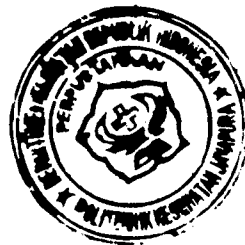


KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG PERINATOLOGI RSUD ABEPURA 2007

**Di Susun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura**

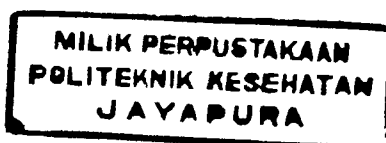


Oleh :

REGINA TAPATKEDING

NIM : PO . 71. 24. 4. 05. 24

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2007**



LEMBAR PERSETUJUAN

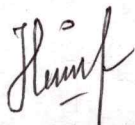
Karya Tulis Ilmiah dengan judul
**Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi
Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
Di Ruang Perinatologi RSUD Abepura
2007**

Telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan dihadapan
penguji Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura, 16 Juli 2007

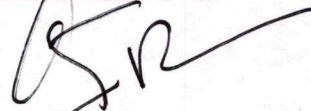
MENYETUJUI,

PEMBIMBING I



Heni Voni Rerey, SKM
NIP. 140 238 870

PEMBIMBING II



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Program Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada :

Hari : Minggu
Tanggal : 22 Juli 2007

Panitia Ujian Akhir Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA,



Dra. WELMINTJE SAPARI, M.Kes
NIP. 640 010 681



SEKRETARIS,

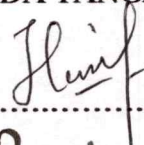
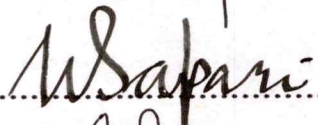
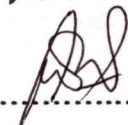


HENI VONI REREY, SKM
NIP. 140 238 870

DOSEN PENGUJI

1. **Heni Voni Rerey, SKM**
NIP. 140 238 870
2. **Dra. Welmintje Sapari, M.Kes**
NIP. 640 010 681
3. **Frederika Rumaropen, S.ST**
Nip. 640 010 659

TANDA TANGAN

(..........)
(..........)
(..........)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan Rahmat-Nya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul judul **“Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang Perinatologi RSUD Abepura 2007”**. Sesuai dengan disiplin ilmu yang penulis dapatkan. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program Diploma III Kebidanan Politeknik Jayapura. Penulis menyadari dengan segala keterbatasan yang ada, sehingga dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat diharapkan. Selama penulisan hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak baik Moril maupun Materil oleh karena itu, dengan kerendahan hati perkenalkanlah Penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bpk. Jan Piet Rumakewi, SKM. MM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Ibu Heni Voni Rerey, SKM selaku Dosen Pembimbing I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah atas ketulusan dan keikhlasannya, telah banyak memberikan arahan dan bimbingan sehingga membuka pengetahuan dan wawasan penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ibu Saaty Kadiwaru, SST, sebagai dosen pembimbing II yang telah banyak memberi arahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen-dosen Kebidanan yang membimbing Penulis sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan pada jurusan D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
6. Kepala Ruangan Perinatologi RSUD Abepura beserta Staf yang telah memberikan banyak bantuan dan masukan selama penulis mengadakan Study Kasus pada klien dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
7. Seluruh Keluarga tercinta yang selalu memberikan Doa Restunya serta dorongan moral maupun material kepada penulis selama menempuh pendidikan.
8. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswi Jurusan Kebidanan Angkatan VI Politeknik Kesehatan Jayapura, atas persaudaraan yang terjalin, kerja sama serta kekompakkannya dalam suka maupun duka.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang selama ini telah banyak memberikan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memenuhi kriteria penilaian dan mengisi Warna Almamater Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura dan dapat berguna dalam pelayanan kami.

Jayapura, 14 Juli 2007

Penulis,

MOTTO

MOTTO :

*Nama yang harum lebih baik dari pada minyak yang mahal (Penghotbah 7 : 1)
Hamburkanlah keharuman kebahagiaan ke sekitarmu, karena dari Tuhan engkau
telah banyak menerima, maka banyak – banyak lah juga memberi kepada oranglain.*

Karya Tulis ini kupersembahkan kepada :

- 1. Anakku tercinta “ Skolastika Injili Suli “*
- 2. Suami Tercinta “ Marselinus Suli”*
- 3. Kedua Orang tua yang telah banyak memberi nasihat dan dukungan moril.*
- 4. Saudara – saudaraku Ance, Ita, Edi dan Hendrik*
- 5. Dokter beserta teman – teman yang berada di Puskesmas Sawoi Kecamatan
Kentuk Gresi.*
- 5. Rekan – rekan Akbid angkatan VI dan Adik-adik tingkat.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	4
D. Manfaat	5

BAB II LANDASAN TEORITIS

A. Bayi Berat Badan Lahir Rendah

1. Klasifikasi Bayi Baru Lahir.....	7
a. Bayi Prematur.....	8
1). Definisi.....	8
2). Etiologi.....	8
3). Gambaran Klinik.....	9
4). Komplikasi dan Penyulit Yang Dapat Terjadi	11
5). Penanganan Asuhan bayi Prematur	13
b. Bayi Dismatur	15
1). Definisi.....	15
2). Etiologi.....	16
3). Gambaran Klinik.....	17
4). Komplikasi dan Penyulit Yang Dapat Terjadi	17
5). Penanganan Asuhan Bayi Dismatur	18
2. Prognosis Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah.....	19
3. Penatalaksanaan Bayi Secara Umum	20

B. Manajemen Asuhan Kebidanan	20
1. Pengertian.....	20
2. Tujuan	21
3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut American	21
4. Proses Manajemen Kebidanan	22
 BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Lokasi pengambilan Kasus.....	25
1. Analisa Tipe dan Karakteristik	25
2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan	26
3. Visi dan Misi.....	31
B. Kasus.....	32
- Asuhan Kebidanan Pada Kunjungan I.....	32
- Asuhan Kebidanan Pada Hari Ke II.	45
- Asuhan Kebidanan Pada Hari Ke V	51
- Asuhan Kebidanan Pada Hari Ke XIV	56
 BAB IV PEMBAHASAN	60
 BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	62
B. Saran.....	63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

⌚ Strategi nasional menyebut bahwa dalam konteks rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat, visinya adalah kehamilan dan persalinan di Indonesia berlangsung aman, serta bayi dilahirkan hidup, sehat dan berkualitas sehingga misinya menurunkan angka kematian maternal serta neonatal melalui pemantapan sistem kesehatan untuk menjamin akses terhadap intervensi yang efektif guna memberdayakan wanita, keluarga dan masyarakat melalui kegiatan yang mempromosikan kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta menjamin agar kesehatan maternal dan neonatal dilestarikan sebagai prioritas program pembangunan nasional. ✓

✓ Menurut Asrining Surasmi dkk, dalam bukunya yang berjudul “ Perawatan Bayi Risiko Tinggi” 2003, didalamnya dikatakan bahwa periode segera setelah lahir merupakan awal kehidupan yang tidak menyenangkan bayi – bayi. Hal ini disebabkan oleh lingkungan kehidupan sebelumnya (intra uterus) dengan lingkungan kehidupan sekarang (ekstra uterus) yang sangat berbeda. Didalam uterus janin tumbuh dan hidup dengan segala kenyamanan, karena ia tumbuh dari hari kehari tanpa upaya dari dirinya sendiri. Hal ini berarti janin tumbuh dan hidup bergantung penuh kepada ibunya.

Dari semua bayi yang lahir, tidak semuanya merupakan bayi normal dan sehat, namun sebagian dari bayi yang lahir tersebut adalah bayi risiko tinggi, yakni bayi yang mempunyai kemungkinan lebih besar untuk menderita sakit atau kematian dari bayi lain.

Bayi resiko tinggi ini harus mendapat perhatian yang tinggi dan ditangani secara baik, oleh karena data yang ada menunjukkan bahwa IMR (Infant Mortality Rate) di Indonesia masih tinggi. Pada tahun 1995, IMR di Indonesia bervariasi diberbagai propinsi yang terendah 55/1000 kelahiran hidup (di Jakarta) dan tertinggi 101/1000 kelahiran hidup (di Mataram). Penting diketahui bahwa IMR tersebut berasal dari kelompok bayi resiko tinggi. (Surasmi dk.,2003). Ada beberapa Asfiksia Neonatorum 50 % - 60 %, BBLR 25 % - 30 %, Infeksi 25 % - 30 m% dan trauma persalinan 5 % - 10 % (Sarwono, 2002).

- ③ - Salah satu faktor penting dalam penurunan AKI dan AKB, yaitu penyediaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal berkualitas dan dekat dengan masyarakat. Upaya yang dirintis sejak 1990 oleh Ditjen Pembangunan Daerah, Depdagri dengan bantuan UNICEF ini bertujuan menghimpun koordinasi lintas sektoral dalam penentuan kegiatan dan pembiayaan dari berbagai sumber dana antara lain menurunkan AKI dan AKB.

Kegiatan utamanya adalah koordinasi perencanaan kegiatan dari sektor terkait dalam upaya UNICEF, namun pola ini akan diperluas oleh Depdagri ke semua propinsi (Sarwono, 2002).

Di RSUD Abepura dalam waktu satu bulan terdapat 100 – 150 bayi yang lahir, dan diantaranya tercatat 20 – 30 bayi dengan BBLR yakni berat badan. Kurang dari 2500 gram. Dari data yang diambil pada bulan April 2007 jumlah bayi yang lahir selama 1 tahun di RSUD Abepura terhitung Maret 2006 – Maret 2007 berjumlah 1500 bayi, dari jumlah tersebut terdapat 216 (13,6%) bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan 31 (13%) diantaranya meninggal dunia di RSUD Abepura akibat penyakit dan komplikasi lainnya.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk membuat karya tulis yang berjudul “ Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah Di Ruang Perinatologi RSUD Abepura 2007”.

B. Rumusan Masalah

Melihat begitu besarnya resiko yang akan terjadi pada kasus bayi dengan BBLR yang belum mendapat penanganan yang efektif sehingga diperlukan Asuhan Kebidanan menyeluruh guna mengatasi hal tersebut.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan diatas maka penulis merumuskannya dengan pertanyaan.

1. Bagaimana melakukan Manajemen Asuhan kebidanan pada bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) ?
2. Faktor – faktor apa saja yang dapat mempengaruhi terjadinya bayi dengan BBLR?
3. Bagaimanakah penatalaksanaan terhadap bayi dengan BBLR?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melaksanakan pengkajian, analisa data serta merumuskan diagnosa masalah kebidanan pada kasus bayi dengan BBLR.
- b. Mampu membuat perencanaan yang sesuai dengan masalah bayi dalam rangka memenuhi kebutuhan dasarnya.
- c. Mampu melaksanakan tindakan kebidanan yang sesuai dengan rencana dan kebutuhan bayi.
- d. Dapat mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada bayi dengan BBLR.
- e. Dapat mendokumentasikan ASKEB BBLR.

D. Manfaat

1. Untuk Profesi

Untuk meningkatkan kompetensi bagi bidan melalui pelayanannya, khususnya manajemen kebidanan, pada bayi dengan BBLR.

2. Untuk Penulis

- a. Agar dapat meningkatkan wawasan penulis dalam melakukan manajemen kebidanan, khususnya bayi dengan BBLR.

- b. Sebagai pedoman dan sumber bacaan bagi peneliti/penulis berikutnya dalam membuat manajemen asuhan kebidanan pada bayi dengan BBLR.

3. Untuk Institusi Pendidikan

- a. Sebagai bahan referensi tentang manajemen kebidanan bagi siapa saja yang mau membaca karya tulis ilmiah ini.
- b. Sebagai bahan koleksi KTI, setiap angkatan AKBID di Politeknik Kesehatan Jayapura.

4. Untuk Lahan Praktek (RSUD Abepura)

Sebagai bahan acuan untuk lebih meningkatkan pelayanan kebidanan, khususnya pada bayi dengan berat badan lahir rendah.

BAB II

LANDASAN TEORITIS

A. Bayi Berat Badan Lahir Rendah.

Periode perinatal adalah periode kehidupan manusia sejak usia kehamilan 28 minggu sampai dengan usia 28 hari (1bulan) setelah lahir periode perinatal ini merupakan periode yang sangat penting dan mempunyai pengaruh yang besar bagi periode selanjutnya. (Jumiarni dkk, 1995). ✓

Dahulu bayi baru lahir yang berat badannya 2500 gram atau kurang disebut bayi prematur. Ternyata morbalitas dan mortalitas neonatus tidak hanya bergantung pada berat badannya tetapi juga pada tingkat kematangan (maturitas) bayi tersebut. World Health Organization (WHO) pada tahun 1961 menyatakan bahwa semua bayi baru lahir yang berat badannya kurang atau sama dengan 2500 gram disebut Low birth weight infant (bayi berat badan lahir rendah, BBLR). Definisi WHO tersebut dapat disimpulkan secara ringkas sebagai bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram. (Sarwono 2005).

1. Klasifikasi Bayi Baru Lahir.

Berdasarkan umur kehamilan atau masa gestasi

- a. Preterm infant atau bayi prematur, yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan tidak mencapai 37 minggu.
- b. Term infant atau bayi cukup bulan (maturelatterm), yaitu bayi baru lahir pada umur kehamilan dari pada 37 – 42 minggu.
- c. Post term infant atau bayi lebih bulan (posterm/postmature), yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan sesudah 42 minggu.

Berdasarkan pengelompokkan tersebut diatas, bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dapat dikelompokkan menjadi 2 golongan yaitu prematuritas murni dan dismaturitas. Prematuritas murni yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan (berat badan terletak antara persentil ke -10 sampai persentil ke -90, pada intrauterine growth curve lubchenko). Dismaturitas, yaitu bayi dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilan, ini menunjukkan bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin.

a. **Bayi Prematur.**

1). **Definisi**

Prematur adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan minggu ke – 37 (dihitung) dari hari pertama haid terakhir. The American Academy of Pediatric, mengambil batasan 38 minggu untuk menyebut prematur. Bayi prematur adalah bayi yang berumur kehamilan 37 minggu tanpa memperhatikan berat badan. Sebagian besar bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram adalah bayi premature dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bayi premature ditetapkan berdasarkan umur kehamilan. (Surasmi dkk 2003).

2). **Etiologi.**

Ada 4 faktor penyebab kelahiran prematur yaitu :

a). **Faktor Ibu.**

- (1) Toksemia gravidarum, yaitu preeklampsia dan eklampsia
- (2) Kelainan bentuk uterus (mis uterus bikornis, inkompeten servix).
- (3) Tumor (mis: mioma uteri, sistoma)
- (4) Penyakit ibu (mis : Tifus abdominalis, malaria, TBC, Jantung glomerulone fritis kronis).
- (5) Usia ibu < 20 tahun atau > 35 tahun.

b). Faktor Janin

- (1) Kehamilan ganda
- (2) Hidramnion
- (3) Ketuban pecah dini
- (4) Cacat Bawaan
- (5) Infeksi(mis : rubella, sifilis, toksoplasmosis).
- (6) Insufisiensi plasenta
- (7) Inkompatibilitas darah ibu dan janin (faktor resus golongan darah ABO).

c). Faktor Plasenta

- (1) Plasenta previa
- (2) Solusio plasenta.

3). Gambaran Klinik.

- a). Umur kehamilan kurang atau sama dengan 37 minggu
- b). Berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram
- c). Panjang badan kurang atau sama dengan 46 cm
- d). Kuku panjangnya belum melewati ujung jari.
- e). Batas dahi dan rambut kepala tidak jelas.
- f). Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 30 cm
- g). Lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm
- h). Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang dari 30 cm

- i). Rambut lanugo masih banyak.
- j). Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.
- k). Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya.
- l). Sehingga seolah – olah tidak teraba tulang rawan daun telinga.
- m). Tumit mengidap, telapak kaki halus.
- n). Alat kelamin pada bayi laki – laki pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang.
- o). Testis belum turun kedalam skrotum untuk bayi perempuan klitoris menonjol, labia mayora.
- p). Tonus otot lemah, sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
- q). Fungsi saraf belum atau kurang matang, mengakibatkan refleks isap, menelan dan batuk masih lemah atau tidak efektif dan tangisnya lemah.
- r). Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemas masih kurang.
- s). Verniks kaseosa tidak ada atau sedikit.

(Surasmi dkk, 2003)

4). Komplikasi dan Penyulit Yang Dapat Terjadi.

Alat tubuh bayi prematur belum berfungsi seperti bayi matur oleh sebab itu, ia mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup diluar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat – alat dalam tubuhnya sehingga kematiannya.

Dalam hubungan ini sebagian besar kematian perinatal terjadi pada bayi – bayi prematur. Bersangkutan dengan kurang sempurnanya alat – alat dalam tubuhnya baik anatomik maupun fisiologik, maka mudah timbul beberapa kelainan seperti berikut :

a). Hipotermia.

Dalam kandungan, bayi berada dalam suhu lingkungan yang normal dan stabil yaitu 36°C dengan 37°C .

b). Sidrom Gawat Napas

Kesukaran pernapasan pada bayi prematur dapat disebabkan belum sempurnanya pembentukan membran hialin surfaktan paru yang merupakan suatu zat yang dapat menurunkan tegangan dinding alveoli paru.

c). Hipoglikemia.

Penyelidikan kadar gula darah pada 12jam pertama menunjukkan bahwa hipoglikemia dapat terjadi sebanyak 50 % pada bayi matur.

d). Perdarahan Intrakranial

Pada bayi prematur pembuluh darah masih sangat rapuh (fragile) akibat kekurangan faktor pembekuan seperti protrombin, faktor VII, dan faktor christmas

e). Gangguan Imunologik.

Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena rendahnya kadar IgG gamma globulin.

f). Hiperbilirubinemia

Hal ini dapat terjadi karena belum maturnya fungsi hepar. Kurangnya enzim glukoronil transferase sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasssi bilirubin dan jaringan kehepar kurang.

g). Kerusakan Integritas Kulit

Akibat lemak subkutan kurang atau sedikit, struktur kulit yang belum matang dan rapuh.

h). Retrolental Fibroplasia.

Penggunaan oksigen dengan kosentrasi tinggi (PaO_2 lebih dari 115 mmHg = 15 kPa) sehingga terjadi perdarahan, fibrosis, distorsi dan parut retina sehingga bayi menjadi buta. Untuk menghindari hal tersebut oksigen dapat diberikan dengan kecepatan dua liter permenit. (Surasmi dkk, 2003).

5). Penanganan Asuhan Bayi Prematur.

a). Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat.

Dirawat dalam inkubator dengan suhu optimum, tidak dipakaikan baju agar memudahkan pengamatan (gerakan dada/perut bayi).

b). Bila bayi terlihat sianosis, dispnea/hiperpnea segera berikan oksigen (O_2) secara rumat sampai 2 liter permenit. Jika bayi mendapat serangan apnea harus segera dilakukan tindakan penyelamatan (resusitasi). Sementara tindakan daurat ini dilakukan dokter harus dihubungi.

c). Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.

Awasi refleks mengisap dan kemampuan menelan bayi, pemberian makanan melalui mulut dimulai ketika bayi sudah dalam keadaan stabil dan pernafasan terkendali dengan baik. Mulai pemberian ASI atau Susu formula dengan menggunakan NGT/sendok/pipet 2-6 jam setelah kelahiran. Bayi dengan berat badan (1500 gram dimulai dengan 1-2ml/Kg BB/ setiap 2 jam, sedangkan bayi yang > 1500 gram di mulai dengan 3 ml /Kg BB/setiap 2 jam dan setiap bayi yang akan diberi minum, cairan lambungnya diisap dulu, jika cairan lambungnya lebih dari 2 ml maka jumlah susu yang akan dimaksudkan dikurang dengan cairan yang diisap tadi, dan cairan yang diisap dikembalikan lagi kedalam lambung. Untuk selanjutnya jika berat badan dan dapat diberikan setiap 3 jam.

d). Menjaga agar bayi terhindar dari Risiko Infeksi.

Bayi prematur sangat mudah, mendapat infeksi, ini disebabkan karena daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang, relatif belum sanggup membentuk anti bodi dan daya fagositosis serta reaksi sanggup terhadap peradangan belum baik. Maka perlu dilakukan tindakan pencegahan sebagai berikut :

- (1) Pemisahan antara bayi yang kena infeksi dengan bayi yang tidak kena infeksi.
- (2) Mencuci tangan setiap kali, yakni sebelum dan sesudah memegang bayi.
- (3) Membersihkan tempat tidur bayi dengan cairan antiseptik sesudah dipakai lagi.
- (4) Membersihkan ruang pada waktu – waktu tertentu.
- (5) Setiap bayi mempunyai perlengkapan sendiri – sendiri tidak saling bergatian.
- (6) Petugas harus menggunakan pakaian yang khusus dalam mengasuh bayi berisiko.
- (7) Petugas yang sedang sakit (Ispe, diare, konjungtivitis) hendaknya tidak merawat/mengasuh bayi.
- (8) Kulit dan tali pusat bayi harus dibersihkan sebaik – baiknya.
- (9) Batasi keluarga bayi yang akan mengunjungi jangan biarkan pengunjung terlalu banyak. (Sarwono, 2005)

b. Bayi Dismatur

1). Definisi

Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk masa kehamilannya, yaitu berat badan yang seharusnya untuk masa kehamilannya yaitu berat badan dibawah persentil 10 pada kurva pertumbuhan intra uterin, biasa disebut bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK/SGA).

(Surasmi dkk, 2003).

Banyak istilah yang dipergunakan untuk menunjukkan bahwa biaya KMK ini menderita gangguan pertumbuhan didalam uterus, yaitu :

- a). Pseudoprematuritas
- b). Dismaturitas
- c). Fetal Malnutrisi
- d). Chronic Fetal Distress
- e). Small For Gestational Age (SGA)
- f). Intrauterine Growth Retardation (IUGR)

(Manuaba, 1998)

2). Etiologi

Faktor yang menyebabkan gangguan pertumbuhan intra uterin meliputi :

a). Faktor Ibu

- (1) Hipertensi dan penyakit ginjal yang kronik
- (2) Perokok dan penderita diabetes melitus berat
- (3) Toksemia, Hipoksia ibu
- (4) Gizi buruk, drug abuse
- (5) Pemium berat.

b). Faktor Uterus dan Plasenta

- (1) Kelainan pembuluh darah (hemangioma)
- (2) Insersi tali pusat yang tidak normal
- (3) Uterus bikornis
- (4) Infark plasenta
- (5) Transfusi dari kembar satu ke kembar yang lain
- (6) Sebagian plasenta lepas.

c). Faktor Janin

- (1) Janin Ganda
- (2) Kelainan kromosom
- (3) Cacat bawaan
- (4) Infeksi dalam kandungan (toksoplasmosis, tubella dll)
- (5) Keadaan sosial ekonomi rendah, tidak diketahui.

3). Gambaran Klinik

- a). Preterm : sama dengan bayi prematuritas murni.
- b). Term dan postterm :
- c). Stadium Bayi Dismatur.

(1) Stadium pertama : bayi tampak kurus dan relatif lebih panjang, kulitnya longgar, kering seperti perkamen, tetapi belum terdapat noda mekonium.

(2) Stadium kedua : terdapat tanda stadium pertama ditambah tanda kehijauan pada kulit plasenta dan umbilikus. Hal ini disebabkan oleh mekonium yang tercampur dalam amnion yang kemudian mengedap ke dalam kulit, umbilikus dan plasenta sebagai akibat anoksia intrauteri.

(3) Stadium ketiga : terdapat tanda stadium kedua ditambah dengan kulit yang berwarna kuning begitu pula dengan kuku dan tali pusat ditemukan juga tanda anoksia intra uterin yang lama.

(Surasmi dkk, 2005).

4). Komplikasi Dan Penyulit Yang Dapat Terjadi.

- a). Sindrom Aspirasi Mekonium

Hipeksia intrauterin akan mengakibatkan janin mengalami gasping dalam uterus

b). Hipoglikemia Simtomatik

Keadaan ini terutama terdapat pula bayi laki – laki, agaknya hipoglikemia ini disebabkan oleh berkurangnya cadangan glikogen hati dan meningginya metabolisme bayi.

c). Penyakit Membran Hialin

Penyakit ini diderita bayi dismatur yang preterm terutama bila masa gestasi kurang dari 35 minggu, hal ini disebabkan karena pertumbuhan surfaktan paru yang belum cukup.

d). Hiperbilirubinemia.

Hal ini disebabkan oleh berat hati bayi dismatur kurang dibandingkan bayi normal, mungkin disebabkan gangguan pertumbuhan hati.

e). Asfiksia Neonatorum.

Bayi dismatur lebih sering menderita asfiksia neonatorum dibandingkan bayi normal.

5). Penanganan Asuhan Bayi Dismatur

Pada umumnya sama dengan perawatan neonatus umumnya seperti pengaturan suhu lingkungan, makanan, mencegah infeksi dan lain – lain akan tetapi oleh karena bayi ini mempunyai problematik yang agak berbeda dengan bayi lainnya maka harus diperhatikan hal – hal berikut ini :

- a). Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin, serta menemukan gangguan pertumbuhan misalkan pemeriksaan ultrasonografi. Bila bayi lahir melakukan pemeriksaan yang lebih lengkap dan kemudian sesuai dengan kelainan yang didapat.
- b). Memeriksa kadar gula darah (tru glucose) dengan dextrostix atau dilaboratorium. Bila terbukti adanya hipoglikemia harus segera diatasi.
- c). Pemeriksaan hematokrit dan mengobati hiperviskositasnya
- d). Memenuhi kebutuhan kalori yang lebih banyak dibandingkan dengan bayi SMK.
- e). Melakukan tracheal washing pada bayi diduga akan menderita aspirasi mekonium.
- f). Penanganan segera terhadap komplikasi.

2. Prognosis Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Prognosis bayi dengan berat badan lahir rendah ini tergantung dari berat ringannya masalah perinatal misalnya : masa gestasi (makin muda afiksia/iskemia otak, sindroma gangguan pernafasan, perdarahan intraventikular, displasia, bronkopulmonal, retrolental fibroplasia, infeksi, prognosis ini juga tergantung dari keadaan sosial ekonomi, pendidikan orangtua dan perawatan pada saat kehamilan, persalinan dan post natal

mengatasi gangguan pernapasan, asfiksia, hiperbilirubinemia, hipoglikemia, dan lain – lain.

3. Penatalaksanaan Bayi Secara Umum

- a. Membungkus dan mengeringkan tubuh bayi
- b. Memotong tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik
- c. Membersihkan jalan napas
- d. Reposisi (kepala ekstensi)
- e. Menghangatkan bayi
- f. Pemberian Asi sejak dini

B. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang dipergunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, ketrampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan status keputusan yang berfokus pada klien

(Varney, 1997).

2. Tujuan.

Sebagai alur bagi seorang bidan yang memberikan arah atau kerangka kerja dalam menangani kasus menjadi tanggung jawabnya.

3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut American.

College Of Nurse Midwife (ANCM) 1999.

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data lengkap dan relevan, dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- c. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- d. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- e. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- f. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- g. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi daurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.

- h. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

4. Proses Manajemen Kebidanan.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang berurutan, dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses manajemen kebidanan dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi dan kondisi apapun. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar.

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dan pengumpulan semua data yang diperlukan, informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, sehingga dapat di ketahui apa yang menjadi kebutuhan klien. Kata diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena beberapa maslah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan

menyeluruh terhadap klien. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana klien itu mengalami kenyataan akan diagnosanya.

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Pontesial.

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa pontesial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi, pada langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

Langkah IV : Indetifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Beberapa masalah mengidentifikasi situasi emergensi dimana diperlukan tindakan segera demi keselamatan klien, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu dokter atau dengan kata lain memerlukan manajemen konsultasi atau kolaborasi.

Langkah V : Merencanakan Asuhan Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah di inditefikasi atau diantisipasi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif, karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut, semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar – benar valid berdasarkan pengetahuan dari teori.

Langkah VI Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh secara efisien dan aman, perencanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, bidan atau tim kesehatan lainnya. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

Langkah VII Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu pengambilan hasil implementasi asuhan yang telah dilaksanakan untuk menilai keberhasilannya dan untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan asuhan berdasarkan analisa.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

DAN TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

1. Analisa Tipe dan Karakteristik..

Rumah sakit umum daerah abepura termasuk type C dengan peraturan daerah nomor 8 tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya diundang – undangkan dengan lembaran daerah Provinsi Dati I Irian Jaya Nomor 162 tanggal 13 Juli 1998, dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu rumah sakit milik pemerintah, rumah sakit umum daerah bergerak dibidang non kormesial. Tercapainya kriteria sebagai rumah sakit tipe C, dapat dilihat dari syarat administrasi, sarana penunjang dan jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat administrasi, sarana penunjang dan 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). Instalasi Kebidanan**
- 8). Komite medis dan staf medis fungsional.**

b. Ketenagaan

1). Tenaga medis

Dokter umum	: 11 Orang
Dokter Spesialis	: 16 Orang
Dokter Gigi	: 4 Orang

2). Paramedis Keperawatan

Sarjana keperawatan	: 8 Orang
D-III Keperawatan	: 50 Orang
D-III Kebidanan	: 10 Orang
D-I Kebidanan	: 8 Orang
SPK	: 1 Orang

3). Paramedis Non Keperawatan

Apoteker	: 1 Orang
Akademi Gizi	: 31 Orang
Kesehatan Lingkungan	: 6 Orang
Akademi Anesti	: 4 Orang
Akademi Penataan Rontgen	: 3 Orang
Akademi Analisis Kesehatan	: Orang

4). Tenaga Non Medis.

Sarjana S2	: 2 Orang
Sarjana S1	: 10 Orang
Sarjana Muda	: 6 Orang
Diploma III	: 3 Orang
SMU	: 5 Orang
SMEA	: 7 Orang
SMP	: 8 Orang.

c. Unit / Ruangan.

Dalam pelaksanaan sehari – harinya rumah sakit umum daerah mempunyai kapasitas/ruangan yang terdiri dari ruang rawat jalan dan rawat inap, UGD, OK, Laboratorium, Radiologi, Apotik serta dapur.

1). Ruang Rawat Jalan :

Ruang rawat jalan terdiri dari : Polik Umum, Polik Penyakit Dalam, Polik Anak, Polik Gigi dan Polik Kebidanan.

2). Ruang Rawat Inap :

Ruang rawat inap terdiri dari : Ruang bersalin, Ruang Perinatologi, Ruang Anak – anak, Ruang VIP, Ruang Kelas dan Ruang ICU.

3). Wewenang dan Tanggung Jawab Umum :

a). Tugas Pokok.

Rumah sakit umum daerah abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil dengan mengutamakan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan.

b). Fungsi.

- (1) Menyelenggarakan pelayanan penunjang media dan non media.
- (2) Menyelenggarakan pelayanan medis
- (3) Menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan.
- (4) Meyelenggarakan pelayanan rujukan
- (5) Meyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- (6) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan.
- (7) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

4). Wewenang dan Tanggung Jawab Kepala Ruangan Perinatologi.

Ruang perinatologi mempunyai tugas melaksanakan pelayanan asuhan kebidanan secara menyeluruh kepada bayi – bayi yang mempunyai masalah:

- a). Memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh.
- b). Mengkoordinir semua kegiatan yang ada diruang perinatologi
- c). Mengembangkan kemampuan pegawai ruang perinatologi
- d). Membuat program kerja tahunan
- e). Kepala ruang perinatologi bertanggung jawab kepada Direktur RS.

5). Fasilitas dan Ketenagaan Ruang Perinatologi.

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

a). Ruang perawatan.

Inkubator	: 5 buah
Box Bayi	: 2 buah
Tempat tidur	: 2 buah

b). Ruang khusus

Inkubator	: 1 buah
Box Bayi	: 2 buah
Tempat tidur	: 1 buah

c). Ketenagaan

Dokter Spesialis Anak	: 1 orang
D-III Kebidanan	: 1 orang
D-I Kebidanan	: 1 orang
D-III Keperawatan	: 1 orang
SPK	: 4 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.

3. Visi dan Misi

a. Visi

Memberikan pelayanan kesehatan terpilih dan dipercaya oleh pasien, karyawan dan pihak lain yang berkepentingan dan dapat memberi pelayanan secara profesional untuk kepuasan pelanggan, demi terwujudnya indonesia sehat tahun 2010.

b. Misi

- (1) Pengembangan sumber daya manusia yang profesional sesuai dengan tugasnya.
- (2) Memberikan pelayanan yang berkualitas/bermutu tinggi serta terjangkau.
- (3) Menjadi tempat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan.
- (4) Menjadi mitra kerja bagi sektor lain dalam rangka kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

B. KASUS**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI
DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR)**

Tanggal Pengkajian : 02 – 04 – 2007

Hari/Jam : Senin, Jam 09.00 Wit

Tempat : Ruang Perinatologi RSUD Abepura

Diagnosis Medis : Berat Badan Lahir Rendah (BBLR/NKB SMK)

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar**1. Data Subyektif****a. Indetitas Bayi**

Nama : Bayi “ Y “

Tanggal Lahir : 02 - 04 – 2007

Jenis Kelamin : Laki - laki

Anak Ke : 2

Tanggal Masuk Ruang Perinatologi : 02 – 04 – 2007

Jam : 01.45 WIT.

b. Indetitas Ibu

Nama : Ny. "Y"
Umur : 37 tahun
Agama : Khatolik
Suku/bangsa : Flores/Indonesia
Pendidikan : SMEA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Nikah ke : I
Lama nikah : 11 tahun
Alamat : Expo Waena

c. Indetitas Ayah

Nama : Tn. "Y.B"
Umur : 40 tahun
Agama : Khatolik
Suku/bangsa : Flores/Indonesia
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : PNS Dinas Kebudayaan
Nikah ke : I
Lama nikah : 11 tahun
Alamat : Expo Waena

d. Riwayat Kehamilan Ibu.

1. Gravida : G II PI AO
2. HPHT : 20 – 7 - 2006
3. TP : 27 – 4 - 2007
4. Usia Kehamilan : 36 minggu
5. ANC : 4 kali di PKM Perumnas I
6. Imunisasti TT : 2 X
7. Penyakit Ibu Selama Kehamilan : Malaria Tropika (+) Trimester
III, umur kehamilan 32 minggu
8. Obat – obat yang diminum selama hamil : Chloroquin, Parasetamol, SF,
Kalk
9. Komplikasi Kehamilan
 - Perdarahan Ante Partum : Tidak ada
 - Preeklamsi : Tidak ada
 - Gemeli : Tidak ada
 - Lain – lain : Tidak ada

e. Riwayat Persalinan Sekarang.

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Jenis Persalinan | : Partus spontan LBK |
| 2. Tempat Persalinan | : RSUD Abepura |
| 3. Penolong | : Bidan |
| 4. Komplikasi Persalinan | : Tidak ada |
| 5. Warna air ketuban | : Hijau Lumpur |

f. Keadaan Bayi Saat Lahir

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. Lahir Tanggal | : 02 – 04 - 2007 |
| 2. Jenis Kelamin | : Laki - Laki |
| 3. Kelahiran | : Tunggal |
| 4. Usia Kehamilan | : 36 minggu |
| 5. A/S | : 7/8 |

2. Data Obyektif.

a. Pemeriksaan Umum.

- | | |
|--------------|----------------------------|
| 1. KU | : Baik |
| 2. Kesadaran | : Compos Mentis (CM) |
| 3. TV | : - Nadi : 120x/mnt |
| | - Respirasi : 40x/mnt |
| | - SB : 36,4 ⁰ C |

4. Penilaian Apgar Score

Tanda	0	1	2	Jumlah Nilai (Menit Ke)	
				1	5
- Frekuensi Jantung	- Tidak ada	< 100	> 100	2	2
- Usaha Bernafas	- Tidak ada	- Lambat tidak teratur	- Menangis kuat	2	2
- Tonus Otot	- Lumpuh	- Ekstermitas fleksi sedikit	- Gerakan aktif	1	2
- Reflek	- Tidak bereaksi	- Gerakan sedikit	- Menangis	1	1
- Warna Kulit	- Biru /pucat	- Badan kemerahan, ekstermitas	- kemerahan	1	2
JUMLAH				7	8

b. Pemeriksaan Fisik

1. BB : 2300 gram

2. PB : 45cm

3. Kepala

- Caput : Tidak ada

- Cephal : Tidak ada

- Ubun-ubun besar : Datar

- Lingkar Kepala : 32 cm

4. Mata

- Bentuk : Normal/Simetris

- Kebersihan : Baik

- Konjungtiva : Tidak Pucat

- Kelainan Bawaan : Tidak ada

5. Hidung

- Kelainan : Tidak ada
- Secret/cairan : Tidak ada
- Kebersihan : Bersih

6. Mulut dan langit-langit

- Bibir dan langit-langit : Normal
- Lidah : Bersih
- Kebersihan : Bersih

7. Telinga

- Simetris : Ya
- Pengeluaran : Tidak ada
- Keadaan telinga luar : Normal
- Kebersihan : Bersih

8. Dada

- Bentuk : Normal
- Puting susu : Normal
- Bunyi nafas : Normal
- Bunyi Jantung : Lup – dup
- Lingkar Dada : 32 cm

9. Bahu Lengan dan Tangan

- Gerakan : Lemah
- Kelainan : Tidak ada
- Bahu : Ada sedikit lanugo

10. Sistem Syaraf

- Reflek Moro : Positif
- Reflek Genggam : Positif
- Kejang : Tidak ada
- Rooting : Ada
- Babinski : Positif
- Reflek Mengeluarkan lidah : Positif
- Reflek Isap : Lemah
- Reflek Telan : Lemah

11. Perut

- Bentuk : Normal
- Penonjolan tali pusat : Tidak ada
- Saat Menangis
- Perdarahan tali pusat : Tidak ada
- Kembung : Tidak ada

12. Genitalia

- Testis : Sudah masuk ke scrotum
- Penis : Tidak ada kelainan

13. Tungkai dan Kaki

- Bentuk : Normal/simetris
- Kelainan : Tidak ada

14. Kulit

- Warna : Merah muda
- Lanugo : Ada sedikit didaerah bahu
- Verniks casiosa : Tidak ada

15. Anus

- Berlubang : Ya
- Mekomium : Ada

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Bayi baru lahir, kurang bulan, usia gestasi 36 minggu dengan BBLR,
sesuai masa kehamilan (SMK)

Dasar :

DS : - Umur Ibu > 35 tahun
- Usia gestasi 36 minggu
- ANC Trimester III Malaria Tropika (+)

DO :

- BB : 2300 gram
- PB : 45 cm
- Lingkar kepala : 32 cm
- Lingkar dada : 32 cm
- Pergerakan tungkai lemah
- Kulit keriput dan tipis
- Lanugo masih ada di daerah bahu
- TTV :
 - Nadi : 120x/mnt
 - Respirasi : 40x/mnt
 - SB : 36,4⁰C

Masalah :

1. Kecemasan orang tua

DS : Orang tua merasa cemas akan keadaan anaknya.

DO : Ekspresi wajah nampak murung.

Kebutuhan :

- Informasi yang jelas tentang keadaan kesehatan anaknya.
- Berikan support : dengan menganjurkan ibu untuk tenang dan berdoa.

2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan.

DS : -

DO : - BB : 2300 gram

- PB : 45 cm

- Reflek mengisap dan menelan : masih lemah

- Bayi minum PASI dengan dot/persendok

Kebutuhan :

- Beri minum PASI tiap 2 jam sebanyak 30 cc

- Timbang BB tiap pagi

- Observasi KU dan TV bayi

Langkah III : Masalah Pontesial

1. Pontesial terjadinya infeksi

Dasar :

DS : - Bayi baru lahir kurang bulan

DO : - Tali pusat masih basah

- Berat badan bayi kurang dari normal

2. Pontesial terjadinya hipotermi

Dasar :

DS : -

DO : - Organ tubuh belum matur

- Verniks casiosa : tidak ada
- Jaringan lemak dibawah kulit sedikit
- SB 36,4 °C

Langkah IV : Tindakan Segera

1. Rawat bayi dalam inkubator

Langkah V : Rencana Asuhan

1. Rawat bayi dalam inkubator

Rasional : Menjaga suhu tubuh bayi agar tidak jatuh dalam hipotermi

2. Rawat tali pusat dengan alkohol 70 %

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi tali pusat

3. Timbang BB dan Ukur PB bayi

Rasional : Untuk mengetahui apakah BB dan PB bayi normal atau tidak

4. Observasi KU dan TV bayi.

Rasional : Memantau keadaan bayi baru lahir untuk menentukan tindakan selanjutnya.

5. Beri minum Pendamping ASI dengan sendok tiap 2 jam, 30 cc

Rasional : Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi

6. Ganti popok bayi bila buang air besar dan buang air kecil

Rasional : Menjaga Kebersihan tubuh bayi dan Memberi rasa nyaman.

7. Berikan informasi tentang keadaan bayi pada kedua orangtuanya

Rasional : Kedua orang tua dapat mengerti keadaan bayinya dan mendukung perawatannya.

Langkah VI : Implementasi

Hari/Tanggal : Senin, 02 – 04 – 2007 Jam 09.00 Wit

- 1. Merawat bayi dalam inkubator**
- 2. Merawat tali pusat dengan alkohol 70 %**
- 3. Menimbang BB 2300 gram dan mengukur PB 45 cm**
- 4. Mengobservasi KU bayi, dalam keadaan baik dan**

TV : - Denyut Nadi : 120x/mnt

- Respirasi : 50x/mnt

- Suhu Badan : 36,6 °C

- 5. Memberikan minum pendamping ASI dengan sendok tiap 2 jam, 30 cc bayi tidak muntah.**
- 6. Mengganti popok bayi bila buang air besar dan buang air kecil**
- 7. Memberikan informasi tentang keadaan bayi kepada kedua orangtuanya.**

Langkah VII : Evaluasi

Hari I : Tanggal 02 – 04 – 2007, Jam 13.00 Wit

1. Bayi tetap dirawat dalam inkubator
2. Tanda – tanda vital dalam batas normal
3. Bayi sudah buang air besar dan buang air kecil
4. Bayi minum pendamping ASI 20 cc, reflek isap dan menelan baik
5. Orang tua dapat mengerti keadaan bayinya dan mendukung perawatannya.

Hari Ke - 2 : Tanggal 03 – 04 – 2007, Jam 15.00 Wit

Langkah I : Pengkajian Data

DS :

1. Ibu mengatakan bayinya sudah dapat minum ASI langsung, reflek isap dan telan baik.
2. Ibu mengatakan bayinya tidur tenang
3. Bayi sudah di ijinkan pulang

DO :

1. Tali pusat tidak ada tanda – tanda infeksi
2. TV :
 - Nadi 120x/mnt
 - Respirasi 48x/mnt
 - SB. 37⁰C
3. Berat Badan 2300 gram
4. Panjang badan 45 cm
5. Bayi sudah ditempatkan dalam box bayi
6. perut bayi tidak kembung.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Bayi umur 2 hari, kurang bulan, usia gestasi 36 minggu dengan BBLR,
sesuai masa kehamilan (SMK)

Dasar :

DS :

- Usia gestasi 36 minggu
- Malaria Tropika (+), Trimester III umur kehamilan 32 minggu

DO :

- BB : 2300 gram
- PB : 45 cm
- Lingkar kepala : 32 cm
- Lingkar dada : 32 cm
- TTV : - Nadi : 120x/mnt
- Respirasi : 48x/mnt
- SB : 37⁰C
- Pergerakan tungkai lemah
- Kulit keriput dan tipis
- Lanugo masih ada di daerah bahu

Langkah III : Masalah Pontesial**1. Pontesial Terjadinya Infeksi**

Dasar : DS :-

- DO : 1. Tali pusat masih basah
2. BB Kurang dari normal

2. Pontesial Terjadinya Hipotermi

Dasar : DS :-

- DO : 1. Organ tubuh belum matur
2. Jaringan lemak dibawah kulit sedikit.

Langkah IV : Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V : Rencana Asuhan**1. Rawat bayi dalam box bayi**

Rasional : Menjaga bayi agar tetap hangat dan nyaman.

2. Mandikan bayi 1 kali sehari pada pagi hari

Rasional : Menjaga hygiene tubuh bayi dan memberi rasa nyaman dan mencegah hipotermi.

3. Rawat tali pusat dengan alkohol 70 %

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi tali pusat dan mempercepat pengeringan

4. Timbang BB dan Ukur PB bayi tiap hari

Rasional : Untuk mengetahui pertumbuhan fisik bayi.

5. Observasi KU dan TV bayi.

Rasional : Memantau keadaan bayi baru lahir untuk menentukan tindakan selanjutnya.

6. Beri minum pendamping ASI dengan sendok tiap 2 jam, 30 cc

Rasional : Memenuhi kebutuhan nutrisi anak

7. Ganti popok bayi bila buang air besar dan buang air kecil

Rasional : Menjaga hygiene tubuh bayi dan Memberikan rasa nyaman.

8. Berikan vitamin Sanbeplex 0,4 ml 1x Sehari.

Rasional : Membantu meningkatkan daya tahan tubuh dan sebagai nutrisi tambahan.

9. Ajari ibu cara perawatan bayi dirumah yaitu :

- Tali pusat dibersihkan pada saat mandi, dikeringkan dan dibungkus dengan kasa steril.
- Pada saat meneteki kepala bayi lebih tinggi dari badan, dan bayi menghadap kearah payudara ibu, meneteki dengan payudara saling bergantian kiri dan kanan, selesai menetek punggung bayi ditepuk untuk bersendawa baru ditidurkan posisi miring.

Rasional : Ibu dapat merawat bayi dengan baik dirumah.

10. Beritahu ibu tanda – tanda bahaya pada bayi yaitu : tidak mau menetek, panas tinggi, kejang, buang air besar tidak normal.

Rasional : Ibu dapat mengerti tanda bahaya bagi bayinya dan tahu harus kemana bila sesuatu terjadi.

11. Persiapkan bayi untuk pulang kerumah, dan pesan pada ibu bahwa bayi akan dikunjungi.

Rasional : Memberi perhatian khusus untuk pemantauan perkembangan kesehatan bayi.

12. Pesan ibu kembali kontrol pada tanggal 10 – 4 – 2007 di RS

Rasional : Mengetahui perkembangan kesehatan bayi dan memberikan imunisasi BCG dan HB.

Langkah VI : Implementasi

Hari/Tanggal : Selasa, 03 – 04 – 2007 Jam 16.00 Wit

1. Membungkus bayi dengan selimut dan merawat dalam box bayi.
2. Memandikan bayi dengan air hangat
3. Merawat tali pusat dengan alkohol 70 %
4. Menimbang BB 2300 gram dan mengukur PB 45 cm

Hari Ke - 5 : Tanggal 07 – 04 – 2007, Jam 16.00 Wit

(Pemeriksaan di Rumah).

Langkah I : Pengkajian Data

DS : 1. Ibu mengatakan bayinya kuat menetek

2. Bayinya hanya diberi ASI

3. Bayi sudah di mandikan.

DO :

1. Tali pusat sudah lepas.

2. KU Bayi : Baik

3. TV : - Nadi 120x/mnt

- Respirasi 48x/mnt

- SB. 37⁰C

4. Berat Badan 2300 gram

BB Sekarang : 2550 gr

5. Panjang badan 45 cm

PB Sekarang : 45 cm

6. Kedua kelopak mata bengkak dan terdapat secret

7. Reflek isap dan menelan sangat baik.

8. Produksi ASI cukup

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Bayi umur 5 hari, dengan BBLR dengan conjungtivitis

Dasar : -

DS :- Ibu mengatakan berat badan anaknya ada perubahan

- Bayi buang air besar / buang air kecil lancar.

- Ibu mengatakan bayinya sakit mata

DO :

- BB : 2300 gram BB Sekarang : 2550 gr

- PB : 45 cm PB Sekarang : 45 cm

- Jaringan lemak dibawah kulit mulai terisi

- Kulit kelihatan mulai kencang

- Bayi diimunisasi BCG dan HB tanggal, 10 – 4- 2007

- Kedua kelopak mata bengkak dan terdapat secret

- Mata merah

Langkah III : Masalah Pontesial**1. Pontesial Terjadinya blenorhoe neonatus**

Dasar : DS : 1. Ibu mengatakan bayinya sulit membuka mata

DO : 1. Banyak Sekret disekitar mata

2. Kelopak mata bayi melengket

3. Mata bayi merah

3. Pontesial Terjadinya Gangguan Nutrisi

Dasar : DS : 1. Ibu mengatakan bayinya kuat menetek

2. Ibu tidak suka makanan berkuah.

DO : 1. BB lahir 2300 gram

2. Pembendungan ASI cukup.

Langkah IV : Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V : Rencana Tindakan

1. Anjurkan ibu memberikan ASI sampai bayi berumur 6 bulan dan sesuai keinginan bayi.

Rasional : Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.

2. Timbang BB dan Ukur PB bayi tiap kali kunjungan rumah.

Rasional : Mengetahui berapa besar penambahan BB dan PB bayi.

3. Anjurkan ibu untuk makan makanan bergizi yang dapat menunjang produksi ASI (Makanan berkuah) dan minum air putih yang banyak.

Rasional : Dengan ASI yang bermutu, perkembangan otak bayi lebih maximal.

4. Ajarkan cara menyusui bayi dengan benar.

Rasional : Menambah wawasan bagi ibu tentang manajemen laktasi.

5. Periksa TTV bayi.

- Nadi 120x/mnt, Respirasi 48x/mnt, SB. 36,7°C

6. Mengajarkan ibu cara membersihkan sekret dimata bayi dengan menggunakan kapas basah (bagaimana cara membersihkan)

Rasional : Agar bayi dapat membuka mata dengan bebas.

7. Memberikan salep mata oxytetracylin 1% 2x sehari.

Rasional : Mempercepat penyembuhan sakit mata pada bayi.

8. Mengajarkan ibu memandikan bayi pada pagi dan sore hari.

Rasional : Menjaga kebersihan dan kenyamanan bayi.

9. Menanyakan ibu tentang bagaimana buang air besar / buang air kecil, bayi buang air besar / buang air kecil lancar.

Rasional : Memastikan bayi mendapat cukup nutrisi dan mengetahui bila terjadi gangguan pencernaan.

10. Memesan ibu bahwa bayi masih akan dikunjungi pada tanggal 16 – 4 – 2007.

Rasional : Memantau perkembangan bayi seoptimal mungkin.

Langkah VI : Implementasi

Hari/Tanggal : Selasa, 07 – 04 – 2007 Jam 16.00 Wit.

1. Mengajarkan ibu memberikan ASI sampai bayi berumur 6 bulan dan sesuai keinginan bayi.
2. Menimbang BB 2550 gram dan PB 45 cm tiap kali kunjungan rumah.

3. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi yang dapat menunjang produksi ASI.
4. Mengajarkan ibu cara menyusui bayi dengan benar.
5. Memeriksa TTV bayi.
- Nadi 120x/mnt, Respirasi 48x/mnt , SB. 36,7⁰C
6. Mengajarkan ibu cara membersihkan sekret dimata bayi dengan menggunakan kapas basah (bagaimana cara membersihkannya)
7. Memberikan salep mata oxytetracylin 1% 2x sehari.
8. Menganjurkan ibu memandikan bayi pada pagi dan sore hari
9. Menanyakan kepada ibu bagaimana buang air besar dan buang air kecil bayi, buang air besar dan buang air kecil lancar
10. Memesan ibu bahwa bayi masih akan dikunjungi pada tanggal 16 – 4 – 2007.

Langkah VII : Evaluasi

Hari ke -5 : Tanggal 07 – 04 – 2007, Jam 17.00 Wit

1. Bayi dalam keadaan baik dan tenang
2. Bayi sudah mau mandi dan menetek
3. Tanda vital dalam batas normal.
4. Salep mata sudah diberikan
5. Ibu dapat mengerti dan menerima anjuran yang di berikan petugas dan sangat berterima kasih.

Hari Ke - 14 : Tanggal 16 – 04 – 2007, Jam 16.00 Wit
(Pemeriksaan di Rumah).

Langkah I : Pengkajian Data

- DS** : 1. Ibu mengatakan bahwa bayinya bertambah berat
2. Bayinya menetek kuat, sesuai keinginannya.
3. Produksi ASI banyak
4. Ibu makan 2x lebih banyak dari biasanya
5. Bayi buang air besar dan buang air kecil lancar.

DO :

1. TTV : - Nadi 120x/mnt
- Respirasi 48x/mnt
- SB. 36,8⁰C
2. Berat Badan 2300 gram BB Sekarang : 2900 gr
3. Panjang badan 45 cm PB Sekarang : 47 cm
4. Reflek isap dan menelan sangat baik.
5. Bayi sudah mandi

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Bayi umur 2minggu, dengan BBLR.

Dasar : -

DS :- Ibu mengatakan bayinya bertambah berat.

- Bayinya sangat kuat menetek

- Produksi ASI melimpah

DO :

- BB : 2300 gram BB Sekarang : 2900 gr

- PB : 45 cm PB Sekarang : 47 cm

- Jaringan lemak dibawah kulit sudah mulai nampak

- Bayi tertidur lelap.

- TV : - Nadi 120x/mnt, Respirasi 48x/mnt, SB. 36,8⁰C

Langkah III : Masalah Pontesial**1. Pontesial Terjadinya Gangguan Kebutuhan Nutrisi**

Dasar : DS : 1. Bayi sangat kuat menetek

2. Kebutuhan bayi akan kebutuhan nutrisi meningkat.

DO : 1. Reflek isap dan telan baik.

Langkah IV : Tindakan Segera

Tidak ada

Langkah V : Rencana Tindakan

1. Periksa tanda vital bayi

Rasional : Untuk mengetahui keadaan bayi serta menentukan tindakan selanjutnya.

2. Timbang BB dan Ukur PB bayi tiap kali kunjungan rumah.

Rasional : Mengetahui berapa besar penambahan BB dan PB bayi.

3. Anjurkan ibu untuk memberi ASI sesuai keinginan bayi.

Rasional : Memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.

4. Anjurkan ibu untuk membawa bayinya ke Puskesmas setelah umur 2 bulan, untuk imunisasi lanjutan.

Rasional : Membentuk kekebalan pada tubuh bayi agar tidak terserang penyakit tertentu

5. Ingatkan ibu tentang anjuran – anjuran yang telah diberikan oleh petugas.

Rasional : Memastikan bahwa ibu mengerti dan menjalankan anjuran tersebut.

6. Motivasi KB Spiral atau Tubektomi, mengingat usia ibu sudah resiko tinggi untuk hamil lagi.

Rasional : Membatasi kehamilan dan keselamatan ibu dengan cara memberikan pilihan alat kontrasepsi.

Langkah VI : Implementasi

Hari/Tanggal : 14 – 04 – 2007 Jam 16.00 Wit.

1. Memeriksa TTV bayi.
 - Nadi 120x/mnt.
 - Respirasi 48x/mnt
 - SB. 36,8⁰C
2. Menimbang BB 2550 gram dan PB 47 cm tiap kali kunjungan rumah.
3. Menganjurkan ibu memberikan ASI sesuai keinginan bayi.
4. Menganjurkan ibu untuk membawa anaknya ke Puskesmas setelah 2 bulan, untuk mendapat imunisasi lanjutan.
5. Mengingatkan ibu tentang semua anjuran yang telah diberikan petugas.
6. Memberi motivasi KB yaitu spiral atau tubektomi sesuai dengan umur ibu.

Langkah VII : Evaluasi

Hari ke -14 : Tanggal 16 – 04 – 2007, Jam 17.00 Wit

1. Tanda vital dalam batas normal serta keadaan umum bayi baik
2. Ibu dapat mengerti dan telah melakukan anjuran yang di berikan petugas.
3. Ibu berjanji akan membawa anaknya ke Puskesmas untuk imunisasi lanjutan, setelah bayi berumur 2 bulan.
4. Ibu dan suami berniat KB steril (tubektomi) sebelum 40 hari.
5. Bayi sudah mandi, menetek, dan nampak tertidur lelap.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis mencoba membandingkan antara bab II (Tinjauan teori) dengan bab III (Tinjauan Kasus), berdasarkan hasil proses manajemen kebidanan yang dilakukan pada pasien yaitu bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) pada Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Abepura. (dari tanggal 2 – 3 April 2007) dan kunjungan rumah sebanyak 2 kali (tanggal 7 April dan tanggal 16 April 2007), Penulis menemukan beberapa data didalam langkah I (Pengumpulan data dasar), yaitu umur ibu yang lebih dari 35 tahun dan penyakit selama kehamilan sebagai faktor penyebab terjadinya partus prematus.

Umur ibu yang sudah menginjak 37 tahun dan penyakit malaria tropika setelah kehamilan menginjak trimester III yaitu usia kehamilan 32 minggu, pada kasus malaria selalu disertai dengan demam tinggi, akibat demam yang tinggi mengakibatkan uterus berkontraksi. Bila kontraksi uterus tidak terdeteksi dengan baik, maka kontraksi akan berlangsung secara terus menerus sehingga terjadi pembukaan pada ostium uteri secara terus menerus sehingga terjadi pembukaan pada Ostium Uteri Internum (OUI) dan menyebabkan kelahiran bayi sebelum waktunya, tentunya dengan berat badan dibawah normal atau kurang dari 2500 gram, yang biasa disebut BBLR.

Oleh sebab itu ANC (Antenatal Care) sangatlah penting bagi seorang ibu hamil, dengan memeriksakan kehamilan secara teratur maka kesehatan ibu dan janin dapat terpantau dengan baik. Pada kasus inipun ibu telah melakukan ANC dengan yakni sebanyak 4 kali di Puskesmas Perumnas I dan sudah mendapatkan suntikan tetanus toxoid, tablet zat besi, kalk, penyuluhan tentang anjuran – anjuran yang harus dilakukan, namun tanda – tanda bahaya bagi seorang ibu hamil tahu dan paham akan tanda yang membahayakan bagi dirinya dan janin yang dikandung, karena tingkat pendidikan yang berbeda – beda.

Untuk memberikan asuhan kepada bayi dengan BBLR diperlukan ketrampilan dan pengetahuan yang baik. Dengan pengetahuan dan ketrampilan yang profesional maka kasus ini dapat ditangani dengan baik, sehingga diagnosa pontesial tidak dapat menjadi.

Diagnosa Aktual : Pada kasus ini telah dilakukan evaluasi yakni pasien di rawat selama 2 hari di Rumah Sakit Abepura (Tanggal, 2 - 3 April 2007) dan telah dilakukan kunjungan rumah sebanyak 2 kali (Tanggal 7 April dan 16 April 2007).

Bayi lahir dengan berat badan 2300 gram dan pajang badan 45 cm, pada saat kunjungan rumah terakhir berat badan bayi 2900 gram dan pajang badan 47 cm dari hasil tersebut, maka kenaikan berat badan lahir. Imunisasi yang telah didapat pada saat kontrol di Rumah Sakit yakni BCG dan Hepatitis awal. Sangat berbahagia maka dapat ditarik kesimpulan asuhan kebidanan pada bayi dengan BBLR telah berhasil.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil observasi, perawatan dan penyuluhan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), penulis melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan penatalaksanaan di ruangan perinatologi Rumah Sakit Aaabepura. Maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Terjadinya partus prematurus yang mengakibatkan bayi lahir dengan berat badan rendah pada kasus ini disebabkan penyakit malaria tropika (+) yang diderita ibu pada kehamilan 32 minggu dan belum tuntas penyembuhannya.
2. Bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) harus ditangani secara serius, dan profesional. Sehingga angka kematian bayi dengan kasus BBLR dengan menurun.
3. Pada bayi BBLR pemberian ASI Eksklusif akan lebih menguntungkan dari pada pemberian pendamping ASI.
4. Kedua orangtua terlebih ibu sangatlah perlu diberikan pendidikan tentang perawatan bayi dengan BBLR dirumah, karena orang tua mempunyai peranan penting dalam mengusahakan kenaikan berat badan bayinya menjadi sangat bayi yang sehat.

B. Saran

Dari kesimpulan diatas maka penulis menyarankan :

1. Untuk Bidan

a. Di Puskesmas

Pada saat ibu kunjungan Antenatal Care (ANC), disamping pemeriksaan rutin, pemberian zat besi dan lainnya, sangatlah penting juga bila diberikan bekal ilmu berupa penyuluhan tentang tanda – tanda bahaya bagi seorang ibu hamil.

b. Di Lahan Praktek (Di Ruangan Perinatologi).

Sesuai dengan perkembangan pelayanan terhadap BBLR ataupun bayi cukup bulan adalah :

- a). Harus mengutamakan ASI Eksklusif
- b). Tidak boleh diperkenalkan botol susu.
- c). Penggunaan AC tidak boleh terlalu dingin, karena akan memperlambat kenaikan berat badan bayi dan dapat mengakibatkan hipotermi.
- d). Sebaiknya penggunaan inkubator

1 bayi 1 inkubator, untuk mencegah cedera pada bayi dan terjadinya infeksi silang.

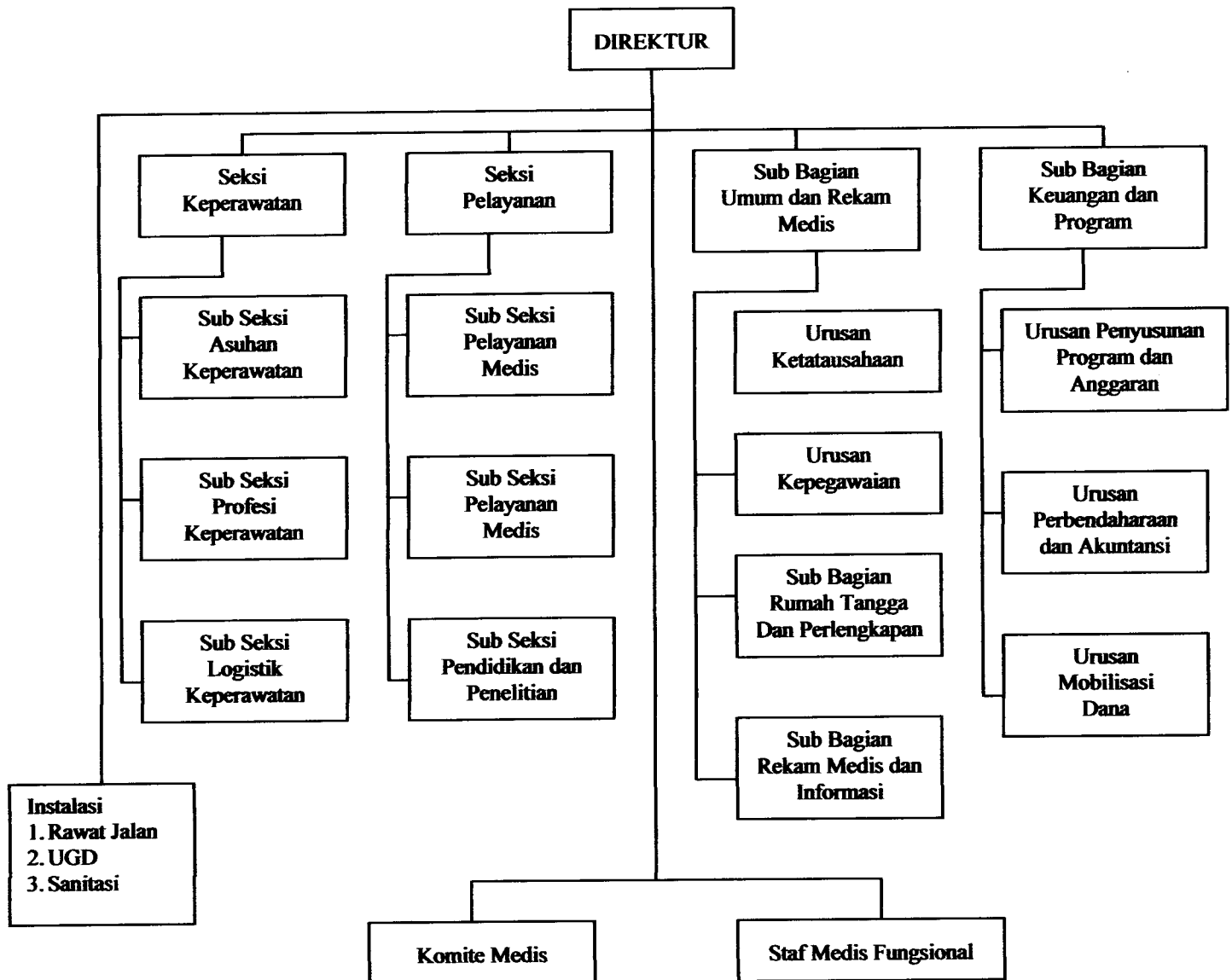
2. Untuk Pendidikan (Jurusan Kebidanan)

Untuk menghasilkan bidan yang berkualitas dan untuk meningkatkan mutu bidan yang dihasilkan perlu diberikan kesempatan yang cukup kepada mahasiswa baik didalam pemberian materi maupun praktek dilapangan untuk selalu membuat asuhan kebidanan secara benar dan ilmiah melalui bimbingan dosen, mentor yang profesional sehingga nantinya dapat diterapkan di tempat tugasnya sesuai dengan yang didapat.

DAFTAR PUSTAKA

- Astrining, dkk. 2003. *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*, Cetakan I, EGC : Jakarta.
- Jumiarti, dkk. 1995. *Asuhan Keperawatan Perinatal*, Cetakan I, EGC : Jakarta.
- Manuaba, I.B.G, 1998. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Cetakan I, EGC : Jakarta.
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan Anak Sakit*, Cetakan I, EGC : Jakarta.
- Prawirohardjo, S. 2002. *Buku Ancuan Nasional Pelayanan Kesehatan Martenal dan Neonatal*, YBP-SP : Jakarta.
- _____. 2005. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP : Jakarta.
- Varney. H. 2002. *Kebijaksanaan Departemen Kesehatan Dalam Upaya Peningkatan Usaha Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta.

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) ABEPURA



Instalasi

1. Ins Rawat Jalan
2. Ins Rawat Inap
3. Ins Rawat Darurat
4. Ins Rawat Intensif
5. Ins Bedah Sentral
6. Ins Rehabilitasi Medis

7. Ins Radiologi

8. Ins Farmasi
9. Ins Gizi
10. Ins Laboratorium Klinik
11. Ins Pemeliharaan Sarana dan Rumah Sakit
12. Ins Sanitasi



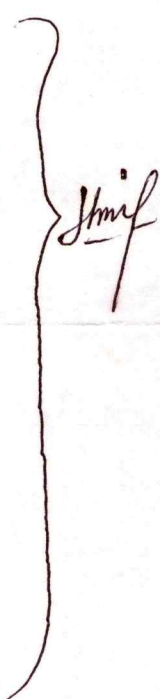
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 584280, 584281

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III KEBIDANAN ANGKATAN 2006/2007
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : REGINA -TAPATKEDUNG

Nim : 00-71-24.4.05.24

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
25/5-2007	<u>BAB I :</u> 1. Singkatan KHPPT di hilangkan. 2. Rumusan masalah terbalik. <u>BAB II :</u> 1. penulisan Sumber tidak perlu pakai judul buku, hanya pengarang buku saja. 2. Cari Definisi : (intrauterine growth curve Lubchenko). untuk persiapan ujian.		Bnb I acc
26/5-07	<u>BAB III</u> 1. Masukan tentang faktor-faktor penyebab BBLR di dalam Data Subyektif dan data obyektif sebagai data pendukung.		Bab II - perbaiki lewat konsultasi balik.
31/5-07			

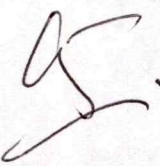


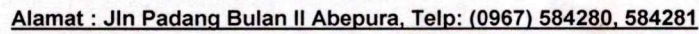
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 584280, 584281

FORMAT KONSULTASI KTI
MAHASISWA D-III KEBIDANAN ANGKATAN 2006/2007
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Nama : Reginer. Topatkeding
Nim : 00.71.24.4.05.24.

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
9/6-2007	BAB III G. U. l. l. l. per . Kanis . penghaji , D / , Keras , Tup , dan emil . di sempurnai serta petis jika di buat 7 L .	 	Ose . Beli Keras .
24/6-07	Bab IV Kanis perlu penyempurnaan lagi , serta petis .		Beli . Kanis . Ose . lagi . Bab IV .
30/6-07	Bab IV Ose Bab IV . petis .		Beli Keras lagi . Bab IV



Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda tangan Dosen	Keterangan
4/7-07	kenne Bab $\bar{IV} - \bar{V}$ ore lilit		Belaini lita. luyhapi liti
17/7/07	KTi luyhapi ore di. Gurdahis 3X		Kiap.. uy dijikan