

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH-KMK-DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ABEPURA

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



OLEH :

YENIVI ANDERZOOM IMAP
NIM. PO.71.24.4.09.103

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ABEPURA”.

Telah mendapat Persetujuan Pembimbing dan dapat diajukan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 26 Juli 2011

Pembimbing I



Susana Ramandey, S.Sos., M.Kes
NIP. 19550924 1978 12 2002

Pembimbing II



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

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 : Kamis
Tanggal : 18 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



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

SEKRETARIS



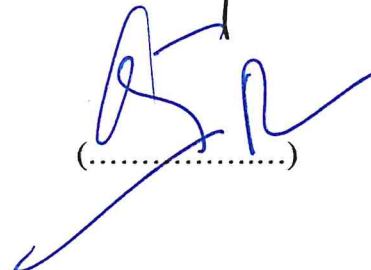
Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

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 :

Jadikan setiap hidupmu penuh arti bagi orang lain yang membutuhkanmu

(Bidan Yenivi, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Kedua orang tuaku tersayang yang selalu mendukungku dalam doa.
2. Suamiku tercinta (Agustinus Montayop) dan Anakku yang tersayang (Theodorus) yang memberikan motivasi dan membuatku merasa sangat berarti menjadi seorang ibu.
3. Keluarga besarku yang selalu mendukungku.
4. Rekan – rekan mahasiswa Tugas Belajar Angkatan 2009 Jurusan Kebidanan yang kucintai dan kusayangi yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
5. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Karena berkah dan anugrah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Kasus yang Penulis angkat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD Abepura”.

Untuk menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Isak JH. Tukayo, S.Kp., NS Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku Konsultan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
3. Heni Voni Rerey, SKM., MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura sekaligus sebagai pembimbing I atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Saaty Kadiwaru, S.ST selaku pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
6. Direktur RSUD Abepura khususnya di ruang perinatologi yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada Penulis untuk melakukan Asuhan kebidanan.

7. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Dengan segala kerendahan hati, Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari segi penyusunan masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan. Untuk itu kiritik dan saran sangatlah Penulis harapkan demi perbaikan ke depan.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari Penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa, selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup ini ke depan.

Jayapura, 18 Agustus 2011

Penulis,

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut WHO (2008), memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau bersalin. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010 angka kematian ibu 228/100.000 hal ini disebabkan oleh partus lama (37%), KPD (17%), perdarahan (9%), infeksi (7%), eklampsia (2%), dan lain – lain (28%). Sedangkan angka kematian bayi (AKB) 0 – 6 hari 34/100 kelahiran hidup yang disebabkan asfiksia (36,9%), prematuritas (32,4%), sepsis (12%), hipotermi (6,8%), ikterus (6,6%), 7 – 8 hari; sepsis (20,5%) kelainan kongenital (18,1%), pneumonia (15,4%), prematuritas dan BBLR (12,8%).

Angka kematian ibu di Papua sebesar 362/100.000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian bayi sebanyak 41/1000 kelahiran hidup. Tahun 2008 kelahiran dengan BBLR *prevalensi* tertinggi adalah Propinsi Papua 27 % dan Papua Barat 23% sedangkan angka kematian Ibu melahirkan di Papua 396 per 100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi 52 per 1.000 kelahiran hidup disebabkan karena BBLR 29%, *asfiksia* 13%, Tetanus 10%, masalah pemberian makan 10%, infeksi 6%, gangguan *hematologik* 5% dan lain-lain 27% (Profil Dinkes Papua, 2009).

Berat badan lahir rendah merupakan salah satu faktor terpenting kematian Neonatal dan juga sebagai *determinan* yang cukup bermakna bagi

kematian bayi dan balita penyebab kematian BBLR antara lain adalah *prematuritas*, infeksi, *asfiksia* pemberian ASI yang kurang adekuat. (Manuaba, 2010).

Penyebab kematian BBLR yang tinggi terutama di sebabkan oleh seringnya di jumpai kelainan komplikasi neonatal seperti *asfiksia*, aspirasi pneumonia, perdarahan intrakranial, dan *Hiperbilirubinemia*. bila bayi diselamatkan kadang-kadang dijumpai kelainan pada saraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ (*identify quantity*) yang rendah, dan gangguan lainnya (Prawirohardjo, 2008).

Untuk menghindari terjadinya kegawatdaruratan pada bayi lahir dengan BBLR adalah dengan perawatan dengan menjaga pengaturan suhu tubuh bayi, karena mudah kehilangan panas tubuh dengan membungkus tubuh bayi dengan selimut atau perawatan dalam inkubator. Pemberian makanan bayi, karena pencernaan belum matang, serta mencegah terjadinya infeksi akibat daya tahan tubuh yang masih lemah (Manuaba, 2010).

Berdasarkan data Rekam Medis yang di peroleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Abepura bulan Januari sampai Desember 2010 frekuensi bayi di ruang Perinatologi berjumlah 1266, sedangkan angka kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah sebanyak 295 (23,3 %) bayi.

Mengacu pada latar belakang yang ada, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD Abepura” secara komprehensif, sehingga diharapkan dengan penanganan manajemen asuhan kebidanan yang tepat dapat menurunkan angka kematian bayi.

B. RUMUSAN MASALAH

Dari latar belakang diatas, maka penulis dapat membuat rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian data bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
2. Bagaimana menganalisis data dasar pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa masalah potensial pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
4. Bagaimana melakukan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
5. Bagaimana merencanakan asuhan kebidanan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
6. Bagaimana melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif berdasarkan rencana asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
7. Bagaiaman melakukan evaluasi pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?
8. Bagaimana mendokumentasikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura ?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan umum

Penulis mampu melaksanakan manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR secara tepat dan benar.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian data pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- b. Menginterpretasi data dasar pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- c. Mengidentifikasi diagnosa potensial pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- d. Melakukan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- e. Merencanakan asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- g. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura
- h. Mendokumentasikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Abepura

D. MANFAAT PENULISAN

Adapun manfaat penulisan dari karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Rumah Sakit

Agar asuhan kebidanan yang diberikan dapat merupakan sumbangan pikiran dalam melaksanakan tugas pelayanan di RSUD Abepura khususnya di ruang perinatologi.

2. Institusi pendidikan

Asuhan kebidanan ini dapat menambah referensi bagi mahasiswa khususnya jurusan kebidanan yang membutuhkan di Politeknik Kesehatan Jayapura.

3. Pihak penulis

Agar dengan melakukan asuhan kebidanan ini, dapat menambah dan meningkatkan pengetahuan penulis.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR (BBL) NORMAL

1. Definisi

Bayi baru lahir (*neonatus*) adalah bayi, dari lahir sampai usia empat minggu lahir biasanya dengan usia *gestasi* 38-42 minggu. Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran (Wiknjosastro, 2008).

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 *subkutan* cukup terbentuk dan diliputi *verniks kaseosa*, rambut *lanugo* tidak terlihat, kuku agak panjang dan lemas, *genetalia* pada wanita (*labia* mayor menutupi *labia* minor) dan pada laki-laki *testis* sudah turun (Saifuddin, 2006).

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. Periode bayi baru lahir

a. Periode I : Reaktifitas (30 menit pertama setelah lahir)

Bayi terjaga dengan mata terbuka, memberikan respon terhadap stimulus dan mempunyai kemampuan menghisap yang sangat tinggi.

b. Periode II : Reaktifitas (2 – 5 jam)

Bayi bangun dari tidur yang nyenyak, denyut jantung dan pernafasan naik, pengeluaran *mekoneum*, *urine* dan menghisap.

c. Periode III : Stabilisasi (12 – 24 jam)

Kulit kemerahan dan hangat.

4. Reflek pada bayi

a. Reflek pelindung

1) Reflek *moro*

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

2) *Tonick neck reflek* (*tonus* leher)

Reflek kepala, lengan dan tungkai mengarah ke salah satu sisi relaksasi dengan lambat timbul saat lahir sampai umur tiga sampai empat bulan.

3) *Graps reflek* (menggenggam)

Adalah bayi menggenggam setiap benda diletakkan ke dalam tangan cukup kuat menyebabkan tubuhnya terangkat, timbul saat lahir sampai usia tiga sampai empat bulan.

4) *Reflek berkedip (Glabellar/Myerson's)*

Bayi baru lahir akan mengejapkan mata pada empat sampai lima ketukan pertama. Ketukan pada dahi, batang hidung atau maksila bayi baru lahir yang matanya sedang terbuka.

b. Reflek makan

1) *Rooting reflek* (reflek mencari puting)

Timbul saat lahir sampai umur 3-4 bulan.

2) *Suckling reflek* (reflek menghisap)

Timbul saat lahir sampai umur 3-4 bulan.

3) *Swallowing reflek* (reflek menelan)

Timbul saat lahir sampai mati.

c. *Reflek babynski*

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

5. Perubahan-Perubahan yang terjadi setelah kelahiran

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

a. Sistem kardiovaskuler

Foramen ovale, *duktus arteriosus* dan *duktus venosus* menutup. *Arteri umbilikalis*, *vena umbilikalis* 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 ke jantung dan masuk ke jantung bagian kiri, sehingga tekanan dalam *atrium* kiri meningkat dan menyebabkan *foramen ovale* menutup. Bila tekanan PO_2 dalam darah *arteri* mencapai sekitar 50 mmHg, *duktus arteriosus* akan *konstriksi* (PO_2 janin = 27 mmHg). Kemudian *duktus arteriosus* menutup dan menjadi sebuah *ligamentum*. Tindakan mengklem dan memotong tali pusat membuat *arteri umbilikal*, *vena umbilikal* dan *duktus venosus* segera menutup dan berubah menjadi *ligamen*.

b. Sistem *hematopoiesis*

Saat bayi lahir, nilai rata-rata *hemoglobin*, *hematokrit* dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. *Hemoglobin* bayi baru lahir berkisar antara 14,5 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.

c. Sistem pernafasan

Tarikan napas 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 *karotid* 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.

d. Sistem 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. Berkemih sering terjadi setelah periode ini. Berkemih 6 sampai 10 kali dengan warna *urine* pucat menunjukkan masukkan cairan yang cukup. Umumnya, bayi cukup bulan mengeluarkan *urine* 15 sampai 60 ml per kilogram per hari.

e. Sistem cerna

Bayi baru lahir melakukan tiga sampai empat isapan kecil setiap kali menghisap. Pada bayi baru lahir cukup bulan, isapan lebih lama dan efisien, berlangsung hanya beberapa jam setelah bayi lahir. Bayi baru lahir tidak mampu memindahkan makanan dari bibir ke *faring*, sehingga puting susu (atau botol susu) harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi. Aktivitas *peristaltik esofagus* belum dikoordinasi selama beberapa hari pertama kehidupan. Namun, dengan cepat akan menjadi pola yang terkoordinasi pada bayi normal dan mereka mampu menelan 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 stres 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 selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah 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 dengan konsistensi tetap lunak dan tidak berbentuk. Tinja dari bayi yang minum susu botol berbentuk, tetapi tetap lunak berwarna kuning pucat dan memiliki bau yang khas.

f. Sistem hepatika

Hiperbilirubinemia fisiologis bilirubin adalah *pigmen* kuning yang berasal dari *hemoglobin* yang terlepas saat pemecahan sel darah merah dan *mioglobin* di dalam sel otot. *Iktik neonatus* terjadi akibat hal-hal di bawah ini :

- 1) 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.

2) Terdapat cukup banyak *reabsorpsi bilirubin* pada usus halus *neonatus*.

g. Sistem imun

Selama tiga bulan pertama kehidupan, bayi dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibu. *Barrier* alami, seperti keasaman lambung atau produksi *pepsin* dan *trypsin*, 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.

h. Sistem integumen

Bayi cukup bulan memiliki kulit kemerahan (merah daging) beberapa jam setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbercak, terutama di daerah sekitar *ekstremitas*. Tangan dan kaki sedikit terlihat sianotik. Warna kebiruan ini, *akrosianosis*, disebabkan oleh ketidakstabilan vasomotor, stasis *kapiler*, dan 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 di wajah, bahu dan punggung. *Edema* wajah dan *ekimosis* (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan *forcep*.

i. Sistem reproduksi

1) 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 *vestibulum*. Pada bayi *prematur*, *klitoris* menonjol dan *labia mayora* kecil dan terbuka.

2) Pria

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

6. Tanda-Tanda Bahaya BBL

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/ menit.
- b. Kehangatan terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ (*hypertermi*) dapat menyebabkan syok dan kejang atau terlalu dingin *hypotermi* (kedinginan) $< 36,5^{\circ}\text{C}$ dapat menyebabkan distress pernapasan.

c. Reflek pada bayi

1) Reflek pelindung

- a) *Reflek suckling* lemah atau kuat.
- b) *Tonick neck reflek* lemah atau kuat.
- c) *Graps reflek* lemah atau kuat.
- d) Reflek berkedip baik atau tidak.

2) Reflek makan

- a) *Reflek moro* lemah atau kuat.
- b) *Reflek rooting* lemah atau kuat.
- c) *Reflek swallowing* lemah atau kuat.
- d) *Reflek babynski* lemah atau kuat (Saifuddin, 2006 : 207)

7. Penanganan Bayi Baru Lahir

a. Melakukan penilaian (selintas)

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif
- 3) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi.

b. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- 1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 2) Ikat tali pusat dengan benang desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

- c. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- d. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Untuk pencegahan kehilangan panas karena bayi yang mengalami kehilangan panas beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal.

Mekanisme kehilangan panas

- 1) *Evaporasi* adalah kehilangan panas terjadi karena penguapan.
Contoh : Ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir akan menguap karena bayi tidak segera dikeringkan.
 - 2) *Konduksi* adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan di atas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin (terbuat dari logam) akan cepat mengalami kehilangan panas tubuh.
 - 3) *Konveksi* adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.
 - 4) *Radiasi* adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat dengan benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi.
- e. Mulai pemberian ASI/ASI dini dan eksklusif. Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan, antara lain :
- 1) Merangsang produksi ASI.
 - 2) Memperkuat reflek menghisap.

- 3) Mempromosikan hubungan emosional antara ibu dan bayinya.
- 4) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui *kolostrum*.
- 5) Merangsang kontraksi uterus.

f. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi saat melakukan penanganan bayi baru lahir pastikan untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi. Upaya *profilaksis* terhadap gangguan pada mata : beri tetes mata atau salep antibiotik harus diberikan dalam waktu satu jam pertama setelah kelahiran dengan larutan perak nitrat 1% atau salep tetrasiklin 1% atau salep eritromisin 0,5%.

g. Pemberian imunisasi

8. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir

- a. Jagalah bayi tetap kering dan hangat.
- b. Usahakan adanya kontak kulit antara ibu dan bayinya sesegera mungkin (Wiknjosastro, 2008 : 98).

B. BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)

1. Defenisi

BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya sejak lahir kurang dari 2500 gram, di mana berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang satu jam setelah lahir yang dikenal dengan *prematur (preterm)* dan *dismatur*. Bayi *prematur (preterm)* adalah bayi yang lahir kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi itu atau yang disebut dengan *neonatus* kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-

SMK) dan cukup bulan atau lebih dari 37 minggu yang dikenal dengan *dismatur* yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya (KMK) (Saifuddin, 2006).

Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bayi berat lahir rendah di bedakan dalam 1) bayi berat lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500-2500 gram, 2) bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) berat lahir < 1500 gram, dan 3) bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), berat lahir 1000 gram.

Dengan melihat definisi BBLR maka BBLR dapat di bagi menjadi 2 golongan :

a. *Prematuritas*

1) *Prematuritas* murni

Prematuritas murni adalah bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi atau biasa disebut “*neonatus* kurang bulan (NKB) sesuai untuk kehamilan (SMK) (Manuaba, 2010).

2) Bayi lahir kecil karena kurang bulan (*Preterm*)

Bayi yang lahir pada umur kehamilan antara 28-36 minggu (Manuaba, 2010).

b. *Dismaturitas*

1) Bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi, itu berarti bayi mengalami Retardasi

pertumbuhan *intra uterin/Intrauterine growth retardation* (IUGR) dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK).

- 2) Bayi kecil masa kehamilan (KMK) adalah bila berat badan kurang dari 10 persen dari berat badan sebenarnya dengan umur kehamilan (Manuaba 1998).

2. Faktor – faktor penyebab terjadinya BBLR

Faktor – faktor penyebab terjadinya BBLR menurut Manuaba (2010), dapat dibedakan menjadi dua, antara lain :

a. *Preterm (prematur)*

1) Faktor ibu

- a) Gizi saat hamil kurang.
- b) Umur kehamilan kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun.
- c) Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat
- d) Penyakit menahun ibu.
- e) *Hipertensi*
- f) Jantung
- g) Gangguan pembuluh darah
- h) Ibu merokok, pecandu alcohol, pengguna narkotika.
- i) Malaria
- j) Anemia
- k) Sifilis
- l) Infeksi TORCH

- 2) Faktor pekerjaan yang terlalu berat
 - 3) Faktor kehamilan
 - a) Hamil dengan hidramnion.
 - b) Hamil ganda
 - c) Pendarahan *antepartum*
 - d) Komplikasi hamil preeklamsi/*eklamsia*, ketuban pecah dini.
 - 4) Faktor janin
 - a) Cacat bawaan
 - b) Infeksi dalam rahim
 - 5) Faktor *plasenta*
 - a) *Placenta previa*
 - b) *Solusio plasenta*
 - 6) Faktor yang belum diketahui
 - 7) Keadaan sosial ekonomi.
 - a) Golongan sosial ekonomi rendah
 - b) Pengawasan *antenatal* yang kurang
 - c) Perkawinan yang tidak sah
- b. *Dismaturitas janin*
- Faktor yang menyebabkan *dismaturitas* janin adalah sebagai berikut :
- 1) Faktor ibu
 - a) *Malnutrisi*
 - b) Penyakit-penyakit ibu, *hipertensi*, penyakit paru-paru, penyakit gula

c) Komplikasi hamil, *preeklampsia/eklamsia*, perdarahan *antepartum*

d) Kebiasaan ibu merokok, peminum.

2) Faktor uterus dan placenta.

a) Gangguan pembuluh darah

b) Gangguan insersi tali pusat

c) Kelainan bentuk *plasenta*.

d) Perkapuran *plasenta*.

3) Faktor janin

a) Kelainan kromosom

b) Hamil ganda

c) Infeksi dalam rahim

d) Cacat bawaan

4) Penyebab lain

a. Keadaan sosial ekonomi rendah

b. tidak diketahui.

3. Gambaran klinik

Gmbaran klinik *prematur* dan *dismatur* adalah sebagai berikut :

a. Bayi *prematur*

1) Berat badan kurang dari 2500 gram

2) Panjang badan kurang dari 45 cm.

3) Lingkar dada kurang dari 30 cm.

4) Lingkar kepala kurang dari 33 cm.

- 5) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- 6) Kepala relative lebih besar.
- 7) Kulit tipis, transparan, rambut *lanugo*, lemak kulit berkurang.
- 8) Otot *hipotonik* lemah
- 9) Pernapasan tidak teratur dapat *apnoe* (gagal napas).
- 10) Ekstremitas paha abduksi, sendi lutut/kaki *fleksi* lurus.
- 11) Kepala tidak mampu tegak.
- 12) Pernapasan sekitar 45-50 kali permenit
- 13) Frekwensi nadi 100 sampai 140 kali permenit
- 14) Tangis lemah dan jarang
- 15) Refleks *tonik* leher lemah dan refleks *moro* positif.
- 16) Daya isap lemah terutama dalam hari-hari pertama.
- 17) Ubun-ubun dan *sutura* lebar
- 18) Genetalia belum sempurna, *labia minora* belum tertutup oleh karena *labia mayora*. *Klitoris* menonjol pada bayi perempuan, pada bayi laki-laki *pigmentasi* dan *ruguae* pada *skrotum* kurang. Testis belum turun ke dalam *skrotum*.
- 19) Tulang rawan dan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, sehingga seolah-olah tidak teraba tulang rawan daun telinga.
- 20) Jaringan *mamae* belum sempurna, *puting* susu belum terbentuk dengan baik.
- 21) Bayi lebih banyak tidur dari pada bangun.

b. Gambaran klinik bayi *dismatur*

Gambaran klinik bayi *dismatur* adalah berat badan kurang dari 2.500 gram. Karakteristik fisiologisnya sesuai dengan masa gestasinya (alat-alat dalam tubuhnya sudah bertumbuh lebih baik dibandingkan dengan bayi prematur dengan berat yang sama).ditambah dengan retardasi pertumbuhan dan "Wasting". Bayi *dismatur* dengan tanda "Wasting" atau insufisiensi *plasenta* dapat dibagi dalam 3 stadium menurut berat ringannya "Wasting" tersebut (Clifford) yaitu :

1) Stadium pertama

Bayi tampak kurus dan *relative* lebih panjang, kulitnya longgar, kering tetapi belum terdapat noda *mekonium*.

2) Stadium kedua

Didapatkan stadium pertama dengan warna kehijauan pada kulit, *plasenta* dan *umbilicus*. Hal ini disebabkan oleh *mekonium* yang tercampur dalam *amnion* yang kemudian mengendap ke dalam kulit, *umbilicus* dan *plasenta* sebagai akibat *anoksia Intrauterine*.

3) Stadium ketiga

Ditemukan tanda stadium kedua di tambah dengan kulit yang berwarna kuning, demikian pula kuku dan tali pusat. Di temukan juga tanda *anoksia Intrauterine* yang lama (Manuaba, 2010).

Menurut Mochtar, (2007), gambaran klinik bayi *dismatur* adalah: secara klasik tampak seperti bayi kelaparan tanda-tanda bayi ini adalah tengkorak kepala kurus, gerakan bayi terbatas, vernic

kaseosa sedikit atau tidak ada, kulit tipis, berlipat-lipat, mudah diangkat. *Abdomen* cekung atau rata, jaringan lemak bawah kulit sedikit, tali pusat tipis, lembek dan berwarna kehijauan.

4. Diagnosa

Diagnosa terjadinya bayi baru lahir menurut Manuaba (2010) adalah sebagai berikut :

a. Bayi kurang bulan murni

Bayi yang dilahirkan kurang bulan (*preterm*) mempunyai organ yang belum berfungsi seperti bayi aterm sehingga bayi tersebut mengalami kesulitan untuk hidup di luar rahim, makin pendek masa kehamilan kurang sempurna fungsi alat-alat tubuhnya, akibatnya makin mudah terjadi komplikasi seperti:

- 1) *Sindrom* gangguan pernafasan
- 2) *Hipotermi*
- 3) *Aspirasi*
- 4) Infeksi
- 5) Perdarahan intrakranial

b. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK)

Bayi kecil masa kehamilan (KMK) pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya lebih baik dibandingkan dengan bayi *preterm* dengan berat badannya yang sama.

Komplikasi yang sering terjadi pada bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) adalah :

- 1) Aspirasi

2) Hipotermi

3) Infeksi

5. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada bayi berat lahir rendah menurut Saifuddin (2006), adalah sebagai berikut :

a. Bayi *prematurn*

1) Sindrom gangguan pernapasan Idiopatik

Disebut juga penyakit membrane hialin karena pada stadium terakhir akan terbentuk membrane hialin yang melapisi alveolus paru.

2) Pneumonia aspirasi

Sering ditemukan pada *prematurn* karena refleks menelan dan batuk belum sempurna. Penyakit ini dapat di cegah dengan perawatan yang baik.

3) Perdarahan *intraventri kuler*

Perdarahan spontan *ventrikel* atau *lateral*, biasanya disebabkan oleh karena *anoreksia* otak. Biasanya terjadi bersamaan dengan pembentukan *membrane hialin* muda paru.

4) *Fibro plasia retrolental*

Penyakit ini terutama ditemukan pada bayi *prematurn* dan disebabkan oleh gangguan oksigen dalam konsentrasi tinggi, akan terjadi *vasso konstriksi* pembuluh darah retina.

5) *Hiperbilirunemia*

Bayi *prematurn* lebih sering mengalami *hiperbilirubinemia* di bandingkan dengan bayi cukup bulan. Hal ini disebabkan faktor

kematangan *hepar* sehingga konjugasi *bilirubin* direk belum sempurna.

- 6) Suhu tubuh yang tidak stabil oleh karena kesulitan mempertahankan suhu tubuh yang disebabkan oleh gangguan oksigen yang berlebihan dengan menggunakan oksigen dalam konsentrasi tinggi, akan terjadi *vaso konstriksi* pembuluh darah *retina*.
- 7) Gangguan *imunologik*, daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena pindahnya kadar Ig gamma globulin. Bayi *prematur relative* belum sanggup membentuk antibody, dan daya fagositosis. Dengan serta reaksi masi belum baik.terhadaperadanga

(Saifuddin, 2006)

b. Komplikasi bayi *dismatur*

1) Sindroma aspirasi *mekonium*

Kesulitan pernapasan yang sering ditemukan pada bayi *dismatur* ialah sindroma aspirasi *mekonium*. Keadaan hipoksia *Intrauterine* akan mengakibatkan janin mengadakan *gasping* dalam *uterus*. Selain itu mekoneum akan dilepaskan ke dalam likuor *amnion* seperti yang sering terjadi pada "*subacute fetal distress*". Akibatnya cairan yang mengandung mekoneum yang lengket itu masuk ke dalam paru janin karena inhalasi. Pada saat lahir bayi akan menderita gangguan pernafasan idiopati. Pengobatannya sama

dengan pengobatan sindrom gangguan pernafasan idiopatik di tambah dengan pemberian *antibiotic*.

2) *Hipoglikemia simtomatik*

Keadaan ini terutama terdapat pada bayi laki-laki. Penyebabnya belum jelas, tetapi mungkin disebabkan oleh persediaan glikogen yang sangat kurang pada bayi *dismatur*.

3) *Asfiksia neonatorum*

Bayi *dismatur* lebih sering menderita *asfiksia neonatorum* dibandingkan dengan bayi biasa.

4) *Hiperbilirubinemia*

Bayi *dismatur* sering mendapat hiperbilirubinemia di bandingkan dengan bayi yang sesuai dengan masa kehamilannya. Menurut Gruenwald hati pada bayi *dismatur* beratnya kurang dibandingkan dengan bayi biasa (Wiknjosastro, 2009).

6. Penatalaksanaan bayi *prematur*

a. Penatalaksanaan bayi *prematur*

1) Pengaturan suhu

Bayi *Prematur* mudah dan cepat sekali menderita hipotermia bila berada dilingkungan yang dingin. Bila bayi dirawat di dalam incubator, maka suhunya untuk bayi dengan berat badan kurang dari 2 kg adalah 35°C dan untuk bayi dengan berat badan 2 – 2,5 kg 34°C, agar dapat mempertahankan suhu tubuh (Prawiroharjo, 2008).

2) Makanan bayi

Bayi *prematur* refleks isap dan telan belum sempurna, kapasitas lambung masih sedikit dan enzim pencernaan belum matang pada 2 jam pertama setelah bayi lahir. Bayi perlu minum dimulai pada waktu bayi berumur 3 (tiga jam) agar bayi tidak menderita *hiperbilirubinemia* (Manuaba, 2010).

Alat pencernaan bayi *prematur* masih belum sempurna, lambung kecil, enzim pencernaan belum matang, sedangkan kebutuhan protein 3-5 gr/kg BB dan kalori 110/dapat meningkatkan sehingga pertumbuhannya dapat meningkat. Pemberian minum sekitar 3 jam setelah lahir dan didahului dengan mengisap cairan lambung. Refleks mengisap masih lemah, sehingga pemberian minum sebaiknya sedikit demi sedikit tetapi frekwensi yang lebih sering.

ASI merupakan makanan yang paling utama, sehingga Asilah yang paling dahulu diberikan. jika faktor mengisapnya kurang, maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau dengan memasang sonde menuju lambung. Permulaan cairan diberikan sekitar 60 ml/kg BB/hari (Prawirohardjo, 2006).

3) Menghindari infeksi

Bayi *Prematuritas* mudah sekali terkena infeksi, karena daya tahan tubuh yang masih lemah, kemampuan leukosit masih

kurang, dan pembentukan antibody belum sempurna. Oleh karena itu, upaya sudah dilakukan sejak pengawasan *antenatal* sehingga terjadi persalinan *prematuritas* (BBLR). Dengan demikian perawatan dan pengawasan bayi *prematuritas* secara khusus dan terisolasi dengan baik.

b. Penatalaksanaan bayi *dismatur*

- 1) Pada umumnya sama dengan perawatan *neonatus* umumnya, seperti pengaturan suhu, makanan, mencegah infeksi.
- 2) Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan janin *Intrauterine* serta menemukan gangguan pertumbuhan misalnya dengan pemeriksaan ultrasonografi. memeriksa kadar gula darah (*true glukosa*) dengan *dextrostix* atau di laboratorium. bila terbukti adanya hipoglikemia harus segera diatasi
- 3) Pemeriksaan *hematokrit* harus segera dilakukan
- 4) Bayi membutuhkan lebih banyak kalori dibandingkan dengan bayi SMK.
- 5) Melakukan tracheal washing pada bayi yang diduga akan menderita aspirasi *mekonium*.
- 6) Makanan bayi KMK cukup bulan reflex sudah baik dan enzim pencernaannya lebih aktif, akan tetapi cadangan glikogen dalam hati sangat sedikit, sehingga hati mudah menderita *hiperbilirubinemia* (Prawirohardjo, 2006)

7. Pencegahan terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah

Pencegahan terjadinya bayi berat lahir rendah menurut Manuaba (2010), dapat dilakukan dengan cara :

a. Pencegahan bayi *prematur*

- 1) Melakukan pengawasan hamil dengan seksama dan teratur.
- 2) Melakukan konsultasi terhadap penyakit yang menyebabkan kehamilan dan persalinan *preterm*.
- 3) Memberikan nasehat tentang gizi saat kehamilan, meningkatkan pengertian KB – Interval: memperhatikan tentang kelainan yang timbul dan segera melakukan secara dini penyakit ibu dapat diketahui dan diawasi/di obati.
- 4) Meningkatkan keadaan sosial ekonomi keluarga dan kesehatan lingkungan.

b. Pencegahan bayi *dismatur*

- 1) Upayakan agar melakukan *antenatal* care yang baik segera melakukan konsultasi menunjukkan penderita bila terdapat kelainan.
- 2) Meningkatkan gizi masyarakat sehingga dapat mencegah terjadinya persalinan dengan berat badan lahir rendah
- 3) Tingkatkan penerimaan gerakan keluarga berencana.
- 4) Anjurkan lebih banyak istirahat, bila kehamilan mendekati aterm
- 5) tingkatkan kerjasama dengan dukun beranak yang masih mendapat kepercayaan masyarakat.

8. Prognosis

Kematian *perinatal* pada bayi berat badan lahir rendah 8 kali lebih besar dari bayi normal pada umur kehamilan yang sama. Prognosis akan lebih buruk lagi bila berat badan makin rendah. Angka kematian yang tinggi terutama disebabkan oleh seringnya dijumpai kelainan komplikasi neonatal seperti *asfiksia*, aspirasi *pneumonia*, perdarahan *intragranial*, dan *hiperbilirubinemia*. Bila bayi ini selamat kadang-kadang dijumpai kerusakan pada syaraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ yang rendah, dan gangguan lainnya (Mochtar R 2007).

Prognosis BBLR tergantung dari berat ringannya masalah *perinatal* misalnya: masa gestasi (makin muda masa gestasi / makin rendah berat bayi makin tinggi angka kematian), *asfiksia/iskemia* otak, sindroma gangguan pernafasan, perdarahan *intraventriculer*, dysplasia broncopulmonal, retrolental fibroplasia, infeksi, prognosis ini juga tergantung sosial ekonomi, pendidikan orang tua dan perawatan pada saat kehamilan, persalinan dan post natal (pengaturan suhu lingkungan, resusitasi, makanan, mencegah infeksi, mengatasi gangguan pernapasan, *asfiksia*, *hiperbilirubinemia*, *hipoglikemia* dan lain-lain) (Prawirohardjo, 2006).

C. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengertian

Menurut Helen Varney (1997), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah dengan mengorganisasikan pemikiran dan

tindakan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

2. Tujuan Prinsip Manajemen

Agar dapat tercapai pelayanan yang komprehensif dan aman. Proses manajemen kebidanan menurut ACNM (1999), terdiri dari :

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan tanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi asuhan sesuai kebutuhan.

3. Proses Manajemen Kebidanan

Menurut Varney (1997) dalam Saminem (2010), menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970-an. Pemikiran baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran baik klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yang berurutan, dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses ini dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun, akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan biasa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

a. Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap, yaitu :

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II Interpretasi Data Dasar

Pada langkah kedua ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnose dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Masalah dan diagnose keduanya digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah ini sering menyertai diagnosa.

c. Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa Masalah Potensial

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah atau diagnose potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah atau diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila

kemungkinan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien. Disini perlu sekali melakukan asuhan kebidanan dengan benar dan aman.

d. Langkah IV Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini perlunya dilakukan identifikasi tindakan segera oleh tenaga kesehatan atau dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien untuk menyelamatkannya.

e. Langkah V Intervensi atau Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan teori serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien.

f. Langkah VI Implementasi atau Pelaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilakukan secara efisien dan aman.

g. Langkah VII Evaluasi

Pada langkah ini di tentukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan dengan mengulang kembali proses manajemen yang benar terhadap setiap aspek asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan. Evaluasi merupakan langkah terakhir system pengecekan.

4. Pendokumentasian Kebidanan

Menurut Varney (1997) dalam Saminem (2010), alur berpikir bidan saat merawat klien meliputi tujuh langkah. Agar orang lain mengetahui

apa yang telah dilakukan bidan melalui proses berpikir sistematis, dokumentasi dibuat dalam bentuk SOAP.

a. S : *Subjective* (Subjektif)

Menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.

b. O : *Objective* (Objektif)

Menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney.

c. A : *Assesment* (pengkajian)

Menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi

- 1) Diagnosis/masalah
- 2) Antisipasi diagnosis/kemungkinan masalah
- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan atau perujukan sebagai langkah 2, 3 dan 4 Varney.

d. P : *Planning* (Perencanaan)

Menggambarkan dokumentasi tingkatan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan langkah 5, 6 dan 7 Varney.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS DAN TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

1. Analisa Tipe dan Karakteristik

RSUD Abepura tipe C dengan peraturan daerah No. 8 tahun 1998 oleh menteri dalam negeri dengan SK. No. 78 tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di UU dengan gambaran daerah provinsi Dati I Irlja No. 162 tanggal 16 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu RS, maka di usul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu RS milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang non komersial, RSUD Abepura memiliki 160 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang, rawat inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan pertinatologi meliputi : ruang ICU, VIP dan ruangan kelas.

Tercapai kriteria sebagai RS tipe C dapat dilihat dah beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

a. Struktur organisasi

- 1) Direktur
- 2) Seksi keperawatan

- 3) Seksi pelayanan
- 4) Sub bagian
- 5) Sub seksi
- 6) Urusan
- 7) Instansi kebidanan
- 8) Komite medis dan staf medis fungsional

b. Ketenagaan

1) Medis

Terdiri dari Dokter umum sebanyak 31 orang, Dokter spesialis sebanyak 12 orang dan Dokter gigi sebanyak 3 orang

2) Paramedis

Jumlah paramedis sebanyak 16 orang terbagi atas perawat sebanyak 93 orang, bidan 18 orang, gizi 18 orang, Kesehatan lingkungan, 9 orang, Analisis 8 orang radiologi, 4 orang, farmasi 5 orang, fisioterapi 4 orang, dan anastesi 1 orang.

3) Non Medis

Sebanyak 2 orang terbagi atas SMA 1 orang dan rekam medis 1 orang.

c. Wewenang dan tanggung jawab

1) 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.

2) Fungsi

- a) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- b) Menyelenggarakan pelayanan medis
- c) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d) Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- f) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- g) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

3. Gambaran Umum Ruangan Perinatologi

Ruang perinatologi terdiri dari 1 ruang perawatan dan 1 kamar khusus, dengan kapasitas sebagai berikut :

a. Ruang perawatan

Tempat tidur : 7 buah

b. Ruang khusus

Inkubator : 4 buah

c. Ketenagaan

Dokter Spesialis Anak : 1 orang

D-III Kebidanan : 2 orang

D-III Keperawatan : 12 orang

d. Alat – alat

1) Tabung Oksigen

2) Pengisap lendir /suction

- 3) Ambuback
 - 4) Timbangan BB
 - 5) Pengukur TB
 - 6) Standar Infus
 - 7) Thermometer
 - 8) Tromol – tromol berisi kasa, kapas lidi, hascoen, dan sebagainya yang steril.
 - 9) Lemari obat – obatan serta ATK dan status bayi.
- Alat maupun obat – obatan semuanya digunakan disesuaikan dengan kebutuhan.

B. TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR

No Reg : 1545
 Tanggal pengkajian : 13 Mei 2011 Jam : 11.00 Wit
 Tempat : Ruang Perinatologi RSUD Abepura

1. LANGKAH I : PENGKAJIAN

a. Data Subyektif

1) Identitas anak

Nama Bayi : By. Ny. HT
 Tanggal lahir : 13 Mei 2011/ 0 tahun, 0 bln, 1 hari
 Jam : 09.40 wit
 Jenis kelamin : Perempuan
 Anak ke : 1 (SATU)
 Alamat : Jl. Kali Acai Kotaraja

2) Identitas Orang Tua

	Ibu	Bapak
Nama	: Ny. HT	: Tn. HM
Umur	: 25 Tahun	: 31 tahun
Agama	: Kristen Protestan	: Kristen protestan
Suku/bangsa	: Wamena/Indonesia	: Wamena/Indonesia
Pendidikan	: SMU	: SMU
Pekerjaan	: IRT	: Swasta/ Buruh kasar
Alamat	: Jln. Kali Acai	: Jl. Kali Acai

3) Keluhan Utama

Ibu mengatakan bayinya lahir dengan Berat Badan Rendah.

4) Riwayat keluhan utama

Ibu mengatakan :

Bayi baru lahir : Tanggal 13 Mei 2011 Jam 09.40

Usia Kehamilan : 36 minggu

BB : 2300 gram

PB : 44 cm

Sesak : Tidak ada

Cianosis : Tidak ada

Cuping hidung : Tidak ada

5) Penilaian *Apgar Score* (Tgl 13 – 05 – 2011)

Tanda	Skor Penilaian			Jumlah Nilai	
	0	1	2		
Nafas	-	Pelan / tdk teratur	Tangis kuat	1	2
Jantung	-	>100 x/m	> 100 x/m	2	2
Warna kulit	Biru pucat	Badan kemerahan ekst biru	Semua merah	1	2
Tonus otot	Lemas	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif	1	1
Refleks	-	Menyeringai	Batuk bersin	2	1
Jumlah				7	8

6) Riwayat kehamilan lalu

Gravida : G1, P0, A0

HPHT : 07 – 09 – 2010

TP : 14 – 06 – 2011

Umur kehamilan : 36 minggu

ANC di	: PKM Kotaraja
Jumlah Kunjungan	: 4 x
Imunisasi	: 2 x
Komplikasi Kehamilan	: Malaria tropika (+) dan anemia sedang 7,5 gram%, sudah berobat di Puskesmas Kotaraja
Status Gizi	: Sedang

7) Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis Persalinan	: Spontan
Tempat persalinan	: RSUD Abepura
Di tolong oleh	: Bidan
Jenis kelamin	: Perempuan
BB	: 2300 Gram
PB	: 44 cm
Keadaan Bayi saat Lahir	: Segera menangis
Letak Bayi waktu lahir	: Letak Belakang Kepala
Warna Air Ketuban	: Hijau
Umur kehamilan	: 36 minggu
Lama Kala I	: 10 jam
Lama Kala II	: 30 menit

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Fisik

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|---------------|
| 1) Tanggal Pengkajian | : 13 – 5 – 2011 | jam 11.00 wit |
| 2) Keadaan umum | : Sedang | |
| 3) Tanda-tanda Vital | : ND : 120x/m, R : 4x/m | SB: 36,8°C |
| 4) BB | : 2300 Gram | |
| 5) PB | : 47 cm | |

6) Kepala

- | | |
|-------------------|----------------------------------|
| Caput succedaneum | : Tidak ada |
| Cephal haematoma | : Tidak ada |
| UUK | : Sutura Sagitalis sudah menutup |
| UUB | : Lebar dan terlihat jelas |
| Rambut | : Hitam lurus |
| LK | : 30 cm |

7) Mata

- | | |
|-------------|------------------------|
| Bentuk | : Simetris |
| Konjungtiva | : Tidak <i>icterus</i> |
| Sklera | : Tidak <i>icterus</i> |
| Sekret | : Tidak ada |

8) Telinga

- | | |
|----------------|------------------------|
| Bentuk | : Normal |
| Daun telinga | : Kiri, kanan simetris |
| Lubang telinga | : Ada |
| Sekret | : Tidak ada |

9) Hidung

Lubang Hidung	: 2 simetris
Secret	: Tidak ada
Cuping Hidung	: Tidak ada

10) Mulut

Bentuk Bibir	: Simetris atas dan Bawah
Kebersihan	: Bersih
Palatum	: Normal
Gigi	: Tidak ada
Refleks Roting	: Positif
Reflex Isap	: Positif
Refleks telan	: Positif

11) Leher

Pembesaran Kelenjar Tiroid: Tidak ada

12) Dada

Bentuk	: Simetris dan mendatar
Papilla mammae	: Ada
Lingkar dada	: 27 cm
Frekwensi jantung	: 120 x/m
Frekwensi Nafas	: 40 x/m

13) Perut / abdomen

Bentuk	: Normal
Kembung	: Tidak ada

- | | |
|-----------------------|---|
| Benjolan | : Tidak ada |
| Pembesaran hati | : Tidak ada |
| Tali pusat | : Basah, tidak bau, tidak ada
tanda-tanda infeksi,
perawatan dengan kasa steril |
| Perdarahan tali pusat | : Tidak ada |
| Lingkar perut | : 30 cm |
- 14) Integument / kulit
- | | |
|----------------|------------------------------|
| Lanugo | : Ada sedikit di daerah bahu |
| kulit | : Kemerahan, keriput |
| Vernik caseosa | : Tidak ada |
- 15) Punggung
- Fleksibilitas tulang belakang: Tidak ada
- 16) Ekstermitas atas
- | | |
|---------------------|-------------------|
| Jari- jari tangan | : Normal/ lengkap |
| Lila | : 8 cm |
| Reflex moro | : Positif |
| Refleks menggenggam | : Positif |
| Ujung jari syanosis | : Tidak ada |
- 17) Ekstremitas bawah
- | | |
|---------------------|------------------|
| Kaki | : Simetris |
| Jari-jari kaki | : Normal/lengkap |
| Refleks babinski | : Positif |
| Ujung jari syanosis | : Tidak ada |

18) Genetalia

Jenis kelamin : Perempuan
 Labia : Labia mayora sudah menutupi labia minora
 Anus : Ada

19) Eliminasi

Muntah : Tidak ada
 BAB : Lancar
 BAK : Sudah warna kuning muda

2) Pemeriksaan laboratorium

Darah : Tidak dilakukan
 Urin : Tidak dilakukan
 Faeces : Tidak dilakukan

2. LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : *Neonatus* umur 1 hari Anak I dengan BBLR, KMK, normal

Dasar

DS :

1. Bayi baru lahir spontan dengan BBLR
2. Usia kehamilan 36 minggu

DO :

1. Tanggal 13-05-2011 jam 09.40 wit : Bayi Lahir Spontan
2. Jenis kelamin : perempuan (Labia Mayora sudah menutupi labia minora)

3. Keadaan umum bayi	: Sedang
4. SB	: 36,4°C
5. Nadi	: 130x/m
6. Respirasi	: 40 x/m
7. BB	: 2300 gram
8. PB	: 44 cm
9. LK	: 30 cm
10. LD	: 30 cm
11. LILA	: 8 cm

3. LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

- a. Potensial terjadi hypotermi
- b. Potensial terjadi infeksi sekunder

4. LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

- a. Kolaborasi Dokter Pemberian Therapi Amoxan drop, San-B-Plex

5. LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

- a. Penolong/petugas cuci tangan sebelum dan sesudah bekerja
- b. Ganti dan bungkus bayi dengan kain kering
- c. Rawat tali pusat dengan kasa steril
- d. Bebaskan jalan nafas
- e. Beri injeksi Vit K 0,1 ml IM dipaha kiri
- f. Atur posisi tidur bayi
- g. Observasi tanda-tanda vital bayi : respirasi, nadi, SB
- h. Berikan injeksi HB0 0,5 ml dipaha kanan

- i. Beri penyuluhan pada ibu tentang perawatan bayi
- j. Timbang berat badan setiap pagi
- k. Mandikan tubuh bayi dengan air hangat
- l. Berikan Pasi persendok 15-20 cc setiap 2 jam
- m. Sendawakan bayi setiap habis minum
- n. Tidurkan bayi pada posisi miring kiri setelah pemberian pagi selama 15 menit
- o. Gantikan popok bayi yang basah dengan yang kering
- p. Berikan terapi sesuai instruksi dokter
- q. Informasikan kepada keluarga bayi tentang kondisi bayi
- r. Anjurkan ibu berikan ASI langsung

6. LANGKAH VI : PELAKSANAAN RENCANA ASUHAN

Tanggal : 13-05-2011 Jam 11.00 wit

- a. Penolong/ petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja
- b. Mengganti dan membungkus bayi dengan kain kering
- c. Merawat tali pusat dengan kasa steril
- d. Membebaskan jalan nafas dengan cara menghisapn lender dari mulut dan hidung dengan menggunakan zuinger/suction
- e. Memberikan injeksi vit K 0,1 ml IM pada paha kiri
- f. Mengatur posisi kepala bayi dengan kepala ekstensi
- g. Mengobservasi tanda-tanda vital bayi respirasi, sb dan nadi
- h. Memberikan injeksi HB0 0,5 ml IM dipaha kanan

- i. Memberikan penyuluhan pada ibu tentang perawatan bayi
 - 1) Memandikan bayi dengan air hangat dan bayi jangan terlalu lama di dalam air
 - 2) Merawat tali pusat bayi dengan menggunakan kasa steril
- j. Menimbang berat badan setiap pagi
- k. Memandikan tubuh bayi dengan air hangat
- l. Memberikan PASI persendok 15-20 cc setiap 2 jam
- m. Menyendawakan bayi setiap habis minum
- n. Menidurkan bayi pada posisi miring kiri setelah pemberian pagi selama 15 menit
- o. Mengantikan popok bayi yang basah dengan yang kering
- p. Memberikan terapi sesuai instruksi dokter therapy oral Amox drop 3 x 0,3 ml, San B-Plex 3 x 0,2 ml.
- q. Menginformasikan kepada keluarga bayi tentang kondisi bayi
- r. Menganjurkan ibu berikan ASI langsung

7. LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 13 – 05 – 2011 Jam : 12.00 wit

- a. Penolong sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja
- b. Bayi sudah di ganti dan dibungkus dengan kain yang bersih dan kering
- c. Tali pusat sudah dirawat dengan kain kasa steril
- d. Jalan nafas sudah dibersihkan dari mulut dan hidung dan bayi dapat bernafas dengan baik
- e. Jam : 09.50 wit Sudah diberika vit k 0,1 ml IM dipaha kiri .

- f. Bayi sudah dalam posisi kepala ekstensi
- g. Tanda-tanda vital : nadi : 120 x/mnt, respirasi : 40 x/mnt, Suhu Badan : 36,6
- h. Jam : 11.50 wit sudah diberikan injeksi HB0 0,5 ml IM dipaha kanan.
- i. Ibu sudah mengerti tentang penyuluhan tentang perawatan bayi yang diberikan
- j. Hasil penimbangan BB : 2300 gram
- k. Bayi sudah dimandikan dengan air hangat
- l. Bayi sudah diberi PASI 15-20 cc persendok dengan refleks isap baik dan tidak muntah
- m. Bayi sudah disendawakan
- n. Bayi tidur posisi tidur miring kiri setelah memberikan PASI kurang lebih 15 menit
- o. Sudah mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering, bokong tidak tampak radang dan tidak ada tanda-tanda ruam popok
- p. Therapy Amoxan Drop 3 x 0,3 ml dan San -B- Plex 3 x 0,2 ml sudah diberikan
- q. Sudah menginformasikan kondisi bayi kepada keluarga
- r. Sudah menganjurkan ibu berikan ASI langsung
- s. Kondisi bayi baik, gerakan aktif, Suhu Badan: 36,6°C, respirasi : 40 x/mnt, nadi : 120 x/mnt

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE II

Tanggal : 14 – 05 – 2011

Jam : 09. 00 wit

SUBJEKTIF : -

OBJEKTIF :

1. Keadaan Umum : Sedang
2. Tanda-tanda Vital : Nadi 122x/m, Rsp 44 x/m, SB: 37°c
3. BB : 2250 gram
4. Eliminasi : Bayi tidak muntah
BAB : Lancar, normal
BAK : Spontan
5. Nurtrisi : ASI
6. Reflek isap kuat menelan Baik
7. Tali pusat masih basah tidak ada tanda-tanda infeksi

ASSESSMENT :

1. Diagnosa kebidanan :
Neonatus Umur 2 hari dengan berat badan lahir rendah, KMK, normal
2. Diagnosa Potensial :
 - a. Potensial terjadi hypotermi
 - b. Potensial terjadi Infeksi
3. Tindakan segera
Tidak ada

PLANNING : Tanggal 14 – 05 – 2011 Jam : 11.00 wit

1. Penolong sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja
2. Sudah dilakukan pengukuran tanda-tanda Vital : Resp: 36x/m Nadi: 124x/m, SB: 37°C.
3. Bayi sudah ditimbang dengan BB 2250 gram (Penurunan 50 gram)
4. Bayi sudah di mandikan dan tampak bersih
5. Tali pusat bayi sudah dirawat masih basah, tidak bau, dan tidak ada tanda-tanda Infeksi
6. Bayi sudah minum ASI sesuai dengan keinginan
7. Posisi tidur bayi di atur secara bergantian, posisi miring dan terlentang
8. Sudah di lakukann perawatan pada bayi setiap BAB dan BAK
9. Obat-obat sudah diberikan Vitamin dan Antibiotic sesuai dosis
10. Keluarga sudah diberitahu tentang kondisi bayi
11. Bayi tetap dalam pengawasan dan sudah dirawat bersama Ibu

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE III

Tanggal : 15 – 05 – 2011

Jam : 08.30 Wit

SUBJEKTIF : Ibu mengatakan bayi sudah mengisap Asi dengan baik

OBJEKTIF :

1. Keadaan umum bayi baik
2. Tanda-tanda Vital: Nadi: 134x/m, Resp: 36x/m, SB: 36,8°C
3. Reflek isap dan telan baik
4. Minum Asi Langsung
5. Tali pusat masih basah, tidak bau, dan tidak ada tanda- tanda infeksi
6. Eliminasi : Bayi tidak muntah

BAB : Lancar

BAK : Spontan

ASSESMENT

1. Diagnosa kebidanan
Neonatus umur 3 hari, dengan berat badan lahir rendah KMK.
2. Diagnosa potensial
Tidak ada
3. Tindakan Segera
Tidak ada

PLANNING : Tanggal 15 – 05 – 2011

Jam : 11. 00 wit

1. Penolong sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja
2. Sudah dilakukan pengukuran tanda-tanda Vital Nadi: 125x/m. Resp: 48x/m, SB : 36,8°C
3. Bayi sudah ditimbang dengan Berat Badan 2200 gram
4. Ibu sudah menyaksikan cara memandikan Bayi, cara merawat tali pusat, dan tidak ada tanda-tanda Infeksi
5. Daerah perut bayi sudah digosok dengan minyak telon
6. Ibu sudah mempraktekkan cara menyusui yang benar
7. Ibu sudah mengerti tentang tanda-tanda infeksi/bayi sakit.
8. Ibu mengatakan akan memberikan Asi saja sampai usia bayi 6 bulan
9. Ibu berjanji akan memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya
10. Ibu mengatakan akan menyendawakan bayi setiap habis minum.
11. Ibu sudah di beritahu untuk makan makanan yang bergizi, cukup Istirahat, dan ibu akan melaksanakan
12. Keluarga sudah diberitahu tentang kondisi bayi
13. Ibu/keluarga akan mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering
14. Ibu akan membawa anaknya untuk control 1 minggu lagi ke polik anak dengan membawa kartu control (Tanggal 22–05– 2011).
15. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti panas , bayi muntah, kejang, buang-buang air, malas minum menangis terus, dan lain-lain.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang masalah yang penulis temukan, pada saat pengkajian dan melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan tujuh langkah varney yang dilakukan di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Abepura tanggal 13-15 Mei 2011.

Bayi lahir di ruang bersalin dengan spontan pada tanggal 13 Mei 2011 jam 09.40 Wit dengan usia kehamilan Ny. HT umur kehamilan 36 minggu dengan berat badan lahir 2300 gram dan hasil penilaian apgar score 7/8. Bayi kemudian dipindahkan ke ruang perinatologi, dimana penulis melakukan asuhan kebidanan pada bayi Ny. HT.

Berdasarkan data pengkajian dari ibu maupun pemeriksaan fisik bayi secara komprehensif, maka diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus ini adalah Bayi Berat Badan Lahir Rendah, sesuai masa kehamilan (KMK). Sedangkan Pada kasus bayi baru lahir dengan BBLR prematur ditegakkan diagnosa potensial untuk mengantisipasi terjadinya komplikasi antara lain: Potensial terjadi hipotermi karena lapisan lemaknya sedikit sehingga masih mudah terjadi hipotermi, Potensial terjadi infeksi sekunder karena daya tahan tubuh masih rendah.

Berdasarkan data subjektif, pada saat penulis melakukan pengkajian pada ibu, menemukan penyebab kelahiran bayi dismatur yaitu saat ibu hamil menderita penyakit malaria dan status gizi kurang.

Dalam membuat perencanaan secara komprehensif, penulis mengacu pada diagnosa aktual maupun potensial untuk melakukan asuhan baik dengan tindakan mandiri bidan maupun tugas kolaborasi yang dapat direncanakan sesuai kondisi pada saat itu. Berdasarkan rencana asuhan yang telah dilaksanakan klien mendapat asuhan yang aman dan tidak terjadi komplikasi.

Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana asuhan kebidanan untuk mencapai tujuan. di mana tujuan dari pelaksanaan adalah untuk memenuhi kebutuhan klien. dalam tahap implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah di buat. Mengacu pada rencana yang telah ditetapkan Pada hari pertama kolaborasi dokter, bayi dirawat di dalam boks/dilakukan perawatan seperti pada bayi baru lahir normal, minum pasi persendok 30 cc per 2 jam tindakan segeranya yaitu kolaborasi terapi medik antibiotic amoxan drop 3x0,3ml untuk pencegahan preventif selama 3 hari. San B-plex 3x0,2ml. pelaksanaan pada hari kedua pada tanggal 13 Mei 2010 bayi dirawat di ruang rawat gabung dengan ibunya dan bayi telah minum ASI. Pada hari yang ketiga asuhan tetap di lanjutkan bayi telah mendapat ASI langsung dan ibu telah diberikan konseling tentang perawatan bayi Asi eksklusif, tanda-tanda bayi sehat/bayi sakit dan pemenuhan nutrisi Ibu.

Setelah dilakukan asuhan selam 3 hari ternyata bayi mengalami perubahan yaitu penurunan berat badan dari 2300 gram menjadi 2200sgram. Keadaan umum baik, tanda- tanda vital dalam batas normal, bayi minum ASI langsung. Dan pada hari kedua bayi dirawat di ruang rawat gabung perawatan selama perawatan tidak ditemukan komplikasi pada bayi. Pencapaian hasil dalam mengevaluasi kegiatan dari hari 1 sampai ke 3 cukup baik. Hal ini terjadi karena adanya kerjasama tim

medis dan para medis serta keluarga secara optimal. Sesuai hasil visit dokter pada tanggal 15 Mei 2011 ibu dan bayi boleh pulang.

Pelaksanaan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada prinsipnya penanganan bayi baru lahir dengan BBLR yang di temukan dirumah sakit penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori yang ada.

Penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan pada BBLR selama 3 hari. Pada hari ke 3 sesuai pemeriksaan dokter bayi di bolehkan pulang.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Penanganan yang tepat berdasarkan rencana asuhan pada bayi baru lahir prematur (kurang bulan) dengan BBLR guna mencegah terjadinya komplikasi, karena pada umumnya bayi dengan BBLR mempunyai daya tahan tubuh yang masih lemah.

Asuhan kebidanan yang dilaksanakan selama 3 hari dirawat, terjadi peningkatan berat badan bayi dari BB Lahir 2300 gram mengalami kenaikan 50 gram menjadi 2350 gram. Diagnosa potensial yang diangkat tidak menjadi aktual. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya kerjasama yang baik dan keluarga pasien dalam melakukan asuhan kebidanan kepada klien.

B. SARAN

1. Pihak Rumah Sakit

- a. Mengadakan pendidikan dan pelatihan bagi petugas di ruang perinatologi dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi petugas di ruangan perinatologi dalam rangka pelayanan asuhan kebidanan/keperawatan kepada klien agar dapat mencegah komplikasi pada bayi baru lahir dengan BBLR.
- b. Memberikan edukasi kepada kedua orang tua, terutama ibu sangatlah perlu diberikan pendidikan tentang perawatan bayi dengan BBLR di

rumah karena orang tua mempunyai peranan penting dalam mengusahakan kenaikan berat badan bayinya.

2. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi kepustakaan bagi mahasiswa, khususnya mahasiswa jurusan kebidanan dapat pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, dkk, 2005, *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, EGC, Jakarta.
- Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Pendidikan Keluarga Berencana Untuk Bidan*. EGC, Jakarta.
- Mochtar R 1998. *Sinopsis Obstetri*, EGC, Jakarta
- Prawirohardjo, 2008. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta
- Profil Dinkes Papua, 2009.
- Saifuddin, 2006. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.
- Saminem, 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan Konsep dan Praktik*, EGC, Jakarta .
- Wiknjosastro, 2008. *Buku Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*, Depkes RI, Jakarta.
- Wiknjosastro, 2009. *Ilmu Kandungan*, YBP-SP, Jakarta.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN
BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI RSUD
ABEPURA

Nama Mahasiswa : YENIVI ANDERZOOM IMAP

NIM : PO.71.24.4.09.103

Pembimbing II : HENI VONI REREY, SKM, MPH

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	9-6-2011	Bab I perkenalan langkah Varney	perbaiki dan konsultasi balik + Bab II	
2	23-6-2011	Bab II	- Masukan literatur tentang bayi normal - Konsultasi bab III + IV - masukan daftar pustaka	
3	6-7-2011	Bab III	- lengkapi riwayat kelahiran uterin - perbaiki interpretasi data dasar - Tindakan segera sesuai masalah potensial - Renc. + tindakan kebidanan.	
4	26-7-2011	Bab I-V	acc ujian	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN
BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI RSUD
ABEPURA

Nama Mahasiswa : YENIVI ANDERZOOM IMAP

NIM : PO.71.24.4.09.103

Pembimbing I : SUSANA RAMANDEY, S.Sos, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Selmon 12/7-2011	Bab. I.	Revisi pada Rumus Modul In Tugun	
2	Kamis 14/7-2011	Bab. I. Bab. II.	Bab. I. <u>acc.</u> Revisi dan referensi tambahan	
3	Kamis 28-7-2011	Bab. II-IV	Bab. II <u>acc.</u> Bab. III - Revisi	
4	Jumat 29-7-2011	Bab. III. Bab. IV-V.	Bab. III Revisi Bab. IV/V Revisi	

5	Rabun 7/08-2016	Brs. IV. V.	Brs IV. V. <u>acc</u>	f.
6				
7				
8				
8				
9				
10				