak__ Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu. • Jika hasil tes HIV ibu "positif", maka rencanakan tes HIV virologis untuk bayi mulai usia 6 minggu"		

MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM • Berat badan menurut umur : - Rendah ≤ -2 SD ___ - Tidak rendah > -2 SD ___ - Apakah bayi diberi ASI ? Ya__ Tidak__ **Jika YA** - Berapa kali dalam 24 jam ? ____ kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya__ Tidak__ Jika YA, apa yang diberikan ? _____ berapa kali dalam 24 jam ? __ kali. alat apa yang digunakan : botol atau cangkir ? **Jika bayi tidak akan dirujuk Lakukan Penilaian Tentang Cara Menyusui** - **Lihat apakah posisi bayi benar** Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik, Kepala dan tubuh bayi lurus, Badan bayi menghadap ke dada ibu, badan bayi dekat ke ibu **Posisi Benar - Posisi Salah** - **Lihat apakah pelekatan baik** Dagu bayi menempel payudara, mulut bayi terbuka lebar, bibir bawah membuka keluar, areola bagian atas tampak lebih banyak **Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan efektif** - **Lihat dan dengar, apakah bayi menghisap dengan efektif** Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan **Tidak menghisap sama sekali - Tidak menghisap dengan efektif - Menghisap dengan efektif** • Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut. • Terdapat celah bibir / langit-langit.		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir : Ya__ Tidak__	⇨	Vit K1 diberikan hari ini _____
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari yang dibutuhkan hari ini) HB-0 ___ BCG ___ Polio-1 ___	⇨	Imunisasi yg diberikan _____
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN	–	
	Nasihati kapan kembali segera Kunjungan Ulang : _____ hari	
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		

Nama Jelas & Tanda Tangan Pemeriksa :

Berikut ini adalah petunjuk cara pengisian formulir pencatatan :

- Jawablah pertanyaan dengan cara menulis apabila tidak ada pilihannya
- Apabila terdapat pilihan lingkari jawaban yang anda pilih
- Berikan tanda centang (√) di belakang YA atau TIDAK pada pertanyaan yang memerlukan jawaban YA atau TIDAK
- Pada kolom penilaian lingkari tanda atau gejala yang anda temukan pada pemeriksaan. Tidak perlu menghafal apa yang harus ditanyakan dan dilakukan ketika memeriksa bayi. Namun yang perlu diperhatikan adalah lakukan poin-poin penilaian yang tertulis pada formulir secara lengkap dan benar sehingga penetapan klasifikasi dapat dipertangungjawabkan
- Berdasarkan hasil penilaian yang dilakukan, tulislah klasifikasi sesuai dengan buku bagan MTBS pada kolom klasifikasi
- Ketika menggunakan formulir pencatatan, isilah dengan menggunakan pola pengisian dari atas ke bawah dan dari kiri ke kanan agar tidak ada yang terlewatkan dan dapat segera menentukan tindakan jika terdapat klasifikasi berat.
- Apabila seluruh penilaian dan klasifikasi sudah selesai dicatat, tulislah tindakan atau pengobatan yang diperlukan pada kolom Tindakan/Pengobatan sesuai dengan klasifikasinya. Obat yang akan diberikan ditulis jenis, jumlah dan dosisnya.
- Tulislah waktu kunjungan ulang terdekat pada baris yang berisi Kunjungan ulang pada bagian akhir halaman ke-2 formulir pencatatan
- Pemberian vitamin K1 harus ditanyakan dan dicatat dalam formulir dengan menggunakan tanda (√) pada tempat yang disediakan.
- Untuk imunisasi berikan tanda centang (√) pada imunisasi yang sudah diberikan atau tulis tanggal pemberian. Lingkari imunisasi yang dibutuhkan. Apabila pada saat itu memberikan imunisasi tulislah jenis imunisasi yang diberikan di kolom tindakan/pengobatan dan di buku KIA
- Tanyakan masalah atau keluhan lain pada bayi dan ibu. Jika tidak ada masalah atau keluhan lain, tuliskanlah tanda garis (-) sebagai pertanda bahwa masalah atau keluhan lain sudah ditanyakan oleh pemeriksa.

3.2.2. PENILAIAN DAN KLASIFIKASI

Sebelum melakukan penilaian dan klasifikasi pada neonatus, isilah identitas bayi pada bagian atas formulir pencatatan. Tanyakan pada ibu mengenai masalah bayinya dan apakah ini kunjungan pertama atau kunjungan ulang untuk masalah tersebut.

3.2.2.1. KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI

Infeksi pada neonatus dapat terjadi secara sistemik atau lokal. Infeksi sistemik gejalanya tidak terlalu khas, umumnya menggambarkan gangguan fungsi sistem organ seperti: gangguan kesadaran sampai kejang, gangguan napas, malas minum, tidak bisa minum atau muntah, diare, demam atau hipotermia. Pada infeksi lokal biasanya bagian yang terinfeksi teraba panas, bengkak, merah. Infeksi lokal yang sering terjadi pada neonatus adalah infeksi pada tali pusat, kulit, mata dan telinga.

Pada saat pemeriksaan, pakaian bayi harus dibuka seluruhnya dan seluruh badan bayi harus diperiksa. Jika bayi terbangun, tingkat kesadarannya dapat ditentukan. Amati gerakan tangan dan kakinya.

Periksalah untuk kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri pada semua bayi yang dibawa ke tempat pelayanan kesehatan atau setiap melakukan kunjungan rumah dengan memeriksa tanda dan gejala berikut ini. Seorang bayi akan diklasifikasikan apabila didapatkan salah satu tanda pada lajur yang sesuai.

Tanyakan:

- Apakah bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua?
  Bayi menunjukan tanda "tidak bisa minum atau menyusu" jika bayi terlalu lemah untuk minum atau tidak bisa mengisap/menelan apabila diberi minum atau disusui.Bayi mempunyai tanda "memuntahkan semuanya" jika bayi sama sekali tidak dapat menelan apapun. Semua cairan atau makanan yang masuk akan keluar lagi.
- Apakah bayi kejang?
  Tanyakan adanya riwayat kejang pada episode sakit ini, gunakan istilah lokal yang mudah dimengerti ibu. Pikirkan kemungkinan bayi kejang, jika ibu mengatakan bayinya kejang atau ada gerakan yang tidak biasa, seperti bayi tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun, bayi menangis melengking tiba-tiba, gerakan yang tidak terkendali, mulut bayi mencucu atau seluruh tubuh bayi kaku.

Lihat, dengar dan rasakan:

- Hitung napas dalam 1 menit, ulangi menghitung jika bayi bernapas cepat (≥ 60 kali/menit). Dikatakan nafas bayi lambat jika (<40 kali/menit). Pola napas pada neonatus tidak teratur, kadang-kadang berhenti bernapas beberapa detik diikuti dengan periode pernapasan yang lebih cepat, untuk perhitungan nafas pada neonatus harus dilakukan selama 1 menit penuh dan diulang jika hitungan nafas pertama cepat (≥60x/menit), hitungan yang digunakan adalah hitungan yang kedua. Saat menghitung napas, bayi harus dalam keadaan tenang.

- Lihat gerakan pada bayi
  - Apakah bayi bergerak atas kemauan sendiri?
  - Bayi bergerak, setelah di stimulasi?
  - Apakah bayi tidak bergerak sama sekali?
- Lihat adanya tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- Ukur suhu aksiler
- Lihat adakah mata bernanah? Apakah nanah banyak di mata?
- Apakah pusat kemerahan/bernanah? Dan jika ada, apakah kemerahannya meluas sampai ke dinding perut lebih dari 1 cm?
- Lihat adakah pustul di kulit?

Berdasarkan hasil peniaian tersebut di atas, klasifikasikan adanya kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri dengan cara menggunakan buku bagan. Penting untuk menentukan setiap klasifikasi dengan cara membuka buku bagan, serta membaca kolom gejala dari atas ke bawah pada bagian yang sesuai dengan kondisi bayi secara berurutan dari baris merah muda, kuning, lalu hijau. Contoh, jika ditemukan satu tanda saja dalam kolom gejala berwarna merah muda, maka bayi diklasifikasikan sebagai penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat. Jika tidak ditemukan gejala apapun dalam kolom gejala berwarna merah muda, lanjutkan ke kolom gejala berwarna kuning. Jika tidak ditemukan gejala pada kolom berwarna kuning, lanjutkan ke kolom gejala warna hijau, yang berarti klasifikasi mungkin bukan infeksi.

Jika ditemukan gejala pada baris merah muda DAN kuning, tentukanlah klasifikasi yang lebih berat (merah muda).

CARA MENGKLASIFIKASI PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI

TANDA/GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
Terdapat salah satu atau lebih tanda berikut: ■ Tidak mau minum atau memuntahkan semua ■ Riwayat kejang ■ Bayi bergerak hanya ketika distimulasi ATAU tidak bergerak sama sekali ■ Napas cepat (≥ 60 kali/menit) ■ Napas lambat (< 40 kali/menit) ■ Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat ■ Suhu tubuh ≥ 37,5°C ■ Suhu tubuh < 36,5°C ■ Mata bernanah banyak ■ Pusar kemerahan meluas sampai ke dinding perut > 1 cm/ bernanah	**PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI BERAT**	■ Jika ada kejang, tangani kejang ■ Cegah agar gula darah tidak turun ■ Jika ada gangguan napas, tangani gangguan napas ■ Jika ada hipotermia, tangani hipotermia ■ Beri dosis pertama antibiotika intramuskular ■ Nasihati cara menjaga bayi tetap hangat di perjalanan ■ **Rujuk segera**
Terdapat salah satu atau lebih tanda berikut: ■ Mata bernanah sedikit ■ Pusar kemerahan ■ Pustul di kulit	**INFEKSI BAKTERI LOKAL**	■ Jika ada mata bernanah, beri salep antibiotik atau tetes mata antibiotik ■ Ajari ibu cara mengobati infeksi lokal dirumah ■ Lakukan asuhan dasar bayi muda ■ Masihati kapan kembali ■ Kunjungan ulang dalam 2 hari
■ Tidak terdapat salah satu tanda diatas	**MUNGKIN BUKAN INFEKSI**	■ Ajari ibu cara merawat bayi di rumah ■ Lakukan asuhan dasar bayi muda

JIKA BAYI DITEMUKAN DALAM KONDISI KEJANG ATAU HENTI NAPAS, SEGERA LAKUKAN TINDAKAN/ PENGOBATAN SEBELUM MELAKUKAN PENILAIAN DAN RUJUK SEGERA

3.2.2.2. IKTERUS

Sampai saat ini ikterus masih merupakan masalah pada neonatus. Ikterus adalah perubahan warna kulit atau selaput mata menjadi kekuningan. Sebagian besar (80%) ikterus merupakan akibat penumpukan bilirubin (merupakan hasil pemecahan sel darah merah), sebagian lainnya karena ketidakcocokan golongan darah ibu dan bayi. Peningkatan kadar bilirubin dapat diakibatkan oleh pembentukan yang berlebih atau ada gangguan pengeluarannya.

Sangat penting untuk mengetahui kapan ikterus timbul, kapan menghilang dan sampai bagian tubuh mana kuning terlihat, agar dapat mengklasifikasikan ikterus secara benar. Ikterus yang muncul setelah 24 jam dan menghilang sebelum umur 14 hari tidak memerlukan tindakan khusus, hanya memerlukan asuhan dasar neonatus dan meningkatkan pemberian ASI. Ikterus yang muncul setelah umur 14 hari biasanya berhubungan dengan infeksi hati atau sumbatan aliran bilirubin pada sistim empedu.

Kuning pada tubuh yang semakin luas menandakan konsentrasi bilirubin darah meningkat. Untuk membantu menentukan derajat kekuningan, digunakan cara sederhana menurut Kramer yaitu dengan melihat luasnya penyebaran warna kuning pada kulit tubuh bayi.

Berikut dibawah ini adalah cara menilai dan mengklasifikasikan ikterus:

Tanyakan:

Apakah bayi kuning?
Jika Ya, pada umur berapa, pertama kali timbul kuning?

Lihat:

- Lihat adanya ikterus pada bayi (kuning pada mata atau kulit)
- Lihat telapak tangan dan telapak kaki bayi, apakah kuning?

KLASIFIKASIKAN IKTERUS. CARA MENGKLASIFIKASI IKTERUS

TANDA/GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
■ Timbul kuning pada hari pertama (<24 jam) setelah lahir, ATAU ■ Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari ATAU ■ Kuning sampai telapak tangan tangan atau telapak kaki	**IKTERUS BERAT**	■ Cegah agar gula darah tidak turun ■ Nasihati cara menjaga bayi tetap hangat selama dalam perjalanan ■ RUJUK SEGERA
■ Timbul kuning pada umur > 24 jam sampai dengan umur 14 hari, DAN ■ Kuning tidak sampai telapak tangan dan telapak kaki	**IKTERUS**	■ Lakukan asuhan dasar neonatus ■ Menyusu lebih sering ■ Nasihati kapan kembali segera ■ Kunjungan ulang 1 hari
■ Tidak kuning	**TIDAK ADA IKTERUS**	■ Lakukan asuhan dasar neonatus

3.2.2.3. DIARE

Berak encer dan sering, merupakan hal biasa pada neonatus yang mendapat ASI saja. Diare diidentifikasi bila ada perubahan konsistensi lebih cair dan frekuensi lebih sering dari biasanya.

Diare dapat menyebabkan timbulnya tanda-tanda dehidrasi. Bayi yang dehidrasi, biasanya gelisah atau rewel. Jika dehidrasi berlanjut, bayi menjadi letargis atau tidak sadar. Karena bayi kehilangan cairan, matanya mungkin kelihatan cekung. Jika kulit perut dicubit, kulitnya akan kembali dengan lambat atau sangat lambat.

Tanyakan kepada ibu apakah bayinya menderita diare.

Lakukan pemeriksaan untuk diare hanya jika bayi diare

Berikut dibawah ini adalah cara menilai dan mengklasifikasikan Diare:

Lihat dan Raba

- Lihat keadaan umum bayi:
  - Apakah bayi bergerak atas kemauan sendiri?
  - Apakah bayi bergerak hanya ketika dirangsang?
  - Apakah bayi tidak bergerak sama sekali?
  - Apakah bayi gelisah/ rewel?
- Lihat apakah matanya cekung?
- Cubit kulit perut, apakah kembalinya:
  - o Sangat lambat (>2 detik)
  - o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)
  - o Segera

Klasifikasikan Diare untuk dehidrasinya

Seorang bayi muda akan diklasifikasikan sesuai derajat dehidrasinya apabila terdapat 2 atau lebih tanda dan gejala pada kolom yang sesuai.

CARA MENGKLASIFIKASI DIARE

TANDA/GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
Terdapat dua atau lebih tanda berikut: ■ Bergerak hanya jika dirangsang atau tidak bergerak sama sekali (letargis) ■ Mata cekung ■ Cubitan kulit perut kembali sangat lambat	**DIARE DEHIDRASI BERAT**	■ Jika tidak terdapat klasifikasi berat lain, tangani sesuai **rencana terapi C** atau ■ Jika terdapat klasifikasi berat lainnya **RUJUK SEGERA** setelah memenuhi syarat rujukan dan berikan oralit sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan ■ Nasihati agar ASI tetap
Terdapat dua atau lebih tanda berikut: ■ Gelisah/rewel ■ Mata cekung ■ Cubitan perut kembali lambat	**DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG**	■ Jika tidak terdapat klasifikasi berat lainnya, tangani sesuai **rencana terapi B.** ■ **Jika terdapat klasifikasi berat lainnya: RUJUK SEGERA setelah memenuhi syarat rujukan dan berikan oralit sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan** ■ Lakukan asuhan dasar bayi muda ■ Nasihati ibu kapan untuk kembali segera ■ Kunjungan ulang dalam 1 hari
■ Tidak cukup tanda untuk dehidrasi berat atau ringan/sedang	**DIARE TANPA DEHIDRASI**	■ Tangani sesuai **rencana terapi A.** ■ Lakukan asuhan dasar bayi muda ■ Nasihati ibu kapan untuk kembali segera ■ Kunjungan ulang dalam 1 hari

Catatan

- **Cara memeriksa mata cekung:** Pendapat ibu dapat membantu memastikan bahwa mata anak cekung. Dengan demikian apabila anda ragu menentukan mata anak cekung atau tidak, tanyakan kepada ibunya, apakah mata anak kelihatan lain dari biasanya.
- **Cara memeriksa cubitan kulit perut:** Cubit kulit perut bayi (di tengah-tengah antara pusar dan sisi perut bayi) dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk. Jangan menggunakan ujung jari, karena dapat menimbulkan rasa sakit. Letakkan tangan sedemikian rupa sehingga lipatan cubitan kulit sejajar dengan tubuh bayi (memanjang dari atas ke bawah, tidak melintang tubuh bayi). Angkat semua lapisan kulit dan jaringan di bawahnya dengan mencubit kulit perut untuk mengetahui turgor.

3.2.2.4. MEMERIKSA STATUS HIV

Memeriksa Status HIV ini dilakukan pada bayi yang tidak dalam perawatan HIV. Tanyakan kepada semua ibu yang membawa bayi mudanya, apakah ibu sudah pernah tes HIV atau bisa juga dengan melihat Buku KIA.

Berikut dibawah ini adalah cara memeriksa Status HIV:

Tanyakan:

- Apakah ibu pernah tes HIV?
  - Jika "pernah", apakah hasilnya "positif" atau " negatif"?
  - Jika hasilnya "positif", tanyakan apakah Ibu sudah meminum ARV?
  - Jika "sudah", apakah ibu sudah meminum ARV minimal 6 bulan?
- Apakah bayi pernah mendapat atau masih menerima ASI?

Periksa:

- Jika status ibu dan bayi tidak diketahui ATAU belum dites HIV, maka anjurkan tes serologis HIV pada Ibu
- Jika hasil tes HIV ibu "positif", maka rencanakan tes HIV virologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.

Jika ibu belum tes HIV, tulislah tanda (-) di kolom klasifikasi. Jika ibu menolak, tuliskan penolakan tersebut dalam kolom tindakan/pengobatan (Permenkes 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran). Jika ibu bersedia, tuliskan pemeriksaan HIV sedang dalam proses.
Jika ibu sudah di tes HIV, tentukan Ibu HIV positif atau negatif dan lanjutkan penilaian sesuai dengan formulir pencatatan, kemudian tentukan klasifikasinya.

KLASIFIKASIKAN STATUS HIV. CARA MENGKLASIFIKASI STATUS HIV

TANDA/GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
■ Bayi dengan tes HIV positif	**INFEKSI HIV TERKONFIRMASI**	■ INFEKSI HIV TERKONFIRMASI Rujuk ke RS/Puskesmas rujukan ARV untuk mendapatkan terapi selanjutnya
■ Ibu HIV positif DAN bayi tes HIV negatif serta masih mendapatkan ASI atau berhenti menyusu <6 minggu **ATAU** ■ Ibu HIV positif dan bayi belum di tes	**TERPAJAN HIV**	■ Rujuk ke RS / Puskesmas rujukan ARV untuk mendapatkan terapi selanjut-nya. ■ Jika bayi belum di tes, rujuk bayi untuk tes HIV
■ Ibu HIV Negatif **ATAU** ■ Tidak terdapat gejala di atas **ATAU** ■ Ibu belum tes HIV	**MUNGKIN BUKAN INFEKSI HIV**	■ Tangani infeksi lainnya jika ada ■ Jika ibu belum tes HIV, anjurkan untuk tes HIV

3.2.2.5. KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI

Pemberian ASI merupakan hal yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi pada umur 6 bulan pertama kehidupannya. Jika ada masalah pemberian ASI pada masa ini, bayi dapat kekurangan gizi dan mudah terserang penyakit. Keadaan ini akan berdampak pada tumbuh kembang anak di kemudian hari bahkan dapat berakhir dengan kematian.

Masalah pemberian ASI pada neonatus cukup bulan biasanya berkaitan dengan masukan ASI yang kurang, sedangkan masalah pemberian ASI pada neonatus kurang bulan biasanya terkait dengan refleks isap yang belum sempurna.

Masalah hambatan kenaikan berat badan perhari setelah minggu pertama menunjukkan adanya kendala pada pemberian ASI. Pada minggu pertama berat badan boleh turun kurang dari 10% berat lahir. Setelah minggu pertama, berat badan harus naik 10-30 g/kgBB/hari sampai melebihi berat badan lahir.

Memeriksa semua bayi muda untuk kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI.

Tanyakan:

- Berapa kali bayi diberi ASI sepanjang pagi, siang dan malam
- Apakah bayi diberi makan/minum selain ASI? Jika "Ya" berapa kali selama 24 jam?
- Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi? Botol atau cangkir?

Lihat:

- Tentukan berat badan menurut umur kehamilan. Menentukan berat badan berdasarkan umur menggunakan standar WHO 2005 pada neonatus cukup bulan.
- Adakah luka atau bercak putih *(thrush)* di mulut?
- Adakah celah bibir atau langit-langit?

Jika bayi tidak ada indikasi dirujuk, lakukan penilaian tentang cara menyusui:

Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir?

- Jika "TIDAK", minta ibu untuk menyusui
- Jika "YA", minta ibu menunggu dan memberi tahu jika bayi sudah mau menyusu lagi
- Amati pemberian ASI dengan seksama
- Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi untuk menyusu

Lihat apakah bayi menyusui dengan baik:

- Lihat apakah posisi bayi benar? Seluruh badan bayi tersangga dengan posisi kepala dan badan bayi lurus, bayi menghadap ke dada ibu, badan bayi dekat ke ibu.
- Lihat, apakah bayi melekat dengan baik? Dagu bayi menempel payudara, mulut terbuka lebar, bibir bawah membuka keluar, areola tampak lebih banyak di bagian atas daripada dibawah mulut
- Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif? Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, hanya terdengar suara menelan

KLASIFIKASIKAN BERAT BADAN MENURUT UMUR DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. CARA MENGKLASIFIKASI KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI:

TANDA/GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
Terdapat satu atau lebih tanda berikut: ■ Berat badan menurut umur rendah ■ ASI kurang dari 8 kali/hari ■ Mendapat makanan atau minuman lain selain ASI ■ Posisi bayi salah ■ Tidak melekat dengan baik ■ Tidak menghisap dengan efektif ■ Terdapat luka atau bercak putih *(thrush)* di mulut ■ Terdapat celah bibir/ langit-langit	**BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI**	■ Lakukan asuhan dasar neonatus ■ Ajarkan ibu untuk memberikan ASI dengan benar ■ Jika menyusu kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nasehati ibu untuk menyusui lebih sering sesuai keinginan bayi, baik siang maupun malam ■ Jika memberi ASI dengan menggunakan botol, ajari penggunaan cangkir ■ Jika posisi salah atau tidak melekat baik atau tidak menghisap efektif, ajari ibu memperbaiki posisi/perlekatan ■ Jika ada luka atau bercak putih dimulut, nasihati ibu untuk mengobati dirumah ■ Jika ada celah bibir/langit-langit, nasihati tentang alternatif pemberian minum ■ Menasihati ibu kapan kembali segera ■ Kunjungan ulang 2 hari untuk masalah pemberian ASI dan *thrush* ■ Kunjungan ulang 7 hari untuk masalah berat badan rendah menurut umur
■ Tidak terdapat tanda/ gejala di atas	**BERAT BADAN TIDAK RENDAH MENURUT UMUR DAN TIDAK ADA MASALAH PEMBERIAN ASI**	■ Lakukan asuhan dasar bayi muda ■ Pujilah ibu karena telah memberikan ASI kepada bayi dengan benar

Neonatus akan diklasifikasikan pada klasifikasi tertentu apabila didapatkan satu atau lebih tanda atau gejala di lajur yang sesuai. Jika ditemukan berat badan rendah (baris kuning), namun tidak ada masalah pemberian ASI (baris hijau), maka klasifikasinya adalah "Berat Badan Rendah," tidak mungkin klasifikasinya "Berat Badan Rendah dan/atau Tidak Ada Masalah Pemberian ASI (klasifikasi kuning dan hijau digabung).

Jika Ibu dari bayi HIV positif dan mencampur pemberian ASInya dengan makanan/minuman selain ASI, sarankan pada ibu untuk menghentikan pemberian ASI dan rujuk ke bagian Gizi.

3.2.2.6. MASALAH/KELUHAN LAIN

1. Memeriksa MASALAH/KELUHAN LAIN pada neonatus pada waktu kunjungan neonatal maupun pemeriksaan di klinik. Misalnya kelainan bawaan, trauma lahir atau perdarahan pada tali pusat.
2. Memeriksa dan menanyakan masalah yang mungkin diderita oleh ibu, meliputi :
    1. Masalah yang sering terjadi pada ibu paska persalinan (perdarahan, demam, sakit kepala, pusing, atau stres).
    2. Menanyakan kepada ibu tentang adanya keluhan istirahat/ tidur, masalah makan/ minum, buang air kecil dan buang air besar, masalah puerperium (mulas, lokea berbau, nyeri perineum).
    3. Menanyakan apakah ASI keluar lancar? Apakah puting payudara rata? Apakah puting tertarik kedalam? Apakah puting lecet? Apakah payudara bengkak?
    4. Menanyakan apakah ibu mempunyai kesulitan dalam merawat bayi baru lahir?
    5. Menanyakan apakah ibu minum tablet tambah darah dan Vit A?
    6. Menanyakan apakah ibu minum obat atau jamu?
    7. Menanyakan apakah ibu sudah menggunakan alat kontrasepsi?
    8. Melakukan pemeriksaan fisik meliputi : memeriksa keadaan umum ibu, tanda/gejala vital (suhu, denyut nadi, tekanan darah), memeriksa tanda – tanda anemia dan perdarahan. memeriksa payudara (pembengkakan atau puting), memeriksa uterus (ukuran dan tonus), memeriksa lokia (jumlah, warna, bau), memeriksa daerah perineum (kebersihan, pembengkakan, hemoroid, luka, bau) dan memeriksa edema kaki

3.2.3. TINDAKAN DAN PENGOBATAN DENGAN MENGGUNAKAN MTBM

Tindakan dan pengobatan untuk setiap klasifikasi dicatat dalam formulir pencatatan sesuai dengan yang tercantum dalam kolom tindakan/pengobatan pada buku bagan.

Jenis pengobatan yang mungkin akan diberikan:

- Memberi tindakan/pengobatan untuk neonatus yang memerlukan rujukan segera
- Memberi tindakan/ pengobatan untuk neonatus yang tidak memerlukan rujukan
- Memberi asuhan dasar neonatus
- Memberi nasihat tentang pengobatan infeksi lokal di rumah.
- Konseling bagi ibu dan keluarga

3.2.3.1. TINDAKAN DAN PENGOBATAN PADA NEONATUS YANG MEMERLUKAN RUJUKAN

3.2.3.1.1. MENENTUKAN PERLUNYA RUJUKAN BAGI NEONATUS

Langkah awal menentukan tindakan/pengobatan pada neonatus sakit adalah menentukan apakah bayi perlu segera dirujuk atau tidak. Bayi muda dengan klasifikasi merah muda memerlukan rujukan segera. Namun khusus untuk DIARE DEHIDRASI BERAT, jika tidak ada klasifikasi berat lainnya dan fasilitas kesehatan mampu memberikan terapi intravena, maka dapat dilakukan langkah rehidrasi dengan Rencana Terapi C terlebih dahulu sebelum merujuk. Jika tidak mampu, RUJUK SEGERA.

Sebelum merujuk Neonatus ke rumah sakit, berikan semua tindakan pra rujukan yang sesuai dengan klasifikasinya (Neonatus dalam kondisi stabil). Neonatus dapat dirujuk, jika syarat rujukan terpenuhi, yaitu:

- Suhu tubuh minimal 36,5°C,
- Denyut nadi 100-160 kali/ menit (Lancet, 2011),
- Tidak ada tanda dehidrasi berat.

Neonatus yang membutuhkan rujukan adalah yang mempunyai klasifikasi berat (berwarna merah muda) seperti:

- Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat
- Ikterus berat
- Diare dehidrasi berat
- Infeksi HIV terkonfirmasi
- Terpajan HIV

"RUJUK SEGERA" berarti secepatnya merujuk bayi ke dokter atau fasilitas kesehatan yang mempunyai peralatan dan tenaga yang mampu merawat bayi sakit lebih baik. Tempat tersebut bisa puskesmas, puskesmas dengan rawat inap atau rumah sakit. Namun demikian, bayi dapat dirujuk terlebih dahulu ke dokter setempat (jika ada).

Dokter akan menentukan apakah bayi dapat ditangani di puskesmas atau harus dirujuk. Dokter juga dapat melakukan tindakan berdasarkan kemampuan dan sarana yang ada bila rujukan benar-benar tidak dapat dilakukan.

Beritahu ibu dan/atau keluarga bahwa bayi akan dirujuk. Jelaskan tentang pentingnya rujukan dan minta persetujuan. Jika ibu menolak, cari penyebabnya dan hilangkan kekhawatiran ibu atau bantulah semampunya untuk memecahkan masalah. Jika ibu setuju, siapkan surat rujukan dan kelengkapan lain yang diperlukan untuk merujuk bayi.

Hal-hal yang perlu dicantumkan dalam surat rujukan :

- Nama bayi, umur, tanggal dan waktu rujukan.
- Uraian singkat masalah anak dan alasan merujuk
- Tindakan yang telah diberikan.
- Informasi lain yang perlu diketahui penerima rujukan dan dimengerti serta ditandatangani oleh orangtua.
- Nama petugas kesehatan dan nama puskesmas.

3.2.3.1.2. TINDAKAN DAN PENGOBATAN PRA RUJUKAN

Jika bayi akan dirujuk SEGERA, tentukan hanya tindakan pra-rujukan (tindakan stabilisasi pada neonatus sebelum dirujuk). Tindakan pra rujukan tercetak tebal dalam kolom tindakan di buku bagan. Lakukan informed consent sebelum melakukan tindakan atau pengobatan pra rujukan.

Semua tindakan pra rujukan diberikan sesuai dengan klasifikasinya sebelum merujuk bayi muda. Beberapa tindakan yang memperlambat rujukan dan tidak sangat mendesak tidak diberikan sebelum merujuk. Misalnya pemberian imunisasi atau penilaian cara menyusui.

JIKA BAYI MUDA DITEMUKAN DALAM KEADAAN KEJANG, ATAU HENTI NAPAS, SEGERA LAKUKAN TINDAKAN/PENGOBATAN SEBELUM MELAKUKAN PENILAIAN YANG LAIN DAN RUJUK SEGERA

Tindakan/pengobatan prarujukan berikut dilakukan sebelum merujuk Neonatus dengan klasifikasi merah.

3.2.3.1.2.1. Menangani gangguan napas pada neonatus dengan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri.

Gangguan nafas dapat ditandai dengan frekuensi nafas cepat (≥ 60 kali/ menit) atau lambat (< 40 kali/ menit) yang disertai dengan tanda atau gejala sianosis, tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, pernafasan cuping hidung, dan terdengar suara merintih.

MENANGANI GANGGUAN NAPAS PADA PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI BERAT

- Posisikan kepala bayi setengah tengadah, jika perlu bahu diganjal dengan gulungan kain.
- Bersihkan jalan napas dengan menggunakan alat pengisap lendir
- Jika mungkin, berikan oksigen dengan kateter nasal atau nasal prong dengan kecepatan 2 liter per menit.

Jika terjadi perlambatan napas (< 40 kali/ menit) atau henti napas (apneu), lakukan resusitasi, sesuai dengan Bagan Alur Resusitasi Neonatus

3.2.3.1.2.2. Menangani kejang dengan obat anti kejang

Jika neonatus ditemukan dalam kondisi kejang, segera lakukan henti kejang sebelum melakukan penilaian kemudian RUJUK SEGERA.

Obat anti kejang pilihan yang pertama adalah Fenobarbital intravena. Apabila sediaan Fenobarbital intravena tidak tersedia, maka dapat diberikan Fenobarbital intramuskular dengan dosis 30 mg (0,6ml). Penyuntikan fenobarbital intravena ataupun intramuskular harus dilakukan dengan perlahan dan harus memperhatikan frekuensi napas bayi.

Apabila Fenobarbital intravena ataupun intramuskular tidak tersedia, dapat diberikan Diazepam per rektal sebagai obat anti kejang lini ketiga dengan dosis 0,25 ml pada neonatus berat kurang dari 2500 gram dan 0,5 ml pada neonatus berat lebih dari 2500 gram. Pemberian diazepam dilakukan dengan sediaan ampul menggunakan spuit 1 ml tanpa jarum dan diberikan per rektal. Pemberian dapat diulang satu kali dengan interval 15 menit. Apabila kejang tidak berhenti, segera rujuk dengan menjaga bebasnya jalan nafas.

MENANGANI KEJANG DENGAN OBAT ANTI KEJANG

- Obat anti kejang pilihan pertama: Fenobarbital intravena
- Obat anti kejang pilihan kedua: Fenobarbital intramuskular
- Obat anti kejang pilihan ketiga: Diazepam rektal

Fenobarbital	**Diazepam**
Sediaan: 100 mg/ 2 ml (dalam ampul 2 ml) diberikan secara intravena atau intramuskular	Sediaan: 5 mg/ml (dalam ampul 1 ml) atau 10mg/2ml (dalam ampul 2 ml) diberikan per rektal*
Dosis: 30 mg = 0,6 ml	Dosis: ■ BB < 2500 = 0,25 ml ■ BB ≥ 2500 = 0,5 ml

**** Diberikan dengan menggunakan spuit 1 ml tanpa jarum yang diambil dari sediaan diazepam ampul***
Jika kejang belum teratasi, pemberian dapat diulang satu kali dengan interval 15 menit

Jika bayi kejang, dapat dicurigai sebagai TETANUS NEONATORUM dengan ditandai gejala:

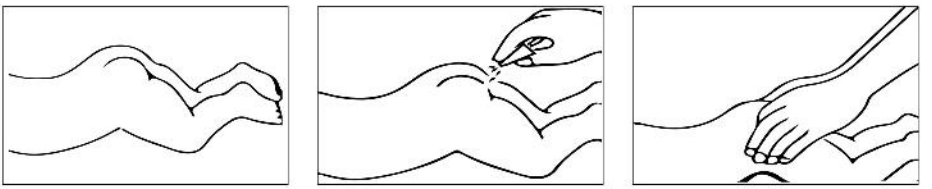
- Kejang/kaku seluruh tubuh baik dirangsang maupun spontan
- Mulut mencucu seperti mulut ikan
- Biasanya kesadaran masih baik tetapi bayi tak bisa menyusu.

Lakukan tindakan :

- Beri obat anti kejang Diazepam
- Beri dosis pertama antibiotik intramuskular Ampicillin dan Gentamisin.
- Rujuk segera
- Lihat pedoman Eliminasi Tetanus Neonatorum untuk tindakan berikutnya.

Cara memberikan diazepam per rektal: sedot Diazepam ke dalam semprit tuberkulin atau BCG (1 ml) sebanyak yang diperlukan, kemudian lepas jarumnya dan masukkan semprit tersebut ke rektum sekitar 4 cm dan semprotkan Diazepam ke dalam rektum.

Cara memberikan diazepam dapat dilihat pada gambar berikut:



GAMBAR 14. CARA PEMBERIAN DIAZEPAM PER REKTAL

3.2.3.1.2.3. Mencegah agar gula darah tidak turun

- Jika bayi masih bisa menyusui, minta ibu agar tetap menyusui bayinya
- Jika bayi tidak lagi bisa menyusu, tapi masih bisa menelan, berikan ASI perah dengan cangkir kecil atau sendok atau ditetesi dengan pipet. Berikan 20-50 ml (10 ml/kg) atau susu formula
- Jika bayi tidak bisa menelan, berikan 20-50 ml (10 ml/kg) ASI perah, atau susu formula melalui pipa lambung

Cara pemasangan pipa orogastrik:

Persiapan alat:

- OGT No 5 atau 8 (untuk bayi yang lebih kecil)
- Sudip lidah (tongue spatel)
- Sepasang sarung tangan
- Senter
- Spuit ukuran 20-50 cc
- Plester
- Stetoskop
- Handuk
- Tissue
- Bengkok

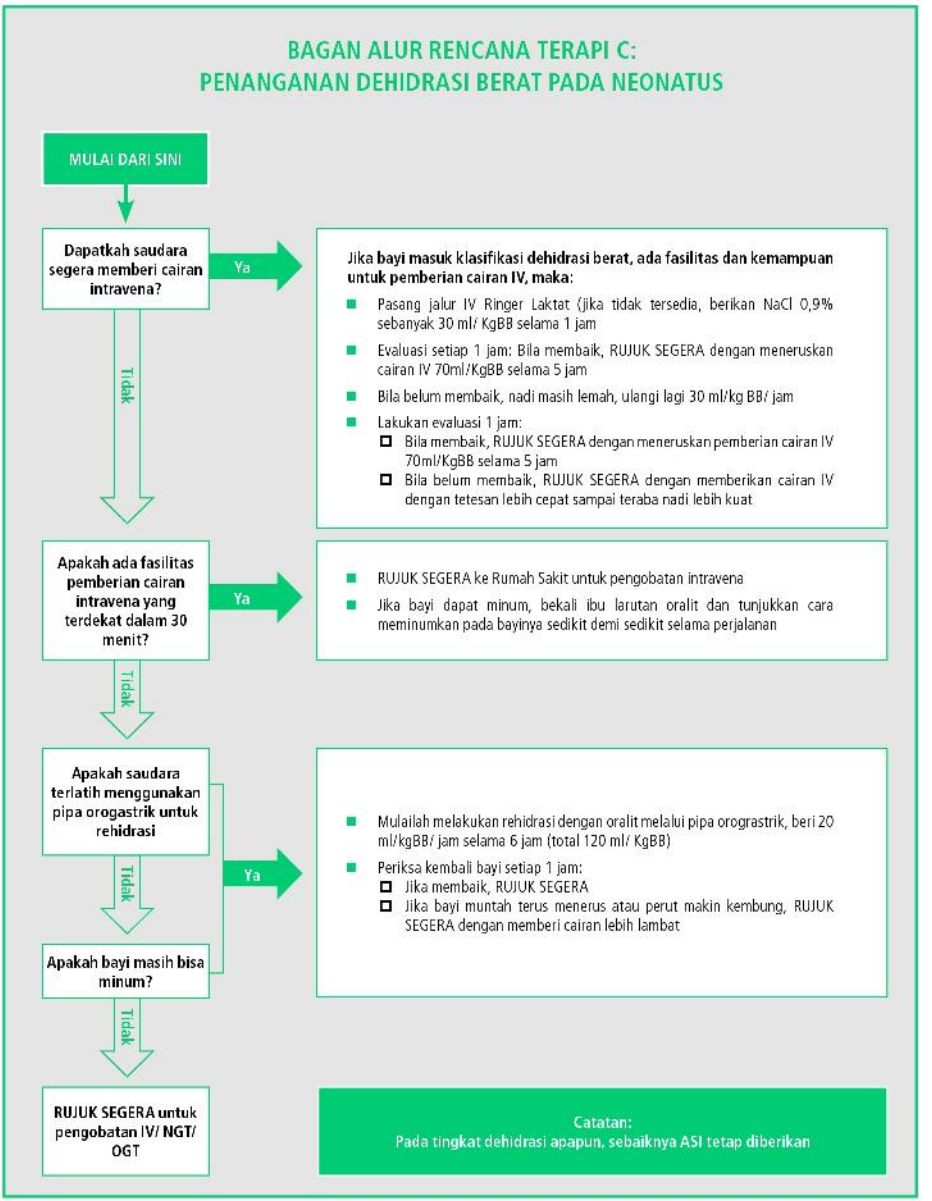
Langkah-langkah:

- Lakukan cuci tangan sebelum melakukan prosedur pemasangan *orogastric tube*
- Kenakan sarung tangan
- Ukur panjang selang pipa orogastrik yang akan masuk dengan cara mengukur jarak dari hidung ke *umbilicus* atau dari hidung ke cuping telinga kemudian ke *prosessus xyphoideus*
- Tandai bagian selang setelah diukur
- Masukan selang orogastrik melalui mulut. Halangi lidah dengan bantuan *tongue spatel.*
- Apabila bagian pipa yang masuk telah mencapai batas yang ditandai, maka yakinkan posisi tersebut dengan spuit berisi udara untuk memastikan bahwa selang telah benar-benar kedalam lambung bayi.
- Posisikan stetoskop di epigastrium kiri dan dengarkan suara hembusan udara dari spuit dengan stetoskop.
- Apabila posisi sudah benar, maka fiksasi bagian pipa orogastrik dengan plester dan rekatkan dibagian pipi.

UNTUK PEMBERIAN ASI DENGAN MENGGUNAKAN PIPA OROGASTRIK, ASI DIASPIRASI KE DALAM TABUNG SPUIT, DAN DIBIARKAN MENGALIR SECARA GRAVITASI, TANPA MENDORONG PISTON SPUIT

3.2.3.1.2.4. Memberikan Cairan Intravena

Berikan cairan intravena dengan Rencana Terapi C pada klasifikasi Diare Dehidrasi Berat



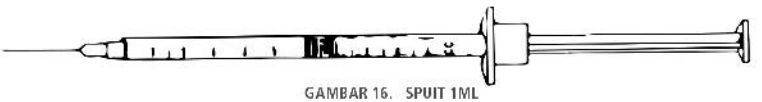
GAMBAR 15. BAGAN ALUR RENCANA TERAPI C: PENANGANAN DEHIDRASI BERAT PADA NEONATUS

3.2.3.1.2.5. Memberikan antibiotika intramuskular

Berikan antibiotik Ampisilin dan Gentamisin dosis pertama intramuskular pada bayi muda sakit dengan klasifikasi Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri Berat.

Cara memberikan suntikan intramuskular adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan kepada ibu mengapa obat tersebut harus diberikan.
2. Pilih obat yang sesuai dan tentukan dosis obat berdasarkan bagan pengobatan. Periksa konsentrasi sediaan yang ada.
3. Gunakan alat suntik 1 ml.



GAMBAR 16. SPUIT 1ML

4. Baringkan bayi, suntikkan secara intramuskular dan dalam di sepertiga tengah paha bagian lateral, jangan disuntikkan di bokong bayi.

TABEL 4.DOSIS PEMBERIAN AMPISILIN DAN GENTAMISIN

AMPISILIN	GENTAMISIN	
Dosis: 50 mg/ Kg BB	Umur < 7 hari	Umur ≥ 7 hari
	Dosis: 5 mg/ Kg BB	Dosis: 7,5 mg/ Kg BB

Catatan:
- Perhatikan jenis dan ukuran sediaan sebelum menentukan berapa miligram obat yang harus diberikankepada bayi sebelum dirujuk
- Jika rujukan tidak memungkinkan, lanjutkan pemberian ampisilin dan gentamisin setidaknya sampai 5 hari. Berikan Ampisilin 2 kali sehari pada bayi kurang dari 1 minggu dan 3 kali pada bayi berusia ≥ 1 minggu. Berikan Gentamisin sekali sehari

3.2.3.1.2.6. Menghangatkan tubuh bayi segera

Bayi dengan suhu badan <36,5˚C harus segera dihangatkan sebelum dirujuk, caranya sebagai berikut:

- Segera keringkan tubuh bayi yang basah dengan handuk/ kain kering. Ganti pakaian, selimut/ kain basah dengan kain yang kering
- Hangatkan tubuh bayi dengan metode kanguru atau menggunakan cahaya lampu 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, sampai suhu tubuh bayi normal dan pertahankan bayi tetap hangat
- Bungkus kepala bayi dengan kain kering dan hangat, beri tutup kepala. Jaga bayi tetap hangat. Hindari ruangan yang banyak angin, jauhkan bayi dari jendela dan pintu
- Pada bayi dengan Hipotermia (<36,5˚C), lakukan dengan Metode Kanguru.

3.2.3.2. TINDAKAN DAN PENGOBATAN PADA NEONATUS YANG TIDAK MEMERLUKAN RUJUKAN

Bayi dengan klasifikasi kuning dan hijau tidak memerlukan rujukan. Lakukan tindakan/pengobatan dan nasihat untuk ibu termasuk kapan harus segera kembali serta kunjungan ulang, sesuai dengan buku bagan. Bayi yang tidak memerlukan rujukan dapat ditangani di Puskesmas. Tindakan atau pengobatannya dilakukan berdasarkan buku bagan MTBS sesuai dengan klasifikasi.

Pada bagan pengobatan dijelaskan dosis yang tepat berdasarkan berat badan bayi, jadwal pemberian, jumlah hari pengobatan dan cara pemberian setiap harinya.

Komunikasi yang baik sangat penting ketika petugas kesehatan mengajari ibu dan/ atau keluarga, cara memberi obat di rumah, karena pengobatan di puskesmas perlu dilanjutkan dirumah dan keberhasilan pengobatan di rumah tergantung keterampilan berkomunikasi dengan ibu dan/ atau keluarga. Demikian pula ketika memberikan konseling tentang masalah pemberian ASI, menasihati ibu kapan kunjungan ulang dan kembali segera, atau memberi nasihat lainnya.

Adapun Neonatus yang tidak memerlukan rujukan adalah neonatus dengan klasifikasi berwarna kuning dan hijau yaitu:

- Infeksi bakteri lokal.
- Mungkin bukan infeksi
- Ikterus
- Tidak ada ikterus
- Diare dehidrasi ringan/sedang

- Diare tanpa dehidrasi
- Mungkin bukan infeksi HIV
- Berat badan rendah menurut umur dan/ atau masalah pemberian ASI
- Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI

Catat semua tindakan/pengobatan yang diperlukan, termasuk nasihat kapan kembali segera dan kunjungan ulang pada Formulir Pencatatan.

Di bawah ini adalah beberapa tindakan/pengobatan pada bayi muda yang tidak memerlukan rujukan:

3.2.3.2.1. MENGOBATI INFEKSI BAKTERI LOKAL

Ada 2 jenis Infeksi bakteri lokal pada bayi muda yang dapat diobati di rumah

- Infeksi kulit atau pusar
- Infeksi mata

Langkah-langkah yang perlu dilakukan ketika mengajari ibu:

- Jelaskan cara memberi pengobatan tersebut
- Amati cara ibu mempraktikan
- Cek pemahaman ibu sebelum pulang
- Nasihati ibu untuk kembali jika infeksi bertambah parah

CARA MENGOBATI INFEKSI KULIT ATAU PUSAR

- Cuci tangan dan keringkan sebelum mengobati bayi
- Bersihkan nanah dan krusta dengan air matang DTT secara hati-hati
- Keringkan daerah sekitar luka dengan kain bersih dan kering
- Untuk infeksi kulit olesi dengan antiseptik Povidon Iodin atau Alkohol 70%
- Cuci tangan kembali
- Lakukan 2 kali sehari selama 5 hari

CARA MENGOBATI INFEKSI MATA

- Cuci tangan dan keringkan sebelum mengobati bayi
- Bersihkan kedua mata bayi 3 kali sehari menggunakan kapas/kain bersih dengan air hangat
- Oleskan salep mata tetrasiklin 1% atau kloramfenikol 1% pada bagian dalam kelopak mata bawah, pada kedua mata
- Cuci tangan kembali dan keringkan
- Obati sampai kemerahan hilang

3.2.3.2.2. MELAKUKAN REHIDRASI ORAL BAIK DI KLINIK MAUPUN DI RUMAH

Penanganan diare yang paling penting adalah mencegah atau mengatasi dehidrasi, selain mencegah terjadinya gangguan nutrisi dan lain-lain. Oleh karena itu anda harus menguasai dengan baik rencana terapi B dan A bagi penderita diare.

RENCANA TERAPI B
PENANGANAN DEHIDRASI RINGAN/ SEDANG DENGAN ORALIT

Berikan oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam. Berdasarkan MTBM, Umur ≤4 bulan, berat badan < 6 kg, jumlah yang diberikan adalah 200 – 400 ml

TENTUKAN JUMLAH ORALIT UNTUK 3 JAM PERTAMA

Jumlah oralit yang diperlukan = berat badan (dalam kg) X 75 ml
Digunakan UMUR hanya bila berat badan bayi tidak diketahui.

- Jika bayi menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas
- Untuk bayi berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, berikan pula 100-200 ml air matang selama periode ini

TUNJUKAN CARA MEMBERIKAN LARUTAN ORALIT

- Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir
- Jika bayi muntah, tunggu 10 menit, kemudian berikan kembali dengan lebih lambat
- Lanjutkan ASI selama bayi menginginkan
- Bila kelopak mata bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan ASI atau air masak

SETELAH 3 JAM

- Ulangi penilaian dan klasifikasikan kembali derajat dehidrasinya
- Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan
- Tetap lanjutkan pemberian ASI

JIKA IBU MEMAKSA PULANG SEBELUM PENGOBATAN SELESAI

- Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah
- Tunjukkan berapa banyak oralit yang harus diberikan di rumah utnuk menyelesaikan 3 jam pengobatan
- Beri oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dianjurkan dalam rencana terapi A
- Jelaskan 3 aturan perawatan diare di rumah (Lihat rencana terapi A)

RENCANA TERAPI A
PENANGANAN DIARE DI RUMAH

Jelaskan pada ibu, tentang aturan perawatan di rumah

1. BERI CAIRAN TAMBAHAN

(sebanyak bayi mau). Jelaskan kepada Ibu:

- Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian
- Jika anak memperoleh ASI Eksklusif berikan oralit atau air matang sebagai tambahan
- Jika anak tidak memperoleh ASI Eksklusif berikan oralit atau air matang

Anak harus diberikan larutan oralit di rumah, jika:

- Anak telah diobati dengan rencana terapi B atau C dalam kunjungan ini
- Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diarenya bertambah parah

Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit.
Beri ibu 6 bungkus oralit dirumah

Tunjukkan kepada ibu berapa banyak harus memberikan oralit/ cairan lain yang harus diberikan setiap kali bayi buang air besar.
(Sampai umur 1 tahun: 50-100 ml setiap kali buang air besar)

Katakan kepada ibu:

- Agar meminumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir
- Jika bayi muntah, tunggu 10 menit, kemudian berikan lebih lambat
- Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti

2. LANJUTKAN PEMBERIAN ASI

3. BERIKAN NASIHAT KAPAN HARUS KEMBALI

3.2.3.2.3. MENGOBATI LUKA ATAU BERCAK PUTIH DI MULUT

Obati luka atau bercak putih *(thrush)* pada bayi muda secepatnya agar tidak mengganggu bayi muda dalam menyusu.

CARA MENGOBATI LUKA ATAU BERCAK PUTIH (TRUSH) DI MULUT

- Cuci tangan ibu sebelum mengobati bayi
- Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang terbungkus kain bersih dan telah dicelupkan ke larutan air matang hangat bergaram (1 gelas air hangat ditambah seujung sendok teh garam)
- Teteskan Suspensi Nistatin 0,5 ml/ KgBB/ Hari dibagi dalam 4 kali pemberian.* (contoh: untuk bayi berat badan 3 kg maka dosis perhari adalah 1,5 ml dan dosis perkali adalah 0,35 ml).
- Cuci tangan dan keringkan kembali
- Obati luka atau bercak di mulut 4 kali selama 7 hari

** pengambilan dosis diluar ukuran dropper nistatin dapat dibantu dengan menggunakan spuit 1 cc tanpa jarum*

3.2.3.2.4. ASUHAN DASAR NEONATUS

Tindakan asuhan dasar Neonatus adalah tindakan sederhana, tetapi penting untuk kelangsungan hidup yang harus diberikan pada Neonatus yang sehat maupun sakit. Tindakan asuhan dasar neonatus meliputi: mencegah infeksi, menjaga neonatus selalu hangat, memberikan ASI saja sesering mungkin, dan memberi imunisasi.

Lakukan komunikasi dan pastikan ibu dapat melakukan tindakan-tindakan tersebut pada waktu kunjungan rumah saat memeriksa bayi di fasilitas pelayanan kesehatan.

3.2.3.2.4.1. Mencegah Infeksi

- Cuci tangan sebelum atau sesudah memegang bayi
- Bersihkan tali pusat jika basah atau kotor dengan air matang, kemudian keringkan dengan kain yang bersih dan kering. INGATKAN ibu supaya menjaga tali pusat selalu bersih dan kering
- Jaga kebersihan tubuh bayi dengan memandikannya setelah suhu stabil. Gunakan sabun dan air hangat, bersihkan tubuh dengan hati-hati

- Hindarkan bayi kontak dengan orang sakit, karena sangat rentan tertular penyakit
- Minta ibu untuk memberikan kolostrum karena mengandung zat kekebalan tubuh
- Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin hanya ASI saja. Bila bayi tidak bisa menyusu, beri ASI perah dengan menggunakan cangkir/sendok. Hindari Pemakaian botol dan dot karena dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi saluran cerna.

3.2.3.2.4.2. Menjaga Neonatus Selalu Hangat

- Cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
- Segera keringkan tubuh bayi dan ganti pakaiannya dengan yang bersih dan kering setiap kali bayi basah
- Baringkan bayi ditempat yang hangat dan jauh dari jendela atau pintu yang terbuka. Beri alas kain yang bersih dan kering ditempat pemeriksaan bayi termasuk timbangan.
- Memandikan bayi baru lahir cukup sekali sehari.
- Selesai memandikan, segera keringkan tubuh bayi dan pakaian yang bersih dan kering, topi, kaus tangan, kaus kaki dan selimut bila diperlukan
- Mintalah ibu untuk meletakkan bayi di dadanya sesering mungkin dan tidur bersama ibu
- Pada BBLR atau suhu <36,5°C, hangatkan bayi dengan METODE KANGURU atau dengan lampu 60 watt berjarak minimal 60 cm dari bayi

3.2.3.2.4.3. Memberi ASI Sesering Mungkin

- Cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
- Minta ibu untuk memberi ASI saja sesering mungkin minimal 8 kali sehari siang ataupun malam
- Menyusui dengan payudara kiri dan kanan secara bergantian
- Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lainnya
- Jika bayi telah tidur selama 2 jam, minta ibu untuk membangunkannya dan langsung disusui
- Minta ibu untuk meletakkan bayi di dadanya sesering mungkin dan tidur bersama ibu
- Ingatkan ibu dan anggota keluarga lain untuk membaca kembali hal-hal tentang pemberian ASI di Buku KIA
- Minta ibu untuk menanyakan hal-hal yang kurang dipahami

3.2.3.2.4.4. Imunisasi

- Segera beri imunisasi HB 0 sebelum bayi umur 24 jam
- Beri imunisasi BCG dan imunisasi Polio 1 ketika bayi berumur 1 bulan (kecuali bayi lahir di Rumah Sakit, imunisasi diberikan sebelum bayi dipulangkan)
- Tunda pemberian imunisasi pada neonatus yang mempunyai klasifikasi merah

3.2.3.3. TINDAKAN ATAU PENGOBATAN TERHADAP MASALAH/ KELUHAN IBU

Setiap masalah atau keluhan yang disampaikan dan dirasakan oleh ibu harus ditangani sesuai dengan pengetahuan saudara serta kebijakan program kesehatan ibu. Catat semua keluhan dan tindakan pada Formulir Pencatatan, dan nasihati ibu kapan harus kembali segera dan kunjungan ulang. Rujuk ibu untuk masalah lain yang tidak dapat saudara tangani.

3.2.3.4. MENGAJARI ATAU MENASIHATI IBU UNTUK MERAWAT NEONATUS DI RUMAH

Beberapa hal yang perlu disampaikan kepada ibu untuk merawat atau meningkatkan kesehatan bayinya di rumah, secara rinci ada dalam Buku Bagan MTBS, yaitu :

1. Mengajari ibu cara pemberian obat oral dan mengobati infeksi bakteri lokal di rumah.
2. Mengajari ibu tentang hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, misalnya :
   - Anjuran pemberian ASI eksklusif,
   - Cara menyusui dengan baik,
   - Cara meningkatkan produksi ASI,
   - Cara memerah ASI menyimpan dan memberikannya setelah disimpan
   - Cara mengatasi masalah pemberian ASI pada bayi, atau
   - Cara mengatasi masalah pemberian ASI pada ibu.
3. Mengajari cara merawat tali pusat
4. Menjelaskan jadwal pemberian imunisasi pada bayi muda.
5. Menasihati ibu untuk meningkatkan pemberian cairan atau ASI selama bayi sakit.
6. Menasihati ibu kapan harus segera membawa bayi ke petugas kesehatan dan kapan kunjungan ulang.
7. Menasihati ibu tentang kesehatan dirinya.

3.2.4. MEMERIKSA STATUS PENYUNTIKAN VITAMIN K1 DAN STATUS IMUNISASI PADA NEONATUS

Periksalah status vitamin K1 bayi, apakah bayi sudah mendapat vitamin K1 yang harus diberikan segera setelah lahir (di paha kiri), setelah proses Inisiasi Menyusu Dini dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B (di paha kanan).

Selain imunisasi Hepatitis B yang harus diberikan segera setelah lahir, berikut ini adalah jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada neonatus/ bayi muda.

UMUR	JENIS IMUNISASI
0-24 jam	HB-0
1 bulan	BCG dan Polio 1

3.2.5. KONSELING BAGI IBU

Petugas kesehatan memberitahu ibu kapan harus kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan dan juga mengajari ibu untuk mengenali tanda bahaya yang menunjukkan kapan bayi harus segera dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan serta menilai praktik pemberian ASI dan memberikan konseling untuk mengatasi masalah yang ditemukan termasuk konseling untuk kesehatan ibu.

Berikan juga konseling tentang cara melanjutkan pengobatan di rumah, merawat bayi muda sehat maupun sakit termasuk melakukan asuhan dasar di rumah.

Teknik komunikasi yang baik perlu dimiliki setiap petugas kesehatan yang memberikan pelayanan. Keterampilan berkomunikasi yang baik dilakukan dengan cara:

T : Tanya dan dengar jawaban ibu dengan seksama
P : Puji untuk hal-hal yang telah dilakukan ibu dengan benar.
N : Nasehati dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
C : Cek pemahaman untuk mengetahui sampai sejauh mana informasi dimengerti agar tujuan komunikasi tercapai.

Mengecek pemahaman hendaknya dilakukan dengan mengajukan pertanyaan terbuka, yaitu pertanyaan yang disampaikan sedemikian rupa sehingga jawabannya tidak hanya "ya" atau "tidak'.

Contoh pertanyaan terbuka:

- Kapan ibu memberikan obat ini kepada bayi?
- Berapa banyak obat yang akan diberikan setiap kali pemberian?

Contoh pertanyaan tertutup:

- Tahukah ibu cara memberi obat pada bayi?

3.2.5.1. MENASIHATI IBU UNTUK MEMBERIKAN CAIRAN TAMBAHAN PADA WAKTU BAYI SAKIT

Bayi muda sakit dapat mengalami kehilangan cairan karena demam, napas cepat, atau diare. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI lebih sering (jika bayi hanya mendapat ASI). Jika bayi menderita diare, beri cairan tambahan sesuai Rencana Terapi A atau B. Bayi akan merasa lebih baik dan tetap kuat apabila ia cukup mendapat cairan.

MENASIHATI IBU UNTUK MENINGKATKAN PEMBERIAN CAIRAN SELAMA ANAK SAKIT

Untuk setiap bayi sakit:

- Berikan ASI lebih sering dan lebih lama setiap kali menyusui

Untuk Bayi Diare:

- Pemberian cairan tambahan akan dapat menyelamatkan nyawa bayi. Beri cairan tambahan sesuai rencana Terapi A atau B

3.2.5.2. MENASIHATI DAN MENGAJARI IBU CARA MENGOBATI INFEKSI BAKTERI LOKAL DI RUMAH

Ada 2 jenis infeksi bakteri lokal yang dapat diobati di rumah, yaitu Infeksi mata dan Infeksi kulit atau pusar.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan ketika mengajari ibu:

- Jelaskan cara memberi pengobatan tersebut.
- Amati cara ibu mempraktikkan di depan anda.
- Cek pemahaman ibu sebelum pulang.
- Nasihati ibu untuk kembali jika infeksi bertambah parah

3.2.5.3. MENGAJARI CARA MERAWAT TALI PUSAT

Infeksi merupakan salah satu penyebab kesakitan tertinggi pada neonatus. Untuk mengurangi kejadian infeksi tersebut, anda dapat mengajarkan ibu tentang cara merawat tali pusat bayi dan pemberian imunisasi.

Ibu dan anggota keluarga lainnya dapat merawat tali pusat sampai tali pusat puput/lepas. Ajarkan ibu cara merawat tali pusat secara benar di rumah.

Bila tali pusat belum puput, sebelum mandi pastikan tidak ada nanah atau kemerahan pada tali pusat dan setelah mandi keringkan tali pusat dengan seksama.

3.2.5.4. MENGAJARI IBU CARA MENYUSUI DENGAN BAIK

Tunjukan kepada ibu cara memegang bayinya atau posisi bayi yang benar

- Sanggalah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja
- Kepala dan tubuh bayi lurus
- Hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu
- Dekatkan badan bayi ke badan ibu

Tunjukkan kepada ibu cara melekatkan bayi. Ibu hendaknya :

- Menyentuhkan puting susu ke bibir bayi
- Menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar
- Segera mendekatkan bayi ke arah payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu

Cara melekatkan yang benar ditandai dengan :

- Dagu menempel pada payudara ibu
- Mulut bayi terbuka lebar
- Bibir bawah bayi terputar keluar
- Areola tampak lebih banyak di bagian atas daripada di bagian bawah

Bayi menghisap dengan efektif jika bayi menghisap secara dalam, teratur yang diselingi istirahat. Pada saat bayi mengisap ASI, hanya terdengar suara bayi menelan.

Amati apakah perlekatan dan posisi bayi sudah benar dan bayi sudah mengisap dengan efektif. Jika belum, cobalah sekali lagi.

3.2.5.5. MENGAJARI IBU CARA MEMERAH ASI

Minta ibu untuk:

- Mencuci tangan pakai sabun
- Mengatur posisi sehingga nyaman
- Memegang wadah bermulut lebar dibawah puting dan areola
- Meletakkan jempol di bagian atas payudara, jari telunjuk dan jari lainnya menopang di sisi bagian bawah sehingga posisinya berlawanan setidaknya 4 cm dari puncak puting
- Tekan dan lepaskan jaringan payudara antara jempol dan telunjuk beberapa kali
- Jika ASI tidak keluar, ganti posisi jempol dan telunjuk beberapa kali
- Tekan dan lepaskan mengelilingi payudara. Jaga agar jarak jari dan puting tetap. Hati-hati jangan menekan puting atau mengurut payudara.
- Perah satu payudara sampai ASI hanya menetes lalu perah payudara lainnya sampai ASI hanya menetes
- Perah bergantian 5-6 kali setidaknya selama 20-30 menit
- Berhenti memerah jika ASI tidak mengalir lagi tapi hanya menetes dari awal

3.2.5.6. MENGAJARI IBU CARA MENINGKATKAN PRODUKSI ASI

- Cara meningkatkan ASI adalah dengan menyusui sesering mungkin
- Menyusui lebih sering lebih baik karena merupakan kebutuhan bayi
- Menyusu pada payudara kiri dan kanan secara bergantian
- Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lainnya
- Jika bayi telah tidur selama 2 jam, bangunkan dan langsung disusui

3.2.5.7. MENGAJARI IBU UNTUK MENJAGA BAYI BERAT LAHIR RENDAH TETAP HANGAT DI RUMAH

- Pertahankan bayi agar di tempat tidur yang sama dengan ibu
- Tutup pintu dan jendela agar udara diingin tidak masuk
- Ketika memandikan bayi, lakukan diruangan yang hangat dengan air hangat, keringkan segera setelah memandikan dan pakaikanlah baju sesegera mungkin
- Ganti pakaian bayi bila basah
- Lakukan metoda kanguru sesering mungkin, baik siang maupun malam
- Ketika tidak dalam metoda kanguru, jaga bayi agar tetap berpakaian atau dibungkus sepanjang waktu. Pakaikan topi dan kaos kaki, bungkus bayi dengan longgar menggunakan kain kering yang lebut dan selimuti
- Periksa dengan teratur tangan dan kaki bayi. Jika teraba dingin, hangatkan bayi kembali dengan Metoda Kenguru
- Susui bayi dengan teratur (atau berikan ASI perah dengan cangkir)

3.2.5.8. MENASIHATI IBU TENTANG KESEHATAN DIRINYA

- Pemberian vitamin A 200.000 IU perhari selama 2 hari kepada ibu selama masa nifas
- KB pasca salin, gizi seimbang dan lain-lain sesuai hasil penilaian kesehatan ibu sebelumnya

3.2.5.9. MENASIHATI IBU KAPAN KEMBALI SEGERA

Nasihati ibu agar kembali segera, jika bayi menunjukkan salah satu tanda bahaya berikut ini:

- Bayi lemas atau gerakan bayi berkurang
- Gerakan bayi berulang/ kejang
- Suara napas merintih
- Napas cepat ≥ 60x/menit
- Sesak napas/ sukar bernapas/ henti napas
- Perubahan warna kulit (kebiruan, kuning, pucat)
- Badan teraba dingin (suhu < 36,5 °C)
- Badan teraba demam (suhu > 37,5 °C)
- Malas/ tidak bisa menyusu atau minum
- Telapak kaki dan tangan teraba dingin
- Telapak kaki dan tangan terlihat kuning
- Bertambah parah

3.2.5.10. MENASIHATI IBU KAPAN KUNJUNGAN ULANG

Tulislah waktu kunjungan ulang untuk setiap klasifikasi. Bila terdapat beberapa macam waktu untuk kunjungan ulang, pilih waktu yang terpendek dan pasti.

BAYI DENGAN:	KUNJUNGAN ULANG
Ikterus	1 hari
Infeksi bakteri Lokal	2 hari
Diare dehidrasi ringan/sedang	1 hari
Masalah pemberian ASI	2 hari
Luka atau bercak putih di mulut *(trush)*	2 hari
Berat badan rendah menurut umur	7 hari

Waktu terpendek yang pasti untuk kunjungan ulang dicatat pada tempat yang disediakan di bagian akhir atau kanan bawah Formulir Pencatatan. Waktu inilah yang perlu diberitahukan kepada ibu. Apabila dari berbagai waktu untuk kunjungan ulang tidak ada yang pasti atau anak akan di rujuk, maka pada tempat yang disediakan ini diberi tanda strip (-).

Dalam Formulir Pencatatan di bagian akhir atau kanan bawah, tertulis: "Nasihati kapan kembali segera". Kalimat ini tidak perlu ditulis di setiap kolom Tindakan/Pengobatan, namun tenaga kesehatan perlu mengajari ibu tentang tanda-tanda kapan anak harus segera dibawa kembali ke puskesmas dengan berpedoman pada tanda-tanda KAPAN HARUS KEMBALI SEGERA sebagaimana tercantum pada sub bab 3.2.5.9. Saat memberikan nasihat kapan kembali segera, berilah tanda ceklis (√) pada tempat yang disediakan di bagian akhir atau kanan bawah Formulir Pencatatan.

3.2.5.11. KONSELING UNTUK BAYI RISIKO TINGGI

Pada bayi dengan faktor risiko tinggi, bila kondisi fisik bayi sudah baik, lakukan konseling kepada ibu dan keluarga untuk membawa bayi ke dokter anak atau rumah sakit untuk pemeriksaan kemungkinan adanya gangguan perkembangan.

Bayi dengan faktor risiko tinggi adalah bayi yang memiliki salah satu faktor berikut ini:

- Bayi kurang bulan (< 36 minggu)
- Bayi berat lahir rendah (< 2500 gram)
- Bayi yang tidak segera menangis saat lahir (asfiksia)
- Bayi yang mengalami kejang di masa neonatus
- Bayi yang mengalami infeksi atau penyakit sangat berat di masa neonatus

RUJUKLAH NEONATUS KE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN YANG LEBIH MEMADAI jika:

- Keadaan bayi memburuk ATAU
- Keadaan bayi tidak membaik dan obat tidak tersedia ATAU
- Anda khawatir tentang keadaan bayi ATAU
- Anda tidak tahu harus berbuat apa dengan bayi

3.2.6. PELAYANAN TINDAK LANJUT

Beberapa bayi mungkin datang lagi dengan masalah yang tidak dapat disembuhkan dengan pengobatan awal. Pelayanan tindak lanjut merupakan hal yang penting untuk memeriksa bayi yang datang pada kunjungan ulang. Setiap bayi yang datang untuk kunjungan ulang harus dinilai secara lengkap seperti pada kunjungan pertama. Periksalah bayi untuk melihat perkembangan penyakitnya, apakah membaik, tidak ada perubahan atau memburuk. Kemungkinan anda menemukan masalah atau klasifikasi penyakit yang baru.

Tindakan/pengobatan untuk masalah atau keluhan lama mengacu pada pelayanan tindak lanjut, sedangkan untuk masalah/keluhan baru tindakan/pengobatannya sama seperti kunjungan pertama.

Untuk semua klasifikasi pada neonatus apabila kunjungan ulang yang kedua masih menetap, maka bayi harus di RUJUK SEGERA.

3.2.6.1. KUNJUNGAN ULANG INFEKSI BAKTERI LOKAL

INFEKSI BAKTERI LOKAL

Sesudah 2 hari:

- Periksa: Lakukan penilaian lengkap
- Periksa mata, apakah bernanah, apakah nanah bertambah banyak ?
- Periksa pusar, apakah merah/keluar nanah? Apakah merah meluas lebih dari 1 cm?
- Periksa pustul pada kulit

Tindakan:

- Jika menetap atau bertambah parah, RUJUK SEGERA.
- Jika membaik, lanjutkan pengobatan infeksi lokal di rumah sampai seluruhnya 5 hari
- Untuk pustul kulit dan pusar kemerahan teruskan pemberian pengobatan topikal
- Untuk mata bernanah, lanjutkan obat tetes/salep mata

3.2.6.2. KUNJUNGAN ULANG IKTERUS

IKTERUS

Sesudah 1 hari:

Lihat ikterus. Apakah telapak tangan dan kaki terlihat kuning?

Periksa : Lakukan penilaian lengkap

Tindakan:

- Jika telapak tangan dan kaki terlihat kuning, RUJUK
- Jika telapak tangan dan kaki tidak kuning, tapi ikterus tidak berkurang, nasihati ibu perawatan di rumah dan minta untuk kembali dalam 1 hari
- Jika ikterus mulai berkurang, minta ibu untuk melanjutkan perawatan di rumah. Minta untuk kunjungan ulang dalam 14 hari. Jika ikterus berlanjut sampai lebih dari usia 2 minggu, rujuk untuk penilaian lebih lanjut.

3.2.6.3. KUNJUNGAN ULANG DIARE TANPA DEHIDRASI DAN DEHIDRASI RINGAN/ SEDANG

DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG
DIARE TANPA DEHIDRASI

Sesudah 1 hari:

Tanyakan : Apakah diare berhenti?

Periksa : Lakukan penilaian lengkap

- Apakah Berat Badan turun ≥ 10% dari kunjungan sebelumnya ?

Tindakan:

- Jika didapatkan klasifikasi DIARE DEHIDRASI BERAT atau berat badan turun ≥ 10%, lakukan tindakan/pengobatan sesuai Rencana terapi C pada neonatus
- Lakukan asuhan dasar neonatus
- Jika tidak ada diare, pujilah ibu dan diminta untuk melanjutkan pemberian ASI

3.2.6.4. KUNJUNGAN ULANG BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR

BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR

Sesudah 7 hari:

Periksa: lakukan penilaian lengkap. Jika tidak ada indikasi RUJUK

- Tetap kan apakah berat badan menurut umur masih rendah
- Lakukan penilaian cara menyusui
  - Jika berat badan tidak lagi rendah menurut umur, puji ibu dan semangati untuk melanjutkan pemberian ASI
  - Jika masih berat badan rendah menurut umur, tapi menyusui baik, puji ibu. Minta ibu untuk kembali membawa anaknya untuk ditimbang dalam 7 hari atau ketika kembali untuk imunisasi. Pilih mana yang lebih cepat
  - Jika masih berat badan rendah menurut umur dan masih ada masalah menyusui, konseling ibu tentang masalah menyusui, Minta ibu untuk kembali membawa anaknya untuk ditimbang dalam 7 hari. Lanjutkan memeriksa anak setiap beberapa minggu sampai bayi dapat menyusu dengan baik dan berat badan meningkat secara regular dan tidak ada lagi berat badan rendah menurut umur.

Kecuali:

Jika diduga pemberian ASI sudah tidak akan membaik, atau jika berat badan menurun, RUJUK

3.2.6.5. KUNJUNGAN ULANG UNTUK MASALAH PEMBERIAN ASI

MASALAH PEMBERIAN ASI

Sesudah 2 hari

Nilai kembali pemberian ASI

Tanya: Masalah pemberian ASI yang ditemukan pada saat kunjungan pertama kali

Periksa: lakukan penilaian lengkap

Tindakan:

- Jika bayi sudah dapat menyusu dengan baik, puji ibu dan beri motivasi untuk meneruskan pemberian ASI dengan baik
- Jika masih terdapat masalah pemberian ASI, RUJUK SEGERA
- Konseling ibu tentang masalah pemberian ASI baik yang baru maupun yang ada sebelumnya. Jika diharapkan ada perubahan dalam menyusui, minta ibu untuk membawa bayinya kembali.
- Jika bayi berat badan rendah menurut umur, minta ibu untuk kunjungan ulang dalam 7 hari. Lanjutkan kunjungan ulang sampai berat badan bayi naik dengan baik.

Perhatian:

Jika saudara tidak yakin akan ada perubahan dalam cara pemberian ASI atau berat badan bayi menurun, RUJUK SEGERA

3.2.6.6. KUNJUNGAN ULANG UNTUK MASALAH LUKA ATAU BERCAK PUTIH *(THRUSH)* DI MULUT

LUKA ATAU BERCAK PUTIH *(THRUSH)* DI MULUT

Sesudah 2 hari:

Periksa: lakukan penilaian lengkap

- Penilaian tentang cara menyusui
- Bagaimana *thrush* saat ini?

Tindakan:

- Jika *thrush* bertambah parah, RUJUK SEGERA
- Jika bayi memiliki masalah dalam menyusu, RUJUK SEGERA
- Jika *thrush* menetap atau membaik dan bayi menyusu dengan baik, lanjutkan pemberian nistatin suspensi sampai 7 hari

3.3. BIMBINGAN PEMBERIAN ASI DAN MEMANTAU KECUKUPAN ASI

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh) dan melatih refleks dan motorik bayi (asah).

3.3.1. BIMBINGAN PEMBERIAN ASI

3.3.1.1. POSISI MENYUSUI YANG BAIK

Posisi bayi saat menyusui sangat menentukan keberhasilan pemberian ASI dan mencegah lecet puting susu. Pastikan ibu memeluk bayinya dengan benar. Berikan bantuan dan dukungan jika ibu memerlukan, terutama jika ibu pertama kali menyusui atau ibu berusia sangat muda.

Posisi ibu yang benar saat menyusui akan memberikan rasa nyaman selama ibu menyusui bayinya dan juga akan membantu bayi melakukan isapan yang efektif.

Posisi menyusui yang benar adalah:

- Jika ibu menyusui bayi dengan posisi duduk santai, punggung bersandar dan kaki tidak menggantung.
- Jika ibu menyusui sambil berbaring, maka harus dijaga agar hidung bayi tidak tertutup.

GAMBAR 17. POSISI MENYUSUI YANG BAIK
Sumber : WHO Breastfeeding Training Course, 2009

Posisi menyusui yang diuraikan di atas adalah posisi dimana ibu telah memiliki kemampuan untuk duduk dan melakukan mobilisasi secukupnya. Masih ada beberapa posisi alternatif lain yang disesuaikan dengan kemampuan ibu setelah melahirkan anaknya, misalnya posisi berbaring telentang, miring kiri atau miring kanan dan sebagainya. Posisi ibu berbaring telentang dan setengah duduk mungkin lebih sesuai untuk pemberian ASI diawal kelahiran.

Cara membantu ibu mengatur posisi bayinya :

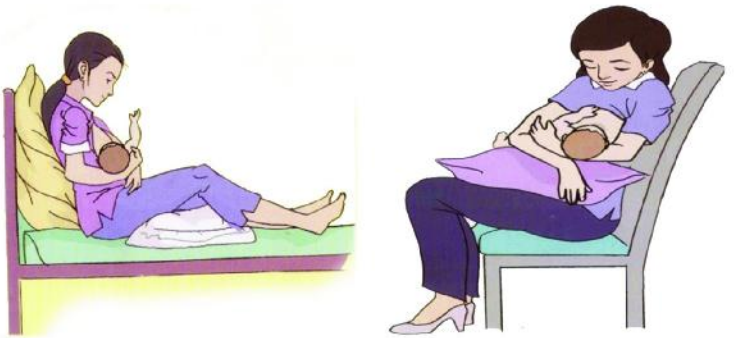
1. Sapa ibu dengan ramah, perkenalkan diri dan tanyakan nama ibu dan bayinya
2. Nilailah kegiatan menyusuinya
3. Jelaskan apa yang mungkin bisa membantu dan tanyakan apakah ibu berkenan kita menunjukkan caranya
4. Pastikan ibu merasa nyaman dan santai, baik dalam posisi duduk atau berbaring
5. Petugas kesehatan menunjukkan posisi duduk nyaman dengan boneka
6. Jelaskan cara memegang bayinya. Jika ada, ditunjukkan dengan memakai alat bantu boneka

Empat butir kunci posisi menyusui :

1. Ibu menyangga seluruh tubuh bayi
2. Kepala dan badan bayi lurus
3. Badan bayi dekat dengan badan ibu, perut bayi menempel pada perut ibu
4. Wajah bayi menghadap payudara dan hidung berhadapan dengan puting ibu

Untuk bayi yang lebih muda, seluruh badan bayi perlu disangga dan bagi bayi yang lebih tua letakkan kepala bayi pada lengan diantara lengkung siku dan pergelangan tangan ibu sementara bokong bayi diatas pangkuan ibu

Memperbaiki posisi dengan memperhatikan empat butir kunci dapat diterapkan pada kondisi ibu menyusui sambil duduk, berbaring, bersandar (*reclining*) maupun telentang.



a. Posisi menyusui duduk nyaman

b. Posisi menyusui *cradle*/madona

c. Posisi menyusui *Cross Cradle/Cross arm*

d. Posisi menyusui bawah lengan/*under-arm*

e. Posisi menyusui berbaring

f. Posisi menyusui telentang

g. *Laid-back position*

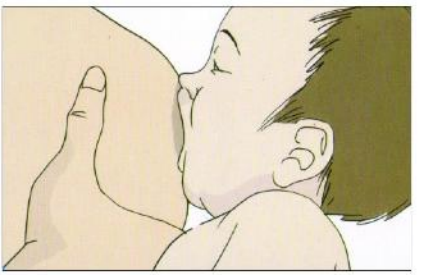
h. Posisi menyusui bayi kembar

GAMBAR 18 (a-h). BERBAGAI POSISI MENYUSUI
Sumber: WHO Baby Friendly Hospital Initiative Revised, 2009; Kementerian Kesehatan, 2013

3.3.1.2. PERLEKATAN YANG BENAR

Cara pelekatan menyusu sebagai berikut:

1. Saat bayi mulai menyusu, sentuhkan puting pada pipi atau bibir bayi bagian atas untuk merangsang agar mulut bayi terbuka lebar.
2. Ketika mulut bayi terbuka lebar, dekatkan bayi ke payudara ibu, arahkan puting ke langit-langit mulut bayi dan masukkan sebagian besar areola (bagian yang berwarna gelap pada payudara) ke mulut bayi.
3. Tanda-tanda pelekatan yang benar:

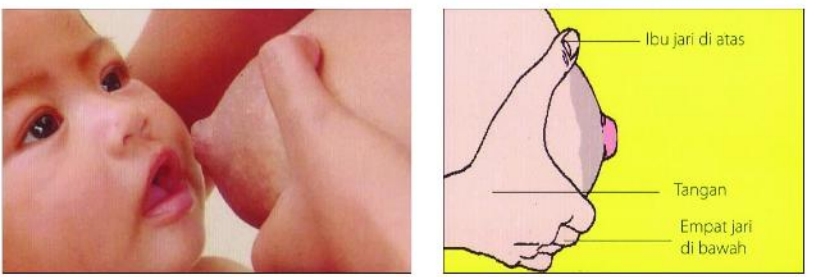


GAMBAR 19.
PELEKATAN YANG BENAR SAAT BAYI MENYUSU

TANDA-TANDA PELEKATAN YANG BENAR :

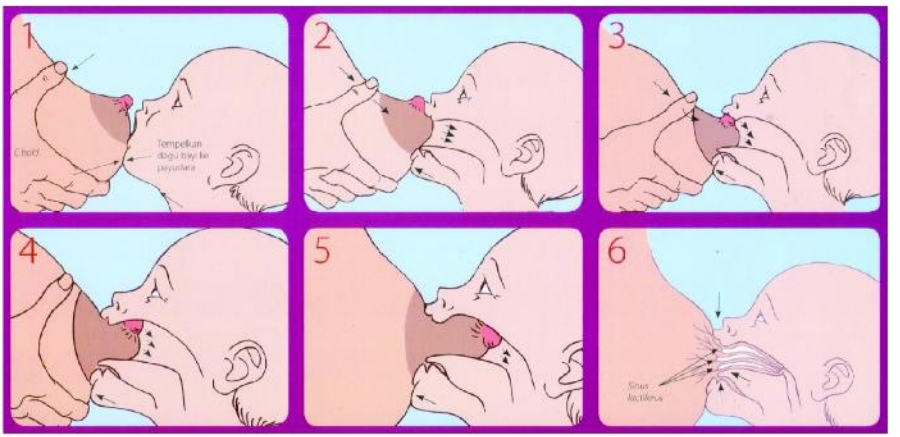
- Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, terutama bagian bawah, sehingga yang terlihat lebih banyak adalah areola bagian atas
- Mulut bayi terbuka lebar
- Bibir bayi terputar keluar

4. Tanda-tanda menyusu efektif yang dapat dilihat adalah kepala bayi agak menengadah, pipi bayi membulat, bayi menghisap pelan dan dalam serta terdengar suara bayi menelan.
5. Payudara sebaiknya ditopang dengan cara membentuk huruf C yaitu empat jari menopang payudara bagian bawah dan ibu jari membantu menyentuhkan puting ke bibir bayi agar mulut bayi terbuka lebar.



GAMBAR 20. TANGAN MEMBENTUK "HURUF C" MENOPANG PAYUDARA SAAT MENYUSUI BAYI

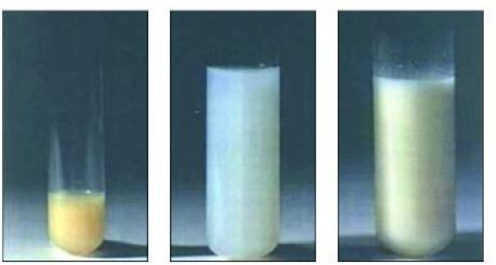
6. Susui bayi dari satu payudara sampai kosong/kempes (yang menandakan ASI habis) sebelum pindah ke payudara sebelahnya, agar bayi mendapat susu akhir yang mengandung banyak lemak sebagai sumber energi (tenaga).
7. Setelah memperbaiki pelekatan yang tidak baik, ibu akan spontan mengatakan rasanya lebih nyaman dan tidak lagi merasa kesakitan, terlihat bahagia dan bayinya melekat dengan baik.
8. Pada proses pelekatan menyusui yang baik, bayi menarik jaringan payudara membentuk 'dot panjang'. Puting payudara yang merupakan bagian tengah dari areola hanya sekitar sepertiga dari 'dot' tersebut. Bayi menyusu pada areola payudara, bukan pada putingnya saja. Lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 4-5



GAMBAR 21. PROSES PELEKATAN MENYUSUI YANG BAIK
Sumber gambar: WHO Breastfeeding Counseling Training Course, 2014

Pesan penting dalam menyusui:

1. **Kolostrum jangan dibuang,** karena kolostrum (ASI yang keluar pada hari 1-7 yang berwana kekuningan) mengandung zat antibodi untuk kekebalan tubuh bayi



KOLOSTRUM ASI AWAL ASI AKHIR

GAMBAR 22. KOLOSTRUM, ASI AWAL DAN ASI AKHIR

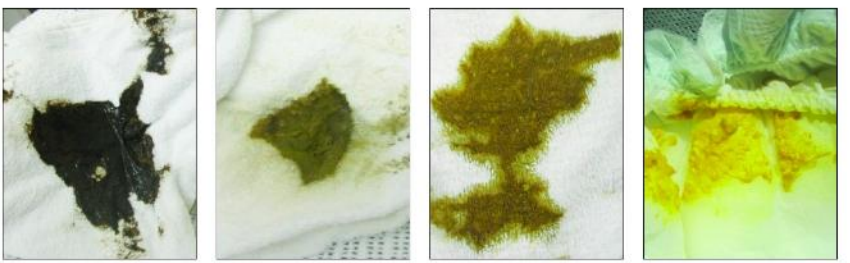
2. **Hisapan bayi** sangat mempengaruhi produksi ASI, agar ibu menghasilkan cukup ASI, bayinya harus sering menyusu.
3. **Rawat gabung** ibu bersama bayi selama 24 jam sehari membuat bayi dapat menyusu sesering mungkin sesuai keinginan bayi
4. **Susui bayi lebih sering** dan bangunkan bayi untuk menyusu bila bayi tidur lebih dari 2 jam
5. **Perhatikan posisi dan pelekatan menyusui yang benar** agar puting susu tidak lecet atau luka. Jika puting susu lecet, olesi dengan ASI. **Berkomunikasi dengan bayi** (kontak mata, sentuh bayi, berbicara padanya) terutama pada saat menyusui. Hal ini disertai perasaan positif (senang, puas, percaya diri) akan membantu refleks oksitosin yang akan memperlancar pengeluaran ASI.

3.3.2. MEMANTAU KECUKUPAN ASI

Seringkali ibu menganggap dirinya tidak punya cukup ASI, namun ternyata bayinya mendapatkan semua yang dibutuhkan. Hampir semua ibu dapat menghasilkan ASI yang cukup untuk bayinya bahkan melebihi dari yang bayi mereka perlukan. Perilaku normal pada bayi merupakan salah satu pertanda asupan ASI yang cukup. Umumnya kolostrum yang keluar pada 1-3 hari pertama masih sedikit. Hal ini merupakan sesuatu yang wajar dan sesuai dengan kebutuhan bayi.

Kecukupan ASI pada minggu I dapat dipantau dengan menilai hal-hal sebagai berikut:

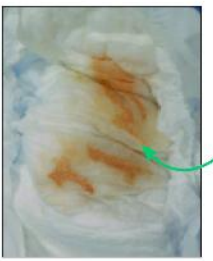
1. **Gambaran tinja pada popok.**
   Berikut ini adalah gambar perubahan tinja bayi baru lahir. Pada hari-hari pertama tinja bayi masih berupa meconium (hitam), yang akan berubah secra bertahap menjadi kuning



HARI I | HARI II | HARI III-IV | HARI V

GAMBAR 23. PERUBAHAN TINJA PADA NEONATUS DI HARI-HARI PERTAMA KEHIDUPAN

2. Gambaran urine pada popok.



NODA URATES BERWARNA ORANYE PADA POPOK ADALAH NORMAL **SAMPAI 96 JAM**

GAMBAR 24. NODA URATES PADA POPOK BAYI

Pada hari kelima dan seterusnya, bayi buang air kecil sekitar 6-8 kali per hari

3. Kenaikan berat badan bayi (Bertini et, all, 2014; Flaherman VJ et, all, 2015)

GAMBAR 25.
PEMANTAUAN KENAIKAN BERAT BADAN PADA NEONATUS

Berat badan neonatus biasanya akan turun pada hari-hari pertama kehidupan, akan tetapi tidak boleh lebih dari 10 persen dari berat badan lahir. Berat badan bayi diharapkan naik kembali dan mencapai berat badan lahir maksimal pada minggu kedua.

Sehingga umumnya tanda yang dapat dipercaya yang menunjukkan seorang bayi tidak mendapat cukup ASI adalah :

- Pertambahan berat badan kurang (pertumbuhan berjalan lambat dari kurva standar)
- Pengeluaran air seni pekat dan sedikit (kurang dari 6 kali sehari)
- Feses bayi masih berwarna seperti mekonium pada hari ke-5

Tanda-tanda berikut ini adalah tanda bahwa 'mungkin' bayi tidak mendapat cukup ASI:

- Bayi tidak merasa puas setelah disusui
- Bayi sering menangis
- Sering sekali menyusu
- Menyusui sangat lama
- Bayi menolak disusui

- Tinja bayi keras, kering
- Bayi jarang buang air besar dan tinjanya kecil-kecil
- Tidak ada ASI yang keluar ketika ibu memerah
- Payudara tidak membesar

Tanda-tanda tersebut mungkin berarti bayi tidak mendapat cukup ASI. Akan tetapi, kita tidak dapat memastikan, dan perlu memeriksa tanda-tanda yang dapat dipercaya, seperti kenaikan berat badan sesuai kurva pertumbuhan dan frekuensi buang air kecil.

Alasan mengapa bayi mungkin tidak mendapat cukup ASI dapat dilihat pada tabel berikut *(ABM Clinical Protocol, 2007)*.

TABEL 5. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECUKUPAN ASI

FAKTOR MENYUSUI	FAKTOR IBU		KONDISI BAYI
	PSIKOLOGIS	FISIK	
■ Awal yang tertunda ■ Perlekatan tidak baik ■ Menyusui pada waktu-waktu tetap ■ Menyusui tidak sering ■ Tidak menyusui malam hari ■ Menyusui dalam waktu singkat ■ Botol, empeng ■ Makanan lain ■ Cairan lain (air putih, teh)	■ Kurang percaya diri ■ Khawatir, stres ■ Tidak senang menyusui ■ Penolakan terhadap bayi ■ Kelelahan	■ Pil kontrasepsi ■ Diuretika ■ Kehamilan ■ Malnutrisi berat ■ Alkohol ■ Perokok ■ Tertinggalnya sisa plasenta (jarang) ■ Perkembangan payudara tidak baik (amat jarang)	■ Penyakit ■ Kelainan bawaan
Umum		Tidak Umum	

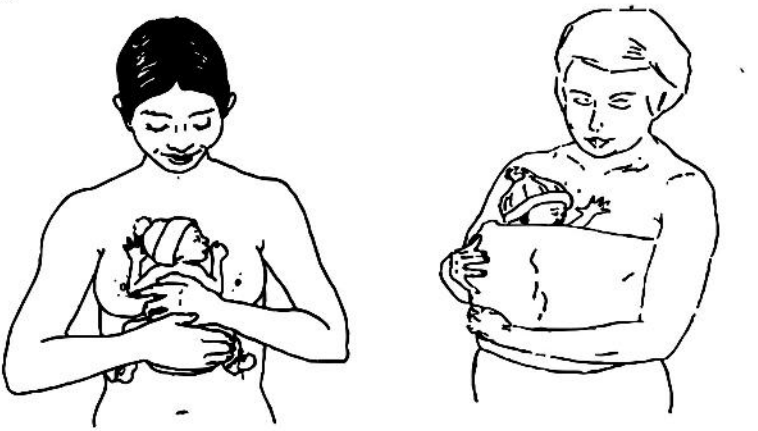
Alasan bayi mungkin tidak mendapat cukup ASI karena faktor fisik ibu dan kondisi bayi dipikirkan setelah tidak ditemukan alasan dari faktor menyusui dan faktor psikologis ibu.

Kelangsungan pemberian ASI dipengaruhi oleh posisi menyusui yang baik dan posisi perlekatan yang benar. Pada sebagian besar kasus dengan memberikan bantuan perbaikan posisi dan perlekatan menyusui, kesulitan dapat diatasi.

3.4. PERAWATAN METODE KANGURU

3.4.1. DEFINISI

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi) diletakkan secara tegak/vertikal di dada, antara ke 2 payudara ibu (ibu telanjang dada) sehingga terjadi kontak antara kulit ibu dan bayi dengan tujuan bayi memperoleh panas melalui proses konduksi.



GAMBAR 26. PERAWATAN METODE KANGURU

PMK merupakan kontak kulit ke kulit dini, berkepanjangan, dan berkesinambungan antara ibu (atau penggantinya) dan bayi, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun setelah pulang.

Metode ini juga direkomendasikan untuk mentransfer bayi sakit ke fasilitas pelayanan kesehatan.

3.4.2. MANFAAT PERAWATAN METODE KANGURU

Perawatan Metode Kanguru memiliki beberapa kelebihan terkait dengan kebutuhan bayi baru lahir, yaitu :

1. Menjamin kehangatan dan mencegah hipotermi
2. Menjamin kebutuhan nutrisi dengan mendorong ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan secara eksklusif (atau pilihan lainnya sesuai dengan kondisi ibu).
3. Mencegah infeksi selama dalam perawatan
4. Mempercepat pemulangan bayi.

Dampak positif PMK bagi BBLR menurut beberapa penelitian, yaitu :

1. Menurunkan angka kematian sebanyak 33-51%
2. Menurunkan angka infeksi rumah sakit/sepsis sebanyak 58%
3. Menurunkan angka kejadian hipotermi sebanyak 77%
4. Mengurangi lama rawat di rumah sakit 2-3 hari
5. Mendukung pertumbuhan, pemberian ASI dan perlekatan ibu-bayi; menurunkan kejadian stres pada ibu

3.4.3. KAPAN PMK DAPAT DIMULAI?

Pada kenyataannya waktu memulai PMK sangat bersifat individual, tergantung dari kondisi masing-masing bayi dan ibunya. PMK dapat dimulai sesegera mungkin setelah kondisi bayi stabil, ibu bersedia dan telah mengerti tentang PMK.

Saat pertama kali ibu melakukan PMK merupakan saat terpenting menentukan keberlanjutan PMK. Pada saat itu ibu sangat membutuhkan waktu dan perhatian tenaga kesehatan yang mendampinginya.

Bila berat lahir bayi 1800 gram atau lebih (usia kehamilan 32-34 minggu) tanpa masalah medis berat, umumnya PMK dapat segera dilakukan. Pada bayi dengan berat lahir <1800 gram (usia kehamilan <32 minggu) sering sekali ditemukan masalah yang terkait prematuritasnya, sehingga PMK tidak dapat segera dilakukan. Bila bayi perlu dirujuk ke fasyankes yang lebih lengkap, PMK merupakan alternatif terbaik untuk menjaga bayi tetap hangat dalam proses transport.

3.4.4. TIPE PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

Perawatan Metode Kanguru terdiri dari 2 tipe, yaitu :

1. PMK Intermiten
   - PMK dengan jangka waktu yang pendek (durasi perlekatan minimal 1 jam)
   - Bayi dalam proses penyembuhan yang masih memerlukan pengobatan medis (infus, oksigen)

   Dapat dilakukan pada semua bayi segera setelah lahir. Lamanya tergantung dari kebutuhan dan masalah yang ada. Selain itu dapat juga dilakukan pada bayi kecil atau sakit yang membutuhkan rujukan.

2. PMK kontinu
   - Sepanjang hari siang dan malam.
   - Kondisi stabil : bernapas alami tanpa bantuan oksigen

   PMK dapat dilakukan di fasyankes maupun di masyarakat/rumah. Di fasyankes diperuntukan pada bayi berat lahir rendah yang lahir di fasyankes tersebut atau yang akan dirujuk ke fasyankes yang

lebih tinggi. Sedangkan di masyarakat/rumah, PMK dilakukan pada bayi yang pasca rawat di fasyankes dan perlu melanjutkan PMK di rumah.

Berdasarkan lamanya melakukan Perawatan Metode Kanguru terdapat dua macam yaitu prolonged skin to skin contact dan short term skin to skin contact.

3.4.5. KOMPONEN, PRASYARAT DAN PERSYARATAN PETUGAS PMK

Dalam melakukan fasilitasi Perawatan Metode Kanguru, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu komponen dari PMK, prasyarat PMK dan persyaratan petugas PMK.

Komponen Perawatan Metode Kanguru adalah :

1. Penempatanan bayi pada posisi tegak di dada ibu, di antara kedua payudara ibu, tanpa busana. Bayi dibiarkan telanjang hanya mengenakan popok, kaus kaki dan topi sehingga terjadi kontak kulit bayi dan kulit ibu seluas mungkin *(kangaroo position)*
2. ASI eksklusif atau formula sesuai kondisi klinis bayi *(kangaroo nutrition)*
3. Bantuan secara fisik maupun emosi, baik dari tenaga kesehatan maupun keluarga agar ibu dapat melakukan PMK untuk bayinya *(kangaroo support)*
4. Membiasakan ibu melakukan PMK sehingga pada saat pulang ke rumah, ibu tetap dapat melakukan PMK *(kangaroo discharge)*.

Prasyarat PMK

1. **Staf terlatih.** Penerapan Perawatan Metode Kanguru tidak memerlukan staf/ tenaga kesehatan tambahan pada fasyankes, karena ibu yang akan merawat bayi. Namun diperlukan staf/ tenaga kesehatan yang mampu memberi dukungan dan memonitor suhu, kenaikan berat badan dan mengajarkan pada ibu tanda-tanda bayi sehat dan sakit.
2. Dukungan PMK terhadap ibu di fasilitas pelayanan kesehatan dan di rumah serta tindak lanjutnya.

Persyaratan Petugas PMK

1. Memiliki pengetahuan dan keterampilan kapan memulai PMK
2. Cara atau teknik menggunakan PMK
3. Cara pemberian minum bayi
4. Memiliki keterampilan mengenali & melakukan tindakan efektif bila ada tanda bahaya pada bayi dan ibu.
5. Pengetahuan kapan memulangkan pasien
6. Memiliki kemampuan konseling dan komunikasi dengan keluarga
7. Memiliki kemampuan pendidikan dan motivasi bagi keluarga.

3.4.6. KRITERIA IBU DAN BAYI YANG DAPAT MELAKUKAN PMK DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Dari sisi ibu dan bayi pun terdapat beberapa kriteria dalam melakukan fasilitasi Perawatan Metode Kanguru:

Kriteria ibu

1. Kerelaan/ kemauan
2. Kesehatan umum dan nutrisi yang memadai
3. Higiene yang baik
4. Dukungan keluarga
5. Dukungan masyarakat

Kriteria Bayi untuk tingkat perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer/ dasar

1. BBLR dengan berat badan 2000 - < 2500 gram
2. Kondisi BBLR stabil (laju jantung > 100 x/menit, frekuensi napas < 60 x/menit, bergerak aktif)
3. Tidak ada komplikasi ataupun masalah gangguan minum.

3.4.7. CARA MELAKUKAN METODE KANGURU

Langkah – langkah dalam melakukan fasilitasi Perawatan Metode Kanguru :

1. Cuci tangan 6 langkah sesuai prosedur
2. Ukur suhu bayi dengan termometer
3. Pakaikan topi dan popok bayi
4. Pakaikan baju kanguru pada Ibu.
5. Bayi diposisikan tegak di dada ibu (kontak kulit) seperti kanguru
6. Setelah posisi bayi baik, baju kanguru diikat untuk menyangga bayi. Selanjutnya ibu dapat beraktivitas seperti biasa sambil membawa bayinya dalam posisi tegak lurus di dada ibu *(skin to skin contact)* seperti kanguru.

Catatan : bila ibu tidak mempunyai baju kanguru, bayi diposisikan terlebih dahulu sebelum kain PMK dipakaikan

Posisi Bayi pada PMK

Berikut adalah posisi bayi pada PMK yang benar :

1. Bayi harus berada diantara payudara ibu dalam posisi tegak. Kepala harus menghadap ke satu sisi dan dalam posisi yang sedikit ekstensi. Posisi kepala sedikit ekstensi untuk menjaga jalan nafas tetap terbuka
2. Pinggul dan kaki harus tertekuk dan dalam posisi "katak" seperti pada gambar 27
3. Lengan juga harus dalam keadaan fleksi.
4. Dada bayi harus sejajar dengan dada ibu. Pernapasan Ibu merangsang bayi, sehingga mengurangi terjadinya apnea.
5. Menopang pantat bayi dengan kain gendongan

Untuk memasukan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru dapat dilakukan dengan langkah – langkah berikut ini :

1. Pegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi, topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.
2. Tempatkan tangan lainnya di bawah bokong bayi.

3.4.8. MERAWAT BAYI DALAM POSISI KANGURU

Tidak semua aktivitas perawatan bayi dalam posisi kanguru dapat dilakukan. Ketika mengganti popok bayi, membersihkan dan merawat tali pusat serta pemeriksaan klinis, hal – hal tersebut tidak perlu kontak kulit.

Bayi dimandikan dengan air cukup hangat (37°C) dengan waktu yang tidak lama. Cepat dikeringkan, bungkus dan posisikan lagi sesegera mungkin.

Walaupun bayi dalam posisi kanguru, namun ibu dapat bebas beraktivitas. Hal penting adalah ibu tetap menjaga kebersihan diri dan cuci tangan serta menjaga lingkungan tenang dan tetap menyusui bayi. Ketika tidur dan istirahat, Ibu masih dapat melakukan PMK dengan cara berbaring setengah duduk (±30-45°)

- Bayi telanjang dada (hanya memakai popok, topi, kaus tangan, kaus kaki), diletakkan telungkup di dada dengan posisi tegak atau diagonal. Tubuh bayi menempel/kontak langsung dengan ibu
- Atur posisi kepala, leher dan badan dengan baik untuk menghindari terhalangnya jalan napas. Kepala menoleh ke samping di bawah dagu ibu (ekstensi ringan)
- Tangan dan kaki bayi dalam keadaan fleksi seperti posisi "katak"

- Kemudian "fiksasi" dengan selendang. Tepi kain/selendang pengikat bagian atas ditempatkan di sisi bawah telinga bayi, menyusuri mandibula dan usahakan dagu sedikit tengadah.

- Ibu mengenakan pakaian/blus longgar, sehingga bayi berada dalam 1 pakaian dengan ibu. Jika perlu gunakan selimut.

- Selain ibu, ayah dan anggota keluarga lain bisa melakukan metoda kanguru

GAMBAR 27. POSISI MELAKUKAN METODE KANGURU
Sumber : WHO & UNICEF dan Beck et al, 2004

3.4.9. PEMANTAUAN DALAM PENERAPAN PMK DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Selama PMK bayi harus dilakukan pemantauan tanda vital, saturasi oksigen, suhu dan berat badan. Penilaian tanda vital dilakukan pada sebelum, selama dan setelah PMK. Sedangkan pemantauan terhadap saturasi oksigen hanya dilakukan pada awal PMK ataupun jika dicurigai sakit. Pemantauan suhu tiap pergantian jaga sampai tiga hari stabil dan dilanjutkan sekali sehari. Berat badan harus dipantau setiap hari sampai tiga hari setelah berat badan naik, selanjutnya sebanyak tiga kali per minggu.

Hasil pemantauan per hari dimasukan dalam suatu rekam perawatan seperti contoh berikut:

REKAM PERAWATAN METODE KANGGURU

Nama Puskesmas : _____
Nama Ibu : _____
Alamat : _____
Nama Ayah : _____

Nama Bayi : _____
Tanggal Lahir : _____
Usia Kehamilan : _____
Berat Badan : _____
Umur saat mulai PMK: _____hari

Mulai PMK Tgl/Waktu	Selesai PMK Tgl/Waktu	Waktu PMK (Jam)	Suhu bayi (°C) Sebelum (Sb) Selama (Slm) Setelah (Stlh)	Denyut nadi bayi Sebelum (Sb) Selama (Slm) Setelah (Stlh)	Frek. napas bayi Sebelum (Sb) Selama (Slm) Setelah (Stlh)	Berat badan (gram)	Keterangan
			Sb Slm Stlh	Sb Slm Stlh	Sb Slm Stlh		
			Sb Slm Stlh	Sb Slm Stlh	Sb Slm Stlh		

Tgl keluar perawatan _____ Berat Badan keluar perawatan_____ Panjang Badan _____ Lingkar Kepala _____
Gambaran Intake makan saat keluar perawatan _____
Tempat kontrol paska perawatan _____ Tanggal/waktu kontrol paska perawatan_____
Meninggal YES/NO Tanggal_____ Usia_____hari
_____ BB_____ PB_____ Lingkar Kepala_____

3.4.10. PEMANTAUAN BAYI DENGAN PMK DI RUMAH

Pemantauan kondisi bayi harus tetap dilakukan selama dilakukannya PMK. Hal tersebut juga dapat mengenali gejala ataupun tanda tanda bahaya bayi ketika melakukan PMK. Lima hal yang perlu dipantau yaitu :

1. Suhu
2. Pernapasan
3. Tanda – tanda bahaya
4. Pemberian minum
5. Tumbuh kembang.

3.4.10.1. PEMANTAUAN SUHU

Suhu normal bayi pada pemeriksaan di aksila adalah 36,5-37,5°C. Pemeriksaan ini dilakukan setiap 6 jam sampai stabil terus menerus selama 3 hari berturut-turut. Jika kondisi tetap stabil maka pemeriksaan dilanjutkan dua kali sehari

Bila terjadi hipotermia, perlu dicari penyebabnya, apakah suhu lingkungan dingin, posisi yang tidak benar, bayi baru mandi atau minum yang tidak baik. Namun bila penyebab tidak ditemukan dan suhu bayi tidak kembali normal setelah 3 jam, atau bayi kembali hipotermia maka perlu dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

3.4.10.2. PEMANTAUAN PERNAPASAN

Laju pernapasan bayi normal adalah 40-<60 kali/menit. Jika kurang dari itu maka disebut bradipneu. Ibu harus diajarkan untuk mengamati pernapasan bayi dan variasi pernapasan normal. Perlu juga diinformasikan tentang henti napas (apneu) dan pengaruhnya terhadap bayi. Bila perlu peragakan pengaruh henti nafas dengan cara meminta ibu menahan napas sebentar (<20 detik) dan lama (>20 detik).

Setelah itu ajarkan kepada ibu apabila bayi berhenti napas >20detik, atau bayi menjadi biru (wajah dan bibir) hal ini merupakan tanda adanya penyakit yang serius. Lakukan rangsang bayi dengan menggosok secara lembut punggung atau kepala bayi, sampai bernapas kembali. Jika tidak bernapas, segera bawa bayi ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

3.4.10.3. PEMANTAUAN TANDA BAHAYA

Dalam melakukan PMK, ibu harus mengerti tanda – tanda bahaya pada bayinya. Adapun tanda – tanda bahaya tersebut adalah:

Bayi memiliki kesulitan menyusu.

- Tidak bisa menghisap
- Menghisap lemah
- Berhenti menyusui lebih cepat dari biasanya

Bayi lethargi

- Kurang aktif
- Bayi malas menyusu
- Bereaksi hanya bila disentuh
- Lemas / lunglai

Bayi hipotermi atau hipertermi (demam)

- Suhu tubuh < 36,5°C
- Suhu tubuh > 37,5°C

Bayi mengalami kesulitan bernapas

- Nafas cuping hidung
- Bayi bernapas sangat lambat (< 40x / menit) atau sangat cepat (> 60x / menit)
- Terdapat retraksi dinding dada

Bayi kejang

- Jika bayi melakukan gerakan kaku atau gerakan abnormal pada lengan dan kakinya, yang dapat dilihat
- Mata mendelik ke atas
- Gerakan mulut abnormal
- Henti napas

Pusar bayi, mata atau kulit sangat terinfeksi

- Kelopak mata yang bengkak atau merah
- Nanah (cairan kekuningan) merembes dari mata atau pusar.
- Pusar bau busuk
- Kulit memiliki ruam dengan nanah

Bayi kuning

- Kulit atau mata bayi menjadi kuning disertai dengan malas menyusu
- Kuning terlihat sampai lengan atau tungkai

Hal – hal yang tidak berbahaya dalam melakukan PMK:

1. Bersin atau cegukan
2. Buang air kecil setelah minum
3. Tidak BAB selama 2 – 3 hari.

3.4.10.4 PEMANTAUAN PERTUMBUHAN

Pemantauan pertumbuhan selanjutnya akan dibahas pada Subbab 3.5. Pemantauan Pertumbuhan Neonatus, agar Perawatan Metode Kanguru sukses, terdapat 10 langkah yang perlu diingat, yaitu :

1. Adanya kebijakan tentang PMK
2. Melatih semua staf fasyankes keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan
3. Memberitahu semua ibu hamil tentang manfaat dan pengelolaan PMK
4. Membantu ibu dari bayi cukup bulan yang sehat memulai metode kanguru dalam beberapa menit setelah kelahiran
5. Menunjukkan ibu bagaimana posisi untuk PMK yang aman
6. Praktik PMK memungkinkan ibu dan bayi untuk tetap kontak kulit dengan kulit 24 jam sehari
7. PMK intermitten dilakukan dengan durasi minimal 1 jam per sesi
8. Mendorong kegiatan PMK untuk menjaga kehangatan dan semua kenyamanan yang dibutuhkan bayi
9. Mencegah kehilangan panas dengan menggunakan topi dan selimut hangat sesuai kebutuhan
10. Mendukung pelaksanaan PMK melalui poster, catatan PMK, dan kelompok pendukung.

3.5. PEMANTAUAN PERTUMBUHAN NEONATUS

Pemantauan pertumbuhan bayi baru lahir dilakukan dengan melaksanakan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan serta lingkar kepala berkala yang dilakukan dengan benar (lihat lampiran: cara penimbangan dan pengukuran yang benar). Setiap bayi baru lahir ditimbang dan diukur berat badan, panjang badan kemudian dicatat dan diplot pada grafik kurva pertumbuhan WHO 2005 (lihat Lampiran 7: Grafik Pertumbuhan WHO). Sedangkan lingkar kepala dicatat dan diplot pada kurva Nellhaus (lihat Lampiran 8 dan 9: Grafik Pemantauan Lingkar Kepala (Nellhaus)). Pemantauan Lingkar kepala, dilakukan sebulan sekali, sedangkan pemantauan berat badan dan panjang badan bayi baru

lahir dilakukan minimal 3 kali pada periode neonatal (0 – 28 hari) dan selanjutnya 1 kali setiap bulan hingga usia 5 tahun. Pertumbuhan dikatakan baik apabila kurva berat badan, panjang badan dan lingkar kepala mengikuti garis tren kenaikannya tiap bulan. Panduan interpretasi indikator pertumbuhan adalah sebagai berikut:

TABEL 6. PANDUAN INTERPRETASI INDIKATOR PERTUMBUHAN (WHO, 2008).

Z Score	INDIKATOR PERTUMBUHAN		
	PB MENURUT UMUR	BB MENURUT UMUR	BB MENURUT PB
Di atas +3	Lihat catatan 1*	Lihat catatan 2*	Gemuk *(obese)*
Di atas +2			Gizi lebih *(overweight)*
Di atas +1			Risiko mengalami gizi lebih *(Possible risk of overweight*; lihat catatan 3)*
0 (median)			
Di bawah -1			
Di bawah -2	Pendek (lihat catatan 4)*pendek	BB kurang	Gizi kurang
Di bawah -3	Sangat pendek (lihat catatan 4)*	BB sangat kurang	Gizi buruk

Catatan: Kotak yang diarsir = normal

1. Anak yang termasuk dalam kategori ini merupakan anak yang sangat tinggi, yang seringkali bukanlah suatu masalah. Tetapi apabila terlalu ekstrim tinggi badannya, pikirkan adanya kelainan endokrin. Anak perlu dirujuk untuk eksplorasi lebih lanjut.
2. Anak yang berada dalam kategori ini mungkin mempunyai masalah pertumbuhan, tetapi harus dievaluasi dahulu bagaimana indikator BB menurut PB atau IMT menurut umur.
3. Jika anak berada dalam kategori ini, ia sangat mungkin berisiko untuk mengalami gizi lebih *(possible risk of overweight)*. Jika tren kenaikan kurva terus naik menuju +2 Z *score*, maka risiko mengalami *overweight* semakin besar.
4. Sangat mungkin anak dengan perawakan sangat pendek juga mengalami *overweight*. Waspadalah!

Status gizi bayi baru lahir juga **ditentukan berdasarkan BB menurut PB, bukan hanya berdasarkan BB menurut umur saja.** Tetapi untuk menentukan status pertumbuhan bayi, ketiga indikator pertumbuhan tersebut harus dievaluasi.

Grafik Kurva Pertumbuhan WHO 2005 dapat dipergunakan bagi semua bayi cukup bulan, baik dengan BB sesuai masa kehamilan maupun BB lahir rendah, **asalkan panjang badan tidak kurang dari 45 cm (IDAI, 2017). Bagi bayi kurang bulan dengan berat badan < 2000 gram dan/ panjang badan < 45 cm, diperlukan pemantauan dengan grafik tersendiri dan dirujuk di fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.**

Bagi bayi prematur maupun dengan berat badan rendah dapat digunakan panduan sebagai berikut: apabila usia gestasi <40 minggu, maka rerata target kenaikan berat badan yang harus dicapai adalah 15 gram/kg/hari (IDAI, 2017; Sjarif DR, Rohsiswatmo R, Rundjan L, Yuliarti K, 2015). Tetapi bila telah mencapai usia koreksi 0 minggu atau cukup bulan, maka target kenaikan berat badan 25-30 gram/ hari (Sjarif DR, Rohsiswatmo R, Rundjan L, Yuliarti K, 2015; Tsang R. Lucas A, Uauy R, Zlotkin S, 2006) Apabila bayi tersebut tidak tumbuh sesuai target maka dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lebih tinggi.

3.6. MASALAH YANG PALING SERING DIJUMPAI PADA NEONATUS

Di bawah ini akan dibahas masalah pada bayi baru lahir yang sebenarnya normal atau akan menghilang dengan berjalannya waktu:

BUANG AIR BESAR (BAB) DAN BUANG AIR KECIL (BAK) PADA HARI – HARI PERTAMA

Sekitar 95% bayi BAK dalam 48 jam pertama dan mengeluarkan mekonium (feses yang pertama keluar berwarna hijau kehitaman) dalam 24 jam pertama. Sebagian besar bayi akan BAK segera setelah ia lahir dan kemudian tidak buang air kecil atau hanya 2-3 kali BAK dalam 24 jam selama 3 hari pertama. Bila dalam 48 jam bayi belum BAK atau 24 jam belum BAB, perlu mendapat perhatian khusus (Seikaly MG, 1992; Baucke VL, 1999). Evaluasi lebih lanjut perlu dilakukan dan rujukan bila perlu.

Pada akhir minggu pertama bayi akan BAK 5-6 kali per hari dan 3-4 kali BAB per hari dengan konsistensi tinja mulai seperti pasta gigi dan warna mulai kekuningan. Pada bayi ASI eksklusif frekuensi BAB dan

BAK-nya dapat lebih sering. Kondisi ini tidak perlu dikhawatirkan selama bayi tetap aktif, dapat menangis kuat dan menyusu dengan baik.

Berat badan bayi cenderung berkurang (5 – 7 hari) karena terdapat proses pengurangan cairan ekstraseluler. Umumnya bayi cukup bulan mengalami penurunan tidak lebih dari 10% dari berat lahir. 3 Berat badan ini harus kembali ke berat lahir dalam 7-10 hari.

BAYI REWEL

Bayi rewel atau menangis tidak selalu karena lapar. Rewel bisa disebabkan mengompol, kepanasan/kedinginan, terlalu lelah atau ingin tidur, ingin ditimang atau mendengar suara ibunya, merasa sendiri, atau memang ada yang tidak nyaman/nyeri pada tubuhnya.

Cari penyebab bayi rewel, berikan dukungan dan rasa percaya diri pada ibu.

Jika bayi terlalu rewel hingga sulit untuk menyusu, cobalah beberapa hal berikut.

1. Lakukan evaluasi kondisi bayi berdasarkan MTBM. Yakinkan bayi tidak menderita suatu penyakit.
2. Letakkan bayi di dada ibu, lakukan kontak kulit dengan kulit sesering dan selama mungkin.
3. Mandikan bayi dan bermain bersamanya.
4. Pijat bayi (ayah dan ibu melakukan pijat bayi sendiri).
5. Dengarkan musik bersama atau menyanyikan lagu untuk buah hati.

BAYI KOLIK

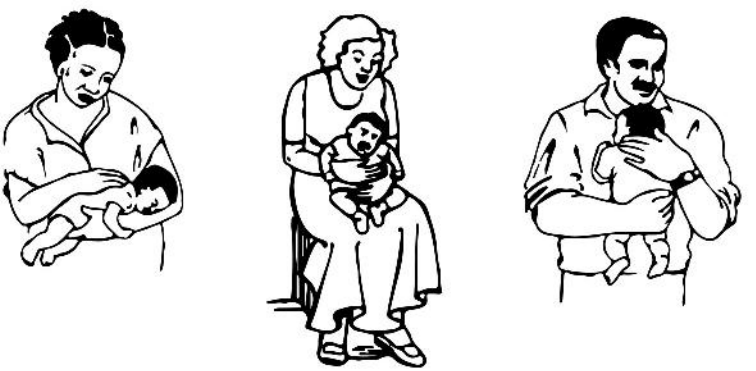
Bayi kolik ditandai dengan tangisan bayi begitu keras tanpa sebab yang jelas dan amat sulit ditenangkan disertai gerakan bayi menekukkan kakinya ke arah perut atau berusaha menggerakkan/mengangkat punggungnya. Kolik kerap dikaitkan dengan masalah pada saluran cerna bayi, alergi makanan atau masalah psikologis bayi dan keluarga. Bila penyebab dari kolik dapat disingkirkan maka gejala kolik akan berkurang atau tangisan akan berkurang pada usia 3 bulan dan akhirnya akan menghilang dengan sendirinya.

PENYEBAB KOLIK:

1. Infeksi saluran pencernaan
2. Intoleransi laktosa
3. Alergi
4. Stres emosional ibu
5. Menyusu yang tidak adekuat
6. Refluks gastroesofageal, dan lain-lain

CARA MENGATASI BAYI YANG MENGALAMI KOLIK:

1. Lakukan evaluasi kesehatan bayi secara umum dengan menggunakan MTBM
2. Pastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif. Bayi mendapatkan susu formula lebih mudah mengalami kolik
3. Perhatikan pola makan ibu. Jika terdapat riwayat alergi dalam keluarga, hindari jenis makanan yang dapat menyebabkan alergi antara lain susu sapi dan turunannya, telur, kacang dan coklat
4. Perhatikan lama menyusu. Biasanya kolik terjadi pada saat bayi menyusu kurang dari 5 menit. (lihat bab tentang ASI)
5. Perhatikan pola buang air besar dan feses bayi. Bila terdapat feses cair berbau asam dan bercampur gas, kemungkinan bayi mengalami intoleransi laktosa (lihat Subbab Diare)
6. Setelah minum jangan diposisikan tidur terlentang buatlah kepala lebih tinggi (30-45 derajat).
7. Berilah dukungan kepada ibu dalam pengasuhan bayi. Stres emosional merupakan faktor pencetus terjadinya kolik.
8. Ayah dan ibu dapat membantu membuat bayi nyaman, tanggap dan cepat merespon kondisi bayi, menyusui sesuai petunjuk alami dari bayi dan tetap tenang.



GAMBAR 28. BEBERAPA CARA MENGGENDONG BAYI KOLIK

9. Meminta bantuan dari anggota keluarga yang lain untuk membantu mengurus bayi dapat dilakukan agar ayah dan ibu juga punya waktu untuk beristirahat.
10. Untuk ibu yang menyusui, hindari makan makanan yang pedas atau banyak menggunakan rempah-rempah
11. Dukung dan tumbuhkan rasa percaya diri ayah dan ibu. Kepanikan orangtua hanya akan membuat bayi lebih sulit untuk tenang.

GUMOH/ REGURGITASI

Gumoh normal dialami oleh sebagian besar bayi pada usia 0-12 bulan. Gumoh bukan muntah. Gumoh adalah suatu keadaan keluarnya sebagian isi lambung tanpa didahului rasa mual dan tanpa peningkatan tekanan dalam perut bayi. Isi lambung mengalir keluar begitu saja dan dapat keluar dari mulut atau hidung. Gumoh merupakan suatu keadaan fisiologis yang sering ditemukan pada bayi, namun dapat berkembang menjadi patologis sehingga menimbulkan masalah bagi bayi.

Gumoh normal dialami oleh sebagian besar bayi pada usia 0-12 bulan. Gumoh bukan muntah. Delapan puluh persen (80%) bayi sehat berumur 1 bulan mengalami regurgitasi paling sedikit 1 kali setiap harinya. Bayi kurang bulan umumnya lebih sering mengalami gumoh dibanding bayi cukup bulan. Gumoh terjadi karena:

1. Lambung bayi masih berada dalam posisi agak mendatar, belum cukup tegak seperti posisi lambung pada anak yang lebih besar atau orang dewasa.
2. Sebagian lambung bayi masih berada pada rongga dada.
3. Besar lambung yang relatif kecil
4. Fungsi penutupan mulut lambung dan esofagus (saluran cerna atas) belum sempurna

Ukuran, letak, posisi, dan fungsi lambung akan membaik seiring dengan bertambahnya usia sehingga gumoh pun akan berkurang dan menghilang. Secara umum, gumoh mulai berkurang sekitar usia 6 bulan. Namun, gumoh perlu dievaluasi lebih lanjut dan dirujuk jika:

1. Bayi mengalami kolik yang tidak teratasi
2. Bayi tidak mau / sulit menetek namun penyebabnya tidak jelas.
3. Berat badan bayi tidak meningkat sesuai kurva pertumbuhannya.
4. Terdapat batuk lama yang tidak jelas penyebabnya.
5. Terdapat darah dalam cairan gumoh yang keluar

CARA MENGATASI GUMOH/ REGURGITASI:

1. ASI eksklusif tetap merupakan pilihan utama pada bayi dengan gumoh.
2. Menyusui hanya pada satu payudara. Payudara yang lain digunakan untuk menyusui pada kesempatan berikutnya, kecuali bayi masih menunjukkan keinginannya untuk menyusu lagi.
3. Menyendawakan bayi dengan cara menegakkan bayi dalam posisi berdiri menghadap dada ibu dan diberi tepukan ringan pada punggung bayi selama beberapa saat. Proses penyendawaan kadang diikuti dengan bunyi khas yang timbul akibat gerakan peristaltik esofagus, tetapi hal ini tidak harus terjadi.

4. Setelah selesai menyusu, bayi diletakkan/digendong dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki sekitar 30°-45°.
5. Tidak mengayun/mengoyang/memijat bayi (terutama daerah perut)/melakukan senam bayi sesaat setelah bayi menyusu.

HIDUNG TERSUMBAT

Hidung tersumbat adalah keluhan yang umum dijumpai sehari-hari pada usia 0-3 bulan. Bayi mutlak bernapas melalui hidung, sehingga sedikit saja ada sumbatan di lubang hidungnya yang masih amat kecil itu, maka gejala hidung tersumbat akan segera terdengar. Hidung tersumbat dapat disebabkan oleh pilek yang sebagian besar disebabkan oleh virus atau peradangan ringan akibat polusi udara (asap rokok, asap dalam rumah). Virus bersifat self *limitted disease* atau sembuh sendiri.

MENGATASI HIDUNG TERSUMBAT:

1. Lakukan evaluasi dan klasifikasi berdasarkan MTBM
2. Tidak perlu antibiotik dan tidak ada terapi khusus yang diperlukan.
3. Pastikan udara lingkungan upayakan hangat (suhu 24 – 26 °C) dan kelembaban cukup (> 75%)
4. Satu atau dua tetes larutan NaCl 0,9% pada tiap lubang hidung dapat membantu mengurangi dan mengencerkan lendir hidung yang menyumbat.
5. Hal lain tentang hidung tersumbat pada bayi adalah terkadang kita tidak mendapatkan pilek pada bayi, namun ketika menyusu terdengar suara seperti hidung yang tersumbat. Kondisi ini tidak membutuhkan pertolongan khusus. Seiring dengan usia, hidung dan saluran napasnya akan membesar dan dapat mengimbangi jumlah cairan yang secara normal dihasilkan saluran napas sehingga keluhan tersumbat akan menghilang.

KERAK TOPI *(CRADLE CAP)*

Kerak topi adalah kerak berwarna kuning kecoklatan timbul akibat proses peradangan yang menyebabkan aktivitas berlebihan dari kelenjar minyak dan keringat (sebasea) di daerah kepala khususnya perbatasan rambut kepala. Kelenjar ini akan memproduksi cairan berminyak yang menyebabkan kulit kepala yang telah terkelupas tetap menempel di kepala sehingga dapat menyebabkan peradangan. Kerak topi bukan penyakit infeksi atau menular namun bila dibiarkan dapat menimbulkan infeksi jamur (Ptyrosporum ovale/Malassezia furfur).

Umumnya timbul pada minggu pertama, namun dapat juga terjadi pada usia lebih dari 3-4 bulan. Kulit kepala bayi tampak dilapisi oleh lapisan kerak yang cukup tebal dan berminyak. Kadang kerak dapat juga dijumpai pada bagian kulit lain sepeti pada wajah, telinga, leher dan ketiak. Umumnya tidak gatal dan bayi tidak merasa terganggu. Kelainan kulit ini penyebabnya pada sebagian besar kasus tidak diketahui dan akan menghilang dengan sendirinya.

CARA MENGATASI KERAK TOPI:

1. Penggunaan sampo bayi secara rutin sehari sekali. Hal ini dapat mengurangi lapisan kerak yang terbentuk dan mempercepat proses penyembuhan. Saat membersihkan kepala dengan shampoo Lakukan *massage* kepala dengan sikat lembut.
2. Bila kerak cukup tebal dapat digunakan sampo yang mengandung bahan anti-ketombe.
3. Bila tanda – tanda infeksi jamur (kulit kemerahan, bayi tampak gatal, rewel) dapat diberikan Mikonazol cream atau Clotrimazole cream
4. Bila kerak tidak membaik setelah 2 minggu atau kerak disertai dengan rasa gatal / nyeri atau meluas bayi perlu dirujuk.

BERCAK KEBIRUAN *(MONGOLIAN SPOT)*

Pada bayi Asia bercak kebiruan kerap tampak pada daerah bokong, punggung bagian bawah dan pundak. Bercak ini akan menghilang (berubah menjadi seperti warna kulit lainnya) seiring dengan pertambahan usia.

MILIA

Tampak seperti jerawat kecil-kecil warna putih pada dahi, hidung dan pipi bayi baru lahir. Milia disebabkan oleh tersumbatnya kelenjar sebasea (minyak) pada kulit. Tidak perlu pengobatan khusus, akan menghilang dengan sendirinya. Basuh wajah dengan air dan sabun bayi serta hindari penggunaan krim, lotion ataupun vaselin.

MILIARIA

Pada masyarakat kita miliaria lebih dikenal dengan istilah biang keringat akibat tersumbatnya kelenjar keringat. Membuat bayi nyaman, memakai pakaian tipis dan ringan, dan segera mengganti bila basah umumnya cukup untuk menghilangkan miliaria, karena pada dasarnya miliaria memang bersifat sementara.

BAB IV

TATALAKSANA NEONATUS YANG LAHIR DARI IBU DENGAN INFEKSI

4.1. NEONATUS YANG LAHIR DARI IBU DENGAN HEPATITIS B

Ibu hamil penderita Hepatitis B atau HBsAg positif dapat menularkan pada bayinya. Pemberian vaksin Hepatitis B dan HbIg sesuai waktunya dilanjutkan dengan serial vaksinasi Hepatitis B, menurunkan angka infeksi Hepatitis B perinatal menjadi 0,7% - 1,1%, efektivitas vaksin Hepatitis B saja sebesar 75% – 95% mencegah transmisi Hepatitis B perinatal bila diberikan dalam waktu 24 jam setelah kelahiran.

Tatalaksana bayi lahir dari ibu Hepatitis B atau HBsAg positif berupa:

- Pemberian vaksin Hepatitis B0 (HB 0) dan Hepatitis B Imunoglobulin (HBIg) sebaiknya kurang dari 12 jam secara intra muskular (i.m). Pemberian vaksin Hepatitis B0 dan Hepatitis B Immunoglobulin (HBIg) masih bermanfaat sampai tujuh hari pasca lahir.
- Pemberian HB 0 dilakukan 2 – 3 jam setelah penyuntikan vitamin K1
- HB 0 dan HBIg diberikan pada sisi yang berbeda secara bersama. Dosis HB 0 0,5mL dan dosis HBIg 200 IU diberikan i.m
- Vaksinasi Hepatitis B berikutnya sesuai jadual program imunisasi nasional.
- Ibu tetap memberikan ASI eksklusif
- Pemeriksaan HBs-Ag dan anti-HBs dilakukan saat bayi berusia 9-12 bulan
- Ibu tetap memberikan ASI eksklusif
  - Jika hasil HBs-AG positif, bayi dirujuk ke Rumah Sakit
  - Jika hasil HBs-AG negatif dan anti-HBs <10 IU/ml maka bayi harus mendapatkan 1 dosis tambahan vaksin Hepatitis B paling cepat 1-2 bulan setelah pemberian vaksin Hepatitis B yang terakhir. Pemeriksaan anti HBs diulang kembali 1-2 bulan kemudian jika hasil anti-HBs <10 UI/ml bayi dirujuk ke rumah sakit

4.2. NEONATUS YANG LAHIR DARI IBU DENGAN HIV

Neonatus yang lahir dari Ibu terinfeksi HIV memiliki risiko tertular pada masa kehamilan sebesar 5-10%, saat persalinan (pervaginam) 10 – 20%, dan melalui ASI 5 -20%. Tata laksana pada neonatus yang lahir dari ibu terinfeksi HIV sebagai berikut :

1. PEMBERIAN ARV PROFILAKSIS.BAGI BAYI DARI IBU HIV

- Pemberian ARV profilaksis dimulai sejak bayi dilahirkan di layanan kesehatan tempat Ibu melahirkan dan dalam pengawasan rumah sakit rujukan.
- Untuk bayi yang mendapatkan susu formula, profilaksis ARV bagi bayi adalah zidovudin, sedangkan untuk bayi yang mendapatkan ASI, profilaksis ARV bagi bayi berupa Zidovudin dan Nevirapin. Profilaksis ARV harus diberikan pada usia 6-12 jam dan paling lambat usia 72 jam dan Ibu harus terus mendapatkan terapi ARV
- Efek samping yang harus dipantau dari bayi yang mendapatkan Zidovudine adalah anemia.

TABEL 7. DOSIS PROFILAKSIS ARV PADA NEONATUS DARI IBU YANG TERINFEKSI HIV

NAMA OBAT	DOSIS	DURASI
ZIDOVUDINE (AZT)	**Usia gestasi ≥ 35 minggu:** 4 mg/kg/dosis (PO) setiap 12 jam selama 6 minggu	Lahir sampai dengan usia 6 minggu
	Usia gestasi 30 - < 35 minggu: 2 mg/kg/dosis (PO) setiap 12 jam selama 2 minggu, kemudian ditingkatkan menjadi 3 mg/kg/dosis (PO) setiap 12 jam selama 4 minggu	
	Usia gestasi < 30 minggu: 2 mg/kg/dosis (PO) setiap 12 jam selama 4 minggu, kemudan ditingkatkan menjadi 3 mg/kg/dosis (PO) setiap 12 jam selama 2 minggu	
NEVIRAPINE (NVP)	**Berat lahir 1500–2000 gram** 8 mg/dosis (PO)	Lahir sampai dengan usia 6 minggu
	Berat lahir 2000-2499 gram 10 mg/dosis (PO)	
	Berat lahir > 2500 gram 15 mg/dosis (PO)	

Keterangan : untuk bayi yang mendapatkan susu formula, bayi mendapatkan profilaksis Zidovudin. Untuk bayi yang mendapatkan ASI, maka bayi mendapatkan profilaksis Zidovudin dan Nevirepin.
(Sumber : Panel on treatment HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission dan WHO)

2. PEMBERIAN NUTRISI

- Konseling Pemberian nutrisi untuk bayi lahir dari Ibu terinfeksi HIV dimulai sejak masa antenatal. Ibu dapat mengambil keputusan mengenai pilihan nutrisi yang akan diberikan setelah mendapatkan informasi secara lengkap. Apapun pilihan Ibu, harus didukung oleh tenaga kesehatan. Petugas harus dapat mendemonstrasikan praktek pemberian nutrisi yang dipilih Ibu dan melakukan dukungan lanjutan.
- Petugas memberikan informasi mengenai manfaat dan risiko setiap pilihan. Risiko penularan HIV melalui ASI pada ibu yang tidak mendapatkan terapi ARV sekitar 5-20%, sekalipun ASI adalah makanan terbaik untuk bayi.
- Pemberian susu formula sebagai pengganti ASI dapat mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Persyaratan AFASS harus dipenuhi untuk pemberian susu formula sebagai pengganti ASI, yaitu *Acceptable* = mudah diterima, *Feasible* = mudah dilakukan, *Affordable* = harga terjangkau, *Sustainable* = berkelanjutan, *Safe* = aman penggunaannya; harus dipenuhi apabila ibu ingin memilih memberikan susu formula secara eksklusif dan tidak boleh mixed feeding
- Apabila Ibu memilih memberikan susu formula, petugas mengajarkan cara penyiapan susu formula yang baik. Tidak boleh mencampur pemberian ASI bersamaan atau berselang seling dengan susu formula *(mixed feeding)*.
- Apabila AFASS tidak terpenuhi , ibu dapat memberikan ASI sepanjang Ibu minum ARV.
- Apabila Ibu memberikan ASI, petugas kesehatan harus mengajarkan cara menyusui yang baik dan benar. Selama menyusui, Ibu tetap minum ARV dan bayi tetap diberi ARV profilaksis sesuai protokol.
- Bilamana bayi yang minum ASI terbukti terinfeksi HIV, ASI tetap diberikan.

3. PEMBERIAN PROFILAKSIS KOTRIMOKSAZOL

Pemberian profilaksis Kotrimoksasol dimulai sejak usia 6 minggu dengan basis dosis 4-6 mg Trimethroprim/kg BB satu kali sehari sesuai dengan pedoman.

4. IMUNISASI PADA ANAK TERPAJAN HIV

Imunisasi BCG tidak boleh diberikan pada neonatus yang lahir dari Ibu terinfeksi HIV. Pada periode saat lahir imunisasi yang diberikan hanya Hepatitis B0, sedangkan imunisasi polio yang diberikan pada periode neonatal dilakukan sesuai ketentuan Permenkes Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi dan Permenkes Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.

5. DIAGNOSIS HIV

Diagnosis pada bayi dilakukan dengan tes virologis sejak usia 6 minggu. Untuk hal tersebut, maka bayi harus dirujuk ke fasyankes yang memiliki kemampuan untuk pemeriksaan.

6. TENAGA KESEHATAN YANG KOMPETEN

Melakukan monitoring kepatuhan minum obat baik ibu maupun bayinya, monitoring tumbuh kembang sesuai jadwal kontrol bayi sehat.

4.3. NEONATUS YANG LAHIR DARI IBU DENGAN SIFILIS

1. Perawatan bayi dari ibu dengan sifilis dilakukan seperti bayi lain dan perlu kewaspadaan standar dan pencegahan - pengendalian infeksi sifilis dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya dari ibu ke anak.
2. Semua neonatus dengan risiko Sifilis kongenital harus dievaluasi untuk kemungkinan infeksi HIV
3. Neonatus yang lahir dari ibu Sifilis diberikan Benzatin Benzyl Penicillin G 50.000 IU/kg BB IM dosis tunggal sebelum pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Neonatus tanpa gejala klinis dari ibu Sifilis tanpa pengobatan atau neonatus dengan gejala klinis perlu dirujuk untuk evaluasi dan pengobatan lebih lanjut ke rumah sakit yang memiliki dokter spesialis anak atau spesialis kulit dan kelamin.
5. Tanda klinis dini kemungkinan sifilis kongenital antara lain:
   - Demam, rewel *(iritabel), saddle nose, snuffle* (bayi lahir beringus)
   - Bayi berat lahir rendah atau gagal tumbuh
   - Pemeriksaan kulit secara menyeluruh adanya bula atau ruam di mulut, genital dan anus, telapak tangan dan kaki yang kemudian berubah berwarna tembaga atau ruam datar atau melepuh datar pada wajah, telapak tangan dan kaki.

GAMBAR 29.
SIFILIS KONGENITAL
PADA NEONATUS

4.4. BAYI DARI IBU DENGAN TUBERKULOSIS (TB)

Kehamilan akan meningkatan risiko berkembangnya TB aktif pada ibu yang sebelumnya terinfeksi (infeksi TB laten), terutama pada trimester terakhir atau pada periode awal pasca-natal. Neonatus dari Ibu Penderita TB dapat bergejala ataupun tidak.

Berdasarkan cara penularannya, ada 2 bentuk infeksi TB pada neonatus :

1. **TB kongenital:** terjadi ketika neonatus tertular *M tuberculosis* saat dalam rahim melalui penyebaran hematogen lewat vena umbilikal, melalui cairan amnion yang terminum atau teraspirasi saat persalinan atau terkontaminasi cairan cervicovaginal. Gejala TB kongenital biasanya muncul pada minggu pertama kehidupan dengan mortalitas yang tinggi. Kecurigaan TB kongenital meliputi: bayi kurang bulan, berat lahir rendah, lahir mati, serta infeksi TB dan sakit TB.
2. **TB neonatal:** terjadi ketika neonatus terinfeksi setelah lahir akibat terpapar dari ibu atau kontak erat kasus TB BTA Positif. Gejala TB pada neonatus mulai muncul minggu ke 2-3 setelah kelahiran, seperti letargi, gangguan respirasi, sulit minum, dan kesulitan pertambahan berat badan,

Gejala dan tanda TB tidak spesifik, diagnosis TB harus dipertimbangkan pada infeksi neonatal yang tidak berespon terhadap terapi antimikroba. Petunjuk yang paling utama dalam diagnosis TB pada neonatus yaitu riwayat ibu terinfeksi TB atau HIV. Perhatikan juga riwayat penyakit ibu seperti pneumonia yang sulit membaik, kontak dengan pasien TB, dan riwayat pengobatan TB dalam 1 tahun terakhir agar diagnosis dan penatalaksanaan tidak terlambat.

Pemeriksaan penunjang yang dianjurkan pada TB kongenital adalah pemeriksaan *M. tuberculosis* melalui darah vena umbilikus dan plasenta. Pada plasenta sebaiknya diperiksa gambaran histopatologis dengan kemungkinan adanya granuloma kaseosa dan BTA, bila perlu dilakukan kuretase endometrium untuk mencari endometritis TB.

TATALAKSANA BAYI DARI IBU PENDERITA TB

TATA LAKSANA BAYI DARI IBU PENDERITA TB SEBAGAI BERIKUT :

1. Jika bayi mempunyai gejala TB kongenital dan/atau TB neonatal, ibu dan bayi harus dirujuk untuk dilakukan investigasi lengkap dan tata laksana selanjutnya.
2. Jika bayi tanpa gejala TB, dapat diberikan pengobatan pencegahan dengan isoniazid (PP INH) selama 6 bulan dengan dosis 10 mg/kgBB. Bayi harus dipantau secara rutin setiap bulan dan dievaluasi

kemungkinan adanya gejala TB untuk memastikan TB aktif tidak berkembang. Jika timbul gejala, maka lakukan evaluasi untuk menentukan ada tidaknya sakit TB. Pada akhir bulan ke 6, bila bayi tetap asimptomatik, PP INH dihentikan. Jika uji Tuberkulin negatif dan tidak terinfeksi HIV, maka dapat diberikan BCG.

3. Bayi tetap mendapatkan ASI ekslusif, Ibu yang menyusui harus menjalankan kaidah pengendalian transmisi seperti menggunakan masker, mencuci-tangan, memperbaiki pajanan sinar matahari dan ventilasi udara, etiket batuk/membuang dahak dan lainnya. Pada Ibu dengan TB Resisten Obat (RO) bayi diberi ASI perah.
4. Neonatus yang lahir dari ibu dengan TB RO harus segera dirujuk ke RS Rujukan Manajemen Terpadu Penanggulangan TB Resisten Obat (MTPTRO). Ibu atau anggota keluarga serumah/pengasuh yang menderita TB menggunakan masker selama dekat dengan bayi dan pastikan mendapat pengobatan untuk mengurangi kemungkinan penularannya.

BAB V

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan pelaporan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari pelaksanaan suatu kegiatan pelayanan kesehatan, terutama apabila dikaitkan dengan rekam medis dan ketersediaan data dukung yang dipergunakan sebagai dasar penyusunan perencanaan dan standar pelayanan kesehatan. Data yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan bermula dari suatu pencatatan yang baik. Hal ini berarti pencatatan tersebut harus lengkap, representatif dan faktual agar dapat memberikan gambaran yang sebenarnya dari suatu keadaan yang dituangkan dalam bentuk laporan.

Bentuk pencatatan dan pelaporan pada pelayanan kesehatan primer di Puskesmas dan jaringannya, secara umum tertuang dalam Sistem Informasi Puskesmas (SIP). Sebagai salah satu indikator keberhasilan suatu kegiatan pelayanan kesehatan, pencatatan dan pelaporan memegang peran penting dalam terwujudnya data dan informasi cakupan pencapaian indikator pelayanan kesehatan. Selain itu data dapat dimanfaatkan untuk intervensi yang tepat.

5.1. PENCATATAN

Secara harfiah pencatatan didefinisikan sebagai suatu kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan dan umumnya diakhiri dengan pelaporan. Di tingkat pelayanan kesehatan primer, pencatatan dilakukan di tiap unit upaya kesehatan esensial (Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana, Gizi dan Pencegahan dan penanggulangan penyakit) maupun di unit pelayanan upaya pengembangan kesehatan sehingga output data dan informasi kesehatan yang dihasilkan dapat dimanfaatkan secara optimal bagi pemangku kepentingan dalam merumuskan bentuk pelayanan kesehatan yang tepat. Secara umum pencatatan ini terbagi dalam:

1. Pencatatan untuk tenaga kesehatan
2. Pencatatan untuk keluarga

Kedua jenis pencatatan tersebut saling melengkapi satu sama lain agar didapatkan data dan informasi pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan, sehingga bisa memberikan masukan dalam proses perencanaan dan intervensi yang akan dilakukan.

5.1.1. PENCATATAN UNTUK TENAGA KESEHATAN

Salah satu fungsi puskesmas adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Artinya yang menjadi sasaran pelayanan di puskesmas amatlah luas, mulai dari masa konsepsi, kehamilan, neonatus sampai lansia. Terkait dengan konteks

pembahasan dalam pedoman ini, akan dikedepankan pencatatan yang dilakukan terhadap bayi baru lahir (neonatus) di puskesmas dan jejaringnya.

Merujuk pada Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, pencatatan dan pelaporan di puskesmas dan jaringannya wajib dilakukan sebagai bagian dari sistem informasi puskesmas, artinya semua jenis pelayanan upaya kesehatan di puskesmas dan jaringannya wajib dicatat dan dilaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota. Pencatatan pelayanan kesehatan yang dilakukan pada neonatus yaitu:

1. Pencatatan individu yang merupakan rekam medis berupa: Partograf, Kartu Balita, dan Formulir Pencatatan Bayi Muda < 2 bulan / Formulir MTBM
2. Pencatatan yang merupakan alat pemantauan program berupa Register Kohor Ibu dan Register Kohor bayi
3. Pencatatan yang merupakan informasi untuk keluarga berupa: Buku KIA

Sasaran bayi baru lahir yang sudah mendapat pelayanan dicatat pada Kartu Balita (yang memuat identitas bayi dan pencatatan pelayanan yang diberikan sejak lahir sampai usia <5 tahun). Selanjutnya hasil pelayanan kesehatan tersebut dimasukkan ke dalam Register Kohort Ibu dan Register Kohor Bayi oleh bidan atau perawat penanggungjawab di desa berdasarkan pembagian tugas wilayah kerja puskesmas. Buku KIA harus selalu dibawa dan dimanfaatkan saat mendapatkan pelayanan. Tenaga kesehatan harus mencatat pelayanan yang diberikan di dalam Buku KIA. Keluarga menyimpan informasi pelayanan yang didapatkan bayi di dalam buku KIA.

5.1.1.1. PENCATATAN INDIVIDU

Menurut Permenkes Nomor 269 tahun 2008, rekam medis didefinisikan sebagai berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Perekam medis menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Kata kunci dari kedua definisi di atas adalah adanya catatan tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien baik identitas maupun jenis pelayanan yang sudah diberikan.

Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan janin serta kemajuan dari persalinan selama fase aktif persalinan. Informasi yang dicatat meliputi

- Identitas (Nama bayi, Jenis kelamin, Nama orangtua, NIK, Alamat, Tanggal dan jam lahir, lahir pada umur kehamilan)
- keadaan bayi saat lahir (postur, tonus, aktivitas, kulit bayi, kepala, mata, perut dan tali pusat, punggung dan tulang belakang, lubang anus, alat kelamin, berat badan, panjang badan, lingkar kepala
- tanda vital (pernapasan, detak jantung, suhu aksiler)
- hasil pemeriksaan fisik lengkap
- asuhan/ konseling (IMD, salep mata, vitamin K1, imunisasi Hepatitis B0. Rawat gabung, memandikan bayi, konseling tanda bahaya, konseling perawatan bayi, catatan medis dan waktu pemeriksaan kembali/ kunjungan neonatal

Informasi ini bermanfaat dalam menentukan status kesehatan bayi baru lahir.

Formulir Bayi Baru lahir/ Kartu balita

Formulir Bayi Baru Lahir merupakan rekam medis bagi bayi baru lahir yang memuat identitas bayi dan pencatatan pelayanan yang diberikan sejak lahir sampai usia 6 jam. Rencana ke depan, Formulir Bayi Baru Lahir ini direncanakan untuk digabung menjadi Kartu Balita yang mencatat pelayanan kesehatan bayi mulai dari 0-5 tahun dan merupakan penggabungan dari formulir bayi baru lahir, Kartu Bayi dan Kartu Balita yang sudah ada sebelumnya. Informasi yang dicatat dalam kartu ini akan meliputi:kondisi bayi saat lahir, pelayanan esensial yang diberikan, pemantauan tumbuh kembang dan catatan medik jika neonatus, bayi atau balita sakit. Informasi yang ada di dalam kartu balita menjadi salah satu sumber data Kohor Ibu bagian neonatus dan kohor bayi, serta Kohor Anak Balita. Pada kunjungan neonatus dan pelayanan balita sakit, formulir MTBM dan MTBS dilampirkan di belakang Kartu Balita, sedangkan klasifikasi/diagnosis, terapi dan catatan kunjungan ulang secara singkat ditulis di dalam Kartu Balita. Kartu Balita dimasukkan ke dalam *family folder* dan disimpan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

Formulir manajemen terpadu bayi muda digunakan sebagai alat bantu pemeriksaan pada waktu kunjungan neonatal atau setiap pemeriksaan neonatus.

Informasi yang dicatatkan pada formulir pencatatan bayi muda:

- ☐ Identitas
- ☐ Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisis
- ☐ Hasil klasifikasi penyakit
- ☐ Pemberian tindakan/pengobatan/pra rujukan
- ☐ Kunjungan ulang

5.1.1.2. PENCATATAN PEMANTAUAN PROGRAM KESEHATAN NEONATUS DI PUSKESMAS DAN JEJARINGNYA

■ Kohor

Sebagai bagian dari sistem pencatatan dan pelaporan kesehatan, keberadaan kohor menjadi sangat penting. Selain sebagai sumber data utama dalam pelaporan rutin, juga sangat diperlukan dalam melakukan pemantauan pelayanan kesehatan dan status kesehatan baik secara individu maupun antar wilayah. Kelengkapan informasi yang terekam di dalamnya akan sangat bermanfaat dalam mengintegrasikan seluruh program terkait kesehatan ibu dan anak sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan menjadi komprehensif. Pelayanan KIA, Gizi, Imunisasi, HIV-AIDS, Hepatitis dan IMS pada ibu dan anak dapat terpantau secara terus menerus sepanjang informasinya terekam dalam kohor sehingga dapat dinilai kualitas pelayanan yang sudah diberikan atau sebaliknya seberapa banyak sasaran di wilayah tersebut yang belum mendapatkan pelayanan yang selayaknya diterima. Data yang ada dalam kohor akan menjadi informasi penting ketika dituangkan dalam bentuk Pemanatauan Wilayah Setempat (PWS) yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan penilaian terhadap kinerja maupun kompetensi tenaga kesehatan di suatu wilayah. Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan neonatus, terdapat 2 register kohor, yakni kohor ibu dan kohor bayi.

■ Register Kohor Ibu.

Register Kohor Ibu merupakan formulir pencatatan pelayanan ibu hamil, bersalin, nifas dan kondisi bayi baru lahir di suatu wilayah tertentu setiap bulan. Sumber dan proses pengumpulan datanya selain dari kartu ibu, buku KIA juga melibatkan kader dan dukun bayi. Register ini tidak dibahas secara mendalam dalam buku ini, tetapi dapat merujuk pada Pedoman PWS KIA.

■ Register Kohor Bayi

Register Kohor Bayi merupakan sumber data pelayanan kesehatan bayi, termasuk neonatus. Pengisian register kohor bayi harus mengikuti ketentuan-ketentuan yang ada, misalnya harus lengkap dan berkesinambungan sesuai dengan jumlah sasaran yang ada suatu wilayah kerja, sumber datanya

diperoleh dari Buku KIA atau sumber data yang lain, hanya yang berdomisili di wilayah kerja data dari luar wilayah dikembalikan kepada penanggungjawab wilayah masing-masing, data yang terekam di kohor bersifat rahasia dan pemanfataannya harus mengikuti peraturan yang berlaku tentang rekam medis dan system informasi kesehatan. Selain data identitas bayi dan orangtuanya, register kohor bayi ini juga memberi informasi tentang jenis pelayanan yang didapat pada bayi baru lahir serta indikator yang dapat dihitung terkait dengan pelayanan pada bayi baru lahir, seperti:

1. Cakupan Kunjungan Neonatal (KN1)
2. Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap)
3. Cakupan penanganan neonates dengan komplikasi
4. Cakupan bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
5. Cakupan bayi baru lahir dengan berat lahir rendah (BBLR)

Dari ketersediaan data indikator tersebut diharapkan dapat digunakan sebagai dasar untuk memantau status kesehatan individu serta memberikan kontribusi terhadap perencanaan program maupun penentuan intervensi yang tepat dari suatu masalah kesehatan yang ditemukan pada individu maupun wilayah. Seacara umum, data yang berasal dari kohor bayi dapat dimanfaatkan untuk:

1. Alat pemantauan status kesehatan dan pelayanan kesehatan yang didapat oleh bayi, khususnya bayi baru lahir
2. Sebagai sumber data pelaporan rutin
3. Alat pencatatan untuk mengintegrasikan kegiatan program terkait pelayanan kesehatan anak khususnya pada bayi baru lahir
4. Mendeteksi dini masalah kesehatan pada bayi baru lahir
5. Alat untuk mengukur keberhasilan pelayanan kesehatan
6. Dasar evaluasi dan perencanaan
7. Merupakan bukti otentik pelaksanaan kegiatan dan kinerja petugas

Register Rawat Jalan Bayi Muda (< 2 bulan)

Register Rawat Jalan Bayi Muda (< 2 bulan) masuk dalam register Manajemen Terpadu Balita Sakit. Register ini berfungsi untuk merekap hasil pemeriksaan bayi dengan pendekatan MTBM. Register ini mencatat informasi sebagai berikut:

- Identitas bayi dan orangtua
- Berat Badan dan Panjang Badan
- Keluhan utama
- Kunjungan pertama atau ulang

- Klasifikasi sesuai tanda dan gejala
- Status pemberian Vitamin K1
- Masalah dan atau keluhan lain pada bayi
- Masalah dan atau keluhan lain pada ibu
- Diagnosa ICD X
- Tindakan (Pengobatan, Konseling, Kunjungan ulang, Rujukan)

Register ini merupakan register pertama dimana klasifikasi dikonversi menjadi diagnose sesuai ICD X, untuk kemudian dilanjutkan dalam pelaporan LB 1. Bayi dari ibu penderita TB yang dapat profilaksis INH selama 6 bulan, harus dipantau oleh klinik DOT yang ada didalam puskesmas

5.1.2. PENCATATAN UNTUK KELUARGA

Buku KIA merupakan alat pencatatan dan edukasi bagi ibu hamil dan bayi hingga anak usia prasekolah. Buku ini diisi oleh tenaga kesehatan dan dibaca oleh ibu dan keluarga. Apabila bayi berpindah tempat pemeriksaan, buku ini dapat digunaka sebagai buku penghubung antara tenaga kesehatan sebelumnya dengan tenaga kesehatan kemudian yang memeriksa bayi. Deteksi dini terhadap masalah kesehatan, juga dapat dilakukan karena kondisi bayi tercatat dengan baik dalam buku KIA. Pengenalan tanda dan gejala awal masalah kesehatan pada bayi dapat diajarkan kepada ibu, sehingga ibu menjadi lebih waspada dan tindakan pengawasan, pencegahan dan penanganan dini terhadap masalah kesehatan menjadi lebih mudah untuk dilakukan.

Pengadaan dan pendistribusian Buku KIA dilakukan oleh pemerintah dengan peran serta dari LSM, organisasi profesi, dan swasta serta *stakeholder* lainnya.

5.2. PELAPORAN

Data yang tercatat pada Register Kohor Ibu dan Register Kohor Bayi diteliti/divalidasi dan diolah di Puskesmas sebelum direkapitulasi ke dalam format pelaporan data program Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial (UKME). Format pelaporan yang digunakan adalah Laporan bulanan Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak yang kemudian diteruskan secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Selain laporan bulanan ada juga laporan kematian yang dilaporkan setiap kali ada kejadian kematian perinatal – neonatal oleh bidan atau perawat

5.2.1. LAPORAN BULANAN GIZI, KESEHATAN IBU DAN ANAK

Laporan bulanan gizi, kesehatan ibu dan anak merupakan bagian dari pelaporan data program UKME dari Sistem Informasi Puskesmas yang berisi cakupan pelayanan kesehatan gizi, ibu dan anak termasuk neonatus, yang dilaporkan berdasarkan wilayah kerja puskesmas. Sumber data cakupan pelayanan kesehatan neonatus didapatkan dari rekam medis bayi, register kohor ibu, dan register kohort bayi. Selain laporan bulanan gizi, kesehatan ibu dan anak, laporan imunisasi juga memuat beberapa indikator yang terkait dengan neonatus.

Menurut kebijakan program, terdapat indikator kesehatan neonatal yang perlu dilaporkan secara berjenjang mulai dari tingkat desa/kelurahan sampai ke tingkat pusat, yaitu:

1. Jumlah kunjungan neonatal (KN 1, KN lengkap, dan neonatus komplikasi yang ditangani)
2. Jumlah bayi dengan BBLR
3. Jumlah bayi baru lahir mendapat IMD
4. Jumlah cakupan imunisasi HB0<24 jam, HB0 1-7 hari, BCG, dan Polio1

5.2.2. LAPORAN KEMATIAN

Instrumen yang digunakan untuk melaporkan kasus kematian neonatus:

- **Formulir Pemberitahuan Kematian Perinatal-Neonatal Individual/Formulir IKP**
  Formulir ini diisi setiap kali terjadi kematian perinatal-neonatal oleh bidan/perawat penanggung jawab di desa, BPS, RB, puskesmas, dan RS. Formulir yang diisi oleh bidan/perawat penanggung jawab di desa, BPS, RB dan puskesmas dikirimkan ke puskesmas di tingkat kecamatan. Sedangkan formulir yang diisi di RS dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- **Formulir Daftar Kematian Perinatal-Neonatal di tingkat puskesmas/formulir DKP**
  Formulir ini diisi setiap kali ada laporan pemberitahuan kematian perinatal-neonatal oleh Bidan Koordinator atau Bidan yang ditunjuk.

Instrumen yang digunakan untuk menelusuri kasus kematian neonatus:

- **Formulir Otopsi Verbal Kematian Perinatal-neonatal (OVP)**
  Formulir ini diisi untuk setiap kematian perinatal-neonatal yang terlaporkan di tingkat kabupaten. Pengisian dilakukan oleh Bidan Koordinator/Bidan yang ditunjuk dari Puskesmas Kecamatan tempat domisili kasus yang meninggal. Formulir ini digunakan untuk kepentingan verbal otopsi bagi kematian perinatal-neonatal yang terjadi di komunitas. Selain itu, formulir ini juga digunakan untuk mendapatkan informasi non-medis seputar kematian perinatal-neonatal, baik untuk kematian perinatal-neonatal di masyarakat maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.

Formulir Rekam Medik Kematian Perinatal-neonatal (RMP)

Formulir ini diisi untuk setiap kematian perinatal-neonatal yang terjadi di fasilitas kesehatan. Untuk kematian yang terjadi di bidan di desa, BPS, RB, dan Puskesmas formulir akan diisi oleh Bidan Koordinator/Bidan yang ditunjuk dari Puskesmas Kecamatan tempat domisili kasus yang meninggal. Sedangkan untuk kasus yang meninggal di RS, formulir akan diisi oleh dokter penanggung jawab perawatan dengan diketahui oleh direktur RS. Untuk kasus yang meninggal di perjalanan dan sampai RS sebagai DOA, maka formulir RMP tetap diisi oleh Petugas RS.

Formulir Rekam Medik Kematian Perinatal-neonatal Perantara (RMPP)

Formulir ini diisi untuk mendapatkan informasi layanan kesehatan pada kasus kematian yang pernah mendapat perawatan di fasilitas kesehatan lain sebelum dirawat di fasilitas kesehatan tempat bayi meninggal.

Instrumen laporan kematian tersebut merupakan sumber data yang digunakan dalam melaksanakan rangkaian kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP).

Pengertian audit maternal perinatal-neonatal tingkat kabupaten adalah serangkaian kegiatan penelusuran sebab kematian atau kesakitan ibu, perinatal, dan neonatal guna mencegah kesakitan atau kematian serupa di masa yang akan datang.

Kematian neonatal adalah kematian bayi lahir hidup yang kemudian meninggal sebelum 28 hari kehidupannya, dapat dipilah menjadi 2 kelompok, yaitu:

- **kematian neonatal dini:** kematian bayi yang terjadi pada 7 hari pertama kehidupannya
- **kematian neonatal lanjut:** kematian bayi yang terjadi pada masa 8-28 hari kehidupannya

Pelaksanaan AMP terdiri dari tujuh langkah berurutan yang melibatkan seluruh komponen Tim AMP kab/kota, langkah 1 dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, langkah 2 s/d 7 dilaksanakan oleh tim AMP kabupaten/kota.

Formulir data kematian yang sudah diisi oleh Bidan Koordinator atau oleh petugas yang ditunjuk oleh Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak perlu diarsipkan oleh pihak pengisi/ pengirim untuk meminimalkan risiko kegagalan anonimasi (rahasia). Dokumentasi data pasien di fasilitas pelayanan kesehatan adalah rekam medik pasien, dan bukan formulir data kematian yang diperuntukkan bagi keperluan AMP. Formulir yang telah diisi dengan lengkap sebelum dikirim harus diketahui (dibubuhi tanda tangan mengetahui) oleh Kepala Puskesmas (untuk kejadian kematian di masyarakat) atau Pimpinan Fasiltas Pelayanan (bila kejadian kematian di fasilitas pelayanan kesehatan) sebagai penanggungjawab pengiriman berkas. Berkas dikirim kepada Penanggungjawab Tim AMP melalui

Koordinator Tim Manajemen AMP Kabupaten/Kota dalam amplop tertutup dengan label RAHASIA pada sisi kanan atas amplopnya. Pengiriman dapat dilakukan oleh petugas yang bersangkutan atau oleh kurir yang ditunjuk oleh pihak penanggungjawab pengiriman. Pengirim berkas berhak mendapatkan bukti penerimaan berkas dari Sekretariat Tim Manajemen AMP Kabupaten/Kota.

5.3. PWS KIA (PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK)

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat.

Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut.

Data neonatus yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS KIA adalah:

- Data sasaran: jumlah seluruh bayi
- Data pelayanan :
  - Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6 – 48 jam (KN1)
  - Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap yakni KN1, KN2 dan KN3, pada umur 0-28 hari
  - Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani (NK)

SUMBER DATA

- Data sasaran berasal dari perkiraan jumlah sasaran yang dihitung berdasarkan rumus (sasaran bayi = CBR atau Angka Kelahiran Kasar dikalikan Jumlah Penduduk).
- Bidan/perawat penanggungjawab di desa bersama dukun bersalin/bayi dan kader melakukan pendataan dan pencatatan sasaran di wilayah kerjanya.
- Data pelayanan berasal dari Register Kohor Ibu dan Register Kohor Bayi.

Pengolahan data antara lain berupa grafik antar waktu atau antar wilayah meliputi:

- Grafik cakupan Kunjungan Neonatus 1 (KN1)
- Grafik cakupan Kunjungan Neonatus Lengkap (KN Lengkap)
- Grafik cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani (NK)

ANALISIS DATA

- Analisis sederhana dengan membandingkan cakupan KN1/ KN Lengkap/NK dengan target atau kecenderungan cakupan dari waktu ke waktu
- Analisis lanjut dengan membandingkan cakupan KN 1/KN Lengkap/NK dengan indikator terkait. Antara lain:
  - KN 1 dengan Persalinan Nakes, Kunjungan Nifas, imunisasi HB0, IMD
  - KN Lengkap dengan Kunjungan Nifas,KB
  - KN 1 dengan persalinan di fasyankes

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1.
PEDOMAN CUCI TANGAN

Ada dua cara cuci tangan dalam merawat bayi, yaitu:

1. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
2. Mencuci tangan dengan menggunakan antiseptik berbasis alkohol

Kapan harus mencuci tangan?

- Sebelum dan setelah kontak langsung dengan setiap pasien saat melakukan tindakan/merawat pasien.
- Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti *verband*, walaupun telah memakai sarung tangan.
- Sebelum dan setelah melepas sarung tangan
- Sebelum dan setelah melakukan tindakan aseptis: pemasangan kateter intravena, kateter urin dan vaskular perifer.
- Setiap akan memeriksa pasien yang lain.
- Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontanimasi ke area lainnya yang bersih di pasien yang sama
- Setelah kontak dengan lingkungan dan benda mati (alat medik, tempat tidur, meja, saklar lampu) di area pasien
- Sebelum keluar ruangan pasien, setelah melepas dan membuang APD
- Sebelum dan setelah makan, minum, atau menggunakan toilet
- Menyentuh/mengelap hidung dengan tangan

CARA MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN CAIR

Lama waktu yang dibutuhkan: 40-60 detik

0

Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir

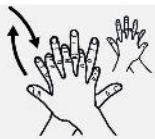
1

Tuangkan sabun cair 3-5 cc, untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan

2

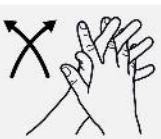
Gosok kedua telapak tangan hingga merata

3



Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya

4

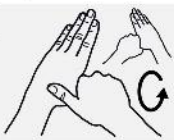


Gosok kedua telapak dan sela-sela jari

5

Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci

6

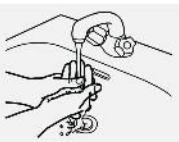


Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya

7

Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya

8



Bilas kedua tangan dengan air mengalir

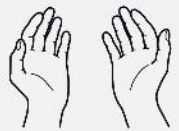
9

Keringkan dengan handuk/kertas tisu sekali pakai

10

Gunakan handuk/kertas tisu tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar

11



Sekarang tangan Anda sudah bersih

World Health Organization | Patient Safety — A World Alliance for Safer Health Care | **SAVE LIVES** Clean **Your** Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

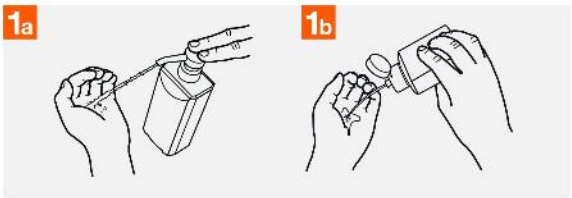
May 2009

GAMBAR 30 CARA MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN DAN AIR MENGALIR

Diadaptasi dari: *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.*

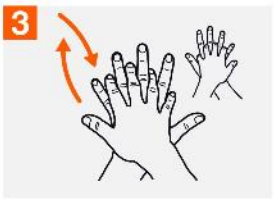
CARA MENCUCI TANGAN DENGAN ANTISEPTIK BERBASIS ALKOHOL

Lama waktu yang dibutuhkan: 20-30 detik



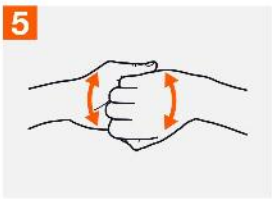
Tuangkan 2-3 cc antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan, kemudian ratakan ke selluruh permukaan tangan

Gosokkan kedua telapak tangan



Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan telapak tangan kanan dan sebaliknya

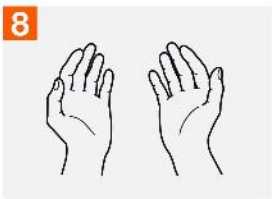
Gosok kedua telapak dan sela-sela jari tangan



Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci

Gosok berputar pada ibu jari tangan kiri dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya

Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan di telapak tangan kiri dan sebaliknya



Sesudah kering, tangan Anda sudah bersih

World Health Organization | Patient Safety — A World Alliance for Safer Health Care | SAVE LIVES Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

GAMBAR 31 CARA MENCUCI TANGAN DENGAN CAIRAN ANTISEPTIK BERBASIS ALKOHOL

Diadaptasi dari *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.*

LAMPIRAN 2. PENCEGAHAN INFEKSI UNTUK ALAT DAN BAHAN HABIS PAKAI

Berikut ini adalah 4 langkah pencegahan infeksi alat dan bahan habis pakai, yaitu:

LANGKAH I: DEKONTAMINASI

Dekontaminasi dilakukan dengan cara merendam dengan larutan Klorin 0,5%. Langkah ini perlu dilakukan terlebih dulu agar alat atau barang aman bila tersentuh/terpegang.

TUJUAN DEKONTAMINASI:

- Membunuh berbagai jenis virus (misalnya virus Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV) serta berbagai jenis kuman.
- Membuat alat atau barang tersebut aman sewaktu pencucian.
- Membuat alat atau barang tersebut lebih mudah dicuci karena mencegah cemaran darah, cairan tubuh lain dan jaringan mengering pada alat atau barang tersebut.

LANGKAH II: PENCUCIAN

Pencucian dilakukan dengan deterjen dan air. Langkah ini perlu dilakukan untuk menghilangkan kotoran seperti darah dan feses yang menghalangi proses sterilisasi atau DTT.

Pencucian alat dan bahan habis pakai dilakukan setelah proses dekontaminasi, dengan cara menyikat dengan sikat, deterjen dan air.

TUJUAN PENCUCIAN:

- Menghilangkan darah, cairan tubuh lain, jaringan dan kotoran yang menempel pada alat dan bahan habis pakai.
- Mengurangi jumlah kuman.
- Membuat sterilisasi atau DTT menjadi efektif.

Catatan: Bila bercak darah tertinggal dalam sebuah alat, kuman dalam bercak tersebut mungkin tidak terbunuh secara sempurna oleh sterilisasi maupun DTT.

LANGKAH III:
DESINFEKSI TINGKAT TINGGI (DTT)

DTT atau sterilisasi dilakukan dengan cara merebus atau mengukus (memanasi dengan uap).

TUJUAN DTT:

DTT bertujuan untuk membunuh kuman. DTT perlu dilakukan sebelum penggunaan alat atau penyimpanan. DTT dapat membunuh semua kuman kecuali endospora. Endosprora adalah bakteri yang membentuk lapisan luar yang keras, membungkus kuman sehingga sulit dibunuh. Kuman tetanus atau gas gangren dapat membentuk endospora.

DTT dapat digunakan untuk alat atau barang yang akan kontak dengan kulit maupun mukosa membran yang tidak utuh. Bila sterilisasi tidak tersedia, DTT merupakan satu-satunya pilihan.

DTT dapat dilakukan dengan merebus atau mengukus.

1. Merebus
   Desinfeksi Tingkat Tinggi dengan merebus dilakukan dengan cara merebus alat yang digunakan untuk resusitasi seperti tabung resusitasi dan pipa pengisap lendir.
2. Mengukus
   Desinfeksi Tingkat Tinggi dengan mengukus dilakukan dengan cara pemanasan menggunakan uap air panas. Untuk pencegahan infeksi alat resusitasi seperti tabung resusitasi dan pipa pengisap lendir dapat dilakukan dengan dikukus.

Keuntungan mengukus dibanding merebus:

- Kerusakan lebih sedikit pada sarung tangan dan barang plastik atau barang-barang dari karet
- Menggunakan lebih sedikit air
- Menggunakan lebih sedikit bahan bakar karena air yang direbus lebih sedikit
- Tidak terbentuk garam soda dalam alat-alat logam

LANGKAH IV:
PENYIMPANAN

Setelah tindakan pencegahan infeksi, alat/barang sebaiknya digunakan atau disimpan secepatnya sehingga tidak terkontaminasi. Penyimpanan secara benar sama pentingnya seperti dekontaminasi, pencucian atau DTT.

TUJUAN PENYIMPANAN:

Penyimpanan alat dilakukan sesudah DTT atau sterilisasi sehingga tidak terjadi kontaminasi alat tersebut.

PENCEGAHAN INFEKSI MENURUT JENIS ALAT RESUSITASI:

Berikut ini adalah beberapa contoh alat dan bahan habis pakai yang digunakan dalam resusitasi dan cara pencegahan infeksinya:

- Meja resusitasi:
  Basuh dengan larutan dekontaminasi dan kemudian cuci dengan sabun dan air, dikeringkan dengan udara/angin.
- Tabung resusitasi:
  Lakukan dekontaminasi, pencucian secara teratur misalnya setiap minggu, tiap 2 minggu atau setiap bulan tergantung frekuensi resusitasi. Selalu lakukan ke 3 langkah pencegahan infeksi jika alat digunakan pada bayi dengan infeksi. Pencegahan infeksi tabung resusitasi juga dilakukan setiap habis digunakan. Pisahkan masing-masing bagian sebelum melakukan pencegahan infeksi
- Sungkup silikon dan katup karet
  - Sungkup silikon dapat direbus.
  - Lakukan ke 3 langkah pencegahan infeksi (dekontaminasi, pencucian dan DTT)
- Alat pengisap atau sarung tangan yang dipakai ulang:
  Lakukan ke 3 langkah pencegahan infeksi (dekontaminasi, pencucian dan DTT)
- Kain dan selimut:
  Lakukan dekontaminasi dan pencucian kemudian dikeringkan dengan angin/ udara atau sinar matahari kemudian simpan di tempat yang bersih dan kering.
- Bahan/alat habis pakai:
  Lakukan dekontaminasi untuk bahan/alat habis pakai seperti kasa, sarung tangan, pipa kateter, jarum dan sebagainya selama 10 menit, sebelum membuangnya ke tempat yang aman.

RUMUS MEMBUAT LARUTAN KLORIN 0,5% DARI LARUTAN KONSENTRAT BERBENTUK CAIR:

$$\text{JUMLAH BAGIAN AIR} = \frac{\%\ \text{LARUTAN KONSENTRAT}}{\%\ \text{LARUTAN YANG DIINGINKAN}} - 1$$

Contoh: Untuk membuat klorin/pemutih 0,5% dari larutan klorin 5,25%, (misalkan BAYCLIN): Tambahkan 9 bagian air ke dalam 1 bagian larutan klorin konsentrat (5,25%)

Sumber: *Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO, 1995*

LAMPIRAN 3.
CARA PENYUNTIKAN INTRAMUSKULAR

Suntikan intra muskular pada neonatus dilakukan untuk

- Vitamin K1
- Imunisasi Hepatitis B0
- Pemberian dosis pertama antibiotik sebelum bayi dirujuk.

GAMBAR 32. PENYUNTIKAN INTRAMUSKULAR

PERSIAPAN MELAKUKAN SUNTIKAN INTRA MUSKULAR

1. Letakkan bayi dengan posisi punggung di bawah
2. Lakukan desinfeksi pada bagian tubuh bayi yang akan diberi suntikan IM :
    1. Muskulus Kuadriseps pada bagian antero-lateral paha (lebih dipilih karena risiko kecil terinjeksi secara IV atau mengenai tulang femur dan jejas pada Nervus Skiatikus)
    2. Muskulus Deltoideus (mengandung sedikit lemak atau jaringan subkutan sehingga memudahkan penyuntikan). Area ini digunakan hanya untuk pemberian imunisasi bukan untuk pemberian obat lain.

CARA MEMBERIKAN SUNTIKAN INTRA MUSKULAR

1. Pilih daerah otot yang akan disuntik. Untuk memudahkan identifikasi, suntikan vitamin K1 di paha kiri dan suntikan imunisasi HB0 di paha kanan.
2. Bersihkan daerah suntikan dengan kasa atau bulatan kapas yang telah direndam dalam larutan antiseptik dan biarkan mengering
3. Yakinkan bahwa jenis dan dosis obat yang diberikan sudah tepat.
4. Isap obat yang akan disuntikkan ke dalam semprit dan pasang jarumnya.

5. Bila memungkinkan pegang bagian otot yang akan disuntik dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk
6. Dengan satu gerakan cepat, masukkan jarum tegak lurus melalui kulit
7. Tarik tuas semprit perlahan untuk meyakinkan bahwa ujung jarum tidak menusuk dalam vena.
   - Bila dijumpai darah:
     - cabut jarum tanpa menyuntikkan obat;
     - pasang jarum steril yang baru ke semprit;
     - pilih tempat penyuntikan yang lain;
     - ulangi prosedur di atas.
   - Bila tidak dijumpai darah, suntikan obat dengan tekanan kuat dalam waktu 3 – 5 detik.
8. Bila telah selesai, tarik jarum dengan sekali gerakan halus dan tekan dengan bola kasa steril kering
9. Catat tempat penyuntikan untuk memudahkan identifikasi.

LAMPIRAN 4.
CARA PENYUNTIKAN INTRADERMAL

SUNTIKAN INTRADERMAL PADA NEONATUS DILAKUKAN UNTUK IMUNISASI BCG

GAMBAR 33. PENYUNTIKAN INTRA DERMAL

CARA PENYUNTIKAN INTRADERMAL:

- Letakkan bayi dengan posisi miring di atas pangkuan ibu dan lepas baju bayi dari lengan dan bahu. Ibu sebaiknya memegang bayi dekat dengan tubuhnya, menyangga kepala bayi dan memegang lengan dekat dengan tubuh.
- Pegang semprit dengan tangan kanan anda dengan lubang pada ujung jarum menghadap ke depan.
- Buatlah permukaan kulit menjadi datar dengan menggunakan ibu jari kiri dan jari telunjuk anda. Letakkan semprit dan jarum dengan posisi hampir datar dengan kulit bayi.
- Masukkan ujung jarum tepat di bawah permukaan kulit tetapi di dalam kulit yang tebal - cukup memasukkan *bevel* (lubang di ujung jarum)
- Jaga agar posisi jarum tetap datar di sepanjang kulit sehingga jarum masuk ke dalam lapisan atas kulit saja.

- Jaga agar lubang di ujung jarum menghadap ke depan. Jangan menekan jarum terlalu dalam dan jangan menurunkan jarum karena jarum akan masuk di bawah kulit, sehingga yang terjadi suntikan di dalam otot *(subcutaneous)* bukan suntikan intradermal.
- Untuk memegang jarum dengan posisi yang tepat, letakkan ibu jari kiri anda pada ujung bawah semprit dekat jarum, tetapi jangan menyentuh jarum.
- Pegang ujung penyedot antara jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan anda. Tekan penyedot dengan ibu jari tangan anda. Suntikkan sejumlah dosis (BCG=0.05 ml vaksin) dan lepaskan jarum.

Catatan: Jika suntikan intradermal diberikan secara tepat, alat penyedot akan sulit didorong. Jika vaksin mudah masuk anda mungkin menyuntik terlalu dalam. Segera hentikan suntikan, betulkan posisi jarum, dan berikan sisa dosis, tetapi tidak ditambah lagi. Jika disuntikan BCG tepat, akan timbul pembengkakkan dengan puncak yang datar *(flat-topped)* pada kulit. Pembengkakan ini kelihatan pucat dengan lubang sangat kecil seperti kulit jeruk. Jika teknik yang digunakan tidak tepat, vaksin akan masuk dengan mudah dan tidak terlihat adanya pembengkakan.

LAMPIRAN 5.
CARA PENIMBANGAN BAYI BARU LAHIR

1. PERSIAPAN PENIMBANGAN:

A. PERSIAPAN RUANGAN

- Suhu ruangan 24 – 26°C
- Jendela ruangan tertutup agar tetap terjaga kehangatan bayi baru lahir
- Pencahayaan cukup terang

B. PERSIAPAN ALAT

- Letakan timbangan di tempat rata dan datar
- Berikan alas berupa kain atau handuk kering dan bersih pada timbangan
- Pastikan jarum penunjuk di angka 0 (pada timbangan skala) atau layar menunjukkan angka 0 (pada timbangan digital)

GAMBAR 34. JARUM PENUNJUK TIMBANGAN MENUNJUKKAN ANGKA NOL (0)

C. PERSIAPAN BAYI BARU LAHIR

- Jelaskan pada ibu alasan untuk menimbang bayi baru lahir, misalnya untuk memantau pertumbuhan, menilai proses penyembuhan atau melihat reaksi terhadap pengasuhan dan pemberian makanan
- Bayi baru lahir menggunakan pakaian semininal mungkin (popok atau selimut) atau telanjang namun tetap memperhatikan kehangatan (sebelum dan sesudah menimbang selimuti bayi baru lahir).
- Pakaian yang digunakan harus ditimbang terpisah mendapatkan hasil yang akurat.

2. PELAKSANAAN PENIMBANGAN BAYI BARU LAHIR

1. Letakan bayi baru lahir pada timbangan pada posisi yang aman (tidak jatuh dan bagian tubuh tidak ada yang keluar dari timbangan).
2. Baca skala pada saat jarum sudah berhenti atau skala digital menunjukkan skala yang tetap serta lakukan pencatatan.

LAMPIRAN 6.
CARA PENGUKURAN PANJANG BADAN BAYI BARU LAHIR

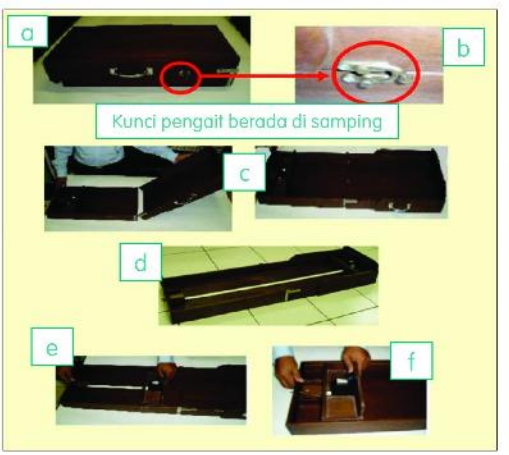
1. PERSIAPAN PENGUKURAN PENJANG BADAN

A. PERSIAPAN RUANGAN

- Suhu ruangan 24 – 26°C
- Jendela ruangan tertutup agar tetap terjaga kehangatan bayi baru lahir
- Pencahayaan cukup terang

B. PERSIAPAN ALAT

- Persiapkan papan ukur panjang badan secepatnya, bila perlu sudah siap sebelum menimbang anak
- Letakan papan ukur panjang badan di tempat tempat yang datar dan rata (Gambar 35a)
- Lepaskan kunci pengait yang berada di samping papan pengukur (Gambar 35b)
- Buka papan hingga posisinya memanjang dan datar (Gambar 35c)
- Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala (Gambar 35d) dan pastikan meteran menunjuk angka nol dengan mengatur skrup skala yang ada di bagian ujung papan ukur.
- Setelah sekrup diatur, tarik kembali meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala (Gambar 35e) dan pastikan meteran menunjuk angka nol
- Geser kembali papan penggeser pada tempatnya (Gambar 35f)



GAMBAR 35.
PERSIAPAN ALAT
PENGUKUR PANJANG BADAN

C. PERSIAPAN BAYI BARU LAHIR

- ☐ Jelaskan pada ibu tujuan pengukuran panjang badan anaknya
- ☐ Minta ibu untuk membantu proses pengukuran untuk menenangkan serta menghibur anaknya. Posisi ibu dekat dan terlihat oleh bayi baru lahir agar anak lebih tenang
- ☐ Pastikan bayi baru lahir tidak memakai topi dan sepatu ataupun yang menutupi kepala atau kaki.

2. PELAKSANAAN PENGUKURAN PANJANG BADAN

1. Pengukuran panjang badan bayi dilakukan oleh dua orang petugas pengukuran.
2. Telentangkan bayi baru lahir di atas papan pengukur panjang badan dengan posisi kepala menempel pada bagian papan yang datar dan tegak lurus (papan yang tidak dapat bergerak/ statis). Pastikan posisi ibu dekat dan terlihat oleh anak agar anak lebih tenang.
3. Pengukur 2 memastikan bagian puncak kepala bayi baru lahir menempel pada bagian papan yang statis dengan memegang kepala bayi pada posisi sesuai garis frankfort tegak lurus terhadap papan pengukur
4. Posisikan bagian belakang kepala, punggung, pantat dan tumit bayi baru lahir pada satu garis lurus dan menempel secara tepat pada papan pengukur.
5. Pengukur 1 menggeser bagian papan yang bergerak sampai seluruh bagian kedua telapak kaki menempel tegak lurus pada bagian papan yang dapat digeser (dengan cara menekan bagian lutut). Jika jari – jari bayi menekuk gelitik telapak kaki bayi. Bila sulit dilakukan, dibenarkan hanya satu telapak kaki yang menempel tegak lurus di papan geser.
6. Pengukur 1 membaca panjang badan bayi baru lahir dari angka kecil ke angka besar dan lakukan pencatatan.

GAMBAR 36.
Posisi balita dan pengukur

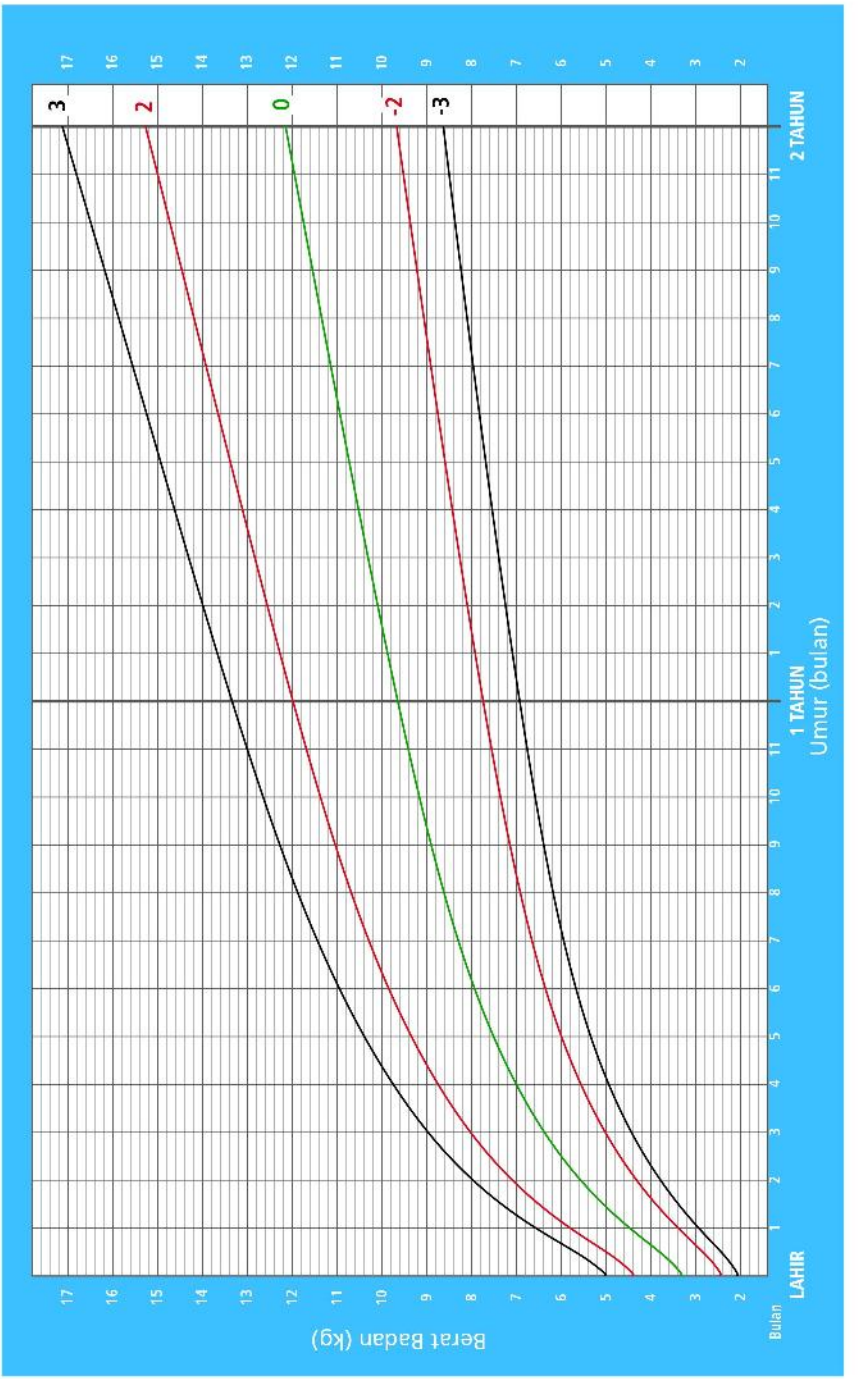
GAMBAR 37.
Posisi tangan pengukuran 2
(memegang telinga) dan posisi kepala

GAMBAR 38.
Posisi pengukur 1 yang benar (mata tegak lurus ke jendela baca alat pengukur)

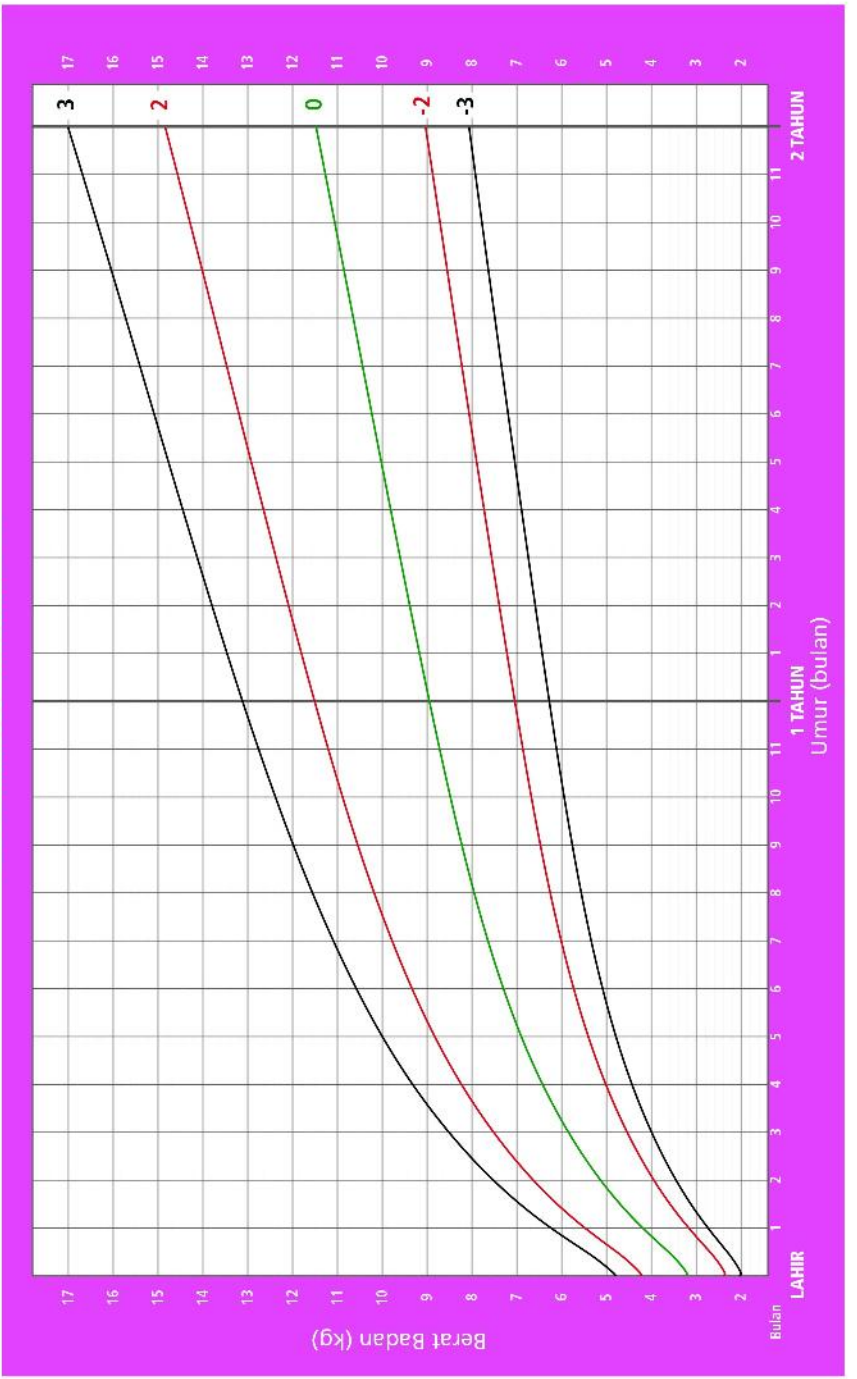
GAMBAR 39.
Posisi kaki yang benar, telapak kaki menempel tegak lurus pada papan penggeser

LAMPIRAN 7.
GRAFIK PEMANTAUAN BERAT BADAN DAN PANJANG BADAN MENURUT WHO 2005

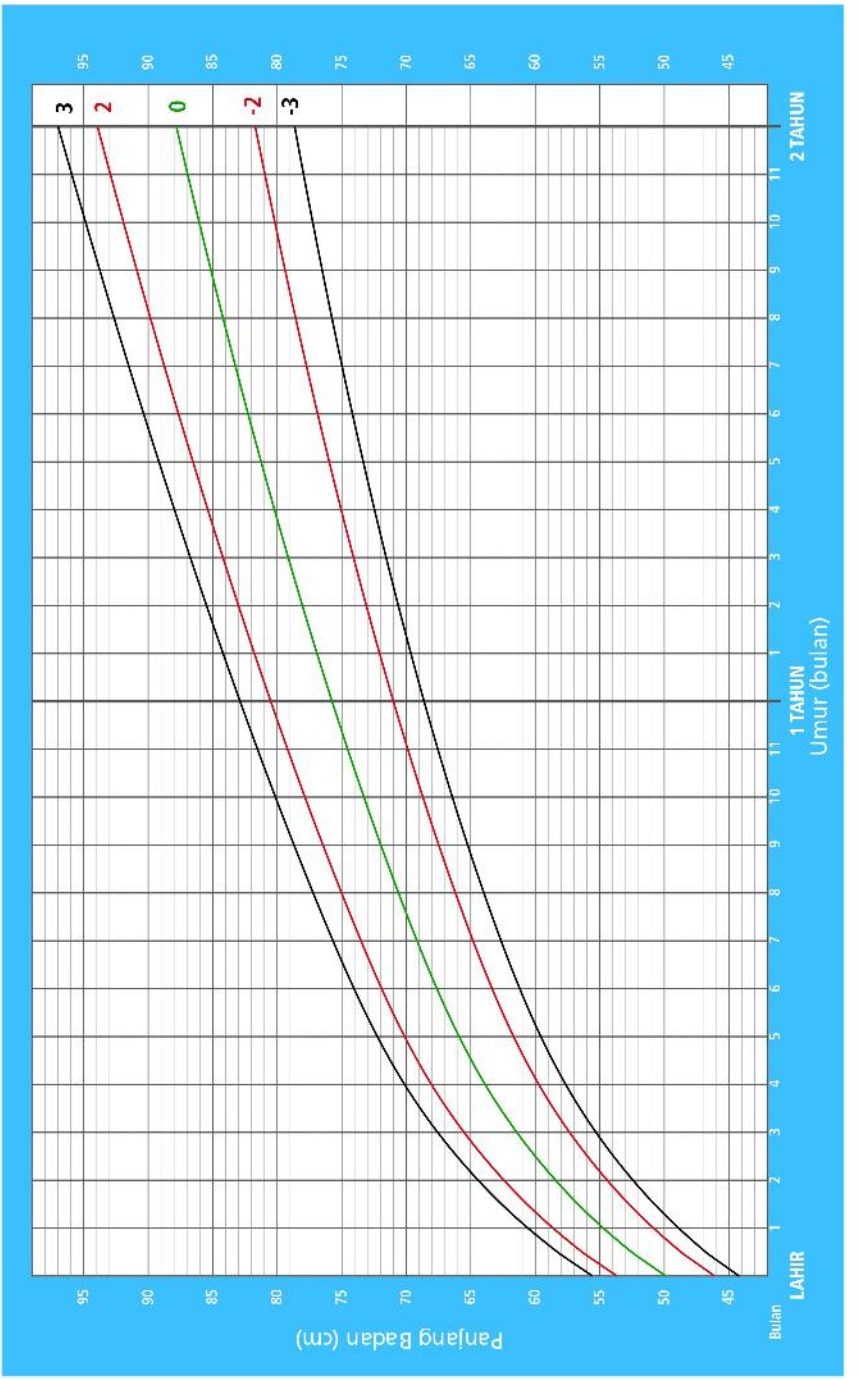
GRAFIK BB/U BAYI LAKI-LAKI



GRAFIK BB/U BAYI PEREMPUAN

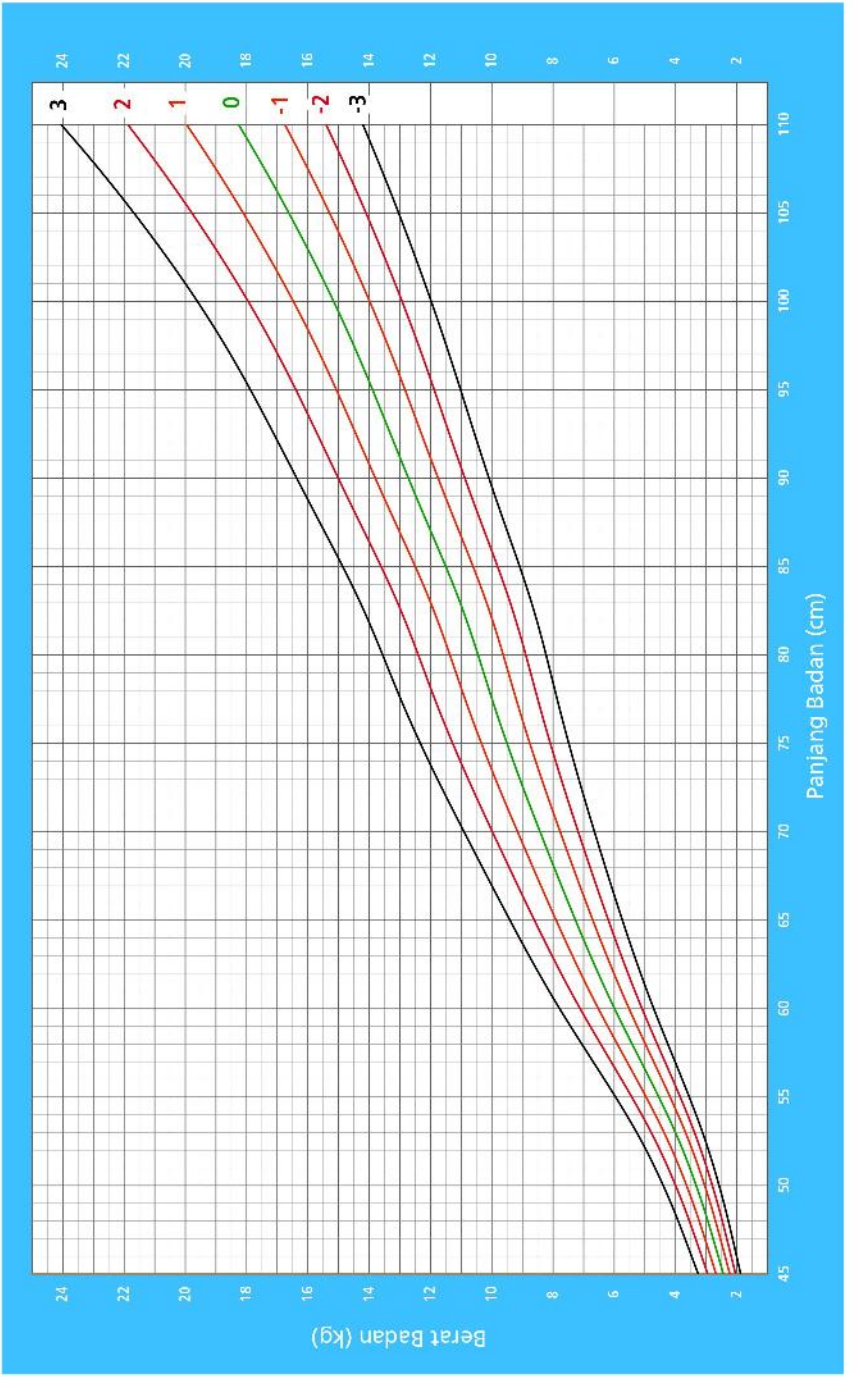


GRAFIK PB/U BAYI LAKI-LAKI

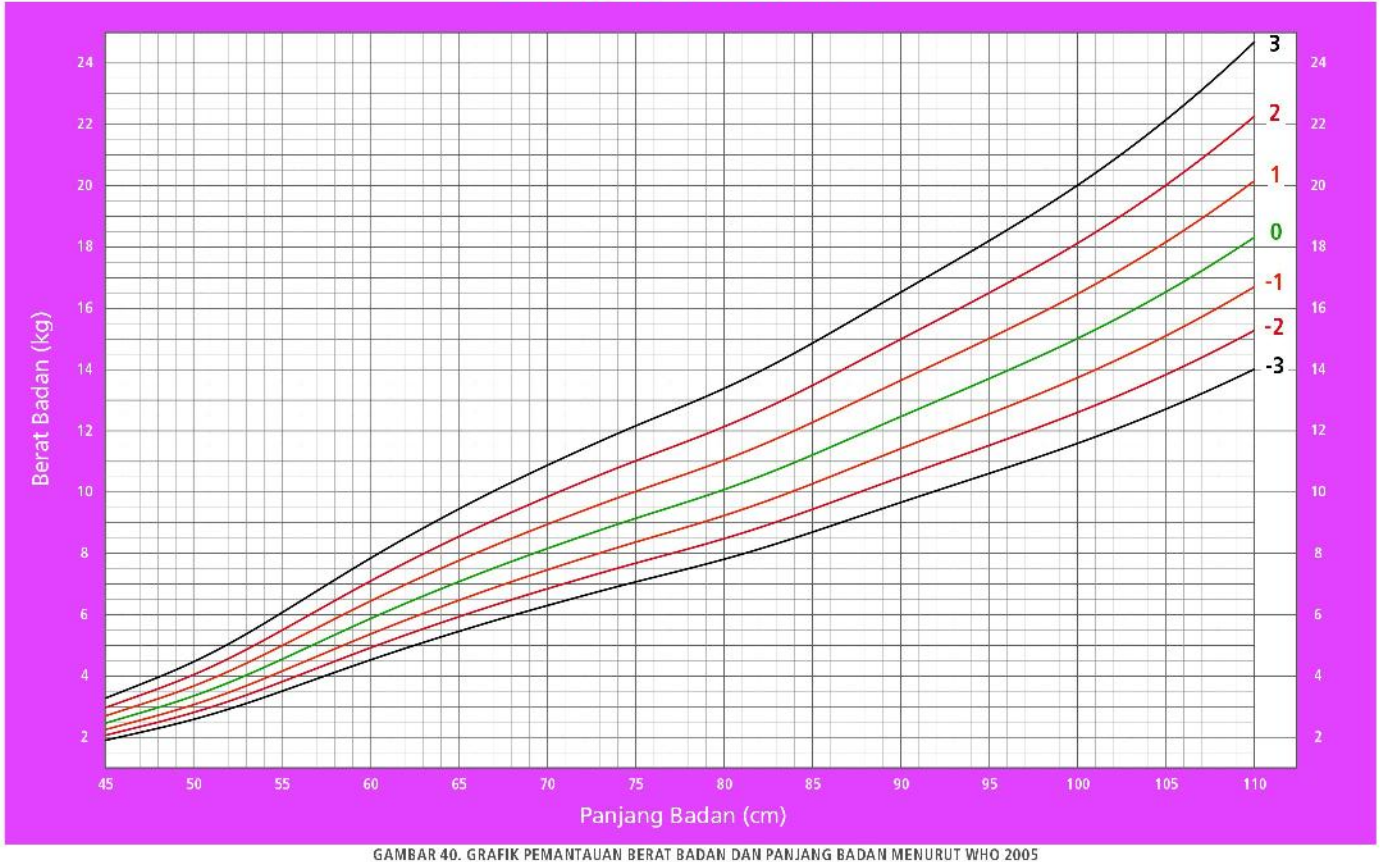


GRAFIK PB/U BAYI PEREMPUAN

GRAFIK BB/PB BAYI LAKI-LAKI



GRAFIK BB/PB BAYI PEREMPUAN



GAMBAR 40. GRAFIK PEMANTAUAN BERAT BADAN DAN PANJANG BADAN MENURUT WHO 2005

LAMPIRAN 8.
CARA PENGUKURAN LINGKAR KEPALA

Pengukuran lingkar kepala dilakukan setelah 24 jam setelah lahir. Pakailah alat pengukur dari bahan yang fleksible tetapi tidak *stretch* (molor).

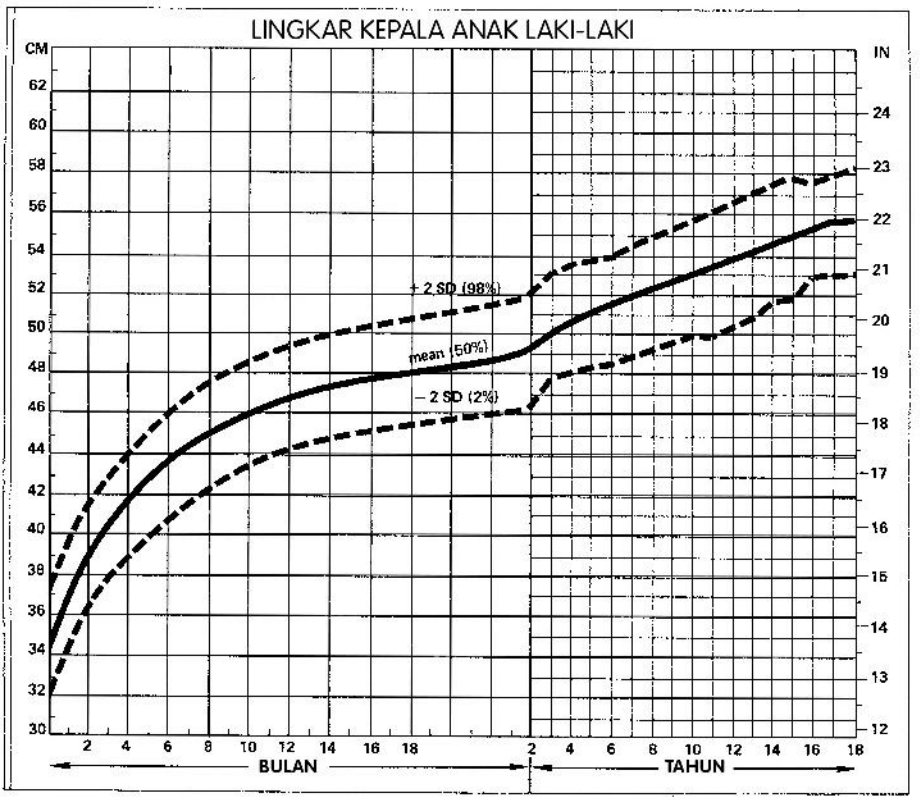
GAMBAR 41. PENGUKURAN LINGKAR KEPALA

Lakukan pengukuran lingkar kepala sesuai langkah-langkah berikut ini:

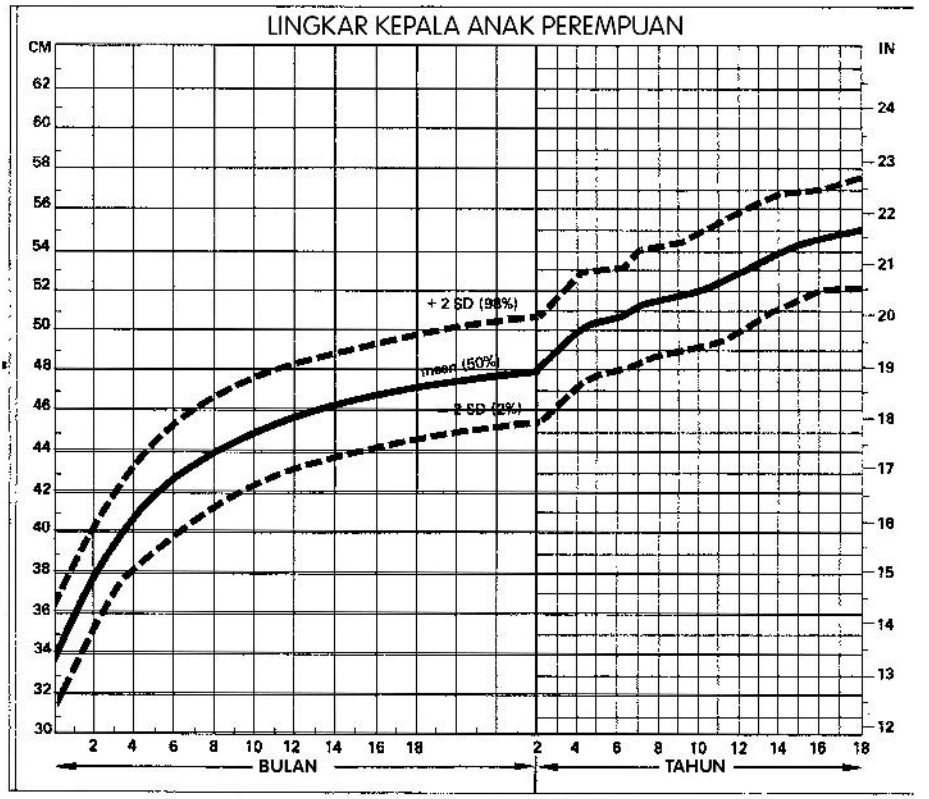
1. Lepaskan penutup kepala bayi bila bayi memakai topi atau penutup kepala
2. Lingkarkan alat pengukur pada kepala bayi melewati:
   - Tonjolan di atas alis mata (supraorbital ridge)
   - Di atas kedua telinga
   - Bagian belakang kepala yang menonjol (occipital)
3. Tarik alat pengukur agak kencang
4. Lakukan pembacaan dg ketelitian 0,1 cm
5. Catatlah angka hasil pengukuran dan lakukan plotting pada kurva Nellhaus sesuai jenis kelamin bayi
6. Perhatikan apakah ukuran kepala bayi berada diantara -2 SD dan + 2 SD
7. Lakukan interpretasi hasil *plotting* Lingkar kepala pada Kurva Nellhaus
   - Lingkar kepala normal bila hasil pengukuran berada diantara -2 SD s.d + 2 SD
   - Lingkar kepala kurang dari normal (mikrosefali) bila hasil pengukuran kepala < -2 SD
   - Lingkar kepala lebih dari normal (makrosefali) bila hasil pengukuran lingkar kepala > +2 SD

LAMPIRAN 9.
GRAFIK PEMANTAUAN LINGKAR KEPALA (NELLHAUS)

Untuk Laki-Laki



Untuk Perempuan



GAMBAR 42. KURVA PEMANTAUAN LINGKAR KEPALA NELLHAUS UNTUK LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN (NELLHAUS, 1968)

LAMPIRAN 10.
KETERANGAN LAHIR

KETERANGAN LAHIR

No: .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa
Pada hari ini ....., tanggal ....., Pukul .....
telah lahir seorang bayi

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *
Jenis Kelahiran : tunggal/kembar 2/ kembar 3/lainnya *
Kelahiran ke : .....
Berat lahir : ..... gram
Panjang badan : ..... cm

di rumah/Rumah Bidan/Polindes/Rumah Bersalin/Puskesmas/Rumah Sakit*
.....
alamat : .....
Diberi nama :

.....

Dari Orang tua :

Nama Ibu : ..... Umur : ..... tahun
Pekerjaan : .....
KTP No. : .....
Nama Ayah : .....Umur : ..... tahun
Pekerjaan : .....
KTP No. : .....
Alamat : .....
Kecamatan : .....
Kab/Kota : .....

..... tgl .....
Penolong Persalinan

**
.....

* Lingkari yang sesuai
** Tanda tangan, nama lengkap, no induk pegawai, nama institusi

Lembar sebagai arsip

GAMBAR 43. SURAT KETERANGAN LAHIR
Sumber: Buku KIA, Kemenkes, 2016

LAMPIRAN 11. REGISTER KOHOR BAYI

REGISTER KOHORT BAYI

Desa/RW : Desa/Kampung/Kelurahan : Kecamatan/Distrik :

No. Urut	No. Index	Nama Bayi	Tgl dan Tempat Lahir	L/P	Nama Ortu	Alamat RT/RW	Punya Buku KIA	Berat Lahir (Gram)	Masa neonatal: Saat lahir s/d 5 jam	Kunjungan neonatus: (Perawat) 6 jam s/d 48 jam	(Kecuali tanggal 3 s/d 7	(Kelurga) tanggal 8 s/d 28	Kunjungan Bayi: Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des	Vit A Biru	Imunisasi: HB (<7 hari	BCG / Polio 1	DPT-HB 1 / Polio 2	DPT-HB 2 / Polio 3	DPT-HB 3 / Polio 4	Campak	Kematian	Ket.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46

Keterangan Definisi Operasional :

4 : Diisi dengan data ibu kandung dari BBL yang tercatat di Register Ibu Hamil, Kolom Kohort Ibu Hamil, Kode No. Urut

10 : Diisi dengan berat badan bayi saat lahir dalam satuan gram (gr)
Diisi dengan berat badan bayi saat lahir dalam satuan gram (gr) **Jika berat badan bayi tidak diketahui maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan berat badan bayi saat lahir dalam satuan gram (gr) **Jika berat badan bayi tidak diketahui maka diisi dengan kode 9999

11-13 : Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999

14-27 : Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999

28-44 : Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999

45 : Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999

46 : Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999
Diisi dengan tanda centang (√) **Jika bayi tidak dikunjungi maka diisi dengan kode 9999

LAMPIRAN 12.
CONTOH SURAT RUJUKAN

14 - Desember – 2010

Kepada: *Rumah Sakit Sayang Bayi*

Dengan hormat,

Bersama ini kami kirimkan anak:

Nama	:	*Sisca*
Umur	:	*3 hari*
Berat badan	:	*3000 gram*
Alamat	:	*Dusun Lalonona, Desa Amonggedo Baru Kecamatan Amonggedo*
Klasifikasi/gejala	:	*Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat* *Gejala:* - *Suhu 36,2°C* - *Napas cepat 67x/menit* - *Tarikan diding dada ke dalam sangat kuat* ....

Terapi yang telah diberikan :

Menjaga bayi tetap hangat
Mencegah gula darah tidak turun
Ampisilin intramuskular 0,8ml
Gentamisin intramuskular 0,5ml
.....

Imunisasi yang perlu diberikan:..... sudah diberi / belum

Keterangan:
- *Vitamin K1 intramuskular 1 mg sudah diberikan*
- *Imunisasi Hepatitis B 0 intramuskular sudah diberikan*

.....

Terima kasih,

Perawat Diah
Puskesmas
Amonggedo

DAFTAR PUSTAKA

ABM Clinical Protocol (2007 Revision): Guidelines for Hospital Discharge of Breastfeeding Term Newborn and Mother: "The Going Home Protocol" Revised 2014. Breastfeed Med 2014 Jan 1; 9(1): 3–8.

AAP Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012; 129;e827-41.

Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et Al: New Ballard Score, Expanded to include extremely premature infant. J Pediatrics 1991; 119; 417.

Baucke VL, Kimura K, Failure to pass meconium: Diagnosing neonatal intestinal obstruction. Am Fam Physician. 1999; 60 (7): 2043 – 50.

Bertini G, Breschi R, Dani C. Physiological weight loss chart helps to identify high risk infants who need breastfeeding support. Acta Pediatrica. 2014:1-4. DOI:10.111/apa.12820.

Cole S Z, Lanham JS. Failure to thrive: an update. Am Fam Physician 2011;83:829-34.

Department of Health and Human Services CDC, 2007. A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection in the United States

Department of Health Republic of the Philipines. 2009. Newborn Care until the First Week of Life: Clinical Practice Pocket Guide. Manila

Flaherman VJ, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. Pediatrics. 2015; 135:e16-e23.

HHS Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission— A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC): Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. https://aidsinfo.nih.gov/guidelines (accessed 26 Desember 2017)

Homan GJ. Failure to thrive: a practical guide. Am Fam Physician 2016;94:295-99

Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2017. Konsensus Asuhan Nutrisi pada Bayi Prematur. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2010. Buku Pedoman Pelayanan Neonatal Esensial: Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2015. Modul Pencegahan Infeksi Pelatihan Tatalaksana Neonatus. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2017. Modul Pelatihan Penanganan KegawatdaruratanMaternal dan Neonatal Bagi Dokter, Bidan dan Perawat, Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2017. Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2017. Pedoman Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskemas. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2017, Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi

Kementerian Kesehatan RI, 2016. Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis

Kementerian Kesehatan RI, 2015. Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2013. Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2012. Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Jakarta.

Kementeran Kesehatan RI dan Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia. 2017. Konsensus Nasional Penatalaksanaan Hepatitis B di Indonesia. Jakarta

Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2014 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Anak

Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis dari Ibu ke Anak

Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA), 2013, Membantu Bayi Bernapas. Jakarta

Riccardo Davanzo, et all, Making the First Days of Life Safer: Preventing Sudden Unexpected Postnatal .Collapse while Promoting Breastfeeding. Journal of Human Lactation 2015, Vol.31 (I) 47-48.

Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part 1: Immunization of Infants, Children, and Adolescents. MMWR, Vol. 54, No.RR-16, page 9.

Seikaly MG, Arant BS, Jr. development of renal haemodynamics: glomerular filtration and renal blood flow. Clin Perinatol 1992; 19: 1

Sheffield, Ryan C.; Crawford, P.; Wright, S. T.; King, V. J. (March 2007). "Clinical inquiries. What's the best treatment for cradle cap? ". The Journal of Family Practice. 56 (3): 232–3.

Sjarif DR, Rohsiswatmo R, Rundjan L, Yuliarti K. Panduan Berbasis Bukti: Asuhan untuk Bayi Prematur, 2015

Tsang R. Lucas A, Uauy R, Zlotkin S., 2006. Nutritional needs of the preterm: scientific basis and practical guidelines. Baltimore: Williams & Wilkins

Western Pacific Region World Health Organization. 2014. Early Essential Newborn Care: Clinical Practice Pocket Guide First Embrace. Geneva

World Health Organization, 2009. Guidelines and Hand Hygiene in Health Care: First Global Patiebt Safety Challenge. Geneva

World Health Organization. 2014. Recommendations on Newborn Health: Guidelines on Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, approved or under review by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva

World Health Organization (WHO), 2017. Baby Friendly Hospital Initiative. Geneve

World Health Organization (WHO), 2014. Integrated Management of Childhood Illness: Chart Booklet. Geneve

World Health Organization. WHO child growth standard: training course on child growth assessment, 2008.

World Health Organization (WHO), 2014. Breastfeeding counseling training course. Geneve

WHO. 2003. Kangaroo Mother Care: A Practical Guide, Department of Reproductive and Health Research World Health Organization 2003, Geneva

World Health Organization (WHO, 2009. Baby Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital_20 hour course. Geneva:Switzerland

Wright CM, Parkinson K N, Postnatal weight loss in term infants: what is "normal" and do growth charts allow for it?. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2004; 89: 254 - 7

Zahra Ahmaddinejad, et all, 2016. Efficacy of Post Exposure Prophylaxis in Infant Born to HBsAg Positive Mothers in Iran; Is it Authentic?. Iran Journal Pediatric 26 (3): e5979 online published 2016 May 21.

CATATAN: