

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

NURIANI PASARIBU
NIM. PO.71.24.4.09.092

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA SEDANG DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA”.

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

Jayapura, 29 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 19460424 197305 2 001

Pembimbing II



Martina Mogan, S.ST
NIP. 19790913 200801 2 011

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 : Selasa
Tanggal : 16 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. Muji Lestari, S.ST
NIP. 19760806 200312 2 002


(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

*Hidup ini akan berarti dan lebih berguna,
jika kita selalu bersyukur dan mau
berusaha untuk selalu memberikan
pelayanan yang terbaik*

(Bidan Nuriani, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Mamaku dan Mertuaku tersayang yang selalu mendukungku dalam doa.
2. Suamiku tercinta (Ambrozius P. Manery) dan ketiga Anakku yang tersayang (Eko, Risma dan Agnes) yang memberikan motivasi dan membuatku merasa sangat berarti menjadi seorang ibu.
3. Saudara – saudaraku yang selalu mendukungku.
4. Rekan – rekan seperjuangan Angkatan 2009 Tugas Belajar 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 kehadiran 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 Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia Sedang Di 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., M.Sc selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes mantan Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura sekaligus sebagai Dosen pembimbing I atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Heni Voni Rerey, SKM., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura
4. Martina Mogan, S.ST selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
6. Teman-teman se-Angkatan 2009 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
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, Juli 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat.....	5
BAB II LANDASAN TEORI	
A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	7
B. Konsep Dasar Asfiksia	17
C. Manajemen Asuhan Kebidanan	32

BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAN TINJAUAN KASUS

- A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus..... 55
- B. Tinjauan Kasus..... 57

BAB IV PEMBAHASAN..... 71

BAB V PENUTUP

- A. Kesimpulan..... 75
- B. Saran..... 75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Berdasarkan data yang diperoleh dari Unicef tahun 2010, pada tahun 2009 kematian anak di dunia di bawah lima tahun terbanyak di Sub Sahara Afrika sebanyak 4 juta anak, Asia Selatan 2,6 Juta, Asia Timur dan Pasifik sebanyak 0.8 juta, Afrika Selatan dan sebagian Timur sebanyak 0.4 juta, Negara industri sebanyak 0.1 juta dan Amerika Latin sebanyak 0.1 juta. Sekitar 90 % dari kematian anak di seluruh dunia terjadi hanya dalam 42 negara. Sekitar 25% dari kematian tersebut terjadi sebelum usia 5 tahun di negara-negara termiskin. Namun 8 juta dari 11 juta kematian anak di seluruh dunia setiap tahun dapat dicegah (Unicef, 2010). Berdasarkan hasil Riskesdas 2007, penyebab kematian bayi baru lahir 0-6 hari di Indonesia adalah gangguan pernapasan 36,9%, prematuritas 32,4%, sepsis 12%, hipotermi 6,8%, kelainan darah/ikterus 6,6% dan lain-lain. Penyebab kematian bayi 7-28 hari adalah sepsis 20,5%, kelainan kongenital 18,1%, pnemonia 15,4%, prematuritas dan BBLR 12,8%, dan gangguan sistem pernapasan (RDS) sebanyak 12,8%.

Periode setelah lahir merupakan awal kehidupan yang tidak menyenangkan bagi bayi. Hal tersebut disebabkan oleh lingkungan kehidupan sebelumnya (*intra uterin*) dengan lingkungan kehidupan sekarang

(ekstra uterin) yang sangat berbeda. Proses penyesuaian kehidupan dari uterus ini merupakan masa yang sulit bagi bayi dimana masa transisi ini merupakan fase kritis bagi kehidupannya (Surasmi, 2003).

Asfiksia adalah keadaan bayi yang tidak bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir yang disebabkan sebelumnya mengalami gawat janin, keadaan ibu, tali pusat atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan (Wiknjosastro, 2008).

Organ bayi baru lahir mengalami penyesuaian dengan keadaan diluar kandungan, dan inilah yang diperlukan untuk kehidupan selanjutnya. Perlindungan yang perlu diberikan pada bayi dengan *asfiksia* adalah menjaga agar kebutuhan utama kehidupannya yaitu bernafas, sirkulasi darah tidak terganggu, mencegah kehilangan suhu sehingga kebutuhan akan pemenuhan oksigen meningkat. Setelah pernafasan, pengaturan panas merupakan hal yang penting untuk diperhatikan demi kelangsungan hidup bayi baru lahir. Pengaturan suhu pada bayi baru lahir di rumah sakit sering menggunakan inkubator untuk menjaga agar bayi tetap hangat. Karakteristik bayi baru lahir yang dirawat dalam inkubator biasanya bayi yang mempunyai resiko tinggi, antara lain bayi dengan *asfiksia*, cedera lahir, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan lain-lain (Saifuddin, 2008 : 65).

Berdasarkan data yang Penulis peroleh dari dinas kesehatan Propinsi Papua tahun 2009 angka kematian bayi 52 per 1.000 kelahiran hidup yang disebabkan karena BBLR 29%, *asfiksia* 13%, tetanus 10%, masalah

pemberian makan 10%, infeksi 6%, gangguan hematologik 5% dan lain-lain 27% (Dinkes Provinsia Papua, 2009). Berdasarkan data rekam medis di RSUD Abepura pada tahun 2010 tercatat jumlah bayi yang dirawat di ruang perinatologi sebanyak 1028 bayi dan bayi yang menderita *asfiksia* sebanyak 147 (14,29%) bayi terbagi atas *asfiksia* berat sebanyak 37 (25,17%) bayi, *asfiksia* sedang sebanyak 65 (44,21%) bayi, dan *asfiksia* ringan sebanyak 45 (30,61%) bayi, serta yang meninggal sebanyak 1 bayi. Pada bulan Januari sampai dengan Mei tahun 2011 tercatat sebanyak 450 bayi dan yang menderita *asfiksia* sebanyak 69 (15,33%) bayi terbagi atas *asfiksia* berat sebanyak 15 (21,73%) bayi, *asfiksia* sedang sebanyak 39 (56,21%) bayi, *asfiksia* ringan sebanyak 15 (21,73%) bayi dan yang meninggal sebanyak 2 bayi (Data rekam medis ruang perinatologi RSUD Abepura, 2010).

Upaya yang telah dilakukan rumah sakit RSUD Abepura dalam penanganan *asfiksia* pada bayi adalah dengan melakukan asuhan kebidanan, yakni resusitasi yang baik dan benar sesuai dengan protap yang telah ditetapkan, antara lain menghangatkan bayi di bawah lampu 100 watt dan memantau TTV setiap 1 jam, untuk menjaga kemungkinan tidak terjadi *asfiksia* berat yang dapat mengancam jiwa bayi.

Berdasarkan permasalahan di atas, Penulis sangat tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan dengan judul Manajemen Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan *Asfiksia* Sedang di RSUD Abepura.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, maka Penulis merumuskan permasalahannya sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
2. Bagaimana menginterpretasi dan mendiagnosa pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
4. Bagaimana melaksanakan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
5. Bagaimana membuat rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
6. Bagaimana melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
7. Bagaimana mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?
8. Bagaimana melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilaksanakan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang ?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Menerapkan dan melaksanakan manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang di RSUD Abepura.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan Penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- b. Menginterpretasikan dan mendiagnosa pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- c. Menentukan diagnosa potensial pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- d. Melaksanakan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- e. Membuat rencana tindakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- f. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- g. Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.
- h. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilaksanakan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.

D. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi dan dapat dipertimbangkan penerapan manajemen asuhan kebidanan yang telah diterapkan pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* sedang.

2. Bagi Institusi

Dapat menjadi sumber informasi bagi mahasiswa tingkat bawah khususnya jurusan kebidanan sebagai pelengkap bacaan di perpustakaan dan dapat menilai sejauh mana penguasaan ilmu menyangkut kebidanan yang telah diberikan.

3. Bagi Penulis

Menambah pengalaman dalam penerapan manajemen asuhan kebidanan secara komprehensif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

1. Definisi

Bayi baru lahir adalah bayi yang berumur 0 bulan sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir (Muslihatun, 2009).

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran (Saifudin, 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 160x/ menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 120x/ 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 (Saifudin, 2008)

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*, *urin* dan menghisap.

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

Kulit kemerahan dan hangat (Bobak, dkk, 2005).

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 6 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 3-4 bulan.

3) *Graps* reflek (menggenggam)

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

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

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

b. Reflek makan

1) *Reflek* refleks (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 (Saifudin, 2008) adalah sebagai berikut :

a. Sistem *kardiovaskuler*

Foramen ovale, *duktus arteriosus* dan *duktus venosus* menutup. *Arteri umbilikalis*, *vena umbilikalis* dan *arteri hepatica* menjadi ligamen. Napas 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 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 mengklem dan memotong tali pusat membuat *arteri umbilikalis*, *vena umbilikalis* 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 *urin* 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 *urin* pucat menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya, bayi cukup bulan mengeluarkan *urin* 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 *peristaltis 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 cokelat 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. Ikterik *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 terpapar 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 *forsep*.

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). *Genetalia* eksterna biasanya *edematosa* disertai *pigmentasi* yang lebih banyak. Pada bayi baru lahir cukup bulan, *labia mayora* dan *minora* menutup vestibulum. Pada bayi *prematum*, *klitoris* menonjol dan *labia mayora* kecil dan terbuka.

2) Pria

Testis turun ke dalam *skrotum* pada 90 % bayi baur lahir laki-laki. Walaupun presentasi ini menurun pada kelahiran *prematum*,

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 kelahiran (Saifuddin 2002).

6. 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 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*.

f. Merangsang kontraksi uterus

g. 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%.

h. Pemberian imunisasi

B. KONSEP DASAR ASFIKSIA

1. Pengertian

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan oksigen dan makin meningkatkan karbondioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut.

Asfiksia adalah keadaan bayi yang tidak bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir yang disebabkan sebelumnya mengalami gawat janin, keadaan ibu, tali pusat atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan (Wiknjosastro, 2008).

Asfiksia berarti *hipoksia* yang *progresif*, penimbunan CO_2 dan acidosis. Bila proses ini berlangsung terlalu jauh dapat mengakibatkan kerusakan otak atau kematian (Saifudin, 2002).

2. Penyebab

Menurut Saifuddin dalam bukunya Ilmu Kebidanan Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan *Maternal* dan *Neonatal* (2002 : 143), penyebab *asfiksia* pada bayi baru lahir, diantaranya adalah :

a. Faktor ibu

- 1) *Preeklampsia* dan *eklampsia*
- 2) Perdarahan *abnormal* (*plasenta previa* atau *solusio plasenta*)
- 3) Partus lama atau *partus* macet
- 4) Demam selama persalinan
- 5) Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV)
- 6) Kehamilan lewat waktu (sesudah 42 minggu kelahiran)

b. Faktor tali pusat

- 1) Lilitan tali pusat
- 2) Tali pusat pendek
- 3) Simpul tali pusat

4) *Prolapsus* tali pusat

c. Faktor bayi

- 1) Bayi *prematur* (sebelum 37 minggu kehamilan)
- 2) Persalinan dengan tindakan langsung (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, *ekstraksi forseps*)
- 3) Kelainan bawaan (*kongenital*)
- 4) Air ketuban bercampur *mekonium* (warna kehijauan).

3. Penilaian *asfiksia* pada bayi baru lahir

Skor *Apgar* ini biasanya dimulai 1 menit setelah bayi lahir lengkap, yaitu pada saat bayi telah diberi lingkungan yang baik serta telah di lakukan penghisapan lender dengan sempurna. Skor *Apgar* 1 menit ini menunjukkan beratnya *asfiksia* yang di derita dan baik sekali sebagai pedoman untuk menentukan cara resusitasi. *Apgar Score* perlu pula dinilai setelah 5 menit bayi lahir, karena hal ini mempunyai korelasi yang erat dengan *morbiditas* dan *mortalitas neonatal* (Prawirohardjo, 2006 : 143).

Tabel 2.1. *APGAR SCORE*

Tanda	Skor Penilaian		
	0	1	2
Frekuensi jantung	Tak ada	Kurang dari 100 x/menit	Lebih dari 100x/menit
Usaha Bernafas	Tak ada	Lambat,tidak teratur	Menangis kuat
<i>Tonus</i> otot	Lumpuh	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan Aktif
Refleks	Tak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/Melawan
Warna Kulit	Biru / pucat	Tubuh emerahan Ekstremitas Biru	Seluruh Tubuh kemerahan

Sumber : Prawirohardjo, 2006 : 143

Dari tabel diatas dapat menentukan tingkat atau derajat yang di alami bayi, apakah ringan, sedang, atau berat (Prawirohardjo, 2006). *Asfiksia neonatorum* dapat dibagi dalam :

a. *Vigoroudas baby (Asfiksia Ringan), apgar skor 7 - 10*

Dalam hal ini bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.

b. *Mild – Moderate asphyxia (asfiksia sedang), apgar skor 4 – 6*

Pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100 x/menit, *tonus* otot kurang baik atau baik, diagnosis refleks tritabilitas tidak ada.

c. *Asfiksia berat apgar skor 0 – 3*

Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 x/menit, *tonus* otot buruk, *sianosis* berat dan kadang-kadang pucat, refleks iritabilitas tidak ada.

d. *Asfiksia berat dengan henti jantung. Dimaksudkan dengan henti jantung adalah salah satu keadaan seperti :*

- 1) Bunyi jantung terus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap.
- 2) Bunyi jantung bayi menghilang post partum. Dalam hal ini pemeriksaan fisik lainnya sesuai dengan yang ditemukan pada penderita *asfiksia* berat.

Walaupun Nilai *Apgar* tidak penting dalam pengambilan keputusan pada awal resusitasi, tetapi dapat menolong dalam upaya penilaian keadaan bayi dan penilaian efektivitas upaya resusitasi. Jadi Nilai *Apgar* perlu dinilai pada 1 menit dan 5 menit. Apabila Nilai *Apgar* kurang dari 7 penilaian nilai tambahan masih diperlukan yaitu tiap 5 menit sampai 20 menit atau sampai dua kali penilaian menunjukkan nilai 8 dan lebih.

- a. Analisis gas darah (Ph kurang dari 7,20)
- b. Penilaian *apgar* skor meliputi (Warna kulit, usaha bernafas, *tonus* otot)
- c. Pemeriksaan EEG dan CT scan jika sudah terjadi komplikasi
- d. Pengkajian spesifik
- e. Baby gram
- f. USG (kepala)

4. Penanganan *Asfiksia* Pada Bayi Baru Lahir (Resusitasi Pada Bayi Baru Lahir)

Penilaian untuk melakukan resusitasi ditentukan oleh tiga tanda yang penting, yaitu: pernafasan, denyut jantung dan warna (Prawirohardjo, 2008).

Tindakan resusitasi bayi baru lahir mengikuti tahapan-tahapan yang dikenal sebagai ABC resusitasi.

- a. A — Memastikan saluran nafas terbuka
 - 1) Meletakkan bayi dalam posisi kepala defleksi: bahu diganjal.
 - 2) Menghisap mulut, hidung dan kadang-kadang trakea.

3) Bila perlu, masukkan pipa endotrakeal (pipa ET) untuk memastikan saluran pernafasan terbuka.

b. B — Memulai pernafasan

1) Memakai rangsangan taktil untuk memulai pernafasan.

2) Memakai VTP, bila perlu seperti:

a) Sungkup dan balon, atau

b) Pipa ET dan balon

c) Mulut ke mulut (hindari paparan infeksi).

c. C — Mempertahankan sirkulasi darah

1) Rangsangan dan pertahankan sirkulasi darah dengan cara:

2) Kompresi dada.

3) Pengobatan (Prawirohardjo, 2006 : 145).

5. Mengantisipasi bayi lahir dengan depresi/asfiksia

Untuk mengantisipasi bayi lahir dengan depresi/*asfiksia* adalah dengan meninjau riwayat *antepartum* dan meninjau riwayat *intrapartum* (Prawirohardjo, 2006 : 145).

a. Persiapan alat

1) Alat pemanas siap pakai

2) Oksigen

Dibutuhkan sumber oksigen 100% bersama pipa oksigen dan alat pengukurnya.

b. Alat penghisap

1) Penghisap lendir kaca

- 2) Penghisap mekanis
- 3) Kateter penghisap no. 5F atau 6F, 8F, IOF
- 4) Sonde lambung no. 8F dan semprit 20 ml.
- 5) Penghisap *mekoneum*.

c. Alat sungkup dan balon resusitasi

- 1) Sungkup berukuran untuk bayi cukup bulan dan kurang bulan/*prematur* (sungkup mempunyai pinggir yang lunak seperti bantal).
- 2) Balon resusitasi *neonatus* dengan katup penurun tekanan. Balon harus mampu untuk memberikan oksigen 90-100%. Pipa saluran pernafasan berukuran untuk bayi cukup bulan dan kurang bulan. Oksigen dilengkapi alat pengukur aliran oksigen dan pipa-pipanya.

d. Alat inkubasi

- 1) Laringoskop dengan lidah lurus no. 0 (untuk bayi kurang bulan) dan no. 1 (untuk bayi cukup bulan).
- 2) Lampu dan baterai ekstra untuk laringoskop.
- 3) Pipa endotrakeal ukuran 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm.
- 4) Stiles
- 5) gunting
- 6) Sarung tangan.

e. Obat-obat

- 1) Epinefrin 1: 10.000 dalam ampul 3 ml atau 10 ml.
- 2) Nalokson hidroklorid 0,4 mg/ml dalam ampul 1 ml atau 1 mg/ml

dalam ampul 2 MI.

3) Volume expander, salah satu dari yang berikut ini:

a) 5% larutan Albumin Saline.

b) Larutan NaD 0,9%.

c) Larutan Ringer Laktat.

4) Bikarbonas natrikus 4,2% (5 mEq/10 ml) dalam ampul 10 ml.

5) Larutan Dekstrose 5%, 10%, 250 ml.

6) Aquadest steril 25 ml.

7) Larutan NaD 0,9%, 25 ml.

f. Lain-lain

1) Stetoskop bayi

2) Plester 1/2 atau 3/4 inci

3) Semprit untuk 1, 3, 5, 10, 20, 50 ml

4) Jarum berukuran 18, 21, 25

5) Kapas alkohol

6) Baki untuk kateterisasi *arteria umbilicalis*

7) Kateter umbilikus berukuran 3,5F; 5F

8) Three-way stopcocks

9) Sonde lambung berukuran 5F (Prawirohardjo, 2006 : 144)

6. Pelaksanaan resusitasi pada bayi baru lahir dengan *asfiksia*

Pelaksanaan resusitasi menurut Prawirohardjo (2006) adalah sebagai berikut :

a. Mencegah kehilangan panas dan mengeringkan tubuh bayi

- 1) Alat pemancar panas telah diaktifkan sebelumnya sehingga tempat meletakkan bayi hangat.
 - 2) Bayi diletakkan di bawah alas pemancar panas, tubuh dan kepala bayi dikeringkan dengan menggunakan handuk atau selimut hangat (Apabila diperlukan penghisapan *mekoneum*, dianjurkan untuk menunda pengeringan tubuh yaitu setelah *mekoneum* dihisap dari trakea).
 - 3) Untuk bayi sangat kecil (berat badan kurang dari 1500 gram) atau apabila suhu ruangan sangat dingin dianjurkan menutup bayi dengan sehelai plastik tipis yang tembus pandang.
- b. Meletakkan bayi dalam posisi yang benar
- 1) Bayi diletakkan terlentang di alas yang datar, kepala lurus dan leher sedikit tengadah (*ekstensi*).
 - 2) Untuk mempertahankan agar leher tetap tengadah, letakkan handuk atau selimut yang digulung di bawah bahu bayi, sehingga bahu terangkat $\frac{3}{4}$ sampai 1 inci (2-3 cm).
 - 3) Membersihkan jalan nafas
 - a) Kepala bayi dimiringkan agar cairan berkumpul di mulut dan tidak di faring bagian belakang.
 - b) Mulut dibersihkan terlebih dahulu dengan makaud:
 - (1) Cairan tidak teraspirasi.
 - (2) Hisapan pada hidung akan menimbulkan pernafasan megap-megap (*gaspings*).

- c) Apabila *mekoneum* kental dan bayi mengalami depresi harus dilakukan penghisapan dari trakea dengan menggunakan pipa endotrakea (pipa ET).

c. Menilai bayi

Penilaian bayi dilakukan berdasarkan 3 gejala yang sangat penting bagi kelanjutan hidup bayi.

- 1) Usaha bernafas
- 2) Frekuensi denyut jantung
- 3) Warna kulit.

d. Menilai usaha bernafas

- 1) Apabila bayi bernafas spontan dan memadai, lanjutkan dengan menilai frekuensi denyut jantung.
- 2) Apabila bayi mengalami *apnu* atau sukar bernafas (megap-megap atau gasping) dilakukan rangsangan taktil dengan menepuk-nepuk atau menyentil telapak kaki bayi atau menggosok-gosok punggung bayi sambil memberikan oksigen.
- 3) Apabila setelah beberapa detik tidak terjadi reaksi atas rangsangan taktil, mulailah pemberian VTP (ventilasi tekanan positif).
- 4) Pemberian oksigen harus berkonsentrasi 100% (yang diperoleh dari tabung oksigen). Kecepatan aliran oksigen paling sedikit 5 liter/menit. Apabila sungkup tidak tersedia, oksigen 100% diberikan melalui pipa yang ditutupi tangan di atas muka bayi dan aliran oksigen tetap terkonsentrasi pada muka bayi. Untuk mencegah

kehilangan pangs dan pengeringan mukosa saluran nafas, oksigen yang diberikan perlu dihangatkan dan dilembabkan melalui pipa berdiameter bestir.

e. Menilai frekuensi denyut jantung bayi

- 1) Segera setelah menilai usaha bernafas dan melakukan tindakan yang diperlukan, tanpa memperhatikan pernafasan apakah spontan normal atau tidak, segera dilakukan penilaian frekuensi denyut jantung bayi.
- 2) Apabila frekuensi denyut jantung lebih dari 100/menit dan bayi bernafas spontan, dilanjutkan dengan menilai warna kulit.
- 3) Apabila frekuensi denyut jantung kurang dari 100/menit, walaupun bayi bernafas spontan, menjadi indikasi untuk dilakukan VTP.
- 4) Apabila detak jantung tidak dapat dideteksi, epinefrin harus segera diberikan dan pada saat yang sama VTP dan kompresi dada dimulai.
- 5) Menilai warna kulit

Penilaian warna kulit dilakukan apabila bayi bernafas spontan dan frekuensi denyut jantung bayi lebih dari 100/menit.

- 6) Apabila terdapat *sianosis* central, oksigen tetap diberikan.

Apabila terdapat *sianosis* perifer, oksigen tidak perlu diberikan. *Sianosis* perifer disebabkan oleh karena peredaran darah yang masih lamban, antara lain karena suhu ruang bersalin yang dingin, bukan akibat hipoksemia.

f. Ventilasi tekanan positif (VTP)

Urutan langkah berikut adalah urutan langkah bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai alat sungkup dan balon resusitasi. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak mempunyai alat tersebut seperti Puskesmas atau Bidan, dapat melakukan resusitasi dengan alat sungkup dan tabung yang diuraikan pada bagian akhir Bab ini.

- 1) Pastikan bayi diletakkan dalam posisi yang benar.
- 2) Agar VTP efektif, kecepatan memompa (kecepatan ventilasi) dan tekanan ventilasi harus sesuai
- 3) Kecepatan ventilasi
- 4) Kecepatan ventilasi sebaiknya 40-60 kali/menit
- 5) Tekanan ventilasi

Tekanan ventilasi yang dibutuhkan sebagai berikut. Nafas pertama setelah lahir, membutuhkan: 30-40 cm H₂O. Setelah nafas pertama, membutuhkan: 15-20 cm H₂O. Bayi dengan kondisi/ penyakit paru-paru yang berakibat turunnya compliance, membutuhkan: 20-40 cm H₂O. Tekanan ventilasi hanya dapat diatur apabila digunakan balon yang mempunyai pengukur tekanan.

- 6) Observasi gerak dada bayi

Adanya gerakan dada bayi turun naik merupakan bukti

bahwa sungkup terpasana, dengan baik dan paru-paru mengembang. Bayi seperti menarik nafas dangkal. Apabila dada bergerak makimum, bayi seperti menarik nafas panjang, menunjukkan paru-paru terlalu mengembang, yang berarti tekanan diberikan terlalu tinggi. Hal ini dapat menyebabkan pneumotoraks.

7) Observasi gerak perut bayi

Gerak perut tidak dapat dipakai sebagai pedoman ventilasi yang efektif. Gerak perut mungkin disebabkan masuknya udara ke dalam lambung.

8) Penilaian suara nafas bilateral

Suara nafas didengar dengan menggunakan stetoskop. Adanya suara nafas di kedua paru-paru merupakan indikasi bahwa bayi mendapat ventilasi yang benar.

9) Observasi pengembangan dada bayi

Apabila dada terlalu berkembang, kurangi tekanan dengan mengurangi meremas balon. Apabila dada kurang berkembang, mungkin disebabkan oleh salah satu penyebab berikut:

- a) Pelekatan sungkup kurang sempurna.
- b) Arus udara terhambat.
- c) Tidak cukup tekanan

Apabila dengan tahapan di atas dada bayi masih tetap kurang berkembang, sebaiknya dilakukan intubasi endotrakea dan ventilasi pips-baton

10) Menilai frekuensi denyut jantung bayi pada saat VTP

- a) Frekuensi denyut jantung bayi dinilai setelah selesai melakukan ventilasi 15-20 detik pertama.
- b) Frekuensi denyut jantung dihitung dengan cara menghitung jumlah denyut jantung dalam 6 detik dikalikan 10, sehingga diperoleh frekuensi jantung per menit.
- c) Frekuensi denyut jantung bayi dibagi dalam 3 kategori, yaitu:
 - (1) Lebih dari 100 kali/menit
 - (2) Antara 60-100 kali/menit
 - (3) Kurang dari 60 kali/menit
- d) Apabila frekuensi denyut jantung bayi > 100 kali/menit

Bayi mulai bernafas spontan. Dilakukan rangsangan taktil untuk merangsang frekuensi dan dalamnya pernafasan. VTP dapat dihentikan, oksigen arus bebas diberikan. Kalau wajah bayi tampak merah, oksigen dapat dikurangi secara bertahap. Apabila pernafasan spontan dan adekuat tidak terjadi, VTP dilanjutkan.

- e) Apabila frekuensi denyut jantung bayi antara 60-100 kali/menit VTP dilanjutkan dengan memantau frekuensi denyut jantung bayi
- f) Apabila frekuensi denyut jantung bayi < 80 kali/menit, dimulai kompresi dada bayi

- g) Apabila frekuensi denyut jantung bayi < 60 kali/menit.

VTP dilanjutkan. Periksa ventilasi apakah adekuat dan oksigen yang diberikan benar 100% segera dimulai kompresi dada bayi dan memasang kateter orogastrik

- 11) Indikasi VTP dengan baton dan sungkup lebih lama dari 2 menit harus dipasang kateter sungkup dan tetap terpasang selama ventilasi, oleh karena selama ventilasi udara dari orofaring dapat masuk ke dalam *esofagus* dan lambung, yang berakibat :

- a) Lambung yang terisi udara akan membesar dan menekan diafragma menghalangi paru-paru berkembang.
- b) Udara dalam lambung dapat menyebabkan regurgitasi isi lambung yang mungkin menimbulkan aspirasi.
- c) Udara dalam lambung dapat masuk ke usus, menyebabkan perut kembung yang akan menekan diafragma.

- (1) Alat yang dipakai ialah pipa orogastrik nomor 8F.
Semprit 20 ml.

- (2) Ukur panjang pipa yang akan dimasukkan dengan cara mengukur panjangnya mulai dari pangkal hidung ke daun telinga bayi dan dari daun telinga ke prosesus sifoideus (ujung bawah tulang dada) bayi.

- (3) Masukkan pipa melalui mulut (hidung untuk ventilasi).

- (4) Setelah pipa dimasukkan sesuai panjang yang diinginkan

(sesuai pengukuran sebelumnya), sambung dengan semprit 20 ml dan hisap isi lambung dengan cepat dan halus.

- (5) Menilai frekuensi denyut jantung bayi pada saat VTP
- (6) Frekuensi denyut jantung bayi dinilai setelah selesai melakukan ventilasi 15-20 detik pertama.
- (7) Frekuensi denyut jantung dihitung dengan cara menghitung jumlah denyut jantung dalam 6 detik dikalikan 10, sehingga diperoleh frekuensi jantung per menit.
- (8) Frekuensi denyut jantung bayi dibagi dalam 3 kategori, yaitu:
 - (a) Lebih dari 100 kali/menit
 - (b) Antara 60-100 kali/menit
 - (c) Kurang dari 60 kali/menit.
 - (d) Apabila frekuensi denyut jantung bayi > 100 kali/menit (Prawirohardjo, 2006 : 142).

C. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Muslihatun, dkk, 2009).

Asuhan kebidanan, adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, *nifas*, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Muslihatun, dkk, 2009).

1. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife* terdiri dari (Muslihatun, dkk, 2009: 92).

- 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 diagnosis 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 bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.

- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi 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 rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (1997) Dalam Muslihatun, dkk (2009)

Menurut Varney, bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

Varney juga menambahkan satu langkah lagi langkah ke empat dengan harapan bidan dapat menggunakan kemampuan untuk melakukan deteksi dini dalam proses manajemen sehingga bila klien membutuhkan tindakan segera atau kolaborasi, konsultasi bahkan dirujuk, segera bisa dapat dilaksanakan.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi.

Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah 1 : Pengumpulan data dasar

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

- a. Riwayat Kesehatan.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah kelima dan keenam (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah

keempat untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah 2 : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar *nomenklatur* diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh Dinical Judgement dalam praktik kebidanan.
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Langkah 3 : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien.

Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut (misalnya *polihidramnion*, besar dari masa kehamilan, gamelli, diabetes). Kemudian bidan harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan *post partum* yang disebabkan oleh *atonia uteri* karena pemuaihan uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distosia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi.

Langkah 4 : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia, bahu). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misal *prolaps* tali pusat.

Langkah 5 : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini haruslah rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan.

Langkah 6 : Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk

mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

Langkah 7 : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagian belum efektif.

3. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009 : 123) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tiro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/ Assessment dan P

adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009 : 124).

S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "0" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

A (*Assessment*)

A (*Analysis/Assessment*), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terns diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. *Analisis/assessment* merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini: diagnosis/ masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/ masalah potensial. Kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi: tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

P (*Planning*)

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan

tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter. Dalam *Planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation/evaluasi*, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP Muslihatun dkk (2009).

4. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran. Tujuan memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah dilahirkan dengan hasil yang diharapkan terlaksananya asuhan segera/rutin pada bayi baru lahir termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosis,

mengidentifikasi masalah dan kebutuhan bayi, mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan (Muslihatun, dkk, 2009).

a. Langkah 1. Pengkajian data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir.

1) Data subjektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan, antara lain:

Riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, antara lain:

- a) Faktor genetik, meliputi: kelainan/gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetik.
- b) Faktor maternal (ibu), meliputi: adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isoimunisasi
- c) Faktor antenatal, meliputi: pernah ANC/tidak, adanya riwayat perdarahan, Preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/terganggu, diabetes gestasional, poli/oligohidramnion.
- d) Faktor perinatal, meliputi: prematur/postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, Ketuban Pecah Dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapses tali pusat, ibu hipotensi, asidosis

janin, jenis persalinan.

2) Data objektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain:

a) Pemeriksaan fisik

Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir :

- (1) Informasikan prosedur kepada orang tua dan dapatkan persetujuan orang tua.
- (2) Cuci tangan lalu keringkan, pakailah sarung tangan jika diperlukan.
- (3) Pastikan cukup, penerangan dan kehangatan untuk bayi.
- (4) Periksa bayi secara sistematis mulai dari kepala, muka kemudian klavikula, lengan, tangan, dada, dan abdomen, tungkai, kaki, spina dan genetalia.
- (5) Warna dan aktivitas bayi diidentifikasi.
- (6) Catat miksi dan defekasi (mekonium).
- (7) Ukur antropometri bayi.
- (8) Diskusikan hasil pemeriksaan ke orang tua bayi.
- (9) Catat hasil pengkajian sesuai hasil temuan.

Dalam waktu 24 jam, bila bayi tidak mengalami masalah apapun, lakukanlah pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Ketika memeriksa bayi baru lahir, ingat butir-butir penting berikut ini:

- (1) Periksa bayi di bawah pemancar panas dengan penerangan

yang cukup, kecuali ada tanda-tanda jelas bahwa bayi sudah kepanasan.

- (2) Untuk kasus bayi baru lahir (BBL) rujukan, mints orang tua/ keluarga bayi hadir selama pemeriksaan dan sambil berbicara dengan keluarga bayi serta sebelum melepaskan pakaian bayi, perhatikan: warna kulit, frekuensi nafas, poster tubuh,
 - (3) gerakan, reaksi terhadap rangsangan, dan abnormalitas yang nyata.
 - (4) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.
 - (5) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan.
 - (6) Bersikap lembut pada waktu memeriksa.
 - (7) Lihat, dengan dan rasakan tiap-tiap daerah pemeriksaan head to toe secara sistematis.
 - (8) Jika ditemukan faktor risiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
 - (9) Catat setiap basil pengamatan.
- b) Pemeriksaan umum
- (1) Pemafasan. Pernafasan BBL normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase

ekspirasi. Pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas secara periodik selama beberapa detik masih dalam batas normal.

- (2) Warna kulit, bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit lebih tebal.
- (3) Denyut jantung. Denyut jantung BBL normal antara 100-160 kali per menit, tetapi dianggap masih normal jika di atas 160 kali per menit dalam jangka waktu pendek, beberapa kali dalam satu hari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama bila bayi mengalami disstres. Jika ragu, ulangi penghitungan denyut jantung.
- (4) Suhu aksiler $36,5^{\circ}\text{C}$ sampai $37,5^{\circ}\text{C}$.
- (5) Postur dan Gerakan. Postur normal BBL dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi. Pada bayi kecil ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Pada bayi dengan letak sungsang selama masa kehamilan, akan mengalami fleksi penuh pada sendi panggul dan lutut atau sendi lutut ekstensi penuh, sehingga kaki bisa dalam berbagai posisi sesuai bayi infra uterin. Jika kaki dapat diposisikan dalam posisi normal tanpa kesulitan, maka tidak dibutuhkan terapi. Gerakan ekstremitas bayi harus secara spontan dan

simetris disertai gerakan sendi penuh. Bayi normal dapat sedikit gemetar.

- (6) Tonus otot/tingkat kesadaran. Rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika newel. Bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.
 - (7) Ekstremitas. Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstremitas disentuh, dan pembengkakan.
 - (8) Kulit. Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda Mongol. Selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya dan eritema toksikum pada muka, tubuh dan punggung pada hari kedua atau selanjutnya. Kulit tubuh, punggung dan abdomen yang terkelupas pada hari pertama juga masih dianggap normal.
 - (9) Tali Pusat, normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari
 - (10) Berat Badan, normal 2500-4000 gram.
- c) Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*)
- (1) Kepala: Ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum,

cephal haematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma.

- (2) Muka: tanda-tanda paralisis.
- (3) Mats: keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva dan kesimetrisan.
- (4) Telinga: kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala.
- (5) Hidung: kebersihan, palatoskisis.
- (6) Mulut: labio/palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/basah.
- (7) Leher : Pembengkakan dan benjolan.
- (8) Klavikula dan lengan tangan: gerakan, jumlah jari.
- (9) Dada: bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernafasan
- (10) Abdomen: penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroskisis, omfalokel, bentuk.
- (11) Genetalia: Kelamin Laki-laki: Testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis.
Kelamin perempuan: Vagina, uretra berlubang, labia

mayors dan labia minors.

- (12) Tungkai dan kaki: Gerakan, bentuk, dan jumlah jari.
- (13) Anus: Berlubang/tidak, fungsi spingter ani.
- (14) Punggung: spina bifida, mielomeningokel.
- (15) Reflek: Moro, Rooting, Walking, Graphs, Sucking, Tonicneck.
- (16) Antropometri: Berat badan (BB), panjang badan (PJ), lingkaran kepala (LK), lingkaran dagu (LD), lingkaran perut (LP), lingkaran lengan atas (LLA).
- (17) Eliminasi: Bayi baru lahir (BBL) normal biasanya kencing lebih dari enam kali per hari. BBL normal biasanya berak cair enam sampai delapan kali per hari. Dicurigai diare apabila frekuensi meningkat, tinja hijau atau mengandung lendir atau darah. Perdarahan vagina pada BBL dapat terjadi selama beberapa hari pada minggu pertama kehidupan dan hal ini dianggap normal.

b. Langkah 2. Interpretasi data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah satu.

Contoh:

1) Diagnosis :

a) Bayi cukup bulan, sesuai mass kehamilan, dengan asfiksia sedang.

b) Bayi kurang bulan, kecil mass kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan.

2) Masalah :

a) Ibu kurang informasi

b) Ibu menderita PER

c) Ibu Post SC sehingga tidak bisa melakukan skin to skin contact secara maksimal.

3) Kebutuhan: Perawatan rutin bayi baru lahir.

c. Langkah 3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi.

Contoh :

1) Diagnosis potensial :

a) Hipotermi potensial terjadi gangguan pernafasan.

b) Hipoksia potensial terjadi asidosis.

c) Hipoglikemi potensial ter adi hipotermi.

2) Masalah Potensial: Potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama.

- d. Langkah 4. Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/ atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tiro kesehatan lain sesuai kondisi bayi, contoh: bayi tidak segera bernafas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi.

- e. Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya.

Contoh:

- 1) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat.
- 2) Perawatan mata.
- 3) Memberikan identitas bayi.
- 4) Memperlihatkan bayi pada orang tuanya/keluarga.
- 5) Memfasilitasi kontak dini pada ibu.
- 6) Memberikan vitamin K1.
- 7) Konseling.
- 8) Imunisasi.

- f. Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman.

Contoh:

- 1) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat

- a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
- b) Ganti handuk/kain basah dan bungkus bayi dengan selimut.
- c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak kaki setiap 15 menit. Apabila telapak kaki terasa dingin, periksakan suhu aksila bayi.

2) Perawatan mata

Obat mata Eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karna damidia. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.

3) Memberikan identitas bayi

Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera setelah lahir.

- a) Alat pengenalan yang digunakan hendaknya tahan air, dengan tepi halus, tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.
- b) Pada alat pengenalan, harus mencantumkan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin dan unit perawatan.
- c) Di tempat tidur bayi juga harus dicantumkan tanda pengenalan yang mencantumkan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir dan nomor identitas.
- d) Sidik telapak kaki bayi dan sidik ibu jari ibu harus dicetak di

catatan yang tidak mudah hilang. Hasil pengukuran antropometri dicatat dalam catatan medis.

- 4) Memperlihatkan bayi pada orang tuanya/keluarga
- 5) Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu
 - a) Berikan bayi kepada ibu sesegera mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk: mempertahankan suhu bayi baru lahir, ikatan batin bayi terhadap ibu dan pemberian ASI dini.
 - b) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap (*reflex rooting positive*). Jangan paksakan bayi untuk menyusui.
 - c) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi, biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.
- 6) Memberikan vitamin K 1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir, lakukan hal-hal sebagai berikut:

 - a) Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari.
 - b) Bayi risiko tinggi diberikan vitamin K1 parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM.
- 7) Konseling

Ajarkan pada ibu/orang tua bayi untuk:

 - a) Menjaga kehangatan bayi.
 - b) Pemberian ASI.

c) Perawatan tali pusat

- (1) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan tutupi dengan kain bersih secara longgar.
- (2) Lipatlah popok di bawah sisa tali pusat (Muslihatun, dkk, 2009).

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 Irja 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) Dokter umum : 31 orang
- 2) Dokter spesialis : 12 orang
- 3) Dokter gigi : 3 orang
- 4) Perawat : 93 orang
- 5) Bidan : 18 orang
- 6) Gizi : 18 orang
- 7) Kesehatan lingkungan : 9 orang
- 8) Analisis : 8 orang
- 9) Radiologi : 4 orang
- 10) Farmasi : 5 orang
- 11) Fisioterapi : 4 orang
- 12) Anastesi : 1 orang
- 13) Non Medis : 1 orang
- 14) 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 : 11 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.
- 10) Alat maupun obat – obatan semuanya digunakan disesuaikan dengan kebutuhan.

B. TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKZIA SEDANG DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ABEPURA

NO. DM : 219545

Masuk RS Tanggal, Jam : 14 Juni 2011 Jam : 15.40 Wit

Di Rawat di Ruang : Perinatologi

Oleh : Nuriani Pasaribu

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA DASAR

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. AG	: Tn. SM
Umur	: 23 Tahun	: 23 tahun
Agama	: K. Protestan	: Kristen Protestan
Suku Bangsa	: Ekari/Indonesia	: Ekari/Indonesia
Pendidikan	: SMU	: SMU
Pekerjaan	: IRT	: Petani
Alamat	: Waena	: Waena

DATA SUBJEKTIF

1. Riwayat Antenatal

G I P 0 A 0 Umur kehamilan 40 minggu

Riwayat ANC : Teratur, 5 kali di Puskesmas Waena oleh bidan

Imunisasi : 2 kali

Kenaikan BB : 10 Kg

Keluhan selama hamil : Tidak ada
 Penyakit selama hamil : Tidak ada
 Kebiasaan makan : 3 x sehari
 Obat/jamu : Tidak pernah
 Merokok : Tidak pernah
 Komplikasi pada ibu : Tidak ada
 Komplikasi pada janin : Tidak ada

2. Riwayat Intranatal

Lahir tanggal : 14 – 06 – 2011 Jam 15.40 Wit
 Jenis persalinan : Spontan
 Penolong : Bidan di RSUD Abepura
 Lama persalinan : Kala I : 8 Jam 30 menit, Kala II: 1 jam 50 menit
 Komplikasi :
 Ibu : Partus macet
 Janin : Ketuban bercampur mekonium

3. Keadaan bayi baru lahir

BB/PB : 3150 gr / 51 cm
 Nilai apgar : 5/6

No	Kriteria	1 menit	5 menit
1	Denyut Jantung	1	1
2	Usaha Nafas	1	1
3	Tonus Otot	1	1
4	Reflek	1	1
5	Warna Kulit	1	2
Total		5	6

caput succedaneum : Ada

cephalhematoma : Tidak ada

cacat bawaan : Tidak ada

Tindakan Resusitasi : Bersihkan, rangsang traktil, keringkan, hangatkan

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Penapasan : 35 x/m
- b. Warna kulit : Merah, ekstremitas biru
- c. Denyut jantung : 80 x/m
- d. Suhu badan : 36,7°C
- e. Gerakan : Lemah
- f. Tonus otot : Lemah
- g. Kesadaran : Compos mentis
- h. Ekstremitas : Simetris kiri dan kanan, jari – jari lengkap
- i. Kulit : Terdapat lanugo di kulit kepala
- j. Tali pusat : Masih basah
- k. Berat badan : 3150 gr

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Bulat, ubun – ubun belum rapat
- b. Muka : Bulat
- c. Mata : Simetris
- d. Telinga : Bersih, simetris
- e. Hidung : Simetris, tidak ada kelainan

- f. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar
- g. Klavikula : Ada, normal
- h. Lengan atas : Normal
- i. Dada : Bentuk datar, normal
- j. Abdomen : Tidak ada kelainan
- k. Punggung : Tidak ada kelainan
- l. Genitalia : Laki - laki, testis sudah turun ke skrotum
- m. Tungkai dan kaki : Tidak aktif, akral teraba dingin
- n. Anus : Normal, berlubang

3. Reflek

- a. Moro : Ada
- b. Rooting : Ada
- c. Swallowing : Ada
- d. Graps : Ada
- e. Sucking : Ada
- f. Tonickneck : Ada

4. Antropometri

- a. Berat badan : 3150 Kg
- b. Panjang badan : 51 cm
- c. Lingkar kepala : 33 cm
- d. Lingkar dada : 31 cm
- e. Lingkar perut : 29 cm

5. Eliminasi

- a. Miksi : (-), belum
- b. Mekoneum : (+), Ada

6. Pemeriksaan penunjang: Tidak dilakukan

LANGKAH II : ANALISA DAN INTERPRETASI DATA

1. Diagnosa

Bayi baru lahir, cukup bulan, SMK, dengan asfiksia sedang

DS : Bayi lahir tanggal 14 Juni 2011 jam : 15.40 Wit

DO :

- a. Keadaan umum : Sedang
- b. A/S : 5/6
- c. Suhu tubuh : 36,7°C
- d. Frekuensi Jantung : 80 x/m
- e. Pernafasan : 35 x/m
- f. Ekstremitas : Akral teraba dingin
- g. Tampak mengantuk tapi masih bisa dibangunkan
- h. Aktifitas lemah
- i. Tali pusat masih basah

2. Masalah

Keterbatasan aktivitas

Dasar : Aktifitas lemah, tampak mengantuk tapi masih bisa dibangunkan,
menangis lemah

3. Kebutuhan

Pemenuhan lingkungan yang nyaman

LANGKAH III : DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi asfiksia berat

DS : -

DO : a. SB : 36,7°C

b. A/S : 5/6

d. Bayi belum mendapat Asupan nutrisi

e. frekuensi jantung : 80 x/m)

2. Potensial terjadi hipoglikemia

DS : -

DO : a. Bayi belum mendapat ASI (refleks isap lemah)

b. Refleks isap lemah

3. Potensial terjadi dehidrasi

DS : -

DO : a. Bayi belum mendapat ASI

b. Refleks Isap lemah

4. Potensial terjadi infeksi tali pusat

DS :

DO : Tali pusat masih basah

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

1. Mandiri (sesuai protap RSUD Abepura)

Ikat tali pusat, keringkan tubuh bayi dan hangatkan, atur posisi kepala bayi $\frac{1}{2}$ ekstensi, Isap lendir dari mulut dan hidung, hangatkan bayi dibawah lampu 100 watt dengan jarak 60 cm dan pasang O₂ dengan kecepatan 1 liter /menit

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

1. Ikat tali pusat dengan benang tali pusat
2. Keringkan tubuh bayi dengan kain bersih
3. Pakaikan pakaian yang kering dan bersih pada bayi
4. Atur posisi kepala bayi $\frac{1}{2}$ ekstensi
5. Isap lendir dari mulut dan hidung
6. Pasang O₂ dengan kecepatan 1 liter /menit
7. Hangatkan bayi dibawah lampu 100 watt dengan jarak 60 cm
8. Bayi masih dipuaskan
9. Lakukan Kolaborasi dengan dokter untuk terapi dan tindakan advis dokter :
pemberian amoxan drops 3 x 0,4 cc
10. Observasi tanda-tanda vital tiap 2 jam (jantung, respirasi dan suhu badan)

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 14 Juni 2011

Jam : 15.40 Wit

1. Mengikat tali pusat dengan benang tali pusat
2. Mengeringkan tubuh bayi dengan kain bersih
3. Memakaikan pakaian yang kering dan bersih pada bayi
4. Mengatur posisi kepala bayi $\frac{1}{2}$ ekstensi

5. Mengisap lendir dari mulut dan hidung
6. Memasang O₂ dengan kecepatan 1 liter /menit
7. Menghangatkan bayi dibawah lampu 100 watt dengan jarak 60 cm
8. Bayi masih dipuaskan
9. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi dan tindakan advis dokter : pemberian amoxan drops 3 x 0,4 cc
10. Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 2 jam (jantung : 110 x/m, respirasi : 44 x/m, suhu badan : 36,5°C)

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 14 Juni 2011

Jam : 17.45 Wit

1. Tali pusat sudah diikat dengan benang tali pusat
2. Tubuh bayi sudah dikeringan dengan kain bersih
3. Memakaikan pakaian yang kering dan bersih
4. Posisi kepala bayi ½ ekstensi
5. Lendir telah dihisap dari mulut dan hidung
6. O₂ terpasang dengan kecepatan 1 liter /menit
7. Bayi tidur dibawah lampu 100 watt dengan jarak 60 cm
8. Bayi masih dipuaskan
9. Telah diberikan amoxan drops 3 x 0,4 cc
10. Tanda – tanda vital dalam batas normal (jantung : 110 x/m, respirasi : 44 x/m, suhu badan : 36,7°C) dan bayi tidak asfiksia

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE II

Tanggal /Jam Pengkajian : 15 Juni 2010 Jam : 08.00 Wit

Tempat : Ruang Perinatologi RSUD Abepura

Oleh : Mhs. Nuriani Pasaribu

S : Bayi tidak muntah dan perut tidak kembung

O : -

1. Keadaan umum : Baik
2. BB : 3150 gr
3. TTV : Jantung : 130 x/m, R : 44 x/m, SB : 36,8°C
4. Refleks isap/telan : Kuat
5. Tali pusat : Masih basah, tidak bau dan tidak ada tanda-tanda infeksi

A : Neonatus, cukup bulan umur 2 hari, normal

P : Tanggal 16 Juni 2010 Jam 08.00 Wit

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
2. Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 6 jam :

Jam 07.15 WIT : ND : 130x/mnt, Resp : 44x/mnt, SB : 36,8°C

Jam 13.00 WIT : ND : 125x/mnt, Resp : 48x/mnt, SB : 36,8°C

Jam 19.00 WIT : ND : 120x/mnt, Resp : 46x/mnt, SB : 36,5°C)

Keadaan umum bayi baik

3. Mengobservasi BAB dan BAK (BAB warna kuning berbiji – biji, bau asam, konsistensi lembek dan BAK warna kuning muda)
4. Bayi sudah diberi ASI dan PASI tiap 2 jam (30 cc) diberikan dengan menggunakan sendok secara perlahan-lahan dan tidak muntah
5. Menyendawakan bayi setelah diberikan minum ASI dan PASI dengan cata menepuk – nepuk punggung hingga bayi bersendawa dan bayi tidak muntah
6. Memandikan bayi jam 08.00 Wit
7. Merawat tali pusat dengan kasa kering /steril, tali pusat masih nampak basah dan tidak tampak tanda – tanda infeksi
8. Memberi rasa nyaman dengan menggosok badan bayi dengan minyak telon mulai dari punggung, perut, tangan, kaki
9. Menghangatkan bayi dibawah lampu 100 watt jarak 60 cm
10. Awasi tanda – tanda bahaya pada bayi
11. Mengkaji adanya tanda-tanda infeksi pada bayi
12. Membatasi pengunjung untuk tidak kontak langsung dengan bayi

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE III

Tanggal / Jam Pengkajian : 16 Juni 2010 Jam : 09.00 Wit

Tempat : Ruang Perinatologi RSUD Abepura

Oleh : Mhs. Nuriani Pasaribu

S : Bayi tidak muntah dan perutnya tidak kembung

O : -

1. Keadaan umum : Baik
2. BB : 3150 gr
3. TTV : Jantung : 124 x/m, R : 44 x/m, SB : 36,7°C
4. Refleks isap : Kuat
5. Tali pusat : Masih basah dan tidak bau

A : Neonatus, cukup bulan umur 3 hari, normal

P : 16 Juni 2010 Jam : 09.00 Wit

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
2. Mengobservasi tanda-tanda vital (Jantung : 134x/m, R : 44 x/m dan SB : 37°C), keadaan umum bayi baik
3. Bayi sudah diberi ASI dan PASI 40 cc/dot dan tidak muntah
4. Menyendawakan bayi setelah diberikan minum ASI dan PASI dengan cara menepuk – nepuk punggung hingga bayi bersendawa
5. Mengobservasi BAK dan BAB, Bayi sudah BAB dan BAK jam 08.50 Wit. (BAB warna kuning berbiji – biji, bau asam, konsistensi lembek dan BAK warna kuning muda)

6. Mengganti popok basah dengan yang kering dan bersih jam 08.55 Wit
7. Merawat tali pusat dengan kasa kering/steril, tali pusat masih tampak basah
8. Memandikan bayi dan menggosok badan bayi dengan minyak telon mulai dari punggung, perut, tangan, kaki
9. Membatasi pengunjung untuk tidak kontak langsung dengan bayi
10. Memberikan konseling pada ibu tentang cara merawat bayinya di rumah (memandikan, merawat dan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan)
11. Memberikan informasi tentang tanda – tanda bahaya pada bayi seperti muntah, kejang, demam dan tidak mau minum ASI.
12. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi di rumah
Amoxan 3 x 0,4 cc dan Biosambe 1 x 0,3 cc
13. Informasikan untuk kontrol ulang satu minggu kemudian
14. Persiapkan ibu dan bayi pulang (Ibu pulang dijemput keluarga pada jam 12.00 Wit)

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini Penulis akan membahas asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan asfiksia sedang di RSUD Abepura yang dilaksanakan mengacu pada metode Varney yang dirumuskan dalam tujuh langkah dan SOAP.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 14 Juni 2011 s.d 16 Juni 2011 dengan mengumpulkan semua data dan informasi yang adekuat dari seluruh sumber yang berkaitan dengan proses kelahiran bayi, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi agar dapat menentukan proses intervensi yang benar dalam tahap selanjutnya.

Pada tahap ini Penulis menggunakan beberapa metode dalam proses pengumpulan data yaitu pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik. Dari hasil pengkajian, diketahui bayi lahir pada tanggal 14 Juni 2011 jam 15.40 Wit, persalinan spontan dengan air ketuban mekonium berwarna hijau, pada pemeriksaan fisik diketahui berat badan bayi 3150 gr dan PB : 51 cm, lika : 33 cm dan berjenis kelamin laki – laki dengan Apgar score : 5/6 dengan tanda-tanda vital (Jantung : 80x/menit, pernapasan : 35 x/menit dan suhu badan : 36,7°C).

Sesuai teori yang didapat bahwa terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir salah satu penyebabnya adalah air ketuban mekonium, hal ini sesuai dengan proses kelahiran bayi “Ny. AG” yang lahir dengan air ketuban mekonium.

Dalam menegakkan diagnosa dilakukan dengan menginterpretasikan hasil pengkajian pada bayi “Ny AG”, sehingga Penulis dapat menegakkan diagnosa

yaitu bayi baru lahir dengan asfiksia sedang. Diagnosa tersebut ditegakkan sesuai dengan manajemen kebidanan menurut Varney.

Pada penegakkan diagnosa potensial pada bayi Ny. AG berdasarkan pengkajian, yakni berpotensi terjadi asfiksia berat, hipoglikemia, dehidrasi dan infeksi tali pusat. Hal ini sesuai dengan tinjauan kasus bahwa pada bayi dengan asfiksia berpotensi terjadi asfiksia berat, hipoglikemia, dehidrasi dan infeksi tali pusat, bila tidak ditangani dengan segera. Tindakan segera yang dilakukan sesuai dengan teori menurut Prawiroharjo (2006) secara mandiri dan sesuai dengan protap RSUD Abepura, yakni isap lendir dari mulut dan hidung, pasang O₂ dengan kecepatan 1 liter/menit, atur posisi kepala bayi ½ ekstensi, hangatkan bayi dibawah lampu, keringkan badan bayi dengan kain bersih, ganti kain basah dengan kain yang kering dan bersih.

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa yang telah diidentifikasi. Rencana dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan tinjauan kasus bahwa pada bayi dengan asfiksia harus dilakukan perawatan dengan mengatur posisi kepala bayi ½ ekstensi, hangatkan bayi di bawah lampu, keringkan badan bayi dengan kain bersih, ganti kain basah dengan kain yang kering dan bersih, merawat tali pusat dengan kasa steril, bersihkan jalan nafas dari mulut dan hidung, penuhi nutrisi bayi (PASI) tiap dua jam. Penanganan pada bayi baru lahir dengan asfiksia yang dilaksanakan di RSUD Abepura pada umumnya sesuai dengan teori yang ada.

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses asuhan kebidanan untuk menilai apa yang sudah dilakukan dan bagaimana perkembangan klien. Selama tiga hari klien sudah diasuh dan tidak ditemukan masalah lain. Sebelum ibu pulang, diberikan terapi Amoxan 3 x 0,4 cc dan Biosanbe 0,3 cc sesuai dengan kolaborasi dokter.

Berdasarkan uraian diatas menurut Penulis, penanganan pada bayi baru lahir dengan asfiksia, bila tidak mendapat penanganan yang tepat, yakni penerapan manajemen kebidanan secara menyeluruh, terarah dan tepat serta koordinasi kerja tim medis yang baik, kemungkinan potensial yang telah ditegakkan tidak menjadi aktual.

BAB V

P E N U T U P

A. KESIMPULAN

Dari hasil dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa penanganan yang tepat berdasarkan rencana asuhan pada bayi baru lahir dengan asfiksia sedang dengan melaksanakan resusitasi pada menit pertama dengan melakukan pemasangan O₂ dengan kecepatan 1 liter/menit, atur posisi kepala bayi ½ ekstensi, hangatkan bayi dibawah lampu, keringkan badan bayi dengan kain bersih, ganti kain basah dengan kain yang kering dan bersih, sehingga pada menit kesepuluh bayi dapat bernafas dengan normal dengan TTV (ND : 130 x/m, R : 44 x/m, SB : 36,7°C).

Asuhan yang diberikan dapat berhasil, dengan melakukan tindakan tindakan mandiri, sehingga komplikasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia tidak menjadi aktual.

B. SARAN

1. Bagi rumah sakit

Agar pelayanan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan dengan baik, perlu dipertahakan dan ditingkatkan guna meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif.

2. Bagi petugas di Ruang Perinatologi

Agar petugas senior lebih banyak membimbing petugas yunior dalam penanganan bayi baru lahir khususnya dengan asfiksia secara cermat dan tepat dalam melakukan asuhan kebidanan, sehingga kemungkinan potensial yang telah ditegakkan tidak menjadi aktual.

3. Bagi Jurusan kebidanan

Sebagai bahan referensi bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan selanjutnya, khususnya pada bayi baru lahir dengan asfiksia sedang.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI
BARU LAHIR DENGAN ASFIKSI SEDANG
DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : NURIANI PASARIBU

NIM : PO.71.24.4.09.092

Pembimbing I : Dra. WELMINTJE SAPARI, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Kamis 7-7-2011	-Daftar Isi -Bab II -Bab III	Buat Daftar isi Buat tabel APGAR Perbaiki, data setelah penanganan; Diagnose	M. Sapari
2	Selasa 26-7-2011	Bab III IV, V -Daftar pustaka	Perbaiki, kembali besok	M. Sapari
3	Rabu 27-7-2011	-Bab III, IV, V -Daftar pustaka	Ace → gandum seluruhnya	M. Sapari
4				



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN**

LEMBARAN KONSULTASI

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI
BARU LAHIR DENGAN ASFIKZIA SEDANG
DI RSUD ABEPURA**

Nama Mahasiswa : NURIANI PASARIBU

NIM : PO.71.24.4.09.092

Pembimbing II : MARTINA MOGAN S.ST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Kamis 16-6-2011	- Lembar judul - Bab I	- Tambah kalimat Tahun dan di Acc - Perbaiki Ketikain dan di Acc serta kembali bawah Bab II	} Hupf Kembali 20-6-2011
2	Senin 20-6-2011	- Bab II	- Tambah materi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir secara teoritis	} Hupf Kembali 24-6-2011
3	Senin 27-6-2011	- Bab II	- di Acc lanjut ke pembimbing I	} Hupf Kembali Bawah Bab II 30-06-2011
4	Kamis 30-6-2011	- Bab III	- Pader hindarkan Segera lakukan penanganannya Kolaborasi: -lg lainya & masukkan pd rencana - buatkan V dan VI direkt kan penanganannya RBL Evaluasi rencana (ru dakan, SOAP dibuat pd kunjungan selanjutnya - untuk SOAP, di perencana namu sekalian hasil	} Hupf Kembali 04-7-2011



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI
BARU LAHIR DENGAN ASFIKSI SEDANG
DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : NURIANI PASARIBU

NIM : PO.71.24.4.09.092

Pembimbing II : MARTINA MOGAN S.ST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Semi n 04 / 07 - 2011	- Bab III	- Pada SOAP di perencanaaan sekalian di masukkan hasil . - lembar observasi hrs ada dan di masukkan di lampiran	 Kembali 6/7-2011 Bawa bab IV.
2	Kamis 7/7 - 2011	Bab III dan IV	- Perbaiki ketikam dan tambah pembarsihuan jalan napas pada bab IV . - di Acc dan lanjutkan ke pembimbing I	 Kembali 8/8 - 2011 Bawa bab V dan Daftar pustaka
3	Jumat 8/7 - 2011	- Bab IV, V dan Daftar Pustaka	} di Acc lanjut ke pembimbing I	
4				

DAFTAR PUSTAKA

Bobak, dkk, 2005. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. EGC; Jakarta.

Data rekam medis ruang perinatologi RSUD Abepura, 2010

Muslihatun, dkk, 2009. *Dokumentasi Kebidanan*, Cet. II Fitramaya, Jakarta.

Prawirohardjo, 2006. *Ilmu Kebidanan*. YBP-SP; Jakarta.

Saifuddin B.A 2002. *Buku Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta.

———, 2008. *Ilmu Kebidanan*. YBP-SP; Jakarta.

Unicef, 2010. *Angka Kematian Balita di dunia*. www.issuglobal.com. diakses pada tanggal 20 Mei 2011.

Wiknjosastro, 2008. *Ilmu Kandungan*. YBP-SP; Jakarta.