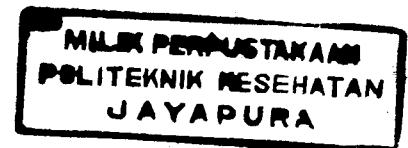




KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT UMUM JAYAPURA

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Diploma III Kebidanan**



Oleh

NAMA : ROLYNA WAKUR

NIM : PO. 71. 24. 4. 06. 32

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
DIPLOMA - III KEBIDANAN
TAHUN 2008**

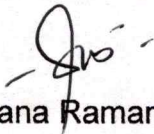
LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Manajemen Asuhan Kebidanan
Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah Di Ruang
Perinatologi RSUD Dok II Jayapura

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

Jayapura, 30 Agustus 2008

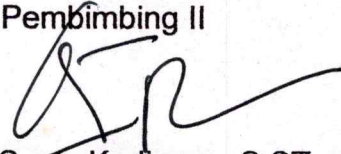
Pembimbing I



Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes

NIP. 140 092 598

Pembimbing II



Saaty Kadiwaru, S.ST

NIP. 640 009 877

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat untuk
Menyelesaikan Diploma III Kebidanan pada :

Hari : Minggu

Tanggal : 7 September 2008

Panitia Ujian Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

Ketua



W. Sapari
Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681

Sekretaris

Susana Ramandey
Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes
NIP.140 092 598

TIM PENGUJI

1. Dra, Welmintje Sapari, M. Kes
NIP. 640 010 681
2. Susana Ramandey, S.Sos, M.Kes
NIP. 140 092 598
3. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877

(*W. Sapari*)
(*Susana Ramandey*)
(*Saaty Kadiwaru*)

KATA PENGANTAR

Segala Puji Syukur ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas Kasih setia dan perlindungan Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya. Kasus yang penulis angkat dalam karya tulis ilmiah ini dengan judul “ Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah ” Di Rumah sakit Umum Dok II Jayapura.

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Jayapura.

Dalam penulisan karya tulis ini penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, namun berkat bantuan dan dorongan dari pembimbing maupun berbagai pihak, maka karya tulis ini dapat diselesaikan.

Untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Jan Piet Rumaikewi, SKM, MM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Ibu Dra. Welmintje Sapari, M. Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Jayapura.

3. Ibu Susana Ramandey, S Sos, M.Kes, selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis selama menyusun karya tulis ilmiah.
4. Ibu Saaty Kadiwaru, S ST, selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Politeknik Kesehatan Jayapura dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu-ibu staf dosen jurusan Kebidanan yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan di Politeknik Kesehatan Jayapura.
6. Kepala Ruang Perinatologi RSUD Dok II Jayapura beserta staf yang telah memberikan izin kepada penulis mengambil kasus di ruang perinatologi.
7. Kepada Mama dan Papaku yang tersayang yang telah banyak memberikan dukungan materi dan moril selama penulis menyelesaikan pendidikan hingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Adik-adik Rosa dan Mardi yang setia membantu dan mendampingi penulis selama mengikuti pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah,
9. Rekan-rekan sesama mahasiswa kebidanan dan semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Jayapura, September 2008

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Takut akan Tuhan adalah permulaan pengetahuan, tetapi orang bodoh
menghina Hikmat dan Didikan .

Karena Tuhanlah yang memberikan Hikmat, dari mulut Nya datang
pengetahuan dan kepandaian

Amsal 1 :7 & Amsal 2 : 6

Karya Tulis ini Kupersembahkan kepada :

1. Papa & Mamaku yang tercinta (Thimotius Wakur dan Khubertina Kogoya), yang selalu memberikan dukungan moril dan materi serta perhatian dan kasih sayang.
2. Suami tercinta Naaman. A. Komba dan kedua buah hatiku yang kusayangi, Lyona dan Roberht, atas doa dan dukungannya.
3. Adik- adikku (Magda, Chatrin, Roim, Sando, Eli & Priska).
4. Teman-teman seperjuangan (Iren, Susan, & Eltab).
5. Almamaterku : Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan papua.

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR 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 penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penulisan	5

BAB II LANDASAN TEORI

A. KONSEP DASAR BBLR.....	6
1. Defenisi	6
2. Etiologi / Penyebab.....	8
3. Gambaran Klinik	10

4. Diagnosa	12
5. Komplikasi	13
6. Penanganan	15
7. Pencegahan	28
8. Prognosis.....	29
B. MANAJEMEN KEBIDANAN	
1. Pengertian	30
2 Tujuan	30
3 Proses Manajemen.....	31
BAB III GAMBARAN UMUM DAN TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Tempat Pengambilan Kasus	35
B. Kasus	39
ASUHAN KEBIDANAN HARI KE I	39
ASUHAN KEBIDANAN HARI KE II	51
ASUHAN KEBIDANAN HARI KE III	55
BAB IV PEMBAHASAN	60
BAB V PENUTUP	
B. KESIMPULAN	64
A. SARAN	65
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut perkiraan WHO, pada tahun 1995 hampir semua (98%) dari 5 juta kematian neonatal di Negara berkembang atau berpenghasilan rendah. Lebih dari dua per tiga kematian adalah BBLR yaitu berat badan lahir kurang dari 2500 gram . Secara global diperkirakan terdapat 25 juta persalinan per tahun dimana 17% diantaranya adalah BBLR dan hampir semua terjadi di Negara berkembang (Hadi,2001).

Strategi pembangunan kesehatan menuju “ Indonesia Sehat 2010 ” Mengisyaratkan bahwa seluruh pembangunan kesehatan di tujukan kepada upaya menyehatkan bangsa. Indikator keberhasilan penyehatan bangsa antara lain adalah angka mortalitas dan morbiditas, angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Selama kurun waktu tiga dasa warsa terakhir. terlihat adanya penurunan angka morbiditas dan mortalitas neonatal secara bermakna di seluruh dunia, namun penurunan tersebut lebih terlihat di Negara-negara maju di banding di Negara sedang berkembang.

Indonesia sebagai Negara berkembang, mempunyai angka kematian bayi (AKB) 54 per 1.000 kelahiran hidup menurut survey kesehatan rumah tangga tahun 2005, gangguan perinatal merupakan urutan pertama

penyebab kematian bayi, sekitar 19 % bayi lahir dengan berat badan rendah kurang dari 2500 gram.

BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) merupakan salah satu factor terpenting kematian neonatal dan juga sebagai determinan yang cukup bermakna bagi kematian bayi dan balita (Manuaba, 1998) selanjutnya menurut Mochtar R,1998, Penyebab kematian BBLR yang tinggi terutama di sebabkan oleh seringnya di jumpai kelainan komplikasi neonatal seperti asfiksia, aspirasi pneumonia, perdarahan intra cranial, dan hipoglikemia. Bila bayi diselamatkan kadang-kadang dijumpai kelainan pada saraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ yang rendah, dan gangguan lainnya (Mochtar R. 1998).

Berdasarkan data yang di peroleh dari RSUD Dok II Jayapura bulan Januari sampai Desember 2007 frekwensi bayi di ruangan perinatologi berjumlah 1.798 bayi, dari sekian yang lahir angka kelahiran dengan BBLR adalah 428 dan yang meninggal dengan kasus BBLR dalam tahun 2007 adalah 6 bayi.

Mengacu pada latar belakang, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “ **Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah** ” di Ruang Perinatologi RSUD Dok II Jayapura, yang terdiri dari 7 langkah, sebagai berikut : 1) Pengkajian, 2) Interpretasi data dasar, 3) Masalah Potensial, 4) Tindakan segera, 5) Rencana Asuhan, 6) Implementasi, dan 7) Evaluasi.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis dapat membuat Rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap bayi baru lahir dengan BBLR.
2. Bagaimana menganalisa data dasar pada bayi baru lahir dengan BBLR.
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada bayi baru lahir dengan BBLR.
4. Bagaimana melakukan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan BBLR.
5. Bagaimana merencanakan asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan BBLR .
6. Bagaimana melaksanakan rencana asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR.
7. Bagaimana melakukan evaluasi pada bayi baru lahir dengan BBLR .
8. Bagaimana mendokumentasikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR .

C. TUJUAN PENULISAN.

1. Tujuan Umum

Setelah penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan studi kasus, maka penulis dapat melakukan “ Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) ” secara tepat dan benar.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan Manajemen Kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR, penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada bayi baru lahir dengan BBLR.
- b. Menganalisa data dasar pada bayi baru lahir dengan BBLR.
- c. Menentukan diagnosa dan masalah potensial pada bayi baru lahir dengan BBLR.
- d. Melakukan tindakan segera.
- e. Merencanakan asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan BBLR.
- f. Melaksanakan rencana asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR.
- g. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan pada bayi dengan BBLR dan mendokumentasikan.

D. MANFAAT PENULISAN

Adapun manfaat dari penulisan ini adalah :

1. Sebagai bahan masukan untuk penulis, agar dengan melakukan asuhan kebidanan ini, dapat menambah dan meningkatkan pengetahuan dalam menetapkan dan mengembangkan ilmu yang telah di peroleh selama pendidikan.
2. Sebagai bahan masukan bagi RSUD Dok II Jayapura dalam penatalaksanaan bayi baru lahir dengan BBLR.
3. Menjadi informasi ilmiah bagi mahasiswa dan mahasiswi khususnya Jurusan Kebidanan serta jurusan lain yang membutuhkannya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)

I. Definisi

BBLR adalah :

Bayi baru lahir yang berat badannya sejak lahir kurang dari 2500 gram sampai dengan 2499 gram. Umur kehamilan bisa kurang dari 37 minggu yang dikenal dengan prematur (preterem), dan cukup bulan atau lebih dari 37 minggu yang dikenal dengan dismatur. (Saifuddin, 2006).

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

- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), berat lahir 1500 – 2500 gram.
- Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR), berat lahir < 1500 gram.
- Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER), berat lahir < 1000 gram.

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

a. Prematuritas**1. Prematuritas murni**

Yaitu : Bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi atau biasa disebut "Neonatus kurang bulan (NKB) sesuai untuk masa kehamilan (SMK)" (Jokosuryono. G,2001).

2. Bayi lahir kecil karena kurang bulan (prematur)

Yaitu : Bayi lahir pada umur kehamilan antara 28 – 36 minggu (Manuaba, 1998)

b. Dismaturtas**1. Bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi, itu berarti bayi mengalami "Retardasi pertumbuhan intra uterin, dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK)".****2. Yang dimaksud dengan bayi kecil masa kehamilan (KMK) adalah bila berat badan kurang dari 10 tahun nersentile untuk berat badan sebenarnya dengan umur kehamilannya.**

(Manuaba, 1998)

II. Etiologi / Penyebab

1. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya persalinan preteran (prematur)

a. Faktor ibu

- a) Gizi saat hamil kurang.
- b) Umur kehamilan kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun.
- c) Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.
- d) Penyakit menahun ibu
 - 1. Hipertensi
 - 2. Jantung
 - 3. Gangguan pembuluh darah
 - 4. Ibu merokok

e) Faktor pekerjaan yang terlalu berat.

b. Faktor kehamilan

- a) Hamil dengan hidramion.
- b) Hamil ganda.
- c) Pendarahan antepartum
- d) Komplikasi hamil preteklamsia/eldamsia, ketuban pecah dini.

c. Faktor janin

- a) Cacat bawaan.
- b) Infeksi dalam rahim.

- d. Faktor Plasenta
 - a) Plasenta previa
 - b) Solutsio Plasenta
- e. Faktor yang belum diketahui
(Ester. M, 2003)
- f. Keadaan sosial ekonomi
 - a) Golongan sosial ekonomi rendah.
 - b) Pengawasan antenatal yang kurang
 - c) Perkawinan yang tidak sah

2. Faktor yang dapat menyebabkan dismaturitas janin adalah

- 1) Faktor Ibu
 - a. Malnutrisi
 - b. Penyakit-penyakit ibu, hipertensi, penyakit paru-paru, penyakit gula.
 - c. Komplikasi hamil, preeklamsia/eklamsia, perdarahan antepartum
 - d. Kebiasaan ibu merokok, peminum.
- 2) Faktor uterus dan plasenta
 - a. Gangguan pembuluh darah
 - b. Gangguan insersi tali pusat
 - c. Kelainan bentuk plasenta

d. Perkapuran plasenta

3) Faktor janin

a. Kelainan kromosom

b. Hamil ganda

c. Infeksi dalam rahim

d. Cacat bawaan

(Manuaba, 1998)

III. Gambaran Klinik

a. Gambaran klinik pada bayi prematur

1. Berat badan kurang dari 2500 gram
2. Panjang badan kurang dari 45 cm
3. Lingkar dada kurang dari 30 cm
4. Lingkar kepala kurang dari 33 cm
5. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
6. Kepala relatif lebih besar
7. Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit berkurang.
8. Otot hipotonik lemah.
9. Pernapasan tidak teratur dapat apnoe (gagal napas).
10. Ekstremitas paha abduksi, sendi lutut/kaki fleksi-lurus.
11. Kepala tidak mampu tegak.

12. Pernapasa sekitar 45-50 kali permenit.
 13. Frekuensi nadi 100 sampai 140 kali permenit.
 14. Tangis lemah dan jarang.
 15. Refleks tonik leher lemah dan refleks moro positif.
 16. Daya isap lemah terutama dalam hari-hari pertama.
 17. Ubun-ubun dan sutura lebar.
 18. Genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, klitoris menonjol pada bayi perempuan, pada bayi laki-laki pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang, tetis belum turun kedalam skrotum. (Ester. M, 2003).
 19. Tulang rawan dan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, sehingga seolah-olah tidak teraba tulang rawan daun telinga.
 20. Jaringan mammae belum sempurna, puting susu belum terbentuk dengan baik.
 21. Bayi lebih banyak tidur daripada bangun.
- b. Gambaran klinik pada bayi dismatur

Secara klasik tampak seperti bayi yang kelaparan. Tanda-tanda bayi ini adalah tengkorak kepala lurus, gerakan bayi terbatas, vernivucosa sedikit atau tidak ada, kulit tipis, kering, berlipat-lipat, mudah diangkat. Abdomen cekung atau rata, jaringan lemak bawah

kulit sedikit, tali pusat tipis, lembek dan berwarna kehijauan (Mochtar. R, 1998)

IV. Diagnosa

a. Bayi kurang bulan murni

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

1. Sindrom gangguan pernafasan
2. Hipotermia
3. Aspirasi
4. Infeksi
5. Perdarahan intrakranial

(Manuaba, 1998)

b. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK)

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

Komplikasi yang sering terjadi

1. *Aspirasi*
2. *Hipotermia*
3. infeksi (Manuaba, 1998)

V. Komplikasi

a. Bayi Prematur

1. Sindrom gangguan pernapasan *Idiopathic*

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

2. Pneumonia aspirasi

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

3. Perdarahan *intraventri kuler*

Pendarahan spontan ventrikel atau lateral, biasanya disebabkan oleh karena anoksia otak. Biasanya terjadi bersamaan dengan pembentukan membran hialin muda paru.

4. *Fibro plasia retrolental*

Penyakit ini terutama ditemukan pada bayi prematur dan disebabkan oleh gangguan oksigen yang berlebihan. Dengan

menggunakan oksigen dalam konsentrasi tinggi, akan terjadi vasso konstriksi pembuluh darah retina. (Saifuddin, 2006)

5. *Hyperbilirubinemia*

Bayi prematur lebih sering mengalami hyperbilirubinemia dibandingkan dengan bayi cukup bulan. Hal ini disebabkan faktor kematangan neonatal sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna.

6. Suhu tubuh yang tidak stabil oleh karena kesulitan mempertahankan suhu tubuh yang disebabkan oleh gangguan oksigen yang berlebihan. Dengan menggunakan oksigen dalam konsentrasi tinggi, akan terjadi vasso konstriksi pembuluh darah retina.

7. Gangguan imunologik, daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena pindahnya kadar *IgG gamma globulin*. Bayi prematur relatif belum sanggup membentuk "antibody" dan daya fagositosis. Dengan serta reaksi terhadap peradangan masih belum baik (Saifuddin, 2006).

b. **Komplikasi Bayi Dismatur**

1. Sindran aspirasi mekonium

b. *Penyakit Prematur*

1. *Sindrom aspirasi mekonium*

Kesulitan pernapasan yang sering ditemukan pada bayi dimatur ialah sindrom aspirasi mekonium. Keadaan hipoksia intrauterin akan mengakibatkan janin mengadakan gasping dalam uterus.

2. Hipoglikemia Simtomatik

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

3. Asfiksia neonatorum

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

1. Penanganan Bayi Prematur

a. Mempertahankan Suhu Normal Bayi

Pada bayi baru lahir yang sakit atau sangat kecil (berat lahir < 2500 g atau umur kehamilan < 37 minggu), perlu penambahan kehangatan tubuh untuk mempertahankan suhu normal. Bayi tersebut dapat dengan cepat terjadi hipotermi dan untuk menghangatkan kembali membutuhkan waktu yang lama. Resiko komplikasi dan kematian meningkat secara bermakna bila suhu lingkungan tidak optimal.

Prinsip Umum

- 1) Bayi harus tetap berpakaian atau diselimuti setiap saat, agar tetap hangat walau dalam keadaan dilakukan tindakan. Misal bila dipasang jalur infus intravena, atau selama resusitasi dengan cara
 - Memakai pakaian dan mengenakan topi.
 - Bungkus bayi dengan pakaian yang kering dan lembut dan selimuti.
 - Buka bagian tubuh yang diperlukan untuk pemantauan atau tindakan.
- 2) Rawat bayi kecil di ruang yang hangat (tidak kurang 25°C dan bebas dari aliran angin).
- 3) Jangan meletakkan bayi dekat dengan benda dingin (misal dinding dingin atau jendela) walaupun bayi dalam inkubator atau di bawah pemancar panas.
- 4) Jangan meletakkan bayi langsung dipermukaan yang dingin (misal alas tempat tidur atau meja pemeriksaan dengan kain atau selimut hangat sebelum bayi diletakkan).
- 5) Pada waktu dipindahkan ke tempat lain, jaga bayi tetap hangat dan gunakan pemancar panas atau kontak kulit dengan perawat.
- 6) Berikan tambahan kehangatan pada waktu dilakukan tindakan (misal menggunakan pemancar panas).

- 7) Ganti popok setiap kali basah.
- 8) Bila ada sesuatu yang basah ditempelkan di kulit (misal kain kasa yang basah), usahakan agar bayi tetap hangat.
- 9) Jangan memandikan atau menyentuh bayi dengan tangan dingin.

b. Pengukuran Suhu tubuh

Lakukan pengukuran suhu tubuh, kecuali ada petunjuk langsung dalam bab yang berkaitan dengan masalah lain.

Keadaan bayi	Bayi sakit	Bayi kecil	Bayi sangat kecil	Bayi keadaan membaik
Frekuensi pengukuran	Tiap jam	Tiap 12 jam	Tiap 6 jam	Sekali sehari

c. Cara menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh.

Ada lima cara yaitu :

1. Kontak kulit dengan kulit;
 - 1) Untuk semua bayi.
 - 2) Untuk menghangatkan bayi dalam waktu singkat, atau
 - 3) Menghangatkan bayi hipotermi ($32 - 36,4^{\circ}\text{C}$) apabila cara lain tidak mungkin dilakukan.

2. "Kangaroo Mother Care" (KMC);

- 1) Untuk menstabilkan bayi dengan berat badan < 2500 g, terutama direkomendasikan untuk perawatan berkelanjutan bayi dengan berat badan < 1800 gram
- 2) Tidak untuk bayi yang sakit berat (sepsis, gangguan napas berat).
- 3) Tidak untuk bayi yang menderita penyakit berat yang tidak dapat merawat bayinya.

3. Pemancar panas;

- 1) Untuk bayi sakit atau bayi dengan berat 1500 g atau lebih
- 2) Untuk pemeriksaan awal bayi, selama dilakukan tindakan, atau menghangatkan kembali bayi hipotermi.

4. Inkubator;

- 1) Penghangatan berkelanjutan bayi dengan berat < 1500 g yang tidak dapat dilakukan KMC.
- 2) Untuk bayi sakit berat (sepsis, gangguan napas berat).

5. Ruang yang hangat.

- 1) Untuk merawat bayi dengan berat < 2500 g yang tidak memerlukan tindakan diagnostik atau prosedur pengobatan.
- 2) Tidak untuk bayi sakit berat (sepsis, gangguan napas berat).

d. Kontak Kulit

Bayi dengan kontak kulit, biasanya suhu tubuhnya dipertahankan 36,5 – 37,5°C (suhu aksiler).

- 1) Lekatkan kulit bayi pada kulit ibu atau orang lain, diusahakan bayi dalam keadaan telanjang menempel kulit ibu.
- 2) Lihat KMC untuk pelaksanaannya.
- 3) Suhu ruangan minimal 25°C.
- 4) Ukur suhu tubuh bayi 2 jam setelah dilakukan kontak kulit. Bila suhu < 36,5°C, periksa kembali bayi dan tentukan langkah selanjutnya.

e. Kangaroo mother Care (KMC) atau Perawatan Bayi Lekat (PBL).

KMC adalah kontak kulit diantara ibu dan bayi secara dini, terus menerus dan dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif. Tujuannya agar bayi kecil tetap hangat. Dapat dimulai segera setelah lahir atau setelah bay stabil. KMC dapat dilakukan di rumah sakit atau di rumah setelah bay pulang. Bayi tetap bisa dirawat dengan KMC meskipun belum menyusui, berikan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternatif cara pemberian minum.

f. Cara menggunakan pemancar panas

- a. Hangatkan ruangan (minimal 22°C) dimana alat pemancar panas diletakkan.
- b. Bersihkan matras dan alas, tutup alas dengan kain bersih sebelum bayi diletakkan dibawah pemancar panas.
- c. Nyalakan alat dan atur suhu sesuai petunjuk (biasanya antara 36 - 37°C). Bila alat bisa disiapkan sebelum bayi datang, nyalakan alat untuk menghangatkan linen dan matras terlebih dahulu.
- d. Sebelum bayi lahir/datang, sebaiknya selimut dihangatkan dibawah pemancar panas, agar bayi tidak kedinginan karena diletakkan dialas yang dingin. Bayi hendaknya dibungkus atau diberi pakaian kecuali bila akan dilakukan tindakan, bayi dibiarkan telanjang atau setengah telanjang.
- e. Bila bayi mendapat cairan IV, hitung jumlah cairan yang diberikan (misal beri tambahan cairan sebanyak 10%) untuk mengganti cairan yang hilang.
- f. Pindahkan bayi ke ibu sesegera mungkin bila tidak ada tindakan atau pengobatan yang diberikan.

Inkubator

Cara menggunakan inkubator

- a. Bersihkan inkubator dengan desinfektan setiap hari, dan bersihkan secara keseluruhan setiap minggu atau siap akan dipergunakan.
- b. Tutup matras dengan kain bersih
- c. Kosongkan air reservoir; dapat tumbuh bakteri yang berbahaya dalam air dan menyerang bayi.
- d. Atur suhu sesuai dengan umur dan erat bayi.
- e. Hangatkan inkubator sebelum digunakan
- f. Bila diperlukan melakukan pengamatan seluruh tubuh bayi atau terapi sinar, lepas semua pakaian bayi dan segera diberi pakaian kembali setelah selesai.
- g. Tutup inkubator secepat mungkin, jaga lubang selalu tertutup agar inkubator tetap hangat.
- h. Gunakan satu incubator untuk satu bayi.

Suhu inkubator yang direkomendasikan menurut berat dan umur bayi

Berat Bayi	Suhu inkunator (°C) menurut umur			
	35°C	34°C	33°C	32°C
< 1500 g	1-10 hari	11 hari – 3 minggu	3-5 minggu	> 5 minggu
1500 – 2000 g		1-10 hari	11 hari – 4 minggu	> 4 minggu
2100 – 2500 g		1 – 2 hari	3 hari – 3 minggu	>3 minggu
> 2500 g			1-2 hari	> 2 hari

Bila jenis inkubatornya berdinding tunggal, naikkan suhu inkubator 1°C setiap perbedaan suhu 7°C suhu ruang dan inkubator.

- i. Periksa suhu inkubator dengan menggunakan thermometer ruang dan ukur suhu aksial bayi tiap jam dalam 8 jam pertama, kemudian setiap 3 jam:
 - 1) bila suhu aksial < 36°C atau > 37,5°C, atur suhu inkubator secepatnya.
 - 2) bila Suhu inkubator tidak sesuai dengan suhu yang sudah diatur, maka inkubator tidak berfungsi baik. Atur suhu inkubator sampai tercapai suhu yang kita kehendaki atau gunakan cara lain untuk menghangatkan bayi.
- j. Bila bayi tetap dingin walaupun suhu inkubator telah diatur, lihat manajemen suhu tubuh abnormal.
- k. Pindahkan bayi ke ibu secepat mungkin bila bayi sudah tidak menunjukkan tanda-tanda sakit.
- l. Di daerah perifer dipakai inkubator, yang dimodifikasi dari inkubator standar tapi cukup memadai untuk membuat bayi hangat. Yang penting ada thermometer untuk mengetahui suhu dalam inkubator.

Keuntungan inkubator

- a. Membantu melakukan pengamatan pada bayi
- b. Bersih dan hangat
- c. Mempertahankan suhu pada tingkat tertentu
- d. Memudahkan penyediaan oksigen
- e. Bayi dapat dalam keadaan telanjang bila diperlukan.

Kerugian inkubator

- a. Membutuhkan tenaga terlatih untuk merawat bayi
- b. Membutuhkan tenaga terlatih untuk merawat dan membersihkan alat.
- c. Membutuhkan sumber listrik
- d. Memudahkan bakteri tumbuh
- e. Lebih sulit membersihkan daripada alat pemancar panas.
- f. Resiko kepanasan dan infeksi.

Ruangan hangat

Ruangan hangat sering membuat petugas tidak nyaman, dan mereka akan menurunkan suhu ruangan tanpa menambah alat penghangat untuk bayi atau, mereka akan meninggalkan ruangan sehingga perhatian pada bay berkurang.

Cara menggunakan ruangan hangat.

- a. Pastikan bayi diberi pakaian hangat dan kepala diberi topi.

- b. Pastikan suhu ruangan paling rendah 26°C.
- c. Letakkan bayi dalam boks didalam kamar, jauhkan dari dinding yang dingin dan jendela serta aliran udara.
- d. Ukur suhu tubuh bayi dan ruangan 4 kali sehari.
- e. Pada waktu malam hari, tambahkan sumber panas.

BB	Suhu ruangan
1500 – 2000 g	28 - 30°C
> 2000 g	26 - 28°C

Catatan: jangan digunakan untuk bayi < 1500 g (Surjono A. 2005)

- b. Mencegah infeksi dengan ketat

BBLR sangat rentan akan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.

- c. Pengawasan nutrisi/ASI

Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

- d. Penimbangan ketat

Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.

Kebutuhan cairan untuk bayi baru lahir 120 – 150 ml/kg/hari atau 100 – 120 cal/kg/hari. Pemberian dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan bayi untuk segera mungkin mencukupi kebutuhan cairan/kalori (Saifuddin, 2006)

2. Penatalaksanaan bayi prematur

a. Bayi prematur

1. Pengaturan Suhu

Bayi prematur mudah dan cepat sekali menderita hipotermia bila berada dilingkungan yang dingin. Nila bayi dirawat inkubator, maka suhunya untuk bayi dengan berat badan 2,25 Kg adalah 34° C

2. Makanan Bayi

- 1) Bayi prematur refleks isap dan menelan belum sempurna kapasitas masih sedikit dan enzim pencernaan belum matang pada 2 jam pertama setelah bayi lahir. Bayi perlu minum di mulai pada waktu bayi berumur (3 jam) agar bayi tidak menderita hipoglikemia dan hiperbilirubinemia.
- 2) Alat pencernaan bayi prematur masih belum sempurna, lambung kecil, enzim pencernaan belum matang, sedangkan kebutuhan protein 3-5 gr/kg BB dan kalori 110 kalori/sehingga pertumbuhannya dapat meningkat.

Pemberian minum sekitar 3 jam setelah lahir dan didahului dengan mengisap cairan lambung. Refleks mengisap masih lemah, sehingga pemberian minum sebaiknya sedikit demi sedikit, tetapi frekuensi yang lebih sering.

ASI merupakan makanan yang paling utama, sehingga ASI lah yang paling dahulu diberikan.

Bila faktor mengisapnya kurang, maka ASI dapat diperas dan di minumlah dengan sendok perlahan-lahan atau dengan memasang sonde menuju lambung.

Permulaan cairan diberikan sekitar 50-60 cc/kg/BH/hari dan terus dinaikan sampai mencapai sekitar 200cc/kg BH/hari. (Ester M, 2002).

3. Bayi prematuritas mudah terkena infeksi, karena daya tahan tubuh yang masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang dan pembentukan antibody belum sempurna.

Oleh karena itu, supaya sudah dilakukan sejak pengawasan antenatal sehingga terjadi persalinan prematuritas (BBLR)

Dengan demikian perawatan dan pengawasan bayi prematuritus secara khusus dan terisolasi dengan baik.

b. Penatalaksanaan bayi dismatur

- 1) Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin serta menemukan gangguan pertumbuhan misalnya dengan pemeriksaan *ultrasonografi*.
- 2) Memeriksa kadar gula darah (*truglukosa*) dengan dextrosia atau di laboratorium bila terjadi adanya hipoglikemia harus diatasi.
- 3) Pemeriksaan hematokrit harus segera dilakukan.
- 4) bayi lebih banyak membutuhkan kalori dibandingkan dengan bayi SMK.
- 5) Melawan *trackeal-washing* pada bayi yang diduga akan menderita aspirasi mekonium.

c. Perawatan bayi BBLR di ruang Perinatologi RSUD Dok II Jayapura.

1) Tindakan segera

Segera mengganti pembungkus yang basah dengan yang kering .

Menghangatkan bayi dibawah lampu sorot di meja tindakan

Pemeriksaan tanda-tanda vital bayi: Respirasi, SB, Nadi

Asuhan yang di berikan :

Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan atau pirasat

Pertahankan suhu badan bayi dengan membungkus badan bayi dan merawat dibawah lampu sorot.

Atur posisi tidur bayi agak ekstensi

Isap lendir dari hidung dan mulut

Pasang oksigen 1-2 liter/menit

Merawat tali pusat dengan kasa steril yang sudah dilembabkan dengan alkohol

Berikan vitamin K 2 mg / im paha kiri, 2 jam kemudian berikan hepatitis B 0,5 mg im paha kanan.

Berikan salf mata chlomrampenicol 1%

Ganti popok bayi bila basah dengan popok yang kering.

Memantau keadaan umum bayi selama 2 jam di meja tindakan

Mendokumentasikan semua kegiatan dalam status.

Pindahkan bayi ke ruang NICU II

Rawat bayi dalam inkubator pada suhu 35 °c

Memberikan therapi sesuai instruksi dokter.

2) Pemeriksaan penunjang :

Darah Gula Darah Sewaktu = 99 mm/ liter

VI. a. Pencegahan Bayi Prematur

1. Melakukan pengawasan hamil dengan seksama dan teratur.

2. Melakukan konsultasi terhadap penyakit yang menyebabkan kahamilan dan persalinan preterem.
3. Memberikan nasehat tentang gizi sehat saat kehamilan; meningkatkan pengertian KB-Interval; memperhatikan tentang berbagai kelainan yang timbul dan segera melakukan secara dini penyakit ibu dapat diketahui dan diawasi/di obati.
4. Meningkatkan keadaan sosial ekonomi keluarga dan kesehatan lingkungan.

b. Pencegahan Bayi Dismatur

1. Upayakan agar melakukan antenatal care yang baik, segera melakukan konsultasi menunjukan penderita bila teradapat kelainan.
2. Meningkatkan gizi masyarakat sehingga dapat mencegah terjadinya persalinan dengan berat badan lahir rendah.
3. Tingkatkan penerimaan gerakan keluarga berencana.
4. Anjurkan labih banyak istirahat, bila kehamilan mendekati ateren.
5. Tingkatkan kerjasama dengan dukun beranak yang masih mendapat kepercayaan masyarakat (Manuaba, 1998).

VII. Prognosis

Kematian perinatal pada bayi berat badan lahir rendah 8 kali labih besar dari bayi normal pada umur kehamilan yang sama.

Prognosis akan lebih buruk lagi bila berat badan makin rendah. Angka kematian yang tinggi terutama disebabkan oleh seringnya dijumpai kelainan komplikasi neonatal seperti astiksia, aspirasi pneumonia, perdarahan *intrakaneal*, dan *hipoglikemia*. Bila bayi ini selamat kadang-kadang dijumpai kerusakan pada syaraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ yang rendah, dan gangguan lainnya (Mochtar. R,1998).

B. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengertian

Menurut Helen Varney (tahun 1997)

Manajemen Kebidanan merupakan proses pemecahan masalah dengan mengorganisasikan pemikiran dan tindakan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

2. Tujuan Prinsip Manajemen

Agar dapat tercapai pelayanan yang komperehensif dan aman.

Proses manajemen kebidanan menurut ACNM (1999) terdiri dari :

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.

- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan tanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi asuhan sesuai kebutuhan.

C. PROSES MANAJEMEN

Varney 1997, menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970-an.

Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan, dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

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

1. Langkah I Pengumpulan Data Dasar

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

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

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

2. Langkah II Interpretasi Data Dasar

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

3. Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah atau diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien. Disini perlu sekali melakukan asuhan kebidanan dengan benar dan aman.

4. Langkah IV Identifikasi Kebutuhan Segera

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

5. Langkah V Intervensi atau Perencanaan

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

6. Langkah VI Implementasi atau Pelaksanaan

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

7. Langkah VII Evaluasi

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

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS

DAN TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

1. Analisa Tipe dan Karakteristik

Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura adalah Rumah Sakit tipe B. Rumah sakit tersebut melaksanakan kegiatan pelayanan berupa rawat jalan dan rawat inap serta dilengkapi dengan sarana dan prasarana pendukung yang memadai.

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

2. Struktur Organisasi Dan Ketenagaan

a. Struktur Organisasi RSUD Dok II Jayapura terdiri dari :

Direktur

Seksi Keperawatan

Seksi Pelayanan

Sub. Bagian

Sub. Seksi

Urusan

Instalansi Kebidanan

Komite Medis dan Staf Medis Fungsional.

b. Ketenagaan

Dokter Spesialis sebanyak 29 orang terdiri dari :

Spesialis Obstetrik, spesialis anak, spesialis Bedah, spesialis penyakit dalam , spesialis kulit, spesialis anastesi, spesialis mata, spesialis paru, spesialis THT, spesialis patologi klinik, spesialis radiologi, spesialis beda ankologi .

Dokter Umum : 28 Orang

Dokter Gigi : 3 Orang

Perawat : 328 Orang

Bidan : 30 Orang

Gizi : 27 Orang

Kesehatan Lingkungan : 6 Orang

Radiologi : 5 Orang

Elektromedik : 4 Orang

Apoteker : 11 Orang

Laboratorium : 40 Orang

Fisiotherapi : 4 Orang

c. Unit / Ruangan

Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura, mempunyai unit / ruangan yang terdiri dari : Ruang rawat jalan dan ruang rawat inap, UGD, Kamar Operasi, Laboratorium, Radiologi, Ruang Haemodialis, Ruang fisiologi serta , Ruang Gizi.

Ruang rawat jalan terdiri dari : Polik penyakit dalam, Polik Anak, Polik Paru, Polik Bedah, Polik Gizi, Polik Jantung, Polik Mata, Polik Saraf, Polik Kulit, Polik THT, Polik Kebidanan dan laktasi, Polik Jiwa, VCT.

Ruang rawat inap terdiri dari : Ruang Bersalin, Ruang Perinatologi, Ruang Anak, Ruang ICU / ICCU, Ruang Saraf, Ruang Bedah Wanita, Ruang Penyakit dalam Wanita, Ruang penyakit paru, Ruang bedah pria, Ruang penyakit dalam pria, Ruang Vip, Ruang Kelas I .

3. Perinatologi

Ruang perinatologi RSUD Dok II Jayapura dikhususkan untuk merawat BBL sampai 28 hari yang bermasalah patologi antara lain : BBLR, Infeksi Neonatal, Ketuban Pecah Dini, dan sebagainya, dengan jumlah tenaga yang ada sebagai berikut :

Dokter Spesialis Anak	: 3 Orang
Dokter Umum	: 3 Orang
Perawat D-III Kebidanan	: 2 Orang
D-III Keperawatan	: 12 Orang
Perawat SPK	: 4 Orang
Perawat Bidan	: 3 Orang
Administrasi	: 2 Orang

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

Boks	: 30 buah
Inkubator	: 7 buah
Meja Resusitasi	: 1 buah
Lampu pijar	: 8 buah
Slym Seher	: 1 buah
Lampu Foto therapy	: 3 buah
Tabung Oksigen	: 6 buah
Lampu UV	: 1 buah
Obat-obat dan cairan	: Cukup

B. Tinjauan Kasus

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR

Tanggal Pengkajian : 23 – 06 – 2008

Tempat : Ruang Perinatologi RSUD Dok II Jayapura

No Reg : 081. 32. 600. 15

LANGKAH I : PENGKAJIAN

a. Data Subyektif

1. Identitas Anak

Nama Bayi : By. I

Tanggal lahir : 20 – 6 – 2008 / 0 thn, 0 bln, 3 hari

Jam : 09.06 Wit

Jenis Kelamin : Laki-laki

2. Identitas Orang tua

Nama Ibu : Ny. I

Umur : 32 Tahun

Agama : Islam

Suku : Makassar/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Ayah

Nama Bapak : Tn. S

Umur : 32 Tahun

Agama : Islam

Suku : Makassar/Indonesia

Pendidikan : SI

Pekerjaan : Swasta

Lama Nikah : 4 Tahun

Alamat : Hamadi

3. Keluhan Utama

Bayi Baru Lahir tgl, 20-6-08 dengan BBLR atas indikasi ibu dengan Plasenta previa.

4. Riwayat Keluhan Utama:

- a. Bayi baru lahir dengan BBLR
- b. Usia kehamilan : 34 minggu
- c. BB : 1720 gram
- d. PB : 38 cm
- e. Sesak : (-)
- f. Cianosis : (-)
- g. Cuping hidung : Ada

5. Penilaian Apgar Score

Tanda	0	1	2	Jumlah Nilai	
• Nafas	-	Pelan / tdk teratur	Tangis kuat	2	2
• Jantung	-	< 100	> 100 x/m	2	2
• Warna kulit	Biru pucat	Badan kemerahan ekst biru	Semua merah	2	2
• Tonus otot	Lemas	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif	1	2
• Refleks	-	menyeringai	Batuk bersin	1	1
			<u>Jumlah</u>	8	9

6. Riwayat Kehamilan , Persalinan, dan Nifas yang lalu

No	Umur anak	Jenis kelamin	BBL	Keadaan lahir	Komplikasi	Jenis Persalinan	Penolong
1	3 tahun	♀	2900 g	Baik	Taa	SC	Dokter
2	Hamil	ini					

- a. Gravida : G II, PI, AO
- b. HPHT : 7– 11 - 2007
- c. HPL : 14 – 8 - 2008
- d. Umur Kehamilan : 34 mgg

- e. ANC di : Dr.Daniel H U, Spog
- f. Jumlah kunjungan ANC : 2 x
- g. Imunisasi : 2 x , Lengkap
- h. Komplikasi Kehamilan : Plasenta Previa
- i. Status Gizi : Cukup

7. Riwayat Persalinan sekarang

- a. Jenis Persalinan : Sectio Caesaria
- b. Atas Indikasi : Plasenta previa
- c. Tempat Partus : Kamar Bersalin Dok II Jayapura
- d. Di tolong Oleh : Dokter
- e. Jenis Kelamin : Laki – laki

b. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Tanggal Pengkajian : 26 - 7 – 2008 Jam : 09 . 00 Wit
- b. Keadaan umum : Cukup
- c. BB : 1750 gram
- d. PB : 38 cm
- e Kepala
 - 1) Caput : (+)
 - 2) UUK : Sutura Sagitalis sudah menutup
 - 3) UUB : Sudah menutup

4) Rambut : Hitam lurus

5) LK : 28 cm

f. Mata :

1) Bentuk : Simetris

2) Kelopak mata : Tidak ikterus

3) Sklera : Tidak ikterus

4) Secret : Tidak ada

g. Telinga

1) Bentuk : Normal

2) Daun telinga : Kiri, kanan simetris

3) Lubang telinga : Ada

4) Sekret : Tidak ada

h. Mulut

1) Bentuk bibir : Simetris atas dan bawah

2) Kebersihan : Bersih

3) Palatum : Normal

4) Gigi : Tidak ada

5) Refleks Roting : (+)

6) Refleks isap : (+)

7) Refleks telan : (+)

i. Hidung

1) Lubang hidung : 2 ,simetris

2) Secret : Tidak ada

3) Cuping hidung : Ada

j. Leher

1) Pembesaran kelenjar tyroid: Tidak ada

k. Dada

1) Bentuk : Simetris dan mendatar

2) Papila mammae : Ada , bulat

3) Lingkar Dada ; 26 cm

4) Frekwensi jantung : 120 x / m

5) Frekwensi Nafas : 62 x / m

l. Perut / Abdomen

1) Bentuk : Normal

2) Kembung : Tidak ada

3) Benjolan : Tidak ada

4) Pembesaran hati : Tidak ada

5) Tali pusat : Basah , bungkus dengan kasa steril

6) Perdarahan tali pusat : Tidak ada

m. integumen / kulit

1) Lanugo : Ada, di seluruh badan

2) Suhu Badan : 36 , 8 °c

3) Warna kulit / abnormal : Normal / kemerahan

n. Punggung

1) Fleksibilitas tulang belakang : Tidak ada

o. Ektremitas Atas

1) Jari-jari tangan : Lengkap 10 lengkap

2) Lila : 8 cm

3) Refleks moro : Ada

4) Refleks mengenggam : Belum ada

5) Ujung jari cyanosis : Tidak ada

p. Ekstremitas bawah

1) Kaki : Simetris

2) Jari-jari kaki : 10 jari lengkap

3) Refleks Babinsky : Positif

4) Ujung jari cyanosis : Tidak ada

q. Genetalia

1) Jenis kelamin : laki – laki

2) Testis : Belum turun di skrotum

3) Penis : Ada

4) Anus : Lubang (+)

r. Eliminasi

1) BAB : Mekonium (+)

2) BAK : Sudah, warna kuning muda

Pemeriksaan Laboratorium : Darah : GDS 99 ml/ liter

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa

Neonatus umur 3 hari dengan NKB, BBLR, SMK.

Dasar

DS :

1. Bayi baru lahir secara SC dengan BBLR
2. Usia kehamilan 34 minggu dengan plasenta letak rendah

DO :

1. Keadaan umum bayi : Cukup
2. SB : 36 , 8°c
3. Resrpirasi : 62 x / m
5. BB : 1750 gram
6. PB : 38 cm
7. LK : 28 cm
8. LD : 36 cm
9. LILA : 7 cm

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL**1. Potensial terjadi Hypotermi**

Dasar : Bayi belum bisa menyesuaikan dengan suhu luar, karena pusat pengaturan panas badan belum berfungsi dengan baik.

2. Potensial terjadi aspirasi

Dasar : Refleks mengisap dan menelan belum sempurna, kapasitas lambung BBLR sangat kecil.

3. Potensial terjadi infeksi

Dasar : Daya tahan tubuh yang masih rentan, kemampuan leukosit masih kurang dan pembentukan anti bodi belum sempurna.

4. Potensial terjadi integritas kulit

Dasar : Bayi sering kencing

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA**1. Kolaborasi Medis****2. Pasang sonde****3. Pemberian Vitamin K**

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN**1. Cuci tangan sebelum dan sesudah bekerja**

Rasional: Untuk mencegah terjadinya infeksi silang
(Nosokomial)

2. Observasi tanda-tanda vital : SB, Respirasi, Nadi tiap 12 jam

Rasional: Untuk mengetahui bayi dalam keadaan baik atau gawat.

3. Timbang BB setiap pagi

Rasional: Untuk mengetahui kenaikan berat badan bayi setiap hari.

4. Membersihkan tubuh bayi dengan air hangat setiap pagi

Rasional: Untuk mencegah terjadinya hipotermi dan infeksi

5. Rawat tali pusat dengan kasa steril

Rasional: Agar proses pelepasan tali pusat cepat dan mencegah terjadi infeksi .

6. Berikan PASI peronde 20-25 cc/2 jam

Rasional: Memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi

7. Sendawakan bayi setiap habis minum

Rasional: Mencegah agar tidak terjadi perut kembung dan muntah.

8. Tidurkan bayi pada posisi miring kiri setelah pemberian PASI

Rasional : Agar lambung bayi tidak tertekan, sehingga lambung dapat bekerja dengan baik untuk mengabsorbsi nutrisi.

9. Gantikan popok bayi yang basah dengan yang kering.

Rasional: Untuk mencegah terjadinya integritas kulit.

10. Kolaborasi dokter

Rasional: Untuk mendapatkan therapy lanjut

11. Informasikan kepada keluarga tentang kondisi bayi.

Rasional: Agar keluarga mengetahui tentang kondisi bayi

12. Pantau kondisi bayi.

Rasional: Untuk dapat mengetahui keadaan umum bayi dan tanda-tanda bahaya pada bayi.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 23 - 6- 2008

Jam : 10 . 30 Wit

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja
2. Jam 06.00 wit melakukan observasi tanda-tanda vital :SB, Respirasi, Nadi
3. Menimbang Berat badan bayi .
4. Membersihkan tubuh bayi dengan air hangat dalam inkubator
5. Merawat tali pusat dengan kasa steril
6. Jam 13.00, memberikan PASI peronde 20 cc/2 jam

7. Menyendawakan bayi setelah minum
8. Menidurkan bayi pada posisi miring kiri setelah pemberian PASI
9. Menggantikan popok bayi yang basah dengan yang kering.
10. Jam 09.00 wit, memberikan therapy oral vitamin sanbepleks 0,5 ml
11. Menginformasikan kepada keluarga tentang kondisi bayi.
12. Jam 12.00 wit, memantau kondisi bayi setiap jam

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 23 - 6 - 2008

Jam : 11 . 30 Wit

1. Tanda-tanda vital, SB : $36,8^{\circ}\text{C}$, Respirasi : 58 x /m, Nadi : 122 x/m
2. Sudah melakukan penimbangan berat badan 1785 gram
3. Bayi sudah dibersihkan dengan air hangat dan nampak segar
4. Perawatan tali pusat dilanjutkan, tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi
5. Jam 13.00 wit sudah diberi PASI peronde 20 cc/2 jam, tidak muntah
6. Bayi sudah disendawakan dan berhasil
7. Bayi tidur posisi miring kiri setelah pemberian PASI selama 15 menit.
8. Sudah mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering
9. Sudah diberikan therapy sanbepleks 0,5 ml.

10. Sudah menginformasikan kondisi bayi kepada keluarga

11. Sudah memantau kondisi bayi.

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA HARI II

Tanggal : 24 – 6 – 2008

Jam : 09.00 Wit

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA

DS : Ibu mengatakan bayi belum bisa mengisap ASI dengan baik

DO : Keadaan umum bayi baik

1. Tanda-tanda vital : Nadi, Respirasi, SB
2. Refleks isap, refleks telan masih lemah
3. PASI peronde
4. Tali pusat masih basah

Masalah

1. Bayi kurang minum

Dasar : Refleks isap masih lemah

Kebutuhan :

PASI diberikan melalui sonde

Menyendawakan

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa

Neonatus umur 4 hari dengan Berat badan lahir rendah.

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi Hypotermi
2. Potensial terjadi aspirasi
3. Potensial terjadi infeksi

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Bayi tetap ASI / PASI / sonde

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Observasi KU dan tanda-tanda vital

Rasional: Untuk mengetahui bayi dalam keadaan baik atau gawat.

2. Timbang BB setiap pagi

Rasional: Untuk mengetahui kenaikan berat badan bayi setiap hari.

3. Membersihkan tubuh bayi dengan air hangat

Rasional: Untuk mencegah terjadinya hipotermi dan infeksi

4. Rawat tali pusat dengan kasa steril

Rasional: Agar proses pelepasan tali pusat cepat dan mencegah terjadi infeksi .

5. Berikan PASI peronde 20 - 25 cc/2 jam

Rasional: Memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi

6. Sendawakan bayi

Rasional: Mencegah agar tidak terjadi perut kembung dan muntah.

7. Tidurkan bayi pada posisi miring kiri setelah pemberian PASI

Rasional Agar lambung bayi tidak tertekan, sehingga lambung dapat bekerja dengan baik untuk mengabsorbsi nutrisi.

8. Gantikan popok bayi yang basah dengan yang kering.

Rasional: Untuk mencegah terjadinya integritas kulit.

9. Gosok badan bayi dengan minyak talon setelah dimandikan

Rasional: Untuk memberikan rasa hangat pada bayi

10. Kolaborasi dokter tentang perawatan bayi dalam boks di bawah lampu pemancar

Rasional : Untuk tetap mempertahankan suhu tubuh bayi

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 24 - 6- 2008

1. Jam 18.00 wit, mengobservasi KU dan Tanda-tanda vital

2. Jam 06.00 wit, menimbang Berat badan setiap pagi
3. Jam 08.00 wit, membersihkan tubuh bayi dengan air hangat
4. Jam 08.00 wit, merawat tali pusat dengan kasa steril
5. Menggosok badan dan daerah perut dengan minyak telon.
6. Jam 15.00 wit, memberikan PASI peronde 20 cc/2 jam
7. Menyendawakan bayi
8. Menidurkan bayi dalam posisi miring
9. Mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering
10. Jam 12.00 wit, merawat bayi dalam boks di bawah lampu pemancar

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 24 - 6 - 2008

Jam : 11 . 00 Wit

1. Sudah melakukan observasi Tanda-tanda vital : SB : 37⁰ c, R:56 x/m,
N : 124 x/m
2. Bayi sudah ditimbang berat badan 1790 gram
3. Bayi sudah dimandikan nampak bersih
4. Sudah menggosok perut dengan minyak talon
5. Sudah merawat tali pusat dengan kasa steril
6. Bayi sudah minum ASI / PASI peronde 20 - 25 cc, tidak muntah.
7. Sudah menyendawakan bayi
8. Bayi tidur posisi miring kiri selama 15 menit

9. Daerah bokong tidak lecet
10. Bayi dapat menyesuaikan dengan suhu ruangan

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA HARI III

Tanggal : 25 – 6 – 2008

Jam : 08.30 Wit

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA

DS : Ibu mengatakan bayi dapat mengisap ASI langsung dengan baik.

DO : Keadaan umum bayi baik

1. Tanda-tanda vital

Nadi : 122 x/m

Respirasi : 60 x/m

SB : 37 °c

2. BB 1820 gram

3. Sonde sudah dilepas, refleks isap sudah isap kuat

4. Pemberian ASI isap langsung dan tambah PASI per sendok

5. BAB lancar (2 – 3x /hari), BAK (4 – 5 x/ hari)

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa

Neonatus umur 5 hari dengan berat badan lahir rendah.

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi Hypotermi
2. Potensial terjadi infeksi

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Observasi KU dan Tanda-tanda vital
Rasional: Untuk mengetahui bayi dalam keadaan baik atau gawat.
2. Timbang berat badan bayi
Rasional : Untuk mengetahui penambahan berat badan bayi
3. Berikan ASI dan PASI per sendok 20 – 25 cc/ 2 jam
Rasional: Memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi
4. Sendawakan bayi
Rasional: Mencegah agar tidak terjadi perut kembung dan muntah.
5. Ganti popok bayi yang basah dengan yang kering
Rasional: Untuk mencegah terjadinya integritas kulit.
6. Anjurkan ibu untuk meneteki bayi
Rasional: Untuk memenuhi nutrisi bayi dan melatih bayi mengisap puting susu, dan melatih proses pembentukan ASI

7. Ajarkan ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, meliputi :

- a. Bayi tiba-tiba kurang mau minum, tidak seperti biasa .
- b. Bayi kejang-kejang dengan atau tanpa mulut mencucu
- c. Tali pusat berbau atau bernanah
- d. Bayi demam, ditandai dengan badan panas
- e. Tubuh, tangan, dan kaki bayi dingin serta badan menjadi biru
- f. Bayi bernafas dengan cepat atau sulit bernafas
- g. Bayi sulit di bangunkan, yang mungkin disebabkan kesadaran menurun
- h. Bayi tampak kuning, terlihat lebih jelas pada hidung, pipi dan bagian muka lainnya.
- i. Bayi mencret atau muntah-muntah.
- j. Bayi mulai merintih, tidak menangis seperti biasa

Rasional: Agar ibu dapat mengerti dan memahami tanda-tanda bahaya pada bayinya.

8. Berikan penjelasan tentang hasil pemeriksaan dari dokter

Rasional: Agar ibu mengetahui keadaan bayinya

9. Atas instruksi dokter bayi boleh pulang dan jelaskan tentang perawatan lanjut di rumah.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 25- 6- 2008

Jam : 09 .00 Wit

1. Mengobservasi KU dan Tanda-tanda vital
2. Menimbang berat badan bayi 1820 gram
3. Memberikan PASI / sendok 20-25 cc/ 2 jam
4. Menyendawakan bayi
5. Mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering
6. Menganjurkan ibu untuk meneteki bayi
7. Mengajarkan ibu tanda-tanda bahaya pada bayi
 - a. Bayi tiba-tiba kurang mau minum, tidak seperti biasa .
 - b. Bayi kejang-kejang dengan atau tanpa mulut mencucu
 - c. Tali pusat berbau atau bernanah
 - d. Bayi demam, ditandai dengan badan panas
 - e. Tubuh, tangan, dan kaki bayi dingin serta badan menjadi biru
 - f. Bayi bernafas dengan cepat atau sulit bernafas
 - g. Bayi sulit di bangunkan, yang mungkin disebabkan kesadaran menurun
 - h. Bayi tampak kuning, terlihat lebih jelas pada hidung, pipi dan bagian muka lainnya.
 - i. Bayi mencret atau muntah-muntah.
 - j. Bayi mulai merintih, tidak menangis seperti biasa
8. Memberikan penjelasan tentang hasil pemeriksaan dari dokter

9. Menyampaikan instruksi dokter bayi boleh pulang dan menjelaskan tentang perawatan lanjut di rumah

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 25 - 6 - 2008

Jam : 11 . 45 Wit

1. Keadaan umum baik, Tanda-tanda vital SB : 37 °c, Respirasi : 56 x/m, Nadi: 122 x/m
2. Bayi sudah di timbang, berat badan 1820 gram
3. Bayi sudah minum ASI langsung tambah PASI per sendok 20 -25 cc
4. Sudah sendawakan bayi
5. Sudah mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering
6. Bayi sudah isap ASI langsung, isap kuat
7. Sudah mengajarkan ibu tanda-tanda bahaya pada bayi
8. Sudah memberikan penjelasan tentang hasil pemeriksaan dari dokter
9. Bayi boleh pulang, sudah dijelaskan tentang administrasi, dan perawatan lanjutan di rumah dan ibu akan melaksanakan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang masalah yang penulis temukan selama melaksanakan pengkajian, dalam melakukan asuhan kebidanan pada bayi I, dengan prematur murni, di ruang perinatologi RSUD Dok II Jayapura selama perawatan 3 hari. Maka pada kasus ini penulis menemukan penyebab kelahiran bayi prematur yaitu faktor plasenta. Dimana ibu hamil dengan plasenta letak rendah menyebabkan ibu mengalami perdarahan ante partum. Oleh karena adanya komplikasi dari ibu yang dapat membahayakan ibu dan janin maka segera dilakukan *sectio caesaria* untuk mengakhiri kehamilan, Hal tersebut mengakibatkan kelahiran prematur murni.

A. Pengkajian

Penyebab partus prematur adalah faktor plasenta, pada bayi I umur kehamilan ibu 34 minggu dengan plasenta letak rendah, yang menyebabkan perdarahan *ante partum* yang dapat membahayakan ibu dan janin. Sehingga pada tiga hari yang lalu kehamilan segera diakhiri dengan tindakan *sectio caesaria*. Pada hasil pemeriksaan terutama pemeriksaan fisik ditemukan tanda-tanda bayi prematur murni antara lain : Berat badan bayi 1750 gram, panjang badan 38 cm, refleks isap dan menelan lemah, pernafasan cepat,

warna kulit merah muda (transparan), verniks kaseosa kurang, *lanugo* banyak di daerah dahi dan seluruh tubuh, testis belum turun ke skrotum.

Sesuai pengkajian yang telah dilakukan maka diagnosa yang tepat pada bayi I adalah Bayi Berat Badan lahir Rendah, sesuai umur kehamilan. Dengan demikian pengkajian bayi I, tidak ditemukan hal-hal yang menyimpang antara teori dan kasus.

B. Diagnosa

Berdasarkan data pengkajian baik ibu dan data bayi diagnosa yang dapat ditegakkan adalah Neonatus umur 3 hari dengan neonatus kurang bulan (NKB) sesuai masa kehamilan (SMK). Dan tidak terjadi penyimpangan antara teori dan kasus yang ditemukan.

C. Diagnosa Potensial

Pada kasus ini selalu ditegakkan untuk mengantisipasi terjadinya komplikasi.

1. Potensial terjadinya *hipotermi* dimana *termogulasi* pada bayi masih rendah.
2. Potensial terjadi infeksi *nosokomial* karena daya tahan tubuh masih rentan.
3. Potensial terjadi *aspirasi* karena refleks isap dan menelan masih lemah.

Diagnosa potensial dapat diaplikasikan seluruhnya dalam kasus bayi I sesuai kondisi tidak terjadi sesuatu penyimpangan yang menyolok.

D. Tindakan Segera

Kolaborasi dokter tentang pemberian therapy lanjut dan memasang sonde lambung.

E. Perencanaan

Pada rencana menyeluruh mengajukan pada diagnosa actual dan diagnosa potensial baik kemandirian bidan maupun kolaborasi dapat di rencanakan sesuai kondisi pada saat itu.

F. Implementasi

Mengacu pada rencana yang di tetapkan sesuai dengan kebutuhan semua terlaksana dengan baik. Hari kedua kolaborasi dokter merawat bayi dalam boks dengan lampu pemancar pada suhu ruangan minimal (22^0 c) di mana alat pemancar panas diletakkan hari ketiga bayi mendapatkan perawatan lanjutan dan bayi boleh pulang sesuai instruksi dokter, Tidak ada penambahan dan pengurangan, tidak ada penyimpangan antara teori dan kasus.

G. Evaluasi

Selama 3 hari penulis melakukan asuhan kebidanan menurut 7 langkah Varney, 1997. Pada bayi I, ternyata bayi mengalami perubahan yaitu kenaikan berat badan dari berat lahir 1750 gram menjadi 1820 gram. Keadaan umum baik, pernafasan baik, cuping hidung tak tampak. Sonde sudah dilepas bayi dapat minum ASI langsung, refleks isap dan menelan baik, tidak ada muntah dan kembung, eliminasi BAB dan BAK lancar. Pencapaian hasil dalam mengevaluasi kegiatan dari awal sampai akhir cukup baik. Hal ini terjadi karena adanya kerja sama team medis dan para medis yang optimal, untuk merawat bayi prematur membutuhkan ketrampilan, kesabaran dan keinginan bidan merawat.

Pada kasus ini terjadi sedikit penyimpangan antara teori dan kasus pada penatalaksanaan tidak dilakukan *kangaroo mother care* (KMC) yang telah di rekomendasikan untuk perawatan berkelanjutan pada bayi yang tidak mengalami penyakit serius, dan kasusnya pada bayi yang berat badannya kurang dari 1800 gram.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Bayi dengan kasus BBLR (Bayi Berat Badan Lahir Rendah) di ruang Perinatologi RSUD Dok II Jayapura mulai tanggal 23 juli 2008, maka penulis dapat menarik kesimpulan bahwa bayi I, selama 3 hari dirawat dengan BBLR, tidak mengalami komplikasi, diagnosa potensial yang diangkat tidak terjadi.

Kondisi bayi I selama 3 hari berat badan meningkat, cuping hidung tidak nampak, tidak terjadi hipotermi, tidak terjadi aspirasi dengan adanya minum persendok.

Penerapan manajemen kebidanan apabila dilakukan secara menyeluruh, terarah dengan melibatkan semua komponen yang ada (Tim Medis, Keluarga pasien, Bidan sebagai pemberi asuhan), maka masalah pasien / klien dapat teratasi seluruhnya / ataupun sebagian masalah yang dirasakan.

B. SARAN

1. Pihak Rumah Sakit

- a. Perlu memperhatikan tentang pencatatan dan pelaporan baik di Ruangan bersalin / Ruang bayi oleh karena rekaman data tersebut sangat diperlukan setiap saat.

- b. Sejauh mana medical record melakukan pencatatan dan pelaporan tentang data persalinan dan kelahiran yang lengkap untuk dapat dimanfaatkan sebagai bahan / data dalam suatu penelitian.

2. Politeknik Jayapura

Agar menyiapkan atau melengkapi buku-buku setiap jurusan di perpustakaan sehingga memudahkan mahasiswa dan mahasiswi dalam proses belajar, khususnya jurusan kebidanan menyiapkan buku-buku kebidanan edisi terbaru untuk dapat memudahkan mahasiswa dalam kegiatan kuliah maupun dalam pembuatan makalah atau Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

Ester M, 2003, ***Perawatan Bayi Risiko Tinggi***, Penerbit EGC, Jakarta

Joko S E, 2001, ***Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi***, Penerbit EGC, Jakarta

Liu D, T Y, 2007, ***Manual Persalinan***, Penerbit, EGC, Jakarta

Manuaba I B G, 1998, ***Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan***, Penerbit, EGC, Jakarta

Mochtar R, 1998, ***Sinopsis Obstetri***, Penerbit EGC, Jakarta

Subekti N B, 2007, ***Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir Panduan Untuk Dokter, Perawat, dan Bidan***, Penerbit EGC, Jakarta

Saifudin A B, 2006, ***Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal***, Penerbit YBP-SP, Jakarta

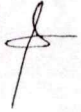
Surjono A, 2005, ***Maternal Neonatal Health***, Penerbit EGC, Jakarta



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

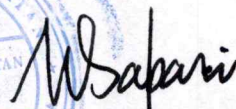
NAMA : ROLYNA. Watur
NIM : 20.71.24.4.06.32.
PEMBIMBING I : Susana Ramandey, S.Sos. M. Kes.
PEMBIMBING II :

No	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	01/08/2008	Bab. I.	Gambarkan skema Latar Belakang Buku Fokus - Rerisi sesuai sistematika Penulisan	f
2	02/08/2008	Bab. II.	- Landasan Teori / Konsep Teori Cari Referensi Terbaru.	f
3	03/08/2008	Bab. I.	Rerisi, Tambahkan Data dan Lokasi - Pengisian Kasus	f
4	04/08/2008	Bab. II.	Ace seksain Bab II/III	f
5	06/08/2008	Bab II.	Rerisi "perhatikan Tata cara penulisan. Pengetikan nama pengarang pada "kutipan" - Sajikan Bab. II & III	f

No	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	08/08/2008	Bab. II	acc Konsul Bab III, IV, V. B. II.	
7	20/08/2008	Bab. I, II, III - IV & V.	Tebh & Acc - Gaudah, 3x Yuzin.	
8				
9				
10				

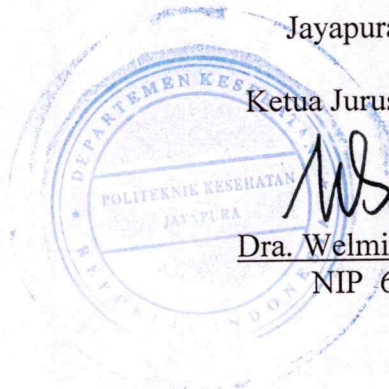
Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681



No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	7/808	Prab <u>u</u> - - Gpr - Aslub H. I	Gpr. Sempurna lagi Aslub perbaiki lagi. semis pelengkap	
7			Selanjut. konum lagi Aslub Itaki <u>u</u> - <u>u</u>	g
8	8/808 J 10 ⁰⁰	Prab. <u>u</u> Aslub H. I - <u>u</u>	Sempurna lag selanjut pelengkap u	g
9	8/808 J 10 ⁰⁰	Prab <u>u</u>	Kiri - ke Agensi fadabi <u>u</u> dan <u>u</u>	g
10	11/8-08	Prab. 10	Gpr. Sempurna lagi 10/11 - Adum.	g

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

W. Sapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681