

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR
DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH
DI RUANG PERINATOLOGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

STEFANY S.S ERARI

NIM. PO.71.24.4.08.63

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

2011

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR
DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH
DI RUANG PERINATOLOGI
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 :

STEFANY S.S ERARI

NIM.PO.71.24.4.08.63

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

2011

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul
Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir
Dengan Berat Badan Lahir Rendah
Di Ruang Perinatologi, Rumah Sakit Umum Daerah Abepura

Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada
Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Pada
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Jayapura, 12 Juli 2011.

Pembimbing I



Heni Voni Rerey, SKM, MPH

NIP.196404191989032003

Pembimbing II



Ruth Yogi, S.ST

NIP.197706172006042002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH

NIP.196404191989032003

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan

Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna

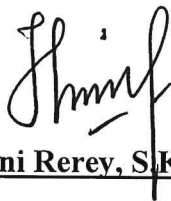
menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 26 Juli 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, S.KM, M.PH

NIP. 196404191989032003

SEKRETARIS



Saaty Kadiwaru, S.ST

NIP. 195101011972082001

TIM PENGUJI :

1. Heni Voni Rerey, S.KM, M.PH

NIP. 19640419 198903 2003

2. Saaty Kadiwaru, S.ST

NIP. 19510101 197208 2001

TANDA TANGAN

()

()

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

"Orang yang kuat bukanlah orang yang mampu menjatuhkan lawannya, melainkan...

orang yang kuat adalah orang yang mampu untuk bangkit saat ia terjatuh. "

"Kegagalan adalah Kesuksesan yang tertunda"

(Bid. Stefany .S.S Erari, 2011)

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Tuhan Yesus Kristus, karena berkat, rahmat dan karunianya penulis dapat menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan selama 3 tahun perkuliahan.
2. Ibundaku tercinta Maria A.Ch.Erari, ayahku Yan L.Ayomi, adikku tersayang Vania Godelfa Ayomi, dan Jessica Clarisa Ch.Erari, pamanku Robert Ch.Erari, dan Johanes Ch.Erari, tanteku Yohana Ch. Erari, dan Sherly. Kawer/Erari, kakakku Ade Venti Jenni dan Ade Ivani Yani, kedua keponakanku tersayang Angel Putri dan Angga Putra, dan semua kerabat yang selalu mendukungku dalam doa.
3. Keluarga besar Erari yang selalu mendukungku.
4. Sahabat-sahabatku yang selalu memotivasiku untuk terus maju.
5. Seluruh rekan kuliahku Poltekkes Angkatan 2008, Jurusan Kebidanan yang ku cintai dan ku sayangi yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
6. Almamaterku jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang selalu menjadi kebanggaanku.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur tak terhingga penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus atas berkat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Perinatologi, Rumah Sakit Umum Daerah Abepura”**.

Adapun Karya Tulis Ilmiah ini penulis dapatkan di ruang Perinatologi RSUD Abepura. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan bimbingan, arahan, dan dorongan dari berbagai pihak, oleh sebab itu penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Isack J.H Tukayo, S.Kp, M.Sc, selaku direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan pada institusi ini.
2. Direktur RSUD Abepura, khususnya di ruang Perinatologi yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada penulis untuk melakukan Asuhan Kebidanan.
3. Heni Voni Rerey, S.KM, M.PH, selaku ketua Jurusan Kebidanan
4. Nurul Afifa, S.ST , selaku Pembimbing Akademik.
5. Heni Voni Rerey, S.KM, M.PH, selaku Pembimbing I dan Ruth Yogi, S.ST, selaku Pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku dosen senior yang selalu mengarahkanku.
7. Suryati Romauli, S.ST , selaku wali kelasku.
8. Nursaina, Amd.Kep, selaku kepala ruang Perinatologi RSUD Abepura.

9. Teristimewa yang tak terhingga penulis haturkan untuk ibuku (Maria A.Ch. Erari), atas kasih sayang dan telah membesarkanku dengan penuh jerih payah, dan ayahku (Yan Leonard Ayomi) yang telah berkorban untuk membiayai perkuliahanku selama ini. Aku percaya Tuhan Yesus Kristus selalu menjaga dan melindungi ibu dan ayah selalu, serta adikku tersayang (Vania Godelfa Ayomi) dan semua keluarga besarku khususnya keluarga besar Erari yang telah memberikan dukungan, motivasi, dan doa selama mengikuti pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, Jurusan Kebidanan.
10. Sahabat-sahabatku yang telah banyak membantuku dalam perkuliahan.
11. Semua pihak yang telah banyak membantu, yang penulis tidak dapat sebutkan satu per satu yang telah banyak memberi dukungan kepadaku selama kuliah.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kesalahan dan jauh dari kesempurnaan untuk itu, kritik, saran dan arahan yang konstruktif dari berbagai pihak sangat penulis harapkan, guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua. Amien.

Jayapura, 20 Juli 2011

Penulis

STEFANY S.S ERARI

DAFTAR ISI

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

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan	
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penulisan.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	7
1. Pengertian Bayi Baru Lahir.....	7
2. Karakteristik Bayi Baru Lahir.....	7
3. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir.....	8
4. Refleks Pada Bayi Baru Lahir.....	9
5. Perubahan Setelah Kelahiran.....	11
6. Penanganan Pada Bayi Baru Lahir.....	17
7. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir.....	20
B. Konsep Dasar Bayi Berat Badan Lahir Rendah.....	22
1. Pengertian.....	22
2. Klasifikasi.....	22
3. Etiologi.....	24
4. Gambaran Klinik.....	24
5. Prognosis.....	25
6. Komplikasi.....	25

7. Penanganan.....	26
C. Konsep Manajemen Kebidanan.....	32
1. Manajemen Kebidanan Dengan Metode 7 Langkah Varney.....	32
2. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP..	35
 BAB III	
GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	
DAN TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	39
B. Tinjauan Kasus	
Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	
Dengan Berat Badan Lahir Rendah	
Di Ruang Perinatologi, Rumah Sakit Umum Daerah Abepura.....	42
 BAB IV	
PEMBAHASAN.....	64
 BAB V	
PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	69
B. Saran.....	71
 Daftar Pustaka.....	73

Lampiran
APGAR SCORE

Digunakan untuk mengevaluasi kondisi bayi baru lahir pada saat lahir, biasanya dilakukan selama 1 menit dan sekali lagi pada 5 menit setelah lahir.

Tanda	0	1	2
Appearance (warna)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstermitas kebiruan	Semua berwarna merah muda
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (rangsangan)	Tidak ada	Menyeringai	Menangis
Activity (tonus otot)	Tidak simetris	Sedikit fleksi pada ekstermitas	Pergerakan aktif, ekstermitas dapat fleksi dengan baik
Respiratory (upaya pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam beberapa dasawarsa ini, perhatian terhadap janin yang mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan sangat meningkat. Hal ini disebabkan masih tingginya angka kematian *perinatal neonatal* karena masih banyak bayi yang di lahirkan dengan berat badan lahir rendah (*Cunningham,dkk,2006:765*).

Bayi dengan berat badan lahir rendah (*BBLR*), sering terjadi karena kelahiran *prematur* yang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor ibu yaitu riwayat kelahiran *prematur* sebelumnya, *ANC* yang terlambat, *perdarahan antepartum*, *malnutrisi*, *kelainan uterus*, *hidramnion*, kelainan /penyakit jantung, atau penyakit kronik lainnya, hipertensi, umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 30 tahun, jarak kehamilan yang terlalu dekat,*infeksi dan trauma*, faktor janin yaitu *cacat bawaan*, *kehamilan ganda*, *ketuban pecah dini* dan keadaan sosial ekonomi yang rendah (*Sarwono, 2009:376*).

Bayi dengan berat badan lahir rendah rentan terhadap beberapa problematika baik *anatomi* maupun *fisiologi* yang berhubungan dengan kurang sempurnanya alat-alat dalam tubuhnya antara lain, suhu tubuh yang tidak stabil, gangguan pernapasan akibat pertumbuhan dan perkembangan paru yang kurang sempurna,

gangguan pencernaan, hati yang imatur mempermudah terjadinya hiperbilirubin dan defisiensi vitamin K, ginjal yang immatur menyebabkan mudah terjadi udem dan asidosis metabolik dan perdarahan.

Menurut Deslidel,dkk, (2011), dijelaskan bayi BBLR merupakan salah satu komplikasi pada bayi yang bila tidak ditangani secara benar dapat menyebabkan kematian. Sekitar 16% atau 20.000.000 bayi per tahun dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan 90% berasal dari negara berkembang dan diperkirakan setiap 10 detik terjadi 1 kematian bayi akibat dari penyakit atau infeksi yang berhubungan dengan BBLR. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi BBLR di Indonesia sebesar 11,5%. Lima provinsi mempunyai presentasi BBLR tertinggi adalah Provinsi Papua, (27%), Papua Barat (23,8%), NTT (20,3%), Sumatera Selatan (19,5%), dan provinsi Bangka Belitung (13,5%) sedangkan provinsi lainnya masih dibawah angka nasional. (www.ilmu.unesa.ac.id) Jumlah bayi baru lahir dengan BBLR di Papua sekitar 94.500 /tahun atau 27% dari angka BBLR di Indonesia (*Webadmin,september 2010. jayapurakab.go.id*).

Dari data laporan bulanan ruangan Perinatologi RSUD Abepura, diperoleh mulai bulan Februari sampai bulan Mei tahun 2011, pasien ibu *Inpartu* sebanyak 498 pasien, dan ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR sebanyak 80 bayi atau 6,22% , ibu yang melahirkan bayi yang *matur* sebanyak 392 bayi atau 1,27% , ibu

yang melahirkan bayi *prematur sebanyak* 15 atau 33,3% , dan bayi yang imatur sebanyak 11 atau 45,27% .

Dari data yang didapat dari hasil observasi langsung, kelahiran bayi dengan *BBLR* disebabkan paling banyak karena *malaria, malnutrisi, KEK, hipertensi, multigravida* dan *kehamilan ganda*.

Usaha yang sudah dilakukan oleh pemerintah kabupaten Jayapura untuk menurunkan angka kelahiran bayi dengan BBLR di Jayapura adalah dengan cara memotivasi para ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya (*ANC*) secara rutin di Puskesmas, dan melakukan kegiatan Posyandu sebagai wujud penanganan, namun kelahiran bayi dengan BBLR masih cukup tinggi.

Berdasarkan permasalahan di atas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah tentang **“Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD Abepura”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis merumuskan masalahnya sebagai berikut:

1. Bagaimana melakukan pengkajian data pada bayi baru lahir dengan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Abepura?
2. Bagaimana mengidentifikasi data dasar pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura?
3. Bagaimana menentukan diagnosa dan masalah potensial pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura?
4. Bagaimana melakukan tindakan segera pada bayi baru lahir di ruang Perinatologi RSUD Abepura?
5. Bagaimana merencanakan asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura?
6. Bagaimana mengimplementasikan asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura?
7. Bagaimana melakukan evaluasi asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum yaitu, memberikan asuhan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD Abepura.

2. Tujuan Khusus

Pelaksanaan manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian data pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.
- b. Mengidentifikasi data dasar pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.
- c. Menentukan diagnosa dan masalah potensial pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.
- d. Melakukan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.
- e. Merencanakan asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.

- f. Mengimplementasikan asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.
- g. Mengevaluasi pelaksanaan asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR di ruang Perinatologi RSUD Abepura.

D. Manfaat Penulisan

- a. Bagi Penulis

Penulis dapat menambah perbendaharaan ilmu tentang penyusunan penelitian sehingga dapat dimanfaatkan dalam penyusunan karya tulis seterusnya.

- b. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penulisan ini dapat digunakan untuk memberi masukan dalam upaya peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

- c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan penelitian lebih lanjut, khususnya dalam bidang Ilmu Kesehatan Anak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi, dari lahir sampai usia 4 minggu lahir biasanya dengan usia *gestasi* 38 – 42 minggu. (Wiknjosastro,dkk,2007: 98)

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir,berusia 0 – 28 hari. Bayi baru lahir digolongkan menjadi 2 yaitu, bayi baru lahir normal dan bayi baru lahir beresiko.

a. Bayi Baru Lahir (Normal)

Bayi baru lahir normal yaitu BBL dengan berat badan lahir antara 2500 - 4000 gram dengan usia kehamilan ibu 37 - 40 minggu.

2. Karakteristik Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal mempunyai berat badan lahir 2500 - 4000 gram, panjang badan lahir 48 - 52 cm, lingkar dada 30 -38 cm, lingkar kepala 33 - 35 cm, bunyi detak jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 100 - 180 x /menit. Warna kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan *subkutan*

cukup terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*, rambut *lanugo* tidak terlihat, kuku agak panjang dan lemas, *genitalia* pada wanita (labia mayor menutupi labia minor) dan pada laki-laki *testis* sudah turun (Saifuddin,dkk, 2006:39).

Periode *neonatal* berlangsung segera saat bayi lahir sampai dengan usia 28 hari. Pada aktivitas motorik aktif yang dilakukan bayi adalah menangis, oleh karena rasa tidak nyaman dan lapar. Tangis yang normal adalah kuat dan keras, tidak lemah atau nyaring, kekuatan dan pola menangis tergantung pada penyebab dan sejenis bahasa yang dapat dimengerti oleh orang tua. Pada keadaan tidur tenang bayi jarang bergerak dan bernafas lambat serta teratur.

3. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

a. Asuhan segera pada bayi baru lahir

Adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir adalah :

- 1). Memantau pernafasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit.
- 2). Jaga agar bayitetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk /kain basah dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung baik.

b. Asuhan bayi baru lahir

Adalah asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam. Asuhan yang diberikan meliputi :

- 1). Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas.
- 2). Pertahankan suhu tubuh bayi.
- 3). Pemeriksaan fisik bayi.
- 4). Identifikasi bayi.
- 5). Perawatan tali pusat
- 6). Pemberian Vitamin K
- 7). Awasi tanda-tanda bahaya / kesulitan pada bayi.

(Ambarwati dan Rismintari, 2009 : 89)

4. Refleks Pada Bayi

a. Reflek pelindung

1). Reflek moro

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

2). Tonick neck (tonus leher)

Reflek kepala, lengan dan tungkai mengarah kesalah 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 3 - 4 bulan.

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

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

b. Reflek makan

1). *Rooting reflek* (*reflek mencari puting*)

Timbul saat lahir sampai umur 3 - 4 bulan

2). *Sucking 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 menekuk kebawah saat jari – jari pemeriksa menyentuh pada pangkal jari kaki. Respon ini berkurang pada usia 8 bulan. (Bobak, dkk, 2005:108).

5. Perubahan Yang Terjadi Setelah Kelahiran

Menurut Saifuddin,dkk, (2006), perubahan-perubahan yang terjadi setelah kelahiran adalah sebagai berikut :

a. Sistem kardiovaskuler

Foramen ovale, *duktus arteriosus* dan *duktus venosus* menutup. *Arteri umbilicus*, *vena umbilicus* dan *arteri hepatica* menjadi ligamen. Nafas 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 berkonstriksi (PO₂ janin = 27 mmHg). Kemudian *duktus arteriosus* menutup dan menjadi sebuah *ligamentum*. Tindakan mengklemp dan memotong tali pusat membuat *arteri umbilikal*, *vena umbilikal* dan *duktus venosus* segera menutup dan berubah menjadi ligament.

b. Sistem hematopoiesis

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

berkisar antara 1,5 sampai 22,5 g /dl. *Hematokrit* bervariasi dari 44% sampai 72% dan hitung sel darah merah berkisar antara 5 sampai 7,5 juta /mm³. Secara berturut-turut, hemoglobin dan hitung sel darah merah menurun sampai mencapai kadar rata-rata 11 sampai 17 g /dl dan 4,2 sampai 5,2 /mm³ pada akhir bulan pertama. *Leukosit* janin dengan nilai hitung sel darah putih sekitar 18.000 /mm³ merupakan nilai normal saat bayi lahir. Jumlah *leukosit* janin, yang sebagian besar terdiri dari *polimorf* ini, meningkat menjadi 23.000 sampai 24.000 /mm³ pada hari pertama setelah bayi lahir.

c. Sistem pernafasan

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

d. Sistem ginjal

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

e. Sistem cerna

Bayi baru lahir melakukan tiga sampai enam isapan kecil setiap kali mengisap. Pada bayi baru lahir cukup bulan, isapan lebih lama efisien, berlangsung hanya beberapa jam setelah bayi lahir. Bayi baru lahir tidak mampu memindahkan makanan dari bibir ke faring, sehingga putting susu (atau botol susu) harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi. Aktivitas peristaltic esophagus 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 stress psikis dapat mempengaruhi waktu pengosongan lambung.

Saat lahir, usus bayi bagian bawah penuh dengan mekonium. Mekonium yang dibentuk selama janin dalam kandungan berasal dari cairan amnion dan unsur-unsurnya, dari sekresi usus dan dari sel-sel mukosa. Mekonium pertama yang keluar steril, tetapi beberapa jam kemudian semua mekonium yang keluar mengandung bakteri. Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak antara hari ketiga dan keenam. Feses transisi (kecil-kecil, berwarna coklat sampai hijau akibat adanya mekonium) dikeluarkan sejak hari ketiga sampai keenam. Tinja dari bayi yang disusui lebih lunak, berwarna kuning emas, dan tidak mengiritasi kulit bayi yang minum susu botol berbentuk, tetapi tetap lunak berwarna kuning pucat dan memiliki bau yang khas.

f. Sistem hepatica

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

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 integument

Bayi yang cukup bulan memiliki kulit kemerahan (merah daging) beberapa jam setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki sedikit terlihat *sianotik*. Warna kebiruan ini, (*akrosianosis*), disebabkan oleh ketidakstabilan *vasomotor*, *stasis kapiler*, dari kadar *hemoglobin* yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara dan bertahan selama 7 sampai 10 hari terutama bila terpajan pada udara dingin. Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak

subkutan yang berakumulasi selama trimester akhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh retensi cairan. *Lanugo* halus dapat terlihat diwajah, bahu dan punggung. *Edema* wajah dan *ekimosis* (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan *forsep*.

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 di *vestibulum*. Pada bayi *premature*, *klitoris* menonjol dan labia mayora kecil dan terbuka.

2). Pria

Testis turun kedalam skrotum pada 90% bayi baru lahir laki-laki. Walaupun presentasi ini menurun pada kelahiran *premature*, pada usia satu tahun insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. *Prepusium* yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup *prepusium* dan tidak

dapat ditarik kebelakang selama tiga sampai empat tahun. Terdapat *rugae* yang melapisi kantong *skrotum*. *Hidrokel* (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya akan mengecil tanpa pengobatan.

6. Penanganan Bayi Baru Lahir

a. Melakukan penilaian (selintas)

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

b. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

wadah yang telah disediakan.

- c. Letakkan bayi agar kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada 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 dikepala bayi. Untuk pencegahan kehilangan panas karena bayi yang mengalami kehilangan panas beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau bahkan meninggal.

Mekanisme kehilangan panas:

1. *Hidrokel* 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 diatas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin (terbuat dari logam) akan cepat mengalami kehilangan panas tubuh.
3. *Konveksi* adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.

4. *Radiasi* adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi yang ditempatkan dekat dengan benda yang mempunyai temperature tubuh lebih rendah dari temperature tubuh bayi.
- e. Mulai pemberian ASI dini dan eksklusif. Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan, antara lain :
 - 1). Merangsang produksi ASI
 - 2). Memperkuat reflek menghisap
 - 3). Mempromosikan hubungan emosional antara ibu dan bayinya
 - 4). Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolostrum.
 - 5). Merangsang kontraksi uterus
- f. Pencegahan infeksi

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

Imunisasi awal yang diberikan adalah Hepatitis-B.

7. Tanda – Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

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

2). Bayi Baru Lahir (BBL) resiko tinggi yaitu :

- a. BBL dari kehamilan risiko tinggi
- b. BBL dengan BB < 2500 gram dan atau > 4000 gram

- c. BBL dengan usia kehamilan < 37 minggu dan atau > 42 minggu
- d. BBL yang BB lahir kurang dari BB menurut usia kehamilan
- e. Nilai APGAR < 7
- f. BBL dengan infeksi intrapartum, trauma lahir, atau kelainan kongenital
- g. BBL dari keluarga yang memiliki problem sosial.

Bayi Baru Lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi dan toleransi bagi *Bayi Baru Lahir (neonatus)* untuk dapat hidup dengan baik.

3). Kisaran Berat Badan Bayi dan Ukuran :

a. Berat

Rata-rata: 3.405 gr

Kisaran : 2.500-4000 gr

Berat dipengaruhi oleh ras dan usia ibu, serta ukuran bayi.

b. Panjang

Rata-rata : 50 cm.

Kisaran : 48-52cm.

Pertumbuhan: 2 cm /bulan dan pada 6 bulan pertama.

c. Lingkar Kepala

Rata-rata 32-37 cm.

Kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada.

(Patrecia.W, 2006:157)

B. KONSEP DASAR BAYI BERAT LAHIR RENDAH

1. Pengertian

Menurut *Deslidel,dkk,(2011:107)*, Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, terjadi gangguan pertumbuhan dan pematangan (maturitas) organ yang dapat menimbulkan kematian.

2. Klasifikasi BBLR

Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bayi berat badan lahir rendah dibedakan atas :

- a. Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan berat lahir 1500-2500 gram.
- b. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) dengan berat lahir < 1500 gram.
- c. Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER) dengan berat badan < 1000 gram.

(Deslidel,dkk, 2011: 107)

3. Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kelahiran BBLR adalah:

1. Faktor ibu
 - a. Gizi saat hamil yang kurang
 - b. Umur ibu < 20 tahun atau > 35 tahun.
 - c. Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.

d. Penyakit menahun ibu : Hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah (perokok).

e. Faktor pekerjaan yang terlalu berat

2. Faktor kehamilan

a. Hidramnion

b. Gemelli

c. Perdarahan antepartum

d. Komplikasi kehamilan : preeklamsi /eklamsi, ketuban pecah dini (KPD).

3. Faktor janin

a. Cacat bawaan

b. Infeksi dalam rahim

(Manuaba, 2010 : 73)

Seringkali faktor penyebab tidak diketahui ataupun kalau diketahui faktor penyebabnya tidak berdiri sendiri, antara lain:

a. Faktor genetik dan kromosom

b. Infeksi

c. Bahan toksik

d. Radiasi

e. Disfungsi plasenta

- f. Faktor nutrisi
- g. Faktor lain, seperti : merokok, peminum alkohol, bekerja berat saat hamil, plasenta previa, gemelli dan obat-obatan.

4. Gambaran Klinik

Gambaran berat badan lahir rendah tergantung dari umur kehamilan sehingga dapat dikatakan bahwa makin kecil bayi atau makin muda kehamilan, makin nyata sebagai gambaran umum dapat ditemukan BBLR mempunyai karakteristik :

- a. Berat Badan < 2500 gram
- b. Panjang Badan < 45 cm
- c. Lingkar kepala < 33 cm
- d. Lingkar dada < 30 cm
- e. Kepala relatif lebih besar
- f. Kulit : tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang.
- g. Umur kehamilan < 37 minggu
- h. Otot hipotonik lemah
- i. Pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnoe (gagal nafas)
- j. Ekstermitas paha abduksi, sendi lutut /kaki fleksi-lurus
- k. Kepala tidak mampu tegak
- l. Pernafasan sekitar 45-50 x /menit
- m. Frekuensi nadi 100-140 x /menit

- n. Tangis lemah
- o. Genetalia imatur, rambut halus teranyam
- p. Elastisitas daun telinga kurang
- q. Tampak banyak pembuluh darah di kulit perut
- r. Refleks morro (+), mengisap, menelan, dan batuk belum sempurna.
- s. Jaringan mammae belum sempurna.

(Dompas, 2011 : 14)

5. Prognosis

Kematian perinatal bayi berat lahir rendah (BBLR) 8 kali lebih besar dibandingkan dari bayi normal pada umur kehamilan yang sama. Prognosis akan lebih buruk lagi bila berat badan makin rendah.

6. Komplikasi

BBLR mungkin prematur (kurang bulan) atau mungkin juga cukup bulan (dismatur). Beberapa penyakit yang berhubungan dengan prematuritas antara lain adalah:

- 1). Bayi / Neonatus Kurang Bulan (*NKB / Prematur*)
 - a. Aspirasi pneumonia
 - b. Perdarahan Intra Ventrikuler

c. Hiperbilirubinemia

d. Gangguan pernafasan idiopatik

2). Bayi Kecil Masa Kehamilan (*KMK /Dismatur*)

a. Sindrom aspirasi mekonium diikuti dengan Pneumotorak

b. Hb meningkat akibat hipoksia kronis

c. Hipoglikemi

d. Asfiksia, perdarahan paru masif, hipotermi, infeksi.

e. Hipotermia

7. Penanganan Bayi Berat Badan Lahir Rendah

Dengan memperhatikan karakteristik dan berbagai kemungkinan yang dapat terjadi pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR), maka perawatan dan pengawasan ditujukan pada pengaturan suhu badan, pemberian asupan nutrisi, dan pencegahan infeksi.

a. Pengaturan suhu

Bayi di rawat dalam inkubator dengan suhu yang diatur. Bayi dengan berat lahir dibawah 2000 gr, 35⁰c. bayi dengan berat 2000-2500 gr, 34⁰c. Suhu

inkubator di turunkan 1°C setiap minggu sampai bayi dapat ditempatkan dalam suhu lingkungan sekitar $24\text{-}27^{\circ}\text{C}$.

Untuk BB 1500-2000 gr, suhu inkubator 34°C pada umur 1-10 hari, suhu 33°C untuk umur 11 hari sampai 4 minggu, suhu 32°C untuk usia > 4 minggu. Untuk 2000-2500 gr suhu inkubator 34°C pada umur 1-2 hari, suhu 33°C untuk usia 3 hari - 3 minggu, dan suhu 32°C untuk usia > 3 minggu.

BB > 2500 gr suhu inkubator 33°C pada umur 1-2 hari dan 32°C untuk usia > 2 hari. (Sarwono, 2006:378)

Pengaturan suhu tubuh ini juga dapat dilakukan dengan mengeringkan bayi dengan handuk hangat, memberikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit ke kulit (metode kanguru), dan atau bungkus bayi dengan kain hangat, kepala bayi ditutup dengan topi, dan kain basah yang secepatnya diganti dengan yang kering dan hangat. (Sarwono, 2006:378)

Tanda –tanda bayi yang mengalami hipotermi adalah :

- 1). Bayi pucat
- 2). Respirasi lambat, sangat dangkal dan tidak teratur
- 3). Aktivitas kurang
- 4). Refleks dan respon menurun atau tidak ada.

b. Pemberian asupan nutrisi

Umumnya bayi BBLR belum sempurna dalam refleks mengisap, menelan, dan batuk, kapasitas lambung masih kecil dan daya *enzim* pencernaan terutama

lifase masih kurang. Maka makanan diberikan dengan pipet sedikit demi sedikit tapi sering. Makanan terbaik adalah ASI, banyaknya cairan adalah 60 ml /kg BB sehari dan dinaikkan setiap hari sampai 200 ml /kg BB pada akhir minggu ke-2. Bila tidak ada ASI dapat diberikan air susu yang mengandung lemak yang mudah dicerna.

Frekuensi pemberian minum bayi BBLR :

BB < 1250 gr = 24 x /hari

BB 1250-2000 gr = 12 x /hari

BB > 2000gr = 8 x /hari

Jumlah yang diberikan pada bayi BBLR :

Hari ke-1 = 60 cc /kg BB /hari

Hari ke-2 = 90 cc /kg BB /hari

Hari ke-3 = 120 cc /kg BB /hari

Hari ke-4 = 150 cc /kg BB /hari

Kemudian berangsur-angsur naik sampai 180-200 cc /kg BB /hari dan pilihan terbaik adalah ASI.

Cara pemberian minum bayi BBLR :

1. Menyusu

Bayi BBLR yang tampak aktif dengan refleks mengisap dan menelan dengan baik dapat minum dengan cara langsung menyusui pada ibunya.

Hal-hal yang harus diperhatikan ibu saat menyusui bayi BBLR :

- a. Sebelum menyusui ibu harus mencuci tangan sampai siku dengan sabun dibawah air mengalir.
- b. Sebelum dan selama menyusui ibu hendaknya menggunakan pakaian tertutup yang disediakan oleh rumah sakit.
- c. Sebelum menyusui, ibu harus membersihkan daerah areola mammae dan putting susu.
- d. Pada saat menyusui ibu memperhatikan keadaan bayi, misalnya bayi tersedak, kulit kebiruan, dan seluruh tubuh bayi dingin.
- e. Apabila terdapat salah satu tanda tersebut diatas ibu harus segera lapor ke petugas.

2. Minum melalui dot atau botol susu

Bayi yang aktif secara refleks dapat mengisap dengan baik, akan tetapi belum bisa menyusui pada ibunya dapat diberi minum melalui dot. Dot yang digunakan relatif kuat dan stabil, lubang dot harus memberikan aliran tetesan yang lancar bukan mengeluarkan air susu dengan deras. Selama memberikan susu, amati keadaan bayi bila ada tanda sianosis, akral dingin, sesak nafas dan tersendak, hentikan pemberian minum dan laporkan ke petugas.

3. Pemberian minum melalui pipa lambung / NGT

Bila refleks menelan yang kurang memadai, pemberian minum diberikan melalui pipa lambung yang dimasukan melalui hidung / mulut. Setiap akan memberikan cairan lambung, harus di aspirasi lebih dahulu. Apabila yang keluar hanya sedikit udara dan lendir, jumlah minum yang direncanakan diteruskan, apabila yang keluar lebih dari 10% dari jumlah minum yang dimasukan sebelumnya, cairan aspirasi dimasukan kembali dan jumlah yang dimasukan dikurangi dengan yang dikeluarkan.

4. Pencegahan infeksi dengan ketat karena bayi BBLR sangat rentan akan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, dan perawatan tali pusat selalu dalam keadaan bersih.

5. Penimbangan ketat pada perubahan berat badan untuk meninjau kondisi gizi atau nutrisi bayi yang erat kaitannya dengan daya tahan tubuh. Kebutuhan nutrisi bayi ini kurang lebih 120-150 ml /kg BB /hari. Pemberian nutrisi diberikan secara bertahap sesuai kemampuan bayi.

Secara umum di ruang perawatan bayi (*Perinatologi*) perawatan yang diberikan yaitu mencakup:

- a. Mempertahankan suhu tubuh optimal
- b. Mempertahankan oksigenasi
- c. Memenuhi kebutuhan nutrisi
- d. Mencegah dan mengatasi infeksi

- e. Mengatasi hiperbilirubinemia
- f. Memenuhi kebutuhan psikologis
- g. Mencegah perawatan kedua orang tua
- h. Memberikan program imunisasi.

Apabila bayi yang lahir dengan berat antara 1.500-2.500 gram dalam keadaan stabil dan tidak memiliki komplikasi lain selain BBLR, asuhan yang diberikan dapat berupa *metode kanguru*. Manfaat metode kanguru yaitu menjadikan bayi tetap hangat, menolong bayi bernapas lebih teratur, mengurangi frekuensi terjadinya serangan apnoe, mempromosikan pemberian ASI, pertumbuhan dan adaptasi diluar rahim, meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam kemampuan dan keterlibatan untuk merawat bayinya yang kecil.

(Deslidel,dkk, 2011:110)

C. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Manajemen Kebidanan dengan Metode 7 Langkah Varney

Menurut Helen Varney, dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakkan diagnosis atau masalah potensial kebidanan selain itu diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan asuhan kebidanan selanjutnya.

Langkah-langkah asuhan kebidanan menurut *Varney (1997)*, yaitu sebagai berikut:

1. Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlika untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium, dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

2. Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapt ditemukan berdasarkan interpretasi

yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah.

3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis masalah yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

4. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

5. Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

6. Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

7. Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

Evaluasi juga sebagai upaya memberikan penilaian terhadap manajemen kebidanan ataupun suatu kegiatan yang sedang dijalankan. Asuhan kebidanan perlu di evaluasi untuk meningkatkan kualitas asuhan yang akan diberikan berikutnya. Disamping itu pula dapat dipakai sebagai rujukan dalam memberikan laporan yang tepat.

(Sudarti dan Afroh, 2010 : 30)

2. Pendokumentasian Manajemen Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut *Muslihatun,dkk, 2009*, dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP.

Uraian dari metode SOAP adalah :

S : adalah data subyektif

O : adalah data obyektif

A : adalah analysis /assesment

P : adalah planning

Uraian diatas merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

S = DATA SUBYEKTIF

Data subyektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data subyektif 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 subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", di beri tanda "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

O = DATA OBYEKTIF

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

A = ANALYSIS /ASSESMENT

Analysis /assesment (A), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam pendokumentasian manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang

setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analysis yng tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat.

Analysis merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga, dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini yaitu, diagnosis /masalah kebidanan, diagnosis /masalah potensial serta perlunya kebutuhan akan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

P = PLANNING

Planning atau perencanaan (P) adalah membuat rencana asuhan saat ini dan akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil hasil analysis 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 kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah planning atau perencanaan, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian, implementasi, dan evaluasi. Dengan kata lain, P dalam metode SOAP ini meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam, dan ketujuh.

(Sudarti dan Afroh, 2010:38)

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

DAN TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

1. Analisa Tipe dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Abepura termasuk Type C dengan dibangun pada tahun dan diresmikan pada tanggal 20 Mei 1997 yang berlokasi di Jl.Kesehatan.

Karakteristik Rumah Sakit Umum Daerah adalah milik Pemerintah. Rumah Sakit Umum Daerah bergerak dibidang Non Komersial. Rumah Sakit Umum Daerah Abepura memiliki 155 Kapasitas tempat tidur, dengan beberapa ruang inap : Bangsal Pria, Bangsal Wanita, Bangsal Anak, Bangsal Bedah, Bangsal Kebidanan dan Perinatologi, Ruang ICU, VIP dan Ruang Kelas.

Tercapainya kriteria sebagai Rumah Sakit Type C dapat dilihat dari beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga termasuk tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

2. Wewenang

a. Tugas Pokok

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

b. Fungsi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- 2) Menyelenggarakan pelayanan medis
- 3) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- 4) Menyelenggarakan pelayanan dan rujukan
- 5) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan

3. Struktur Organisasi dan Ketenangan

a. Struktur Organisasi

- 1) Direktur
- 2) Subag Tata Usaha
- 3) Seksi Keperawatan
- 4) Seksi Pelayanan Medik
- 5) Seksi Perencanaan

b. Ketenagaan

Jumlah ketenagaan medis, paramedic, dan non medis berjumlah

- 1) Medis : 34 orang

2) Paramedis : 134 orang

3) Non Medis : 37 orang

4. Gambaran Umum Ruang Perinatologi RSUD Abepura

Ruang Perinatologi RSUD Abepura jenis pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi : perawatan bayi baru lahir normal dan patologi.

a. Ketenagaan yang ada

1) Medis : 1 orang

2) Paramedis : 16 orang

3) Non Medis : 1 orang

b. Sarana dan prasarana

Dalam menunjang tugas pelayanannya ruang perinatologi dilengkapi dengan sarana yang cukup memadai yaitu :

1) Box Bayi : 11 buah

2) Incubator : 5 buah

3) Meja Resusitasi : 3 buah

4) Splym seher : 1 buah

5) Lampu ultra Violet : 2 buah

6) Tabung oksigen : 8 buah

7) Sungkup : 1 buah

8) Timbangan bayi : 1 buah

9) Fasilitas lain : tidak ada

B. TINJAUAN KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR
DENGAN *BERAT BADAN LAHIR RENDAH*
DI RUANG PERINATOLOGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA**

Tempat Pengkajian : Ruang Perinatologi, RSUD Abepura.

Tanggal Pengkajian : 23 Juni 2011

Jam : 10.00 WIT

LANGKAH 1: PENGKAJIAN DATA

1. DATA SUBYEKTIF

A. Identitas

1. Identitas klien

Anak ke	: 5
Nama bayi	: By. Ny. "K.M"
Tanggal Lahir	: 22 Juni 2011
Jam	: 23.20 wit
Jenis Kelamin	: Perempuan
BB Lahir	: 1900 gr
PB Lahir	: 43 cm

Apgar Score : 5/6

2. Identitas orang tua

Biodata	Ibu	Ayah
Nama	: Ny. "K.M"	: Tn. "H.S"
Umur	: 37 tahun	: 42 tahun
Agama	: Kristen.P	: Kristen. P
Suku / Bangsa	: Biak / Indonesia	: Biak / Indonesia
Pendidikan	: SMP	: SMP
Pekerjaan	: IRT	: Swasta
Alamat	: Sentani	: Sentani

B. Riwayat kehamilan sekarang

Gravida : G5 P4 A0

HPHT : 06-10-2010

TP : 13-07-2011

Usia Kehamilan : 36 minggu (data dari status pasien)

ANC : 1X di Polik RSUD Abepura
4X di PKM. Biak Kota

Imunisasi : 1X di PKM Biak Kota

Pemberian Tablet SF dan Calk : Rutin diberikan dari PKM. Biak,
namun ibu tidak minum dengan

alasan mual.

Penyakit selama kehamilan : Mual, malaria, tidak nafsu makan,
keluar air-air dari kemaluan.

C. Riwayat persalinan sekarang

1. Jenis persalinan : Spontan
2. Ditolong oleh : Bidan
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Lama persalinan : Kala I : 20 jam
Kala II : 20 menit
Kala III : 10 menit
Kala IV : 2 jam
5. Ketuban pecah : Spontan
6. Warna ketuban : Hijau lumpur
7. Komplikasi : Amnionitis
8. Therapy : Bersihkan jalan napas, suction, berikan
O₂ 1L /menit, Infus D10% 9 tetes
/menit, Injeksi Vit. K, Zalf mata,
Injeksi Hepatitis B

D. Kebutuhan data dasar

1. Minum : PASI 30 cc /oral Jam 10.05 WIT
(Tiap 2 jam atau bila bayi menginginkannya).
2. Muntah : Tidak ada

- 3. Istirahat/ Tidur : Baik, (siang 2-3 jam, malam 7-8 jam)
- 4. BAB : Mekonium masih keluar
- 5. BAK : 6 – 7 x /hari
- 6. Keamanan : Terjaga
- 7. Bayi dirawat di ruang perinatologi.

2. PENGKAJIAN DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Sedang
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Kulit : warna kemerahan, banyak lanugo.
- d. Tanda – tanda vital
 - a. Jantung : 128 x /m
 - b. Pernafasan : 46 x /m
 - c. Suhu badan : 36,7 °C

2. Pemeriksaan fisik

- a. Lingkar kepala : 29 cm
- b. Lingkar lengan : 10 cm
- c. Lingkar dada : 28 cm
- d. Lingkar perut : 25 cm
- e. Kepala : Bentuk bulat, UUB belum menutup,
Caput (-), cephal hematoma (-).

- f. Dada : Tidak ada *ronchi*
- g. Abdomen : kembung (+), tampak banyak pembuluh darah di kulit perut, pembesaran hepar (-), pembesaran limfe (-)
- h. Punggung : Tidak ada kelainan
- i. Keadaan tali pusat : Masih basah dan tidak berbau
- j. Perawatan tali pusat : Dibersihkan dan dibungkus dengan kasa steril.
- k. Ekstremitas atas : *Simetris*, pergerakan aktif kanan / kiri
- l. Ekstremitas bawah : *Simetris*, pergerakan aktif kanan / kiri
- m. Genetalia : Labia mayora belum menutupi labia minora
- n. Anus : Ada, normal.
- o. Refleks :
- Reflek moro : ada
 - Graps reflek : ada
 - Reflek berkedip : ada
 - Rooting reflek : kurang
 - Sucking reflek : kurang
 - Swallowing reflek : kurang

LANGKAH II : ANALISA DAN INTERPRESTASI DATA

1. Diagnosa :

Bayi umur 8 jam, bayi baru lahir, spontan, SMK, dengan *Berat Badan Lahir Rendah*.

Data dasar:

DS :

Bayi lahir tanggal: 22 Juni 2011, Jam : 23.20 Wit,

Jenis kelamin: Perempuan, HPHT: 06-10-2010, TP: 13-07-2011.

DO :

- a. Keadaan umum : Sedang
- b. Suhu tubuh : 36,7 °C
- c. Jantung : 128 x /m
- d. Pernafasan : 46 x /m
- e. Pergerakan : Aktif
- f. Kala I : 20 jam
- g. Umur kehamilan : 36 minggu
- h. Reflek :
 - Reflek moro : ada
 - Graps reflek : ada
 - Reflek berkedip : ada
 - Rooting reflek : kurang

- Suckling reflek : kurang
- Swallowing reflek : kurang
- i. Jenis persalinan : Spontan
- j. Berat badan : 1900 gr
- k. Panjang badan : 43 cm
- l. Lingkar kepala : 29 cm
- m. Lingkar lengan : 10 cm
- n. Lingkar dada : 28 cm
- o. Lingkar perut : 25 cm
- p. Tali pusat masih basah, terawat dengan kasa steril.

LANGKAH III : IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi hipotermi

DS :

- Bayi lahir spontan, bayi baru lahir, SMK

DO:

- Bayi dirawat di ruang perinatologi

2. Potensial terjadi infeksi

DS :

- Bayi lahir spontan, bayi baru lahir, SMK.

DO:

- Warna ketuban: hijau lumpur

3. Potensial terjadi dehidrasi

DS :

- Bayi lahir spontan, bayi baru lahir, SMK.

DO :

- Bayi puasa

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Lakukan kolaborasi dengan dokter.

Advis dokter : Bayi di puasakan, Suction, pasang O₂ 1 L /menit, pasang NGT, pasang infus cairan Glukose 10% , IVFD, Gentamicin 1x10mg, Aminophilin 2x2,5 mg, Bactecin 3x50 mg (Inf), Ranitidin 3x1 mg,

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Bina hubungan saling percaya antara petugas dan keluarga
2. Jelaskan kondisi kesehatan bayi pada orang tua.
3. Lakukan kolaborasi dengan dokter, ikuti advis dokter :

Suction/ bersihkan jalan napas, pasang O₂ 1L /menit, pasang infus cairan Glukose 10%, Injeksi Bactecin 3x50 mg /inf, Aminophilin 2x2,5 mg, ranitidin 3x1 mg, bayi di puasakan.

4. Cegah infeksi nosokomial.
5. Rawat tali pusat bayi setiap kali setelah mandi.

6. Pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara dirawat dalam inkubator.
7. Observasi keadaan umum bayi.
8. Observasi TTV tiap 6 jam.
9. Observasi NGT, posisi pemasangan, dan cairan residu.
10. Observasi cairan infus.
11. Awasi tanda - tanda bahaya pada bayi (demam, kejang, muntah, dll)
12. Informasikan kepada orang tua dan keluarga tidak kontak langsung dengan bayinya untuk menghindari tertularnya penyakit .
13. Informasikan pada ibu dan keluarga agar tidak memberikan makanan/ minuman apapun pada bayinya, untuk mencegah terjadinya asfiksi pada bayi karena reflek menelan masih kurang / lemah.
14. Anjurkan ibu agar sering mengunjungi bayinya pada saat jam besuk.
15. Tenangkan ibu dan dukung ibu dalam perawatan bayinya.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 23 Juni 2011 jam : 10.15 WIT

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara memperkenalkan diri kepada keluarga.
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi saat ini.
3. Melakukan kolaborasi dengan dokter dan melakukan advis dokter:

Melakukan suction untuk membersihkan jalan napas bayi, memasang O₂ 1 L /menit, memasang infus cairan Glukose 10%, menginjeksi Ranitidin, menginjeksi Bactecin, dan Aminophilin.

4. Mencegah infeksi nosokomial
 - mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.
 - menjaga kebersihan bayi dengan cara melap bayi /mandikan
 - mengolesi tubuh bayi dengan minyak telon
 - mengganti pakaian dan popok yang kotor dengan yang bersih dan kering.
 - membersihkan tempat tidur bayi.
5. Merawat tali pusat bayi dengan kasa steril, setiap kali sehabis mandi.
6. Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - membungkus dengan kain
 - rawat bayi dalam inkubator.
7. Mengobservasi keadaan umum bayi.
8. Mengobservasi tanda - tanda vital tiap 6 jam.
9. Mengobservasi NGT, posisi dan cairan residu bayi.
10. Mengobservasi cairan infus bayi.
11. Mengawasi tanda - tanda bahaya pada bayi (demam, kejang, muntah dll).
12. Menginformasikan kepada orang tua dan keluarga tidak kontak langsung

dengan bayinya untuk menghindari tertularnya penyakit.

13. Menganjurkan agar tidak memberikan makanan apapun pada bayinya

untuk mencegah terjadinya asfiksia pada bayi.

14. Menganjurkan ibu sering mengunjungi bayinya pada saat jam besuk.

15. Menenangkan hati ibu dan mendukung ibu dalam perawatan anaknya.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 23 Juni 2011 jam : 10.20 WIT

1. Advis dokter sudah dilakukan.
2. Bayi sementara di puasakan.
3. Bayi sudah dimandikan, ganti pakaian, popok bersih.
4. Tali pusat sudah dirawat.
5. Keadaan umum bayi : sedang.
6. Tanda – tanda vital: HR: 128 x /m, R: 46 x /m, SB: 36,7 °C.
7. NGT terpasang dengan baik, residu berwarna kecoklatan.
8. Terpasang cairan infus Glukose 10 % dengan kecepatan 9 tetes /menit.
9. Tanda - tanda bahaya (demam, kejang, muntah) pada bayi *BBLR* tidak ada.
10. Orang tua dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan.
11. Ibu dan keluarga dapat menerima keadaan bayi.

CATATAN PERKEMBANGAN

HARI KE-2

Tanggal : 24 Juni 2011

Jam : 10.00 Wit

SUBYEKTIF :1. Ibu mengatakan bayinya sudah mulai bergerak kuat dibanding hari sebelumnya.

OBYEKTIF :1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : Compos mentis

3. Berat badan : 1870 gr

4. Panjang badan : 43 cm

5. Tanda Tanda Vital : - Jantung: 130 x /menit,
- Respirasi: 45 x /menit
- Suhu badan: 36,7 °c

6. Refleks : - morro : ada
- graps : ada
- rooting : ada
- sucking : ada
- swallowing : ada

7. ASI : 1x sehari

8. PASI : 2 jam sekali, Prenan 30 cc /NGT.

9. BAB : 2-3 x sehari

10. BAK : 5-6 x sehari

ASSESSMENT : Bayi baru lahir, spontan, SMK, umur 2 hari, dengan
berat badan lahir rendah.

PLANNING : Intervensi dilanjutkan,

1. Mencegah infeksi nosokomial.
2. Merawat tali pusat dengan kasa steril sehabis mandi.
3. Mengobservasi keadaan umum bayi, KU: Baik.
4. Mengobservasi TTV tiap 6 jam.
(Jantung: 140 x /m, Respirasi: 47 x /m, Suhu: 36,7⁰c.)
5. Pertahankan suhu tubuh bayi.
6. Melakukan advis dokter:
Berikan O₂ 1 L/menit, IVFD, Gentamicin 1x10mg,
Aminophilin 2x2,5 mg, Bactecin 3x50 mg (Inf)
Ranitidin 3x1 mg.
7. Mengobservasi NGT, terpasang baik, residu bersih.
8. Mengobservasi input dan output bayi:
-Bayi sudah minum ASI+PASI Prenan 30 cc /NGT
-Muntah (-).
-BAB : 2-3 x sehari, BAK : 5-6 x sehari.
9. Mengawasi tanda-tanda bahaya pada bayi.

CATATAN PERKEMBANGAN

HARI KE-3

Tanggal : 25-06-2011

Jam : 10.00 wit

SUBYEKTIF : 1. Ibu mengatakan bayinya sudah mulai bergerak kuat dibanding hari sebelumnya, kemudian bayi coba minum ASI dapat menghisap kuat dan menelan baik.

OBYEKTIF :

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Berat badan : 1.850 gr
4. Panjang badan : 43 cm
5. Tanda Tanda Vital : - Jantung: 130 x /menit,
 - Respirasi: 58 x /menit
 - Suhu badan: 36,6 °c
6. Refleks : - Morro : ada
 - Graps : ada
 - Rooting : ada
 - Sucking : ada
 - Swallowing : ada
7. ASI : 1x sehari
8. PASI : 2 jam sekali, Prenan 60 cc /sendok.

9. BAB : 2-3 x sehari

10. BAK : 5-6 x sehari

ASSESSMENT : Bayi baru lahir, spontan, SMK, umur 3 hari dengan

Berat Badan Lahir Rendah.

PLANNING : Intervensi dilanjutkan,

1. Mencegah infeksi nosokomial
2. Merawat tali pusat dengan kasa steril sehabis mandi.
3. Mengobservasi keadaan umum bayi. KU: Baik.
4. Mengobservasi TTV tiap 6 jam.
(Jantung: 142 x /m, Respirasi: 54 x /m, Suhu: 36,6⁰c.).
5. Melepaskan NGT.
6. Pertahankan suhu tubuh bayi dalam inkubator.
7. Melakukan advis dokter:
Berikan O₂ 1 L /menit, IUFD, Gentamicin 1x10mg,
Aminophilin 2x2,5 mg, Bactecin 3x50 mg (Inf)
Ranitidin 3x1 mg.
8. Mengobservasi input dan output bayi:
 - Bayi sudah minum ASI mengisap kuat, menelan baik.
 - Bayi sudah minum PASI Prenan 60 cc /sendok.
 - Muntah (-)
 - BAB: 2-3 x sehari, BAK: 5-6 x sehari.
9. Mengawasi tanda-tanda bahaya pada bayi.

CATATAN PERKEMBANGAN

HARI KE-4

Tanggal : 26-06-2011

Jam : 10.00 wit

SUBYEKTIF : 1. Ibu mengatakan bayinya sudah mulai bergerak kuat.

Bayi minum ASI, menghisap dengan kuat dan menelan dengan baik.

OBYEKTIF : 1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : Compos mentis

3. Berat badan : 1.850 gr

4. Panjang badan : 43 cm

5. Tanda Tanda Vital : - Jantung: 130 x /menit,
- Respirasi: 48 x /menit
- Suhu badan: 36,6 °c

6. Refleks : - morro : ada
- graps : ada
- rooting : ada
- sucking : ada
- swallowing : ada

7. ASI : 2x sehari

8. PASI : 2 jam sekali, Prenan 90 cc /sendok.

9. BAB : 2-3 x sehari

10. BAK : 5-6 x sehari

ASSESSMENT : Bayi baru lahir, spontan, SMK, umur 4 hari dengan

Berat Badan Lahir Rendah.

PLANNING: Intervensi dilanjutkan,

1. Mencegah infeksi nosokomial
2. Merawat tali pusat dengan kasa steril sehabis mandi.
3. Mengobservasi keadaan umum bayi. KU : Baik.
4. Mengobservasi TTV tiap 6 jam.
(Jantung: 130 x /m, Respirasi: 54 x /m, Suhu: 36,6 °C.)
5. Pertahankan suhu tubuh bayi dalam inkubator.
6. Melakukan advis dokter, lanjut terapi oral:
Multivitamin SanB'Plex 0,5 cc 1x sehari.
7. Mengobservasi input dan output bayi:
 - Bayi sudah minum ASI mengisap kuat, menelan baik.
 - Bayi sudah minum PASI Prenan 90 cc /sendok.
 - Muntah (-)
 - BAB: 2-3 x sehari, BAK: 5-6 x sehari.
8. Mengawasi tanda-tanda bahaya pada bayi.

CATATAN PERKEMBANGAN**HARI KE-5**

Tanggal : 27-06-2011

Jam : 10.00 wit

SUBYEKTIF :1.Ibu mengatakan bayinya sudah mulai bergerak kuat dibanding hari sebelumnya.

2.Bayi sudah dilepas infusnya, bayi sudah dirawat di luar inkubator dan tidak terpasang Oksigen.

OBYEKTIF :1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : Compos mentis

3. Berat badan : 1850 gr

4. Panjang badan : 43 cm

5. Tanda Tanda Vital : - Jantung: 135 x /menit,

- Respirasi: 49 x /menit

- Suhu badan: 36,6 °c

6. Refleks : - morro : ada

- graps : ada

- rooting : ada

- sucking : ada

- swallowing : ada

- 7. ASI : 2x sehari
- 8. PASI : 2 jam sekali, Prenan 120 cc /sendok.
- 9. BAB : 2-3 x sehari
- 10. BAK : 4-5 x sehari

ASSESSMENT : Bayi baru lahir, spontan, SMK, umur 5 hari dengan

Berat Badan Lahir Rendah.

PLANNING : Intervensi dilanjutkan,

1. Mencegah infeksi nosokomial
2. Merawat tali pusat dengan kasa steril sehabis mandi
3. Mengobservasi keadaan umum bayi. KU : Baik.
4. Mengobservasi TTV tiap 6 jam.
(Jantung: 135 x /m, Respirasi: 49 x /m, Suhu: 36,6 °C.)
5. Pertahankan suhu tubuh bayi.
6. Melakukan advis dokter, lanjutkan terapi oral:
SanB'Plex 0,5 cc 1 x sehari.
7. Mengobservasi input dan output bayi:
 - Bayi sudah minum ASI menghisap kuat, menelan baik.
 - Bayi sudah minum PASI Prenan 120 cc /sendok.
 - Muntah (-)
 - BAB: 2-3 x sehari, BAK: 5-6 x sehari.
8. Memberikan KIE pada ibu tentang perawatan bayi

di rumah :

- a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
 - b. Anjurkan ibu menjaga kebersihan bayi dan selalu mengganti pakaian dan popok bayi yang basah dengan pakaian yang bersih dan kering.
 - c. Berikan ASI eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan.
 - d. Bersihkan puting susu dengan air hangat sebelum menyusui bayi.
 - e. Menyusui bayi tiap 2 jam atau lebih bayi menginginkan.
 - f. Anjurkan ibu merawat tali pusat dengan kasa steril.
 - g. Mengajari ibu mengenali tanda-tanda bahaya pada bayi (demam, kejang, muntah, dll).
 - h. Mengajari ibu cara melakukan metode kanguru untuk menghangatkan tubuh bayi.
9. Menganjurkan ibu untuk mengontrol ulang bayinya 5 hari kemudian atau bila ada keluhan lain.
10. Menganjurkan ibu ke Posyandu untuk menimbang

bayinya dan mendapatkan imunisasi sesuai jadwal pemberiannya.

11. Mendiskusikan bersama ibu dan keluarga tentang penyelesaian administrasi.

12. Bayi pulang bersama ibunya pada tanggal 25 Juni 2011

Jam : 11.00 wit, dengan kondisi bayi:

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Suhu badan : 36,6 °c
- d. Berat badan : 1.850 gr
- e. Panjang badan : 43 cm
- f. Minum ASI + PASI kuat dan tidak muntah.
- g. Tali pusat belum puput, mulai mengering, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas hasil yang ditemukan setelah melakukan asuhan kebidanan. Dalam pembahasan asuhan kebidanan, pada bayi Ny."K.M" dengan Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD Abepura selama lima hari, dalam pelaksanaannya tidak terdapat kesenjangan antara teori pada bab II dengan kenyataan yang diperoleh dari hasil pelaksanaan asuhan kebidanan. Untuk lebih jelas, maka langkah-langkah tersebut dirumuskan oleh Varney menjadi 7 langkah, yaitu mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses manajemen asuhan kebidanan secara keseluruhan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Juni 2011 sampai dengan tanggal 27 Juni 2011 di ruang Perinatologi, RSUD Abepura.

Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua data dan informasi yang adekuat dari seluruh sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi agar dapat menentukan proses interpretasi yang benar dalam tahap selanjutnya. Berdasarkan hasil pengkajian pada bayi Ny."K.M", lahir tanggal 22 Juni 2011, pada jam 23.20 wit. Setelah dilakukan pemeriksaan, ditemukan bahwa bayi baru lahir dengan berat badan lahir saat

penimbangan adalah 1900 gram, maka dikatakan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Hal ini sesuai dengan teori pada bab II, menurut *Rustam Moctar, (1998)*, bayi baru lahir dengan BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram, terjadi gangguan pertumbuhan dan pematangan (maturitas) organ yang dapat menimbulkan kematian. Namun secara umum, bayi baru lahir dikatakan mengalami BBLR apabila di dapati kondisi bayi antara lain: berat badan < 2500 gram, panjang badan < 45 cm, lingkaran kepala < 30 cm, kepala relatif lebih besar, kulit tipis, tampak transparan, *lanugo* banyak, lemak kulit kurang, umur kehamilan < 37 minggu, otot *hipotonik* lemah, pernapasan tidak teratur, dan dapat terjadi *apnoe* (gagal napas), ekstermitas paha abduksi, kepala tidak mampu tegak, frekuensi pernapasan sekitar 45-50 x /menit, frekuensi jantung 100-140 x /menit, tangis lemah, merintih, genitalia *immatur*, elastisitas daun telinga kurang, tampak banyak pembuluh darah di kulit perut, reflek *morro* (+), reflek *rooting*: kurang /lemah, reflek *sucking* : kurang /lemah, reflek *swallowing*: kurang /lemah. (*Mochtar : 1998*)

Berdasarkan pengumpulan data tersebut diatas maka ditegakkan diagnosa: Bayi umur 8 jam, bayi baru lahir, spontan, SMK, dengan berat *badan lahir rendah*.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa untuk menegakkan diagnosa harus sesuai dengan data dasar.

Dari diagnosa yang telah ditegakkan, langkah selanjutnya adalah identifikasi masalah potensial yang dapat terjadi pada bayi yaitu: potensial terjadi *hipotermia*

dengan dasar, bayi lahir spontan, bayi baru lahir, SMK dan bayi dirawat di ruang perinatologi. Potensial yang kedua adalah potensial terjadi *infeksi*, dengan dasar warna ketuban hijau lumpur, dan tali pusat bayi masih basah. Potensial yang ketiga adalah potensial terjadi *dehidrasi* dengan dasar bayi baru lahir tanggal 22 Juni 2011 dan bayi sementara dipuaskan.

Berdasarkan identifikasi masalah potensial tersebut diatas, maka tindakan segera yang harus diberikan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapi, yaitu dengan melakukan advis dokter sebagai berikut : lakukan suction untuk membebaskan jalan napas, pasang O₂ 1 L /menit, pasang infus cairan Glukse 10%, berikan injeksi Vit K, injeksi Bactecin 3x50 mg /infus, Ranitidin 3x1 mg, Aminophilin 2x2,5 mg, Gentamicin 1x10 mg, pasang NGT melalui mulut, dan bayi dipuaskan.

Berdasarkan diagnosa diatas, maka di susunlah rencana asuhan untuk menangani masalah sesuai dengan diagnosa agar dapat memenuhi kebutuhan klien. Rencana asuhan yang akan diberikan yaitu : 1) Bina hubungan saling percaya antara petugas dan keluarga, 2) Menjelaskan kondisi kesehatan bayi pada orang tuanya, 3) Lakukan kolaborasi dengan dokter dan ikuti advis dokter, 4) Cegah infeksi *nosokomial*, 5) Rawat tali pusat bayi setiap kali sehabis mandi, 6) Pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara dirawat dalam inkubator, 7) Observasi keadaan umum bayi, 8) Observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam, 9) Observasi NGT, posisi dan cairan residu, 10) Observasi cairan infus, 11) Awasi tanda-tanda bahaya pada bayi (demam, kejang, muntah, panas, dll), 12) Informasikan pada orang tua dan keluarga agar tidak

melakukan kontak langsung dengan bayi untuk mencegah penularan penyakit, 13) Informasikan pada keluarga agar tidak memberikan bayi makan apapun untuk mencegah terjadi *asfiksia* pada bayi, 14) Anjurkan ibu agar sering mengunjungi bayinya pada saat jam besuk, 15). Beri dukungan pada ibu dalam perawatan bayinya.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pelaksanaan asuhan pada bayi baru lahir dengan *BBLR* yaitu bahwa perawatan dan pengawasan ditujukan pada pengaturan suhu badan, pemberian asupan nutrisi, dan pencegahan infeksi. (Sarwono, 2006 : 376). Namun selama pelaksanaan asuhan, dijumpai ada cara-cara terbaru dalam pemberian asuhan contohnya adalah pemasangan NGT, dulunya melalui hidung namun sekarang dipasang melalui mulut, dan cara pemberian minum pada bayi tidak diberikan melalui dot melainkan dengan menggunakan sendok. Di samping itu agar kesehatan bayi yang dirawat di ruang Perinatologi itu dapat terjaga, perlu di perhatikan pemberian jenis susu formula terhadap bayi yang dirawat agar tidak terjadi masalah pada pencernaan bayi.

Langkah berikutnya adalah pelaksanaan asuhan kebidanan. Dalam pelaksanaan asuhan kebidanan mengacu pada rencana yang telah dibuat. Selama 5 (lima) hari pelaksanaan, tidak ditemukan suatu kendala, baik sarana, prasarana, inventaris ruangan, dan lain-lain. Keluarga juga turut membantu selama pelaksanaan asuhan sehingga tercipta kerjasama yang baik serta adanya rasa saling percaya antara petugas dengan keluarga klien.

Pada tahap akhir, dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Evaluasi dilakukan pada tanggal 27 Juni 2011, jam 09.00 wit. Dari hasil evaluasi, didapati : keadaan umum bayi baik, kesadaran *compos mentis*, suhu badan 36,6 °C, berat badan 1850 gram, panjang badan 43 cm, bayi sudah minum ASI dan PASI, reflek hisap kuat, reflek menelan baik, dan bayi tidak muntah, tali pusat sudah mulai mengering namun belum putus, tanda-tanda infeksi pada bayi tidak ditemukan. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, dan hasil pemeriksaan dokter yang juga mengatakan bahwa bayi sudah dalam keadaan sehat dan diperbolehkan untuk dibawa pulang. Sehingga pada tanggal 23 Juni 2011, jam 11.00 wit, bayi Ny."K.M" di bawa pulang oleh orang tuanya.

BAB V

PENUTUP

1. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah, maka di simpulkan sebagai berikut :

Pengkajian dilakukan pada Bayi Ny. "K.M" lahir pada tanggal 22 Juni 2011, jam 23.20 wit, bayi lahir secara spontan / pervaginam, dengan berat badan saat lahir 1900 gram, panjang badan 43 cm. Dari hasil pengkajian, maka diagnosa yang ditegakkan adalah:

Bayi umur 8 jam, bayi baru lahir, spontan, SMK, dengan *berat badan lahir rendah*.

Identifikasi masalah potensial pada bayi adalah potensial terjadi hipotermi, potensial terjadi dehidrasi, dan potensial terjadi infeksi. Dari masalah potensial di atas, maka tindakan segera yang harus dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi.

Berdasarkan diagnosa yang di atas, maka di susunlah rencana asuhan yaitu : 1) Bina hubungan saling percaya antara petugas dan keluarga,

2) Menjelaskan kondisi kesehatan bayi pada orang tuanya, 3) Lakukan kolaborasi dengan dokter dan ikuti advis dokter, 4) Cegah infeksi *nosokomial*, 5) Rawat tali pusat bayi setiap kali sehabis mandi, 6) Pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara dirawat dalam *inkubator*, 7) Observasi keadaan umum bayi, 8) Observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam, 9) Observasi NGT, posisi dan cairan residu, 10) Observasi cairan infus, 11) Awasi tanda-tanda bahaya pada bayi (demam, kejang, muntah, panas, dll), 12) Informasikan pada orang tua dan keluarga agar tidak melakukan kontak langsung dengan bayi untuk mencegah penularan penyakit, 13) Informasikan pada keluarga agar tidak memberikan bayi makan apapun untuk mencegah terjadi *asfiksia* pada bayi, 14) Anjurkan ibu agar sering mengunjungi bayinya pada saat jam besok, 15). Beri dukungan pada ibu dalam perawatan bayinya.

Tahap selanjutnya, dilakukan implementasi / pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi Ny."KM", asuhan diberikan selama 5 hari. Dan selama 5 hari pelaksanaan asuhan, tidak ada kendala dari sisi sarana, prasarana, inventaris ruangan dan lain-lain. Keluarga juga turut berperan aktif dalam pelaksanaan asuhan, sehingga tercipta hubungan kerjasama dan saling percaya antara petugas dan keluarga klien.

Pada tahap terakhir dilakukan evaluasi pada tanggal 27 Juni 2011, dan hasil evaluasi di dapati, bayi dalam keadaan baik, sehat, dan tidak ditemukan masalah lain pada bayi. Sehingga bayi diperbolehkan pulang, pada jam 11.00 wit, bayi di bawa pulang oleh orang tuanya.

2. SARAN

1). Untuk Rumah Sakit

- a. Untuk perawat di Ruang Perinatologi, sudah melakukan asuhan yang komprehensif sehingga dapat memenuhi kebutuhan klien. Dokumentasi yang sangat baik, sangat membantu dalam pemantauan kondisi klien, harap dipertahankan.
- b. Untuk perawat di ruang Perinatologi, agar mempehatikan jenis susu formula yang diberikan pada bayi, agar tidak menimbulkan masalah pencernaan pada bayi.
- c. Untuk perawat di Ruang Perinatologi, agar selalu memberikan dukungan dan motivasi secara psikologis bagi para ibu di ruangan khususnya pada saat pemberian ASI dan penyuluhan tentang cara perawatan bayi sebelum bayi dibawa pulang.

2). Untuk Pendidikan

- a. Agar perpustakaan menyediakan buku-buku edisi terbaru sebagai sumber referensi untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah selanjutnya.
- b. Untuk para dosen, agar dalam proses belajar dan mengajar diharapkan dapat menciptakan suasana yang nyaman, serta konsekuen waktu pada jam mengajarnya.

DAFTAR PUSTAKA :

- Deslidel, Hj, dkk. (ed).2011. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*, EGC : Jakarta.
- Dompas.Robin.2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*, EGC : Jakarta.
- Manuaba.I.G.B. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, EGC : Jakarta.
- Gray Joanne dan Smith. R. (ed).2010. *Esensial Kebidanan*, EGC : Jakarta.
- Sudarti dan Afroh. 2010. *Dokumentasi Kebidanan*, Nuha Medika : Yogyakarta.
- Prawirohardjo.S. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan*, YBP-SP : Jakarta.
- Ambarwati.E.R, dan Rismintari.Y.S. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Wiknjosastro.G.H,dkk. 2008. *Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Edisi Revisi V. JNPK-KR : Jakarta.
- Prawirohardjo.S. 2007. *Ilmu Kebidanan*, Edisi ke- III, YBP-SP : Jakarta.

Ladewig.P.W, Marcia.L, Sally Olds. 2006. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Edisi ke- V, EGC : Jakarta.

Saifudin.A.B,dkk. (ed). 2006. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi I, YBP-SP : Jakarta.

Cunningham.F,dkk, 2005. *Obstetrics Williams*, EGC : Jakarta.

Mochtar.R, 2002. *Sinopsis Obstetri, Obstetri Operatif, Obstetri Sosial*, EGC : Jakarta.

Anonim. 2011. *Data Rekam Medik Ruang Perinatologi RSUD Abepura, periode Februari-Mei*, : Jayapura.

Anonim. 2009. Penyakit BBLR di Indonesia Menurut WHO.

Sukandar. 2010. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah di Indonesia <http://www.ilmu.unesa.ac.id/> (diakses 08 Juni 2011).

Webadmin. 2010. Angka Kejadian BBLR di Jayapura. <http://www.jayapurakab.go.id/> (diakses 19 Desember 2010).