

Tetanus Neonatorum: Diagnosis dan Tatalaksana di Fasilitas Kesehatan Primer

Sistem Saraf • SKDI 3B

Course komprehensif tentang tetanus neonatorum untuk dokter muda tingkat 3B SKDI. Mencakup epidemiologi, patofisiologi, diagnosis berbasis klinis, protokol tatalaksana di puskesmas, serta indikasi rujukan yang tepat waktu. Dilengkapi contoh kasus dan panduan pencegahan.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan dan Dasar Tetanus Neonatorum

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi

Tetanus neonatorum adalah infeksi berat pada bayi <28 hari, disebabkan toksin tetanospasmin dari *Clostridium tetani*. Diagnosis murni klinis: kekakuan, kejang. Faktor risiko: ibu tanpa imunisasi TT, persalinan tidak bersih. Toksin menghambat pelepasan GABA dan glisin, menyebabkan aktivitas motorik berlebih. Portal masuk: tali pusat tidak steril. Tatalaksana: berikan HTIG 250-500 IU IM, segera. Vaksin DPT dapat diberikan bersamaan pada lokasi berbeda. Semua kasus harus dirujuk ke fasyankes dengan ICU neonatal.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Lesson 2: Faktor Risiko dan Patofisiologi

Faktor risiko: ibu tanpa imunisasi TT, persalinan tidak bersih. Patofisiologi: spora masuk luka tali pusat, menghasilkan tetanospasmin yang berikatan reseptor saraf motorik, bertransportasi ke SSP, menghambat GABA dan glisin. Akibat: neuron motorik alfa aktif tanpa hambatan, menyebabkan kekakuan dan kejang tonik. Jalur klinis: dari diagnosis ke tatalaksana melibatkan stabilisasi jalan napas, pemberian HTIG, vaksinasi, antibiotik, dan kontrol kejang. Komplikasi: gangguan napas, fraktur, kematian.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.3 Lesson 3: Manifestasi Klinis Tetanus Neonatorum

Onset hari ke-3-14 pasca lahir. Gejala awal: rewel, sulit menyusu. Lanjut: trismus, risus sardonicus, opisthotonus, kekakuan, hipertoni. Kejang tonik dipicu stimulasi ringan.

Diagnosis klinis: usia, riwayat persalinan, trismus, kekakuan, kejang. Diagnosis banding: sepsis, meningitis neonatal. Onset pendek (<5 hari) prediktor mortalitas tinggi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Tetanus Neonatorum

2.1 Lesson 1: Diagnosis Klinis Tetanus Neonatorum

Diagnosis klinis, tidak perlu tes konfirmatif. Anamnesis: riwayat persalinan, perawatan tali pusat, imunisasi ibu. Pemeriksaan fisik: trismus, kekakuan otot. Pemeriksaan penunjang untuk kondisi umum. Kriteria: bayi <28 hari, riwayat persalinan tidak bersih, trismus/kekakuan dengan kejang tonik, tidak ada diagnosis lain. Penilaian klinis sangat penting untuk pengambilan keputusan awal.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Lesson 2: Tatalaksana Tetanus Neonatorum

Tatalaksana: (1) Pengelolaan jalan napas, oksigen, lingkungan tenang. (2) HTIG 250-500 IU IM segera. Vaksin DPT 0,5 mL IM dapat diberikan bersamaan pada lokasi berbeda (misal paha berbeda). (3) Antibiotik: Metronidazol 20-30 mg/kgBB/hari dibagi 3-4 kali, 7-10 hari; untuk neonatus <2 kg, konsultasi ahli. (4) Kontrol kejang: Diazepam 0,1-0,3 mg/kgBB per dosis, maksimal 0,5-1 mg/kgBB/hari, dengan pemantauan depresi napas. (5) Nutrisi/hidrasi via NGT.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Lesson 3: Komplikasi, Prognosis, dan Kapan Merujuk

Komplikasi: aspirasi pneumonial, henti napas, gangguan kardiovaskular, fraktur. Prognosis: mortalitas 40-70% di negara berkembang. Indikasi rujukan: semua kasus harus dirujuk ke fasyankes dengan ICU neonatal. Rujukan segera jika kejang tidak terkontrol, henti napas, atau fasilitas tidak memadai. Sebelum rujukan: stabilkan, berikan HTIG, DPT bersamaan, metronidazol, diazepam sesuai dosis aman.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Studi Kasus dan Pendalaman Klinis

3.1 Lesson 1: Studi Kasus: Penatalaksanaan di Puskesmas

Studi Kasus: Bayi 5 hari, ibu tanpa TT. Tatalaksana: (1) Lingkungan tenang, oksigen. (2) HTIG 250 IU IM di paha kiri. (3) Vaksin DPT 0,5 mL IM di paha kanan, diberikan bersamaan dengan HTIG. (4) Metronidazol 20-30 mg/kgBB/hari via NGT, disesuaikan berat badan. (5) Diazepam rektal 0,1-0,2 mg/kgBB per dosis, maksimal 0,5-1 mg/kgBB/hari, dapat diulang setiap 4-6 jam. (6) NGT untuk ASI, cairan infus. Evaluasi untuk rujukan ke fasyankes dengan ICU neonatal.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Lesson 2: Isu Khusus, Pencegahan Komunitas, dan Simpulan

Isu Khusus: HTIG tidak ada, gunakan TAT dengan hati-hati; pada prematur, sesuaikan dosis. Perawatan luka tali pusat: jaga kebersihan, hindari bahan berbahaya, gunakan antiseptik sesuai pedoman untuk pencegahan infeksi sekunder. Pencegahan Komunitas: advokasi imunisasi TT ibu, edukasi perawatan tali pusat bersih, kampanye persalinan bersih, penguatan rujukan. Simpulan: diagnosis klinis, riwayat persalinan kunci, pencegahan lebih baik dari pengobatan, semua kasus dirujuk, lingkungan tenang penting.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.