

KARYA TULIS ILMIAH
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR
DENGAN ASFIKSIA SEDANG DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA

Disusun sebagai satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan Pada
Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura



Di susun oleh :

SUSANA ANACE RUATAKUREI

PO. 71. 24. 4. 08. 65

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2011

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul :

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR
DENGAN ASFIKSIA SEDANG DIRUANG PERINATOLOGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA**

Telah disetujui untuk dihadapkan kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura, Agustus 2011

Pembimbing I



Susana Ramandey. S. Sos. M.Kes
NIP. 19550924 197812 2 002

Pembimbing II

Nurul Afifah. S. Sit
NIP. 197712202008012012

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada :

Hari :

Tanggal :

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM, MPH

NIP. 19640419 198903 2 003
001

SEKRETARIS



Saaty Kadiwaru, S. ST

NIP. 19510101 197208 2

Tim Penguji :

1. Heni Voni Rerey, SKM, MPH (.....)

NIP. 19640419 198903 2 003

2. Saaty Kadiwaru, S. ST (.....)

NIP. 19510101 197208 2 001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO : JANGANLAH BERDOA MEMINTAH PEKERJAAN YANG SETIMPAL DENGAN KEKUATANMU, TETAPI BERDOALAH MEMINTAH KEKUATAN YANG SETIMPAL DENGAN PEKERJAAN YANG DI BERIKAN KEPADAMU.

JANGANLAH HENDAKNYA KAMU KUATIR TENTANG APAPUN JUGA, TETAPI NYATAKANLAH DALAM SEGALAH HAL KEINGINANMU KEPADA ALLAH DALAM DOA DAN PERMOHONAN DENGAN UCAPAN SYUKUR.

FILIPI 4:6

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembakan kepada :

1. TUHAN YESUS yang senantiasa memberikan berkat hikmat dan akal budi serta kesehatan selama di bangku pendidikan
2. Bapak dan Ibunda tercinta (Lukas Ruatakurei & Maria Duwiri) yang telah menopang dan membimbing serta senantiasa mendoakan-ku sampai saat ini aku bisa menjalani masa kuliah dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibunda tersayang (Dra.Welmintje Sapari, M.Kes) yang senantiasa mengajari dan membimbing-ku sampai saat ini aku bisa menjalani masa kuliah dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Kakak dan saudara-saudara ku yang aku sayangi terima kasih karena telah banyak membantuku dalam menyelesaikan segala sesuatu.
5. Buat saudara-saudaraku di asrama putri waropen yang selalu memberi motivasi dan selalu bersamaku baik suka dan duka.
6. Almamaterku yang kubanggakan dan kucintai Politeknik Kesehatan Jayapura.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Karya Tulis Ilmiah ini di ajukan sebagai salah satu syarat akademik untuk mengikuti ujian Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan terwujud tanpa bantuan dan bimbingan, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Isak JH. Tukayo, SKp, M.Sc selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku mantan ketua jurusan kebidanan/konsultan kebidanan.
3. Heni Voni Rerey, SKM, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
4. Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes, selaku Pembimbing I yang selalu setia membimbing dan mendampingi penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sampai akhir.
5. Nurul Afifah, S.Sit, selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran membimbing penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai.
6. Seluruh dosen jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
7. Bapak dan Ibunda tercinta serta kakak-kakak ku tersayang yang selalu dengan setia mendukung penulis dalam Doa dan materi sampai akhir penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Saudara-saudara ku di asrama putri Waropen

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah dan dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Jayapura, Agustus 2011

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat penelitian.....	5
BAB II LANDASAN TEORI.....	7
A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	7
B. Konsep Dasar Asfiksia.....	22
C. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan.....	33
BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAERAH BINAAN DAN TINJAUAN KASUS.....	40
A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus.....	40
B. Tinjauan Kasus.....	43
BAB VI PEMBAHASAN.....	57

BAB V PENUTUP.....	59
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Organisasi Kesehatan dunia atau *world Health Organization* (WHO) menyebutkan Bahwa sekitar 23% seluruh kematian neonatus disebabkan oleh asfiksia neonatorum dengan proporsi lahir mati yang besar . Afiksia neonaturum merupakan penyebab ketiga kematian setelah premature dan infeksi (Ariks,2006). Indonesia pada saat ini masih menghadapi berbagai kendala dalam pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) khususnya dalam bidang kesehatan. Hal ini tampak dari masih tingginya angka kematian neonatal. Menurut data survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Menyebutkan penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia, salah satunya afiksia (27%) yang merupakan penyebab kedua kematian bayi baru lahir setelah BBLR.

Asfiksia terjadi karena adanya gangguan pertukaran gas serta transport O₂ dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan O₂ dan dalam menghilangkan CO₂. Gangguan ini dapat berlangsung secara menahun akibat kondisi atau kelainan pada ibu selama kehamilan atau secara mendadak karena hal-hal yang di derita ibu dalam persalinan.penggolongan terjadinya kegagalan pernafasan adalah hipoksia ibu,gangguan aliran darah uterus, gangguan aliran darah tali pusat, depersi pernafasan karena obat-obat anastesia, trauma saat persalinan, dan kelainan congenital.(Wiknjosastro,2007)

Bila asfiksia neonaturum tidak di tangani dengan baik sesuai standar asuhan kebidanan, maka dapat mengganggu anak bahkan dapat menyebabkan keatian.komplikasi-komplikasi yang akan terjadi seperti *odema otak, perdarahan otak, anuria dan oligouri, hiperbilirubin, kejang dan koma*.(Mansjoer,2009)

Dalam upaya menurunkan angka kematian bayi, berbagai upaya yang dinilai mempunyai dampak yang paling besar, terhadap kematian tersebut adalah dengan peningkatan pengetahuan kemampuan Ibu dalam memeriksa kehamilannya secara teratur, memperbaiki gizi ibu hamil, serta perawatan bayi baru lahir terutama bayi premature, Pemberian asi, pemberrian maknan tambahan yang bergizi dan pemberian imunisasi untuk meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit-penyakit tertentu. Menurut Data yang di peroleh di rumah sakit umum Abepura ruangan perinatologi pada tahun 2011 jumlah bayi yang dirawat berjumlah 601 orang dengan jumlah kasus afiksia berjumlah 235 orang (39,1 %).

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk mengkaji masalah di RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA dan menuangkan dalam bentuk “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum” untuk dijadikan karya tulis ilmiah.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura?
2. Bagaimana menginterpretasikan data untuk menegaskan diagnosa pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura?
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa potensial pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura?
4. Bagaimana menentukan tindakan segera pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura?
5. Bagaimana membuat perencanaan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura?
6. Bagaimana melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir dengan afiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura?
7. Bagaimana melakukan evaluasi tindakan asuhan kebidanan yang telah diberikan pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia di ruang perinatologi RSUD Abepura?

8. Bagaimana melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura ?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat menerapkan manajemen asuhan kebidanan yang tepat pada masalah Bayi Baru Lahir dengan afiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian terhadap Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.
- b. Menginterpretasikan data untuk menegaskan diagnose pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.
- c. Mengidentifikasi diagnosa potensial pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.
- d. Menentukan tindakan segera pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.
- e. Membuat perencanaan tindakan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.

- f. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.
- g. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.
- h. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum di ruang perinatologi RSUD Abepura.

D. Manfaat

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

- a. Sebagai Bahan masukan dalam pelaksanaan dan dalam rencana strategi pelayanan di tahun-tahun yang akan datang.
- b. Asuhan kebidanan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pelayanan kesehatan ibu dan bayi sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama mencegah terjadinya masalah potensial.

2. Bagi Institusi Pendidikan

- Menambah bahan kepustakaan mengenai asuhan kebidanan sehingga dapat membantu dalam pembuatan karya tulis ilmiah.

3. Bagi Penulis

- Dapat menambah pengetahuan dan ketrampilan dalam asuhan kebidanan khususnya Bayi Baru Lahir dengan asfiksia neonaturum.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

1. Definisi

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran, dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat. menurut Saifudin, (2002).

2. Karakteristik

Bayi baru lahir normal mempunyai berat badan lahir 2500 – 4000 gram, panjang badan lahir 48 – 52 cm, lingkar dada 30 -38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, bunyi detak jantung dalam menit –menit pertama kira – kira 100 -180 x/menit. Warna kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan *subkutaneus* cukup terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*, rambut *lanugo* tidak terlihat, kuku agak panjang dan lemas, *genitalia* pada wanita (labia mayor menutupi labia minor) dan pada laki – laki *testis* sudah turun (Saiffudin, 2006 hal 203).

Periode *neonatal* berlangsung segera bayi lahir sampai usia 28 hari. Pada aktivitas motorik aktif yang dilakukan bayi adalah menangis, oleh karena rasa tidak nyaman dan lapar. Tangis yang normal adalah kuat dan keras, tidak lemah atau nyaring, kekuatan dan pola menangis tergantung

pada penyebab dan sejenis bahasa yang dapat dimengerti oleh orang tua. Pada keadaan tidur tenang bayi jarang bergerak dan bernafas lambat serta teratur.

3. Aspek – Aspek Penting Dari Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

1. Jagalah bayi tetap kering dan hangat
2. Usahakan adanya kontak kulit antara ibu dan bayinya sesegera mungkin (Asuhan Persalinan Normal, 2007 hal 98).

4. Refleks Pada Bayi

1. Reflek pelindung

a. Reflek moro

Adalah rangsangan mendadak menyebabkan lengan terangkat keatas dan ke bawah, terkejut dan rileksasi dengan lambat, timbul saat lahir sampai umur 6 bulan.

b. Tonick neck (tonus leher)

Reflek kepala, lengan dan tungkai mengarah kesalah satu sisi relaksasi dengan lambat timbul saat lahir sampai umur 3 – 4 bulan.

c. Graps reflek (menggenggam)

Adalah bayi menggenggam setiap benda diletakkan ke dalam tangan cukup kuat menyebabkan tubuhnya terangkat, timbul saat lahir sampai 3 - 4 bulan.

d. Reflek berkedip (*Glabeller / Myerson's*)

Bayi baru lahir akan mengejapkan mata pada 4 – 5 ketukan pertama. Ketukan pada dahi, batang hidung atau maksila bayi baru lahir yang matanya sedang terbuka.

2. Reflek makan

a. Rooting reflek (reflek mencari puting)

Timbul saat lahir sampai umur 3 - 4 bulan

b. Sukling reflek (reflek menghisap)

Timbul saat lahir sampai umur 3 – 4 bulan.

c. Swallowing reflek (reflek menelan)

Timbul saat lahir sampai mati.

3. Reflek babynski

Jari – jari menekuk kebawah saat jari – jari pemeriksa menyentuh pada pangkal jari kaki. Respon ini berkurang pada usia 8 bulan (Bobak, dkk,2005).

5. Ciri-Ciri Bayi Normal

1. Berat badan 2500-4000 gram
2. Panjang badan > 45cm
3. Lingkar dada 30 – 38 cm
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm
5. Bunyi jantung pada menit pertama kira 180 x/m kemudian menurun sampai 120- 140 x/m.
6. Pernapasan pada menit pertama 80 x/m kemudian menurun 40 x/m

7. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup terbentuk dan dilapisi vernix caseosa.
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut dan kepala telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia : labia mayora telah menutupi labia minora (pada perempuan) testis sudah turun (pada laki-laki).
11. Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflex moro sudah baik
13. Graff reflex sudah baik
14. Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama. Mekonium berwarna hitam kecoklatan.
15. Hepar : fungsi belum sempurna
16. Kelenjar Endokrin : Hormon ibu kadang masih berpengaruh
17. Kekebalan : respon imunologi masih imatur, sehingga daya tahan tubuh masih lemah
18. Hari pertama kadang-kadang ekstremitas cyanosis
19. Hari kedua dan ketiga ikterus positif, menghilang pada hari ketujuh sampai sepuluh
20. Apgar score 7 – 10

6. Perubahan – Perubahan Yang Terjadi Setelah Kelahiran

Perubahan – perubahan yang terjadi setelah kelahiran (Saifuddin, 2006 hal 205) adalah sebagai berikut :

1. System kardiovaskuler

Foramen ovale, *duktus arteriosus* dan *duktus venosus* menutup. *Arteri umbilicus*, *vena umbilicus* dan *arteri hepatica* menjadi ligamen. Naas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru – paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner, sehingga darah paru mengalir. Tekanan arteri *pulmoner* menurun dan menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah *pulmoner* kembali meningkat jantung dan masuk jantung bagian kiri, sehingga tekanan dalam atrium kiri meningkat dan menyebabkan *foramen ovale* menutup. Bila tekanan PO₂ dalam darah arteri mencapai sekitar 50 mmHg, *duktus arteriosus* akan konstiksi (PO₂ janin = 27 mmHg). Kemudian *duktus arteriosus* menutup dan menjadi sebuah *ligamentum*. Tindakan mengklemp dan memotong tali pusat membuat *arteri umbilikal*, *vena umbilikal* dan *duktus venosus* segera menutup dan berubah menjadi ligament.

2. System hematopoiesis

Saat bayi lahir, nilai rata – rata *hemoglobin*, *hematokrit* dan sel darah lebih tinggi dari normal orang dewasa. *Hemoglobin* bayi baru lahir berkisar antara 1,5 sampai 22,5 g/dl. *Hematokrit* bervariasi dari 44% sampai 72 % dan hitung sel darah merah berkisar antara 5 sampai 7,5 juta / mm³. Secara berturut – turut, hemoglobin dan hitung sel darah merah menurun sampai mencapai kadar rata – rata 11 sampai 17 g/dl dan 4,2 sampai 5,2/mm³ pada akhir bulan pertama.

Leukosit janin dengan nilai hitung sel darah putih sekitar 18.000/mm³ merupakan nilai normal saat bayi lahir. Jumlah *leukosit* janin, yang sebagian besar terdiri dari *polimorf* ini, meningkat menjadi 23.000 sampai 24.000/mm³ pada hari pertama setelah bayi lahir.

3. System pernafasan

Tarikan nafas pertama terjadi disebabkan oleh reflek yang dipicu oleh perubahan Tekanan, pendinginan, bunyi, cahaya dan sensasi lain yang berkaitan dengan proses kelahiran. Selain itu *kemoreseptor* di *aorta* dan badan *carotid* menginisiatifkan reflek neurologis ketika tekanan oksigen arteri menurun dari 80 menjadi 15 mmHg, tekanan karbondioksida arteri meningkat dari 40 menjadi 70 mmHg dan Ph arteri menurun sampai dibawah 7,35. Setelah pernapasan mulai berfungsi, napas menjadi dangkal dan tidak teratur, bervariasi dari 30 sampai 60 kali per menit.

4. System ginjal

Pada bayi baru lahir, sejumlah kecil urine terdapat dalam kandung kemih tetapi bayi baru lahir mungkin tidak mengeluarkan selama 12 jam sampai 24 jam. Bahkan sering terjadi setelah periode ini. Berkemih 6 sampai 10 kali dengan warna urine pucat menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya, bayi cukup bulan mengeluarkan urine 15 sampai 60 ml kilogram per hari.

5. System Cerna

Bayi baru lahir melakukan tiga sampai enam isapan kecil setiap kali mengisap. Pada bayi baru lahir cukup bulan, isapan lebih lama efisien, berlangsung hanya beberapa jam setelah bayi lahir. Bayi baru lahir tidak mampu memindahkan makanan dari bibir kefarang, sehingga putting susu (atau botol susu) harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi. Aktivitas peristaltic esophagus belum dikoordinasi selam beberapa hari pertama kehidupan. Namun, dengan cepat akan menjadi pola yang terkoordinasi pada bayi normal dan mereka mampu menelann dengan mudah. Kapasitas lambung bervariasi dari 30 sampai 90 ml, tergantung pada ukuran bayi.waktu pengosongan lambung sangat bervariasi. Beberapa faktor, seperti waktu pemberian makanan dan volume makanan, jenis dan suhu makanan, serta stress psikis dapat mempengaruhi waktu pengosongan lambung.

Saat lahir, usus bayi bagian bawah penuh dengan mekonium. Mekonium yang dibentuk selama janin dalam kandungan berasal dari cairan amnion dan unsur – unsurnya, dari sekresi usus dan dari sel – sel mukosa. Mekonium pertama yang keluar steril, tetapi beberapa jam kemudian semua mekonium yang keluar mengandung bakteri. Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selam minggu pertama dan jumlah paling banyak antara hari ketiga dan keenam. Feses transisi (kecil – kecil, berwarna coklat sampai hijau akibat

adanya mekonium) dikeluarkan sejak hari ketiga sampai keenam. Tinja dari bayi yang disusui lebih lunak, berwarna kuning emas, dan tidak mengiritasi kulit bayi yang minum susu botol berbentuk, tetapi tetap lunak berwarna kuning pucat dan memiliki bau yang khas.

6. System Hepatica

Hiperbilirubinemia fisiologis *bilirubin* adalah pigmen kuning yang berasal dari *hemoglobin* yang terlepas saat pemecahan sel darah merah dan *mioglobin* didalam sel otot. Ikterik neonatus terjadi akibat hal – hal dibawah ini :

- a. Bayi baru lahir memiliki produksi bilirubin dengan kecepatan produksi yang lebih tinggi. Jumlah sel darah merah janin per kilogram berat badannya lebih besar dari pada orang dewasa. Umur sel darah merah janin lebih pendek, 40 sampai 90 hari dibanding 120 hari pada orang dewasa.
- b. Terdapat cukup banyak *reabsorpsi bilirubin* pada usus halus neonatus.

7. System Imun

Selama tiga bulan pertama kehidupan, bayi dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibu. Barrier alami, seperti keasaman lambung atau produksi pepsin dan tripsin, yang tetap mempertahankan kesterilan usus halus, belum berkembang dengan baik sampai tiga atau empat minggu. Bayi yang menyusui mendapat kekebalan pasif dari

kolostrum dan ASI. Tingkat proteksi bervariasi tergantung pada usia dan kematangan bayi serta imunitas yang dimiliki ibu.

8. System Integument

Bayi yang cukup bulan memiliki kulit kemerahan (merah daging) beberapa jam setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki sedikit terlihat *sianotik*. Warna kebiruan ini, *akrosianosis*, disebabkan oleh ketidakstabilan *vasomotor*, *stasis kapiler*, dari kadar *hemoglobin* yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara dan bertahan selama 7 sampai 10 hari terutama bila terpajan pada udara dingin. Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak subkutan yang berakumulasi selama trimester akhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh retensi cairan. *Lanugo* halus dapat terlihat diwajah, bahu dan punggung. Edema wajah dan *ekimosis* (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan *forsep*.

9. System Reproduksi

a. Wanita

Peningkatan kadar estrogen selama masa hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan *mukoid* atau kadang – kadang, pengeluaran bercak darah melalui vagina (*pseudomenstruasi*). Genitalia eksterna biasanya edematosa disertai pigmentasi yang lebih banyak. Pada

bayi baru lahir cukup bulan, labia mayora dan minora menutup di *vestibulum*. Pada bayi *premature*, *klitoris* menonjol dan labia mayora kecil dan terbuka.

b. Pria

Testis turun kedalam skrotum pada 90% bayi baru lahir laki – laki. Walaupun presentasi ini menurun pada kelahiran premature, pada usia satu tahun insiden testis tidak turun pada semua anak laki – laki berjumlah kurang dari 1%. *Prepusium* yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama tiga sampai empat tahun. Terdapat *rugae* yang melapisi kantong *skrotum*. *Hidrokel* (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya akan mengecil tanpa pengobatan.

7. Tahap Pengkajian (perbandingan bayi dengan standar normal)

a. Periode I. Reaktifitas I (30 menit pertama dengan standar normal)

1. Bayi kadang-kadang berjaga dengan mata terbuka, memberikan respon terhadap stimulasi, mmengisap dengan semangat, menangis, R:82-180x/m.
2. Bising usus aktif, pusat fulnus mengikuti fase awal reaktifitas berlangsung 2 – 24 jam, suhu tubuh, pernafasan, denyut jantung turun.

b. Periode I. Raktifitas I (30 menit pertama dengan standar normal)

Bunyi bangun dari tidur nyenyak, denyut jantung dan RR meningkat, refleks graff aktif, mengeluarkan mekonium, urin, mengisap, periode ini berakhir ketika pernafasan berkurang.

c. Periode I Stabilisasi (12-14)

Setelah lahir lebih muda untuk tidur dan bangun, tanda-tanda vital stabil, kulit berwarna kemerahan.

8. Pengkajian Tahap Periodic (masing-masing sistim tubuh)

1. Sistem pernafasan : Respirasi rate
2. Sistem gastro intestinal : BAB, Muntah
3. Sistim Urinaria traek : Kencing
4. Sistim saraf : Refleks-refleks dikaji ulang
5. Perawatan anjuran
6. Pemberian makanan bayi (ASI diberikan 30 menit setelah lahir)
7. Kulit : warna, apakah ada pertumbuhan jaringan atau benjolan
8. Anus : pastikan ada lubangnya
9. Refleks :
 - a. Refleks mata :
 1. Pupil mengecil bila diberi cahaya
 2. Bola mata bergerak dari kanan dan ke kiri (Do'ols eye : seperti mamboulu)

b. Roting refleks (+) : refleks mengisap

Bila kita menyentuh daerah sekitar mulut, bayi akan membuka mulutnya.

c. Graff Refleks (+) : Refleks menggenggam

Bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka menggenggam dengan kuat.

d. Babinski refleks (+)

Pada anggota gerak bawah telapak kaki bila digaruk-garuk maka terjadi dorsa fleksi (ibu jari seperti membengkok).

e. Moro Refleks (+) : Refleks emosional

Bila diangkat seolah-olah mengangkat tubuh pada orang yang mendekapnya, bila pindah posisi punggungnya akan dilengkungkan kepala keatas.

9. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera setelah sudah lahir ialah :

a. Membersihkan jalan nafas

b. Memotong dan merawat tali pusat :

1. Segera potong $\pm$ 5 cm (4 jari). Jangan di tekuk waktu mengikat tali pusat
2. Rawat dengan alcohol 70% atau betadine 10%
3. Pembalut diganti setiap hari atau setiap kali basah, atau kotor.

c. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus di catat.

d. Pencegahan Infeksi

1. Pemberian obat tetes/salf mata :

- a. Segera setelah lahir sampai dengan 5 jam
- b. Mencegah GO dipakai Nitras Argentil 1% tetes
- c. Mencegah klamidia dipakai salf mata tetracycline
- d. Pencegahan perdarahan

2. Pemberian vitamin K

- a. Semua BBL normal/cukup bulan diberi 0,2 ml/im
- b. Bayi resti diberikan parental 0,5 mg/im diberi dalam 1 jam setelah lahir
- c. Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan ditempat bersalin yang peralinannya mungkin lebih dari satu pesalinan, maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.

e. Pemantauan Bayi Baru Lahir

1. Dua jam pertama sesudah lahir
 - a. Kemampuan mengisap kuat atau lemah
 - b. Bayi tampak aktif atau lunglai
 - c. Bayi kemerahan atau biru

f. Sebelum penolong meninggalkan ibu dan bayinya

Dilakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti :

1. Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
2. Gangguan pernafasan
3. Hypotermia
4. Infeksi
5. Cacat bawaan dari trauma lahir.

g. Rawat Gabung (rooming – in)

Adalah suatu system perawatan dimana bayi serta ibu dirawat dalam satu ruang, dalam pelaksanaannya bayi harus selalu berada disamping ibu sejak segera setelah dilahirkan sampai pulang.

Tujuan Rawat gabung :

- a. Bantuan emosional
- b. Penggunaan air susu ibu
- c. Pencegahan infeksi
- d. Pendidikan kesehatan

10. Tanda – Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/menit
 2. Kehangatan terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ (hypotermi) dapat menyebabkan syok dan kejang atau terlalu dingin *hypotermi* (kedinginan) $< 36,5^{\circ}\text{C}$ dapat menyebabkan distress pernafasan
 3. Reflek pada bayi
 - a. Reflek pelindung
 - 1) Reflek *suckling* lemah atau kuat
 - 2) *Tonick neck* reflek lemah atau kuat
 - 3) *Graph reflek* lemah atau kuat
 - 4) Reflek berkedip baik atau tidak
 - b. Reflek makan
 - 1) Reflek *moro* lemah atau kuat
 - 2) Reflek *rooting* lemah atau kuat
 - 3) Reflek *swallowing* lemah an kuat
 - 4) Reflek *babynski* lemah an kuat
- (Saifuddin, 2006 hal 207)

B. KOSEP DASAR ASFIKSIA

1. Definisi

Menurut manuaba,(2010 :421) Asfiksia adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O_2 dan makin meningkatkan CO_2 yang menimbulkan akibat buruk lebih lanjut. Menurut Wiknjosastr, (1999) afiksia ialah dimana bayi tidak dapat segera

bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Menurut modul Askep IV Patologi (2009) asfiksia adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. Menurut Hutchinson (1967) afiksia adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Menurut Sarwono (2007) afiksia adalah keadaan bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa asfiksia neonaturum adalah suatu keadaan yang di alami oleh bayi baru lahir yang mengalami kegagalan bernafas oleh karena hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan factor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir.

2. Etiologi

Afiksia terjadi karena adanya gangguan pertukaran gas serta transport O₂ dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan O₂ dan dalam menghilangkan CO₂. Gangguan ini dapat berlangsung secara menahun akibat kondisi atau kelainan pada ibu selama kehamilan, atau secara mendadak karena hal-hal yang diderita ibu dalam persalinan. Penggolongan penyebab terjadinya kegagalan pernafasan bayi terdiri dari :

1. Faktor Ibu

- a. Hipoksia Ibu, hal ini akan menimbulkan hipoksia janin. Hipoksia ibu dapat terjadi karena hipoventilasi akibat pemberian obat analgetik atau anestesi dalam.
- b. Gangguan aliran darah Uterus
Mengurangnya aliran darah pada uterus akan menyebabkan berkurangnya pengairan O₂ ke plasenta dan janin. Hal ini sering di temukan pada Kasus-kasus :
 1. Gagguan kontraksi uterus, misalnya: hipertensi, hipotoni/ tetani uterus akibat penyakit atau obat.
 2. Hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan.
 3. Hipotensi pada penyakit eklamsia.

2. Faktor Janin

- a. Gangguan aliran darah dalam tali pusat karena tekanan tali pusat.
- b. Depresi pernafasan karena obat-obat anastesia / analgetika yang diberikan kepada ibu.
- c. Trauma yang terjadi pada persalinan, misalnya : perdarahan intracranial.
- d. Kelainan congenital, misalnya : hernia diafragma, atresia saluran pernafasan, hipoplasia paru, (Wiknjosasto,2007).

3. Klasifikasi

Aspek yang paling penting dalam mengidentifikasi bayi dengan asfiksia neonaturum adalah menilai bayi 60 detik setelah lahir, sehingga dapat menentukan tindakan yang akan di lakukan dan akhirnya melaksanakan tindakan (Sarwono,2007). Menilai bayi dengan menggunakan apgar (Virginia apgar 1953) apgar score.apgar 1953-1958.

a. Apgar Score

Apgar score di kembangkan oleh Virginia apgar pada tahun 1953, yaitu :

1. Menghitung frekuensi jantung.
2. Melihat usaha bernfas.
3. Menilai tonus otot.
4. Menilai reflex rangsangan.
5. Memperhatikan warna kulit.

Derajat asfiksia di nilai dengan cara menjumlahkan score yang di nilai kumpulan dari 5 (lima) criteria. Penilaian ini di laksanakan segera setelah bayi baru lahir berusia 1 menit penilaian ini tidak perlu menunggu sampai tali pusat di ikat / di potong. Kemudian penilaian berikutnya 5 menit dan 10 menit kemudian tujuan utama penilaian apgar untuk menilai keberhasilan tindakan resusitas.

b. Di dalam asfiksia di kenal tiga tahap yaitu :

1. Vigorous baby atau asfiksia ringan,apgar score dalam hal ini baby di anggap sehat,tidak memerlukan tindakan istimewa.

2. Mild-moderate asfiksia (asfiksia sedang), apgar score 4-6, pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100 kali/menit, tonus otot kurang baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada.
3. Asfiksia berat, apgar score 0-3 pada pemeriksaan fisik di temukan frekuensi jantung kurang dari 100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat dan kadang-kadang pucat, reflex iritabilitas tidak ada.

4. Gambaran Klinis

Saat di lahirkan bayi biasanya aktif dan segera sesudah tali pusat di jepit bayi langsung menangis sehingga merangsang pernafasan. denyut jantung akan menjadi stabil dengan cepat. Kondisi ini dapat di catat atau menjadi patokan saat anamneses dengan menemukan ibu yang mempunyai permasalahan atau adanya tanda-tanda kelainan pada kehamilan tersebut misalnya ibu dengan ketuban pecah dini, kelainan letak dan sebagainya. Kondisi ini dapat langsung di nilai atau di lihat pada saat bayi baru lahir dengan gejala-gejala atau tanda-tanda asfiksia. (JNPK-KR, 2007) yaitu :

- a. Tidak bernafas atau megap-megap atau pernafasan lambat (kurang dari 30 kali permenit).
- b. Pernafasan tidak teratur, dengkur atau retraksi
- c. Tangisan lemah atau merintih
- d. Warna kulit biru atau pucat

- e. Tonus otot lemah atau ekstremitas terkulai
- f. Denyut jantung tidak ada atau lambat (bradikardi) kurang dari 100 kali per menit

5. Patofilogis

Pernafasan spontan BBL tergantung pada kondisi janin pada masa kehamilan dan persalinan. Bila terdapat gangguan pertukaran gas atau pengangkutan O₂ selama kehamilan atau persalinan akan terjadi asfiksia yang lebih berat. Keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan bilah tidak teratasi akan menyebabkan kematian. afiksia yang terjadi dimulai suatu periode apnu di sertai dengan penurunan frekuensi. Pada penderita efiksia berat, usaha bernafas tidak tampak dan bayi selanjutnya berada dalam periode apnu kedua. Pada tingkat ini terjadi bradikardi dan penurunan TD. Pada afiksia terjadi pula gangguan metabolisme dan perubahan keseimbangan asam basah pada tubuh bayi. Pada tingkat pertama hanya terjadi asidosis respioratorik. Bila berlanjut dalam tubuh bayi akan terjadi proses metabolisme anaerobic yang berupa glikolisis glikogen tubuh, sehingga glikogen tubuh terutama pada jantung dan hati akan berkurang. Pada tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovakular yang di sebabkan oleh beberapa keadaan diantaranya :

1. Hilangnya sumber glikogen dalam jantung akan mempengaruhi fungsi jantung.

2. Terjadinya asosidosis metabolic yang akan menimbulkan kelemahan otot jantung.
3. Pengisian udara elveolus yang kurang adekuat akan mengakibatkan tetap tinggalnya resistensi pembuluh darah paru sehingga sirkulasi darah ke paru dan ke system sirkulasi tubuh lain akan mengalami gangguan. (Rustam 1998).

6. Diagnosa

Afiksia yang terjadi pada bayi biasanya merupakan kelanjutan dari anoksia/hipoksia janin. Diagnosis anoksia / hipoksia janin dapat dibuat dalam persalinan dengan di temukannya tanda-tanda gawat janin. Tiga hal yang perlu mendapat perhatian yaitu :

1. Denyut jantung janin

Peningkatan kecepatan denyut jantung umumnya tidak banyak artinya, akan tetapi frekwensi turun sampai ke bawah 100 kali per menit di luar his, dan lebih-lebih jika tidak teratur, hal itu merupakan tanda bahaya.

2. Mekonium Dalam air Ketubah

Mekonium pada presentasi sungsang tidak ada artinya, akan tetapi pada presentasi kepala mungkin menunjukkan gangguan oksigenisasi dan harus di waspadai. Adanya mekonium dalam air ketuba pada presentasi kepala dapat merupakan indikasi

untuk mengakhiri persalinan bila hal itu dapat di lakukan dengan mudah.

3. Pemeriksaan pH darah janin

Dengan menggunakan amnioskop yang di masukan lewat serviks di buat sayatan kecil pada kulit janin, dan diambil contoh darah janin. Darah ini di periksa pH-nya. Adanya asidosis mengakibatkan turunnya pH. Apabila pH itu turun sampai dibawah 7,2 hal itu dianggap sebagai tanda bahaya gawat janin mungkin di sertai afiksia.(Sarwono,2007)

7. Komplikasi

Bayi baru lahir dalam keadaan asfiksia tidak dapat bernafas sendiri atau spontan, pernafasan buatan atau tindakan ventilasi dengan tekanan positif (vtp) dan oksigen sangat di perlukan untuk memulai pernafasan. Namun dalam memberikan tindakan perlu tenaga yang terampil sehingga tidak terjadi hal-hal yang nantinya membahayakan pasien atau bayi, misalnya odema otak, perdarahan otak, anuria dan oligouri, hyperbilirubinnemia, kejang, koma.(Mansjoer,2009)

8. Pencegahan

Asfiksia pada bayi baru lahir dapat di cegah, maka sebaiknya di lakukan tindakan pencegahan sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan selama kehamilan secara teratur yang berkualitas

- b. Meningkatkan status nutrisi ibu
- c. Menejemen persalinan yang baik dan benar
- d. Melaksanakan pelayanan neonatal esensial terutama dengan melakukan resusitasi yang baik dan benar sesuai standar.(Modul Askeb IV patologi,2009)

9. Penatalaksanaan

Tindakan Yang di lakukan pada bayi lazim di sebut resusitasi BBL.

Sebelum resusitasi di kerjakan perlu di perhatikan bahwa :

1. Faktor waktu sangat penting
2. Kerusakan yang timbul pada bayi akibat anoksia / hipoksia antenatal tidak dapat di perbaiki, tetapi kerusakan yang akan terjadi karena anoksia / hipoksia pascanatal harus di cegah dan diatasi.
3. Riwayat kehamilan dan partus akan memberikan keterangan yang jelas tentang factor penyebab terjadinya depresi pernafasan pada BBL.
4. Penilaian BBL perlu di kenal baik, agar resusitasi yang dilakukan dapat dipilih dan di tentukan secara adekuat.

Prinsip Dasar Resusitasi

1. Memberikan lingkungan yang baik pada bayi dan mengusahakan saluran pernafasan bebas serta merangsang timbulnya pernafasan.

2. Memberi bantuan pernafasan secara efektif pada bayi yang menunjukkan usaha bernafas lemah.
3. Melakukan koreksi terhadap asidosis yang terjadi.
4. Menjaga agar sirkulasi tetap baik .

Persiapan Alat Resusitasi

Sebelum menolong persalinan, selain persalinan, siapkan juga alat-alat resusitasi dalam keadaan siap pakai, yaitu :

1. 2 helai kain / handok
2. Bahan ganjal bahu bayi. Bahan ganjal dapat berupa kain, kaos, salendang, handuk kecil, digulung setinggi 5 cm dan udah disesuaikan untuk mengatur posisi kepala bayi.
3. Alat penghisap lender dee lee atau bola karet
4. Tabung dan sungkup atau bola dan sungkup neonatal.
5. Kotak alat resusitasi.
6. Jam atau alat pencatat waktu.(wiknjosastro 2007).

Langkah-langkah Resusitasi

1. Letakan bayi di lingkungan yang hangat kemudian keringkat tubuh bayi dan selimuti tubuh bayi untuk mengurangi evaporasi.
2. Sisikan kain yang basah kemudian tidurkan bayi terlentang pada alas yang datar.
3. Ganjal bahu dengan kain setinggi 1 cm (snifing positor).

4. Hisap lendir dengan penghisap lendir de lee dari mulut, apabila mulut sudah bersih kemudian lanjutkan ke hidung.
5. lakukan rangsangan taktil dengan cara menyentil telapak kaki bayi dan mengusap-usap punggung bayi.
6. Nilai pernafasan, jika nafas spontan lakukan penilaian denyut jantung selama 6 detik, hasil kalikan 10. Denyut jantung > 100 x/m, nilai warna kulit jika merah atau seanosis perfer lakukan observasi, apabila biru berikan oksigen. Denyut jantung 100 x/m lakukan ventilasi tekanan positif. Jika pernafasan sulit (megap-megap) lakukan ventilasi tekanan positif.
7. Ventilasi tekanan positif / ppv dengan memberikan O_2 100% melalui ambubang atau masker, masker harus menutupi hidung dan mulut tetapi tidak menutupi mata, jika tidak ada ambubang beri bantuan dari mulut ke mulut, kecepatan ppv 40-60 x/m.
8. Setelah 30 detik lakukan penilaian denyut jantung selama 6 detik, hasil kalikan 10. Jika 100 hentikan bantu nafas, observasi nafas spontan. Jika 60-100 ada peningkatan denyut jantung teruskan pemberian ppv. Dan jika 60-100 dan tidak ada peningkatan denyut jantung, lakukan ppv di sertai kompresi jantung. tapi jika < 10 x/m, lakukan ppv di sertai kopresi jantung.
9. Kopresi jantung.
10. Lakukan penilaian denyut jantung setiap 30 detik setelah kompresi dada.
11. Denyut jantung 80 x/m kompresi jantung di hetikan, lakukan ppv sampai denyut jantung > 100 x/m dan bayi dapat nafas spontan.

12. Jika denyut jantung 0 atau < 10 x/m, lakukan pemberian obat epinefrin 1 :
10.000 dosis 0,2-0,3 ml / kg berat badan secara intravena.
13. Lakukan penilaian denyut jantung janin, jika > 100 x/m hentikan obat.
14. Jika denyut jantung < 80 x/m ulangi pemberian epinefrin sesuai dosis di atas setiap 3-5 menit.
15. Lakukan penilaian denyut jantung, jika denyut jantung tetap atau tidak respon terhadap di atas dan tanpa ada hiporolemi beri bikarbonat dengan dosis 2 mg/kg berat badan secara intravena selama 2 menit. (Wiknjosastro, 2007).

C. KONSEP DASAR MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

1. Definisi

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan - penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengngambil suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2003).

Penatalaksanaan Kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dngan pengumpulan data dasar dang berakhir dngan evaluasi. Langkah - langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bias diaplikasikan dalam smua situasi. Akan tetapi sikap langkah tersebut bias di pecah - pecahkan kedalam tugas – tugas tertentu dan smuanya bervariasi sesuai dngan kondisi klien (Varney, 2003).

2. Proses Manajemen

Proses Manajemen Kebidanan menurut (Varney,2003) adlah sebagai berikut :

a. Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat darisemua yang berkaitan dngan kondisi klien. Untuk meperole data dapat dilakukan dngan cara yaitu anamnesa,pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan dan pemeriksaan tanda – tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Varney,2003).

Langkah ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjunya, sehingga dalam pendekatan ini harus yang yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi/masukan klien yang sebenarnya dan valid.

b. Langkah II Indentifikasi Diagnos atau Masalah

Data dasar yang sudah interpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena maslah tidak dapat di definisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkn penanganan. Masalah sering

berkaitan dengan hal – hal yang sedang di alami wanita yang di identifikasikan oleh bidan sesuai dngan pengkajian.

Diagnosa Keidanan adalah diaknosa yang ditegakan bidan dalam lingkup praktek kebidanan

- c. Langkah III Mengidentifikasikan diagnose atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah di identifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan di lakukan pencegahan di harapkan bidan dapat waspada dan bersiap – siap mencegah diagnose atau maslah potensial ini benar – benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam melakukan manajemen kebidanan yang aman.

Bidan di tuntut untuk mampu mengantisipasi masalah potnsial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akn terjadi tetapi juga merumuskan tindakn antisipasi agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi.

- d. Langkah IV Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau di tangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Mencemirkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan beberapa data mungkin mengidentifikasikan situasi yang

gawat dimana bidan harus segera untu kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak. Situasi lainnya bias saja tidak merupakn kegawatan tetapi memerlukan konsultasi dan kolaborasi dengan dokter. Tindakan segera dapat dilakukan secra mandiri, kolaborasi atau rujukan.

e. Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini di rencanakan asuhan yang menyeluruh di tentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan pelaksanan terhadap masalah/diagnose telah di identifikasikan atau di antisipasikan untuk dapat membrikan tindakan yang tepat dan efektif, Perlu di rencanakan sesuai denan kondisi klien, baik sat itu maupun masalah potensial yang di timbulkannya.

f. Langkah VI Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisiensi Dan Aman

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim keshatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap bertanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya seta peningkatan mutu atau asuhan klien.

g. Langkah VII Evaluasi

Evaluasi untuk menilai keefektifan dari asuhan yang suda di brikan dengan pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaan.

3. Pendokumentasian

a. Definisi

Dokumentasi adalah suatu system pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan semua kegiatan yang di lakukan oleh petugas kesehatan.(Diktat Dokumentasi Kebidanan,2009).

b. Tujuan Dokumentasi

1. Mempunyai aspek legal
2. Sebagai alat komunikasi antara tim kesehatan.
3. Mempunyai aspek financial / ekonomi
4. Bermanfaat untuk materi penelitian
5. Mempunyai aspek etika, jaminan mutu.

c. Manfaat Dokumentasi

1. Sebagai dokumen yang sah
2. Sebagai sarana komunikasi antara tenaga kesehatan
3. Sebagai dokumen yang berharga untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi pasien.
4. Sebagai sumber data yang peninting untuk penelitian dan pendidikan.
5. Sebagai suatu sarana bidan dalam perannya sebagai pembela (advacate) pasien(Diktat Dokumentasi Kebidanan,2009)

d. Sistem Pencatatan

Ada macam-macam system pencatatan antara lain :

1. Model naratif

2. Model orientasi masalah (SOAP, SOAPIE, SOAPIER)
3. Model PIE / APIE
4. Model focus
5. Cara pencatatan dengan D.A.R

e. Proses Pendokumentasian

1. S (data subjektif)

Menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I varney (Saminem,2010)

2. O (data objektif)

Menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang di rumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney.(saminem,2010)

3. A (assessment)

Menggambarakan dokumentasi hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

- a. Diagnose / Masalah
- b. Antisipasi diagnose / kemungkinan masalah
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi / kolaborasi, dan perujukan sebagai langkah 2, 3, dan 4 varney (saminem,2010)

4. P (planning / perencanaan)

Menggambarkan dokumentasi tingkatan implementasi (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan pengkajian langkah 5, 6, 7 varney (saminem, 2010)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

1. Analisa Tipe Dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Abepura termasuk tipe c Dengan Peraturan Daerah Nomor : 8 tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri dan surat keputusan Nomor : 78 Tahun 1998 pada tanggal 5 mei 1998 dan selanjutnya di undang-undang dengan lembaran daerah provinsi DATI I Irian Jaya Nomor : 163, 13 juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit, maka di susul dengan pengisian jawaban structural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu Rumah Sakit milik pemerintah, Rumah Sakit Umum Daerah bergerak di bidang Non-Komersial. Rumah Sakit Umum Daerah Abepura memiliki 162 kapasitas tempat tidur, dengan beberapa ruang rawat inap yakni : bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan, dan perinatologi, ruang IUC, VIP, dan ruang kelas.

Tercapai criteria sebagai Rumah Sakit Type C dapat di lihat dari beberapa persyaratan administrasi, sasaran penunjang lain dan jumlah tenaga termasuk tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

2. Wewenang

a. Tugas pokok

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

b. Fungsi

1. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan Non-Medis
2. Menyelenggarakan pelayanan medis
3. Menyelenggarakan pelayanan dan Asuhan keperawatan
4. Menyelenggarakan pelayanan dan rujukan
5. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
6. Menyelenggarakan administrasi dan keuangan

3. Struktur Organisasi Dan Ketenagaan

a. Struktur Organisasi

1. Direktur
2. Seksi keperawatan
3. Seksi pelayanan
4. Sub.Bagian
5. Sub.seksi
6. Urusan
7. Instalasi kebidanan
8. Komite medis dan staf medis fungsional.

b. Ketenagaan

1. Medis : 34 orang

2. Paramedis : 134 orang

3. Non medis : 37 orang

4. Perinatologi

Ruang perinatologi RSUD Abepura di khususkan untuk merwat Bayi Baru Lahir sampai umur 28 hari yang bermasalah patologi antar lain : Bayi premature, serotinus, ikterus, forceps, vakum ekstrasi, Sc, BBLR, infeksi neonaturum, ketuban pecah dini dan sebagainya dengan jumlah tenga yang ada adalah sebagai berikut

a. Medis : 1 orang

b. Paramedis : 16 orang

c. Non medis : 1 orang

Dalam menunjang tugas pelayannya ruang perinatologi di lengkapi dengan sarana yang cukup memadai yaitu

a. Boks : 11 buah

b. Incubator : 5 buah

c. Meja resusitasi : 3 buah

d. Lampu ultra violet : 2 buah

e. Sylm seher : 1 buah

f. Tabung oksigen : 8 buah

g. Sungkup : 1 buah

h. Timbangan bayi : 1 buah

i. Fasilitas lain : tidak ada

B. Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Dengan Asfiksia Ringan

Tanggal pengkajian : 20 juni 2011

Tempat : Ruang perinatologi RSUD ABEPURA

Oleh : Mahasiswa D-III Kebidanan Susan.A. Ruatakurei

LANGKAH I : PENGKAJIAN**1. DATA SUBJEKTIF****A. Identitas bayi**

Anak ke : II
Nama bayi : By Ny "E.B"
Tgl lahir : 20-6-2011
BB lahir : 2900 gram
PB lahir : 48 cm
Lingkar kepala : 33 cm
Lingkar dada : 31 cm
Lingkar perut : 30 cm
Jenis kelamin : perempuan

B. Identitas orang tua

Nama ibu : NY E.B
Umur : 26 tahun
Agama : Kristen Katolik
Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT
 Suku/bangsa : Timor
 Alamat : Kotaraja Dalam

 Nama ayah : Tn.A.G
 Umur : 28 tahun
 Agama : Kristen Katolik
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : sopir
 Suku / bangsa : Timor
 Alamat : Kotaraja Dalam

C. Keadaan waktu lahir

1. Usia kehamilan : 38-39 minggu
2. Jenis persalinan : sc
3. Riwayat Persalinan : indikasi Post sc 1 x karena kesempitan panggul/cpd
4. Letak bayi waktu lahir : kepala
5. Apgar score : 6/8
6. Penolong persalinan : Dokter
7. Tempat persalinan : RS. Abepura
8. Therapy / tindakan :
 - a. Bebaskan jalan nafas
 - b. Rangsangan taktil

c. Lap dan keringkan

d. Rawat tali pusat

e. Injeksi vit K

f. Berikan zalf mata

D. Keadaan kesehatan sekarang

1. Minum : baik
2. Muntah : tidak ada
3. Istirahat : baik
4. BAB : positif bercampur meconium
5. BAK : positif
6. Keamanan : di rawat di ruang bayi

II. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : sedang
- b. Kulit : kemerahan
- c. TTV
 1. Jantung : 100 x/m
 2. Pernafasan : 68 x/m
 3. Suhu badan : 36,0 oC
- d. Kepala
 1. Bentuk : simetris
 2. Ubun-ubun besar : cembung

3. Ubun-ubun kecil : tidak ada
4. Caput : tidak ada
5. Cephal hematoma : tidak ada
6. Sutura : normal
7. Luka di kepala : tidak ada

e. Mata

1. Bentuk : simetris kanan dan kiri
2. Kebersihan : bersih
3. Perdarahan : tidak terdapat perdarahan
4. Bulu mata : ada

f. Hidung

1. Bentuk : simetris
2. Cuping hidung : ada
3. Pengeluaran : tidak ada

g. Mulut

1. Bentuk : simetris
2. Palatum : normal
3. Saliva : normal
4. Bibir : tidak ada labia skisis
5. Gusi : merah
6. Lidah : bersih

h. Telinga

1. Bentuk : simetris

2. Daun telinga : ada, kanan dan kiri
 3. Lubang telinga : ada, kanan dan kiri
 4. Pengeluaran : tidak ada
- i. Leher : simetris, tidak ada kelainan
- j. Dada
1. Bentuk : simetris, kanan dan kiri
 2. Pergerakan : bergerak saat bernafas
 3. Bunyi nafas : nafas lambat teratur
 4. Bunyi jantung : teratur, frekuensi 100 x/m
- k. Perut
1. Bentuk : simetris
 2. Bising usus : teratur
 3. Kelainan : tidak ada kelainan
- l. Tali pusat
1. Warna : putih, masi basah
 2. Perdarahan : tidak ada perdarahan
 3. Kebersihan : bersih
 4. Kelainan : tidak ada
- m. Kulit
1. Warna : kemerahan dan ekstremitas biru
 2. Turgor : (+) ada
 3. Lanugo : ada
 4. Vernik kaseosa : ada

- 5. Kelainan : tidak ada kelainan
- n. Punggung dan bokong : normal
- o. Ekstremitas
 - 1. Tangan : simetris kanan dan kiri
 - 2. Kaki : simetris kanan dan kiri
 - 3. Gerakan : ada
 - 4. Kuku : lengkap
 - 5. Bentuk kaki : lurus
 - 6. Bentuk tangan : lurus
 - 7. Kelainan : tidak ada kelainan
- p. Ano-Genitalia : normal
- q. Reflex mencari / mengisap / menelan : positif

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : bayi baru lahir secara sc, cukup bulan dengan asfiksi sedang

DS : -

DO :

- 1. Keadaan Umum : Sedang
- 2. Warna Kulit : Kemerahan dan Ekstremitas biru
- 3. Tali Pusat : Masih basah
- 4. BB : 2900 gram
- 5. PB : 48 cm
- 6. Lingkar kepala : 33 cm

7. Lingkar dada : 31 cm
8. Lingkar perut : 30 cm
9. Jenis kelamin : perempuan
10. Apgar score : 6/8
11. Gerakan : sedang
12. Tgl lahir : 20-6-2011
13. Jenis persalinan : section caesarea

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadinya asfiksia berat
2. Potensial terjadinya hypothermia
3. Potensial terjadinya infeksi tali pusat
4. Potensial terjadinya pendarahan intrakranial

Dasar :

- a. Ekstremitas bayi terlihat biru
- b. Suhu tubuh 36° C
- c. Tali pusat masi basah

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

1. Lap dan keringkan
2. Bebaskan jalan nafas
3. Injek vit k
4. Rawat tali pusat

5. Zalf mata
6. Pasang O₂ 1-2 liter/ menit
7. Kolaborasi dengan dokter

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Cegah kehilangan panas
 - a. Bungkus bayi dengan kain di atas perut ibu potong dan ikat tali pusat
 - b. Hidupkan radian warmer untuk menghangatkan bagian dada bayi dengan meletakan bayi terlentang di bawa alat pemancar panas. Alat pemancar panas perlu di sisipkan sebelumnya agar kasur tempat di letakan bayi juga hangat.
2. Lakukan pembebasan jalan nafas
3. Lakukan rangsangan taktil
4. Lakukan penilaian bayi.
5. Lakukan perawatan tali pusat
6. Pakaikan pakaian bayi, sarung tangan,kaus kaki dan topi.
7. Beri injeksi vit K 0,2 dan beri zalf mata oxytetracylin
8. Timbang berat badan, ukur panjang badan,lingkar kepala, lingkar dada,lingkar perut.
9. Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
10. Beri minum PASI 15-20 cc melalui dot

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

1. Mencegah kehilangan panas
 - a. Bungkus bayi dengan kain di atas perut ibu potong dan ikat tali pusat
 - b. Hidupkan radian warmer untuk menghangatkan bagian dada bayi dengan meletakkan bayi terlentang di bawa alat pemancar panas. Alat pemancar panas perlu di sisipkan sebelumnya agar kasur tempat di letakan bayi juga hangat.
2. Melakukan pembebasan jalan nafas
3. Melakukan rangsangan taktil
4. Melakukan perawatan tali pusat
5. Memakaikan pakaian bayi, sarung tangan kaus, kaki dan topi
6. Memberikan injeksi vit K 0,2 dan memberikan zalf mata oxytetracylin
7. Menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut.
8. Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
9. Memberikan minum PASI 15-20 cc melalui dot.

LANGKAH VII : EVALUASI

1. Tindakan pencegahan kehilangan panas telah di lakukan
2. Pembebasan jalan nafas telah di lakukan dan bayi telah bernafas spontan
3. Rangsangan taktil telah di lakukan, reaksinya bayi menagis spontan punggung telah di usap kea rah atas
4. Perwatan tali pusat bayi telah di lakukan menggunakan kasa steril.

5. Bayi sudah memakai pakaian bayi, sarung tangan, kaus kaki dan topi.
6. Bayi sudah di beri injeksi vit K 0,2 Mg IM dan zalf mata oxytetracylin 0,3 %, Amoxsan syrup 2 tetes / oral
7. Sudah menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, Dan lingkar lengan atas
8. Sudah di lakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
9. Bayi sudah di berikan minum PASI 15-20 cc melalui dot

ASUHAN KEBIDANAN HARI KE DUA

Tanggal pengkajian : 21-6-2011

Tempat : Ruang Perinatologi Abepura

Oleh : Mhs.D-III Kebidanan Susan.A. Ruatakurei

SUBJEKTIF : -

OBJEKTIF :

1. Keadaan umum : baik
2. Tanda-tanda vital : R : 44 x/m SB : 37°C Nadi : 110 x/m
3. Reflex
 - a. Rooting : positif
 - b. Sucking : positif
 - c. Swallowing : positif
4. Warna kulit kemerahan

5. Tali pusat terawat baik dan masi basah
6. Perut bayi tidak kembung
7. Bayi tidak muntah
8. Eliminasi
 - a. BAB : 3 x/hari
 - b. BAK : 8 x/ hari
9. Gerakan aktif

ASSESSMENT

1. Diagnosa : Bayi Ny "E.B" 2 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan
pasca asfiksia sedang

2. Masalah Potensial

- a. Potensial terjadinya infeksi tali pusat

Dasar :

1. Suhu tubuh 37°C
2. Nafas baik
3. Tali pusat masih basah

3. Tindakan Segera

Tidak ada

PLANNING

Tgl 21-6-2011 jam : 10 : 00

1. Mengobservasi tanda-tanda vital : suhu badan 37 °C, respirasi 44 x/m
Nadi 90 x/m

2. Memandikan bayi dengan air hangat
3. Merawat tali pusat dengan kasa steril
4. Mengkaji reflex isap
5. Menggantikan popok bayi bila basah
6. Memantau BAB dan BAK
7. Memberikan bayi minum obat amoxsan syrup 2 tts / oral
8. Mengajari ibu cara menyusui yang baik

ASUHAN KEBIDANAN HARI KETIGA

Tgl : 22-6-2011 Jam : 11 : 05 oleh : Mhs.D-III Kebidanan Susan.A. Ruatakurei

SUBJEKTIF : -

OBJEKTIF :

1. Keadaan umum : baik
2. Tanda-tanda vital : R : 44 x/m SB : 36,5 ° C Nadi : 130 x/m
3. Gerakan aktif
4. Tidak sianosis
5. Reflex isap kuat
6. Tali pusat masih basah
7. Tidak muntah
8. ASI / PASI 210 cc / hari

ASSESSMENT

1. Diagnosa : By Ny "E.B" umur tiga hari, cukup bulan, pasca asfiksia sedang

2. Masalah Potensial

Potensial terjadinya infeksi tali pusat

3. Tindakan segera

Tidak ada

PLANNING

Tgl : 22-6-2011 jam : 11 : 05

1. Mengobservasi tanda-tanda vital
2. Memandikan bayi dengan air hangat
3. Merawat tali pusat bayi dengan kasa steril.
4. Mengkaji reflex isap dan menelan
5. Memberi penyuluhan tentang perawatan lanjutan di rumah kepada orang tua
6. Memberi minum obat antibiotic amoxsan 2 tts / oral
7. Memberitahukan tanda-tanda bahaya pada bayi
8. Menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol ulang ke RS / puskesmas terdekat
9. Reflex isap baik, ASI cukup
10. Ibu mengatakan sudah mengerti dan menerima penjelasan dari petugas.
11. Ibu dan bayi boleh pulang dan dianjurkan kontrol ulang 1 minggu lagi di polik anak, RS atau puskesmas terdekat.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang masalah yang penulis temukan selama pengkajian dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi "E.B" dengan asfiksia ringan di ruang Perinatologi RSUD ABEPURA selama tiga hari, kasus ini di pengaruhi oleh faktor obat-obatan anastesi sehingga menyebabkan terjadinya asfiksia sedang pada bayi baru lahir dengan nilai apgar score yang renda yaitu : menit I , A/S 6 dan menit 5 A/S 8 penangan pada bayi "Ernesta.B" dalam bentuk manajemen asuhan kebidanan menurut varney.

Pada bayi baru lahir dengan asfiksia sedang masih berpotensi menjadi asfiksia berat bila penangan kurang tepat atau terlambat, misalnya berpotensi kekurangan oksigen, hypotermi dan gangguan nutrisi. Untuk itu menegakkan diagnosa aktual dan potensial harus tepat. Diagnosa aktual hari pertama yaitu : bayi baru lahir, secara sc, cukup bulan, lingkaran belakang kepala dengan asfiksia sedang. Hari 2 : bayi baru lahir umur dua hari, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, pasca asfiksia sedang . Hari ke 3 : yaitu bayi baru lahir, umur tiga hari, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, pasca asfiksia sedang.

Sedangkan pada tindakan segera kasus bayi "Ernesta . B" adalah bebaskan jalan nafas dan hangatkan bayi dalam inkubator. Ini untuk memperbaiki keadaan umum secara keseluruhan. Dalam perencanaan komprehensif mengacu pada diagnose aktual dan diagnose potensial baik kemandirian bidan maupun kolaborasi dapat di rencanakan sesuai kondisi. Penulis memprioritaskan

penanggulangan terhadap hipotermi, pembebasan jalan nafas, kebutuhan oksigenasi dan monitoring tanda-tanda vital, aktifitas warna kulit, kejang serta memperhatikan kebutuhan nutrisinya, implementasi mengacu pada perencanaan selama tiga hari dan di lakukan evaluasi sesaat pemberian tindakan, telah di laksanakan dengan baik sesuai fasilitas yang ada sehingga semuanya dapat di implementasikan dengan baik.

Evaluasi pada kondisi perawatan kasus bayi “Ernesta .B” dengan asfiksia sedang, selama tiga hari tentang pemenuhan kebutuhan dapat terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnose yang telah teridentifikasi, dan dapat terlaksana secara efektif dan tidak terdapat komplikasi.

BAB V

PENUTUP

1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan pada bayi “Ernesta .B” dengan kasus asfiksia sedang Rumah Sakit Umum Daerah Abepura, mulai tanggal 20 juni 2011 s/d 22 juni, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Setiap kasus pada bayi dengan asfiksia sedang, bila dilakukan pengkajian yang sistematis dan maka penanganannya dapat berlangsung dengan baik di mana dapat memberi pelayanan terbaik, maka manajemen kebidanan dalam bentuk asuhan kebidanan merupakan metode yang tepat dalam memecahkan masalah klien.
2. Pelayanan yang baik tidak terlepas dari pemahaman teoritis maupun ketrampilan tenaga yang memberi pelayanan. Untuk itu bidan dituntut untuk lebih profesional di dalam menangani kasus kebidanan.
3. Selain pemahaman teoritis dan ketrampilan tenaga maka fasilitas penunjang seperti alat-alat atau instrument yang diperlukan bagi suatu tindakan kebidanan, sangat diperlukan.
4. Bayi “E.B” sebagai pasien dengan kasus asfiksia neonatorum dapat diberi pelayanan menurut penulis cukup baik, masalah pasien dapat teratasi dan klien boleh pulang pada hari ke-3, sesuai dengan hasil pemeriksaan dokter bahwa tidak ada komplikasi sehingga boleh pulang.

2. Saran

1. Rumah sakit

- a. Teknik septik dan antiseptik sudah terlaksana dengan baik, bagi petugas kesehatan diharapkan untuk mempertahankan atau meningkatkan mutu teknik tersebut.
- b. Mutu pelayanan dan pengobatan lebih ditingkatkan agar pelayanan puskesmas / rumah sakit dapat berjalan dengan baik.
- c. Dapat memberi kesempatan para bidan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keterampilan, melalui pendidikan D-III kebidanan agar lebih professional.

2. Klien

Agar menghindari hal-hal yang dapat memperburuk kondisi klien dengan memperhatikan pola makan dan minum, istirahat yang cukup, minum obat yang teratur, dan mengusahakan untuk selalu mengontrol kesehatan selalu ke RS terdekat apabila ada keluhan.

3. Pendidikan

Manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan asfiksia sedang, agar dapat menjadi wacana dan bahan pelajaran yang lebih mendalam, selain itu menjadi tambahan kepustakaan serta acuan untuk penelitian selanjutnya.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA

JURUSAN KEBIDANAN

Jln. Padang bulan II Jayapura, Telp/Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Susana Anace Ruatakurey

NIM : PO.71.24.4.08.65

Dosen pembimbing I : Susana Raman dey, S.Sos, M.Kes

Dosen pembimbing II :

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	TTD Dosen Pembimbing
Kamis 28/07-2011	Bab. I -	Bab. I. Revisi	f.
Jumat 29/07-2011	Bab. I - II -	Bab. I. acc Bab. II. Revisi	d
30/07-2011	Bab. II, III -	Bab. II. acc Bab. III. Revisi	f
17/08-2011	Bab. III, IV, V -	Bab. III acc Bab. IV, V. Revisi	f.
18/08-2011	Bab. III, V -	Bab. III, V. Revisi Bab. IV, V. acc	f.



KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA

JURUSAN KEBIDANAN

Jln. Padang bulan II Jayapura, Telp/Fax (0967) 588983

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Susana Anace Ruatakurey

NIM : PO.71.24.4.08.65

Dosen pembimbing I :

Dosen pembimbing II : NURUL AFIFAH, S.SIT

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	TTD Dosen Pembimbing
30/6 - 2011	Bab I & II	Bab I dan II Revisi	
6/7 - 2011	Revisi Bab I & II	Bab I dan II Revisi	
9/7 - 2011	Revisi Bab I & II - Bab III	Bab I & II acc Bab III Revisi	

DAFTAR PUSTAKA

- Hassan Rusopno,dkk, 2007. *Ilmu Kesehatan Anak*,FKUI, Jakarta.
- JNPK-KR/POGI,2007. *Buku Acuan Persalinan Normal*, Jakarta.
- JNPK-KR, 2008.*Buku Acuan Persalinan Normal*, Jakarta.
- Mansjoer, 2009. *Kapita Selekta Kedokteran* edisi 3 jilid 2.EGC, Jakarta
- Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*
Edisi 2.EGC, Jakarta
- Paulette, 2007. *Asuhan Neonatus Rujukan Cepat*. EGC, Jakarta
- Prawirohardjo,2007. *Ilmu kebidanan*. YBP Sarwono prawirohardjo, Jakarta
- Saaty K, 2009. *Modul Askeb IV Patologi*, Jayapura
- Saifudin, 2006. A. B. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Penerbit YBP.SP, Jakarta.
- Saminem, 2010. *Dokumentasi Auhan Kebidanan Konsep dan Praktek*, EGC, Jakarta
- Varney,H, 2003.*Buku Ajaran Kebidanan* Edisi 4 Volume 2, EGC, Jakarta
- Wiknjosastro, 2007, *pelatihan pelayanan Obstetri Neonatal Emergensity Dasar*.
Pelatihan PONEK, Surabaya