**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS** **BACTERIA SEPSIS ON NEWBORN DI RUANG NICU IGD RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya tulis ilmiah ini ditujukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**Yannuar Eka Prasetya
NIM. 192.0043**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melaukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku si Stikes Hang Tuah Surabaya

Jika kemudian hari ternyata saya mealukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 14 Februari 2022

YANNUAR EKA PRASETYA

NIM. 192.0043

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Yannuar Eka Prasetya

NIM. : 1920043

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. A Dengan

Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn Di Ruang Nicu Igd Rspal Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

Surabaya, 14 Februari 2022.

Pembimbing



**Qoriila Saidah, M.Kep.,Sp.Kep.An**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

**NIP.**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis lImiah dari :

Nama : Yannuar Eka Prasetya

Nim : 1920043

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. A Dengan

Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn Di Ruang Nicu Igd Rspal Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : 23 Februari 2022

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji II : Dwi Pramanawati, S.Kep., Ns.

Penguji III : Qori’illa Saidah, M.Kep ., Sp.Kep.An

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan



Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

Ditetapkan di :

Tanggal :

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis. Sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa kebehasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL Selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi lImu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi lImu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep.Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji pertama, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaiankarya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dwi Pramanawati, S.Kep., Ns. selaku Penguji kedua dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan
6. Ibu Qori’illa Saidah, M.Kep., Sp.Kep.An Selaku Penguji ketiga dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini. Dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku wali kelas terimakasih atas bimbingan dan masukan serta dorongan semangat yang diberikan kepada penulis selama penulis menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan HangTuah Surabaya.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yangpenuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari îtu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN iv

KATA PENGANTAR v

DAFTAR ISI vii

DAFTAR TABEL viii

DAFTAR GAMBAR ix

DAFTAR LAMPIRAN x

DAFTAR SINGKATAN xi

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Rumusan Masalah 5
	3. Tujuan Penulisan 6
	4. Manfaat Penulisan 7
	5. Metode Penulisan 8
	6. Sistematika Penulisan 9

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep penyakit 11

2.1.1 Pengertian sepsis 11

2.1.2 Etiologi 12

2.1.3 Manifestasi Klinik 14

2.1.4 Tanda dan Gejala 14

2.1.5 Patofisiologi 15

2.1.6 Diagnosa Banding 16

2.1.7 Komplikasi 17

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 17

2.1.9 Pencegahan 19

2.1.10 Penatalaksanaan 19

2.1.11 Dampak Masalah 20

2.2 Bayi Prematur 21

2.2.1 Pengertian bayi prematur 21

2.2.2 Patofisiologi 23

2.2.3 Etiologi 25

2.3 Asuhan Keperawatan 26

2.3.1 Pengkajian 26

2.3.2 Diagnosa keperawatan 31

2.3.3 Intervensi keperawatan 32

2.4 Kerangka Masalah 35

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

* 1. **PENGKAJIAN** 36
		1. Identitas 36
		2. Keluhan utama 36
		3. Riwayat Penyakit Sekarang 36
		4. Riwayat Khamilan dan persalinan 37
		5. Riwayat Penyakit Masa Lampau 37
		6. Pengkajian Keluarga 38
		7. Riwayat Sosial 38
		8. Kebutuhan Dasar 39
		9. Keadaan Umum (Penampilan Umum) 40
		10. Tanda – tanda vital 40
		11. Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) 40
		12. Tingkat Perkembangan 42
		13. Pemeriksaan Penunjang 43

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian Keperawatan 54

4.2 Diagnosa Keperawatan 56

4.3 Intervensi Keperawatan 57

4.4 Implementasi Keperawatan 58

4.5 Evaluasi Keperawatan 60

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 61

5.2 Saran 62

**DAFTAR PUSTAKA 64**

**LAMPIRAN 1 66**

**LAMPIRAN 2 69**

**LAMPIRAN 3 71**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 43

Tabel 3.2 Analisa Data 46

Tabel 3.3 Prioritas Masalah 48

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 49

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 52

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SOP 66

Lampiran 2 SOP 69

Lampiran 3 SOP 71

**BAB I
PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Penelitian**

Sepsis adalah infeksi yang menyebabkan respon tubuh normal terhadap infeksi menjadi berlebihan bakteri dan racun yang dihasilkan dapat mengakibatkan perubahan suhu frekuensi jantung dan tekanan darah dan dapat mengakibatkan gangguan organ tubuh (Maryunani dan Puspita, 2013). Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian seperti infeksi / sepsis (Kemenkes, 2014). Sepsis ibu dan bayi baru lahir terus menjadi penyebab utama kematian dan morbiditas untuk wanita hamil atau yang baru hamil dan bayi yang baru lahir. Infeksi adalah penyebab utama sekitar 35.000 kematian ibu setiap tahun. Sebagai penyebab utama atau berkontribusi, sepsis dapat dikaitkan dengan 100.000 kematian ibu setiap tahun. Sepsis neonatus membunuh sekitar 1 juta bayi yang baru lahir setiap tahun (WHO, 2016)

Menurut *World Health Organization* pada tahun 2016, 46% dari semua kematian balita di bawah 5 tahun di antara bayi yang baru lahir. Bayi dalam 28 hari pertama kehidupan mereka disebut (periode neonatal). Secara global 2,6 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupan. Sekitar 1 juta kelahiran dan adanya 7.000 kematian bayi baru lahir pada hari pertama dalam 6 hari ke depan kelahiran. Anak-anak yang meninggal dalam 28 hari pertama kelahiran menderita kondisi dan penyakit yang terkait dengan kurangnya perawatan berkualitas saat lahir atau perawatan yang terampil. Kematian utama anak-anak di bawah 5 tahun pada tahun 2016 termasuk komplikasi kelahiran prematuritas dan berat badan lahir rendah, infeksi / sepsis, asfiksia (kekurangan oksigen saat lahir) dan trauma lahir. Penyebab ini menyebabkan hampir 80% kematian pada kelompok usia ini Bayi Baru lahir, atau neonatal (WHO, 2016).

Laporan yang didapatkan bahwa 36% kematian neonatus disebabkan oleh Infeksi. Beberapa kematian neonatus karena infeksi disebabkan oleh sepsis neonatorum (15%), tetanus neonatorum (12%) dan diare (1%) (Unicef,2014). Sedangkan berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 didapatkan sepsis neonatorum menempati urutan ketiga (12%) dan urutan pertama (20,5%) penyebab kematian neonatus pada kelompok usia 0 – 6 hari dan 7 – 28 hari (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2015 capaian penanganan neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi muda (MTBM), target yang di harapkam pemerintah dalam angka kematian bayi 23/ 1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 32 / 1000 kelahiran hidup. Mengalami penurunan dari tahun 2014 yang sebesar 59,68% menjadi 51,37% pada tahun 2015. Selain menurunnya capaian, masih terdapat disparitas yang cukup besar antar provinsi. Pada tahun 2015 capaian tertinggi diperoleh Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dengan angka sebesar 90,01% diikuti Jawa Tengah sebesar 89,23%, dan Jawa Timur sebesar 82,91%. Tiga provinsi dengan capaian terendah ialah Sulawesi Selatan (2,63%), Papua (5,19%), dan Maluku (8,86 ) (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan kondisi yang ada di atas angka kejadian sepsis neonatus khususnya di daerah provisi Bangka Belitung masih tinggi dari beberapa daerah lainnya. Sehingga menyebabkan AKB di Indonesia menigkat. Karena itu kementrian kesehatan dan WHO akan mengupayakan. Untuk menurunkan angka AKB di Indonesia dan dunia.

Menurut penelitian Sulistijono dkk., (2008) tingginya kasus sepsis di karenakan beberapa faktor risiko seperti ketuban pecah dini, berat lahir yang rendah serta skor apgar<7 meningkatkan risiko terjadi sepsis awitan dini pada neonatus. Terjadinya sepsis neonatus memperlihatkan berbagai macam faktor resiko baik dari ibu maupun bayi sepsis. Faktor maternal (Ibu) yang menunjukan peran signifikan adalah Ketuban pecah dini. Hal ini menunjukkan bahwa riwayat adanya KPD berisiko 3,5 kali terjadinya sepsis pada bayi yang dilahirkan dibanding ibu tanpa KPD.

Menurut penelitian lusyati dan Sauer (2005) di rumah sakit pemerintah ditemukan bahwa hubungan kejadian infeksi pada neontaus disebabkan karena ibu saat persalinan mengalami KPD > 12 jam, suhu ibu yang demam dan abnormalitas CTG. Sedangkan menurut Simbolon (2005) faktor risiko sepsis pada bayi baru lahir di RSPAL Dr. Ramelan surabaya bahwa hanya tiga faktor atau variabel yang signifikan untuk sepsis neonatorum, itu adalah bayi laki-laki, sejarah yang lahir dengan tindakan dan ketuban pecah dini (KPD) telah terjadi. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor terjadinya sepsis neonatus disebakan oleh faktor ibu antara lain umur, usia gestasi, jenis persalinan, ibu yang mengalami KPD, sedangkan faktor pada neonatus atara lain BBLR dan Prematur sehingga dapat meyebabkan infeksi neonatus pada bayi yang akan di lahirkan.

Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya ini terdapat fasilitas rawat inap, rawat jalan, ruang kebidanan, ruang bedah, ruang HCU dan instalsi penunjang medis. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, pada tahun 2017 diperoleh angka persalinan sebanyak 808 dan kasus bayi sepsis neonatus sebesar 36 (4%) pada tahun 2017 dan angka kejadian bayi meninggal akibat sepsis yaitu 6 bayi pada data tahun 2017. Dalam hal ini Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan surabaya tidak ada target dalam kasus sepsis neonataus. Kejadian Sepsis neonatus menjadi masalah dalam Rumah sakit Pusat Angkatan Laut Dr Ramelan Surabaya karena menambah angaka kejadian sepsis.

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan tentang Diabetes Melitus, maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn dengan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pengkajian asuhan keperawatan pada bayi Ny. A dengan Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn di NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
2. Bagaimana masalah keperawatan yang dapat ditegakkan pada bayi Ny. A dengan Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn di NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
3. Bagaimana Intervensi Keperawatan yang diberikan pada bayi Ny. A dengan Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn di NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
4. Bagaimanakah pelaksanaan Implementasi yang diberikan pada bayi Ny. A dengan Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn di NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
5. Bagaimanakah evaluasi pada bayi Ny. A dengan Diagnosa Medis Bacteria Sepsis On Newborn di NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

# Tujuan Penelitian

* + 1. **Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022.

# Tujuan Khusus

* + - 1. Mengetahui gambaran usia gestasi ibu bersalin di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			2. Menganalisa hubungan antara umur ibu bersalin dengan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			3. Mengetahui gambaran jenis persalinan di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			4. Mengetahui gambaran ketuban pecah dini di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			5. Mengetahui gambaran berat bayi lahir di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			6. Menganalisis hubungan antara usia gestasi ibu bersalin dengan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			7. Menganalisis hubungan antara umur ibu bersalin dengan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			8. Menganalisis hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			9. Menganalisis hubungan antara Ketuban Pecah Dini dengan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022
			10. Menganalisis hubungan antara berat bayi lahir dengan kejadian sepsis pada neonatus di RSPAL Dr Ramelan Surabaya 2022

# Manfaat Penelitian

* + 1. **Manfaat Bagi Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut**

Sebagai salah satu acuan, masukan, tambahan serta bahan pertimbangan dalam rangka menurunkan angka sepsis neonatorum serta meningkatkan kualitas pelayanan di RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

# Manfaat Bagi Program Studi Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan acuan untuk menambah pengetahuan Mahasiswa dan akademik yang berkaitan dengan faktor – faktor yang berhubungan dengan metode sepsis/ infeksis neonatus.

# Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini akan menjadi salah satu bahan informasi dan pengetahuan pada mahasiswa tentang sepsis/ infeksis neonatus sehingga masalah ini dapat dicegah dan penatalaksanaan dini dapat terlaksana.

# Metode Penelitian

# 1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang bersifat memaparkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

# 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Dalam Stikes Hang Tuah Surabaya (2022) ada 3 teknik Pengumpulan Data yaitu:

1. Wawancara

Data diperoleh dari hasil percakapan dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

1. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan untuk tindakan selanjutnya.

# 1.5.3 Sumber Data

Dalam Stikes HangTuah Surabaya (2022) ada 2 jenis Sumber Data yaitu :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lainnya

# Sistematika Penulisan

Dalam Stikes Hang Tuah Surabaya (2022) Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 :

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 :

Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa diabetes mellitus, serta kerangka masalah.

BAB 3 :

Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 :

Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 :

Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB II
TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak sepsis. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan dari masalah-masalah yang muncul dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

* 1. Konsep penyakit
		1. Pengertian sepsis

Sepsis pada bayi (BBL) adalah kontaminasi sistem sirkulasi yang menonjol dan digambarkan dengan adanya mikroorganisme dalam cairan tubuh seperti darah, cairan sumsum tulang atau kencing yang terjadi di bulan pertama kehidupan (Kosim, 2014). Sejak persetujuan dari American School of Chest Doctors/Masyarakat Pengobatan Dasar Pertimbangan (ACCP / SCCM) telah muncul istilah yang berbeda dan definisi di bidang kontaminasi yang juga dibahas secara luas di BBL dan pertemuan penyakit anak-anak (Cunningham et al., 2012). Istilah atau definisi ini menggabungkan (Kosim, 2014).

1. Sepsis adalah gangguan reaksi provokatif mendasar (Foundation Fiery).

Kondisi Reaksi (SIRS) yang terjadi karena bakteri, virus, menular, atau di sisi lain parasit.

1. Sepsis ekstrem adalah kondisi sepsis yang bergabung melalui kerusakan organ kardiovaskular selanjutnya nyeri pernafasan yang hebat atau ada kejengkelan pada dua organ yang berbeda, (misalnya, ilmu sistem saraf, hematologi, urogenital dan hepatologi).
2. Syok sepsis terjadi ketika anak masih hipotensi meskipun mendapatkan cairan yang memuaskan.
3. Kondisi kerusakan multi-organ terjadi ketika anak saat ini belum siap untuk mengikuti homeostasis tubuh membawa perubahan dalam kapasitas setidaknya dua organ.
	* 1. Etiologi

Mikroorganisme yang menyebabkan sepsis : organisme penyebab sepsis primer berbeda dengan sepsis nosokomial. Sepsis primer umumnya disebabkan oleh: Gathering B streptococci (GBS), mikroorganisme usus Gram negatif, terutama Escherisia coli, Listeria monocytogenes, Staphylococci, Streptococci Lainnya (menghitung Enterokokus), organisme mikroskopis anaerob, dan Haemophilus influenzae. Mikroorganisme penyebab sepsis neonatorum di RSUP Sanglah Denpasar disebabkan oleh organisme mikroskopis gram negatif (68,3%), yang sebagian besar adalah Sarantia marcescens (23,5%). Mikroorganisme gram positif mendapat luasan 31,7% terdiri dari Staphylococcus koagulase positif (16,4%), Staphylococcus koagulase negatif (10,2%) dan Strepcococcus viridans (4,6%) (Kardana, 2011).

Infeksi bakterial

Banyak bakteri dapat menyebabkan infeksi sistemik dengan infeksi dapat bersifat kongenital maupun didapat seperti : Lysteria spp, Mycobacterium tuberkulosis, E coli, pneumokokus, salmonela, enterokokus, streptokokus(sering Group β-Streptococcus/GBS ) dan stafilokokus, Pseudomonas spp dan Klebsiella. Selain menyebabkan infeksi sistemik, infeksipun dapat bersifat lokal seperti terjadinya infeksi kulit, pneumoni, osteomielitis, artritis, otitis media, infeksi pada saluran pencernaan dan urogenital.

Infeksi virus

Yang sering menyebabkan infeksi kongenital/transplasenta antara lain CMV/Cytomegalo virus, Rubella, Parvo virus, HIV. Sedangkan yang sering menyebabkan infeksi yang didapat antara lain Herpes simplex virus, Varicella-zoster virus, hepatitis, RSV/Respiratory syncial virus.

Infeksi parasit / jamur

Sering disebabkan oleh kandida yang dapat bersifat infeksi lokal maupun sistemik, infeksi biasanya adalah infeksi yang didapat. Infeksi kongenital yang sering ditemukan adalah toxoplasma dan syphilis, keduanya sering menimbulkan kelainan/cacat kongenital.

Terjadinya sepsis neonatorum dipengaruhi oleh faktor risiko pada ibu dan neonatus. Faktor-faktor ini ini dikelompokan menjadi menjadi faktor risiko mayor dan faktor risiko minor. Neonatus dikatakan mempunyai faktor risiko, bila didapatkan satu faktor risiko mayor atau dua faktor risiko minor sebagai berikut (Wilar et al., 2010)

* + 1. Manifestasi Klinik

Analisis awal sepsis diatur berdasarkan manifestasi klinis dan pengobatan diberikan tanpa menggantung ketat untuk hasil kultur. Tanda dan gejala sepsis neonatorum tidak jelas dengan lingkup yang luas dari diagnosa banding yang sangat luas, termasuk masalah pernapasan, penyakit metabolik, penyakit hematologi, infeksi sistem syaraf pusat, penyakit jantung, dan siklus kardiovaskular 9 penyakit yang tak tertahankan (misalnya TORCH penyakit *Toksoplasma, Rubella, Cytomegalo Virus,* *Herpes*) (Kardana, 2011).

* + 1. Tanda dan Gejala
1. Perubahan suhu tubuh., misalnya demam di atas 38 derajat Celcius atau suhu tubuh di bawah 36 derajat Celcius
2. Sesak napas
3. Bayi menjadi kurang aktif
4. Bayi malas menyusu
5. Kejang
6. Muntah
7. Detak jantung yang lambat atau cepat
8. Kulit dan bagian putih mata yang tampak kuning
9. Diare atau konstipasi
10. Kadar gula darah yang rendah
	* 1. Patofisiologi

Saat berada di dalam perut, bayi cukup terlindungi dari pencemaran mikroorganisme karena telah dipastikan oleh berbagai organ seperti plasenta, film ketuban, korion, dan beberapa musuh variabel infektif dalam cairan ketuban. Namun, kemungkinan pencemaran mikroba dapat muncul melalui berbagai cara Caranya salah satunya dengan burst layer, keterbukaan terhadap mikroba yang berasal dari vagina akan mengambil bagian yang lebih besar dalam kontaminasi janin. Dalam keadaan sekarang, mikroba vagina memasuki di rongga rahim dan anak dapat dikotori dengan mikroba melalui saluran pernapasan atau di sisi lain sistem usus. Frekuensi pencemaran mikroba pada bayi yang belum lahir akan bertambah bila lapisan pecah lebih dari 18-24 jam (Kosim, 2014)

Sesuai dengan patogenesis, secara klinik sepsis neonatal dapat dikategorikan dalam (Kardana, 2011):

1. Sepsis dini : terjadi dalam 0-3 hari awal, indikasi lebih banyak nyeri pernapasan menonjol, penyakit yang menyebabkan entitas organik diperoleh intrapartum, atau melalui parsel alat kelamin ibu. Dalam keadaan sekarang, kolonisasi mikroorganisme terjadi pada periode perinatal. Beberapa mikroorganisme penyebab, seperti Treponema, Infeksi, Listeria dan Candida, Penularan hematogenik ke bayi melalui plasenta. Satu lagi metode untuk masuk mikroorganisme, dapat melalui interaksi kelahiran. Dengan retakan film, Mikroorganisme di verdure vagina atau mikroba patogen memanjat lainnya dapat tiba di cairan ketuban dan embrio. Ini membuat korioamnionitis mungkin terjadi atau lagi cairan ketuban yang telah terkontaminasi dan kemudian disedot oleh bayi atau anak, yang kemudian, pada saat itu, dianggap sebagai penyebab masalah pernapasan. Adanya vernix atau 10 mekonium melemahkan pekerjaan bakteriostatik biasa dari cairan ketuban. Akhirnya anak bisa disajikan ke vegetasi vagina saat melalui saluran kelahiran. Kolonisasi sebagian besar terjadi pada kulit, nasofaring, orofaring, konjungtiva, dan tali pusar. Cedera pada permukaan ini mempercepat interaksi penyakit. Penyakit dini digambarkan oleh kejadian yang tidak terduga apa yang lebih serius, yang berkembang dengan cepat menjadi syok septik dengan kematian tinggi. Frekuensi syok septik adalah 0,1-0,4% dengan mortalitas dan kesuraman 15-45% kecacatan saraf.
2. Sepsis lambat : biasanya terjadi setelah anak berusia 4 hari atau lebih muda menjadi serius, secara teratur memicu meningitis. Mikroba yang menyebabkan sepsis dan meningitis menghitung yang muncul setelah lahir mulai dari alat kelamin ibu, orang atau dari perangkat keras yang tercemar. Di sini transmisi datar berlaku pekerjaan. Tingkat sepsis lanjut adalah sekitar 5-25%, sedangkan kematian adalah 10-20% Bayi prematur memiliki risiko lebih mudah tercemar, karena infeksi primer apa lagi kekebalan remaja.
	* 1. Diagnosa Banding

Diagnosis banding sepsis pada bayi adalah sebagai berikut gangguan napas, penyakit metabolik, penyakit hematologik, penyakit susunan syaraf pusat, penyakit jantung, dan proses penyakit infeksi lainnya (misalnya infeksi TORCH = toksoplasma, rubela, sitomegalo virus, herpes).

* + 1. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada penderita dengan sepsis dapat diakibatkan gangguan tumbuh kembang. Misalnya gejala sisa neurologis berupa retardasi mental, gangguan penglihatan, kesukaran belajar, kelainan tingkah laku (IDAI, 2005).

Selain itu, komplikasi sepsis neonatorum antara lain meningitis dan syok septik, dan ini merupakan komplikasi berat yang disebabkan oleh toksin dalam aliran darah (Wong, 2009). Jika tidak ditangani dengan optimal, dapat menyebabkan komplikasi sepsis :

1. Cacat
2. Kematian
3. Kerusakan organ tubuh
	* 1. Pemeriksaan Penunjang
4. Pemeriksaan laboratorium dari darah perifer lengkap, hitung jenis, dan biakan darah. Pada umumnya ditemukan peningkatan leukosit yang didominasi oleh sel PMN, penurunan leukosit (<5000/μL), leukositosis (>30.000/μL), trombositopenia (<100.000/μL), dan neutropenia absolut (PMN 12 <1500)
	* 1. Hematologi Darah rutinkadar hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht), leukosit dan hitung jenis, trombosit. Pada umumnya terdapat neutropeni PMN 1500/μl, rasio neutrofil imatur : total >0,2. Adanya reaktan fase akut yaitu CRP (konsentrasi tertinggi dilaporkan pada infeksi bakteri, kenaikan sedang didapatkan pada kondisi infeksi kronik), LED, GCSF (granulocyte colonystimulating factor), sitokin IL-1ß, IL-6 danTNF (tumour necrosis factor).
		2. Biakan darah atau cairan tubuh lainnya (cairan serebrospinalis) serta uji resistensi, pelaksanaan pungsi lumbal masih kontroversi, dianjurkan dilakukan pada bayi yang menderita kejang, kesadaran menurun, klinis sakit tampak makin berat dan kultur darah positip.
		3. Bila ada indikasi, dapat dilakukan biakan tinja dan urin.
		4. Pemeriksaan apusan Gram dari bahan darah maupun cairan liquor, serta urin.
		5. Lain-lain misalnya bilirubin, gula darah, dan elektrolit (natrium, kalium).
5. Pemeriksaan Radiologi Pemeriksaan radiologi yang diperlukan ialah foto dada, abdomen, dan ginjal. Pemeriksaan USG ginjal, skaning ginjal, sistouretrografi dilakukan atas indikasi.
	* 1. Pencegahan

Sebagai tindakan pencegahan sepsis neonatorum, Anda bisa menerapkan beberapa langkah di bawah ini:

1. Pemeriksaan kehamilan secara berkala dan sesuai anjuran dokter. Dengan ini, infeksi pada ibu hamil bisa terdeteksi dan ditangani dengan cepat.
2. Menjalani proses melahirkan di fasilitas kesehatan yang terjamin.
3. Proses kelahiran bayi harus dilakukan dalam waktu 12-24 jam setelah pecah ketuban.
	* 1. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang agresif diberikan kepada ibu yang berhubungan dengan memiliki korioamnionitis dengan anti-mikroba sebelum persalinan, persalinan yang cepat untuk anak bayi yang baru lahir, dan kemoprofilaksis intrapartum tertentu tampaknya mengurangi tingkat kesuraman dan kematian pada infeksi bayi baru lahir. Menghindari kontaminasi nosokomial neonatus ini rumit dan termasuk mencuci tangan 2 menit sebelum masuk ruang perawatan, 15 detik cuci tangan setiap pasien, menjamin kebersihan perawat dan bersih pakaian. Jumlah staf perawat yang memadai, penghindaran kondisi sesak atau penuh (Behrman, 2015).

Kontrol wabah bergantung pada mikroba dan studi tentang penularan penyakit. Ukurannya Investigasi yang biasanya terlibat mengingat perkembangan kolonisasi untuk bayi yang baru lahir dan perawat mencari sumber atau tempat penyimpanan normal, pengelompokkan bayi dan perawat, penggantian cairan pencuci tangan, dan profilaksis antimikroba. Perawatan tali pusat, sterilisasi alat medis, dan mencuci tangan adalah hal yang sangat penting, sementara gown atau jas pelatihan tidak secara konsisten menunjukkan efektivitasnya. (Behrman, 2015)

* + 1. Dampak Masalah

Sesuai Kosim (2014), pada sepsis tahap awal faktor bahaya dikelompokan Menjadi:

Faktor Ibu:

1) Persalinan dan kelahiran prematur.

2) retak lapisan selama lebih dari 18-24 jam.

3) Korioamnionitis.

4) Demam intrapartum pada ibu (≥38.4oC).

5) Kontaminasi urin pada ibu.

6) Faktor finansial dan rezeki ibu yang rendah.

B. Faktor bayi :

1) Asfiksia perinatal.

2) Berat badan lahir rendah.

3) Anak-anak yang belum waktunya.

4) Ketidaksempurnaan bawaan.

Semua faktor di atas masih sering dialami dalam praktik sehari-hari menjadi masalah yang belum dapat teratasi. Ini adalah salah satu faktor di balik mengapa angka sepsis neonatorum tidak banyak berubah tahun belakangan ini (Kosim, 2014).

* 1. **Bayi Prematur**
		1. Pengertian bayi prematur

Bayi prematur (prematuritas) didefinisikan sebagai neonatus yang lahir pada usia gestasi kurang dari 37 minggu (neonatus kurang bulan/NKB). Prematuritas merupakan salah satu masalah global yang masih perlu diperhatikan karena masih  tingginya angka mortalitas dan morbiditas yang disebabkan oleh kelahiran prematur.

Bayi prematur juga umumnya dapat mengalami gangguan pernapasan yang memerlukan perawatan di *neonatal intensive care unit*(NICU) serta perawatan yang berkepanjangan yang akan berdampak pada masalah keuangan keluarga maupun negara. Selain itu, bayi yang prematur memiliki kemungkinan untuk mengalami gangguan pertumbuhan perkembangan neurologi di hari mendatang. (World Health Organization; 2012)

Prematuritas dan komplikasinya merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kematian bayi, termasuk di Indonesia. Indonesia merupakan negara dengan laju kelahiran prematur peringkat ke-9 di dunia pada tahun 2010. Sekitar 15 juta bayi lahir prematur setiap tahun. Angka ini menunjukkan bahwa ada 1 dari 10 bayi yang lahir prematur setiap tahun.

[Kelahiran prematur](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/persalinan-preterm) paling sering disebabkan oleh [ketuban pecah dini](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/ketuban-pecah-dini) dan korioamnionitis, serta adanya indikasi maternal lain, seperti eklamsia/[preeklamsia](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/preeklampsia). (Banten: Kemenkes RI; 2019.)

Diagnosis prematuritas dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik pada bayi setelah lahir, yaitu dengan penghitungan skor Ballard. Ada dua hal yang dinilai pada skor Ballard adalah maturitas fisik dan neuromuskularitas. Pada pemeriksaan maturitas fisik, komponen yang dinilai adalah karakteristik kulit, lanugo, garis plantar, payudara, mata/telinga, dan genitalia. Sedangkan pada neuromuskularitas, komponen yang dinilai meliputi postur bayi, sudut pergelangan tangan, *arm recoil,*sudut popliteal, *scarf sign*, dan gerakan *heel-to-ear.*Masing-masing komponen akan menunjukkan skor tertentu dan setelah itu skor dijumlahkan dan dicocokkan dengan usia bayi.

Hasil skor Ballard kemudian dapat dicocokkan kembali dengan usia berdasarkan hari pertama haid terakhir ibu (HPHT) atau metode penilaian usia gestasi prenatal lain. Diagnosis prematuritas dan penilaian usia gestasi semakin akurat jika dilakukan dengan kombinasi beberapa metode penilaian. (Canberra: Australian Government Department of Health; 2019.)

Bayi prematur kemudian dapat diklasifikasikan berdasarkan usia gestasi menjadi:

* Bayi prematur moderat (*moderate to late preterm*): usia gestasi 32-37 minggu
* Bayi sangat prematur (*very preterm*): usia gestasi 28-32 minggu
* Bayi prematur ekstrem (*extremely preterm*): usia gestasi < 28 minggu

Berat badan bayi prematur perlu diperhatikan dan disesuaikan dengan usia gestasi. Bayi prematur biasanya memiliki [berat badan lahir yang rendah](https://www.alomedika.com/penyakit/pediatrik-dan-neonatologi/berat-badan-lahir-rendah) (BBLR).

Tata laksana pada bayi prematur bergantung pada kondisi bayi saat lahir. Tidak semua bayi yang lahir prematur merupakan bayi sakit. Beberapa tata laksana awal yang dapat dilakukan adalah stabilisasi dan resusitasi, tata laksana hipotermia, pertimbangan rujukan, dan terapi nutrisi, cairan, serta elektrolit. (Mandy G. Short-term complications of the preterm infant. 2019)

* + 1. Patofisiologi

Patofisiologi bayi lahir prematur sangat multifaktorial. Reaksi inflamasi dan efek progesteron dinilai paling berperan dalam kelahiran prematur. Bayi yang lahir prematur sering kali mengalami berat lahir rendah atau restriksi perkembangan (IUGR) akibat gangguan plasenta.

1. Reaksi Inflamasi

Reaksi inflamasi pada kelahiran prematur terjadi akibat proses patogenik spesifik yang dimediasi oleh sitokin proinflamasi, metaloprotease matriks, dan prostaglandin. Inflamasi yang terjadi pada jalan lahir (*birth canal inflammation*) menyebabkan kontraksi uterus dan perubahan serviks yang dapat memicu rupturnya kantung amnion, sehingga terjadi [ketuban pecah dini](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/ketuban-pecah-dini) (KPD) dan [kelahiran prematur](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/persalinan-preterm).

1. Peran Progesteron

Progesteron dapat berfungsi sebagai antiinflamasi, antiabortus, dan mempertahankan matriks serviks. Konsentrasi progesteron dan PIBF menurun seiring usia gestasi mulai dari minggu ke-7 hingga ke-37 pada kehamilan normal. Pada kehamilan prematur, progesteron ditemukan lebih rendah sehingga sintesis PIBF melalui sel plasenta dan sel CD8+ juga menurun. Belum diketahui secara pasti mekanisme penyebab turunnya progesteron dan PIBF pada kelahiran prematur.

1. Inkompetensi Serviks dan Disfungsi Plasenta

Inkompetensi serviks pada wanita hamil merupakan salah satu penyebab abortus dan kelahiran prematur. Inkompetensi serviks dapat disebabkan oleh faktor genetik, paparan *diethylstilbestrol* (DES), serta riwayat dilatasi dan operasi serviks. Inkompetensi serviks juga meningkatkan risiko infeksi intrauterin yang dapat mengaktifkan kaskade respons imun dan inflamasi.

Disfungsi plasenta menyebabkan sirkulasi maternal-fetal terganggu sehingga tidak dapat melakukan ekskresi, sintesis hormon untuk perkembangan bayi, dan mengalirkan nutrisi ke fetus dengan baik. Disfungsi plasenta sering kali menyebabkan [berat lahir bayi rendah](https://www.alomedika.com/penyakit/pediatrik-dan-neonatologi/berat-badan-lahir-rendah). Disfungsi plasenta dapat mencetuskan infeksi dan respons imunologis sehingga terjadi kehamilan prematur. Bayi yang lahir secara prematur umumnya belum mengalami perkembangan organ secara sempurna sehingga sering kali membutuhkan perawatan di NICU. (Furdon S. Prematurity. Medscape. 2017

* + 1. Etiologi

Etiologi prematuritas merupakan etiologi dari persalinan prematur / *premature labor* yang dapat terjadi secara spontan ataupun akibat induksi. Penyebab persalinan prematur sangat beragam dan paling sering disebabkan oleh ketuban pecah dini (KPD) dan indikasi maternal lain. Etiologi yang paling sering antara lain adalah:

* [Ketuban pecah dini](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/ketuban-pecah-dini)
* Korioamnionitis
* Eklamsia dan [preeklamsia](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/preeklampsia)
* Perdarahan antepartum
* [Diabetes gestasional](https://www.alomedika.com/penyakit/endokrinologi/diabetes-gestasional)
* *Fetal distress*
* [*Intrauterine growth restriction*](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/iugr) (IUGR)

Persalinan per vaginam dengan induksi ataupun tindakan [*sectio caesarea*](https://www.alomedika.com/tindakan-medis/obstetrik-dan-ginekologi/sectio-caesarea) (SC) secara elektif sering direncanakan pada ibu dengan risiko tinggi kelahiran prematur untuk memperbaiki prognosis bayi. Namun, hal ini masih kontroversial dan berdampak pada meningkatnya jumlah kelahiran prematur dan meningkatkan beban biaya medis. (Pregnancy Care. Canberra: Australian Government Department of Health; 2019.)

* 1. **Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan**.**

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah proses pengumpulan data untuk mendapatkan berbagai informasi yang berkaitan dengan masalah yang dialami klien. Pengkajian dilakukan dengan berbagai cara yaitu anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dilaboratorium.(Surasmi dkk,2013).

1. **Pengumpulan Data**

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam himpunan informasi (data–data) dari pasien yang meliputi umur bio, psiko, spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arahan kepada tindakan keperawatan**.**

1. **Identitas**

Biasanya berisikan tentang nama, umur, jenis kelamin, alamat, diagnose medis dan tanggal masuk serta tanggal pengakajian dan identitas penanggung jawab. (Bayar, 2018)

1. **Keluhan utama**

Yang sering terjadi pada kasus RDS yaitu pada bayi dengan BBLR karena sangat beresiko mengalami ketidak efektifan pola nafas karena keadaan dimana inspirasi atau ekspirasi tidak memberikan ventilasi yang adekuat. Keadaan ini disebabkan oleh adanya penyempitan jalan nafas atau imaturnitas vaskuler paru bayi itu sendiri yang ditandai dengan gejala sesak nafas, adanya otot bantu pernafasaan, fase ekspirasi memanjang, dan pola nafas yang abnormal (Melati, 2019)

(Ny et al., 2021)

1. **Riwayat kehamilan sekarang**

Biasanya ditemukan selama hamil ibu menderita hipotensi atau perdarahan (Surasmi dkk,2013)

1. **Riwayat neonates**

Bayi yang lahir afiksia akibat hipoksia akut, terpajan pada keadaan hipotermia (Surasmi dkk,2013)

1. **Pemeriksaan fisik**
2. Kepala

Mengetahuii turgor kulit dan tekstur kulit dan mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

1. Inspeksi : lihat ada atau tidak adanya lesi, warna kehitaman atau kecoklatan, edema, dan distribusi rambut kulit.
2. Palpasi : diraba dan tentukan turgor kulit elastik atau tidak, tekstur kepala kasar atau halus, akral dingin atau hangat
3. Rambut

Mengetahui warna, tekstur pada rambut

1. Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang atau tidak.
2. Palpasi : tektur kasar atau halus.
3. Wajah

Mengetahui bentuk dan fungsi kepala dan untuk mengetahui luka dan kelainan pada kepala.

1. Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda atau missal lebih condong ke kanan atau ke kiri, itu menunjukkan ada parase/kelumpuhan.
2. Palpasi : cari adanya luka, tonjolan patologik dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan
3. Mata

Mengetahui bentuk dan fungsi mata (medan penglihatan visus dan otot-otot mata), dan juga untuk mengetahui adanya kelainan atau pandagan pada mata. Bila terjadi hematuria, kemungkinan konjungtiva anemis.

1. Inspeksi : kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar, pupil : isokor, miosis atau medriasis.
2. Palpasi : tekan secara rinagn untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasien glaucoma/kerusakan dikus optikus) kaji adanya nyeri tekan
3. Telinga

Mengetahui kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

1. Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, warna, ukuran bentuk, kebersihan, lesi.
2. Palpasi : tekan daun telinga, rasakan kelenturan kartilago
3. Hidung

Mengetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis, akan ditemukan tanda dan gejala RDS. Seperti: takipnea (>60x/menit), pernapasan

mendengkur, pernapasan cuping hidung, sianosis, apnea.

1. Inspeksi : apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret.
2. Palpasi : apakah ada nyeri tekan massa.
3. Mulut dan gigi

Mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, dan untuk mengetahui kebersihan mulut dan gigi.

1. Inspeksi : amati bibir apa ada kelainan kongenital (bibir sumbing)warna,kesimetrisan, kelembaban pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.
2. Palpasi : pegang dan tekan darah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor, pembengkakan dan nyeri.
3. Leher

Menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk memeriksa system limfatik.

1. Inspeksi : amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakan dan samping.
2. Palpasi : letakkan telapak tangan pada leher klien, minta pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.
3. Abdomen

Mengetahui bentuk dan gerakan perut , mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan mengetahui respon nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

1. Inspeksi : amati bentuk perut secara umum, warna kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak simetrisan, adanya asites.
2. Perkusi : apakah perut terdapat kembung/meteorismus.
3. Dada

Mengetahui bentuk kesimetrisan, frekuensi, irama pernafasan, adanya retraksi dada , dan untuk mendengarkan bunyi paru.

1. Inspeksi : amati kesimetrisan dada kanan kiri, amati adanya retraksi interkosta, amati pergerakan paru.
2. Palpasi : adakah benjolan
3. Perkusi : untuk menentukan batas normal paru.
4. Auskultasi : untuk mengetahui bunyi nafas, vesikuler, wheezing/crecles.

11) Ekstremitas atas dan bawah

Mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada ektremitas atas dan bawah. Lakukan inspeksi identifikasi mengenai ukuran dan adanya atrofil dan hipertrofil, amati kekuatan otot dengan memberi penahanan pada anggota gerak atas dan bawah

1. Kulit

Mengetahui adanya lesi atau gangguan pada kulit klien. Lakukan inspeksi dan palpasi pada kulit dengan mengkaji kulit kering/lembab, dan apakah terdapat oedem dan terlihat kuning atau tidak

(Surasmi dkk,2013)

* + 1. **Diagnosa keperawatan**

Setelah didapatkan data dari pengkajian, data tersebut dianalisis. Selanjutnya semua masalah yang ditemukan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan untuk menentukan intervensi keperawatan (Cecily & Sowden, 2009). Diagnosa keperawatan dari Sepsis yang sering muncul (SDKI,2015)

1. Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan apnea
2. Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
3. Hipertermia berhubungan dengan kerusakan control suhu sekunder akibat infeksi atau inflamasi
4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan sekunder akibat demam
5. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipovolemi
6. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan Intoleran terhaap makanan/minuman

**2.3.3 Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan . intervensi disusun berdasarkan SIKI (2015-2017).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Dx keperawatan  | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan |
| 1 | Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :* Kultur darah membaik
* gangguan kognitif menurun
 | Observasi: 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik1. Berikan perawatan kulit pada daerah edema
2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi1. Kolaborasi pemberian imunisasi*, Jika perlu*
 |
| 2 | Ikterik neonatus b.d Kesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterin | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :* perfusi jaringan meningkat
* kerusakan jaringan menurun
* suhu kulit membaik
 | Observasi: 1. monitor ikterik pada skelra dan kulit bayi2. monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali 3. monitor efek samping fototerapi Terapeutik :4. siapkan lampu fototerapi dan inkubator 5. ukur jarak antara lampu dan permukaan kulit bayi 6. biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutanEdukasi:7. anjurkan ibu menyusui sekita 20 – 30 menit 8. anjurkan ibu menyusui sesering mungkin Kolaborasi :9. kolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek |
| 3 | Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Menelan Makanan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Status Nutrisi Membaik dengan Kriteria hasil :* Kekuatan otot menelan meningkat
* Frekuensi makan membaik
* Nafsu makan membaik

(L.03030 SLKI hal.121) | Observasi1. Identifikasi status nutrisi
2. Berikan makanan selagi hangat
3. Naikkan kepala 30-40˚ saat diberikan ASI
4. Monitor refleks sucking, dan menelan
5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Edukasi1. Miringkan bayi setelah pemberian ASI

Kolaborasi1. Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium Hb dan Ht
 |

1. **Kerangka Masalah**

WOC/Patway Sepsis

Hambatan penarikan plasenta pada bayi prematur

Kontaminasi dengan bayi lain, personal, objek dalam lingkungan



Perubahan set point pada hipotalamus bagian anterior

Pelepasan mediator kimia

**Defisit volume cairan**

Dehidrasi/ kekurangan cairan

Evaporasi meningkat

**Kesiapan Meningkatkan koping keluarga**

Perubahan membrane alveolar – kapiler

Peningkatan permeabilitas pembuluh darah

**Gangguan Pertukaran Gas**

Penurunan perfusi jaringan

Penurunan volume sirkulasi

Peningkatan volume plasma

Vasodilatasi pembuluh darah

Proses Inflamasi

**Risiko Tinggi Infeksi**

Penurunan immunitas pada neonatus

Ig A dan Ig M tidak dapat ditransfer

Transmisi antibody -plasenta terganggu

Anak dihospitalisai

Perubahan status kesehatan

**Hipertermia**

Peningkatan suhu

tubuh

Melepaskan interleukin 1 dan Prostaglandin 2

Septikemia dan

Viremia

# SEPSIS NEONATORUM

Aliran darah dari maternal ke neonatus

Kontak langsung selama kelahiran pada jalan lahir

**BAB 3
TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan sepsis, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari Medify RS dan Status Rekam Medis Pasien sebagai berikut :

* 1. **PENGKAJIAN**
		1. Identitas

Klien adalah seorang bayi perempuan dari Ny. A usia 13 hari, beragama islam, bahasa yang sering di gunakan belum diketahui karena pasien masih balita, klien adalah anak pertama dari Tn. P usia 29 tahun dan Ny. A usia 22 tahun. klien tinggal di daerah Manukan Lor Surabaya, orang tua klien beragama Islam dan pekerjaan ayah Swasta dan ibu pekerjaan ibu rumah tangga. Klien MRS tanggal 4 januari 2022 jam 13.00 WIB.

* + 1. Keluhan utama

Bayi Lahir Prematur

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Bayinya Ny.A lahir SC PEB dengan usia 33/34 Minggu, air ketuban jernih, pada saat lahir bayi tidak langsung menangis hanya merintih kemudian tidak berselang lama bayi menangis dengan Apgar skor 7-8, BB = 1980 kg, LD = 30 cm, PB = 44 cm, LL = 10 cm, kemudian bayi masuk nicu IGD dengan perhatian di inkubator terdapat pernafasan cuping terpasang O2 BCPAP FIO2 21% PEEP 7 flowmeter 8 LPM juga terpasang D10% 175cc/24 Jam, alat terpasang pada tanggal 4 Januari 2022 kemudian alat bantu dilepas tanggal 7 Januari 2002 karena bayi mampu bernafas spontan, bayi tampak nangis, gerak lemah, BAB warna kuning, BAK juga kuning jernih ada reflek hisap

* + 1. Riwayat Khamilan dan persalinan

1. Prenatal Care:

Saat dikaji ibu tidak mengkonsumsi jamu atau obat-obatan

2. Natal Care:

Bayi lahir secara SC di RSPAL Surabaya, pada tanggal 4 Januari 2022 dengan air ketuban jernih, bayi tidak langsung menangis, dengan berat badan 1980 g dan Apgar skor 7-8

3. Post Natal Care:

Setelah lahir bayi tidak dirawat bersama dengan ibunya dikarenakan bayi lahir kurang umur dan terdapat gangguan pernafasan maka harus dirawat di NICU

* + 1. Riwayat Penyakit Masa Lampau

A. Penyakit-Penyakit Waktu Kecil

Tidak terkaji

B. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Lahir langsung perawatan di NICU IGD

C. Penggunaan Obat-Obatan

- Levofloxamin 10mg

- Fluimucyl 20mg

- Urdafalk 20mg

- Colistine 60.000iu

D. Tindakan (Operasi Atau Tindakan Lain)

Terpasang D10% 175cc / 24 jam

E. Alergi

Tidak ada alergi

F. Kecelakaan

Tidak ada kecelakaan

G. Imunsasi

Belum pernah di imunisasi

* + 1. Pengkajian Keluarga

A. Genogram (sesuai dengan penyait)

Ket : Laki-laki Tinggal serumah

Perempuan Pasien

B. Psikososial keluarga :

Orang tua siap dan sudah mempersiapkan semua dari mental menjadi orang tua dan kesiapan untuk mengasuh dan mendidik bayi itu sendiri

* + 1. Riwayat Sosial

A. Yang Mengasuh Anak

Bayi belum pernah diasuh karena setelah lahir MRS di ruang NICU karena lahir prematur

B. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Anak dan Orang Tua

C. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Belum berhubungan

D. Pembawaan Secara Umum

Saat awal pengkajian bayi terlihat lemah

* + 1. Kebutuhan Dasar
1. Pola Nutrisi

(makanan yang disukai / tidak, selera, alat makan, jam makan, dsb)

Saat pengkajian bayi hanya terpasang ogt hanya untuk obat, bayi mendapatkan minum ASI 8 x 30cc. Dan obat oral lewat ogt bayi tidak muntah dan tidak kembung terdapat reflek hisap dan sudah adekuat, bayi juga terpasang infus D10% 175cc/24 jam

B. Pola Tidur

(kebiasaan sebelum tidur, perlu dibacakan cerita, benda-benda yang dibawa tidur)

Saat pengkajian bayi tidur pulas, terbangun jika haus dan hanya saat pemeriksaan, kaki dan tangan diam saat tidur tidak banyak gerakan

C. Pola Aktivitas/Bermain

Bayi hanya tertidur tidak ada gerakan

D. Pola Eliminasi

Saat pengkajian BAB warna kuning dan BAK juga bewarna kuning jernih

E. Pola Kognitif Perseptual

Saat pengkajian bayi menangis ketika BAB, BAK, dan haus

F. Pola Koping Toleransi Stress

Saat pengkajian bayi menangis ketika dilakukan tindakan medis dan merasa tidak nyaman.

* + 1. Keadaan Umum (Penampilan Umum)

A. Cara Masuk

Bayinya Ny.A lahir terpasang pada tanggal 4 Januari 2022, pukul 12.20 di RSPAL Surabaya dengan BB 1980 g, LD 30 cm, PB 44 cm, LL 10 cm dan usia genestasi 33-34 minggu nilai Apgar score 7-8, terdapat keluhan pernafasan cuping hidung. Bayi dipindahkan menggunakan inkubator ke NICU IGD tanggal 4 Januari 2022 pukul 13.00.

B. Keadaan Umum

Bayi tampak membaik, tangis kuat, refleks hisap adekuat masih terpasang ogt.

* + 1. Tanda – tanda vital observasu suhu /nadi pasien : 36,0 / 148x / menit dengan suhu inkubator 33,0. RR : 52x / m Spontan TB : 44 cm BB awal : 1980 kg
		2. Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

a. Pemeriksaan Kepala Dan Rambut

Saat dikaji bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, rambut berwarna hitam lurus

b. Mata

Saat dikaji bentuk mata simestris dan bersih

c. Hidung

Saat dikaji bentuk hidung simestris dan bersih

d. Telinga

Saat dikaji bentuk telinga simestris, bersih tidak ada kotoran, pendengaran normal

e. Mulut Dan Tenggorokan

Saat pengkajian mukosa bibir kering terdapat bekas air ludah dan susu, tenggorokan normal

f. Tengkuk Dan Leher

Saat pengkajian bentuk simetris dan tidak ada luka atau benjolan

g. Pemeriksaan Thorax/Dada

Saat dikaji lewat foto thorax tidak ada kelaian atau keluhan

Paru

Bentuk dada normochest, Pergerakan dada simetris, Otot bantu nafas tidak terlihat, Irama nafas regular, Pola nafas teratur, Suara nafas vesikuler, suara nafas tambahan tidak ada, tidak ada sesak nafas, batuk tidak ada, Sputum tidak ada, Sianosis tidak ada

Jantung

Nyeri dada tidak ada, Irama jantung regular, Bunyi jantung S1 S2 tunggal, Nadi 148x/mnt

h. Punggung

Saat dikaji tidak ada dehabitus

i. Pemeriksaan Abdomen

Saat dikaji bentuk simetris dan tidak ada keluhan

j. Pemeriksaan Kelamin Dan Daerah Sekitarnya (Genetalia Dan Anus)

Saat dikaji bentuk kelamin normal, tidak ada bengkak, BAB dan BAK lancar

k. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Saat pengkajian ROM bebas, tidak ada kelemahan atau keluhan

l. Pemeriksaan Neurologi

Saat pengkajian tidak ada keluhan atau kelemahan

m. Pemeriksaan Integumen

 Saat pengkajian kulit bayi terlihat sedikit mengkuning sehingga mendapatkan terapi fototerapi tanggal 19 Januari 2022

* + 1. Tingkat Perkembangan

A. Adaptasi sosial

Bayi masih didalam inkubator dan belum bisa berapdatasi dengan lingkungan

B. Bahasa

Bayi belum bisa menggunakan bahasa sehari-hari

C. Motorik halus

Kondisi motorik bebas dan tidak ada keluhan

D. Motorik kasar

Kondisi ROM bayi normal.

* + 1. Pemeriksaan Penunjang
1. Laboratorium

Lab tanggal 16-01-2022

**Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan lab**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PEMERIKSAAN**  | **HASIL**  | **SATUAN**  | **NILAI RUJUKAN**  |
| **HEMATOLOGI**  |  |  |  |
| **Darah Lengkap**  |  |  |  |
| **Leukosit**  | 20.88 | 10^3/µL  | 4.00 – 10.00  |
| Hitung Jenis Leukosit  |  |  |  |
|   Eosinofil#  | 0.67 | 10^3/µL  | 0.02 – 0.50  |
|   Eosinofil%  | 3.20 | %  | 0.5 – 5.0  |
|   Basofil#  | 0.08 | 10^3/µL  | 0.00 – 0.10  |
|   Basofil%  | 0.4 | %  | 0.0 – 1.0  |
|   Nueutrofl#  | 9.85 | 10^3/µL  | 2.00 – 7.00  |
|   Neutrofil%  | 47.20 | %  | 50.0 – 70.0  |
|   Limfosit#  | 7.13 | 10^3/µL  | 0.80 – 4.00  |
|   Lomfosit%  | 34.10 | %  | 20.0 – 40.0  |
|   Monosit#  | 3.15 | 10^3/µL  | 0.12 – 1.20  |
|   Monosit%  | 15.10 | %  | 3.0 – 12.0  |
| IMG#  | 0.44 | 10^3/µL  | 0.00 – 999.99  |
| IMG%  | 2.10 | %  | 0.00 – 100.0  |
| **Hemoglibin**  | 10.50 | g/dL  | 12 – 15  |
| Hematokrit  | 30.60 | %  | 37/0 – 47.0  |
| Eritrokit  | 3.05 | 10^3/µL  | 3.50 – 5.00  |
| Indeks Eritrosit :  |  |  |  |
|   MCV  | 100.2 | fmol/cell  | 80 – 100  |
|   MCH  | 34.4 | Pg  | 26 – 34  |
|   MCHC  | 16.0 | g/dL  | 32 – 36  |
| RDW\_CV  | 57.5 | %  | 11.0 – 16.0  |
| RDW\_SD  | 57.5 | fL  | 35.0. – 56.0  |
| **Trombosit**  | 26.00 | 10^3/µL  | 150 – 450  |
| Indeks Trombosit :  |  |  |  |
|   MPV  |  10.08 | fL  | 6.5 – 12.0  |
|   PDW  |  15.3 | %  | 15 – 17  |
|   PCT  | 0.028 | 10^3/µL  | 1.08 – 2.82  |
| P-LCC  | 11.0 | 10^3/µL  | 30 – 90  |
| P-LCR  | 41.4 | %  | 11.0 - 45.0  |
| **KIMIA KLINIK**  |  |  |  |
| CRP Kuantitatif | 107.96 | mg/dL | 4.1 |
| **FUNGSI HATI** |  |  |  |
| Bilirubin total | 11.11 | mg/dL | 1.00 |
| Bilirubin direk | 8.69 | mg/dL | 0.00 – 0.20 |
| Albumin  | 3.57 | mg/dL | 3.8 – 4.2 |
| **DIABETES** |  |  |  |
| Glukosa darah sewaktu | 69 | mg/dL | 50 – 80 |
| **ELEKTROLIT & GAS DARAH** |  |  |  |
| Kalsium  | 10.3 | mg/dL | 8.8 - 10.4 |
| Natrium (Na) | 138.5 | mEq/L | 135 – 147 |
| Kalium (K) | 4.11 | mmol/L | 3.0 – 5.0 |

Kultur darah kanan + TKA

SPECIMEN : Darah Kanan

ISOLATE : 1. Serratia Marcescens

|  |  |
| --- | --- |
| Susceptibility | Isolate |
| AmikacinAmpicillinAmpicillin-SulbactamCefozilinCefeprime CeftazidimeCeftriaxoneCiprofloxalinErtapenemGentamicinMeropenemNitrofurantoinPiperacillin-tozobactamTigecyclineTrimethopirim-sulfamethoxazole | SRRRSSSSSSSRSSS |

1. Rontgen

Hasil rontgen normal dan tidak ada cacat pada pasien

1. Terapi

Dextrose 10% 175cc / 24jam

Colistine 60.000iu 3x1 sehari

Fluimucyl 20mg 3x1 sehari

Urdafalk 20mg 3x1 sehari

Levoflaxamin 10mg 3x1 sehari

Surabaya, Januari 2022

(....)

**Tabel 3.2 Analisa Data**

|  |  |
| --- | --- |
| NAMA KLIEN : Bayi Ny. AUMUR : 13 hari  | Ruangan / kamar : NICU IGD/.........No. Register : 68-47-xx |
| No  | Data  | Penyebab  | Masalah  |
| 1. 2.3 | Ds : Tidak terkajiDo : * Keadaan Umum : Baik-Kesadaran Compos Mentis
* Klien tampak terpasang Vemplon Di Vena Dorsalis
* Tidak terdapat tanda-tanda infeksi dilokasi penusukan (pembengkakan (-), kemerahan(-), phlebitis (-).
* Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada bayi (Fontanel yang menonjol (-), Letargi (-), hilangnya keinginan untuk menyusu (-), penurunan intake melalui oral (-)
* Hasil Pemeriksaan Lab tanggal 19/01/2022 :
* Hemoglobin : 10.5 g/dl
* Hematokrit : 30%
* Lekosit : 20.88 10^3/µL
* Trombosit : 26.00 10^3/µL
* Eritrosit : 2.20 juta/Ul
* CRP : 107.96 mg/dl
* PCT : 0.028 10^3/µL

Ds : Tidak TerkajiDo :* Bayi sedikit bewarna kuning
* Hasil Pemeriksaan Lab tanggal 19/01/2022 :
* Bilirubin total : 11.11 mg/dL
* Bilirubin direk : 8.69 mg/dL

Ds : Tidak TerkajiDo :* Keadaan Umum : Baik
* Kesadaran Compos Mentis
* Tampak terpasang OGT (Oral Gastric Tube)
* BB lahir : 1980 gram
* BB sekarang : 2100 gram
* LL : 10 cm
* Refleks menghisap kuat
* ASI 8x30cc
* Hemoglobin : 10.5 g/dl
* Hematokrit : 30%
 | Ketidakadekuatan pertahanan tubuh periferKesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterinKetidakmampuan Menelan Makanan | Risiko InfeksiIkterik neonatus Defisit Nutrisi |

**Tabel 3.3 Prioritas Masalah**

|  |  |
| --- | --- |
| NAMA KLIEN : Bayi Ny. AUMUR : 13 hari  | Ruangan / kamar : NICU IGD/.........No. Register : 68-47-xx |
| No | Diagnosa keperawatan | TANGGAL | Nama perawat |
| ditemukan | Teratasi  |
| 123 | Risiko InfeksiIkterik neonatus Defisit Nutrisi | 17 januari 202217 januari 202217 januari 2022 |  | YepYepYep |

**Tabel 3.4 Rencana Keperawatan**

Nama Klien : Bayi Ny. A No Rekam Medis : 68-47-xx Hari Rawat Ke :............

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa keperawatan | Tujuan | Rencana Intervensi | Rasional |
| 1 | Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :* Kultur darah membaik
* gangguan kognitif menurun
 | Observasi: 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik1. Berikan perawatan kulit pada daerah edema
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi1. Kolaborasi pemberian imunisasi*, Jika perlu*
 | 1. Memantau tanda dan gejala infeksi merupakan pengkajian untuk melihat adanya resiko terjadinya infeksi.
2. Membantu klien untuk mengurangi atau menghilangkan faktorfaktor yang dapat meningkatkan terjadinta infeksi.
3. Memberikan pengetahuan dapat membantu mengurangi tanda tanda infeksi dan dapat membantu meningkatkan kepatuhan klien terhadap rencana terapeutik Mencegah kontaminasi dari kebersiha diri untuk mengurangi resiko infeksi.
4. Melakukan perawatan luka yang benar dapat mengurangi tand-tanda resiko terjadinya infeksi.
5. Mengobservasi perkembangan pertumbuhan kulit, melihat adanya tandatanda infeksi.
 |
| 2 | Ikterik neonatus b.d Kesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterin | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :* perfusi jaringan meningkat
* kerusakan jaringan menurun
* suhu kulit membaik
 | Observasi: 1.monitor ikterik pada skelra dan kulit bayi2. monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali 3. monitor efek samping fototerapi Terapeutik :4. siapkan lampu fototerapi dan inkubator 5. ukur jarak antara lampu dan permukaan kulit bayi 6. biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutanEdukasi:7. anjurkan ibu menyusui sekita 20 – 30 menit 8. anjurkan ibu menyusui sesering mungkin Kolaborasi :9. kolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek | 1. memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2.memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali 3. memonitor efek samping fototerapi4. menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator 5.. mengukur jarak antara lampu dan permukaan kulit bayi 6. membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan 7. menganjurkan ibu menyusui sekitar 20-30 menit 8. menganjurkan ibu menyusui sesering mungkin 9. mengkolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek  |
| 3 | Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Menelan Makanan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Status Nutrisi Membaik dengan Kriteria hasil :* Kekuatan otot menelan meningkat (5)
* Frekuensi makan membaik (5)
* Nafsu makan membaik (5)

(L.03030 SLKI hal.121) | Observasi1. Identifikasi status nutrisi
2. Berikan makanan selagi hangat
3. Naikkan kepala 30-40˚ saat diberikan ASI
4. Monitor refleks sucking, dan menelan
5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Edukasi1. Miringkan bayi setelah pemberian ASI

Kolaborasi1. Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium Hb dan Ht
 | 1. makanan hangat dapat mencegah mual2.
2. mencegah refluks makanan
3. mencegah aspirasi
4. mencegah terjadinya aspirasi
5. untuk menentukan intervensi yang tepat
6. untuk menentukan intervensi yang tepat
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan** |  |
| No Dx | Tgl Jam | Tindakan | TT Perawat | Tgl Jam | Catatan Perkembangan | TT Perawat |
| 1,2,32311332121,2,3321,2,33 | 17 jan 2022/07.3008.0008.1008.1510.2012.0012.0512.2512.2512.3014.0016.2018.3021.0006.00 | Timbang terima dengan perawat jaga malamMengkaji membran mukosa, turgor kulit, dan rasa hausMengkaji refleks-refleks pada bayiMemantau suhu tubuh, suhu inkubator, suhu lingkunganTanda-tanda Vital : Nadi : 145x/menit, RR : 52x/menit, S : 36,5˚C, SaO2 : 99%Mengganti popok bayi dan mencatat urine dan berat jenisMemberikan ASI/PASI 30cc melalui minum via oral, dan pemberian terapi obat Colistine60.000iu, Fluimucyl 20mg, Urdafalk 20mg, Levoflaxamin 10mgmelalui OGTLalu Memiringkan bayi setelah makanMemantau tanda dan gejala infeksi (suhu, denyut jantung, drainase, suhu kulit, lesi kulit, keletihan dan malaise).Tranfusi tc 20cc gol darah 0+Mengganti popok bayi dan mencatat urine dan berat jenisMemberikan ASI/PASI 30cc melalui oral, dan pemberian terapi obat Colistine60.000iu, Fluimucyl 20mg, Urdafalk 20mg, Levoflaxamin 10mg kemudian Memiringkan bayi setelah makanMemonitor suhu tubuh bayi dan warna kulit bayi mempalpasi nadi perifer, mengkaji adanya retraksi dinding dada* suhu tubuh : 36,6˚C
* SPO2 : 99%,
* nadi : 145x/menit
* RR : 54x/menit

Memantau tanda dan gejala infeksi (suhu, denyut jantung, drainase, suhu kulit, lesi kulit, keletihan dan malaise).Memantau suhu tubuh, suhu inkubator, suhu lingkungan * suhu tubuh : 36,5˚C,
* suhu inkubator : 31,5˚C,
* suhu lingkungan : 24˚C

Ikut operan dan timbang terima dengan dinas siang Mengganti popok bayi dan mencatat urinedan berat jenisMemberikan ASI/PASI 30cc melalui minum via oral, dan pemberian terapi obat Colistine60.000iu, Fluimucyl 20mg, Urdafalk 20mg, Levoflaxamin 10mgmelalui OGTMemantau suhu tubuh, suhu inkubator, suhu lingkungan * suhu tubuh : 36,5˚C,
* suhu inkubator : 31,5˚C,

suhu lingkungan : 24˚CTimbang terima dengan perawat jaga malamMengkaji membran mukosa, turgor kulit, dan rasa hausMengkaji refleks-refleks pada bayiMemantau suhu tubuh, suhu inkubator, suhu lingkunganTanda-tanda Vital : Nadi : 145x/menit, RR : 52x/menit, S : 36,5˚C, SaO2 : 99%Mengganti popok bayi dan mencatat urinedan berat jenisMemberikan ASI/PASI 30cc melalui minum via oral | YepYepYepYep YepYepYepYepYepYepYepPerawat Jaga | 17 jan 2022/ 14.00 | **Dx 1 : Resiko Infeksi**S : Tidak dapat dikajiO :* Keadaan umum baik
* Kesadaran Compos Mentis
* Tanda-tanda Vital :

Nadi : 145x/menit, RR : 52x/menit, S : 36,5˚C, SaO2 : 99%* Membran mukosa lembab
* Turgor kulit baik
* Bayi tampak tenang
* Akral hangat

A :Masalah teratasiP :Intervensi dihentikan**Dx 2 : Ikterik Neonatus**S : Tidak dapat dikajiO :* Keadaan umum baik
* Kesadaran Compos Mentis
* Kulit bayi membaik
* Tanda-tanda Vital :

Nadi : 145x/menit, RR : 52x/menit, S : 36,5˚C, SaO2 : 99%* Membran mukosa lembab
* Turgor kulit baik
* Bayi tampak tenang
* Akral hangat

A :Masalah teratasiP :Intervensi dihentikan**Dx 3 : Defisit Nutrisi**S : Tidak dapat dikajiO :* Keadaan umum baik
* Kesadaran Compos Mentis
* Tanda-tanda Vital :

Nadi : 145x/menit, RR : 52x/menit, S : 36,5˚C, SaO2 : 99%* Membran mukosa lembab
* Bayi tampak mampu minum ASI via oral sebanyak 30cc
* Tampak tidak ada gumoh, tidak ada batuk, tidak ada tersedak
* BB sekarang : 2100gram

A :Masalah teratasiP :Intervensi dihentikan | YepYepYep |

**BAB 4
PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan Diagnosa Sepsis di ruang NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Dari data pengkajian pada keluhan utama pada pasien bayi Ny. A lahir secara SC dikarenakan ibu mengalami PEB dengan usia kehamilan 33/34 minggu, bayi tidak langsung menangis hanya merintih namun tidak berselang lama bayi menangis, tanda-tanda vital bayi suhu 36˚C pernafasan 52 kali/mnt spontan tanpa alat bantu, bayi juga tidak nampak kejang, dan perut bayi nampak normal dan tidak ada indikasi kembung atau distende.

Menurut teori Maryunani dan Nurhayati (2009), Gejala dari sepsis neonatorum adalah suhu tubuh panas atau hipotermia, bayi tampak sakit, malas minum, muntah, sesak nafas, merintih, mengantuk, perut kembung, sianosis, kadang-kadang kejang. Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada di lahan.

 Dari pengkajian berikutnya bayi sudah tidak menggunakan alat bantu apapun dan bernapas spontan dengan RR 52x/menit, tidak ada retraksi dada kesadaran compos mentis, CRT 2 detik, tidak pucat maupun sianosis, akral hangat, tidak ada jaundis, tidak ada petekie, tidak ada ekimosis. Menurut (Fauziah dan Sudarti, 2013) Sindroma klinis sepsis neonatorum pada sistem respirasi yaitu respirasi tidak teratur, apnea, takhipnea, sianosis, grunting, dispnea, retraksi. Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada di lahan.

Pada rekam medis dituliskan bahwa By. Ny. A lahir secara SC dikarenakan Ny. A mengalami PEB dengan cairan ketuban jernih dan tidak berbau, ketuban pecah kurang dari 18 jam dan, nilai Apgar bayi normal yaitu 7-8, pada saat hamil maupun persalinan ibu pasien tidak mengalami demam dan suhu ibu pasien normal yaitu 36,2˚C. Menurut teori Wilar et al (2010) Neonatus dikatakan mempunyai faktor risiko mayor dan faktor resiko minor, Faktor risiko mayor yaitu, Ketuban pecah lebih dari 18 jam, Ibu demam saat intrapartum lebih dari 38˚C, Korioamnionitis, Ketuban bau. Faktor risiko minor yaitu, Ketuban pecah lebih dari 12 jam, Ibu demam saat intrapartum lebih dari 37,5˚C, Nilai APGAR rendah, Keputihan yang tidak diobati, Ibu yang dicurigai infeksi saluran kemih (ISK). Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada di lahan.

Pada pengkajian By. Ny. A didapatkan data selera makan baik dengan ASI 8x30cc, tidak muntah, tidak diare, tidak ada distensi abdomen, tidak ada hepatomegali, tidak ada splenomegali. Data ini tidak ada kesenjangan dengan gambaran klinis yang dijelaskan oleh Fauziah dan Sudarti (2013).

Pada hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh By. Ny. A adalah pemeriksaan laboratorium hemoglobin 10.5 g/dl menurun (N : 12.7-18.7), hematokrit 30% menurun (N: 42-62), leukosit 20.88 ribu/ul meningkat (N : 5.0-20.0), trombosit 26.00 ribu/ul menurun (N : 217-497), eritrosit 3.05 juta/ul menurun (N : 3.70-6.10), CRP 107.96 mg/dl, PCT 0.028 ng/dl meningkat. Menurut Bobak (2004) dan Depkes (2007) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada bayi yang mengalami sepsis, yaitu pemeriksaan Laboratorium seperti Hematologi Darah rutin(kadar hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht), leukosit dan hitung jenis, trombosit, C-reactive protein(CRP) (konsentrasi tertinggi dilaporkan pada infeksi bakteri, kenaikan sedang didapatkan pada kondisi infeksi kronik), Procalsitonin (PCT), Biakan darah atau cairan tubuh lainnya (cairan serebrospinalis) serta uji resistensi, pelaksanaan pungsi lumbal masih kontroversi, dianjurkan dilakukan pada bayi yang menderita kejang, kesadaran menurun, klinis sakit tampak makin berat dan kultur darah positif, Bila ada indikasi, dapat dilakukan biakan tinja dan urin, Pemeriksaan apusan Gram dari bahan darah maupun cairan liquor, serta urin).

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tentang sepsis ada enam yaitu:

* 1. Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan apnea
	2. Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
	3. Hipertermia berhubungan dengan kerusakan control suhu sekunder akibat infeksi atau inflamasi
	4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan sekunder akibat demam
	5. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipovolemi
	6. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan Intoleran terhaap makanan/minuman

Dari enam diagnosa keperawatan yang terdapat pada pengetian sepsis tidak semua ada pada pasien yang saya kaji.

Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang saya kaji yaitu:

1. Risiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh. Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria yaitu terjadinya perubahan pada antropometri, hasil lab, dan kondisi klinis. (SDKI, 2010)
2. Ikterik neonatus berhubungan dengan Kesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterin. Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria yang memenuhi yaitu Klien sedikit bewarna kuning, Hasil Pemeriksaan lab Bilirubin total dan Bilirubin direk tinggi. (SDKI, 2010)
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan, Diagnosa ini diangkat dikarenakan kriteria sudah memenuhi kriteria klien terlihat masih terpasang OGT sebagai jalur pemberian obat. (SDKI, 2010).
	1. **Intervensi**
4. Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer

Bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil yaitu Kultur darah membaik, gangguan kognitif menurun, hasil lab membaik.

Dengan intervensi yang dilakukan monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, kolaborasi pemberian injeksi obat*.*

1. Iketerik neonatus berhubungan dengan penurunan berat badan abnormal

Bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria yaitu hasil perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, suhu kulit membaik.

Dengan intervensi yang dilakukan monitor ikterik dan sklera dan kulit bayi, monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali, monitor efek samping fototerapi , biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan, ganti segera alas dan popok bayi jika BAB atau BAK.

1. Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Menelan Makanan

Bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil yaitu kekuatan otot menelan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

Dengan intervensi yang dilakukan status nutrisi, berikan makanan selagi hangat, naikkan kepala 30-40˚ saat diberikan asi, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium Hb dan Ht.

* 1. **Pelaksanaan**

Menurut Mufdlilah dkk, (2012) Pada ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti diuraikan dilaksanakan secara efisien dan aman. Pada kasus By. A umur 13 hari dengan sepsis neonatorum pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan dilahan.

Risiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh dilakukan tindakan keperawatan yaitu kaji observasi tanda-tanda vital pada bayi lalu monitor dan observasi tanda gejala infeksi pada bayi kemudian kolaborasi pemberian injeksi obat Colistine 60.000iu, Fluimucyl 20mg , Urdafalk 20mg, Levoflaxamin 10mg melalui ogt yang tepasang pada bayi.

Pada Ikterik neonatus berhubungan dengan Kesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterin dilakukan tindakan kaji observasi tanda vital bayi, kaji dan observasi abdomen bayi jika hasil lab dan hasil observasi menunjukan bayi nampak kuning maka berikan fototerapi 1x24 jam kemudian mengkaji hasil efek samping dari fototerapi.

Pada masalah keperawatan Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan dilakukan tindakan keperawatan mengkaji mempertahankan kecukupan asupan cairan, memeriksa kelembaban mukosa mulut, mengobservasi ketidak adekuatan menghisap pada bayi, memantau pemberian nutrisi per iv inf D10% 175cc/24 jam, menekankan pentingnya masukan nutrisi atau cairan adekuat.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

* 1. **Evaluasi**

Pada waktu dilaksanakan evaluasi Risiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh yang ditemukan pada tanggan 17 januari 2022. Pasien sudah mampu beradaptasi dengan lingkungan dan hasil lab pasien ada pengingkatan ke arah membaik karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi hanya sebagian pada tanggal 21 Januari 2022.

Pada diagnosa kedua Ikterik neonatus berhubungan dengan Kesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterin yang ditemukan pada tanggan 17 januari 2022. Fototepari dalam 1x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan intervensi dihentikam masalah teratasi pada tanggal 21 Januari 2022.

Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan yang ditemukan pada tanggan 17 januari 2022. penulis memerlukan waktu selama 1x24 jam dan hasil evaluasi pada tanggal 21 Januari 2022 defisit nutrisi pada pasien membaik dan pasien sudah mampu menghisap dan sudah tidak menggunakan alat bantu ogt intervensi dihentikan.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan perawat. Hasil evaluasi pada By Ny. A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 21 Januari 2022.

**BAB 5
PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus sepsis di ruang NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Sepsis.

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawtaan pada klien sepsis, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keluhan utama klien lahir prematur dengan usia genestasi 33/34 ibu melahirkan SC karena mengalami PEB, bayi lahir tidak langsung menangis namun tak berselang lama bayi menangis kuat dan langsung terpasang alat bantu pada tanggal 4 januari 2022 dan dilepas tanggal 07 januari 2022 dikarenakan bayi mampu bernapas spontan saat. Pengakajian berikutnya tidak didapatkan bayi muntah, distende, mukosa bibir kering. klien menghabiskan Asi 30cc yang diberikan dan klien mengalami BAB cair sebanyak 2x. Didapatkan data pengkajian klien batuk ada lendir, pola nafas teratur, frekuensi nafas 52x/mnt, tidak terdapat suara nafas tambahan. Pada pengkajian integumen tidak terdapat ruam-ruam merah di seluruh tubuh.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah, Risiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh, Ikterik neonatus berhubungan dengan Kesulitan tranmisi ke kehidupan ekstra uterin, Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan
3. Beberapa tindakan keperawatan pada klien dengan sepsis observasi tanda-tanda vital pada pasien, kemudian observasi resiko infeksi pada pasien, lalu pemberian obat untuk meredakan infeksi pada pasien, mengobservasi serta memonitor ikterik pada sklera dan kulit pasien apakah diperlukan terapi fototerapi.
4. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, dan tenaga kesehatan. Hasil evaluasi pada bayi Ny. A sudah sesuai dengan harapan masalah infeksi pada bayi, ikterik pada bayi dan defisit nutrisi pada bayi sudah membaik dan hasil lab sudah membaik dan klien KRS pada tanggal 21 januari 2022.
	1. **Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapain hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan sepsis.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**Daftar Pustaka**

World Health Organization; 2012

World Health Organization, Save the Children, PMNCH, March of Dimes. Born Too Soon: the global action report of preterm birth. Howson C, Kinney M, Lawn J, editors. WHO. Geneva: World Health Organization; 2012.

Kemenkes RI; 2019.

Achadi E. Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia 2019. Banten.
Australian Government Department of Health; 2019

Department of Health. Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Canberra.

Pediatrics. 2017.

Lee A, Panchal P, Folger L. Diagnostic Accuracy of Neonatal Assessment for Gestational Age Determination: A Systematic Review.

Perinatol. 2017;3:16.

Sharma D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. Matern Heal

Neonatol WHO. France: WHO; 2015

WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes..

Wyckoff M, Aziz K, Escobedo M, Kapadia V, Kattwinkel J, Perlman J, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015

American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (Reprint). Circulation. 2015;132:S543-60.

Aminullah A. 2010. Ikterus, hiperbilirubinemia dan Sepsis pada neonatus.Dalam :

Markum AH, Ismael S, editor.Buku ajar Ilmu Kesehatan Anak.Jakarta: FKUI :147-170.

Fauziah, A, Sudiarti. 2013. Asuhan Kebidanan Neonatus Resiko Tinggi dan

Kegawatdaruratan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Ikatan Dokter Anak Indonesia. Sepsis dan syok septik. Dalam: Soedarmo S, Gama

H, Hadinegoro S, Satari H. Buku ajar infeksi & pediatri tropis. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.2005; 358-362

Juniatiningsih, A., Aminullah, A., Firmansyah, A., 2008, Profil Mikroorganisme

Penyebab Sepsis Neonatorum di Departemen Ilmu Kesehatan Anak Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta, Sari Pediatri, Vol. 10, No. 1, hal61-63.

Kementerian Kesehatan RI.Mother's Day. Jakarta: Pusat Data dan Informasi

Kemenkes RI;2014.

Khinchi YR, Kumar A, Yadav S. Profile of neonatal sepsis. J Coll Med Sci Nepal

2010; 5: 15.

**Lampiran 1**

**SOP PEMBERIAN NUTRISI MELALUI OGT**

1. **Pengertian**

Pemberian Nutrisi melalui Oral Gastric Tube (OGT) adalah memberikan makanan kepada klien sesuai diet melalui selang OGT (Ambarwati, 2009).

1. **Tujuan Pemberian Nutrisi Melalui OGT**

Tujuan dari pemberian nutrisi melalui OGT yaitu untuk memberikan makanan cair ke dalam lambung dengan menggunakan sonde lambung melalui mulut (Kusmiyati, 2007).

Menurut Ambarawati (2009), tujuan dari pemberian nutrisi melalui OGT adalah untuk memperbaiki atau mempertahankan status nutrisi klien dan untuk memberikan obat.

1. **Indikasi**
	1. Pasien dengan gawat nafas atau tidak sadar
	2. Pasien dengan masalah saluran pencernaan atas (stenosis esophagus, tumor mulut

atau faring)

* 1. Pasien yang tidak mampu menelan
	2. Pasien pasca operasi pada faring atau esophagus
1. **Prinsip**

Menurut Ambarawati (2009), prinsip dalam pemberian makanan melalui OGT, yaitu :

1. Makanan yang dapat diberikan adalah makanan cair, makanan yang diblender halus, dan formula khusus makanan internal
2. Sebelum dan sesudah makan dianjurkan untuk member air matang hangat terlebih dahulu
3. Pastikan tidak ada udara yang masuk kedalam selang saat memberikan makan dan minum
4. Pastikan selang dalam keadaan tertutup selama tidak diberi makan
5. Residu lambung harus dicek sebelum memberikan makanan. Residu > 50 cc maka tunda pemberian sampai 1 jam. Jika setelah 1 jam jumlah residu tetap, kolaborasi dengan dokter untuk program selanjutnya
6. Hindari mendorong makanan untuk mencegah iritasi lambung. Kecepatan yang direkomendasikan adalah pemberian dengan ketinggian 45 cm dari abdomen
7. Perhatikan interaksi obat dengan makanan, terutama dengan susu jika ada pemberian obat per oral.
8. **Persiapan Alat**
9. Sarung tangan
10. Bak instrumen
11. Makanan cair yang hangat (susu formula)
12. Spuit 20-60 cc
13. Tissue
14. Gelas yang berisi air minum hangat
15. Bengkok
16. **Prosedur Kerja**
	1. Mengecek program terapi medis
	2. Memberikan salam dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan
	3. Mencuci tangan
	4. Menyiapkan alat disamping tempat tidur pasien
	5. Mengkaji adanya alergi makanan, bising usus, masalah-masalah yang berkaitan dengan pemberian makanan melalui OGT (muntah, diare, konstipasi, distensi abdomen)
	6. Menyiapkan makanan dan obat jika ada yang akan diberikan sesuai dengan terapi medik
	7. Menjaga privasi klien
	8. Membantu klien dalam mengatur posisi kepala bayi dalam posisi semi fowler atau ekstensi
	9. Mengecek penempatan / kepatenan OGT
	10. Menggunakan sarung tangan
	11. Membuka spuit yang telah terpasang, ketika akan membuka spuit pada pangkal selang OGT klem terlebih dahulu dengan cara menekuk pangkal selang, kemudian lepaskan spuit dari pangkal selang OGT dan lepaskan klem
	12. Melakukan aspirasi dengan menggunakan spuit yang telah terpasang untuk memastikan kadar residu lambung
	13. Selanjutnya ambil air minum hangat terlebih dahulu yang sudah tersedia dalam gelas dengan menggunakan spuit dan masukan ujung spuit pada ujung pangkal selang OGT tinggikan 45 cm dari atas abdomen klien hingga air minum masuk Kemudian ambil makanan cair yang telah disediakan dalam gelas dengan menggunakan spuit, lap ujung spuit dengan menggunakan tissue dan masukkan ujung spuit pada pangkal selang OGT, tinggikan 45 cm dari atas abdomen klien

hingga makanan masuk

* 1. Terakhir beri air minum hangat kembali
	2. Sendawakan bayi agar tidak terjadi gumoh
	3. Posisikan kembali klien ke dalam posisi semula
	4. Membereskan kembali alat yang telah digunakan
	5. Membuka sarung tangan dan letakkan pada bengkok
	6. Mencuci tangan
	7. Mengevaluasi dan mencatat hasil tindakan

**Lampiran 2**

**PROSEDUR MENGGANTI POPOK PASIEN BAYI**

PENGERTIAN Tata cara dalam mengganri popok bayi yang sudah basah atau kotor dengan popok yang bersih dan kering untuk memberikan rasa nyaman dan mencegah iritasi serta infeksi.

TUJUAN Sebagai pedoman dan acuan bagi Bidan/ Perawat dalam memberi minum pada bayi dengan menggunakan sendok sesuai prosedur

KEBIJAKAN Kebijakan Direktur Utama tentang Pelayanan Pasien di Ruang Perinatal

PROSEDUR Persiapan alat :

1. Perlengkapan pakaian bayi ( popok, gurita, baju dan lain –   lain )
2. Kain pengalas bayi
3. Kapas pembersih cebok dan tempat kapas kotor
4. *Baby oil,* waslap, air hangat dalam tempatnya
5. Ember bertutup untuk pakaian kotor
6. Perawat mencuci tangan
7. Perawat memakai pakaian khusus

(*skort )*

1. Perawat membuka/ menanggalkan popok basah/ kotor
2. Perawat membersihkan bokong bayi dengan kapas, kemudian dilap dengan waslap hangat kemudian dikeringkan dan olesi dengan *baby oil*
3. Perawat memasang popok bersih dan bila perlu baju bayi diganti
4. Perawat merapikan bayi, dibaringkan kembali dalam posisi sesuai kebutuhan
5. Perawat membersihkan alat - alat, dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula
6. Perhatian :

Untuk mencegah terjadinya iritasi pada kulit, bokong diolesi dengan*baby oil*

Hindari bahaya yang mungkin terjadi antara lain jatuh

1. Perawat mencuci tangan

**Lampiran 3**

**PROSEDUR TINDAKAN PEMBERIAN SUNTIKAN ( INJEKSI )**

1. **INJEKSI INTRA VENA**
* Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat kedalam pembuluh darah vena
* Injeksi intravena diberikan jika diperlukan reaksi obat yang cepat
* Sudut penyuntikan 15o-30 o kemudian sejajar dengan vena
* Tempat penyuntikan pada vena yang terlebih dahulu dicari vena bagian distal kemudian ke bagian proksimal
	1. Persiapan
* Alat
1. Spuit dengan jarum no.22-25
2. Kapas alkohol
3. Obat dari ampul atau vial
4. Sarung tangan bersih
5. Catatan pengobatan
6. Tourniquet
7. Bak injeksi
8. Bengkok
9. Perlak
* Pasien
1. Sapa pasien dengan senyum ramah
2. Jelaskan prosedur tindakan
	1. Kerja
		1. Tutup tirai atau pintu
		2. Cuci tangan
		3. Ambil obat sesuai dosis
		4. Pakai sarung tangan
		5. Posisikan pasien nyaman dan rileks
		6. Tentukan vena yang akan ditusuk ( vena basilika dan vena chefalika), syarat vena: tidak bercabang, bukan bekas tusukan, kulit tidak berbulu.
		7. Pasang perlak di bawah area yang akan disuntik
		8. Bila vena sudah ditemukan ( misal vena basilika) atur lengan lurus dan pasang tourniquet sampai vena benar-benar dapat dilihat dan diraba
		9. Siapkan spuit yang sudah berisi obat, bila masih terdapat udara dalam spuit, maka udara harus dikeluarkan
		10. Bila klien terpasang veinflon, bersihkan port penyuntikan yang mengarah ke aliran iv yang utama dengan kapas alkohol.
		11. Buka aliran port i.v tersebut dan buka jarum spuit kemudian masukkan spuit tanpa jarum ke dalam veinflon dan suntikkan obat.
		12. Tusukkan jarum ke dalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena dengan sudut 15-30˚
		13. Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah sudah terhisap lepaskan tourniquet dan dorong obat pelan-pelan ke dalam vena
		14. Setelah obat masuk vena, segera tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan
		15. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman.
		16. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)
		17. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan
		18. Lepas sarung tangan dan cuci tangan
		19. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)
		20. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)
	2. Terminasi
3. Berikan pujian pada klien
4. Ucapkan terima kasih
5. **INJEKSI INTRA MUSCULAR**
* Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat pada jaringan otot
* Vaskularisasi pada otot lebih baik daripada subcutan sehingga absorbsi pada jaringan otot akan lebih cepat. Absorbsi obat cair pada IM akan terjadi sekitar 10-30 menit, sedangkan secara SC bisa mencapai hingga 30 menit.
* Jarum yang digunakan adalah nomor 21-23, sedangkan untuk klien kurus digunakan ukuran jarum lebih kecil dan pendek.
* Sudut penyuntikan 90o dengan melewati lapisan SC hingga masuk ke lapisan otot dalam
* Injeksi IM lebih toleran terhadap jumlah volume lebih banyak daripada secara SC sehingga bisa disuntikkan obat 4 cc atau lebih
* Jika memberikan obat yang dapat mengiritasi, gunakan teknik Z-track saat menyuntik yaitu dengan cara menghisapkan 0,5 ml udara ke dalam spuit untuk membentuk sumbatan udara. Tarik kulit dibawahnya dan jaringan subkutan 2,5 cm-3,5 cm ke arah lateral ke samping. Tahan bagian belakang kulit dan suntikan jarum dengan cepat.
	1. Persiapan
* Alat
1. Spuit dengan jarum no.22-25
2. Jarum ukuran diameter 20-30
3. Kapas alkohol
4. Obat dari ampul atau vial (0.5 mL)
5. Sarung tangan bersih
6. Catatan pengobatan
7. Bak injeksi
8. Bengkok
9. Perlak
* Pasien
1. Sapa pasien dengan senyum ramah
2. Jelaskan prosedur tindakan
	1. Kerja
		1. Tutup tirai atau pintu
		2. Cuci tangan
		3. Ambil obat sesuai dosis
		4. Pakai sarung tangan
		5. Kaji Area penyuntikan: tidak ada lesi, tidak terdapat infeksi, tidak terdapat penonjolan tulang, tidak terdapat saraf dan pembuluh darah
		6. Posisikan pasien nyaman dan rileks disesuaikan dengan area penyuntikan yang akan digunakan:
		7. Ventro gluteal: posisi tengkurap atau miring dengan lutut fleksi
		8. Vastus lateralis: posisi flat, supine dengan lutut sedikit fleksi
		9. Dorso gluteal: posisi prone dengan lutut fleksi
		10. Deltoid: posisi duduk atau berbaring dengan lengan fleksi, rileks atau diletakkan diatas abdomen
		11. Pasang perlak di bawah area yang akan disuntik
		12. Lakukan Z-track dengan tangan tidak dominan
		13. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol dengan mengusap secara sirkular arah keluar sekitar 5 cm
		14. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit pada tangan dominan (antara ibu jari dan telunjuk)
		15. Injeksikan jarum dengan sudut 90° (vastus latralis jarum masuk dengan kedalaman 1,5-2,5 cm; ventro gluteal jarum masuk dengan kedalaman: 1,25- 2,5 cm; dorso gluteal jarum masuk dengan kedalaman: 1,25-3,75 cm; deltoid jarum masuk dengan kedalaman: 1,25-2,5 cm)
		16. Setelah jarum masuk ke dalam otot, pindahkan tangan non dominan kebawah spuit ( untuk memfiksasi agar posisi jarum tidak bergerak) dan tangan dominan pindah ke bagian pengokang spuit untuk siap mengaspirasi
		17. Aspirasi spuit untuk memastikan jarum tidak menusuk pembuluh darah, jika tidak terdapat darah injeksikan obat tersebut dengan kecepatan 10 detik/mL. Jika terdapat darah segera cabut spuit dan ganti pada posisi penyuntikan lainnya
		18. Tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan
		19. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman.
		20. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)
		21. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan
		22. Lepas sarung tangan masukkan kedalam larutan klorin dan cuci tangan
		23. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)
		24. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)
	2. Terminasi

Berikan pujian atas kerjasama klien Ucapkan terima kasih

1. **INJEKSI SUB CUTAN**
* Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat pada jaringan di bawah kulit
* Pada sub cutan terdapat sedikit sirkulasi darah sehingga obat akan diabsorbsi secara lambat (tidak secspat jika diberikan secara IM)
* Obat yang diberikan secara SC biasanya bersifat isotonic, noniritatif, larut dalam air, dan dapat ditoleransi hingga 0,5-1 cc
* Contoh obat yang diberikan secara SC adalah: insulin, TT (tetanus toxoid), epineprin, obat-obat alergi dan heparin (dapat diabsorbsi dengan baik melalui SC dan IM)
* Lokasi penyuntikan SC: deltoid, abdomen, paha, area scapula, ventral gluteal
* Lokasi penyuntikan harus tidak terdapat lesi, tidak ada infeksi, bukan pada penonjolan tulang dan jaringan dibawahnya tidak terdapat syaraf dan pembuluh darah
* Sudut penyuntikan 45o. Untuk klien yang gemuk bisa dengan sudut 90o. Pada klien yang kurus sebaiknya di abdomen bagian atas
	1. Persiapan
* Alat
1. Spuit dengan jarum no.22-25
2. Kapas alkohol
3. Obat dari ampul atau vial (0.5 mL)
4. Sarung tangan bersih
5. Catatan pengobatan
6. Bak injeksi
7. Bengkok
8. Perlak
* Pasien
1. Sapa pasien dengan senyum ramah
2. Jelaskan prosedur tindakan
	1. Kerja
		1. Tutup tirai atau pintu
		2. Cuci tangan
		3. Ambil obat sesuai dosis
		4. Pilih tempat penyuntikan : deltoid, abdomen di tempat yang tidak ada lesi, tidak terdapat infeksi, tidak terdapat penonjolan tulang, tidak terdapat saraf dan pembuluh darah
		5. Posisikan pasien nyaman dan rileks
		6. Pasang perlak di bawah area yang akan disuntik
		7. Pakai sarung tangan
		8. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol dengan mengusap secara sirkular arah keluar sekitar 5 cm atau swab satu kali arah proksimal ke distal
		9. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit pada tangan dominan ( antara ibu jari dan telunjuk)
		10. Dengan tangan non dominan cubit area deltoid
		11. Injeksikan obat dengan sudut 45-90°
		12. Aspirasi spuit untuk memastikan jarum tidak menusuk pembuluh darah, jika tidak terdapat darah injeksikan obat tersebut. Jika terdapat darah segera cabut spuit dan ganti pada posisi penyuntikan lainnya
		13. Tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan
		14. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman
		15. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)
		16. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan
		17. Lepas sarung tangan dan cuci tangan
		18. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)
		19. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)
	2. Terminasi
3. Berikan pujian pada klien atas kerjasamanya
4. Ucapkan terima kasih
5. **INJEKSI INTRA DERMAL / INTRA CUTAN**
* Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat dibawah permukaan kulit antebrachii bagian dalam
* Digunakan untuk skin test atau tes tuberculin
* Intradermal memiliki sirkulasi darah yang minimal dan obat obat akan diabsorbsi secara perlahan (sangat lambat). Bermanfaat untuk skin tes karena beberapa klien akan mengalami reaksi anafilaktik jika obat masuk kedalam tubuh secara cepat
* Menggunakan jarum ukuran kecil (1/4-1/2 inci) atau jarum khusus tes tuberculin
* Sudut penyuntikan 5-15o
* Tempat penyuntikan: permukaan kulit yang terang, sedikit rambut, tidak ada lesi dan oedem
* Jumlah cairan yang disuntikkan 0,01-0,1 cc

Contoh: 1 gram ampicillin diencerkan 5 cc aquades. Ambil larutan tersebut 0,1 cc kemudian diencerkan himgga 1 cc. Masukkan obat secara intradermal/intracutan 0,01-0,1 cc

* 1. Persiapan
* Alat
1. Spuit dengan jarum no.22-25
2. Kapas alkohol
3. Obat dari ampul atau vial (untuk usia <1 tahun:0.05mL, untuk usia >1 tahun:0.10 mL)
4. Sarung tangan bersih
5. Catatan pengobatan
6. Pensil kulit
7. Bak injeksi
8. Bengkok
9. Perlak
* Pasien
1. Sapa pasien dengan senyum ramah
2. Jelaskan prosedur tindakan
	1. Kerja
3. Tutup tirai atau pintu
4. Cuci tangan
5. Ambil obat sesuai dosis
6. Pilih tempat penyuntikan ( permukaan kulit yang terang, sedikit rambut, tidak ada lesi atau udem ) 3- 4 jari dibawah ante kubital
7. Posisikan pasien nyaman dengan siku ekstensi dan letakkan lengan diatas permukaan yang rata
8. Pakai sarung tangan
9. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol dengan mengusap secara sirkular arah keluar sekitar 5 cm atau swab satu kali arah proksimal ke distal
10. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit pada tangan dominan ( antara ibu jari dan telunjuk )
11. Dengan tangan non dominan regangkan permukaan kulit
12. Injeksikan obat dengan sudut 5-15°, jarum masuk ± 3 mm. Masuknya jarum bisa tampak dari permukaan kulit
13. Hasil yang tepat adalah terdapat undulasi pada tempat penyuntikan
14. Tarik spuit, usap dengan kapas alkohol tetapi tidak boleh ditekan
15. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman, berikan tanda pada kulit dengan menggunakan pensil. Anjurkan klien untuk tidak membasuh tempat penyuntikan tersebut
16. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)
17. Lepas sarung tangan dan cucu tangan
18. Evaluasi : hasil tes positif jika terdapat kemerahan, bengkak .
19. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)
20. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)
	1. Terminasi
21. Berikan pujian pada klien atas kerjasamanya
22. Ucapkan terima kasih