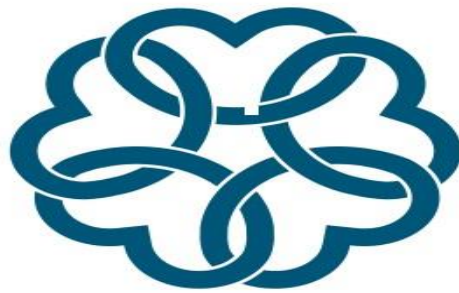


PEDOMAN PELAYANAN
PONEK 24 JAM



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAH
TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya pedoman pelayanan PONEK dapat diterbitkan.

Dengan terbitnya Pedoman pelayanan PONEK ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pasien/pelanggan dan dengan tujuan meningkatkan fungsi Rumah Sakit melaksanakan PONEK sebagai salah satu langkah Program PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) dengan sasaran menurunkan angka kematian bayi dan meingkatkan kesehatan ibu.

Pedoman pelayanan PONEK ini disusun untuk memeberikan petunjuk dan penjelasan tentang pengertian, tujuan , dasar hukum, latar belakang dan pelaksanaan PONEK di RS Dharma Nugraha

Akhir kata kami ucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terwujudnya Pedoman pelayanan PONEK

Jakarta , 10 April 2022

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Visi, Misi, Tujuan	2
C. Ruang Lingkup Pelayanan.....	3
D. Batasan Operasional.....	9
E. Landasan Hukum.....	10
BAB II STANDAR KETENAGAAN	
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	12
B. Staf dan Pimpinan.....	12
C. Distribusi Ketenagaan.....	13
D. Pengaturan Jaga.....	14
BAB III STANDAR FASILITAS	
A. Denah Ruangan.....	17
B. Standar Fasilitas.....	17
C. Prasarana dan Sarana Penunjang.....	23
D. Standar Peralatan Khusus PONEK.....	23
E. Standar Obat Khusus PONEK tersedia di Famasi dan Instalasi.....	24
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	
A. Tatalaksana Pelayanan IGD.....	26
B. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologi.....	27
C. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.....	29
D. Pelayanan Kesehatan Neonatal.....	30
E. Pelayanan Ginekologis.....	54
F. Pelayanan Intensif Maternal Neonatal.....	57
G. Pelayanan Penunjang Medik.....	57
BAB V LOGISTIK.....	60
BAB VI KESELAMATAN PASIEN.....	61
BAB VII KESELAMATAN KERJA.....	62

BAB VIII	PENGENDALIAN MUTU.....	63
BAB IX	PENUTUP.....	64

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 015/PER-DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG
PENYELENGGARAAN PROGRAM
NASIONAL DI RUMAH SAKIT DHARMA
NUGRAHA

**PEDOMAN PELAYANAN PONEK 24 JAM
(PELAYANAN NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF)**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang

Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan telah ditentukan prioritas pelayanan kesehatan dengan target yang harus dicapai. Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan program pemerintah dan mendukung tercapainya target target pembangunan nasional.

Pada standar akreditasi ini Program Nasional meliputi:

1. Peningkatan kesehatan ibu dan bayi.
2. Penurunan angka kesakitan Tuberculosis/TBC.
3. Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS.
4. Penurunan prevalensi stunting dan wasting.
5. Keluarga Berencana Rumah Sakit.

Pelaksanaan program nasional oleh rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target RPJMN bidang kesehatan sehingga upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meningkat segera terwujud

Bahwa angka kematian ibu (AKI) dan Angka kematian Neonatus (AKN) di Indonesia masih tertinggi di antara Negara ASEAN dan penurunannya sangat lambat. AKI dari 307/100.000 kelahiran hidup (SDKI tahun 2002-2003), menjadi 228/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Demikian pula Angka Kematian Bayi (AKB) 35/1000 kelahiran hidup (SDKI tahun 2002-2003) menjadi 34/1000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Seharusnya sesuai dengan tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) 2015 target penurunan AKI 408/100.000 (SDKRT 1990) MENJADI 102/100.000 pada tahun 2015 dan AKB dari 68/1000 kelahiran hidup (SDKI dan ADKRT 1990) menjadi 23/1000 kelahiran hidup tahun 2015. Indeks Pembangunan manusia di Indonesia berada pada urutan ke 124 dari 187 negara pada tahun 2011 dan selama 5 tahun terakhir ini mengalami perbaikan namun sangat lambat.

Pada Konferensi Tingkat Tinggi Perserikatan Bangsa- Bangsa pada tahun 2000 disepakati bahwa terdapat 8 tujuan pembangunan Milenium (Milenium Development Goals/ SDGs) pada tahun 2015 dua diantaranya tujuan tersebut mempunyai sasaran dan indikator yang terkait dengan kesehatan ibu, bayi dan anak.

Dua pertiga dari AKB didominasi oleh AKN. Penyebab dari AKN di negara berkembang maupun di Indonesia kurang lebih sama. Berdasarkan data Riskesdas 2007, penyebab kematian terbanyak neonatus 0-6 hari antara lain gangguan atau kelainan pernafasan (35,9%), prematuritas (32,4%), dan sepsis (20%) ketiga hal tersebut seharusnya dapat dihindari. Kendala yang dihadapi masih berkisar antara keterlambatan pengambilan keputusan, merujuk dan mengobati. Sedangkan kematian ibu umumnya disebabkan perdarahan (27%), Eklamsia (23%), infeksi (11%), dan abortus (5%) (SKRT 2001). Mengingat kematian bayi mempunyai hubungan erat dengan mutu penanganan ibu, maka proses persalinan dan perawatan bayi harus dilakukan dalam sistem terpadu di tingkat nasional dan regional.

Pelayanan Obsetri dan Neonatus Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit 24 jam dalam sehari, 7 hari dalam seminggu merupakan bagian dari sistem rujukan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal secara komprehensif dan terintegrasi, yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bati baru lahir. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai

dengan kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal, maka dari itu harus didukung oleh pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perubahan perilaku dalam pelayanan kepada pasien.

Komitmen dan perkembangan berpengaruh pada langkah yang dilaksanakan Indonesia dalam menangani masalah kematian ibu dan bayi.

B. Visi, Misi, Tujuan dan sasaran

1. Visi

Mengurangi dua pertiga tingkat kematian anak-anak usia dibawah 5 tahun, tidak ada kematian ibu dalam proses persalinan oleh karena proses pelayanan yang tidak tepat.

2. Misi

Menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal yang bermutu melalui standarisasi Rumah Sakit PONEK 24 jam, dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia. Pelayanan yang bermutu ini dapat dipantau dan dinilai oleh rumah sakit sendiri.

3. Tujuan

Rumah sakit melaksanakan program PONEK sesuai dengan pedoman PONEK yang berlaku dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu.
- b. Mengembangkan kebijakan dan standar pelayanan ibu dan bayi.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- d. Meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetric dan neonates termasuk pelayanan kegawatdaruratan (PONEK 24 jam).
- e. Meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai model dan Pembina teknis dalam pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif serta Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada BBLR
- f. Meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.

- g. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program RSSIB 10 langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu
- h. Melakukan pemantauan dan analisis yang meliputi:
 - a) Angka keterlambatan operasi section caesaria
 - b) Angka kematian ibu dan anak
 - c) Kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Upaya pelayanan PONEK secara khusus ditujukan pada penurunan AKI dan AKB sesuai dengan target SDGs, upaya pelayanan PONEK harus dapat mengupayakan kesehatan reproduksi ibu yang baik dan pencapaian tumbuh kembang anak yang optimal sesuai dengan potensi genetiknya.

- I. Ruang lingkup PONEK di RS dimulai dari garis depan/ IGD dilanjutkan ke kamar tindakan/ operasi sampai ruang perawatan, secara singkat dapat dideskripsikan sebagai berikut:**
 - a. Stabilisasi di IGD dan persiapan untuk pengobatan/ penanganan lanjutan (definitif)
 - b. Penanganan kasus gawat darurat oleh Tim PONEK di RS di ruang tindakan
 - c. Penanganan operasional cepat, tepat meliputi laparatomi dan seksio sesaria di kamar operasi.
 - d. Perawatan HCU/ Intensif ibu maupun bayi.
 - e. Pelayanan asuhan ANC risiko tinggi

II. Syarat minimal RS PONEK “ mampu memberikan pelayanan kesehatan maternal fisiologi dan Risiko tinggi pada masa ANC, Intranatal dan post natal, mampu memberikan pelayanan neonatal fisiologi dan risiko tinggi” :

1. Pelayanan Kesehatan Maternal Fisiologi:

- a. Pelayanan kehamilan
- b. Persalinan normal/ tindakan
- c. Persalinan dengan tindakan operatif
- d. Pelayanan nifas
- e. Klinik laktasi.

2. Pelayanan Kesehatan Neonatal Fisiologi

- a. Asuhan Bayi Baru lahir / asuhan nonatus normal

Fungsi instalasi :

- 1) Asuhan Bayi Baru Lahir normal
- 2) Resusitasi neonatus
- 3) IMD (Inisiasi Menyusui Dini)
- 4) Rawat gabung bayi sehat – ibu / ASI Eksklusif
- 5) Asuhan evaluasi pasca lahir neonatus sehat
- 6) Stabilisasi dan pemberian asuhan BBL usia kehamilan 35-37 minggu yang stabil/ fisiologis
- 7) Perawatan neonatus usia kehamilan < 35 minggu dengan kondisi yang baik tanpa perlu perawatan khusus.
- 8) Terapi sinar

Kriteria rawat inap neonatus:

- 1) Neonatus normal, stabil, cukup bulan dengan BB $\geq 2,5$ kg
- 2) Neonatus hampir cukup bulan (masa kehamilan 35-37 minggu) stabil secara fisiologis, bayi dengan risiko rendah.

b. Imunisasi dan Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)

3. Pelayanan Kesehatan Maternal Risiko Tinggi**a. Masa Antenatal :**

- 1) Perdarahan pada kehamilan muda/ abortus
- 2) Nyeri perut kehamilan muda dan lanjut
- 3) Gerak janin tidak dirasakan
- 4) Demam dalam kehamilan dan persalinan
- 5) Kehamilan Ektopik (KE) dan Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)
- 6) Kehamilan dengan nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang dan atau koma, tekanan darah tinggi.

b. Masa intranatal :

- 1) Induksi oksitosin pada hamil lewat waktu/ IUFD
- 2) Pelayanan terhadap syock
- 3) Penanganan pecah ketuban
- 4) Penanganan persalinan lama
- 5) Persalinan dengan parut uterus (bekas SC)
- 6) Gawat janin dalam persalinan

- 7) Penanganan malpresentasi/ malposisi
- 8) Penanganan distosia bahu
- 9) Penangan prolapsus tali pusat
- 10) Kuret pada BO/ Kematian mudigah, abortus inkomplit, molahidatidosa.
- 11) Vakum ekstraksi
- 12) Ekstraksi cunam
- 13) Seksio sesaria
- 14) Episiotomi
- 15) Kraniotomi dan kraniositesis)
- 16) Plasenta manual
- 17) Perbaikan robekan serviks
- 18) Perbaikan robekan vagina dan perineum
- 19) Perbaikan dinding uterus
- 20) Reposisi inversio uteri
- 21) Melakukan penjahitan
- 22) Histerektomi
- 23) Sesak/ ibu sykar bernafas
- 24) Kompresi bimanual dan aorta
- 25) Ligasi arteri uterina
- 26) BBL dengan aspeksia
- 27) Penangan BBLR
- 28) Resusitasi BBL
- 29) Anestesi umum
- 30) lokal / spinal

c. Masa post natal

- 1) Masa nifas
- 2) Perdarahan pasca persalinan
- 3) Nyeri perut pasca persalinan
- 4) Keluarga berencana

4. Pelayanan Kesehatan Neonatal dengan Risiko Tinggi

a. Asuhan bayi baru lahir:

- 1) Level II A (perinatologi):** Asuhan Neonatal dengan ketergantungan tinggi
(Ruang Rawat Neonatal Asuhan Khusus)

Kriteria rawat inap:

- a) Bayi prematur > 32 minggu
- b) Bayi dari ibu DM
- c) Bayi lahir dengan kehamilan berisiko tinggi atau persalinan dengan komplikasi
- d) Gawat nafas yang tidak memerlukan ventilasi bantuan
- e) BBLR > 1,5 kg
- f) Hiperbilirubinemia yang perlu terapi sinar
- g) Sepsis neonatorum
- h) Hipotermia

Fungsi instalasi:

- a) Resusitasi dan stabilisasi bayi prematur dan / atau sakit, termasuk memberikan bantuan CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) atau ventilator.
 - b) Pelayanan bayi yang lahir dengan usia kehamilan > 32 minggu dan BBL > 1500 gr yang mempunyai ketidakmampuan fisiologis seperti apneu, prematur, tidak mampu menerima asupan oral, menderita sakit yang tidak diantisipasi sebelumnya dan membutuhkan pelayanan sub spesialis dalam waktu mendesak
 - c) Penggunaan oksigen dan pemantauan saturasi oksigen
 - d) Infus intravena perifer dan nutrisi parenteral
 - e) Memberikan asuhan bayi dalam masa penyembuhan pasca perawatan intensif
- 2) **Level IIB** : Pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (sesuai dengan kemampuan standar PONEK)

Fungsi instalasi:

- a) Kemampuan instalasi perinatal Level IIA ditambahkan dengan tersedianya ventilasi mekanik
 - b) Intravena, nutrisi parenteral total, jalur sentral menggunakan tali pusat dan jalur sentral melalui intravena per kutan / PCC
- 3) **Level III A:** Perawatan Neonatal intensif

Kriteria neonatal pelayanan level III:

- a) Bayi dengan gangguan hemodinamika (syok)
- b) Apnea
- c) Gawat napas/ asfiksia sedang atau parah, memerlukan CPAP atau ventilasi mekanik
- d) BBLRSR (Bayi Baru Lahir Sangat Rendah) < 1,5 kg
- e) Bayi dengan hasil pemeriksaan neurologis abnormal
- f) Bayi dengan kejang
- g) Bayi yang perlu transfusi tukar untuk hiperbilirubineamia atau polisitemia
- h) Aspirasi Mekonium
- i) HMD (Hyalin Membran Disease)
- j) Nutrisi parenteral total

Fungsi instalasi :

- a) Memberikan asuhan menyeluruh bayi yang lahir usia kehamilan > 28 minggu dengan BBL > 1000 gr.
- b) Memberi dukungan kehidupan terus menerus yang tidak hanya terbatas pada ventilasi mekanik.
- c) Melakukan prosedur pembedahan minor (misalnya: penggantian kateter vena sentral atau perbaikan hernia inguinal)
- d) Akses segera berbagai konsultan ahli semua sub spesialisik.

4) Level III B

Fungsi instalasi :

- a) Asuhan menyeluruh BBLSR(Bayi Baru Lahir Sangat Rendah (< 1000 gr dan masa kehamilan < 28 minggu)
- b) Dukungan respirasi tingkat lanjut (misalnya ventilasi frekwensi tinggi dan nitrat oksida yang diisap untuk jangka waktu selama yang diperlukan)
- c) Akses sejumlah ahli sub spesialis
- d) Dokter spesialis bedah anak, anestesi atau intensifis sesuai kebutuhan/ kondisi

5) Level III C

Fungsi instalasi :

- a) Kemampuan instalasi perinatal tingkat III B yang berada di Rumah Sakit
- b) Oksigenasi membran ekstrakorporal, hemofiltrasi, dan hemodialisis, atau perbaikan dengan membedakan sesuai dengan kemampuan rumah sakit
- c) Pembedahan besar sesuai dengan ketersediaan dokter bedah anak masing-masing antara lain: omphalokel, fistula, atresia oesophagus, reseksi usus, atresia ani, shunt ventriko peritoneal, dan lain-lain.

5. Pelayanan ginekologi

- a. Kehamilan ektopik
- b. Perdarahan uterus disfungsi
- c. Perdarahan menoragia
- d. Kista ovarium
- e. Myoma uteri
- f. Radang pelvik akut
- g. Abses pelvik
- h. Fertilitas
- i. Infeksi saluran genitalia
- j. Dll

6. Perawatan khusus

- a. High Care Unit (HCU)
- b. Intensive Care Unit (ICU)
- c. Perinatal Unit Care (PICU)
- d. Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

7. Pelayanan penunjang medik

- a. Pelayanan darah
- b. CT Scan
- c. Pencitraan :
 - 1) Radiologi, termasuk Rontgen portabel
 - 2) USG Ibu dan Neonatus
 - 3) Echocardiografi
 - 4) Dan lain-lain sesuai dengan keadaan/ ketersediaan peralatan
- d. Laboratorium

- e. Instalasi sterilisasi (CSSU)
- f. Tempat penyimpanan ASI perah
- g. Klinik laktasi
- h. Dan lain-lain

D. Batasan Operasional

Perinatal adalah jangka waktu dari masa konsepsi sampai 7 hari setelah lahir (WHO). Sebagai batasan operasional, periode perinatal dimulai pada usia kehamilan 28 minggu hingga bayi baru lahir 0-7 hari.

1. Perinatologi adalah ilmu yang mempelajari tumbuh kembang manusia sejak konsepsi sampai dengan satu bulan setelah lahir.
2. Neonatologi adalah ilmu yang mempelajari patofisiologi bayi baru lahir (0-28) hari.
3. Kematian perinatal adalah kematian yang terjadi pada janin dalam kandungan mulai usia kehamilan 28 minggu sampai bayi baru lahir usia 0-7 hari.
4. Kematian neonatal adalah kematian yang terjadi pada bayi baru lahir (0-28 hari setelah lahir).
5. Kematian ibu maternal adalah kematian seorang wanita hamil atau yang dalam 42 hari sesudah melahirkan, tidak pandang usia dan letak kehamilan, disebabkan atau berhubungan dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan kecelakaan (WHO).
6. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir.
7. RSUD kelas B adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan subspesialistik terbatas.
8. PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) adalah RS 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau rujukan kader/masyarakat, Bidan, dan Puskesmas.

9. ICU (Intensive Care Unit) adalah ruang perawatan terpisah yang berada di dalam rumah sakit yang dikelola khusus untuk merawat pasien sakit berat dan kritis dengan melibatkan tenaga terlatih khusus serta didukung dengan peralatan khusus.

E. Landasan Hukum

1. Undang–Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang–Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang–Undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
4. Undang–Undang RI Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 462/MENKES/SK/V/2002 tentang Safe Community (Masyarakat Hidup Sehat dan Aman).

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Kualifikasi dan tenaga yang harus ada pada pelayanan maternal dan perinatal di rumah sakit sesuai dengan kriteria :

1. Tim PONEK esensial terdiri dari :

- a. 1 dokter obsgyn sebagai ketua
- b. 1 dokter spesialis Anak
- c. 1 dokter umum di Instalasi Gawat Darurat
- d. 3 orang bidan (1 koordinator dan 2 staf)
- e. 2 orang perawat.

Obstetri Neonatus Emergency Komprehensif sesuai standar, pelatihan internal sesuai dengan kebutuhan baik kegawatdaruratan maternal maupun neonatal dengan sasaran 100 % pemberi pelayanan secara langsung.

2. Tim PONEK ideal ditambah Tenaga pendukung :

- a. 1 dokter spesialis anestesi
- b. 6 bidan pelaksana (dapat disesuaikan)
- c. 10 perawat (dapat disesuaikan)
- d. Petugas laboratorium 24 jam
- e. Petugas administrasi
- f. Care giver
- g. Petugas farmasi

Harus disediakan tenaga pendukung lain dalam bidang usaha dan pemeliharaan peralatan, penunjang laborototium, farmasi dan radiologi

B. Staf dan Pimpinan

Adanya SK pengangkatan dari Direktur Rumah Sakit Kepada penanggung jawab/ manajer pelayanan maternal dan perinatal untuk mengelola sumber daya manusia (SDM) ditetapkan penanggung jawab/manajer/ pelayanan maternal dan perinatal.

C. Distribusi Ketenagaan

Distribusi tenaga RS Penyelenggara PONEK

No	Instalasi	Distribusi ketenagaan	Jumlah	Keterangan
1	IGD	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala perawat (perawat) c. PJ Shif d. Dr. Jaga e. Tenaga blue team f. Pelaksana	1 1 1 tiap shift (4) 1 tiap shift Sesuai kebutuhan Sesuai kebutuhan	Darftar jaga dokter IGD Daftar dinas IGD
2	VK	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala perawat (bidan) c. PJ shift d. Pelaksana	1 1 1 tiap shift (4) Sesuai kebutuhan	Tenaga seluruhnya bidan diatur dengan daftar dinas
3	OK	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala perawat c. PJ Shisft d. Pelaksana e. Dr jaga anestesi f. Dr. Jaga sesuai kelompok pelayanan kebidanan, bedah, anak dll	1 1 1 tiap shift (4) Sesuai kebutuhan 1 tiap hari 1 Setiap hari	Daftar jaga anaestesi, anak, bedah, internis, daftar dinas perawat
4	Perina, NICU, PICU,ICU	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala perawat c. PJ shift d. Pelaksana e. Dokter jaga intensifis	1 1 1 tiap shift Sesuai kebutuhan 1 tiap hari	Daftar dinas perawat Daftar jaga intensifis
5	Perawatan ibu	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala perawat (bidan/ perawat c. PJ Shift d. Pelaksana	1 1 1 tiap shift Sesuai kebutuhan	Daftar dinas

6	Poliklinik	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala perawat(perawat/ bidan) c. PJ Shift d. PMO (Personal Maternal Officer) e. Pelaksana f. Dokter praktek	1 1 1 tiap shift 1 Sesuai kebutuhan Sesuai jadwal praktek	Daftar dinas keperawatan Daftar dr. Praktek/ leaflet
7	Perawatan anak, umum	a. Kepala instalasi(dokter) b. Kepala perawat c. PJ Shift d. Pelaksana	1 1 1 tiap shift Sesuai kebutuhan	Daftar dinas
8	Penunjang laboratorium	a. Kepala pelayana (dr. PA) b. Kepala instalasi c. PJ Shift d. Pelaksana	1 1 1 Sesuai kebutuhan	Daftar dinas
9	Farmasi	a. Kepala instalasi (dokter) b. Kepala pelayanan (apoteker) c. Pj Shift d. Pelaksana	1 1 1 Sesuai kebutuhan	Daftar dinas
10	Radiologi	a. Kepala pelayanan (dr. Radiologi) b. Kepala instalasi c. PJ Shift / pelaksana	1 1 Sesuai kebutuhan	Daftar dinas

D. Pengaturan Jaga diatur untuk memenuhi pelayanan 24 jam

1. Shift pagi jam 07.00 – 14.00 wib
2. Shift siang 14.00 – 21.00 wib
3. Shift 21.00 – 07.00 wib.

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang/ Tempat Pelayanan

1. Area cuci tangan
2. Area resusitasi/ IGD PONEK
3. Ruangan Maternal
 - a. Kamar bersalin
 - b. Perawatan intensif (ICU)
4. Ruangan Neonatal
 - a. Perawatan intensif (PICU/NICU)
 - b. Perawatan khusus (Isolasi)
 - c. Area laktasi
 - d. Area pencucian inkubator
5. Ruang Operasi
6. Ruangan lain

B. Standar Fasilitas

1. Area cuci tangan

Di ruang dengan lebih dari 1 tempat tidur, jarak tempat tidur adalah 6 meter dengan wastafel.

2. Area resusitasi/ IGD PONEK

- a. Kamar PONEK di unit gawat darurat harus terpisah dari kamar gawat darurat lain. Sifat privasi ini penting untuk kebutuhan perempuan bersalin dan bayi.
- b. Tujuan kamar ini ialah : memberikan pelayanan darurat untuk stabilisasi kondisi pasien, misalnya syok, henti jantung, hipotermia, asfiksia dan apabila perlu menolong partus darurat serta resusitasi.
- c. Perlu dilengkapi dengan meja resusitasi bayi, dan incubator
- d. Kamar PONEK membutuhkan :
 - 1) Ruang berukuran 15 m²
 - 2) Berisi : lemari dan troli darurat

- 3) Tempat tidur bersalin serta tiang infus
 - 4) Incubator transport
 - 5) Pemancar panas
 - 6) Meja, kursi
 - 7) Aliran udara bersih dan sejuk
 - 8) Pencahayaan
 - 9) Lampu sorot dan lampu darurat
 - 10) Mesin isap
 - 11) Defibrillator
 - 12) Oksigen dan tabungnya atau berasal dari sumber dinding (outlet)
 - 13) Lemari isi : perlengkapan persalinan, vakum, forsep, kuret, obat/ infus
 - 14) Alat resusitasi dewasa dan bayi
 - 15) Wastafel dengan air mengalir dan antiseptik
 - 16) Alat komunikasi dan telepon ke kamar bersalin
 - 17) Nurse station dan lemari rekam medis
 - 18) USG mobile
- e. Sarana pendukung, meliputi : toilet, kamar tunggu keluarga, kamar persiapan peralatan (linen dan instrumen), kamar kerja kotor, kamar jaga, ruang sterilisator dan jalur ke ruang bersalin/ kamar operasi terletak saling berdekatan dan merupakan bagian dari unit gawat darurat.

3. Ruang Maternal

a. Kamar bersalin

- 1) Sebaiknya lokasi berdekatan dengan kamar operasi dan IGD.
- 2) Ruang berukuran 6 m² untuk masing-masing pasien.
- 3) Harus ada tempat untuk isolasi ibu di tempat terpisah.
- 4) Tiap ibu bersalin harus punya privasi agar keluarga dapat hadir.
- 5) Ruang bersalin tidak boleh merupakan tempat lalu lalang orang.
- 6) Bila kamar operasi juga ada dalam lokasi yang sama, upayakan tidak ada keharusan melintas pada ruang bersalin.
- 7) Minimal 2 kamar bersalin terdapat pada setiap rumah sakit umum.
- 8) Kamar bersalin sebaiknya terletak dekat dengan kamar neonatal, untuk memudahkan transport bayi dengan komplikasi ke ruang rawat.

- 9) Ruang bersalin merupakan unit terintegrasi : kala 1, kala 2, dan kala 3 yang berarti setiap pasien diperlakukan utuh sampai kala 4 bagi ibu bersama bayinya secara privasi.
- 10) Kamar bersalin dekat dengan ruang jaga perawat (nurse station) agar memudahkan pengawasan ketat setelah pasien partus sebelum dibawa ke ruang rawat (post partum). Selanjutnya bila diperlukan operasi, pasien akan dibawa ke kamar operasi yang berdekatan dengan kamar bersalin.
- 11) Kamar mandi-toilet berhubungan kamar bersalin.
- 12) Ruang post partum harus cukup luas, standar : 8 m² per bed dalam kamar dengan multibed, atau standar 1 bed minimal 10 m².
- 13) Ruang tersebut terpisah dari fasilitas : toilet, kloset, lemari.
- 14) Pada ruang dengan banyak tempat tidur, jarak antar tempat tidur minimum 1 m s.d 2 m dan antara dinding 1 m.
- 15) Jumlah tempat tidur per ruangan maksimum 4.
- 16) Fasilitas untuk cuci tangan pada tiap ruangan.
- 17) Tiap pasien harus punya akses ke kamar mandi privasi (tanpa ke koridor).
- 18) Kamar periksa/ diagnostik berisi : tempat tidur pasien/ obgyn, kursi pemeriksa, meja, kursi, lampu sorot, troli alat, lemari obat kecil, USG mobile dan troli emergensi.
- 19) Kamar periksa harus mempunyai luas sekurang-kurangnya 11 m². Bila ada beberapa tempat tidur maka per pasien memerlukan 7 m². Perlu disediakan toilet yang dekat dengan ruang periksa.
- 20) Ruang perawat/ nurse station berisi : meja, telepon, lemari berisi perlengkapan darurat/ obat.
- 21) Ruang isolasi kasus infeksi perlu disediakan.
- 22) Ruang tindakan operasi/ kecil darurat/ one day care : untuk kuret, penjahitan dsb berisi : meja operasi/ tindakan lengkap, lampu sorot, lemari perlengkapan operasi kecil, wastafel cuci tangan operator, mesin anestesi, incubator, perlengkapan kuret dsb.
- 23) Ruang tunggu bagi keluarga pasien : minimal 15 m², berisi meja, kursi-kursi .

b. Perawatan intensif (ICU)

- 1) Unit ini harus sebaiknya disamping ruang bersalin, atau setidaknya jauh dari area yang sering dilalui.
- 2) Paling kecil, ruangan berukuran 18 m² (6-8 m² untuk masing-masing pasien).
- 3) Di ruang dengan beberapa tempat tidur, sedikitnya ada jarak 2 m antara ranjang ibu.
- 4) Ruang harus dilengkapi paling sedikit enam steker listrik yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik. Steker harus mampu memasok beban listrik yang diperlukan, aman dan berfungsi baik.

4. Ruang Neonatal

a. Perawatan intensif (PICU/NICU)

- 1) Unit ini sebaiknya jauh dari area yang sering dilalui.
- 2) Minimal ruangan berukuran 18 m² (6-8 m² untuk masing-masing pasien).
- 3) Di ruang dengan beberapa tempat tidur, sedikitnya ada jarak 2 m antara ranjang bayi.
- 4) Harus ada tempat untuk isolasi bayi di area terpisah.
- 5) Ruang harus dilengkapi paling sedikit enam steker yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik.

b. Perawatan khusus (isolasi)

- 1) Unit ini setidaknya jauh dari area yang sering dilalui.
- 2) Minimal ruangan berukuran 12 m² (4 m² untuk masing-masing pasien).
- 3) Harus ada tempat untuk isolasi bayi ditempat terpisah.
- 4) Paling sedikit harus ada jarak 1 m² antara inkubator atau tempat tidur bayi.

c. Area laktasi

Minimal ruangan berukuran 6 m².

d. Area pencucian inkubator

Minimal ruangan berukuran 6 m².

5. Ruang Operasi

- a. Unit operasi diperlukan untuk tindakan operasi seksio sesarea dan laparatomi.

- b. Idealnya sebuah kamar operasi mempunyai luas : 25 m² dengan lebar minimum 4 m, diluar fasilitas: lemari dinding. Unit ini sekurang kurangnya ada sebuah bagi bagian kebidanan.
- c. Harus disediakan unit komunikasi dengan kamar bersalin. Didalam kamar operasi harus tersedia : pemancar panas, inkubator dan perlengkapan resusitasi dewasa dan bayi.
- d. Ruang resusitasi ini berukuran : 3 m². Harus tersedia 6 sumber listrik.
- e. Kamar pulih ialah ruangan bagi pasien pasca bedah dengan standar luas : 8 m²/bed , sekurang kurangnya ada 2 tempat tidur, selain itu isi ruangan ialah : meja, kursi perawat, lemari obat, mesin pemantau tensi/nadi oksigen dsb, tempat rekam medik, inkubator bayi, troli darurat.
- f. Harus dimungkinkan pengawasan langsung dari meja perawat ke tempat pasien. Demikian pula agar keluarga dapat melihat melalui kaca.
- g. Perlu disediakan alat komunikasi ke kamar bersalin dan kamar operasi, serta telepon. Sekurang kurang ada 4 sumber listrik/ bed.
- h. Fasilitas pelayanan berikut perlu disediakan untuk unit operasi:
 - 1) Nurse station yang juga berfungsi sebagai tempat pengawas lalu lintas orang.
 - 2) Ruang kerja - kotor yang terpisah dari ruang kerja bersih- ruang ini berfungsi membereskan alat dan kain kotor. Perlu disediakan tempat cuci wastafel besar untuk cuci tangan dan fasilitas air panas/dingin. Ada meja kerja dan kursi, troli.
 - 3) Saluran pembuangan kotoran/ cairan.
 - 4) Ruang tunggu keluarga : tersedia kursi, meja dan tersedia toilet
 - 5) Kamar sterilisasi yang berhubungan dengan kamar operasi. Ada autoklaf besar berguna bila darurat.
 - 6) Kamar obat berisi lemari dan meja untuk distribusi obat.
 - 7) Ruang cuci tangan (scrub) sekurangnya untuk dua orang, terdapat di depan kamar operasi/kamar bersalin. Wastafel itu harus dirancang agar tidak membuat basah lantai. Air cuci tangan haruslah steril.
 - 8) Ruang kerja bersih. Ruang ini berisi meja dan lemari berisi linen, baju dan perlengkapan operasi. Juga terdapat troli pembawa linen.
 - 9) Ruang gas/ tabung gas atau central gas diluar kamar operasi.

- 10) Gudang alat anestesi : alat/mesin yang sedang di reparasi-dibersihkan, meja dan kursi
- 11) Gudang 12 m² : tempat alat alat kamar bersalin dan kamar operasi
- 12) Kamar ganti : pria dan wanita masing masing 12 m² berisi loker, meja, kursi dan sofa/ tempat tidur, ada toilet 3 m².
- 13) Kamar diskusi bagi staf dan paramedis : 15 m².
- 14) Kamar jaga dokter : 15 m²
- 15) Kamar jaga paramedis : 15 m²
- 16) Kamar rumatan rumah tangga (house keeping) : berisi lemari, meja, kursi, peralatan mesin isap, sapu, ember, perlengkapan kebersihan, dsb.
- 17) Ruang tempat brankar dan kursi dorong.

6. Ruang lain yang harus ada di Pelayanan Fasilitas Kebidanan

- 1) Ruang administrasi
- 2) Ruang tunggu pengantar pasien
- 3) Gudang steril
- 4) Ruang ganti pakaian/ loker
- 5) Ruang penyimpanan linen
- 6) Ruang dokter
- 7) Ruang perawat/ petugas
- 8) Spoel Hoek
- 9) Kamar mandi/ WC (petugas, pasien, pengunjung)
- 10) Janitor
- 11) Parkir brankar

Rancangan bangun dari ruang tindakan maternal dan perinatal maupun rawat inapnya harus sedemikian rupa sehingga :

1. Mudah dicapai oleh pasien
2. Penerimaan pasien dilakukan dekat dengan pelayanan
3. Kamar yang tenang untuk tempat pasien menunggu tindakan yang di lengkapi dengan fasilitas memadai
4. Ruang yang cukup untuk menyimpan peralatan, linen, obat farmasi termasuk bahan narkotik
5. Ruang untuk mendukung fungsi pendidikan/ pelatihan
6. Ruang tempat pengumpulan/ pembuangan peralatan dan linen bekas pakai

7. Tersedia ruang istirahat dan kelengkapan yang cukup bagi petugas yang harus berada di ruang perawatan maternal dan perinatal dalam jangka lama/jaga (misalnya WC, makanan, minuman, ruang duduk)

C. PRASARANA DAN SARANA PENUNJANG

1. Pelayanan Transfusi Darah
2. Laboratorium
3. Radiologi dan USG

D. STANDAR PERALATAN KHUSUS PONEK

1. Peralatan Maternal

NO	JENIS PERALATAN	JML
1.	Kotak Resusitasi :	
	a. Balon yang bisa mengembang sendiri berfungsi baik	1
	b. Bilah laringoskop berfungsi baik	1
	c. Bola lampu laringoskop ukuran dewasa	1
	d. Baterai AA (cadangan) untuk bilah laringoskop	1
	e. Bola lampu laringoskop cadangan	1
	f. Selang reservoir oksigen	1
	g. Masker oksigen dewasa	1
	h. Pipa endotrakeal	1
	i. Plester	1
	j. Gunting	1
	k. Kateter penghisap	1
	l. Pipa minuman	1
	m. Alat suntik 1,3,5,10,20cc	1
	n. Ampul Epineprin/ Adrenalin	1
	o. NaCL 0,9%/ larutan Ringer Asetat/ RL	1
	p. MgSO4 40%	1
	q. Sodium Bikarbonat 8,4%	1
	r. Kateter vena	1
	s. Infus set	1

2.	Incubator	1
3.	Penghangat (radiant warmer)	1
4.	Ekstraktor vacuum	1
5.	Forceps Naegel	1
6.	AVM (Aspirasi Vakum manual) pada kehamilan < 12 minggu	1
7.	Pompa vakum listrik	1
8.	Monitor denyut jantung/ pernapasan	1
9.	Fetal Doppler	1
10.	Set Sectio Caesarea	1

2. Peralatan Neonatal

NO	JENIS PERALATAN	JML
1.	5+2 Inkubator (sesuai kebutuhan)	2
2.	Infant warmer 1 unit di IGD 1 unit di Kamar Bersalin	2
3.	Pulse Oksimetri Neonatus	1
4.	Terapi sinar	2
5.	Syringe pump	2
6.	Tabung oksigen	2
7.	Lampu tindakan	1
8.	Alat-alat Resusitasi Neonatus : Laringoskop Neonatal, tongue spatel, Ambu bag	1
9.	CPAP (Continuous Positive Airways Pressure)	1
10.	Inkubator transport	1

E. STANDAR OBAT-OBATAN KHUSUS PONEK TERSEDIA DI FARMASI DAN INSTALASI.

1. Obat-obatan Maternal

- a. Ringer Asetat
- b. Dextrose 10%
- c. Dextran 40/HAES

- d. Adrenalin/Epineprin
- e. Metronidazol
- f. KCL
- g. Larutan Ringer Laktat
- h. Ampisilin
- i. Gentamisin
- j. Kortison/Dexametason
- k. Aminophylin
- l. Transamin
- m. Dopamin
- n. Dobutamin
- o. Sodium Bikarbonat 8,4%
- p. MgSO₄ 40%
- q. Nifedipin

2. Obat-obatan Neonatal

- a. Dextrose 10%
- b. Dextrose 40%
- c. N5
- d. KCL
- e. NaCL 0,9% 25 ml
- f. NaCL 0,9% 500 ml
- g. Kalsium Glukonat 10 ml
- h. Dopamin
- i. Dobutamin
- j. Adrenalin/Epineprin
- k. Morphin
- l. Sulfas Atropin
- m. Midazolam
- n. Phenobarbital Injeksi
- o. MgSO₄ 20%
- p. Sodium Bikarbonat 8,4%
- q. Ampisilin
- r. Gentamicin

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

Pelayanan PONEK di RS dimulai dari garis depan/ IGD dilanjutkan ke kamar tindakan/ operasi sampai ruang perawatan, secara singkat dapat dideskripsikan sebagai berikut :

A. Tatalaksana pelayanan IGD adalah Stabilisasi di IGD dan persiapan untuk pengobatan/ tindakan lanjutan (definitive):

- a. Dimulai sejak pasien datang yang di skrining oleh petugas front office untuk menentukan pelayanan di rumah sakit dengan berpedoman pada penanganan pasien gawat darurat
- b. Dilakukan triase 1,2, 3, 4, 5 oleh IGD dengan untuk menentukan tingkat kegawatan dan penanganannya stabilisasi sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien sesuai hasil triase, triase 1 segera diberikan pertolongan, 2 dalam waktu 15 menit, 3 dalam waktu 30 menit, 4 & 5 maksimal 120 menit..
- c. Pelayanan gawat darurat 24 jam dengan didukung oleh tenaga yang kompeten dan profesional serta bersertifikat.
- d. Dilakukan penatalaksanaan dan stabilisasi pasien sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien sesuai dengan Panduan Praktek Klinik pada pelayanan kegawat daruratan baik maternal maupun neonatal.

1. Penanganan kasus gawat darurat oleh Tim PONEK di RS di ruang tindakan

- a. Penanganan kegawat daruratan di berikan oleh tenaga yang kompeten dan sudah mendapatkan pelatihan bersertifikat dan pengaturan sama tiap shift.
- b. Kondisi gawat darurat dan untuk keselamatan jiwa pasien keluarga tidak ada maka persetujuan tindakan diambil alih oleh manajemen rumah sakit yang didelegasikan kepada DPJP dan jika keluarga sudah datang maka diberikan informasi di minta untuk menandatangani persetujuan terebut
- c. Jika memerlukan tindakan medik di instalasi gawat darurat berpedoman untuk keselamatan jiwa pasien segera dilakukan tanpa memikirkan/ mempertimbangkan segi keuangan.
- d. Respon time disesuaikan hasil triase pada tirase 1 tangani segera , triase 2 tangani dalam waktu 10 menit , triase 3 dalam waktu 30 menit.

2. Penanganan operasional cepat, tepat meliputi laparatomi dan seksio sesaria

- a. Penanganan operasi kasus cito dalam waktu 30 menit di dukung dengan tenaga dan peralatan/ fasilitas yang telah dipersiapkan.
- b. Mempersiapkan tim yang kompeten sesuai dengan profesi masing-masing kompeten dan bersertifikat
- c. Pelayanan kamar operasi 24 jam

3. Perawatan HCU/ Intensif ibu maupun bayi.

- a. Perawatan intensif maternal maupun neonatal dipersiapkan 24 jam
- b. SDM yang menangani kompeten dan sudah mendapatkan pelatihan dan bersertifikat
- c. Dukungan Peralatan penanganan pasien disesuaikan dengan standar peralatan
- d. Di dukung tim yang menangani pasien yang kompeten dan bersertifikat dan berupaya untuk selalu mengembangkan ilmu pengetahuan sesuai perkembangan IPTEK.

B. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis

1. Pelayanan kehamilan

Penatalaksanaan pada kehamilan normal antara lain :

- a. Setiap pasien hamil baru dilakukan sceening hamil baru dengan pemeriksaan BB,TB,TTV dan dilakukan anemnesa
- b. Dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan paket HB tanpa/ dengan TORCH
- c. Semua PB akan dilakukan konseling/ edukasi oleh petugas PMO untuk memberikan informasi tentang seputar kehamilan, kegawat daruratan kebidanan dan informasi lain-lain yang terkait dengan ANC
- d. Diinformasikan tentang senam hamil, kursus pra persalinan , konsultasi laktasi oleh tim (perawat/ bidan/ PMO/ DPJP)
- e. Diinformasikan jika terjadi keadaan kegawatan dapat menghubungi RS pelayanan 24 jam, jika membutuhkan pelayanan ambulance dapat menghubungi RS
- f. Pada saat ANC diperlukan pemeriksaan USG TM 1 dan TM 2 untuk mendeteksi adakah masalah dalam kehamilan
- g. Pada TM dilakukan pengecekan laboratorium prenatal rutin

- h. Jika ada masalah dengan kehamilan / terkait pada pasien hamil dikonsulkan sesuai dengan kebutuhan / kondisi pasien
- i. Pasien dapat juga dikonsultasikan pada ahli gizi jika ada masalah yang terkait dengan gizi baik konsumsi maupun pola makan pasien.
- j. Jika diketemukan pada saat ANC ada masalah/ terkait kehamilan dan masuk dalam kriteria kehamilan risiko tinggi (KRT) maka dokumen RM pasien diberikan tanda/ Stempel KRT

2. Pelayanan persalinan normal

- a. Dilakukan penatalaksanaan dengan asuhan kebidanan sesuai dengan konsep Varney, dokumentasi menggunakan SOAP
- b. Menggunakan partograf sesuai dengan ketentuan WHO
- c. Dilakukan IMD sesuai dengan persyaratan kondisi bayi bugar/ sehat dan tidak ada kontra indikasi untuk dilakukan IMD
- d. Pemantaun pasca peralinan kala IV dilakukan di kamar bersalin/ ruang persalinan selama 2 jam paska persalinan jika tidak ada masalah di pindahkan ke ruang perawatan.

3. Pelayanan nifas

- a. Dipantau selama di RS adakah tanda-tanda infeksi, sub infolusio.
- b. Dipantau tentang produksi/ pengeluaran ASI serta pemberian ASI Eksklusif/ rawat gabung
- c. Dilakukan perawatan payudara/ breascare diajarkan cara menyusui yang benar
- d. Diberikan kursus perawatan bayi dan ibu
- e. Pemantauan nifas dilakukan di rumah dengan diberikan edukasi tanda-tanda kegawatan pada nifas dan segera datang/ menghubungi RS jika ada masalah
- f. Masa nifas sampai dengan 40 hari paska persalinan

4. Asuhan bayi baru lahir dan atau level 2

- a. Perawatan esensial pasca persalinan yang bersih dan aman, serta inisiasi pernafasan spontan (resusitasi)
- b. Dilanjutkan dengan stabilisasi suhu atau jaga agar suhu badan bayi tetap hangat dengan jalan membungkus badan dengan kain, selimut, atau pakaian kering dan hangat, memakai tutup kepala.
- c. Segera meletakkan pada dada atau puting susu ibu untuk Inisiasi Menyusui Dini (IMD), dan tidak memandikan sebelum berumur 6 jam.

- d. Pencegahan terhadap infeksi dan pemberian imunisasi.
 - e. Pemberian vitamin K, secara intramuskuler dosis injeksi 1 mg sekali pemberian.
 - f. Perawatan mata dengan pemberian tetes mata antibiotika Gentamycin atau Klorampenikol.
 - g. Perawatan tali pusat dengan menjaga kebersihan dan agar tetap kering tidak lembab.
 - h. Pemberian vaksin polio dan hepatitis B pertama.
5. Imunisasi dan stimulasi, deteksi, intervensi dini tumbuh kembang
- a. Imunisasi dilanjutkan diberikan di rawat jalan
 - b. Bayi risiko tinggi dikonsulkan ke Klinik Tumbuh Kembang (KTK)
 - c. Tumbuh kembang dipantau oleh dokter spesialis anak di Poliklinik rawat jalan, jika ada masalah pada tumbuh kembang dikonsulkan ke KTK dengan Tim.

C. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal dengan Risiko Tinggi

1. Masa antenatal

- a. Perdarahan pada kehamilan muda/ abortus
- b. Nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut/ kehamilan ektopik
- c. Kehamilan ektopik (KE) dan kehamilan ektopik terganggu (KET)
- d. Hipertensi, preeklamsi/ eklamsi
- e. Perdarahan pada masa kehamilan
- f. Kehamilan metabolik
- g. Kelainan vascular/ jantung

2. Masa intranatal

- a. Persalinan dengan parut uterus (bekas SC/ Laparatomi)
- b. Persalinan dengan distensi uterus
- c. Gawat janin dalam persalinan
- d. Pelayanan terhadap syok
- e. Ketuban pecah dini
- f. Persalinan macet
- g. Induksi dan akselerasi persalinan
- h. Aspirasi vakum manual
- i. Ekstraksi cunam

- j. Seksio sesarea
- k. Episiotomy
- l. Kraniotomi dan kraniosentesis
- m. Malpresentasi dan malposisi
- n. Distosia bahu prolapsus tali pusat
- o. Plasenta manual
- p. Perbaikan robekan serviks
- q. Perbaikan robekan vagina dan perineum
- r. Perbaikan robekan dinding uterus
- s. Reposisi inersio uteri
- t. Histerektomi
- u. Sukar bernapas
- v. Kompresi bimanual dan aorta
- w. Dilatasi dan kuretase
- x. Ligase arteri uterine
- y. Bayi baru lahir dengan asfiksia
- z. BBLR
- aa. Resusitasi bayi baru lahir
- bb. Anestesia umum dan lokal untuk seksio sesarea
- cc. Anestesia spinal

3. Masa post natal

- a. Masa nifas
- b. Demam pasca persalinan
- c. Perdarahan pasca persalinan
- d. Nyeri perut pasca persalinan
- e. Keluarga berencana
- f. Asuhan bayi baru lahir sakit (level 2)

D. Pelayanan Kesehatan Neonatal

1. Asuhan bayi baru lahir (low risk)

NEONATUS RESIKO RENDAH (LOW RISK)

Kriteria : Bayi baru lahir normal dan sehat :

- a. Riwayat bayi persalinan normal / tindakan tanpa komplikasi/ lahir SC

- b. Nilai APGAR 5 menit > 7
- c. Berat lahir 2500- 4000 gram
- d. Usia kehamilan (gestasi) 37-41 minggu
- e. Tanpa kelainan congenital/ komplikasi pada bayi
- f. Lakukan IMD sesuai dengan ketentuan/ persyaratan/ indikasi Rawat Gabung (ibu dan bayi) dan pemberian ASI Eksklusif sampai pulang.

2. Neonatus risiko sedang (middle risk)

Batasan, semua bayi baru lahir yang memerlukan observasi dan perawatan selama periode neonatal lebih dari bayi baru lahir normal dan sehat kriteria , kelompok bayi-bayi

- a. BBLR > 1000 gram tanpa komplikasi/ prematur
- b. BBL > 4000 gram/ makrosoma
- c. Nilai APGAR 5 menit, 4-7
- d. Gangguan nafas ringan – sedang
- e. Infeksi local/ sistemik ringan – sedang
- f. Kelainan bawaan ringan sampai sedang yang bukan keadaan gawat
- g. Penyulit/ komplikasi yang lain tanpa memerlukan perawatan intensif tapi perlu pengawasan atau perawatan di ruang perina
- h. Rawat dengan inkubator untuk menghindari hipotermi

3. Neonatus risiko tinggi (high risk)

Batasan, semua bayi baru lahir yang dalam keadaan kritis memerlukan obserpasi ketat dan tindakan intensif kriteria /kelompok III

- a. Berat badan lahir amat sangat rendah (1000 gram) usia kehamilan antara 28-34 minggu / sesuai kondisi pasien
- b. Nilai APGAR 5/10 menit > 3
- c. Gangguan nafas berat :
- d. Infksi berat (sepsis berat dengan atau tanpa komplikasi NEC, DIC)
- e. Meningitis
- f. Kejang neonatus, HIE, bilirubin encephalopathi, hipoglikemia, tetanus neonaturum
- g. Kelainan bawaan ringan dengan gawat darurat
 - Fistula trachea esophagus
 - Atresia esophagus

- Meningoansefalokel dengan komplikasi minimal
- h. Bayi baru lahir dengan komplikasi yang memerlukan ventilasimekanik
- i. Neonatologis (dokter perina/anak yang mempunyai kompetensi di NICU)
- j. Perawat dan Bidan terampil dengan kualifikasi khusus

4. Gawat napas pada neonatus

Masalah pernapasan merupakan kesulitan paling umum yang ditemui pada bayi kurang bulan. Kelahiran mengawali suatu perubahan dramatis dari keadaan di dalam uterus (dimana plasenta merupakan organ utama respirasi) untuk hidup diluar uterus (dimana paru merupakan organ untuk pertukaran gas) pernapasan melibatkan suatu sistem yang mencakup struktur paru dan otot dari diafragma dan dada, serta pusat syaraf, kimia dan sensoris rumit pada otak yang responsif terhadap hipoksia dan hiperkapnia dan dapat mengatur proses rumit yang diperlukan untuk respirasi. Penyakit respirasi neonatus disebabkan oleh masalah yang ada pada salah satu dari struktur atau jalur syaraf ini.

EVALUASI GAWAT NAPAS DENGAN MENGGUNAKAN SCOR DOWN

PEMERIKSAAN	SKOR		
	0	1	2
Frekwensi napas	< 60 kali/ menit	60-80 kali/ menit	> 80 kali/ menit
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat
Sianosis	Tidak ada sianosis	Sianosis hilang dengan pemberian oksigen	Sianosis menetap walaupun diberi oksigen
Suara napas	Suara napas di kedua paru baik	Suara paru dikedua paru menurun	Tidak ada suara napas kedua paru
Merintih	Tidak merintih	Dapat di dengar dengan stateskop	Dapat di dengar tanpa alat bantu

Evaluasi

Total = Diagnosis

- a. 0 - 4 = Gawat napas ringan (membutuhkan O2 nasal/ headbox)

- b. 4-7 = Gawat napas sedang (membutuhkan nasal CPAP)
- c. > 7 = Gawat napas berat (Ancaman gagal napas; membutuhkan intubasi dan perlu diperiksa analisa gas darah)

5. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) atau premature

- a. Berat badan lahir rendah adalah bayi baru lahirnya pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram
- b. Prematur murni adalah masa gestasi < 37 minggu dan berat badan sesuai dengan badan untuk masa gestasi itu atau biasa disebut Neonatus Kurang Bulan sesuai untuk masa Kehamilan(NKB-SMK)
- c. Dismaturitas adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu, bayi mengalami retardasi pertumbuhan intra uterin dan merupakan bayi yang Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK)
- d. Penyebab bisa dari faktor ibu penyakit penyerta ibu toksemia gravidarum, HAP, trauma fisik/ psikologis, DM, infeksi akut, tindakan operasi, kejadian tertinggi pada usia dibawah usia 20 tahun, sosial ekonomi rendah dipengaruhi oleh gizi yang kurang, faktor janin hidramnion, kehamilan ganda
- e. Tanda – tanda kepala lebih besar dari pada badannya, kulit tipis, lanugo banyak, lemak sub cutan kurang, ubun-ubun dan sutua melebar, genitalia imatur, adesensus testikulorum, labia minora belum menutup, kulit keriput, tangis lemah.
- f. Penyakit yang timbul pada bayi prematur antara lain: penyakit membran hialin, pneumonia aspirasi, perdarahan intraventrikuler, fibroplasia retrolental, hiperbilirubinemia, aspiksia neonatorum, hipoglikemia, aspirasi mekonium.
- g. Perawatan dapat dilakukan pada perawatan level 2 /Level 3 sesuai kondisi/ keadaan bayi.

6. Transient Tachipnea of The Newborn (TTN)

- a. Definisi TTN merupakan penyakit ringan pada bayi mendekati cukup bulan usia atau bayi cukup usia yang memperlihatkan gawat pernapasan segera setelah kelahiran. Keadaan ini terjadi ketika bayi gagal membersihkan jalan napas dari cairan paru, mukus atau memiliki cairan berlebihan dari dalam paru akibat aspirasi.

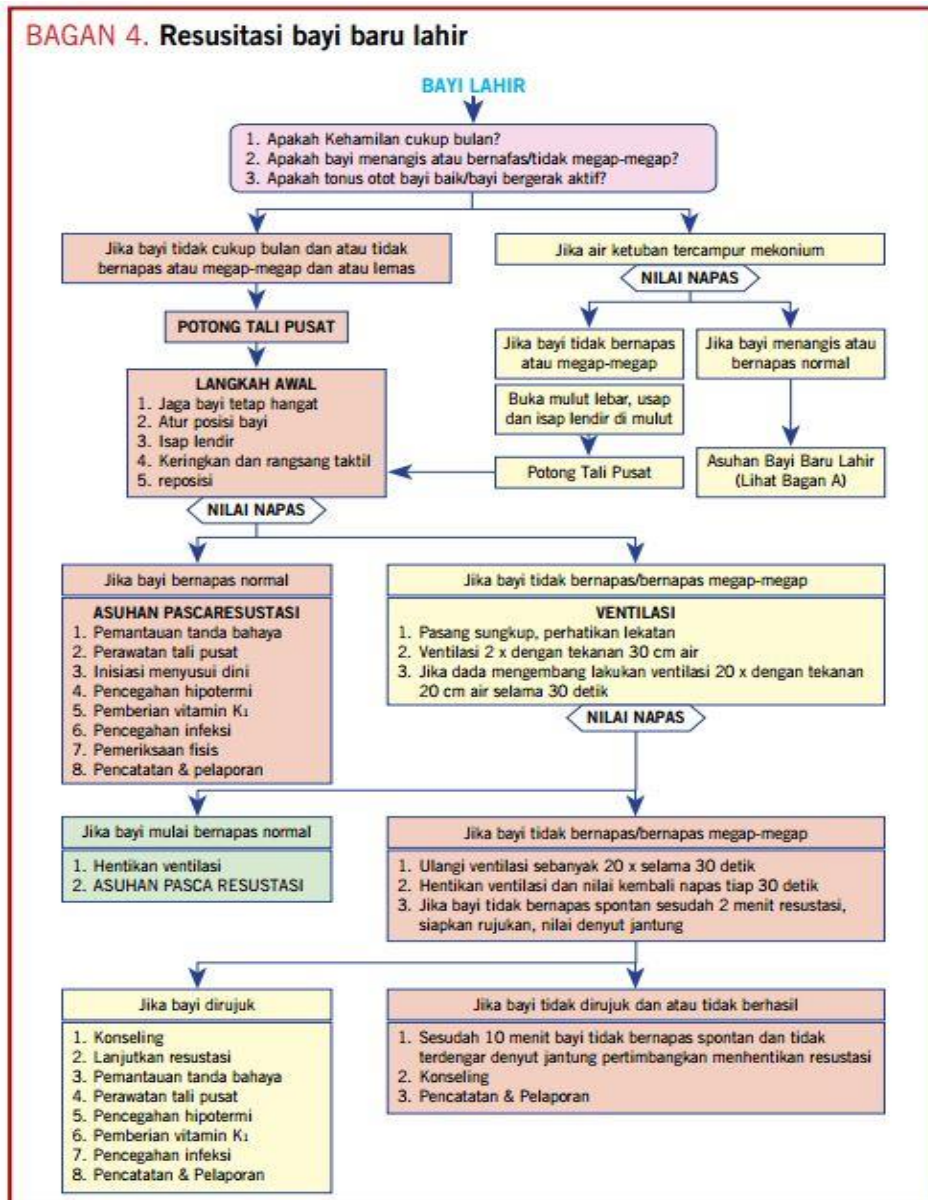
- b. Batasan yang disebabkan meningkat, juga wet lung dan Sindrom Gawat Pernafasan/ Nafas (SGP/ SGN) tipe II terutama terjadi pada bayi cukup bulan, dan biasanya ringan serta dapat sembuh sendiri.
- c. Penyebab clearance cairan paru janin terlambat oleh karena gangguan fungsi saluran limfe paru dan tekanan vena central meningkat, imaturitas paru, defisiensi surfaktan ringan.
- d. Faktor risiko :
 - Lahir CS,
 - Penjepitan tali pusat terlambat,
 - Penggunaan obat sedasi berlebihan,
 - Ibu DM,
 - Partus lama,
 - Skor Apgar rendah < 7 dalam 1 menit,
 - Skor down 4 pada 1 menit,
- e. Kriteria diagnosis :
 - Anamnesis bayi cukup bulan, dan ada faktor risiko,
 - Pemeriksaan fisik ditemukan takipnea >60x/mnt,
 - Dapat disertai gangguan nafas.
- f. Pemeriksaan laboratorium analisa gas darah ditemukan hipoksia ringan-sedang dengan asidosis respiratorik yang menghilang dalam waktu 8-24 jam
- g. Foto thorak ditemukan;
 - Hipereraasi disertai kardiomegali ringan,
 - Pembuluh darah paru menyerupai gambaran sunburst yang dimulai dari hilus,
 - Fisura interlobar tampak melebar dan dapat disertai efusi pleura,
 - Kadang disertai gambaran perselubungan yang kasar akibat edema alveolar,
 - Gambaran radiologi tersebut akan menghilang antara 2-3 hari.
- h. Diagnosa banding: pneumonia bakteri, sindrom aspirasi mekonium, HMD (Hialin Membran Diseases)
- i. Penatalaksanaan :
 - Observasi karena akan sembuh sendiri biasanya dalam waktu 48-72 jam,

- Restriksi cairan: 60 ml/kgbb/hr/ pembatasan cairan ,
 - Jika memerlukan oksigen biasanya diberikan 30-50%,
 - Pemberian minum setelah takipnea membaik,
 - Mengkonfirmasi diagnosis dengan menyisihkan penyebab takipnea lain, misalnya pneumonia, penyakit jantung kongenital, HMD dan hiperventilasi cerebral.
- j. Prognosis baik baik dapat pulih sendiri dan tidak terdapat risiko kambuhan atau disfungsi paru lebih lanjut, gejala respirasi membaik saat cairan di dalam paru dimobilisasi, biasanya terjadi bersamaan dengan deurisis.

7. Hiperbilirubinemia

- a. Hiperbilirubinemia adalah ikterus dengan konsentrasi bilirubinemi serum yang menjurus ke arah terjadinya suatu keadaan patologis bila kadar bilirubinemia tidak terkendalikan.
- b. Kriteria diagnosa
- Ikterus terjadi pada 24 jam pertama kehidupannya,
 - Peningkatan konsentrasi bilirubin serum 5 mg atau > dalam 24,
 - Bilirubin serum sewaktu lebih atau sama dengan 10 mg % pada neonatus kurang bulan dan atau lebih atau sama dengan 12.0 mg% pada neonatus cukup bulan,
 - Ikterus yang disertai dengan proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi G6PD, atau sepsis),
 - Pemeriksaan penunjang darah tepi lengkap dan gambaran sediaan apus darah tepi bila dicurigai hemolisis, kadar bilirubin serum direk dan indirek, pemeriksaan golongan darah ibu dan bayi ,Coom test bila dicurigai hemolisis.
- c. Penatalaksanaan ;
- Terapi sinar,
 - Tranfusi tukar jika kadar bilirubin indirek ≥ 20 mg%,
 - Pemberian ASI yang cukup/ adekuat.

8. Resusitasi neonatus



(Buku saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, Pedoman bagi tenaga kesehatan, edisi 1, 2013)

Resusitasi neonatus

- Pada saat bayi baru lahir, ketahuilah apakah kehamilan cukup bulan, apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif.
- Jika bayi tidak cukup bulan dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau lemas, maka potong tali pusat, dan lakukan LANGKAH AWAL yaitu :

jaga bayi tetap hangat, atur posisi bayi, isap lendir, keringkan dan rangsang taktil, dan reposisi.

- c. Jika air ketuban tercampur meconium, nilai napas bayi, jika bayi tidak bernapas atau megap-megap, buka mulut lebar, usap dan isap lendir di mulut, kemudian potong tali pusat, dan lanjutkan dengan langkah awal seperti diatas.
- d. Jika air ketuban tercampur meconium, nilai napas bayi, jika bayi menangis atau bernapas normal, lakukan asuhan bayi baru lahir selanjutnya.
- e. Setelah dilakukan langkah awal, lakukan nilai napas, jika bayi bernapas normal, lakukan ASUHAN PASCARESUSITASI yaitu : pemantauan tanda bahaya, perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, pencegahan hipotermi, penambahan vitamin K, pencegahan infeksi, pemeriksaan fisik, pencatatan dan pelaporan.
- f. Jika pada penilaian napas, bayi tidak bernapas atau bernapas megap-megap, lakukan VENTILASI yaitu : pasang sungkup, perhatikan lekatan, ventilasi 2x dengan tekanan 30 cm air, jika dada mengembang lakukan ventilasi 20x dengan tekanan 20 cm air selama 30 detik.
- g. Kemudian nilai napas, jika bayi mulai bernapas normal, hentikan ventilasi dan lakukan asuhan pascaresusitasi.
- h. Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap-megap, ulangi ventilasi sebanyak 20x selama 30 detik, hentikan ventilasi dan nilai kembali napas setiap 30 detik, jika bayi tidak bernapas spontan sesudah 2 menit resusitasi, siapkan rujukan, nilai denyut jantung.
- i. Jika bayi dirujuk, lakukan konseling, lanjutkan resusitasi, pemantauan tanda bahaya, perawatan tali pusat, pencegahan hipotermi, pemberian vitamin K, pencegahan infeksi, pencatatan dan pelaporan.
- j. Jika bayi tidak dirujuk dan atau tidak berhasil, sesudah 10 menit bayi tidak bernapas spontan dan tidak terdengar denyut jantung pertimbangkan menghentikan resusitasi, konseling, pencatatan dan pelaporan.

9. Asfiksia

- a. Asfiksia adalah merupakan suatu keadaan dimana bayi baru lahir gagal bernapas spontan segera setelah lahir faktor-faktor yang menyebabkan asfiksia neonatus.

Faktor- faktor penyebab antara lain:

- Faktor penyebab antara lain : faktor ibu hipoksia ibu misalnya oleh karena obat penenang / anestesi, gangguan aliran darah uterus, gangguan tonus otot uterus, hipotensi misalnya akibat perdarahan, hipertensi misalnya eklamsia, DM, hidramnion, kehamilan ganda, pengobatan magnesium, anemia dll.
- Faktor plasenta solusio plasenta, placenta previa
- Faktor janin gangguan aliran darah talipusat, tali pusat menumbung, lilitan tali pusat, tali pusat sangat pendek, denyut jantung bayi kurang baik/ gawat janin, mekonium staining.
- Faktor neonatus trauma persalinan perdarahan rongga tenggorokan, kelainan bawaan hernia diafragma, atresia/ stenosis jalan nafas

b. Kriteria diagnosis berdasarkan nilai apgar yang dinilai pada menit pertama dan menit ke lima :

- Asfiksia berat 0-3 ,
- Asfiksia sedang 4-6

c. Penatalaksanaan tindakan secara umum:

- Pertahankan suhu tubuh,
- Jalan napas terbuka posisi bayi,
- Bersihkan jalan napas, rangsangan refleks pernapasan,
- Tindakan khusus pada asfiksia sedang tindakan umum pemberian oksigen,
- Mask oksigen,
- Asfiksia berat tindakan umum pemberian oksigen dengan tekanan langsung,
- Pijat jantung koreksi asidosis pemberian Na bikarbonat sesuai kondisi,
- Koreksi kemungkinan hipoglikemi.

10. Trauma lahir

Trauma lahir merupakan trauma mekanik yang disebabkan karena proses persalinan/kelahiran, dalam beberapa buku ada yang menyebutkan sebagai jejas persalinan dan cedera lahir. Macam-macam trauma lahir yaitu caput succedaneum, cephal hematoma, perdarahan intracranial, trauma pada fleksus brachialis, fraktur clavikula dan humerus. Trauma lahir yang paling sering adalah trauma kepala.

Penatalaksaannya sama dengan sebagaimana bayi normal, tidak ada tindakan khusus. Intervensi khusus dilakukan bila ukurannya bertambah besar.

Penatalaksanaan :

Tidak diperlukan tindakan dan ada gejala sisa yang dilaporkan.

- a. Bayi dirawat seperti pada perawatan bayi normal
- b. Awasi keadaan umum bayi
- c. Lingkungan harus dalam keadaan baik, cukup ventilasi, masuk sinar matahari
- d. Pemberian ASI yang adekuat, ajarkan ibu cara menetekkan dengan tiduran untuk mengurangi anak jangan sering diangkat, agar benjolan tidak meluas
- e. Mencegah terjadi infeksi dengan cara :
 - 1) Perawatan tali pusat dengan baik
 - 2) Personal hygiene yang baik
- f. Memberikan penyuluhan kepada orangtua tentang :
 - 1) Keadaan trauma pada bayi, tidak usah cemas karena benjolan akan menghilang 2-4 hari
 - 2) Perawatan bayi sehari-hari
 - 3) Manfaat dan cara pemberian ASI

11. Hipoglikemia

- a. Batasan bayi cukup bulan atau kurang bulan (KBK) dengan kadar gula darah $< 40\text{-}45\text{ mg/dl}$
- b. Klasifikasi hipoglikemia asimtomatik, simtomatik dan persisten
- c. Etiologi penggunaan glukosa yang meningkat pada bayi dengan ibu DM dan eritoblastosis, kadar glukosa menurun misalnya pada bayi prematur dan pertumbuhan intra uterin yang terhambat, penggunaan glukosa yang meningkat dan atau menurun atau sebab lain, misalnya stres perinatal, defisiensi endokrin dan transfusi ganti.
- d. Faktor risiko prematuritas, stres perinatal, kelaparan, glikogen storage desease, bayi dengan ibu DM, Sindrom beckwith – Wiedemann, penggunaan obat pada ibu eritoblastosis fetalis, produksi glukosa menurun, hipotermia, sepsis, gangguan hipotalamus, insufisiensi adrenal dan polisitemia

- e. Kriteria diagnosis dapat berupa/ tanpa gejala : letargi, apatis, tremor,, apnea, sianosis, kejang, koma, menangis lemah, pemeriksaan laboratorium kadar gula darah sesuai dengan batasan.
- f. Diagnosis banding insufisiensi adrenal, obat yang dimakan ibu, penyakit jantung, gagal ginjal, gagal hepar, kelainan metabolisme : hipokalsemia, hipo/ hipernatremia, defisiensi piridoksin, sepsis, asfeksia dan penyakit SSP.
- g. Terapi : asimtomatik dan simtomatik
- h. Prognosis cerebral palsy dan gangguan intelektual 30% jika gula darah < 20 mg/dl dan disertai kejang.

12. Kejang

- a. Kejang adalah gerakan abnormal pada neonatus oleh karena gangguan fungsi sistem neuron.
- b. Klasifikasi antara lain:
 - Klonik (fokal, multifokal , migratory)
 - Tonik (unilateral, dekortisasi, deserebrasi)
 - Mioklonik (fokal, bilateral)
 - Sabtle(nistagmus, gerakan menghiap, mengunyah, deviasi mata, gerakan seperti mengayuh sepeda, seperti berenang, mengejap-gejapkan mata).
- c. Etiologi (Penyulit perinatal) :
 - Ensefalopati neonatal,
 - Trauma SSP,
 - Perdarahan intracranial,
 - Gangguan metabolisme,
 - Infeksi.
- d. Kriteria diagnosis :
 - Dilakukan anamnesis terperinci mengenai aktifitas kejang,
 - Kejang klonik fokal,
 - Klonik multifokal,
 - Tonik,
 - Mioklonik,
 - Subtle.
- e. Pemeriksaan fisik terutama status neurologik

- f. Pemeriksaan laboratorium metabolik:
 - Glukosa menurun,
 - Na meningkat/ menurun,
 - Ca menurun,
 - Mg menurun,
 - Leukositosis/ leukopeni,
 - Kultur darah,
 - Urine,
 - Dan cairan liquor.
- g. Pemeriksaan radiologi jika memungkinkan :
 - USG kepala,
 - CT Scan,
 - EEG.
- h. Pemberian terapi sesuai dengan PPK/ SPM
- i. Prognosa secara umum
 - Prognosa baik jika : gangguan metabolik, neurologik normal, EEG normal, kejang bersifat familial ringan,
 - Prognosa buruk jika : penyebabnya malformasi kongenital, asfiksia berat, perdarahan intraventrikular berat, kejang berlangsung beberapa hari, neurologik abnormal, EEG abnormal.

13. Sepsis neonatal

- a. Batasan sindrom klinis yang ditandai gejala sistemik dan disertai bakteremia
- b. Klasifikasi sepsis:
 - Awal segera setelah lahir < 7 hari,
 - Sepsis lanjutan infeksi nosokomial terjadi > 7 hari
- c. Etiologi bisa terjadi yang disebabkan oleh;
 - Bakteri gram positif dan
 - Bakteri gram negatif
- d. Faktor penyebab adalah:
 - Faktor ibu adalah infeksi intra partum, partus lama, infeksi peripartum,
 - Faktor bayi BBLR, KMK, prematuritas, tindakan resusitasi, kehamilan kembar
- e. Kriteria diagnosis pemeriksaan fisik secara umum:

- gangguan saluran cerna,
 - gangguan pernafasan,
 - gangguan kardiovaskuler,
 - gangguan hemodinamik,
 - gangguan SSP,
 - Kulit,
 - pemeriksaan laboratorium anemia, leukopenia, neutropenia absolut, trombositopeni, LED, CRP, kultur darah, cairan cerebrospinal.
- f. Penanganan sesuai dengan PPK/ SPM sepsis neonatorum.

14. Gangguan pernapasan

Tatalaksana penunjang darurat pada gagal napas antara lain :

- a. Mempertahankan jalan napas terbuka, dapat dilakukan dengan alat penyangga oropharyngeal airway (guedel), penyangga nasopharyngeal airway, atau pipa endotrakea.

- b. Terapi oksigen

Berbagai teknik tersedia untuk memberikan oksigen supplemental, tetapi tidak ada satupun yang dapat disebut terbaik karena pemilihannya harus disesuaikan secara individual terhadap situasi klinis dan kondisi pasien. Ketika memilih peralatan tertentu, seorang klinisi harus mempertimbangkan kebutuhan FiO₂, flow inspirasi, kenyamanan pasien (sangat penting untuk compliance), dan humidifikasi. Berbagai teknik/device antara lain adalah:

- 1) Kanul nasal : dipergunakan untuk memberikan oksigen dengan laju aliran rendah. Konsentrasi oksigen bervariasi dengan perubahan laju aliran inspirasi (inspiration flow rate) pasien. Pada neonatus, aliran oksigen maksimum dianjurkan tidak melebihi 2 L/menit. FiO₂ inspirasi yang dihasilkan amat bergantung pada pola napas pasien.
- 2) Oxygen hood/head box : alat ini dirancang untuk memberikan konsentrasi oksigen yang stabil pada neonatus atau bayi kecil. FiO₂ hingga 100% dapat diberikan dengan laju aliran oksigen yang sesuai. Buka pada oksigen hood tidak boleh ditutup dengan plastic atau bahan lain agar terjadi retensi karbondioksida.

- 3) Masker : beberapa tipe masker dibuat untuk menghasilkan berbagai konsentrasi oksigen yang diinginkan dan mencegah terhisapnya kembali CO₂
- a. Masker oksigen sederhana (simple mask) dapat memberikan konsentrasi oksigen rendah hingga sedang tergantung kecepatan aliran oksigen. Masker ini bukan pilihan ideal jika kita menginginkan FiO₂ yang stabil
 - b. Non rebreathing mask didesain memiliki katup satu arah dan sebuah kantong reservoir yang akan kolaps saat inspirasi. Alat ini menghasilkan konsentrasi oksigen tinggi.
 - c. Partial rebreathing mask mirip dengan masker sederhana tetapi dilengkapi dengan kantong reservoir dan mampu menyalurkan konsentrasi oksigen hingga 100%
 - d. Venture mask dapat menghasilkan konsentrasi oksigen yang tepat yaitu antara 24-50%

4) Bantuan ventilasi

Bantuan ventilasi dengan balon resusitasi dilakukan setelah jalan napas dapat dibebaskan

Secara spesifik tatalaksana gagal napas amat tergantung pada penyebabnya. Pemberian beta agonis melalui nebulizer dapat sangat efektif bila penyebab gagal napas adalah serangan akut asma bronkial sementara pungsi pleura efektif bila penyebabnya tension pneumothorax.

15. Kelainan jantung (payah jantung, penyakit jantung bawaan, PDA)

a. Gagal jantung

1) Tatalaksana ditujukan untuk :

- a) Menghilangkan factor penyebab misalnya penutupan ductus arteriosus persisten
- b) Menghilangkan factor presipitasi misalnya mengobati infeksi, anemia, aritmia
- c) Mengatasi gagal jantungnya sendiri

2) Umum

- a) Oksigen

- b) Tirah baring, posisi setengah duduk, sedasi kadang diperlukan :
fenobarbital 2-3 mg/kg/dosis tiap 4 jam selama 1-2 hari
- c) Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit
- d) Restriksi garam jangan terlalu ketat, pada anak garam <0,5 g/hari
- e) Timbang berat badan tiap hari
- f) Hilangkan factor yang memperberat : atasi demam, anemia, infeksi jika ada

3) **Medikamentosa**

Ada 3 jenis obat yang digunakan untuk gagal jantung :

- a) Inotropic untuk meningkatkan kontraktilitas miokard
- b) Diuretic untuk mengurangi preload atau volume diastolic akhir
- c) Vasodilator untuk mengurangi afterload atau tahanan yang dialami saat ejeksi ventrikel

Obat inotropik yang bekerja cepat seperti dopamine atau dobutamin digunakan pada kasus kritis atau akut, sedangkan obat inotropik lain seperti digoksin digunakan pada semua kasus yang tidak kritis. Diuretic hamper selalu diberikan bersama obat inotropic. Obat pengurang afterload (vasodilator) belakangan ini cukup banyak digunakan karena dapat meningkatkan curah jantung tanpa meningkatkan konsumsi oksigen miokard

4) **Inotropic**

- a) Digoksin
 - Lakukan EKG sebelum pemberian digoksin
 - Jika mungkin periksa kadar K karena keadaan hypokalemia mempermudah terjadinya toksisitas digoksin
 - Digoksin dapat diberikan IV (jarang) dengan dosis 75% dosis oral
 - Pemberian IM tidak dianjurkan
 - Digitalis diberikan dengan cara :
 - Tanda tanda intoksikasi digitalis :
- b) Dopamine
 - Inotropic dengan efek vasodilatasi renal dan takikardia

- Dosis 5-10 mikrogram/kgBB/menit secara IV drip

c) Dobutamin

- Inotropic tanpa efek vasodilatasi renal atau takikardia
- Dosis 5-8 mikrogram/kgBB/menit secara IV drip

5) Diuretic

a) Furosemide

- Dosis 1-2 mg/kgBB/hari, 1-2 kali peroral, oral atau IV
- Dapat menimbulkan hipokalemia

b) Spironolakton

- Dosis : sama dengan furosemide
- Dapat diberikan bersamaan dengan furosemide
- Bersifat menahan kalium

c) Vasodilator

Kaptopril

- Kaptopril biasanya diberikan pada gagal jantung akibat beban volume, kardiomiopati, insufisiensi mitral atau aorta berat, pirau dari kiri ke kanan yang besar
- Dosis 0,3-3 mg/kgBB/hari per oral, dibagi dalam 2-3 dosis
- Bersifat retensi kalium

6) Bedah

Tergantung penyebab misalnya pada defek septum ventrikel dilakukan penutupan defek setelah gagal jantung teratasi

7) Supportif

Perbaikan penyakit penyerta atau kondisi yang memperburuk gagal jantung misalnya demam, anemia, dsb

b. Defek Septum Atrium (DSA)

Tatalaksana :

1) Medikamentosa

- a) Pada DSA yang disertai gagal jantung diberikan Digitalis atau inotropic yang sesuai dan diuretic

- b) Profilaksis terhadap endocarditis bacterial tidak terindikasi untuk DSA, kecuali pada 6 bulan pertama setelah koreksi dengan pemasangan alat protesis
- 2) Penutupan tanpa pembedahan

Hanya dapat dilakukan pada DSA tipe sekundum dengan ukuran tertentu. Alat dimasukkan melalui vena femoral dan diteruskan ke DSA. Terdapat banyak jenis alat penutup (occluder) namun saat ini yang paling banyak digunakan adalah ASO (Amplatzer Devide Occluder). Keuntungan penggunaan alat ini adalah tidak perlunya operasi yang menggunakan cardiopulmonary bypass dengan segala konsekuensinya, rasa nyeri minimal disbanding operasi, serta tidak adanya luka bekas operasi
- 3) Penutupan dengan pembedahan

Dilakukan apabila bentuk anatomis DSA tidak memungkinkan untuk dilakukan pemasangan alat :

 - a) Pada DSA dengan aliran pirau kecil, penutupan defek dengan atau tanpa pembedahan dapat ditunda sampai usia 5-8 tahun bila tidak terjadi penutupan secara spontan
 - b) Pada bayi dengan aliran pirau besar, pembedahan dilakukan segera bila gagal jantung kongestif tidak memberi respon memadai dengan terapi medikamentosa
 - c) Tindakan intervensi penutupan defek dilakukan bila hipertensi pulmonal belum terjadi. Bila telah terjadi hipertensi pulmonal dengan pirau balik dari kanan ke kiri hanya diberikan terapi konservatif

c. Defek Septum Ventrikel (DSV)

Tatalaksana :

- 1) Anak dengan DSV kecil biasanya asimtomatik dan tidak memerlukan obat atau tindakan bedah saat awal. Pada anak asimtomatik tindakan penutupan dapat dilakukan pada usia 2-4 tahun
- 2) Jika anak dengan DSV sedang atau besar mengalami agagal jantung simptomatik perlu diberikan obat anti gagal jantung (antidiuretik, vasodilator (ACE inhibitor), digoksin. Jika pengobatan medis gagal

maka perlu dilakukan tindakan penutupan DSV pada anak usia berapapun. Bayi yang merespon terhadap terapi medis dapat dioperasi pada usia 12-18 bulan

3) Indikasi penutupan DSV pada masa bayi adalah :

- a) Gagal jantung yang tidak terkontrol
- b) Gagal tumbuh
- c) Infeksi saluran pernapasan berulang

d. Ductus Arteriosus Persisten (DAP)

Tatalaksana :

1) Medikamentosa

- a) Pada neonatus premature diberikan indometasin atau ibuprofen oral atau IV dengan dosis dan cara pemberian bervariasi :
 - Cara pertama adalah memberikan indometasin oral atau IV 0,2 mg/kgBB sebagai dosis awal. Pada bayi < 48 jam diberikan dosis kedua dan ketiga sebesar 0,10 mg/kgBB dengan interval 24 jam. Pada bayi berusia 2-7 hari dosis kedua dan ketiga adalah 0,2 mg/kgBB sedangkan pada bayi > 7 hari dosis kedua dan ketiga adalah 0,25 mg/kgBB
 - Cara lain adalah dengan memberikan indometasin 0,1 mg/kgBB sehari sekali sampai 5-7 hari. Pemberian 5-7 hari dianjurkan untuk mencegah pembukaankembali ductus yang menutup
 - Efek maksimal dapat diharapkan bila pemberian dilakukan sebelum bayi berusia 10 hari. Pada bayi cukup bulan efek indometasin minimal
 - Belakangan ini banyak digunakan ibuprofen 10 mg/kgBB, hari kedua dan ketiga masing-masing 5 mg/kg/hari dosis tunggal
- b) Indometasin atau ibuprofen tidak efektif pada bayi aterm dengan DAP sehingga perlu tindakan medis seperti intervensi atau ligase
- c) Pada DAP sedang atau besar yang disertai gagal jantung diberikan digitalis atau inotropik yang sesuai, dan diuretik

- d) Pada DAP yang belum dikoreksi, profilaksis terhadap endocarditis bacterial subakut diberikan bila ada indikasi.
- 2) Penutupan tanpa pembedahan

Bila ductus tidak menutup dengan medikamentosa (bayi premature) atau pada bayi aterm, setelah usia 3 bulan, penutupan dapat dilakukan dengan pemasangan device (coil atau Ampaltzer Ductal Occluder) secara transkateter. Anjuran saat ini adalah DAP kecil (< 3 mm) ditutup dengan Gianturco stainless coil, sedangkan untuk DAP sedang dan besar (4-10 mm) ditutup dengan Amplatzer Ductal Occluder (ADO). Biasanya ADO dilakukan bila BB > 6 kg sedangkan coil dapat dilakukan bila BB > 4 kg
- 3) Penutupan dengan pembedahan
 - a) Pada neonatus (premature atau aterm) dengan gagal jantung, penutupan DAP dengan pembedahan harus dilakukan secepatnya
 - b) Pada bayi tanpa gagal jantung tindakan intervensi dapat ditunda sampai mencapai berat badan ideal (diatas 6 kg). Tindakan dapat dilakukan kapan saja tetapi jika bayi mengalami gagal jantung, hipertensi pulmonal, atau pneumonia berulang, operasi harus dilakukan sesegera mungkin. Intervensi bedah perlu dilakukan apabila bentuk anatomis DAP tidak memungkinkan untuk dilakukan pemasangan device
 - c) Pada pasien anak/ dewasa bila belum terjadi hipertensi pulmonal, maka langsung dilakukan tindakan intervensi penutupan ductus
 - d) Penutupan ductus tidak dikerjakan apabila telah terjadi hipertensi pulmonal yang irreversible, pada keadaan ini hanya dilakukan tindakan konservatif

e. Tetralogy Fallot

Tatalaksana :

- 1) Serangan sianotik
 - a) Posisi lutut ke dada. Dengan posisi ini diharapkan aliran darah ke paru bertambah karena peningkatan afterload aorta akibat penekukan arteri femoralis

- b) Morfin sulfat 0,1 – 0,2 mg/kgBB SC, IM atau IV untuk menekan pusat pernapasan dan mengatasi takipnea
 - c) Bikarbonat natrius 1 mEq/kgBB IV untuk mengatasi asidosis. Dosis yang sama dapat diulangi dalam 10-15 menit
 - d) Oksigen dapat diberikan, walaupun pemberian disini tidak begitu tepat karena permasalahan disini bukan karena kekurangan oksigen, tetapi karena aliran darah ke paru yang berkurang
- 2) Bayi tanpa riwayat serangan sianotik
- Umumnya operasi koreksi total dilakukan pada usia sekitar 1 tahun. Sebaiknya dilakukan pemeriksaan kateterisasi jantung untuk menilai kondisi kedua arteri pulmonalis.

16. Gangguan pendarahan

Pada bayi bila dijumpai gejala : kejang fokal, pucat disertai ubun ubun besar yang membonjol perlu difikirkan pertama kali adalah APCD (Acquired Prothrombin Complex Deficiency). Berikan tatalaksana pasien seperti APCD sampai terbukti bukan :

a. Medikamentosa

- Vitamin K I 1 mg IM selama 3 hari berturut turut
- Transfuse Fresh Frozen Plasma 10-15 ml/kgBB selama 3 hari berturut turut
- Transfuse Packed Red Cell sesuai kadar hemoglobin
- Tatalaksana kejang dan peningkatan tekanan intracranial. Mannitol 0,5-1 gram/kgBB/kali atau furosemide 1 mg/kgBB/kali dapat diberikan untuk menurunkan tekanan intracranial. Perlu pemantauan yang ketat untuk terjadinya syok atau perdarahan yang bertambah
- Konsultasi ke bedah saraf

b. Pemantauan

- Evaluasi skala Koma Glasgow, ubun ubun besar, kejang
- Monitor balans cairan dan elektrolit
- Konsultasi ke departemen rehabilitasi medis jika pasien sudah stabil untuk mobilisasi bertahap, mencehag spastisitas dan kontraktur
- Monitor tumbuh kembang

c. Pencegahan

Injeksi vit K I dengan dosis 1 mg IM pada semua bayi baru lahir.

17. Renjatan (syok)

- a. Pertahankan jalan napas, berikan oksigen (FiO_2 100%) bila perlu berikan tunjangan ventilator
- b. Pasang akses vascular secepatnya (60-90 detik) lalu berikan cairan kristaloid 20 ml/kg BB dalam waktu kurang dari 10 menit. Nilai respon terhadap pemberian cairan dengan menilai perubahan denyut nadi dan perfusi jaringan. Respon yang baik ditandai dengan penurunan denyut nadi, perbaikan perfusi jaringan dan perbaikan tekanan darah bila terdapat hipotensi sebelumnya.
- c. Pasang kateter urin untuk menilai sirkulasi dengan memantau produksi urin
- d. Penggunaan koloid dalam jumlah yang terukur, dapat dipertimbangkan untuk mengisi volume intravascular
- e. Pemberian cairan resusitasi dapat diulangi, bila syok belum teratasi, hingga volume intravascular optimal. Target resusitasi cairan :
 - 1) Capillary refill kurang dari 2 detik
 - 2) Kualitas nadi perifer dan sentral sama
 - 3) Akral hangat
 - 4) Produksi urin > 1 ml/kg/jam
 - 5) Kesadaran normal
- f. Pemberian cairan resusitasi dihentikan bila penambahan volume tidak lagi mengakibatkan perbaikan hemodinamik, dapat disertai terdapatnya ronkhi basah halus tidak nyaring, peningkatan tekanan vena jugular atau pembesaran hati akut
- g. Periksa dan atasi gangguan metabolic seperti hipoglikemi, hipokalsemi dan asidosis. Sedasi dan pemasangan ventilator untuk mengurangi konsumsi oksigen dapat dipertimbangkan
- h. Bila syok belum teratasi lakukan pemasangan vena sentral. Bila tekanan vena sentral kurang dari 10 mmHg, pemberian cairan resusitasi dapat dilanjutkan hingga mencapai 10 mmHg
- i. Bila syok belum teratasi setelah langkah diatas, berikan Dopamine 2-10 μ g/kg/menit atau Dobutamine 5-20 μ g/kg/menit

- j. Bila syok belum teratasi setelah langkah diatas, berikan Epineprine 0,05-2 $\mu\text{g/kg/menit}$, bila akral dingin (vasokonstriksi) atau norepinephrine 0,05-2 $\mu\text{g/kg/menit}$, bila akral hangat (vasodilatasi pada syok distributive). Pada syok kardiogenik dengan resistensi vascular tinggi, dapat dipertimbangkan milrinone yang mempunyai efek inotropic dan vasodilator. Dosis milrinone adalah 50 $\mu\text{g/kg/ bolus}$ dalam 10 menit, kemudian dilanjutkan dengan 0,25-0,75 $\mu\text{g/kg/menit}$ (maksimum 1,13 $\mu\text{g/kg/hari}$)
- k. Bila syok masih belum teratasi setelah langkah diatas, pertimbangkan pemberian hidrokortison atau metil-prednisolon atau dexametason, terutama pada anak yang sebelumnya mendapat terapi steroid lama (misalnya asma, penyakit autoimun). Dosis hidrokortison dimulai dengan 2 mg/kg setara dengan metil-prednisolon 1,3 mg/kg dan dexametason 0,2 mg/kg.
- l. Bila syok masih belum teratasi, dibutuhkan pemasangan pulmonary artery catheter (PAC) untuk pengukuran dan intervensi lebih lanjut. Inotropic dan vasodilator digunakan untuk kasus dengan curah jantung rendah dan resistensi vaskuler sistemik rendah. Inotropic dan vasopressor untuk kasus dengan curah jantung rendah dan resistensi vascular sistemik rendah. Saat ini telah tersedia berbagai alat diagnostic untuk mengukur parameter hemodinamik sebagai alternative pemasangan PAC. Target terapi :
 - 1) Cardiac index $> 3,3$ dan $< 6 \text{ L/Menit/M}^2$
 - 2) Perfusion pressure (mean arterial pressure – central venous pressure) normal (< 1 tahun 60 cm H₂O; > 1 tahun : 65 cm H₂O)
 - 3) Saturasi vena sentral (mixed vein) $> 70\%$
 - 4) Kadar laktat $< 2 \text{ Mmol/L}$
- m. Bila kadar laktat tetap $> 2 \text{ mmol/L}$, saturasi vena sentral $< 70\%$ dan hematocrit $< 30\%$, dapat dilakukan transfuse packed red cells (PRC) disertai upaya menurunkan konsumsi oksigen.

(Pedoman Pelayanan Medis, jilid 1, IDAI, 2010)

18. Aspirasi meconium

- a. Batasan terhisapnya cairan amnion yang tercemar mekonium ke dalam paru bayi yang mengalami stres intrauterin, yang dapat terjadi pada saat intrauterin dan persalinan
- b. Penyebabnya adanya cairan mekonium dalam mulut atau saluran nafas atas

- c. Klasifikasi obstruksi, infeksi
- d. Faktor risiko: hamil lebih bulan, ibu pre- eklamsi/ eklamsi, ibu hipertensi, ibu DM, perokok berat, penyakit saluran nafas kronik, kealunan jantung, bunyi jantung janin tidak normal dan bayi KMK (Kecil Masa Kehamilan)
- e. Kriteria diagnosis : anamnesis adanya faktor risiko, cairan amnion tercemar mekonium, gawat janin, bayi mengalami asfiksia dan setelah lahir menunjukkan sindrom gawat nafas, kehamilan lebih bulan.
- f. Pemeriksaan penunjang analisa gas darah didapatkan asidosis metabolik, asidosis respiratorik, hipoksemia dan hiperkapnia
- g. Radiologi foto thorak ditemukan hiperinflasi, atelektasis, pneumonia
- h. Penyulit jika terdapat pneumothoraks, hipertensi pulmonal, sepsis
- i. Penatalaksanaan : pengelolaan secara umum diruang bersalin/ kamar operasi optimalisasi suhu tubuh, koreksi jika ada kelainan metabolik, misalnya hipokalsemia, hipoglikemi dan asidosis metabolik, monitoring fungsi ginjal, cardiopulmonal, terapi cairan (retriaksi) antibiotik tergantung keadaan, pencegahan penyulit asfiksia, berikan oksigen adekuat, penggunaan CPAP atau sesuai dengan kondisi/ kebutuhan.

19. Inisiasi menyusui dini (IMD)/ breast feeding

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

20. Kangaroo Mother Care (KMC)/ Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Untuk melakukan PMK tentukan bayi memiliki berat lahir <2500 gram, tanpa masalah/ komplikasi

- a. Syarat melakukan PMK :
 - 1) Bayi tidak mengalami kesulitan bernapas
 - 2) Bayi tidak mengalami kesulitan minum
 - 3) Bayi tidak kejang
 - 4) Bayi tidak diare
 - 5) Ibu dan keluarga bersedia dan tidak sedang sakit
- b. Pelaksanaan PMK memiliki 4 komponen :
 - 1) Posisi

- 2) Nutrisi
- 3) Dukungan
- 4) Pemantauan

21. Penyakit membran hialin/ Hyalin Membrane Diseases

- a. Batasan disebut juga respiratory distress syndrome (RDS) atau sindrome gawat nafas (SGP) tipe I merupakan gawat nafas pada BKB yang terjadi segera atau beberapa saat setelah lahir,
- b. ditandai dengan adanya:
 - kesukaran bernafas (pernafasan cuping hidung(NCH),
 - dispnea,/ takipnea,
 - retraksi suprasternal,
 - interkostal, epigastrik,
 - sianosis, yang menetap atau menjadi progresif dalam 48-96 jam pertama kehidupannya.
- c. Pada pemeriksaan radiologi di ketemukan adanya gambaran retikulogranular yang uniform dengan air bronchosgram
- d. Penyebabnya defisiensi surfaktan
- e. Faktor risiko :
 - prematuritas,
 - ibu DM,
 - lahir dengan SC,
 - Asfiksia perinatal,
 - genetik (riwayat PMH pada saudara kandung, jenis kelamin laki-laki)
- f. Kriteria diagnosis pada pemeriksaan diketemukan seperti gejala diatas
- g. Pemeriksaan laboratorium darah :
 - Hb, Ht, gambaran darah tepi tidak menunjukkan tanda infeksi
 - kultur streptokokus negatif,
 - analisa gas darah hipoksemia,
 - asidemia yang berupa metabolik respiratorik atau kombinasi,
 - rasio lesitin- spingomeilin (jika memungkinkan) < 2.1,
 - ketuban jika memungkinkan tes kocok (+)
- h. Diagnosis banding :
 - kebocoran udara,

- infeksi,
 - perdarahan intracarnial,
 - fibroplasia retrolental,
 - displasia broncopulmonal
- i. Tatalaksana :
- pertahankan suhu tubuh bayi,
 - pertahankan oksigen adekuat,
 - pemberian cairan
- j. Prognosis tergantung pada berat badan lahir dan usia gestasi

22. Rujukan bayi

- a. Rujukan bisa ke dalam dan keluar, keluar jika ada kasus yang perlu penanganan sub spesialis/ tim dan dapat juga karena fasilitas RS yang tidak ada/ penuh
- b. Rekap pemantauan rujukan internal maupun eksternal

E. Pelayanan Ginekologis

1. Kehamilan ektopik

- a. Tatalaksana umum

Restorasi cairan tubuh dengan cairan Kristaloid NaCl 0,9% atau Ringer Laktat (500ml dalam 15 menit pertama) atau 2 Line dalam 2 jam pertama
- b. Tatalaksana khusus
 - 1) Segera uji silang darah dan persiapan laparatomi
 - 2) Saat laparatomi, lakukan eksplorasi kedua ovarium dan tuba falopii:
 - a) Jika terjadi kerusakan berat pada tuba, lakukan salpingektomi (eksisi bagian tuba yang mengandung hasil konsepsi)
 - b) Jika terjadi kerusakan ringan pada tuba, usahakan melakukan salpingostomi untuk mempertahankan tuba (hasil konsepsi dikeluarkan, tuba dipertahankan)
 - 3) Sebelum memulangkan pasien, berikan konseling untuk penggunaan kontrasepsi. Jadwalkan kunjungan ulang setelah 4 minggu. Atasi anemia dengan pemberian tablet besi Sulfas Ferosus 60mg/hari selama 6 bulan

2. Perdarahan uterus disfungsi

Tujuan penanganan perdarahan uterus disfungsional adalah untuk mengontrol perdarahan yang keluar, mencegah komplikasi, memperbaiki keadaan umum pasien, memelihara fertilitas dan menginduksi ovulasi bagi pasien yang menginginkan anak.

Setelah pemeriksaan ginekologik menunjukkan bahwa perdarahan berasal dari uterus dan tidak ada abortus inkomplitus, perdarahan untuk sementara waktu dapat dipengaruhi dengan hormon steroid. Dapat diberikan :

- a. Estrogen dosis tinggi, supaya kadarnya dalam darah meningkat dan perdarahan berhenti. Dapat diberikan estradiol dipropionat 2,5 mg atau estradiol benzoat 1,5 mg secara intramuskular. Kekurangan terapi ini adalah setelah suntikan dihentikan, perdarahan timbul lagi.
- b. Progesteron, dengan pertimbangan bahwa sebagian besar perdarahan fungsional bersifat anovulatoar, sehingga pemberian progesteron mengimbangi pengaruh estrogen terhadap endometrium.

Setelah menegakkan diagnosa dan setelah menyingkirkan berbagai kemungkinan kelainan organ, ternyata tidak ditemukan penyakit lainnya, maka langkah selanjutnya adalah melakukan prinsip-prinsip pengobatan sebagai berikut:

- a. Menghentikan perdarahan.
- b. Mengatur menstruasi agar kembali normal
- c. Transfusi jika kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 8 gr%.

3. Perdarahan menoragia

- a. Suplemen zat besi (jika kondisi menoragia disertai anemia, kelainan darah yang disebabkan oleh defisiensi sel darah merah atau hemoglobin)
- b. Prostaglandin inhibitor seperti medications (NSAID), seperti aspirin atau ibuprofen
- c. Kontrasepsi oral (ovulation inhibitor)
- d. Terapi hormone (progesterone)
- e. Pengangkatan Rahim (histerektomi)

4. Kista ovarium akut

- a. Pemeriksaan USG sangat berperan dalam menentukan langkah penatalaksanaan kista ovarium. Dengan USG dapat dilihat besarnya kista, bentuk kista, isi dari kista dan lain sebagainya.

- b. Jika memang kista ovarium tumbuh membesar dan menimbulkan keluhan akibat dari peregangan organ sekitar kista maka perlu dipertimbangkan untuk melakukan operasi pengangkatan kista. Jangan lupa untuk segera membawa jaringan kista ke laboratorium patologi anatomi untuk mengetahui kemungkinan kista tersebut berkembang menjadi kanker.
- c. Tatalaksana khusus :
 - 1) Pada kista ovarium terputir disertai nyeri perut dilakukan laparotomi
 - 2) Pada kista ovarium asimtomatik :
 - a) Bila kista berukuran > 10 cm, dilakukan laparotomi pada trimester kedua kehamilan
 - b) Bila kista berukuran < 5 cm, tidak perlu operasi
 - c) Bila kista berukuran 5-10 cm, dilakukan observasi jika menetap atau membesar lakukan laparotomi pada trimester kedua kehamilan
 - 3) Bila dicurigai keganasan, pasien dirujuk ke rumah sakit rujukan

5. Radang pelvis akut

- a. Radang panggul akut yang bisa sakit kronis dan cacat berat yang kadang kadang dapat terjadi jika Pelvic Inflammatory Disease (PID) tidak diobati secepatnya. Hal ini biasanya dikarenakan jaringan parut yang luas. Pengobatan radang panggul yang dilakukan secara dini dapat meminimalkan resiko komplikasi.
- b. Pengobatan dengan antibiotik, baik disuntik maupun diminum, sesuai dengan bakteri penyebab adalah pilihan utama. Kontrol setelah pengobatan sebanyak 2-3 kali diperlukan untuk melihat hasil dan perkembangan dari pengobatan.
- c. Pasangan seksual juga harus diobati. Wanita dengan penyakit radang panggul mungkin memiliki pasangan yang menderita gonorea atau infeksi chlamydia yang dapat menyebabkan penyakit ini.

6. Abses pelvis

- a. Berikan antibiotika kombinasi sebelum pungsi dan drain abses sampai 48 jam bebas demam :
 - 1) Ampisilin 2 g IV setiap 6 jam
 - 2) Ditambah gentamisin 5mg/kgBB IV tiap 24 jam
 - 3) Ditambah metronidazole 500 mg IV tiap 8 jam

- b. Jika kavum douglas menonjol, lakukan drain abses, jika demam tetap tinggi, lakukan laparatomi

7. Infeksi saluran genetalia

- a. Keluarnya cairan keputihan ini dapat terjadi karena kelebihan hormon, infeksi kuman seperti n. gonorrhoeae, candida albicans, infeksi protozoa atau trichomonas, dan lain-lain.
- b. Untuk memastikan penyebab maka penting dilakukan pemeriksaan mikrobiologis cairan keputihan dengan mikroskop atau dilakukan pembiakan (kultur) kuman.
- c. Bila penyebabnya mikroorganisme umumnya akan mendapat obat antibiotik injeksi (suntikan) dapat diulang atau diteruskan menggunakan obat minum. Kepatuhan meminum obat sangat diperlukan untuk mencegah perluasan penyakit.
- d. Selama kurun waktu tertentu selama masa pengobatan sebaiknya hubungan intim dihindari. Berapa lamanya tergantung berat ringannya penyakit dan kuman penyebab karena dapat menular kepada suami.

F. Pelayanan Intensif Maternal dan Neonatal

- 1. High Care Unit (HCU)
- 2. Intensive Care Unit (ICU)
- 3. Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

G. Pelayanan Penunjang Medik

1. Pelayanan darah

- a. Jenis pelayanan
 - 1) RS memberikan pelayanan transfusi darah untuk RS kelas C, dan bank darah untuk RS kelas B
 - 2) Bagi RS yang tidak memiliki fasilitas unit transfusi darah/ bank darah, akan membuat kerjasama dengan penyedia fasilitas tersebut
- b. Sumber daya manusia
 - 1) Dokter
 - 2) Paramedis Teknologi Transfusi Darah (PTTD)
 - 3) Tenaga administrator

- 4) Pekarya
- c. Kompetensi
 - 1) Mempunyai kemampuan manajemen pengelolaan transfusi darah dan bank darah di RS
 - 2) Mempunyai sertifikat pengetahuan dan ketrampilan tentang :
 - Transfusi darah
 - Penerimaan darah
 - Penyimpanan darah
 - Pemeriksaan golongan darah
 - Pemantapan mutu internal
 - Pencatatan, pelaporan, pelacakan dan dokumentasi
 - Kewaspadaan universal

2. Perawatan intensif

- a. Jenis pelayanan
 - 1) Pemantauan terapi cairan
 - 2) Pengawasan gawat napas/ ventilator
 - 3) Perawatan sepsis
- b. Sumber daya manusia
 - 1) Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan melakukan resusitasi jantung paru
 - 2) Dokter spesialis anestesiologi
- c. Kompetensi
 - 1) Pelayanan pengelolaan resusitasi segera untuk pasien gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek dan mempunyai peran memantau serta mencegah penyulit pada pasien medik dan bedah yang berisiko.
 - 2) Ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskuler sederhana.

3. Pencitraan

- a. Radiologi
- b. USG/ Maternal dan Neonatal

4. Laboratorium

- a. Pemeriksaan rutin darah, urin
- b. Kultur darah, urin, pus
- c. Kimia

BAB V

LOGISTIK

A. Manajemen logistic dirumah sakit Administrasi dan Pengelolaan

Pengelolaan Pelayanan maternal dan perinatal merupakan bagian integral dari unit pelayanan rumah sakit dan diatur agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat, adapun cakupan pelaksanaan Administrasi sebagai berikut :

1. Cakupan pelayanan ditentukan berdasarkan fungsi, local dan kemampuan rumah sakit
2. Bagian pelayanan kegiatan administrasi digambarkan dengan jelas dan dapat diketahui umum. Dalam bagan pelayanan administrasi harus tergambar tiga jalur system yaitu :
 - a. Alur Pelayanan Pasien
 - b. Alur Pencatat dan Pelaporan
 - c. Alur Keuangan

B. Ketiga jalur tersebut harus dijabarkan dalam prosedur tetap (Protap)

1. Bagian organisasi harus dapat mencerminkan hubungan kerja, wewenang dan tanggung jawab dari staf medis, perawat dan non perawat
2. Harus ada kepala/ manajer yang ditetapkan untuk bertanggung jawab atas pengelolaan pelayanan maternal dan perinatal
3. Protap penatalaksanaan pelayanan maternal dan perinatal dirumah sakit harus ada (SPM untuk ibu dan anak)

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

Dalam keadaan sehari-hari penanganan pasien gawat darurat maternal neonatal akan melibatkan pelayanan rumah sakit secara berjenjang. Rumah sakit harus dapat menangani kasus rujukan yang tidak mampu ditangani sesuai dengan sistem rujukan. Saat melakukan rujukan disesuaikan dengan panduan rujukan dengan prinsip keselamatan pasien, pembahasan kasus dibahas AMP bersama tim.

Dengan pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu. Apabila ibu mendapatkan pelayanan antenatal yang berkualitas maka komplikasi obstetrik yang tidak selalu dapat diramalkan dapat diketahui lebih dini dan segera mendapat pelayanan rujukan yang efektif. Sesuai dengan Sasaran Keselamatan Pasien maka dalam hal pengelolaan pelayanan obstetri neonatal emergency komprehensif maka standar pelayanan harus mengikuti

1. Pelayanan pemeriksaan antenatal, terdiri dari :

- a. Pemeriksaan antenatal
- b. Keluhan pada masa kehamilan
- c. Tanda-tanda bahaya kehamilan
- d. Persiapan persalinan Senam hamil
- e. Kursus pra persalinan
- f. Laktasi

2. Screening kehamilan resiko tinggi

Pasien yang telah teridentifikasi kehamilan resiko tinggi dilakukan penandaan berupa cap / stempel KRT pada sampul depan berkas rekam medis pasien dan dituliskan tanggal serta dilakukan pemantauan kerjasama dengan asisten dokter, bidan/ perawat di nurse station dan Personal Maternity Officer (PMO).

3. Keluarga berencana

Setiap pasien yang sudah melahirkan dianjurkan untuk mengikuti program pemerintah untuk mengatur jarak antara anak yang sebelumnya.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Sebagaimana kita ketahui bahwa pada pelayanan PONEK terutama pada kasus kehamilan dan persalinan petugas kemungkinan terpapar cairan tubuh pasien. Untuk mencegah terjadinya penularan dari pasien, maka perlu dibuat program tata cara pencegahan penularan dari pasien ke petugas atau perawat di instalasi rawat jalan ataupun instalasi rawat inap terutama petugas yang membantu di kamar bersalin dan ruang operasi

1. Ruang KIE di rawat jalan memenuhi standard ruangan yang sudah ditentukan.
2. Pengambilan darah di laboratorium, disesuaikan dengan standard ruangan.
3. Petugas laboratorium selalu memakai APD (masker, sarung tangan)
4. Bidan atau perawat yang membantu persalinan selalu menggunakan APD (topi, masker, google, handscoon, apron, sepatu boot)
5. Kamar bersalin dan kamar operasi ada set emergency untuk kegawat daruratan pada pasien kebidanan emergency
6. Kebersihan ruangan, dilakukan secara rutin dan terjadwal
7. Adanya pelaporan bila petugas kamar bersalin dan kamar operasi, IGD, Perina, PICU/NICU/ICU atau unit terkait pelayanan PONEK tertusuk jarum.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Untuk pengendalian mutu pelayanan, harus dibuat program kerja pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan. Antara lain dengan melakukan:

1. Audit Medik.
2. Pertemuan berkala secara formal dengan direktur rumah sakit dan komite medik/SMF.
3. Melakukan pelatihan kepada perawat atau bidan untuk memberikan pelayanan yang profesional kepada pasien.
4. Bekerja sama dengan petugas untuk melakukan skrining terhadap pasien yang mempunyai kehamilan resiko tinggi

BAB IX

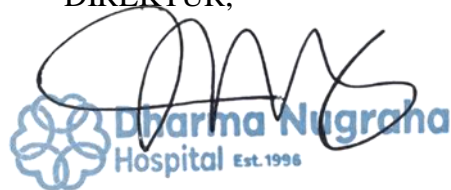
PENUTUP

Pedoman pelayanan PONEK merupakan bahan rujukan bagi rumah sakit dalam rangka pelayanan Maternal Neonatal komprehensif 24 jam. Pedoman ini disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit , dan akan disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi serta kebijakan dan peraturan program PONEK yang berlaku.

Keberhasilan pelaksanaan pelayanan PONEK di Rumah Sakit sangat bergantung pada komitmen dan kemampuan para penyelenggara pelayanan kesehatan serta dukungan stake holder terkait untuk mencapai hasil yang optimal.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 April 2023

DIREKTUR,

The image shows a handwritten signature in black ink over a blue logo. The logo consists of a stylized flower-like symbol on the left and the text "Dharma Nugraha Hospital Est. 1996" on the right. The signature is written in a cursive, flowing style.

dr. Agung Darmanto Sp.A